

KEUZE-INFORMATIE IN DE ZORG; DE BETEKENIS VOOR DE DAGELIJKSE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Hoe ervaren huisartsen de toenemende online keuze-informatie en wat betekent dit voor de relatie met de patiënt en voor de besluitvorming rondom verwijzingen?

Utrecht, juli 2011

Universiteit Utrecht

Master Communicatie, Beleid en Management

Madeleine van de Vecht

Studentnummer: 3165442

Begeleidster: Drs. E. M. (Elyse) Walter



Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie over keuze-informatie in de zorg. Ik heb deze scriptie geschreven binnen de master Communicatie Beleid en Management aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap.

Ik ben op dit onderwerp gekomen vanuit mijn interesse voor het bredere thema transparantie. Niet alleen binnen de zorg, maar ook op andere terreinen zie je de trend van transparantie vandaag de dag terug. Het interessante van dit thema vind ik dat het samenhangt met andere thema's, zoals accountability en marktwerking.

Binnen dit thema ben ik vervolgens gaan zoeken naar een meer afgebakend onderwerp voor mijn onderzoek. Uiteindelijk ben ik in contact gekomen met de projectgroep KiesBeter van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid (RIVM), die sinds 2005 keuze-informatie via internet openbaar maken voor professionals en patiënten. Hieruit is een mooi onderzoeksvoorstel uitgekomen, waar ik het afgelopen half jaar aan gewerkt heb.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om allereerst mijn scriptiebegeleidster, Elyse Walter te bedanken voor haar ondersteuning en feedback. Ik heb het als een prettige samenwerking ervaren. Haar feedback was opbouwend en er was ook ruimte voor een inhoudelijke discussie tijdens de bijeenkomsten, wat ik erg gewaardeerd heb.

Daarnaast wil ik Annemarie van Rijn en Jos van Sonderen van het RIVM bedanken voor hun enthousiaste medewerking en samenwerking om tot een interessant onderzoeksvoorstel te komen.

Nu rest mij de lezers van dit onderzoeksrapport veel leesplezier te wensen!

Madeleine van de Vecht

Juli 2011

Samenvatting

Achtergrond en doel | Maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de zorgsector zorgen er voor dat de huisartsenzorg voortdurend in beweging is. In het nieuwe zorgstelsel (2006) dient de patiënt een sturende kracht te zijn in de zorg, die bewuste keuzes maakt in de zorg. De laatste jaren wordt er steeds meer informatie over de zorg via internet openbaar gemaakt door verschillende instanties. Hierbij gaat het niet alleen om zorginhoudelijke informatie, maar ook om informatie over de kwaliteit en ervaringen. Deze informatie wordt ook wel “keuze-informatie” genoemd en wordt vandaag de dag beschikbaar gesteld via onder andere de zorgportal KiesBeter.nl van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu.

In dit kwalitatieve onderzoek staan de ervaringen van huisartsen omtrent deze online keuze-informatie centraal. De huisarts kan gezien worden als een intermediaire partij in de zorg, omdat hij of zij een belangrijke poortwachterfunctie heeft in het zorgtraject van de patiënt.

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verkrijgen in de ervaringen van de huisarts met betrekking tot de toegenomen beschikbare keuze-informatie. Hiervoor wordt antwoord gezocht op de hoofdvraag: *“Hoe ervaren huisartsen de toenemende online keuze-informatie en wat betekent dit voor de relatie met de patiënt en voor de besluitvorming rondom verwijzingen?”*

Methodes: | Dit kwalitatieve onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en een empirisch onderzoek. Voorafgaand aan de literatuurstudie is de context van de Nederlandse huisartsenpraktijk geschetst. In de literatuurstudie is het onderzoeksterrein aan de hand van wetenschappelijke publicaties over keuze-informatie, de huisarts-patiënt-relatie en het besluitvormingsproces nader verkend. In het empirische deel, zijn vervolgens vijftien halfgestructureerde interviews met huisartsen afgenomen, om inzicht te krijgen in de ervaringen rondom keuze-informatie in de huisartsenpraktijk.

Resultaten: | Huisartsen bleken nauwelijks bekend met online keuze-informatie en geen van allen maakte gebruik van de aangeboden keuze-informatie op de website van het RIVM. Een door iedere huisarts genoemde reden voor het niet gebruiken van keuze-informatie is de grote waarde die huisartsen toekennen aan hun eigen ervaring met de tweedelijns-zorginstellingen en specialisten. Daarnaast werd keuze-informatie door huisartsen als betrekkelijk, veelal tegenstrijdig en moeilijk meetbaar gezien. Huisartsen bleken wel in toenemende mate te maken te hebben met patiënten die zich voorafgaand aan het consult informatie over hun klachten zoeken op internet. In combinatie met het veranderde zorgstelsel, waarin vraag en aanbod op elkaar in moeten werken door marktwerking, zagen huisartsen verandering in hun

rol als huisarts. Huisartsen zeiden een meer adviserende rol te hebben. Daarnaast gaf het merendeel van de huisartsen aan steeds vaker te maken te hebben met mondige/veeleisende patiënten die de zorg als een product zien en zich als een klant opstellen. Huisartsen gaven aan minder werkplezier te beleven aan patiënten die zich als klant opstellen. Voor veel huisartsen konden dan ook niet spreken van een “relatie” met deze “klanten”, zij kregen de indruk alleen maar “gebruikt” te worden als verwijzer. Voor wat betreft de huisarts-patiëntrelatie kwam naar voren dat de patiënt een sturende rol speelt in de manier waarop de relatie vorm krijgt. Binnen de basiswaarden van vertrouwen en openheid, verschilt de relatie per patiënt. Het besluitvormingsproces bleek eveneens te verschillen per patiënt. Voor huisartsen is het soms moeilijk om patiënten te overtuigen dat het medisch niet noodzakelijk is om verwezen te worden. Gedeelde besluitvorming werd door huisartsen als belangrijk gezien, maar in de praktijk bleek dat het vaak de huisarts zelf is die het niet eens met de beslissing tot een verwijzing. Het online verwijsprogramma ZorgDomein, bleek door vrijwel alle huisartsen gebruikt te worden bij de besluitvorming naar welk ziekenhuis verwezen moet worden, omdat dit programma de opties en de wachttijden inzichtelijk maakt.

Conclusie Huisartsen zien hun eigen ervaring als belangrijkste keuzecriterium voor een verwijzing. De ervaring van de huisarts gecombineerd met de kennis over de desbetreffende patiënt, blijkt voor huisartsen van grotere waarde te zijn voor het maken van een bewuste keuze, dan de keuze-informatie op internet. Huisartsen zijn bovendien kritisch over deze keuze-informatie. De ervaringen van de huisarts kunnen gezien worden als (eigen) keuze-informatie. Opvallend is dat huisartsen veel waarde hechten aan hun ervaringen, maar kritisch zijn en weinig vertrouwen hebben in de ervaringsinformatie als onderdeel van keuze-informatie op internet. Hoewel huisartsen geen gebruik maken van online keuze-informatie, fungeert het online verwijsprogramma ZorgDomein ook als een vorm van keuze-informatie.

Voor het gebrek aan ervaring van huisartsen met patiënten die online keuze-informatie gebruiken, bestaat een mogelijke verklaring. Voor patiënten is informatie over zorginstellingen pas relevant als de diagnose gesteld is. De diagnose en de verwijzing worden echter veelal binnen hetzelfde consult gemaakt. Hoewel door gebrek aan ervaringen geen specifieke uitspraken gedaan kunnen worden over de betekenis van online keuze-informatie voor de huisarts-patiëntrelatie en het besluitvormingsproces, blijkt het gebruik van internet als informatiebron onder patiënten op beide aspecten een rol te spelen. Daarnaast blijkt de veranderde rolopvatting eveneens uitwerking te hebben op de arts-patiëntrelatie en de besluitvorming rondom een verwijzing.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

1. Inleiding	6
1.1 Veranderingen in de maatschappij.....	7
1.1.2 Verandering in morbiditeit.....	7
1.1.3 Verandering in de toename van informatie.....	8
1.1.4 Verandering in machtsevenwicht.....	8
1.2 Veranderingen in de zorgsector.....	10
1.2.1. Zorgstelsel.....	10
1.2.2. De patiënt als sturende kracht.....	11
1.2.3. Autonomie van de huisarts.....	11
1.2.4 De opkomst van internet en de gezondheidszorg.....	12
1.3 Doelstelling.....	14
1.4 Vraagstelling.....	14
1.5 Relevantie.....	15
1.5.1 Wetenschappelijke relevantie.....	15
1.5.2 Praktische relevantie.....	15
2. Literatuurstudie	16
2.1 Betekenis van keuze-informatie voor de huisartsenpraktijk.....	16
2.1.1 Keuze-informatie als instrument.....	16
2.1.2 Keuzevrijheid in de zorg.....	19
2.1.3 Gebruik van keuze-informatie.....	20
2.1.4 De mondigheid van de patiënt.....	22
2.2 De huisarts-patiëntrelatie onder de loep.....	26
2.2.1 Kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie.....	26
2.2.2 Theoretische modellen voor de huisarts-patiëntrelatie.....	27
2.2.3 Veranderingen in de huisarts-patiëntrelatie.....	29
2.2.4 Besluitvorming in de huisartsenpraktijk.....	30
2.2.5 Betekenis van keuze-informatie voor de relatie met de patiënt.....	33

3. Methodologische verantwoording	36
3.1 Onderzoeksperspectief en type onderzoek.....	36
3.2 Selectie van onderzoekseenheden.....	38
3.3 Dataverzamelingmethoden.....	39
3.4 Data-analysmethode.....	39
3.5 Kwaliteitscriteria.....	40
4. Resultaten	42
4.1 De rol van de huisarts in het keuzeproces van de patiënt.....	42
4.1.1 Verandering van de rol van huisarts.....	42
4.2 Bekendheid en gebruik van keuze-informatie onder huisartsen.....	45
4.2.1 Bekendheid.....	45
4.2.2 Argumenten om keuze-informatie niet te gebruiken.....	45
4.2.3 Waardering van keuze-informatie.....	46
4.2.4 Ervaringen met patiënten die keuze-informatie gebruiken.....	48
4.3 Keuze-informatie en de huisarts-patiëntrelatie.....	51
4.3.1 De huisarts-patiëntrelatie in de ogen van de huisarts.....	51
4.3.1 Relatie afhankelijk van de patiënt.....	52
4.3.2 De rol van de huisarts-patiëntrelatie.....	53
4.3.3 Verandering van de relatie en de betekenis van keuze-informatie.....	54
4.4 Keuze-informatie en besluitvorming.....	57
4.4.1 Besluitvormingsproces.....	57
4.4.2 Factoren die meespelen bij de besluitvorming van een verwijzing.....	57
4.4.3 Het uiteindelijke besluit voor een verwijzing.....	58
4.4.4 Keuze-informatie en de besluitvorming.....	60
5. Conclusie en aanbevelingen	62
6. Discussie en evaluatie	70
Bijlagen:	
Literatuurlijst.....	72
I Topiclijst.....	76
II Codelijst.....	77

1. Inleiding

Huisartsenzorg is voortdurend in ontwikkeling doordat maatschappelijke ontwikkelingen zich vaak weerspiegelen in de visie over zorg en de wijze waarop zorg wordt verleend. (Van den Berg, De Bakker, Van Roosmalen & Braspenning, 2005, p. 20). Daarnaast heeft met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 de aanbodgestuurde markt plaats gemaakt voor een meer vraaggestuurde markt, waarin de patiënt centraal gesteld wordt. De patiënt wordt hierbij geacht een sturende kracht te zijn door bewuste keuzes te kunnen maken in de zorg.

De laatste jaren wordt er steeds meer informatie over de zorg openbaar gemaakt door verschillende instanties. Hierbij gaat het niet alleen om zorginhoudelijke informatie, maar ook om informatie over de kwaliteit en ervaringen. Deze informatie wordt vandaag de dag beschikbaar gesteld via verschillende vergelijkingssites met betrekking tot de zorg. De zorgportal KiesBeter.nl van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) levert samen met een aantal andere internetsites sinds 2005 een bijdrage aan het openbaar maken van keuze-informatie in de zorg.

Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van de huisarts met betrekking tot keuze-informatie. Bestaande onderzoeken over keuze-informatie focussen zich voornamelijk op het keuzegedrag van de patiënt, maar in dit onderzoek staat de huisarts centraal. De huisarts kan gezien worden als een intermediaire partij in de zorg, omdat hij of zij een belangrijke poortwachterfunctie heeft in het zorgtraject van de patiënt. Mede hierdoor is het interessant te onderzoeken hoe de huisarts de toegenomen keuze-informatie beleeft in relatie tot de patiënt.

In dit kwalitatieve onderzoek zal de betekenis van keuze-informatie voor de rol van de huisarts, de huisarts-patiëntrelatie en de besluitvorming rondom een verwijzing aan de orde komen. Alvorens nader ingegaan wordt op bovenstaande onderzoeksthema's, zal allereerst de context van de Nederlandse huisartsenpraktijk geschetst worden, gevolgd door de doelstelling, vraagstelling en relevantie van dit onderzoek.

In de beschrijving van de context zal een aantal maatschappelijke ontwikkelingen geschetst worden die van betekenis zijn op het handelen van de huisarts. Na de beschrijving van de maatschappelijke ontwikkelingen, wordt er specifiek ingegaan op veranderingen in de zorgsector die ook van invloed zijn op de Nederlandse huisartsenpraktijk. Hierin zal de tendens van vraagsturing en het centraal stellen van de patiënt in het nieuwe zorgstelsel aan bod komen. Tot slot wordt er een paragraaf geweid aan de opkomst van internet in de gezondheidszorg, aangezien keuze-informatie veelal op internet openbaar gemaakt wordt.

1.1. Veranderingen in de maatschappij

Wanneer er veranderingen plaatsvinden in de samenleving, zal dit ook zijn doorwerking hebben binnen de huisartsenpraktijk. Hoewel de patiëntenpopulatie sterk kan variëren per locatie, kan gesteld worden dat de patiëntenpopulatie een globale afspiegeling is van de bevolking. Ruim driekwart van de bevolking bezoekt minstens één keer per jaar de huisarts. Dat betekent dat demografische veranderingen zich vertalen in een veranderende patiëntenpopulatie (Van den Berg e.a., 2005, p. 20).

Zoals in de meeste andere Europese landen is er in Nederland sprake van vergrijzing en verkleuring. Aangezien het aantal contacten met de huisarts stijgt naar mate men ouder wordt, zal de vergrijzing de zorgvraag vergroten. Ook het aantal niet westerse allochtonen neemt toe, wat de vraag naar de huisartsenzorg zal doen vergroten omdat niet westerse allochtonen over het algemeen een grotere zorgbehoefte hebben (Lindert e.a. (2004) in: Van der Berg e.a., 2005, p. 22). Kortom, de vraag naar de huisartsenzorg is de afgelopen jaren toegenomen en zal in de toekomst blijven stijgen. Hoewel demografische ontwikkeling van invloed zijn op de huisartsenpraktijk, zal dit als gevolg van de focus op keuze-informatie verder niet aan de orde komen in deze publicatie. Naast de demografische veranderingen zijn er nog andere ontwikkelingen in de samenleving die van invloed zijn op de huisartspraktijk. Van den Brink-Muinen, Van den Dulem, Schellevis en Bensing (2004) beschrijven drie ontwikkelingen.

1.1.1 Verandering in morbiditeit

De eerste ontwikkeling die zij noemen is de verandering in morbiditeit. De sterfte- en ziektepatronen zijn de afgelopen eeuw drastisch gewijzigd. Dit verschijnsel wordt ook wel de ‘epidemiologische overgang’ genoemd, waarmee bedoeld wordt op een verschuiving in de aandoeningen die de bevolking tegenwoordig bedreigen (Van den Brink-Muinen e.a., 2004, p. 32). Het aantal besmettelijke en overdraagbare aandoeningen daalt en het aantal chronische ziekten stijgt. Deze ontwikkeling dwingt de gezondheidssector meer volgens biopsychosociale aanpak te werken in plaats van het traditionele medische diagnosemodel. Dit houdt in dat de psyche van de patiënt belangrijkere rol krijgt in de diagnosestelling en meer de nadruk gelegd wordt op het *leven* van patiënten in plaats van het *lichaam* (Van den Brink-Muinen e.a., p. 33). Hierbij is de rol van de arts beperkt. De patiënt moet vooral veel zelf doen om om te gaan met de chronische aandoening. “Van artsen wordt nu verwacht dat zij als gezondheidsvoorlichter, begeleider, klankbord of motiverende kracht fungeren, wat

heel anders is dan wat zij tijdens hun medische opleiding geleerd hebben”(Van den Brink-Muinen e.a., p. 33).

1.1.2 Verandering in de toename van informatie

De verandering in de beschikbaarheid van medische informatie wordt als tweede ontwikkeling genoemd door Van den Brink-Muinen e.a. Vroeger waren patiënten vooral afhankelijk van hun huisarts of andere medische hulpverleners voor informatie. De laatste jaren is informatie over ziekten en gezondheid toegankelijker geworden door met name de komst van internet. Consumenten hebben via internet toegang tot informatie over duizenden gezondheidsonderwerpen. Door deze toegankelijkheid van informatie kan de consument over meer kennis beschikken (Van den Brink-Muinen e.a., 2004, p. 36).

Hierbij stelt Noordegraaf (2008) dat kennis vanuit bestuurlijk oogpunt “vermaatschappelijk” is doordat het breed toegankelijk is geworden (p.51-52). Volgens Noordegraaf (2008) is het belang van informatie en kennis in de samenleving zo groot geworden dat er gesproken kan worden over een kennissamenleving. Met name de verspreiding van informatie- en communicatietechnologie (ICT) is verantwoordelijk voor de toename en toegankelijkheid van kennis. Traditionele kennismonopolies van bijvoorbeeld artsen zijn daardoor doorbroken. Door deze grote toename van kennis kan ook gesteld worden dat kennis een diffuus karakter heeft gekregen (Noordegraaf, 2008, p. 50). Dit komt enerzijds door de grotere toegankelijkheid van deze informatie en kennis en anderzijds doordat informatie door verschillende mensen verschillend geïnterpreteerd kan worden als gevolg van de uiteenlopende referentiekaders. Kennis is hiermee niet alleen “vermaatschappelijk” maar ook “geambiguseerd” doordat iedereen zijn eigen waarheid ziet (Noordegraaf, 2008, p. 52).

1.1.3 Verandering in machtsevenwicht

De laatste ontwikkeling die Van den Brink-Muinen e.a. (2004) beschrijven is de verandering in machtsevenwicht tussen arts en patiënt. De relatie tussen arts en patiënt weerspiegelt de verschuiving van autoritaire naar egalitaire relaties in de Westerse samenleving. Deze verschuiving wordt ondersteund door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij de hierboven genoemde ontwikkeling; vermaatschappelijking van kennis, een belangrijke bijdrage levert. Noordegraaf (2008) en Van den Brink-Muinen e.a. (2004) voegen hier beiden aan toe dat de stijging van de gemiddelde opleiding de kloof in termen van cultuur en kennis verkleint.

Daarnaast stelt Noordegraaf (2008) dat burgers steeds mondiger en eigenwijzer worden. Met name de individualisering en de ontzuiling zijn hierbij belangrijke ontwikkelingen. Burgers zijn minder dan ooit onderworpen aan traditionele kaders die bepalen hoe de mens zich behoort te gedragen (p. 57). Hij stelt dat burgers autonoom geworden zijn, waarbij zij zelf bepalen hoe zij hun leven inrichten. Burgers zijn niet alleen mondig, maar ook veeleisend geworden. Ze vertonen calculerend gedrag en komen op voor hun rechten. Hierbij komt dat burgers ook vaak veel moeilijk verenigbare zaken tegelijkertijd willen, ofwel ambivalent zijn. Zo willen ze wel snel in de zorg geholpen worden, maar ze willen niet dat anderen eerder geholpen worden (Noordegraaf, 2008, p. 57).

Noordegraaf (2008) voegt nog een derde maatschappelijke conditie toe, namelijk dat grote bedrijven steeds machtiger worden in een grenzeloze wereld (p. 58). Dit is niet direct te vertalen naar de gezondheidssector, maar er is wel een tendens van steeds meer belangenverenigingen, consumentenverenigingen, beroepsorganisaties en specialistenverenigingen die de arts confronteren met een breed scala aan verwachtingen en eisen (Van den Brink-Muinen e.a. 2004, p. 35). Daarnaast lijkt het voor de huisartsen moeilijker autonoom te werken door de komst van marktwerking in de zorg. Hier zal in de volgende paragraaf waar de veranderingen in de zorgsector uiteengezet worden, nader op ingegaan worden.

1.2 Veranderingen in de zorgsector

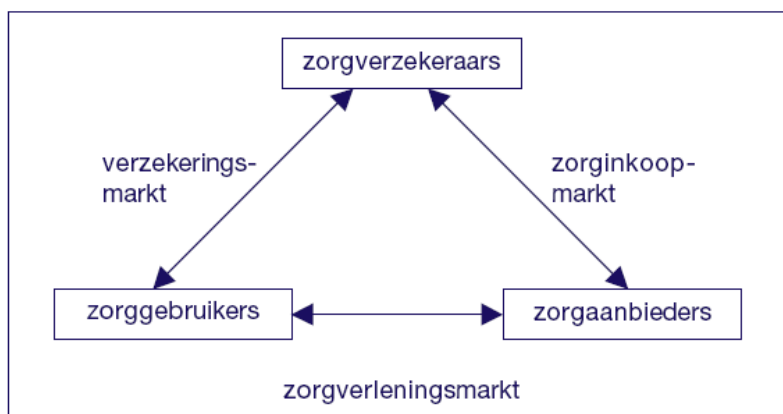
Het advies van de Commissie Dekker (commissie Structuur en Financiering in de Gezondheidszorg 1987) wordt vaak als het omslagpunt gezien in het vertrouwen in centrale sturing in de gezondheidszorg. Sindsdien heerst er binnen het openbaar bestuur geleidelijk een afnemend geloof in aanbodsturing en centrale sturing binnen de overheid (Grit, Van de Bovenkamp & Bal, 2008, p.14). De verantwoordelijkheid voor het functioneren van het gezondheidssysteem wordt in toenemende mate bij partijen in het veld gelegd.

Meer recentelijk, met de komst van het nieuwe zorgstelsel op één januari 2006, is het beeld van zorggebruikers van onder andere beleidsmakers verschoven naar een actieve zorggebruiker die beter geïnformeerd is en alert is op eigenbelang (Grit, e.a., 2008, p.15). De patiënt, of veelal genoemd ‘de derde partij in het veld’ dient in het huidige beleid een sturende kracht te zijn in de gezondheidszorg (Grit, e.a., 2008, p. 14).

1.2.1. Zorgstelsel

De invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 heeft er toe geleid dat gereguleerde marktwerking haar intrede in de zorg heeft gedaan. Hierbij heeft de aanbodgestuurde markt plaats gemaakt voor een meer vraaggestuurde markt. Het streven is om een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem te creëren waarbij de drie deelmarkten; zorgverlenersmarkt, verzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt elkaar in balans houden (Sauter, 2009, p. 3).

In onderstaand schema is inzichtelijk gemaakt hoe de drie deelmarkten in dit stelsel in verhouding tot elkaar staan.



Figuur 1: Deelmarkten in het zorgstelsel (Raad voor de Volksgezondheid 2010)

De basisgedachte achter dit zorgstelsel is om via gereguleerde marktwerking de doelmatigheid van het stelsel te vergroten (Sauter, 2009, p. 3) De redenering verloopt als

volgt; concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt dwingt de verzekeraars scherp te onderhandelen op de zorginkoopmarkt. Wanneer er een betere prijs-kwaliteitverhouding gerealiseerd wordt, zal de efficiëntie van het zorgstelsel toe moeten nemen (Sauter, 2009, p. 3). Een belangrijke wijziging in dit nieuwe stelsel is de financiering, waarbij zorgverleners naar prestatie worden beloofd. Deze prestaties worden omschreven in diagnose behandelcombinaties (DBC's). Zorgverleners dienen dus zo efficiënt mogelijk te werken om mee te kunnen concurreren (Sauter, 2009, p. 7-9). Beschikbaarheid van informatie over kwaliteit, prijs en uitkomsten is essentieel voor de werking van de markt. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vormt vraagsturing de kern van het zorgstelsel; de consument staat centraal. Hiermee kan er een kwalitatief betere, toegankelijke en betaalbare zorg gerealiseerd worden. "Als de consument in staat is goed geïnformeerde keuzes te maken kan hij zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren tot het leveren van kwalitatief goede zorg op een efficiënte manier. Het bewaken en versterken van de positie van de consument staat dan ook centraal bij de taakuitoefening van de NZa." (Nza 2008 in: Delnoij, 2009, p. 23)

1.2.2. De patiënt als sturende kracht

Een succesfactor voor een effectief stelsel is volgens de RVZ dan ook een sterke *countervailing power*, ofwel tegenmacht vanuit de vraagzijde. De geliberaliseerde gezondheidszorg legt vooral de nadruk op de rol van de rationele kiezende consument die zelf keuzes moet kunnen maken op het gebied van zorgverzekeringen, zorgverleners en behandelingen. Op basis van informatie en ondersteuning van de zorgverlener kan de patiënt tot een beslissing komen. (RVZ, 2010, p. 15) Om de rechtspositie van de patiënt te versterken is in 1995 de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) in werking getreden. (KNMG, 2004, p. 3) Hierin staat dat de huisarts de plicht heeft de patiënt op duidelijke wijze te informeren over de gezondheidstoestand van de patiënt, het voorgenomen onderzoek, de behandeling en de ontwikkelingen omtrent de behandeling. Deze informatie is voor de patiënt van belang om een goed beeld te krijgen over zijn of haar gezondheidstoestand en om een verantwoorde beslissingen in het zorgtraject te maken. (KNMG, 2004, p.3)

1.2.3. Autonomie van de huisarts

Met de invoering van het nieuwe stelsel lijkt het voor huisartsen steeds moeilijker om vanuit hun professionele autonomie te handelen omdat met de werking van de drie deelmarkten zorgverzekeraars een steeds grotere macht krijgen. Uit een recent grootschalig onderzoek onder huisartsen blijkt dat 84% van de huisartsen vindt dat zorgverzekeraars steeds meer op

de stoel van de huisarts gaan zitten. Zorgverzekeraars bepalen welke medicijnen er worden voorgeschreven en in toenemende mate naar welk ziekenhuis een patiënt doorverwezen wordt (Gerven & Palm, 2010, p. 43). Daarnaast komt in dit onderzoek naar voren dat er in toenemende mate productiedenken ontstaat binnen zorgverleners. Marktwerking en de functionele bekostiging (DBC's) zorgen er voor dat huisartsen zich gaan focussen op productie en volume in plaats van kostenefficiëntie en kwaliteit (Gerven & Palm 2010, p. 47) Vermunt en Westert (2009) stellen dat het bovengenoemde productiedenken leidt tot mismatch tussen vraag en aanbod in de zorg. Mensen die zorg vragen kunnen zich opstellen als consument en als patiënt. Een patiënt is een zieke en een consument is iemand die zorg verbruikt (p.684). Bij een consument past het productiedenken, waarbij de klantrelatie is vastgelegd in een gestandaardiseerde behandelovereenkomst. Bij een patiënt draait het meer om de relatie met de huisarts. Deze relatie draait meer om betrokkenheid, zorgzaamheid en nabijheid. In deze relatie ligt de nadruk niet op productiedenken maar op procesdenken (Vermunt & Westert, 2009, p. 685). Beiden vormen – productiedenken en procesdenken – vallen onder de professionele vaardigheden van de huisarts, maar de auteurs stellen dat de nadruk tegenwoordig meer ligt op de zorgvragende consument in de vorm van producten. Het productiedenken geeft echter geen volledig beeld van de zorgvraag en het aanbod. Mede hierdoor worden vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd (Vermunt & Westert, 2009, p. 685). In hoofdstuk 2.2 waar de huisarts-patientrelatie aan de orde komt zal hier nader op ingegaan worden.

1.2.4 De opkomst van internet en de gezondheidszorg

Zoals in paragraaf 1.1.3 beschreven staat, heeft de verspreiding van de communicatie- en informatietechnologie gezorgd voor een grotere toegankelijkheid van informatie. In 2006 heeft ruim 85% van de mensen tussen de 17 en de 75 jaar het internet recent bezocht. In 2003 was de zorgverlener, gevolgd door traditionele media nog de belangrijkste informatiebron voor gezondheidsinformatie. In de komende jaren zal dit waarschijnlijk verschuiven naar gezondheidsinformatie op internet (Dijkstra, Verbakel & Mokkink, 2008, p. 138).

Er is al eerder onderzoek gedaan naar de rol van internet in de gezondheidszorg door onder meer Van Rijen, De Lint en Ottes (2002) die onderzoek deden naar de internetgebruiker en de veranderingen in de zorg. Dijkstra e.a. (2008) deden meer recentelijk onderzoek naar hoe patiënten het internet gebruiken rondom het huisartsenconsult. In onderzoeken die zich richten op de combinatie van ICT en de gezondheidszorg, wordt het begrip 'e-health' vaak gebruikt. Er bestaat geen eenduidige definitie van dit begrip als gevolg van het brede terrein waarin dit

begrip zich begeeft. Zo wordt het begrip soms gerelateerd aan commerciële toepassingen waarbij internet gebruikt wordt om diensten, producten en informatie in de zorg aan te bieden (Ball, 2001 in: Rijen e.a. 2002, p. 10). Eysenbach (2001) definieert het begrip breder; “als het terrein dat zich bevindt op het kruispunt van medische informatica, public health en business en gerelateerd is aan het via internet en daaraan aanverwante technologieën aanbieden van gezondheidsdiensten en gezondheidsinformatie” (p. 12).

Rijen e.a. hanteren een definitie waarin ook een waardeoordeel verborgen zit, namelijk; “het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën en met name internet technologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (p. 10). E-health kan dus gezien worden als een overkoepelend begrip dat gehanteerd wordt wanneer het thema gericht is op de combinatie van ICT en gezondheidszorg. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen onderzoeken naar de toepassingsmogelijkheden voor de communicatie in de gezondheidszorg en onderzoeken die meer gericht zijn op de gevolgen van de toenemende informatievoorziening via internet. De eerste categorie richt zich vooral op thema's als e-mailconsult en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Aangezien online keuze-informatie in dit onderzoek centraal staat, zal er in deze paragraaf vooral ingegaan worden op onderzoek naar het internetgebruik in de gezondheidszorg en de gevolgen van de toenemende informatievoorziening.

Internet wordt in toenemende mate gebruikt om gezondheidsinformatie te vinden. Deze informatie wordt vooral gebruikt voorafgaand aan het consult. In 2004 is het percentage (33%) van mensen die voorafgaand aan een consult het internet raadplegen verdubbeld ten opzichte van het jaar ervoor (Van Rijen, 2005, p. 28). Onder bepaalde patiëntgroepen is het internetgebruik groter, zoals vrouwen, parttimers, hoogopgeleiden en chronisch zieken (Dijkstra e.a. 2008, p. 138).

Volgens Van Rijen e.a. (2002) biedt het internet als informatiebron een aantal voordelen voor patiënten. Het biedt allereerst de mogelijkheid tot gelijkwaardigere communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener waarbij de positie van de patiënt versterkt kan worden. Ook biedt het internet betere mogelijkheden tot lotgenotencontact over behandelingen en dergelijk. Daarnaast kan informatie op internet een bedreiging zijn wanneer de patiënt onbetrouwbare informatie vergaard, de informatie verkeerd interpreteert of wanneer de patiënt wordt overspoeld met een grote hoeveelheid (tegenstrijdige) informatie (p. 134-139).

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verkrijgen in de ervaringen van de huisarts met betrekking tot de toegenomen beschikbare keuze-informatie via internet. Hierbij zal specifiek gekeken worden naar de huisartspatiënt-relatie, de rol van de huisarts in het keuzeproces van de patiënt en de besluitvorming rondom verwijzingen.

1.4 Vraagstelling

In dit onderzoek staat de onderstaande hoofdvraag centraal;

“Hoe ervaren huisartsen de toenemende online keuze-informatie en wat betekent dit voor de relatie met de patiënt en voor de besluitvorming rondom verwijzingen?”

Bovenstaande hoofdvraag zal beantwoord worden aan de hand van zes deelvragen. De eerste twee deelvragen zullen beantwoord worden aan de hand van wetenschappelijke literatuur, de overige deelvragen worden in het empirische deel van dit onderzoek beantwoord.

Deelvragen:

1. Wat betekent keuze-informatie voor de huisartsenzorg?
 2. Hoe kan de huisarts-patiëntrelatie worden getypeerd?
 3. Hoe zien huisartsen hun rol in het keuzeproces van de patiënt?
 4. Zijn huisartsen bekend met keuze-informatie en maken ze hier zelf gebruik van?
 5. Wat betekent keuze-informatie voor de huisarts-patiëntrelatie?
 6. Wat betekent keuze-informatie voor de besluitvorming van de huisarts bij een verwijzing?
- } Theorie
- } Empirie

1.5 Relevantie

De relevantie van dit onderzoek kan uiteengezet worden in een wetenschappelijk en een praktische relevantie.

1.5.1 Wetenschappelijke relevantie

Er is eerder onderzoek gedaan naar het effect van de toenemende keuze-informatie op het keuzegedrag van de zorgconsument, hierbij zijn de intermediaire rol en het perspectief van de huisarts veelal buiten beschouwing gelaten. Door het vergaren van nieuwe wetenschappelijke kennis over de beleving van huisartsen met betrekking tot de toegenomen keuze-informatie, kan dit onderzoek een kleine bijdrage leveren aan de bestaande kennis over de rol van keuze-informatie in de zorg. De huisarts heeft als intermediaire partij een belangrijke verwijlsrol voor patiënten naar veelal de tweedelijnszorg. In dit onderzoek kan onderzocht worden hoe huisartsen omgaan met de beschikbare keuze-informatie met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar tweedelijnszorg.

1.5.2. Praktische relevantie

De zorgportal KiesBeter van het RIVM heeft als doel keuze-informatie te verschaffen voor zorgconsumenten en zorgprofessionals. Voor hen is het relevant om te weten welke ervaringen huisartsen hebben met de toenemende keuze-informatie, aangezien de huisarts een belangrijke schakel in het zorgtraject van de patiënt is. Dit onderzoek geeft hiermee meer inzicht in de werking van de beschikbare keuze-informatie voor de patiënt in relatie tot de huisarts en de verwijlsrol van de huisarts zelf. De ervaringen van de huisartsen kunnen gebruikt worden als indicatie voor de mate waarin de openbare keuze-informatie toereikend is voor de patiënt om zelf bewuste keuzes te maken en hoe huisartsen deze keuze-informatie beleven. Vanuit deze invalshoek is dit onderzoek ook relevant voor de praktijk, aangezien de nieuwe inzichten gebruikt kunnen worden in de ontwikkeling van beleid met betrekking tot de keuze-informatie in de zorg.

2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk zal een theoretische verkenning gemaakt worden aan de hand van verschillende wetenschappelijke publicaties. Er zal allereerst antwoord gegeven worden op de deelvraag: *“Wat betekent keuze-informatie voor de huisartsenzorg?”* Aangezien er nog nauwelijks eerder onderzoek gedaan is naar de betekenis van keuze-informatie voor de huisarts, zal deze deelvraag beantwoord worden aan de hand van bestaande inzichten over de betekenis van keuze-informatie voor de patiënt. Deze theoretische inzichten zijn relevant omdat de ervaringen rondom keuze-informatie van de huisarts vooral plaatsvinden tijdens het consult in relatie tot de patiënt. Een theoretische verkenning in het licht van de patiënt kan hierdoor toch een relevante bijdrage leveren aan dit onderzoek.

Vervolgens zal vanuit de theorie nader ingegaan worden op de huisarts-patiëntrelatie waarbij in paragraaf 2.2 de deelvraag: *“Hoe kan de huisarts-patiëntrelatie worden getypeerd?”* beantwoord wordt.

2.1 Betekenis van keuze-informatie voor de huisartsenzorg

De hoeveelheid keuze-informatie is de laatste jaren toegenomen, maar wat betekent dit voor de huisartsenzorg? Om deze vraag te beantwoorden zal allereerst nader ingegaan worden op wat keuze-informatie is. Vervolgens wordt inzicht gegeven in de mogelijke beperkingen van keuze-informatie. In de volgende paragraaf zal aandacht besteed worden aan de discussie rondom het concept keuzevrijheid, waarin voor- en tegenstanders van dit concept aangehaald worden. In paragraaf 2.1.3 wordt aan de hand van verschillende publicaties gekeken naar het gebruik van keuze-informatie en de daarbij horende keuzevrijheid. Tot slot zal er in de laatste paragraaf nader ingegaan worden aan het concept mondigheid van de patiënt.

2.1.1 Keuze-informatie als instrument

Met de komst van internet is gezondheidsinformatie toegankelijker geworden voor patiënten. Er is veel informatie te vinden op internet, maar wat wordt er precies onder keuze-informatie verstaan? De aangeboden online keuze-informatie (door de overheid) is een uitwerking van het programma *Zichtbare Zorg* (2007) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit programma ondersteunt zorgpartijen bij het inzichtelijke en vergelijkbaar maken van de zorgkwaliteit. Deze informatie wordt onder andere gebruikt voor het aanbieden van keuze-informatie voor patiënten en consumenten. Het onderdeel KiesBeter van het RIVM is vervolgens verantwoordelijk voor het aanbieden van deze keuze-informatie. (Programma

Zichtbare Zorg, 2007). Mede hierdoor zal gekozen worden voor een definitie afkomstig van Van Loon en Tolboom (2006) die keuze-informatie gedefinieerd hebben in het ontwerprapport van KiesBeter (2006-2007).

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie typen informatie, die samen onder de noemer keuze-informatie geschaard kunnen worden. Allereerst is er *etalage-informatie*, dit is feitelijke informatie over instellingen en hun zorgaanbod, zoals het soort specialisme, kosten en wachttijden (Van Loon & Tolboom, p. 24).

Het tweede type informatie wordt *ervaringsinformatie* genoemd. Dit is informatie over prestaties van zorgaanbieders in de ogen van de gebruikers of de patiënten. Deze klantervaringen zijn veelal afkomstig uit de Consumer Quality Index metingen, ook wel CQ-index genoemd (Van Loon & Tolboom, p. 24). Deze methodiek is ontwikkeld door het NIVEL¹ in samenwerkingen met verschillende instanties, zoals de afdeling sociale geneeskunde van het AMC, Zonmw² en stichting Miletus³. Door middel van verschillende vragenlijsten wordt achterhaalt wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn (Delnoij en Sixma, 2006). *Kwaliteitsinformatie* is het derde type keuze-informatie. Dit is informatie over de prestaties van zorgaanbieders aan de hand van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren zijn opgesteld vanuit het programma *Zichtbare Zorg* (Van Loon & Tolboom 2005, p. 24).

Keuze-informatie richt zich op de gehele zorgsector, waarbinnen een breed scala aan beslissingen gemaakt kan worden door patiënten. Zo kan er onder andere een keuze gemaakt worden voor een bepaald ziekenhuis, verzekeraar, specialist, verzorgingstehuis en behandelingen. Hibbard en Peters (2003) stellen dat er binnen die verschillende keuzen die gemaakt kunnen worden in de zorg altijd drie factoren meespelen met betrekking tot keuze-informatie. Keuze-informatie bevat veelal technische termen en vergelijkingen tussen veel verschillende opties en variabelen (1) en de patiënt dient verschillende factoren af te wegen aan individuele waarden, preferenties en benodigdheden (2). Daarnaast is de keuze vaak belangrijk voor de patiënt en vergt de grote hoeveelheid van (onbekende) informatie een aantal vaardigheden voor de patiënt (3) (p. 415).

Gerads (2010) gaat aan de hand van de theorie van Weggeman (2000) verder in op de vaardigheden die een patiënt dient te bezitten om de keuze-informatie te kunnen omzetten

¹ Nederlands instituut voor onderzoek voor de gezondheidszorg

² Zonmw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

³ Samenwerkingsverband van verzekeraars

naar kennis om een keuze te maken. Kennis is macht, zo stelt Weggeman (2000) en informatie is één onderdeel van kennis. Wanneer dieper ingegaan wordt op het informatieverwerkingsproces kan gesteld worden dat informatie alleen niet voldoende is om uiteindelijke beslismacht te krijgen. Informatie dient omgezet te worden naar kennis (Gerads, 2010, p. 15).

Naast informatie is kennis ook opgebouwd uit de elementen *attitude*, *ervaring* en *vaardigheden* (Weggeman, 2000, p. 39-40). Bij de *attitude* gaat het om de ontvankelijkheid van informatie, ofwel de bereidheid tot informatievergarig. Voor wat betreft het element *ervaring*; biedt internet en nieuwe media de mogelijkheid op afstand te praten over de betekenis van informatie en ervaringen te delen (Gerads, 2010, p. 16-17). Tot slot zijn verschillende *vaardigheden* nodig om informatie om te kunnen zetten naar kennis. Allereerst dient de patiënt cognitieve vaardigheden te bezitten om de informatie te begrijpen, hierbij spelen ook linguïstische vaardigheden een rol (Gerads). Jargon kan bijvoorbeeld een opstakel zijn om de informatie te begrijpen. Bovendien is er als gevolg van het grote aanbod van informatie sprake van beperkte rationaliteit. Het is moeilijk onderscheid te maken tussen verschillende alternatieven en worden er zogenaamde vereenvoudigingsregels toegepast om de mentale belasting te verminderen. Uiteindelijk is het moeilijk of misschien onmogelijk om tot een optimale keuze te komen (Zeelenberg en Van Dijk, 2009 in: Gerads, 2010:20). In dit opzicht is meer informatie niet altijd een garantie voor een weloverwogen beslissing. Het cognitieve proces waarbij informatie gebruikt wordt om keuzen te maken is namelijk complex. Vooral het gebruik van vergelijkingsinformatie vergt een groot cognitief vermogen aangezien er veelal meer dan 15 zorgaanbieders vergeleken worden op tientallen dimensies. Kortom, als het aantal opties groter wordt, verkleint het vermogen om al deze opties mee te nemen in een beslissing (Hibbard & Peters, 2002, p. 410-416). In aansluiting hierop stellen Gerads en Hooghiemstra (2010) dat dé patiënt niet bestaat, zo zijn psychiatrische patiënten of patiënten met een verstandelijke beperking vaak niet in staat de regie in eigen handen te nemen. Ook voor mensen met onvoldoende cognitieve capaciteiten is het moeilijk de informatie te duiden. Daarnaast kan emotie en of spanning invloed hebben op het informatieverwerkingsproces van de patiënt (p. 3).

Tot slot dient de patiënt in het kader van online keuze-informatie ook digitaal vaardig te zijn. Volgens Loos (2010) speelt met name de ervaring met nieuwe media een rol wanneer het gaat om digitale vaardigheden. Een groot deel van de Nederlandse bevolking bezit goede digitale vaardigheden, maar er zal altijd een groep mensen bestaan voor wie dit niet het geval is.

Hoewel het maken van keuzen aan de hand van keuze-informatie een complex proces lijkt te zijn, waar meerdere vaardigheden voor nodig zijn, wordt informatie gezien als een instrument om bewuste keuzes te kunnen maken (Grit e.a. 2008, p. 14). Gerads en Hooghiemstra (2010) stellen dat er een paradigmaverandering heeft plaatsgevonden in de richting van een sterkere informatiepositie van de patiënt (p.3). Zij definiëren de informatiepositie als; “de mate waarin de patiënt geïnformeerd is over zijn gezondheid en zeggenschap heeft over gezondheidsinformatie”(p.1). Door onder andere de komst van internet is informatie breed toegankelijk geworden, wat de positie van de patiënt op dit gebied versterkt heeft. Daarnaast neemt de mogelijkheid toe om persoonlijke gezondheidsinformatie in te zien (p. 3).

2.1.2 Keuzevrijheid in de zorg

Keuzevrijheid is een concept dat vaak in één adem genoemd wordt met de concepten marktwerking en vraagsturing. Schnabel (2002) stelt zelfs dat keuzevrijheid en marktwerking bijna synoniem zijn, of in ieder geval sterk in elkaars verlengde liggen (p.23). Nu marktwerking ook binnen de zorg haar intrede heeft gedaan, is het concept keuzevrijheid onderwerp van discussie. In de literatuur zijn voorstanders en tegenstanders te herleiden van de tendens van keuzevrijheid in de zorg.

Critici stellen dat mensen ongelukkig worden van keuzevrijheid, zeker omdat het maken van keuzen steeds meer een verplichtend karakter krijgt. Hurekamp en Kremers (2005) stellen dat wanneer keuzes gebruikt worden om de markt te sturen, mensen hier niet beter van worden. Mensen worden alleen beter van keuzen waarmee ze zichzelf helpen te ontplooiën, zoals keuzen over seksualiteit of geloof (p. 23). Trappenburg (2005) stelt ook dat mensen zich niet “suf willen kiezen” (p. 12). “De moderne zorgconsument kiest, eist, claimt, oordeelt en selecteert, maar deze rol is niet voor iedere patiënt een aantrekkelijk rolmodel” (Trappenburg, 2008, p.199). Zij stelt dat het huidige zorgsysteem uitmond in een ‘kritiekmachine’ waarin patiënten gedwongen worden een moderne zorgconsument te worden die voor zijn of haar belangen op komt, omdat anders anderen voor gaan. Daarbij benadrukt ze evenals Gerads en Hooghiemstra (2010) dat er kwetsbare groepen zijn voor wie de transformatie naar de moderne zorgconsument niet haalbaar is. Voor mensen met bijvoorbeeld psychische klachten, depressief zijn of zwak begaafd zijn, kan keuzevrijheid verkeerd uitpakken. Zij hebben behoefte aan traditionele hulpverleners die vanuit de paternalistische wijze kijken naar hun behoeften (Trappenburg, 2008, p. 199-200).

Tonkens (2008) sluit zich hier bij aan en stelt dat keuzevrijheid niet automatisch de kwaliteit van het bestaan vergroot. In haar publicatie ‘Mondige burgers, getemde professionals’

beschrijft ze de schaduwzijde van de marktwerking die moet leiden tot kwaliteit, efficiëntie en keuzevrijheid. Ze stelt dat calculerende burgers leiden tot calculerende instituties waarin alles gemeten dient te worden. Burgers die niet mondig zijn worden vergeten en lastige burgers worden vermeden (2008: 70-74).

Een veel gebruikt argument voor voorstanders van keuzevrijheid is dat het past binnen de maatschappelijke trend van individualisering en toenemende individuele verantwoordelijkheid (Groenewoud & Huijsman, 2006, p. 39). Een ander argument is dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie een prikkel is voor zorgaanbieders om beter te presteren. Vanuit deze visie is keuzevrijheid niet alleen positief voor de patiënt, maar heeft het openbaar maken van kwaliteitsinformatie ook een positief neveneffect (Groenewoud & Huijsman, 2006p. 40). Tegenstanders van keuzevrijheid geven hier echter bij aan dat dit ook perverse neveneffecten met zich mee kan brengen. Zo kunnen zorgaanbieders zich vooral richten op de prestaties waarop ze beoordeeld worden. Daarnaast kan een zorgaanbieder alleen “gunstige patiënten” uitzoeken om ook gunstige prestaties te kunnen leveren. Dit wordt in de literatuur ook wel *cherry picking* genoemd (De Bruijn, 2002; Van Thiel e.a., 2003 in: Groenewoud & Huijsman , 2006, p. 40). Daarnaast stellen critici dat prestatie-aspecten nooit ingezet mogen worden als concurrentiemiddel omdat de deskundigheid, kwaliteit en veiligheid als basisvoorwaarden van zorg vanzelfsprekend behoren te zijn. De patiënt wil zeker zijn van de kwaliteit en wil niet lastig gevallen worden met cijfertjes, maar is meer gebaat met een intern kwaliteitssysteem of keurmerk (Groenewoud & Huijsman , 2006, p. 43). Groenewoud en Huijsman geven ook aan dat die standaard kwaliteit nog niet overal gehaald wordt. Het openbaar maken van prestaties van zorgaanbieders kan zorgen voor een stimulans om deze situatie te doorbreken (p. 43).

2.1.3 Gebruik van keuze-informatie

De eerste studies naar het gebruik van kwaliteitsinformatie hebben plaats gevonden tussen 1995 en 2000 in de Verenigde Staten en in Engeland. Deze landen hebben langer ervaring met het aanbieden van keuze-informatie voor consumenten dan Nederland (Lugtenberg en Westert, 2007). Hieruit kwam naar voren dat patiënten hun keuze nauwelijks lieten bepalen door de toegankelijk gemaakte kwaliteitsinformatie (Schneider & Lieberman, 2000 in: Grit e.a., 2008, p. 62). Slechts zes procent van de zorggebruikers maakte gebruik van keuzeondersteunende kwaliteitsinformatie. Er kwam wel naar voren dat de medisch-technische kwaliteiten als belangrijk worden geacht bij de keuze van een ziekenhuis. Aangezien het verstrekken van informatie hiervan geen invloed had op hun keuze, lijken de resultaten van dit onderzoek te duiden op het feit dat patiënten op andere wijzen beschikking

hadden over kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders (Schneider & Lieberman, 2000). Daarnaast wordt gesteld dat het aanbieden van kwaliteitsinformatie vooral invloed heeft op de zorginstellingen zelf. Zorginstellingen proberen hun kwaliteit te verbeteren om toekomstige reputatieschade te vermijden (Lugtenberg en Westert, 2007, p. 8).

Het gebruik van keuzeondersteunende informatie is in de eerste generatie onderzoeken nog niet aangetoond, maar dit betekent niet dat dit gebruik geheel afwezig is of nooit zal optreden (Groenewoud en Huijsman, 2005, in: Grit e.a., 2008, p. 63). Groenewoud en Huijsman (2005) stellen dat er meerdere oorzaken mogelijk zijn voor deze (tegenvallende) resultaten. Allereerst is er geen onderscheid gemaakt tussen diverse subgroepen van zorggebruikers. Het is volgens hen waarschijnlijk dat bepaalde groepen - jongeren, hoger opgeleiden en chronisch zieken - meer geneigd zijn tot actief keuzegedrag dan de gemiddelde zorggebruiker (p. 63). Onderzoek van iBMG/ErasmusMC in samenwerking met de Consumentenbond heeft dan ook aangetoond dat deze groepen consumenten zeer geïnteresseerd zijn in keuze-informatie en deze willen gebruiken bij keuzen in de zorg (Consumentenbond 2005 in: Grit, e.a. 2008:64).

Als tweede mogelijke oorzaak wordt genoemd dat de kwaliteit van keuze-informatie nog verbeterd kan worden. Zo kan de informatie bijvoorbeeld meer vanuit het patiënten perspectief geschreven worden (Groenewoud & Huijsman, 2005 in: Grit, 2008, p. 65). Drie jaar later, in 2008 is er al meer onderzoek verricht naar hoe de keuze-informatie het best kan worden aangeboden op internet. Hierbij is ook gekeken naar best practices in andere landen (Damman en Rademakers, 2008, p. 12). Tot slot bestaat de mogelijkheid dat het fenomeen van keuzevrijheid in de zorg enige tijd nodig heeft voordat patiënten en zorgverleners hieraan gewend zijn (Groenewoud & Huijsman, 2005 in: Grit e.a. 2008, p. 66).

Naast onderzoeken die hebben aangetoond dat keuze-informatie nauwelijks effect heeft op keuzegedrag van patiënten, zijn er ook onderzoeken die dit effect wel lijken aan te tonen. In Engeland is in 2005 een aantal pilots uitgevoerd welke vielen onder het “London Choice Project “ waarbij patiënten de mogelijkheid kregen te kiezen voor een alternatief ziekenhuis indien de wachttijd bij hun eigen ziekenhuis te lang was. Hieruit kwam naar voren dat er een grote keuzebereidheid bleek te bestaan. Meer dan de helft (67%) van de patiënten koos voor een alternatief ziekenhuis. Patiënten die zelf hadden gekozen voor een ziekenhuis bleken meer tevreden over de ziekenhuiservaring dan de mensen die de keuze niet gemaakt hadden (Picker Institute, 2005 in: Grit e.a. 2008, p. 62). Waar dit verschil in tevredenheid precies vandaan komt is niet verder onderzocht, maar het is een interessante constatering. Tevredenheid en keuzevrijheid lijken met elkaar in verband te staan.

In 2003 onderzocht Van Rijen hoe belangrijk Nederlandse patiënten het vinden om zelf te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar of een behandelaar. Hieruit kwam naar voren dat het overgrote deel (91%) de keuze voor een huisarts belangrijk vond. De deskundigheid van de arts werd als het belangrijkste element gezien bij de keuze voor een ziekenhuis, de kwaliteit van het eten werd als minst belangrijkst bestempeld (Van Rijen, 2003, p. 31-33). Hoewel dit onderzoek aantoont dat patiënten keuzemogelijkheid belangrijk vinden in de zorg, kan afgevraagd worden of er geen andere resultaten naar voren gekomen zouden zijn wanneer gevraagd werd naar *hoe graag* mensen willen kiezen in de zorg (Van Rijen, 2003, p.33).

Delnoij, Van Rooijen, Wigersma en Groenewegen (2003) hebben onderzoek gedaan naar de wensen van patiënten om mee te beslissen in de zorg. De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de resultaten van Van Rijen (2003). Er kwam naar voren dat 90% van de ondervraagden bij doorverwijzing van de huisarts, zelf wil beslissen naar welke specialist ze worden verwezen. Om een goede keuze te kunnen maken willen de ondervraagden voldoende informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis en de werkzame specialisten. Slechts één op de drie ondervraagden wil rechtstreeks toegang tot de medisch specialist. Meer dan 80 procent wil goed geïnformeerd worden door zijn arts en meebeslissen over de zorg. Hiervan is echter nog niet altijd sprake; 36% vindt dat hij men nu al kan kiezen naar welke specialist hij of zij gaat en een klein deel (17 %) vindt dat men nu al weet wat de kwaliteit van een ziekenhuis of medisch specialist is. Voor wat betreft de toekomst zijn de ondervraagden positief voor wat betreft de keuzevrijheid; 66,5 % denkt in de toekomst altijd mee te kunnen beslissen over zijn of haar zorg (Delnoij e.a., 2003, p. 2).

2.1.4 De mondigheid van de patiënt

Er bestaan verschillende definities voor het concept 'mondigheid', mede omdat het begrip een grote reikwijdte heeft in de sociale wetenschap. Het wordt gehanteerd op verschillende terreinen, de gezondheidszorg is hier één van. Bovendien hangt mondigheid nauw samen met andere concepten zoals, betrokkenheid en besluitvorming (Van Rijen, 2005).

Van Rijen (2005) definieert mondigheid als: "De mate waarin patiënten zelf willen beslissen over de aan hen te verlenen zorg"(p. 22). Hoewel het gebruik van keuze-informatie onder patiënten nog niet volledig vastgesteld kan worden, tonen verschillende studies aan dat patiënten de laatste jaren mondiger zijn geworden. Een veel genoemde oorzaak hiervoor is dat de patiënt meer informatie tot zijn of haar beschikking heeft (Rijen, 2005 , Noordegraaf, 2008 & Tonkens, 2008). Rijen en Kraan (2004) onderzochten in opdracht van de RVZ het gedrag van patiënten bij beslissingen wanneer zijn beroep op de zorg moesten doen. Daarnaast is

nagegaan welke ontwikkelingen artsen zien in het kader van mondigheid van de patiënt. “Veel, maar niet alle artsen zien een verandering in het gedrag van hun patiënten” (Rijen en Kraan, 2004, p. 247). Het percentage patiënten dat zich in de spreekkamer mondig opstelt tegenover de arts is volgens artsen de laatste jaren toegenomen. Patiënten lijken zich veeleisender op te stellen en zijn in toenemende mate vooraf geïnformeerd voorafgaand aan het bezoek. (p. 247)

Van Dulmen en Van den Brink-Muinen (2005) deden onderzoek naar de ontwikkeling van de mondigheid van de patiënt. Zij baseerde hun onderzoek op het aantal vragen die de patiënt stelt tijdens een consult. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de patiënt niet meer vragen stelt dan tien jaar geleden. Gemiddeld stellen patiënten slechts vier vragen per consult. Zij vragen zich dan ook af of patiënten daadwerkelijk mondiger geworden zijn zoals door velen gedacht wordt (p. 3). Een mogelijke oorzaak voor deze resultaten is dat patiënten meer voorkennis hebben doordat zij meer gebruik maken van andere informatiebronnen dan de huisarts. Vanuit deze argumentatie zullen patiënten echter in vroegere jaren – wanneer er minder informatiebronnen toegankelijk waren - meer vragen moeten stellen (Van Dulmen & Brink-Muinen, 2005, p. 3). Echter stellen Van Brink-Muinen en Van Dulmen dat uit observatiemateriaal uit 1983 tot 2001 blijkt dat patiënten niet meer vragen stelden dan nu waarmee zij deze mogelijke oorzaak ontkrachten (p.3).

Het onderzoek van Rijen e.a. (2004) en Dulmen en Van den Brink-Muinen (2005) lijken elkaar tegen te spreken. Een mogelijke verklaring hiervoor is het verschil in onderzoeksmethode. Rijen e.a. (2004) baseerde de resultaten op de opvattingen van artsen, terwijl Van Dulmen en Van den Brink-Muinen (2005) het aantal vragen per consult als meetinstrument hanteerden. Hieruit kan opgemaakt worden dat een concept als mondigheid lastig te onderzoeken is, omdat mondigheid verschillend gedefinieerd en hierdoor verschillend gemeten kan worden.

Van der Jagt (2003) stelt niet alleen dat patiënten mondiger geworden zijn, maar dat patiënten in toenemende mate veeleisend zijn en in toenemende mate zelfs agressie vertonen in de spreekkamer (p. 2). Hij schaaft dit gedrag en de oorzaak hiervan onder het fenomeen *consumentisme*. Onder consumentisme verstaat Van der Jagt: “het gedrag waaruit blijkt dat de zorgvrager zorg als een product ziet waarvoor hij betaald heeft en waaraan hij dus kwaliteits- en leveringseisen kan stellen” (p. 2). Rijen en Kraan (2005) benadrukken ook dat mondigheid soms lijkt uit te monden in consumentisme. Mondigheid wordt echter vaak in positieve zin gebruikt, terwijl consumentisme vaak als iets negatiefs gezien wordt. Net als het concept mondigheid, bestaan er verschillende definities van het concept consumentisme. Afhankelijk

van de definitie van het begrip kan consumentisme een positieve of een negatieve lading krijgen in de gezondheidszorg (p. 242).

Het concept mondigheid of het mondiger worden van de patiënt wordt vaak in verband gebracht met de toegenomen informatievoorziening, maar mondigheid hangt ook nauw samen met participatie en of betrokkenheid van de patiënt. Het is dus aannemelijk dat meer factoren van invloed zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig opstelt. Zaken als etniciteit, leeftijd en opleidingsniveau kunnen ook van invloed zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig of actief opstelt. Zo blijkt uit het onderzoek van Rijen en Kraan (2004) dat vooral jongeren en hoger opgeleiden zich actiever opstelden tijdens een consult en vaker hun wensen uitten. Uit onderzoek van Meeuwissen en Harmsen (2007) blijkt dat autochtonen een assertievere houding hebben tijdens een huisartsenconsult en dat allochtonen minder vragen stellen en minder eigen inbreng hebben dat autochtonen patiënten (p. 37).

Reflectie

In dit hoofdstuk zijn verschillende thema's rondom keuze-informatie aan de orde gekomen om te kunnen onderzoeken wat keuze-informatie betekent voor de huisartsenzorg. Als gevolg van de ontbrekende literatuur over de betekenis van keuze-informatie voor de huisarts, is de beantwoording van deze deelvraag vooral gebaseerd op bestaande onderzoeken vanuit het oogpunt van de patiënt.

De informatiepositie van de patiënt lijkt versterkt te zijn door onder andere de toename van informatie, maar de gedachte dat een toename in keuze-informatie automatisch leidt tot het gebruik van keuze-informatie blijkt te simplistisch. Er is nog onvoldoende empirische grond om vast te stellen wat het effect van keuze-informatie is op het keuzegedrag van patiënten. Er zijn een aantal onderzoeken die aantonen dat keuze-informatie gebruikt wordt door patiënten, maar andere onderzoeken beweren het tegendeel. Daarbij zijn de meeste onderzoeken kleinschalig van aard, waarbij het moeilijk is generaliseerbare conclusies te trekken. Bovendien is het meeste onderzoek verricht in de periode 2000-2006. Na deze periode is er op het gebied van keuze-informatie veel veranderd en bestaat de mogelijkheid dat de resultaten inmiddels anders uitwijzen.

Hoewel het gebruik van keuze-informatie dus nog niet volledig aangetoond kan worden, blijkt uit enkele onderzoeken naar de preferenties van keuzevrijheid onder de Nederlandse bevolking dat mensen graag keuzevrijheid hebben als het gaat om beslissingen in de zorg. Hier lijkt dus een discrepantie te ontstaan tussen enerzijds het gebruik en anderzijds de preferenties rondom keuze-informatie. Als mogelijke oorzaak hiervoor wordt aangegeven dat

patiënten meer tijd nodig hebben om te kunnen wennen aan de keuzevrijheid en het gebruik van keuze-informatie.

Het gebruik van keuze-informatie betekent dat de patiënt over bepaalde vaardigheden dient te beschikken om de informatie om te kunnen zetten in kennis. Als gevolg van het feit dat je moeilijk kunt spreken over dé patiënt, stellen critici dat kwetsbare groepen zijn waarbij de transformatie naar kritische zorgconsument niet haalbaar is en bestempelen keuzevrijheid in de zorg dan ook als iets negatiefs. Zij stellen dat keuzevrijheid niet automatisch betekent dat mensen gelukkiger worden.

Voor wat betreft onderzoeken naar de mondigheid van de patiënt, blijken de resultaten ook uit een te lopen. Als gevolg van de verschillende definities van mondigheid, verschillen de methoden van onderzoek, waardoor de resultaten moeilijk te vergelijken zijn. Bovendien lijken er meer factoren (leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau) dan alleen de toegenomen informatie van invloed te zijn op de mate waarin een patiënt zich mondig opstelt. Uit onderzoek blijkt dat bepaalde bevolkingsgroepen meer geneigd zijn keuze-informatie te gebruiken en dat deze zelfde groepen patiënten zich mondiger opstellen. Een laatste belangrijke constatering is dus dat de betekenis van keuze-informatie per patiënt verschilt en er geen algemene uitspraken gedaan kunnen worden met betrekking tot de betekenis voor dé patiënt.

2.2 De huisarts-patiëntrelatie onder de loep

Om antwoord te geven op de tweede deelvraag: “Hoe kan de huisarts-patiëntrelatie worden getypeerd?”, zal allereerst een aantal kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie beschreven worden. Vervolgens zal nader ingegaan worden op verschillende theoretische modellen omtrent de huisarts-patiëntrelatie. In paragraaf 2.2.3 zal kort stil gestaan worden bij mogelijke veranderingen in de relatie tussen de huisarts en de patiënt. Vervolgens wordt er nader ingegaan op besluitvorming in de huisartsenpraktijk. Tot slot zal meer specifiek bekeken worden wat de betekenis van keuze-informatie is voor de relatie met de patiënt.

2.2.1 Kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie

Het medische consult is de plek waar de huisarts en de patiënt elkaar ontmoeten en er een interactie plaatsvindt. Deze interactie kan verschillende vormen aannemen, maar er zijn een aantal kenmerken die de huisarts-patientrelatie karakteriseren. Ten Have, Meulen en Leeuwen (2003) onderscheiden vier kenmerken. Allereerst is de relatie tussen de arts en patiënt in beginsel altijd *asymmetrisch* van aard. Hiermee wordt bedoeld op de afhankelijkheidsrelatie tussen de patiënt en de arts. Beiden beschikken over verschillende soorten informatie, die hen afhankelijk van elkaar maakt (p. 160). Het tweede kenmerk is *vertrouwen*. Wanneer er sprake is van een asymmetrische relatie is erkenning een belangrijk element voor het creëren van vertrouwen. Zowel de arts als de patiënt dient te erkennen dat een ander op een bepaald terrein superieur is (p.160). Ten Have e.a. (2003) stellen bovendien dat vertrouwen de asymmetrische relatie kan complementeren tot een gelijkwaardige relatie (p. 161). Het derde en het vierde kenmerk zijn *macht* en *gezag*. Hoewel de concepten macht en gezag nauw met elkaar verbonden zijn, kunnen beide begrippen verschillend gedefinieerd worden. Macht worden door Ten Have e.a. (2003) omschreven als; “het vermogen iets uit te richten of te bewerkstelligen”(p. 161). Gezag betekent:“de beschikking over voldoende kennis en ervaring om in een bepaalde situatie de juiste handelingen te verrichten of besluiten te nemen”(p.161). Een kenmerk van macht en gezag is dat ze gemakkelijk los kunnen komen te staan uit de vertrouwensband. Hiermee wordt bedoeld dat macht de complementaire relatie kan verbreken wanneer de communicatie niet meer gelijkwaardig, maar vanuit één richting plaatsvindt. Wanneer gezag niet erkent wordt door bijvoorbeeld gebrek aan vertrouwen zal het de complementaire relatie ondermijnen. Op dit moment worden macht en gezag alleen gebaseerd op een formele institutionele relatie tussen de arts en de patiënt (Ten Have, 2003, p. 162).

2.2.2 Theoretische modellen voor de huisarts-patiëntrelatie

Aan de hand van de kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie kunnen verschillende modellen van deze relatie worden uitgewerkt. In de literatuur bestaat dan ook een breed scala aan interactiepatronen en arts-patiëntrelatie modellen.

Het model van Roter wat al in 1993 ontworpen is en in latere publicaties vaak aangehaald wordt, worden vier verschillende typen arts-patiëntrelaties onderscheiden.

Het eerste type is de *paternalistische* relatie. Dit type berust op macht en gezag van de arts die het vermogen heeft de situatie van de patiënt in te schatten en te handelen naar eigen inzicht (Ten Have, 2003, p. 162). Roter en Hall (2006) stellen dat dit het meer traditionele beeld is van de huisarts-patiëntrelatie (p. 30). Het tweede type is een meer egalitaire relatie, ofwel de *wederkerige* arts-patiëntrelatie. Zowel arts als patiënt hebben actieve inbreng in de relatie, waarbij de macht gelijkwaardiger verdeeld is (Roter & Hall 2006, p. 35-36). Dit model wordt ook wel het deliberatieve model genoemd waarbij de arts en patiënt in overleg treden over de verschillende waarden. In dit model ondersteunt de arts de patiënt en wordt er niet eenzijdig bepaald wat het beste is voor de patiënt (Ten Have e.a. , 2003, p. 163). In de overige twee typen is de invloed van de arts beperkt. Het *consumentisme* wordt door Roter en Hall (2006) beschreven als een relatie waarin de patiënt een consument is en zorg afneemt bij verschillende zorgaanbieders. De patiënt/consument speelt zelf een actieve rol bij de diagnosestelling en maakt aan de hand van informatie (deels afkomstig van de huisarts) een keuze (Roter & Hall 2006, p. 31). Het laatste type is een *minimalistische* arts-patiëntrelatie. In dit type heeft geen van beiden macht en voelt zowel de arts als de patiënt zich niet verantwoordelijk (p. 31-32). Hoewel de auteurs aangeven dat het niet de bedoeling is om aan te geven welk type het beste is, wordt de minimalistische relatie niet als een wenselijke situatie gezien. Artsen en patiënten dienen te voorkomen dat de relatie in een minimalistische relatie vervalt (Roter & Hall, 2006, p. 33).

Naast de hierboven beschreven typologieën van Roter en Hall (2006) bestaan er andere modellen die ingaan op de arts-patiëntrelatie. Zo zijn er modellen die meer specifiek ingaan op de rol van informatie en de beslismacht. Van Rijen en Kraan (2004) hebben aan de hand van verschillende wetenschappelijke publicaties een overzicht gemaakt van de verschillende soorten modellen die de interactie tussen de arts en de patiënt weergeven. Dit overzicht is weergegeven in figuur 2. De twee dimensies die onderscheiden worden zijn 'de controle over

de informatie' en 'de controle over de beslissing'(Van Rijen & Kraan, 2004, p. 226).

	----- Patiëntenautonomie neemt toe ----->			
	Paternalistisch model	Professional as agent model	Shared decision making model	Informed decision making model
Taak van de arts	Zorgen voor het welzijn van de patiënt, onafhankelijk van zijn voorkeuren	Wensen van de patiënt leren kennen en voor hem deze implementeren	Wensen van de patiënt leren kennen en samen met de patiënt beslissen welke behandeling gekozen wordt	De patiënt van relevante informatie voorzien zodat deze kan bepalen welke behandeling de arts moet uitvoeren
Rol van de arts	Hoeder ('Guardian')	Handelt namens de patiënt ('Agent')	Partner	Competente technische deskundige
Wie gaat over de informatie?	Arts	Arts en patiënt	Arts en patiënt	Arts en patiënt
Wie beslist?	Arts	Arts	Arts en patiënt	Arts en patiënt

Figuur 2: Arts-patiëntrelaties (Van Rijen & Kraan, 2004)

Evenals als Roter en Hall (2006) benoemen zij het *paternalistische model*. De arts handelt naar beste weten en beslist voor de patiënt. De arts heeft zowel de controle over de informatie als over de te maken beslissing (Van Rijen en Kraan, 2004, p. 226).

In het *professional as agent model* handelt de arts namens de patiënt (agent), waarbij de arts de wensen van de arts moet leren kennen door vragen te stellen. Uiteindelijk zal de arts volgens dit model een beslissing maken (Van Rijen en Kraan, 2004, p. 226-227).

In het *shared discision model* worden de beslissingen samen met de patiënt genomen, door de informatie omtrent deze beslissing te delen (Van Rijen en Kraan, 2004, p. 227). In het laatste model, het *informed decision making model* is de patiënt een klant en wordt de arts gezien als een dienstverlener, waarbij de klant een autonome beslissing maakt. De arts dient de patiënt/klant te voorzien van voldoende informatie zodat hij of zij zelfstandig een beslissing kan maken (Van Rijen en Kraan, 2004, p. 227).

Roter en Hall (2006) stellen dat de arts-patientrelatie dynamisch van aard is; "the patients social world, physical condition, stage and type of illness, and a host of cultural and demographic factors, have relevance for the kind of relationship a patient desires"(p. 38).

Van Wijmen, (2003) stelt eveneens dat er een aantal elementen zijn die van invloed zijn op het type arts-patiëntrelatie. Zo stelt hij dat de toestand waarin de patiënt verkeerd bepalend is voor het type relatie. Hierbij kun je onderscheid maken tussen incidentele klachten of een chronisch zieke. Ook de vraag of de patiënt bekwaam genoeg is en daarnaast de behoefte

heeft om bepaalde rechten (informatierecht) te realiseren (p. 80). Daarnaast noemt Van Wijmen (2003) de aard van de behandeling als element. Hierbij stelt hij dat het bijvoorbeeld nogal uitmaakt of het om een reconstructieve ingreep of een chemotherapiekuur gaat. Ten slotte is de duur van de relatie en intensiteit van de relatie van invloed op de arts-patiëntrelatie (p. 80-81).

2.2.3 Veranderingen in de huisarts-patiëntrelatie

Roter en Hall (2006) hebben het model met de verschillende typologieën van de huisarts-patientrelatie ontwikkeld naar aanleiding van de komst van het consumentisme in de jaren '70 die volgens hen heeft geleid tot een veranderde arts-patiëntrelatie (p. 23-26). Ze stellen dat er een herdefinitie van de huisarts-patientrelatie heeft plaatsgevonden. De traditionele dokter wordt nu gezien als een "healthcare provider" in een meer op concurrentie gebaseerd systeem, waarbij veranderingen verder gaan dan alleen de veranderde terminologie (p.24). "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 & Hall, 2006, p. 31). Daarnaast stellen Roter en Hall (2006) dat de arts-patiëntrelatie mee zou moeten veranderen met de sociale condities in de maatschappij, zodat het beter past bij de behoeften van zowel de arts als de patiënt (p.38).

Van den Brink-Muinen e.a. (2004) stellen eveneens dat de arts-patiëntrelatie de laatste decennia is veranderd en altijd onderhevig zal zijn aan veranderingen (p.38). Zoals al eerder genoemd in de inleiding (paragraaf 1.1.2.) wordt de verandering in morbiditeit hierbij als een belangrijk element gezien. Als gevolg van de toenemende chronische aandoeningen zullen patiënten meer moeten weten over hun ziekten om op een goede manier met de gevolgen van de aandoening om te kunnen gaan. Een ander element die Van den Brink-Muinen e.a. (2004) benoemen is de toegenomen beschikbaarheid van informatie. De hierbij horende informatietechnologie vormen een uitdaging voor zowel de medici als de patiënt (Van den Brink-Muinen e.a., 2004, p. 38)

Algemeen gezien is er volgens Van den Brink-Muinen e.a. een tendens naar een meer egalitaire relatie tussen de arts en de patiënt, maar tegelijkertijd is er een grotere diversiteit aan behoeften van patiënten. Dit zal leiden tot meer variëteit in de huisarts-patientrelatie, waarbij het paternalistische model niet vervangen wordt, maar uit een valt in verschillende typen waartussen kan worden overgeschakeld, zelfs bij dezelfde arts en dezelfde patiënt (Van den Brink-Muinen e.a. 2004, p. 37-38). Trappenburg (2008) stelt hierbij echter een kritische

kanttekening. Zij vraagt zich af of het mogelijk is dat een huisarts adequaat kan overschakelen van het ene naar het andere model. Het gevaar dreigt dat de arts en patiënt verschillende preferenties hebben ten aanzien van de arts-patiëntrelatie en dat beide partijen hier dus nadeel van ondervinden. Zo kan het voorkomen dat een patiënt meer behoefte heeft aan een paternalistische relatie, terwijl de huisarts zich juist opstelt als een arts die te maken heeft met mondige moderne zorgconsumenten of andersom (p. 199).

2.2.4 Besluitvorming in de huisartsenpraktijk

De huisarts wordt veelal gezien als een poortwachter in de zorg en heeft hiermee een belangrijke rol in het zorgtraject van de patiënt. De huisarts neemt hiermee besluiten met betrekking tot de toegang tot de specialistische zorg waarin hij of zij moet inschatten wanneer een verwijzing noodzakelijk is (Veldhuis & Willems, 2002, p. 113). Naast de afweging van de huisarts wanneer hij of zij de poort open of gesloten houdt, speelt de huisarts een belangrijke rol in het informeren en begeleiden van patiënten. Veldhuis en Willems (2002) gebruiken hierbij de metaforische term ‘gids’ om deze rol nader uit te werken; “een goede gids hecht belang aan uitleg, terwijl de poortwachter met een minimum aan uitleg de poort gesloten kan houden, legt de gids uit waarom het verstandig is om bepaalde gebieden te mijden” (p.114). De huisarts dient evenals een goede gids letten op de wensen en preferenties van zijn patiënten. Daarbij dient hij of zij geen onnodige omwegen te maken en er voor te zorgen dat de patiënt uiteindelijk zijn bestemming bereikt en hierover tevreden is (Veldhuis & Willems, 2002, p. 117).

Uit het voorgaande kan opgemaakt worden dat er binnen het huisartsenconsult verschillende soorten beslissingen genomen worden, waar de huisarts een belangrijke rol in heeft.

Deze paragraaf zal nader ingaan op de besluitvorming in de huisartsenpraktijk. Zoals in paragraaf 2.7 beschreven staat, wordt de controle over de besluitvorming gezien als een graadmeter voor het type relatie tussen de arts en de patiënt. Robinson en Thomson (2001) stellen dat er binnen de verschillende modellen van de arts-patiëntrelatie twee uitersten zijn met betrekking tot besluitvorming; namelijk het *paternalistische* model waar de beslissingen primair door de arts genomen worden versus *informed consent*, waar (in de puurste vorm) de beslissingen door de patiënt genomen worden (p. 35). Shared Decision Making (SDM) kan tussen deze twee modellen geschaard worden, waar binnen de gezondheidszorg de laatste jaren veel aandacht naar toe gaat (Robinson & Thomson, 2001, p. 35).

Dawn e.a. (2010) stellen in aansluiting op Robinson en Thomson (2001) dat in de huidige gezondheidszorg, waar de focus steeds meer komt te liggen op zorg waarin de patiënt centraal

gesteld wordt, professionals de waarden en preferenties van patiënten dienen te achterhalen om tot een beslissing te komen die aansluit bij de waarden van de patiënt (Dawn, e.a., 2010, p. 291). SDM draagt bij aan het centraal stellen van de patiënt en wordt steeds belangrijker als gevolg van de toegenomen keuzemogelijkheden in de zorg. Het doel van SDM is volgens Dawn e.a. (2010) het komen tot een besluit waar zowel de patiënt als de professional achter staat (Dawn, e.a., 2010, p. 291). Uiteindelijk kan SDM een positief effect hebben op de volgzzaamheid, begrijpelijkheid en de tevredenheid van de patiënt over de desbetreffende behandeling (Van Dulmen & Bensing in: Brink-Muinen e.a. 2006, p. 334).

Charles, Gafni & Whelan (1997) hebben het concept SDM nader bestudeerd om het te kunnen karakteriseren. Binnen SDM staan twee aspecten centraal, *sharing* (delen) en *consensus* (652). Charles e.a. (1997) stellen dat er een aantal voorwaarden zijn waar aan voldaan moet worden wanneer je kunt spreken over SDM. Zowel de arts als de patiënt dienen betrokken te zijn bij de besluitvorming, waarbij informatie van en tussen de arts en patiënt gedeeld dient te worden. De arts en patiënt uiten beiden preferenties voor de desbetreffende behandeling, zodat zowel de arts als de patiënt vervolgens samen een beslissing maken waar ze beiden achter staan (Charles e.a., 1997, p. 652).

Hoewel in de theorie vrij duidelijk omschreven wordt wat gedeelde besluitvorming is, blijkt het in de praktijk lastig toepasbaar. Stevenson (2003) deed onderzoek naar de praktijk van SDM onder huisartsen. Uit haar onderzoek kwam naar voren dat huisartsen vaak niet wisten of er sprake was van gedeelde besluitvorming. Dit heeft onder andere te maken met de grote verscheidenheid aan behoeften van patiënten. Niet iedere patiënt heeft behoefte aan SDM of is in staat mee te kunnen beslissen (p. 291). Daarnaast werd de extra tijd die SDM met zich meebrengt als een barrière gezien om SDM toe te passen. Haar conclusie is dan ook dat de moeilijkheid van SDM ligt in het vertalen van de theorie naar de praktijk. (Stevenson, 2003, p. 292) Edwards en Elwyn (2006) wijzen eveneens op een aantal praktische implicaties van SDM in de huisartsenpraktijk. Zij maken op uit hun onderzoek dat het belangrijk is een onderscheid te maken tussen het proces van betrokkenheid en het maken van de uiteindelijke beslissing (p. 307). Binnen het proces van betrokkenheid wordt er informatie uitgewisseld met beoogde voor en nadelen en worden preferenties uitgesproken. Edwards en Elwyn (2006) stellen dat de voordelen van SDM - vertrouwen, begrijpelijkheid en satisfactie – kunnen ontstaan wanneer patiënten meer worden betrokken bij de besluitvorming (p. 308). Wie de uiteindelijke beslissing maakt is niet relevant. Hierbij concluderen ze dat huisartsen zich meer

moeten focussen op het proces wat aan de besluitvorming vooraf gaat, dan belang te hechten aan het feit wie de beslissing maakt (Edwards & Elwyn, 2006, p. 307).

2.2.5 Betekenis van keuze-informatie voor de relatie met de patiënt

In paragraaf 2.1.3 is nader ingegaan op het gebruik van keuze-informatie door patiënten. Hoewel het gebruik van keuze-informatie nog niet met zekerheid aangetoond kan worden, zijn er verschillende onderzoeken die aantonen dat patiënten keuze-informatie belangrijk vinden en deze informatie gebruiken rondom het huisartsenconsult (Van Rijen, 2003, Delnoij e.a., 2003 en Grit, e.a. 2008). Aangezien keuze-informatie nog een relatief nieuw concept is en het gebruik nog niet volledig aangetoond is, is er geen of weinig onderzoek dat zich specifiek richt op de betekenis van keuze-informatie in relatie tot de huisarts. Daarentegen is er wel eerder onderzoek gedaan naar de betekenis van gezondheidsinformatie op internet in relatie tot de huisarts. Aangezien online keuze-informatie gezien kan worden als een onderdeel van online gezondheidsinformatie, zal in deze paragraaf gebruik gemaakt worden van wetenschappelijke publicaties over online gezondheidsinformatie in zijn algemeen.

Laing, Hogg en Winkelman (2005) deden onderzoek naar de impact van internet onder professionals in eerstelijnszorg. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de rol van de professional (huisarts) ten opzicht van de patiënt veranderd is als gevolg van de toegenomen toegankelijkheid van informatie (Laing e.a. 2005, p. 680). De rol is verschoven van een eminente aanbieder van gezondheidsinformatie naar iemand die informatie van verschillende bronnen moet interpreteren en evalueren; "Consequently, the role of the service professional may be seen as shifting from one of information provision to one of information evaluation and verification, and more significantly as the source of treatments for self-diagnosed conditions" (Laing e.a., 2005, p. 682). Het feit dat de huisarts in Engeland (evenals in Nederland) een 'gatekeeper' (poortwachter) is voor vrijwel alle verwijzingen naar de tweedelijnszorg, maakt dat de informatie op internet veelal terecht komt bij de huisarts. De toegenomen beschikbaarheid en hoeveelheid van informatie maakt dat de huisarts in mindere mate geëigend lijkt om autonome besluiten te nemen in het zorgtraject van de patiënt. De huisarts dient de patiënt nu te helpen goed geïnformeerde besluiten te nemen in de zorg (Laing e.a., 2005, p. 682). Als gevolg van de poortwachtersrol, is de informatie op internet echter vooral faciliterend, aangezien patiënten eerst naar de huisarts moeten om verder te kunnen naar de tweedelijnszorg. Volgens Laing e.a. (2005) is het een grote uitdaging voor de huisarts om de informatie van patiënten te gebruiken en een balans te vinden waarin de

professional de juiste service kan bieden en de patiënt de service krijgt die hij of zij verwacht te krijgen (Laing e.a. 2005, p. 683).

Ahluwalia, Murray, Stevenson, Kerr en Burns (2009) hebben eveneens kwalitatief onderzoek gedaan naar de impact van internet op de eerstelijnszorg. Hierbij is specifiek ingegaan op de visie van de huisartsen met betrekking tot patiënten die informatie van het internet gebruikten tijdens het consult. Wanneer huisartsen geconfronteerd werden met informatie van het internet door patiënten, overheersten over het algemeen een gevoel van incompetentie, verlies van controle en een gevoel van onderwaardering (Ahluwalia e.a., 2009, p. 90). Dit gevoel was vooral afkomstig van het feit dat patiënten nu toegang hebben tot informatie waar in het verleden alleen de professional van op de hoogte was. Er wordt nu van de huisarts verwacht dat hij of zij alles weet (p.91). Bovendien kwam uit het onderzoek naar voren dat huisartsen opmerkten dat patiënten hogere verwachtingen hebben als gevolg van de informatie. Aangezien de informatie niet altijd betrouwbaar is, gaven huisartsen aan dat het veel tijd kost om de informatie te rectificeren (Ahluwalia e.a., 2009, p. 91). De verschuiving in de balans van macht en informatie, bleek invloed te hebben op het gedrag van huisartsen tijdens het consult. Huisartsen gaven aan meer open vragen te stellen, zodat de zij meer tijd hebben om de informatie te kunnen verwerken (Ahluwalia e.a., 2009, p. 91). Voor enkele huisartsen was het lastig om toe te geven wanneer ze (als generalist) niet op de hoogte waren van bepaalde informatie. Toch kwam naar voren dat het toegeven van de onwetendheid de beste manier is om met je patiënt om te gaan (Ahluwalia e.a., 2009, p. 91). Verder gaven huisartsen aan dat het respecteren van het 'zelf-dokteren' en patiënten kunnen doorverwijzen naar betrouwbare internetsites een goede manier is om met deze patiënten om te gaan. Tot slot stellen Ahluwalia e.a. (2009) dat de relatie met de patiënt bepalend lijkt te zijn voor de reactie van de huisarts met betrekking tot de confrontatie met informatie van internet (p.92). In een goede relatie met de patiënt – in de visie van de huisarts – bleek het gevoel van onderwaardering en controle verlies minder mee te spelen. Wat er precies onder een goede relatie verstaan wordt, wordt in dit onderzoek niet nader uitgewerkt. Wel lijkt de duur van de relatie hierin mee te spelen, aangezien de dokter dan kan bouwen op een langere voorgeschiedenis en zijn of haar kunde hiermee al eerder aangetoond is (Ahluwalia e.a., 2009, p. 92).

Wat online gezondheidsinformatie betekent voor de huisarts-patiëntrelatie hebben Dedding, Doorn, Winkler en Reis (2011) onderzocht. Zij stellen dat informatie op internet de relatie kan leiden tot gunstige omstandigheden waarbij de patiënt zich actiever op kan stellen tijdens het

consult. Internet wordt gezien als een ‘safe training ground’ waardoor patiënten beter geïnformeerd zijn tijdens het consult (Dedding e.a. 2011, p. 51). In die zin kan het de relatie met de arts versterken, communicatieve zin. Toch zijn er ook aanwijzingen waarbij het raadplegen van informatie op internet de relatie met de huisarts kan verstoren. Allereerst omdat patiënten over (foutieve) informatie kunnen bezitten, waardoor patiënten onnodig verward, angstig, of gefrustreerd kunnen raken (Dedding e.a. 2011, p. 51). Daarnaast kan de huisarts meer geneigd zijn paternalistische strategieën toe te passen bij een door internet geïnformeerde patiënt. Dit kan vervolgens leiden tot barrières voor het toepassen van SDM en kan het belang van informatie voor de patiënt ondermijnen (Boom, 2005 in: Dedding e.a. 2011, p. 51)

Reflectie

In dit hoofdstuk is helder geworden dat de huisarts-patiëntrelatie verschillende vormen kan aannemen. In de literatuur komen verschillende kenmerken van de huisarts-patiëntrelatie naar voren; asymmetrisch, vertrouwen, macht en gezag. Er bestaan verschillende theoretische modellen van de huisarts-patiëntrelatie. De typen relaties uit deze modellen lopen uiteen van *paternalistisch*, waarbij de controle en de beslismacht geheel bij de huisarts ligt, tot een vorm van *informed decision making* waarbij dit wordt overgedragen aan de patiënt. Het lijkt er op dat de vier bovenstaande kenmerken in ieder model/type relatie een andere betekenis krijgen. Er worden een aantal factoren genoemd die bepalend zijn voor de invulling van de relatie tussen de huisarts en de patiënt, zoals de intensiteit van de relatie en de aard van de behandeling.

Er lijkt een tendens te zijn naar meer egalitaire huisarts-patiëntrelaties als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen en het meer centraal stellen van de patiënt in het zorgsysteem. Hierbij worden paternalistische relaties niet vervangen door meer egalitaire relaties, maar vallen de huisarts-patiëntrelaties uiteen in verschillende typen, waar tussen overgeschakeld kan worden. Hierbij wordt echter een kritische noot geplaatst of dit praktisch mogelijk is binnen de huisartsenpraktijk.

De huisarts wordt veelal gezien als een poortwachter in de zorg en heeft hiermee een belangrijke rol in het zorgtraject van de patiënt, omdat hij of zij patiënten kan doorverwijzen naar de tweedelijnszorg. Voor wat betreft de besluitvorming in de huisartsenpraktijk gaat er de laatste jaren veel aandacht naar Shared Decision Making (SDM). Dit sluit aan bij de beschreven tendens van egalitaire relaties en patiëntcentraal gestuurde zorg. SDM dient bij te

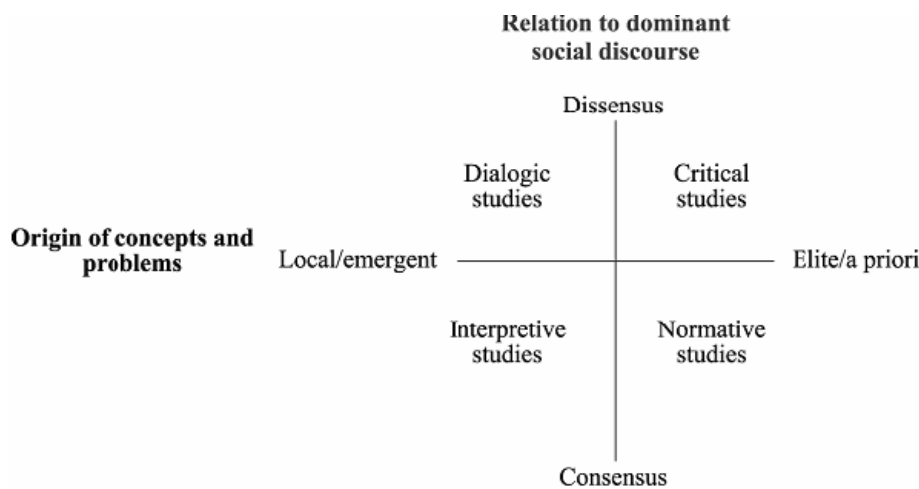
dragen aan het centraal stellen van de patiënt en wordt steeds belangrijker gevonden als gevolg van de toegenomen keuzemogelijkheden in de zorg. Hoewel in de theorie vrij duidelijk omschreven kan worden wat SDM is, blijkt het in de praktijk lastig toepasbaar omdat het moeilijk te achterhalen is wanneer er sprake is van gedeelde besluitvorming. Het lijkt hierdoor belangrijk een onderscheid te maken tussen het proces van besluitvorming en de besluitvorming zelf. Critici stellen dat de voordelen van SDM kunnen ontstaan wanneer patiënten worden betrokken bij de besluitvorming, wie de beslissing maakt is niet relevant. Huisartsen zouden zich meer moeten focussen op het proces wat aan de besluitvorming vooraf gaat, dan belang te hechten aan het feit wie de beslissing maakt.

Wetenschappelijke literatuur over de betekenis van keuze-informatie voor de relatie met de patiënt blijkt schaars. Mede hierdoor is empirisch onderzoek op dit gebied extra interessant en relevant. Daarentegen is er wel eerder onderzoek gedaan naar een breder thema; namelijk de betekenis van informatie op internet voor de huisarts-patiëntrelatie. Hierin komt naar voren dat de rol van de huisarts in relatie tot zijn of haar patiënt veranderd lijkt te zijn als gevolg van de toegenomen informatie op internet. De rol is verschoven van een eminente aanbieder van gezondheidsinformatie naar iemand die informatie van verschillende bronnen moet interpreteren en evalueren. De toegenomen beschikbaarheid en hoeveelheid van informatie maakt dat de huisarts in mindere mate geëigend lijkt om autonome besluiten te nemen in het zorgtraject van de patiënt. De huisarts dient de patiënt nu te helpen goed geïnformeerde besluiten te nemen in de zorg. Huisartsen lijken verschillend om te gaan met patiënten die zich hebben laten informeren door het World Wide Web, maar door velen wordt de confrontatie tijdens het consult als een gevoel van onderwaardering, verlies van controle en of incompetentie ervaren. De verschuiving in de balans van macht en informatie, bleek invloed te hebben op het gedrag van huisartsen tijdens het consult en de relatie met de patiënt lijkt bepalend te zijn voor de reactie van de huisarts. Voor wat betreft de huisarts-patiëntrelatie wordt gesteld dat de door internet geïnformeerde patiënten zich actiever kunnen opstellen tijdens het consult. Daarentegen zijn er ook aanwijzingen waarbij het raadplegen van informatie op internet de relatie met de huisarts kan verstoren. Empirisch onderzoek moet uitwijzen of bovenstaande literatuur ook betrekking heeft op de online *keuze*-informatie.

3 Methodologische verantwoording

3.1 Onderzoeksperspectief en type onderzoek

Alvorens nader in te gaan op het type onderzoek, zal eerst een korte beschrijving gegeven worden van mijn onderzoeksperspectief aan de hand van de onderzoeksoriëntaties van Alvesson en Deetz (2000). Alvesson en Deetz delen de verschillende onderzoeksbenaderingen in aan de hand van twee dimensies, de ‘Local/Emergent – Elite/A Priori’ dimensie en ‘Dissensus – Consensus’ dimensie. Op basis van deze twee dimensies, met vier polen, kunnen vier oriëntaties op onderzoek onderscheiden worden, welke in onderstaand schema zichtbaar zijn. (Alvesson & Deetz, 2000, p.137).



Figuur 3: Onderzoeksooriëntaties van Deetz (Alvesson&Deetz, 2000: 24)

De eerste dimensie heeft betrekking op het taalgebruik van onderzoekers en staat de vraag waar en hoe onderzoeksconcepten ontstaan centraal. Onder ‘Local/Emergent’ vallen onderzoekers die met open taalgebruik communiceren. Ook leggen zij weinig claims en staan open voor hetgeen zij tegenkomen in de werkelijkheid. Hierbij zijn de ervaringen en verhalen van de onderzoeksobjecten veel meer leidend voor de uitkomsten van het onderzoek. Literatuur heeft bij dit perspectief vóór het veldwerk een verkennende rol en zal gedurende het onderzoek een (iets) meer sturende rol krijgen.

Onderzoekers die Alvesson en Deetz (2000) scharen onder de categorie ‘Elite/A Priori’, maken gebruik van dezelfde termen en gesloten taalgebruik. Daarnaast toetsen zij theorieën aan de werkelijkheid en gaan zij ervan uit dat er maar één werkelijkheid bestaat.

De tweede dimensie is ‘Consensus-Dissensus’ en gaat om de positie van de onderzoeker zelf, ook wel de ontologie genoemd. Het gaat om de samenhang tussen onderzoek en de sociale context. Wanneer een onderzoeker van consensus uitgaat, gaat hij of zij uit van samenhang en

‘rust’ in een sociaal systeem, bijvoorbeeld in een organisatie. Wanneer de nadruk echter op het zoeken naar verschillen ligt, gaat de onderzoeker uit van strijd, conflict en spanning als natuurlijk verschijnsel in een sociaal systeem.

Dit onderzoek is gericht op betekenisvorming en ervaringen van de huisarts die zich in een dynamische omgeving (context) begeeft. Dit kan goed gekoppeld worden aan de Local/emergent dimensie van Deetz (2000). Literatuurgebruik heeft in dit onderzoek een verkennende rol, waarbij de context van de huisarts geschetst wordt en er nader ingegaan wordt op concepten als keuze-informatie en de huisarts-patientrelatie. Het theoretisch kader is gebruikt als handvat voor het topicinterview. In het empirisch onderzoek zullen geen theorieën getoetst worden, maar zal vooral gekeken worden naar de beleving en ervaringen van de huisarts. Ik ga er niet vanuit dat er maar één werkelijkheid bestaat wat onder de Elite/A Priori dimensie geschaard kan worden. De context is erg belangrijk voor de bepaling van de werkelijkheid. Iedereen ziet de werkelijkheid vervolgens anders omdat mensen het vanuit verschillende contexten zien.

Hoewel niet ontkent kan worden dat er door de verschillende contexten en werkelijkheden strijd en macht bestaat in een natuurlijk systeem - wat Deetz (2000) schaaft onder de Dissensus – zal niet per definitie op zoek gegaan worden naar deze zaken. Mede hierdoor is er gekozen voor een interpretatieve onderzoeksbenadering. Hierbij wordt er juist op zoek gegaan naar wat mensen delen, welke patronen en waarden in de verschillende ervaringen van de respondenten te herkennen zijn, zonder daarbij voorbij te gaan aan de complexiteit en tegenstrijdigheden van de verschillende percepties. Het doel van de interpretatieve benadering is het laten zien van de sociale werking van de context (toenemende keuze-informatie in de zorg) door normen, ervaringen en dagelijkse activiteiten binnen de huisartsenpraktijk te bestuderen.

Deze interpretatieve benadering is onderdeel van kwalitatief onderzoek. Met kwalitatief onderzoek wordt getracht de betekenissen en gedragingen van mensen te beschrijven en waar mogelijk te begrijpen en te verklaren (’t Hart et al., 2005, p.261). Een van de redenen voor kwalitatief onderzoek is de mogelijkheid tot exploratie van een onderzoeksveld (’t Hart et al., 2005, p.269). Het onderzoeksveld van keuze-informatie in de zorg kan nog verder verkend worden. Zo ontbreekt het inzicht over de beleving van de huisarts met betrekking tot keuze-informatie nog.

3.2 Selectie van onderzoekseenheden

In dit onderzoek staat de beleving van de huisarts centraal waardoor er een doelgerichte selectie gemaakt kon worden. Bij een doelgerichte steekproef worden uit de populatie doelgericht onderzoekseenheden geselecteerd die bepaalde kenmerken representeren (Boeije, 2005:50). Gezien het feit dat er binnen de opgestelde onderzoeksvraag geen vergelijkingen tussen verschillende huisartsen op het gebied van bijvoorbeeld geslacht, ligging van de praktijk, etniciteit et cetera centraal staan, was het niet nodig hier tijdens de selectie rekening mee te houden. Hierbij is het enige kenmerk waar op geselecteerd werd dus dat de desbetreffende persoon als huisarts werkzaam is. Mede hierdoor is er uit praktische overwegingen gekozen voor de werving van huisartsen die werkzaam zijn in de stad Utrecht en of de directe omgeving. Er is niet gezocht naar een representatieve afspiegeling van de Nederlandse huisarts, echter, om de selectie zo natuurlijk mogelijk te maken is er hierbij wel rekening gehouden met de geografische spreiding van de huisartspraktijken, om er voor te zorgen dat er enige variatie in het patiëntenbestand van de huisartsen gewaarborgd is.

De werving van de huisartsen heeft veelal per mail of telefonisch plaatsgevonden.

In de onderstaande tabel met kaart is de geografische spreiding van de onderzoekseenheden inzichtelijk gemaakt.

Utrechtse wijk:	Aantal
Centrum	2
Oudwijk	1
Wittevrouwen	1
Rijnsweerd	1
Overvecht	2
Kanaleneiland	1
Oog in Al	1
Lombok	1
Lunetten	1
Zuilen	1
Randgemeenten:	
Bunnik	1
De Meern	1
De Bilt	1



3.3 Dataverzamelingmethoden

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek heeft er een literatuurstudie (hoofdstuk 2) plaatsgevonden, die antwoord geeft op de eerste twee deelvragen van dit onderzoek. Daarnaast dient dit theoretisch kader als handvat voor de topiclijst van de interviews. Het kwalitatieve interview als dataverzamelingmethoden kan worden beschouwd als een vorm van een gesprek waarin de interviewer vragen stelt over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van één of meer sociale verschijnselen ('t Hart, 2005, p. 274). De mate van structurering is een criterium om soorten interviews van elkaar te onderscheiden. Hoe meer structurering vooraf, hoe meer de interviewer de richting bepaalt. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het halfgestructureerde interview aan de hand van een topiclijst (zie bijlage I) In de topiclijst staan een aantal thema's en open vragen geformuleerd die tijdens het interview aan bod komen. Aangezien de onderwerpen aan de hand van het theoretisch kader zijn opgesteld, kan dit interview ook wel een topicinterview genoemd worden. De topics zijn zo opgesteld zodat het interview genoeg inhoud heeft om de deelvragen te beantwoorden. De volgorde van de topiclijst is niet strikt aangehouden. Er is geprobeerd de respondent te volgen in zijn of haar verhaal en zo onderwerpen aan te snijden. Hiermee is geprobeerd de respondent zo min mogelijk te sturen en hem of haar de ruimte te bieden verhaal te doen. Om te controleren of het verhaal goed begrepen werd door de interviewer is er gedurende het interview af en toe samengevat door de interviewer.

In totaal zijn er 15 interviews afgenomen om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en aan de hand hiervan de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

3.4 Data-analysemethode

De data die uit de halfgestructureerde interviews naar voren gekomen is, vormen de basis voor de analyse. In de interviews is getracht de beleving van de huisarts met betrekking tot keuze-informatie te achterhalen. Hierbij werd gefocust op de huisarts-patientrelatie, de rol van de huisarts in het keuzeproces van de patiënt, de besluitvorming omtrent verwijzingen en de eigen ervaringen met keuze-informatie. De analyse kon hierdoor gericht op die thema's plaatsvinden. Deze thema's zijn terug te vinden in de topiclijst. Om de data te analyseren is er gebruik gemaakt van codes. Een code is een samenvattend label dat toegekend wordt aan één of meer fragmenten in de gegevens, waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt. (Boeije, 2008, p.66). In bijlage II is een codelijst opgenomen, waarin verschillende codes gestructureerd zijn per hoofdthema.

3.5 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen, is er stil gestaan bij de betrouwbaarheid, de validiteit en de generaliseerbaarheid van het onderzoek. In deze paragraaf zal beschreven worden hoe aan de hand van bovenstaande criteria getracht is de kwaliteit te waarborgen.

Betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of niet-systematische fouten. Er is sprake van een betrouwbare methode van dataverzameling als herhaling van het onderzoek gelijke resultaten oplevert ('t Hart, Boeije & Hox, 2005, p. 281). De betrouwbaarheid van de waarnemingen kan vergroot worden door standaardisatie van de methoden van dataverzameling.

In dit onderzoek is getracht de betrouwbaarheid te vergroten door te interviewen aan de hand van vooraf opgestelde topics. Aan de hand van topics is er standaardisatie aangebracht tijdens de interviews. Deze standaardisatie heeft de betrouwbaarheid vergroot, waarbij de geïnterviewde voldoende ruimte kreeg naar eigen inzicht te antwoorden te geven. Standaardisatie is ook ingebracht bij de benadering van de huisartsen. Zo is voorafgaand aan het interview - bij de benadering van de huisartsen met de uitleg over de inhoud van het onderzoek - alleen de term “keuze-informatie” gehanteerd. Dit om te voorkomen dat huisartsen voorafgaand aan het onderzoek de internetsite van KiesBeter zouden bezoeken omdat ze deze internetsite niet kennen. Dit zou mogelijk een vertekend beeld kunnen geven aan de resultaten van het onderzoek, wat de betrouwbaarheid negatief beïnvloedt.

Het half-gestructureerde interview geeft de onderzoeker ook de mogelijkheid antwoorden te laten verduidelijken door de geïnterviewde, wat de betrouwbaarheid verder vergroot. Daarnaast zijn alle interviews opgenomen op een geluidsband. Dit voorkomt dat er belangrijke informatie verloren gaat. De uitgetypte transcripties van de interviews zijn op een cd-rom bij het rapport bijgevoegd.

Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Validiteit wordt opgevat als de mate waarin de onderzoeker meet wat hij wil meten, dit wordt ook wel geldigheid genoemd. (Boeije, 2008, p. 145) In dit onderzoek is de data-verzameling en de data-analyse niet strikt gescheiden van elkaar, maar wisselen elkaar af. Hierdoor kunnen tussentijdse interpretaties getoetst worden gedurende het onderzoek, wat de validiteit van het onderzoek positief beïnvloedt.

De externe validiteit, ook wel generalisatie genoemd, heeft te maken met de vraag of onderzoeksconclusies gelden voor andere, niet onderzochte situaties. Hierbij gaat het dus om de reikwijdte van het onderzoek (Boeije, 2008, p. 155). Dit onderzoek richt zich heel

specifiek op de beleving van huisartsen. Het is een explorerend onderzoek waarbij niet gezocht wordt naar generaliseerbare conclusies.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het empirisch onderzoek beschreven. Hierbij zullen de laatste vier deelvragen achtereenvolgend beantwoord worden in afzonderlijke paragrafen. De beantwoording heeft plaats gevonden aan de hand van de analysemethode die beschreven staat in de methodologische verantwoording.

4.1 De rol van de huisarts in het keuzeproces van de patiënt

Vrijwel alle huisartsen gaven aan dat hun rol vooral informatie verschaffen is en patiënten te adviseren over de verschillende mogelijkheden.

Respondent 10: “Ik denk dat ik als huisarts een belangrijke informerende rol en adviserende rol heb.. en die ervaring die ik heb van verwijzingen en met specifieke ziekenhuizen en specialisten kan ik delen en dan is het aan de patiënt wat hij of zij daar mee doet.”

Een aantal huisartsen gaf hun informerende en adviserende rol de benaming van een gids, of verwijsgids. Naast het geven van informatie en het advies zeggen veel huisartsen ook een belangrijke sturende rol te hebben in het keuzeproces van de patiënt.

Respondent 11: “Ja, informierend, maar ook sturend, en ik leg keuzen voor, kijk wij hebben ook wel patiënten die gelijk in de hoogste boom willen.. van ik heb een hernia en ik wil gewoon naar de Maartenskliniek.. en daar ben ik nooit zo’n voorstander van.. met gewone ziekten kun je beter naar een gewoon ziekenhuis en met bijzondere ziekten naar een bijzonder ziekenhuis.. dus daar stuur ik dan wel in.”

4.1.1 Verandering van de rol van huisarts

Op de vraag of huisartsen een verandering zagen in hun rol ten opzichte van tien jaar geleden waren de antwoorden divers. Een huisarts gaf aan in haar beleving de patiënt meer te sturen als gevolg van de grotere bekendheid onder patiënten over verschillende behandelingen en zorginstellingen.

Respondent 2: “Ik neig er naar toe om toch een beetje sturend te zijn als huisarts, zo van dat gaan we zo en zo doen..omdat er toch een zekere wildgroei aan verschillende opties zijn.. en

kijk.. als bepaalde opties, zoals ziekenhuizen of behandelingen bekender zijn, hoeft dat niet te betekenen dat ze ook daadwerkelijk beter zijn.”

De tendens dat patiënten meer zelf de regie in eigen handen nemen wordt door een deel van de huisartsen als een verandering opgemerkt, waardoor hun rol ook veranderd.

Respondent 8: “Jazeker ik ben als huisarts veel minder de autoriteit, maar meer een adviesorgaan.. dus zorgen dat een patiënt helder krijgt wat het probleem is.. en wij helpen de patiënt dan bij het maken van die keuze.”

Respondent 13: “Ik denk dat wij in toenemende mate meer een adviserende rol hebben gekregen als gevolg van de toegenomen informatie voor de patiënt.”

Een aantal huisartsen zag vooral verandering in het consult, waarbij de patiënt steeds meer met eigen ideeën komt van internet. De huisarts moet hierdoor meer bespreken en meer weerleggen dan vroeger. Zoals uit de bovenstaande citaten blijkt zien een aantal huisartsen veranderingen in hun rol als huisarts als gevolg van veranderingen van de patiënt of veranderingen in het aantal mogelijkheden. Daarnaast kwam er in meerdere interviews naar voren dat huisartsen ervaren dat er als gevolg van het veranderde zorgstelsel een andere rol van hen verwacht wordt.

Respondent 11: “die rol wordt niet meer van ons verwacht, voorheen wel, maar tegenwoordig worden we alleen maar gestraft als wij gaan letten op de nationale portemonnee. De markt moet zijn werk doen en wij moeten daar niet teveel in sturen volgens de overheid.”

Respondent 12 “Marktwerking betekent ook dat wij niet meer de rol hebben om de zorg te sturen, vraag en aanbod moeten de markt sturen, als een patiënt perse die total body check wilt, dan ga ik hem niet tegenhouden hoor!”

Hieruit blijkt dat een aantal huisartsen ervaart dat ze als gevolg van het nieuwe zorgstelsel niet meer de rol hebben om een sturende factor te zijn, de markt moet zelf haar werk doen op basis van vraag en aanbod. Enkele huisartsen gaven aan dat ze dit wel eens als lastig ervaren, omdat ze zelf nog de verantwoordelijkheid voelen om terughoudende zorg te bieden, waarin

goedkoper, doelmatiger en effectiever gewerkt moet worden, maar marktwerking staat hier haaks op.

Respondent 7:” Kijk aan de ene kant moeten we terughoudende zorg bieden en aan de andere kant moeten we marktwerken.. nou een grotere spagaat kan ik me niet voorstellen.”

Vanuit marktwerking staat de vraag van de patiënt centraal, waarin de patiënt de beste zorg wilt, wat de kosten, doelmatigheid en effectiviteit niet altijd ten goede komt. In paragrafen 4.4.3 en 4.4.4 wordt dit nader uitgewerkt.

4.2 Bekendheid en gebruik van keuze-informatie onder huisartsen

4.2.1 Bekendheid

Drie van de vijftien huisartsen hadden nog nooit van de website KiesBeter en de bijhorende term keuze-informatie gehoord. De overige huisartsen kende het wel van naam, maar wisten niet wat keuze-informatie precies inhield. Opvallend is dat geen van alle huisartsen keuze-informatie van KiesBeter gebruikt bij zijn of haar werkzaamheden, ongeacht of ze de website kennen of niet.

Nadat in het interview duidelijk werd dat de huisarts niet wist wat keuze-informatie inhield, heeft de interviewer kort uitgelegd wat dit inhoudt aan de hand van de drie onderdelen van keuze-informatie; etalage-informatie, kwaliteitsinformatie en ervaringsinformatie (zie hoofdstuk 2.1.1).

4.2.2 Argumenten om keuze-informatie niet te gebruiken

Er werden verschillende argumenten gegeven door de huisartsen om geen gebruik maken van keuze-informatie in hun werkzaamheden. Allereerst gaven alle huisartsen aan veel waarde te hechten aan hun eigen ervaring voor wat betreft de keuze voor verwijzingen.

Respondent 9: “Nou ik ben al 30 jaar huisarts.. en ik heb natuurlijk al behoorlijk wat ervaring opgebouwd ook met ziekenhuizen en specialisten en mijn eigen ervaringen vind ik belangrijker.”

Respondent 3. “Ik gebruik graag ervaringen van mensen.. omdat ik daar echt van op aan kan.”

Een aantal huisartsen gaf wel aan op onderzoek te gaan wanneer er spraken is van een zeldzame aandoening. In dit geval wordt er echter vooral binnen het eigen netwerk gezocht of worden expertise centra benaderd. Hierbij gaat het huisarts puur om waar een behandeling mogelijk is van de desbetreffende zeldzame aandoening, overige aspecten zoals kwaliteit blijven hierbij buiten beschouwing.

Naast de grote waarde van hun eigen ervaring, gaven veel huisartsen aan dat ze de behoefte niet voelen om gebruik te maken van keuze-informatie als gevolg van het ruime aanbod van tweedelijnszorg in de directe omgeving.

Respondent 1: “Kijk wij hebben wel een lijst met welke behandelingen ze in welk ziekenhuis doen, maar die behandelingen doen ze in deze ziekenhuizen allemaal, dus ja ik wordt niet echt aangespoord om nou eens bij een ander ziekenhuis te kijken.”

Respondent 8: “Omdat in 80 of 90 procent van de gevallen ik met de ziekenhuizen die hier in de omgeving zitten he, de drie grote, Antonius, Diak en UMC, waar ik de pro’s en de contra’s van de ziekenhuizen wel ken.. en waar ik denk ik ook wel een advies over zou kunnen geven, dus ik voel die behoefte niet echt.”

4.2.3 Waardering van keuze-informatie

Op de vraag wat huisartsen vinden van keuze-informatie, gaven veel huisartsen kritiek op het onderdeel kwaliteitsinformatie. Het merendeel van de huisartsen gaf aan dat het meten van kwaliteit lastig en betrekkelijk is.

Respondent 3: “kijk wat ik altijd een beetje moeilijk vindt is dat een ziekenhuis vanuit de ene ranking op de zwarte lijst kan komen te staan en dat dat ziekenhuis dan van de borstkankervereniging een lintje krijgt.. kijk ik vind vooral dat hele kwaliteitsding nog al moeilijk omdat je te maken hebt met verschillende instanties die weer verschillende dingen meten.”

Zoals ook uit het bovenstaande citaat blijkt ervaren huisartsen dat er op het gebied van kwaliteitsmeting veel verschillende en soms tegensprekende informatie beschikbaar is. Een aantal huisartsen gaf aan dat deze informatie wat beter gestroomlijnd kan worden.

Daarnaast blijkt dat huisartsen kritisch zijn over wie de kwaliteitsindicatoren opstelt en wat er precies gemeten wordt. Ook vragen een aantal artsen zich af of die kwaliteitsindicatoren van belang zijn voor de kwaliteit van zorg zoals de patiënt die ziet.

Respondent 8: “De bejegening en de communicatie met de patiënt, dat zie je bijvoorbeeld niet terug in het kwaliteitsplaatje.”

De menselijke maat, zoals de communicatie met de patiënt is volgens huisartsen moeilijk in een getal uit te drukken, maar wel erg belangrijk. Daarbij komt dat patiënten verschillen, de ene patiënt is meer gebaat bij een empathische arts en de ander wordt liever gewoon geopereerd door een goede chirurg, waarbij de communicatie voor de desbetreffende patiënt

minder van belang is. Volgens veel huisartsen is het dan ook een voordeel dat de huisarts de gene is die de patiënt kent en weet waar hij of zij meer bij gebaat is, zodat zij hier rekening mee kunnen houden bij de verwijzing.

Respondent 9: “Als huisarts verwijs je soms heel gericht een patiënt naar een specifieke arts omdat je weet dat die arts met jouw patiënt om kan gaan.”

Enkele huisartsen zijn daarnaast van mening dat kwaliteitseisen die voortkomen uit de prestatie-indicatoren niet passend zijn voor elke patiëntenpopulatie. Zo werd een voorbeeld gegeven over suikerziekte, waar vanuit de geïntegreerde eerstelijnszorg kwaliteitsindicatoren voor bestaan. De patiënt dient onder een bepaalde bloedsuikerwaarde te zitten om “het goed te doen”. Er werd echter aangegeven dat patiënten uit een achterstandswijk een ander besef van gezondheid hebben, waardoor deze waarde niet haalbaar is voor hen. Met andere woorden, deze prestatie-indicatoren zijn opgesteld zonder rekening te houden met mogelijke verschillen tussen patiënten.

Met betrekking tot de verschillen in de patiëntenpopulatie, geeft een aantal huisartsen ook aan dat het moeilijk is prestaties van bijvoorbeeld huisartspraktijken te vergelijken.

Respondent 11: “Ik weet dat er een hele slechte huisarts is.. en hij stopte met werken en hij kreeg dozen met wijn en allemaal bedankjes.. en ondertussen was het gewoon een hele slechte huisarts .. een pruikenzetter.. hij miste gewoon diagnoses hij liet mensen met hele hoge suiker lopen.. maar doordat het zo’n chique buurt is, zullen patiënten gemiddeld genomen het toch niet slecht doen.. dus als je het zou meten dan doen die patiënten het niet slecht.”

Het bovenstaande voorbeeldcitaat geeft aan dat het vergelijken van prestaties van zorginstellingen lastig is als gevolg van het verschil in patiëntenpopulatie.

Een laatste argument is dat het raadplegen van keuze-informatie extra tijd zal kosten. Een aantal huisartsen gaf aan dat er in het consult van tien minuten al erg veel van hen verwacht wordt. Als ze per verwijzing ook nog eens moeten kijken welk ziekenhuis de beste kwaliteit levert, zal dit qua tijd niet mogelijk zijn.

Voor wat betreft het onderdeel ervaringsinformatie op internet, had een aantal huisartsen ook hun bedenkingen. Ze vroegen zich af in hoeverre die informatie een goede afspiegeling vormt omdat ze van mening zijn dat voornamelijk slechte ervaringen gedeeld worden en de goede ervaringen buiten beschouwing blijven.

4.2.4 Ervaringen met patiënten die keuze-informatie gebruiken

Het blijkt voor de huisartsen lastig te achterhalen of patiënten gebruik hebben gemaakt van specifiek keuze-informatie. Wat vrijwel alle artsen aangaven is dat patiënten in toenemende mate van te voren informatie zoeken op internet. De meeste mensen hebben “gegoogled” op hun klachten voorafgaand aan het consult. Het komt echter minder vaak voor dat patiënten voorafgaand aan het consult al met een specifiek verwijfsplan (wens voor bepaald ziekenhuis of specialist) aankomen. Hierin was echter wel een verschil waarneembaar; de ene huisarts heeft hier meer mee te maken dan de andere, dit zou te maken kunnen hebben met het verschil in patiëntenpopulatie tussen de verschillende praktijken. Op het moment dat patiënten met een bepaalde wens voor een ziekenhuis of specialist komen, ervaren huisartsen vaak dat dit ervaringsinformatie is van kennissen of familie. De meeste huisartsen hadden hierbij niet het idee dat die informatie afkomstig was van keuze-informatie of de bijhordende kwaliteitsinformatie van internet.

Respondent 10: “Ik heb nog nooit gehad dat een patiënt bij me kwam en zei.. ik wil naar dat ziekenhuis want daar hebben ze minder doorliggen of wondinfecties.. volgens mij gebruiken patiënten dat niet.. denk ik..”

Respondent 3: “Dus ja keuze-informatie dat kom ik weinig tegen, over kwaliteit en dergelijk, maar gewoon inhoudelijke informatie zoeken over de aandoening.. volgens mij doen mensen dat veel meer.”

Over het algemeen zeiden de huisartsen positief tegenover het zoekgedrag van patiënten op internet te staan. Het merendeel gaf zelfs aan dat dit de effectiviteit van het consult kan vergroten. Patiënten zijn beter geïnformeerd, waardoor huisartsen gerichter vragen kunnen stellen. Hierbij bevordert het de communicatie tussen de huisarts en de patiënt. Daarbij gaven de meeste huisartsen aan dat zij zelf ook geregeld het internet raadplegen om iets op te zoeken wanneer de specifieke kennis niet paraat hebben.

Respondent 1: “Nou dat mensen al wat meer onze taal spreken en gewoon iets meer weten over de aandoening en de behandelingen, waardoor ze gerichtere vragen kunnen stellen.

Respondent 8: “Ja, dat vind ik prima, het is zelf heel handig, omdat je het gesprek gerichter in kan gaan en mensen al meer op de hoogte zijn.”

Hoewel het merendeel van de huisartsen aangaf het zoekgedrag van de patiënt handig te vinden voor het consult, zegt een klein deel van de huisartsen dat het zoekgedrag van de patiënt wel meer tijd kan kosten wanneer de diagnose van patiënt niet klopt. Daarnaast werd aangegeven dat patiënten onnodig ongerust gemaakt kunnen worden door hun “google-gedrag”.

Respondent 11: “kijk alleen het vervelende is.. als jij een moedervlekje googled dan zie je gelijk allemaal enge melanomen met uitzaaïingen, terwijl, ja iedereen heeft moedervlekken. Alleen op internet zie je de horrorverhalen, dus het kan snel een vertekend beeld geven en voor mij is het gemakkelijker om dat in verband te zien.”

In het verlengde hiervan werd aangegeven dat sommige huisartsen het liever andersom zien, dat mensen eerst met hun klacht bij hen komen en dat de huisarts de patiënt doorverwijst naar een betrouwbare internetsite met informatie of de desbetreffende aandoening.

Respondent 8: “Nou, ja dat weet je in ieder geval dat het een betrouwbare site is en mensen weten dan wat ze hebben dus, dan kunnen ze ook specifiek gaan zoeken.. in plaats dat ze alleen op hun klachten af gaan, dat is vaak lastig he.”

Zoals ook blijkt uit het bovenstaande citaat, weten patiënten vaak pas tijdens het consult welke mogelijke aandoening ze hebben. Vanuit deze visie, gaven veel huisartsen aan dat mensen voorafgaand aan het consult vooral informatie zoeken over hun klachten en pas wanneer er een diagnose door de huisarts gemaakt is, mogelijk gaan zoeken naar zorginstellingen, ervaringen en kwaliteit, oftewel keuze-informatie.

Zeker wanneer het gaat om ernstigere aandoeningen, zoals bijvoorbeeld kanker, wordt vrij snel doorverwezen naar een ziekenhuis. Hier wordt dan door middel van onderzoek uitgewezen of de patiënt daadwerkelijk een kwaadaardige aandoening heeft. In dit geval weet de patiënt dus pas welke aandoening hij of zij heeft wanneer ze al in de tweedelijnszorg is opgenomen.

Respondent 11: Maar voor wat betreft die informatie over verwijzingen.. ja dat is niet altijd gelijk mogelijk omdat de diagnose niet altijd bij mij gelijk gesteld kan worden.. kijk als de diagnose gesteld is in het ziekenhuis.. kan ik me voorstellen dat mensen dan pas gaan zoeken van, goh wat wil ik hiermee en welke ziekenhuizen zijn hier in gespecialiseerd.”

Respondent 10: “dus dat is eigenlijk al een gepasseerd station dan, want dan zijn de mensen al verwezen en weten ze wat ze hebben, maar toen ze bij mij op het consult kwamen wisten ze dat nog niet zeker, dus ik denk dat mensen pas echt specifiek gaan zoeken op keuze-informatie als duidelijk wordt wat ze hebben”.

Het merendeel van de huisartsen denkt dat de keuze-informatie voor de patiënt pas in beeld komt wanneer duidelijk is wat de patiënt voor aandoening heeft. Zo werd door een aantal huisartsen aangegeven dat wanneer zij tijdens een consult een verwijzing maken omdat een patiënt een bepaalde aandoening heeft, de patiënt thuis verder naar informatie gaat zoeken.

Het gevolg is dat sommige patiënten dan bij nader inzien toch liever verwezen willen worden naar een ander ziekenhuis, omdat ze op internet hebben gevonden welk ziekenhuis goed aangeschreven staat voor het desbetreffende specialismen.

Respondent 7: “Ja, en hoe vaak het wel niet voor komt dat ik mensen verwijs omdat ik iets gediagnosticeerd heb en dat mensen dan thuis gaan googlen en dan liever op iets anders uit komen.”⁴

In dit geval moet de verwijzing geannuleerd worden, maar dat blijkt niet erg gemakkelijk te zijn omdat vrijwel alle huisartsen werken met ZorgDomein (een beveiligd online verwijsprogramma) waarbij de verwijsbrief direct gekoppeld is aan de specialist of het specialisme van een ziekenhuis. Er dient dan een nieuwe verwijsbrief opgesteld te worden die gekoppeld wordt aan de gewenste instelling.

⁴ (M. van de vecht: dan waar (zorginstelling) ze in eerste instantie naar toe verwezen zijn tijdens het consult)

4.3 Keuze-informatie en de huisarts-patiëntrelatie

4.3.1. De huisarts-patiëntrelatie in de ogen van de huisarts

Vrijwel alle huisartsen gaven aan dat ze de relatie met de patiënt als een open en gelijkwaardige relatie zien, waarin vertrouwen een belangrijk onderdeel is. Vertrouwen vormt voor alle huisartsen de basis van de relatie. Hoe je vertrouwen creëert is een vraag die lastig door de huisartsen te beantwoorden was, omdat het niet iets is waar je continu mee bezig bent als huisarts. Toch zijn er een aantal zaken die het vertrouwen in de hand werken. Zo werd een aangegeven dat het belangrijk is de patiënt te kennen en meer te weten van zijn context, waardoor je je kan inleven in de patiënt. Daarnaast moet er spraken zijn van een zekere mate van laagdrempeligheid, waarbij de patiënt het gevoel heeft met alles bij de huisarts terecht te kunnen.

Respondent 2: “kijk wanneer een patiënt zodanig kent dat je de context van deze persoon kent, is het gemakkelijker vertrouwen te winnen van de patiënt.”

Gelijkwaardigheid in de relatie wordt door de huisartsen met name gecreëerd door de patiënt te betrekken bij het consult en er een gezamenlijk probleem van te maken.

Hoewel vrijwel alle huisartsen aangaven dat zij de relatie het liefst gelijkwaardig willen zien, benoemen zij dat er een zekere ongelijkheid en afhankelijkheid blijft ontstaan omdat de huisarts de kennis heeft die de patiënt verder kan helpen en hiermee ook een poortwachter is van voor de tweedelijnszorg.

Respondent 11: Nou gelijkwaardig en in de zin van, de patiënt heeft een klacht en we maken daar een gezamenlijk probleem van.. Niet gelijkwaardig in de zin van.. kijk ik blijf de dokter ik heb de kennis. Ik heb de macht want ik kan de recepten uitschrijven, ik heb de pijnstillers en de slaappillen. Kijk in die zin is er wel een ongelijkwaardigheid, want ik heb de macht over dat.”

Daarnaast werd aangegeven de gelijkwaardigheid in de relatie met de patiënt maar betrekkelijk is omdat de huisarts een belangrijke verantwoordelijkheid met zicht meedraagt. Soms moeten huisartsen ingrijpen omdat een behandeling medisch noodzakelijk is, maar een patiënt dit niet erkent omdat hij of zij de kennis niet heeft.

4.3.1. Relatie afhankelijk van de patiënt

Het merendeel van de huisartsen gaf aan dat de relatie met de patiënt per patiënt verschilt, maar dat er een aantal vaste waarden of kenmerken zijn waarop elke relatie gebouwd is. Vertrouwen werd hierbij als een belangrijke waarde gezien waarop elke relatie gebaseerd moet zijn. Het verschil in de relatie uit zich meer in de manier van communiceren met patiënten. Over het algemeen volgen de huisartsen de manier van communiceren en bejegening van de patiënt.

Respondent 10: “dus ik stem de relatie af aan de patiënt.. dat is gewoon een beetje aanvoelen.. daar ben je niet constant mee bezig eigenlijk.”

Binnen de bestaande waarden van vertrouwen en continuïteit blijkt de patiënt volgens de huisarts leidend te zijn in hoe de relatie vorm krijgt om uiteindelijk tot een passende relatie te komen. Een huisarts gaf aan dat de relatie ook verschilt naar mate de levensfase van de patiënt veranderd.

Respondent 8 “ik zeg wel eens je hebt juppenzorg, dat zijn mensen die zijn druk met hun carrière en weet ik veel niet wat, die mensen willen zo kort mogelijk bij mij zijn en zo duidelijk mogelijk antwoord en oplossingen.. en je hebt een andere levensfase waarin het gezin en de problemen die zich daarbinnen kunnen afspelen.. uiteindelijk als je ouder wordt.. dan heb je weer een andere levensfase en al die fasen zul je als arts een andere relatie hebben.”

Hierbij werd aangegeven dat met name het leren kennen van je patiënten en een zekere mate van continuïteit in de relatie zorgt dat je als arts weet in wat voor levensfase je bevindt en wat je van de relatie met de huisarts verwacht. Hoewel veel huisartsen aangaven de patiënt te volgen in de manier van communicatie, blijken de gezondheidsvaardigheden van de patiënt ook een bepalende factor voor de manier waarop de relatie vorm krijgt.

Respondent 7: Ja, daar zitten hele erge verschillen in.. dat hangt af van uit welk land je komt, of je de taal spreekt.. cultuurverschillen, of je armoede kent.. dat maakt heel veel uit voor je gezondheidsvaardigheden.. of je leeftijd bijvoorbeeld.

Deze gezondheidsvaardigheden blijken bepalend te zijn voor de mondigheid van de patiënt en indirect ook bepalend voor de relatie met de patiënt.

Respondent 3: “kijk van sommige mensen weet ik dat je die veel meer bij de hand moet nemen en dat je die veel meer moet sturen.. en andere willen dat niet.. die willen en kunnen meer zelf in de hand nemen.”

Respondent 6: “het maakt ook verschil of het persoon a of b is met die klachten als het iemand is die al heel veel reflecteert en ja.. nadenkt en een zekere mate van kennis heeft, dan loopt het gesprek duidelijk anders dan wanneer het iemand is die dat allemaal wat minder heeft.. dus het maakt wel uit hoe iemand over komt.. dus of ik vooral heel directief ben.. of dat ik het vooral aan de persoon zelf over laat..”

Wanneer patiënten weinig gezondheidsvaardigheden hebben, zal de huisarts meer moeten sturen dan wanneer iemand hele goede gezondheidsvaardigheden heeft.

4.3.2. De rol van de huisarts-patiëntrelatie

Alle huisartsen gaven aan de relatie met de patiënt erg belangrijk te vinden. De relatie blijkt van belang voor de therapietrouw. Als patiënten vertrouwen in de huisarts hebben, zullen ze de dokter eerder volgen in zijn of haar adviezen.

Over het algemeen werd gesteld dat de relatie met name van belang is bij grotere problemen of ernstigere aandoeningen.

Respondent 3. “kijk je hebt natuurlijk een heleboel studenten die binnenlopen voor een soa-test en dan rennen ze weer weg, maar zeker voor de grotere problemen is het wel fijn dat je iemand kent.”

Huisartsen gaven aan dat als je de patiënt kent, je beter kunt inleven, waardoor je de patiënt uiteindelijk beter kan helpen. Naast de therapietrouw blijkt de relatie met de patiënt ook van belang voor de diagnosestelling. In het onderstaande citaat wordt het belang van een de artspatiëntrelatie aan de hand van een voorbeeld nader toegelicht.

Respondent 11. “Ik heb ooit een patiënt gehad... een jong kindje.. en ik heb haar onderzocht, maar ik kon medisch gezien niets vinden.. toch bleef ik een onrustig gevoel hebben.. ik dacht er klopt iets niet.. dus toen heb ik er een collega bijgehaald en die zei.. ja hier moet je iets mee doen.. nou dus doorverwezen naar de kinderarts en de patiënt nou ja de moeder weer opgebeld en die zei dat de arts zei.. ja dat is een gedragsprobleem.. en ja het lijkt al weer iets

beter te gaan.. dus ik dacht van nou ben ik gek geworden.. ik begreep het niet.. en een maand later werd dat kind ernstig ziek.. en ik ben al die tijd onrustig geweest.. ik ken die mensen zo goed dus.. ja weet je die relatie is zo belangrijk.. als diagnosticus.”

4.3.3 Verandering van de relatie en de betekenis van keuze-informatie

Een groot deel van de huisartsen gaf aan dat zij ervaren dat de relatie met de patiënt de afgelopen tien jaar veranderd is. Hierbij kwam met name naar voren dat de huisarts minder als autoriteit gezien werd dan vroeger. De positie van de patiënt ten opzichte van de huisarts lijkt volgens huisartsen veranderd te zijn door de toegenomen informatie. Patiënten zijn vergaren meer informatie omdat de informatie gemakkelijk toegankelijk is via internet. Een groot deel van de huisartsen gaf aan dat patiënten mondiger zijn geworden. Daarnaast zijn er medisch gezien meer mogelijkheden bijgekomen waar patiënten in toenemende mate meer van op de hoogte zijn. Binnen de toegenomen mogelijkheden is er onder de patiënten meer aandacht en vraag naar preventie.

Een aantal huisartsen is van mening dat de relatie met de patiënt gelijkwaardiger is geworden doordat de patiënt inhoudelijk beter op de hoogte is tijdens een consult. Voor een deel van de huisartsen is die gelijkwaardigheid vooral iets wat je terug vindt in de literatuur en waarvan je tijdens de huisartsenopleiding leert dat gelijkwaardigheid goed is. Hierbij gaat het meer om de bejegening en de manier van patiënten betrekken bij het consult en niet zo gelijkwaardigheid in de zin van de toegenomen kennis van de patiënt. Of de relatie daadwerkelijk gelijkwaardiger is geworden vraagt een deel van de huisartsen zich af. Zo vragen zij zich het opzoeken van informatie op internet ook leidt tot kennisvermeerdering.

Respondent 14: “informatie zoeken is één ding, maar of je dan gelijk kan spreken van kennis..ik denk het niet. Daar is meer voor nodig, dus in die zin zal de relatie op het gebied van kennis nooit gelijkwaardig kunnen worden “

Zoals in de vorige deelvraag naar voren is gekomen ervaren alle huisartsen dat patiënten informatie zoeken op internet voorafgaand aan het consult. Afgezien van de vraag of deze informatie leidt tot kennisvermeerdering, zijn patiënten meer op de hoogte van de mogelijkheden binnen de zorg. In combinatie met de bovenstaande ontwikkelingen leidt dit tot een veranderde verhouding tussen de huisarts en de patiënt. Een aantal huisartsen gaven aan dat de patiënt zich meer als klant opstelt, wat de relatie met de patiënt doet veranderen.

Respondent 11: “Ja laat ik het zo zeggen ik haak een beetje af als ik merk dat een patiënt mij alleen maar wil gebruiken als supermarkt, ja dan word ik ook een beetje supermarkt, dan merk ik ja je komt bij mij geen relatie halen.. je komt mij alleen als verwijzer gebruiken.. en dan haak ik een beetje af.. en voorheen zou ik daar dan in investeren.. maar dat doe ik niet meer.. want dat wordt van de overheid niet van ons verlangd.. die investering.”

Doordat patiënten meer informatie hebben over aandoeningen en mogelijke behandelingen, ervaart een deel van de huisartsen dat de patiënt zich niet alleen als klant opstelt, maar dat de patiënt zorg als een product gaat zien. Vooral op het gebied van preventie lijkt de patiënt zich meer als klant op te stellen, wat door de huisarts wordt ervaren als “u vraagt, wij draaien”. Dit heeft volgens de huisartsen ook te maken met de manier waarop zorgverzekeraars adverteren met preventiemogelijkheden die door hen vergoed worden.

Zoals ook blijkt uit het bovenstaande citaat zien huisartsen de veranderde opstelling van de patiënt ook als een uitwerking van het veranderde beleid van de overheid binnen de zorg.

Een aantal huisartsen zijn kritisch over het veranderde beleid van de overheid, zoals blijkt uit het onderstaande citaat.

Respondent 7: “Op zich zelf is die relatie behoorlijk onder druk komen te staan.. omdat de overheid gewoon zegt de patiënt is zelfsturend en bekwaam, de burger stuurt. Alleen wat de gene die wetten maken niet goed weten.. is als jij een lichamelijke klacht hebt, dat dan ook je bewustzijn anders werkt.. en dat je dan dus wel eens onbekwaam kan zijn.”

Afgezien van de vraag of het beleid van de overheid, waarin de patiënt zelfsturend en mondig dient te zijn ethisch verantwoord is, geeft het merendeel van de huisartsen aan wel eens te maken te hebben met een patiënt die zich veeleisender en meer als klant opstelt. De vraag wat keuze-informatie specifiek betekent voor de huisarts-patiëntrelatie is lastig te beantwoorden omdat huisartsen vrijwel geen ervaring hebben met patiënten die actief gebruik maken van keuze-informatie.

Respondent 14: “Kijk de patiënt heeft meer informatie tot zijn of haar beschikking, en ja die keuze-informatie valt hier inwezen ook onder, los van of ze het gebruiken of niet, door al die informatie weten mensen meer wat er te koop is binnen de zorg en zullen ze zich ook meer als klant opstellen.”

Wanneer keuze-informatie gezien wordt als een onderdeel van alle beschikbare informatie op internet, kan gesteld worden dat keuze-informatie betekenis heeft voor de relatie met de patiënt. Met name de veranderde opstelling van de patiënt die meer weet over mogelijkheden binnen de zorg leidt dat huisartsen te maken krijgen met patiënten die zich in toenemende mate als klant opstellen. Hierbij moet echter de kanttekening geplaatst worden dat niet iedere huisarts deze ervaring niet bij iedere patiënt heeft.

Over het algemeen zijn huisartsen niet blij met de tendens van vraagsturing. Huisartsen werken liever met patiënten dan met klanten.

Respondent 13: “Laat ik het zo zeggen.. je hebt veel mensen die binnenkomen die zeggen “ik heb...” maar je hebt ook steeds meer mensen die binnenkomen met “ik wil..” en dan denk ik altijd van ho even, ik ben geen drogist.”

Een aantal huisartsen gaf in het verlengde hiervan aan dat de veranderde opstelling van hun patiënten hun werkplezier vermindert, maar dat de toegenomen informatievoorziening tegelijkertijd ook voordelen met zich meebrengt. Zo is er meer informatie over behandelmogelijkheden waardoor patiënten kans krijgen uit te zoeken wat voor verschillende opties er mogelijk zijn, waarbij zij zich door middel van internet niet alleen hoeven te beperken tot Nederland. Een aantal huisartsen merken dat door de toegenomen informatie patiënten eerder alternatieve behandelingen (bijvoorbeeld in het buitenland) durven aan te kaarten bij de huisarts, omdat er meer informatie over te vinden is. Patiënten lijken sterken te staan in het aandragen van mogelijkheden.

4.4 Keuze-informatie en besluitvorming

4.4.1. Besluitvormingsproces

In het proces van de besluitvorming wordt door veel huisartsen een onderscheid gemaakt tussen het besluit tot een verwijzing en het besluit waar naar verwezen wordt. Allereerst moet duidelijk worden dat een verwijzing medisch noodzakelijk is. Hierbij moet de huisarts de eerst zorgvraag van de patiënt achterhalen om vervolgens te bepalen wat de volgende stap is. In de eerste stap gebruikt de huisarts zijn of haar medische kennis om in te schatten of een verwijzing noodzakelijk is. Het merendeel van de huisartsen zegt de overhand te hebben in deze beslissing, maar hier zit wel verschil in per patiënt. Hier zal in 4.4.3. verder op ingegaan worden. De volgende stap; naar wie verwezen gaat worden, zeggen veel huisartsen over te laten aan de wensen van de patiënt.

Op een huisarts na, werd er door alle huisartsen gebruik gemaakt van het beveiligde digitale verwijsprogramma ZorgDomein voor verwijzingen naar de tweedelijnszorg. In dit programma kunnen huisartsen zowel de verwijsbrief maken en deze direct naar de desbetreffende specialist of ziekenhuis sturen. Wanneer de aandoening of het specialisme ingevoerd wordt binnen dit programma, is direct zichtbaar welke verschillende opties er zijn voor wat betreft de verwijzingen. Hierbij is niet alleen zichtbaar welke poli's of ziekenhuizen de desbetreffende aandoening kunnen behandelen, maar worden ook de wachttijden inzichtelijk gemaakt. Uit de interviews blijkt dat alle huisartsen actief gebruik maken van ZorgDomein tijdens de besluitvorming in het consult.

Respondent 13: “ik vraag altijd eerst of de patiënt voorkeur heeft voor een bepaald ziekenhuis. Aan de hand van ZorgDomein, kan ik dan gelijk laten zien welke opties er zijn en wat de wachttijden zijn.”

4.4.2. Factoren die meespelen bij de besluitvorming van een verwijzing

Door de meeste huisartsen werd aangegeven dat het besluitvormingsproces niet altijd precies hetzelfde verloopt. Er zijn door verschillende huisartsen een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de manier waarop de besluitvorming vorm krijgt.

Wanneer een patiënt al onder behandeling is bij een bepaald ziekenhuis, gaven veel huisartsen aan dat ze dan adviseren om binnen één ziekenhuis te blijven als dit medisch mogelijk is. Hierbij wordt meestal het advies van de huisarts opgevolgd. Daarnaast werd er aangegeven dat er een verschil is in het besluitvormingsproces als gevolg van het verschil in patiënten.

Respondent 15: “Kijk, ik heb ook patiënten die heel raar opkijken als ik aan hun vraag wat ze willen qua verwijzing, zij gaan er vanuit dat de dokter weet wat goed is en hebben geen behoefte om zelf te kiezen.”

Om te weten of een patiënt actief betrokken wil worden bij de besluitvorming is de relatie met de patiënt van belang. Wanneer de huisarts de patiënt kent, weet hij of zij wat hij het liefst wilt. De soort aandoening blijkt ook van invloed te zijn op hoe de besluitvorming plaatsvindt. Hierbij blijkt het besluit waar naar verwezen wordt belangrijker voor patiënten wanneer het om een ernstigere aandoening gaat. Hierbij gaven enkele huisartsen ook aan dat hun rol dan ook groter werd in de besluitvorming.

Respondent 10: “Ja dan heb ik liever dat hij naar een instelling gaat die ik zelf ook ken.. kijk de ziekenhuizen buiten de regio, dus Gouda of Rotterdam.. ja dat kunnen prima ziekenhuizen zijn.. maar ja die ken ik ook niet, dus dan is het voor mij om te overleggen ook wat minder persoonlijk.. dan dat je naar een specialist verwijst die ik niet alleen van stem en naam ken maar ook van gezicht.. ja dat praat toch wat gemakkelijker.”

Uit het bovenstaande citaat komt naar voren dat huisartsen het belangrijk vinden dat ze de desbetreffende specialist kennen, omdat ze het prettiger vinden om te overleggen met een specialist die ze kennen.

4.4.3 Het uiteindelijke besluit voor een verwijzing

Hoewel de huisarts de gene is die uiteindelijk de handtekening moet zetten onder een verwijsbrief (en formeel gezien dus beslist), gaven vrijwel alle huisartsen aan dat het besluit naar welk ziekenhuis of welke specialist verwezen wordt uiteindelijk de keuze van de patiënt is. Hierbij gaat het meer om het proces van de besluitvorming dan de vraag wie uiteindelijk beslist. Alle huisartsen gaven aan het belangrijk te vinden dat de patiënt achter het besluit staat. De patiënt dient hiervoor betrokken te worden bij het besluit, zodat er gedeelde besluitvorming kan plaatsvinden. De wensen van de patiënt blijken invloed te hebben op het uiteindelijke besluit. Ook wanneer de huisarts zelf vindt dat het medisch niet noodzakelijk is om te verwijzen, zullen zij de patiënt volgen in zijn of haar wens verwezen te worden.

Respondent 9: " ik wil geen politieagent spelen.. ik wil niet degene zijn die bepaald of iemand wel of niet verwezen mag worden.. Kijk ik kan zeggen het is niet medisch nodig, maar uiteindelijk ja, ga je gang.. "

Hierbij werd aangegeven dat wanneer het gaat om bijvoorbeeld medicijngebruik, de huisarts wel de gene is die uiteindelijk de overhand heeft om te bepalen of iemand de medicijnen krijgt of niet. Dit heeft te maken met het feit dat het medisch niet verantwoord is medicijnen voor te schrijven wanneer dit medisch niet noodzakelijk is. Voor wat betreft een verwijzing, zien huisartsen die medische verantwoordelijkheid anders, aangezien het hierbij alleen gaat om de verwijzing naar een specialist die geen directe schadelijke gevolgen heeft voor de patiënt. De specialist zal de kwestie opnieuw onderzoeken en op basis van zijn of haar professe handelen.

Een reden waarom huisartsen een verwijsbrief maken voor patiënten waarbij zij het niet als medisch noodzakelijk zien te verwijzen, wordt in het onderstaande citaat duidelijk.

Respondent 5: " ik vind de behandelrelatie ook heel belangrijk.. dus ik wil ook dat mensen.. vertrouwen en ik wil ook mijn best voor hun doen zeg maar.. dus als ze het echt perse willen dan ga ik daar in mee. "

Het volgen van de patiënt in de verwijzing blijkt voor huisartsen ook iets te zijn waarin ze de patiënt vertrouwen kunnen geven in de relatie. Daarnaast werd er door een aantal huisartsen aangegeven dat mensen blijven terugkomen wanneer je ze niet verwijst.

Respondent 4: Maar soms heb je mensen die eeuwig terugkomen.. en dan heb ik zoiets van ja.. er komt echt niets uit maar ga maar een keer.. "

Ten slotte zien een aantal huisartsen het veranderde beleid van de overheid ook als een aanzet de wens van de patiënt te volgen bij een verwijzing. Een aantal huisartsen had het gevoel dat er door de overheid niet meer van hen verwacht werd sterk in de poortwachterrol te zitten, maar dat vraag en aanbod het werk moeten doen.

Respondent 11: "En zeker in deze tijden van marktwerking.. nou zo staat de overheid er in dus dan kunnen ze het ook zo krijgen.. dan ga ik geen ruzie maken met de patiënt.. "

4.4.4 Keuze-informatie en de besluitvorming

Voor de huisartsen zelf heeft keuze-informatie geen directe betekenis voor de besluitvorming omtrent de besluitvorming voor een verwijzing, omdat ze geen gebruik maken van deze informatie. Wanneer patiënten keuze-informatie gebruiken, kan dit indirect wel betekenis krijgen voor de huisarts. Zoals ook al in paragraaf 4.2.4. beschreven staat blijkt het voor huisartsen niet duidelijk te zijn of patiënten actief gebruik maken van keuze-informatie. Wel worden huisartsen in toenemende mate geconfronteerd met patiënten die informatie op internet hebben opgezocht voorafgaand aan het consult.

Voor wat betreft de keuze naar wie verwezen wordt, gaven vrijwel alle huisartsen aan niet vaak te maken te hebben met patiënten die een bepaalde voorkeur voor een ziekenhuis of specialist hebben bij een verwijzing. Huisartsen bleken vaker te maken te hebben met patiënten die een algemene wens hebben voor een verwijzing (zonder dat de diagnose gesteld is) dan patiënten die gelijk al bepaalde wensen hebben waar naar toe verwezen gaat worden.

Alle huisartsen gaven aan wanneer patiënten wel voorkeur aangeven voor een bepaald ziekenhuis of specialist, eerst te onderzoeken wat de gedachte achter deze keuze is.

Respondent 15: "Ja ik wil er altijd eerst achter komen waarom de patiënt naar dat ziekenhuis of naar die kliniek wilt. Het heeft een ook een stukje met de verwachting van de patiënt te maken, soms verwachten mensen meer van een privé-kliniek, maar dat hoeft niet altijd beter te zijn."

Over het algemeen zeggen alle huisartsen open te staan voor nieuwe ideeën/keuzes van patiënten, maar zeggen wel de desbetreffende instelling op te zoeken wanneer ze die nog niet kennen. Vervolgens geven ze hun algemene oordeel over deze instelling met betrekking tot de zorgvraag van de patiënt. Wanneer de patiënt er van overtuigd is dat de keuze voor deze instelling nog steeds beter is dan de andere opties, dan zeggen alle huisartsen akkoord te gaan met de verwijzing.

Vanuit de gedachte dat de diagnose pas tijdens het consult gesteld kan worden, gaven veel huisartsen aan dat keuze-informatie pas na de diagnosestelling relevant is voor de patiënt (zie paragraaf 4.2.4). Met betrekking tot deze visie heeft een aantal huisartsen geopperd de besluitvorming in de toekomst pas plaatst te laten vinden nadat de patiënt op internet gezocht heeft naar de verschillende mogelijkheden, ofwel de keuze-informatie geraadpleegd heeft.

Respondent 7: “Nou als je mensen wilt laten participeren.. dan moet je misschien niet het gras voor hun voeten wegmaaien en ze zelf maar eens laten uitzoeken wat ze nou willen.. dus ga maar eens op zoek.. voor die besluitvorming daadwerkelijk plaatsvindt.”

Hier zitten echter wel een aantal haken en ogen aan. Huisartsen gaven aan dat dit niet mogelijk is wanneer je te maken hebt met spoedeisende hulp. Daarnaast dient de patiënt zelf in staat de zijn informatie op te kunnen zoeken en hier een bewuste keuze te maken. Daarnaast heeft niet elke patiënt hier volgens de huisartsen behoefte aan, sommige patiënten willen niet zelf kiezen, maar laten dit liever aan de huisarts over.

5. Conclusie en aanbevelingen

“Hoe ervaren huisartsen de toenemende online keuze-informatie en wat betekent dit voor de relatie met de patiënt en voor de besluitvorming rondom verwijzingen?”

In dit onderzoek staat de ervaring van de huisarts omtrent de toegenomen online keuze-informatie centraal. Huisartsen bleken echter nauwelijks bekend met online keuze-informatie en geen van alle huisartsen maakte gebruik van de aangeboden keuze-informatie op de website van het RIVM.

Uit dit onderzoek is gebleken dat huisartsen de keuze voor een verwijzing naar de tweedelijnszorg vooral baseren op hun ervaringen met de desbetreffende instellingen of specialisten. Daarbij werd het door huisartsen als prettig ervaren als zij de desbetreffende specialist kennen, omdat dit de communicatie tussen hen vergemakkelijkt. Huisartsen zien hun eigen ervaringen dus als de belangrijkste keuzecriteria voor een verwijzing. Daarnaast biedt de (persoonlijke) kennis van de huisarts over zijn of haar patiënten de mogelijkheid een specifieke keuze te maken voor een verwijzing naar een specialist die aansluit bij de patiënt als persoon.

De ervaring van de huisarts gecombineerd met de kennis over de desbetreffende patiënt, bleek voor huisartsen dus van grotere waarde te zijn voor het maken van een bewuste keuze, dan de keuze-informatie op internet. Daarnaast bleken huisartsen kritisch te zijn over deze keuze-informatie. Evenals Gerads en Hooghiemstra (2010) en Trappenburg (2008) in hun publicaties benadrukken, gaven huisartsen aan dat het maken van bewuste keuze aan de hand van keuze-informatie niet voor iedereen mogelijk is, zeker omdat je minder bekwaam kan zijn wanneer je ziek bent. Voor wat betreft de kritiek op keuze-informatie specifiek, richt dit zich met name op het onderdeel kwaliteitsinformatie. Kwaliteitsinformatie wordt in de ogen van de huisarts als betrekkelijk, (vaak) tegenstrijdig en lastig meetbaar gezien. Daarnaast waren huisartsen van mening dat de patiëntenpopulatie van invloed is op de prestaties van instellingen, waardoor prestaties van instellingen lastig te vergelijken zijn. Bovendien waren huisartsen sceptisch over de kwaliteitsmeting, omdat belangrijke menselijke aspecten volgens hen niet meegerekend worden binnen de kwaliteitsmeting.

Opvallend is dat huisartsen zelf veel waarde hechten aan hun ervaringen, maar kritisch zijn over de ervaringsinformatie als onderdeel van keuze-informatie. Deze informatie werd gezien als niet representatief doordat alleen negatieve ervaringen gedeeld zouden worden.

Huisartsen hadden zelf geen ervaringen met patiënten die keuze-informatie gebruikten. Zij hebben ook niet het idee dat patiënten die informatie gebruiken, omdat het weinig voorkomt dat patiënten tijdens het consult een bepaalde voorkeur voor een ziekenhuis of een specialist aandragen. Er bestaat een mogelijke verklaring voor het ontbreken van ervaringen met patiënten die keuze-informatie gebruiken. Tijdens het consult wordt de diagnose gesteld en dan weet de patiënt pas wat voor aandoening hij of zij heeft en of een verwijzing noodzakelijk is. Bij ernstigere aandoeningen weten patiënten veelal pas in de tweedelijnszorg wat voor aandoening hij of zijn heeft. Het is dus aannemelijk dat patiënten pas in deze fase op zoek gaan naar informatie over zorginstellingen en voorafgaand aan het huisartsenconsult alleen zoeken naar informatie over hun klachten. Dit blijkt ook uit ervaringen van een aantal huisartsen die aangaven dat patiënten soms nadat de verwijzing gemaakt is, thuis actief gaan zoeken naar zorginstellingen en naderhand liever naar een ander ziekenhuis verwezen willen worden.

Patiënten blijken zich in toenemende mate te laten informeren door het World Wide Web voorafgaand aan het consult. Online keuze-informatie kan gezien worden als een specifiek onderdeel van alle gezondheidsinformatie op internet. Uitspraken over de ervaringen en belevingen van huisartsen omtrent de gevolgen van de online informatievergaring van de patiënt, kunnen in die zin dus ook betrekking hebben op online keuze-informatie.

De rolbeleving van de huisarts

De veranderde rol van eminente aanbieder van informatie naar een meer evaluerende rol van de huisarts werd door de huisartsen ervaren (Laing e.a., 2005). Huisartsen gaven aan steeds meer een adviserende rol te hebben als gevolg van de toegenomen beschikbare informatie voor de patiënt. Opvallend is dat een aantal huisartsen wel het gevoel heeft meer te moeten sturen als gevolg van de toegenomen keuze-mogelijkheden en informatie binnen de zorg, maar tegelijkertijd ook het gevoel hebben dat dit niet van hen verwacht wordt. Naast de veranderingen omtrent de toegenomen online informatievoorziening, bleek het veranderde beleid van de overheid -het nieuwe zorgstelsel met de daarbij horende marktwerking - van invloed te zijn op de rolbeleving van de huisarts. Huisartsen zien het minder als hun taak sterk te sturen als poortwachter in de zorg, omdat zij de indruk van de overheid krijgen dat de markt zichzelf moet sturen. Deze veranderde rolopvatting kwam in het empirisch onderzoek veelvuldig naar voren en bleek zowel uitwerking te hebben op de arts-patiëntrelatie als de besluitvorming rondom een verwijzing.

De huisarts-patiëntrelatie

Het medisch consult is de plek waar de huisarts-patiëntrelatie vorm krijgt door interactie.

Hoewel door gebrek aan ervaringen geen specifieke uitspraken gedaan kunnen worden over de betekenis van keuze-informatie voor de huisarts-patiëntrelatie, blijkt het toegenomen internetgebruik onder patiënten wel van betekenis te zijn voor de relatie. Ahluwalia, (2009) stelt dat de confrontatie met informatie van het internet door patiënten een gevoel van incompetentie, verlies van controle en onderwaardering kan veroorzaken bij huisartsen. Dit kwam echter niet in dit onderzoek naar voren. Huisartsen bleken hier overwegend positief tegenover te staan. Internet werd vooral gezien als een “safe training ground” die de effectiviteit van het consult vergroot (Dedding e.a.,2011). Een beter geïnformeerde patiënt, vergemakkelijkt de communicatie tijdens het consult doordat er gerichtere vragen gesteld kunnen worden.

Of de informatiepositie van de patiënt daadwerkelijk versterkt is, hetgeen wat Gerads en Hooghiemstra (2010) stellen, betwijfelen een aantal huisartsen. Evenals Gerads (2010) stelt, wordt door huisartsen gewezen op het verschil tussen informatievergarig en het in het bezit zijn van kennis. Vanuit deze gedachten vragen huisartsen zich af of de relatie daadwerkelijk gelijkwaardiger is geworden als gevolg van de toegenomen informatie. Huisartsen zeggen over meer kennis te blijven bezitten dan de patiënt. Die gelijkwaardigheid uit zich meer in de bejegening en de communicatie met de patiënt. Daarnaast ervaren veel huisartsen dat zij minder als een autoritair persoon gezien worden, wat het gevoel van gelijkwaardigheid in de hand kan werken. De tendens van een meer egalitaire relatie, zoals Brink-Muinen e.a. (2004) beschrijven, wordt dus wel opgemerkt door huisartsen, maar er wordt tegelijkertijd een scherpe kanttekening bij geplaatst.

Naast de beschrijving van de tendens van een meer egalitaire relatie, stellen Brink-Muinen e.a. (2004) dat er een grotere diversiteit is aan behoeften onder patiënten, wat zal leiden tot meer variëteit in de huisarts-patiëntrelatie. In de praktijk blijkt er inderdaad sprake te zijn van uiteenlopende behoeften van patiënten, die voor variatie zorgt binnen de huisarts-patiëntrelaties. Huisartsen gaven aan dat binnen de basiswaarden vertrouwen en openheid, de relatie verschilt tussen patiënten. De patiënt blijkt hierbij een sturende factor te zijn voor hoe de relatie vorm krijgt. Toch blijkt de patiënt niet helemaal sturend, de huisarts zelf maakt ook een inschatting van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt om aan de hand hiervan zich meer of minder directief op te stellen. Het verschil in de relatie uit zich met name in de

bejegening en de communicatie met de patiënt. In de praktijk blijkt het dus mogelijk voor de huisarts om verschillende soorten relaties te hebben met patiënten, hetgeen waar Trappenburg (2006) sceptisch over is.

Verskillende huisartsen gaven aan meer te maken te krijgen met mondige patiënten die zich niet als patiënt, maar als klant op stellen. Huisartsen merken dat deze mensen zorg meer als een product zien waar ze middels hun maandelijkse zorgpremie voor betaald hebben. In de literatuur wordt dit verschijnsel door verschillende auteurs aangeduid als consumentisme (Van der Jagt, 2003, Roter & Hall 2006 & Rijen & Kraan, 2005). Roter en Hall (2006) zien het consumentisme dan ook als een type relatie waarin de patiënt een consument is en zorg afneemt bij verschillende aanbieders. De confrontatie met deze patiënten/klanten tijdens het consult, werd door huisartsen echter niet als een soort of type relatie aangeduid, omdat er volgens hen niet gesproken kan worden over een relatie wanneer de klant zich zo opstelt. Aangezien een relatie op basis van vertrouwen met de patiënt belangrijk blijkt te zijn voor de therapietrouw en de diagnosestelling, kan het ontbreken van een relatie met een “klant” een mogelijk negatieve uitwerking hebben op bovenstaande onderdelen.

Deze veranderde opstelling van de patiënt is volgens veel huisartsen niet alleen een gevolg van de toegenomen gezondheidsinformatie, maar ook een uitwerking van het veranderde beleid van de overheid, waar de patiënt centraal staat en zelfsturend moet zijn binnen de zorg. Huisartsen beleven minder werkplezier aan patiënten die zich als klant opstellen, omdat ze het gevoel krijgen alleen “gebruikt” te worden als verwijzer. Daarentegen zien huisartsen ook wel de voordelen van de toegenomen informatie en vraagsturing. Zo ervaren ze dat patiënten door wereldwijde beschikbare gezondheidsinformatie, zich vrijer voelen om bijvoorbeeld andere mogelijkheden aan te kaarten, waar huisartsen niet van op de hoogte zijn.

Besluitvorming

Besluitvorming binnen de huisartsenpraktijk kan gezien worden als een specifiek onderdeel van de relatie met de patiënt, waardoor het type relatie en de soort besluitvorming nauw met elkaar samenhangen. Voor wat betreft de besluitvorming tijdens het consult wordt in de theorie ‘de controle over de besluitvorming’ dan ook gezien als een belangrijke graadmeter voor het type relatie tussen de arts en patiënt (Van Rijen & Kraan, 2004).

In de praktijk blijkt dat de controle over de besluitvorming, evenals de relatie, per patiënt verschilt. Hier blijkt eveneens de patiënt een sturende factor te zijn in hoe het besluitvormingsproces plaatsvindt en de huisarts houdt zich dus niet aan één soort besluitvormingsproces, maar er bestaan meerdere naast elkaar, afhankelijk van de patiënt. Opvallend is dat vrijwel alle huisartsen het online beveiligde verwijsprogramma ZorgDomein actief gebruiken bij besluitvorming omtrent een verwijzing. Huisartsen gaven aan het werken met ZorgDomein als prettig te ervaren, mede omdat ze de patiënt hiermee direct kunnen vragen of hij of zij nog voorkeur heeft voor een bepaald ziekenhuis. ZorgDomein kan vergeleken worden met het onderdeel etalage-informatie zoals beschreven wordt in het ontwerprapport van KiesBeter door Van Loon en Tolboon (2006). In die zin kan gesteld worden dat ZorgDomein als etalage-informatie fungeert en hiermee bijdraagt aan het betrekken van de patiënt bij de beslissing. Feitelijke informatie (zorgaanbod en wachttijden) blijkt voor huisartsen dus wel relevant als keuze-informatie.

Het doel van Shared Decision Making (SDM) is het komen tot een besluit waar zowel de patiënt als de professional achter staat (Dawn e.a. 2010). Huisartsen blijken het belangrijk te vinden om patiënten te betrekken bij de besluitvorming, om tot een gedeelde beslissing te komen. Als patiënten niet achter de beslissing staan, zal dit zijn uitwerking hebben in het vervolgproces, bijvoorbeeld op het gebied van therapietrouw. Edwards en Eqwyn, 2006 stellen dat huisartsen zich meer moeten focussen op het proces van besluitvorming dan belang te hechten aan wie de beslissing neemt. In de praktijk blijkt dat huisartsen het eveneens niet relevant vinden wie uiteindelijk de beslissing maakt, omdat zij altijd degene zijn die formeel (met handtekening) de beslissing maken. Huisartsen zeggen het proces van de besluitvorming relevanter te vinden.

In de huisartsenpraktijk blijkt SDM echter niet altijd plaats te vinden als het gaat om beslissingen omtrent verwijzingen. Opvallend hierbij is dat huisartsen af en toe ervaren dat er besluiten genomen worden die niet gedeeld worden door de huisarts, terwijl de literatuur

veelal gefocust is op de gevolgen van de niet gedeelde beslissing door de patiënt. Hierbij bleek het niet zo zeer om het besluit naar welke instelling of welke specialist te gaan, maar meer om het besluit tot een verwijzing.

Hoewel niet elke huisarts hier dagelijks mee te maken heeft, had elke huisarts wel ervaring met mondige en soms veeleisende patiënten die al binnen komen met de wens verwezen te worden omdat ze zeker lijken te weten wat voor aandoening ze hebben. Dit lijkt verband te hebben met het ‘informed decision making model’ van Van Rijen en Kraan (2004) waarbij de patiënt alle relevante informatie verzameld om zo tot een bewuste keuze voor een behandeling te komen. Echter dient het besluit in de model ook door beide partijen gedeeld te worden, waar in de praktijk niet altijd sprake van is. Hierdoor lijkt het eerder samen te hangen met eerder beschreven consumentisme.

Uit het voorgaande blijkt dat het voor huisartsen soms moeilijk is om patiënten te overtuigen dat het medisch niet noodzakelijk is verwezen te worden. In dit geval zeggen zij echter de wil van de patiënt te volgen en een verwijsbrief te schrijven. Het volgen van de wil van de patiënt kan in sommige gevallen goed kan zijn voor de behandelrelatie, omdat ze hiermee vertrouwen kunnen winnen van de patiënt. Daarnaast blijkt dat wanneer huisartsen niet akkoord gaan met een verwijzing, patiënten net zo lang terug komen tot ze wel een verwijzing hebben. Tenslotte geeft het veranderde zorgstelsel, volgens de huisarts niet de aanzet om sterk sturend te zijn als poortwachter.

Kortom, dit onderzoek heeft het perspectief van de huisarts omtrent keuze-informatie nader verkend. Huisartsen blijken geen gebruik te maken van de online keuze-informatie bij de keuzen rondom verwijzingen, maar het gebruik van ZorgDomein toont aan dat huisartsen wel geïnteresseerd zijn in etalage-informatie als onderdeel van keuze-informatie. De eigen ervaringen met de tweedelijnszorg werd door huisartsen gezien als het belangrijkste keuzecriterium. Deze ervaringen van de huisarts kunnen gezien worden als de (eigen) keuze-informatie van de huisarts. De tendens van de toegenomen informatie aan de kant van de patiënt in combinatie met de veranderde rolbeleving van de huisarts, blijkt van invloed te zijn op zowel de huisarts-patientrelatie als de besluitvorming rondom verwijzingen.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusie van dit onderzoek zou ik graag aanbevelingen willen doen voor de huisarts, het RIVM (KiesBeter) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Huisartsen

Uit dit onderzoek is gebleken dat keuze-informatie in veel gevallen pas relevant is voor patiënten wanneer de diagnose gesteld is door de huisarts. Huisartsen bleken patiënten graag te willen betrekken bij de besluitvorming voor een verwijzing. Wanneer je patiënten actief wilt laten participeren in de besluitvorming rondom een verwijzing, zal je na de diagnosestelling niet direct het besluit moeten nemen, maar patiënten de mogelijkheid bieden thuis aan de hand van keuze-informatie een besluit laten nemen. Zo kun je de patiënt ook verwijzen naar betrouwbare internetsites. Tevens voorkomt dit dat patiënten nadat de verwijzing gemaakt is thuis op basis van informatie toch naar een andere instelling verwezen willen worden en de verwijzing opnieuw gemaakt moet worden. Het uiteindelijke besluit van de patiënt kan mogelijk telefonisch of per mail doorgegeven worden, waardoor de gesprekken niet extra belast worden. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat deze aanbeveling niet geldt voor elke verwijzing, of voor spoedeisende zaken. Bovendien zal niet elke patiënt hier behoefte aan

hebben, maar dit onderzoek heeft aangetoond dat er wel degelijk patiënten zijn die hier graag gebruik van zouden maken.

RIVM

Alleen de aanbeveling KiesBeter bekender te laten worden onder huisartsen, zal naar alle waarschijnlijkheid weinig effect hebben op het gebruik van deze site, omdat andere aspecten ook een rol spelen. Zo zagen huisartsen hun eigen ervaring als belangrijkste keuzecriterium en waren zij ook kritisch over keuze-informatie. De kritiek uitte zich met name op het onderdeel kwaliteitsinformatie. In dit onderzoek bleek dat huisartsen niet geheel op de hoogte waren van de manier waarop de kwaliteitsmetingen verricht werden en welke indicatoren hierin meegenomen werden, maar dat zij hier toch kritisch tegenover stonden.

Een eerste aanbeveling is dan ook dat KiesBeter meer informatie zou kunnen verschaffen over de manier waarop de kwaliteitsinformatie verzameld wordt en hoe die informatie wordt

omgezet naar keuze-informatie. Huisartsen kunnen hierdoor mogelijk meer vertrouwen krijgen in keuze-informatie.

Voor wat betreft het onderdeel ervaringsinformatie kan ook een aanbeveling gedaan worden. Aangezien huisartsen veel waarde hechten aan hun eigen ervaringen omtrent zorginstellingen en specialisten, maar de ervaringsinformatie van KiesBeter veelal als niet representatief beoordelen, zou hier door KiesBeter op in gespeeld kunnen worden. Een eerste mogelijkheid is - evenals voor kwaliteitsinformatie - meer inzicht te geven over de wijze waarop deze ervaringsinformatie verzameld wordt en waar deze informatie op gebaseerd is. Daarnaast kan gedacht worden aan het in kaart brengen van ervarings-informatie van huisartsen. Huisartsen bouwen gedurende hun werkzaamheden veel waardevolle ervaringen op, die tot op heden niet op professionele wijze gedeeld worden. De werking en de precieze invulling hiervan binnen KiesBeter, dient nader onderzocht te worden.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

In dit onderzoek kwam naar voren dat huisartsen in toenemende mate moeite hebben met veeleisende patiënten die perse verwezen willen worden, terwijl dit medisch niet noodzakelijk is. Zowel huisartsen als patiënten worden momenteel niet afgerekend op onnodige verwijzingen. Er zou nagedacht kunnen worden over beleid waarbij huisartsen gestimuleerd worden alleen medisch noodzakelijke verwijzingen te doen, zodat de kosten in en de wachttijden in de zorg niet onnodig stijgen. Nader onderzoek zal ook kunnen analyseren of hier mogelijk ook een rol weggelegd is voor de zorgverzekeraars.

6. Discussie en evaluatie

In dit hoofdstuk zullen de resultaten en conclusies van dit onderzoek nader bediscussieerd worden om zo een aantal kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek. Daarnaast zullen er suggesties gegeven worden voor vervolgonderzoek.

De vooraf opgestelde hoofdvraag bleek niet scherp te beantwoorden, omdat vrijwel alle huisartsen niet bekend waren met de zorgportal van KiesBeter en daarbij ook geen ervaring hadden met patiënten die keuze-informatie gebruiken om keuzes te maken. Hierdoor kreeg het onderzoek een iets andere wending, omdat de focus nu ook gelegd werd op het ‘waarom’ huisartsen geen gebruik maakten van keuze-informatie. Dit heeft echter relevante resultaten opgeleverd voor het tamelijk nieuwe onderzoeksterrein omtrent keuze-informatie. Bovendien vormen deze resultaten een goede ondergrond voor vervolgonderzoek op dit terrein.

Omdat huisartsen wel veel te maken bleken te hebben met patiënten die informatie op internet opzoeken voorafgaand aan het consult – en keuze-informatie hier onderdeel van is - was het toch mogelijk bepaalde conclusies te trekken uit de ervaringen en belevingen van de huisarts op dit gebied.

Aangezien de ervaring van de huisarts centraal stond, werden er tijdens de interviews veel voorbeelden aangedragen door de huisartsen. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met de mogelijkheid dat huisartsen voornamelijk extreme voorbeelden gaven die een vertekend beeld kunnen geven over de algehele praktijk. Daarnaast is het mogelijk dat huisartsen sociaal wenselijk geantwoord hebben. Hoewel zij wisten dat verwerking van de resultaten volledig anoniem plaats zal vinden, was de interviewer voor hen een onbekende die “even kwam vragen hoe de besluitvorming plaatsvindt”.

Voor wat betreft de waardering van keuze-informatie zijn nog een aantal kanttekeningen te plaatsen. Huisartsen waren overwegend negatief over keuze-informatie, maar geen van alle huisartsen had ervaring met deze informatie. Zo waren huisartsen kritisch over de kwaliteitsinformatie, zonder precies op de hoogte te zijn van de methode waarmee deze informatie verzameld wordt. Door de ontbrekende ervaring met keuze-informatie is het ook mogelijk dat huisartsen geen oog hadden voor patiënten die keuze-informatie gebruiken omdat ze het zelf niet kenden.

Daarnaast is het een opvallende constatering dat huisartsen ZorgDomein betrekken bij de besluitvorming. De informatie die ZorgDomein inzichtelijk maakt, kan goed vergeleken worden met etalage-informatie, het onderdeel van keuze-informatie waar ook informatie gegeven wordt over instellingen en wachttijden. In die zin kunnen bepaalde onderdelen van keuze-informatie mogelijk wel positief ontvangen te worden door huisartsen, maar door het gebrek aan kennis en ervaring met keuze-informatie is dit mogelijk niet naar voren gekomen. Hoewel andere aspecten, zoals de grote waarde die wordt toegekend aan eigen ervaringen een belangrijke rol blijken te spelen voor het niet gebruiken van keuze-informatie, speelt het spreekwoordelijke “onbekend maakt onbemind” hier mogelijk ook een rol.

In dit onderzoek is gebaseerd op een steekproef van 15 huisartsen in en rondom Utrecht. Zoals beschreven in de methode werd er in dit onderzoek niet gezocht naar generaliseerbare conclusies. Het relatief grote aanbod van tweedelijnszorg in de omgeving van Utrecht, zou een rol kunnen spelen bij de uitkomsten van dit onderzoek. Zo is het mogelijk dat in gebieden waar een minder groot aanbod van tweedelijns-zorginstellingen is, wel gebruik gemaakt wordt van keuze-informatie en dit onderzoek dus andere resultaten op zal leveren. Voor vervolgonderzoek zou het dan ook interessant zijn een steekproef te trekken uit een minder stedelijk gebied.

Een andere suggestie voor vervolgonderzoek richt zich op het gebruik van de patiënt rondom keuze-informatie. Het zou voor vervolgonderzoek interessant zijn te onderzoeken in welk stadium patiënten keuze-informatie gebruiken. Uit dit onderzoek is namelijk naar voren gekomen dat patiënten pas op zoek gaan naar keuze-informatie als de diagnose gesteld is. Aangezien de diagnosestelling en de verwijzing normaliter in één consult plaatsvinden, is het voor wat betreft keuze-informatie een gepasseerd station. De mogelijkheid bestaat dat keuze-informatie vooral in de tweedelijnszorg gebruikt wordt, nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Tot slot, wanneer je specifiek wilt onderzoeken wat de ervaringen van huisartsen zijn omtrent keuze-informatie, zal bij vervolgonderzoek eerst nagegaan moeten worden of huisartsen hier bekend mee zijn en of ze hier gebruik van maken.

Kortom, dit onderzoek heeft het terrein rondom keuze-informatie aan de kant van de huisarts verkend, waardoor nieuwe inzichten naar voren gekomen zijn, die aanknopingspunten kunnen vormen voor vervolgonderzoek.

Literatuurlijst

Ahluwalia, S. Murray, E., Stevenson, F., Kerr, C. & Burns, J. (2010) A heartbeat moment: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation. *British Journal of General Practice*, 60: 88–94.

Boeije, H. (2008) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), p. 681–692.

Damman, O.C., Rademakers, J. *Keuze-informatie in de zorg: een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet*. Utrecht: NIVEL, 2008. 190 p.

Dawn, S. Legaré F. Pouliot, S. Kryworuchko, J. Dunn, S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis *Medical Decision Making*; Volume 80, Issue 2, August 2010, Pages 164-172

Deetz, S. (2000) *Describing Differences in Approaches to Organization Science*, uit: 'Talking About Organization Sciences: Debates and Dialogue From Crossroads, Sage

Dedding, C., Van Doorn, R., Winkler, L. & Reis, R. (2011) How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Social Science & Medicine*, 72, pp 49-53

Delnoij, D.M. J., Sixma, H. (2006) *Naar een 'CAHPS organisatie' in Nederland*.

Utrecht: NIVEL

Delnoij D.M.J., Van Rooijen A. P. N., Wigtersma, L., Groenewegen, P. P. (2003) Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg. *Medisch Contact*; 58(11): 419

Delnoij, D.M.J. (2009) *Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief*. Universiteit van Tilburg *Rede, uitgesproken op 15 mei 2008*

Dijkstra, R., Verbakel, D., Mokkink, H., (2008), Surfende patiënten; Hoe gebruiken patiënten het internet rondom het huisartsenconsult? *Huisarts en wetenschap*, 51, 3, 138-141

Dijkstra, R., Terpstra, J., Mokkink, H., (2006), Gebruik van Internet in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 51, 3, 138-141)

Eysenbach, G. (2001) What is E-health? *Journal of medical internet research*; Issue 2

Gerads, R. A. E. & Hooghiemstra, T. (2010) De informatiepositie van de patiënt. *Privacy & Informatie*, afl. 2

Gerads, R. A. E. (2010) *Komt een patiënt bij zijn coach; een vernieuwde blik op patiëntenbeleid*. Den Haag: RVZ

Gerven, H. & Palm, I. (2010) De huisarts aan het woord; terug naar de praktijk. Den Haag: Tweede kamer fractie SP

Grit, K. Van de Bovenkamp, H & Bal, R. (2008) De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. Een *quick scan* van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg (BMG) Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

Groenewoud, A.S. & Huijsman, R. (2006) Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker? Een onderzoek naar de mogelijkheden, de stand van zaken en de toekomst van prestatie-indicatoren bij het versterken van de positie van patiënten in de zorgmarkt. *Acta Hospitalia*, nr.1, jaargang 45, pp. 25-49.

't Hart, Boeijs & Hox, J. (2005) *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs

Have, H.A.M.J., Meulen, R.H.J., ten, Leeuwen, R., van (2003). *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hibbard J.H. & Peters E. (2003) Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health*; 24:413-433.

Hurenkamp, M. & Kremers, M. (2005) *Vrijheid verplicht, over tevredenheid en de grenzen aan keuzevrijheid*. Utrecht: NIZW

KNMG, Doppegieter, R.M.S., (2004), *Arts- en patiëntenrechten*.

Verkregen via website:

<http://knmg.artsenet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Arts-enpatientenrechten-2004.htm> Raadpleging website : 2 maart 2011

Laing M, Hogg G, Winkelman D. (2005) The impact of the internet on professional relationships: the case of health care. *The Service Industries Journal*, 25(5): 675-687

Loos, E. (2010) *De oudere: een digitale immigrant in eigen land?* Een verkenning naar toegankelijke informatievoorziening. Den Haag: Boom Lemma

Lugtenberg, M. & Werstert, G. P. (2007) kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers. Tilbirg: TRANZO

Meeuwesen, L. & Harmsen, H. (2007). Valkuilen in de multiculturele huisartsenpraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine*, 2: 34-38.

- Noordegraaf, M. (2008) *Management in het publieke domein. Issues, Instituties en Instrumenten*. Bussum: Coutinho
- Raad voor de Volksgezondheid, (2010) *Patiënt als sturende kracht*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: RVZ
- Robinson, A. & Thomson, R. (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools *Quality in Health Care*;i34 10(Suppl I):i34–i38
- Roter, D.J., Hall, J.A., (2006) *Doctors talking with patients, Patients talking with doctors. Improving Communication in medical visits*. London: Auburn House
- Sauter, W. (2009). *Marktwerking in de zorg. Toezicht: met het oog op de consument*, Verkregen via de website: geraadpleegd op: 4 maart 2011
http://www.nza.nl/binaries/7113/29720/Wolf_Sauter,_Marktwerking_i1.pdf
- Schnabel, P. (2002) Marktwerking, keuzevrijheid en sobere gezondheidszorg. *S&D*: 3. p. 23-26
- Schneider, E. en Lieberman, T. (2000) *The consumer reports' complete guide to health services for seniors*. New York: Three River Press: 212-213.
- Tonkens, E., 2008. *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW
- Stevenson, F. A. (2003) General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient Education and Counseling*, volume 50, Issue 3, July 2003, Pages 291-293
- Trappenburg, M. (2005) *Gezondheidszorg en Democratie. Inaugurele Rede*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg*. Over gezondheidszorg en democratie. Amsterdam Amsterdam: Amsterdam University Press
- Van den Brink-Muinen, A. Van Dulmen, S., De Heas, H.C.J.M. Visser, A. Schellevis, F. G., Bensing, J.M. (2006) *Has patient involvement in the decision-making process changed over time?* Utrecht: NIVEL
- Van den 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
- Van Dulmen, A. M., Van den Brink-Muinen, A. (2005) De patiënt stelt maar vier vragen per consult. Utrecht: NIVEL
- Van den Berg, M.J De Bakker, D.H., Van Roosmalen M., Braspenning, J.C.C (2005) De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL

Veldhuis, M. Willems, D. (2002) *Wegen in de zorg; dilemma's keuzen en afwegingen in de spreekkamer*. Assen: Koninklijke van Gorcum

Vermunt, N.P.C.A., Westert, G. H. (2009) Product en procesdenken in de huisartsenzorg. Zorg is meer dan een product. *Medisch Contact*, nr. 16 p. 685-689.

Van Loon A. J. M. & Tolboom R. A. L. (2005) . *Ontwerprapport kiesBeter.nl 2006-2007*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Van Rijen, (2003) Resultatenonderzoek uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Van patiënt tot klant Zoetermeer: RVZ

Van Rijen, A. J. G. (2005) Internetgebruiker en veranderingen in de zorg. Zoetermeer: RVZ

Van Rijen, A.J.G., Lint, M.W. & De Ottes, L. (2002) *Inzicht in E-health*. Zoetermeer; RVZ

Van Rijen, A. J. G. & Van de Kraan, W. G. M. (2004) Arts, patiënt en gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ 213-262.

Van der Jagt, E. J. (2003) *Eisend gedrag en agressie van zorgvragers*. Zoetermeer, Centrum voor ethiek en gezondheid

Van Wijmen, F. C. B. (2003) Zorgaanbod en cliëntenperspectief Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Van patiënt tot klant Zoetermeer

Weggeman, M. (2000) *Kennismanagement: de praktijk* Schiedam: Scriptum, pp 33-46 en 48-76

Bijlage I : Topiclijst

Datum: Naam respondent: Naam praktijk:

Introductie

- Korte introductie
- Doel onderzoek, kort houden
- +/- 40 minuten
- anonimiteit?
- Op bandopname? Evt. voordelen noemen
- Tutoreren?
- Test apparaat

Interview

- **1. Keuze-informatie**
=> **Wat verstaat u onder keuze-informatie?**
- **2. Rol van de huisarts in keuzeprocess**
=> **Kunt u beschrijven wat uw rol is in het keuzeprocess van de patiënt?**
-informereren?
-veranderingen zichtbaar in uw rol en het keuzeprocess?
- **3. Huisarts-patientrelatie**
=> **Hoe zou u de relatie met de patiënt omschrijven?**
-kunt u een aantal kenmerken van die relatie noemen?
-Welke rol heeft de relatie met de patiënt voor u?
-Is relatie of rol flexibel/ afhankelijk van de patiënt?

=> **Wat betekent keuze-informatie voor de relatie met de patiënt?**
- **4. Besluitvorming rondom verwijzingen**
=> **Kunt u beschrijven hoe de besluitvorming omtrent verwijzingen plaatsvindt?**
-Wat betekent besluitvorming voor u?
-Verschillen per patiënt?

=> **Wat betekent keuze-informatie voor de besluitvorming bij verwijzingen voor u?**
- **5. Ervaringen keuze-informatie**
=> **Wat betekent keuze-informatie voor uzelf?**
-Wat zijn uw ervaringen met keuze-informatie?
-Gebruik van keuze-informatie

Bijlage II Codelijst

Rol in keuzeproces

- informatie geven
- advies geven
- sturen

Veranderingen in rol keuzeproces

- minder autoriteit
- meer een adviesorgaan
- veranderde verwachting van de overheid

Keuze-informatie

- onbekendheid
- geen gebruik
- eigen ervaringen belangrijker
- geen behoefte door groot aanbod
- kwaliteitsinformatie is betrekkelijk
- kwaliteitsinformatie is moeilijk meetbaar
- andere factoren van belang voor patiënt
- geen ervaring met patiënten die keuze-informatie gebruiken
- keuze-informatie is pas belang wanneer de diagnose gesteld is

Huisarts-patiëntrelatie

- vertrouwen
- gelijkwaardigheid
- inleven in de patiënt
- relatie aanpassen aan de patiënt
- vaste waarden, flexibele communicatie
- belangrijk voor therapietrouw en diagnosestelling

Veranderde huisarts-patiëntrelatie

- gevolg van veranderd beleid van overheid
- meer oog voor preventie
- meer medische mogelijkheden
- “gegoogle” op klachten
- gelijkwaardigheid in bejegening
- gerichte vragen mogelijk bij consult
- geïnformeerde patiënt is mondiger
- patiënt stelt zich als klant op
- veeleisende patiënten
- zelfsturing niet voor iedereen weggelegd
- informatie is geen directe kennis

Betekenis keuze-informatie voor huisarts-patiëntrelatie

- keuze-informatie valt onder de noemer “informatie over de zorg”
- veranderde opstelling van de patiënt
- patiënt weet wat de mogelijkheden zijn
- patiënt stelt zich als klant op
- huisarts werkt liever met patiënt dan met klant
- werkplezier verminderd
- patiënten voelen zich sterker in het aandrazen van mogelijkheden

Besluitvorming bij verwijzing

- onderscheid besluit tot verwijzing en besluit naar wie verwezen wordt
- proces tot verwijzing belangrijker dan wie het besluit neemt
- wensen van de patiënt staan centraal
- gebruik ZorgDomein bij besluitvormingsproces
- proces verschilt per patiënt
- soort aandoening van invloed op besluitvorming
- huisartsen verwijzen graag naar bekende specialist of ziekenhuis
- wil van de patiënt gaat soms boven de medische noodzaak
- vraagsturing en marktwerking lastig voor poortwachter

Betekenis keuze-informatie voor besluitvorming

- wens tot verwijzing komt vaker voor dan wens naar wie verwezen wordt
- gedachte achter de keuze voor instelling belangrijk
- participatie door besluitvorming na het consult op basis van keuze-informatie