

Dokter, wat denkt ú ervan?

De mate van waardering en gebruik van het e-consult en Landelijk Schakelpunt (LSP) onder huisartsen

David van der Laan

Masterscriptie Vraagstukken van Beleid en Organisatie

Universiteit Utrecht

29 juni 2015



Dokter, wat denkt ú ervan?

De mate van waardering en gebruik van het e-consult en Landelijk Schakelpunt (LSP) onder huisartsen

Door:

David van der Laan

Studentnummer: 3567931

davidvdlaan@gmail.com

Eerste beoordelaar:

Liset van Dijk

Research coördinator NIVEL

Tweede beoordelaar:

Antonie Knigge

Universiteit Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen, afdeling Sociologie

Stagebegeleider:

Pieter Coppoolse

Directeur PolisReview

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie 'Ehealth in de huisartsenpraktijk'. Het is het resultaat van vijf maanden verdieping in dit specifieke deel terrein van de zorg, waar ik voorheen nog niets vanaf wist. Ik wil een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen deze scriptie af te krijgen. Ten eerste Liset van Dijk, mijn begeleidster. Ik wil haar bedanken voor haar enthousiasme, behulpzaamheid en gedetailleerde feedback. Door haar snelle communicatie bleef de vaart in mijn scriptie. Ten tweede wil ik Thijs Jansen, directeur van Stichting Beroepseer, bedanken dat hij mij in contact heeft gebracht met de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Herman Suichies, bestuurslid bij de VPH, wil ik bedanken dat hij mijn onderzoek en enquête in de ledennieuwsbrief heeft willen opnemen. Tot slot wil ik Gerard Costermans, medestudent en goede vriend, bedanken voor zijn hulp bij het uitvoeren van mijn statistische analyses in SPSS. Gerard is zeer goed in data-analyses en wist vrijwel altijd een antwoord op mijn vragen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Beleidssamenvatting.....	7
1. Inleiding	9
1.1 Probleemachtergrond	9
1.2 E-Health	10
1.3 Casestudies: Waardering e-consult en LSP door huisartsen.....	10
1.4 Onderzoeksvragen	11
1.5 Onderzoeksstrategie en –design.....	12
1.6 Wetenschappelijke/maatschappelijke relevantie	12
2. E-consult en LSP.....	14
2.1 E-consult.....	14
2.2 Landelijk Schakelpunt (LSP).....	15
2.3 Innovatieniveau	16
2.4 Innovatiedoelen	17
2.5 Productkenmerken.....	17
2.6 Consumentkenmerken.....	19
2.7 Productkenmerken van het e-consult	20
2.8 Productkenmerken van LSP	23
2.9 Samenvatting van de hypotheses.....	27
2.10 Conceptueel model	29
3. Data en methoden.....	31
3.1 Onderzoeksontwerp	31
3.1.1 De onderzoeksgroep: huisartsen.....	31
3.1.2 Benadering van de huisartsen.....	31
3.2 Enquête e-consult/LSP	32
3.2.1 E-consult	32
3.2.2 LSP.....	33
3.2.3 Huisarts- en praktijkkenmerken	33
3.3 Operationalisering van de variabelen.....	33
3.3.1 Operationalisering afhankelijke variabelen	34
3.3.2 Operationalisering onafhankelijke variabelen.....	35
3.3.3 Operationalisering huisarts- en praktijkkenmerken	38
3.4 Sociaalwetenschappelijke criteria	39
3.4.1 Respons	39

3.4.2	Representativiteit	39
3.4.3	Betrouwbaarheid.....	40
3.4.4	Validiteit	40
3.5	Data-analyse	40
4.	Resultaten.....	42
4.1	Beschrijvende statistieken e-consult	42
4.1.1	Gebruikers versus niet-gebruikers van het e-consult	42
4.1.2	Redenen voor (niet-)gebruik e-consult.....	43
4.1.3	Frequentie gebruik e-consult.....	44
4.1.4	Productkenmerken e-consult	44
4.1.5	Relatieve invloed productkenmerken op gebruikskeuze e-consult.....	46
4.2	Beschrijvende statistieken LSP	47
4.2.1	Gebruikers en niet-gebruikers van het LSP	47
4.2.2	Redenen voor (niet-)gebruik LSP	48
4.2.3	Frequentie gebruik LSP	49
4.2.4	Productkenmerken LSP.....	49
4.2.5	Relatieve invloed productkenmerken op gebruikskeuze LSP.....	51
4.3	Beschrijvende statistieken huisarts- en praktijkkenmerken.....	52
4.4	Bivariate analyse	53
4.4.1	Correlatieanalyse e-consult	53
4.4.2	Correlatieanalyse LSP	55
4.5	Regressieanalyses	56
4.5.1	Regressieanalyses e-consult	56
4.5.2	Regressieanalyses LSP	59
5.	Conclusie	63
5.1	Gebruik en waardering e-consult	63
5.2	Verklaring gebruik e-consult	64
5.3	Gebruik en waardering LSP.....	65
5.4	Verklaring gebruik LSP	65
6.	Beleidsaanbevelingen	68
6.1	Beleidsaanbevelingen e-consult	68
6.2	Beleidsaanbevelingen LSP	69
7.	Discussie	72
7.1	Sterke punten	72
7.2	Zwakke punten.....	72
7.3	Suggesties voor vervolgonderzoek	73

Bronnenlijst	74
Bijlagen.....	78
Bijlage 1: Aankondiging enquête VPH-nieuwsbrief.....	78
Bijlage 2: Bericht in contactformulier huisartsenpraktijken	79
Bijlage 3: Uitgeschreven enquête	80

Beleidssamenvatting

De Nederlandse zorgsector staat in de komende decennia voor een aantal grote uitdagingen. Door de vergrijzing en de toegenomen levensverwachting wordt een sterke stijging verwacht van het aantal zorgbehoevende ouderen en chronisch zieken. Het huidige zorgpersoneel kan deze stijgende zorgvraag niet opvangen. De verwachting is dat binnen vijf tot tien jaar daarmee de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg onder druk komen te staan (Den Breejen, 2011; Scheepsbouwer, 2006). Een veel gehoorde oplossing voor dit zorgvraagstuk is het grootschaliger gebruiken van eHealth.

In dit onderzoek zijn twee eHealth-vormen, het e-consult en Landelijk Schakelpunt (LSP), onderzocht. Met het e-consult kunnen patiënten de huisarts op elk moment online een vraag stellen over kleinere klachten. Het LSP is sinds 2012 opvolger van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), maar dan regionaal georganiseerd. In het LSP kunnen (waarnemend) huisartsen, apothekers en medisch specialisten patiëntinformatie uitwisselen. De waardering van zorgprofessionals voor beide systemen is noodzakelijk om ze tot een succes te maken. In dit onderzoek is de houding van huisartsen tegenover het e-consult en LSP onderzocht.

Op basis van de verspreidingstheorie van Rogers (1995) is huisartsen gevraagd een beoordeling te geven van de belangrijkste productkenmerken van het e-consult en LSP. Daarnaast zijn een aantal persoonlijke en praktijkkenmerken ondervraagd. Verschillen in deze factoren tussen huisartsen dienen ter verklaring van verschillen in hun gebruiksfrequentie van het e-consult en LSP.

Dit onderzoek is kwantitatief uitgevoerd met behulp van een online enquête. In de nieuwsbrief van de huisartsvereniging Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) is een link geplaatst. Daarnaast zijn bijna vijfhonderd individuele praktijk aangeschreven en is de enquête vermeld op de Twittpagina's van enkele platforms voor zorgprofessionals. Het aantal respondenten is op 193 uitgekomen, waarvan 113 e-consultgebruikers en 84 LSP-gebruikers.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de mat van e-consultgebruik door twee factoren positief wordt beïnvloed: de waardering van de aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering en de waarde ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult. Het e-consult blijkt beter te passen bij huisartsen die het als efficiënt ervaren en patiënten er een extra service mee willen bieden. Huisartsen vinden het e-consult van meerwaarde als het de andere consulten ontlast. Het is van minder waarde voor huisartsen bij wie het voor extra werkdruk zorgt. De verschillen in beoordeling tussen huisartsen van de volgende drie productkenmerken kan de mate van LSP-gebruik verklaren: de uitwisseling van patiëntinformatie, het toestemming vragen aan patiënten voor LSP-deelname en het ervaren innovatieve gevoel door LSP-gebruik. De snelheid en kwaliteit van informatie-uitwisseling is van groot belang voor huisartsen om met het LSP te gaan werken. Basale voorwaarden voor uitwisseling, zoals toestemming van patiënten, willen huisartsen graag eenvoudig af kunnen handelen.

Tot slot is de mate waarin huisartsen zich innovatief voelen door gebruik van een nieuw systeem als het LSP, bepalend voor de gebruiksfrequentie.

De inhoudelijke betekenis van de gevonden verbanden werd duidelijk door de antwoorden uit de open vragen over de factoren. Op basis van deze antwoorden zijn beleidsaanbevelingen geformuleerd om het draagvlak voor het e-consult en LSP onder huisartsen te vergroten. Voor het e-consult is een duidelijker gebruiksaanwijzing nodig voor patiënten. De vergoeding dient tevens omhoog te gaan en de koppeling met het Huisarts Informatie Systeem (HIS) kan worden verbeterd. De ontwikkelaars van de e-consultsystemen, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de huisartsen zijn de partijen die hierbij betrokken zijn.

Het LSP-draagvlak onder huisartsen kan tevens op een aantal manieren worden vergroot. De beheerder van het LSP, de Vereniging van Zorgverleners voor Zorgcommunicatie (VZVZ; beheerder van het LSP), kan een signaal afgeven dat de beveiliging van patiëntgegevens de hoogste prioriteit heeft. Daarnaast willen huisartsen graag richtlijnen voor gegevensregistratie. Ten slotte dienen het ministerie van VWS, VZVZ en de zorgverzekeraars meer rekening te houden met de gebruikswensen van de huisarts. De beoogde meerwaarde van het LSP, betere zorg door betere informatievoorziening, is per slotte alleen mogelijk wanneer de zorgverleners in de praktijk deze meerwaarde onderschrijven.

1. Inleiding

1.1 Probleemachtergrond

De Nederlandse zorgsector staat in de komende decennia voor een aantal grote uitdagingen. Door de vergrijzing en de toegenomen levensverwachting is een sterke stijging te verwachten van het aantal ouderen en chronisch zieken dat zorg nodig heeft. Het aantal werknemers in de zorg stijgt echter niet evenredig mee met de zorgvraag. Door deze gelijktijdige ontwikkelingen voorzien deskundigen binnen 5 tot 10 jaar een aanzienlijk tekort aan zorgpersoneel (Den Breejen, 2011). De kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg komen zo onder druk te staan (Scheepsbouwer, 2006). Het efficiënter organiseren van de zorg is daarom van groot belang. Een van de voorgestelde methodes om dit te bereiken is het gebruik van innovaties (Den Breejen, 2011; Scheepsbouwer, 2006). Deze scriptie richt zich op dit onderwerp: zorginnovatie.

Een veel gebruikte definitie van innovatie luidt: “Innovatie is een idee, praktijk of object dat door een individu of andere eenheid van adoptie als nieuw wordt waargenomen” (Rogers, 1995). Onder zorginnovatie wordt een bewuste verandering in het zorgaanbod verstaan, om de zorgkwaliteit of zorgefficiëntie te verbeteren (Voort, z.d.). Het succes van zorginnovaties kan worden verklaard door de verspreidingstheorie van Rogers (1995). Dit succes hangt af van de gebruikerswaardering van vijf innovatiekenmerken: complexiteit (gebruiksgemak), compatibiliteit (behoeftebevrediging), testbaarheid, zichtbaarheid (bruikbaarheid in openbare ruimte en het opleveren van prestige) en relatief voordeel ten opzichte van al bestaande producten. Individuele kenmerken van de gebruiker, zoals interesses of sociale omgeving, spelen ook een rol. Toegepast op de zorg, is de waardering van zorgprofessionals van de kenmerken van zorginnovaties van belang voor het succes ervan in de zorgpraktijk. De bestaande zorginnovaties zijn gegroepeerd in een aantal thema's (Van Oirschot, Soonieus, Bake & Kroon, 2010). De belangrijkste thema's zijn:

- *ICT/Technologie*. Voorbeelden zijn eHealth en automatisering in het huis.
- *Ondernemerschap*. Voorbeelden zijn zelfsturende wijkteams, patiëntbegeleiders en de mantelzorgmakelaar.
- *Mens centraal*. Voorbeelden zijn het Alzheimer Café, voorstellingen over eenzaamheid en woonhuizen voor verstandelijk gehandicapten.
- *Intersectorale gezondheidskennis*. Voorbeelden zijn re-integratie van werklozen in de zorg en effectscreening van gezondheidsbeleid.

Deze scriptie richt zich op een vorm van zorginnovatie binnen het thema ICT/Gezondheidszorg: eHealth.

1.2 E-Health

Ehealth is “het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (Nictiz, 2012). Ehealth is dus kort gezegd het gebruik van vormen van ICT binnen de zorg. Eén van de consequenties van Ehealth is dat de patiënt door middel van de toegenomen informatievoorziening dichter bij de zorgverlening betrokken is. Deze ontwikkeling is al aangeduid als een “paradigma shift” (Raad voor de Volksgezondheid, 2011). Het gebruik van eHealth in de praktijk neemt toe. Zo is het percentage zorggebruikers dat weet dat herhaalrecepten online besteld kunnen worden, gestegen tot 30 (Krijgsman et al., 2014). De politiek hecht veel waarde aan de ontwikkeling van eHealth. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil dat de digitalisering van de maatschappij in de zorg terug te zien is (Ministerie van VWS, 2013). Ten eerste acht zij, door de stijgende zorgvraag en het krimpende arbeidsaanbod, grootschalige toepassing van eHealth noodzakelijk om de kwaliteit van zorgverlening op niveau te houden. Daarnaast stelt zij dat patiënten door online gezondheidsinformatie beter geïnformeerd zijn over hun klachten (Ministerie van VWS, 2013). Daardoor kunnen zij eerst proberen zelf de klachten te verminderen, voor zij zich tot de zorg wenden. E-health verandert de zorg ook: de zorgverlening vindt niet meer standaard in de huisartspraktijk of het ziekenhuis plaats, maar steeds meer bij de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum in de buurt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011). De patiënt en zorgprofessional komen dichter bij elkaar te staan en de communicatie wordt belangrijker. Met deze ontwikkelingen dient het gebruik van eHealth volgens de minister de nieuwe norm te worden onder zorgprofessionals (Ministerie van VWS, 2012; Ministerie van VWS, 2014).

1.3 Casestudies: Waardering e-consult en LSP door huisartsen

Geïnspireerd door de theorie van Rogers (1995) over de benodigde gebruikerswaardering voor innovatiesucces, is de waardering van zorgprofessionals voor eHealth-innovaties bestudeerd. Deze zorgprofessionals werken er immers in de praktijk mee. Het is daarbij mogelijk dat verschillende eHealth-vormen door verschillende zorgverleners verschillend beoordeeld worden. Individuele kenmerken en de sociale omgeving kunnen immers ook een rol spelen bij het gebruik (Rogers, 1995). Om dit onderzoek af te bakenen, is het gericht op een specifieke vorm van eHealth en een specifieke groep zorgverleners. Het onderzoekt de waardering door huisartsen van het e-consult en het Landelijk Schakelpunt (LSP). Het e-consult geeft patiënten de mogelijkheid de huisartspraktijk online vragen te stellen over minder spoedeisende klachten (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014a). Het LSP is bedoeld voor snelle uitwisseling van medische patiëntgegevens tussen zorgverleners, bijvoorbeeld in noodsituaties. Er zijn dus duidelijke functionele verschillen. Daarnaast bestaan er ook verschillen in bestaansduur, complexiteit en schaalgrootte. De eerste vorm van e-consult kwam op in 2001. Het is sindsdien een relatief eenvoudig systeem gebleven, vergelijkbaar met e-mailen. Het contact vindt

plaats tussen de patiënt en de huisarts of assistent. Het LSP bestaat sinds 2012, als opvolger van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Anders dan het EPD, is het LSP regionaal georganiseerd. Bij het LSP zijn (waarnemend) huisartsen, apothekers en medisch specialisten betrokken (VZVZ, z.d.-a). Door haar uitgebreide functie en grotere omvang heeft het LSP veel meer invloed op de organisatie van de zorg dan het e-consult. Het LSP heeft dan ook meer duidelijke voor- en tegenstanders dan het e-consult (Van Beelen, 2013). De reden dat deze systemen toch gezamenlijk onderzocht worden, is dat beide veel gebruikt lijken te worden binnen de huisartsenzorg. Het e-consult wordt landelijk door bijna 50% van de huisartsen aangeboden (Krijgsman et al., 2014). Van alle huisartsenpraktijken is 89% aangesloten op het LSP (VZVZ, z.d.-a).

Huisartsen zijn om meerdere redenen een geschikte onderzoeksgroep. De eerste reden is dat de autonomie van huisartsen momenteel volop ter discussie staat. Duizenden huisartsen hebben het manifest 'Het roer moet om' ondertekend. Hierin uiten zij hun bezorgdheid over de invloed van de overheid en zorgverzekeraars op hun werk. Door toenemende administratieve lasten en voorgeschreven behandelmethoden voelen zij zich in hun handelingsvrijheid beperkt (Aalstein, 2014). Het gebruik van e-consult en LSP wordt aangemoedigd door beleidsmakers (Visser, 2011). Onder huisartsen zijn echter voor- en tegenstanders voor beide systemen (Kramer, 2011; Van Beelen, 2013). De vraag is dus in hoeverre huisartsen het e-consult en LSP echt waarderen en welke invloed de voorkeuren van beleidsmakers hebben op die waardering. Ten tweede zijn huisartsen een geschikte onderzoeksgroep, omdat zij een groeiende groep gebruikers van eHealth zijn. Het e-consultgebruik onder huisartsen is sinds 2001 gestegen tot de helft van alle huisartsen (Krijgsman et al., 2014). Het aantal huisartsen dat in 2014 dossiers uitsluitend elektronisch bijhield, is sinds 2013 met 5 procentpunt gestegen, van 93 tot 98 procent (Krijgsman et al., 2014). Ook wisselt tussen de 84 en 93 procent van de huisartsen digitaal patiëntgegevens uit met andere zorgverleners (apothekers, ziekenhuizen). Een laatste, praktische reden voor de keuze van huisartsen als onderzoeksgroep, is dat zij zowel het e-consult als het LSP kunnen gebruiken. Daardoor kunnen huisartsen in één keer over beide systemen ondervraagd worden.

1.4 Onderzoeksvragen

De inleiding maakt twee dingen duidelijk. Ten eerste wil de minister van VWS dat het gebruik van eHealth steeds normaler wordt onder zorgprofessionals (VWS, 2014). Ten tweede blijkt dat huisartsen het e-consult en LSP steeds meer opnemen in hun praktijkvoering (Krijgsman et al., 2014; VZVZ, z.d.-a). De vraag blijft staan of huisartsen dit uit vrije wil doen of onder druk van de minister. Er zijn maar weinig onderzoeken die zich focussen op de houding van huisartsen ten opzichte van eHealth, en het e-consult en LSP in het bijzonder (Jansen et al., 2015). De theorie over innovatiesucces laat zien dat dit een belangrijke voorwaarde kan zijn voor optimale implementatie van deze systemen in de zorg (Rogers, 1995). Ook individuele eigenschappen of de sociale omgeving kunnen van invloed zijn op het gebruik. Onderzocht kan worden welke van deze kenmerken de mate van e-consult en LSP-

gebruik het meeste beïnvloeden. Wanneer dit duidelijk is, kan, indien gewenst, het draagvlak en het gebruik van beide systemen vergroot worden. Deze voorlopige aannames zijn verwoord in meerdere onderzoeksvragen:

Beschrijvende vraag:

- *Welke huisartsen gebruiken het e-consult en LSP en hoe waarderen zij het?*

Verklarende vragen:

- *In hoeverre verklaart de waardering van de productkenmerken van e-consult en LSP door huisartsen de frequentie van hun gebruik van deze systemen?*
- *In hoeverre verklaren persoonlijke of praktijkkenmerken de frequentie van het e-consult en LSP-gebruik onder huisartsen?*

Beleidsvraag:

- *Hoe kan het draagvlak onder huisartsen voor gebruik van het e-consult en LSP vergroot worden?*

1.5 Onderzoeksstrategie en -design

Huisartsen zijn moeilijk bereikbaar voor onderzoek, doordat zij vele verzoeken hiertoe krijgen. Om in een korte tijd toch veel huisartsen te bereiken, is contact gezocht met een huisartsenvereniging: de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH). Bij deze vereniging zijn ongeveer 800 huisartsen aangesloten. Daarnaast zijn individuele huisartsen benaderd, los van verenigingslidmaatschap. Voor de dataverzameling is een enquête gebruikt met vragen over de ervaringen van huisartsen met het gebruik van e-consult en LSP. Ook is naar de achtergrondgegevens van de huisarts gevraagd, zoals geslacht, leeftijd en praktijkgrootte. Deze factoren kunnen van invloed zijn op de resultaten. De enquête is door de VPH in haar nieuwsbrief geplaatst, welke zij naar haar leden heeft verstuurd. Bij de individuele huisartsen is direct contact gezocht. Dit is gedaan door middel van e-mail of, indien beschikbaar, een contactformulier op de praktijksite.

1.6 Wetenschappelijke/maatschappelijke relevantie

De wetenschappelijke meerwaarde van dit onderzoek ligt in het gegeven dat er niet eerder grootschalig onderzoek is gedaan naar de waardering van het e-consult en LSP door huisartsen. Het enige, vergelijkbare onderzoek (Jansen et al., 2015) had een veel kleinere onderzoeksgroep. De resultaten kunnen meer inzicht bieden in de houding van huisartsen ten opzichte van het e-consult en LSP. Ook het verband tussen deze houding of perceptie en hun gebruik van e-consult en LSP kan er duidelijker door worden.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in het optimaal benutten van het e-consult en LSP binnen de zorg, om zo de ermee gepaard gaande bezuiniging op de zorgkosten te realiseren. Vooral de implementatie van het LSP kostte veel geld (VZVZ, 2012). De overheid wil met beide systemen bezuinigen op de zorgkosten. Daarvoor dienen beide systemen veelvuldig gebruikt te worden. De overheid dient in haar (bezuinigings-)beleid daarom goed rekening te houden met de wensen van de zorgverleners ten aanzien van deze systemen.

2. E-consult en LSP

Om de waardering onder huisartsen van het e-consult en LSP beter te begrijpen, is het noodzakelijk een beeld te krijgen van hoe deze systemen werken. Eerst volgt een beschrijving van het e-consult, daarna van het LSP. Overal waar ‘hij’ gebruikt wordt om een persoon aan te duiden, kan ook ‘zij’ gelezen worden. Dit geldt eveneens voor de hierop volgende hoofdstukken.

2.1 E-consult

Bij een e-consult treedt de patiënt digitaal in contact met de huisarts (KNMG, 2005). De patiënt dient hiervoor in te loggen op het online patiëntenportaal van zijn huisarts(-enpraktijk). Bij de eerste keer inloggen, dient de patiënt zich te registreren. Hierbij dient hij zijn persoons- en verzekeringsgegevens op te geven. De huisartsenpraktijk keurt op basis van deze gegevens de aanmelding goed of af. Voorwaarde voor toegang tot het portaal is inschrijving van de patiënt bij de huisartsenpraktijk en eerder persoonlijk contact met de huisarts (NHG, 2014b). De patiënt krijgt vervolgens uit veiligheidsoverwegingen een gebruikersnaam en wachtwoord toegestuurd. Na toelating tot het patiëntenportaal, kan de patiënt zijn vraag of bericht sturen.

Bij het e-consult kent ook de huisarts verplichtingen. Ten eerste dient hij zich ook te identificeren. Daarnaast dient hij de patiënt in het portaal duidelijk te maken binnen welke tijd hij antwoord kan verwachten (responstijd). Normaliter is dit binnen één tot twee dagen, of maximaal drie dagen in het weekend. Tevens dient op de website van het e-consult vermeld te worden wie de vragen/klachten afhandelt. Dit kan de arts zijn, maar in veel praktijken handelen ook assistenten of praktijkondersteuners de vragen af (NHG, 2014a). Het e-consult kent speciale veiligheidseisen. De informatie uit het e-consult is beveiligd en versleuteld, zodat uitsluitend de zorgverlener en de patiënt het kunnen inzien. De strikte beveiliging onderscheidt het e-consult van communicatie via ‘gewone’ e-mail. Dit laatste wordt namelijk ook vaak gedaan door huisartsen.

Aan de patiënt dient bekend gemaakt te worden dat e-consults slechts geschikt zijn voor bepaalde vragen (NHG, 2014a). Passende vragen gaan over uitslagen van onderzoek, chronische ziektes, medicijnen, herhaalrecepten, reisadviezen, leefstijladvies en klachten waar de patiënt al eerder contact over heeft gehad met de huisarts. Voor spoedsituaties, lichamelijke klachten of emotionele problemen dient de patiënt naar het fysieke spreekuur te komen.

Wanneer de patiënt een bericht stuurt via het e-consult, wordt de praktijk hiervan op de hoogte gesteld. Alle berichtgeving in de e-consults wordt bewaard in het medisch dossier van de patiënt (NHG, 2014a).

2.2 Landelijk Schakelpunt (LSP)

Het Landelijk Schakelpunt (LSP) is een digitaal zorginformatiesysteem, waarmee zorgverleners medische informatie over patiënten digitaal kunnen uitwisselen (VZVZ, z.d.-a). Het LSP is de opvolger van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), en wordt beheerd door de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). Voor toegang is een UZI-servercertificaat en UZI-pas (Unieke Zorgverlener Identificatie) nodig. Via het LSP kan het huisartsdossier en/of medicijndossier (apotheker) worden ingezien. Inzage door de zorgverlener is echter alleen mogelijk na nadrukkelijke instemming door de patiënt. De instemming geschiedt afzonderlijk voor elk dossier. Patiënten geven mondeling of schriftelijk toestemming bij hun zorgverlener, of online via www.ikgeef toestemming.nl. Een patiënt die zijn dossier beschikbaar stelt, is 'opt-in' geregistreerd (VPHuisartsen, 2014). In tegenstelling tot het landelijke EPD, worden bij het LSP de patiëntdossiers regionaal beschikbaar gesteld. Op deze manier kunnen alleen zorgverleners uit de regio de informatie inzien. De patiëntinformatie wordt niet opgeslagen. In het LSP is de volgende informatie over de patiënt te vinden (VZVZ, z.d.-c):

- Persoonlijke gegevens;
- Recente gezondheidsproblemen;
- Medicijngebruik;
- Allergieën;
- Informatie over huisartsbezoeken in laatste maanden;
- Overige relevante informatie.

Het LSP kent daarnaast verschillende functies die de zorgverlening sneller en effectiever dienen te maken. Een eerste is de 'signaalfunctie', welke zorgverleners op de hoogte stelt wanneer er nieuwe patiëntinformatie beschikbaar is (KNMP, 2015). Een tweede functie is 'LSP ICA', waarmee de zorgverlener de meest actuele medische informatie op kan vragen over een patiënt (KNMP, 2015). Dit kan gaan over bijvoorbeeld allergieën, intoleranties voor bepaalde medicijnen en/of de gelijktijdige aanwezigheid van meerdere ziektes of aandoeningen (comorbiditeit). Functies die ontwikkeld worden zijn het uitwisselen van informatie tussen artsen, apothekers en laboratoria en het digitaal recepten voorschrijven door huisartsen en apothekers.

Naast de inhoudelijke informatie, bestaan er tevens streefcijfers over het aantal aangemelde zorgaanbieders en patiëntdossiers in het LSP (VZVZ, 2012). De percentages in tabel 2.1 gelden voor het eind van het betreffende jaar.

Tabel 2.1: Doelpercentages aangesloten zorgverleners/patiënten op Landelijk Schakelpunt per jaar (VZVZ, 2012).

	2013	2014	2015
Huisartsen			
• Aangesloten huisartsen	70%	90%	95%
• Aangesloten patiëntdossiers	50%	70%	90%
Huisartsenposten			
• Aangesloten huisartsenposten	90%	100%	100%
• Waarneemretourberichten/bezoek	50%	70%	90%
Apothekers			
• Aangesloten apotheken	70%	90%	95%
• Aangesloten patiëntdossiers	30%	70%	90%
Ziekenhuizen			
- Aangesloten ziekenhuizen	30%	70%	90%

Momenteel zijn 87% van de huisartsen en 92% van de apothekers aangesloten op het LSP. Ruim zeven miljoen Nederlanders (42%) zijn opt-in geregistreerd (VZVZ, z.d.-a). Uitgaande van de tabel blijft het aantal aangemelde patiëntdossiers achter, maar ligt het aantal deelnemende huisartsen en apothekers op schema. Aansluiting is echter wel wat anders dan actief gebruik: in de laatste eHealth-monitor geeft 47% van de ondervraagde huisartsen aan het LSP te gebruiken (Krijgsman et al., 2014).

2.3 Innovatieniveau

Voor een beter begrip van het gebruik van het e-consult en het LSP, twee specifieke voorbeelden van zorginnovatie, is een breder perspectief op zorginnovaties onontbeerlijk. Zorginnovaties worden zowel ingedeeld per niveau als naar het doel dat ze dienen. Den Breejen (2011) onderscheidt vier niveaus waarop zij plaatsvinden. Dit zijn achtereenvolgens:

1. Institutioneel niveau
2. Sectorniveau
3. Organisatorisch/operationeel niveau
4. Technologisch niveau

Het institutionele niveau behandelt innovaties die gericht zijn op de inrichting van het gehele zorgstelsel, zoals de Zorgverzekeringswet (ZVW) uit 2006. Het sectorale niveau behandelt innovaties vanuit alle deelgebieden van de gezondheidszorg, zoals vanuit tandarts-, fysio- of huisartspraktijken. Het organisatorische niveau houdt zich bezig met organisatorische veranderingen, zoals *human resource management*. Het technologisch niveau zoomt in op het verbeteren van diagnose- en

behandelmethode. Het e-consult en het LSP vallen onder het organisatorisch niveau. Het zijn twee ICT-systemen die het zorgproces anders laten verlopen: met het e-consult is er een nieuwe, namelijk digitale, manier van communicatie mogelijk tussen huisarts en patiënt. Met het LSP kunnen zorgverleners op grotere schaal patiëntgegevens uitwisselen.

2.4 Innovatiedoelen

Daarnaast speelt de vraag welk doel innovaties dienen. Volgens Putters (2009, p.27) zijn er drie duidelijke doelen te onderscheiden:

1. *Reduceren van de zorgvraag*: door de inzet van ICT-innovaties (online apotheken, eHealth) kan de patiënt zich (langer) zelfstandig redden. Door samenwerking van zorgverleners (ketenzorg) kan zorg goedkoper aangeboden worden.
2. *Uitbreiden en stimuleren van zorgaanbod en -kwaliteit*: Door innovaties op de arbeidsmarkt en in zorgopleidingen kan de zorg aantrekkelijker worden gemaakt voor jonge mensen. Ook innovaties op het gebied van medicijnen en nieuwe behandelmethoden vallen onder dit doel.
3. *Aansluiting van de zorgvraag met het zorgaanbod*: Innovaties binnen de ICT (Elektronisch Patiënten Dossier), evenals organisatorische veranderingen vallen hieronder.

Het e-consult en het LSP sluiten aan bij alle drie de doelen. Ze hebben als doel efficiënter zorg te verlenen, waardoor de patiënt minder fysieke zorg nodig heeft. Daarnaast dienen ze als aanvulling op het bestaande zorgaanbod. Ze dienen de zorgkwaliteit te vergroten, doordat zowel arts als patiënt meer informatie ter beschikking heeft voor een doelmatige behandeling. Ten slotte verbindt het e-consult de patiënt met de arts op een nieuwe, namelijk digitale, manier. Het LSP moet de informatieverwerking in de zorg verbeteren, zodat zorgverleners beter op de zorgvraag van de patiënt kunnen inspelen.

2.5 Productkenmerken

Nu is duidelijk op welke niveaus zorginnovaties zich af kunnen spelen en welke doelen ze kunnen dienen, toegepast op het e-consult en LSP. De volgende vraag is in hoeverre beide systemen door huisartsen worden gewaardeerd en gebruikt. In de inleiding kwam al de verspreidingstheorie van Rogers (1995) ter sprake. Hij heeft een indeling gemaakt van vijf, redelijk objectieve factoren die het succes van een innovatie of nieuw product kunnen verklaren. Deze productkenmerken en de waardering ervan door consumenten, bepalen in grote mate of een product gekocht wordt. De vijf productkenmerken zijn complexiteit, compatibiliteit, testbaarheid, zichtbaarheid en relatief voordeel. Deze kenmerken hangen onderling met elkaar samen. Rogers (1995) heeft onder meer de verspreiding van ICT-innovaties aan de hand van de consumentenwaardering van de productkenmerken verklaard. De waardering door huisartsen van de productkenmerken van het e-consult en LSP kan dus goed als verklaringsmechanisme dienen voor hun gebruik ervan: verschillen in waardering tussen huisartsen

kunnen verschillen in gebruik verklaren. Daarbij dient rekening gehouden te worden met de relatieve invloed van kenmerken: het relatieve voordeel van een product kan bijvoorbeeld maken dat consumenten de complexiteit ervan makkelijker accepteren.

Naast productkenmerken zijn volgens Rogers (1995) ook de persoonlijke kenmerken van de consument van invloed op zijn of haar gebruik van innovaties. De ene persoon neemt een innovatie sneller over dan de ander. De consumentkenmerken en de vijf productkenmerken zullen nu nader worden toegelicht aan de hand van (korte) voorbeelden. Daarna worden zij in verband gebracht met het e-consult en LSP-gebruik onder huisartsen.

Complexiteit

De complexiteit betreft de gebruiksvriendelijkheid van een nieuw product. Er wordt ook wel gesproken over de slimheid die een product van een gebruiker vraagt (Rogers, 1995). Zo heeft een knop bij een complex product vaak meerdere mogelijkheden. De thuisknop van de eerste smartphone, bijvoorbeeld, had veel meer functies (app-overzicht, terug naar thuismenu, stembediening) dan een knop op een 'gewone' mobiele telefoon. Ook moet een gebruiker bij een complex product nieuwe handelingen aanleren. Bij een smartphone zijn dit bijvoorbeeld typen en *swypen*. Wanneer meer gebruikers met het product kunnen omgaan, zal het zich naar verwachting sneller verspreiden.

Compatibiliteit

De compatibiliteit behandelt de vraag in hoeverre het nieuwe product aansluit op de normen en waarden, op de leefwereld, van de gebruiker (Rogers, 1995). Hoe staat een gebruiker in het algemeen tegenover ICT? Daarnaast gaat compatibiliteit ook over de mate waarin een nieuw product de gebruiker in behoeften voorziet. De televisie voorziet veel mensen bijvoorbeeld van nieuws en amusement. Ten slotte zijn de eerdere ervaringen met vergelijkbare producten van invloed op de compatibiliteit. Een smartphone-gebruiker zal het werken met een tablet vermoedelijk sneller oppikken. Samenvattend wordt verwacht dat naarmate een product beter aansluit op de leefwereld, behoeften en eerdere ervaringen van consumenten, dit product zich sneller zal onder de bevolking zal verspreiden.

Testbaarheid

De testbaarheid van een nieuw product betekent in hoeverre potentiële gebruikers het kunnen uitproberen voor aanschaf (Rogers, 1995). De behoefte aan testbaarheid neemt toe, wanneer het product nog maar kort op de markt is. De werking van het product kan dan namelijk bij weinig anderen worden afgekeken. De prijs en het type product zijn van invloed op de mate waarin consumenten het willen en kunnen testen. Zo wordt een nieuwe USB-stick niet snel getest en is een nieuwe smartphone beperkt testbaar. De verwachting is dat naarmate producten beter testbaar zijn, ze

zich sneller onder de bevolking zullen verspreiden.

Zichtbaarheid

De zichtbaarheid van een product wordt bepaald door de mate waarin de opbrengsten ervan voor consumenten direct waarneembaar zijn (Rogers, 1995). Dat vermindert de onzekerheid over het product. Belangrijke factoren zijn de bruikbaarheid in de openbare ruimte, de verkregen status voor de consument en de plaatsgebondenheid van gebruik. In de openbare ruimte is een product het meest zichtbaar, zoals de mobiele telefoon. Een computer is daarentegen alleen thuis te gebruiken. Ten slotte kunnen marketingcampagnes nieuwe producten bij consumenten positief onder de aandacht brengen. Wanneer nieuwe producten beter zichtbaar zijn, zullen ze zich sneller onder de bevolking verspreiden.

Relatief voordeel

Het relatieve voordeel van het nieuwe product uit zich in een gunstiger kosten-batenanalyse ten opzichte van voorgangers of concurrerende producten (Rogers, 1995). Het relatieve voordeel kan terugkomen in onder meer de prijs, het prestige, de tijdsbesparing of het gebruiksgemak voor de consument. Gesteld wordt dat naarmate consumenten de relatieve voordelen meer waarderen dan de relatieve nadelen, het product zich sneller onder de bevolking zal verspreiden.

2.6 Consumentkenmerken

Volgens Rogers (1995) zijn de belangrijkste consumentkenmerken die het gebruik van innovaties kunnen verklaren de cognitieve vaardigheden, het sociale netwerk en de materiële hulpbronnen (geld en tijd). Cognitieve vaardigheden zijn nodig om complexe producten te begrijpen. Het sociale netwerk kan een consument in contact brengen met nieuwe innovaties en hem adviseren over aanschaf. De hoeveelheid te besteden tijd en geld bepaalt welke producten hij aan kan schaffen en in hoeverre hij zich in de producten kan verdiepen. Het nadeel van deze kenmerken is dat ze niet allemaal goed te onderzoeken zijn: huisartsen zullen niet snel antwoord geven op vragen over hun intelligentie en inkomen. Ook zullen ze terughoudend zijn in vertellen over hun sociale netwerk. Alleen de beschikbare tijd kan enigszins gemeten worden, door te vragen naar het aantal patiënten dat bij de huisartsenpraktijk ingeschreven staat. Als een huisarts veel patiënten moet behandelen, heeft hij mogelijk minder tijd over om zich in innovaties als het e-consult en LSP te verdiepen. In plaats van de consumentkenmerken van Rogers (1995) zijn er mogelijk andere huisartskenmerken die verschillen in waardering van het e-consult en LSP tussen huisartsen kunnen verklaren. Deze komen later aan bod.

In de volgende twee paragrafen is naar het mogelijke verband gekeken tussen de waardering door huisartsen van de productkenmerken van het e-consult en het LSP en hun gebruik van deze systemen. Ook de invloed van de persoonlijke kenmerken van de huisarts op het gebruik wordt besproken. De

mogelijke verbanden zijn in hypothesen gevat, die kunnen worden getoetst.

2.7 Productkenmerken van het e-consult

Waardering complexiteit e-consult

De complexiteit betreft zoals gezegd het ervaren gebruiksgemak door consumenten van de innovatie. Het e-consult is in de basis geen complex systeem, maar toch zijn er aspecten die wel als dusdanig ervaren worden door huisartsen. Daarvan volgen een aantal voorbeelden. Een eerste discussiepunt onder huisartsen is de manier van klachtherkenning (Nijland et al., 2006). Patiënten dienen hun klachten te omschrijven in (voorgeprogrammeerde) medische termen, waar zij niet altijd mee bekend zijn. Daardoor is het voor huisartsen mogelijk onduidelijk wat hun klacht is. Daarnaast is de soepele overzetting van informatie uit het e-consult naar het HIS voor huisartsen van belang (Nijland et al., 2006). In het HIS wordt alle patiëntinformatie bij elkaar gehouden. Afhankelijk van het gebruikte HIS, waarderen huisartsen deze overzetting wisselend (Krijgsman et al., 2014). De waardering door de huisarts van het gebruiksgemak van het e-consult bepaalt voor een groot deel of hij er mee gaat werken. De volgende hypothese kan nu worden opgesteld:

Hypothese 1: Hoe gebruikersvriendelijker een huisarts het e-consult vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering compatibiliteit e-consult

De compatibiliteit van een innovatie gaat over de aansluiting van die innovatie op de leefwereld van de consument (Rogers, 1995). Toegepast op huisartsen, kan de leefwereld vertaald worden als diens dagelijkse praktijk of werkwijze. Het e-consult kan bijvoorbeeld goed passen bij praktijken die andere zaken, zoals de administratie of communicatie, ook voornamelijk online regelen. Het kan minder goed passen bij huisartsen in drukke praktijken (Krijgsman et al., 2014). Zij ervaren extra werkdruk door het e-consult, buiten de reguliere openingstijden om (Nijland et al., 2006).

De innovatie dient ook aan te sluiten op belangrijke behoeftes van de consument, waar andere producten nog niet in voorzien (Rogers, 1995). Bij duidelijke communicatie kunnen huisartsen minder urgente vragen snel afhandelen. Bij onduidelijke communicatie gaat in het e-consult meer tijd en geld zitten dan dat het oplevert (Krijgsman et al., 2014). Wanneer de huisarts het e-consult goed op zijn praktijkvoering vindt aansluiten en het hem in een behoefte voorziet, zal hij het vaker gebruiken. De volgende hypothesen kunnen worden opgesteld:

Hypothese 2a: Hoe meer de huisarts het e-consult bij zijn dagelijkse werkwijze vindt aansluiten, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Hypothese 2b: Hoe meer de huisarts vindt dat het e-consult hem in de behoefte van online patiëntcontact voorziet, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering testbaarheid e-consult

Het e-consult is vaak een vast onderdeel van de praktijksite of het HIS van de huisarts (Bohn, Stafleu en Van Loghum, z.d.). Daardoor zijn er geen extra kosten aan aanschaf van het e-consult verbonden. Ook kan het e-consult zonder veel moeite uitgetest worden. De verwachting is dat naarmate de huisarts het e-consult beter vindt uit te proberen, hij het e-consult vaker zal gebruiken.

Hypothese 3: Hoe beter testbaar de huisarts het e-consult vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering zichtbaarheid e-consult

Het e-consult is een softwaresysteem, waardoor de intrinsieke zichtbaarheid inherent beperkt is (Rogers, 1995). Zichtbaarheid bestaat echter uit nog een aspect: de status die aan een innovatie kan worden ontleend (Van Dijk, de Haan & Rijken, 2000). Nieuwe, innovatieve werkwijzen worden namelijk door de meeste mensen gewaardeerd. Hoewel het e-consult door zijn eenvoud en grootschalig gebruik geen statussymbool lijkt, is het wel een nieuwe werkwijze (Den Ouden & Meijman, 2014; Krijgsman et al., 2013). De huisarts kan door gebruik van het e-consult laten zien dat hij zich wil blijven vernieuwen binnen het vak (Krijgsman et al., 2014). Door de mogelijkheid tot e-consult op de praktijksite te vermelden, kan huisarts dit duidelijk maken. Zichtbaarheid is in dit onderzoek daarom praktisch vertaald, als de behoefte van huisartsen om te laten zien dat zij graag met hun tijd meegaan.

Hypothese 4: Hoe meer de huisarts door zijn gebruik van het e-consult wil laten zien dat hij met zijn tijd meegaat, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering relatieve voordelen e-consult

Het relatieve voordeel van het e-consult bestaat uit de door consumenten ervaren meerwaarde ervan ten opzichte van vergelijkbare producten (Rogers, 1995). Systemen met een vergelijkbare functie als het e-consult, zijn het telefonisch en fysiek (face-to-face) consult. Ook via deze consulten kan de huisarts in contact komen met de patiënt. Er worden door huisartsen relatieve voor- en nadelen genoemd van het e-consult ten opzichte van het telefonisch of fysieke spreekuur (Den Ouden & Meijman, 2014). Door naar beide kanten van de gebruikservaring te vragen, ontstaat een completer, waardevoller beeld (Krijgsman et al., 2014). Genoemde voordelen van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult zijn:

1. *Verhoogde toegankelijkheid/bereikbaarheid:* Door het e-consult kunnen patiënten die om wat voor reden dan ook het telefonisch of fysiek spreekuur moeten missen, gebruik maken van (een deel van) de diensten van de huisarts.

2. *Toegenomen patiëntgemak*: Patiënten vinden het fijn dat ze niet voor elke vraag een afspraak dienen te maken, of de praktijk dienen op te bellen. Ze kunnen hun vraag vanuit huis stellen. Voor patiënten die twifelen of hun vraag relevant genoeg is om de huisarts erover in te lichten, kan het e-consult drempelverlagend werken om dat wel te doen.
3. *Verhoogde invloed patiënt*: De patiënt ervaart meer invloed op de zorgverlening, doordat de patiënt deze vanuit eigen initiatief enigszins kan sturen. Dit heeft deels te maken met de langere reactietermijn van het e-consult. Bij het telefonisch en fysiek spreekuur kan de huisarts gemakkelijker de leiding van het gesprek overnemen.
4. *Beter antwoord huisarts door langere responstijd*: Door de schriftelijke vorm van het e-consult heeft de arts meer tijd om over zijn antwoord na te denken. Door deze tijd van reflectie ontstaat duidelijkere communicatie (Andreassen, 2006). Het mondelinge contact bij een telefonisch of fysiek spreekuur vraagt om een directere reactie.

Naast voordelen noemen huisartsen ook veel nadelen van het e-consult, ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult:

1. *Ontbreken persoonlijk contact/feedback*. Een kwart van de huisartsen vindt de communicatie via het e-consult onpersoonlijk en onduidelijk. Onduidelijke communicatie kan gemakkelijk tot misinterpretaties leiden. Bij een telefonisch of fysiek consult kan bij onduidelijkheid meteen om verheldering worden gevraagd.
2. *Te lage vergoeding*: De vergoeding van het e-consult bedraagt €4,52, net zoveel als voor het telefonisch spreekuur (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Een ‘normaal’ fysiek consult (< 20 min.) kost €9,04. Huisartsen vinden de vergoeding voor e-consults te laag, ten opzichte van de extra werklast.
3. *Overige spreekuren even druk bezocht*: Volgens huisartsen worden het telefonische en fysieke spreekuur, met de mogelijkheid van e-consult, niet minder druk bezocht (Van Dam, 2014; Gemert-Pijnen, 2006).
4. *Privacy patiënt*: Een deel van de huisartsen vraagt zich af of de medische informatie van patiënten via het mailsysteem van het e-consult goed beveiligd is (Krijgsman et al., 2014). Normaal mailcontact is te onveilig en er is nog maar weinig wetgeving op dit gebied (Van Dam, 2014). Artsen vrezen voor kritiek van patiënten in het geval er iets misgaat in het mailverkeer (Krijgsman et al., 2014). Een telefonisch of fysiek consult is in dat opzicht minder kwetsbaar.

Geconstateerd kan worden dat zorgverleners zowel voor- als nadelen ervaren van het e-consult. Voor de ene huisarts zullen de voordelen zwaarder wegen dan de nadelen, terwijl dat voor een andere huisarts niet zo hoeft te zijn. De hypothese luidt:

Hypothese 5: Hoe meer relatieve voordelen de huisarts van gebruik van het e-consult ervaart, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Huisarts- en praktijkkenmerken en e-consultgebruik

De verwachting is dat mannelijke en jonge artsen meer gebruik maken van een ICT-systeem als het e-consult, omdat zij er meer interesse voor hebben. Mannen zijn namelijk oververtegenwoordigd in bètastudies en ICT (Van de Velde, 2015). Jongeren zijn opgegroeid met ICT en kunnen er goed mee omgaan. Daarnaast kunnen ook de praktijkvorm, het aantal patiënten en het gebruikte Huisarts Informatie Systeem (HIS) een rol spelen. In een druk bezochte solopraktijk is mogelijk minder tijd voor het gebruik van eHealth. Het HIS is het centrale, belangrijkste systeem in de huisartspraktijk, waar alle patiëntgegevens worden bewaard (Jansen et al., 2015). Patiëntgegevens dienen tussen het HIS, het e-consultsysteem en het LSP te worden overgezet. De gedane veronderstellingen leiden tot de volgende hypothesen:

Hypothese 6a: Mannelijke huisartsen maken vaker gebruik van het e-consult.

Hypothese 6b: Jonge huisartsen maken vaker gebruik van het e-consult.

Hypothese 6c: In minder drukke praktijken, waar minder patiënten staan ingeschreven, maken huisartsen vaker gebruik van het e-consult.

Hypothese 6d: Afhankelijk van het gebruikte HIS, gebruiken huisartsen het e-consult vaker of minder vaak.

2.8 Productkenmerken van LSP

Waardering complexiteit LSP

De ervaringen van zorgverleners met de ingewikkeldheid en het gebruiksgemak van het LSP zijn wisselend. Het voornaamste discussiepunt is het inloggen met de UZI-passen. Sommige huisartsen vinden het snel en gemakkelijk gaan, anderen vinden het omslachtig (Jansen et al., 2015). Zorgverleners met meerdere banen in de zorg, vinden het onhandig dat per werkgever een nieuwe pas aangevraagd dient te worden. Daarnaast geven huisartsen aan dat het LSP moeilijk te integreren is met andere systemen, zoals het Huisarts Informatie Systeem (HIS) (Krijgsman et al., 2014). De uitwisseling van patiëntgegevens met andere zorgverleners via het LSP kan daardoor moeizaam verlopen. Van andere online verwijsapplicaties, zoals Zorgdomein, is bekend dat ze wel gemakkelijk te koppelen zijn met het HIS (Budding, 2009). Tot slot vinden huisartsen dat ze veel tijd kwijt zijn met het vragen van toestemming aan patiënten voor LSP-deelname (Jansen et al., 2015). Deze tijd gaat ten koste van de behandeling. De waardering van al deze aspecten beïnvloedt de waardering van de totale gebruiksvriendelijkheid van het e-consult door de huisarts. Omdat in eerdere onderzoeken bleek dat al deze aspecten een grote invloed hebben op de gebruikskeuze voor het LSP (Jansen et al., 2015;

Krijgsman et al., 2014; Gemert-Pijnen, 2006), zijn er afzonderlijke hypothesen voor opgesteld. Andere aspecten van de gebruiksvriendelijkheid van het LSP kunnen in de algemene hypothese aan bod komen:

Hypothese 7a: Hoe gebruiksvriendelijker een huisarts het LSP vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Hypothese 7b: Hoe beter de huisarts de uitwisseling van patiëntgegevens met andere zorgverleners via het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken.

Hypothese 7c: Hoe beter de huisarts het de koppeling van zijn HIS met het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken.

Hypothese 7d: Hoe beter de huisarts het inloggen met de UZI-pas op het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken.

Hypothese 7e: Hoe beter de huisarts het hebben van meerdere UZI-passen voor meerdere werkgevers waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken.

Hypothese 7f: Hoe beter de huisarts het vragen van toestemming aan patiënten voor LSP-deelname waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken.

Waardering compatibiliteit LSP

De mate waarin huisartsen het LSP aan vinden sluiten bij hun manier van werken, loopt sterk uiteen. Sommige huisartsen ervaren dat ze door het LSP efficiënter kunnen behandelen (Krijgsman et al., 2014). Een soepele koppeling van het LSP met het huidige informatiesysteem is daarvoor van groot belang. Dat lukt met het ene systeem beter dan met het andere. Huisartsen willen ook niet teveel op de LSP-informatie gaan vertrouwen (Jansen et al., 2015). Zij willen een zelfstandige situatie-inschatting maken, aangezien zij daarvoor opgeleid zijn (Pronk, 2014). De wisselende kwaliteit van de LSP-gegevens speelt hier tevens een rol bij. Ten slotte ervaren huisartsen het stellen van de toestemmingsvraag aan patiënten voor opname van hun gegevens in het LSP als een obstakel (Jansen et al., 2015). Een deel is voorstander van een ‘ja, tenzij’-systeem, waarbij toestemming automatisch geregeld is. De mate waarin de huisarts ervaart dat het LSP een verrijking is voor zijn manier van werken, beïnvloedt zijn wens om er mee te gaan werken.

Hypothese 8a: Hoe beter het LSP aansluit bij de dagelijkse werkwijze van de huisarts, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Hypothese 8b: Hoe meer het LSP de huisarts voorziet in de behoefte van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering testbaarheid LSP

De testbaarheid van het LSP is in potentie groot, omdat de arts zich vrijblijvend bij het LSP aan kan sluiten (VZVZ, 2012). Het uitproberen van het LSP wordt gestimuleerd door aantrekkelijke

voorwaarden vanuit de zorgverzekeraars. Een deel van de huisartsen voelt zich hierdoor onder druk gezet (Pronk, 2014). De stimulans vanuit de verzekeraar beïnvloedt de neiging om te testen wellicht negatief. Daarnaast geven huisartsen aan niet de tijd te hebben een veelomvattend systeem als het LSP uit te proberen. Dit maakt dat men het niet gaat testen (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). De externe druk door verzekeraars en de tijdsdruk beïnvloeden de welwillendheid van huisartsen om het LSP uit te proberen.

Hypothese 9: Hoe meer een huisarts vindt dat het LSP testbaar is voor aanschaf, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering zichtbaarheid LSP

Net als het e-consult is het LSP een softwaresysteem, dat inherent weinig zichtbaar is. Verwacht wordt dat de verspreiding van het LSP onder zorgverleners daarom langzaam zal gaan (Rogers, 1995). Met het gebruik van het LSP kan de huisarts echter wel laten zien dat hij met zijn tijd meegaat: door de recente datum van invoering van het LSP speelt innovativiteit een grotere rol dan bij oudere systemen voor informatie-uitwisseling. Zijn innovatieve werkwijze kan de huisarts laten zien aan zowel patiënten als collega's. Het is afhankelijk van de huisarts wat zijn voornaamste doelgroep is.

Hypothese 10: Hoe meer een huisarts het gevoel heeft door gebruik van het LSP met zijn tijd mee te gaan, hoe vaker hij het zal gebruiken.

Waardering relatieve voordelen LSP

Er is veel discussie over de voordelen van het LSP ten opzichte van alternatieve of oudere systemen voor elektronische uitwisseling van patiëntgegevens (VZVZ, 2012; Berg & Suichies, 2015).

Alternatieve of oudere systemen zijn het Open Zorg Informatie Systeem (OZIS), het reguliere doorverwijzen per mail, de digitale applicatie Zorgdomein (Zorgdomein, 2015a) of de ION-database (Jacobs, 2015). Eerst worden een aantal genoemde voordelen besproken, gevolgd door een aantal nadelen (Krijgsman et al., 2014):

1. *Verbeterde zorgverlening:* Een deel van de huisartsen stelt dat door de volledige en actuele informatie uit het LSP de zorg verbetert (Jansen et al., 2015). Er wordt één systeem gebruikt, in plaats van verschillende informatiesystemen. De verschillende delen van de zorgketen (huisarts, apotheker, medisch specialist) lopen daardoor beter in elkaar over (Krijgsman et al., 2014). Er worden geen verschillende diagnoses gesteld en de juiste medicijnen worden voorgeschreven.

2. *Verbeterde beveiliging*: Enkele huisartsen zien in de beveiliging van het LSP een verbetering ten opzichte van andere of eerdere systemen, zoals regulier verwijzen per mail (Jansen et al., 2015). Zij noemen het inloggen met de UZI-pas als een reden daarvoor.

Naast de relatieve voordelen van gebruik van het LSP worden er ook een groot aantal verbeterpunten (Nictiz/Nivel, p. 119-120; 122) genoemd:

1. *Beperkt gebruik LSP*:

In een aantal regio's zijn er weinig huisartsen en patiënten aangesloten (VZVZ, z.d.-b).

Daardoor is er weinig informatie uit te wisselen (Pronk, 2014). De wel beschikbare informatie is niet altijd volledig of van goede kwaliteit (Jansen et al., 2015). Patiënten kunnen er namelijk voor kiezen alleen hun huisarts- óf medicijngegevens beschikbaar te stellen (Jansen et al., 2015). Een informatietekort kan leiden tot een verkeerde inschatting van de situatie. Het is voor huisartsen niet duidelijk bij wie de verantwoordelijkheid ligt in het geval er daardoor iets misgaat in de behandeling (Jansen et al., 2015).

2. *Haperende beveiliging LSP*:

Bij enkele partijen zijn twijfels over de beveiliging van patiëntgegevens in het LSP (Nobel, 2014). Volgens hen kunnen onbevoegde partijen via een gestolen UZI-pas eenvoudig bij de patiëntdossiers (Jansen et al., 2015). Huisartsen vragen patiënten om toestemming voor LSP-deelname, maar ze kunnen geen garantie geven dat er niks onjuists met de gegevens gebeurt. Artsen vrezen een afnemend vertrouwen van patiënten, in het geval hun gegevens onjuist gebruikt worden. Daarmee komt de toegankelijkheid van de zorg in het geding: alleen in een optimale vertrouwensrelatie zal de patiënt de huisarts alle benodigde behandelinformatie vertellen.

3. *Druk van zorgverzekeraars*: Huisartsen voelen zich door zorgverzekeraars onder druk gezet met het LSP te gaan werken. Het volgende voorbeeld komt uit een huisartscontract met verzekeraar CZ: "De zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst (LSP, red.) niet meer vrijblijvend is" (Kring Haaglanden, 2013). Daarnaast wordt het belangrijkste, alternatieve informatiesysteem, OZIS, per 1 januari 2015 uitgeschakeld (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014).

Samenvattend is het lastig te stellen of huisartsen meer relatieve voor- of nadelen ervaren aan het LSP. De ervaren meerwaarde ligt vooral in de snellere uitwisseling van patiëntgegevens. Deze ervaren meerwaarde kan goed verschillen per regio: in de ene regio is het aantal gebruikers en de intensiteit van gebruik veel groter dan in de andere regio (VZVZ, z.d.-b). Daarnaast zijn er vanuit huisartsen veel vragen over de bescherming van gegevens binnen het systeem. Deze vragen kunnen hen ervan weerhouden het LSP intensief te gaan gebruiken. De volgende hypothese wordt nu opgesteld:

Hypothese 11: Hoe meer relatieve voordelen huisartsen van gebruik van het LSP ervaren, hoe vaker ze het zullen gebruiken.

Huisarts- en praktijkenmerken en LSP-gebruik

Net als bij het e-consult, is de verwachting bij het LSP dat dit systeem het meest gebruikt wordt door jonge, mannelijke huisartsen. Mannen en jongeren interesseren zich het meest voor ICT (Van de Velde, 2015). Het LSP zal vooral in minder drukke praktijken gebruikt worden, waar er de tijd is een nieuw systeem te implementeren. Ook is de soepele aansluiting van het LSP op het HIS van belang. Tot slot kan lidmaatschap van een huisartsenvereniging van invloed zijn. De twee grootste huisartsverenigingen zijn de Landelijke Huisartsen Vereniging (11.000 leden) en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (800 leden). De VPH staat kritischer tegenover het LSP dan de LHV. De VPH heeft twijfels bij de beveiliging van de patiëntgegevens in het LSP. Voor nu leiden de gedane veronderstellingen tot de volgende hypothesen:

Hypothese 12a: Mannelijke huisartsen maken vaker gebruik van het LSP.

Hypothese 12b: Jonge huisartsen maken vaker gebruik van het LSP.

Hypothese 12c: In minder drukke praktijken, waar minder patiënten ingeschreven staan, maken huisartsen vaker gebruik van het LSP

Hypothese 12d: Afhankelijk van het gebruikte HIS, maken huisartsen vaker of minder vaak gebruik van het LSP.

Hypothese 12e: Huisartsen die LHV-lid zijn, gebruiken het LSP vaker.

2.9 Samenvatting van de hypothesen

De innovatietheorie van Rogers (1995) is toegepast op de casus van deze scriptie, het e-consult en het LSP. Uit deze toepassing zijn een twaalfstal hypothesen afgeleid (zie onderstaande tabel). Om deze hypothesen te testen, is dataverzameling en data-analyse noodzakelijk. In het volgende hoofdstuk komt aan bod op welke wijze data verzameld en geanalyseerd zal worden.

Tabel 2.2: *Samenvatting van de hypotheses*

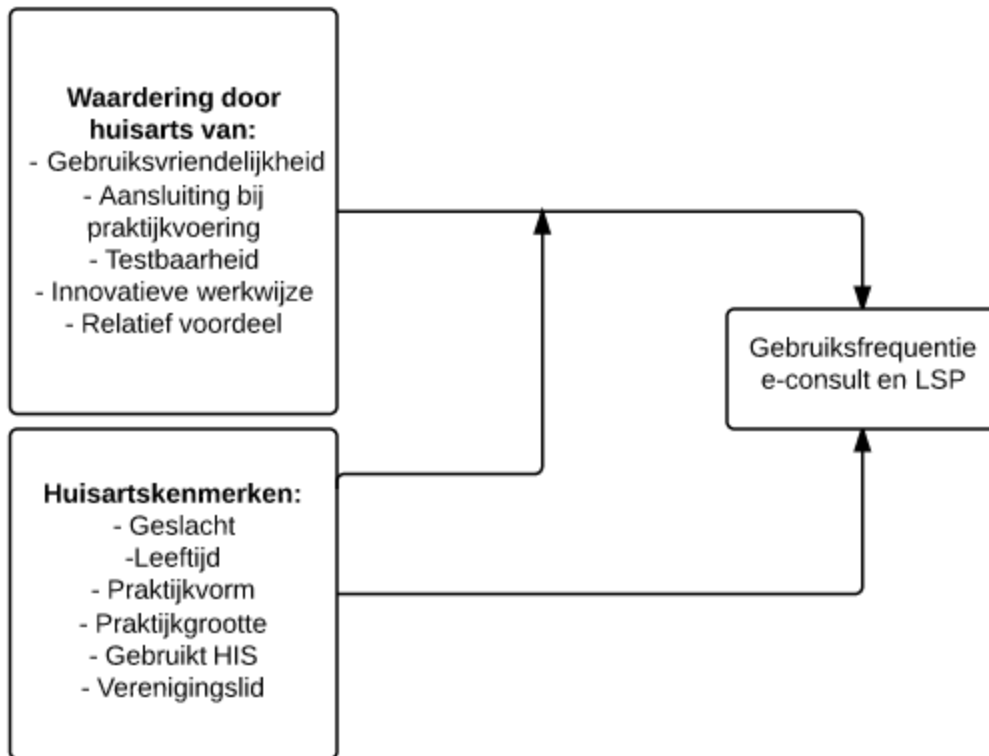
Kenmerk	Hypotheses
Waardering complexiteit e-consult	1.Hoe gebruikersvriendelijker een huisarts het e-consult vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering compatibiliteit e-consult	2a. Hoe beter het e-consult aansluit bij de dagelijkse werkwijze van de huisarts, hoe vaker hij het zal gebruiken. 2b. Hoe meer het e-consult de huisarts voorziet in de behoefte van online patiëntcontact, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering testbaarheid e-consult	3. Hoe beter testbaar de huisarts het e-consult vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering zichtbaarheid e-consult	4. Hoe meer de huisarts door zijn gebruik van het e-consult wil laten zien dat hij met zijn tijd meegaat, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering relatief voordeel e-consult	5.Hoe meer relatieve voordelen de huisarts van gebruik van het e-consult ervaart, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Huisarts- en praktijkenmerken (e-consult)	6a. Mannelijke huisartsen maken vaker gebruik van het e-consult. 6b. Jonge huisartsen maken vaker gebruik van het e-consult. 6c. In minder drukke praktijken, waar minder patiënten staan ingeschreven, maken huisartsen vaker gebruik van het e-consult. 6d. Afhankelijk van het gebruikte HIS, gebruiken huisartsen het e-consult vaker of minder vaak.
Waardering complexiteit LSP	<i>Hypothese 7a:</i> Hoe gebruiksvriendelijker een huisarts het LSP vindt, hoe vaker hij het zal gebruiken. <i>Hypothese 7b:</i> Hoe beter de huisarts de uitwisseling van patiëntgegevens met andere zorgverleners via het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken. <i>Hypothese 7c:</i> Hoe beter de huisarts het de koppeling van zijn HIS met het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken. <i>Hypothese 7d:</i> Hoe beter de huisarts het inloggen met de UZI-pas op het LSP waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken. <i>Hypothese 7e:</i> Hoe beter de huisarts het hebben van meerdere UZI-passen voor meerdere werkgevers waardeert, hoe vaker hij het LSP zal gebruiken. <i>Hypothese 7f:</i> Hoe beter de huisarts het vragen van toestemming aan patiënten voor LSP-deelname waardeert, hoe vaker hij het LSP zal

	gebruiken.
Waardering compatibiliteit LSP	8a. Hoe beter het LSP aansluit bij de dagelijkse werkwijze van de huisarts, hoe vaker hij het zal gebruiken. 8b. Hoe meer het LSP de huisarts voorziet in de behoefte van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering testbaarheid LSP	9. Hoe meer een huisarts vindt dat het LSP testbaar is voor aanschaf, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering zichtbaarheid LSP	10. Hoe meer een huisarts het gevoel heeft door gebruik van het LSP met zijn tijd mee te gaan, hoe vaker hij het zal gebruiken.
Waardering relatief voordeel LSP	11. Hoe meer relatieve voordelen huisartsen van gebruik van het LSP ervaren, hoe vaker ze het zullen gebruiken.
Huisarts- en praktijkkenmerken (LSP)	12a. Mannelijke huisartsen maken vaker gebruik van het LSP. 12b. Jonge huisartsen maken vaker gebruik van het LSP. 12c. In minder drukke praktijken, waar minder patiënten ingeschreven staan, maken huisartsen vaker gebruik van het LSP. 12d. Afhankelijk van het gebruikte HIS, gebruiken huisartsen het e-consult vaker of minder vaak. 12e. Huisartsen die LHV-lid zijn, gebruiken het LSP vaker.

2.10 Conceptueel model

De verbanden tussen de variabelen uit de hypothesen zijn schematisch weergegeven in figuur 2.1. Het model is een hulpmiddel bij het richting geven en afbakenen van dit onderzoek (Verschuren en Dorenwaard, 2007). Dit model geeft de verwachtingen van dit onderzoek weer: de verwachting dat de waardering van de productkenmerken door huisartsen en de huisarts- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de gebruiksfrequentie van het e-consult en LSP. Daarnaast toont het model een tweede verwachting: dat het verband tussen de waardering van de productkenmerken door huisartsen en de mate van hun e-consult en LSP-gebruik, wordt beïnvloed door hun persoonlijke kenmerken en kenmerken van hun praktijk.

Figuur 2.1: Conceptueel model van de onderzochte verbanden tussen de belangrijkste variabelen in dit onderzoek



3. Data en methoden

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksopzet. De eerste paragraaf licht het ontwerp van het onderzoek toe. Het beschrijft hoe de onderzoeksgroep eruit ziet en hoe deze is benaderd. Daarnaast zijn de manieren van data verzamelen beschreven. De tweede paragraaf behandelt de inhoud van de onderzoekenquête. In de derde paragraaf is de operationalisering van de belangrijkste variabelen beschreven. De vierde paragraaf gaat over de criteria waar wetenschappelijk onderzoek aan moet voldoen, zoals betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit. De vijfde en laatste paragraaf behandelt de data-analyse.

3.1 Onderzoeksontwerp

3.1.1 De onderzoeksgroep: huisartsen

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit huisartsen. Onder deze groep vallen alle huisartsen die gebruik (zouden) kunnen maken van het e-consult en/of LSP. De functie van de huisarts of de organisatievorm waar hij of zij in werkt, maakt daarbij niet uit. Huisartsen die met het e-consult of LSP werken zijn zowel praktijkhoudend huisartsen, huisartsen in loondienst, huisartsen in dienst bij een andere huisarts (hidha's), als waarnemers/freelancers en artsen in opleiding (Aio's) (LHV, 2015).

3.1.2 Benadering van de huisartsen

De onderzoeksgroep is ondervraagd door middel van een online enquête. Op deze wijze kan snel en relatief eenvoudig een groot aantal respondenten benaderd worden. Een grote respondentpopulatie vergroot de kwaliteit van kwantitatief onderzoek (Bryman, 2012). De respondenten zijn op verschillende manieren benaderd om deel te nemen. Ten eerste is het onderzoek aangekondigd in de ledennieuwsbrief van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH). De VPH komt op voor de positie van praktijkhoudende huisartsen in Nederland. VPH. Met een kort tekstje is uitgelegd waar de enquête over ging en wat de relevantie was voor de VPH:

Graag willen we jullie attenderen op onderstaand onderzoek, waarbij door een onafhankelijke student eHealth en LSP-gebruik onderzocht worden. Ons eigen standpunt ten aanzien van het LSP is bekend, maar we zijn benieuwd naar de uitkomsten van dit onderzoek. We vragen dan ook om onderstaande survey in te vullen (Ledennieuwsbrief 105, VPH).

De VPH is tegenstander van invoering van het LSP omdat zij twijfelt aan de bescherming van de patiëntprivacy in het systeem. De stellingname van de VPH kan daarom van invloed zijn op de standpunten van haar leden over het LSP. Dit onderzoek wenst echter een zo representatief mogelijk huisartsenbestand te raadplegen over haar ervaringen met het LSP. Daarom zijn naast de VPH-leden

ook andere huisartsen benaderd, onafhankelijk van het VPH-verenigingslidmaatschap. Dit is gebeurd via de website van Zorgkaart Nederland, waar de websitegegevens van bijna alle Nederlandse praktijken op staan vermeld. Hier zijn 4673 huisartspraktijken te vinden verdeeld over 234 pagina's. Elke bovenste en onderste praktijk van een pagina zijn geselecteerd. Hierbij was de vermelding van contactgegevens op de praktijksite voorwaarde voor selectie. Dit kon zijn in de vorm van een contactformulier of een algemeen e-mailadres. In het geval er een contactformulier aanwezig was op de praktijksite, is daarin een standaardtekst gezet om het onderzoek toe te lichten. In deze tekst stond informatie over onderzoeker, het doel van het onderzoek, de meerwaarde voor de praktijk en een link naar de onderzoekenquête. Naar praktijken met een mailadres is een mail met eenzelfde tekst verzonden. Op deze wijze zijn 288 contactformulieren ingevuld, en is naar 181 praktijken een e-mail verstuurd. De totale steekproefgrootte van beide methodes is 469 (288+181).

Ten derde heeft de onderzoeker een tweet verstuurd met een link naar de onderzoekenquête. Deze tweet is getweet door verschillende zorgorganisaties en –medewerkers. Hieronder bevinden zich een eHealth-deskundige van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en online platforms voor professionals in de zorg als MedicalFacts en ZorgNL. Ook enkele huisartsen hebben de Tweet op hun pagina gezet.

3.2 Enquête e-consult/LSP

De data zijn verzameld via een online enquête, opgesteld via de website *Survey Monkey*. De enquête had als naam 'Enquête e-consult/LSP' en bevatte 39 vragen. De enquête is vooraf doorgenomen door twee bestuursleden van de VPH. Zij hebben gekeken of de inhoud en volgorde van de vragen logisch was. De eerste pagina heette de respondent welkom. Tevens is op deze pagina het doel van het onderzoek uitgelegd en de inhoud en werking van de enquête toegelicht. Ook is benadrukt dat de enquête anoniem was. De overige pagina's zijn opgedeeld in drie delen: vraag 1 tot en met 17 gingen over het e-consult, vraag 18 tot en met 32 over het LSP en vraag 33 tot en met 39 over achtergrondkenmerken van de respondent. Alle vragen dienden verplicht te worden ingevuld, met uitzondering van de vragen over de achtergrondkenmerken.

3.2.1 E-consult

Het eerste deel van de enquête ging over het e-consult. De beginvraag was of de huisarts het e-consult gebruikt. Wanneer hier 'nee' geantwoord is, volgden enkele vragen naar redenen om het e-consult niet te gebruiken. Deze redenen zijn uit de theorie afgeleid. De ingeschatte/ervaren nadelen van non- en ex-gebruikers konden zo worden vergeleken met de ervaren nadelen van gebruikers. De tweede vraag was of, en op welke termijn, men het e-consult mogelijk wel gaat gebruiken. Daarnaast is gevraagd of, en hoe vaak, men de gewone mail gebruikt voor patiëntcontact. Regulier, onbeveiligd mailverkeer blijkt in de praktijk namelijk een belangrijke vervanger van het e-consult te zijn.

In het geval bij de eerste vraag geantwoord is dat de huisarts het e-consult gebruikt, kreeg de huisarts vragen over de duur en frequentie van het gebruik. Hierna volgden vragen over de waardering van de volgende kenmerken van het e-consult: gebruiksvriendelijkheid, aansluiting op praktijkvoering, testbaarheid, innovatief karakter en relatieve voordelen. Aansluitend is gevraagd naar de invloed van deze kenmerken op de keuze het e-consult te gaan gebruiken. Indien nodig ging aan vragen een korte toelichting vooraf. Deze toelichting diende onduidelijkheid over gebruikte woorden of de inhoud van de vraag te voorkomen.

3.2.2 LSP

Deel 2 kende dezelfde opbouw en structuur als deel 1. De inhoud en volgorde van de vragen was nagenoeg hetzelfde, alleen nu toegepast op het LSP. Er is gevraagd naar de frequentie van het LSP-gebruik in plaats van naar LSP-aansluiting. Aansluiting op het LSP hoeft namelijk niet te betekenen dat een huisarts het LSP ook veel gebruikt. Net als bij het e-consult, is ook hier gevraagd naar de vijf productkenmerken. Bij het LSP zijn er meer vragen over de gebruiksvriendelijkheid: uit eerdere onderzoeken blijkt dat deze onderdelen van het LSP het meest door huisartsen worden bediscussieerd (Jansen et al., 2015; Krijgsman et al., 2014; Gemert-Pijnen, 2006). Andere inhoudelijke verschillen in de vraag, hebben te maken met het gegeven dat e-consult en LSP andere systemen zijn. Zo dient het LSP een ander doel, heeft het een andere doelgroep en zijn er andere alternatieve systemen voor. Deze verschillen zijn terug te zien in de vragen in de enquête.

3.2.3 Huisarts- en praktijkkenmerken

In het derde deel krijgt de respondent vragen over achtergrondkenmerken. Deze kenmerken kunnen het gebruik van het e-consult en LSP beïnvloeden. Daarnaast kunnen achtergrondkenmerken de samenhang tussen waardering van productkenmerken en gebruiksfrequentie beïnvloeden. Met deze mogelijke invloed dient rekening te worden gehouden in de analyses. Achtergrondkenmerken die van invloed kunnen zijn op de waardering van de productkenmerken en het gebruik van het e-consult en LSP zijn: het geslacht en de leeftijd van de huisarts, het patiëntaantal van de praktijk, het gebruikte HIS en het lidmaatschap van een huisartsenvereniging. Daarnaast is ook naar de praktijkvorm gevraagd.

Aan het eind van deel 3 kreeg de respondent ruimte voor vragen en/of opmerkingen. Vervolgens kon de enquête verstuurd worden. Op de afsluitende en laatste pagina werd de respondent bedankt voor zijn deelname.

3.3 Operationalisering van de variabelen

Deze paragraaf licht toe hoe de onderzochte begrippen in de hypothesen zijn gemeten. Vanaf hier heten deze begrippen variabelen. Dit onderzoek kent zowel afhankelijke, onafhankelijke als

controlevariabelen. De afhankelijke variabelen zijn het gebruik van het e-consult en LSP. Het gebruik van deze eHealth-systemen wordt naar verwachting beïnvloed door de onafhankelijke variabelen gebruiksvriendelijkheid, aansluiting bij manier van werken, testbaarheid, innovativiteit en relatieve voordelen. Ook de huisartskenmerken geslacht, leeftijd, praktijkvorm, aantal patiënten, gebruikt HIS en verenigingslidmaatschap kunnen de afhankelijke variabelen beïnvloeden. De correlaties tussen de onafhankelijke variabelen zijn berekend, om vast te stellen of deze kenmerken niet te sterk correleren. Dit bleek niet zo te zijn. De zojuist genoemde huisartskenmerken zijn tevens controlevariabelen. Zij kunnen van invloed zijn op het verband tussen de waardering van huisartsen van de productkenmerken en hun gebruik van het e-consult en LSP.

De vraag- en antwoordopties in de enquête kennen een aantal algemene kenmerken. Ten eerste zijn er vier vraagtypen: gesloten vragen, (gesloten) stellingen, meerkeuzevragen en open vragen. Bij de gesloten vragen en stellingen is een schaal met een aantal antwoordcategorieën voorgelegd. Deze categorieën lopen van hoog naar laag, waarbij ‘hoog’ voor een goede beoordeling, een hoge mate van instemming, veelvuldig gebruik van een systeem, et cetera, staat. De gegeven antwoorden zijn gescoord, om ze beter te kunnen analyseren. Bij een schaal met bijvoorbeeld vijf antwoordopties, heeft het ‘hoogste’ antwoord de score 5 gekregen en het laagste antwoord de score 1. In de behandeling van de variabelen en bijbehorende vragen, zijn alle antwoordcategorieën uitgeschreven. Wanneer de antwoordcategorieën van vragen hetzelfde zijn, zullen deze categorieën een keer toegelicht worden voor al deze vragen.

De stellingen zijn afwisselend positief en negatief geformuleerd. Dit is gedaan om de indruk bij de respondent te wekken dat het onderzoek zo objectief mogelijk is en de onderzoeker vooraf niet al een oordeel had. Daarnaast is zo geprobeerd te voorkomen dat vragen te snel gelezen en ingevuld worden, wat een risico is bij veel dezelfde vraag- en antwoordtypen achter elkaar.

De geboden antwoordopties bij de meerkeuzevragen, ten slotte, zijn afgeleid uit de theorie en empirische bevindingen uit eerdere onderzoeken.

3.3.1 Operationalisering afhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen zijn gemeten door gesloten en meerkeuzevragen. Zowel gebruikers als niet-gebruikers zijn ondervraagd.

Gebruik e-consult

Er is naar twee aspecten van gebruik van het e-consult gevraagd. Het eerste aspect is het gemiddeld aantal keer per week dat de huisarts vragen via het e-consult beantwoordt. Er zijn vijf antwoordcategorieën: *vaker dan 3x per week*, *3x per week*, *2x per week*, *1x per week* of *gemiddeld minder dan 1x per week*. Het tweede aspect is het aantal vragen dat de huisarts per keer beantwoordt. Er zijn drie antwoordcategorieën: *meer dan 10 vragen*, *tussen de 5 en 10 vragen* en *tussen de 1 en 5 vragen*.

Het niet gebruiken van het e-consult

Wanneer de huisarts het e-consult niet gebruikt, is gevraagd naar de reden hiervoor, evenals naar mogelijk toekomstig gebruik en alternatief e-mailgebruik. Negen mogelijke redenen zijn hiervoor gegeven. Ook kon de respondent een eigen antwoord geven. De vraag over mogelijk gebruik in de toekomst kon worden beantwoord met: *binnen een half jaar, tussen een half jaar en een jaar, over langer dan een jaar, weet nog niet op welke termijn, weet überhaupt nog niet of niet*. Daarnaast is gevraagd hoe vaak men gemiddeld per week de gewone mail gebruikt voor patiëntcontact. Er zijn zes antwoordopties gegeven: *meer dan 3x per week, 3x per week, 2x per week, 1x per week, gemiddeld minder dan eens per week of niet*.

Gebruik LSP

Het LSP-gebruik is gemeten als het gemiddeld aantal keren per maand dat de huisarts informatie raadpleegt via het LSP. Er zijn vijf antwoordopties mogelijk: *meer dan 10 keer, tussen de 5 en 10 keer, tussen de 1 en 5 keer of gemiddeld 1x per maand, gemiddeld minder dan 1x per maand*.

Het niet gebruiken van het LSP

Huisartsen die het LSP niet gebruiken, is gevraagd naar de redenen hiervoor. Er kon gekozen worden uit twaalf redenen en er was wederom de mogelijkheid tot eigen antwoord. Ook is gevraagd of men het LSP in de toekomst wel (weer) wil gaan gebruiken. De geboden antwoordopties waren: *binnen een half jaar, tussen een half jaar en een jaar, over langer dan een jaar, weet nog niet op welke termijn, weet überhaupt nog niet of niet*.

3.3.2 Operationalisering onafhankelijke variabelen

Elke onafhankelijke variabele is gemeten door één of meerdere vragen. Dit zijn gesloten vragen, stellingvragen en meerkeuzevragen. Bij de gesloten en stellingvragen is men om een korte toelichting bij het antwoord gevraagd (deze is niet verplicht). De gesloten vragen hebben meestal als antwoordcategorieën: zeer goed, goed, redelijk, matig, slecht. Wanneer er andere dan deze antwoordcategorieën gebruikt zijn, is dat hieronder expliciet vermeld. De stellingen hebben als antwoordopties: helemaal mee eens, mee eens, neutraal, mee oneens, helemaal mee oneens.

Gebruiksvriendelijkheid e-consult

De ervaren gebruiksvriendelijkheid van het e-consult is gemeten door twee gesloten vragen: *Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het e-consult?* En *Hoe verloopt de koppeling van uw e-consultsysteem met uw Huisarts Informatie Systeem (HIS)?* De tweede vraag is gesteld, omdat het stroeve verloop van deze overzetting van informatie één van de meest genoemde nadelen van het e-

consult is (Gemert & Pijnen, 2006). Dit aspect van het e-consult valt onder het productkenmerk/de variabele *gebruiksvriendelijkheid*.

Aansluiting van e-consult bij praktijkvoering

Deze variabele is gemeten door de gesloten vraag: *Hoe sluit het gebruik van e-consult aan bij uw praktijkvoering?* Daarnaast mat een stelling de mate waarin het e-consult in een behoefte voorziet: *Het gebruik van e-consult sluit aan bij een belangrijke behoefte van mij, namelijk de behoefte aan online patiëntcontact*. De behoefte is specifiek benoemd, om antwoorden op deze stelling te kunnen vergelijken.

Testbaarheid e-consult

De testbaarheid van het e-consult is gemeten door de volgende stelling: *Ik kon het e-consult, vóór ik het definitief ging gebruiken, onvoldoende uitproberen*. In de stelling is testbaarheid verwoord als ‘mate van uitproberen’. Het woordje *vóór* maakt duidelijk dat het om de fase voor daadwerkelijk gebruik gaat, in lijn met de theorie van Rogers (1995).

Innovativiteit e-consult

Innovativiteit is geoperationaliseerd als het toepassen van ‘nieuwe werkwijzen’ door de huisarts. De respondent is de volgende stelling voorgelegd: *Met mijn gebruik van het e-consult wil ik laten zien dat ik graag nieuwe werkwijzen toepas*. In de stelling is niet aangegeven op welke groep de huisarts zich voornamelijk richt (patiënten, collega’s, het breder publiek), omdat dit per huisarts kan verschillen.

Relatieve voordelen e-consult

Relatief voordeel is vertaald als waarde ten opzichte van alternatieve communicatiemiddelen voor het e-consult. De belangrijkste alternatieven zijn het telefonisch en fysiek consult. Eerst is gevraagd hoe de respondent de waarde inschat van e-consultgebruik ten opzichte van het gebruik van deze alternatieven. Er zijn daarbij vijf antwoordopties gegeven: veel groter, groter, gelijk, kleiner en veel kleiner. Daarna is met meerkeuzevragen gevraagd wat als de grootste voor- en nadelen van het e-consult gezien worden, ten opzichte van het telefonisch en/of fysiek consult. De respondent kon hier kiezen uit vijf (voordelen), respectievelijk negen (nadelen) antwoordopties, en/of een eigen antwoord invullen.

Invloed factoren op gebruikskeuze e-consult

De mate waarin de productkenmerken meespelen in de keuze het e-consult te gaan gebruiken, is gemeten door de vraag: *Hoe groot is de invloed van onderstaande factoren geweest, in uw keuze het e-consult te gaan gebruiken?* Bij deze vraag zijn de productkenmerken in de rijen opgesteld. De

antwoordmogelijkheden staan in de kolommen en zijn: zeer groot, groot, niet groot en niet klein, klein, zeer klein.

Gebruiksvriendelijkheid LSP

De gebruiksvriendelijkheid van het LSP is gemeten door de gesloten vraag: *Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het LSP?* Daarnaast is respondenten om een beoordeling gevraagd van de volgende LSP-onderdelen: de uitwisseling van patiëntinformatie tussen zorgverleners, het overzetten van informatie uit andere/oudere systemen (bv. HIS/OZIS) naar het LSP, het inloggen met de UZI-passen, het hebben van meerdere UZI-passen voor meerdere werkgevers en, ten slotte, het vragen van toestemming aan patiënten voor de opname van hun medische gegevens in het LSP.

Aansluiting LSP bij praktijkvoering

De aansluiting van het LSP bij de praktijkvoering is gemeten door middel van de gesloten vraag: *Hoe sluit het gebruik van het LSP aan bij uw praktijkvoering?* Daarnaast is de mate waarin het LSP in een behoefte bij de huisarts voorziet, gemeten door de stelling: *Het gebruik van e-consult sluit aan bij een belangrijke behoefte van mij, namelijk de behoefte aan elektronische uitwisseling van patiëntgegevens.* De behoefte is specifiek benoemd, om antwoorden op deze stelling te kunnen vergelijken.

Testbaarheid LSP

De testbaarheid van het LSP is gemeten door de stelling: *Ik kon het LSP, vóór ik het definitief ging gebruiken, onvoldoende uitproberen.* In de stelling is testbaarheid verwoord als ‘mate van uitproberen’. Het woordje *vóór* maakt duidelijk dat het om de fase voor aanschaf gaat, wat Rogers (1995) ook bedoelt.

Innovativiteit LSP

Innovativiteit is geoperationaliseerd als het toepassen van ‘nieuwe werkwijzen’ door de huisarts. De respondent is de volgende stelling voorgelegd: *Met mijn gebruik van het LSP wil ik laten zien dat ik graag nieuwe werkwijzen toepas.* In de stelling is niet aangegeven op welke groep de huisarts zich voornamelijk richt (patiënten, collega’s, het breder publiek).

Relatieve voordelen LSP

Relatief voordeel is vertaald als de waarde van het LSP ten opzichte van alternatieve of eerdere systemen voor de uitwisseling van patiëntgegevens. Een alternatief systeem is het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Een vergelijkbaar, ouder, reeds afgesloten systeem, is het Open Zorg Informatie Systeem (OZIS). Deze twee vergelijkingsmogelijkheden zijn in de vragen specifiek benoemd. Dit is gedaan om de antwoorden op de vragen goed te kunnen vergelijken. Eerst is gevraagd hoe de respondent de waarde inschat van LSP-gebruik ten opzichte van het HIS en OZIS. De

antwoordmogelijkheden zijn: veel groter, groter, gelijk, kleiner en veel kleiner. Daarna is met meerkeuzevragen gevraagd wat de respondent als de grootste voor- en nadelen van het LSP ziet, ten opzichte van het HIS en OZIS. De respondent kon kiezen uit vijf opties (voordelen), respectievelijk acht (nadelen) opties en/of een eigen antwoord invullen.

Invloed factoren op gebruikskeuze LSP

De relatieve invloed van de vijf productkenmerken op de gebruikskeuze is gemeten door de gesloten vraag: *Hoe groot is de invloed van onderstaande factoren geweest, in uw keuze het LSP te gaan gebruiken?* De antwoordopties zijn: zeer groot, groot, niet groot en niet klein, klein en zeer klein.

3.3.3 Operationalisering huisarts- en praktijkkenmerken

De relevante huisarts- en praktijkkenmerken zijn geslacht, leeftijd, praktijkvorm, aantal patiënten, HIS en verenigingslidmaatschap.

Geslacht

Geslacht is gemeten door de vraag: *Wat is uw geslacht?* (man =1; vrouw=2).

Leeftijd

Leeftijd is gemeten met de vraag: *Wat is uw leeftijd?* De respondent gaf hier zijn leeftijd in jaren aan.

Praktijkvorm

De organisatievorm van de is gemeten door de vraag: *Welke vorm kent uw praktijk?* De antwoordmogelijkheden zijn: solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk of gezondheidscentrum. Een groepspraktijk telt drie of meer huisartsen. In een gezondheidscentrum zit de huisartsenpraktijk samen met andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten, diëtisten of logopedisten.

Aantal patiënten

Het aantal patiënten is gemeten door de vraag: *Hoeveel patiënten staan bij uw praktijk ingeschreven?*

Type HIS

Het type HIS is gemeten door de vraag: *Wat voor Huisarts Informatie Systeem (HIS) gebruikt u?.* De elf in de enquête genoemde HISsen zijn afkomstig uit een overzicht van (Zorgdomein, 2015b). Ook kon de respondent een eigen antwoord geven.

Lidmaatschap huisartsenvereniging

Bij verenigingslidmaatschap kan men kiezen uit: LHV, VPH, LHV en VPH, geen lid of een andere vereniging noemen.

3.4 Sociaalwetenschappelijke criteria

Sociaalwetenschappelijk onderzoek dient aan verschillende wetenschappelijke criteria te voldoen, zoals respons, representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit. In de volgende paragrafen wordt elk criterium kort uitgelegd, en toegepast op dit onderzoek.

3.4.1 Respons

De data zijn op twee manieren verzameld: via een weblink en een e-mailbericht. De weblink stond vermeld in de VPH-nieuwsbrief, in de ingevulde contactformulieren en in de Twitter-post. De VPH heeft ongeveer 800 leden. Het contactformulier is naar 288 praktijken verstuurd. Daarnaast is er nog een onbekend aantal Twittersaars die de link gelezen heeft. Dit betekent dat de weblink een potentieel bereik heeft dat groter is dan of gelijk is aan 1088 (800+288). Hoeveel mensen het bericht daadwerkelijk gelezen hebben, is niet vast te stellen. Bij het e-mailbericht is dit veel duidelijker: dit is verstuurd aan 181 praktijken, waarvan 45 de enquête hebben ingevuld. Daarom valt daar een responspercentage bij te berekenen. In onderstaande tabel zijn bovenstaande gegevens samengevat:

Tabel 3.1: *Responspercentage per onderzoeksmethode*

Verzamelmethode	Aantal aangeschreven huisartsen	Aantal respondenten	%
Weblink	>1088	148	...
E-mailbericht	181	45	24.9%

3.4.2 Representativiteit

De representativiteit van de steekproef is bepaald door de respondenten op een aantal persoonlijke en praktijkenmerken te vergelijken met de gehele Nederlandse huisartsenpopulatie (Hassel, Kasteleijn & Kenens, 2015). Voor beide groepen zijn gegevens beschikbaar over de kenmerken geslacht, leeftijd en praktijkvorm. In dit onderzoek blijken mannelijke huisartsen oververtegenwoordigd te zijn. Ook ligt de gemiddelde leeftijd in de steekproef iets hoger dan die van de gemiddelde, Nederlandse huisarts. Ten slotte werken er relatief iets meer huisartsen in een solopraktijk of groepspraktijk en relatief minder in een duopraktijk. Daarbij dient vermeld te worden dat de huisartsen die in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werken, samen zijn genomen. In onderstaande tabel staan de gegevens van de steekproef en populatie samengevat.

Tabel 3.2: *Persoonlijke en praktijkkenmerken steekproef vs. populatie*

Achtergrondkenmerk	Groep 1: Huisartsen uit de steekproef	Groep 2: Totale populatie van Nederlandse huisartsen
Geslacht	66% man, 34% vrouw	55% man, 45% vrouw
Leeftijd	51.7 jaar	48.9 jaar
Praktijkvorm	30.4% solopraktijk	28.4% solopraktijk
	31.7% duopraktijk	38.9% duopraktijk
	37.8% groepspraktijk/ gezondheidscentrum	32.7% groepspraktijk

Bron: Hassel, Kasteleijn & Kenens (2015)

3.4.3 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid gaat over de vraag of de resultaten bij een volgend, eenzelfde onderzoek te reproduceren zijn (Bryman, 2008). Daarvoor dienen de gebruikte meetmethoden consistent te zijn. In dit onderzoek is geprobeerd hier zo goed mogelijk aan te voldoen, door naar alle respondenten dezelfde vragenlijst te sturen. De antwoordcategorieën zijn, waar mogelijk, van tevoren opgesteld. De opbouw bestaat uit een vijfpuntsschaal (1-5), waarbij de antwoordcategorieën elkaar logisch opvolgen. Of een volgende onderzoeker met deze enquête tot vergelijkbare resultaten komt, is nu niet te zeggen. Dat is afhankelijk van vele factoren, bijvoorbeeld of dezelfde respondenten gebruikt worden. Daarnaast kunnen de ontwikkelingen binnen de eHealth-sector en het overheidsbeleid ten aanzien van eHealth van invloed zijn.

3.4.4 Validiteit

De onderzoeksbegrippen moeten niet alleen betrouwbaar zijn, ze moeten ook daadwerkelijk meten wat ze dienen te meten. Het dient duidelijk te zijn wat met de begrippen bedoeld wordt (Agresti & Finlay, 2009). Om deze reden zijn enkele van Rogers' productkenmerken (1995) in de enquête anders verwoord. De enquêtevragen zijn daarna opgestuurd naar een aantal vertegenwoordigers van huisartsen. Zij hebben de vragen nagekeken op onder meer inhoud, logica en gehanteerde terminologie. Desalniettemin blijft het risico bestaan dat een vraag verkeerd geïnterpreteerd wordt. Het is daarnaast twijfelachtig of de resultaten extern valide, oftewel generaliseerbaar, zijn. Daarvoor bevinden zich relatief te veel VPH-leden in de respondentgroep. Ook zijn oudere mannen in solopraktijken oververtegenwoordigd, maar dat hoeft de resultaten niet te vertekenen.

3.5 Data-analyse

De data zijn geanalyseerd door middel van het programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Bij de analyse zijn twee verschillende analyses gedaan. De eerste analyse betreft de

gebruikers versus de niet-gebruikers van e-consult/LSP. De tweede analyse betreft de gebruikers van e-consult/LSP onderling. Gebruikers zijn als volgt geselecteerd: het gebruik van e-consult en LSP en de waardering van de zeven productkenmerken is gemeten door acht vragen. Van deze acht vragen dient een 'gebruiker' er meer dan de helft, dus minimaal vijf, te hebben ingevuld. Bij meer missende waarden, dienen te veel antwoorden te worden geschat. Bij vijf of meer antwoorden, zijn de ontbrekende waarden vervangen door de gemiddelde waarde op die vraag voor de gehele steekproef. Dit is gedaan voor een kleine groep (vijf respondenten bij zowel e-consult als LSP), waardoor de resultaten er niet door beïnvloed raken. Daarentegen blijven op deze manier, voor een kleine steekproef als van dit onderzoek, zo veel mogelijk respondenten behouden.

Voor beide analyses zijn eerst de resultaten op alle variabelen met behulp van beschrijvende statistieken in kaart gebracht. Daarbij zijn voor zowel e-consult als LSP-gebruikers en niet-gebruikers op basis van achtergrondkenmerken met elkaar vergeleken. Vervolgens zijn kruistabellen opgesteld. Deze kruistabellen bieden inzicht in de verbanden tussen alle variabelen. Door de correlaties tussen deze variabelen te berekenen, wordt duidelijk of de variabelen ook lineair samenhangen. In dit analysedeel zijn alle variabelen tevens gecontroleerd op multicollineariteit. Multicollineariteit houdt in dat de onafhankelijke variabelen te veel samenhangen ($r > 0.7$). Het gevolg van multicollineariteit is dat de berekening van de regressiecoëfficiënten instabiel wordt. Eén enkele correlatie bleek boven de 0.7 te liggen (Beoordeling gebruiksvriendelijkheid LSP > Beoordeling uitwisseling patiëntinformatie met andere zorgverleners LSP). Echter, de Variance Inflation Factor (VIF) houdt ook rekening met indirecte correlatie. Een VIF-score van boven de 10 is problematisch. Voor de betreffende variabelen is echter geen problematische VIF-score gevonden. Alle variabelen konden dus worden meegenomen in de regressieanalyse. Door middel deze regressieanalyses is vervolgens onderzocht of de verbanden in een regressievergelijking te vatten zijn. Bij de groep gebruikers versus niet-gebruikers is een logistische regressie gebruikt. Bij de groep gebruikers onderling is een meervoudige lineaire regressie gebruikt. De regressieanalyses proberen het effect van elke onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele *gebruik e-consult/LSP* te voorspellen. Bij de regressieanalyse hoort een model, welke zowel is opgesteld zonder en met huisartskenmerken. De multiële regressieanalyse moet tonen welk model het gebruik van e-consult en LSP door huisartsen het best kan verklaren. Dit model geeft inzicht in welke hypothesen uit de theorie verworpen, dan wel bevestigd kunnen worden.

4. Resultaten

Er zijn twee secties resultaten beschreven. De eerste sectie resultaten gaat over de verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers. De tweede sectie gaat alleen over de gebruikers. Bij verschillende resultaatbesprekingen zijn in de tekst de standaardafwijkingen (sd) vermeld. Eerst is het e-consult behandeld, daarna het LSP.

4.1 Beschrijvende statistieken e-consult

4.1.1 Gebruikers versus niet-gebruikers van het e-consult

Van de 193 deelnemende respondenten gebruiken er 119 (61.7%) het e-consult wel en 74 (38.3%) niet. In tabel 4.1 zijn gebruikers en niet-gebruikers van het e-consult vergeleken op achtergrondkenmerken. Het blijkt dat onder e-consultgebruikers zich relatief veel mannen bevinden (68.0% om 62.9%). Gebruikers van het e-consult werken gemiddeld vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum (44.0% om 27.8%), waarbij gemiddeld bijna 1000 patiënten minder ingeschreven staan (3497 om 4484 patiënten). Medicom is voor beide groepen het meest gebruikte HIS, terwijl MicroHIS iets minder wordt gebruikt door e-consultgebruikers (10.9% om 18.0%). Huisartsen die het e-consult gebruiken zijn iets vaker lid van de LHV (58.0% om 47.5%), en veel minder vaak lid van de VPH (13.0% om 32.8%).

Tabel 4.1: *Persoonlijke en praktijkkenmerken van gebruikers en niet-gebruikers van het e-consult. Per variabele vermeld in percentage of gemiddelde waarde.*

Variabele	Gebruikers e-consult	N	Niet-gebruikers e-consult	N
Geslacht	68.0% man	97	62.9% man	62
	32.0% vrouw		37.1% vrouw	
Leeftijd	52.2	101	50.9	60
Praktijkvorm	27.0% solopraktijk	100	36.1% solopraktijk	61
	29.0% duopraktijk		36.1% duopraktijk	
	44.0% groepspraktijk/ gezondheidscentrum		27.8% groepspraktijk/ gezondheidscentrum	
Patiëntaantal	3497	100	4484	60
Gebruikt HIS	36.6% Medicom	101	34.4% Medicom	61
	14.9% CGMHuisarts		18.0% MicroHIS	
	10.9% MicroHIS		14.8% CGMHuisarts	
Verenigingslid	58.0% LHV	100	47.5% LHV	61
	13.0% VPH**		32.8% VPH	
	24.0% LHV en VPH		14.8% LHV en VPH	
	3.0% Geen		4.9% Anders	
	2.0% Anders			

**p<0.01

De N verschilt per kenmerk, omdat de bijbehorende vragen niet door iedereen beantwoord zijn.

4.1.2 Redenen voor (niet-)gebruik e-consult

Eerst zijn de niet-gebruikers van het e-consult nader onderzocht. Hen is gevraagd waarom zij het e-consult niet gebruiken. De gebruikers van het e-consult is gevraagd wat zij als de grootste nadelen van het e-consult zien, ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult. De drie meest genoemde redenen zijn dezelfde voor beide groepen (tussen haakjes percentages voor niet-gebruikers/gebruikers):

1. De communicatie is minder duidelijk dan via een telefonisch en/of fysiek consult (57,1% en 64,2%)
2. De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar is relatief laag voor de tijd die erin gaat zitten (44,4% en 59,4%)
3. De e-consultsystemen zijn lastig te koppelen aan mijn Huisarts Informatie Systeem (34,9% en 57,5%)

Verder is aan niet-gebruikers gevraagd of zij het e-consult in de toekomst wel (weer) gaan gebruiken. Van de 68 respondenten op deze vraag antwoordt bijna de helft (N=31) dit nog niet te weten. Twee op

de zeven (N=20) zegt het e-consult niet te gaan gebruiken. Bijna vier op de tien respondenten (N=26) gebruikt geen gewone mail in plaats van het e-consult. Bijna een kwart (N=16) gebruikt de gewone mail gemiddeld minder dan 1x per week.

4.1.3 Frequentie gebruik e-consult

Bij de gebruikers van het e-consult is eerst naar de gebruiksfrequentie gevraagd. De mate waarin huisartsen het e-consult gebruiken, is af te lezen in tabel 4.2. Uit de verdeling blijkt dat gebruikers het e-consult vaak of juist weinig gebruiken. Iets meer dan een derde deel (34.5%) gebruikt het vaker dan drie keer per week. Daarentegen gebruikt 42.5% (22.1+20.4) het e-consult gemiddeld één keer of minder per week. De gemiddelde score, op een schaal van één (gemiddeld minder dan één keer per week) tot en met vijf (vaker dan drie keer per week) is 3.19 (sd=1.59). Dit zou betekenen dat het e-consult gemiddeld iets meer dan twee keer per week gebruikt wordt. Echter, het is onbekend hoe vaak huisartsen die aangeven het e-consult gemiddeld minder dan één keer per week óf vaker dan drie keer per week te gebruiken, het nu echt gebruiken. Vooral bij laatste categorie kan het gebruik sterk uiteenlopen. Daardoor kan het gemiddelde gebruik hoger liggen.

Tabel 4.2: *Frequentieverdeling van de variabele ‘gebruik e-consult’, met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

	N	%	Gemiddelde	SD
Gemiddeld minder dan 1x per week (1)	23	20.4	3.19	1.59
1x per week (2)	25	22.1		
2x per week (3)	12	10.6		
3x per week (4)	14	12.4		
Vaker dan 3x per week (5)	39	34.5		
<i>Totaal</i>	113	100		

4.1.4 Productkenmerken e-consult

In tabel 4.3 staat weergegeven hoe de gebruiksvriendelijkheid van het e-consult, de overzetting van informatie uit het e-consult naar het HIS en de aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering beoordeeld zijn door de gebruikers van het e-consult. Het blijkt dat bijna de helft van de respondenten (48.2%) de gebruiksvriendelijkheid van het e-consult als goed beoordeelt. De koppeling met het HIS is daarentegen door bijna de helft (47.4%) als matig beoordeeld. Ook weer bijna de helft van de respondenten (48.4%) vindt het e-consult goed aansluiten bij de eigen praktijkvoering.

Tabel 4.3: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen 'gebruiksvriendelijkheid', 'HIS-koppeling' en 'aansluiting bij praktijkvoering', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

Variabele	% zeer goed (5)	% goed (4)	% redelijk (3)	% matig (2)	% slecht (1)	N	Gemiddelde	SD
Gebruiksvriendelijkheid	5.2	48.3	30.2	13.8	2.6	116	3.40	0.89
Koppeling met HIS	9.5	13.8	12.1	17.2	47.4	116	2.21	1.41
Aansluiting bij praktijkvoering	6.2	48.7	26.5	12.4	6.2	113	3.36	0.99

In tabel 4.4 is af te lezen in hoeverre de respondenten het ermee eens zijn dat het e-consult in de behoefte van online patiëntcontact voorziet, in hoeverre zij het e-consult testbaar vinden en in hoeverre zij met e-consultgebruik willen tonen dat zij graag innovatieve werkwijzen toepassen. Hieruit blijkt dat de meningen verdeeld zijn ten opzichte van de stelling dat het e-consult in de behoefte van online patiëntcontact voorziet. Wel zijn meer mensen het oneens dan eens met de stelling. Bijna een derde deel (31.9%) is het ermee eens dat het e-consult onvoldoende testbaar is. Ruim twee op de vijf respondenten (41.1%) geeft aan met e-consultgebruik te willen laten zien dat zij graag innovatieve werkwijzen toepassen.

Tabel 4.4: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen 'behoeftebevrediging', 'testbaarheid' en 'innovatief imago', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

<i>Variabele</i>	% helemaal mee eens (5)	% eens (4)	% neutraal (3)	% oneens (2)	% helemaal mee oneens (1)	N	Ge mid del de	SD
E-consult voorziet in behoefte van online patiëntcontact	1.8	26.5	38.9	21.2	11.5	113	2.86	1.00
E-consult is onvoldoende testbaar	8.0	31.9	28.3	25.7	6.2	113	3.10	1.07
Gebruik e-consult toont wens tot innoveren	8.0	41.1	35.7	9.8	5.4	112	3.37	0.96

In tabel 4.5 staat weergegeven hoe de respondenten de relatieve waarde van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult beoordelen. Hieruit blijkt dat bijna 70% (49.1+ 19.4) de waarde van het e-consult lager inschat dan de waarde van het telefonisch en fysiek consult.

Tabel 4.5: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen 'relatieve waarde e-consult', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

<i>Variabele</i>	% veel groter (5)	% groter (4)	% niet groter/klei -ner (3)	% kleiner (2)	% veel kleiner (1)	N	Gemid delde	SD
Relatieve waarde t.o.v. telefonisch en fysiek consult	0.0	6.5	25.0	49.1	19.4	108	2.19	0.82

4.1.5 Relatieve invloed productkenmerken op gebruikskeuze e-consult

Gemeten is in hoeverre de waardering van de verschillende productkenmerken meespeelt in de afweging het e-consult te gaan gebruiken (zie tabel 4.6). Dit is gedaan door respondenten op een schaal aan te laten geven in welke mate ieder productkenmerk voor hen van belang was bij de keuze tot gebruik. Uit de tabel komt naar voren dat bijna de helft (48.1%) van de e-consultgebruikers de gebruiksvriendelijkheid van groot belang vindt in de keuze het e-consult wel of niet te gaan gebruiken. Ook de relatieve voordelen van het e-consult ten opzichte van alternatieve consulten (42.7%) en de

aansluiting van het e-consult bij de manier van werken (39.8%) zijn belangrijke factoren in de keuze tot gebruik. De mogelijkheid tot uittesten vindt men over het algemeen iets minder belangrijk.

Tabel 4.6: *Invloed productkenmerken op gebruikskeuze e-consult*

<i>Variabele</i>	% zeer groot	% groot	% niet groot, niet klein	% klein	% zeer klein
Gebruiksvriendelijkheid	16.0	48.1	21.7	9.4	4.7
Aansluiting bij manier van werken	13.6	39.8	27.2	13.6	5.8
Mogelijkheid tot uittesten	1.0	18.6	39.2	23.5	17.6
Innovatief imago	6.6	37.7	36.8	10.4	8.5
Relatieve voordelen	2.9	42.7	41.7	8.7	3.9

4.2 Beschrijvende statistieken LSP

4.2.1 Gebruikers en niet-gebruikers van het LSP

Van de 193 deelnemende respondenten gebruiken er 88 (45.6%) het LSP wel en 105 (54.4%) niet. In tabel 4.7 zijn gebruikers en de niet-gebruikers van het LSP vergeleken op achtergrondkenmerken. Het blijkt dat onder LSP-gebruikers gemiddeld meer vrouwen zijn (37.7% om 30.5%). Gebruikers van het LSP werken gemiddeld vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum (43.0% om 33.0%). Het aantal patiënten per praktijk is bijna gelijk tussen LSP-gebruikers en niet-gebruikers (3621 om 3628). Medicom is voor beide groepen het meest gebruikte HIS, maar bij LSP-gebruikers wordt het bijna twee keer zo vaak gebruikt (46.3% om 25.6%). Huisartsen die het LSP gebruiken zijn veel vaker lid van de LHV (68.8% om 39.5%), en veel minder vaak VPH-lid (7.5% om 33.3%).

Tabel 4.7: *Persoonlijke en praktijkkenmerken van gebruikers en niet-gebruikers van het LSP. Per variabele vermeld in percentage of gemiddelde waarde.*

Variabele	Gebruik LSP	N	Non-gebruik LSP	N
Geslacht	62.3% man	77	69.5% man	82
	37.7% vrouw		30.5% vrouw	
Leeftijd	51,3	80	52,1	81
Praktijkvorm	29.1% solopraktijk	79	31.7% solopraktijk	82
	27.8% duopraktijk		35.4% duopraktijk	
	43.0 groepspraktijk/ gezondheidscentrum		33.0% groepspraktijk/ gezondheidscentrum	
Patiëntaantal	3621	80	3628	80
Gebruikt HIS	46.3% Medicom**	80	25.6% Medicom	82
	21.3% CGMHuisarts*		20.7% MicroHIS*	
	7.5% Promedico ASP		13.4% OmniHis Scipio*	
	7.5% Promedico VDF			
Verenigingslid	68.8% LHV**	80	39.5% LHV	81
	7.5% VPH**		33.3% VPH	
	16.3% LHV en VPH		24.7% LHV en VPH	
	3.8% Geen		2.5% Anders	
	3.8% Anders			

** p<0.01

*p<0.05

De N verschilt, omdat niet alle bijbehorende vragen door iedereen beantwoord zijn.

4.2.2 Redenen voor (niet-)gebruik LSP

Aan de niet-gebruikers is tevens gevraagd waarom zij het LSP niet gebruiken. De meest genoemde redenen zijn:

1. Ik twijfel of de patiëntgegevens in het LSP voldoende beveiligd zijn (77,0%)
2. Het is voor mij onduidelijk bij wie de aansprakelijkheid ligt, in het geval LSP-informatie verkeerd geïnterpreteerd wordt (70,3%)
3. Het inloggen met de UZI-passen maakt het LSP lastig toegankelijk (41,9%)

Deze antwoorden zijn te vergelijken met de grootste nadelen die gebruikers van het LSP ervaren. Zij geven een andere top drie:

1. Er zijn in mijn regio onvoldoende patiënten aangesloten (48,7%)

2. Het is voor mij onduidelijk bij wie de aansprakelijkheid ligt, in het geval LSP-informatie verkeerd geïnterpreteerd wordt (47,4%)
3. Ik vind de kwaliteit van de geregistreerde gegevens te wisselend (42,1%)

Het inloggen met de UZI-passen is door gebruikers als redelijk tot goed beoordeeld. In plaats daarvan waarderen zij het hebben van meerdere UZI-passen en het stellen van de toestemmingsvraag aan patiënten relatief laag.

Daarnaast is aan niet-gebruikers gevraagd of men het LSP in de toekomst wel (weer) gaat gebruiken. Van de 85 respondenten op deze vraag antwoordt ruim veertig procent (N=35) het LSP niet meer te gaan gebruiken. Daarnaast zegt 35% (N=30) niet te weten of ze het LSP in de toekomst gaan gebruiken.

4.2.3 Frequentie gebruik LSP

De mate waarin huisartsen het LSP gebruiken, is af te lezen in tabel 4.8. Uit de verdeling blijkt dat ruim de helft van de gebruikers (56.8%) het LSP gemiddeld minder dan één keer per maand raadpleegt. De gemiddelde score, op een schaal van één (gemiddeld minder dan één keer per maand) tot en met vijf (vaker dan tien keer per maand) is 2.08 (sd=1.45). Dit zou betekenen dat het LSP gemiddeld iets meer dan één keer per maand geraadpleegd wordt. Echter, het is onbekend hoe vaak huisartsen die aangeven het LSP gemiddeld minder dan één keer per maand óf vaker dan tien keer per maand te raadplegen, het nu echt raadplegen. Vooral bij de laatste categorie kan het gebruik uiteenlopen. Daardoor kan het gemiddelde gebruik hoger liggen.

Tabel 4.8: *Frequentieverdeling van de variabele 'gebruik LSP', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

	N	%	Gemiddelde	SD
Gemiddeld minder dan 1x per maand (1)	48	57.1	2.08	1.45
Gemiddeld 1x per maand (2)	7	8.3		
1-5x per maand (3)	13	15.5		
5-10x per maand (4)	6	7.1		
Vaker dan 10x per maand (5)	10	11.9		
<i>Totaal</i>	84	100		

4.2.4 Productkenmerken LSP

In tabel 4.9 is te zien hoe de gebruiksvriendelijkheid van het LSP, een aantal specifieke items over de gebruiksvriendelijkheid van het LSP en de aansluiting van het LSP bij de praktijkvoering, beoordeeld

zijn. Hieruit blijkt dat bijna een derde van de respondenten (31.8%) de gebruiksvriendelijkheid van het LSP als redelijk beoordeelt. Een bijna net zo groot deel (30.6%) beoordeelt de gebruiksvriendelijkheid als matig. Van de items worden vooral het nodig hebben van meerdere UZI-passen voor meerdere werkgevers en het stellen van de toestemmingsvraag negatief beoordeeld. De uitwisseling van patiëntinformatie is als matig beoordeeld. Het inloggen met de UZI-passen wordt van de items het beste beoordeeld. Ruim een kwart van de respondenten (27.4%) vindt het LSP redelijk aansluiten bij de eigen praktijkvoering. Echter, ook ruim een kwart (26.2%) vindt het LSP slecht aansluiten bij de eigen praktijkvoering.

Tabel 4.9: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen ‘gebruiksvriendelijkheid’, ‘HIS-koppeling’ en ‘aansluiting bij praktijkvoering’, met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

Variabele	%	%	%	%	%	N	Gemiddelde	SD
	zeer goed (5)	goed (4)	redelijk (3)	matig (2)	slecht (1)			
Gebruiksvriendelijkheid	0.0	17.6	31.8	30.6	20.0	85	2.47	1.01
- Uitwisseling zorgverleners	6.2	21.0	32.1	21.0	19.8	81	2.73	1.18
- Koppelen met HIS	1.2	32.9	30.5	18.3	17.1	82	2.83	1.11
- Inloggen UZI-pas	8.3	35.7	25.0	14.3	16.7	84	3.05	1.23
- Meerdere UZI-passen	0.0	9.8	18.3	25.6	46.3	82	1.91	1.02
- Stellen toestemmingsvraag	2.4	19.3	15.7	36.1	26.5	83	2.35	1.14
Aansluiting bij praktijkvoering	0.0	22.6	27.4	23.8	26.2	84	2.46	1.11

In tabel 4.10 is te zien in hoeverre de respondenten het ermee eens zijn dat het LSP in de behoefte van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens voorziet, in hoeverre zij het LSP testbaar vinden en in hoeverre zij met LSP-gebruik willen tonen dat zij graag innovatieve werkwijzen toepassen. Hieruit blijkt dat bijna de helft (46.4%) het eens is met de stelling dat het LSP in de behoefte van de elektronische uitwisseling van patiëntgegevens voorziet. Bijna tweederde deel van de respondenten (65.4%) is het er mee eens tot helemaal mee eens dat het LSP onvoldoende kan worden uitgeprobeerd voor tot definitief gebruik wordt overgegaan. Bijna een derde (32.1%) antwoordt neutraal op de stelling dat ze met LSP-gebruik wil laten zien dat zij graag innovatieve werkwijzen toepassen. Een bijna net zo groot deel (28.6%) voelt zich door LSP-gebruik helemaal niet innovatief.

Tabel 4.10: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen 'behoeftebevrediging', 'testbaarheid' en 'innovatief imago', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

<i>Variabele</i>	% helemaal mee eens (5)	% eens (4)	% neutra al (3)	% oneens (2)	% helemaa l mee oneens (1)	N	Gemid delde	SD
LSP voorziet in behoefte elektronische uitwisseling patiëntgegevens	6.0	46.4	16.7	15.5	15.5	84	3.12	1.22
LSP is onvoldoende testbaar	33.3	32.1	21.4	6.0	7.1	84	3.79	1.18
Gebruik LSP toont wens tot innoveren	0.0	17.9	32.1	21.4	28.6	84	2.39	1.09

In tabel 4.11 is te lezen hoe de respondenten de relatieve waarde van het LSP ten opzichte van alternatieve systemen, zoals het HIS of OZIS, beoordelen. Hieruit blijkt dat iets meer dan de helft (51.2%) de waarde van het LSP ongeveer gelijk inschat aan de waarde van het HIS of OZIS.

Tabel 4.11: *Frequentieverdeling van de onafhankelijke variabelen 'relatieve waarde LSP', met tussen haakjes de score op de Likertschaal.*

<i>Variabele</i>	% veel groter (5)	% groter (4)	% niet groter/klei ner (3)	% kleiner (2)	% veel kleiner (1)	N	Gemiddel de	SD
Relatieve voordelen	0.0	25.6	51.2	9.8	13.4	82	2.89	0.94

4.2.5 Relatieve invloed productkenmerken op gebruikskeuze LSP

Er is aan de respondenten gevraagd in hoeverre waardering van de verschillende productkenmerken van het LSP heeft meegespeeld in de keuze het LSP te gaan gebruiken (zie tabel 4.12). Uit de tabel komt naar voren dat bij alle productkenmerken de meeste respondenten de invloed op de gebruikskeuze als gemiddeld hebben ingeschaald. De gebruiksvriendelijkheid en de relatieve voordelen van het LSP ten opzichte van alternatieve informatiesystemen hebben een licht positieve invloed op de gebruikskeuze. De mogelijkheid tot uittesten en het innovatieve imago dat LSP-gebruik kan opleveren, hebben een kleine rol gespeeld in de keuze het LSP te gaan gebruiken.

Tabel 4.12: *Invloed productkenmerken op gebruikskeuze LSP.*

<i>Variabele</i>	% zeer groot	% groot	% niet groot, niet klein	% klein	% zeer klein
Gebruiksvriendelijkheid	4.9	20.7	37.8	13.4	23.2
Aansluiting bij manier van werken	1.2	24.7	38.3	18.5	17.3
Mogelijkheid tot uittesten	0.0	7.5	37.5	23.8	31.3
Innovatief imago	2.5	14.8	34.6	19.8	28.4
Relatieve voordelen	5.0	25.0	36.3	12.5	21.3

4.3 Beschrijvende statistieken huisarts- en praktijkenmerken

In tabel 4.13 staan de scores op alle persoonlijke en praktijkenmerken bij elkaar. Bijna twee derde deel van de respondenten uit de steekproef is man. De leeftijd van de respondenten loopt uiteen van 26 tot en met 66 jaar, met een gemiddelde van bijna 52 jaar. De meeste huisartsen werken in een groepspraktijk (37.8%), waar gemiddeld bijna 4000 patiënten staan ingeschreven. Van alle praktijken heeft de kleinste praktijk 1200 patiënten, de grootste 10000. Ruim één op de drie (35.6%) huisartsen werkt in zijn praktijken met Medicom. Drie kwart van de huisartsen (74.5%) is lid van de LHV, 41% is VPH-lid.

Tabel 4.13: *Persoonlijke en praktijkkenmerken van alle respondenten uit steekproef*

Variabele	Resultaten	N totaal
Geslacht	66.0% man 34.0% vrouw	159
Leeftijd (in jaren)*	51,7 (8,8)	161
Praktijkvorm	30.4% solopraktijk 31.7% duopraktijk	37.8% groepspraktijk/ gezondheidscentrum 161
Aantal patiënten**	3889	160
Gebruikt HIS	14.8% CGMHuisarts 0.6% HetHIS 35.8% Medicom 13.6% MicroHIS 8.0% OmniHis Scipio	8.6% Promedico ASP 5.6% Promedico VDF 2.5% TetraHIS 5.6% Zorgdossier 4.9% Anders 162
Verenigingslid	54.0% LHV 20.5% VPH 20.5% LHV en VPH	1.9% Geen 3.1% Anders 161

*($26 \leq$ leeftijd ≤ 66)

** ($1200 \leq$ aantal patiënten ≤ 10000)

4.4 Bivariate analyse

Om de samenhang tussen enerzijds de onafhankelijke en anderzijds de afhankelijke variabelen in kaart te brengen, is een correlatieanalyse toegepast. Variabelen die significant correleren, staan in verband met elkaar. In de tekst zijn vooral de significante verbanden besproken. Aan de niet significante verbanden is kort aandacht besteed.

4.4.1 Correlatieanalyse e-consult

Tabel 4.14 laat de correlaties zien tussen de waardering van de verschillende productkenmerken van het e-consult door respondenten, en hun gebruiksfrequentie van het e-consult. Uit de tabel blijkt ten eerste dat de waardering van de gebruiksvriendelijkheid, van de aansluiting bij de praktijkvoering, van de mate van behoeftebevrediging en van de relatieve waarde significant positief samenhangen met de mate van e-consultgebruik. Dit wil zeggen dat naarmate huisartsen de gebruiksvriendelijkheid en de aansluiting bij de praktijkvoering van het e-consult beter waarderen, zij het e-consult ook vaker gebruiken. Verder betekent het dat naarmate het e-consult meer in de behoefte van online patiëntcontact bij de huisarts voorziet, het e-consult vaker wordt gebruikt. Ten slotte geven de resultaten aan dat naarmate de waarde van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult hoger is ingeschat, het e-consult vaker wordt gebruikt. De waardering van de testbaarheid correleert significant negatief met de gebruiksfrequentie van het e-consult. Dit betekent dat wanneer

het e-consult als onvoldoende testbaar wordt beschouwd, het minder wordt gebruikt. De waardering van de koppeling van het e-consult met het HIS en van het innovatieve imago van e-consultgebruik, hangen niet significant samen met de mate van e-consultgebruik.

Tabel 4.14: *Correlatiematrix e-consult*

	Gebruiksfrequentie e-consult
Gebruiksvriendelijkheid	,30**
Koppeling met HIS	,06
Aansluiting bij praktijkvoering	,52**
Behoeftbevredestiging	,47**
Testbaarheid	-,21*
Innovatief imago	,11
Relatieve waarde	,49**

*p<0.05, **p<0.01, N= 101-113

Uit de tabel blijkt dat geen enkele correlatie 0.7 of hoger bedraagt. Dit betekent dat alle variabelen mee kunnen worden genomen in de regressieanalyse.

Van de huisarts- en praktijkkenmerken vertoont alleen geslacht significante samenhang met de mate van e-consultgebruik. Uit tabel 4.15 blijkt dat vrouwelijke huisartsen het e-consult weinig of juist vaak gebruiken: bijna één derde (32.3%) gebruikt het e-consult gemiddeld minder dan één keer per week, terwijl bijna de helft (45.2%) het e-consult juist vaker dan drie keer per week gebruikt. Bij de mannelijke huisartsen zijn de scores meer gecentreerd: 59.2% (27.3+16.7+15.2) gebruikt het e-consult tussen de één en drie keer per week.

Tabel 4.15: *Kruistabel van de variabelen 'gebruik e-consult' en 'geslacht' (procentuele scores voor mannen en vrouwen)*

Gebruik e-consult ↓	Geslacht →	
	Man	Vrouw
Gemiddeld minder dan 1x per week	12.1	32.3
1x per week	27.3	12.9
2x per week	16.7	3.2
3x per week	15.2	6.5
Vaker dan 3x per week	28.8	45.2

($\chi^2 = 12.56$; $df=4$; $p<0.05$)

N=97

4.4.2 Correlatieanalyse LSP

Tabel 4.16 toont de correlaties tussen de mate van waardering van de productkenmerken van het LSP door de respondenten, en de mate waarin zij het LSP gebruiken. Uit de tabel blijkt dat de mate van waardering van de gebruiksvriendelijkheid van het LSP, van de uitwisseling van patiëntinformatie in het LSP, van de koppeling van het LSP met het HIS, van het inloggen met de UZI-passen, van het hebben van meerdere UZI-passen, van het stellen van de toestemmingsvraag, van de ervaren aansluiting van het LSP op de praktijkvoering, van de ervaren testbaarheid en, ten slotte, van de ingeschatte relatieve waarde, niet significant samenhangen met de mate van LSP-gebruik. Er is een bijna significant verband tussen de mate waarin het LSP voorziet in de behoefte van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens en de gebruiksfrequentie van het LSP. Er is wel een significant, positief verband tussen het graag laten zien van het gebruik van innovatieve werkwijzen en de mate van LSP-gebruik. Dit verband houdt in dat een huisarts die door zijn LSP-gebruik wil laten zien dat hij graag innovatieve werkwijzen toepast, het LSP vaker gebruikt.

Tabel 4.16: *Correlatiematrix LSP*

	Gebruiksfrequentie LSP
Gebruiksvriendelijkheid	,17
- Uitwisseling patiëntinformatie	,09
- Koppeling met HIS	,13
- Inloggen UZI-passen	,03
- Hebben van meerdere passen	,13
- Stellen toestemmingsvraag	-,05
Aansluiting bij praktijkvoering	,16
Behoeftbevredegiging	,21
Testbaarheid	,13
Innovatief imago	,25*
Relatieve waarde	,14

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, $N = 77-84$

Uit de tabel blijkt dat geen enkele correlatie 0.7 of hoger bedraagt. Dit betekent dat alle variabelen mee kunnen worden genomen in de regressieanalyse.

Tussen de huisarts- en praktijkkenmerken en de afhankelijke variabelen zijn twee significante verbanden gevonden. Er is sprake van een significante samenhang tussen de variabele TetraHIS en gebruik van het LSP ($\chi^2 = 10.56$; $df=4$; $p < 0.05$). Daarnaast is ook een significante samenhang gevonden tussen geen verenigingslidmaatschap en LSP-gebruik ($\chi^2 = 11.33$; $df=4$; $p < 0.05$). De laatste

twee huisartskenmerken bevatten veel missende waarden, waardoor ze niet representatief zijn voor de populatie. Ze zullen daarom niet worden meegenomen in de regressieanalyse.

4.5 Regressieanalyses

4.5.1 Regressieanalyses e-consult

Er zijn twee typen regressies uitgevoerd. Ten eerste is door een binaire logistische regressie onderzocht of de verschillen in huisarts- en praktijkkenmerken tussen gebruikers en niet-gebruikers van het e-consult significant zijn. Ten tweede zijn twee meervoudige lineaire regressies uitgevoerd om te onderzoeken of de onafhankelijke variabelen significante voorspellers zijn van de afhankelijke variabele 'gebruik e-consult'.

Huisarts- en praktijkkenmerken (niet-)gebruikers van het e-consult

Uit de analyse van de binaire logistische regressie blijkt dat alleen lidmaatschap van de VPH significant verschilt tussen beide groepen (zie tabel 4.1). Niet-gebruikers van het e-consult zijn significant vaker lid van de VPH ($p < 0.01$). De huisartskenmerken blijken geen significante invloed te hebben op gebruik van het e-consult en LSP. Hypotheses 6a tot en met 6d zijn daarmee verworpen: het geslacht en leeftijd van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten en het gebruikte HIS blijken geen significante voorspellers te zijn van verschillen in gebruiksfrequentie van het e-consult tussen huisartsen. Ook de praktijkvorm en het verenigingslidmaatschap hebben geen significante invloed op e-consultgebruik.

Tabel 4.17 laat de resultaatmodellen zien van twee meervoudige lineaire regressies. Model 1 toont de resultaten van de regressie met uitsluitend de afhankelijke variabele 'gebruik e-consult' en de waardering van de productkenmerken van het e-consult door huisartsen als onafhankelijke variabelen (model 1). Model 2 laat de resultaten zien van de regressie waarbij, naast de variabelen uit model 1, de controlevariabele 'geslacht' toegevoegd. In de bivariate analyse bleek dit de enige controlevariabele te zijn die significant samenhang met gebruik van het e-consult.

Model 1

Uit model 1 blijkt dat, in vergelijking met de correlatietabel, een aantal productkenmerken nu niet langer significant samenhangt met gebruik van het e-consult. Zo is de samenhang tussen gebruik van het e-consult en de ervaren gebruiksvriendelijkheid, de mate waarin het in de behoefte van online patiëntcontact voorziet en de mate waarin het vooraf testbaar was, niet langer significant. Het verband tussen de ervaren relatie waarde en gebruik van het e-consult is nog wel significant en positief. Dit wil zeggen dat naarmate de waarde van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult hoger is ingeschat, het e-consult vaker is gebruikt. De samenhang tussen de aansluiting op de

praktijkvoering en e-consultgebruik is eveneens significant positief gebleven. Dit houdt in dat als de aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering beter is beoordeeld, het e-consult vaker is gebruikt. De verklaarde variantie van model 1 is 0.34. Dit betekent dat 34% van de variantie in het gebruik van het e-consult kan worden verklaard door de onafhankelijke variabelen in dit model te beïnvloeden. Daar dient bij te worden opgemerkt dat de variabelen ‘aansluiting bij praktijkvoering’ en ‘relatieve waarde’ het grootste deel van de variantie verklaren. Wanneer alleen deze twee als onafhankelijke variabelen in het model worden opgenomen, neemt de verklaarde variantie van het model nauwelijks af ($0.34 > 0.33$). Wanneer deze variabelen echter uit het model worden gelaten, daalt de verklaarde variantie van het model aanzienlijk ($0.34 > 0.23$).

Model 2

In model 2 is de controlevariabele ‘geslacht’ toegevoegd. In tegenstelling tot wat in de correlatieanalyse bleek, is de samenhang tussen deze controlevariabele en gebruik van het e-consult niet langer significant. Ook veranderen de verbanden tussen de onafhankelijke variabelen en gebruik van het e-consult nauwelijks door de opname van ‘geslacht’ in het model. De verklaarde variantie van het model met controlevariabele (model 2) blijkt 0.33 (33%) te zijn. Dit betekent dat met het tweede model de variantie in de afhankelijke variabele 1 procentpunt minder goed voorspeld kan worden ($33 - 34 = -1$). De F-waarde geeft aan hoe goed een model de variantie in de afhankelijke variabele kan voorspellen. Uit de berekeningen blijkt dat de F-waarde van model 1 en model 2 niet significant verschilt. Dat betekent dat model 2 geen significant betere voorspeller is van de afhankelijke variabele dan model 1. Dit is goed te begrijpen: de enige toegevoegde variabele in model 2, de controlevariabele ‘geslacht’, vertoont geen significante samenhang meer met gebruik van het e-consult.

Tabel 4.17: Resultaten van een stapsgewijze regressieanalyse met gebruiksfrequentie e-consult als afhankelijke variabele en huisarts- en praktijkkenmerken als onafhankelijke variabelen (model 2).

	Model 1		Model 2	
	Mate van e-consultgebruik		Mate van e-consultgebruik	
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>B</i>	<i>SE b</i>
Intercept	,84	,75	1,04	,81
Gebruiksvriendelijkheid	-,04	,17	-,03	,17
HIS-koppeling	-,06	,09	-,05	,09
Aansluiting bij praktijkvoering	,51**	,17	,54**	,18
Behoeftbevredestiging	,24	,17	,22	,17
Testbaarheid	-,22	,12	-,22	,12
Innovatief imago	-,07	,14	-,07	,14
Relatieve waarde	,50*	,19	,49*	,20
Geslacht			-,19	,30
R2 (<i>adj</i>)		0,337		0,334
F		9,15		8,01
N		113		113

**= significante relatie op 0,01 niveau (tweezijdig)

*= significante correlatie op 0,05 niveau (tweezijdig)

De resultaten uit de regressieanalyse kunnen nu worden gekoppeld aan de hypothesen uit de theorie. Hypothese 2a en hypothese 5 kunnen bevestigd worden. Hypothese 2a stelt dat naarmate het e-consult beter aansluit bij de praktijkvoering van de huisarts, hij het e-consult vaker zal gebruiken. Hypothese 5 stelt dat naarmate een huisarts de waarde van het e-consult, ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult, hoger inschat, hij het e-consult vaker zal gebruiken. Hypothese 1, 2b, 3 en 4 worden verworpen: de ervaren gebruiksvriendelijkheid van het e-consult, de mate waarin het e-consult de huisarts in de behoefte van online patiëntcontact voorziet, de ervaren testbaarheid van het e-consult en de mate waarin de huisarts door gebruik wil laten zien dat hij graag innovatieve werkwijzen toepast, hebben allen geen significante invloed op gebruik van het e-consult.

Inhoudelijke betekenis van significante verbanden

De kwalitatieve data, verkregen via de open vragen, tonen wat de significante verbanden inhoudelijk betekenen. Op de vraag waarom aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering zo belangrijk is (hypothese 2a), hebben weinig huisartsen antwoord gegeven. Wel blijkt wat huisartsen onder aansluiting bij de praktijkvoering verstaan. Op een positieve manier betekent het:

- *Vooruitgang en vernieuwing*: huisartsen maken graag gebruik van moderne communicatiemogelijkheden.
- *Efficiënte manier van werken*: huisartsen waarderen het dat het e-consult in de eigen tijd kan worden ingevuld. Dit kan door elke medewerker in korte tijd worden gedaan. Het is tevens handig voor het aanvragen van vervolgrecepten.
- *Service richting patiënten*: Huisartsen geven aan dat het e-consult een laagdrempelige manier is voor patiënten om in contact te komen met de praktijk. Zij kunnen buiten de reguliere openingstijden mailen en zijn zo minder afhankelijk van de andere consulten.
- *Drukke bij andere consulten beperken*: Huisartsen willen het telefonisch en fysieke spreekuur ontlasten.

Een deel van de huisartsen vindt het e-consult minder goed bij de praktijkvoering aansluiten. Genoemde nadelen zijn dat het e-consult alleen geschikt is voor korte, zakelijke vragen. Uitgebreide vragen kosten de huisarts veel tijd, waarna meestal alsnog een fysiek consult volgt. Een ander genoemd nadeel is dat maar weinig patiënten het gebruiken en andere consulten juist even druk bezocht blijven.

Uit een inventarisatie van de antwoorden op de open vragen blijkt dat de relatieve waarde vooral negatief gewaardeerd wordt (hypothese 5). Huisartsen beschouwen vooral de geringe interactiemogelijkheden van het e-consult als een groot nadeel. Via het telefonisch en fysiek consult is er meer mogelijkheid tot doorvragen. Ten tweede willen huisartsen bij de klachtbeschrijving de patiënt vaak om toelichting vragen. Doordat arts en patiënt meestal niet gelijktijdig achter de computer zitten, gaat hier extra tijd overheen. Daarnaast vinden artsen de ernst van de klacht lastig in te schatten met het e-consult. Genoemde voordelen zijn dat het op elk tijdstip afgehandeld kan worden en dat er uitgebreidere antwoorden gegeven kunnen worden. De voordelen voor de patiënten zijn dat ze zo op ieder moment contact kunnen opnemen met de praktijk, bijvoorbeeld omdat ze weinig mobiel zijn, drukbezet of het moeilijk vinden over hun vraag te praten.

4.5.2 Regressieanalyses LSP

Er zijn ook voor het LSP twee typen regressies uitgevoerd. Ten eerste is door een binaire logistische regressie onderzocht of de verschillen in huisarts- en praktijkkenmerken tussen gebruikers en niet-gebruikers van het LSP significant zijn. Ten tweede zijn twee meervoudige lineaire regressies uitgevoerd om te onderzoeken of de onafhankelijke variabelen significante voorspellers zijn van de afhankelijke variabele 'gebruik LSP'.

Huisarts- en praktijkkenmerken (niet-)gebruikers van het LSP

Uit de analyse van de binaire logistische regressie blijkt dat er significante verschillen in

achtergrondkenmerken zijn tussen gebruikers en niet-gebruikers van het LSP. De verschillen zijn te vinden in gebruikt HIS en verenigingslidmaatschap (zie tabel 4.7). LSP-gebruikers gebruiken significant vaker Medicom ($p < 0.01$) en CGMHuisarts ($p < 0.05$). Huisartsen die het LSP niet gebruiken, gebruiken vaker de HISsen MicroHIS ($p < 0.05$) en OmniHis Scipio ($p < 0.05$). Huisartsen die het LSP gebruiken, zijn significant vaker lid van het LVH ($p < 0.01$). Niet-gebruikers van het LSP zijn significant vaker lid van de VPH ($p < 0.01$).

De kenmerken van huisarts en praktijk hebben geen voorspellende waarde voor de frequentie van het LSP-gebruik. Hypotheses 12a tot en met 12e zijn daarmee verworpen: geslacht en leeftijd van de huisarts, het aantal ingeschreven patiënten, gebruikt HIS en verenigingslidmaatschap blijken geen significante invloed te hebben op verschillen in gebruik van het LSP. Ook de praktijkvorm kan dit gebruik niet voorspellen.

Regressiemodel met productkenmerken

Bij de correlatietabel was één onafhankelijke variabele gevonden die significant samenhang met de afhankelijke variabele, namelijk de mate waarin de huisarts innovatief wil overkomen. Dit verband is in regressiemodel 1 niet langer significant. Wel vertoont het een trend ($p < 0.10$). Dit is een positieve trend, wat betekent dat naarmate een huisarts de LSP-waarde hoger inschat, hij het LSP vaker gebruikt. Deze uitkomst sluit aan op de resultaten uit de correlatieanalyse: de waardering door huisartsen van het innovatieve imago vertoonde als enige van de onafhankelijke variabelen een significante samenhang met de frequentie van het LSP-gebruik. Er zijn nog twee andere trends te zien, die nieuw zijn. Het zijn twee negatieve trends bij de gebruiksvriendelijkheid-items 'uitwisseling van patiëntgegevens met andere zorgverleners' en 'het stellen van de toestemmingsvraag aan patiënten'. De negatieve trends houden in dat wanneer de huisartsen de uitwisseling van patiëntgegevens in het LSP en het stellen van de toestemmingsvraag slechter beoordelen, hun gebruik van het LSP toeneemt. De verklaarde variantie van dit model zonder huisartskenmerken is 0.06. Dit betekent dat 6% van de variantie in de afhankelijke variabele kan worden verklaard door de onafhankelijke variabelen uit model 1 te beïnvloeden.

Tabel 4.18: Resultaten van een stapsgewijze regressieanalyse met mate van LSP-gebruik als afhankelijke variabele. Trends zijn dik gedrukt.

	Model 1	
	Gebruiksfrequentie LSP	
	<i>b</i>	<i>SE b</i>
Intercept	-,07	,85
Gebruiksvriendelijkheid	,35	,27
- Uitwisseling patiëntgegevens	-,44	,25
- Koppeling met HIS	,20	,20
- Inloggen met UZI-passen	-,14	,16
- Meerdere UZI-passen bij meerdere werkgevers	,25	,17
- Stellen toestemmingsvraag	-,29	,16
Aansluiting bij praktijkvoering	,23	,21
Behoeftbevredestiging	-,01	,19
Testbaarheid	,10	,14
Innovatief imago	,32	,18
Relatieve waarde	,30	,18
R2 (<i>adjusted</i>)		0,06
F		1,486
N		84

**= significante relatie op 0,01 niveau (tweezijdig)

*= significante correlatie op 0,05 niveau (tweezijdig)

De resultaten uit de regressieanalyse kunnen nu worden gekoppeld aan de hypothesen uit de theorie. Alle hypothesen worden verworpen. Geen van de productkenmerken van Rogers (1995) heeft een significante invloed op de frequentie van het LSP-gebruik. Hypothesen 7b (uitwisseling patiëntinformatie), 7f (stellen toestemmingsvraag) en 10 (innovatief imago) worden maar net verworpen.

Inhoud trends

De antwoorden op de open vragen geven meer inzicht in de gevonden trends. Huisartsen geven aan dat in veel regio's nog maar een klein percentage van de zorgverleners (huisartsen, apothekers, medisch specialisten) is aangesloten op het LSP (hypothese 7b). Daardoor kan weinig informatie uitgewisseld worden. Ook is de beschikbare informatie die huisartsen kunnen opvragen soms beperkt, wanneer patiënten alleen hun medicijn- of huisartsgegevens hebben laten opnemen. Tevens is de werking van het systeem voor hen niet altijd duidelijk en dient veel informatie zelf te worden ingevoerd. Daarnaast

blijkt dat huisartsen zich door verzekeraars verplicht voelen zoveel mogelijk patiënten over te halen tot LSP-deelname (hypothese 7f). Het uitleggen van de werking van het LSP kost veel tijd, die zij liever aan medische zorg besteden. Daarnaast kunnen alleen patiënten worden overgehaald, die naar het fysieke spreekuur komen. Tot slot blijken huisartsen zich weinig innovatief te voelen door LSP-gebruik, omdat ze zich door verzekeraars tot gebruik voelen verplicht (hypothese 10). Voor een gevoel van innovativiteit hebben zij meer ruimte voor eigen initiatief nodig.

5. Conclusie

Deze scriptie bevindt zich op het kruispunt van twee actuele ontwikkelingen. De eerste ontwikkeling is de opkomst van eHealth binnen de gezondheidszorg. De tweede ontwikkeling is de landelijke discussie over de autonomie van de huisarts. De mate van deze autonomie wordt beïnvloed door de wensen van patiënten enerzijds en het beleid van overheid en zorgverzekeraars anderzijds. Beide ontwikkelingen spelen een rol in het onderwerp van dit onderzoek: de waardering en het gebruik van het e-consult en Landelijk Schakelpunt (LSP) door huisartsen. Met de mogelijkheden van eHealth wil de moderne, drukbezette patiënt de huisarts op elk moment en op elke plek kunnen consulteren. Zorgverzekeraars stimuleren huisartsen tot gebruik van eHealth. Een belangrijk argument daarbij is een efficiënter zorgverlening, waarbij de gemaakte zorgkosten inzichtelijker worden. Er is weinig aandacht voor de wensen van de groep die dagelijks met deze twee eHealth systemen dient te werken: de huisartsen. Dit onderzoek probeert de wensen van deze groep duidelijk te krijgen. Het e-consult en LSP, twee belangrijke vormen van eHealth, zijn daarbij als voorbeeld gebruikt. Het onderzoek heeft richting gekregen door drie onderzoeksvragen: een beschrijvende vraag, een verklarende vraag en een beleidsvraag. De eerste twee vragen worden in dit hoofdstuk beantwoord, de laatste in het volgende. Dit gebeurt voor zowel het e-consult als het LSP.

5.1 Gebruik en waardering e-consult

De eerste onderzoeksvraag richtte zich op de gebruikers van het e-consult en hun waardering ervan: *‘Welke huisartsen gebruiken het e-consult en hoe waarderen zij het?’* In dit onderzoek blijken van de 193 onderzochte huisartsen er 119 (61.7%) het e-consult te gebruiken. Het blijkt dat dit relatief vaak mannen zijn. Daarbij werken ze in praktijken met gemiddeld minder patiënten, wat vaak groepspraktijken of gezondheidscentra zijn. Ook zijn ze vaker lid van het LHV dan niet-gebruikers. Het enige significante verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers is de mate van VPH-lidmaatschap. Gebruikers zijn significant minder vaak lid van de VPH. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de VPH in het algemeen kritisch staat tegenover eHealth, zolang de meerwaarde ervan voor hen nog niet bewezen is. De VPH-leden kunnen dit kritische standpunt overnemen en afzien van e-consultgebruik of er mee wachten.

De huisartsen die het e-consult gebruiken, doen dit meestal vaker dan drie keer per week. Zij kunnen de gebruiksvriendelijkheid van het e-consult en de aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering goed waarderen. Ook blijken zij met het e-consultgebruik te willen laten zien dat ze graag nieuwe werkwijzen toepassen. De testbaarheid van en de koppeling met het HIS is door huisartsen respectievelijk als matig en slecht beoordeeld. Het e-consult voorziet hen tevens niet duidelijk in de behoefte van online patiëntcontact. Misschien dat daarom de waarde van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult ook lager door hen is ingeschat.

5.2 Verklaring gebruik e-consult

Aan de hand van de onderzoeksvragen is meer toetsend gekeken naar verklaringen voor mogelijke verschillen in e-consultgebruik. De eerste onderzoeksvraag luidde: *In hoeverre verklaart de waardering van de productkenmerken van het e-consult door huisartsen de frequentie van hun gebruik van dit systeem?* Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de waardering van twee productkenmerken de gebruiksfrequentie significant positief kan voorspellen: de waardering van de aansluiting van het e-consult bij de praktijkvoering en de waardering van de relatieve waarde van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult. Deze verbanden bleven significant na de toevoeging van huisartskenmerken als controlevariabelen. De vraag is waarom juist deze productkenmerken van invloed zijn.

Volgens Rogers (1995) houdt aansluiting van een product bij de leefwereld van de consument in dat het aansluit bij diens normen, waarden, behoeften en eerdere ervaringen. Het moet passen bij wat de consument belangrijk vindt in zijn leven. Dit kan bijvoorbeeld comfort, efficiëntie of duurzaamheid zijn. De passendheid van het e-consult bij de praktijkvoering verschilt per huisarts. Huisartsen noemen vooruitgang en vernieuwing, een efficiëntere manier van werken, extra service richting de patiënten en het beperken van de drukte bij andere consulten als positieve punten. Het efficiëntieaspect en de patiëntgerichtheid kwamen in eerdere onderzoeken naar e-consultgebruik door huisartsen ook naar voren (Krijgsman et al., 2014). Genoemde nadelen aan het e-consult zijn de beperkte toepasbaarheid (alleen voor kleine klachten), het weinige gebruik door patiënten en het even druk blijven van het telefonisch en fysiek consult. In eerder onderzoek bleek al dat gebruik van het e-consult de drukte bij de andere consulten niet hoeft te verminderen (Van Dam, 2014; Gemert-Pijnen, 2006).

De waardering van het e-consult ten opzichte van het telefonisch en fysiek consult heeft eveneens een significante invloed op de gebruiksfrequentie. Uit de open vragen blijkt dat huisartsen zowel relatieve voor- als nadelen ervaren van het e-consult. De geringe interactiemogelijkheden wordt als grootste nadeel genoemd. Bij de andere twee consulten is er meer mogelijkheid tot doorvragen. De onduidelijkheid van de communicatie via het e-consult is een bekend discussiepunt (Krijgsman et al., 2014). Bij onduidelijkheid kan de ernst van het probleem niet goed worden ingeschat. Huisartsen weten niet altijd wanneer in zo'n geval wel of niet moeten doorvragen. Voor sommigen is het e-consult dan ook weinig efficiënt.

Huisartsen noemen ook voordelen aan het e-consult. In tegenstelling tot de andere consulten, is het op elk tijdstip af te handelen. Ook kan nauwkeuriger en uitgebreider antwoord worden gegeven. In eerder onderzoek noemden huisartsen de langere responstijd ook als potentieel voordeel van het e-consult (Krijgsman et al., 2014; Andreassen, 2006). Huisartsen waarderen het tevens dat ze een service richting patiënten kunnen leveren: weinig mobiel of drukbezette patiënten kunnen nu gemakkelijker contact opnemen. Ook stellen sommige patiënten persoonlijke vragen liever van achter de computer dan face-to-face. Huisartsen maken dat met gebruik van e-consult mogelijk.

De tweede onderzoeksvraag was: *In hoeverre verklaren persoonlijke of praktijkkenmerken de frequentie van het e-consultgebruik onder huisartsen?* Uit dit onderzoek blijkt dat de gehanteerde huisarts- en praktijkkenmerken de frequentie van e-consultgebruik niet kunnen voorspellen (Rogers, 1995). Het geslacht en leeftijd van de huisarts, zijn praktijkvorm en –grootte, zijn gebruikt HIS en verenigingslidmaatschap hebben geen significante, voorspellende waarde voor zijn gebruiksfrequentie van het e-consult.

5.3 Gebruik en waardering LSP

Ook voor het LSP zijn de gebruikers in kaart gebracht en is hun waardering ervan gemeten, met behulp van de vraag: *Welke huisartsen gebruiken het LSP en hoe waarderen zij het?* Van de 193 respondenten blijken er 88 (45.6%) het LSP te gebruiken. Van alle mannen in de steekproef maakt 46% gebruik van het LSP, onder de vrouwen is dit 54%. Het relatief hogere percentage voor vrouwen kan betekenen dat zij meer voordelen zien in het LSP dan mannen. Het LSP blijkt relatief vaak te worden gebruikt in groepspraktijken of gezondheidscentra. In groepspraktijken is mogelijk meer patiëntinformatie uit te wisselen en zijn er meer contacten met andere zorgverleners. LSP-gebruikers hebben significant vaker Medicom en CGMHuisarts als HIS. Niet-gebruikers maken significant vaker gebruik van MicroHIS en OmniHis Scipio. Dit zou kunnen betekenen dat informatie vanuit de eerste twee HISsen makkelijk is over te zetten naar het LSP dan vanuit de laatste twee. Ten slotte zijn LSP-gebruikers significant vaker lid van de LHV en significant minder vaak lid van de VPH. Een verklaring hiervoor is dat de LHV niet afwijzend staat tegenover het LSP. De VPH heeft zich uitgesproken tegen het LSP in haar huidige vorm, omdat de beveiliging van patiëntgegevens volgens haar tekortschiet.

De meeste huisartsen die het LSP gebruiken, raadplegen het gemiddeld minder dan één keer per maand. Het LSP voorziet voor de meeste huisartsen in de behoefte van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens. Ook beoordelen zij het LSP als redelijk gebruiksvriendelijk. De waarde van het LSP wordt gelijk ingeschat aan die van vergelijkbare systemen, als OZIS. De aansluiting van het LSP bij de praktijkvoering en het innovatieve karakter van LSP-gebruik zijn uiteenlopend beoordeeld: een deel van de huisartsen beoordeelt deze kenmerken als redelijk, een deel als slecht. Over de testbaarheid van het LSP zijn huisartsen ten slotte weinig te spreken.

5.4 Verklaring gebruik LSP

Met de onderzoeksvragen is gekeken naar verklaringen voor mogelijke verschillen in LSP-gebruik tussen huisartsen. De eerste onderzoeksvraag luidde: *In hoeverre verklaart de waardering van de productkenmerken van het LSP door huisartsen de frequentie van hun gebruik van dit systeem?* Geen enkele van de productkenmerken bleek de frequentie van het gebruik significant te kunnen voorspellen. Met de toevoeging van de huisartskenmerken als controlevariabelen aan het model, bleef

dit onveranderd. Wel blijken een paar productkenmerken bijna significante voorspellers. Zo is er een negatieve trend ($p < 0.10$) waarneembaar tussen de waardering van de uitwisseling van patiëntinformatie en het stellen van de toestemmingsvraag, met de gebruiksfrequentie van het LSP. Dit betekent dat als deze uitwisseling of de toestemmingsvraag negatief worden gewaardeerd, het LSP-gebruik niet af-, maar toeneemt. Deze vondst kan op twee manieren verklaard worden. Een reden kan zijn dat huisartsen zich, ondanks hun bedenkingen bij het systeem, verplicht voelen tot LSP-gebruik. Ze kunnen druk ervaren van zorgverzekeraars (Aalstein, 2014). Het kan ook zijn dat het LSP wel wordt gewaardeerd, maar dat er niet mee wordt gewerkt, omdat er in de regio te weinig zorgverleners zijn aangesloten. Huisartsen geven in de open vragen ieder geval aan dat er weinig informatie beschikbaar is. Ook missen ze een gebruiksaanwijzing bij het LSP. Beginnende gebruikers vinden het nu een tijdrovend systeem. Gevoelde druk vanuit zorgverzekeraars speelt tevens mee in de negatieve waardering van de toestemmingsvraag. Huisartsen voelen zich onder druk gezet zoveel mogelijk patiënten binnen te halen voor het LSP. Zij kunnen echter alleen de patiënten op het fysieke spreekuur aanspreken. Bovendien gaat ook hier veel tijd in zitten, welke huisartsen liever besteden aan de zorg.

Naast de negatieve trends, is er een derde, positieve trend gevonden. Deze bestaat tussen de mate waarin de huisarts door LSP-gebruik innovatief wil overkomen en zijn gebruiksfrequentie ervan. Deze trend is te verklaren: huisartsen die LSP-gebruik aan hun innovatieve imago vinden bijdragen, beschouwen het als een vernieuwend systeem. Huisartsen die deze innovativiteit niet ervaren, verklaren dit wederom door de pressende houding van zorgverzekeraars. Het is denkbaar dat zij zich pas innovatief voelen, wanneer zij meer vrijheid voelen bij de keuze het LSP wel of niet te gaan gebruiken.

De tweede onderzoeksvraag luidde: *In hoeverre verklaren persoonlijke of praktijkkenmerken de frequentie van LSP-gebruik onderhuisartsen?* Uit dit onderzoek blijkt dat verschillen in huisarts- en praktijkkenmerken verschillen in de frequentie van LSP-gebruik niet kunnen voorspellen. Het geslacht en leeftijd van de huisarts, zijn praktijkvorm en -grootte, zijn gebruikt HIS en verenigingslidmaatschap hebben geen significante, voorspellende waarde voor de mate van zijn gebruik van het LSP.

6. Beleidsaanbevelingen

Bij het doen van beleidsaanbevelingen is gelet op twee factoren. Ten eerste is gekeken of er significant gebleken factoren zijn die tot aanbevelingen kunnen leiden. Wanneer er geen significante factoren zijn, zijn de meest genoemde voor- en nadelen door (niet-gebruikers) als uitgangspunt genomen voor aanbevelingen. De antwoorden uit de open vragen hebben ook inhoud gegeven aan de aanbevelingen. Er worden eerst aanbevelingen gegeven voor het e-consult, daarna voor het LSP.

6.1 Beleidsaanbevelingen e-consult

Uit eerdere onderzoek bleek dat een deel van de huisartsen zijn twijfels heeft over de meerwaarde van het e-consult (Kramer, 2011). Beleidsmakers zijn echter van deze meerwaarde overtuigd (Visser, 2011). Sinds 2011 is er echter veel veranderd in de verhouding tussen overheid, zorgverzekeraars en huisarts (Aalstein, 2014). Huisartsen zijn zich begrensder gaan voelen in hun handelingsvrijheid en willen weer meer ruimte voor eigen initiatief. De wensen van de huisarts dienden daarom als uitgangspunt voor de aanbevelingen om het draagvlak voor het e-consult onder huisartsen te vergroten. Dit heeft geresulteerd in de volgende aanbevelingen:

- *Stuur patiënten infobrief over e-consult*

Uit de ervaringen met aansluiting bij de praktijkvoering blijkt dat het e-consult efficiënt kan werken, wanneer er korte, zakelijke, minder spoedeisende vragen gesteld worden. Deze vragen verlangen minder heen en weer mailen tussen huisarts en patiënt, wat veel tijd kost. De efficiëntie van het e-consult gaat omhoog, wanneer het grootste deel van de gestelde vragen dit soort type vragen zijn. De vormgeving van de e-consultsystemen kan hier mogelijk aan bijdragen. Daartoe zouden de ontwikkelaars, op basis van de wensen van huisartsen, bijvoorbeeld een gelimiteerd aantal onderwerpen en vraagcategorieën in kunnen stellen. Mogelijke onderwerpen zijn herhaalrecepten, reis- en leefstijladviezen. De lengte van de vraag kan gereguleerd worden door bijvoorbeeld een maximaal aantal tekens in te stellen. Ook kunnen er voorbeeldvragen van patiënten op de startpagina worden geplaatst. Zo is voor de patiënt duidelijker voor welk type klachten en op welke manier hij het e-consult kan gebruiken. Praktijken kunnen een infobrief sturen naar patiënten die nog weinig het internet gebruiken, zoals oudere patiënten.

- *Verhoog vergoeding e-consult*

Aan huisartsen die twijfelen het e-consult te gaan gebruiken, dient de mogelijke toegevoegde waarde van het e-consult ten opzichte van de andere consulten beter duidelijk te worden gemaakt. Er worden meer patiënten bereikt, doordat het e-consult 7 dagen per week, 24 uur per dag gebruikt kan worden. Huisartsen die het e-consult reeds gebruiken, zien deze flexibiliteit als extra service. Ook is in de

andere consulten meer tijd voor belangrijke vragen, waardoor de effectiviteit van de huisartsenzorg toeneemt. Ondanks de potentiële meerwaarde van het e-consult, is de vergoeding twee keer zo laag als voor de andere consulten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Dat maakt het voor huisartsen niet aantrekkelijk meer met het e-consult te gaan werken. Om gebruik van het e-consult te vergroten, zal daarom de vergoeding dichterbij de andere consulten moeten liggen. Het ministerie van VWS, zorgverzekeraars kunnen met huisartsen in gesprek gaan over een redelijke vergoeding van het e-consult, ten opzichte van de tijdsinvestering. In eerder onderzoek wilde ruim driekwart van de huisartsen de vergoedingen voor e-consult en fysiek consult gelijk trekken (Gemert-Pijnen, 2006).

- *Verbeter aansluiting e-consult en HIS*

Naast de hoogte van de vergoeding, blijkt uit dit onderzoek ook dat het overzetten van informatie vanuit het e-consultsysteem naar het HIS voor problemen zorgt. Deze problemen zijn er al bijna tien jaar (Gemert & Pijnen, 2006). Een soepele koppeling tussen beide systemen is essentieel, omdat huisartsen de informatie uit het e-consult in het HIS willen bewaren. De ontwikkelaars van de e-consult en HIS-systemen zouden samen kunnen onderzoeken hoe beide systemen beter te integreren. Huisartsen dienen, als belangrijkste gebruikers, een belangrijke rol bij dit gesprek te krijgen. Het doel is dat informatie sneller kan worden overgezet en centraal kan worden bewaard, in het HIS. Bij toekomstige e-consults (of andere typen consulten) met de patiënt, kan deze informatie belangrijk zijn voor de te kiezen behandelvorm.

6.2 Beleidsaanbevelingen LSP

Het mag duidelijk zijn dat het LSP een omvangrijk systeem is. Zijn implementatie kan grote gevolgen hebben voor de organisatie van de huisartsenzorg. Zijn grootschaligheid maakt dat het LSP duidelijke voor- en tegenstanders kent (Van Beelen, 2013). Om deze redenen zijn onderstaande beleidsaanbevelingen met grote zorgvuldigheid geformuleerd. Het zijn voorstellen en ideeën om het LSP beter af te stemmen op de wensen van huisartsen. Voordat de aanbevelingen doorgenomen worden, dient elke betrokken partij zich wel de vraag te stellen of zij het draagvlak voor het LSP ook willen vergroten. Over deze vraag doet dit onderzoek geen uitspraak. Wel zijn er aanbevelingen geformuleerd op basis van de ervaringen van huisartsen met de huidige vorm van het LSP. Dit zijn de aanbevelingen:

- *Vergroot bekendheid LSP onder zorgverleners*

Voor succesvolle uitwisseling van patiëntinformatie tussen zorgverleners is een groot aantal aangesloten zorgverleners en patiënten nodig. Alleen dan kan een grote hoeveelheid informatie uitgewisseld worden en de zorgkwaliteit omhoog gaan. Het beperkte gebruik kan te maken hebben met de onduidelijkheid over het LSP. De taak aan de Vereniging van Zorgverleners voor Zorgcommunicatie (VZVZ; beheerder van het LSP) is huisartsen beter in te lichten over de werking en

het juiste gebruik van het LSP.

- *Overweeg een 'opt-out' systeem*

Het stellen van de toestemmingsvraag wordt door veel huisartsen als hinderlijk en tijdrovend ervaren. In dit onderzoek, net als in eerdere onderzoeken, wordt een opt-out systeem voorgesteld (Jansen et al., 2015). Patiënten worden dan automatisch aangemeld in het LSP, tenzij zij grote bezwaren hebben. Een opt-out systeem kan ook onvolledige patiëntdossiers voorkomen. De mogelijkheid van gedeeltelijke opt-in kan ertoe leiden dat medicijn- of huisartsgegevens in het dossier ontbreken. Huisartsen willen in spoedsituaties over zo veel mogelijk gegevens beschikken. Het ministerie van VWS en VZVZ kunnen het opt-out systeem gaan bespreken met huisartsen.

- *Verlaag druk tot LSP-deelname*

Huisartsen voelen zich momenteel niet innovatief door LSP-gebruik. Dit is een opmerkelijke vondst voor een zo recent ingevoerd systeem (2012). Uit de open vragen blijkt dat huisartsen meer vrijheid willen ervaren bij de keuze om het LSP te gaan gebruiken, en in welke mate zij dit gaan doen. Huisartsen voelen zich onder druk gezet door de opgestelde streefcijfers over het aantal aangemelde patiënten (VZVZ, 2012). Ook beloningen voor het aantal aangemelde patiënten kan voor spanning zorgen. Het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en VZVZ dienen huisartsen minder druk op te leggen bij de aanmelding van patiëntdossiers in het LSP. Wanneer de huisarts zich hier vrijer bij voelt, zal hij de patiënt mogelijk meer ontspannen en duidelijker kunnen informeren over het LSP. De kans dat de patiënt openstaat voor deelname kan dan ook groter worden.

- *Maak beveiliging patiëntgegevens tot speerpunt*

Ruim drie kwart van de huisartsen die het LSP niet gebruiken, geeft hiervoor beperkte gegevensbeveiliging als voornaamste reden. De open vragen laten zien dat zij vrezen dat verzekeraars, overheden en buitenlandse partijen de gegevens kunnen inzien. Deze angst kwam in eerder onderzoek naar het LSP ook uit (Nobel, 2014; Jansen et al., 2015). Wanneer de VZVZ het LSP-draagvlak onder huisartsen wil vergroten, zou zij een gebaar kunnen maken waaruit blijkt dat de beveiliging van het systeem hoge prioriteit heeft. Een voorbeeld van zo'n gebaar is het aanstellen van een aparte toezichthouder voor het ICT-systeem. Tevens kunnen huisartsen een melding krijgen welke partijen wanneer hun LSP-informatie bekeken hebben. Indien zij het niet vertrouwen, kunnen zij dit melden bij de toezichthouder.

- *Stel richtlijnen op voor gegevensregistratie*

Het is voor huisartsen nu niet duidelijk bij wie de aansprakelijkheid ligt indien misinterpretatie van LSP-informatie tot foutieve behandelingen leidt. Dit bleek tevens uit eerdere onderzoeken (Jansen et al., 2015). Misinterpretatie kan het gevolg zijn van onduidelijke of onvolledige informatie. Wanneer

een huisarts bijvoorbeeld niet duidelijk vermeldt welke medicijnen een patiënt nodig heeft, raakt de apotheker in verwarring. Om dit probleem op te lossen, kunnen de bij het LSP betrokken zorgverleners afspraken maken met VZVZ over de beste manier van gegevensregistratie. Door de gebruikte terminologie in het LSP bijvoorbeeld zo veel mogelijk te standaardiseren, moet elke zorgverlener de verstrekte informatie en instructies kunnen begrijpen.

7. Discussie

In het discussiehoofdstuk worden de sterke en minder sterke punten van het onderzoek besproken. Daarnaast worden een aantal opvallende zaken die tijdens het onderzoek plaatsvonden gerapporteerd. Tot slot worden er suggesties gedaan om voorliggend onderzoek een vervolg te geven.

7.1 Sterke punten

Het eerste sterke punt van dit onderzoek is dat binnen een maand tijd 193 huisartsen de enquête hebben ingevuld. Van de huisartsen die gemaïld zijn met de vraag of zij de enquête wilden invullen, heeft een kwart dit gedaan. Dit is een hoog responspercentage, gezien de werkdrukke van huisartsen en het aantal onderzoeksaanvragen zij krijgen. Het geeft aan dat de inzet van het e-consult en LSP binnen de huisartsenzorg relevant wordt geacht door huisartsen.

Een tweede sterk punt van dit onderzoek is de toepassing van Rogers' verspreidingstheorie (1995) op zorginnovaties. De verspreidingstheorie wordt vaker gebruikt om het succes van innovaties te verklaren, maar niet vaak voor innovaties in de zorg. De toepassing van deze theorie op de waardering van het e-consult en LSP onder huisartsen kan andere onderzoekers mogelijk aanzetten tot vergelijkbaar onderzoek. Ten derde is dit onderzoek één van de eersten die op wat grotere schaal onderzoekt hoe huisartsen over het LSP oordelen. Eerder onderzoek van Jansen et al. (2015) naar elektronische gegevensuitwisseling in de zorg had maar 6 LSP-gebruikers in de onderzoeksgroep.

Een laatste sterk punt van dit onderzoek is de vermelding van de enquête in de VPH-nieuwsbrief: zo kunnen veel huisartsen bereikt zijn. Dat gerenommeerde zorginstututen op Twitter melding hebben gemaakt van de enquête, geeft aan dat het onderzoek relevant is.

7.2 Zwakke punten

Naast sterke punten zijn er ook zwakke punten aan dit onderzoek. Een eerste belangrijk punt is dat de twee behandelde eHealth-vormen, e-consult en LSP, heel verschillende systemen zijn. In dit onderzoek zijn ze vaak samen genoemd, terwijl ze eigenlijk niet goed vergeleken kunnen worden. Vooral de schaalgrootte en impact verschillen: het e-consult vindt plaats tussen huisarts en patiënt en gaat over kleine klachten. Bij het LSP kunnen alle zorgverleners in een regio zijn betrokken en kunnen alle klachten, ook spoedeisende, aan de orde komen. LSP-gebruik kan noodzakelijk zijn wanneer veel zorgverleners in de regio hier op aangesloten zijn. E-consultgebruik is daarentegen veel meer een vrije keuze van de huisarts. De beleidsaanbevelingen voor e-consult en LSP verschillen dan ook in inhoud, omvang en consequenties.

Ten tweede kon niet worden nagegaan of alleen huisartsen de enquête hebben ingevuld. Er is geen gebruikerscontrole ingebouwd in de enquête. Door de link naar de enquête op Twitter te vermelden, wordt de kans groter dat ook andere (niet-)zorgverleners hem hebben ingevuld.

Een derde minder sterk punt is dat de onderzoeksgroep voor een relatief groot deel uit leden van de VPH bestaat. Deze vereniging is opgericht door huisartsen die zich niet konden vinden in het onderhandelingsbeleid van de grootste landelijke huisartsenvereniging, de LHV. Zij voelden zich onvoldoende door de LHV vertegenwoordigd. De VPH telt ongeveer 800 leden, terwijl de LHV 11.000 leden heeft. Het VPH-ledenbestand vormt waarschijnlijk geen representatieve vertegenwoordiging van alle Nederlandse huisartsen. Om de representativiteit van de onderzoeksgroep alsnog zo hoog mogelijk te krijgen, zijn naast de VPH-leden 468 individuele huisartsen aangeschreven. De totale respons is met 193 respondenten laag, ook al is het relatief hoog gezien de tijd dat de enquête openstond (één maand) en de moeilijk bereikbare onderzoeksgroep (huisartsen). De onderzoeksgroep is daarom beperkt representatief voor de populatie van Nederlandse huisartsen. Door de kleine onderzoeksgroep heeft het onderzoek weinig significante verbanden opgeleverd.

Ten slotte zijn in de dataverzameling een aantal zwakke punten te noemen. Het gebruik van het e-consult en LSP was met een open vraag beter meetbaar geweest. Van de gehanteerde categorieën was nu vooral bij de bovenste/hogste niet duidelijk in hoeverre het gebruik in de praktijk uiteenliep. Ook hadden gebruikers en niet gebruikers beter vergeleken kunnen worden, wanneer ook aan niet-gebruikers was gevraagd om hun waardering van de productkenmerken van het e-consult en LSP te geven. In het LSP-regressiemodel zijn 12 variabelen opgenomen op 84 respondenten. Dit is 1 variabele per 7 respondenten. Meestal wordt in onderzoek 1 variabele per 10-15 respondenten aangehouden. Het relatief grote aantal variabelen per respondent kunnen de resultaten beïnvloeden.

7.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er suggesties te doen voor vervolgonderzoek. In een volgend onderzoek naar de waardering van huisartsen (of andere zorgverleners) van het e-consult en LSP kan door middel van een schaalvariabele het gemiddeld gebruik beter gemeten worden. Dit geldt vooral voor het e-consult; een groot deel van de huisartsen gaf aan het e-consult vaker dan drie keer per week te gebruiken. In vervolgonderzoek kan het gebruik nauwkeuriger worden vastgesteld, om te zien of de gevonden verschillen in gebruik samenhangen met de waardering van het e-consult en LSP. Deze waardering zou in dat geval, naast een waardering van de productkenmerken, kunnen worden gemeten op een schaal van 0 t/m 10. Zo kan de huisarts duidelijk aangeven hoe hij in het algemeen tegenover het e-consult en LSP staat.

In een vervolgonderzoek zou een grotere onderzoeksgroep genomen kunnen worden. Zo bestaat er een grotere kans op significante resultaten en kunnen er meer uitspraken worden gedaan. Ook zou dan meer gebruik kunnen worden gemaakt van de data uit de open vragen. In dit onderzoek zijn deze data relatief weinig gebruikt.

Bronnenlijst

- Agresti, A. & Finlay, B. (2009). *Statistical measures for the social sciences* (vierde editie). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Aalstein, P. (2014). *Vijf voor twaalf*. Geraadpleegd op 28 juni 2015, van <http://www.artsenauto.nl/vijf-voor-twaalf/>.
- Andreassen, H., K., Trondsen, M., Kummervold, P., E., Gammon, D., & Hjortdahl, P. (2006). Patient Who Use E-Mediated Communication With Their Doctor: New Constructions of Trust in the Patient-Doctor Relationship. *Qualitative Health Research*, 16, 238-248.
- Beelen, A. van (2013). LSP maakt voorzichtige start. Landelijk schakelpunt kent voor- en tegenstanders. *Mednet*, 3, 24-25.
- Berg, W.N. van de, & Suichies, H. (2015). *Position paper Vereniging Praktijkhoudende huisartsen wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens (33509)*. Utrecht: VPHuisartsen.
- Bohn, Stafleu en Van Loghum (z.d.). *BSL praktijkinfo zorgt voor continue bereikbaarheid van uw website*. Geraadpleegd op 28 juni 2015, van <http://praktijkinfo.bsl.nl/bsl-praktijkinfo-zorgt-voor-continue-bereikbaarheid-van-uw-praktijkwebsite/>.
- Breejen, E. den (2011). *Arbeidsbesparende innovaties in de gezondheidszorg. Een theoretische verkenning naar kansen en belemmeringen voor arbeidsbesparing in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Budding, J. (2009). *Koppeling Zorgdomein met het Huisartsen Informatie Systeem (HIS)*. Geraadpleegd op 15 april 2015, van <http://www.medicalfacts.nl/2009/12/04/koppeling-zorgdomein-met-het-huisartsen-informatie-systeem-his/>.
- Dam, L. van (2013). *Het E-consult bij Bureau Studentenartsen* (bachelorscriptie). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Dijk, L. van, Haan, J. de & Rijken, S. (2000). *Digitalisering van de leefwereld. Een onderzoek naar informatie- en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gerritsen, B., Westerouen van Meeteren, M. & Wijden, A. van der (2013). *E-Consult: Draagt het iets bij aan de zorgverlening door huisartsen in Nederland?* Onderzoeksverslag. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hassel, D.T.P. van, Kasteleijn, A. & Kenens, R.J. (2015) *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2014*. Utrecht: NIVEL.

- Jacobs, J. (2015). *Hoe gaat het nu eigenlijk met het LSP?* Geraadpleegd op 20 juni 2015, van <http://www.smarthealth.nl/2015/01/15/hoe-gaat-het-nu-eigenlijk-met-het-lsp/>.
- Jansen, T., Koppes, L., Reitsma-van Rooijen, M. & Verheij, R. (2015). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: ervaringen en opvattingen van zorgverleners en zorggebruikers*. Utrecht: Nivel.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (2015). *Functionaliteiten LSP*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van <http://www.knmp.nl/praktijkvoering/lsp-zorginfrastructuur/functionaliteiten-lsp>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (2005). *Richtlijn online arts-patiënt contact*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- Kramer, P. (2011). *De huisarts-patiënt relatie anno 2011*. Amsterdam: TNS NIPO.
- Kring Haaglanden (2013). *Overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigd huisarts 2013*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van http://www.kringhaaglanden.nl/files/9913/6213/2559/CZ_zorgovk2013.pdf
- Krijgsman, J., Bie, J. de, Burghouts, A., Jong, J. de, Cath, G., Gennip, L. van & Friele, R. (2013). *EHealth, verder dan je denkt. eHealth-monitor 2013*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Beenkens, F., Friele, R. & Gennip, L. van (2014). *Op naar meerwaarde! E-healthmonitor 2014*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2014). *Per 1 januari 2015 OZIS definitief uit de lucht*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/1-januari-2015-ozis-definitief-uit-de-lucht>.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2015). *Soorten lidmaatschap*. Geraadpleegd op 24 april 2015, via <https://www.lhv.nl/vereniging/lidmaatschap/soorten-lidmaatschap>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). *“De maatschappij verandert, verandert de zorg mee?”*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2014a). *Checklist e-consult*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2014b). *NHG voorstander van e-consult met eigen huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010). *Good Contracting Practices*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015). *Tarievenlijst huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van http://www.nza.nl/1048076/1048155/Bijlage_bij_TB_CU_7089_01_Tarievenlijst_huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg.pdf.

- Nijland, N., Gemert-Pijnen J.E.W.C. van, Tije S. ten, Hennemann G. & Mol, R. (2006). *Een onderzoek naar het gebruik van e-consult onder huisartsen*. Enschede: Universiteit Twente/ Den Haag: Nederlandse Vereniging van E-Health.
- Nobel, H. (2014). *Een alternatief voor het LSP*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van <http://www.vphuisartsen.nl/uitgelicht/een-alternatief-voor-het-lsp/>
- Oirschot, R. van, Soonieus, E., Bake, J. & Kroon, R. (2010). *Eindrapportage Kennis(in)kaart. Succes- en belemmeringsfactoren voor het versnellen van opschaling van innovaties*. Den Haag: Alares.
- Ouden, Y. den & Meijman, F. (2014). E-zorg geen doel maar middel. *Medisch Contact*, 34, 1584-1586.
- Popma, B. & Ven, R. van de (2012). *De rol van kwaliteit in de zorginkoop: "hoe vat je een koe zonder horens..."* (masterscriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Pronk, P. (2014). 'Het einde van het beroepsgeheim'. Het LSP: Het dossier waar niemand op zit te wachten. *IBestuur*, 12, pp. 24-27.
- Putters, K., Breejen, E. den & Frissen, P. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Van Gorcum.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011). *De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap*. Den Haag: RVZ.
- Rademakers, J. (2013). *Kennissynthese. De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld*. Utrecht: Nivel.
- Rijksoverheid (2012). *Kamerbrief over eHealth*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van <file:///C:/Users/David/Downloads/kamerbrief-over-e-health.pdf>.
- Rijksoverheid (2013). *Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, via <file:///C:/Users/David/Downloads/meva-3155166a.pdf>.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations* (vierde editie). New York: The Free Press.
- Scheepsbouwer, A. (2006). *Zorg voor Innovatie Sneller beter- Innovatie en ICT in de curatieve Zorg*. Eindrapportage KPN juni 2006. Amsterdam: KPN.
- Velde, F. van de (2015). *Gelukkig was er nog een man in de zaal: over vrouwen en ICT*. Geraadpleegd op 21 juni 2015, van <http://www.elsevier.nl/Economie/achtergrond/2015/4/Gelukkig-was-er-nog-een-man-in-de-zaal-over-vrouwen-en-ICT-1741484W/>.
- Visser, J. (2011). Voor patiënt is huisarts nog steeds de spil. *Medisch Contact*, 47, 2908-2910.
- Voort (z.d.). *Wat is zorginnovatie*. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van <http://www.voort-innovatie.nl/innovatie/zorg-innovatie/>.
- Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (2014). *Tien prangende vragen over het LSP*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van <http://www.vphuisartsen.nl/uitgelicht/tien-prangende-vragen-het-lsp/>.
- Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (2012, 1 november). *Businessplan VZVZ 2013-2016*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, van <https://www.vzvz.nl/uploaded/FILES/>

htmlcontent/Businessplan% 20VZVZ% 20DEF.pdf

Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (z.d.-a). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 27 februari 2015, van <https://www.vzvez.nl/page/Zorgconsument/Links/Over-VZVZ/Feiten-en-cijfers>

Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (z.d.-b). *Regio-indeling*. Geraadpleegd op 19 maart 2015, van <https://www.vzvez.nl/page/Zorgverlener/Aansluiten/Regionalisatie/Regio-indeling>.

Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (z.d.-c). *Welke gegevens worden uitgewisseld*. Geraadpleegd op 2 maart 2015, van <https://www.vzvez.nl/page/Zorgconsument/Het-LSP/Gegevens-uitwisselen/Welke-gegevens-worden-uitgewisseld>.

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.

Wolters, I., Dijk, L. van, Hoogen, H. van den & Bakker D. de (2000). *Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem: Nulfase: de situatie in 1999*. Utrecht: Nivel.

Zorgdomein (2015a). *Aanmelden als verwijzer*. Geraadpleegd op 15 april 2015, van http://www.zorgdomein.nl/nl_nl/contact/aanmelden-als-verwijzer .

Zorgdomein (2015b). *HIS Leveranciers*. Geraadpleegd op 28 maart 2015, van http://www.zorgdomein.nl/nl_nl/zorgdomein/partners--lidmaatschappen/his-leveranciers

Zwaanswijk, M. & Verhaak, P.F.M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.

Bijlagen

Bijlage 1: Aankondiging enquête VPH-nieuwsbrief

De vermelding van de enquête in nieuwsbrief 105 van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (10 mei 2015):

Onderzoek e-health en LSP

Graag willen we jullie attenderen op onderstaand onderzoek, waarbij door een onafhankelijke student e-health en LSP-gebruik onderzocht worden. Ons eigen [standpunt t.a.v het LSP](#) is bekend, maar we zijn benieuwd naar de uitkomsten van dit onderzoek. We vragen dan ook om onderstaande survey in te vullen.

Geachte huisarts,

Mijn naam is David van der Laan. Ik ben masterstudent Vraagstukken van Beleid en Organisatie aan de Universiteit Utrecht. Voor mijn scriptie ben ik geïnteresseerd geraakt in e-health, met name in het e-consult en het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Het e-consult lijkt steeds meer gewenst door de hedendaagse, mobiele patiënt. Het gebruik van het LSP wordt aangemoedigd vanuit overheid en zorgverzekeraar. Voor mijn masterscriptie wil ik graag onderzoeken hoe huisartsen nu tegenover deze vormen van e-health staan.

Ik denk dat de verzamelde ervaringen en standpunten van huisartsen waardevolle informatie bieden in de dialoog met patiënten, overheid en zorgverzekeraars. Ik heb daarom een enquête opgesteld met vragen en stellingen over e-consult en LSP: <https://nl.surveymonkey.com/s/e-consultLSPenquete>.

Het invullen duurt maximaal 10 minuten en uw reactie en gegevens blijven uiteraard anoniem. Bij voorbaat dank!

PS. Bij interesse in een samenvatting van mijn scriptie, kunt u mij vanaf begin juli mailen op davidvdlaan@gmail.com.

Bijlage 2: Bericht in contactformulier huisartsenpraktijken

Geachte huisarts(enpraktijk),

Voor mijn masterscriptie Sociologie doe ik onderzoek naar de waardering van het e-consult en het Landelijk Schakelpunt (LSP) onder huisartsen. Het e-consult wordt steeds meer gewenst door de hedendaagse, mobiele patiënt. Het gebruik van LSP wordt aangemoedigd vanuit overheid en zorgverzekeraar. Ik wil graag weten hoe huisartsen nu tegenover deze vormen van e-health staan. Uw mening, als belangrijkste gebruiker van e-health, is van groot belang.

Om uw waardering te meten, heb ik een enquête opgesteld met vragen over verschillende aspecten van het e-consult en LSP, waaronder de ervaren voor- en nadelen. Om de enquête in te kunnen vullen, kunt u volgend webadres naar uw adresbalk kopiëren: <https://nl.surveymonkey.com/s/e-consultLSPenquete>. Uw gegevens blijven uiteraard anoniem.

U vraagt zich misschien af wat u aan uw deelname heeft. Ik denk dat de resultaten u inzicht bieden in de standpunten en ervaringen van uw beroepsgroep aangaande e-consult en LSP. Dat is waardevolle informatie in de dialoog met patiënten, overheid en zorgverzekeraars, over deze onderwerpen. Daarom stuur ik u graag een samenvatting van mijn rapport. Bij interesse, kunt u mij vanaf begin juli mailen (davidvdlaan@gmail.com).

Ik ben u zeer dankbaar als u mijn enquête in wil vullen. Het invullen duurt maximaal 10 minuten. Voor vragen en/of opmerkingen kunt u mij mailen (zie bovenstaand adres) of, als u dat liever wilt, mij bellen op nummer 0645157032. Graag hoor ik van u!

Met vriendelijke groet,

David van der Laan

Student master Sociologie/Vraagstukken van Beleid en Organisatie Universiteit Utrecht

Bijlage 3: Uitgeschreven enquête

Geachte huisarts,

Hartelijk dank voor uw bereidwilligheid deze enquête over het gebruik van het e-consult en het Landelijk Schakelpunt (LSP) in te vullen. Het doel van mijn onderzoek is te ontdekken hoe huisartsen het gebruik van deze e-health toepassingen beoordelen. Het e-consult wordt steeds meer gewenst door de hedendaagse, mobiele patiënt. Het gebruik van LSP wordt aangemoedigd vanuit overheid en zorgverzekeraar. Maar hoe staat u tegenover de rol van deze vormen van e-health binnen de zorgverlening?

Op basis van uw ervaringen met e-consult en LSP wil ik aanbevelingen doen aan beleidsmakers over de inzet van e-consult en LSP binnen de gezondheidszorg. Voor de duidelijkheid zal ik eerst de werking van beide onderzochte toepassingen kort uitleggen.

Het e-consult is een medisch consult, waarbij huisarts en patiënt per e-mail met elkaar communiceren. Door de speciale veiligheidseisen die aan dit mailverkeer gesteld worden, verschilt het e-consult van gewone e-mail. Het e-consult is geschikt voor minder spoedeisende vragen over bijvoorbeeld chronische ziekten, medicijnen en leefstijl-advies.

Het Landelijk Schakelpunt (LSP) is een ICT-systeem waarmee zorgverleners medische patiëntgegevens elektronisch kunnen uitwisselen en opvragen. Dit kan alleen nadat de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven.

Eerst krijgt u een aantal vragen over uw gebruik van het e-consult voorgelegd en de redenen waarom u het wel of niet gebruikt. In het tweede deel volgen de vragen over uw gebruik van het LSP. Het sterretje bij de meeste vragen betekent dat een antwoord gewenst is. Wanneer u geen mening heeft over een vraag of deze minder relevant vindt, verzoek ik u toch de optie aan te vinken die het beste bij uw situatie past. De enquête sluit af met enkele vragen over uw achtergrondgegevens, omdat deze van invloed kunnen zijn op de resultaten. U mag echter zelf bepalen of u deze vragen invult.

Het invullen van de enquête duurt maximaal 10 minuten. Al uw reacties en gegevens blijven uiteraard anoniem. Nogmaals bedankt voor uw deelname!

Vragen over het e-consult

Het e-consult is een medisch consult, waarbij huisarts en patiënt per e-mail met elkaar communiceren. Door de speciale veiligheidseisen die aan dit mailverkeer gesteld worden, verschilt het e-consult van gewone e-mail. Het e-consult is geschikt voor minder spoedeisende vragen over bijvoorbeeld chronische ziekten, medicijnen en leefstijl-advies.

*1. Maakt u gebruik van het e-consult?

- Ja
- Nee

* 2. Waarom gebruikt u het e-consult niet (meer)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik vind de communicatie via het e-consult minder duidelijk dan via een telefonisch of face-to-face contact
- De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar is relatief laag voor de tijd die erin gaat zitten
- De kosten-batenanalyse valt negatiever uit dan van het telefonisch of face-to-face consult
- Mijn telefonische en fysieke spreekuur worden niet minder druk bezocht.
- Ik heb onvoldoende tijd de vragen van mijn patiënten af te handelen.
- De patiëntprivacy is onvoldoende gewaarborgd in het mailsysteem
- Ik vrees voor kritiek van mijn patiënten over hun privacy
- De zorgvraag stijgt, doordat het e-consult de drempel verlaagt contact op te nemen met mijn praktijk
- De e-consultsystemen zijn lastig te koppelen aan mijn Huisarts Informatie Systeem (HIS)
- Anders, namelijk...

* 3. Bent u van plan het e-consult in de toekomst wel (weer) te gaan gebruiken en zo ja, op welke termijn?

- Ja, binnen een half jaar
- Ja, binnen ene jaar
- Ja, over langer dan een jaar
- Ja, maar ik weet nog niet op welke termijn
- Ik weet nog niet of ik het ga gebruiken
- Ik ga het niet (meer) gebruiken

*4. Gebruikt u wel gewone mail in uw contact met patiënten? Zo ja, hoe vaak?

- Ja, meer dan drie keer per week

- Ja, drie keer per week
- Ja, twee keer per week
- Ja, één keer per week
- Ja, gemiddeld minder dan één keer per week
- Nee

* 5. Hoe lang gebruikt u het e-consult al?

- Meer dan tien jaar
- Tussen de vijf en tien jaar
- Tussen de één en vijf jaar
- Tussen een half jaar en een jaar
- Minder dan een half jaar

* 6. Hoe vaak beantwoordt u vragen via het e-consult?

- Vaker dan drie keer per week
- Drie keer per week
- Twee keer per week
- Eén keer per week
- Gemiddeld minder dan één keer per week

* 7. Hoeveel vragen beantwoordt u per keer?

- Tien of meer vragen per keer
- Tussen de vijf en tien vragen per keer
- Tussen de één en vijf vragen per keer

* 8. Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het e-consult? Als..

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 9. Hoe verloopt de koppeling van uw e-consultsysteem met uw Huisarts Informatie Systeem (HIS)?

- Zeer goed

- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

Ik zou graag willen weten in hoeverre het gebruik van het e-consult aansluit bij uw manier van werken als huisarts.

* 10. Hoe sluit het gebruik van e-consult aan bij uw praktijkvoering?

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 11. Stelling: Het e-consult voorziet in een belangrijke behoefte van mij, namelijk de behoefte aan online patiëntcontact

- Helemaal mee eens
- Mee eens
- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

Het in gebruik nemen van een nieuw systeem brengt vragen met zich mee: hoe werkt het, wie gebruikt het nog meer en wegen de baten wel op tegen de kosten? Ik wil graag weten in hoeverre u het e-consult heeft kunnen uittesten, alvorens u het in gebruik nam.

* 12. Stelling: Ik kon het e-consult van tevoren, vóór ik het definitief ging gebruiken, onvoldoende uitproberen

- Helemaal mee eens
- Mee eens
- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 13. Stelling: Met mijn gebruik van het e-consult wil ik laten zien dat ik graag nieuwe werkwijzen toepas.

- Helemaal mee eens
- Mee eens
- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 14. Hoe schat u de waarde in van het gebruik van het e-consult ten opzichte van het gebruik van alternatieve communicatiemiddelen, zoals het telefonisch en/of fysiek consult?

- Veel groter
- Groter
- Gelijk
- Kleiner
- Veel kleiner

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 15. Wat zijn volgens u de grootste voordelen van gebruik van het e-consult, ten opzichte van een telefonisch en/of fysiek consult?

- Patiënten die om wat voor reden dan ook het fysieke of telefonisch spreekuur missen, kunnen via het e-consult alsnog met mij in contact komen.
- Patiënten vinden het fijn dat ze hun vragen aan mij vanuit huis kunnen stellen

- Het e-consult is een laagdrempelige manier voor patiënten om contact te leggen met mijn praktijk.
- Mijn patiënten vinden dat ze hierdoor de zorgverlening enigszins op eigen initiatief kunnen sturen.
- Mijn patiënten begrijpen en onthouden mijn antwoorden beter, doordat ze deze kunnen herlezen.
- Anders, namelijk..

* 16. Wat zijn volgens u de grootste nadelen van gebruik van het e-consult, ten opzichte van een telefonisch en/of fysiek consult? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik vind de communicatie via het e-consult minder duidelijk dan via een telefonisch of face-to-face contact
- De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar is relatief laag voor de tijd die erin gaat zitten
- De kosten-batenanalyse valt negatiever uit dan van het telefonisch of face-to-face consult
- Mijn telefonische en fysieke spreekuur worden niet minder druk bezocht.
- Ik heb te weinig tijd de vragen van mijn patiënten af te handelen.
- De patiëntprivacy is onvoldoende gewaarborgd in het mailsysteem
- Ik vrees voor kritiek van mijn patiënten over hun privacy
- De zorgvraag stijgt, doordat het e-consult de drempel verlaagt contact op te nemen met mijn praktijk
- De e-consultsystemen zijn lastig te koppelen aan mijn Huisarts Informatie Systeem (HIS)
- Anders, namelijk..

* 17. Hoe groot is de invloed van onderstaande factoren geweest, bij uw keuze het e-consult te gaan gebruiken?

	Zeer groot	Groot	Niet groot, niet klein	Klein	Zeer klein
Gebruiksvriendelijkheid					
Aansluiting bij manier van werken					
Mogelijkheid tot uittesten					
Innovatief imago					
Relatieve voordelen					

Kunt u uw antwoord toelichten?

...

Vragen over het LSP

* 18. Maakt u gebruik van het LSP?

- Ja
- Nee (,niet meer)

* 19. Waarom gebruikt u het LSP niet (meer)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het is lastig over te stappen van andere informatiesystemen op het LSP
- Het inloggen met de UZI-passen maak het LSP lastig toegankelijk
- Er zijn in mijn regio onvoldoende patiënten aangesloten
- Ik vind de kwaliteit van de gegevens in het LSP te wisselend
- In het geval de patiënt voor gedeeltelijke opt-in heeft gekozen, vind ik de gegevens niet volledig genoeg
- Het is voor mij onduidelijk bij wie de aansprakelijkheid ligt, in het geval LSP-informatie verkeerd geïnterpreteerd wordt
- Het gevaar bestaat teveel op de informatie uit het LSP te gaan vertrouwen
- Ik vind het stellen van de toestemmingsvraag omslachtig
- Ik vind de financiële vergoeding voor (her)aansluiting op het LSP te laag
- Ik heb onvoldoende tijd mij in (gebruik van) het LSP te verdiepen.
- Ik twijfel of de patiëntgegevens in het LSP voldoende beveiligd zijn
- Ik vrees voor kritiek van patiënten over hun privacy in het LSP
- Anders, namelijk...

* 20. Bent u van plan het LSP in de toekomst wel (weer) te gaan gebruiken en zo ja, op welke termijn?

- Ja, binnen een half jaar
- Ja, binnen een jaar
- Ja, over langer dan een jaar
- Ja, ik wil het gaan gebruiken, maar ik weet nog niet op welke termijn
- Ik weet nog niet of ik het ga gebruiken
- Ik ga het niet (meer) gebruiken

* 21. Hoe lang gebruikt u het LSP al?

- Meer dan drie jaar
- Tussen de twee en drie jaar
- Tussen de één en twee jaar
- Tussen een half jaar en een jaar

- Minder dan een half jaar

* 22. Hoe vaak raadpleegt u het LSP?

- Vaker dan tien keer per maand
- Tussen de vijf en tien keer per maand
- Tussen de één en vijf keer per maand
- Gemiddeld één keer per maand
- Gemiddeld minder dan één keer per maand

* 23. Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het LSP? Als..

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 24. Hoe beoordeelt u de volgende kenmerken van het LSP:

- Het uitwisselen van patiëntinformatie met andere zorgverleners
- De koppeling met andere of oudere systemen, zoals uw HIS of OZIS
- Het inloggen met de UZI-pas(sen)
- Het hebben van meerdere UZI-passen voor meerdere werkgevers
- Het vragen van toestemming aan uw patiënten voor opname van hun medische gegevens in het LSP

Als...:

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

Ik wil graag weten in hoeverre het gebruik van het LSP aansluit bij uw manier van werken als huisarts.

* 25. Hoe sluit het gebruik van het LSP aan bij uw praktijkvoering?

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht

* 26. Stelling: Het LSP voorziet in een belangrijke behoefte van mij, namelijk de behoefte aan een overkoepelend systeem voor elektronische uitwisseling van patiëntgegevens.

- Helemaal mee eens
- Mee eens
- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

Het in gebruik nemen van een nieuw systeem roept vragen op: hoe werkt het, wie gebruikt het nog meer en wegen de baten wel op tegen de kosten? Ik wil graag weten in hoeverre u het LSP heeft kunnen uittesten, alvorens u het in gebruik nam.

* 27. Stelling: Ik kon het LSP van tevoren, vóór ik het definitief ging gebruiken, onvoldoende uitproberen

- Helemaal mee eens
- Mee eens
- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 28. Stelling: Met mijn gebruik van het LSP wil ik laten zien dat ik graag nieuwe werkwijzen toepas

- Helemaal mee eens
- Mee eens

- Neutraal
- Mee oneens
- Helemaal mee oneens

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

Het LSP dient alternatieve of oudere systemen voor elektronische uitwisseling van patiëntgegevens aan te vullen of te vervangen. Ik wil graag weten hoe u het LSP beoordeelt ten opzichte van deze alternatieve of eerdere systemen, die u (heeft) gebruikt. Bekende voorbeelden zijn het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en het Open Zorg Informatie Systeem (OZIS).

* 29. Hoe schat u de waarde in van het gebruik van het e-consult ten opzichte van het gebruik van alternatieve of eerdere systemen voor elektronische uitwisseling van patiëntgegevens?

- Veel groter
- Groter
- Gelijk
- Kleiner
- Veel kleiner

Kunt u uw antwoord kort toelichten?

...

* 30. Wat ziet u als de grootste voordelen van gebruik van het LSP ten opzichte van alternatieve of eerdere informatiesystemen, zoals uw HIS of OZIS? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik kan efficiënter en doelmatiger werken.
- Ik kan kwalitatief betere zorg leveren aan mijn patiënten.
- Ik krijg een vollediger beeld van mijn patiënt, bijvoorbeeld wat betreft gestelde diagnoses en medicijngebruik
- Ik beschik over de meest actuele gezondheidsinformatie van mijn patiënt.
- Ik vind het LSP beter beveiligd dan alternatieve of eerdere systemen, zoals OZIS
- Anders, namelijk...

* 31. Wat ziet u als de grootste nadelen van gebruik van het LSP ten opzichte van alternatieve of eerdere informatiesystemen, zoals uw HIS of OZIS? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Er zijn in mijn regio onvoldoende patiënten aangesloten
- Ik vind de kwaliteit van de geregistreerde gegevens te wisselend

- In het geval de patiënt voor gedeeltelijke opt-in heeft gekozen, vind ik de gegevens niet volledig genoeg
- Het is voor mij onduidelijk bij wie de aansprakelijkheid ligt, in het geval LSP-informatie verkeerd geïnterpreteerd wordt
- Er bestaat de kans teveel op de informatie uit het LSP te gaan vertrouwen
- Ik vind de financiële vergoeding voor (her)aansluiting op het LSP te laag
- Ik twijfel of de patiëntgegevens in het LSP voldoende beveiligd zijn
- Ik krijg kritiek van patiënten over hun privacy in het LSP
- Anders, namelijk...

* 32. Hoe groot is de invloed van de eerder langsgekomen factoren op uw keuze tot gebruik van het LSP?

	Zeer groot	Groot	Niet groot, niet klein	Klein	Zeer klein
Gebruiksvriendelijkheid					
Aansluiting bij manier van werken					
Mogelijkheid tot uittesten					
Innovatief imago					
Relatieve voordelen					

Vragen over achtergrondkenmerken

Tot slot ben ik geïnteresseerd in enkele achtergrondgegevens van u. Deze kunnen van invloed zijn op de antwoorden die u gegeven hebt. Bij de analyse van de resultaten controleer ik daarom voor deze gegevens. Bij deze vragen kunt u zelf bepalen of u ze invult.

33. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

34. Wat is uw leeftijd?

35. Welke vorm kent uw praktijk?

- Solopraktijk

- Duopraktijk
- Groepspraktijk/Gezondheidscentrum

36. Hoeveel patiënten staan bij uw praktijk ingeschreven?

37. Wat voor Huisarts Informatie Systeem (HIS) gebruikt u?

- Cito
- CGM Huisarts
- HetHIS
- Medicom
- MicroHIS
- OmniHis Scipio
- Promedico ASP
- Promedico VDF
- TetraHIS
- TransHIS
- Zorgdossier
- Anders, namelijk...

38. Van welke huisartsenvereniging bent u lid?

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH)
- LHV en VPH
- Geen
- Anders, namelijk...

39. Dit is het einde van de enquête. Hartelijk dank voor het invullen. Heeft u nog vragen/opmerkingen?