

Huisarts 2.0?

Onderzoek naar de betekenis die huisartsen geven aan de rol van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk



Mariët Romme
Universiteit Utrecht, juni 2010



Titel: Huisarts 2.0? – Onderzoek naar de betekenis die huisartsen geven aan de rol van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Afstudeerrichting: Master Communicatie, beleid en management, Universiteit Utrecht, opleiding Bestuurs- en Organisationswetenschap

Student: Mariët Romme

Studentnummer: 3065871

Begeleidster: Mw. drs. I.Y.E. van Veenendaal

Tweede lezer: Prof. dr. E.F. Loos

Utrecht, juni 2010

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van mijn masteronderzoek, waarmee ik mijn studie aan de Utrechtse School voor Bestuur- en Organisationswetenschap afrondt.

Voordat dit onderwerp tot stand is gekomen werd ik gedwongen om heel bewust na te denken welke positie ik zelf inneem binnen het onderzoeksveld. Uiteindelijk was het een belangrijke keuze in het proces om een afstudeeronderzoek bij het IGZ af te zeggen en me te richten op dit onafhankelijke onderzoek.

De onderzoeksperiode die daaraan vooraf is gegaan heb ik als uitdagend, leerzaam en intensief ervaren. Daarbij kon ik niet zonder de hulp en steun van een aantal mensen die ik via deze weg wil bedanken.

Ten eerste wil ik mijn begeleider Iris van Veenendaal bedanken. Bedankt voor uw tijd en goede inhoudelijke feedback. De gesprekken met u leidde ertoe dat ik het overzicht over mijn onderzoek terugkreeg, wanneer ik vastgelopen was.

Mijn onderzoek kon niet plaatsvinden zonder alle huisartsen en huisartsen in opleiding bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Door de geruime tijd en open houding heb ik de interviews als erg prettig ervaren.

Ook wil ik Anne, Pien, Jeske, Laura en Suzanne bedanken voor alle koffietjes, belletjes en gesprekken. Hier heb ik veel gehad wanneer ik weer eens een momentje van wanhoop had en afleiding nodig had. Nu is er weer tijd om leuke dingen te gaan doen.

Pien, jou wil ik nog extra bedanken voor het lezen van mijn scriptie en jouw commentaar op mijn schrijfvaardigheden.

Ook mijn vader en moeder wil ik bedanken voor de steun en het luisterend oor dat jullie altijd boden wanneer ik dat nodig had. Ook hebben de lekker wafels mijn arbeidsproductiviteit zeker verhoogd.

Ruim een half jaar later is er een einde gekomen aan een leerzaam proces waar ik ondanks de dipjes met plezier aan heb gewerkt. Nu het eindresultaat voor me ligt kan ik zeggen dat ik trots ben op het eindresultaat.

Utrecht, juni 2010

Mariët Romme

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting.....	6
1. Inleiding	8
1.1. Onderwerp.....	8
1.2. Doelstelling.....	9
1.3. Positie onderzoeker.....	9
1.4. Vraagstelling en methodiek.....	11
1.4.1. Vraagstelling.....	11
1.4.2. Plan van aanpak.....	11
1.4.2.1. Vooronderzoek	11
1.4.2.2. Empirisch onderzoek.....	12
1.5. Relevantie.....	14
1.6. Leeswijzer.....	15
2. Contextanalyse	16
2.1. Inleiding.....	16
2.2. Veranderingen in de maatschappij.....	16
2.3. Veranderingen in de zorgsector.....	18
2.2.1. De professionele autonomie van de huisarts onder druk?.....	19
2.4. Opkomst Internet in de gezondheidszorg	20
2.4.1. Internet als informatiebron in de gezondheidszorg	20
2.4.2. Mogelijkheden van het internet als hulpmiddel in de huisartsenzorg.....	21
2.5. De huisarts-patiëntrelatie onder de loep.....	22
2.5.1. Kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie.....	22
2.5.2. De veranderde huisarts-patiëntrelatie	23
2.6. Resumerend	25
3. Betekenisgeving en de narratieve benadering	28
3.1. Inleiding	28
3.2. Betekenisgeving van mensen	28
3.3. Verhalen als transportmiddel van betekenisgeving	31
3.3.1. Functies van verhalen.....	31
3.3.2. Wat zijn verhalen?	32
3.4. Deconstructie van verhalen.....	33
3.4.1. Deconstructie van verhalen met behulp van story Lines.....	33
3.4.2. Argumentatiestrategieën	34
3.4.2.1. Retorische argumentatiestrategieën	35
3.4.2.2. Progressieve argumentatiestrategieën	36
3.4.3. Symbolen en taalgebruik	36
3.5. Resumerend	37

4. Verhalen uit het veld	39
4.1. Inleiding	39
4.2. Methodologische onderbouwing	39
4.2.1. De interviews	39
4.2.2. Analyse van de individuele verhalen	41
4.3. Het zorginhoudelijke verhaal	42
4.3.1. De huisarts-patiëntrelatie	42
4.3.2. Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie	44
4.3.3. Het zoekgedrag van de patiënt	45
4.3.4. De mondige burger en de positie van de huisarts	47
4.3.5. Internet binnen de huisartsenpraktijk.....	47
4.3.5.1. Internetgebruik van de huisarts.....	47
4.3.5.2. E-healthtoepassingen binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk.....	48
4.4. Het commerciële verhaal	50
4.4.1. De huisarts-patiëntrelatie	50
4.4.2. Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie	51
4.4.3. Het zoekgedrag van de patiënt.....	52
4.4.4. De eisende patiënt.....	53
4.4.5. De mondige burger en de positie van de huisarts	54
4.4.6. Internet binnen de huisartsenpraktijk.....	55
4.4.6.1. Internetgebruik van de huisarts.....	55
4.4.6.2. E-healthtoepassingen binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk.....	55
5. Analyse van de verhalen	58
5.1. Inleiding	58
5.2. De huisarts-patiëntrelatie	58
5.3. Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie	59
5.4. Het zoekgedrag van de patiënt	60
5.5. De mondige burger en de positie van de huisarts.....	61
5.6. Internet binnen de huisartsenpraktijk	62
5.7. Verschillen tussen verhalen van de Huisartsen in opleiding en ervaren huisartsen	64
6. Conclusie	66
6.1. Beantwoording centrale hoofdvraag	66
6.2. Discussie en ideeën voor toekomstig onderzoek.....	70
7. Literatuurlijst	71

Samenvatting

De komst van Internet heeft invloed op de praktijkvoering van de huisartsen in Nederland. Aan de ene kant is de gestegen toegankelijkheid van informatie een oorzaak van de mondigere burger. Aan de andere kant biedt het Internet mogelijkheid om toepassingen te ontwikkelen die de huisartsenzorg naar patiënten toe verandert.

In dit onderzoek stelde ik mij de vraag hoe huisartsen betekenis gaven aan deze ontwikkeling en of er een verschil te vinden was in de betekenisgeving van ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding. Dit onderscheid heb ik gemaakt, omdat het aannemelijk is dat huisartsen in opleiding, die behoren tot de net-generatie anders tegen de invloed van Internet in de huisartsen aankijken dan ervaren huisartsen.

Voor de beantwoording van deze vraag heb ik een narratieve bril opgezet. Verhalen worden gezien als transportmiddel van betekenisgeving en het bestuderen ervan is dus een goede manier om de betekenisgeving bloot te leggen.

Voordat ik het empirische onderzoek kon beginnen heb ik een vooronderzoek gedaan waarin twee vragen aan de hand van wetenschappelijke literatuur zijn beantwoord. Eerst heb ik bekeken wat de context van de Nederlandse huisartsensector is, door te kijken naar ontwikkelingen in de samenleving, ontwikkelingen in de zorg, en de integratie van Internet in de huisartsenpraktijk. Hierbij werd duidelijk dat deze ontwikkelingen hebben geleid tot veranderingen in de huisarts-patiëntrelatie. Aan de hand van de typologie van Roter zijn verschillende manieren weergegeven waarop de relatie kan vormgegeven zijn. Volgens haar hebben de veranderingen ertoe geleid dat de relatie van paternalistisch langzaam veranderd naar een relatie die vormgegeven is volgens het consumerisme. De relatie wordt gelijkwaardiger en de macht van de huisarts vermindert. Aan de hand van deze kennis heb ik een hulpvragenlijst gemaakt die gebruikt is tijdens de interviews.

Het tweede deel van het vooronderzoek bestond uit een literatuuronderzoek naar processen van betekenisgeving en de rol die verhalen daarin spelen. Mensen geven betekenis aan de wereld en construeren op deze manier hun eigen werkelijkheid. In verhalen zit de betekenisgeving van mensen opgesloten. Door verhalen te verzamelen en deze te analyseren is het mogelijk om de betekenis van mensen bloot te leggen. Binnen verhalen zijn verschillende verhaallijnen te ontdekken die lopen langs een bepaald thema. Verhaallijnen zijn te herkennen aan het woordgebruik en de inzet van argumenten. Binnen de verhaallijnen is het mogelijk om argumentatiestrategieën te herkennen die onderscheiden zijn door Hirschman, om de attitude van mensen tegenover een thema of ontwikkeling hebben.

Aan de hand van deze kennis heb ik een analysekader gebouwd, van waaruit ik de individuele verhalen van de huisartsen ben gaan analyseren.

Het empirische deel van mijn onderzoek bestond uit het interviewen van vier huisartsen en vier huisartsen in opleiding. Deze individuele verhalen vormde de data die ik ben gaan analyseren. Dit gebeurde op verschillende manieren. Eerst ben ik op zoek gegaan naar de verhaallijnen die in de verhalen opgesloten zaten. Vervolgens heb ik gekeken welke argumentatiestrategieën in deze verhalen te ontdekken waren. Bij beide heb ik gelet op het taalgebruik van de huisartsen en het gebruik van symbolen die de verhaallijnen kenmerkte en gebruikt werden om de argumenten kracht bij te zetten.

Uit de analyse bleek dat huisartsen verschillend betekenis geven aan de invloed van Internet op de huisartsenpraktijk. Deze verschillen worden duidelijk in de twee verhalen die zijn geconstrueerd. Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt pessimistischer gesproken over de ontwikkelingen, omdat dit de positie van de huisarts in de relatie met de patiënt kan verslechteren. Echter worden een aantal ontwikkelingen positief beleefd, omdat dit de positie van de huisarts versterkt of omdat het een kwaliteitsverbetering van de zorg oplevert.

Binnen het commerciële verhaal wordt juist positiever gesproken over de ontwikkelingen, omdat het de positie van de patiënt kan versterken en omdat hij meer mogelijkheden heeft om de patiënt objectief te informeren.

Tevens zien zij de ontwikkelingen ook als kans om de zorg meer efficiënt vorm te geven. Daarom zijn zij zelf actiever in het doen van investeringen of het innoveren in de zorg door middel van E-healthtoepassingen. Zij geven echter ook aan dat de ontwikkelingen de relatie in essentie niet zal veranderen, maar dat het gezien kan worden als een extra stuk dienstverlening voor de groep mensen die hier in is geïnteresseerd.

Uit de verhalen was geen significant verschil te herkennen tussen de betekenisgeving van huisartsen en huisartsen in opleiding. Binnen mijn resultaten hadden huisartsen in opleiding vaker zorginhoudelijke argumentlijnen en stonden zij negatiever tegenover de komst van E-healthtoepassingen. Een verklaring hiervoor is dat zij nog niet een langdurige relatie hebben kunnen opbouwen met de patiënt en de ervaring missen om zeker te zijn van de kwaliteit die zij leveren. De ervaren huisartsen hebben dit wel. Die basis kan nodig zijn om na te denken over innovaties om actief te kwaliteit te verbeteren.

1. Inleiding

1.1. Onderwerp

De gezondheidssector in Nederland is al een aantal jaar erg in beweging. Een deel van de veranderingen is gepland, maar een deel is het gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. De samenleving verandert en dit heeft invloed op de gehele sector.

Een ontwikkeling die ik erg interessant vind is de veranderde relatie tussen patiënt en huisarts. Door onder andere de komst van Internet is er ontzettend veel informatie openbaar geworden. Dit is één van de oorzaken dat de burger steeds mondiger wordt en meer eisen stelt. Dit beïnvloedt de relatie tussen huisarts en patiënt. Binnen dit onderzoek staat de komst van Internet in de huisartsenpraktijk centraal. Internet wordt hierbij gezien als instrument om informatie te verspreiden. Aan de ene kant heeft Internet ertoe geleid dat patiënten toegang hebben tot veel medische informatie. In steeds grotere mate nemen zij die kennis mee in hun contact met de huisarts. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 50% van de Nederlandse bevolking zich oriënteert op het Internet over klachten voorafgaand aan een consult (Rijen, 2005:10).

Tevens blijkt uit hetzelfde onderzoek dat het steeds vaker voorkomt dat patiënten informatie van het Internet meenemen naar het consult en al een idee hebben over een mogelijke aandoening of behandeling.

Aan de andere kant kan de huisarts door middel van Internet snel toegang krijgen tot informatie over de patiënt, en de patiënt op een andere manier dan mondeling of schriftelijk in de informatiebehoefte voorzien. Uit onderzoek van Dijkstra blijkt dat de mate waarin huisartsen Internet gebruiken om informatie op te zoeken of patiënten van informatie te voorzien een stuk kleiner is dan het gebruik onder de patiënten. Echter verwachten huisartsen zelf dat Internet een steeds grotere rol zal gaan spelen in de spreekkamer (2006:496).

Het overgrote deel van de huisartsen heeft toegang tot internet in zijn praktijkruimten. Het is interessant te kijken in welke mate dit gebruikt zal gaan worden in consulten en hoe huisartsen dit beleven.

Er is veel onderzoek gedaan naar de mate waarin Internet is geïntegreerd in de huisarts-patiëntrelatie door onder andere het RVZ en NIVEL. Ook zijn er onderzoeken van deze instanties naar de behoeften van de patiënten. Deze onderzoeken zijn allen kwantitatief van aard. Er is echter weinig kwalitatief onderzoek gedaan naar de betekenis die huisartsen geven aan de komst van Internet in de huisarts-patiëntrelatie. In dit onderzoek is daarom voor dit perspectief gekozen.

1.2. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is door middel van het bestuderen van de persoonlijke verhalen van huisartsen en huisartsen in opleiding inzicht te krijgen in de manier waarop zij betekenis geven aan de huisarts-patiëntrelatie die is veranderd door de gestegen toegankelijkheid van informatie. Specifiek zal gekeken worden hoe huisartsen deze ontwikkeling ervaren in hun professioneel handelen en of zij de ontwikkeling van de komst van Internet als kans of bedreiging zien voor de huisarts-patiëntrelatie. De individuele verhalen van de huisartsen zullen hierbij centraal staan. Door de verhalen te analyseren op argumentatiestrategieën en beeldspraak zal de mening van de geïnterviewde huisartsen over de rol van Internet in de relatie met de patiënt duidelijk worden gemaakt. Verhalen kunnen een grote rol spelen in organisatieonderzoek, omdat het de betekenisgeving van mensen bloot kan leggen. Bos geeft aan dat een effect van verhalen is dat ze weergeven hoe mensen een bepaald concept of een bepaalde ontwikkeling beleven en hierop terugkijken. De gesproken uitingen die mensen daarvoor gebruiken zijn een weerspiegeling van hun constructie van een visie op de werkelijkheid (Bos, 2007: 19-22). Mishler onderbouwt dit. Hij geeft aan dat verhalen vertellen een natuurlijk verschijnsel van de mens is. Hij geeft aan:

“Telling stories is considered a natural human impulse and a primary way of making sense of an experience” (Mishler, 1886 in: McCance, 2000: 351). Hierbij wordt er in dit onderzoek niet gestreefd naar generaliseerbare conclusies. Het onderzoek is explorierend van aard.

De argumenten en attitude die naar boven zullen komen kunnen als startpunt dienen in discussies over beleid tussen verschillende actoren, zoals huisartsen, het ministerie, zorgverzekeraars, etc.

1.3. Positie onderzoeker

Mijn positie als onderzoeker heeft gevolgen voor de analyse en conclusies van het onderzoek. Daarom is het belangrijk weer te geven binnen welke wetenschapsfilosofische stroming ik mijzelf plaats.

Deetz heeft een model ontwikkeld dat verschillende onderzoeksdiscoursses onderscheid. Dit model heeft niet als doel vier strikt gescheiden onderzoeksbenaderingen te benoemen, maar tracht de verschillen en overeenkomsten in kaart te brengen (Deetz, 127-131).

Het model is opgebouwd aan de hand van twee dimensies waarin twee uitersten tegenover elkaar worden geplaatst. De eerste dimensie richt zich op het ontstaan van concepten. Deetz onderscheidt hierin de local/emergent benadering en de elite/ a priori benadering. De eerste gaat er vanuit dat concepten niet vaststaand zijn en gedurende het onderzoek veranderen door wat respondenten vertellen. De tweede gaat wel uit van vaststaande concepten. Deze worden dan op de respondenten getoetst (Deetz, 131). De tweede dimensie richt zich op de manier van presentatie van de resultaten. Hij onderscheidt hierin weer twee extreme. Aan de ene kant kunnen onderzoekers het doel hebben te

zoeken naar consensus binnen de resultaten. Er zullen ook onderzoekers zijn die juist de dissensus in kaart willen brengen (Deetz: 133).

Deze twee dimensies vormen samen een grid waarin vier discursieve ruimten ontstaan. Deze staan in figuur 1.1. kort weergegeven.

Het normatieve discours:

Dit is lang de dominante benadering geweest en afgeleid van het positivisme. Deze stroming gaat uit van vaststaande concepten die getoetst worden. Tevens is deze benadering gericht op het zoeken van consensus in de resultaten (2000: 141).

Het interpretatieve discours:

Onderzoekers die zich binnen dit paradigma scharen, zijn op zoek naar de betekenis die mensen geven aan een bepaalde situatie. De benadering heeft tot doel te laten zien hoe sociale werkelijkheden worden ontwikkeld. Concepten liggen hier dus niet vast. Tevens is men op zoek naar consensus. (2000:142-143)

Het kritieke discours:

Binnen deze stroming worden organisaties gezien als een politiek veld waar strijd en dominantie een belangrijke plaats hebben. Sociale constructies worden door macht en strijd gevormd. Binnen dit veld wordt veel aandacht besteed aan morele en ethische kwesties en wordt getracht verschillen in beeld te brengen. Hierbij is het doel om het dominante discours te ontdekken. Daarbij gaat het wel uit van vaste concepten (2000:143).

Het discours van de dialoog:

Deze benadering legt de focus op het in kaart brengen van de fragmentatie en verdeeldheid in betekenis. Er wordt hier echter niet uitgegaan van dominante en minder dominante discoursen. Het doel is om de verschillen in betekenisgeving aan de realiteit te tonen, zodat hierop gereflecteerd kan worden en de betekenisgeving bevorderd wordt (2000: 145)

Figuur 1. Discoursen van wetenschappelijke benaderingen (Deetz, 2000: 140-145)

Ik zou mijn denkbeelden als onderzoeker willen plaatsen binnen het interpretatieve discours. Binnen dit discours is het doel om te laten zien op welke manier de werkelijkheid geproduceerd wordt door normen, rituelen en dagelijkse activiteiten (Deetz, 2000:142). Hierbij wordt uitgegaan van een open-taalsysteem. Dit betekent dat de onderzoeker niet met vaststaande concepten werkt, maar dat het taalgebruik en de hoofdthema's worden gevormd in samenspel met de respondenten (Deetz, 2000:138).

In dit onderzoek wordt door het verzamelen van verhalen van huisartsen op zoek gegaan naar de betekenissen en hun constructies van de werkelijkheid. Het houden van narratieve interviews past goed binnen deze benadering, omdat verhalen betekenissen bloot kunnen leggen.

Deze verhalen zal ik zelf interpreteren en weergeven. Daarbij zal gezocht worden naar overeenkomsten tussen de constructies van respondenten. Doordat ik de resultaten zelf interpreteer is het niet mogelijk als onderzoeker een objectieve rol te hebben. De conclusies zullen deels afhankelijk zijn van mijn eigen interpretatie. Giddens (1984, in Dom, 2005: 72) heeft dit dubbele hermeneutiek genoemd. Hij betoogt dat mensen in het dagelijks leven communicatieve handelingen interpreteren (eerste hermeneutiek) en dat sociale wetenschappers deze interpretaties op hun beurt interpreteren (dubbele hermeneutiek). Tevens moet ik mij er als onderzoeker bewust van zijn dat mijn resultaten beïnvloed worden door de manier van interviewen en de manier waarop ik de vragen stel.

1.4. Vraagstelling en methodiek

1.4.1. Vraagstelling

Uit de probleemstelling die hierboven is beschreven leid ik de volgende centrale onderzoeksvraag af:

Hoe beleven huisartsen en huisartsen in opleiding de komst van Internet en hoe beïnvloedt dit hun dagelijkse handelen in relatie tot de patiënten?

Deze vraag zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

- a. *Welke verhaallijnen zijn terug te vinden in de verhalen van de huisartsen?*
- b. *Welke argumentatiestrategieën zijn terug te vinden in de verhalen?*
- c. *Zijn er significante verschillen te vinden tussen de verhalen van de huisartsen in opleiding en de huisartsen die al een aantal jaren ervaring hebben?*

1.4.2 Plan van aanpak

1.4.2.1. Vooronderzoek

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is het belangrijk eerst in een vooronderzoek duidelijk te krijgen in wat voor context de huisartsen (in opleiding) werkzaam zijn. Ten tweede is het nodig om een onderzoekskader te schetsen van waaruit het onderzoek wordt gedaan. Voor de interviews is het nodig een hulpvragenlijst te maken. Tevens is een analysekader nodig, wat als hulpmiddel dient om de betekenisgeving uit de verhalen te deconstrueren.

Hierbij dienen de volgende twee vragen als sturing:

1. *Wat is er in de wetenschappelijke literatuur geschreven over de komst en invloed van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk?*
2. *Wat wordt er in de wetenschappelijke literatuur geschreven over betekenisgeving en de rol van verhalen bij de betekenisconstructie van mensen?*

De twee inleidende vragen die het vooronderzoek vormen, worden beantwoord door middel van een literatuurstudie. Voor de beantwoording de eerste vraag zullen publicaties van Bensing, Roter, Noordegraaf en ten Have gebruikt worden. Deze literatuur geeft inzicht in de veranderende context waarin de huisarts zich bevindt. Tevens zullen de kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie aan bod komen; de processen die er spelen binnen deze relatie en de verschillende rollen die de huisarts daarbij op zich kan nemen. Aan de hand van deze kennis zal ik de hulpvragenlijst opstellen die ik als hulpmiddel gebruik tijdens de interviews.

De tweede vraag van het vooronderzoek is bedoeld om inzicht te krijgen in de processen van betekenisgeving en welke rol verhalen daarin spelen. Ook zal bekeken worden wat verhalen zijn en op welke wijze deze gedeconstrueerd kunnen worden.

Om de tweede vraag te beantwoorden zullen publicaties van Weick, Czarniawska, Polkinhorne en Hirschman worden gebruikt. Centraal staat het proces van betekenisgeving en de rol van verhalen daarbij. Tevens wordt aandacht besteed aan de narratieve benadering van organisatievraagstukken.

Deze kennis heb ik nodig om het analysekader op te bouwen. Dit kader zal ik gebruiken bij de deconstructie van de gevonden verhalen uit het empirische gedeelte van mijn onderzoek.

1.4.2.2. Empirisch onderzoek.

Om de hoofdvraag aan de hand van de drie deelvragen te beantwoorden zullen door het houden van narratieve interviews met huisartsen data worden verzameld. Deze zullen geanalyseerd worden met behulp van een analysekader. Gefocust wordt daarbij op story Lines en argumentatiestrategieën. Daarnaast heb ik bij de analyse ook aandacht voor beeldspraak en gebruik van symbolen.

Binnen dit onderzoek zullen individuele verhalen van huisartsen (in opleiding) het onderzoeksobject vormen. Voor de verzameling van verhalen is gekozen voor narratieve interviews. Kenmerkend voor het afnemen van narratieve interviews is dat het verhaal van de geïnterviewde centraal staat en dat de interviewer niet strak structureert. Soderberg, Reissman en Mislner (Soderberg, 2006:398; 1993, 1986 in: Mc. Cance, 2000: 351) geven aan dat het doel van deze interviews is om de verhalen naar boven te halen en dat het de rol van de interviewer is om het verhalen vertellen te stimuleren. Om het vertellen van verhalen bij de respondent te stimuleren is veel gevraagd naar ervaringen die zij hebben opgedaan in de praktijk. Zij selecteren bewust en onbewust hun ervaringen die zij vertellen om hun standpunt te

beargumenteren. Daarom is het mogelijk om door de analyse van die ervaringsverhalen de attitude te ontrafelen.

Soderberg geeft aan dat je er als onderzoeker bewust van moet zijn dat mensen jou niet alleen als objectief publiek zien. Zij beschrijft: *“Narrators may use an interviewer not only as their audience, but also as a potential mediator of their interpretations and their world-view”* (Soderberg, 2006: 398).

De huisartsen die wilden meewerken aan dit onderzoek vertelden mij bewust verhalen om hun standpunt duidelijk te maken.

Tijdens de introductie zal ik duidelijk uitleggen wat voor soort interview het wordt en al ik aangeven dat ervaringen en belevingen centraal staan. Tevens kies ik ervoor om een hulpvragenlijst op te stellen om bepaalde thema's aan te kaarten, indien dit nodig is. De vragenlijst zal worden opgesteld aan de hand van inzichten uit hoofdstuk twee en is door middel van een testinterview gepretest.

Deze hulpvragenlijst gebruik ik om in relatief korte tijd van gemiddeld 60 tot 90 minuten, voldoende relevante informatie te verzamelen voor het beantwoorden van mijn onderzoeksvragen.

Bij de keuze van de respondenten is een onderscheid gemaakt tussen huisartsen in opleiding (hierna: HIO's) en ervaren huisartsen. De huisartsen in opleiding waren allemaal jonger dan 35 jaar en behoren daarmee volgens Alch tot de “net-generatie”. Deze groep is volgens hem opgegroeid in het internettijdperk en zij zijn daarom volledig bekend met de mogelijkheden van het Internet. Tot deze groep behoort volgens hem iedereen die geboren is tussen 1977 en 1997 (Alch, M., 2000:32). Deze toekomstige huisartsen volgen een opleiding waarin zij worden opgeleid tot een huisarts die zijn professe goed moet kunnen uitvoeren in een tijd waarin de burger als mondig wordt ervaren.

De ervaren huisartsen zijn allen huisartsen die al een aantal jaren werkzaam zijn en niet onder de net-generatie vallen.

Omdat er binnen dit exploratieve onderzoek niet wordt gezocht naar generaliseerbare conclusies, is het niet nodig om een representatieve afspiegeling van Nederlandse huisartsen te selecteren.

Ik ga de verhalen analyseren op de story lines die hierin te vinden zijn, verschillen en overeenkomsten in argumenten en mogelijk herkenbare argumentatiestrategieën.

Bij het bepalen wat story Lines zijn binnen de verhalen wordt het gedachtegoed van Hajer en Czarniawska gebruikt.

Voor het ontdekken van argumentatiestrategieën worden de door Hirschman onderscheidde argumentatiestrategieën gebruikt. Hij (1991, in Gerijen, 2004:38-41) onderkent verschillende argumentatiestrategieën die mensen gebruiken om een ontwikkeling te analyseren en om hier betekenis aan te geven. Door in kaart te brengen welke argumentatiestrategieën verborgen zitten in de

het taalgebruik en in de verhalen van de huisartsen is het mogelijk hun attitude tegenover de verandering in de huisartsenpraktijk zichtbaar te maken.

1.5. Relevantie

Er is al veel geschreven over de manier van communiceren tijdens het consult door onder andere Street (1991, 2003) en Bensing (2008). Zij onderzochten de communicatie door consulten te analyseren door middel van een conversatieanalyse. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van huisartsen op de ontwikkeling van Internet binnen de huisarts-patiëntrelatie en naar de manier waarop dit de relatie en daarmee het werk van de huisarts heeft veranderd.

Het is interessant om de betekenisgeving van huisartsen in beeld te brengen. Dit explorierend onderzoek kan als basis dienen voor verder onderzoek op dit gebied.

Maatschappelijk gezien is dit onderzoek relevant, omdat duidelijk wordt welke verhalen er leven in de Nederlandse huisartsenpraktijken en hoe huisartsen aankijken tegenover de ontwikkeling van Internet in de huisarts-patiëntrelatie. Deze informatie kan worden meegenomen in de ontwikkeling van beleid van ministeries, belangenverenigingen van huisartsen, de RVZ, etc. Tevens kunnen de resultaten en conclusies als startpunt dienen in discussies over dit onderwerp tussen de verschillende betrokkenen.

Ten slotte past dit onderzoek binnen de opleiding Bestuurs- en organisatiewetenschap en de specialisatie Communicatie, Beleid en Management. Binnen de opleiding ligt de nadruk op onderzoek naar organisaties met een publieke functie en de wisselwerking met hun maatschappelijke en bestuurlijke omgeving. De gezondheidssector heeft een duidelijke publieke functie. Tevens wordt de organisatie sterk beïnvloed door maatschappelijke en bestuurlijke ontwikkeling. Vanuit bestuurskundig en organisatiekundig perspectief is het daarom interessant om te onderzoeken hoe huisartsen betekenis geven aan de veranderde huisarts-patiëntrelatie die veranderd is door veranderingen in de samenleving en de opkomst van het Internet. Tevens ben ik op zoek naar de betekenisgeving die verborgen zit in de verhalen van huisartsen. Taal wordt hier dus gezien als middel om betekenisgeving bloot te leggen en het beeld van de werkelijkheid van de afzonderlijke huisartsen te ontrafelen. De rol van verhalen in organisaties en in betekenisgeving van mensen was één van de thema's die binnen deze master is behandeld.

1.6. Leeswijzer

In *hoofdstuk één* wordt de aanpak van mijn onderzoek beschreven.

In *Hoofdstuk twee* wordt de context van het onderzoek beschreven. Relevante ontwikkelingen binnen de zorgsector voor dit onderzoek zullen aan bod komen. Vervolgens zal in kaart gebracht worden hoe het Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk is geïntegreerd. Ten slotte zal bekeken worden hoe de huisarts-patiëntrelatie is vormgegeven en de wijze waarop de rol van huisarts is veranderd als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. Deze kennis zal gebruikt worden om een hulpvragenlijst op te stellen dat als hulpmiddel gebruikt zal worden tijdens de interviews.

In *hoofdstuk drie* zal ik aan de hand van relevante literatuur beschrijven welke rol verhalen hebben in de betekenisgeving van mensen. Tevens zal de narratieve benadering van organisaties aan bod komen. Deze theorieën zullen gebruikt worden om het analyse-instrument te bouwen dat gebruikt wordt voor de analyses van de interviews.

Hoofdstuk vier geeft de resultaten en analyse van het empirisch onderzoek weer. Voorafgaand aan de resultaten zal de methode van het empirisch onderzoek worden toegelicht. Vervolgens zullen de verhaallijnen die in de individuele verhalen onderscheiden kunnen worden geconstrueerd.

Vervolgens zal in *hoofdstuk vijf* geanalyseerd worden welke argumentatiestrategieën en beelden binnen de verhalen te ontdekken zijn.

Voorgaande hoofdstukken dienen als data voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. In *hoofdstuk zes* zullen de geconcludeerde antwoorden gepresenteerd worden. Verder zal er op het onderzoek gereflecteerd worden en zullen mogelijkheden voor volgend onderzoek worden weergegeven.

2. Contextanalyse

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de context van huisartsen geschetst aan de hand van publicaties van Ten Have, het NHG en Brink-Muinen. In paragraaf één zal bekeken worden welke ontwikkelingen in de maatschappij hebben plaatsgevonden die invloed hebben op het handelen van de huisarts. Dit zal gebeuren aan de hand van publicaties van Noordegraaf en Brink-Muinen die ingaan op de veranderingen in de samenleving. Vervolgens wordt specifiek gekeken naar veranderingen in de zorgsector. Deze ontwikkelingen hebben mogelijk invloed gehad op de professionele autonomie van de huisarts. Dit zal in de tweede paragraaf verder worden uitgewerkt. Daarna zal bekeken worden welke invloed de komst van Internet op het beroep van huisarts heeft. Allereerst zal bekeken worden op welke wijze de burger het Internet gebruikt om beter geïnformeerd te raken voor een bezoek aan de huisarts aan de hand van publicaties van Dijkstra. Zij heeft een onderzoek gedaan naar het surfgedrag van Nederlandse patiënten. De komst van het Internet heeft niet alleen tot gevolg dat patiënten veel informatie ter beschikking hebben. Het kan ook mogelijkheden bieden om toepassingen binnen de huisartsenpraktijk te implementeren. In paragraaf vier zal bekeken worden of de huisartsenpraktijken het Internet implementeren in hun organisatie door middel van Internettoepassingen in de dienstverlening. Hiervoor zal ik publicaties van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (verder RVZ) gebruiken.

De ontwikkelingen die in de eerste vier paragrafen beschreven worden zijn van invloed op de huisarts-patiëntrelatie. De kenmerken van deze specifieke relatie en de verandering die zich daarbinnen afspeelt volgens de literatuur zullen in de laatste twee paragrafen aan bod komen. Hierbij zal uitgegaan worden van de denkbeelden van Roter.

2.2. Veranderingen in de maatschappij

De veranderde houding van de burger is niet alleen zichtbaar in de relatie met de patiënt maar in de gehele samenleving. De bevolkingssamenstelling is anders dan een aantal decennia geleden en de burger is zich door ontwikkelingen in de samenleving mondiger en kritischer op gaan stellen. Van Brink-Muinen beschrijft in de *'nationale studie naar ziekten en verrichtingen (2004)* drie ontwikkelingen in de samenleving die de huisarts-patiëntrelatie hebben veranderd.

De eerste ontwikkeling die hij noemt is de verandering in morbiditeit. In westerse landen zijn de sterfte- en ziektepatronen drastisch gewijzigd. Dit wordt ook wel de 'epidemiologische overgang' genoemd. Het aantal acute infectieziekten is verlaagd en daarvoor in de plaats stijgt het aantal

patiënten met chronische aandoeningen. Deze ontwikkeling dwingt de zorgsector om niet meer volgens het traditionele diagnose-therapiemodel te werken, maar om een biopsychosociale aanpak toe te passen. Dit wil zeggen dat de psyche van de patiënt belangrijker wordt en de huisarts rekening moet houden met het leven van de patiënt en zich niet alleen moet richten op het lichaam van de patiënt. Dit komt voort uit het feit dat voor patiënten die een diagnose krijgen van een chronische aandoening, de diagnose een heel andere betekenis heeft dan een diagnosestelling bij acute ziekten: “ *De diagnose wordt niet als opluchting ervaren, maar als een teken dat het leven voor altijd is veranderd, dat niets nog hetzelfde zal zijn*” (Van Brink-Muinen, 2004:33). In het biopsychosociale model is een andere rol voor de huisarts weggelegd. Zij zijn niet alleen meer degenen die de diagnose stellen, maar moeten ook optreden als voorlichter, begeleider en klankbord. Volgens deze aanpak zal de patiënt een meer actieve rol moeten krijgen, omdat zij actief moeten handelen om goed te kunnen leven met een chronische aandoening (van Brink-Muinen, 2004,32-33).

De tweede verandering die ten grondslag ligt aan een verandering in de huisarts-patiëntrelatie is de toename van medische informatie die beschikbaar is voor patiënten. Van Brink-Muinen geeft aan dat consumenten in de gezondheidszorg via het Internet informatie en adviezen kunnen vinden over gezondheidsonderwerpen.

Noordegraaf trekt die ontwikkeling breder door naar de samenleving. Niet alleen de komst van veel informatie, maar ook de gemiddeld hoger opgeleide burger heeft meer kennis over onder andere zijn gezondheid. Het is interessant in dit onderzoek te kijken of huisartsen een verschil ervaren tussen de gezondheidskennis en beleving van de kennis tussen hoog- en laag opgeleiden. Daarbij geeft hij aan dat kennis een diffuus karakter heeft:

“Kennis vermaatschappelijkt: kennis is breed toegankelijk geworden, bijvoorbeeld via internet. Traditionele kennismonopolies van universiteiten of van artsen, zijn daardoor doorbroken. En we kunnen constateren dat kennis geambiguïseerd is: de betekenis van informatie is omstreden geraakt. Een ieder ziet zijn eigen waarheid” (2004: 52).

De derde ontwikkeling is deels het gevolg van de toegenomen informatie. De afgelopen jaren is het machtsevenwicht tussen arts en patiënt gewijzigd. Niet alleen de toegenomen kennis, maar ook een cultuurverandering heeft ertoe geleid dat de relatie in het medisch consult meer egalitair is geworden. Brink-Muinen beschrijven dat in de westerse wereld een algemene verschuiving plaatsvindt van autoritaire naar meer egalitaire relaties. Onder andere door de gemiddeld hogere opleiding van de burger is de kloof tussen arts en patiënt in cultuur en kennis afgenomen (Brink-Muinen, 2004:35). Die cultuurwijziging wordt door Noordegraaf ook benoemd. Hij beschrijft dat de burger steeds eigenwijzer

is geworden. Door de individualisering¹ en ontzuiling² in een onderhandelingshuishouding ontstaan, waarin burgers autonoom handelen. Zij willen zelf beslissen wat er met hun leven gebeurt. Dit wordt zichtbaar in de vergrote mondigheid en assertiviteit. Tevens heeft het toegenomen opleidingsniveau ertoe geleid dat mensen veeleisend zijn geworden en beslissingen niet meteen voor waar aan nemen. De eisen die gesteld worden, zijn vaak moeilijk met elkaar verenigbaar, omdat de eisen een ambivalent karakter hebben. Aan de ene kant wil men meer invloed op het zorgproces en persoonlijke aandacht. Aan de andere kant wil men snel geholpen worden en wordt om transparantie en controle gevraagd. (Noordegraaf, 2004: 57).

Naast de door van Brink-Muinen genoemde maatschappelijke veranderingen die invloed hebben gehad op de huisarts-patiëntrelatie noemt Noordegraaf nog als nieuwe maatschappelijke conditie dat bedrijven en organisaties steeds meer macht krijgen (Noordegraaf, 2004 55-60). Dit zie je ook in de gezondheidssector. Niet zozeer hebben grote multinationals invloed op de organisatie van deze sector, maar door de jaren heen is de huisartsenzorg veel minder autonoom geworden. Zij staan steeds meer onder controle van de overheid en de zorgverzekeraar. Ook moeten zij handelen naar afspraken die gemaakt zijn tussen de overheid en zorgverzekeraars met de komst van de marktwerking en de ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg. Deze ontwikkelingen hebben de macht van de patiënt doen toenemen in de huisarts-patiëntrelatie. De veranderde relatie vraagt ook om een andere manier van handelen van de huisarts. In de volgende paragraaf zal bekeken worden welke veranderingen deze sector de afgelopen jaren heeft doorgemaakt en op dit moment doormaakt.

2.3. Veranderingen in de zorgsector

In de Nederlandse verzorgingsstaat moet een goede kwaliteit van zorg voor iedereen gegarandeerd kunnen zijn (Have, H.A.M.J., Ten, e.a., 2003: 143). Dit wordt gewaarborgd door ons zorgstelsel en de overheid. Door het toenemende aantal chronische zieken en de vergrijzing is deze gezondheidszorg onder druk komen te staan. De overheid heeft daarom besloten om meer marktwerking³ binnen de

¹ Maatschappelijke ontwikkeling die heeft plaatsgevonden in de jaren '70 en '80 heeft plaatsgevonden. De ontwikkeling bestond uit de leegloop van traditionele instituties, afname van de populariteit van traditionele opvattingen en waardeoriëntaties, afname van de invloed van het behoren tot sociale collectiviteiten op

opvattingen en waardeoriëntatie, en een afname van de onderlinge samenhang tussen opvattingen en waardeoriëntaties (Scheepers, 2000:238)

² Het uiteenvallen van hechte levensbeschouwelijke groeperingen. Mensen zijn daardoor minder afhankelijk geworden van vaststaande waarden, normen en gedragsregels

³ **Marktwerking**

Wanneer over marktwerking wordt gesproken gaat het over het nieuwe zorgstelsel dat sinds 2006 werkzaam is in Nederland. Hiermee is de nadruk van het zorgsysteem verschoven van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd. Het

zorg te realiseren. Door de marktwerking kunnen kosten gedrukt worden. Tevens dwingt het zorginstellingen om de zorg efficiënter en kostenbewuster te organiseren. Binnen de huisartsenzorg heeft de marktwerking ook zijn intrede gedaan. Huisartsen worden getracht steeds efficiënter en volgens protocollen te gaan werken. Dit heeft de administratieve last verhoogd en is in samenspel met het toegenomen aantal patiënten werkdrukverhogend voor de huisarts (NHG, 2003). Door de marktwerking vindt er een verschuiving plaats van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. De burger moet zelf de keuze hebben in het zorgaanbod. Dat betekent dat de burger zelf meer verantwoordelijkheid kan nemen en dat tijdens een consult met de huisarts de beslissing over een behandelmethode samen genomen moet worden. Het is niet meer zo dat de huisarts vanuit zijn professe de diagnose kan stellen en tot behandeling kan overgaan. De rechtspositie van de patiënt is door de overheid geformaliseerd in 1995 door de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) (KNMG, 2004:3). In deze wet staat onder andere opgenomen dat de huisarts verplicht is de patiënt voldoende informatie te geven, over de gezondheidstoestand van de patiënt, de behandeling en mogelijke alternatieven. Dit heeft de patiënt nodig om mee te beslissen over het zorgproces. (Brink-Muinen, 2004: 93). Tevens staat in de WGBO vastgelegd dat de patiënt altijd toestemming moet geven, voordat de arts mag starten met een behandeling en de arts is verplicht alle handelingen in een dossier vast te leggen, dat ingezien kan en mag worden door de patiënt (KNMG, 2004: 7, 9-10).

Deze wet is volgend op de maatschappelijke ontwikkeling van de mondige burger. Patiënten hebben steeds meer de behoefte inspraak te hebben op hun zorgproces. De professionele autonomie van de huisarts staat niet meer op zichzelf. Hier zal op worden teruggekomen in hoofdstuk vier.

2.3.1. De professionele autonomie van de huisarts onder druk?

In de maatschappij heeft de beroepsgroep lange tijd een grote mate van professionele autonomie kunnen ervaren. Hiermee wordt bedoeld dat zij het alleenrecht hebben om gezondheid en ziekte te definiëren en ziekte te behandelen (Oorschot, J.A. e.a., 1995: 22). Hierbij zijn artsen niet volledig vrij in hun handelen, maar zijn zij gebonden aan richtlijnen en protocollen die zijn opgesteld door de

nieuwe zorgstelsel moet leiden tot een nieuwe rolverdeling met daarbij een versterking van de positie van de zorgvrager. Één van de belangrijkste wijzigingen in de stelselwijziging is dat de financiering van de zorg is veranderd, waarbij zorgverleners naar prestatie worden beloond. Prestaties worden omschreven in diagnose behandelcombinaties (DBC's). Artsen moeten dus zo efficiënt mogelijk werken, om concurrentie voor te blijven. Zorgverzekeraars moeten druk uitoefenen op aanbieders om beter te presteren, in een systeem van prestatiebekostiging waar aanbieders enerzijds risico dragen, maar anderzijds meer vrijheid krijgen om prijzen op te stellen en te investeren. (Sauter, W., 2009: 7-9)

beroepsgroep zelf. De beroepsgroep houdt dus zelf controle op de individuele huisarts en de sector (Cramer-Cornelissen, L., 2002: 29).

Door de ontwikkelingen in de samenleving en in de zorg staat de professionele autonomie niet meer op zichzelf. Zoals in bovenstaande paragraaf al is betoogd wordt de positie van de patiënt versterkt door o.a. de WGBO. Zij worden zelf ook steeds meer verantwoordelijk gesteld voor hun eigen gezondheid, en worden daarom gestimuleerd zelf meer besluiten te nemen over behandelmethodes, verandering van leefwijze, etc. De arts kan dit niet meer zonder onderhandeling met de patiënt opleggen (Oorschot, J.A., e.a., 1995: 27). De noodzaak om meer verantwoordelijkheid bij de patiënt te leggen ligt in twee ontwikkelingen. Ten eerste heeft de toegenomen mondigheid van de burger hieraan bijgedragen. Ten tweede is het belangrijk dat mensen meer verantwoordelijkheid hebben over hun eigen gezondheid, omdat het aantal chronisch zieken sterk stijgt. Om therapietrouwe patiënten te hebben die hun leefstijl aanpassen is verantwoordelijkheid van de patiënt nodig.

Tevens wordt naast controle vanuit de beroepsgroep ook steeds meer controle uitgeoefend door de overheid en zorgverzekeraars. Zij dwingen de huisartsensector zich te verantwoorden en kostenbewust te handelen. De oorzaak hiervan ligt in de al genoemde druk die op de gezondheidszorg is komen te liggen.

2.4. Opkomst Internet in de gezondheidszorg

Door de komst van Internet is de wereld steeds kleiner geworden. Mensen hebben ineens toegang tot informatie die over de hele wereld gepubliceerd wordt. Hiermee is ook de hoeveelheid toegankelijke gezondheidsinformatie drastisch gestegen. In Amerika zijn in maart 2001 al 100.000 gezondheidsgerelateerde websites gemeten (Sciamanna, N., e.a., 2003: 1). Deze zijn ook toegankelijk voor de Nederlandse zorgvrager. Tevens is er ook al een groot aanbod van Nederlandse websites met gezondheidsinformatie. In paragraaf 2.4.1 wordt duidelijk welke invloed het Internet als informatiebron heeft op de Nederlandse gezondheidszorg.

Naast de grote informatietoegankelijkheid op het internet zijn er door de komst van Internet ook nieuwe mogelijkheden van zorgverlening die de zorgsector in kan zetten. In paragraaf 2.4.2. zullen de mogelijkheden van E-health besproken worden.

2.4.1. Internet als informatiebron in de gezondheidszorg in Nederland

Het overgrote deel van de burgers heeft al toegang tot Internet en uit onderzoek blijkt dat 85% van de bevolking het internet regelmatig gebruikt (Dijkstra, R., e.a. 2008:138). Er is een verschuivende lijn te zien van de zorgverlener naar het Internet als belangrijkste bron van gezondheidsinformatie. Uit onderzoek blijkt dat in 2004 al 33% regelmatig dit medium gebruikte voor het vinden van gezondheidsinformatie. Vier jaar later was dit al 41% (Rijen, A.J.G., 2005: 10; Dijkstra, R. e.a., 2008:

138). Onder bepaalde groepen is het internetgebruik groter, zoals vrouwen, chronisch zieken, parttimers en hoogopgeleiden. Uit onderzoek blijkt dat meer mensen vóór het consult het internet raadplegen dan direct na het consult. De belangrijkste motieven om informatie te zoeken zijn na gaan of een doktersbezoek noodzakelijk is en ongerustheid over een klacht. Na het consult wordt vooral aanvullende informatie gezocht (Dijkstra, R., e.a., 2008: 139). Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 89% de zoekmachine Google gebruikt. Slechts 5% raadpleegt op dit moment de website van de eigen huisarts (139). Het effect van de gevonden informatie was bij 50% dat zij de klacht beter konden uitleggen aan de huisarts. Bijna een kwart kon zelfs een behandelvoorstel doen. Patiënten zijn echter volgens het onderzoek van Dijkstra terughoudend om de informatie met de huisarts te bespreken, omdat men een negatieve reactie verwacht. Met een negatieve reactie wordt bedoeld dat heel belerend wordt gereageerd en het zoekgedrag wordt veroordeeld. Dit kan verklaren, waarom veel huisartsen het internetgebruik van hun patiënten vaak onderschatten. Deze reactie wordt in sommige onderzoeken onderbouwd, maar in het onderzoek van Dijkstra niet. *‘De meeste huisartsen (84%) verklaarden zich zelden tot nooit te storen aan patiënten die informatie van het internet meebrengen. Wel gaven enkele huisartsen aan bezwaar te hebben tegen de autoriteit die sommige patiënten aan de informatie toekennen’*. (Dijkstra, R., e.a., 2008: 139-140). Uit het onderzoek van Rijen, in naam van de RVZ, met een grotere respondentengroep blijkt echter dat meer dan de helft wel eens de gevonden informatie met de huisarts heeft besproken. Daarvan doet 24% dit vaak (Rijen, A.J.G., 2005: 11). Uit ditzelfde onderzoek blijkt ook dat men over het algemeen de huisartsenzorg vindt verbeterd op het gebied van informatieverstrekking door de huisarts over verschillende behandelmethoden. Ook is men tevreden over de mate waarin sprake is van gezamenlijke besluitvorming. Verder blijkt ook dat steeds meer mensen zelf mee willen beslissen over een behandeling (Dijkstra, R., 2008: 22-23). Dit heeft direct gevolgen voor de huisarts-patiëntrelatie. Hoe de huisarts-patiëntrelatie precies is veranderd wordt in paragraaf 5 behandeld.

Het zorggerelateerde internetgebruik van huisartsen ligt een stuk lager, maar stijgt wel. In 2002 had 37% van de huisartsen toegang tot het Internet in de werksituatie (RVZ, 2002: 16). In 2006 was dit percentage gestegen naar 72% (Dijkstra, R., e.a., 2006: 496). De helft van de huisartsen gebruikten het Internet wel eens voor medische doeleinden. Dit hield meestal in dat men richtlijnen opzocht. De mate waarin het Internet gebruikt wordt tijdens een spreekuur of als middel om te communiceren met patiënten of instellingen is erg gering volgens dit onderzoek (2006: 498).

2.4.2. Mogelijkheden van het Internet als hulpmiddel in de huisartsenzorg

In het rapport van het RVZ worden de mogelijkheden die het Internet biedt voor de zorgsector besproken. Deze toepassingen vallen onder de termen E-health en telemedicine. Hier wordt door

verschillende wetenschappers een andere definitie aan gegeven. In een advies van het RVZ wordt de volgende definitie gebruikt voor E-health.

“Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (RVZ, 2002: 13). Telemedicine is een meer omvattend begrip. Hieronder vallen alle communicatietechnologieën die zorgaanbieders en patiënten op verschillende locaties met elkaar kunnen verbinden (RVZ, 2002: 13; Bauer, K., 2004:83). Deze definitie wordt echter ook wel eens onder de term E-health geplaatst (Kwankam, S.Y., 2004: 800). In dit onderzoek zullen alleen toepassingen waar Internet voor nodig is worden meegenomen.

E-healthtoepassingen kunnen in drie clusters worden onderscheiden. De eerste is de E-zorg. Hierbij gaat het om directe zorgverlening aan de patiënt via Internet. Hieronder vallen de E-diagnose, intercollegiale consultatie, E-consulten door patiënten, teleradiologie en E-therapie. Het tweede cluster wordt gedefinieerd als E-ondersteuning. Hierbij gaat het om toepassingen die de huisartsenzorg kunnen ondersteunen. Het zou de organisatie ervan simpeler en efficiënter maken. Zaken die hier onder vallen zijn onder andere E-quality (waaronder het EPD), E-administratie en E-management. Tevens kan gedacht worden aan bijscholing via Internet en het inzien van protocollen en richtlijnen op het Internet. Het laatste cluster richt zich op preventie door middel van internettoepassingen en wordt het E-public health genoemd. Dit cluster richt zich op de gezondheidsvoorlichting en het benaderen van risicogroepen via het Internet. Die voorlichting is vaak gericht op leefstijlverandering. Hieronder valt ook de medische informatie die via het Internet wordt verspreid (RVZ, 2002: 15-17). Binnen dit onderzoek zullen alle drie de clusters aan bod komen.

2.5. De huisarts-patiëntrelatie onder de loep

De in dit hoofdstuk beschreven ontwikkelingen hebben geleid tot veranderingen in de huisarts-patiëntrelatie. In deze paragraaf wordt bekeken wat kenmerkend is aan de huidige huisarts-patiëntrelatie in Nederland. Vervolgens zal ik een typologie van Roter presenteren waarmee ik de verschillende rollen van de huisarts in de relatie tot de patiënt wil verduidelijken.

2.5.1. Kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie

De arts-patiëntrelatie wordt gekenmerkt door verschillende zaken. Ten Have e.a. (1998) beschrijven er in *‘Medische ethiek’* vier. Ten eerste is de relatie in beginsel altijd asymmetrisch. Hiermee wordt bedoeld: *“De zorgverlener en de zorgvrager beschikken over verschillende soorten informatie die hen van elkaar afhankelijk maakt”* (Ten Have, e.a., 1998: 179). Het tweede kenmerk binnen de relatie is vertrouwen. Hiervoor is erkenning ontzettend belangrijk. Omdat de relatie asymmetrisch is, is het belangrijk dat beide partijen de kennis van de ander erkennen en waarderen. Het is dus onvoldoende

dat de patiënt alleen vertrouwt op de kennis van de huisarts. De huisarts moet de informatie van de patiënt ook erkennen. Dit kan informatie zijn over de klachten maar ook door de patiënt vergaarde kennis van Internet. Hierover moet open communicatie mogelijk zijn.

Het derde en vierde kenmerk liggen dicht bij elkaar maar verschillen toch. Dit zijn namelijk macht en gezag. Onder macht wordt het vermogen verstaan dat iemand (de huisarts) iets kan bewerkstelligen. Onder gezag verstaan Ten Have e.a. “*De beschikking over voldoende kennis en ervaring om bepaalde handelingen te verrichten of besluiten te nemen*” (Ten Have, e.a., 1998: 180). Deze kenmerken nemen een stukje verantwoordelijkheid met zich mee voor de huisarts in de relatie met de patiënt. Dit hangt samen met het feit dat macht en gezag in sommige situaties los komen te staan van de vertrouwensrelatie. Wanneer een patiënt niet toerekeningsvatbaar is, zal de arts zijn gezag laten spreken en handelen vanuit zijn professionele autonomie. Genomen besluiten moet hij dan wel achteraf moreel kunnen verantwoorden.

Het gaat bij macht en gezag dus niet zozeer om een directe machtsrelatie, maar meer op communicatief gebied. In een autoritaire relatie werd van de huisarts verwacht dat deze wist wat goed was voor de patiënt, dat hij een diagnose zou stellen en zou opleggen wat de patiënt moest doen om beter te worden. In een meer egalitaire relatie wordt er naar gestreefd besluiten samen te nemen.

Tijdens de analyse van de verhalen van de huisartsen zou het bijvoorbeeld interessant kunnen zijn om te bekijken hoe zij de huisarts-patiëntrelatie definiëren. De manier van betekenisgeving aan de professe heeft namelijk gevolgen voor het handelen.

In de volgende paragraaf zal aan de hand van de typologie van Roter worden beschreven hoe het denken over de huisarts-patiëntrelatie is. Hoe de huisarts omgaat met zijn macht en gezag is afhankelijk van de manier waarop de relatie getypeerd wordt.

2.5.2. De veranderde huisarts-patiëntrelatie

De veranderde relatie heeft geleid tot een andere vormgeving van de relatie. Roter (1993) heeft een model ontwikkeld waarin ze onderscheid heeft gemaakt tussen vier verschillende manieren waarop de relatie vormgegeven kan zijn. Roter ziet vooral de komst van het consumerisme in de jaren '70 als de oorzaak van de veranderde huisarts-patiëntrelatie.

De eerste ontwikkeling die daarbinnen door Roter onderscheiden wordt, is de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. Dit leidt tot een ‘buyers-market’ in plaats van een ‘sellers-market’. Als tweede verandering naar meer consumerisme noemt zij de manier van denken en herdefiniëring van de huisarts-patiëntrelatie.

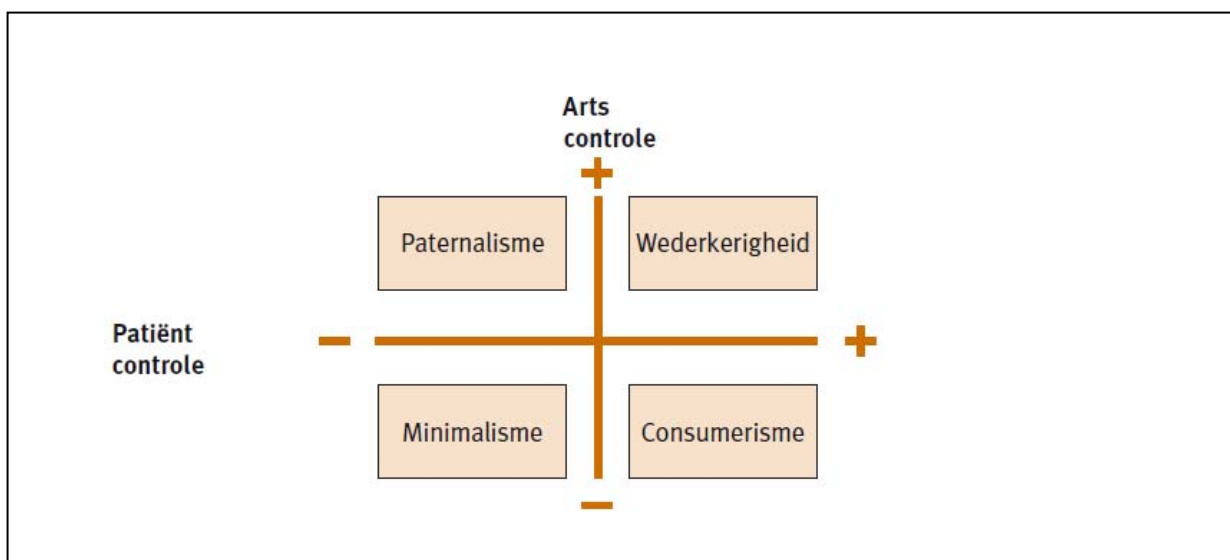
Zij zegt hierover: “*In a similar vein, a concurrent critical focus on the bureaucratization of the system of medical care delivery and its spiraling costs has resulted in increasing use of the term health care provider to replace the more traditional doctor. Redefinition of the doctor-patient relationship as a consumer-provider exchange is more than a matter of simple semantics, for it refocuses the*

traditional perspective and thereby change the very nature of the social relationship between the medical profession and the lay world. (Roter, 1993: 28)

Roter heeft de typen relatie onderscheiden door de macht van de patiënt en de macht van de arts tegenover elkaar te zetten op twee assen. Op de horizontale as wordt de mate van controle van de patiënt binnen de relatie weergegeven en op de verticale as de controle van de huisarts. Dit model is weergegeven in onderstaande figuur.

Het is niet haar bedoeling om aan te geven welk type het beste is, maar om aan te geven op welke verschillende manieren de relatie vormgegeven kan zijn.

Het eerste type relatie dat zij beschrijft is de paternalistische relatie. Dit is lange tijd het traditionele beeld geweest van de huisarts-patiëntrelatie. Hierbij gaat men er vanuit dat de arts het vermogen heeft om de situatie van de patiënt te beoordelen en de bekwaamheid om de patiënt de beste behandeling voor te schrijven (Have, H.A.M.J., T., e.a., 2003: 182). Alle macht wordt binnen dit model toegekend aan de huisarts.



Figuur 2. De typologie van Roter

Naast de traditionele paternalistische relatie kan binnen de relatie ook de macht gelijkwaardig verdeeld zijn. Roter spreekt in deze situatie van wederkerigheid. Zij beschrijft de relatie als volgt:

“The model views the patient neither as standing alone, nor as standing aside, when the difficult task of medical decision making is undertaken. Each of the participants brings strengths and resources to the relationship, as well as a commitment to work through disagreements in a mutually respectful manner.

Deze vormgeving van de relatie wordt ook wel het deliberatieve model genoemd en kenmerkt zich door overleg. In ‘Medische ethiek’ wordt dit model als volgende gekenmerkt: “In dit model helpt de

arts de patiënt om op basis van de informatie over de klinische bevindingen vast te stellen wat het beste gedaan kan worden. (...) De arts erkent dat er anderen waarden zijn en dat de patiënt deze belangrijker kan vinden dan de waarden waarop de arts zich concentreert. Arts en patiënt overleggen met elkaar over de betekenis van waarden.” (Have, H.A.M.J., ten, 2003: 182).

Het derde type relatie is het consumerisme. In een relatie die volgens het consumerisme is vormgegeven wordt de patiënt als consument gezien die zorg afneemt bij verschillende zorgaanbieders. De arts heeft in dit model een informerende rol en zijn macht is laag. Wanneer de macht laag is wordt niet verwacht dat de huisarts beslissingen neemt. De consument zal een actieve rol spelen tijdens de diagnosestelling en zal vervolgens aan de hand van de informatie die de huisarts geeft een keuze maken voor een behandeling. De patiënt weegt bij deze keuze zijn waarden af. De arts zal deze beslissing moeten respecteren en uitvoeren (Roter, D.L., 1993:27).

De laatste typologie die Roter omschrijft is het minimalisme. Deze situatie is niet wenselijk binnen de huisarts-patiëntrelatie, omdat dan geen van beide de macht heeft en zich verantwoordelijk voelt. Roter zegt hierover: *“This circumstance reflects a stagnant situation in which an action paralysis has occurred. Neither the doctor nor the patient has taken responsibility for medical decisions, and they have not negotiated a mutually acceptable middle ground”* (Roter, D.L., 1993: 33). Binnen de huisarts-patiëntrelatie moeten beide actoren trachten te voorkomen dat de relatie niet vervalt in een minimalistische relatie.

Door de in dit hoofdstuk eerder besproken maatschappelijke ontwikkelingen zijn zowel de burger als de gezondheidszorg veranderd en is het niet vanzelfsprekend meer dat de arts-patiëntrelatie paternalistisch wordt vormgegeven stelt Roter. De patiënt heeft echter door de jaren heen ook een aantal rechten verkregen, waaronder het recht om de voorgestelde behandeling te weigeren. (Roter, D.L., 1993: 21). In de samenleving zie je steeds meer een verschuiving naar consumerisme in de zorg. Het is interessant te kijken of in de Nederlandse huisartsenpraktijk de relatie wordt ervaren als één die lijkt op het consumerisme.

2.6. Resumerend

In dit hoofdstuk is helder geworden dat verschillende maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen in de zorgsector hebben geleid tot veranderingen in de huisarts-patiëntrelatie. Hierbij heb ik veranderingen in de samenleving, veranderingen in de zorgsector, de komst van Internet in de huisartsenpraktijk en de huisarts-patiëntrelatie als belangrijkste thema's besproken. Aan de hand van deze hoofdthema's is de hulpvragenlijst opgesteld.

Ik haal uit de hierboven besproken literatuur dat de huisartsenzorg zich in een veranderde omgeving bevindt en daardoor ook zelf verandert. De veranderingen zijn verschillend van aard. De organisatie van de huisartsenzorg verandert door maatregelen door de overheid, de demografische kenmerken zijn

anders dan enkele decennia geleden en door de komst van Internet is de informatietoegankelijkheid toegenomen en heeft de huisarts mogelijkheden gekregen dit medium in te zetten in de dienstverlening naar de patiënt. Ik vind het voor mijn onderzoek interessant hoe zij tegen deze verandering aankijken. Dit doe ik door te vragen naar ervaringsverhalen, omdat naar mijn idee de betekenisgeving door verhalen naar boven kan komen. Volgens de literatuur kunnen de veranderingen leiden tot een veranderde relatie tussen huisarts en patiënt. Verder is in de vragenlijst de vraag opgenomen hoe de huisartsen de huisarts-patiëntrelatie zouden beschrijven. De manier waarop zij aan deze relatie betekenis geven heeft invloed op hun handelen. Ik vind het interessant of er verschillen te vinden zijn tussen de huisartsen en of de manier waarop de relatie beschreven wordt invloed heeft op de manier waarop de huisartsen tegen de ontwikkelingen aankijken.

Dit is het eerste deel van het onderzoeksinstrument en deze dient als basis voor de interviews, maar zal niet leidend zijn. Het past niet binnen een narratief onderzoek om de interviews volledig te structureren. De lijst dient daarom als checklist, om in korte tijd wel alle belangrijke onderwerpen te bespreken

Inleiding

- Introductie onderzoek
- Doel interview
- Opbouw interview (open interview, dus opbouw staat niet vast)

Introductievragen huisarts

- Waarom heeft u voor dit beroep gekozen?
- Kunt u iets vertellen over uw loopbaan?
- Kunt u iets vertellen over de praktijk waar u op dit moment werkzaam bent?

Introductievragen huisartsen in opleiding

- Waarom voor huisartsenopleiding gekozen?
- Kunt u iets vertellen over de praktijk waar u op dit moment werkzaam bent en over de werkzaamheden die u daar verricht?
- Wat vindt u typerend voor de huisartsenzorg in vergelijking met andere zorgspecialismen waar u kennis mee hebt gemaakt.

Vragen over ontwikkelingen in de zorg en de invloed op het handelen van de huisarts

- Welke invloed hebben wet- en regelgeving op de veranderde relatie? (WGBO, Zorgstelsel, waarbij verantwoordelijkheid van patiënt toeneemt)
- Hoe wordt uw handelen beïnvloedt door deze ontwikkelingen?
- Ervaart u nog meer invloeden in de samenleving die van invloed zijn op de relatie?

Vragen over de huisarts-patiëntrelatie in een tijd van een goed geïnformeerde burger door de komst van internet

- Hoe zou u de huisarts-patiëntrelatie omschrijven?
- Kunt u aan de hand van een voorbeeldsituatie uitleggen waarin de invloed van Internet op de huisarts-patiëntrelatie zichtbaar wordt? Bijv. een situatie waarin een patiënt geïnformeerd is door informatie verkregen via Internet?
 - Hoe handelde de patiënt in die situatie?
 - Hoe handelde u in die situatie?
Terugkijkend op die situatie, kunt u vertellen waarom u op deze wijze heeft gehandeld?
 - Verschil hoog/ laag opgeleide patiënten?
Naar meerdere ervaringen vragen. Aan de hand van die ervaringen reflecteren door middel van de volgende vragen.
- In hoeverre ervaart u de burger als mondiger door de toename van informatietoegankelijkheid?

Vragen over Internet als hulpmiddel in de huisartsenzorg

- Kunt u vertellen hoe het Internet bij u in de huisartsenpraktijk is geïntegreerd
- Hoe ziet u Internet integreren in de komende jaren? Of juist niet?
- Wat zou u van deze ontwikkeling vinden? Kunt u een situatie beschrijven waarin het een positieve/negatieve ontwikkeling zou zijn.
- In hoeverre denkt u dat het Internet een rol kan spelen in de zorgverlening aan patiënten? (patiëntenportal, voorlichting, websites doorlinken die objectief zijn, EPD).
- Wat zou u van deze ontwikkeling vinden?

Figuur 3. Onderzoeksinstrument deel 1: De topiclijst

3. Betekenisgeving en de narratieve benadering

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de narratieve benadering van organisatievraagstukken door te beschrijven wat hier door een aantal wetenschappers over wordt gezegd. Allereerst zal beschreven worden wat betekenisgeving is en welke processen hierbij een rol spelen. Hiervoor worden denkbeelden van Weick en Jennings & Greenwood als basis genomen. In paragraaf twee zal bekeken worden welke rol verhalen spelen in de betekenisgeving van mensen aan de hand van inzichten van Czarniawska en Bruner.

Vervolgens wil ik beschrijven wat kenmerken van verhalen zijn. Hiervoor zullen publicaties van Czarniawska en Polkinhorne gebruikt worden. Ten slotte zal worden gekeken naar de manier waarop de betekenisgeving van mensen kan worden gedeconstrueerd met behulp van verhalen. Ik heb er in dit onderzoek voor gekozen dit te doen aan de hand van denkbeelden van Czarniawska en Hajer over plots en story lines en de theorie van Hirschman. Hij beschrijft verschillende reactionaire en progressieve argumentatiestrategieën. Tevens zal ik bekijken hoe taal een rol kan spelen in het overbrengen van de verhalen en daarin verstopte argumentatiestrategieën. Dit doe ik aan de hand van de theorie van Stone.

Met behulp van de kennis die in dit hoofdstuk wordt vergaard zal ik het tweede deel van het onderzoeksinstrument opbouwen: het analysekader. Dit zal ik gebruiken voor de analyses van de interviews met de huisartsen en huisartsen in opleiding.

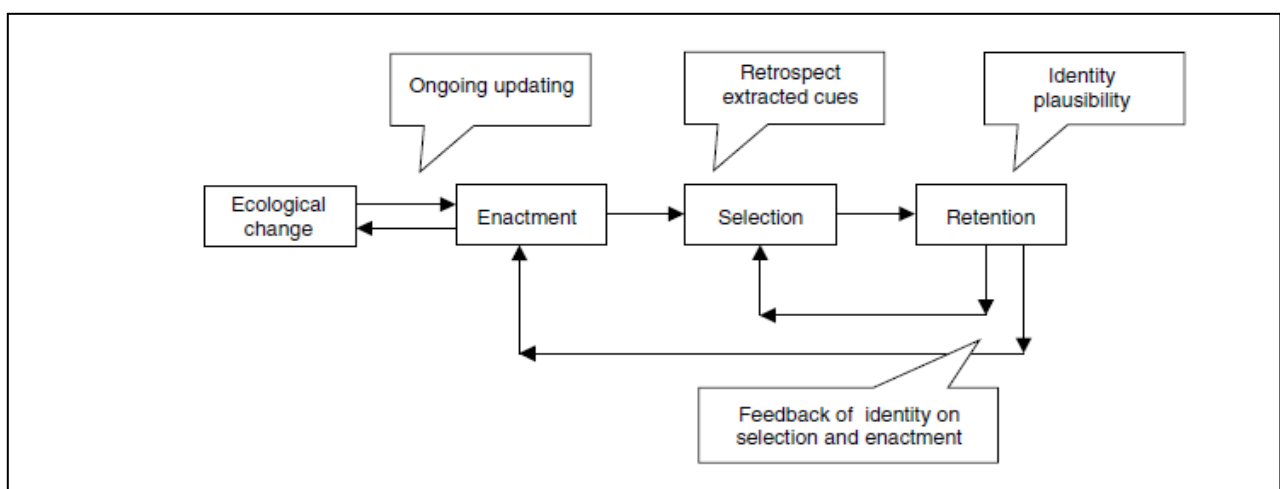
3.2. Betekenisgeving van mensen

Weick is één van de grondleggers op het gebied van onderzoek naar betekenisgeving. Hij zegt in zijn boek *'Sensemaking in organizations'* (1995) dat betekenisgeving gezien kan worden als het proces dat mensen doorlopen, wanneer zij betekenis geven aan gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt (Weick, 1995:4).

Weick beschrijft betekenisgeving als *"Such things as placement of items into frameworks, comprehending, redressing surprise, constructing meaning, interacting in pursuit of mutual understanding, and patterning"* (Weick, 1996:6).

Mensen geven dus betekenis aan gebeurtenissen die zij meemaken door ze te plaatsen binnen al bestaande frames en denkbeelden. Hierdoor kunnen de gebeurtenissen begrepen worden. Door dit proces van organiseren kunnen de denkkaders veranderen. Vanuit de denkkaders handelen mensen (Weick, 2005: 409). De betekenisgeving en het handelen staan dus in verband met elkaar.

Mensen geven betekenis aan de wereld en aan gebeurtenissen door nieuwe gebeurtenissen te plaatsen binnen hun huidige referentiekader. Dit gebeurt procesmatig. Weick heeft zeven kenmerken van het betekenisgevingproces opgesteld: het is gegrond in de identiteitsconstructie. Hiermee bedoelt Weick dat de identiteit van mensen wordt gevormd door hoe ze handelen en hoe zij op dat handelen reflecteren. Dit vormt namelijk denkkaders van een persoon. De denkkaders die hierdoor ontstaan vormen de identiteit van de persoon. Het tweede kenmerk is het retrospectieve karakter. Betekenisgeving vindt altijd plaats naar aanleiding van een bepaalde gebeurtenis waarin een persoon op een bepaalde manier handelt. Het handelen (ook wel enactment genoemd) staat dus los van de betekenisgeving. De term ‘enactment’ wordt later in deze alinea verder toegelicht. Tevens vindt betekenisgeving plaats in een context. Hiermee bedoelt Weick dat personen niet losstaan van de omgeving. De omgeving beïnvloedt de persoon, en de omgeving wordt beïnvloedt door de persoon (Weick, 1995, in: Fourie, C.M., 2009:14). Het vierde kenmerk van betekenisgeving is dat het proces sociaal verloopt. De manier waarop iemand betekenis geeft wordt beïnvloedt door gedragingen van anderen en de interactie die tussen de personen plaatsvindt. Als vijfde noemt Weick betekenisgeving als een voortdurend proces. Het begint als je geboren wordt en eindigt pas wanneer je sterft. Als zesde benoemt Weick dat vaak alleen op de uitkomst van het betekenisproces wordt gelet. Het resultaat is de manier waarop iemand handelt, nadat hij betekenis heeft gegeven aan eerder vertoond gedrag. Dit is wat zichtbaar wordt voor anderen (Weick, 1995, in Fourie, C.M., 2009:20). Als laatste kenmerk wordt benoemd dat wanneer gezocht wordt naar betekenis er niet uit wordt gegaan van één werkelijkheid, maar van verschillende interpretaties van de wereld. Iedereen vormt zijn eigen werkelijkheid (Weick, 1995: 17). Met dit uitgangspunt is Weick één van de grondleggers geworden van de sociaal constructivistische benadering in de wetenschapsfilosofie. Bovenstaande kenmerken van het betekenisgevingproces zijn moeilijk te herkennen en te onderscheiden.



Figuur 4. Proces van betekenisgeving uit: Jennings en Greenwoord (2003; in Weick, 1979, 132)

Jennings en Greenwood hebben betekenisgeving als een meer opeenvolgend proces omschreven in het *enactment-model*. Dit model wordt schematisch weergegeven in figuur 5. Zij zien betekenisgeving als een proces van interacties tussen actoren (enactment) en hun omgevingen. Mensen pakken de wereld beet door te handelen. Dit moment wordt door Weick beschreven als Enactment. Hij zegt hier over: *“Door te handelen richten mensen zich op de wereld en creëren ze ervaring: ze maken dit handelen beschikbaar voor nadere inspectie”* (1996:4). Enactment vindt dus plaats vóór de betekenisgeving. Betekenisgeving start pas wanneer men handelingen gaat interpreteren.

Niet alle handelingen worden geïnterpreteerd. Een persoon zal gebeurtenissen selecteren waarvan hij denkt: ‘wat is hier aan de hand?’; (Weick, 1996:4). Deze situatie wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd en de persoon zal bruikbare interpretaties selecteren en vervolgens opslaan in het hoofd (selection en retention). Zo worden de denkkaders gevormd die het gedrag in de toekomst zullen beïnvloeden. Dit wordt weergegeven door de pijl van retention naar enactment. De pijl van retention naar selection geeft weer dat de betekenisgeving invloed heeft op de manier waarop de persoon in de toekomst zijn handelen interpreteert. Dit model is schematisch weergegeven in figuur 4.

Zowel Weick (1995) als Jennings en Greenwood (Weick, e.a., 2005: 414) zien betekenisgeving als een proces van ordening dat in interactie met de omgeving voortdurend plaatsvindt. In dit onderzoek zal betekenisgeving ook zo worden gezien. Wanneer ik het idee van enactment toepas binnen de context van het onderzoek kunnen de huisartsen gezien worden als de actoren die handelen in een veranderende omgeving. In die omgeving zijn verschillende actoren en factoren die een rol spelen, zoals de patiënten, de komst van het Internet, de wetgeving, zorgverzekeraars, etc. Binnen dit onderzoek zullen de gevolgen van de ontwikkeling van Internet in de huisartsenpraktijk de belangrijkste omgevingsfactoren zijn. De komst van Internet heeft ertoe geleid dat de patiënt beter geïnformeerd is en mede daardoor ook mondiger is. Tevens biedt het Internet ook de huisarts door nieuwe technische ontwikkelingen anders te handelen. In hoofdstuk twee is al besproken dat deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor het uitoefenen van de professie huisarts en de manier waarop de huisarts-patiëntrelatie vormgegeven wordt. Deze gevolgen zullen zichtbaar zijn in veranderd gedrag van de huisarts. Omdat de ontstane situatie nieuw is, zal de huisarts deze ‘beetpakken’ om er betekenis aan te geven.

3.3. Verhalen als transportmiddel van betekenisgeving

3.3.1. Functies van verhalen

Vanaf de jaren '70 en '80 zijn onderzoekers gaan beseffen dat in verhalen veel menselijke kennis opgesloten ligt (Bruner, J., in: Czarniawska, B, 1999: 14).

Mensen hebben verhalen nodig bij het proces van ordenen en betekenisgeving. Weick beargumenteert dit aan de hand van de door hem benoemde aspecten die belangrijk zijn binnen betekenisgeving:

“What is necessary? The answer is, something that preserves plausibility and coherence, something that is reasonable and memorable, something that embodies past experience and expectations, something which resonates with other people, something that can be constructed retrospectively but also can be used prospectively, something that captures both feeling and thought, something that allows for embellishment to fit current oddities something that is fun to contrast. In short, what is necessary is a good story (Weick, 1995, 60-61).

Bruner (2004: 691,693) voegt daaraan toe dat mensen van nature verhalen vertellen om een werkelijkheid te creëren. Dit doen zij om betekenis te geven aan wat ze waarnemen en om veranderingen te kunnen verwerken.

Czarniawska heeft zich verdiept in de rol van verhalen en narratieve analyses binnen organisatievraagstukken. In haar boek *‘Writing management: organization theory as a literal genre’* (1999) beschrijft zij een aantal functies van verhalen binnen wetenschappelijk onderzoek:

“Narratives are crucial in establishing connections between the exceptional and the ordinary. (...) A narrative is able to produce generalizations and deep insights without claiming universal status. (...) A narrative is able to transfer tacit knowledge without directly verbalizing it. Finally, it is possible to translate a narrative into a logico-scientific theory (although one would need many narratives) and into a plan of action (a ‘local translation’).”(1999:15-16)

Kijkend naar de functies van verhalen kan gesteld worden dat door middel van het bestuderen van verhalen duidelijk kan worden hoe mensen verbanden leggen tussen de oude situatie en nieuwe ervaringen. Verhalen geven de betekenis weer die mensen geven aan veranderingen en daar ben ik binnen dit onderzoek naar op zoek. Omdat in dit onderzoek het doel is om uitspraken te doen over de betekenisgeving van huisartsen aan de in hoofdstuk twee beschreven veranderingen in de huisartsensector, is ervoor gekozen om verhalen als onderzoeksobject te nemen. Het is daarbij niet mogelijk algemeen geldende uitspraken te doen, omdat de door mij gekozen groep respondenten daarvoor te klein is. Dit is ook niet de bedoeling binnen dit narratieve onderzoek. Bruner onderbouwt juist dat het de kracht is van dit type onderzoek dat het je in staat stelt om een verandering tijdelijk te

begrijpen tot een volgende verandering. Daarbij staat een verhaal altijd open voor onderhandeling. Juist dit maakt de realiteitsconstructie van mensen volledig (Bruner, in: Czarniawska, 1997: 19-20).

Hoewel binnen de gezondheidssector een positivistische manier van denken dominant is, heeft ook daar de narratieve benadering zijn intrede gedaan. McCance (2001:351-352) beschrijft in haar artikel *'Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach'* dat vanaf de jaren '80 narratief onderzoek mondjesmaat wordt gebruikt in onderzoek naar onder andere de huisarts-patiëntrelatie. Deze methode wordt volgens McCance vooral gebruikt om de betekenisgeving van patiënten over de kwaliteit van gezondheidszorg in beeld te brengen.

3.3.2. Wat zijn verhalen?

Binnen dit onderzoek zal getracht worden om de betekenis te deconstrueren door de verhalen te analyseren. Daarom is het naast de plaats van de narratieve benadering binnen het wetenschappelijk onderzoek van belang te kijken naar wat precies een verhaal is.

Binnen de wetenschap worden er verschillende betekenissen aan gegeven. Volgens Polkinhorne kunnen alle gesproken of geschreven presentaties van mensen als een narratief worden gezien (1988: 13). Dit is een heel brede definitie, die onder andere ook door Barthes wordt gebruikt. (1977, in Czarniawska, 1998:2).

Bal geeft aan dat een verhaal zich onderscheid van andersoortige communicatie, omdat een verhaal een set van chronologische gebeurtenissen moet omvatten.

Hij beschrijft het narratief als:

"The story implies a change in situations as expressed by the unfolding of a specific sequence of events. The chronological sequence is a crucial ingredient of any definition of story." (Bal, in: Franzosi, 1998: 520).

Czarniawska (1998: 2) geeft een nog smallere definitie. Zij geeft aan dat een narratief drie elementen moet bevatten: een chronologische ordening van gebeurtenissen, een actie en een centraal overkoepelend thema. Dit overkoepelend thema wordt het plot genoemd (Polkinhorne, 1988; Bruner, 1977).

In dit onderzoek heb ik ervoor gekozen om de definitie van Bal te hanteren, omdat ik in de interviews op zoek ben naar ervaringsverhalen die duidelijk maken hoe het handelen is beïnvloedt door de komst van Internet in de huisartsenpraktijk.

3.4. Deconstructie van verhalen

3.4.1. Deconstructie van verhalen met behulp van story lines.

Om erachter te komen hoe huisartsen aankijken tegen de invloed van Internet in de huisartsenpraktijk ga ik op zoek naar de te onderscheiden verhaallijnen. Om de verhaallijnen te kunnen herkennen gebruik ik de definitie en denkbeelden van Hajer.

Hajer spreekt in zijn discoursanalyse *'The politics of environmental discourse'* (1995) het belang van story lines. Hij beschrijft story lines als *'a generative sort of narrative that allows actors to draw upon various discursive categories to give meaning to specific physical or social phenomena (...) story lines play a key-role in the positioning of subjects and structures (1995:56).*

Volgens Hajer dienen deze story lines als middel om gebeurtenissen te ordenen. Door deze betekenisgeving te ontrafelen is het mogelijk om individuen te positioneren. Hendriks onderbouwt dit. Zij geeft aan: *"Story lines also serve to promote and legitimize different formal and informal participatory processes related to an issue. They achieve this by ascribing certain roles (either active of inactive) to different sectors of civil society"*. Het is binnen dit onderzoek interessant of verschillende huisartsen gebeurtenissen, actoren of factoren anders benoemen door een andere betekenisgeving aan de situatie.

Hajer geeft aan dat de manier waarop over de veranderingen wordt gepraat door de verschillende huisartsen ook ingezet kan worden in de argumentatieve interactie. Hij onderbouwt dit op de volgende manier:

"Story Lines fulfill an essential role in the clustering of knowledge, the positioning of actors, and, ultimately, in the creation of coalitions amongst the actors of a given domain." (Hajer, 1995:63)

Tijdens de analyse zal ik bekijken welke story lines gebruikt worden door de huisartsen om hun positie tegenover de veranderingen over te brengen. Het is daarbij niet mijn bedoeling te kijken welke actoren coalities vormen, maar meer welke verhalen er te onderscheiden zijn in de individuele verhalen en welke overeenkomsten en verschillen hierin te vinden zijn. Hajer geeft aan dat je story lines te ontrafelen zijn door te letten op tekstuele elementen als metaforen, analogieën, historische referenties, clichés over een bepaald thema. Tevens kan gelet worden op een beroep op collectieve angst of schuldgevoel (Hajer, 1995:63). Stone praat in haar boek *'policy paradox'* ook over het strategisch inzetten story lines als manier om jezelf of een groep te positioneren. Zij geeft aan dat verhalen een begin, middel en een eind heeft, met daarin een situatie die verandert. Een verhaal is volgens haar te herkennen door op zoek te gaan naar mogelijke ingrediënten:

"In Narratives you can find heroes and villains, problems and solutions, tensions and resolutions" (Stone, 2002: 162)

In mijn analyse van de individuele verhalen van de huisartsen zal ik op zoek gaan hoe verhaallijnen lopen. Dit doe ik door te kijken hoe verschillende huisartsen concepten, problemen, en ontwikkelingen definiëren en hoe zij gebruik maken van metaforen en voorbeelden met een begin, middel en eind. Op deze manier probeer ik de aanwezige verhalen naar boven halen. Vervolgens kan geanalyseerd worden aan de hand van argumentatiestrategieën welke verschillen en overeenkomsten zijn te vinden tussen de verhalen.

3.4.2. Argumentatiestrategieën

De verhalen die huisartsen zullen gaan vertellen over hun ervaringen gerelateerd aan de ontwikkeling van Internet in de huisarts-patiëntrelatie zijn subjectief en waardegeladen. (Riessman, C.H., 1993: 1). In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat verhaallijnen vaak als argument dienen om actoren te positioneren. Hierdoor zitten er vaak argumenten in. Ik vind het interessant om met een argumentatieve bril de verhaallijnen te analyseren en te onderzoeken of er argumentatiestrategieën door de huisartsen worden ingezet. Hiervoor zullen de denkbeelden van Hirschman als basis dienen.

Hirschman spreekt in zijn publicatie *'The rhetoric of reaction: perversity, futility Jeopardy'* (1991) over verschillende reactionaire en progressieve argumentatiestrategieën die mensen gebruiken om hun standpunt te verduidelijken (Brink, A., 2009: 110). Reactionaire argumenten zijn argumenten tegen veranderingen of ontwikkelingen. Progressieve argumentatiestrategieën komen van mensen die voor verandering zijn en actie stimuleren. Zijn onderzoek vond plaats in de context van de jaren '80, waarin een duidelijk onderscheid was te maken tussen politieke stromingen. Hij geeft aan dat politieke groeperingen niet veel communiceren en nieuwe muren opbouwen. *"The systematic lack of communication between groups of citizens, such as liberals and conservatives, progressives and reactionaries (...) the very stability and proper functioning of a well-ordered democratic society depend on its citizens and arraying themselves in a few major (ideally two) clearly defined groups holding different opinions on basic policy issues* (Hirschman, 2003, 1-3).

Hirschman heeft drie politieke debatten in de jaren '80 en '90 geanalyseerd en geconcludeerd dat beide groepen redelijk stabiel dezelfde manier van argumenteren hebben

Beide groepen communiceren dus weinig met elkaar en vormen dus ieder heel eigen verhalen met andere argumentatielijnen. De conservatieve mensen zijn tegen de hervormingen en zetten daarvoor drie soorten retorische argumentatiestrategieën in. De voorstanders, vaak liberalen, zetten maken bijna altijd gebruik van progressieve argumentatiestrategieën.

Ik wil bekijken welke argumentatiestrategieën terug te vinden zijn in de individuele verhalen van de huisartsen, om hun attitude tegenover de veranderde huisarts-patiëntrelatie te achterhalen. Daarom is het nodig om te bekijken wat de strategieën precies zijn en hoe je ze kunt ontdekken. Dit wordt in de volgende paragrafen weergegeven.

3.4.2.1. Retorische argumentatiestrategieën.

De drie retorische strategieën worden volgens Hirschman gebruikt door mensen die conservatief tegen een verandering aankijken en reageren op een actie of een voorstel tot actie (verandering). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de bedreigingstrategie, strategie van de futiliteit en de perversiteitstrategie.

Bij de perversiteitstrategie zijn de argumenten erop gericht om maatregelen als slecht doordacht over te laten komen en anderen ervan te overtuigen dat deze maatregelen juist kunnen leiden tot een tegenovergestelde situatie dan de bedachte en gewenste situatie. Hirschman beschrijft:

‘So goes the argument, the attempt to push society in a certain direction will result in its moving all right, but in the opposite direction’. Een voorbeeld van een dergelijk argument is: *‘attempts to reach for liberty will make society sink slavery’* (Hirschman, 2003:11-12).

De strategie van de futiliteit beschrijft Hirschman als volgt: *‘the futility theses asserts that, the attempt at change is abortive, that in one way or another any alleged change is, was, or will be largely surface, facade, cosmetic, hence illusory, as the “deep” structures of society remain wholly untouched’* (2003: 43). Volgens hem zullen veranderingen niets zal veranderen aan de uiteindelijke situatie, omdat je de het systeem niet kunt veranderen door menselijk handelen (2003:75) Deze strategie is minder extreem dan de perversiteitstrategie, maar werkt wel effectiever. Hirschman geeft aan dat deze strategie erg demotiverend kan werken voor progressievelingen, omdat ze als naïevelingen worden neergezet.

Wanneer de bedreigingstrategie wordt toegepast, worden voorgestelde maatregelen op zichzelf niet afgekeurd, maar wordt beargumenteerd dat ze een gevaar kunnen zijn voor in het verleden bereikte verbeteringen.

Hirschman omschrijft: *‘Those who argue along these lines do not contend that the proposed reform itself is wrong; rather they claim that it will lead to a sequence of events such that it would be dangerous, imprudent, or simple undesirable to move in the proposed direction’* (2003:83). Dit is een complexer argument, omdat men bij de onderbouwing dieper in gaat op de voorgeschiedenis (2003:84).

Benoemde argumentatiestrategieën worden ofwel tegelijkertijd ofwel opeenvolgend gebruikt door tegenstanders van veranderingen. Volgens Hirschman is een logisch opeenvolgende wijze dat men begint met de bedreigingstrategie, direct nadat een voorstel is gedaan. Wanneer een hervorming is ingevoerd en er een aantal negatieve ervaringen mee zijn geweest is het verstandig de strategie van de perversiteit in te zetten: *‘Zie je wel, je bereikt precies het tegengestelde van wat de bedoeling was.’* Pas na lange tijd kan volgens hem pas de futiliteitstrategie van pas komen. Op deze manier wil je de hervorming ontkrachten door te zeggen dat het uiteindelijk geen verandering heeft gebracht (Hirschman, in Geuijen, 2004: 40).

3.4.2.2. *Progressieve argumentatiestrategieën.*

Daartegenover staan progressieve strategieën die als antwoord vaak gebruikt worden door mensen die voorstander van de ontwikkeling zijn (Hirschman, 1991, in: Geuijen, 2004: 38-41). De tegenhanger van de bedreigingstrategie is de wenselijkheidstheorie waarbij men de reactionairen probeert te overtuigen dat de veranderingen het al bereikte versterken. Zij kunnen hiervoor teruggrijpen op maatregelen uit het verleden die positief effect hebben gehad op ontwikkelingen (Hirschman, 2003:151). De strategie van de futiliteit wordt afgedaan door het argument van de onvermijdelijkheid. Dit argument gaat ervan uit dat de wereld inderdaad een bepaalde kant op beweegt, en dat veranderingen nodig zijn om daarmee mee te gaan (Hirschman, 1991, in Geuijen, 2004: 40-41). De perversiteitstrategie wordt afgedaan door de progressievellingen door een haalbaarheidstheorie. Hierover wordt gezegd: “*je zult je doel bereiken met het juiste inzicht en de juiste maatregelen*” (Hirschman, 1991, in Geuijen, 2004: 41). Hirschman zegt hierover: “*progressives are forever ready to mold and remold society at will and have no doubt about their ability to control events* (2005: 160).

3.4.3. Symbolen en taalgebruik.

Om de verhaallijnen te ontdekken is het belangrijk naar het taalgebruik te kijken van de huisartsen. Op deze manier zijn schragende beelden te herkennen die kenmerkend zijn voor het verhaal. Binnen de verschillende verhalen worden verschillend taalgebruik toegepast om een gebeurtenis te omschrijven. Daaraan is een verhaallijn te herkennen.

Daarnaast lijkt het mij zinvol om naar het taalgebruik te kijken bij de bestudering van de argumentatiestrategieën in de verschillende verhalen. Bij het vertellen van verhalen zal de verteller kiezen welke woorden hij gebruikt. Het woordgebruik is volgens Polkinhorne een spiegel van de manier waarop de verteller tegen de vertelde gebeurtenissen aankijkt (Polkinhorne, 1988:26).

Deborah Stone erkent het strategisch gebruik van taal. In haar publicatie ‘*policy paradox*’ beschrijft zij hoe deze vormen van beeldspraak strategisch worden ingezet in de politiek. Zij zegt: ‘*In the world of politics, language matters*’ (Stone, 2002: 155). De huisartsen bevinden zich tijdens het interview met mij niet in een politiek speelveld, maar hebben zelf ook een doel gesteld tijdens het interview. Zij krijgen de kans om hun attitude en manier van betekenisgeving aan de veranderde situatie te geven. Daarvoor zullen zij onbewust beeldspraak gebruiken. Dit kan in de vorm zijn van symbolen, cijfers, ervaringen, oorzakelijke verbanden en metaforen (Stone, 2002: Chapter 6). In de analyse zal bekeken worden welke van deze kenmerkend zijn voor de verhaallijn en actief bijdragen aan de onderbouwing van de argumenten die hierin te vinden zijn.

3.5. Resumerend

In dit hoofdstuk zijn een aantal inzichten besproken die als bouwstenen dienen voor mijn onderzoeksinstrument.

Betekenisgeving wordt gezien als een proces van ordenen. Mensen handelen in een wereld en nemen de omgeving waar. Door het reflecteren op gebeurtenissen die als afwijkend worden ervaren wordt daar betekenis aangegeven. De uitkomst van de betekenisgeving wordt opgeslagen in denkkaders in het hoofd. Denkkaders beïnvloeden het handelen van de persoon in de toekomst.

Door de analyse van verhalen kan de betekenisgeving ontrafeld worden. Mensen vertellen namelijk verhalen om een werkelijkheid te creëren en om gebeurtenissen te ordenen.

Verhalen bestaan uit opeenvolgende gebeurtenissen door verhalen te vertellen over veranderingen en ontwikkelingen. Door te kijken naar kenmerkende beelden en causale verbanden is het mogelijk verschillende verhaallijnen te ontdekken in de individuele verhalen, waarin verschillend betekenis wordt gegeven aan de invloed van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Op de volgende pagina heb ik mijn analyse-instrument schematisch weergegeven. De verzamelde verhalen zullen eerst geanalyseerd worden op het niveau van story lines. Om de story line te ontdekken zal bekeken worden wat er over bepaalde subthema's is gezegd en hoe men zich daar tegenover positioneert. Op deze manier wil ik overeenkomsten en verschillen in de betekenisgeving van huisartsen aan de invloed van Internet in beeld brengen.

Vervolgens zal bekeken worden welke argumentatiestrategieën, opgesteld door Hirschman, te ontdekken zijn in de onderscheidde verhaallijnen. Daarbij zal gelet worden op beeldspraak die men gebruikt om de argumenten te versterken.

Omdat ik huisartsen en huisartsen in opleiding onderscheidt vind ik het interessant te ontdekken of er een significant verschil in de elementen die zij aan een verhaallijn toevoegen. Of dat beide doelgroepen voor een andere verhaallijn zullen kiezen. Omdat huisartsen in opleiding in het Internettijdperk is opgegroeid en gewend is aan het gebruik ervan en huisartsen niet is mijn verwachting dat beide groepen verschillend betekenis geven aan deze ontwikkeling.

A. Ontrafelen van story Lines binnen de individuele verhalen door te bekijken hoe over bepaalde thema's, gebeurtenissen en ontwikkelingen wordt gesproken. Op deze manier hoop is het mogelijk één of meerdere verhaallijnen te onderscheiden. Om dit in beeld te krijgen wordt gelet op het gebruik van beelden, metaforen, causale verbanden, etc. die kenmerkend zijn voor de gevonden story Lines. Daarbij wordt gelet op het feit dat mensen door het gebruik van story Lines duidelijk willen maken hoe zij zich positioneren tegenover een situatie. Er zal dus een logische lijn door de verhaallijn moeten lopen die de actoren gebruiken als argumentatie om hun positie te verdedigen.

De gevonden verhalen zullen beschreven worden in hoofdstuk vier aan de hand van thema's die door de huisartsen worden aangegeven en waar in de verschillende verhaallijnen andere beelden of argumentaties voor worden gebruikt. Deze thema's volgen de thema's uit de hulpvragenlijst, maar deze lijst zal aangepast worden wanneer andere thema's belangrijk zijn in het verhaal.

- a. Huisarts-patiëntrelatie
- b. Veranderde omgeving van de huisartsenzorg
- c. Ervaringen met de mondige burger door toegenomen toegankelijkheid van informatie met de komst van Internet.
- d. Internettoepassingen in de huisartsenzorg

B. Bekijken welke *argumentatiestrategieën* van Hirschman terug te vinden zijn in de geconstrueerde verhalen van de huisarts.

Reactionaire – progressieve argumentatiestrategieën

- a. Bedreigingstrategie – Werkelijkheidsthese
- b. Strategie van de futiliteit – Argument van de onvermijdelijkheid
- c. Strategie van de perversiteit – Haalbaarheidsthese

Daarbij bewust zijn van de mogelijkheid van ander soortige argumentatiestrategieën

D. Onderzoeken of er kenmerkend woordgebruik wordt ingezet in de verhalen om de argumentatie te versterken. Hier moet gezegd worden dat deze stap niet opvolgend is aan de vorige stappen, maar door het analyseproces heen loopt. Ik let namelijk ook op het taalgebruik om de verhaallijnen te ontdekken. Bij de analyse ben ik mij bewust van:

- a. Metaforen
- b. Woordgebruik bij het definiëren van concepten, problemen en ontwikkelingen
- c. Voorbeelden in de vorm van persoonlijke ervaringsverhalen
- d. cijfers

Figuur 6: Onderzoeksinstrument deel 2. Analyse kader

4. Verhalen uit het veld

4.1. Inleiding

Tijdens dit onderzoek heb ik met vier huisartsen in opleiding en vier ervaren huisartsen uitgebreid gesproken over de invloed van Internet op de Nederlandse huisartsenpraktijk. Uit deze individuele verhalen zijn twee grote verhaallijnen te onderscheiden. In de twee verhalen wordt verschillend gesproken over thema's die gerelateerd zijn aan de komst van Internet. Om de twee verhalen te ontrafelen heb ik gelet op de verschillende manieren waarop concepten of ontwikkelingen werden benoemd en verschillen in de ervaringsverhalen die de huisartsen gebruikten om zich te positioneren. In dit hoofdstuk staan de individuele verhalen niet centraal, maar de centrale verhalen die te onderscheiden zijn en welke beelden daarin kenmerkend zijn.

Voordat de twee verhalen worden weergegeven zullen mijn methodologische keuzen worden toegelicht en zullen de kenmerken van de huisartsen die ik heb gesproken worden weergegeven.

4.2. Methodologische onderbouwing

Binnen dit onderzoek heb ik gekozen voor de narratieve onderzoeksbenadering die past binnen het interpretatieve onderzoek. Dit heeft implicaties voor mijn manier van het verzamelen van de data, de analyse daarvan en de manier waarop ik de resultaten weergeef. Mijn keuzes zullen in deze paragraaf worden besproken. Allereerst zal aan bod komen hoe ik de data heb verzameld en vervolgens zal ik uitleggen hoe de resultaten worden weergegeven en hoe ik de data heb geanalyseerd.

4.2.1. De interviews

In de maand april zijn in totaal acht interviews gehouden. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder, zodat ik mij volledig op het interview kon focussen. Tevens bood het mij de mogelijkheid om de interviews terug te luisteren en te transcriberen (Boeije, 2005:60). Omdat bij de analyse sterk de nadruk lag op de vertelde verhalen en de argumentatiestrategieën was het nodig precies te weten wat de respondenten gezegd hebben.

Één van de huisartsen heeft geen toestemming gegeven voor het opnemen van het interview. Tijdens dat interview zijn daarom uitgebreid aantekeningen gemaakt die zijn uitgewerkt in een uitgebreid verslag.

Voordat de interviews daadwerkelijk plaatsvonden heb ik één pretest gedaan. Uit de evaluatie van dat interview is besloten directer te vragen naar ontwikkelingen waarmee huisartsen te maken krijgen aan de hand van onderzoeken die aangehaald zijn in hoofdstuk twee. Tevens heb ik besloten om niet direct te beginnen met vragen over de bredere context, maar met een algemene vraag over hoe de huisarts de

huisarts-patiëntrelatie ziet. Dit geeft huisartsen de mogelijkheid zelf de nadruk te leggen op een bepaald aspect of ontwikkeling die zij als belangrijk ervoeren.

De verhalen zijn beïnvloed door de omgeving waarin de huisartsen werkzaam zijn, omdat mensen betekenis geven in een omgeving.⁴ Daarom worden kort de kenmerken van de praktijken en de patiëntensamenstelling van de verschillende huisartsen weergegeven in figuur 7a en 7b.

Alle huisartsen hadden een computer met internettoegang op hun kamer. Tevens hadden zij allemaal een website van de praktijk en waren de dossiers van de patiënten gedigitaliseerd.

Huisarts	Persoonskenmerken	Soort praktijk	Patiëntenbestand
Huisarts 1	Man, 35-40	Solopraktijk in Etten-Leur (Groot dorp +- 50.000 inwoners)	-Verschillende leeftijden -Voornamelijk autochtoon -Gelijkwaardige verdeling hoog- en laagopgeleid
Huisarts 2	Man, 40-45 Naast huisarts ook werkzaam bij het NHG	Duo-praktijk in Nijmegen	-Voornamelijk hoogopgeleid -Zowel ouderen als studenten -Bovengemiddeld aantal patiënten met medische achtergrond
Huisarts 3	Man, 55-60	Solopraktijk in Oosterhout (klein stadje)	-Relatief hoogopgeleid -Leeftijd hoger dan gemiddeld -Zeer weinig allochtoon
Huisarts 4	Man, 40-45	Huisartsenteam binnen gezondheidscentrum in Etten-Leur	- Gemengd patiëntenbestand - Relatief weinig allochtonen - Gelijkwaardige verdeling hoog- en laagopgeleid

Figuur 7a. Kenmerken huisartsen

⁴ Zie hoofdstuk 3, pagina 28

Huisarts in Opleiding (HIO)	Persoonskenmerken	Soort praktijk	Patiëntenbestand
HIO 1	Vrouw, 25-30	Huisartsenpraktijk met drie huisartsen in Bilthoven	- Relatief hoog opgeleid - 1 allochtoon - gelijkwaardige verdeling hoog- en laag opgeleide patiënten
HIO 2	Vrouw 25-30	Huisartsenpraktijk in Ermelo met drie huisartsen (middelgroot dorp)	- Gemengd patiëntenbestand - Gelijkwaardige verdeling hoog- en laagopgeleide patiënten - Weinig allochtonen
HIO 3	Man 25-30	Huisartsenpraktijk met drie huisartsen in Oudenbosch (plattelandsdorp)	- Plattelandsgemeenschap - Grote autochtone groep, maar relatief ook grote groep allochtone patiënten - Zowel laag- als hoogopgeleid
HIO 4	Vrouw 20-25	Solopraktijk in Leerdam	- Veel laagopgeleide fabrieksarbeiders - Gelovige omgeving

Figuur 7b. Kenmerken huisartsen in Opleiding

4.2.2. Analyse van de individuele verhalen

Tijdens de analyse van de resultaten heb ik twee verhaallijnen ontrafeld. Deze verhalen waren te onderscheiden door een verschillende manier van praten en verschillend woordgebruik over thema's gerelateerd aan de komst van Internet in de huisartsenpraktijk. Beide verhalen zullen in dit hoofdstuk verteld worden in twee verschillende paragrafen. Duidelijk moet zijn dat de verhalen centraal zijn en niet hetgeen dat individuele huisartsen over een onderwerp zeggen. Ik ben er mij bewust van dat de verhalen niet een letterlijke weergave zijn van feiten maar een manier waarop ik, als onderzoeker, de data interpreteer en twee hoofdverhaallijnen construeer. Deze verhalen zijn gebaseerd op de individuele ervaringen van de huisartsen en daardoor kunnen de resultaten wel als 'waar' worden gezien en als wetenschappelijke kennis. Watson zegt hierover:

"The story is in part a fiction. But at the same time, it is a piece of social-science writing. It is 'made-up' but is also 'true'. It uses imagination but is also theoretically informed and draws upon research fieldwork" (Watson, 2000: 489, in: Duijnhoven, 2010: 76).

De verhalen worden in de volgende paragraaf opgebouwd langs onderwerpen die ter sprake kwamen tijdens de interviews en die belangrijk zijn om een beeld te krijgen van de betekenisgeving van de verschillende huisartsen aan de invloed van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Deze thema's komen gedeeltelijk overeen met de thema's uit de hulpvragenlijst. Echter hebben deze thema's soms andere namen gekregen of zijn er thema's aan toegevoegd die belangrijk bleken tijdens het construeren van de verhalen. Hierbij ben ik mij bewust dat ik data orden en niet precies weergeef in de context van het gesprek. Dit is nodig om structuur in het onderzoek aan te brengen, zodat de resultaten makkelijker leesbaar zijn. Dit gebeurt vaker in narratief onderzoek. Duijnhoven zegt hierover:

“As with most (if not all) researchers, a lot of crafting and re-writing was involved in transforming messy notes and other raw data into the smooth (ethnographic) narratives that are presented as the output of the research” (Duijnhoven, 2010:75).

Het eerste verhaal zal op sommige momenten uitgebreider zijn dan het tweede verhaal. De reden hiervan is dat binnen de verhalen bepaalde begrippen aan bod komen die aan de hand van voorbeelden zijn uitgelegd. Dit hoeft maar eenmalig te gebeuren. Ik heb gekozen om dat in de context van het eerste verhaal te doen. Wanneer mogelijk zijn om dezelfde reden noten gebruikt. Tevens heb ik citaten gebruikt bij het construeren van de verhalen. Dit doe ik om het verhaal levendiger te maken en om u als lezer de kans te geven mee te gaan in mijn interpretatie van de gevonden data. Verder is het op deze manier mogelijk het taalgebruik van de huisartsen, waar ik op gelet heb bij het onderscheiden van de verhaallijnen en argumentatiestrategieën, helder weer te geven. In hoofdstuk vijf zal ik de verhaallijnen analyseren op het gebruik van argumentatiestrategieën. Daarbij zal bewust gekeken worden naar het taalgebruik en inzet van symbolen binnen de twee verhalen die de argumentatie versterken en die verschillen en overeenkomsten in betekenisgeving en attitude van de huisartsen bloot kunnen leggen.

4.3. Het zorginhoudelijke verhaal

4.3.1. De huisarts-patiëntrelatie

Binnen dit verhaal wordt de huisarts-patiëntrelatie gezien als een relatie waarin wederzijds vertrouwen erg belangrijk is. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt vertrouwt op de informatie en het advies dat deze krijgt van de huisarts. Daar tegenover staat dat je als huisarts de patiënt altijd serieus neemt en een situatie creëert, waarin de patiënt het idee heeft dat hij serieus wordt genomen en alles kan

vertellen. Dit is nodig, omdat volledige openheid een voorwaarde is om de hulpvraag⁵ naar boven te krijgen. Dit is nodig om de patiënt tevreden de spreekkamer te laten verlaten.

Om een goede vertrouwensband op te bouwen is het nodig om daar als huisarts actief aan te werken en daar zelf de verantwoordelijkheid over te nemen. Belangrijk is daarbij dat de patiënt ‘in het wild’ wordt gezien. Hiermee wordt bedoeld dat je inzicht hebt in de context van de patiënt. Dit is wat de huisarts onderscheidt van andere soorten specialisten in de zorg. Je relatie met de patiënt is langdurig. De manier waarop de relatie actief wordt onderhouden zijn verschillend. Hier wordt over onder andere gezegd:

“wij doen ook wel eens sociale visites. Dan ga je bij mensen langs waarvan je weet: die komen nooit. Ook niet als ze ziek zijn. Dan ga je gewoon 1 keer per maand standaard langs. Je kunt huisbezoeken daarom nooit wegdenken uit de huisartsenpraktijk”(HIO 4)

Bij het stellen van de diagnose en het maken van een behandelplan houdt de huisarts rekening met de context van de patiënt. Hij geeft echter wel een duidelijk advies met zijn persoonlijke mening daarin verkapt. Nadat hij het advies heeft gegeven vind er overleg plaats over verschillen tussen waarden en normen, voordat de uiteindelijke beslissing wordt genomen. Letterlijk wordt gezegd:

“We geven de mogelijkheden maar raden ook dingen aan. Natuurlijk geef ik mijn persoonlijke mening. Je hebt bepaalde waarden.” (Huisarts 4).

Het is echter niet altijd mogelijk om de relatie volgens dit type vorm te geven.

“Maar dat verschilt ook per patiënt. Hé, je hebt patiënten die daar zelf gelijkwaardig in staan en meedenken en je hebt de streng gelovige vrouwen, bijvoorbeeld. Die zullen toch meer gewoon afwachting daar gaan zitten en hun verhaal gaan vertellen en vervolgens wachten wat de huisarts daarop zal zeggen en doen wat deze zal zeggen. En dan doe je dat ook. Dan pas je je aan, aan de wensen van de patiënt.” (HIO 2).

Door de patiënt te ‘lezen’ en de hulpvraag duidelijk te krijgen, kan de huisarts duidelijk krijgen welke rol van hem verwacht wordt en wat de patiënt van hem wil.

Binnen de relatie wordt een gedeelde verantwoordelijkheid gezien voor de gezondheid en het ziekteverloop van de patiënt. De patiënt kan niet de volledige verantwoordelijkheid dragen over zijn eigen gezondheid. Wanneer iemand chronisch ziek is, zal de huisarts inzicht moeten geven in het ziekteverloop en de patiënt steunen. Persoonlijke gesprekken in de thuissituatie of een lang consult in de spreekkamer kunnen helpen de patiënt te stimuleren trouw te blijven aan de therapie. Omdat de huisarts een persoonlijke band heeft met de patiënt en deze goed kent is het mogelijk op een gepaste manier steun te geven en tegelijkertijd de patiënt het belang van een gezond leven in te laten zien.

⁵ Dit is de vraag van de patiënt aan de huisarts. Pas wanneer deze vraag beantwoord is, kan een consult als geslaagd bestempeld worden.

4.3.2. Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie

De huisartsenzorg is aan verandering onderhevig. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat het soort patiënten verandert. Het aantal chronische patiënten is de afgelopen jaren erg toegenomen. Vooral het aantal mensen met diabetes en COPD is erg hoog. Voor deze mensen geldt dat zij langdurige zorg nodig hebben en dat een aanpassing van hun leefstijl het ziekteverloop in positieve zin kan beïnvloeden. Deze demografische ontwikkeling heeft er toe geleid dat veranderingen als de komst van de praktijkondersteuners en de nieuwe financiering van de zorg is ontstaan. Met de komst van de nieuwe financiering zijn er duidelijke richtlijnen opgesteld over hoe deze groep chronische patiënten moet worden behandeld en over de manier van controleren. Bijvoorbeeld wordt over de diabetespatiënten gezegd:

“Bijvoorbeeld suikerziektepatiënten. Dat is een heel grote groep van patiënten die je eigenlijk heel goed moet controleren, omdat het toch wel een chronische en ernstige ziekte kan zijn en die worden dus iedere drie maanden gecontroleerd [door de praktijkondersteuner en 1 keer door de huisarts]. En ze doen eigenlijk alles volgens een bepaald stappenplan.” (HIO1)

Binnen dit verhaal worden voor- en nadelen van deze ontwikkeling genoemd. Huisartsen in opleiding zien het vooral als een positieve ontwikkeling omdat op deze manier alle mensen op dezelfde manier behandeld worden. Tevens komen richtlijnen de kwaliteit van de zorg ten goede volgens hen, omdat de chronische patiënten op deze manier heel strikt onder controle staat. Daarom wordt door hen de komst van de praktijkondersteuner⁶ als positief ervaren.

Ervaren huisartsen zien echter nadelen van de toegenomen regelgeving vanuit de overheid. De enorme toename van regeltjes leidt ertoe dat de professionele autonomie van de huisarts afneemt. Zij kunnen veel minder vrij beslissen over de behandelmethodes van een chronische patiënt. Hierdoor is het veel lastiger om de behandeling aan te passen aan de persoonlijke wensen van de patiënt.

“Je kunt natuurlijk zeggen dat iedereen zich moet onderwerpen aan een bepaald protocol(...) Ik heb het idee dat mensen volledig aan de hand mee moeten en begeleid moeten worden en daarbij ook een beetje afgevend op het feit dat er weer een zorgvraag komt die buiten de huisarts, de huisarts weliswaar als manager, maar ja, om daar grip op te houden: dat is volgens mij heel moeilijk. De praktijk zal volgens mij zal leren dat het uiteindelijk meer nadelig werkt. Want er zijn altijd patiënten die bijkomende ziekten hebben, die bepaalde eisen hebben, die toch bepaalde protocollaire zaken niet willen of wensen en ik denk dat je dat als huisarts veel beter aanvoelt dan zo'n DBC, dan zo'n praktijkondersteuner moet verwezenlijken. Moét, want hij moet targets halen. (...) en stel de patiënt

⁶ De praktijkondersteuner is sinds enkele jaren geïntegreerd in de huisartsenpraktijk om chronische patiënten te controleren en te begeleiden in het hebben van een goede leefstijl. De praktijkondersteuner heeft meer tijd per consult en heeft dus de mogelijkheid om meer uitleg te geven. Zij voeren het behandelplan van de huisarts uit.

gaat een paar maanden niet, dan haalt de POH [=praktijkondersteuner] zijn targets niet en zal daarop afgerekend worden. De verzekering zegt: Het enige wat wij controleren zijn jullie cijfers.” (Huisarts 3)

Protocollen kunnen ook een gevaar vormen voor de kwaliteit van de zorg, omdat ze vaak niet zijn opgesteld door huisartsen zelf, maar door bedrijven en organisaties met andere belangen. Protocollen worden in dit verhaal niet gezien als kwalitatief goed doordacht, maar als uitkomsten van een proces waarin lobbyisten van bijvoorbeeld farmaceutische bedrijven, de overheid en zorgverleners elkaar ontmoeten en belangen afwegen. Hieronder een citaat waarin een ervaringsverhaal weergegeven wordt om het proces te illustreren.

“Ik heb zelf de NHG standaard astma opgesteld en ik heb gezien hoe groot de willekeur daarin is. En hoe beïnvloed dat is geweest. (...) Ik denk dat een heleboel richtlijnen ook bepaald worden door het geld en ook een beetje de zaken die er buiten gelaten moeten worden.” (Huisarts 2).

4.3.3. Het zoekgedrag van de patiënt

De houding van burgers tegenover de huisarts is in de afgelopen 30 – 40 jaar veranderd. Ze zijn mondiger geworden door een toegenomen informatietoegankelijkheid.⁷ Het wordt als logisch gezien dat mensen naar informatie zoeken wanneer ze bezorgd zijn over hun gezondheidssituatie. Dit is wat huisartsen zelf ook zou doen, wanneer zij niet medisch geschoold zouden zijn. Daarom wordt het actieve zoekgedrag niet als negatief bestempeld.

Patiënten zullen met de toename van informatie op Internet er meer gebruik van maken door vóór of na een consult met de huisarts de informatie te raadplegen. Dit beïnvloedt de manier van handelen van de huisartsen naar de patiënten toe.⁸

⁷ In beide verhalen wordt de komst van Internet als één van de oorzaken gezien. Daarnaast worden ook tijdschriften en de media genoemd. Tevens komt de mondige burger vaak met informatie van vrienden en kennissen die zelf iets hebben meegemaakt of een zorgprofessional zijn. Tevens is men er zich van bewust dat zij niet precies kunnen inschatten hoe groot de rol van Internet is in de toegenomen mondigheid, omdat er volgens hen een groot aantal patiënten niet vertelt dat men informatie op internet gezocht heeft. In deze context wordt door gesteld dat je als huisarts bewust moet zijn dat mensen beter geïnformeerd zijn dan vroeger en al meer gezocht hebben dan dokters denken en daardoor voor een consult al ideeën in hun hoofd hebben.

⁸ Voor huisartsen is het ontzettend belangrijk te weten of dat de patiënt informatie heeft gezocht, wat zijn ideeën zijn en wat de bron van zijn gedachte is. Daarom zullen alle huisartsen tijdens het consult daar direct naar vragen. Op deze manier kan de hulpvraag naar boven komen die beantwoord moet worden en de ideeën die de patiënt al heeft. De kennis voor de huisarts over de informatie die de patiënt gevonden heeft is nodig om de patiënt uit te leggen waarom informatie wel of niet waar is en waarom deze informatie van de patiënt wel of niet op de patiënt van toepassing is. Het is nodig de informatie van de patiënt mee te nemen in de uitleg om gedachten van patiënten te ontkrachten indien dit nodig is. Dit doe je door de patiënt mee te nemen in het denkproces en samen met de patiënt dingen waar zij aan denken uit te sluiten tijdens het onderzoek. Hiervoor is duidelijke communicatie erg belangrijk. Daarbij moeten volgens beide verhalen rationele argumenten door de huisarts worden ingezet.

Binnen dit verhaal wordt het als een van de huisarts taak gezien om het zoekgedrag van de patiënt als positief te bestempelen, omdat alleen dan mensen volledig open zullen communiceren over hun ideeën. Ook wanneer men onjuiste informatie uit ‘slechte bronnen’ als waarheid ziet.

Het komt vrij vaak voor dat mensen met onjuiste informatie komt en daardoor extra bezorgd zijn. Dit komt omdat lezen ontzettend moeilijk is. Patiënten hebben al een beeld in hun hoofd en zoeken naar informatie die binnen dat plaatje past. Mensen die dit vaak doen en erg vasthoudend zijn aan de gevonden informatie worden als ‘angstige patiënten’ bestempeld. Dit zijn vaak laagopgeleide mensen. Hoogopgeleiden mensen worden door de huisartsen beter in staat geacht om verbanden te leggen en informatie op Internet te relativieren:

“Maar die mensen gaan wel meer internetten en nemen de extreme informatie voor waar aan. Die kunnen veel minder relativieren. Of eigenlijk niet. Die selecteren de informatie die past binnen het angstbeeld. En wat dat betreft kunnen hoger opgeleiden informatie beter relativieren, want die zullen eerder denken: hoe vaak komt dat nu voor?”. (HIO 2)

Omdat lezen ontzettend moeilijk is voor patiënten wordt de grote hoeveelheid ‘slechte’ informatie als een groot probleem gezien. Veel websites zijn van erg slechte kwaliteit en niet objectief. Vooral fora worden als gevaarlijk en subjectief bestempeld:

“Ik wil weten op welke websites ze hebben gezocht. Ehm, ze komen niet vaak met medische websites, maar meer met google of forums. Haha, dat is gevaarlijk. (...) dan geef ik ook aan dat op forums niet de meest objectieve informatie wordt gegeven. Het is juist vaak heel slechte informatie”.(HIO 1)

Veel websites bevinden zich in een grijs gebied. Hiervan is het onduidelijk of ze objectieve informatie geven die van goede kwaliteit is. Tevens zijn veel websites diagnosegericht:

“ehm, nou bijvoorbeeld bij vage klachten. Op Internet kom je dan vaak bij zeer gevaarlijke aandoeningen en ziekten uit. Mensen komen dan met zorgen.”(Huisarts 1).

Om het voor patiënten makkelijker te maken om websites te beoordelen en objectieve informatie te vinden wordt een kwaliteitskeurmerk als oplossing gezien. Kwalitatief goede websites kunnen dit keurmerk krijgen, zodat het voor patiënten duidelijk is dat deze informatie betrouwbaar is.

Dit kan er toe leiden dat patiënten, die op internet betrouwbare informatie vinden, beter geïnformeerd worden. Door de bredere basiskennis is het mogelijk om tijdens een consult specifiekere en daardoor meer informatie te geven die begrijpelijk is voor de patiënten. Tevens biedt het patiënten de mogelijkheid om na een consult de informatie na te lezen. Dit is een verbetering van de zorg, omdat het voor patiënten niet mogelijk is om alle informatie tijdens een consult op te nemen:

“iemand die hoogopgeleid is leg je eigenlijk meer uit dan iemand die laag opgeleid is, omdat dat eigenlijk niet zoveel zin heeft. En er zijn allerlei onderzoeken gehouden dat mensen maar een beperkt percentage onthouden en opnemen van wat je zegt. Ja, en dat ligt lager bij iemand die laagopgeleid is.” (HIO 2).

4.3.4. De mondige burger en de positie van de huisarts

Wanneer de huisarts zijn patiënten serieus neemt en de patiënt meeneemt in het denkproces, waarbij rekening wordt gehouden met de gevonden informatie, dan zal de patiënt de huisarts nog steeds als professional worden gezien door patiënten en zullen zij de informatie en aanbevelingen van de huisarts aannemen. De reden hiervoor is de vertrouwensband die zij actief met de patiënten opbouwen en onderhouden.

“Hij [de patiënt] blijft mondig, maar hij wil deze mondigheid nu ook wel eens inperken doordat er vertrouwen is.” (huisarts 3)

“Ze zoeken wel naar informatie, maar willen toch graag bevestiging en antwoord op de vraag van de huisarts zelf. Misschien dat de mensen die antwoord vinden ook niet meer komen, haha. Maar mensen willen toch bevestiging. Ik merk vaak dat ze zelf vaak twijfelen aan hoe ze informatie moeten interpreteren en hoe betrouwbaar de informatie is. (Huisarts 1)

In het handelen, gaan de huisartsen er van uit dat zij nog wel macht hebben in de relatie met de patiënt en dus ook de taak hebben mensen te overtuigen en goed te informeren met objectieve informatie. Met macht wordt controle bedoeld en de macht om invloed te hebben op beslissingen. Daardoor wordt in dit verhaal angstig tegen patiënten aangekeken die met informatie komen over nieuwe behandelmethoden. Huisartsen zullen bekijken of zij deze behandeling al kennen en anders toch de patiënt overtuigen van al veel gebruikte behandelmethoden.

4.3.5. Internet binnen de huisartsenpraktijk

4.3.5.1. Internetgebruik van de huisarts

De huisartsen gebruiken allemaal Internet tijdens consulten. De website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt vaak geraadpleegd om NHG-standaarden⁹ op te zoeken of patiëntbrieven¹⁰ te downloaden en uit te printen voor de patiënt. Tevens worden door huisartsen ook dermatologiewebsites gebruikt tijdens consulten met patiënten die een huidaandoening hebben. Hier staan plaatjes op die als herkenningspunt kunnen dienen voor patiënten en die het ziekteverloop kunnen verduidelijken. Dit maakt het makkelijker om informatie duidelijk over te brengen.

⁹ Richtlijnen die opgesteld zijn door het NHG om kwalitatief hoogstaande zorg te garanderen.

¹⁰ Patiëntbrieven bestaan er voor veel soorten aandoeningen en zijn bedoeld om uit te printen en als informatieformulier mee te geven aan de patiënt.

4.3.5.2. E-healthtoepassingen binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk

Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt heel sceptisch tegen de meeste E-toepassingen aangekeken. De huisarts wordt gezien als een arts die dicht bij de patiënten staat, een vertrouwensband heeft met de patiënten en de patiënt in zijn leefomgeving kent. Deze kennis van de leefomgeving heeft hij nodig om een diagnose te kunnen stellen en om in te schatten hoe patiënten het beste behandeld en benaderd kunnen worden.

Je moet de mogelijkheid hebben om de patiënt te lezen:

“hoe de patiënt voor mij zit, hoe die uit zijn ogen kijkt, de klank van zijn stem, de toon, hoe die binnenkomt, etcetera. Dat mag je eigenlijk onder lichamelijk onderzoek scharen. Dat heb je niet als je een e-consult doet. Je moet de patiënt lezen wanneer die binnenkomt, en dat is absoluut een onderdeel van je inschatting van de patiënt. (HIO3)

Het E-consult past niet binnen deze betekenisgeving aan de professie van de huisarts. Het is niet mogelijk om patiënten te leren kennen, wanneer via een scherm gecommuniceerd wordt. Deze manier van communiceren heeft negatieve gevolgen voor de vertrouwensband met de patiënt. Een patiënt heeft zonder persoonlijk contact namelijk geen zicht op de mate waarin de huisarts de klacht serieus neemt en hoe hij nadenkt over bepaalde behandelmethoden.

Verder zien huisartsen in opleiding het als gevaar voor de kwaliteit van de zorgverlening omdat bij een E-consult het niet mogelijk is om hoor- en wederhoor toe te passen.

Bij een E-consult ontvangen huisartsen alleen geschreven informatie van de patiënt die hij moet interpreteren. Huisartsen hebben daardoor niet de mogelijkheid om door te vragen naar de onderliggende vraag en geeft dus op basis van heel beperkte informatie een antwoord. Hierdoor is de kans groter dat er foute diagnoses worden gesteld of dat er verkeerde voorlichting wordt gegeven. Ten slotte wordt het antwoord geïnterpreteerd door de patiënt. De kans is groot dat hij de informatie verkeerd begrijpt, of alleen de dingen eruit pikt die binnen zijn kader passen. De kwaliteit van de zorg zal er daardoor op achteruit gaan.

Binnen dit verhaal wordt ook sceptisch aangekeken tegen de mogelijkheid om afspraken te maken via Internet. Sinds enkele jaren is er een triage¹¹ bij het aanmelden van een bezoek. De komst van de triage wordt als positief gezien voor de kwaliteit van de huisartsenzorg, omdat dit ervoor zorgt dat patiënten die er vaak en soms onnodig zitten worden afgeremd en geen plekken in beslag nemen van spoedgevallen. Aan de andere kant levert het kwaliteit op, omdat assistentes kunnen ingrijpen bij ernstig zieke patiënten die de situatie onderschatten. Zo zijn er ook patiënten met pijn op de borst en

¹¹ Dit houdt in dat de huisartsenassistent van te voren aan de patiënt vraagt wat de klachten zijn en waarvoor hij of zij komt. Aan de hand van die informatie kijkt zij hoe urgent het is en hoe lang een consult moet duren. Op deze manier wordt er een gepaste afspraak ingepland en houdt de assistent controle op de agenda van de huisarts.

braakklachten die daarvoor over een aantal dagen een consult willen inplannen. De assistente kan dan beoordelen dat de patiënt de situatie onderschat en meteen een ambulance of de huisarts langsturen. Op deze manier is de kwaliteit van de zorg gestegen in de afgelopen jaren:

“je hebt niet voor niets goed opgeleide doktersassistentes. Je hebt gewoon de triage nodig, want anders is er helemaal geen sturing meer.” (HIO 3)

Hoewel binnen dit verhaal pessimistisch tegen de komst van E-healthtoepassingen wordt aangekeken zijn er een aantal ontwikkelingen waar wel positief over wordt gesproken.

Ten eerste is het tegenwoordig mogelijk om via een internetprogramma onderzoeksgegevens van diabetespatiënten in te voeren. Dat programma zet de gegevens om in een illustratieve weergave van het ziekteverloop en de prognose volgens de trend. Dit wordt als zeer positieve ontwikkeling gezien, omdat de huisarts op deze manier de patiënt zeer duidelijk kan laten zien wat de risico's en kansen zijn van leefstijlverandering op het ziekteverloop. Zij ervaren dat een illustratief beeld meer effect heeft bij patiënten dan cijfers en dat de therapietrouw daardoor toeneemt en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening. Deze toepassing biedt de huisarts een extra instrument om de patiënt actief te stimuleren om therapietrouw te zijn.

De tweede toepassing waar binnen dit verhaal positief tegenaan wordt gekeken is de rol die Internet kan spelen bij het verbeteren van het contact tussen de eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. Hiervan worden twee voorbeelden gegeven. Het eerste voorbeeld is dat met de komst van e-mail resultaten en adviezen vanuit de specialistische zorg sneller in het dossier komen. Tevens verkleint dit de kans dat gegevens kwijtraken. Tevens versnelt het de communicatie, waardoor de huisarts een completer beeld heeft van de patiënt. Een voorwaarde is hiervoor is dat de specialisten in het ziekenhuis bijlopen met de administratie. Dit wordt nog als groot verbeterpunt aangegeven. Daarbij wordt de e-mail als een niet-veilig communicatiemiddel genoemd, omdat gegevens niet beveiligd zijn en er daardoor de kans bestaat dat de privacy van de patiënt loopt. Daarom moeten de gegevens via een beveiligd systeem als een soort intranet bij de huisarts terecht komen.

Een tweede voorbeeld waarbij een internettoepassing de afstemming tussen de eerstelijnszorg en tweedelijnszorg kan versnellen is bij klachten waar het advies van een dermatoloog nodig is. Binnen de huisartsenpraktijk kunnen foto's gemaakt worden van de huidafwijking en deze kunnen via een beveiligd internetprogramma verstuurd worden naar de dermatoloog. Deze beoordeelt de foto en stuurt wanneer mogelijk een diagnose en behandeladvies terug naar de huisarts. Op deze manier kan sneller worden ingegrepen wanneer er een ernstige aandoening wordt gediagnosticeerd. Dit kan de behandeling versneld laten starten, omdat de normale wachtlijst voor een dermatologisch consult vaak twee of drie maanden is.

4.4. Het commerciële verhaal

4.4.1. De huisarts-patiëntrelatie

Binnen dit verhaal wordt de praktijk van de huisarts gezien als een onderneming die geleid moet worden. Patiënten worden vaak zorgvragers of zorgconsumenten genoemd. De huisartsenpraktijk moet zakelijk georganiseerd worden. Daarom zijn er vastomlijnde functieprofielen opgesteld voor de huisartsen, assistentes en verpleegkundigen en hebben functioneringsgesprekken een vaste plaats gevonden in de bedrijfsvoering.

De huisarts wordt gezien als bron van objectieve informatie die aangeboord kan worden door patiënten. De vertrouwensband tussen de patiënt en de huisarts leidt ertoe dat de patiënt de huisarts als betrouwbare bron aanboort wanneer deze gezondheidsklachten heeft. Die vertrouwensband is ontstaan door het jarenlang contact, de persoonlijke communicatie, het kennen van de omgeving van de patiënt door huisbezoeken, maar ook door de kennis die de huisarts in zijn opleiding heeft opgedaan:

“Op een of andere manier wil je het idee hebben dat de patiënt jou vertrouwt. Nou, hoe doe je dat? Ja, dat heeft met bejegening te maken, dat heet te maken met hoe je, hoe jij de vragen stelt, hoe jij de patiënt aanspreekt, ehm... maar vervolgens ook met name hoe je blijk geeft van enige kennis natuurlijk. Blijk geeft van inzicht.” (HIO 3)

In de relatie ziet de huisarts zichzelf als bron die objectief de behandelmogelijkheden weergeeft voor de patiënt. De zorgvrager mag vervolgens zelf zijn keuze maken of hij een behandeling wil ondergaan en zo ja, welke behandeling hij het meest passend vindt in zijn situatie.

Hieronder wordt een citaat weergegeven die dit illustreert: *“dat wisselt per patiënt, maar over het algemeen is de relatie, is het een relatie waar je als arts meer een informatieve en ondersteunende en adviserende rol hebt dan de oude arts-patiëntrelatie waarbij de dokter verteld wat er moet gebeuren. Ik ben er vooral om dingen goed uit te zoeken en dan vervolgens de patiënt goed te informeren en voor te lichten. En ehm... ik probeer ook zoveel mogelijk de keuze bij de patiënt te laten. Ik leg alles goed uit en vervolgens zeg ik, nou dit zijn de keuzemogelijkheden. Zeg het maar.” (Huisarts 2).*

Het is helaas niet altijd mogelijk om deze rol te hanteren in een relatie met de patiënt. Bij hoogopgeleiden is het beter mogelijk om deze rol aan te nemen dan in een relatie met laagopgeleide patiënten. Hoogopgeleide patiënten zijn namelijk vaak beter in staat rationele keuzen te maken en waarderen het zelf meer als ze bij de besluitvorming betrokken worden.

Door deze kijk op de rol van de huisarts vloeit voort dat zij veel verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het ziekteverloop leggen bij de patiënt. patiënten worden in staat gesteld zelf die verantwoordelijkheid te dragen. Het zijn autonome personen die zelf keuzen willen, kunnen en moeten maken. De patiënt is ook zelf verantwoordelijk voor de behandelkeuze die hij maakt en daarmee ook van de mate waarin hij trouw is aan zijn therapie. Alleen wanneer de patiënt de keuze voor

zichzelf maakt zal hij therapietrouw kunnen zijn en dit is noodzakelijk bij chronisch zieke patiënten. Onderstaand citaat illustreert dit:

“Ik had daar toevallig laatst een discussie met mijn collega over. Die vond dat als de patiënt therapieontrouw is dat is dat de schuld van de dokter. Want die moet zodanig zijn uitleg neerleggen en zodanig implementeren dat de patiënt het zelf doet. Daar ben ik het pertinent mee oneens. Ik denk dat de patiënt in feite 100% verantwoordelijk is voor zijn eigen lichaam en voor wat hij doet. En zij zijn daar eigenlijk alleen, wat dat betreft alleen ondersteunend in. Wij wenden onze expertise aan om te helpen.(...) Het is te vergelijken met een situatie waarin bij mij de afvoer kapot is en de loodgieter komt het maken en geeft daarbij advies om het te voorkomen is het nog altijd mijn keuze om daar iets mee te doen. De loodgieter kan daar niets aan veranderen. (HIO 3).

4.4.2 Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie

Binnen dit verhaal wordt vooral de toename van het aantal chronische patiënten gezien als oorzaak van grote veranderingen binnen de huisartsenzorg. Dit heeft er mede toe geleid dat de overheid ervoor gekozen heeft om de financiering te veranderen. Met de komst van DBC's is ook het aantal richtlijnen toegenomen. Deze richtlijnen zijn zeer positief voor de kwaliteit en houdbaarheid van de gezondheidszorg. De regels en kosten die gemaakt worden zijn een investering voor de toekomst. Volgend citaat illustreert dit verhaal:

“Wij hebben meegedaan met de pilot ketenzorg. (...) je werkt veel meer preventief. Je doet nu meer aan controle die geld kosten om later kosten te voorkomen. Want door meer controles zullen patiënten meer therapietrouw blijven en zullen er later minder hartaanvallen zijn bijvoorbeeld. Niet alleen huisartsen zullen eraan moeten wennen ook patiënten. Kijk, mensen die niet zoveel last van hun ziekte hebben zullen niet vier keer per jaar op controle willen komen. Maar ja, het is preventief.”(Huisarts 4).

Cijfers van pilots en de periode dat deze manier van zorgverlening is geïmplementeerd zijn zeer positief. Deze cijfers worden gebruikt om angst bij behouden huisartsen en patiënten weg te nemen:

“we zijn er nu vier jaar mee bezig en de resultaten zijn goed. Deze laten we zien aan patiënten en andere huisartsen die pessimistisch zijn. Veel huisartsen zijn hypochondrisch aangelegd. Daarom richten zij zich meer op zorgbehoud in plaats van op zorgontwikkeling. Maar de ontwikkelingen zijn goed uitgedacht. Dat zie je nu ook. Die positieve cijfers laten we zien en zo verliezen huisartsen beetje bij beetje hun angst.”

Ook de rol van praktijkondersteuners wordt als positief ervaren, omdat het een toevoeging is aan de informerende rol die zij aannemen tegenover de patiënt:

Wij zijn als huisarts meer analisten en analyseren uitslagen en cijfers (...). Deze interpreteren wij en aan de hand daarvan geven wij de patiënt uitleg over de situatie. Een praktijkondersteuner gaat verder. Die maakt afspraken en houdt het proces in het oog, hé. Bijvoorbeeld iemand die heeft een

bloeddruk van 145 had en die moet 135 worden en het is nu 138... dan denk ik: prima, het wordt lager. De praktijkondersteuner ziet dan echter dat afspraken en doelen niet bereikt worden en zal samen met de patiënt nakijken hoe dit verbeterd wordt.” (huisarts 4)

De professionele autonomie neemt af door de komst van protocollen en richtlijnen. Toch is dit niet erg, omdat deze maatregelen als nodig worden geacht om de zorg in de hand te houden. Tevens maakt het de zorg transparanter en beter controleerbaar. Internettoepassingen kunnen wel als hulpmiddel dienen om de zorg binnen de richtlijnen persoonlijker te maken. Dit zal in paragraaf 4.5.6.2. Uitgebreider worden toegelicht.

In tegenstelling tot de verhalen over de richtlijnen en protocollen wordt binnen dit verhaal negatief gesproken over de invloed van zorgverzekeraars op het voorschrijfgedrag¹² van huisartsen. Invloed op het voorschrijfgedrag maakt het de huisartsen lastig om individuele zorg te leveren. Dit is echter wel gewenst, wanneer je naar een vraaggestuurd zorgstelsel streeft. Tevens zijn huisartsen veel tijd kwijt met het opsporen van mensen die dure medicijnen slikken en ‘tijd kost geld’:

“Eigenlijk moeten we al die patiënten die dure middelen gebruiken gaan opsporen. En dan vorige week zaten er een aantal huisartsen heel de avond na te bellen naar de patiënten van vind u het goed als ik een bepaald medicijn omzet in een ander medicijn, want dat is goedkoper en dat wil Klink. Dat kost zoveel tijd.” (HIO 1).

4.4.3. Het zoekgedrag van de patiënt

Binnen dit verhaal zijn huisartsen zich er van bewust dat de houding van de burger tegenover de patiënt is veranderd door de toegenomen informatietoegankelijkheid.¹³ Het is niet zozeer dat mensen alleen mondiger zijn geworden, wat dat is een grote groep altijd al geweest. De verandering van houding wordt meer zichtbaar in de wens van de patiënt om meer inspraak te hebben en in de wens om op de wenken bediend te worden. Dit is niet alleen in de huisartsenzorg zichtbaar, maar in de hele samenleving.

“en in dat kader past natuurlijk 24-uurszorg. En in dat kader past natuurlijk het hele overheidsgebeuren, van hé, je bent een mondige patiënt en je mag eisen stellen. Dat is kostenverslindend, ongelooflijk duur.” (huisarts 3).

¹² Zorgverzekeraars en farmaceutische bedrijven maken afspraken over de vergoeding van bepaalde medicijnen. Dit leidt ertoe dat bepaalde medicijnen die vaak voorgeschreven worden niet meer vergoed worden, omdat deze te duur zijn. Daarvoor in de plaats moet de huisarts goedkopere middelen voorschrijven. Deze contracten zijn niet stabiel, maar veranderen elk jaar.

¹³ Zie voetnoot 5

Ondanks dat de komst van de 24-uurszorg als enorm duur wordt beschreven wordt de stijging van de mondige en eisende patiënt als positief ervaren, omdat de huisartsen hierdoor duidelijker in beeld krijgen of zij de patiënt tevreden hebben gesteld en gerustgesteld de spreekkamer uit laten gaan. Dat verkleint de kans op patiënten die ongerust blijven, omdat de vraag niet beantwoord is en die daardoor een dag later bij een andere huisarts op de stoep zitten. Hierover wordt gezegd:

“Ik heb toch wel liever iemand die veel praat, want dan weet je in ieder geval dat diegene alles waarmee hij of zij zit of alles wat hij wil weten ook open neerlegt.(...) maar eigenlijk heb ik toch liever een patiënt die heel veel vraagt, want als ze niets vragen dan denk ik ook: ja, is het nu wel aangekomen”(HIO 1).

De veranderde houding van de patiënt heeft het handelen van de huisarts beïnvloed.¹⁴ Duidelijke voorlichting nog belangrijker dan eerst geworden. De reden hiervoor is vooral dat mensen vaak foutieve informatie vinden, omdat het voor patiënten moeilijk is om objectieve websites te kunnen onderscheiden van ‘slechte’ websites. Lezen is heel moeilijk en mensen houden zich vaak aan verkeerde informatie vast.

Binnen dit verhaal wordt het belangrijk gevonden om als huisarts mee te gaan met de tijd. Mensen zullen steeds vaker op zoek gaan naar informatie op Internet en het is de taak voor de huisarts om een actieve rol te spelen in het sturen van het zoekgedrag van mensen.

Zo wordt er geïnvesteerd in een eigen website die actief wordt bijgehouden. Op deze websites worden veel links weergegeven naar betrouwbare websites. Tevens geven huisartsen binnen consulten actief links van websites met bruikbare informatie om na te lezen.

Huisartsen zijn op de hoogte van de informatie die openbaar is en geven zorgconsumenten alternatieve websites mee die beter van kwaliteit zijn dan de website waarop deze zelf heeft gezocht. Op deze manier wordt het gedrag van de zorgvrager positief bestempeld en niet ontmoedigd, maar wordt het Internet als hulpmiddel ingezet om de voorlichting te verduidelijken.

4.4.4. De eisende patiënt

Het kost erg veel tijd om patiënten die hardnekkig aan onjuiste informatie vasthouden in te laten zien dat die informatie niet op hen van toepassing is.

Deze patiënten worden ‘eisende patiënten’ genoemd en worden gekenmerkt met een hulpvraag die heel gericht is op een bepaalde behandelmethodede gericht. Een voorbeeld is iemand die denkt dat hij een hernia heeft en bij de huisarts komt voor een verwijzing MRI-scan, terwijl hij geen symptomen van een hernia heeft.

¹⁴ Zie voetnoot 6

Er wordt dan getracht om de eisende patiënt zo voor te lichten dat hij niet meer ongerust is en tegelijkertijd geen MRI-scan noodzakelijk meer vindt. Dit is erg tijdsverslindend en duur, maar het wordt als noodzakelijk gezien, omdat het nog duurder is om een dergelijke patiënt een verwijzing te geven. Tevens wordt het als een uitdaging gezien om de eisende patiënten zo voor te lichten, dat zij de volgende keer niet onnodig naar de huisarts gaan maar wanneer mogelijk wanneer nodig zelfzorg toepassen.

Binnen dit verhaal vertelt de ervaren huisarts dat het soms veel tijd kost om bepaalde onjuiste ideeën te ontcrachten, maar zij zien de oorzaak niet direct in de komst van het Internet. Volgens citaat illustreert dit:

“Mensen roepen nog wel eens dat het veel tijd kost. Dat de mensen allemaal met verkeerde informatie komen. Maar ja, ik vind dat betrekkelijk. Dat was vroeger ook. Had je ook een encyclopedie en daardoor kwamen mensen ook wel eens op verkeerde gedachte. (...) Kijk soms kost het wel wat meer tijd, omdat mensen met verkeerde ideeën zitten, of met andere ideeën, maar het levert soms ook heel veel tijdwinst op. En in het kader van therapietrouw en compliance zoals het zo netjes heet is het alleen maar goed volgens mij als mensen goed geïnformeerd zijn.” (Huisarts 2)

Die tijdwinst zit in het feit dat zorgvragers soms alleen bij de huisarts komen om bevestiging te vragen van wat ze hebben gevonden. Dat zijn mensen die twijfelen over wat zij gevonden hebben.

4.4.5. De mondige burger en de positie van de huisarts

De grote stijging van beschikbare informatie heeft wel het gevaar dat de zorgvraag enorm toeneemt: mensen weten meer, en gaan zich sneller zorgen maken. Dit leidt tot meer consulten, waarbij patiënten informatie komen checken op waarheid bij de huisarts. Dit is duur en verhoogt de werkdruk van huisartsen.

Ondanks dat de toegenomen informatie de organisatie van de huisartsenzorg soms lastiger maakt door de toenemende werkdruk, wordt in dit verhaal vrij positief gesproken over Internet als informatiebron voor patiënten. Het zoekgedrag van patiënten leidt tot een grotere basiskennis. Hierbij is wel een voorwaarde dat ze objectieve websites bezoeken. Wanneer mensen op kwalitatief goede websites informatie zoeken de positie van de zorgconsument versterkt worden en wordt het makkelijker om een keuze voor een behandeling te maken.

“Ik probeer zoveel mogelijk de keuze bij de patiënt laten. En Internet kan daar mooi in ondersteunen. Wat een mogelijkheid is, is met een heleboel dingen kan het mensen ondersteunen met bijvoorbeeld keuzehulp of dat soort dingen. En dat is leuk, dat is mooi.” (Huisarts 2).

Verder kan het de positie van chronische patiënten versterken. Zij staan vrij om op zoek te gaan naar alternatieve of nieuwe behandelmethoden. Chronische patiënten verdiepen zich vaak volledig in hun ziekte en het is daarom niet gek dat zij soms meer weten dan de huisarts. Als huisarts moet je daar open voor staan, want alleen dan zullen ze vertrouwen in de huisarts blijven houden en als objectieve

bron benaderen om de gevonden informatie mee te bespreken. Het is belangrijk te beseffen dat de huisarts alleen een ondersteunende rol in het ziekteproces heeft.

Het is niet erg om als huisarts aan te geven dat je nog niet van een behandelmethode gehoord hebt en dat je het gaat uitzoeken. Wanneer een patiënt een nieuwe behandeling wil proberen zal de huisarts daar open voor moeten staan, omdat het over het lichaam van de patiënt gaat. En het proberen van nieuwe behandelmethoden kan de kansen van de patiënten alleen maar verbeteren.

4.4.6. Internet binnen de huisartsenpraktijk

4.4.6.1. Internetgebruik van de huisarts

Het gebruik van Internet in de huisartsenpraktijk is erg positief voor de kwaliteit van zorgverlening. Websites van onder andere het NHG maken het makkelijker en sneller om richtlijnen na te zoeken en patiëntbrieven uit te draaien. Tevens zijn veel commerciële websites erg handig als hulpmiddel om de uitleg aan de patiënt te verduidelijken of om aan de patiënt te laten zien waar zij artsen kunnen vergelijken bij wie zij behandeld kunnen worden. Ook is het door middel van het gebruik van Internet tijdens het consult mogelijk om gevonden informatie van patiënten snel en makkelijk te bespreken.

Ten slotte wordt zeer positief gesproken over het hebben van een inhoudelijk uitgebreide website. Deze websites kunnen dienen als objectief startpunt voor zoekacties van patiënten.

4.4.6.2. E-healthtoepassingen binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk

Binnen dit verhaal wordt vrij positief gesproken over E-healthtoepassingen. Het Internet ontwikkelt zich door en huisartsen moeten meegaan met de ontwikkelingen in de samenleving. Dit betekent dat nagedacht moet worden over internettoepassingen die de dienstverlening van de huisartsenzorg kan verbeteren voor de groep zorgvragers die hierin geïnteresseerd is. Deze groep is beperkt, omdat voor veel mensen het persoonlijk contact centraal zal blijven staan als wens in de huisartsenzorg.

Bij alle toepassingen is de belangrijkste voorwaarde dat de privacy van de patiënten gewaarborgd blijft. Dit is de reden waarom er geen zorgverlening kan plaatsvinden met behulp van e-mail. Hier zitten veel te veel risico's aan vast. Een veilige manier om te communiceren met andere zorgverleners en patiënten is een beveiligde portal waar zowel de huisarts als patiënt in kan loggen. Van daaruit kunnen patiënt en huisarts met elkaar communiceren en diensten geleverd worden.

Het E-consult kan onder scherpe voorwaarde een toevoeging aan de dienstverlening zijn. Hierbij wordt de nadruk op een 'toevoeging' aan de dienstverlening gelegd, omdat een E-consult maar in beperkte mate mogelijk en zinvol is. Het kan alleen plaats vinden na persoonlijk contact over die klacht. Een eerste consult zal toch altijd moeten bestaan uit een gesprek en een lichamelijk onderzoek.

Alleen dan is het mogelijk om de patiënt en de situatie waarin hij zich bevindt goed te lezen. Patiënten kunnen binnen dit verhaal zelf goed inschatten wanneer een E-consult mogelijk is.

“Vragen naar aanleiding van een consult komen veel voor. Vaak gaat het over medicijnen. Dat ze vragen of ze ermee mogen stoppen nu ze geen klachten meer hebben. Of dat ze aangeven dat de medicijnen niet werken en wat de volgende stap kan zijn. De meeste vragen zijn heel direct en helder gesteld, omdat je de context weet waar de patiënt in zit. Je hebt hem toch onderzocht.” (huisarts 4).

Omdat het als een extra dienstverlening moet worden gezien zal het E-consult nooit kostenverslindend zijn. Onderstaande quote geeft duidelijk weer hoe binnen dit verhaal hier over gedacht wordt:

“er zijn natuurlijk veel onderzoeken gedaan en ehm... o.a. door het RVZ. Die zeggen dat meer dan 70% van de patiënten met de dokter wil communiceren via internet. Ja, dat is allemaal heel leuk, maar als het puntje bij paaltje komt en je legt alle patiënten een brief voor en je hangt posters in de wachtkamer en iedereen die je aan de telefoon krijgt vertel je dat het ook via Internet mogelijk is contact op te nemen. Dan is er heel veel ophef en uiteindelijk zie je dan, ja dat alle patiënten het wel willen maar bijna niemand er gebruik van maakt. Zelfs als je er heel veel ophef aan geeft en iedereen een brief stuurt dan nog blijken het maar 10, 20, 30 e-consulten per week te zijn. Ik bedoel, het gaat maar om kleine getallen. En bij ons ging het om hoogstens 3 á 4 consulten per week. En de angst dat de werkdruk toeneemt, is echt complete onzin.” (Huisarts 2).

Daarnaast wordt binnen dit verhaal positief gesproken over de mogelijkheid om binnen het patiëntenportal een ruimte te reserveren waarin onderzoeksgegevens ingevoerd en gepresenteerd kunnen worden voor en door chronische zieken. Dit maakt het mogelijk dat de patiënt op elk moment van de dag zijn ziekteverloop op illustratieve wijze kan bekijken. Dit heeft twee voordelen. Ten eerste krijgen zij op deze manier meer verantwoordelijkheidsgevoel over hun ziekte. De kennis die zorgvragers op deze manier vergaren leidt tot een gevoel van macht en daardoor controle van de patiënt over zijn leven en patiënten. Dit gevoel verbetert de ziektebeleving van de patiënt en daardoor zal hij zich beter voelen. Ten tweede kan het als optimalisatie van de ketenzorg¹⁵ dienen. Wanneer mensen voor een driemaandelijke controle hun waarden invoeren, kunnen deze worden beoordeeld door de huisarts of de praktijkverpleegkundige. Aan de hand daarvan kan besloten worden of de patiënt daadwerkelijk op controle moet komen, of dat hij een keer over kan slaan. Op deze manier kan de zorg toch op individueel niveau blijven plaatsvinden.

Het maken van afspraken via het Internet wordt onder bepaalde voorwaarden ook gezien als een kans om de werkdruk van de praktijkassistentes te laten afnemen en de bereikbaarheid van de praktijken te

¹⁵ Chronische zieken worden in een zorgketen geplaatst waarin heel strak volgens richtlijnen en protocollen wordt gehandeld. Deze term is ontstaan met de komst van de DBC's.

vergroten. Wat wel als voorwaarde wordt gesteld is dat de praktijkassistent er in het proces blijft zitten om controle uit te oefenen op de agenda. Hieronder wordt een ervaringsverhaal weergegeven:

“Op dit moment kunnen mensen half een afspraak maken via Internet. Ze kunnen aangeven bij wie ze een afspraak willen, wat de klacht is en wanneer. Ze kunnen het nog niet zelf inblokken. De assistent belt ze de volgende dag op aan de hand van de klacht en de voorkeur. Op dat moment is ze al bij de juiste patiënt wanneer ze deze belt en kan ze makkelijk een afspraak inplannen. De patiënt wordt altijd een dag later gebeld tussen 8 en 10. Bij noodgevallen is het niet mogelijk, maar dan is het logisch dat ze toch wel bellen. Dat gaat vanzelf.” (Huisarts 4)

Ten slotte wordt binnen dit verhaal positief gesproken over een rol voor Internet om het contact tussen de eerste en tweedelijnszorg te verbeteren en te versnellen. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de systemen op elkaar zijn aangesloten. Tevens is het noodzakelijk dat men goed en frequent documenteert. Alleen dan is het mogelijk om de communicatie te versnellen. In meerdere huisartsenpraktijken is een samenwerkingsverband gesloten met het ziekenhuis in de regio waar veel patiënten heen gestuurd worden. Door samen te praten zijn er al een aantal innovatieve internettoepassingen ontwikkeld die de zorg versnellen en daardoor verbeteren. Innovaties zijn nodig binnen de zorg. Stilstand is achteruitgang en in een veranderde wereld is het niet goed om als huisarts stil te staan.

Één van de ontwikkelingen is dat de patiënt die een onderzoek heeft laten doen in het ziekenhuis een inlogcode met wachtwoord mee naar huis krijgt. Daarmee kan hij naar de huisarts, waar ze samen in kunnen loggen om de resultaten te bekijken. Huisartsen zien graag dat deze toepassing verder wordt doorontwikkeld, zodat de patiënt de mogelijkheid krijgt zijn dossier in te zien. Op deze manier kan de zorgconsument er zelf controle op uitoefenen. Wat daarbij wel belangrijk is dat het zeer goed beveiligd is, zodat de privacy van de patiënt niet in het geding komt. Het moet niet mogelijk zijn dat andere onbevoegde partijen de informatie kan inzien.

Tevens zijn er ontwikkelingen dat het verwijzen versneld. Op dit moment gaat dit nog via de fax, maar dat gaat via een soort intranet verlopen:

“Er is ook een mooie, een paar jaar geleden is er iets opgezet dat heet Roosendaals verwijzen. Dat houdt in dat als wij willen verwijzen, dan sturen wij gewoon een fax naar het ziekenhuis, en dan krijgt de patiënt een uitnodiging thuis. Kijk, je hoeft dan ook niet tijdens een spreekuur een brief te maken en die mee te geven. Dat kun je allemaal in de tussenuurtjes doen. Dit gaat nu ook via het Internet verlopen. Dat maakt het nog sneller en betrouwbaarder. Tevens deel je dan je tijd veel efficiënter in.” (HIO3)

5. Analyse van de verhalen

5.1. Inleiding

In hoofdstuk drie is beschreven dat in verhalen argumentatiestrategieën ontdekt kunnen worden die de attitude van mensen duidelijk kunnen maken. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke argumentatiestrategieën te ontdekken zijn in het zorginhoudelijke en het commerciële verhaal.

Dit zal geordend worden weergegeven aan de hand van de thema's die in de hoofdstuk vier zijn onderscheiden in de beschreven verhalen. Daarbij is gelet op het taalgebruik dat gebruikt wordt door huisartsen om de argumenten kracht bij te zetten.

Ten slotte zal bekeken worden of er significante verschillen te onderscheiden zijn tussen de huisartsen in opleiding en de ervaren huisartsen.

5.2. De huisarts-patiëntrelatie

Binnen beide verhalen zijn niet over dit thema niet direct argumentatiestrategieën te ontdekken. Wel is het belangrijk te analyseren wat de verschillen tussen de verhalen zijn over de huisarts-patiëntrelatie. De manier van betekenisgeving aan de professie van de huisarts en de huisarts-patiëntrelatie heeft namelijk invloed op het handelen en op de beleving van de invloed van Internet in de huisarts-patiëntrelatie. Dit staat aan de basis van het vervolg van beide verhalen.

Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt de huisarts gedefinieerd als 'huisarts' in de letterlijke zin van het woord. Het wordt belangrijk gevonden om dicht bij de patiënt te staan en een actieve rol in te nemen binnen de relatie. Idealiter moet de relatie gelijkwaardig zijn, waarin overleg plaatsvindt over de diagnose en behandelmethode. Daarin geeft de huisarts duidelijk zijn mening weer en wordt er onderhandeld over waarden en normen. Zowel de huisarts als de patiënt zijn verantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt. Deze definiëring van de huisarts-patiëntrelatie is gelijk als het type relatie dat Roter de wederkerige relatie noemt.

Wanneer binnen dit verhaal over veranderingen wordt gesproken, staat het zorgbehoud voorop. Er moet gestreefd worden naar een stabiele kwaliteit. Deze visie leidt ertoe dat men minder positief tegenover ontwikkelingen staat die proactief binnen de huisartsenpraktijk worden geïntegreerd.

Binnen het commerciële verhaal wordt de huisartsenpraktijk gezien als een 'onderneming' waar 'zorgvragers' diensten afnemen. De ideale huisarts is een arts die een informerende rol naar patiënten toe heeft. Binnen de relatie is vertrouwen heel belangrijk. Dit leidt er namelijk toe dat de patiënt de huisarts als objectieve bron van informatie erkent en naar hem toe zal gaan, wanneer hij zorgklachten heeft. De patiënt heeft de controle en de verantwoordelijkheid over zijn gezondheid en over hetgeen wat er met zijn lichaam gebeurt. De relatie is idealiter vormgegeven vanuit het consumerisme dat

Roter onderscheidt in zijn typologie. Tevens wordt gedacht dat binnen het ‘bedrijf’ bewust moet worden nagedacht over investeringen die gericht zijn op kwaliteitsverbetering of die de organisatie van de zorg efficiënter of goedkoper maken. Hieruit blijkt dat binnen dit verhaal progressiever wordt gesproken over ontwikkelingen deze huisartsen sneller experimenteren met nieuwe toepassingen in de huisartsenpraktijk.

5.3 Invloeden van buitenaf en de professionele autonomie

Wanneer over de veranderde omgeving wordt gesproken komt vooral aan het licht dat de stijging van het aantal chronische patiënten, de komst van de DBC's en de invloed van zorgverzekeringen in het voorschrijfgedrag veel invloed hebben op het handelen van de huisarts. Dit heeft vooral te maken met de sterke toename van het aantal richtlijnen en protocollen. Binnen beide verhalen wordt erkend dat de professionele autonomie van de huisarts afneemt. Echter wordt er verschillend betekenis aangegeven en daardoor worden er verschillende argumentatiestrategieën ingezet.

In het zorginhoudelijke verhaal zijn argumenten te onderscheiden, waarbij een scheiding te zien was in beleving tussen huisartsen in opleiding en ervaren huisartsen.

In het zorginhoudelijke verhaal gaven huisartsen in opleiding aan dat een voordeel van de protocollen en richtlijnen dat het verduidelijkt hoe je in bepaalde situaties moet handelen. Op deze manier kan kwaliteit van zorg gegarandeerd worden voor alle mensen met een bepaalde aandoening en is duidelijk hoe en wat gecommuniceerd moet worden naar de patiënt. Dit is een organisatorisch argument waarin de wenselijkheidthese van Hirschman te herkennen is. de maatregelen kunnen de al goede relatie versterken, doordat de voorlichting en de zekerheid over het handelen wordt verbeterd.

Wat als groot nadeel naar voren komt binnen ditzelfde verhaal is dat het de individuele zorg in gevaar brengt. De huisartsenzorg moet individueel van aard zijn. Tevens is het streven om meer vraaggestuurde zorg te kunnen leveren. Dit is echter niet mogelijk, wanneer iedereen hetzelfde behandeld worden en meer als nummer wordt gezien dan als patiënt. Huisartsen hebben daardoor minder de mogelijkheid te onderhandelen over verschillende waarde en normen. Dit leidt tot een gevoel dat de professionele autonomie en daarmee de positie van de huisarts afneemt. Dit kan als een argumentatiestrategie van de perversiteit worden gezien. Men tracht door de ontwikkelingen de zorg beter te maken en meer aan de vraag van de patiënt tegemoet te komen, maar het zal juist leiden tot een kwaliteitsvermindering.

In het commerciële verhaal wordt net als in het zorginhoudelijke verhaal erkend dat door de toename van het aantal richtlijnen de professionele autonomie van de huisarts afneemt. Dit wordt echter niet als een bedreiging gezien voor de professie van de huisarts, omdat binnen dit verhaal de huisarts zich een informerende in plaats van een adviserende rol toebedeeld. De patiënt heeft de controle over de

beslissingen. De richtlijnen kunnen de positie van de patiënt alleen versterken, doordat zij meer zicht en daardoor hebben op het proces. Dit argument wil ik als een positioneringsargument benoemen, omdat het gericht is op de positie van de huisarts. Wanneer je het argument naast de argumentatiestrategieën van Hirschman legt, is de wenselijkheidthese te ontdekken.

Tevens wordt binnen het commerciële verhaal de argumentatie van de huisartsen in opleiding gevolgd die organisatorisch van aard is. Er wordt gezegd dat protocollen ertoe leiden dat iedereen hetzelfde behandeld wordt met een bepaalde aandoening. Daardoor wordt de zorg inzichtelijker en beter controleerbaar waardoor de kwaliteit toeneemt. Dit idee komt voort uit de gedachte dat de maatregelen als noodzakelijk worden gezien om de zorg betaalbaar te houden. Hier moeten huisartsen actief aan mee helpen. In deze argumenten zit het argument van de onvermijdelijkheid verstopt. Maatregelen zijn nodig om de zorg betaalbaar te laten en volgens de vertellers van het commerciële verhaal worden de nieuwe ideeën goed uitgedacht met behulp van pilots en laten resultaten zien dat de ontwikkeling duidelijk positief is. Hierbij komt het argument van de haalbaarheid aan het licht. In het commerciële verhaal wordt geopperd dat huisartsen niet zo hypochondrisch moeten zijn tegen over veranderingen. Er gaat een lang denkproces aan de maatregelen vooraf.

5.4. Het zoekgedrag van de patiënt

In beide verhalen komt naar voren dat de patiënt mondiger is geworden en dat zij door de grote toegankelijkheid meer kennis (denken te) hebben.

In beide verhalen wordt positief gesproken over de toegenomen kennis, omdat huisartsen daardoor meer informatie kunnen geven tijdens de consulten. Patiënten zullen meer snappen door de kennis die zij al hebben opgedaan. Dit kan de kwaliteit van de zorg dus verbeteren. Dit argument kan daardoor gezien worden als een wenselijkheidargument.

Wel wordt in beide verhalen verteld dat veel informatie die te vinden is op Internet onjuist is. Patiënten zijn niet in staat om objectieve informatie van 'slechte' informatie te onderscheiden. Ook worden forums vaak serieus genomen. Deze worden als 'gevaarlijk' bestempeld. Een nadelig effect hiervan is dat mensen ideeën in hun hoofd hebben die niet altijd kloppen. Het kost veel tijd om al gevormde ideeën te ontkrachten. Binnen het zorginhoudelijke verhaal worden patiënten die hardnekkig vasthouden aan hun ideeën angstige mensen genoemd. In het commerciële verhaal worden ze de eisende patiënt benoemd. Men handelt op dezelfde wijze. Men probeert de patiënt mee te nemen in het denkproces tijdens het lichamelijk onderzoek en het gesprek, om samen met de patiënt ziekten uit te sluiten. Op deze manier probeert de huisarts de patiënt gerust te stellen. Binnen het commerciële verhaal wordt duidelijk dat men door de duidelijke voorlichting tevens het doel heeft om de patiënt zo in te lichten dat hij de volgende keer niet onnodig op consult komt, of dat hij weet hoe hij in een bepaalde situatie zelfzorg kan toepassen. In beide verhalen komt naar boven dat zij verwachten dat het

zoekgedrag van patiënten alleen zal toenemen en ook het aanbod van gezondheidsinformatie. Vanuit het argument van onvermijdelijkheid geven zij aan dat maatregelen genomen moeten worden om de patiënt te leiden naar betrouwbare informatie. Dit is nodig om mensen niet onnodig angstig te maken.

De oplossingen die zij aandragen zijn verschillend. Binnen het zorginhoudelijke verhaal is een maatregel bedacht die reactionair van aard is. Er wordt aan een keurmerk gedacht, dat gegeven wordt aan objectieve, duidelijke websites voor patiënten.

De maatregel binnen het commerciële verhaal is meer pro-actief. Hierin wordt innovatief nagedacht over hoe zij het Internet zelf kunnen gebruiken om het zoekgedrag te sturen. De huisartsen ontwikkelen actief uitgebreide websites met links naar goede kwaliteit websites.

5.5. De mondige burger en de positie van de huisarts

In beide verhalen wordt gesteld dat de houding van de patiënten tegenover de huisarts inderdaad is veranderd. Het is niet zozeer dat patiënten hiervoor nooit met informatie in de spreekkamer kwamen, maar de bronnen waar zij informatie kunnen vinden zijn met de komst van het Internet erg toegenomen. Tevens is de algemene houding van de burger veranderd. Men wil meer inspraak hebben en meer op de wenken bediend worden.

In vorige paragraaf wordt aangegeven dat binnen beide verhalen het argument van de wenselijkheid wordt gebruikt om een positieve attitude tegenover de toegenomen kennis weer te geven. Het wordt voor huisartsen mogelijk om de patiënt beter en dieper voor te lichten.

In het commerciële verhaal wordt hetzelfde wenselijkheidargument verder uitgebouwd. De toegenomen informatietoegankelijkheid vergroot de kennis van patiënten en daarmee verbetert de positie van patiënten. Zorgconsumenten kunnen zelf op zoek naar het zorgaanbod. Op deze manier hebben zij hun gezondheid en ziekteverloop zelf meer in de hand. Hierdoor voelen zorgvragers zichzelf vaak al veel prettiger en zullen zij als de huisarts de mogelijkheid biedt om eigen initiatieven uit te voeren meer tevreden zijn. Het wordt niet als bedreiging gezien voor hun professie, omdat zij zichzelf een informatieve rol hebben toebedeeld. Zij zien het als hun taak om de gevonden informatie objectief te beoordelen en vervolgens de patiënt te stimuleren in de keuze die hij maakt.

Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt het argument bestreden met een bedreigingargument dat Hirschman onderscheidt. Binnen dit verhaal wordt huiverig tegen nieuwe informatie over bijvoorbeeld nieuwe behandelmethodes aangekeken. Er bestaan zoveel onderzoeken naar nieuwe behandelmethoden, waar de kwaliteit ervan nog lang niet is bewezen. Er wordt beargumenteerd dat zij door gebrek aan kennis de kans op genezing niet kunnen inschatten voor de patiënt. Omdat binnen dit verhaal de huisarts zichzelf verantwoordelijk stelt voor de gezondheid van de patiënt heeft deze sneller de neiging de patiënt veel gebruikte behandelmethodes te adviseren. Als patiënten absoluut zelf de keuze willen

maken over een behandelmethode wordt dat als een afname van de professionele autonomie ervaren vanuit het denken over de huisarts in het zorginhoudelijke verhaal.

5.6. Internet binnen de huisartsenpraktijk

Binnen beide verhalen had men ervaring met het gebruik van Internet in de huisartsenpraktijk.

Er is een duidelijk verschil te zien in betekenisgeving aan de ontwikkelingen op het gebied van E-health tussen de vertellers van de twee verhalen. In de argumentatie die de attitude blootlegt zijn argumentatiestrategieën te vinden die Hirschman onderscheidt.

Binnen het zorginhoudelijke verhaal zijn de reactionaire argumentatiestrategieën te ontdekken. Ten eerste wordt het argument van de perversiteit ingezet om de houding tegenover het E-consult weer te geven. Er wordt beargumenteerd dat het E-consult afbreuk doet aan de opgebouwde relatie, omdat het persoonlijke contact hierdoor verdwijnt. Dat maakt het lastiger om actief de relatie goed vorm te geven. Tevens geven huisartsen in opleiding aan dat de kwaliteit af kan nemen, omdat je met minder beschikbare informatie een advies geeft aan een patiënt. Dit vergroot de kans op fouten. De kans is groter dat er miscommunicatie plaatsvindt tussen de patiënt en de huisarts.

De argumentatie van deze huisartsen in opleiding is dat een huisarts geen tijd en de mogelijkheid heeft om alle ziekten te onderzoeken en uit te sluiten zoals een specialist dat kan. Een huisarts moet een beperkte hoeveelheid informatie interpreteren en vervolgens samen met de patiënt een besluit nemen. Daar komt ook een stuk gevoel bij krijgen. Daarvoor is ervaring nodig en een langdurige relatie met de patiënt vergemakkelijkt dat. Dit missen de huisartsen in opleiding.

Ook de bedreigingstrategie is duidelijk zichtbaar in het zorginhoudelijke verhaal. De mogelijkheid tot het inplannen van afspraken via Internet wordt als negatieve ontwikkeling weergegeven. Deze E-toepassing zorgt ervoor dat huisartsen de controle over de agenda verliezen.

Hierbij wordt aangehaald dat de opgeleide praktijkassistente er niet voor niets is. Tevens geeft men aan dat de triage die pas sinds enkele jaren bestaat en een kwaliteitsverbetering opgeleverd heeft. Deze verbetering zou teniet gedaan worden, wanneer je het agendabeheer bij de patiënten zou leggen.

Binnen het commerciële verhaal wordt positiever over de internettoepassingen in de huisartsenpraktijk gesproken. Er was al ervaring opgedaan met verschillende E-toepassingen door actief mee te doen in pilots. Ook werden verschillende diensten al actief aangeboden. Er komen binnen dit verhaal meer progressieve argumentatiestrategieën naar voren. Echter wordt één reactionaire argumentatiestrategie ingezet om een tegenargument te ontkrachten.

Het futiliteitargument wordt ingezet om de angst weg te nemen bij huisartsen die beargumenteren dat het heel tijdrovend zou zijn. Volgens deze huisartsen kost het helemaal niet meer tijd, omdat het E-consult nooit een grote vlucht zal nemen. Men moet rekenen op een paar mailtjes per dag die

makkelijk tussen de consulten door af te handelen zijn. Naast dit argument zijn ook wenselijkheidargumenten zichtbaar. Het aanbieden van het E-consult is namelijk een toevoeging aan de dienstverlening voor het kleine percentage dat daarin geïnteresseerd is. Op deze manier kan beter vraaggestuurd gewerkt worden en zal de patiënt meer tevreden zijn. Tevens kan het de bereikbaarheid van de huisartsen vergroten, omdat men minder snel belt met kleine vragen.

Wat als belangrijke voorwaarde wordt gegeven aan het E-consult is dat de privacy van de patiënt gewaarborgd moet kunnen blijven. Hiervoor wordt een ethisch argument ingezet. Het contact moet in een beveiligde omgeving plaatsvinden. De e-mail is dus geen optie, omdat hier gegevens snel kunnen lekken naar derden. Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt dit als reden aangegeven waarom je in het algemeen beter geen E-healthtoepassingen moet implementeren, waarin direct contact plaatsvindt tussen de huisarts en de patiënt.

Bij de ontwikkeling om afspraken in te plannen via het Internet gaat het commerciële verhaal mee met het zorginhoudelijke verhaal. Een triage is nodig om een goede doorstroom in de consulten te hebben. Echter wordt binnen het verhaal een positieve draai aan de ontwikkeling gegeven. Deze toepassing kan namelijk wel de dienstverlening verbeteren, wanneer patiënten via Internet kunnen aangeven voor welke klacht zij een consult willen aanvragen. De assistent ontvangt deze berichten en plant vervolgens een definitieve afspraak. Dit kan de bereikbaarheid van de praktijk verbeteren en het kan de werkdruk van de assistentes verlagen. Binnen deze argumentatie zit de wenselijkheidthese. Wanneer deze dienst goed geïmplementeerd wordt, kan de dienstverlening efficiënter en daardoor beter verlopen.

Vanuit het beeld dat patiënten zelf de verantwoordelijkheid kunnen dragen over hun gezondheid wordt in het commerciële verhaal ook gesproken over de mogelijkheid van een patiëntenportal waar mensen zelf kunnen inloggen om hun ziekteverloop te bekijken op een illustratieve manier. Aan de hand van deze toepassing kunnen de richtlijnen en DBC's meer individualistisch worden toegepast, wat de kwaliteit van deze ontwikkeling verbeterd. Dit argument is organisatorisch van aard en kan als een wenselijkheidthese bestempeld worden. Tevens wordt een wenselijkheidargument genoemd dat voortkomt uit de betekenisgeving aan huisarts-patiëntrelatie die specifiek is voor dit verhaal. Zij geven namelijk aan dat de ontwikkeling van een patiëntenportal de positie van de patiënt kan versterken. Op deze manier krijgt deze een meer controle over zijn ziekteverloop.

Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt anders betekenis gegeven aan de rol van de huisarts binnen de huisarts-patiëntrelatie. Dit heeft invloed op de attitude van hen tegenover deze E-toepassing. Binnen dit verhaal wordt gesteld dat de internettoepassingen die het ziekteverloop illustratief kunnen weergeven een positief zijn, omdat huisartsen op deze manier een nieuw instrument heeft om de

patiënt actief te stimuleren tot het trouw zijn aan hun therapie. In tegenstelling tot in het commerciële verhaal wordt hier het beeld geschapen dat het de positie van de huisarts kan versterken.

Beide gebruiken echter wel de wenselijkheidthese om te duiden dat zij positief tegenover deze E-toepassing biedt.

Ten slotte wordt binnen beide verhalen gesproken over E-toepassingen die de communicatie tussen de eerstelijnszorg en tweedelijnszorg kan verbeteren. In beide verhalen komt het wenselijkheidargument naar voren door middel van het verhaal over de versnelling en daardoor verbetering van het contact met de afdeling dermatologie. In dit verhaal wordt het Internet als hulpmiddel aangegeven om de dienstverlening digitaal plaats te laten vinden. De huisarts vervult hier een echte poortwachterfunctie. Hiermee bedoel ik dat de coördinatie en het contact met de patiënt in zijn handen ligt. Hij maakt de foto's van de huid, stuurt deze naar de dermatoloog en de diagnose communiceert hij zelf aan de patiënt. Wat wel als voorwaarde wordt gezien is dat iedereen op een goede manier documenteert en de administratie up-to-date houdt. Men geeft aan dat binnen ziekenhuizen de administratie soms 3 maanden achterloopt, waardoor uitslagen toch niet snel binnenkomen.

5.7. Verschillen tussen verhalen van de Huisartsen in opleiding en ervaren huisartsen

In de opzet van dit onderzoek is bewust gekozen om huisartsen in opleiding en huisartsen te onderscheiden. Kenmerkend voor de huisartsen in opleiding is dat zij allemaal jonger dan 35 zijn en daardoor tot de door Alch benoemde net-generatie behoren. Wanneer echter beide verhalen worden vergeleken, dan hebben huisartsen in opleiding gemiddeld een negatievere attitude tegenover E-healthtoepassingen dan huisartsen. Tevens ervaren zij meer problemen met de mondige ongeruste burger. Dit kan voortkomen uit het gemis van een langdurige relatie met de patiënt, waarin wederzijds vertrouwen heel belangrijk is. In de verhalen van de huisartsen in opleiding kwam naar voren dat zij deze nog niet hebben kunnen opbouwen, waardoor zij minder snel zeker van zichzelf zijn dat ze informatie goed geïnterpreteerd hebben en het juiste advies geven. Hieronder wordt dit geïllustreerd in een quote:

“Het is wel de bedoeling mensen te overtuigen en goed te informeren met objectieve informatie, en slechte informatie te ontkrachten. Dat is de bedoeling. En vaak lukt dat ook wel hoor. Maar niet altijd. Kijk, ze weten toch dat ik huisarts in opleiding ben en kennen me nog niet lang. Dan heb je toch net even iets minder autoriteit dan wanneer je een huisarts bent met grijze haren” (HIO 1).

Huisartsen gaven ook aan dat patiënten door ervaringen die je samen meemaakt meer gaan vertrouwen en de informatie die je neemt serieuzer nemen. Tevens kan het zijn dat huisartsen in opleiding meer informatie nodig hebben van de patiënt om deze goed te kunnen lezen dan ervaren huisartsen. Daarom hechtten zij meer belang aan het toepassen van hoor- en wederhoor van de huisarts. Binnen het verhaal

van de huisartsen in opleiding werd vaak gepraat over 'het bang zijn voor een foute overhaaste conclusie', en het 'proberen te verkrijgen van een compleet beeld van de patiënt.' Binnen het verhaal van de huisartsen wordt ook gestreefd om een compleet beeld te krijgen, maar zij hebben vaak al een veel beter beeld van de patiënt door de langdurige relatie, en hebben sneller voldoende informatie om een diagnose te stellen.

Ten slotte wordt als reden gegeven dat zij nog niet bewust nadenken over de mogelijkheid van Internet in de huisartsenpraktijk, omdat het nog niet goed in de opleiding is geïntegreerd. Ze krijgen wel communicatielessen waarin de mondige eisende burger naar voren komt. Deze cursussen zijn er echter altijd al geweest en zijn niet mee veranderd met de veranderde burger die nu veel meer informatie tot zijn beschikking heeft. Tevens wordt binnen de opleiding geen aandacht besteed aan internettoepassingen. Hooguit aan één of twee instituten worden gastcolleges over E-health gehouden door medewerkers van het NHG.

De ervaren huisartsen praatte over het algemeen wat bedrijfsmatiger over het uitvoeren van het huisartsenvak. Zij gaven duidelijk aan dat je een onderneming leidt waarin kostenbewust investeren heel belangrijk is. Omdat huisartsen het vak al een aantal jaar beoefenen zijn zij al zekerder van de kwaliteit zorg die zij leveren en kunnen zij hun handelen beter beoordelen. Dit maakt wellicht dat zij verder kunnen gaan denken dan zorgbehoud en zich bezig gaan houden met innovaties.

Ik één huisarts geïnterviewd die ouder was dan 55. Zijn verhaal paste in tegenstelling tot de andere ervaren huisartsen bijna volledig binnen het zorginhoudelijke verhaal. Daarvoor gebruikte hij andere argumenten dan de andere huisartsen (in opleiding). Hij zag de ontwikkelingen als golfbewegingen die ze door zouden moeten gaan, maar dat vanzelf zou blijken dat de nu getroffen maatregelen slecht voor de kwaliteit zouden zijn en vanzelf weer teruggedraaid worden. Hierin is het futiliteitargument te herkennen. Hij noemde hierbij niet alleen ontwikkelingen van buitenaf, maar ook de ontwikkeling dat steeds meer huisartsen in deeltijd gaan werken en er nog heel veel naast willen doen. Dit is in de ogen van deze huisarts onmogelijk bij het goed beoefenen van de professie. Je moet als huisarts dicht bij de patiënt staan en in zijn ogen is een nodig bij patiënten dat zij het gevoel hebben dat zij altijd op de huisarts kunnen bouwen, wanneer zij hem nodig hebben. Wanneer dat gevoel er is zal er ook meer respect vanuit hun kant komen.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de in dit onderzoek gepresenteerde bevindingen, een antwoord worden gegeven op de centrale onderzoeksvraag die in de inleiding werd geïntroduceerd.

Hierbij ben ik mij ervan bewust dat vanuit mijn interpretatieve onderzoeksbenadering de resultaten tot stand zijn gekomen in interactie met de participanten. De resultaten zijn daarom niet objectief maar het zijn mijn interpretaties van de sociale werkelijkheid.

Daarnaast zal gereflecteerd worden op dit onderzoek en zullen er een aantal mogelijkheden voor verder onderzoek worden aangedragen.

6.1. Beantwoording centrale onderzoeksvraag

De hoofdvraag die ik probeer te beantwoorden, luidt:

Hoe beleven huisartsen en huisartsen in opleiding de komst van Internet en hoe beïnvloedt dit hun dagelijkse handelen in relatie tot de patiënten?

Voor de beantwoording van deze vraag heb ik een narratieve onderzoeksbril opgezet. Voordat ik de praktijk in ben gegaan heb ik in hoofdstuk twee eerst een contextanalyse gemaakt om in beeld te krijgen met welke veranderingen in de samenleving en de zorg huisartsen te maken hebben. Tevens is in dit hoofdstuk duidelijk geworden wat kenmerken zijn van de huisarts-patiëntrelatie en hoe deze relatie op verschillende manieren vormgegeven kan zijn.

Vervolgens diende hoofdstuk drie om mijn narratieve onderzoeksbenadering toe te lichten en om een analysekader te bouwen dat gebruikt zou worden bij de analyses van de individuele verhalen. Door de verhalen te analyseren op story Lines en argumentatiestrategieën, waarbij gelet werd op het woordgebruik kon de attitude van huisartsen tegenover de invloed Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk ontrafeld worden.

Uit de analyse van de individuele verhalen kwamen twee verhaallijnen tevoorschijn, waarin verschillend betekenis wordt gegeven aan de professie van de huisarts en de huisarts-patiëntrelatie. Deze twee verhalen heb ik geconstrueerd in hoofdstuk vier. Binnen het ene verhaal wordt de huisarts heel letterlijk gedefinieerd als 'huisarts'. Een langdurige relatie met de patiënt, individuele zorg en kwaliteit van de zorg door zorgbehoud stonden hierbij voorop. De relatie met de patiënt wordt binnen dit verhaal idealiter vormgegeven volgens het door Roter benoemde wederkerig type relatie. Huisarts en patiënt hebben daarbinnen een gelijke relatie en hebben samen de verantwoordelijkheid over de gezondheid van de patiënt.

Binnen het tweede verhaal wordt veel commerciëler gesproken over de professie van de huisarts. De huisarts heeft een onderneming die hij moet leiden. Daarbij staan kwaliteit, efficiëntie, kostenbewust investeren en zorgontwikkeling centraal. Binnen dit verhaal wordt de ideale huisarts-patiëntrelatie omschreven als een die te vergelijken is met het consumerisme dat Roter omschrijft. De huisartsen hebben weinig macht, wanneer het gaat over de beslissingsbevoegdheid over behandelmethoden. De huisarts heeft een informatieve rol en de patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn keuzes en zijn gezondheid.

De beleving van de professie van de huisarts heeft invloed op de attitude over de invloed van de ontwikkelingen in de samenleving op de professionele autonomie van huisartsen en de invloed van Internet in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Dit werd zichtbaar, doordat er binnen de twee verhaallijnen vaak verschillend over gesproken werd. Binnen de verhalen werden verschillende argumenten ingezet. Binnen beide verhalen waren positioneringargumenten, organisatorische argumenten en ethische argumenten te herkennen. Binnen deze argumenten waren duidelijk argumentatiestrategieën van Hirschman te ontdekken.

Binnen het eerste, zorginhoudelijke, verhaal werd pessimistischer aangekeken tegenover ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg dan binnen het commerciële verhaal. Er waren binnen dit verhaal daarom ook beduidend meer reactionaire argumentatiestrategieën te ontdekken dan in het tweede verhaal, waar meer progressieve argumentatiestrategieën zichtbaar werden. Het is echter niet zo dat in beide verhalen totaal verschillend over de ontwikkelingen werd gedacht. Hieronder zullen de belangrijkste overeenkomsten en verschillen worden weergegeven. Hieruit zal duidelijk worden hoe de invloed van Internet op de huisartsenpraktijk wordt beleefd.

Huisartsen ervaren over het algemeen de beter geïnformeerde patiënt als positief. De extra basiskennis leidt ertoe dat zij dieper op onderwerpen in kunnen gaan tijdens het consult. Dit is zeer wenselijk, omdat een zeer belangrijk deel van het vak het voorlichten van patiënten inhoudt. Het is echter niet zo dat alleen de komst van Internet ertoe heeft geleid dat de patiënt beter geïnformeerd is. De ontwikkeling was al langer gaande en Internet is één van de informatiebronnen. Een negatief aspect van de informatietoegankelijkheid is dat er op het Internet heel veel informatie te vinden is van slechte kwaliteit. Binnen beide verhalen werd hetzelfde gesproken over de manier waarop je als huisarts moet handelen bij een patiënt die voor een consult informatie heeft gezocht op Internet.

Het is belangrijk om te achterhalen waar de patiënt de bron van de informatie is en wat zijn ideeën en angsten zijn. Dit is een voorwaarde wanneer de huisarts een patiënt mee wil kunnen nemen in het denkproces en met rationale argumenten weergeven, waarom die informatie wel of niet passend is voor zijn of haar situatie. Tevens wordt in beide verhalen gezegd dat je als huisartsen maatregelen

moet nemen om het voor patiënten makkelijker te maken 'goede' van 'slechte' websites te onderscheiden.

De toegenomen kennis bij patiënten heeft de positie van patiënten verbeterd. Binnen het zorginhoudelijke verhaal werd deze ontwikkeling als negatief ervaren. Er werd beargumenteerd dat dit ertoe zou leiden dat patiënten de adviezen van de huisarts niet altijd meer voor waar aan zouden nemen en dat huisartsen op deze manier minder invloed kunnen uitoefenen op de besluitvorming. Binnen het commerciële verhaal werd juist positief gesproken over deze ontwikkeling, omdat extra kennis het de patiënt vergemakkelijkt om een actieve houding aan te nemen in de relatie met de huisarts en om zelf keuzes te maken.

Binnen de twee verhalen zijn overeenkomsten en verschillen te ontdekken over de manier waarop de komst van E-healthtoepassingen wordt beleefd.

Over E-consult wordt binnen het zorginhoudelijke verhaal negatief gesproken. Het E-consult kan de volgens dit verhaal ideale gelijkwaardige relatie in gevaar brengen. In een gelijkwaardige relatie is persoonlijk contact nodig, waarin gediscussieerd kan worden over verschillende waarde en normen, voordat een besluit over een behandelmethode kan worden genomen. De vertrouwensband zal via digitaal contact afnemen.

Binnen het commerciële verhaal is men onder bepaalde voorwaarde positief over het E-consult. Het E-consult zal nooit het normale consult vervangen maar kan wel als extra dienstverlening de kwaliteit van de huisartsenzorg verbeteren. Je voldoet daarmee aan de vraag van de groep mensen die hierin geïnteresseerd is. Wel kan het E-consult alleen een succes worden wanneer het in een beveiligde omgeving plaatsvindt, zodat de privacy van de patiënt gewaarborgd wordt. Tevens kan het alleen plaatsvinden naar aanleiding van een persoonlijk consult en bij een bepaald type vraag.

Tevens biedt deze beveiligde omgeving de kans voor patiënten om hun ziekteproces zelf in de gaten te houden en op deze manier controle kunnen houden op het ziekteverloop. Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt een dergelijke patiëntenportal als negatief bestempeld, omdat daardoor de machtspositie van de huisarts zal verslechteren. Er wordt echter wel positief aangekeken tegen de mogelijkheid van dit portal om resultaten illustratief weer te geven. Dit kan de positie van de huisarts versterken, omdat zij meer middelen hebben om de patiënt uitleg te geven en daardoor de patiënt kunnen stimuleren om therapietrouw te zijn.

Ook wordt betekenis gegeven aan de mogelijkheid om afspraken te maken via internet. Dit kan een toevoeging van de dienstverlening zijn, zolang er een assistente tussenstaat die de afspraken controleert en bevestigt. Dit is nodig om controle op de agenda te houden en de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg te garanderen.

Ten slotte werd binnen beide verhalen duidelijk dat huisartsen een positieve attitude hebben over de mogelijkheden om de communicatie tussen de eerstelijnszorg en tweedelijnszorg te verbeteren. Dit leidt tot een algemene verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg.

Binnen de verhalen is niet een lijn te ontdekken dat huisartsen in opleiding anders betekenis geven aan de ontwikkeling dan huisartsen. Binnen mijn resultaten hadden huisartsen in opleiding vaker zorginhoudelijke argumentlijnen en stonden zij negatiever tegenover de komst van E-healthtoepassingen. Een verklaring hiervoor is dat zij nog niet een langdurige relatie hebben kunnen opbouwen met de patiënt en de ervaring missen om zeker te zijn van de kwaliteit die zij leveren. De ervaren huisartsen hebben dit wel. Die basis kan nodig zijn om na te denken over innovaties om actief te kwaliteit te verbeteren.

Samenvattend

De situatie in de huisartsenpraktijk is inderdaad veranderd. Patiënten zijn mondiger geworden en beter geïnformeerd en er vinden ontwikkelingen plaats op het gebied van E-health. Er wordt verschillend betekenis gegeven aan de ontwikkelingen door de huisartsen. Deze verschillen worden duidelijk in de twee verhalen die zijn geconstrueerd. Binnen het zorginhoudelijke verhaal wordt pessimistischer gesproken over de ontwikkelingen, omdat dit de positie van de huisarts in de relatie met de patiënt kan verslechteren. Echter worden een aantal ontwikkelingen positief beleefd, omdat dit de positie van de huisarts versterkt of omdat het een kwaliteitsverbetering van de zorg oplevert.

Binnen het commerciële verhaal wordt juist positiever gesproken over de ontwikkelingen, omdat het de positie van de patiënt kan versterken en omdat hij meer mogelijkheden heeft om de patiënt objectief te informeren.

Tevens zien zij de ontwikkelingen ook als kans om de zorg meer efficiënt vorm te geven. Daarom zijn zij zelf actiever in het doen van investeringen of het innoveren in de zorg door middel van E-healthtoepassingen. Zij geven echter ook aan dat de ontwikkelingen de relatie in essentie niet zal veranderen, maar dat het gezien kan worden als een extra stuk dienstverlening voor de groep mensen die hier in is geïnteresseerd.

6.2. Discussie en ideeën voor toekomstig onderzoek

Door de korte tijdspanne waarbinnen dit onderzoek plaats vond heb ik maar een beperkt aantal huisartsen kunnen spreken. Toch zijn er binnen dit onderzoek interessante punten uitgekomen waar in de toekomst verder onderzoek naar kan worden gedaan.

Binnen het commerciële verhaal hadden de vertellers onder voorwaarde een positieve attitude tegenover het E-consult. Echter werd aangegeven dat het maar een beperkte rol speelt en zal gaan spelen, omdat het maar in een beperkt aantal gevallen mogelijk is en omdat patiënten uiteindelijk toch liever met de huisarts willen persoonlijk willen spreken. De huisartsen die ervaring hebben met het E-consult ontvingen gemiddeld maar tussen de 4 en 15 e-mails per week. Dit komt niet overeen met het onderzoek van Dijkstra, die resulteerde dat meer dan de helft van de Nederlanders aangaf via het Internet te zullen gaan communiceren wanneer de mogelijkheid geboden wordt. Het zou interessant zijn om te onderzoek te doen naar het communicatiegedrag van patiënten in huisartsenpraktijken waar het E-consult is geïmplementeerd.

Een andere opvallend resultaat dat interessant is voor vervolgonderzoek is de invloed van het aantal huisartsen dat in deeltijd werkt op de betekenisgeving van patiënten aan het vertrouwen in de huisarts. De relatie tussen beide factoren werd benoemd door de huisarts die tot de categorie 55+ behoorde. Hij heeft als enige deze overgang bewust meegemaakt en ziet dit als één van de belangrijke oorzaken dat de huisarts-patiëntrelatie is veranderd. Zijn argumentatie is dat 'vroeger' het respect van de patiënt voor de huisarts groter was, omdat de patiënt wist dat de huisarts in nood altijd bereikbaar was. Door de komst van de deeltijdbanen binnen de huisartsenzorg en de wens van jonge huisartsen om er nog van alles naast te doen, kan de patiënt daar niet meer op vertrouwen en gaat zich daarom meer eisend opstellen. Deze ontwikkeling is niet meegenomen in dit onderzoek, omdat het niet direct in relatie staat met de komst van Internet. Het is echter wel interessant om dit na te gaan door middel van een onderzoek.

7. Literatuurlijst

- Alch, M.L., (2000). Get ready for the net generation, in: *Training and Development*, 32-34
- Bauer, K., (2004), Cybermedicine and the moral integrity of the physician-patient relationship. In: *Ethics and Information Technology*, 6, 83-91
- Boeije, (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*, Den Haag: Boom Onderwijs
- Brink, A., (2009). Hirschman's Rhetoric of Reaction: U.S. and German Insights in Business Ethics. In: *Journal of Business Ethics*, 89, 109-122
- Brink-Muinen, A., van den; Dulmen, A.M., Schellevis, F.G., Bensing, J.M., (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk – Oog voor communicatie Huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland*, Utrecht: Nivel
- Brink-Muinen, A., van den, (2004). Voorlichting en gezamenlijke besluitvorming in de huisartsenpraktijk: Het kan vaker, in: *Huisarts en Wetenschap*, 48, 3, 93
- Bruner, J., (2004). Life as narrative, in: *Social Research*, 71, 3, 691-710
- Czarniawska, B., (1997). *Narrating the organization: Dramas of institutional identity*. Chicago: The university of Chicago press
- Czarniawska, B. (1999). *Writing Management – Organization theory as a literary genre*. New York: Oxford University Press
- Czarniawska, B., (1998). *A narrative approach to organization studies*. London: Sage Publications
- Deetz, S., (2000), 'Describing Differences in Approaches to Organization Science' in: Frost, P.J., Lewin, A.Y., Dafts, R.L (eds.) *Talking about organization Science*. Thousand Oaks (USA): Sage: 123-152
- Dijkstra, R., Terpstra, J., Mokkink, H., (1006), Gebruik van Internet in de huisartsenpraktijk. In: *Huisarts en Wetenschap*, 51, 3 , 138-141)
- Dijkstra, R., Verbakel, D., Mokkink, H., (2008), Surfende patiënten – Hoe gebruiken patiënten het internet rondom het huisartsenconsult?, in: *Huisarts en wetenschap*. 51, 3, 138-141
- Duijnhoven, H.L., (2010) *For security reasons – Narratives about security practices and organizational Change in the Dutch and Spanish Railway Sector*. Amsterdam: VU University Press
- Franzosi, R., (1998), Narrative Analysis – or why (and how) sociologists should be interested in Narrative, in: *Annual review of sociology*, 24: 517-554
- Geuijen, K.G., (2004). *De asielcontroverse: Argumenten over mensenrechten en sociale belangen*, Amsterdam: Dutch University Press
- Gibson, B., Morgan, G., (2000), 'Two dimensions. Four paradigms', in: Frost, P.J., Lewin, A.Y., Dafts, R.L (eds.) *Talking about organization Science*. Thousand Oaks (USA): Sage, chapter 7, pp 107-122
- Hajer, M.A., (1995). *The politics of environmental discourse. Ecological Modernization and the policy process*. Oford: Clarendon Press
- Have, H.A.M.J., Meulen, R.H.J., ten, Leeuwen, R., van (2003). *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hendriks, C.M., (2005). Participatory storylines and their influence on deliberative forums. In: *Policy Sciences*, 38,1-20
- Hirschman, A., (1991), *The rhetoric of reaction: Perversity, futility, jeopardy*. Cambridge: the Belknap Press of Harvard University Press.
- KNMG, Doppegieter, R.M.S., (2004), *Arts- en patiëntenrechten*. Verkregen via website: <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Arts-en-patiëntenrechten-2004.htm>
- Kwankam, S.Y., (2004), What E-health can offer. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 10, 800-802

- Man, H., de, (1996)., Organiseren: process, interactie en evolutie – ‘The socialpsychology of organizing’ van Karl, E. Weick. In: *Bestuurskunde*, 5, 6, 296-304
- Mc Cance, T.V., McKenna, H.P., Boore, J.R.P., (2001) Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach, in: *Journal of advanced Nursing*, 33, 3, 350-356
- NHG, (2003), *Een beschrijving van de situatie van de huidige situatie van de huisartsenzorg en een analyse van de knelpunten* [internet], <http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/Een-beschrijving-van-de-huidige-situatie-van-de-huisartsenzorg-en-een-analyse-van-de-knelpunten.htm>, geraadpleegd op 31 maart
- Noordegraaf, M., 2004. *Management in het publieke domein. Issues, Instituties en Instrumenten*. Bussum: uitgeverijCoutinho
- Polkinghorne, D.E., (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: University of the New York Press, Albany
- Riessman, C.K., (2008) *Narrative Methods for the human sciences*. California: Sage Publications Inc.
- Riessman C.K., (1993) *Narrative Analysis*, London: Sage Publications
- Rijen, A.J.G., (2005) *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer: RVZ, verkregen via de website http://www.rvz.net/cgi-bin/rvz_p.pl?id=117
- Rijen, A.J.G.; Lint, M.W., de; Ottes, L., (2002). *Inzicht in E-health*. Zoetermeer; RVZ, Verkregen via de website http://www.rvz.net/data/download/Inzicht_in_e-health.pdf
- Roter, D.J., Hall, J.A., (1993) *Doctors talking with patients, Patients talking with doctors. Improving Communication in medical visits*. London: Auburn House
- RVZ, (2002) *E-health in zicht- Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Zoetermeer
- Sauter, W., (2009). *Marktwerking in de zorg. Toezicht: met het oog op de consument*, Tilburg: rede 6 februari 2009, verkregen via de website: http://www.nza.nl/binaries/7113/29720/Wolf_Sauter,_Marktwerking_i1.pdf
- Scheepers, P., Peters, J., Felling, A., (2000). *Individualisering in Nederland aan het einde van de twintigste eeuw. Empirisch onderzoek naar omstreden hypotheses*. Assen: van Gorchum &comp.
- Sciamannaa, N.C.; Clark, A.M.; Diaz, J.A.; Newton, S., (2003). Filling the gaps in physician communication: The role of the Internet among primary care patients. In: *International Journal of medical informatics*, 72,1-8
- Senge, P., et.al. (1994). *The fifth discipline fieldbook: strategies and tools for building a Learning organization*, New York: Doubleday
- Smit, K.S., (1992) Interpretive Inquiry: A practical and Moral Activity, in: *Theory into practice*, 2,101-106
- Smit, M.K., (2001). Peter Senge and the learning organization, Gevonden via: <http://www.infed.org/thinkers/senge/htm>
- Soderberg, A.M.(2006), Narrative Interviewing and narrative analysis in a study of a cross-border merger, in: *Management International Review*, 46, 4 , 397-416
- Stone, D. (2002). *Policy Paradox. The art of political decision making*. New York: W.W. Norton & Company
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M., Obstfeld, D., (2005). Organizing and the process of sensemaking, in: *Organization science*, 16, 4, 409-421
- Weick, K.E., (1995). *Sensemaking in organizations*, Londen: Sage Publications ind.