

# Gezondheidszorg & Internet



De invloed van  
Internetgebruik op de arts-patiëntrelatie

SUZAN VAN DEN BROEK - EXAMENNUMMER: 294741  
Begeleider: Dr. S. Adams • Meelezer: Drs. S. Jerak - Zuiderent • juni 2008



## Samenvatting

In de gezondheidszorg wordt steeds meer aandacht besteed aan het centraal stellen van de patiënt. Een aspect hiervan is een meer gelijkwaardige positie van de patiënt in de arts-patiëntrelatie. Volgens sommigen kan het internet hieraan een positieve bijdrage leveren, anderen zijn hierin wat terughoudender. Eén ding is zeker: internetgebruik in de gezondheidszorg brengt verschuivingen teweeg in de rol en positie van arts en patiënt. Omdat internetgebruik in de gezondheidszorg nog volop in ontwikkeling is, is moeilijk te voorspellen hoe deze verschuivingen eruit gaan zien. Bovendien kunnen deze verschuivingen sterk verschillen per type arts, per type patiënt en per type arts-patiëntrelatie. De arts-patiëntrelatie is een hooggewaardeerd goed en volgens sommigen van essentieel belang voor het kunnen bepalen van de juiste diagnose en behandeling. Deze (verwachte) verschuivingen in de arts-patiëntrelatie geven daarom stof tot discussie.

In dit onderzoek zijn de ervaringen van artsen en patiënten met twee toepassingen van het internet in de gezondheidszorg bekeken, namelijk als informatiebron en als communicatiemiddel (e-mailconsult).

Wanneer patiënten internet gebruiken als informatiebron wordt al snel gezegd dat een patiënt hierdoor *empowered* wordt. Door de overvloed aan informatie die het internet biedt, zou de grens tussen arts als expert en patiënt als leek vervagen. Veel artsen vrezen daarom voor inperking van hun professionele autonomie. Deze professionele autonomie is echter noodzakelijk om het individuele belang van de patiënt te kunnen dienen.

Met de informatie van het internet voelen de patiënten uit het onderzoek zich inderdaad zelfverzekerder ten opzichte van hun arts. Deze patiënten twijfelen echter wel sterk aan de eigen capaciteiten de informatie op internet te beoordelen en te interpreteren en laten dit aan de arts over. De vrees van artsen voor inperking van hun professionele autonomie lijkt daarom (vooralsnog) onterecht.

Daarnaast is het internet niet voor iedereen toegankelijk en zelfs als deze toegankelijkheid wel gewaarborgd is, lijkt dit niet voor iedere patiëntencategorie voordelen op te leveren. Het is dus nog maar de vraag in hoeverre de patiënt daadwerkelijk *empowered* wordt.

Slechts enkele huisartsen in Nederland bieden de mogelijkheid tot een e-mailconsult. De toepassing van e-mailconsult lijkt hierbij voornamelijk geremd te worden door praktische aspecten, waarbij onbekendheid en onduidelijkheid over het hoe en wat een rol spelen.

Het e-mailconsult kent verschillende voordelen. Zo kan een e-mail gelezen en verstuurd worden wanneer het uitkomt, kan een spreekuurbezoek voorkomen worden en kan een

doordachte reactie gegeven worden. Daarnaast kan een hulpvraag anoniem voorgelegd worden. Deze anonimiteit wordt echter ook als grootste nadeel gezien. Het e-mailconsult zou de patiënt onzichtbaar maken en zodoende leiden tot een onpersoonlijke arts-patiëntrelatie. Het niet zien van de patiënt en het ontbreken van de non-verbale communicatie, zou bovendien de kans op een foute diagnose of behandeling groter maken dan bij een face-to-face consult. Onduidelijk is of dit het geval is.

In deze scriptie wordt beargumenteerd dat het internet een positieve bijdrage *kan* leveren aan patiëntgerichte zorg. Door het gebruik van internet als communicatiemiddel kunnen patiënten hun zorgen uiten wanneer ze willen, tijd besparen en langer nadenken over de formulering van hun klacht of reactie. Door het gebruik van internet als informatiebron kunnen patiënten hun wensen, verwachtingen en behoeften beter onder woorden brengen, waardoor een arts de zorg hier beter op af kan stemmen. Maar in welke mate deze positieve bijdrage inderdaad optreedt, hangt sterk af van het type patiënt, het type arts en hun arts-patiëntrelatie. De arts moet open staan voor de eigen inbreng van de patiënt en raad weten met de informatie die de patiënt inbrengt in het consult. Een patiënt moet open staan voor de kennis en expertise van de arts. Daarbij verschilt per arts of patiënt in hoeverre zij een regierol in de zorgverlening willen hebben of juist niet. Het is aan de arts te peilen op welke manier de patiënt het beste geholpen wordt, om op deze manier het individuele belang van de patiënt te kunnen dienen. Waar vroeger de professionele autonomie van de arts gerelateerd werd aan een paternalistische aanpak, lijkt overleg en samenspraak de kern van de professionele autonomie nú. Dit vraagt een cultuuromslag, die niet zonder slag of stoot tot stand gebracht kan worden.

## Hoofdstuk 1. Inleiding

De gezondheidszorg is onderhevig aan verschillende veranderingen. Een goede illustratie hiervan is de omkeer van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg, ofwel de invoering van gereguleerde marktwerking. Om met het concept van gereguleerde marktwerking de gewenste effecten te bereiken, is het onder andere noodzakelijk dat de patiënt het meer voor het zeggen krijgt. Een actievare participatie van de patiënt kan bereikt worden door het gebruik van internet in de gezondheidszorg te stimuleren (Anderson e.a. 2003: 68).

Vanaf verschillende kanten wordt het gebruik van internet gestimuleerd. Denk hierbij aan de opkomst van het elektronisch patiëntendossier en telemedicine. Van andere kanten wordt er echter ook flink tegengestribbeld, vanwege de gevaren die kleven aan het gebruik van internet ten behoeve van gezondheidszorgdoeleinden. Dit leidt tot hevige discussies, waarin de laatste woorden nog niet zijn gezegd.

Eén ding is inmiddels wel duidelijk: het gebruik van internet in de gezondheidszorg heeft gevolgen voor de manier waarop artsen en patiënten met elkaar communiceren. De arts-patiëntrelatie zal door het gebruik van internet veranderen (zie o.a. Kassirer, 2000; Bauer, 2002; Anderson e.a. 2003; Murray e.a. 2003; Adams & Boot, 2007). We zullen zien dat sommige aspecten van het internet de arts-patiëntrelatie versterken, terwijl andere aspecten een gevaar kunnen vormen. Naar welke kant deze balans door zal slaan, is nog niet bekend (Hardey, 1999, Bauer, 2004, Gemert-Pijnen, 2006).

In een tijdperk waarin internet een enorme toevlucht neemt in de gezondheidszorg, is het naar mijn mening juist van groot belang inzicht te krijgen in de veranderingen die internet teweeg kan brengen in de arts-patiëntrelatie. Ongewenste effecten kunnen zodoende tijdig worden tegengegaan en gewenste effecten gestimuleerd. Mijn scriptie draagt bij aan het vergroten van dat inzicht.

In deze scriptie zal ik ingaan op het gebruik van en de ervaringen met internet in de arts-patiëntrelatie<sup>1</sup>. Hiervoor zal in het volgende hoofdstuk eerst dieper ingegaan worden op de arts-patiëntrelatie. Vervolgens wordt ingegaan op het gebruik van internet in de gezondheidszorg (hoofdstuk 3). In beide hoofdstukken worden de discussiepunten en onduidelijkheden omtrent internetgebruik in de arts-patiëntrelatie belicht, die de aanleiding

---

<sup>1</sup> Onderzoek naar het gebruik van internet in de gezondheidszorg heeft zich tot op heden namelijk vooral gericht op kosteneffectiviteit, technologische efficiëntie en juridische haalbaarheid. Deze aspecten komen daarom in mijn onderzoek niet aan de orde.

hebben gevormd voor mijn onderzoek. Er worden kritische vragen gesteld, waar in volgende hoofdstukken op teruggekomen wordt.

Het onderzoek dat ik in het kader van mijn scriptie heb uitgevoerd, wordt in hoofdstuk 4 verder toegelicht. Hierna komen de resultaten uit dit onderzoek aan bod. Deze resultaten illustreren ook de onzekerheden omtrent het onderwerp, waaraan vervolgens meer aandacht besteedt zal worden in het discussiehoofdstuk. Het onderzoek wordt afgesloten met een conclusie.

In deze scriptie worden de termen 'patiënten' en 'consumenten' met betrekking tot het gebruik van internet soms naast elkaar gebruikt. Het gaat om internetgebruik in de *gezondheidszorg*, waardoor de benaming 'patiënten' voor de hand lijkt te liggen. Maar met slechts de term 'patiënten' worden personen die op wat voor manier dan ook geïnteresseerd zijn in gezondheids(zorg)informatie, zonder zelf patiënt te zijn, niet meegenomen. Wat ik hiermee aan probeer te geven is dat welke term ook gekozen wordt, dit altijd problematisch blijft (Adams, 2006:88; Adams & de Bont, 2007:278-279).

In dit onderzoek gaat het primair om de patiënt die het internet gebruikt. Na zorgvuldige overweging heb ik ervoor gekozen om naast de term patiënten ook een enkele keer de term consumenten te hanteren. Dit om met deze term ook personen aan te duiden die om andere redenen dan het 'patiënt zijn' gezondheidszorginformatie zoeken op het internet.

## Hoofdstuk 2: De arts-patiëntrelatie

### §1. Het bestaan van een arts-patiëntrelatie

*‘The importance of an intimate relationship between patient en physician can never be overstated because in most cases an accurate diagnosis, as well as an effective treatment, relies directly on the quality of this relationship<sup>2</sup>’*

Het bovenstaande citaat geeft duidelijk weer wáárom een (goede) arts-patiëntrelatie van groot belang is. Een kwalitatief goede en ‘intieme’ arts-patiëntrelatie vormt de basis voor een accurate diagnose en een effectieve behandeling. Maar wanneer is er sprake van een relatie tussen arts en patiënt?

In de ‘Modelregeling arts-patiënt’ van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) wordt beschreven dat bij de relatie tussen arts en patiënt in het algemeen sprake is van een doorlopende ‘slapende’ behandelovereenkomst voor onbepaalde tijd. Deze overeenkomst leeft op op het moment dat de patiënt zich tot zijn huisarts wendt voor een concreet advies en/of hulp (artikel 3). Een arts-patiëntrelatie ‘begint’ dus op het moment dat de eerste behandelovereenkomst tussen arts en patiënt wordt afgesloten. Er is sprake van een behandelovereenkomst wanneer de arts ‘zich verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de patiënt’. Onder handelingen op het gebied van geneeskunst worden alle handelingen van een arts verstaan, ‘die ertoe strekken de patiënt van ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen’ (WGBO, artikel 446). Er is dus sprake van een arts-patiëntrelatie wanneer een patiënt zich wendt tot de arts en een arts een of meer van bovenstaande handelingen uitvoert.

In de modelovereenkomst wordt niet gespecificeerd of het voor het bestaan van de arts-patiëntrelatie uit maakt via welk medium de patiënt zich wendt tot de arts. Bauer (2002:4) geeft echter specifieke criteria weer, waaraan voldaan moet zijn om via *telefonisch* contact een arts-patiëntrelatie te vormen:

1. De arts stemt in met het verlenen van zorg voor een bepaalde patiënt
2. De patiënt geeft hier, indirect of direct, toestemming voor
3. De arts evalueert de patiënt in het algemeen
4. De patiënt past zijn gedrag aan aan deze evaluatie

---

<sup>2</sup> Bron: Hellín, T. 2002. ‘The physician-patient relationship; recent developments and changes’.

Volgens Bauer (2002) is het hierbij aannemelijk dat wanneer via een ander elektronisch medium, bijvoorbeeld het internet, gecommuniceerd wordt, ook sprake is van een arts-patiëntrelatie wanneer aan bovenstaande criteria is voldaan. Er is alleen nog geen duidelijkheid wat telt als een evaluatie of instemming met het verlenen van zorg wanneer gecommuniceerd wordt via internet. Daarnaast is er ook geen duidelijke grens vastgesteld om te bepalen wanneer een patiënt zijn gedrag (voldoende heeft) aangepast aan de evaluatie. Het bepalen van de betekenis van deze criteria is binnen de gezondheidszorg sowieso al bijzonder lastig, maar in een virtuele omgeving des te meer (Bauer, 2002:4).

Deze criteria die Bauer (2002) hanteert zijn waarschijnlijk te vaag om te kunnen bepalen of er sprake is van een arts-patiëntrelatie wanneer via een ander medium dan face-to-face een arts gecontacteerd wordt door een patiënt. Ik vind het bovendien opmerkelijk dat aan deze vier criteria voldaan moet zijn alvorens er een arts-patiëntrelatie zou bestaan. Wanneer bijvoorbeeld criterium nummer vier in ogenschouw genomen wordt, kan gesteld worden dat tussen een patiënt die niet therapietrouw is en zijn huisarts geen arts-patiëntrelatie zou bestaan. Ik denk dat dit in de maatschappij wel eens heel anders ervaren zou kunnen worden. Criterium nummer één vind ik daarnaast ook wat bedenkelijk. In hoeverre heeft een arts vrijheid om te bepalen een patiënt te behandelen? Zeker in acute situaties mag een arts in principe niet weigeren. Dat maakt ook criterium nummer twee bedenkelijk; in hoeverre is er sprake van toestemming door de patiënt wanneer hij<sup>3</sup> daar door zijn aandoening of een ongeval niet meer toe in staat is? In acute situaties wordt toestemming *verondersteld*.

Wat betreft criterium 3 geeft Bauer (2002) zelf ook al aan dat niet duidelijk is wat onder een evaluatie verstaan moet worden. Betekent dit dat de arts de patiënt moet zien? Met andere woorden, kan er een arts-patiëntrelatie bestaan tussen een arts en een patiënt die elkaar nog nooit ontmoet hebben?

De KNMG heeft hier een duidelijke mening over: sinds 1 januari 2008 is de richtlijn voor online patiëntencontact aangepast. Artsen mogen geen geneesmiddelen voorschrijven aan een patiënt als ze daarmee geen bestaande *behandelrelatie* hebben. De KNMG definieert *behandelrelatie* daarbij als volgt: 'een relatie tussen arts en patiënt waarbij beiden elkaar kennen en hebben ontmoet en waarbij het contact normaal gesproken face-to-face plaatsvindt' (Richtlijn voor online patiëntencontact). Wanneer een arts en patiënt een *behandelrelatie* hebben, hebben zij dus ook een arts-patiëntrelatie. Omdat partijen elkaar moeten kennen alvorens een *behandelrelatie* cq. arts-patiëntrelatie kan bestaan, kan er volgens de KNMG dus geen arts-patiëntrelatie gevormd worden tussen een arts en een

---

<sup>3</sup> In dit onderzoek wordt vanwege schrijftechnische overwegingen steeds gesproken van 'hij'. Uiteraard moet overal waar 'hij' staat ook 'zij' worden gelezen.

patiënt die elkaar niet lijfelijk ontmoeten. Op het moment dat het online contact tussen arts en patiënt het eerste contact is, zou er dus geen sprake zijn van een arts-patiëntrelatie.

De richtlijn laat zien dat de KNMG enorme waarde hecht aan het bestaan van een arts-patiëntrelatie, omdat het risico op een onjuiste diagnose en behandeling hierdoor zo klein mogelijk wordt. Door het hebben van een (langdurige) arts-patiëntrelatie, ontstaat continuïteit in de zorgverlening, wat verschillende voordelen kent. Als een arts een patiënt goed kent, is hij beter in staat de symptomen waar een patiënt mee komt, te plaatsen. Bovendien reageren patiënten verschillend op het ziek zijn, de een blijft heel rustig terwijl een ander zeer nerveus wordt. Om vervolgens de problemen van een patiënt op de juiste manier te interpreteren, kijkt een arts naar de medische geschiedenis. Benauwdheid betekent bijvoorbeeld bij een patiënt met een geschiedenis van hartfalen iets heel anders dan bij een patiënt die bekend is met maagzuur. Een laatste voordeel is dat patiënten met een langdurige arts-patiëntrelatie hun arts meestal vertrouwen en zich op hun gemak voelen wanneer ze met een hulpvraag bij hun arts aankloppen. Hierdoor consulteren deze patiënten in een vroeg stadium van een ziekte, zodat behandeling nog goed mogelijk is. Onderzoek heeft aangetoond dat continuïteit in de zorgverlening leidt tot een grotere tevredenheid bij patiënten en de therapietrouw vergroot (Orentlicher, 1995:141).

Vertrouwen speelt dus een grote rol bij het bestaan van een arts-patiëntrelatie. Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de arts beschikt over de juiste competenties en daarnaast de belangen van de patiënt zo goed mogelijk na zal streven. Dit vertrouwen groeit in een langdurige arts-patiëntrelatie en wordt bereikt door effectieve communicatie tussen de arts en patiënt. Deze communicatie is effectief als het leidt tot een therapeutische relatie. Een dergelijke relatie komt tot stand wanneer de arts de impact van de ziekte op de patiënt begrijpt, medeleven toont en de patiënt dit medeleven ook ervaart (Bauer, 2004:84).

Is het mogelijk dat een arts in online contact met de patiënt de impact op de ziekte begrijpt, medeleven toont en dat de patiënt dit medeleven ervaart? Als dit mogelijk is, kan dus ook online communicatie effectief zijn en tot (wederzijds) vertrouwen leiden. Ik kan me wel indenken dat bij online contact tussen een arts en een patiënt die de arts kent, de arts zich wellicht beter in kan leven in het totale dagelijkse leven van de patiënt dan bij een totaal anonieme patiënt. Maar wat is dan het verschil met een patiënt die nauwelijks bij zijn huisarts komt? Die kent de arts toch ook niet? Hetzelfde geldt voor het voorschrijven van medicatie, wat volgens de KNMG alleen bij bekende patiënten mag gebeuren. In hoeverre is de patiënt die eens in de vijf jaar bij zijn huisarts komt een bekende? Is een spreekuur met een onbekende (nieuwe) patiënt niet te vergelijken met een internetconsult, dat het eerste contact vormt tussen arts en patiënt?

## §2. Communicatie

De vorige paragraaf liet zien dat communicatie binnen de arts-patiëntrelatie hét centrale instrument vormt om vertrouwen te bereiken. Volgens Bensing e.a. (2004) kunnen artsen “door goede communicatieve technieken te gebruiken, patiënten (...) helpen hun verwachtingen onder woorden te brengen, de invloed van eerdere ervaringen met de gezondheidszorg naar boven te halen, emoties zoals angsten en zorgen te uiten en hun behoeften aan informatie duidelijk te maken” (Bensing e.a. 2004: 31).

Verscheidene gezondheidseffecten bij patiënten, zoals psychische gezondheid, het verdwijnen van symptomen en pijnbeheersing, zijn gerelateerd zijn aan de communicatie tussen arts en patiënt (Bensing e.a. 2004:30; Stewart, 1995). Veel artsen geloven dat het meest doeltreffende medicijn de arts zélf is en benadrukken hiermee hoe belangrijk de interactie tussen de arts en de patiënt, en dus het bestaan van een goede arts-patiëntrelatie, is (Bensing e.a. 2004:28).

Het belang van de arts als medicijn wordt ook door Lupton (1997) besproken, wanneer zij aangeeft dat “the major component of health care (...) is more intangible, involving body work and affective exchanges and outcomes”. Lupton (1997) benadrukt hiermee dat het in het verlenen van zorg niet primair draait om tastbare componenten, zoals medicatie, pleisters en vaccinaties, maar eerder om het uitwisselen van emoties en gevoelens. Dit zou de kern zijn van ‘de arts als medicijn’. De aanraking van de arts en de manier waarop hij of zij communiceert met de patiënt, bijvoorbeeld de toon van de stem en de gekozen woorden, staan allemaal centraal in de manier waarop de patiënt zijn zorgconsumptie ervaart (Lupton, 1997:379).

Uit het voorbeeld van Lupton (1997) is op te maken dat in een consult op verschillende manieren gecommuniceerd kan worden. Hierbij is het onderscheid tussen *verbale* en *non-verbale* communicatie van belang. Communicatie door middel van begrippen en spreektaal is de verbale communicatie. Non-verbale communicatie bestaat uit alle vormen van informatie-overdracht waarbij géén gebruik wordt gemaakt van woorden. Tot deze communicatie behoren uiterlijk, kleding, gezichtsuitdrukking, houding, stemklank en gebaren. Een bijzondere rol in de non-verbale communicatie wordt vervuld door de ruimtelijke positie die we innemen en het lichamelijke contact (Wouda e.a. 1996:22,30).

Er kan op dit moment via verschillende media gecommuniceerd worden tussen arts en patiënt. Al lange tijd zijn we bekend met het communiceren op het spreekuur en via de telefoon, sinds enkele jaren is hier het internet, in de vorm van e-mail, als derde mogelijkheid

bij gekomen. Deze mogelijkheid staat echter bloot aan veel kritiek. Het belangrijkste kritiekpunt<sup>4</sup> is dat de arts de patiënt niet kan zien en kan onderzoeken zoals in face-to-face contact. In de vorige paragraaf is aangetipt dat het 'succes' van de arts-patiëntrelatie afhangt van de mogelijkheden van de arts om medeleven te tonen en te luisteren naar wat de patiënt zegt. Het kunnen tonen van medeleven is afhankelijk van op de juiste manier interpreteren van verbale en non-verbale signalen. Juist in de context van de arts-patiëntrelatie is non-verbale communicatie ontzettend belangrijk, omdat kwetsbaarheid, afhankelijkheid, schaamte en het uitwisselen van gevoelige informatie daar aan de orde van de dag zijn (Bauer, 2002:87). Non-verbale communicatie is echter alleen mogelijk wanneer arts en patiënt elkaar zien, en deels als ze elkaar kunnen horen. In e-mailcontact ontbreekt deze vorm van communicatie. De arts is volledig afhankelijk van de informatie van de patiënt en zijn bekwaamheid de klachten schriftelijk te verwoorden (KNMG, richtlijn online arts-patiëntcontact). Dit terwijl (herhaald) persoonlijk contact de arts rijke en diepgaande informatie geeft over de behoeften en wensen van de patiënt. Artsen begrijpen zodoende in hoeverre een patiënt in staat is zijn eigen zorg te coördineren en een behandeling te ondergaan terwijl hij zich ontzettend ziek voelt (Kassirer, 2000:119). Communiceren zónder elkaar te zien, maakt het lastig elkaars karakter en motieven te begrijpen (Bauer, 2002:87).

Internet zet dus een cruciaal aspect van de traditionele arts-patiëntrelatie, 'het zien van de patiënt', onder druk. Internet dreigt de patiënt als individu, en dan vooral het fysieke individu en zijn context, onzichtbaar te maken. Een arts geeft minder persoonlijke begeleiding en patiënten zullen artsen die ze wel lijfelijk ontmoeten, met meer achterdocht en zakelijker benaderen. De traditionele arts-patiëntrelatie zou op deze manier plaats maken voor een onpersoonlijke transactie (Zwart, 2003:10). Een arts zal minder waarde hechten aan het begrijpen van de patiënt en de impact van de aandoening op diens leven. Patiënten zullen hun arts daardoor minder vertrouwen (Bauer, 2002:87; Kassirer, 2000:119).

Zwart (2003) en Bauer (2002) halen aan dat 'het zien' van de patiënt van groot belang is in de arts-patiëntrelatie. Maar een telefonisch consult is al jaren een geaccepteerde manier van communiceren met de huisarts (of eventueel de assistente). Ook daar ontbreken non-verbale signalen, zoals het lichamelijk contact en het uiterlijk. Wat maakt dan dat een e-mailconsult als problematischer wordt gezien dan een telefonisch consult?

Mensen communiceren bovendien dagelijks op alle mogelijke manieren via het internet met elkaar. Waarom wordt er in de gezondheidszorg dan zo'n ophef gemaakt over online communiceren? Wat maakt de arts-patiëntrelatie speciaal?

---

<sup>4</sup> De voordelen van het communiceren via e-mail komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

---

### §3. Gedragsstijlen binnen de arts-patiëntrelatie

Binnen de arts-patiëntrelatie blijken artsen verschillende omgangsstijlen met hun patiënten te hanteren. Bij het 'activiteit-passiviteitmodel' is er niet echt sprake van communicatie over en weer, maar van een relatie waarbij de arts iets doet bij de patiënt. De patiënt ondergaat dit, aangezien hij niet in staat is te reageren, bijvoorbeeld door bewusteloosheid. De arts is dus de actieveling en de patiënt de passieveling.

Er is wel sprake van interactie bij het 'begeleidingsmodel'. De patiënt vertelt zijn klachten en de arts geeft aan wat er aan de klachten gedaan moet worden. De arts gaat er daarbij van uit dat de patiënt zijn adviezen getrouw opvolgt. Binnen dit model is er dus sprake van een machtsverschil; de arts is de 'baas' en de patiënt kan beter niet met hem van mening verschillen.

In het derde model is er sprake van samenwerking; de arts helpt de patiënt zichzelf te helpen. De patiënt werkt hieraan mee (Klip, 1995:54-55) .

Model	Activiteit-passiviteit	Begeleiding	Wederzijdse participatie
<b>Rol arts</b>	Doet iets met de patiënt	Geeft aan wat de patiënt te doen staat	Helpt patiënt zichzelf te helpen
<b>Rol patiënt</b>	Passief; niet in staat te reageren	Gehoorzaamt	Werkt mee

Figuur 1: drie omgangsstijlen met betrekking tot patiënten

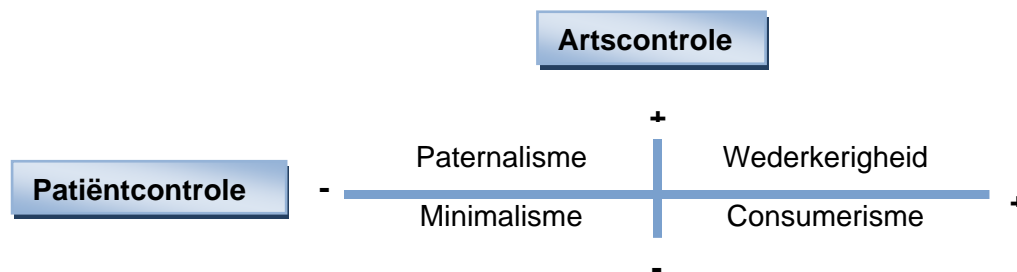
Het bovenstaande laat zien dat het consult dus gevormd wordt door de arts en patiënt samen. Naarmate de omgangsstijl meer samenwerking vraagt, neemt de invloed van de arts af. Deze drie modellen veronderstellen echter wel dat de arts degene blijft met de meeste invloed, ongeacht de mate van samenwerking. Dit impliceert een nogal paternalistische kijk op de arts-patiëntrelatie, met name bij de eerste twee modellen. De arts bepaalt de agenda, stelt de doelen en neemt de beslissingen (Roter, 2000:7). Het paternalisme wordt gezien als de traditionele arts-patiëntrelatie: de arts neemt de touwtjes in handen en de patiënt volgt gewillig (Bensing e.a. 2004: 36). Deze vorm van arts-patiëntrelatie kenmerkte de jaren vijftig en zestig (Zwart, 2003:8).

Het derde model (wederzijdse participatie) is een arts-patiëntrelatie gekenmerkt door wederkerigheid, waarvoor halverwege de jaren zestig meer plaats kwam (ibidem). Hierbij wordt informatie uitgewisseld tussen arts en patiënt en meer gezamenlijk de agenda bepaald en een besluit genomen, waardoor een egalitaire relatie ontstaat (Bensing e.a. 2004: 36; Roter, 2000:6).

De vraag is of het ook niet zo kan zijn dat een patiënt de doorslaggevende beslissingen maakt in zijn of haar behandeling. Volgens aanhangers van het consumerisme kan dat. Bij de consumeristische kijk op de arts-patiëntrelatie neemt de patiënt het besluit: hij weet precies wat hij wil en de arts gaat daar in mee. De rol van de arts is beperkt tot 'technische consultant', waarbij hij informatie en services verschaft waar de patiënt naar vraagt (Bensing e.a. 2004:36-37; Roter, 2000:7).

Een laatste kijk op arts-patiëntrelaties is die van het minimalisme; de arts en de patiënt hebben beide weinig invloed (Bensing e.a. 2004: 37). Er bestaat onduidelijkheid over de doelen van het consult, de normen en waarden van de patiënt en de rol van de arts (Roter, 2000:7). Dit kan zich voordoen in landen waar de arts een geringe status heeft en gezondheidszorg niet hoog aangeschreven staat. Hierbij valt te denken aan de oude situatie in sommige Oost-Europese landen. Maar ook in de huidige moderne Westerse gezondheidszorg zouden consulten met patiënten uit minderheidsgroepen, die de voertaal van het land niet goed beheersen, door dit type arts-patiëntrelatie gekenmerkt kunnen worden (Bensing e.a. 2004:37). Een ander voorbeeld is een consult met een agressieve of gefrustreerde patiënt, die zich zeer afkerig ten opzichte van de arts gedraagt (Roter 2000:7).

De invloed die arts en patiënt kunnen uitoefenen op het consult, kan dus als volgt worden weergegeven:



**Figuur 2: de mate van controle van beide actoren in de arts-patiëntrelatie**

De hierboven beschreven vormen van arts-patiëntrelaties geven aan dat er verschillende communicatiestrategieën nodig zijn in het medisch consult, afhankelijk van de invloed van de beide actoren. Een consult met een jonge, hoog opgeleide en zelfstandige patiënt of met een oudere, onzekere patiënt is een totaal verschillend consult. De invloed van de arts in het eerste consult zal waarschijnlijk minder zijn dan in het tweede. Dit is echter ook weer afhankelijk van de ernst van de aandoening. Ook dat speelt namelijk een rol bij de voorkeur voor een bepaalde arts-patiëntrelatie (Bensing e.a. 2004:37).

Roter (2000) beargumenteert dat een wederkerige relatie tot de beste gezondheidsuitkomsten bij de patiënt leidt en daarom de voorkeur verdient. Het paternalistische model laat te weinig ruimte voor het perspectief van de patiënt, terwijl het consumeristische model juist te weinig vorm geeft aan de rol van de arts. Door de biomedische aspecten te integreren met het perspectief van de patiënt ontstaat 'relationship centred medicine' (Roter, 2000:7). Dit komt er in het kort<sup>5</sup> op neer dat arts en patiënt open staan voor elkaar en alles wat met het patiënt zijn te maken heeft. McNamee (1996) en Pluut (2007) spreken in dit verband over 'relational responsibility'. Hierover gaat de volgende paragraaf.

---

<sup>5</sup> Voor de uitgebreide beschrijving zie: Roter, D. 2000. 'The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship'.

#### §4. Relational Responsibility

De in de vorige paragraaf beschreven modellen van mogelijke arts-patiëntrelaties, ontstaan door de (veronderstelde) houding van de patiënt en de arts. Volgens Bensing e.a. (2004:27) vormt de arts-patiëntrelatie het kader waarbinnen de verwachtingen en opvattingen van de patiënt vorm krijgen en beslissingen worden genomen. Patiënten hebben verschillende behoeften, wensen en verwachtingen, waarop de arts zijn communicatie af zal moeten stemmen. Bensing e.a. (2004) leggen in hun visie op de arts-patiëntrelatie sterk de nadruk op de rol van de arts en diens verantwoordelijkheid om een consult te laten slagen. Maar ook voor de patiënt is hier een rol weggelegd. Ik zal dat toelichten aan de hand van de logica van 'relational responsibility', ofwel 'relationele verantwoordelijkheid'.

De logica van relational responsibility (RR) is ontwikkeld door Sheila McNamee, vanwege haar ontevredenheid met de individualistische kijk in de Westerse wereld (McNamee & Gergen, 1999:6). De logica van individuele verantwoordelijkheid kent namelijk belangrijke tekortkomingen en zodoende pleit McNamee voor een nieuwe manier van begrijpen hoe wij banden aangaan met anderen en dus 'onze wereld creëren': relational responsibility (ibidem, xii). RR gaat dus over veranderingen in de manier waarop we relaties aangaan.

Toegepast op de arts-patiëntrelatie kan RR gezien worden als de bereidheid van zowel de arts als de patiënt om aandacht te hebben voor elkaars opvattingen over goede en ethische zorg. RR vraagt zodoende van de patiënt open te staan voor wat de arts hem vanuit zijn expertise aanraadt. Andersom geldt dat ook: RR vraagt van de arts open te staan voor de patiënt en te peilen wat de patiënt van hem verwacht. Heeft de patiënt behoefte aan een meer gelijkwaardige relatie, waarin de arts hem naar zijn mening vraagt en beslissingen voornamelijk bij de patiënt laat? Of wil de patiënt juist zo min mogelijk actief meedenken en zodoende 'de arts als expert' de beslissingen laten nemen? (Pluut, 2007a & 2007b). Dit kan per situatie verschillen. RR betekent dus ook dat de verantwoordelijkheden en rollen van beide partijen, afhankelijk van de situatie elke keer opnieuw (door goede communicatie) moeten worden gedefinieerd.

Vanuit het perspectief van McNamee, leggen Bensing e.a. (2004) dus de verantwoordelijkheid voor een 'goede arts-patiëntrelatie' veel te sterk bij alleen de arts. Naar mijn mening is hier voor beide actoren een belangrijke rol weggelegd. Ik denk dus ook dat RR een belangrijk concept is in de arts-patiëntrelatie en deel zodoende de mening van Pluut (2007). Ik zal dit verder toelichten vanuit zowel het perspectief van de arts, als het perspectief van de patiënt.

Stel dat een arts een bepaalde opvatting heeft over zijn gewenste rol binnen de relatie met zijn patiënten. Het aannemen van deze veronderstelde rol in al zijn relaties met patiënten, zal niet alle patiënten 'tevreden stellen'. Een arts die zich bijvoorbeeld automatisch opstelt als expert, zal de patiënten die graag een actieve rol in hun eigen zorgproces willen, onvoldoende ruimte laten. Wanneer een arts minder in staat is zijn gedrag en houding aan te passen aan de individuele patiënt, bestaat de kans dat de (ervaren) kwaliteit van zorg veel lager is, dan wanneer een arts wel kan peilen en inspeelt op wat een patiënt van hem verwacht.

Hetzelfde geldt voor de patiënt. Deze dient open te staan voor wat de arts hem vanuit zijn expertise aanraadt. Patiënten die twifelen aan het advies van hun huisarts, hebben een 'ontevreden gevoel' over dit advies. Zij zullen een slechtere arts-patiëntrelatie ervaren en zodoende ook een lagere kwaliteit van zorg.

In de vorige paragraaf is al aangegeven dat er de afgelopen jaren een verschuiving heeft plaatsgevonden van de paternalistische arts-patiëntrelatie naar een meer wederkerige arts-patiëntrelatie. Ondanks dat de arts het overgrote deel van zijn patiënten als expert tegemoet treedt (Hosking & McNamee, 2006:86-90), is er blijkbaar wel ruimte voor overleg. Ik kan me voorstellen dat hier in de toekomst nog verdere verschuivingen gaan optreden. Patiënten, en zeker chronisch zieken, weten soms meer over hun aandoening dan hun arts (RVZ, 2007:21). Bovendien worden patiënten steeds mondiger, weten ze steeds meer en willen ze een actievere rol in hun zorgproces (Anderson e.a. 2003).

Naast de bestaande informatiebronnen, zoals tv, radio en niet te vergeten de arts zelf, draagt nu ook het internet bij aan het verspreiden van kennis (Henwood e.a. 2003:596). Kennis is macht en die kennis wordt steeds meer een algemeen goed. Macht, verantwoordelijkheden en rollen kunnen hierdoor veranderen. Een consequentie daarvan kan zijn, dat de plaats en identiteit van zowel de patiënt als de arts veranderen en zodoende een 'andere' arts-patiëntrelatie ontstaat.

Doordat de kennis aan de kant van de patiënt wordt vergroot, is de kans groot dat patiënten hun arts steeds minder als dé expert zullen zien. Zal de arts openstaan voor wat de patiënt op internet gevonden heeft en zijn daaruit voortkomende 'eisen' en behoeften? Zullen de geïnformeerde patiënten nog wel open staan voor wat de arts hen vanuit zijn expertise aanraadt? Wat zijn de gevolgen van dergelijke ontwikkelingen voor de arts-patiëntrelatie? Wordt de arts van de toekomst een persoon die slechts uitvoert wat de patiënt van hem verlangd?

## §5. Ontwikkelingen in de arts-patiëntrelatie

Vergeleken met de meeste andere Europese landen heeft de huisarts in Nederland een zeer sterke positie in het zorgstelsel. Deze sterke positie kenmerkt zich door de poortwachtersfunctie en de inschrijving op naam. De huisartsgeneeskunde in Nederland is echter sterk aan het veranderen, wat gevolgen heeft voor de arts-patiëntrelatie.

Ten eerste blijft het aanbod aan huisartsen gelijk, terwijl er sprake is van een stijgende en complexer wordende vraag naar huisartsenzorg (Nivel, 2008). Artsen krijgen namelijk steeds meer te maken met chronische aandoeningen, in plaats van acute aandoeningen. Hierdoor komt ook een ander type patiënt de spreekkamer binnen: patiënten willen en moeten meer weten over hun ziekte, zodat zij weten hoe ze er het beste mee om kunnen gaan. Patiënten kunnen dan op een bepaald moment deskundiger worden op het gebied van hun eigen aandoening dan de arts (Bensing e.a. 2004:32-33).

Niet alleen morbiditeit 'creëert' een ander type patiënt. In de afgelopen decennia werden patiënten meer en meer gezien als volwassenen, die beslissingen kunnen en moeten maken over hun eigen lichaam. Het paternalisme dat op dat moment de overhand had, kon zich hierdoor niet langer handhaven zoals gewend. Artsen konden niet langer de beslissingen nemen voor hun patiënt, maar dit moest gebeuren in samenspraak (Hellín, 2002:450-451). Waar hier nog wel de arts de alleenheerser was met betrekking tot medische kennis, liggen inmiddels de wegen naar verschillende informatiebronnen voor patiënten open, zoals via internet, maar ook via andere media en hogere opleidingen. Patiënten komen veel geïnformerder en vaak mondiger de spreekkamer binnen dan voorheen (Bensing e.a. 2004: 33-35). Deze patiënten zijn reflexief en geïnformeerd, met duidelijk gespecificeerde informatiebehoefte en percepties en hebben daarnaast ook de eigenschappen en tactieken om deze informatie te verkrijgen. De voorheen passievere patiënt, die zich volledig overgeeft aan zijn arts, zou op deze manier getransformeerd worden tot een patiënt die actief betrokken is in zijn eigen zorgproces (Hardey, 2001; Anderson e.a. 2003).

Het beleid van de overheid speelt ook een rol bij de ontwikkelingen in de arts-patiëntrelatie. Ten eerste legt de Nederlandse overheid sterk de nadruk op het centraal stellen van de patiënt en patiëntgerichte zorgverlening. Dit is een van de redenen dat gereguleerde marktwerking is ingevoerd. Marktwerking vraagt presteren en 'onderscheiden van de rest', zodat de patiënt kiest voor jón (Ministerie van VWS, 2007). Marktwerking vraagt zodoende om transparantie over de aard en de kwaliteit van de geleverde zorg. Als criteria voor

kwaliteit gelden niet alleen de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, maar ook de ervaringen van patiënten (Nivel, 2008).

Marktwerking is daarnaast ingevoerd om de kosten voor de gezondheidszorg te beheersen. Onderdeel daarvan is de zorg te leveren waar dit verantwoord en zo goedkoop mogelijk kan. Zodoende zetten beroepsorganisaties en de overheid in op de eerstelijnszorg waarin de huisartsenpraktijk de spil vormt. Zoals een patiënt vroeger naar 'de huisarts' ging, zo gaat een patiënt nu naar de huisartsenpraktijk. Daar zijn sinds een aantal jaren namelijk verschillende hulpverleners werkzaam, die het werk van de huisarts ondersteunen, zoals de praktijkassistente en de nurse practitioner. Het takenpakket van de huisarts verschuift: bovengenoemde ontwikkelingen zorgen voor meer activiteiten vanuit de huisarts, terwijl een stukje doorverwijzing wordt weggenomen. Een patiënt met acute klachten aan het bewegingsapparaat kan zich zonder verwijzing bij de fysiotherapeut melden en een bedrijfsarts mag een patiënt doorverwijzen naar een specialist (ibidem).

Overheidsbeleid brengt ook een erfenis met zich mee. In de gezondheidszorg ontstond rond de jaren zestig een tekort aan middelen. De overheid probeerde artsen kostenbewuster te laten werken, maar artsen trokken zich hier weinig van aan. Om toch de kosten te beperken, werd het aantal hulpverleners in de zorg ingeperkt. Gevolg hiervan was dat artsen te weinig tijd voor hun patiënt konden nemen, waardoor de verwachtingen en behoeften van patiënten niet werden beantwoord. Het vertrouwen in de arts nam hierdoor af (Hellin, 2002:450-451).

Al deze veranderingen veroorzaken een verschuiving in het machtsevenwicht tussen arts en patiënt<sup>6</sup>. Het centrale aandachtspunt van communicatie is niet langer de arts, maar juist de patiënt en technieken waarmee de patiënt meer invloed krijgt (Bensing e.a. 2004: 38). In de arts-patiëntrelatie zou zodoende meer de nadruk komen te liggen op de patiënt, waardoor een tendens is ingezet naar een meer wederkerige arts-patiëntrelatie. Dit vanwege de groeiende deskundigheid en mondigheid van patiënten, maar artsen hebben ook in de loop van de jaren hun 'klinische blik' verruimd: de nadruk ligt niet alleen op het medische aspect van de ziekte, maar ook de psychologische en sociale omgeving waarin de patiënt functioneert (Bensing e.a. 2004:38; Mead & Bower, 2000:1088-1090).

Daarnaast bestaan er grote verschillen tussen de wensen en behoeften van patiënten, waardoor er meer variatie ontstaat in arts-patiëntrelaties. Het is hierbij niet zo dat het traditionele paternalistische model vervangen wordt door een ander model, maar het valt uiteen in verschillende typen waartussen gemakkelijk gewisseld wordt, zelfs bij dezelfde arts en patiënt (Bensing e.a. 2004: 38). Ik vraag me af hoe gemakkelijk deze wisseling in typen plaatsvindt, aangezien Hosking & McNamee (2006:86-90) aangeven dat de arts vooralsnog

---

<sup>6</sup> De grotere beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische informatie kan ook als gevolg gezien worden. Zie hiervoor Bensing e.a. (2004:35)

zijn patiënten als alwetende tegemoet treedt (zie ook vorige paragraaf). Dit terwijl meer actieve participatie van de patiënt gewenst is, zodat de patiënt meer verantwoordelijkheid voor zijn aandoening neemt en meebeslist in het zorgproces (Anderson e.a. 2003: 67). Volgens Anderson e.a. (2003) kan dit bereikt worden door het gebruik van internet in de gezondheidszorg te stimuleren. Over internetgebruik in de gezondheidszorg gaat het volgende hoofdstuk.

## Hoofdstuk 3: Internetgebruik in de gezondheidszorg

### §1. Begripsafbakening

Een veelgehoorde uitspraak is dat het internet en de daarbij behorende communicatiemogelijkheden, zoals e-mail en chat, niet meer weg te denken zijn uit het dagelijks leven. Er zijn echter genoeg mensen die er bewust voor kiezen geen gebruik te maken van computers, laat staan van het internet. Zij redden zich prima, zonder de vele internettoepassingen.

Desondanks heeft het internet inmiddels ook het domein van de gezondheidszorg bereikt (KNMG, 2004:4). Er zijn vele termen in omloop die refereren naar online gezondheidszorgdiensten, zoals *telemedicine*, *cybermedicine* en *e-health*. Deze begrippen worden veelal door elkaar gebruikt, terwijl ze niet allemaal hetzelfde inhouden. In de inleiding van dit hoofdstuk zal ik duidelijkheid verschaffen over deze verschillende begrippen, alvorens dieper in te gaan op het daadwerkelijke internetgebruik in de gezondheidszorg in de volgende paragrafen.

Volgens Bauer (2002) zijn cybermedicine en e-health onderdelen van telemedicine. Telemedicine is daarbij volgens hem

*“the provision of healthcare services and health-related information over distance using information and communication technology. More specifically, cybermedicine and e-health refer to the electronic medium of the Internet and to those patients and consumers who access healthcare information from medical websites or have portions of their healthcare managed online by healthcare professional”.* (Bauer, 2002:1)

Kortom, door telemedicine is het mogelijk op afstand gezondheidszorgdiensten en gezondheidsinformatie aan te bieden. Cybermedicine en E-health verwijzen daarbij naar het elektronische medium, het internet, dat daarvoor gebruikt wordt en de patiënten en consumenten die middels dit medium gebruik maken van de gezondheidszorgdiensten en gezondheidsinformatie (Bauer, 2002:1).

Eysenbach e.a. (1999) zien cybermedicine echter niet als onderdeel van telemedicine, maar stellen dat het eerder andersom is. Telemedicine richt zich op de diagnostische en curatieve geneeskunde en focust zodoende primair op de uitwisseling van klinische, vertrouwelijke informatie met een beperkt aantal ‘participanten’, meestal tussen de arts en patiënt of tussen twee artsen.

Aan cybermedicine kennen Eysenbach e.a. (1999) een bredere definitie toe:

*"Cybermedicine is the science of applying Internet and global networking technologies to the area of medicine and public health, of studying the impact and implications of the Internet and of evaluating opportunities and the challenges in health care"*

Dus volgens Eysenbach e.a. (1999) gaat het niet alleen om het op afstand verlenen van zorg via een elektronisch medium, maar ook om het bestuderen en evalueren van de impact van internet en de kansen en bedreigingen ervan in de gezondheidszorg.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) hanteert voor telemedicine dezelfde definitie als Eysenbach: 'het op afstand toepassen van zorgverlening en ondersteuning met behulp van informatie- en communicatietechnologie, gericht op het primaire zorgproces' (NPCF, 2007:6). Wanneer in het vervolg gesproken wordt over telemedicine, wordt hiermee dus de individuele zorgverlening bedoeld. Onder cybermedicine valt alle service die via het internet op het gebied van de gezondheidszorg geleverd wordt.

Cybermedicine kent vele verschillende toepassingen (Bauer, 2002:2; Ball & Lillis 2001:3-5). Een eerste toepassing is het gebruik van Internet als informatiebron (Consumenten Informatie Service). Telemedicine is een tweede toepassing. Er zijn meerdere vormen van telemedicine<sup>7</sup>, waarvan ik er een uit zal lichten, namelijk het e-mailcontact tussen patiënt en arts. Dit vanwege de discussies omtrent het e-mailconsult over de (on)mogelijkheden via dit medium verantwoord behandelbeleid in te kunnen zetten. De argumenten uit deze discussie zijn op verschillende plaatsen terug te lezen in dit onderzoek.

Bij de toepassingen van cybermedicine is geen sprake van een arts-patiëntrelatie, waardoor deze buiten het onderzoek zullen vallen.

De volgende paragraaf zal dieper ingaan op de functie van internet als consumenten informatie service. De daaropvolgende paragraaf zal dieper ingaan op het e-mailcontact tussen arts en patiënt.

In het begin van deze paragraaf is ook het begrip 'e-health' kort aangehaald. Volgens de Nederlandse Vereniging voor E-Health (NVEH) is e-health te omschrijven als 'innovatieve ICT om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren'. De definitie van Eysenbach (2001) ondersteund deze bewering:

---

<sup>7</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld een visiedocument van de NPCF: 'Remote control! – Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorggebruiker' (Utrecht, september 2007).

*“e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology”*

E-health is dus meer dan een technologische ontwikkeling of toepassing in de gezondheidszorg. Naast het leveren van gezondheidszorgdiensten via het internet is het een manier van denken om de gezondheidszorg te verbeteren. Met dit laatste hoopt Eysenbach (2001) aan te geven dat het geen ‘vaste’ definitie is, maar dat e-health zich ontwikkelt in een dynamische omgeving en dat het meer is dan het combineren van geneeskunst en internet.

E-Health is het overkoepelende begrip wanneer het gaat om de toepassing van internet in de gezondheidszorg en omvat niet alleen de technologische mogelijkheden, maar ook de denkwijze achter deze mogelijkheden. Cybermedicine verwijst daarbij naar alle gezondheidszorgservices die aangeboden worden via internet en wanneer deze services geboden worden op individueel niveau, is sprake van telemedicine.

## §2. Internet als Consumenten Informatie Service

Er bestaan verschillende redenen waarom consumenten steeds meer het internet raadplegen, om informatie te verkrijgen over gezondheidsgerelateerde onderwerpen. Artsen zouden vaak te weinig tijd hebben om vragen van de patiënt volledig te beantwoorden (Hardey, 2001:393; Gilmoure, 2007:1271, Kivits, 2006:269). Ook zijn artsen lang niet altijd bereikbaar, terwijl internet vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar is (Gilmour, 2007:1271). Bovendien kunnen patiënten in contact komen met gezondheidszorgexperts op zowel nationaal als internationaal niveau (Anderson e.a., 2003:73). Verder creëert het internet een ruimte waarbinnen patiënten intieme gevoelens anoniem kunnen delen, waardoor hun schaamtegevoel geminimaliseerd wordt (Hardey, 2001:39; Gilmour, 2007:1271). Daarnaast zou internet een positief effect hebben op het zelfmanagement met betrekking tot gezondheid en ziekte. Online informatie beïnvloedt bijvoorbeeld beslissingen omtrent de behandeling en het bezoeken van een arts (Gilmour, 2007:1271). Als laatste draagt het internet bij aan het begrijpen van de aandoening (ibidem; Baker e.a.2008: 2403)

Het grootste tegenargument voor bovenstaande voordelen is de kwaliteit van de informatie op het internet. Internet biedt namelijk niet alleen betrouwbare informatie (zie bijvoorbeeld Baker e.a., 2008: 2405; Murray e.a. 2003, Eysenbach & Kohler, 2002). Het zal duidelijk zijn dat onjuiste informatie niet zal leiden tot bovengenoemde voordelen van internetgebruik, maar juist een tegenovergesteld effect heeft.

Een ander belangrijk tegenargument is de 'grootheid' van het internet. Internet is namelijk een enorme bron van informatie, waarin je eenvoudig kunt verdrinken (Henwood e.a. 2002: 1-2). Het is dan niet vanzelfsprekend dat jij precies die informatie vindt die aansluit bij jouw behoeften en kennisniveau. Soms is er ook maar erg weinig informatie te vinden over een specifiek onderwerp. Dit is voor consumenten vaak de reden om anderen erop attent te maken, dat er slechts weinig informatie te vinden is. Zij publiceren dan deze informatie, vaak aangevuld met hun eigen ervaringen en perspectieven (Hardey, 2001:396).

Omdat internet een enorme hoeveelheid aan verschillende soorten informatie aanbiedt, is het consumeren hiervan niet beperkt tot bijvoorbeeld patiënten. Iedereen die informatie wil, zou gebruik van kunnen maken van het internet (Hardey, 2001:394). Gilmour (2007) stelt dat het internet technisch gezien voor iedereen toegankelijk is, maar dat in praktijk opleiding, etniciteit en inkomen een grote rol spelen bij de daadwerkelijke toegankelijkheid. Online informatie levert alleen voordeel op voor degenen die met betrekking tot gezondheid al in het voordeel zijn: hoog-opgeleiden met hogere inkomens (Gilmour, 2007:1272).

### §3. Internet als communicatiemiddel tussen arts en patiënt

#### Inleiding

Zoals al eerder aangegeven gaat mijn interesse uit naar de invloed van e-mailcontact op de arts-patiëntrelatie. Ik zal mij daarbij specifiek richten op de arts-patiëntrelatie tussen huisarts en patiënt. Uit recent onderzoek naar e-mailcontact met de huisarts kwamen namelijk een aantal motieven naar voren voor het gebruik van e-mailcontact door patiënten. Voorbeelden van dergelijke motieven zijn het op een geschikt moment een vraag kunnen stellen, om waar dan ook vragen over de gezondheid te kunnen stellen, om de vraag in alle rust te kunnen formuleren en spreekuurbezoek voorkomen (Gemert-Pijnen; 2006:15). Gezien deze motieven, zal e-mailcontact eerder tussen huisarts en patiënt plaatsvinden dan tussen specialist<sup>8</sup> en patiënt. Het is namelijk denkbaar dat de drempel tot het stellen van vragen aan de specialist hoger ligt dan bij de huisarts. Bovendien zullen patiënten een spreekuurbezoek bij de specialist niet willen voorkomen. Deze redenen geven aan waarom ik, naast patiënten, gekozen heb voor huisartsen als onderzoeksobject. De keuze voor e-mailcontact is eerder beargumenteerd.

#### Het e-mailconsult

Veel huisartsen bieden tegenwoordig een website aan waarop hun patiënten informatie kunnen vinden over bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk, gezondheidsnieuws uit de regio en het aanvragen van herhalingsrecepten etc (zie bijvoorbeeld: <http://www.praktijkvrijdag.nl/>, <http://www.vangeloof.nl/>, <http://www.jongmans-huisarts.praktijkinfo.nl/>). Wanneer huisartsen-websites worden bekeken, valt op dat er verschillen zijn in welke diensten de huisarts via zijn website aanbiedt. Een huisarts die een website heeft, heeft over het algemeen ook een e-mail adres. Er wordt dan meestal wel bij vermeld dat e-mail niet primair bedoelt is om medische vragen te stellen. E-mail wordt dan bijvoorbeeld gebruikt voor het informeren naar uitslagen van laboratoriumonderzoek en het doorgeven van afspraken bij een specialist. Er zijn echter ook websites waarbij dit juist wel de bedoeling is (zie bijvoorbeeld <http://www.Emaildokter.nl/>). Een patiënt kan zijn hulpvraag voorleggen aan de huisarts, waarbij de huisarts binnen een bepaalde tijd zal antwoorden.

---

<sup>8</sup>Wellicht is dit voor chronisch zieke patiënten die standaard onder behandeling van een specialist vallen (kankerpatiënten bijvoorbeeld) anders. Zij hebben immers een sterkere band met hun specialist dan een patiënt die slechts een enkele keer op consult komt.

E-mail als communicatiemiddel tussen patiënt en huisarts kan dus op verschillende manieren worden gebruikt. Hierbij is het begrip 'e-mailconsultatie' van belang. Volgens van Gemert-Pijnen (2006) is e-mailconsultatie (...) *zorgverlening op afstand (thuis, elders) via ICT (e-mail of internet) waarbij sprake is van interactie tussen hulpverlener en patiënt*. E-mailconsultatie kan direct of indirect plaatsvinden. Bij directe e-mailconsultatie legt een patiënt zijn hulpvraag direct voor aan de huisarts, waarbij de huisarts deze vraag vervolgens rechtstreeks beantwoord (Gemert-Pijnen, 2006:7). Bij directe e-mailconsultatie is er dus sprake van 'echt' contact tussen huisarts en patiënt.

Indirecte e-mailconsultatie verloopt via een website met een digitaal keuzemenu. Hulpvragen worden hierbij zonder tussenkomst van de arts automatisch beantwoord (Gemert-Pijnen, 2006:7). Hieronder valt vaak het aanvragen van herhalingsrecepten, die aan te vragen zijn door het stappenplan op het scherm te volgen (zie bijvoorbeeld <http://www.vangeloof.nl/>). Indirecte e-mailconsultatie is daarnaast ook een vorm van Consumenten Informatie Service, omdat het de patiënt gezondheidsinformatie verschaft. Indirecte e-mailconsultatie kan voornamelijk een rol spelen bij het bepalen van de noodzaak tot een bezoek aan de huisarts en het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen (Gemert-Pijnen, 2006:20).

Het is ook van belang onderscheid te maken tussen e-mailconsultatie als eerste contact en e-mailconsultatie als ondersteuning van een bestaande relatie. Wanneer de eigen huisarts van een patiënt het e-mailconsult aanbiedt en de patiënt maakt hier gebruik van, dan is deze patiënt doorgaans bekend bij deze huisarts. Het e-mailconsult ondersteunt hierbij de bestaande relatie. Wanneer een patiënt een e-mail verzend naar een willekeurige internetarts, kennen beiden elkaar meestal niet en vormt de e-mail dus het eerste contact (Bauer, 2002:90). Dit onderscheid kan van belang zijn, aangezien het voor een diagnose verschil kan maken of een arts de patiënt kent of niet.

Uit onderzoek blijkt dat e-mailconsult nog niet structureel wordt gebruikt binnen de huisartsenpraktijk, omdat huisartsen meer nadelen dan voordelen zien (Mol e.a., 2006: 7). Als nadelen werden onder andere een toename van de werklast genoemd en het ontbreken van persoonlijk contact. Het e-mailconsult wordt door huisartsen dus gezien als 'iets wat je in je eigen tijd erbij doet'. Huisartsen beschouwen het e-mailconsult niet als een bijdrage aan de kwaliteit van zorg of als aanvulling op de reguliere zorgverlening (Mol e.a., 2006: 11). De angst voor toenemende werkbelasting lijkt echter ongegrond. Een arts kan met een patiënt afspreken dat het niet de bedoeling is dat er een uitgebreide correspondentie ontstaat. Als dat toch gebeurt, wordt de patiënt op spreekuurbezoek uitgenodigd en hiermee de communicatie per e-mail beëindigd. Het schrijven van een e-mail kost wel wat meer tijd dan een telefonisch consult (Bosch & Geers, 2002:373).

Het grootste voordeel dat huisartsen noemden is het tegemoetkomen aan de wensen van patiënten. Patiënten zouden namelijk wel meer gebruik van e-mailconsult willen maken (Mol e.a.,2006:11) en dan vooral in directe vorm, omdat de voorkeur gegeven wordt aan het formuleren van de vraag in eigen bewoordingen (Gemert-Pijnen, 2006:20). Een ander voordeel voor patiënten is dat een e-mail verstuurd en gelezen kan worden wanneer het de patiënt uitkomt: hij hoeft niet eindeloos in gesprekstoos aan de telefoon te hangen binnen de kantooruren (Ball & Lillis, 2001:5; Bosch & Geers, 2002:372). Daarnaast kan door e-mailcontact een spreekuurbezoek voorkomen worden, wat tijd scheelt voor zowel de arts als de patiënt (Coumou e.a. 2003:737). Bovendien hoeft de patiënt een vraag niet te onthouden tot een eventueel volgend bezoek, maar kan de vraag direct stellen als deze in hem opkomt (Ball & Lillis, 2001:5). Een laatste voordeel is de anonimiteit (Coumou e.a. 2003:737), wat overigens ook een nadeel kan zijn (hier kom ik in het volgende hoofdstuk op terug).

#### §4. Internetgebruik in de arts-patiëntrelatie

De twee toepassingen van Internet in de gezondheidszorg die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven (informatiebron en communicatiemiddel) worden beiden gebruikt in de communicatie tussen arts en patiënt, ofwel in de arts-patiëntrelatie. Dat internet als communicatiemiddel (e-mail) gebruikt wordt in de communicatie tussen arts en patiënt spreekt voor zich, maar ook kan informatie die gevonden is door middel van internet gebruikt worden in een consult of e-mail tussen huisarts en patiënt. In de literatuur wordt het gebruik van internet in de arts-patiëntrelatie zowel hoog aangeschreven als sterk bekritiseerd. Hieronder zal ik de meeste aangehaalde argumenten van verschillende auteurs bespreken.

##### §4.1 Effecten op de traditionele arts-patiëntrelatie

Eerder werd Zwart (2003) al genoemd. Deze auteur geeft aan dat het niet daadwerkelijk *zien* van de patiënt een cruciaal aspect van de traditionele, paternalistische arts-patiëntrelatie onder druk zet. Ook Fox e.a. (2005a) schrijven dat de traditionele, door de arts geleide, interactie tussen patiënt en arts, pas op de plaats zal maken. Deze auteurs zien echter juist kansen voor een verbeterde arts-patiëntrelatie. Goed geïnformeerde patiënten zullen zelf weten welke behandelingen tegemoet komen aan hun individuele behoeften. Patiënten vinden zelf ondersteuning en gouden standaarden op Internet. Hierdoor ontstaat er voor de arts meer ruimte omdat hij in plaats van het uitreiken van instructies, tijd heeft voor het nemen van cruciale klinische beslissingen. De relatie tussen arts en patiënt zal verbeteren, omdat beide actoren elkaar beter begrijpen en dus ook meer kunnen communiceren (Fox e.a. 2005a: 1299).

Ook Anderson e.a (2003) geven aan dat het internet een grote impact kan hebben op de arts-patiëntrelatie, en meer specifiek op de manier waarop arts en patiënt met elkaar communiceren. Het meest belangrijke effect is de versterkte rol van de patiënt in het managen van zijn eigen gezondheid. Anderson e.a. (2003) beschrijven dat het internet alle andere media ver voorbij gaat wat betreft het centraal stellen van de consument<sup>9</sup>. Door het gebruik van internet is het mogelijk accuraat en tijdig in te spelen op de behoeften en wensen van consumenten. Consumenten kunnen niet alleen informatie vergaren, maar ook publiceren, feedback geven en ontvangen en dit alles kan zeer snel, flexibel en nagenoeg kosteloos verlopen (Anderson e.a. 2003:68-69). Internet draagt zodoende bij aan de al bestaande trend van de 'actieve' en 'mondige' patiënt (zie volgende deelparagraaf).

---

<sup>9</sup> Ik spreek hier van de *consument*, omdat het gaat om het internet in het algemeen en niet specifiek de gezondheidszorg.

Wanneer patiënten informatie willen en zich richten to hun arts, ervaren zij vaak een negatieve reactie. Dit vanwege de beperkte tijd die een arts vaak heeft, maar ook omdat veel patiënten hun weg online beter kunnen vinden dan hun arts en daardoor de indruk hebben meer te weten dan hun arts. Hoe meer patiënten 'e-patiënten' worden, hoe meer lotgenoten en informatie zij zullen vinden op het internet. Uiteindelijk leidt dit tot een steeds groter zelfvertrouwen bij patiënten. In sommige gevallen voelt de arts zich ook bedreigt als de patiënt met een stapel informatie over (bijvoorbeeld alternatieve of experimentele) behandelmethoden aan komt zetten (Anderson e.a. 2003: 75; Shaw & Baker, 2004:723).

In de 'vroegere' paternalistische arts-patiëntrelatie had de arts een autoritaire rol, waarbij de patiënt nagenoeg ongeïnformeerd bleef. In de meer moderne benadering worden patiënten gezien als partners. De ontbrekende kennis bij deze 'partners' moet aangevuld worden door hen te scholen. Dit neemt echter niet weg dat de arts nog steeds een actieve rol speelde en bepaalde welke informatie de patiënt toekwam.

Vandaag de dag worden artsen echter vaak geconfronteerd met patiënten die zichzelf scholen door het gebruik van andere informatiebronnen dan de arts en dan met name internet. Patiënten nemen zelf het initiatief zich te informeren over de laatste onderzoeksresultaten met betrekking tot behandelingen. De meeste artsen zijn zelf niet eens bekend met het internet als 'moderne' informatiebron (Anderson e.a. 2003:76). Daarbij missen ze vaak de communicatieve vaardigheden om de gevonden informatie met de patiënt te bespreken (Murray e.a. 2003:1733). Alles bij elkaar kan dit zeer bedreigend overkomen.

Uit het bovenstaande blijkt dat een belangrijke oorzaak voor het verkiezen van internet boven de huisarts, ligt in de ontevredenheid met de reactie van de huisarts. Deze ontevredenheid is het grootst wanneer het gaat om het 'informerende' aspect van de zorg. Blijkbaar hebben veel patiënten behoefte aan informatie, maar spelen artsen hier niet op in. Wanneer een patiënt zelf informatie meebrengt, weten veel artsen hier niet mee om te gaan. De zorg van artsen wordt hierdoor als niet voldoende patiëntgericht ervaren.

Het zelfvertrouwen en actieve participatie van de patiënt is zeker wenselijk, maar tot een bepaald niveau. De balans mag niet te ver doorslaan; er moet gezorgd worden voor een arts-patiëntrelatie waarin beide partijen evenveel te zeggen hebben. Het internet kan hieraan bijdragen (Anderson e.a. 2003: 80-82).

## §4.2 Empowerment

In paragraaf 2 van dit hoofdstuk zijn verschillende voordelen genoemd van het gebruik van internet als informatiebron, zoals een verbetering van het zelfmanagement en het vinden van steun en anonimiteit. Door de toegang tot internet zou een 'geïnformeerde en reflexieve patiënt' ontstaan (Anderson e.a., 2003; Hardey, 1999; Hardey, 2001). De patiënt zou hierdoor, meer dan voorheen, een volwaardig partner zijn in de communicatie met de arts (Zwart, 2003:10).

De geïnformeerde patiënt wordt door Kivits (2006) als volgt omschreven: "by means of increased health and medical information, more and more often accessed online, the layperson is said to become an empowered patient" (...) (Kivits, 2006:270). Door de toenemende toegankelijkheid van medische informatie op bijvoorbeeld internet, zou de grens tussen 'leek' (= de patiënt) en 'expert' (= de arts) vervagen. Patiënten zouden in staat gesteld worden zich te ontwikkelen tot experts, meer assertief te zijn in het regelen van hun eigen zorg en zodoende verandering te brengen in de aard van hun bestaande arts-patiëntrelatie (Anderson, 2003; Hardey, 1999; Zwart, 2003). Dit zou de *empowerde* patiënt zijn.

Aujoulat e.a. (2007) zeggen hierover het volgende:

*"In the field of health-care, empowerment has been acknowledged as an alternative to compliance in order to guide the provider-patient relationship. Whereas in the more traditional compliance-oriented approach to health care, patients are seen as the recipients of medical decisions and prescriptions, the empowerment-oriented approach views patients as being responsible for their choices and the consequences of their choices"*

In de gezondheidszorg wordt empowerment dus gezien als een alternatief op de traditionele paternalistische arts-patiëntrelatie, waarin de arts de beslissing maakt en de patiënt gewillig volgt. De arts is hier volledig verantwoordelijk voor die beslissing. Een 'empowerde' patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn keuzes en de consequenties daarvan. Empowerment legt zodoende veel meer de nadruk op de rechten en capaciteiten van de patiënt, dan op de tekorten en behoeften van de patiënt (Aujoulat e.a. 2007: 13-14).

*A memorable patient*

Patient empowerment

He was 62 years old, a teacher by profession, and had recently had hypertension diagnosed. Metoprolol had been started two weeks ago and his next appointment was not for another two months, but this morning he had insisted on being seen.

He sat demurely opposite me and, just as I finished reviewing his case history, looked straight at me and said, "Doctor, I would like to have you know that for the past two weeks my corpus spongiosum has not been filling up adequately."

I was stumped. For about 20 seconds, which seemed like an eternity, my mind was a complete blank. I have forgotten much of my medical school anatomy. And then, by a miracle, I remembered. "Why don't you tell me you are not able to have an erection?" I asked defensively.

"I thought you doctors like to be technical," he retorted without meaning to be impolite. "Anyway, I read from the internet that metoprolol can cause impotence."

Knowledge is power. The internet, that maze of information, is becoming available to increasing numbers of Malaysians. Many of my patients are getting a profusion of medical information from the internet, some of it accurate and some totally unreliable.

I am a firm and passionate believer in patient empowerment, but that particular morning the impact of knowledge and patient

empowerment hit me like a ton of bricks. With that little discourse, I realised that the internet has provided this patient with the knowledge that his recently acquired impotence was drug induced. Without this information, he would probably have considered his erectile dysfunction as a normal part of ageing and never mentioned it to his doctor. Instead, patient empowerment made him feel comfortable about "confronting" his doctor with his suspicion, a behaviour that is not usual in Malaysian society, especially when the issue is sexual and so very personal.

I changed his antihypertensive medication. Two weeks later, he called to tell me that he had regained his sexual prowess. Had it not been for the internet and patient empowerment, an important aspect of his life would have vanished.

Today, when I run my clinic my computer is always on line in case a patient raises any query as a result of surfing the net, and when I explain anything to a patient I consciously use simple terms so as not to be "technical," and sitting on my table is a message to my patients: "Your health is as much your responsibility. Take charge."

P H Chew *head of department of medicine, Sarawak General Hospital, Malaysia*

Bron: BMJ vol. 322 (16) 2001

Het bovenstaande voorbeeld laat zien dat het consult met deze arts volledig gestuurd werd door de patiënt. De patiënt vertelt wat hij gelezen heeft, de arts bevestigt dat dit een goede optie kan zijn en uiteindelijk is de patiënt adequaat geholpen. In dit geval is kennis macht, zoals ook in het artikel wordt gesteld: zonder deze kennis had de patiënt wellicht geen enkele richting kunnen geven aan het consult. Als de arts echter niet open had gestaan voor de informatie van de patiënt, of de informatie was onjuist geweest, dan had de patiënt zich weer passief op moeten stellen en waarschijnlijk het advies van de arts opgevolgd. Het lijkt er dus op dat een geïnformeerd patiënt niet per definitie 'empowered' is.

Het artikel illustreert ook dat de arts overrompeld werd door de geïnformeerde patiënt en zich realiseerde welke mogelijkheden het internet voor patiënten kan bieden. Deze arts heeft daar op in gespeeld, maar er zijn ook artsen die hier wat minder enthousiast over zijn. Shaw & Baker (2004:723) omschrijven het stereotype beeld van de geïnformeerde patiënt dat (vooral onder artsen) leeft:

*"The suspicion is that for many doctors, the expert patient of the imagination is the one clutching a sheaf of printouts from the internet, demanding a particular treatment that is unproved, manifestly unsuitable, astronomically expensive, or all three. Or, possibly worst of all, a treatment the doctor has never heard of, let alone personally prescribed"*

*"For these anxious and overworked medics, the expert patient is the demanding patient, the unreasonable patient, the time consuming patient, or the patient who knows it all. And who in their right minds would want one of those in the consulting room on a Monday morning, with ten other, more deserving people waiting patiently to be seen?"*

Het is natuurlijk niet uit te sluiten dat dergelijke patiënten bestaan. De heer Hennemann geeft in een interview met de VPRO echter aan dat de patiënten die op het spreekuur komen en een behandeling eisen, verre in de minderheid zijn. Hij is van mening dat het wel meevalt met die vermeende onredelijkheid van patiënten: 'Een arts moet die enkele patiënt die op het spreekuur een behandeling eist, gewoon aankunnen' (VPRO, 2005).

Anderson (2003), Hardey (1999, 2001) en Zwart (2003) beweren dat het gebruik van internet voldoende is om de patiënt te 'empoweren' (zie hierboven). Maar zoals hierboven aangegeven zou de houding van de arts tegenover de geïnformeerde patiënt en de juistheid van de informatie een groot verschil kunnen maken in de 'mate van empowerment'. Verschillende auteurs wijzen er inderdaad op dat het geïnformeerd zijn niet voldoende is, maar ook dat het voor een patiënt niet altijd even makkelijk is zich te informeren. Adams (2006) benadrukt sterk dat het *gebruik* van internet als informatiebron alléén niet voldoende is om de patiënt een actievere rol in zijn ziekteproces te laten spelen en daardoor zijn positie te versterken. Patiënten beschikken ten eerste lang niet altijd over de benodigde technische competenties om de informatie die ze zoeken te vinden. Patiënten zijn dan afhankelijk van 'information intermediaries', personen (familieleden, vrienden) die wél handig zijn met internet (Henwood e.a. 2002:88; Rains, 2008). Als de patiënt al in staat is gezondheidsinformatie op het internet te vinden, is het ten tweede maar de vraag of ze de vaardigheden bezitten om de informatie te evalueren, (juist) interpreteren en de betrouwbaarheid ervan te beoordelen (Adams, 2006:83; Gilmore, 2007:1275).

Henwood e.a. (2002) stellen dat (...) becoming a *'reflexive consumer'* or an *'informed patient'* requires a degree of social learning, a development that is as important as the informational and technological developments themselves (Henwood e.a., 2006: 89). De auteurs geven hiermee aan dat naast de beschikbaarheid van informatie, een patiënt zal moeten leren om te gaan met deze informatie. Ook deze auteurs onderstrepen dat het voor een patiënt erg lastig is om de informatie te beoordelen op kwaliteit en betrouwbaarheid (Henwood e.a., 2002:88). Aujoulat e.a. (2007:18) wijzen er verder nog op dat het uiteindelijk hebben van de juiste informatie ook nog niet voldoende is; een patiënt moet ook kunnen 'onderhandelen' met zijn arts.

Adams (2006) en Henwood (2002) beargumenteren dus dat een patiënt zal moeten leren omgaan met de hoeveelheid informatie, van verschillende kwaliteit, die op het internet te vinden is. Hardey (1999) stelt dat juist de diversiteit aan informatie, de patiënt in staat stelt om sceptisch tegenover deze informatie te staan. Sommige informatiebronnen zijn bijvoorbeeld beperkt of onder voorwaarden (betaling) toegankelijk. Dit maakt dat patiënten kritischer staan tegenover informatie die gemakkelijk toegankelijk is (Hardey, 1999:394-395).

Internet zorgt er echter voor dat veel informatie met een enkele muisklik toegankelijk is. Henwood e.a. (2002) beargumenteren ook dat patiënten niet 'zomaar' kritisch zullen zijn, maar dat voor het beoordelen van de informatie noodzakelijk is dat de patiënt bepaalde kennis en vaardigheden aanleert (Henwood e.a., 2002:88).

Naast de verscheidenheid aan informatie, biedt internet ook een enorme hoeveelheid aan informatie, waardoor de patiënt overladen zou kunnen raken. Hardey (1999) schrijft dat patiënten zelf actief kunnen beslissen wanneer zij genoeg informatie hebben gevonden om hun informatiebehoefte te bevredigen, en daardoor niet overladen zullen raken (Hardey, 1999: 832). Henwood e.a. (2002) onderstrepen juist het gevaar van teveel aan informatie en geven aan dat dit zal leiden tot toenemende angst en verwarring bij patiënten, wat hun juist *disempowered* (Henwood e.a. 2002: 1-2). Ook betwijfelen zij of alle patiënten de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wel willen nemen (Henwood e.a. 2003:605).

Het is dus de vraag in hoeverre internet een bijdrage levert aan het 'empoweren' van patiënten. Van de ene kant komt meer informatie beschikbaar, waardoor de patiënt zich kan informeren en richting kan geven aan het consult. Aan de andere kant vraagt de toegankelijkheid van deze informatie bepaalde vaardigheden om te evalueren, te beoordelen en te gebruiken in het consult. De houding van de arts tegenover de geïnformeerde patiënt zou ook een rol kunnen spelen. In het discussiehoofdstuk ga ik hier verder op in.

## §5. Internetgebruik en patiëntgerichte zorg

Met de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing in de gezondheidszorg wordt het accent meer en meer op de individuele patiënt gelegd. Er zijn steeds meer (ICT-)initiatieven op het gebied van zorg die de patiënt centraal stellen en waarbij de zorg rond de patiënt georganiseerd wordt in plaats van rond de hulpverlener, zoals de Health Buddy<sup>10</sup> en Baby Mobiel<sup>11</sup>. Patiëntgerichtheid is zodoende een 'hot item' en een streven voor alle hulpverleners in de gezondheidszorg. Internettoepassingen hebben zodoende een grotere kans op acceptatie, wanneer zij bijdragen aan patiëntgerichte zorgverlening.

Volgens Bensing e.a. (2004) is *patiëntgerichte communicatie* nodig om de behoeften en wensen van de unieke patiënt naar boven te halen. Door *patiëntgerichte communicatie* wordt het medische consult de therapeutische omgeving die het meest aansluit bij deze unieke patiënt (Bensing e.a. 2004:37). Door patiëntgerichte communicatie ontstaat dus patiëntgerichte zorg. Patiëntgerichtheid blijkt echter een term te zijn die vele invullingen kent, waardoor er verwarring bestaat over de precieze betekenis (Mead & Bower, 2000:1087). Op basis van hun literatuuronderzoek komen Mead & Bower (2000) tot vijf dimensies van de patiëntgerichte benadering, waarbij elke dimensie een bepaald deel van de arts-patiëntrelatie representeert (Mead & Bower, 2000:1088).

1. Het hanteren van het biopsychosociaal perspectief: Niet alleen het medische aspect van de ziekte is relevant, maar ook de psychologische en sociale omgeving waarin de patiënt functioneert.
2. Het richten op ziek zijn: Geen enkele aandoening wordt door twee verschillende patiënten op dezelfde manier beleefd. Dit laatste geldt ook voor de behandeling van de aandoening. De persoonlijke betekenis van de ziekte voor de patiënt moet begrepen worden.
3. Het recht van de patiënt om (mee) te beslissen over therapeutische en diagnostische interventies.
4. De therapeutische alliantie: het versterken van de persoonlijke band tussen arts en patiënt en gezamenlijk therapeutische doelen ontwikkelen.
5. De arts als persoon: de persoonlijke eigenschappen, kwaliteiten en subjectiviteit van de arts

---

<sup>10</sup> De Health Buddy is een handzaam apparaat dat bij hart-patiënten thuis wordt aangesloten. Via tien dagelijkse vragen, die de patiënt kan invullen wanneer het hem uitkomt, houdt de hartfalenverpleegkundige in het ziekenhuis de gezondheidstoestand van deze patiënten in de gaten. Patiënten hoeven zodoende minder vaak voor controle naar het ziekenhuis (Nitel, 2006).

<sup>11</sup> Baby Mobiel is een toepassing waarmee ouders van couveuse baby's in staat worden gesteld hun kindje op afstand, met een mobiele telefoon, overal en altijd te bekijken (Ketelaar, 2007:43).

De eerste drie criteria worden zowel door Bensing e.a (2004) als Mead & Bower (2000) aangehaald. Het valt te bediscussiëren of de vierde dimensie van Mead & Bower (2000) terug te lezen is in de omschrijving van Bensing e.a (2004), aangezien het gezamenlijk ontwikkelen van therapeutische doelen (genoemd door Mead & Bower) zou kunnen vallen onder het meebeslissen van de patiënt (genoemd door Bensing e.a.). Bensing e.a. (2004) besteden in hun omschrijving echter geen aandacht aan de arts als persoon. Naar mijn mening is dat echter wel een belangrijk aspect in patiëntgerichte geneeskunde. Een vriendelijke, toegankelijke arts zal bijvoorbeeld eerder de behoeften en wensen van de unieke patiënt naar boven kunnen halen dan een norse, ongeduldige arts.

Er zou dus sprake moeten zijn van patiëntgerichte communicatie wanneer aan de vijf dimensies van Mead & Bower (2002) is voldaan. Ik vind het opmerkelijk dat door het voldoen aan deze vijf dimensies verondersteld wordt dat iedere unieke patiënt de communicatie met zijn arts als patiëntgericht ervaart. Als deze unieke patiënt nu eens helemaal geen behoefte heeft aan een persoonlijke band met een arts? Maar wellicht juist liever anoniem zijn probleem aan een (onbekende) arts voorlegt? Wanneer zijn behoeften en wensen beantwoord worden, is er sprake van patiëntgerichte zorg. Is patiëntgerichte zorg daarom niet simpelweg open staan voor de individuele, unieke patiënt en peilen wat deze unieke patiënt van de arts verwacht, zoals het RR-concept verondersteld?

## Hoofdstuk 4. Methoden

### §1. Probleemstelling

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over het precieze effect van het gebruik van internet op de arts-patiëntrelatie en dat de literatuur nogal wat vragen oproept. Verschillende auteurs raden ook verder onderzoek aan op dit gebied. Met mijn onderzoek draag ik hieraan bij.

Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de ervaringen en gevoelens van patiënten en huisartsen met betrekking tot het gebruik van Internet als communicatiemiddel (e-mail) en als informatiebron. Omdat het onderwerp vrij ingewikkeld is, bestaat de probleemstelling uit twee hoofdvragen:

- 1. Hoe verandert het gebruik van internet de positie van de arts en patiënten in de arts-patiëntrelatie?**
- 2. Hoe wordt deze positieverandering ervaren door patiënten en huisartsen?**

Ik beantwoord deze hoofdvragen aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van 'face-to-face' communicatie?
2. Wat zijn de kenmerken van digitale communicatie?
3. Welke voor- en nadelen van het gebruik van internet in de arts-patiëntrelatie worden in de literatuur beschreven?
4. Welke voor- en nadelen ervaren respondenten bij het gebruik van internet in de arts-patiëntrelatie?
5. Welke veranderingen hebben de afgelopen jaren plaatsgevonden in de arts-patiëntrelatie?
6. Wat is de relatie tussen deze veranderingen en het (toenemende) gebruik van internet door zowel patiënten als (huis)artsen?

Deze deelvragen hebben als basis gediend voor de interviewvragen en de literatuurstudie en worden zodoende niet letterlijk beantwoord in deze scriptie. In het conclusiehoofdstuk wordt antwoord gegeven op beide hoofdvragen.

In de volgende paragrafen zal ik de methoden van de literatuurstudie en het veldonderzoek verder toelichten en beschrijf ik de betrouwbaarheid en validiteit van mijn onderzoek.

## §2. Literatuurstudie

Bij het zoeken naar informatie heb ik de volgende zoekmachines gebruikt:

- Picarta (Universiteits Bibliotheek)
- Google Scholar
- Google

Bij het zoeken naar informatie heb ik o.a. de volgende zoektermen gebruikt: arts-patiëntrelatie, physician-patiënt relation(ship), e-mail gezondheidszorg, e-health, e-mail healthcare, elektronische communicatie gezondheidszorg, ICT health care, arts-patiëntrelatie ICT, communication Health Care, electronic communication, relation physician. Al naar gelang de zoekopdrachten wel of geen succes opleverden, zijn de zoektermen aangepast. Hierbij heb ik het zogenaamde 'sneeuwbal effect' toegepast: nieuwe literatuur waarnaar verwezen wordt in de al bestudeerde relevante literatuur opzoeken en de verwijzingen in relevante literatuur gebruiken voor het formuleren van nieuwe zoektermen.

Er waren met bepaalde zoektermen soms erg veel hits, maar vele daarvan bleken niet relevant, vanwege de beperkte overlap met mijn onderzoek. Ik heb weinig onderzoeken gevonden naar het internetgebruik in de arts-patiëntrelatie, waardoor ik in principe iedere tekst met dit onderwerp aan mijn dataset heb toegevoegd. Ik heb wel gekeken naar het jaartal. Vanaf ongeveer het midden van de jaren negentig lijkt er in de literatuur toenemende aandacht geschonken te worden aan dit onderwerp. Ik veronderstel daarom dat vanaf dat moment het internetgebruik in de gezondheidszorg en met name binnen de arts-patiëntrelatie een vlucht nam. We zijn inmiddels ongeveer vijftien jaar verder en de (technologische) ontwikkelingen hebben in deze jaren absoluut niet stil gestaan, zeker op het gebied van internet en het communiceren via dit medium. Ik heb daarom vooral mijn aandacht gericht op (de meest) recente literatuur, maar sommige auteurs zijn 'pioniers' op dit gebied en konden daarom, ongeachte de datering van de literatuur, niet ontbreken in mijn scriptie.

De informatie die ik op deze manier verzameld heb en de daarin opgemerkte hiaten zijn, naast de basis voor mijn inleidende hoofdstuk, de inspiratiebron geweest voor het vormen van mijn hoofdvraag en deelvragen en de daaruit voortvloeiende vragen aan respondenten. De antwoorden van respondenten gaven ook aanleiding tot het zoeken naar aanvullende literatuur. Verder heb ik informatie verzameld naar aanleiding van tips van betrokkenen, zoals mijn begeleider en mevrouw Pluut. Mevrouw Pluut is werkzaam als adviseur en onderzoeker op het gebied van ICT in de gezondheidszorg en is op dit moment bezig met een onderzoek naar de betekenis van het elektronisch patiënten dossier voor de kwaliteit van zorg, in het bijzonder voor de arts-patiëntrelatie.

### §3. Veldonderzoek

Segers en Hutjes (1999:345) beargumenteren dat de *gevalsstudie* uitermate geschikt is voor exploratief onderzoek en onderzoekssituaties die de onderzoeker op de voet wil volgen. Participerende observatie vormt hierin vaak de kernmethode. Ondanks dat geen gebruik gemaakt is van deze methode, is het onderzoek te typeren als een meervoudige gevalsstudie<sup>12</sup>.

De basis voor mijn onderzoek is gevormd door het stellen van vragen aan verschillende respondenten. Om als onderzoeker voldoende inzicht te krijgen in de ervaringen en gedachten van respondenten met het internet en daar eventueel op in te kunnen spelen, is het noodzakelijk om in het contact met de respondenten ruimte te laten voor eigen inbreng. Een goede manier om dit te doen is via open interviewvragen, omdat deze vragen een heel open vorm van informatieverzameling zijn (Hart e.a. 1996:279). Uiteindelijk is hierdoor een (gedetailleerde) beschrijving van en inzicht in de situatie van internetgebruik in de arts-patiëntrelatie ontstaan (Segers en Hutjes, 1999:340)

#### §3.1. Werving van respondenten

Mijn eerste gedachten gingen uit naar het face-to-face interviewen van respondenten. De zoektocht naar respondenten startte aanvankelijk met de zoekmachine 'google'. Ik hoopte op deze manier huisartsenpraktijken te vinden die e-mailconsulten aanbieden. Via de huisarts hoopte ik vervolgens patiënten<sup>13</sup> te kunnen benaderen. Dergelijke huisartsenpraktijken zijn echter schaars in Nederland en vanuit praktische overwegingen zocht ik in eerste instantie naar huisartsenpraktijken in de omgeving van mijn woonplaats. Aangezien het resultaat niet bevredigend was, heb ik mijn eigen huisarts benaderd. Haar vele tips hebben uiteindelijk geresulteerd in de naam van één huisarts in Friesland, Huisarts Goedhart, maar aangezien dit erg ver weg is, besloot ik deze naam voorlopig achter de hand te houden.

Ik heb daarop mijn verzamelde literatuur nog eens doorgekeken, ik stuitte bij een kwantitatief onderzoek naar e-mailconsultatie op twee namen. Via 'google' werd het e-mailadres van beiden gevonden, waarop ik hen een e-mail verzonden heb. Beiden verwezen uiteindelijk naar één huisarts, namelijk 'De E-maildokter'. Na uitleg van mijn onderzoek, is de E-maildokter mijn eerste contactpersoon geworden. Via hem zijn patiënten benaderd. Daarnaast was hijzelf ook bereid tot deelname aan mijn onderzoek.

---

<sup>12</sup> Zie hiervoor de karakterisering van de gevalsstudie, gegeven door Segers en Hutjes (1999:341& 347)

<sup>13</sup> Niet elke respondent die mijn vragen beantwoord heeft was op het moment van het beantwoorden van de vragen een patiënt. Ik spreek hier echter wel over patiënten, omdat de vragen (deels) gaan over het moment waarop zij patiënt waren en zorg consumeerden.

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de gedachten en gevoelens van patiënten omtrent het internetgebruik tussen arts en patiënt, besloot ik ook respondenten te benaderen die geen ervaring hebben met e-mailconsult. Onder deze respondenten bevinden zich zowel 'patiënten' als huisartsen. De patiënten zijn afkomstig uit mijn kennissenkring, maar zij waren niet op de hoogte van de inhoud van mijn scriptie (om sociaal-wenselijke antwoorden te voorkomen). De huisartsen zijn afkomstig uit mijn regio.

Als laatste heb ik een aantal 'specifieke' respondenten benaderd. Dhr. Ketelaar en Dhr. Henneman maken deel uit van de Nederlandse Vereniging voor E-Health en zijn zodoende beiden groot voorstander van ICT-toepassingen in de zorg. Daarnaast heb ik professor Schellevis kunnen interviewen. Ik heb hen benaderd naar aanleiding van een aantal artikelen waarin hun naam terug kwam en interessante uitspraken werden gedaan. Verdere informatie over deze respondenten is te vinden in het Resultatenhoofdstuk.

Uit de eerste vragenronde bleek dat de patiënten die ik via De Emaildokter benaderd heb, geen van allen ervaring hadden met e-mailconsultatie bij de *eigen* huisarts, maar alleen bij een willekeurige internetarts. Mijn streven was echter zowel respondenten te benaderen die bij hun eigen huisarts een e-mailconsult doen, als respondenten die via e-mail een onbekende arts consulteren. Dit vanwege het (mogelijke) verschil tussen e-mail als ondersteuning bij een bestaande arts-patiëntrelatie (eigen huisarts) of e-mail als eerste contact (willekeurige internetarts). Opnieuw heb ik daarom De Emaildokter gevraagd enkele respondenten te benaderen, in de hoop dat zij die ervaring wel hadden. Hierbij zat één respondent die een e-mailconsult met haar huisarts gedaan had.

Met een enkele respondent was ik niet tevreden en bovendien wilde ik graag aan meer huisartsen die e-mailconsult aanbieden mijn vragen voorleggen. Opnieuw ben ik via 'google' aan een drietal namen van huisartsen(praktijken) gekomen, die ik vervolgens telefonisch benaderd heb voor deelname aan mijn onderzoek. Dit liep helaas op niets uit.

Ik besloot daarom toch de huisarts in Friesland te contacteren. Naast een e-interview, heb ik met hem ook een telefonisch interview gedaan. Dit omdat de communicatie via e-mail soms wat moeizaam verliep. Hij heeft mijn vragen beantwoord en mij geholpen bij de werving van respondenten, die wél ervaring hebben met e-mailconsultatie bij de eigen huisarts. Ook heeft hij de huisartsen in zijn praktijk benaderd voor deelname aan mijn onderzoek. Tijdens een interview werd mij duidelijk dat het niet per definitie de huisarts is die de e-mailconsulten in de praktijk van dokter Goedhart beantwoord. De e-mailvraag van de patiënt komt terecht bij de meest daarvoor aangewezen persoon en dat blijkt lang niet altijd de huisarts te zijn, maar bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige en een nurse practitioner. Gezien de lage respons

bij huisartsen, heeft dokter Goedhart op mijn verzoek alle overige 'praktijkleden' die ervaring hebben met e-mailconsult gevraagd mijn vragen te beantwoorden. Geen van deze benaderingspogingen hebben resultaat opgeleverd. Ondanks mijn teleurstelling niet te kunnen voldoen aan mijn streven, heb ik gezien de deadline voor mijn onderzoek besloten hier geen energie meer in te steken en mijn aandacht volledig te richten op de resultaten die ik tot dan toe verzameld had.

In mijn onderzoek heb ik dus informatie verzameld uit de volgende respondentengroepen:

1). De 'leek'-respondenten (n = 20<sup>14</sup>): Dit zijn respondenten die spreken uit eigen ervaring met internetgebruik ten behoeve van de gezondheid. De 'leek'-respondenten kunnen worden onderverdeeld in de volgende drie groepen:

- Een respondent die ervaring heeft met e-mailconsultatie bij haar eigen huisarts
- Respondenten die ervaring hebben met e-mailconsultatie bij een willekeurige internet-huisarts
- Respondenten die geen ervaring hebben met e-mailconsultatie

2). De huisartsen (n=4): Deze groep kan worden onderverdeeld in twee groepen:

- Huisartsen die e-mailconsult aanbieden
- Huisartsen die geen e-mailconsult aanbieden

3). 'Specifieke' respondenten (n = 3): de beiden leden van de NVEH en professor Schellevis.

In het kader van mijn scriptie heb ik ook een symposium bezocht, getiteld 'De E-patiënt, beter zonder oogcontact? Tijdens het symposium werden veel voorbeelden gegeven van situaties waarin internet patiënten erg geholpen heeft in hun ziekteproces. Patiënten kwamen ook zelf aan het woord. Het symposium heb ik gebruikt als achtergrondinformatie, omdat het niet diep genoeg ging om een aanvulling te geven op dit onderzoek. Bovendien werd dit symposium georganiseerd door de NVEH, fervente voorstanders van ICT in de zorg, waardoor het onderwerp ook eenzijdig belicht werd. Het was wel erg leuk hierbij aanwezig te zijn, mede omdat ik de hierboven genoemde leden van de NVEH persoonlijk heb kunnen bedanken voor hun deelname aan mijn onderzoek.

---

<sup>14</sup> In mijn onderzoeksvoorstel gaf ik aan te streven naar minimaal tien respondenten, waaronder zowel patiënten als huisartsen. Het E-interview bleek een erg efficiënte manier van interviewen, waardoor ik veel meer respondenten (27) heb kunnen benaderen dan van te voren gedacht. Bovendien besloot ik halverwege het onderzoek een respondentengroep toe te voegen, namelijk zij die geen ervaring hebben met e-mailconsult, om een zo compleet mogelijk beeld weg te kunnen zetten over de ervaringen, gedachten en ideeën van patiënten en huisartsen over internetgebruik tussen arts en patiënt. Daarnaast stuitte ik op de specifieke respondenten tijdens het literatuuronderzoek en vond ik het een mooie kans hen ook vragen te stellen, gezien hun brede kennis op dit gebied.

### §3.2. Onderzoeksmethode

Op advies van De Emaillokter heb ik besloten de interviews te laten plaatsvinden via e-mail. Daar ging in principe mijn voorkeur niet naar uit, omdat ik hierbij niet kan observeren zoals bij een face-to-face interview. De Emaillokter gaf echter aan dat de ervaring hem geleerd heeft dat een interview via e-mail (e-interview) het meest efficiënt is en meestal voldoende informatie oplevert, zowel bij patiënten als bij huisartsen. Omdat in Nederland nog maar een beperkt aantal huisartsen en patiënten gebruik maken van de mogelijkheid tot een e-mailconsult, en het dus lastig is met voldoende patiënten in contact te komen, heb ik besloten gebruik te maken van de mogelijkheid die De Emaillokter mij bood. Bij deze overweging heeft literatuur ook een rol gespeeld. Bampton & Cowton (2002) geven namelijk aan dat een e-interview voor een groot deel dezelfde sterke en zwakke kanten heeft als een face-to-face interview, wanneer vergeleken wordt met andere onderzoeksmethoden, zoals participerende observatie. De bovengenoemde auteurs geven echter geen definitie van een e-interview, dus ik heb simpelweg aangenomen dat er sprake is van een E-interview wanneer een interviewer vragen stelt over internet aan een respondent. Deze respondent beantwoordt de vragen vervolgens ook via internet. Naar mijn mening heb ik dus een e-interview gehouden met de respondenten.

#### Het e-interview

De e-interviews bestaan uit half gestructureerde en open vragen. Eerst is naar een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten gevraagd, zoals geslacht en leeftijdscategorie. Vervolgens is ingegaan op de beide onderwerpen (e-mailconsult & het zelfstandig zoeken naar informatie op internet). Ik heb hierbij niet al te veel vragen gesteld en gezorgd dat de vragen elkaar logisch opvolgen en samenhang vertonen met elkaar. Wanneer ik overging op een ander onderwerp, heb ik dat ook duidelijk aangegeven. Bampton & Cowton (2002:4) gaven namelijk aan dat een teveel aan vragen of een ontbrekende samenhang, de respondent demotiveert om de vragen te beantwoorden.

Het e-interview verschilt op bepaalde punten significant van de face-to-face methode. Ten eerste hoeft geen transcript uitgewerkt te worden, aangezien in de e-mail het antwoord van de patiënt al op papier staat. Dit resulteert in een enorme tijdsbesparing.

Daarnaast vindt bij het e-interview verschuiving plaats op twee fronten, namelijk in plaats en tijd (Bampton & Cowton, 2002).

De verschuiving in plaats ontstaat doordat interactie plaatsvindt op afstand. De interviewer en respondent zitten niet bij elkaar in dezelfde ruimte, zoals bij face-to-face interviews, maar kunnen bij wijze van spreken aan de andere kant van de wereld verblijven. Een eerste

gevolg hiervan is dat de respondent door de afwezigheid van de interviewer minder snel schaamtegevoelens zal hebben, wat zeker een voordeel is bij gevoelige onderwerpen. Daarnaast kunnen zowel de respondent, als de interviewer meer anoniem blijven dan bij een face-to-face interview, door bijvoorbeeld speciaal een e-mailadres te nemen voor het onderzoek (ibidem:2). Ik heb dit zelf zeker ondervonden. Verschillende respondenten spraken via e-mail over onderwerpen waarvoor zij zich schaamden of vertelden mij erg persoonlijke informatie. Ik denk niet dat ik deze informatie verkregen zou hebben in een face-to-face interview, terwijl deze informatie ontzettend waardevol was.

Ik merkte hierbij dat naarmate ik langer met respondenten in contact was, zij steeds persoonlijker werden. Kivits (2005:47) geeft ook aan dat lange-termijn betrokkenheid van zowel de interviewer als de respondent nodig is voor het opbouwen van een persoonlijke relatie. Dit is essentieel voor het verkrijgen van 'in-depth data': 'the key to a successful qualitative interview is the maintenance of rapport over time'.

Om een persoonlijke relatie te kunnen opbouwen is het bovendien van groot belang een vertrouwelijke omgeving te creëren, waarin de respondent zich veilig genoeg voelt om vrij te praten over zijn ervaringen en gevoelens (Kivits, 2005:38). Respondenten die besloten tot deelname aan mijn onderzoek, hebben eerst hun deelname per e-mail aan mij bevestigd. Vervolgens heb ik hen, via een persoonlijk aan hen gerichte e-mail, hartelijk bedankt voor deelname aan mijn onderzoek. Verder heb ik informatie over mijn onderzoek in de uitnodiging en op de website geplaatst, met daarbij de mededeling dat respondenten die meer wilden weten van mijn onderzoek mij altijd konden contacteren.

Daarnaast heb ik het logo van de Erasmus Universiteit op elke correspondentie met een respondent gebruikt en op de uitnodiging de naam en contactgegevens van mijn begeleider genoemd, in de hoop hiermee de betrouwbaarheid te vergroten. Verder heb ik telkens sterk benadrukt dat alle antwoorden anoniem verwerkt zouden worden.

Ik heb het interview, zeker in het begin, zo zakelijk en professioneel mogelijk proberen te houden, omdat ik bang was respondenten af te schrikken. De literatuur (zie ook verderop) gaf namelijk aan dat anonimiteit een voordeel is bij het online interviewen, dus wilde ik niet persoonlijker worden dan nodig was. Ik moet bekennen dat ook ikzelf, als onervaren onderzoeker, het in zekere zin prettig vond anoniem te blijven. Daarnaast doen de respondenten moeite voor mij, dus was ik bang dat als er eerst een aantal 'informele' e-mails heen en weer zouden gaan alvorens 'to the point' te komen, respondenten al af zouden haken. Ik wilde hen zo min mogelijk belasten en dus zo min mogelijk contacteren. Ook het gevaar van tijdsuitloop heeft hierbij een rol gespeeld.

Gaandeweg merkte ik bij sommige reacties dat ik wat 'losser' en persoonlijker kon worden en dat heb ik zeker ook gedaan. Het waren voornamelijk ook deze respondenten die meerdere malen of zelfs het gedurende het hele onderzoek vragen beantwoord hebben. Met andere respondenten is het puur zakelijk gebleven.

De anonimiteit maakt het onzeker of de respondent waaraan het interview gericht is, ook daadwerkelijk zelf de vragen beantwoord heeft (Bampton & Cowton, 2002). Een gedeelte van de vragen heb ik gesteld via een website (zie onder). Door de website te beveiligen met een respondent-specifieke logincode en een wachtwoord heb ik de kans dat iemand anders dan de respondent de vragen beantwoord, zo klein mogelijk gemaakt. Uiteraard kan de logincode en wachtwoord doorgegeven worden aan een ander, maar in ieder geval kan iemand zónder wachtwoord en login de vragen op de website niet beantwoorden. Achteraf bekeken heb ik sterk de indruk dat alle respondenten de vragen serieus beantwoord hebben. Tijdens een e-interview zou de respondent eventueel aanvullende informatie kunnen zoeken om de vraag te beantwoorden. Het nadeel is dan dat de interviewer niet zal weten óf en welke bronnen de respondent geraadpleegd heeft voor deze aanvullende informatie (Bampton & Cowton, 2002: 2-3). Door de vragen persoonlijk aan de respondent te richten wilde ik de respondent aan het denken zetten en zodoende stimuleren een eigen antwoord te geven.

Naast de verschuiving in plaats, vindt er bij een e-interview ook een verschuiving plaats in tijd (Bampton & Cowton, 2002). De tijdsverschuiving ontstaat doordat de interactie tussen interviewer en respondent doorgaans asynchroon verloopt, wat wil zeggen dat niet direct op elkaar gereageerd hoeft te worden. Het grote voordeel hiervan is dat interviewers en respondenten met drukke agenda's geen tijdstip hoeven te vinden waarop zij beiden aan het interview kunnen deelnemen (ibidem:2-3). Dit was zeker in mijn geval een enorm groot voordeel. Zowel de tijd, als de plaats (de anonimiteit) hebben in het geval van het E-interview, ten opzichte van een face-to-face methode, waarschijnlijk gezorgd voor meer respondenten. Bovendien had ik een aantal respondenten niet zo vaak kunnen benaderen voor het doorvragen op antwoorden als nu. Tijdens het schrijven van de scriptie en het verwerken van de resultaten heb ik hier veelvuldig gebruik van gemaakt.

Daarnaast geeft een e-interview de respondent meer bedenktijd om een antwoord de vormen en te reflecteren (Bampton & Cowton, 2002:2-3; Kivits, 2005: 47). Dat heb ik zelf als positief ervaren. Ik las een e-mail en reageerde nooit meteen, maar liet het even op me inwerken. Gedurende de dag vielen puzzelstukjes op zijn plaats en had ik een aantal nieuwe vragen, waardoor ik later op de dag een veel betere reactie terug kon geven dan wanneer ik

meteen had gereageerd. Ook bij de respondenten die ik meerdere malen benaderd heb, heb ik sterk het idee dat de bedenktijd voor een antwoord belangrijk was. Ik kon namelijk steeds 'dieper' vragen en dus moeilijkere vragen stellen. De respondenten gaven vaak ook aan het een moeilijke vraag te vinden, maar toch kwam er 'schrijvenderwijze' een antwoord. Ik betwijfel sterk of ik op de 'verdiepende' vragen een bevredigend antwoord had kunnen krijgen bij een face-to-face interview.

Door de bedenktijd krijgt de respondent de kans geen 'onverstandig' antwoord te geven. Een nadeel is dat spontane reacties kunnen uitblijven, terwijl dit de basis kan vormen voor een rijkdom aan informatie. Een goed overdacht, netjes geformuleerd en reflexief antwoord is echter niet per definitie minder valide dan een spontane reactie (Bampton & Cowton, 2002:2)

Voor de interviewer kan de tijdsvertraging echter frustrerend zijn. Terwijl de interviewer wacht op een reactie, weet hij niet waarom deze lang uitblijft. Natuurlijk kan de respondent het druk hebben, maar het kan ook zijn dat een respondent helemaal niet gaat antwoorden, of de vraag erg lastig vindt. Een manier om hiermee om te gaan is het voor de respondent zo gemakkelijk mogelijk maken om te antwoorden (ibidem).

Ik heb daarom in eerste instantie gekozen voor de website die gemakkelijk te doorlopen is, vanwege de vele 'doorklik'-vragen die ik wilde stellen (ja = naar vraag 23, nee = naar vraag 25). Door de website bleef de vragenlijst overzichtelijk en werden automatisch de vragen geselecteerd die op een patiënt van toepassing zijn. Op deze manier wordt voorkomen dat een respondent allerlei vragen voorgeschoteld krijgt, waar hij steeds 'niet van toepassing' in moet vullen.

De 'leek'-respondenten die geen ervaring hebben met e-mailconsult, hebben een MS-WORD bestand met vragen per e-mail ontvangen. Zij hadden deels andere vragen, waaronder geen 'doorklik' vragen, waardoor de vragenlijst in WORD al erg overzichtelijk was. Om dezelfde reden ontvingen huisartsen ook een MS-WORD bestand met vragen. Bovendien was het in het begin erg onzeker hoeveel huisartsen zouden willen deelnemen aan mijn onderzoek. Een website zou in verhouding tot het aantal respondenten erg veel werk zijn.

De specifieke respondenten hebben een op hen toegespitste vragenlijst per e-mail ontvangen, ook in de vorm van een MS-WORD bestand.

Daarnaast kreeg ik van een huisarts steeds pas na lange tijd reactie. Met hem heb ik daarom een telefonisch interview gedaan, om de lopende vragen te beantwoorden.

Door de verschuiving in plaats en tijd zoekt de respondent, veel meer dan in een face-to-face situatie, naar signalen die hem uitdagen het interview voort te zetten (Kivits, 2005:43; Bampton & Cowton, 2002). De respondent wil graag een bevestiging van de aanwezigheid van de onderzoeker ('her personally being there'). Na iedere reactie van een respondent,

heb ik zo snel mogelijk een e-mail verzonden met dank voor de reactie. Op deze manier hoopte ik te kunnen laten zien dat ik echt bezig ben met het onderzoek en ook echt op antwoorden zit te wachten. Respondenten ervaren zo hopelijk dat hun antwoorden zeer waardevol zijn, al heb ik dat ook steeds benadrukt in de online communicatie.

Aan het einde van de vragenlijst heb ik respondenten de mogelijkheid gegeven hun e-mailadres achter te laten, wanneer ik in een later stadium contact met hen zou mogen opnemen ten behoeve van het onderzoek. Dit contact zou uiteindelijk kunnen uitmonden in een face-to-face interview. Ik hoopte op deze manier mijn opties wat te verbreden en eventueel alsnog te kunnen inspelen op de antwoorden van een respondent. Ik heb ondanks mijn eerder aangegeven sterke voorkeur voor een face-to-face interview, hier geen gebruik meer van gemaakt. Het e-mailen met respondenten gaf mij een kans te experimenteren met een redelijk nieuwe methode van het verzamelen van data (Kivits, 2005). Een erg leuke bijkomstigheid vind ik dat deze methode naadloos aansluit bij het onderwerp van mijn scriptie. Op deze manier heb ik zelf bewust ondervonden hoe het is 'serieus' te communiceren met anderen via e-mail. Dit bevordert mijn reflectie op het onderwerp en geeft mijn onderzoek een unieke kant, waardoor ik een bijdrage kan leveren aan het wetenschappelijke debat over onderzoeksmethoden.

Ik heb op deze manier ontzettend veel informatie kunnen verzamelen, maar moest echt waken hier niet te enthousiast in te worden. De hoeveelheid informatie werd steeds groter, waardoor ik bijna door de bomen het bos niet meer zag. Het verwerken van de resultaten zou een onmogelijke opgave geworden zijn. Ik heb zodoende ook ervaren dat het e-interview een riskante manier van informatieverzameling kan zijn.

#### §4. Resultaatverwerking

Na een behoorlijke hoeveelheid data uit de interviews verzameld te hebben, heb ik bekeken of ik alle data begreep (Maso en Smaling, 1998:118). Daarna heb ik in de data gezocht naar overeenkomstige patronen in de antwoorden van de verschillende respondenten. Ook heb ik gezocht naar de juist afwijkende antwoorden. Dit heb ik gedaan door de verschillende antwoorden per deelonderwerp naast elkaar te leggen en te vergelijken, ofwel dicht op de data naar interpretaties te zoeken. Vervolgens heb ik beargumenteerd waarom de overeenkomsten of verschillen relevant zijn met betrekking tot het onderzoeksontwerp (Segers en Hutjes, 1999:343). De nadruk lag op het herhaald doorlopen van het proces van data verzamelen, interpreteren, analyseren en het testen van de resultaten met nieuw materiaal (Ten Have, 1999).

Ik heb veel overeenkomsten gevonden, die geresulteerd hebben in verschillende thema's (Pope, 2000:114). Aan de hand van de overeenkomsten heb ik algemene verklaringen proberen op te stellen en deze samengevat worden in deelconclusies per thema. Daarbij heb ik steeds de theorie als uitgangspunt genomen en bekeken in hoeverre de empirie de theorie bevestigt of ontkracht. Het heen en weer gaan tussen de theorie en empirie maakt zodoende een belangrijk deel uit van de resultaatverwerking (Segers en Hutjes, 1999:343-344; Pope, 2000:114-115).

Het onderzoek heeft niet plaatsgevonden in de chronologische volgorde als dit hoofdstuk suggereert. Het is niet ongewoon dat gedurende het onderzoeksproces de onderzoeksopzet, de dataverzameling in het veld, de analyse en rapportage interacteren met elkaar (Segers en Hutjes, 1999:346). De analyse van de resultaten gaf bijvoorbeeld vaak aanleiding tot het zoeken naar nieuwe literatuur, waarbij deze nieuwe literatuur weer aanleiding gaf tot het verzamelen van data in het veld. De dataverzameling en de analyse hebben dan ook vanaf het begin van het onderzoek gelijktijdig plaatsgevonden, om op die manier de 'gaten' in de data op te vullen (ibidem, 358). In het begin lag daarbij de nadruk op datareductie, waarbij de nadruk gedurende het onderzoek steeds verder naar de eigenlijke analyse verschoof (ibidem, 360). Ik heb daar moeten afwegen welke thema's ik zou bespreken en welke niet, vanwege de enorme hoeveelheid data (ibidem, 364). Op het moment dat een verzadigingspunt voor een thema bereikt was en alle 'gaten' opgevuld waren, kan startte ik met de interpretatie van het betreffende thema (ibidem, 358; Maso & Smaling, 1998:117). Ook de deadline voor het onderzoek bepaalde op welk moment gestart moest worden met de interpretatie. Bij sommige thema's is daardoor wellicht het verzadigingspunt niet bereikt. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in het resultatenhoofdstuk, dat (een voorlopig) antwoord geeft op de probleemstelling (ibidem:121).

## §5. Betrouwbaarheid en validiteit

Het doel van dit onderzoek is het verzamelen van zoveel mogelijk informatie. Ik heb mij daarbij niet gericht op het generaliseren van informatie en verwacht daarmee ook niet dat mijn onderzoek representatief is voor de Nederlandse bevolking. Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen heb ik gebruik gemaakt van meerdere methoden, namelijk e-interviews en documenten. Op deze manier is het onderwerp van meerdere kanten belicht, waardoor de interne betrouwbaarheid van mijn onderzoek wordt verhoogd. Deze methodetriangulatie, en daardoor ook automatisch datatriangulatie, is een sterk punt van mijn onderzoek. Dit omdat meer aspecten van het veld tot hun recht kunnen komen en zij elkaar daarbij enigszins zullen overlappen. Het gebruik van één soort van gegevens of van één methode kan eenzijdig en beperkt zijn en daardoor verlies aan informatie opleveren. Door verschillende methoden en gegevens zinvol te combineren ontstaat meerwaarde. Die meerwaarde is zowel inhoudelijk als methodisch. Er ontstaat een beter beeld van het veld (validiteit) en de metingen worden herhaald (vorm van betrouwbaarheid) (Hart 't 1996:270). Daarnaast is datatriangulatie van belang omdat de literatuur slechts 'representaties' zijn van de werkelijkheid en ook mijn eigen leeswijze subjectief is. Deze dubbele subjectiviteit is te ondervangen door informatie uit verschillende bronnen te combineren (Ten Have, 1999). Mede hierdoor kon ik erg kritisch zijn ten opzichte van de data. Dit heeft de externe validiteit van mijn onderzoek verhoogd.

Niet alleen ik, maar ook de respondenten hebben 'cyclisch gewerkt'. In de methoden is uitgebreid beschreven dat ik naar aanleiding van antwoorden van respondenten nieuwe literatuur gezocht heb en daarmee de vraag aangescherpt heb of heb doorgevraagd. Dit proces heeft zich een aantal malen herhaald. Bij sommige thema's werd hiermee het verzadigingspunt bereikt. Maar ook door respondenten de tijd te geven op een verdiepende vraag een antwoord te formuleren draagt bij aan het cyclisch werken. Als het ware ordent en analyseert de respondent zijn kennis en gedachten alvorens hij tot een antwoord komt. Dit alles verhoogt de externe validiteit van het onderzoek.

Bij online communicatie is de kans dat een antwoord verkeerd geïnterpreteerd wordt wellicht groter dan bij een face-to-face contact. Ik heb daarom extra aandacht geschonken aan membercheck, door de respondenten bijvoorbeeld mijn uitwerking van hun antwoord te laten lezen. Daarnaast heb ik achtergrondinformatie van de respondenten verzameld en uiteengezet, zodat gezien kan worden welke achtergrond zij delen. Ook konden hierdoor de antwoorden van respondenten beter geplaatst worden. Omdat ik de antwoorden van respondenten via e-mail ontvangen heb, beschik ik over een exact en betrouwbaar databestand. Deze aspecten hebben de interne validiteit van mijn onderzoek verhoogd.

## Hoofdstuk 5. Resultaten

### §1. Even voorstellen...

In het Methodenhoofdstuk zijn de respondenten van mijn onderzoek genoemd. Binnen de 'leek'-respondentengroep is het aantal mannen en vrouwen ongeveer evenredig verdeeld. De leeftijden lopen erg uiteen: van 20 jaar tot 75 jaar. De gezondheidstoestand wordt door de verschillende respondentengroepen ongeveer gelijk beoordeeld: van gemiddeld tot zeer goed. Er bestaat ook nauwelijks verschil in hoogst genoten opleidingsniveau tussen de respondentengroepen. Het opleidingsniveau loopt in alle groepen van Mavo tot Universitair, waarbij geen opleiding oververtegenwoordigd is.

De huisartsen hebben allen een leeftijd van rond de 50 jaar. De beide huisartsen die e-mailconsult aanbieden zijn de Emaildokter en Dokter Goedhart.

De Emaildokter kan gezien worden als een pionier op het gebied van E-health. Hij is Nederlands eerste Emaildokter, die sterk geloofd in online contact tussen arts en patiënt. Het e-mailconsult werd door hem in juli 2001 gestart. Daarnaast is de Emaildokter erg actief binnen de Nederlandse Vereniging voor E-Health (Emaildokter, 2008).

Dokter Goedhart heeft binnen het Huisartsen Zorgcentrum Leeuwarden bijgedragen aan de ontwikkeling van webdokter, een online service pakket bestaande uit elf modules: herhaalrecept, webcamsprekuren, spreekuurreservering, e-mailconsult, consultsamenvatting, reizigersadvies, second opinion, inzage in het medisch dossier, sms-servicedienst en lifestyle. Aan de laatste module, 'mijn ketenzorg', wordt nog gewerkt. Op deze manier wordt de bereikbaarheid van het zorgcentrum vergroot en wordt de expertise beter met de patiënten gedeeld. Gezien het geringe aantal huisartsen dat e-mailconsult aanbiedt, is Dokter Goedhart dus een voorloper op dit gebied (de Feijter, 2007:24-25).

De huisartsen die geen e-mailconsult aanbieden zijn beiden werkzaam in de regio Roosendaal. De ene huisarts biedt wel enige service via internet. Hij heeft een eigen website, met daarop de mogelijkheid de huisarts te e-mailen, maar geeft daarbij uitdrukkelijk aan dat de e-mail niet primair bedoeld is voor medisch vragen, maar bijvoorbeeld het opvragen van onderzoeksuitslagen, herhaalrecepten en het doorgeven van afspraken bij een specialist. De huisarts geeft zelf ook aan dat 'het echte e-mailconsult niet wordt toegepast' in zijn praktijk. Om deze reden heb ik deze huisarts onder gedeeld in de groep 'geen e-mailconsult'.

De tweede huisarts biedt geen enkele service via internet. Hij beschikt dus ook niet over een eigen website. Hij staat verder bekend als een huisarts die veel tijd neemt voor zijn patiënten.

De derde respondentengroep omvat drie 'specifieke' respondenten. De eerste twee respondenten zijn fervente voorstanders van ICT-toepassingen in de zorg.

De eerste respondent is de oprichter en voorzitter van de NVEH, Prof. Dr. G. Hennemann. Hij beheert een website, [www.mijnspecialist.nl](http://www.mijnspecialist.nl), waar verschillende ervaren specialisten adviezen geven aan patiënten. Deze website was de eerste website op dit gebied in Nederland. MijnSpecialist stelt geen diagnoses en schrijft ook geen behandeling of recepten voor. Er wordt uitsluitend informatie gegeven over algemene en specifieke vragen binnen de geneeskunde, zoals informatie over bepaalde medicatie die een patiënt gebruikt of een overzicht van alternatieven voor een bepaalde behandeling. De heer Hennemann is zelf internist en endocrinoloog en door zijn werkzaamheden met MijnSpecialist en de NVEH erg thuis in de wereld van E-health. Daarnaast heeft hij veel ervaring met het e-mailen met patiënten (Hennemann, persoonlijke communicatie).

De tweede respondent uit deze groep De heer Ketelaar, bestuurslid van de NVEH en werkzaam bij Telecom4care. Met Telecom4care geeft hij advies over de toepassing van ICT in de zorg. Hij werkt aan innovatieve projecten waar ICT wordt ingezet ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Hij werkt daartoe samen met zorginstellingen, zorgverzekeraars, overheden en technologie-leveranciers. De interesse van de heer Ketelaar ligt vooral in de toepassing van ICT in het zorgproces zelf (Ketelaar, persoonlijke communicatie).

De derde respondent is wat voorzichtiger op het gebied van ICT in de zorg. Prof. Dr. F. Schellevis is hoofd van de onderzoeksafdeling huisartsenzorg bij het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en bijzonder hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam (Schellevis, persoonlijke communicatie).

### Leeswijzer

Wanneer ik spreek over 'leek'-respondenten, bedoel ik de gehele 'leek'-respondentengroep, dus zowel de respondenten die ervaring als geen ervaring hebben met e-mailconsult, hetzij bij hun eigen huisarts, hetzij bij een willekeurige internetarts. Wanneer resultaten betrekking hebben op slechts één of twee deelgroepen, zal ik dat er expliciet bij vermelden.

Wanneer ik spreek over 'huisartsen', bedoel ik beide groepen huisartsen. Wanneer resultaten betrekking hebben op één van de beide groepen, wordt ook dat expliciet vermeld.

Verder worden de 'specifieke' respondenten met naam genoemd.

## §2. Arts-patiëntrelatie

### §2.1 Het bestaan van de arts-patiëntrelatie

Uit het theoretisch kader kwam de vraag voort wanneer er nu precies sprake is van een arts-patiëntrelatie. Daarbij bovenal ook de vraag of er sprake is van een arts-patiëntrelatie tussen een patiënt en een voor hem onbekende internetarts. Professor Schellevis geeft aan dat een arts-patiëntrelatie *taalkundig* gezien bestaat op het moment dat er contact is tussen een arts en patiënt. Maar hoe ervaren patiënten en artsen dit eigenlijk?

Sommige 'leek'-respondenten geven aan dat een arts-patiëntrelatie begint op het moment van het eerste contact en dat dit contact van medische aard moet zijn:

*'Zodra er een contact is dat gaat over een medische kwestie' (Respondent 17)*

Deze respondent spreekt over 'contact'. 'Contact' is een breed begrip; er kan op veel verschillende manieren contact zijn tussen arts en patiënt. Een andere respondent definieert dit contact nader:

*'als je elkaar gesproken en of ge-maild hebt' (Respondent 21)*

Een huisarts beaamt dit citaat. Ook hij vindt dat er sprake is van een arts-patiëntrelatie wanneer 'er schriftelijk, dan wel mondeling i.c. telefonisch / spreekuur contact is'.

De bovenstaande 'leek'-respondent spreekt ook over een medische kwestie. Volgens haar kan een medische kwestie ook 'een algemene medische vraag zijn, die niet direct gerelateerd is aan een bestaande klacht'. Ze maakt hierbij wel onderscheid tussen een arts-patiëntrelatie met de eigen huisarts en met een willekeurige internetarts: wanneer het contact gericht is op algemene kennis, is wat haar betreft geen sprake van een arts-patiëntrelatie met een willekeurige internetarts, maar wel met de eigen huisarts. Overige 'leek'-respondenten geven aan dat er sprake is van een arts-patiëntrelatie tussen een patiënt en een willekeurige internetarts wanneer het gaat om 'een medische vraag die gerelateerd is aan een klacht van de patiënt' of 'de vraag van persoonlijke aard is'.

Bovenstaande citaten wekken dus de indruk dat er ook een arts-patiëntrelatie kan bestaan wanneer een patiënt per e-mail contact heeft met een willekeurige internetarts. Daarbij maakt het verschil of de medische vraag van algemene of persoonlijke aard is. Het stellen van een algemene vraag bij de eigen huisarts is (waarschijnlijk) ingebed in een al bestaande, vertrouwelijke relatie. Dat is echter niet het geval op het moment dat het eerste contact met een internetarts een algemene vraag betreft. Ik heb hierdoor sterk de indruk dat er een groot

verschil bestaat tussen een arts-patiëntrelatie met de eigen huisarts en een arts-patiëntrelatie met een willekeurige internetarts. Ik zal hier daarom nu wat dieper op in gaan.

Een arts-patiëntrelatie betekent voor de 'leek'-respondenten 'naar elkaar luisteren', 'elkaar serieus nemen' en 'alles open vertellen'. Daarnaast wordt aangehaald dat de arts de problematiek moet kennen. De heer Hennemann geeft hierbij aan dat de wet voorschrijft dat 'de patiënt reeds bekend moet zijn bij de arts' en dat een arts-patiëntrelatie zodoende juridisch bepaald wordt. Maar blijkbaar ervaren niet alle 'leek'-respondenten dat op deze manier. Voor sommige van deze respondenten is het voldoende dát er contact is, ongeacht of de arts de patiënt kent.

Een arts kent de problematiek natuurlijk pas ná het (eerste) contact met de patiënt. Dit geeft aan dat de relatie pas zou ontstaan ná het eerste contact. Eén respondent geeft ook aan dat er juist meerdere malen contact geweest moet zijn tussen arts en patiënt, alvorens een arts-patiëntrelatie ontstaat.

Het begrip *behandelrelatie* lijkt relevant bij nader definiëren van de arts-patiëntrelatie. Professor Schellevis geeft hierbij namelijk het volgende aan:

*'De arts-patiëntrelatie is een breder begrip dan de behandelrelatie, zeker in de huisartsenpraktijk. Ik versta onder de arts-patiëntrelatie dat mensen veelal jarenlang dezelfde huisarts hebben waardoor er een vertrouwensband ontstaat, en de huisarts ook goed op de hoogte is van iemands medische geschiedenis. De term behandelrelatie zou ik vooral gebruiken in het kader van de behandeling van een of meerdere omschreven gezondheidsproblemen'*

Wanneer de arts-patiëntrelatie op deze manier bekeken wordt, is het eerste contact onderdeel van het vormen van de arts-patiëntrelatie. Door de volgende contacten groeit als het ware de relatie tussen arts en patiënt door de jaren heen. Een volgroeide arts-patiëntrelatie zou dan pas bestaan wanneer een arts echt bekend is met zijn patiënt en op de hoogte is van diens medische geschiedenis. Bij de eerste contacten met de huisarts ligt het accent dan meer op de behandelrelatie, waarbij dit accent naarmate meerdere (intense) contacten volgen, steeds meer op de arts-patiëntrelatie komt te liggen. Gedurende de arts-patiëntrelatie blijft de behandelrelatie wel bestaan, aangezien de arts zijn patiënt behandelt. Wellicht kan gesteld worden dat tussen een arts en een patiënt altijd een *behandelrelatie* bestaat en dat tevens sprake is van een *arts-patiëntrelatie* wanneer de arts en patiënt intensief contact hebben.

Professor Schellevis spreekt in dit verband ook over een vertrouwensband. Uit zijn uitspraak is af te lezen dat dit vertrouwen groeit naarmate arts en patiënt elkaar beter leren kennen. Ook de Emaildokter legt een verband tussen de arts-patiëntrelatie en vertrouwen: er bestaat

een arts-patiëntrelatie wanneer 'er sprake is van vertrouwen tussen een hulpvragende en een hulpverlenende'. Hoe dat vertrouwen precies ontstaat, moet volgens de Emaildokter aan de patiënt gevraagd worden. In dit verband is voor hem belangrijk dat de patiënt zich serieus genomen voelt:

*'Ik start ieder consult met in ieder geval een actieve houding en een goed luisterend oor. En voel mee in hun klacht. Mensen voelen zich dan snel serieus genomen, waarna er op redelijk korte termijn een voor hen bevredigend beleid uitgezet kan worden. Ze staan namelijk volledig open in het geven van de noodzakelijke info'*

Professor Schellevis gaf al aan dat vertrouwen groeit naarmate arts en patiënt elkaar beter leren kennen. Daarnaast ontstaat vertrouwen blijkbaar ook wanneer een patiënt zich serieus genomen voelt. Wanneer een patiënt dat ervaart, kan er op korte termijn naar tevredenheid gehandeld worden en staan patiënten open voor het geven van alle benodigde informatie. Eén respondent kan onder woorden brengen hoe zij vertrouwen krijgt in een (internet)arts:

*'Ik denk door de manier waarop je behandeld wordt. Ook in een e-mailconsult kan je heel goed merken of er aandacht, tijd en respect in het consult/jou wordt gestoken of niet' (Respondent 21).*

Indirect geeft deze respondent dus ook aan dat vertrouwen ontstaat wanneer je serieus genomen wordt. Immers, wanneer de arts geen aandacht, tijd en respect toont, neemt hij zijn patiënt niet serieus.

Geen van de 'leek'-respondenten nam het woord vertrouwen in de mond wanneer hen gevraagd werd naar de arts-patiëntrelatie. Opvallend is dat vertrouwen voor de 'leek'-respondenten wel een grote rol speelt in e-mailconsultatie met een willekeurige internetarts. De roep om vertrouwen manifesteert zich voornamelijk wanneer de intentie bestaat een internetarts te consulteren, ofwel wanneer het eerste contact tussen de arts en patiënt via e-mail zal verlopen. Een dergelijke arts moet blijkbaar nog aan vertrouwen winnen. Verschillende 'leek'-respondenten geven aan eerst de website van de betreffende arts goed te bekijken en te beoordelen op betrouwbaarheid en professionaliteit. De beoordeling draait voornamelijk om het vertrouwen dat het om een arts gaat waarmee gecommuniceerd wordt:

*'Een website met een korte introductie van de arts zodat je weet met wie je te maken hebt en hoe hij/zij te werk gaat' (Respondent17)*

Een introductie van de arts en zijn werkwijzen zijn dus wenselijk om te weten met wie je van doen hebt en hoe de arts te werk gaat. Maar is dit voldoende om vertrouwen te krijgen in de arts die je eventueel wilt gaan e-mailen? Bovenstaande respondent geeft aan dat dat bij haar

wel het geval zou zijn. Haar vertrouwen in een voor haar onbekende, willekeurige internetarts wordt versterkt door:

*‘Een goed verzorgde website, met daarop achtergrondinformatie over de arts en zijn praktijk en een duidelijke uitleg over de werkwijze. Een foto, praktijkadres, verwijzing naar BIG registratie en lidmaatschap van beroepsorganisaties zou ook vertrouwen wekken’ (Respondent 17)*

Deze respondent spreekt over een foto van de arts. Blijkbaar is het toch fijn ‘te zien’ wie je voor je hebt wanneer je een vraag per e-mail stelt. De achtergrondinformatie over de arts en zijn praktijk, verwijzing naar BIG-registratie en lidmaatschap van beroepsorganisaties vergroten het vertrouwen dat het ‘echt’ om een arts gaat waarmee gecommuniceerd wordt. Daarnaast is het van te voren fijn om te weten hoe een arts te werk gaat, zodat de patiënt bijvoorbeeld weet dat hij een telefoontje kan verwachten of binnen drie dagen een antwoord. De website is de manier waarop de arts zich presenteert, een soort eerste indruk. Deze eerste indruk is uiteraard beter wanneer de website er verzorgd uit ziet.

Het winnen van vertrouwen speelt een minder grote rol wanneer de ‘leek’-respondenten via ‘mond-op-mond’-reclame gehoord hebben van een bepaalde internetarts. Blijkbaar zijn (goede) ervaringen van anderen een belangrijk ijkpunt voor vertrouwen in een arts.

### **Deelconclusie**

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat het volgens de ‘leek’-respondenten bij het wel of niet bestaan van een arts-patiëntrelatie vooral draait om de soort vraag die aan de arts wordt voorgelegd. Het medium lijkt daarbij voor deze respondenten minder relevant.

Een tweede conclusie is dat een arts-patiëntrelatie moet groeien, waarbij vertrouwen een grote rol speelt. Deze vertrouwensband is daarnaast van groot belang bij het onderscheid tussen e-mailen met de eigen huisarts en e-mailen met een internetarts. Een e-mail met de eigen huisarts is vaak ondersteuning in een al bestaande arts-patiëntrelatie, waarbij beide partijen elkaar al (langer) kennen. Een e-mail met een internetarts vormt daarentegen (meestal) het allereerste contact, waarbij vertrouwen nog moet groeien.

De ‘leek’-respondenten consulteerden de internetarts bovendien slechts sporadisch of eenmalig. Ondanks dat het verschil tussen behandelrelatie en arts-patiëntrelatie vaag is, lijkt de term behandelrelatie hier meer op zijn plaats, omdat bij eenmalig e-mailcontact naar mijn mening geen sprake kan zijn van een ‘volgroeide’ arts-patiëntrelatie. Ik sluit hierbij overigens niet uit dat via verscheidene e-mailcontacten een ‘volwaardige’ arts-patiëntrelatie kan groeien tussen een internetarts en een patiënt.

## §2.2 De betekenis van de arts-patiëntrelatie

De richtlijn online arts-patiëntcontact geeft de indruk dat de KNMG 'zweert' bij face-to-face contact in de arts-patiëntrelatie (zie ook paragraaf 1 van hoofdstuk 2), omdat hiermee het risico op een onjuiste diagnose zo klein mogelijk is. De casus van respondent 12 illustreert echter dat het hebben van een arts-patiëntrelatie juist ook als nadeel kan worden ervaren. Deze respondent was met haar klachten naar de huisarts geweest, die haar al jaren kent. Zodoende wist hij ook dat ze een zware baan op zich genomen had:

*'Ik was er altijd voor mijn gezin en opeens ging ik veel meer werken en kreeg de bovenstaande klachten. Mijn huisarts relateerde mijn klachten aan het harde werken en dat terwijl mijn man genoeg verdient om ons gezin te onderhouden'*

De respondent had zelf helemaal niet het idee dat haar klachten veroorzaakt werden door haar harde werken en ondertussen duurden de klachten voort. Ze besloot dat er echt iets moest gebeuren. Ze zag het niet zitten om morgen weer een afspraak te maken met haar huisarts *'en dan maar na 1 uur ingesprektoon met de praktijk kijken wanneer ik terecht kan'*. Ze verwachtte dat haar huisarts *'zou lachen en zeggen stop met werken'*. Ze besloot daarom via e-mail contact te leggen met een internetarts:

*'Het laatste heb ik gedaan, gewoon mijn klachten opgeschreven. Niet eens de gevoelens die ik deze dag ervaren had. Het was zo fijn dat mijn klachten serieus genomen werden en niet gerelateerd werden aan hoe iemand mij denkt te kennen. Dat heb ik als voordeel ervaren, ik hoefde mij niet te verdedigen. Een relatie met je huisarts ook al is die juist heel goed, heeft in mijn geval in mijn nadeel gewerkt'*

Volgens deze respondent staaarde haar huisarts zich dus blind op wat hij dacht te weten van haar en miste daardoor wat er echt met haar aan de hand was. De internetarts waarmee deze respondent voor het eerst contact legde heeft naar haar verhaal geluisterd, wat aanvullende vragen gesteld en vervolgens naar tevredenheid van de respondent gehandeld. Haar klachten zijn verdwenen. Beide partijen waren onbekend voor elkaar, er was derhalve geen sprake van een bestaande arts-patiëntrelatie en toch geeft deze respondent aan geen betere zorg ontvangen te kunnen hebben.

Bovenstaande casus illustreert dus dat het hebben van een arts-patiëntrelatie, en dus een 'bekende' te zijn bij een arts, geen garantie biedt dat een patiënt de zorgverlening als adequaat ervaart. Voor respondent 12 was het eerder een zegen dat de internetarts niet bekend was met haar (medische) historie. Sommige 'leek-respondenten' geven echter aan

dat zij het ontbreken van kennis van hun medische historie wel een 'handicap' vinden bij het e-mailconsult met een willekeurige internetarts. Zij vinden het belangrijk dat de arts op de hoogte is van het complete plaatje, in verband met eventuele verbanden met andere klachten of klachten die zich herhalen.

De meeste 'leek'-respondenten geven echter aan er geen problemen mee te hebben als de arts de medische historie niet kent: 'als ik niet tevreden ben zoek ik verder'; 'het is altijd mogelijk om de ziektegeschiedenis, indien noodzakelijk, te vertellen'. Maar wie bepaalt dan of en wanneer de medische historie relevant is? In hoeverre is de patiënt in staat dat zelf te beoordelen? Uit verschillende antwoorden van 'leek'-respondenten valt af te leiden dat zij in de meeste gevallen hun gedachten en eigen ideeën over de klachten willen voorleggen aan de arts, omdat hij 'tenslotte de expert is' of 'omdat de arts wellicht aan iets heel anders denkt dan de patiënt zelf'. Hieruit maak ik op dat patiënten, terecht of onterecht, weinig vertrouwen hebben in hun eigen beoordelingsvermogen omtrent hun klachten. Hoe kunnen zij dan beoordelen wat relevante informatie is uit hun medische geschiedenis?

Door gebruik te maken van het e-mailconsult neemt een patiënt dus andere verantwoordelijkheden. Waar de arts vroeger in de spreekkamer de scepter zwaaide, willen nu de 'e-mailpatiënten' meer aan de bal. Welke verantwoordelijkheden hebben beide partijen eigenlijk in het consult? Hoe verhouden deze verantwoordelijkheden zich tot de arts-patiëntrelatie? Hier kom ik in de volgende paragraaf op terug.

### §2.3 De positie van arts en patiënt

#### De arts als alwetende?

Uit de resultaten valt het een en ander af te leiden over de positie van patiënten ten opzichte van hun huisarts. Verschillende 'leek'-respondenten zien hun huisarts bijvoorbeeld niet zondermeer als 'alwetende'. Regelmatig werd 'achterlopen met informatie' of 'een huisarts kan ook niet alles weten' en een 'second opinion' aangehaald:

*'Mijn eigen huisarts hanteerde een "wait and see" benadering voor een probleem en ik wilde een second opinion over eventuele behandelmogelijkheden' (Respondent 17).*

*'Handig voor als mijn huisarts achter loopt met informatie' (Respondent 11)*

De geïnterviewde huisartsen staan ook niet negatief tegenover de 'geïnformeerde patiënt'. Zij vinden het 'prima' en 'niet meer dan normaal' dat hun patiënten rondsuffelen op het internet:

*'Soms komen ze met verassende uitdraaien, waar je of zelf niet aan gedacht had, of wat aanvullende informatie is, daarnaast krijg je een betere indruk waar de patiënt mee bezig is, waar zijn zorgen liggen en kun je daar beter op reageren' (Huisarts Goedhart)*

*'Je hebt een wat meer inhoudelijk gesprek, terwijl de patiënt wel heel erg foutief geïnformeerd kan zijn, soms draagt het dus bij en soms heb je een hoop recht te strijken. Medische informatie is niet altijd eenduidig en ook niet altijd eenvoudig te interpreteren. Al met al maakt het het consult wel levendig...' (Huisarts Goedhart)*

*'Prima. Geen enkel bezwaar. Twee weten meer dan één' (Huisarts 1)*

De beide huisartsen erkennen dat een arts niet alles kan weten. De gevonden informatie van patiënten vindt Huisarts Goedhart van toegevoegde waarde voor het consult, en niet alleen vanwege de informatie zelf, maar ook omdat een arts dan beter weet wat de patiënt dwars zit. Kennelijk geeft de door de patiënt gevonden informatie een beter beeld van waar de patiënt naar zoekt, van welke twijfels de patiënt heeft en waar hij dus duidelijkheid in wil.

Een andere huisarts beaamt ook dat in een consult met vooraf geïnformeerde patiënten 'veel sneller to the point gekomen wordt' en 'patiënten specifiek geïnformeerd kunnen worden' omdat 'de vraagstelling van deze patiënten duidelijker is'. De 'leek'-respondenten beamen dit; vragen kunnen 'specifieker' en 'gerichter' gesteld worden. Omdat de vraagstelling duidelijker is, kan een patiënt duidelijk maken wat hij verwacht en ervoor zorgen dat hij krijgt wat hij wil. *'Wil je alleen weten wat het is, of wil je per sé snel van je klachten af omdat je morgen met vakantie gaat?'* (Respondent 17).

### Verwachtingen

Respondent 17 spreekt over de verwachtingen van de patiënt. Verwachtingen spelen een grote rol in de beleving van het consult en de arts-patiëntrelatie, of het nu verwachtingen over de uitkomst van het consult zijn of verwachtingen over verantwoordelijkheden. Ik zal dit hieronder illustreren aan de hand van een aantal casussen.

Respondent 37, die nog niet eerder gebruik gemaakt heeft van een e-mailconsult, geeft aan dat ze verwacht dat de huisarts op basis van het e-mailconsult geen 'officiële' diagnose zal stellen, maar dat de patiënt daarvoor eerst door de arts gezien moet worden. Wanneer zij gebruik zou maken van een e-mailconsult en ze krijgt een diagnose 'terug ge-maild', is de kans groot dat ze hiermee niet helemaal tevreden is. Ze verwacht immers dat het stellen van een diagnose via e-mail niet kan, dus helemaal vertrouwen zal ze het wellicht niet. De 'leek'-respondenten die aangeven dat een arts de patiënt moet zien om een goed oordeel te vellen over de klachten, geven vaak ook (impliciet) aan dat ze toch niet gerust zouden zijn op een beantwoording per e-mail. Verwachtingen matchen niet met uitkomsten, waardoor patiënten niet geheel gerust zijn. De verwachtingen van een patiënt bepalen zodoende of de patiënt na het consult een tevreden gevoel heeft.

Respondent 21 spreekt uit ervaring wanneer ze vertelt dat *'de arts door het lezen van de mail de juiste diagnose kan stellen/de juiste medicijnen voor kan schrijven'*. Toen zij via e-mail contact zocht met een arts, had ze slechts bevestiging nodig van wat haar klachten betekenden. Ze verwachtte deze bevestiging blijkbaar via de e-mail te kunnen verkrijgen. Zowel de huisarts als de internetarts die deze respondent (overigens voor verschillende kwesties) via email had geconsulteerd, stelden inderdaad een diagnose, zonder haar gezien te hebben. De respondent kreeg de bevestiging die ze verwachtte en is erg tevreden over het e-mailconsult met een arts.

Verskillende antwoorden van 'leek'-respondenten wekken de indruk dat hun verwachtingen met betrekking tot een e-mailconsult met een internetarts lager lagen dan bij een consult met hun eigen huisarts. Een aantal 'leek'-respondenten gebruikten het e-mailconsult als second opinion of als 'vraagbaak', omdat ze benieuwd waren wat een andere arts van hun klachten dacht:

*'Omdat ik het e-mailconsult alleen gebruikt heb als second opinion, was mijn verwachting anders ( "eens zien wat hij te zeggen heeft") en vond ik het meer vrijblijvend om al dan niet iets te gaan doen met zijn advies' (Respondent 17)*

Het maakt voor een 'consult naar tevredenheid' natuurlijk een groot verschil of je alleen wilt weten wat je klachten betekenen, morgen van je klachten af wilt zijn of 'eens (vrijblijvend) wilt horen wat een ander denkt'.

De bovenstaande casussen illustreren dat de verwachtingen van een patiënt een grote rol spelen in de beleving van een consult. Een arts stelt een patiënt tevreden, wanneer hij aan de verwachtingen van een patiënt voldoet (Centrum Klantervaring Zorg, 2008). Een consult dat aan de verwachtingen van een patiënt voldoet, zal voor deze patiënt een geslaagd consult zijn. Een geslaagd consult is een bouwsteen voor een 'geslaagde' arts-patiëntrelatie, een arts-patiëntrelatie naar tevredenheid van beide partijen. In paragraaf 2.1 van het resultatenhoofdstuk is immers geconcludeerd dat door de verschillende contacten tussen arts en patiënt, vaak in de vorm van een consult, een 'volgroeide' arts-patiëntrelatie ontstaat.

Om een consult te laten slagen moet een patiënt zijn verwachtingen dus duidelijk kenbaar maken aan de arts. Anderzijds zal de arts open moeten staan voor deze verwachtingen en beoordelen in hoeverre hij op de verwachtingen in kan spelen. Er kan immers niet altijd aan de verwachtingen van een patiënt voldaan worden, alleen al omdat een patiënt een totaal verkeerd beeld kan hebben van wat zijn klachten kunnen betekenen. Hieruit valt af te leiden dat het motiveren van de keuze voor een bepaalde behandeling, ook erg belangrijk is om de patiënt 'tevreden te stellen'. De patiënt zal dan van zijn kant open moeten staan voor de expertise van de arts. Dit is precies wat relational responsibility van beide partijen verondersteld (zie hoofdstuk 4).

### De arts als doorslaggevende factor

Dokter Goedhart is er zich van bewust dat internet een goede informatiebron kan zijn, maar ook juist veel onterechte onrust kan veroorzaken. Als een patiënt eenmaal over die ernstige of dodelijke ziekte heeft gelezen en vindt dat hij in dat plaatje past, laat dat die patiënt waarschijnlijk niet meer los. Met deze gedachte verschijnt de patiënt op het spreekuur van de arts, en aan de arts meestal de taak de patiënt te overtuigen van de onschuldigheid van de klacht. Dokter Goedhart vindt het geen probleem een verkeerd geïnformeerde patiënt te overtuigen van de juiste informatie. Hij heeft het gevoel dat patiënten zijn oordeel en advies aannemen en weer gerustgesteld de praktijk verlaten. 'Leek'-respondenten beamen dat zij de meeste waarde hechten aan het advies van de huisarts:

*'Lezen (ik) en zeker weten (arts) zijn twee verschillende aspecten' (Respondent 35)*

*'Als ik al die informatie zie, wordt ik alleen maar onrustig. Ik hoor liever direct de hoogstnoodzakelijke dingen van iemand die er verstand van heeft' (Respondent 32)*

*'Zelf zoek ik gericht op termen die ik relevant acht, maar ik ben geen arts en misschien zit de oplossing wel in iets waar ik zelf helemaal niet naar gezocht heb. De uiteindelijke conclusies laat ik dus graag aan de deskundige over' (Respondent 17)*

De citaten illustreren dat het oordeel van de huisarts doorslaggevend is. Dit, en het feit dat de meeste 'leek'-respondenten een (absolute) voorkeur hebben voor het spreekuur bezoek (zie §3) is een indicatie dat de huisarts nog steeds als 'doorslaggevende' factor gezien wordt bij de beslissing over een behandeling.

### De internet-patiënt

Niet alle respondenten ervaren echter zoveel begrip van hun huisarts als het gaat om de informatie die zij op internet gelezen hebben:

*'ze nemen van een leek weinig aan' (Respondent 18)*

*'Ja, wel over [de informatie die ik op internet gevonden had] gesproken, maar geen reactie van zijn kant (Respondent 20)'*

Bovenstaande 'leek'-respondenten hadden niet het gevoel dat hun huisarts open stond voor hun eigen inbreng in het consult. De reden hiervoor heb ik niet kunnen achterhalen. Misschien betroffen dit de 'traditionele' huisartsen, die zelf de touwtjes geheel in handen willen houden. De E-maildokter spreekt over 'hiërarchie': de arts is de allesweter en de patiënt moet alles slikken als zoete koek. Hij is blij dat een deel van deze hiërarchie inmiddels verdwenen is, omdat dan beter op de behoeften van patiënten kan worden ingespeeld:

*'Gelukkig is er ook een stuk hiërarchie weg. Volgens mij voor de meeste patiënten optimaal. Uiteraard blijven er nog volop patiënten, die juist wel die hiërarchie nodig hebben. Ik zie hen niet via internet. De internet-patiënt is goed geïnformeerd en wil efficiënt geholpen worden zonder allerlei poespas in de vorm van bellen voor afspraak, lang wachten in een wachtkamer en dan veelal kort consult met een haastige huisarts'*

Een geïnterviewde huisarts geeft aan dat de internet-patiënt waar de E-maildokter over spreekt, ook 'voor het internettijdperk al veel noten op zijn zang had, naar academische ziekenhuizen willen, second opinions willen etc'. In de woorden van de E-maildokter, zijn dit nu juist de patiënten die zélf de regie willen houden. Het is natuurlijk niet uitgesloten dat er huisartsen zijn die eigenlijk niet op dergelijke 'internet-patiënten' zitten te wachten. Zie ook het citaat van Shaw & Baker (2004) in hoofdstuk 3.4.

Bovenstaande bevindingen laten zien dat huisartsen heel verschillend kunnen reageren op de informatie die een patiënt meebrengt naar het spreekuur. Sommigen 'leek'-respondenten gaven dan ook aan het spannend te vinden de huisarts te vertellen over de gevonden informatie, omdat ze niet wisten hoe de huisarts hierop zou reageren. Ondertussen voelden de meeste 'leek'-respondenten zich wel beter voorbereid op het consult en sommigen voelden zich zekerder, omdat ze al meer wisten over hun klachten:

*'Prima gevoel, dat je er al iets van weet, anders dan vroeger toen je eigenlijk van niets wist' (Respondent 15)*

*'Doelgericht. Ik had het idee op een enigszins gelijkwaardige voet met de arts te kunnen overleggen hoe wij samen mijn klacht het beste konden oplossen' (Respondent 17)*

De laatste respondent spreekt over het op een gelijkwaardige voet overleggen met haar huisarts. Vanuit haar beroep kent ze dat op zich wel, maar 'de specifieke informatie van het internet versterkte dit'. Respondent 15 geeft aan dat 'het anders is dan vroeger, toen je eigenlijk van niets wist'. Hij geeft ook aan dat het hem een prima gevoel geeft meer te weten. In hoofdstuk 4, paragraaf 3, is gesproken over een empowerment. Een geïnformeerde patiënt is volgens sommige auteurs 'empowered', terwijl andere auteurs aangeven dat het 'geïnformeerd zijn' niet voldoende is. De citaten van bovenstaande respondenten laten zien dat zij een meer gelijkwaardig gevoel ten opzichte van de huisarts ervaren. Het lijkt er op dat de informatie die gevonden wordt op internet zorgt voor (meer) wederkerigheid in de relatie tussen arts en patiënt. Maar zijn patiënten inderdaad empowered door de informatie? In het discussiehoofdstuk kom ik hier op terug.

### Typen arts-patiëntrelaties

Wanneer gekeken wordt naar de verantwoordelijkheden die de 'leek'-respondenten toekennen aan de patiënt, ligt de nadruk sterk op een paternalistische relatie. Een patiënt moet namelijk duidelijke, nauwkeurige en volledige informatie verschaffen. Een patiënt moet vragen stellen als hij iets niet begrijpt en de aanwijzingen van de arts opvolgen. Als laatste zou de patiënt een rol hebben in de evaluatie van de behandeling: hij moet het aangeven als de aanwijzingen van de arts niet tot het gewenste resultaat leiden.

Een patiënt heeft dus voornamelijk een informerende rol. Uit ervaring weten de heer Hennemann en de Emaildokter echter dat de patiënt deze verantwoordelijkheid niet geheel zelf kan dragen, waardoor de arts een controlerende functie heeft wat betreft de informatie die de patiënt verschaft. De beslissingen worden vervolgens aan de arts overgelaten en de patiënt volgt die beslissing op.

Bij het typeren van de relatie met hun huisarts, noemen de 'leek'-respondenten alle drie de typen arts-patiëntrelaties: paternalistisch, wederkerig en consumeristisch. Een 'leek'-respondent geeft bijvoorbeeld indirect aan dat zijn huisarts inspeelt op zijn behoeften:

*'Consumeristisch in sommige gevallen (voorschrijven medicijnen bv.), in andere gevallen waar ik niet weet wat ik mankeer bijv. wederkerigheid' (Respondent 14)*

Blijkbaar past deze huisarts zich aan aan de patiënt. Als de patiënt een duidelijke voorkeur heeft voor medicatie, gaat deze huisarts daar in mee. Maar wanneer de patiënt eigenlijk niet goed weet wat hem mankeert, neemt de arts meer het voortouw. Dit illustreert de bewering van Bensing e.a. (2004) dat twee consulten met eenzelfde patiënt niet hetzelfde zijn. Op de verschillende contactmomenten tussen arts en patiënt, zijn dus verschillende communicatiestrategieën nodig.

De keuze voor een bepaalde communicatiestrategie in het contact tussen arts en patiënt is dus terug te voeren naar de inhoud van de vraag van de patiënt. Omdat de verschillende contacten de arts-patiëntrelatie vormen, draait het in de arts-patiëntrelatie dus in eerste instantie om inhoud en de soort vraag waar de patiënt mee komt, waarna de communicatievorm daarop wordt aangepast.

### **Deelconclusie**

Bovenstaande resultaten laten zien dat huisartsen verschillend kunnen reageren op de internet-informatie die een patiënt meebrengt naar het spreekuur. De geïnterviewde huisartsen staan positief tegen het gebruik van internet omdat patiënten beter in staat zijn hun verwachtingen onder woorden te brengen en is het voor de arts duidelijker waar de patiënt heen wil. Zodoende zorgt de informatie indirect voor een consult wat beter aansluit op de behoeften en zorgvraag van de patiënt. Omdat de verwachtingen duidelijker zijn, is de arts beter in staat hieraan te voldoen of te motiveren waarom er niet aan voldaan kan worden. Een stukje relational responsibility krijgt dus dankzij het internet meer vorm. Maar in hoeverre staat een patiënt nog open voor de kennis en expertise die een huisarts geeft, het andere stukje relational responsibility, als hij op internet iets totaal anders heeft gelezen waarin hij heilig geloofd? Het beeld van de huisarts als 'alwetende' lijkt immers te hebben ingeboet. Ondanks dat zien patiënten de huisarts nog steeds als 'doorslaggevende' factor bij de beslissing over een behandeling, dus de patiënt staat open voor de kennis en expertise van zijn arts. De verantwoordelijkheid voor een beslissing wordt hoofdzakelijk bij de arts gelegd, waarbij de patiënt slechts een informerende rol heeft. Dit impliceert dat de paternalistische kijk op de arts-patiëntrelatie de overhand heeft.

### §3. Het medium

Er is één 'leek'-respondent die aangeeft dat een arts naar aanleiding van de e-mail van de patiënt nadere vragen kan stellen. De E-maildokter geeft aan dat hij daar vaak behoefte aan heeft. Blijkbaar geven patiënten niet alle benodigde informatie weer in een e-mailconsult. De ontbrekende informatie in de e-mail van de patiënt vraagt de E-maildokter bij voorkeur *telefonisch* op. Hij geeft aan dat hij telefonisch contact opneemt met een patiënt omdat het opvragen van extra informatie via e-mail omslachtig is en tot misverstanden kan leiden:

*'Indien gevraagd [antwoord ik] per e-mail. Maar vaak komt hierop weer een e-mail retour. Zodoende vaak telefonisch contact van mijn zijde'.*

*'Vaak ontstaat er dan een pingpong situatie door dat je elkaar niet optimaal begrijpt via e-mail. Soms wordt er pas na een paar uur gereageerd op mijn retourmail. Werkt allemaal niet prettig en inefficiënt. Na e-mail van een patiënt gevolgd door een telefoontje ben je veelal klaar in korte tijd'.*

De E-maildokter schat in dat bij een behoorlijk gedeelte van de vragen per e-mail aanvullende informatie gewenst is door de arts. Door deze telefonisch op te vragen, wordt deze aanvullende informatie efficiënter ingewonnen. Dit omdat er niet talloze e-mails voorbij komen alvorens elkaar te begrijpen en over de juiste informatie te beschikken.

Professor Schellevis geeft ook aan dat het doorvragen naar de juiste informatie via e-mail tijdrovend en ingewikkeld is. Wanneer een arts het een en ander van de patiënt wil weten, kan dat volgens professor Schellevis 'een lange e-mail uitwisseling tot gevolg hebben, waardoor het voordeel van "snel en makkelijk" (...) teniet gedaan wordt'. Voor een persoonlijke hulpvraag zijn blijkbaar efficiëntere media voorhanden.

De keuze voor een bepaald medium kan dus afhangen van de soort vraag. Ook de ervaren klachten spelen een rol. Een klacht mag niet 'acuut' of 'ernstig' zijn, maar 'mild' en 'licht'. Van groot belang is voor de meeste 'leek'-respondenten of zij van mening zijn dat er lichamelijk onderzoek nodig is. Zodra dit het geval is, moet een arts gezien worden. Ervaring met een bepaalde klacht speelt hierbij een grote rol, zoals onderstaande casus illustreert:

*'Dit hangt af van de klacht. Als ik van mening zal zijn dat de arts mijn klacht zou moeten zien, dan zou ik geen gebruik maken van een e-mailconsult. Aangezien ik dan van mening zou zijn dat de arts geen goed advies zou kunnen geven. Maar wanneer ik van mening zou zijn dat de oplossing voor mijn klacht duidelijk is, zou ik het overwegen. Als voorbeeld hiervoor kan genoemd worden dat ik in mijn jeugd tientallen oorontstekingen gehad heb. Op dit moment voel ik zelf of ik een oorontsteking heb of niet, op basis van mijn ervaringen. Wanneer het niet mogelijk is om naar een arts te kunnen gaan, zou ik contact zoeken via een e-mail' (Respondent 39)*

De keuze een arts wel of niet te contacteren via e-mail wordt dus gebaseerd op de eigen mening over en ervaringen met de klachten van de patiënt die hij op dat moment heeft. Ongerustheid speelt hierbij een rol. Wanneer men zich ongerust maakt, bijvoorbeeld omdat, klachten iets ernstigs zouden kunnen betekenen (bijvoorbeeld een knobbeltje in de borst) wil men echt gezien worden door de arts. Een face-to-face consult is dus wenselijk bij zichtbare of voelbare klachten, en/of wanneer de klachten beangstigend zijn.

Waar bij bepaalde klachten juist face-to-face contact gewenst is, wordt bij andere klachten anonimiteit als bijzonder prettig ervaren. Over het algemeen betreffen dit klachten waar men zich voor schaamt, zoals erectieproblematiek, overgewicht en haargroeibevordering.

Anonimiteit, werd door de 'leek'-respondenten ook het meest genoemd als nadeel van het e-mailconsult. Komt de e-mail bijvoorbeeld altijd wel over zoals deze bedoeld is door de patiënt? Dit hangt nauw samen met lichaamstaal; in het consult kun je wellicht aan de lichaamstaal van de arts zien, of hij inderdaad begrepen heeft wat de patiënt bedoelt. Bij een e-mail ontbreekt deze lichaamstaal. Een 'leek'-respondent geeft aan dat zij lichaamstaal in communicatie belangrijker vindt dan woorden:

*'Het ontbreken van persoonlijk contact. In de communicatie is lichaamstaal belangrijker dan woorden. In optimaal interpersoonlijk contact kan eventueel doortastender worden ingegaan op onderliggende problemen waardoor de diagnose anders kan uitvallen en de communicatie derhalve een breder karakter heeft dan bij E-Mail contact' (Respondent 33)*

Door het ontbreken van persoonlijk contact zou het probleem van de patiënt fout ingeschat kunnen worden, waardoor er een verkeerd behandelbeleid wordt ingezet. Bij e-mail als eerste contact ontbreekt ook de ziektegeschiedenis van een patiënt. Professor Schellevis is het hier mee eens en vindt anonimiteit daarom eerder een nadeel dan een voordeel. Hij stelt dat de kans op fouten groter is wanneer er sprake is van e-mailcontact:

*'Ik vind dat het voordeel van de anonimiteit niet opweegt tegen het nadeel van de mogelijke schadelijke gevolgen. Er zijn mensen overleden aan het gebruik van Viagra!'*

De heer Hennemann denkt dat communicatie via internet juist veiliger kan verlopen, omdat een patiënt bijvoorbeeld nog eens rustig zelf in zijn medicijnkastje kan kijken alvorens te antwoorden aan de arts. Ook de Emaildokter is van mening dat er zonder face-to-face contact zeker wel een verantwoordelijk (en veilig) beleid gevoerd kan worden. Hij geeft aan dat persoonlijk contact bij nieuwe gezondheidsproblemen nog altijd erg belangrijk is, maar niet altijd:

*Dan heb je de vragen over jeuk tussen de tenen (...)De kans op een schimmelinfectie is aanzienlijk. Dus kan ik ze in ieder geval adviseren te starten met miconazol zalf, uiteraard met het advies om bij geen verbetering na een week contact op te nemen met de huisarts. Al met al: uiteraard is een persoonlijk contact aan het begin van een nieuwe ziekte-episode nog steeds erg belangrijk. Maar niet altijd. Zeker indien er een foto bijgevoegd wordt. Daarbij bel ik vaak terug, hetgeen leidt tot een verantwoordelijk beleid zonder persoonlijk contact'*

Uit dit citaat blijkt dat er verantwoordelijk beleid zónder persoonlijk contact ontstaat doordat de arts de patiënt ook telefonisch contacteert. Het doorvragen via e-mailconsult zou erg tijdrovend zijn, zoals professor Schellevis ook aangaf, en wellicht onvoldoende om verantwoorde zorg te kunnen leveren.

Anonimiteit kent dus twee kanten; voor patiënten met klachten waar zij zich voor schamen, is het een uitkomst. Als zij hun klachten niet anoniem konden voorleggen aan een arts, zouden zij wellicht met de klachten blijven lopen. Van de andere kant kan het stellen van een diagnose en het daarop voorschrijven van medicatie bij een anonieme patiënt ook een risicovolle onderneming zijn.

Wanneer e-mail, of internet in het algemeen, een minder veilig communicatiemiddel zou zijn, draait de discussie uiteraard wél om het medium. Blijkbaar zijn daar de meningen nog over verdeeld. Ik vraag me hierbij af wat het verschil is tussen medicatie voorschrijven via internet en medicatie voorschrijven aan een onbekende of nieuwe patiënt die op spreekuurbezoek bij de arts komt.

De heer Hennemann ziet hiertussen geen verschil: 'de denkfout die het KNMG maakt is dat het risico op fouten kleiner is in de spreekkamer als via het internet'. Hij denkt dat het andersom is, zoals eerder aangegeven. Professor Schellevis geeft aan dat een nieuw ingeschreven patiënt meestal een medisch dossier bij zich heeft, waar de arts kennis van kan nemen voordat hij een geneesmiddel voorschrijft. Wanneer de huisarts (nog) niet over het medisch dossier beschikt, kan hij de patiënt bevragen over relevante problemen in de medische voorgeschiedenis, en zonodig daarop dóórvragen. Dit alles is ingewikkeld en tijdrovend per e-mail, aldus professor Schellevis. De Emaildokter heeft om deze reden de voorkeur voor het telefonisch dóórvragen aan de patiënt. Telefonisch contact is een geaccepteerde communicatievorm tussen arts en patiënt, terwijl daarbij ook geen face-to-face contact plaatsvindt of onderzoek gedaan kan worden. Waarom is er op het telefonisch consult minder kritiek dan op het e-mailconsult? Wat maakt, met andere woorden, het telefonisch consult anders dan het e-mailconsult?

Doordat de arts (of de assistente) en de patiënt elkaar horen, wordt telefonisch contact door de 'leek'-respondenten als meer persoonlijk ervaren. Bepaalde non-verbale signalen, zoals de toon van de stem, kunnen via telefoon wél worden overgebracht.

Professor Schellevis geeft verder aan, dat er voor telefonische contacten met huisartsen strikte protocollen bestaan, waarin duidelijk staat in welke situaties volstaan kan worden met een telefonische "afhandeling" en wanneer een face-to-face contact nodig is. Voor online contact tussen arts en patiënt bestaan (naar mijn weten) dergelijke protocollen niet. De enige richtlijn die op dat gebied bestaat is de eerder genoemde richtlijn online arts-patiëntcontact van de KNMG. Daarin wordt ook aangegeven onder welke voorwaarden een online consult geoorloofd is. Toch blijven deze voorwaarden naar mijn idee wat vaag; 'de arts heeft voldoende relevante betrouwbare (medische) gegevens van de patiënt ontvangen om een medisch verantwoord individueel advies te geven'. Bauer (2002:4) illustreerde eerder al dat het internet de criteria voor het bestaan van een arts-patiëntrelatie wellicht een andere betekenis toekent, die tot op heden moeilijk te bepalen is. Hetzelfde geldt dan wellicht voor de voorwaarden van een online consult: een arts weet in een spreekuurbezoek precies wanneer hij voldoende informatie verzameld heeft om een verantwoord oordeel te vellen. Maar wat is voldoende informatie in een online consult, waarin je de patiënt niet ziet?

Een online consult wordt zodoende een soort van 'uitproberen', maar dat is voor een arts een risicovolle onderneming. Een foute beslissing schaadt niet alleen de patiënt, maar kan ook voor de arts verstrekken gevolgen hebben.

Behalve de klacht, de soort vraag en het 'onbekende' van het e-mailconsult spelen ook praktische argumenten een rol bij de keuze voor een bepaald medium. Een eerste voorwaarde voor het e-mailconsult is dat de klacht goed schriftelijk te omschrijven moet zijn. Daarnaast bespaar je door het gebruik van een e-mailconsult tijd, aangezien je geen tijd kwijt bent met reizen en wachten in de wachtkamer. Bovendien kan via e-mail wellicht al bepaald worden of het wel nodig is de arts face-to-face te bezoeken en als blijkt dat dat niet nodig is, scheelt ook dat tijd voor beide partijen. Een andere vorm van tijdsbesparing betreft de wachttijd van de patiënt om zijn klachten te kunnen uiten. Door middel van een e-mailconsult kun jij je klachten uiten wanneer het jou uitkomt: *'je bent niet gebonden aan de spreekuurtijden van de arts'* (Respondent 39). Een andere respondent geeft aan hoe belangrijk dat voor haar is:

*'Als toevoeging in de huisartsenpraktijk vind ik e-mailconsult waardevol, juist omdat er momenten zijn dat je anders als in face-to-face contact wel heel goed kan verwoorden wat er aan de hand is, op momenten die niets met kantooruren te maken hebben'* (Respondent 12)

Verder zit er bij e-mailconsult geen tijdslimiet vast aan het formuleren van de vraag. Samengevat wordt het e-mailconsult dus ervaren als een laagdrempelig consult. Hierdoor is het erg gemakkelijk via deze weg ook het advies van een tweede arts in te winnen en vinden veel 'leek'-respondenten het e-mailconsult geschikt voor second-opinion of vraagbaak. Meestal zijn de 'leek'-respondenten daarbij wat ontevreden over de aanpak van hun eigen huisarts en 'willen wel eens horen wat een ander zegt' of willen inventariseren of ze met hun klachten naar de huisarts moeten gaan of niet.

Het overgrote deel van de 'leek'-respondenten geeft aan een sterke voorkeur te hebben voor het face-to-face consulteren van de huisarts. Het face-to-face consult wordt doorgaans als het meest persoonlijk ervaren. Bij lichtere klachten heeft e-mail de voorkeur. Aan een telefonisch consult geeft slechts een enkeling de voorkeur.

### ***Deelconclusie***

De keuze voor een bepaald medium hangt sterk af van de klachten: face-to-face contact is absoluut gewenst bij (beangstigende) zichtbare en/of voelbare klachten. Bij klachten waar de patiënt zich voor schaamt is anoniem contact vaak gewenst, wat mogelijk is via e-mailconsult.

Verschillende respondenten vinden het e-mailconsult echter minder betrouwbaar dan een face-to-face consult. Dit omdat de arts en patiënt elkaar niet zien, betwijfeld wordt of de e-mail over komt zoals bedoeld en het risico op een foute diagnose of behandeling zodoende groter zou zijn dan bij een spreekuurbezoek. Anonimiteit kan op deze manier in het nadeel van de patiënt werken.

Een vaak beschreven voordeel van e-mailconsultatie is dat het snel en makkelijk is, omdat het tijd kan besparen en laagdrempelig is. Dóórvragen via e-mail kan echter tijdrovend zijn en daardoor dit voordeel teniet doen. Een patiënt heeft bij e-mail wel meer tijd om na te denken over de formulering van zijn klachten.

De voordelen van het e-mailconsult lijken nog niet op te wegen tegen de nadelen ervan; het overgrote deel van de 'leek'-respondenten heeft immers de voorkeur voor face-to-face contact. Wellicht speelt het 'onbekende' van het e-mailconsult hierbij een rol. Daar kom ik in het discussiehoofdstuk op terug.

#### §4. Patiëntgerichte zorg: internetgebruik in de arts-patiëntrelatie

In paragraaf 2.3. hebben we gezien dat de verwachtingen van een patiënt een grote rol spelen in de beleving van een consult. Een arts stelt een patiënt tevreden, wanneer hij aan de verwachtingen van een patiënt voldoet (Centrum Klantervaring Zorg, 2008).

In paragraaf 2.1 is geconcludeerd dat de basis van de arts-patiëntrelatie gevormd wordt door de inhoud of soort vraag waar de patiënt mee komt. Na het stellen van deze vraag willen de 'leek'-respondenten '*duidelijkheid*', '*vertrouwelijkheid*', '*zorgvuldigheid*', '*betrokkenheid*', '*aandacht*' en '*serieus genomen worden*'. Het antwoord op de vraag moet op de patiënt afgestemd worden. Wanneer een patiënt bovenstaande elementen ervaart in een consult, voldoet het consult aan zijn verwachtingen en zal hij, wat dat betreft, een goed gevoel overhouden aan het consult, ongeacht of dit per e-mail of face-to-face plaatsvindt. In paragraaf 2.3 is beschreven dat geslaagde consulten, consulten waarbij de patiënt met een goed gevoel naar huis gaat, de 'juiste' bouwstenen zijn voor een arts-patiëntrelatie.

In paragraaf 5 van hoofdstuk 3 heb ik de vraag gesteld of het voldoen aan de verwachtingen van de unieke, individuele patiënt gelijkgesteld kan worden aan patiëntgerichte zorg.

Wanneer de 'leek'-respondenten gevraagd wordt wat zij verstaan onder patiëntgerichte zorg komt het erop neer dat 'een arts zich moet verdiepen in de klachten van de patiënt, door goed te luisteren naar diens vragen en klachten'. De arts moet daarbij 'persoonlijke aandacht geven en de tijd nemen'. Vervolgens moet de arts 'het waarom van zijn handelen motiveren en de patiënt mee laten beslissen over een eventuele behandeling'. Het waarom van het handelen dient 'in begrijpelijke termen aan de patiënt uitgelegd te worden en die uitleg moet afgestemd zijn op het kennisniveau van de patiënt'. Verder moet de arts 'rekening houden met de behoeften van de patiënt: hoeveel wil een patiënt eigenlijk weten? Aan welke informatie heeft de patiënt echt behoefte?'. Bij patiëntgerichte zorg draait het om de *individuele* patiënt en zijn verwachtingen, wensen en behoeften.

Deze omschrijving van patiëntgerichte zorg komt sterk overeen met de punten die de 'leek'-respondenten aangeven te verwachten bij een e-mailconsult. Zodoende moet een e-mailconsult patiëntgericht zijn om aan de verwachtingen van de patiënt te kunnen voldoen.

Patiëntgerichte zorg is dus open staan voor de individuele patiënt, het peilen van de wensen, verwachtingen en behoeften van deze patiënt en hieraan proberen te voldoen (binnen de grenzen van redelijkheid uiteraard). Wanneer dit niet kan moet een arts motiveren waarom hij een andere weg inslaat dan de patiënt verwacht (relational responsibility). Om een arts hiertoe in staat te laten zijn, moet een patiënt zijn verwachtingen, wensen en behoeften wel

duidelijk kunnen maken aan een arts. Dat is niet voor iedere patiënt even gemakkelijk. In hoofdstuk 2 is beschreven dat volgens Bensing e.a. de arts door goede communicatieve technieken de patiënt hierbij kan helpen. Uit eerdere resultaten bleek echter dat het artsen lang niet altijd lukt een (compleet) beeld te vormen van wat een individuele patiënt wenst, verwacht en precies nodig heeft. De geïnterviewde huisartsen gaven immers aan dat de door de patiënt gevonden informatie (op internet) de huisarts helpt een *beter* beeld te vormen waar de patiënt 'naar zoekt' en wat hij dus verwacht vanuit het consult.

In paragraaf 2.3 is geconcludeerd dat door geïnformeerde patiënten relational responsibility (RR) een betere plaats in kan nemen in het face-to-face consult. RR is immers beter toe te passen wanneer een patiënt zijn verwachtingen duidelijk(er) kan maken. Als verwachtingen duidelijker zijn, kan de arts daar beter op inspelen of beter motiveren waarom hij niet aan de verwachtingen kan voldoen. RR draagt dus bij aan het leveren van patiëntgerichte zorg. Een geïnformeerde patiënt draagt dus zélf ook bij aan zorg die op hem is afgestemd! Vanuit het oogpunt van patiëntgerichte zorg bekeken, lijkt het zelfstandig zoeken van informatie dus een goede ontwikkeling. Maar hoe zit het dan met e-mailconsulten? Dragen zij bij aan patiëntgerichte zorg?

Een 'leek'-respondent heeft met betrekking tot patiëntgerichtheid het volgende gezegd:

*'Het patiëntgerichte zit hem voor mij vooral in de inhoud van de boodschap en dat kun je in een mail net zo goed doen als via een ander communicatiemiddel. Je mist wel de non-verbale communicatie (bejegening) en vragen stellen duurt wat langer, maar dat hoeft geen belemmering te zijn als je allebei rekening houdt met deze eigenschappen van mail'(Respondent 17)*

De inhoud van het bericht van de arts maakt voor deze respondent dus of het patiëntgericht is of niet. Het medium waarlangs dit bericht verstuurd wordt, maakt voor haar niet uit. Daarnaast spreekt deze respondent ook over verwachtingen: als je rekening houdt met het ontbreken van non-verbale communicatie, verwacht je ook geen non-verbale communicatie. Hetzelfde geldt voor de tijdsvertraging tussen vraag en antwoord; rekening houden met deze tijdsvertraging betekent dat je niet meteen een reactie terug verwacht. Als dit voor jou wel belangrijk is, kies je wellicht voor een ander medium.

Het citaat van respondent 17 geeft opnieuw aan dat verwachtingen een grote rol spelen in hoe een consult ervaren wordt. De 'leek'-respondenten mét ervaring waren voornamelijk positief over het gebruik van e-mailconsult en vinden het een waardevolle toevoeging aan de huisartsenpraktijk. De zorg kan door het toepassen van e-mailconsultatie meer patiëntgericht geleverd worden.

De 'leek'-respondenten die geen ervaring hebben met het gebruik van e-mailconsult, hadden echter over het algemeen behoorlijk negatieve verwachtingen en nog veel vragen over het 'hoe en wat'. Wellicht is dat een reden waarom zij zich nog niet aan het e-mailconsult gewaagd hebben. De onbekendheid met het e-mailconsult komt in het discussiehoofdstuk aan de orde.

### **Deelconclusie**

De bouwstenen voor een 'volgroeide' arts-patiëntrelatie zijn geslaagde consulten. Om tot een geslaagd consult te komen, is patiëntgerichte zorg noodzakelijk. Patiëntgerichte zorg ontstaat door als arts open te staan voor de individuele patiënt en zijn behoeften, wensen en verwachtingen. De patiënt moet hiervoor kenbaar kunnen maken wat hij verwacht, wenst en nodig heeft. Wanneer de arts niet de zorg kan geven die een patiënt in eerste instantie wil, zal hij dit moeten motiveren. Zoals eerder beschreven vormt het voor elkaar open staan met betrekking tot de eigen opvattingen over goede zorg, de basis van relational responsibility (RR). Door RR een plaats te geven in het consult, wordt de zorg dus meer patiëntgericht. Eerder is al geconcludeerd dat RR in een consult met een *geïnformeerde* patiënt meer naar de voorgrond kan treden. De door de patiënt gevonden informatie op het internet draagt zodoende bij aan patiëntgerichte zorgverlening.

Respondenten die ervaring hebben met het e-mailconsult, geven aan dat deze consultatievorm zeker patiëntgericht kan zijn. Dit hangt samen met de verwachtingen die een patiënt heeft. De mogelijkheid tot e-mailconsultatie komt tegemoet aan de 'patiënt van nu', die snel en efficiënt geholpen wil worden. Hier kom ik in de volgende paragraaf op terug.

## §5. De kritiek op internetgebruik in de arts-patiëntrelatie nader bekeken

Op verschillende plaatsen komt in dit hoofdstuk naar voren dat bij het communiceren met een arts en het wel of niet hebben van een arts-patiëntrelatie, het niet zozeer draait om het medium maar om de soort vraag waar de patiënt mee komt. De soort vraag bepaald welk medium geschikt of juist ongeschikt is en of de vraag die het eerste contact vormt tussen arts en patiënt, het begin is van een arts-patiëntrelatie tussen beiden. Dit terwijl in de literatuur de meeste kritiek gegeven wordt op het medium (zie hoofdstuk 2.2).

In online contact ontbreken houding, intonatie en overige indrukken die van wezenlijk belang kunnen zijn (Richtlijn online patiëntcontact). Indien online contact het eerste contact vormt, ontbreekt bovendien de (medische) historie van de patiënt.

Maar een telefonisch consult, waarbij de arts de patiënt ook niet kan zien, is wel een geaccepteerde manier van communiceren met de arts. Wanneer een patiënt de huisartsenpost belt, wordt vaak telefonisch een beleid afgesproken met de *dokterassistente*, op basis van de mondelinge informatie en dus *zonder* persoonlijk contact (De Emaildokter, persoonlijke communicatie). Bovendien zijn patiënten die slechts eens in de zoveel jaar door de huisarts worden gezien of waarbij het spreekuurbezoek het eerste contact vormt, ook onbekend voor de huisarts.

Mensen communiceren dagelijks op veel verschillende manieren via internet en leren elkaar ook via deze weg kennen. Hierover worden geen discussies zoals die over de arts-patiëntrelatie en de gezondheidszorg. Waarom bestaat er dan wel zo'n ophef over het gebruik van internet in de arts-patiëntrelatie?

De Emaildokter geeft aan niet te weten waarom de ophef over internetgebruik in de arts-patiëntrelatie zo groot is:

*'Ik zou het niet weten. Zorg en nieuw blijft elkaar bijten. Daarbij denken dokters vaak "het gaat goed zo, dus waarom al die veranderingen"? Gewoon raar gedrag, waar geen boetes op staan. Volgens mij gaat er gewoon veel niet goed door ontbreken van elektronische info'<sup>15</sup>. Maar ook daar komt verandering in. Gaat alleen erg slow'*

---

<sup>15</sup> In de verschillende citaten wordt gesproken over vertraging met betrekking tot het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Wanneer het EPD Nederlandsbreed ingevoerd zou zijn, zou het wellicht ook mogelijk zijn voor een internetarts op de hoogte te zijn van de medische historie van de patiënt. Dit zou een stap voorwaarts betekenen in de acceptatie van online contact als eerste contact met een arts. Dit laat zien dat ontwikkelingen in de zorg niet op zich staan en dat dus de acceptatie en toepassing van bijvoorbeeld e-mailconsult ook afhangt van andere ontwikkelingen op ICT-gebied.

Uit het citaat van de Emaildokter blijkt dat artsen over het algemeen niet zo'n voorstander zijn van veranderingen wanneer de huidige gang van zaken volgens hen prima verloopt. De heer Hennemann spreekt in dit verband over conservatisme in de werkmethoden in de gezondheidszorg:

*'Wanneer men eenmaal gewend is een bepaalde methode te gebruiken of medicijn voor te schrijven, dan gaat men maar moeilijk over tot nieuwere ontwikkelingen. "Wat de boer niet kent, dat eet die niet". Dokters zijn ook mensen!'*

In de zorg wordt dus blijkbaar veel waarde gehecht aan huidige werkmethoden en zijn artsen vaak erg moeilijk tot verandering te bewegen. De heer Ketelaar spreekt in dit verband over een paradigmaverschuiving.

*'Met telemedicine wordt de zorg naar de patiënt verplaatst, in plaats van andersom. In plaats van aan te schuiven in de wachtrij van het spreekuur, heeft de patiënt de mogelijkheid met telemedicine om in zijn eigen omgeving, onder zijn eigen voorwaarden te communiceren met een zorgverlener (...)*

*Ultimo betekent dit ook: meer keuzevrijheid omdat afstanden er niet meer zo toe doen. Zo zou een patiënt bijvoorbeeld kunnen besluiten om die ene sub-specialist in Groningen te raadplegen middels tele-mailconsultatie, terwijl hij zelf in Maastricht woont. "Power to the patient" dus, en dat gaat voor een deel ten koste van de machtspositie die zorgverleners nu hebben'*

*'Het activeren en motiveren van professionals om aan een paradigmaverandering mee te werken die hun eigen machtspositie aantast is altijd lastig. Dit geldt voor alle veranderingen en innovaties, ook in andere sectoren, en is niet per se uniek voor de zorg'*

Telemedicine zorgt voor een andere manier van werken en organiseren in de zorg, waardoor meer 'power' bij de patiënt komt te liggen. De machtspositie van zorgverleners zou hierdoor worden aangetast. De Emaildokter geeft aan dat in de consulten van nu 'de arts de allesweter is en dat de patiënt dit maar moet slikken als zoete koek'. Volgens hem gaan:

*'patiënten zich gelukkig steeds meer inleven in hun ziekte. Uiteraard veelal via internet. Ik ben er blij mee, want dan heb je niet al te veel meer info te geven. Je krijgt als huisarts een meer coachende rol door hun info in te passen in hun ziekte. Gewoon erg prettig. Daarbij is het consult ook veel meer in evenwicht, daar beide kanten van de ziekte afweten en geïnformeerd zijn. Er ontstaat zo een volgens mij veel rijker consult dan nu nog steeds plaatsvindt waarin de arts de allesweter is en de patiënt dit maar moet slikken als zoete koek (...)'*

Door het internetgebruik van de patiënt verandert de rol van de huisarts; hij hoeft minder te informeren, maar zal meer moeten ondersteunen. Omdat de geïnformeerde patiënt meer op gelijke voet het consult kan binnentreden, komt het consult meer in evenwicht. Met andere

woorden, een stukje macht lijkt te verplaatsen van de arts naar de patiënt. Heeft de kritiek en afwachtende houding van artsen op internetgebruik in de gezondheidszorg wellicht hiermee te maken? Dit machtsaspect komt in het discussiehoofdstuk aan de orde.

Door het gebruik van internet verschuift niet alleen macht, maar verschuiven ook verantwoordelijkheden:

*(...) 'Ik begrijp het ook wel de patiënt vraagt iets van de arts, het gaat altijd om gezondheid, van de arts word advies en of behandeling verwacht. Patiënten willen een goed en degelijk advies, en in de meeste gevallen gezond worden, en daarbij ook nog eens als gelijkwaardig behandeld en gezien worden, ga er maar aan staan'*

*'Maar ik besef heel goed het vergt voor de arts veel, buiten kennis moet je ook in staat zijn tussen de regels door te lezen. Er moet tijd in gestoken worden, het is slecht betaald (...)*

*'Wil je iemand ontmoeten, ja dat is je eigen verantwoording. Raak je teleurgesteld, jammer dan, het schaad buiten jezelf niemand. Wil je een diagnose, leg je de verantwoording bij de arts, deze moet deze verantwoording ook nemen' (Respondent 12).*

Deze respondent geeft dus eigenlijk aan dat het een hele verantwoording is die de arts op zich neemt, waar vooralsnog weinig tegenover staat. Ondanks dat patiënten mondiger zijn en wellicht meer op gelijke voet het consult binnen treden, zijn ze in geval van ziekte bijzonder kwetsbaar, en moet de arts vanuit zijn medische professionaliteit optreden als belangenbehartiger. Volgens professor Schellevis is de zorg in dit opzicht specialer *'omdat het over gezondheid en ziekte gaat. Voor mensen is dat het hoogste goed, maar een foute beslissing van een arts (vanwege gebrekkige informatie) kan verstrekkende gevolgen hebben'*. Een foute diagnose of verkeerde behandeling wordt vooralsnog de arts aangerekend. Dit is ook het verschil met het dagelijks communiceren en elkaar leren kennen via internet, wat voor veel mensen inmiddels gewoon is: niet de arts, maar jijzelf neemt daarin de verantwoordelijkheid.

Veel consumenten willen steeds meer via internet, waarbij de zorg eigenlijk niet achter kan blijven. Er is veel meer behoefte aan online communicatie met de arts dan dat daar mogelijkheden voor zijn<sup>16</sup>. De ontwikkelingen op het gebied van e-health worden daarom niet zozeer gedreven door technologische ontwikkelingen, maar des te meer door de vraag van

---

<sup>16</sup> Onderzoek van de Universiteit Twente en de NVEH ('E-mailconsult 2006 – Een onderzoek naar het gebruik van e-mailconsult onder huisartsen') wijst uit dat driekwart van de Nederlanders online wil communiceren met de huisarts, maar slechts 9 % van de huisartsen biedt dit aan.

consumenten/patiënten. Dit maakt een groot verschil in de acceptatie door de patiënt en consument, aldus de heer Ketelaar.

De Emaildokter onderstreept deze bewering. De patiënt 'van nu' wil een verdere ontwikkeling op het gebied van e-health:

*'Internet is gewoon de new tool die past bij de huidige wereld, denkwijze en efficiënte manier van informatie opzoeken'*

*'It's the new patient, die zijn eigen regie wil behouden, maar daarbij graag een meedenkend en meevoelend huisarts op de achtergrond wil hebben'*

Niet iedere patiënt is naar mijn mening een 'patiënt van nu'. Eerder is al beschreven dat het maar de vraag is of patiënten bepaalde verantwoordelijkheden wel willen nemen, nog daargelaten of ze het überhaupt wel zouden kunnen. Daarnaast is ook al eerder aangehaald dat er genoeg mensen zijn die (bewust) geen computers gebruiken en dus ook internet niet zien als 'the new tool'. Bovendien is nog lang niet iedere patiënt op de hoogte van de mogelijkheden die het internet kan bieden (Tjalsma, 2007:5). Wil het individuele belang van de patiënt gediend worden, dan zal per patiënt gekeken moeten worden wat zijn behoeften, wensen en verwachtingen zijn.

### **Deelconclusie**

Het gebruik van internet in de arts-patiëntrelatie ligt erg gevoelig. Internetgebruik in de zorg betekent innovatie en innovatie betekent verschuivingen van rollen, verantwoordelijkheden en macht. Innovatie is zodoende lastig te verenigen met het conservatisme dat de zorg kenmerkt.

Veel patiënten willen echter wel het internet gebruiken voor gezondheids(zorg)doeleinden. De Emaildokter typeert deze patiënten als 'de patiënten van nu'. Beargumenteerd is dat niet iedere patiënt een 'patiënt van nu is'. Om in de toekomst patiëntgerichte zorg te kunnen verlenen, zullen artsen en patiënten hier tot een compromis moeten komen. Hierbij moet dat compromis telkens worden afgestemd op de patiënt die de arts voor zich heeft.

## Hoofdstuk 6. Discussie

Ondanks dat veelvuldig geroepen wordt dat 'het internet niet meer weg te denken is', en 'er een grote vraag is naar ICT-toepassingen in de zorg', zijn de mogelijkheden die het internet biedt, of zou kunnen bieden, veelal nog onbekend onder patiënten (Tjalsma, 2007:5). Tweederde van de mensen is bijvoorbeeld niet op de hoogte van het bestaan van het e-mailconsult. Het overgrote deel van de huisartsen biedt het e-mailconsult ook (nog) niet aan (NVEH & Universiteit Twente, 2006).

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat degenen die geen ervaring hebben met het gebruik van e-mailconsult, over het algemeen behoorlijk negatieve verwachtingen hebben en nog veel vragen hebben over het 'hoe en wat'. Ook zij die wel ervaring hebben met het e-mailconsult geven aan dat er veel onduidelijkheid bestaat over hoe een e-mailconsult precies werkt. Welke vragen kunnen bijvoorbeeld via een e-mailconsult wel en niet gesteld worden? Is privacy gewaarborgd in de informatie-uitwisseling via het e-mailconsult? (ibidem).

Onbekendheid en onduidelijkheid spelen dus een rol bij de afwachtende houding die aangenomen wordt met betrekking tot het e-mailconsult. Een eerder aangehaald argument hiervoor is dat de patiënt niet gezien kan worden. Veel artsen zijn ervan overtuigd dat een patiënt gezien moet worden om verantwoordelijk beleid in te kunnen zetten. Verder zijn ook technische mogelijkheden en de geringe honorering van invloed op de positie die artsen aannemen ten opzichte van het e-mailconsult (Mol e.a. 2006:11).

Waar de toepassing van e-mailconsult voornamelijk geremd lijkt te worden door praktische aspecten, lijkt het gebruik van internet als informatiebron een diepere weerstand te ontketenen. Artsen vinden nog maar moeizaam hun weg op het internet en hierbij speelt ook onbekendheid een rol (Murray e.a. 2003:1733). Een veel grotere rol lijkt echter weggelegd voor de machtsverschuiving die het internet teweeg zou kunnen brengen. Omdat de geïnformeerde patiënt meer op gelijke voet het consult kan binnentreden, lijkt een stukje macht te verplaatsen van de arts naar de patiënt.

Door het gebruik van internet is het, meer dan bij andere media, mogelijk accuraat en tijdig in te spelen op de behoeften en wensen van consumenten. Met andere woorden, de gebruiker wordt centraal gesteld (Anderson e.a. 2003: 68-69). Zorg verlenen vanuit het perspectief van de gebruiker heeft gevolgen voor onderlinge verhoudingen in de zorg. De regie komt meer bij de gebruiker te liggen, waarbij de autonomie van de arts zal afnemen. Voortaan maken patiënt en arts sámen de dienst uit. Een verticale afhankelijkheidsrelatie maakt dus plaats voor een horizontale afhankelijkheidsrelatie. Dit botst uiteraard met bestaande verhoudingen en vergt van alle partijen een gedragsverandering. Een regelrechte cultuuromslag dus! Dit

zorgt voor veel onzekerheid omdat oude normen, waarden, bevoegdheden en verantwoordelijkheden verdwijnen of verschuiven (Tjalsma, 2007:14). Deze verschuiving heeft gevolgen voor de professionele autonomie van de arts.

De professionele autonomie van een arts vormt de basis voor het vertrouwen van de patiënt in de arts (KNMG, 2007:6). Deze professionele autonomie ontstaat door onderzoek en consensus binnen de beroepsgroep. De vrees van artsen is dat anderen meer en meer de inhoud van de zorg gaan bepalen, omdat patiënten, verzekerden, verzekeraars, toezichthouders en de overheid allemaal eigen opvattingen hebben over wat goede en kwalitatief verantwoorde zorg is. De opvatting van de beroepsgroep is dan niet meer vanzelfsprekend de leidende opvatting, wat artsen ervaren als een inperking van hun professionele autonomie (ibidem:2). De professionele autonomie is echter noodzakelijk om het individuele gezondheidsbelang van de patiënt te kunnen dienen (ibidem:10).

De 'rem' op de toepassing van het e-mailconsult lijkt dus voornamelijk te worden veroorzaakt door praktische aspecten. Maar hoe meer patiënten online met hun arts willen communiceren, hoe meer ontevredenheid er ontstaat wanneer dit niet mogelijk is. Eerder is beargumenteerd dat het voor een goede arts-patiëntrelatie van groot belang is dat een arts de patiënt tevreden stelt. Dit levert ook een spanningsveld op wanneer een patiënt zelf de regie wil voeren of de informatie die hij op internet gevonden heeft wil bespreken. Een arts stelt de patiënt tevreden als hij hieraan meewerkt. Dit terwijl de arts van mening is dat zijn medisch professionele autonomie noodzakelijk is voor adequate zorgverlening. Het idee dat de patiënt heeft bij adequate zorgverlening, brengt deze autonomie in gevaar. Een arts wordt zodoende voor de taak gesteld twee aspecten te verenigen die op gespannen voet staan met elkaar: enerzijds het tevreden stellen van de patiënt en anderzijds het behouden van zijn professionele autonomie.

Het argument van empowerment wordt snel aangehaald als het gaat om de toepassing van internet in de gezondheidszorg. Maar in hoeverre wordt die professionele autonomie hier eigenlijk door bedreigd? In hoeverre zijn patiënten empowered? De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat respondenten de arts nog steeds als doorslaggevende factor beschouwen wanneer het gaat om beslissingen omtrent de gezondheid. Wordt het begrip 'empowerment' dan niet wat te ruim opgevat? In een consult met een empowerde patiënt zou het verschil tussen 'leek' en 'expert' vervagen en zou de empowerde patiënt zelf verantwoordelijk zijn voor zijn keuzes en de consequenties daarvan (Aujoulat e.a. 2007: 13-14). Maar kan de patiënt deze verantwoordelijkheid wel nemen? Een patiënt is ziek, kwetsbaar en het is maar de vraag of de patiënt op dat moment ook nog eens op een

behoorlijke verantwoordelijkheid zit te wachten (Henwood e.a. 2003:605). Lupton (1997) stelt dat 'afhankelijk zijn' een centraal kenmerk is van een ziekte-ervaring. Deze afhankelijkheid van artsen is vaak onbewust aanwezig. Wanneer een patiënt last heeft van zijn ziekte, pijn of angst zou het wel eens erg lastig kunnen zijn helder te denken. Sommige patiënten zullen er dan sterk de voorkeur aan geven dat een persoon (de arts) het denken van hen over neemt (Lupton, 1997:379-380).

Meer dan vroeger staan voor patiënten nu vele wegen open waarlangs informatie kan worden ingewonnen, die bruikbaar kan zijn in het consult. Internet levert aan de verspreiding van kennis een belangrijke bijdrage, maar werkt zoals gezegd vooralsnog alleen in het voordeel van hoog opgeleide patiënten. Als patiënten empowered zouden worden, betreft dit dus maar een beperkte groep. Daarbij is een eerste voorwaarde dat de arts open staat voor de eigen inbreng van de patiënt. De patiënt heeft anders vrij weinig aan de informatie die hij wil delen, of dat nu kennis is van de eigen symptomen en klachten, ervaringskennis of wetenschappelijke informatie.

De meeste artsen weten minder goed dan patiënten hun weg te vinden op het internet en weten niet hoe het voelt om (dagelijks) met een aandoening te leven. Deze informatie kan de patiënt wél inbrengen. Een patiënt kan juist weer niet inschatten hoe betrouwbaar bepaalde informatie is en wat de effecten van een behandeling kunnen zijn. Ook vrije toegankelijkheid tot medicatie is bijvoorbeeld niet in het belang van de patiënt. De meeste patiënten zijn simpelweg niet in staat de noodzakelijkheid, veiligheid en consequenties van bepaalde medicatie in te schatten. Het is op dit punt dat de wederkerigheid in de relatie kan ontstaan: beide partijen brengen waardevolle informatie in in het consult, waarbij in samenspraak de beste behandelroute wordt gekozen.

Patiënten kunnen dus tot op zekere hoogte empowered worden, mits de arts open staat voor de eigen inbreng van de patiënt. De arts-patiëntrelatie kan zodoende worden getransformeerd van een door de arts geleide relatie, naar een samenwerkingsverband tussen arts en patiënt. De patiënt zorgt ervoor dat de behandeling aansluit bij zijn individuele behoeften en zodoende heeft de arts meer tijd om cruciale medische beslissingen te nemen (Fox e.a. 2005:1299). Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de arts niet vreest voor het verliezen van zijn professionele autonomie en dat de patiënt accepteert dat niet hijzelf, maar de arts de kennis heeft om veilig en naar tevredenheid op de behandeling toe te zien (Badcott, 2005:174). Wanneer arts en patiënt open staan voor de inbreng van de ander, kan een arts-patiëntrelatie ontstaan waarin beiden zich (weer) thuis voelen.

## Hoofdstuk 7. Conclusie

In de gezondheidszorg wordt steeds meer aandacht besteed aan het centraal stellen van de patiënt. Een aspect hiervan is een meer gelijkwaardige positie van de patiënt in de arts-patiëntrelatie. Volgens sommigen kan het internet hieraan een bijdrage leveren. Over de precieze effecten van het gebruik van internet op de arts-patiëntrelatie bestaat echter nog veel discussie. In dit onderzoek heb ik twee toepassingen van het internet bekeken, namelijk als informatiebron en als communicatiemiddel.

### Internet als informatiebron:

Een goede arts-patiëntrelatie is van (levens)belang voor een accurate diagnose en effectieve behandeling. Om het individuele belang van de patiënt zo goed mogelijk te kunnen dienen, is binnen de arts-patiëntrelatie de professionele autonomie van de arts belangrijk. Deze autonomie heeft tot gevolg dat de arts erg gemakkelijk de beslissingsbevoegdheid omtrent de behandeling van de patiënt naar zich toetrekt. Dit staat haaks op de roep om een meer gelijkwaardige positie van de patiënt en patiëntgerichtere zorg. Arts en patiënt moeten meer open staan voor elkaars opvattingen over wat goede zorg is (relational responsibility) om zodoende patiëntgerichte zorg te kunnen verlenen. Hierbij treden arts en patiënt elkaar op meer gelijke voet tegemoet. Beargumenteerd is dat het internet als informatiebron voor de patiënt hieraan een bijdrage kan leveren. Indirect levert het internet daardoor ook een bijdrage aan het 'empoweren' van de patiënt. De empowerde patiënt is hierbij geen patiënt die de arts-patiëntrelatie volledig leidt, maar een patiënt die zijn verwachtingen en belevingen kan inbrengen in het consult. In de ideale situatie reageert de arts op de inbreng van de patiënt en 'stuurt' deze informatie van de patiënt het consult. De arts vult aan met kennis, die alleen een arts kan plaatsen en beoordelen. Internet kan daar naar mijn mening (vooralsnog) geen verandering in brengen. Het is zonder meer waar dat internet toegang kan bieden tot een overvloed aan informatie, die lange tijd alleen beschikbaar was voor de arts. De respondenten uit het onderzoek twijfelen echter aan de eigen capaciteiten deze informatie te beoordelen en te interpreteren en laten dit (nog) graag aan de arts over. Artsen hoeven (vooralsnog) dus niet te vrezen dat zij slechts uitvoerders worden van de wensen van de mondigere, maar tegelijkertijd ook onzekere en kwetsbare patiënt.

### Internet als communicatiemiddel

Verschillende auteurs geven aan dat het communiceren via internet de individuele patiënt onzichtbaar zal maken en de arts-patiëntrelatie zodoende tot een onpersoonlijke transactie maakt. Om de kans op verkeerde beslissingen te minimaliseren wordt veel belang gehecht aan non-verbale communicatie, het zien en kunnen onderzoeken van de patiënt. Verkeerde

beslissingen in het medische domein kunnen verstrekkende gevolgen hebben, voor zowel de arts als de patiënt. In het e-mailconsult ontbreekt de non-verbale communicatie, waardoor de kans op fouten groter zou zijn dan bij face-to-face contact. Of dit inderdaad zo is, blijft de vraag. Duidelijk is wel dat de respondenten die ervaring hebben met het e-mailconsult, het een waardevolle aanvulling vinden op de huisartsenpraktijk. Een e-mail kan gelezen en verstuurd worden wanneer het uitkomt, een spreekuurbezoek kan voorkomen worden en een reactie kan goed overdacht worden. De mogelijkheid tot face-to-face contact moet echter te allen tijde blijven bestaan.

Al met al lijkt de gehele discussie omtrent internetgebruik in de gezondheidszorg niet zozeer te gaan over het medium. Het internet als informatiebron heeft geen exclusieve rol gespeeld in de trend naar meer wederkerigheid. In de loop der jaren is deze trend ingezet door de patiënt steeds meer te zien als een volwassene die zelf beslissingen kan nemen omtrent zijn gezondheid. Daarnaast neemt het aantal chronisch zieken per jaar toe en ook zonder het internet kunnen zij 'experts' worden op het gebied van hun aandoening. Verder neemt marktwerking een gedeelte van de status van de arts weg; de patiënt komt niet meer bij dé huisarts maar bij de huisartsenpraktijk, voor een verwijzing hoeft de patiënt ook niet altijd meer naar de huisarts en door de nadruk op kostenbewuster werken en onderscheiden 'van de rest' kunnen patiënten gaan twifelen aan de belangen en motieven van een arts. Kortom, de status van de arts wordt ook door andere ontwikkelingen beïnvloed.

Ook bij internet als communicatiemiddel vormt het medium niet de kern van de discussie. Het draait eerder om de soort vraag die via een bepaald medium gesteld wordt en in welke mate deze vraag geschikt is voor het gekozen medium. Bepaalde medische vragen zijn wel geschikt, terwijl voor andere vragen lichamelijk onderzoek onontbeerlijk is. Omdat internet een relatief nieuw fenomeen is binnen de gezondheidszorg, zijn zowel artsen als patiënten nog aan het aftasten waar grenzen liggen en dus waar internetgebruik wel en niet geschikt voor is. Veel artsen en patiënten nemen hierin een afwachtende houding aan. Onbekend maakt immers onbemind. Dit neemt niet weg dat het internet, of het nu gebruikt wordt als communicatiemiddel of informatiebron, een bijdrage kan leveren aan patiëntgerichte zorg.

Eén ding is zeker: internetgebruik in de gezondheidszorg brengt verschuivingen teweeg in de rol en positie van arts en patiënt. Omdat internetgebruik in de gezondheidszorg nog volop in ontwikkeling is, is moeilijk te voorspellen hoe deze verschuivingen eruit gaan zien. Verder onderzoek hiernaar zou het inzicht kunnen vergroten, door *onderscheid* te maken. Onderscheid in typen patiënten, typen artsen en typen arts-patiëntrelaties: dé (empowerde) patiënt, dé arts en dé arts-patiëntrelatie bestaan immers niet.

## Nawoord

Ter afronding van de bachelorfase van de studie 'Beleid en Management in de Gezondheidszorg' heb ik een onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van artsen en patiënten met het gebruik van internet in de gezondheidszorg. Dit onderzoek zou niet mogelijk geweest zijn zonder de medewerking van verschillende personen.

Ten eerste wil ik de drie leden van de NVEH ontzettend bedanken voor hun bijdrage aan mijn onderzoek. De E-maildokter, Professor Hennemann en De heer Ketelaar hebben mijn vele vragen telkens beantwoord, waardoor mijn inzicht in de praktijk van internetgebruik in de gezondheidszorg sterk werd vergroot. Het was ook erg leuk aanwezig te zijn bij het door hen georganiseerde symposium. Ik wil hierbij de E-maildokter, dokter Robert Mol, speciaal bedanken voor zijn hulp bij het werven van respondenten. Dankzij hem beschikte ik over een ruim respondentenbestand, waardoor het mogelijk werd interviews af te nemen met patiënten.

Daarnaast wil ik huisarts Goedhart bedanken voor zijn bijdrage aan mijn onderzoek. Vooral ons telefonisch contact heeft voor mij veel verhelderd met betrekking tot internetgebruik in de huisartsenpraktijk.

Door de bijdrage van professor Schellevis werd het mogelijk de argumenten van 'voorstanders' en 'tegenstanders' van internetgebruik in de gezondheidszorg tegenover elkaar te plaatsen. Dit is zeker van toegevoegde waarde geweest voor mijn onderzoek. Ik wil professor Schellevis dan ook hartelijk bedanken voor zijn bijdrage.

Verder wil ik Bettine Pluut bedanken voor haar inspirerende vragen. Haar kritische blik ten opzichte van de literatuur heeft het formuleren van mijn eigen gedachten bij deze literatuur sterk gestimuleerd. Door bovendien kennis uit te wisselen heb ik verschillende aspecten aan mijn onderzoek toe kunnen voegen.

Hoewel anoniem, wil ik ook de verschillende respondenten erg bedanken voor de tijd en moeite die zij gestoken hebben in het beantwoorden van mijn vragen. Zonder hun input had ik dit onderzoek niet tot een tevreden einde kunnen brengen.

Last, but absolutely not least, wil ik Dr. Adams, mijn begeleider, ontzettend bedanken voor de ondersteuning tijdens het onderzoek. Sam, je haalde er feilloos uit waar ik moeite mee had en door jouw stimulerende feedback werd ik telkens gemotiveerd hier verder in te duiken. Het was bovendien een erg fijn gevoel te weten dat ik altijd bij je terecht kon. Ik ben je verschrikkelijk dankbaar dat je mij wilde begeleiden bij dit onderzoek.

## Literatuur

Adams, S.A. 2006. *Under Construction: Reviewing and producing information reliability on the web*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Adams, S.A. & C.R.L. Boot. 2007. 'ICT en de Gezondheidszorg'. In: *Jaarboek ICT en samenleving 2007*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Adams, S.A. & A. de Bont. 2007. 'Information Rx: Prescribing Good Consumerism and Responsible Citizenship'. *Health Care Anal* 15:273–290.

Art. 446 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

Ajoulat, I., W. d'Hoore & A. Deccache. 2007. 'Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony.' *Patiënt Education and Counseling* 1: 13-20

Anderson, J.G., M.R. Rainey & G. Eisenbach. 2003. 'The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship.' *Journal of Medical Systems* 27(1):67-84.

Baker, L., T.H. Wagner, S. Singer & M.K. Bundorf. 2003. 'Use of the internet and e-mail for health care information.' *Journal of the American Medical Association* 289 (18): 2400-2406.

Ball, M..J. & J. Lillis. 2001. 'E-health: transforming the physician/patient relationship.' *International Journal of Medical Informatics* 61:1-10.

Bauer, K.A. 2002. 'Using the Internet to empower patients and to develop partnerships with clinicians.' *The American Journal of Bioethics* 1(4): 1-11.

Bauer, K.A. 2004. 'Cybermedicine and the moral integrity of the physician-patient relationship.' *Ethics and Information Technology* 6: 83-91.

Bampton, R & C.J. Cowton. 2002. The E-Interview. [internet] *Forum: Qualitative Social Research* 3(2), mei 2002 [aangehaald op 25-10-2007] Bereikbaar op: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02bamptoncowton-e.htm>

Bensing, J.M., P.F.M. Verhaak, A.M. van Dulmen & A. van den Brink-Muinen. 2004. 'Communicatie in huisartsconsulten.' *Uit: Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel.

Bosch, F.H. & A.B. Geers. 2002. 'Het digitale consult: contact tussen specialist en patiënt via e-mail'. *Medisch Contact* 57(10):372-373.

Coumou, H., J. Crasborn & F. Meijman. 2003. 'Spreekkamer internetdokter blijft leeg.' *Medisch Contact* 58 (18):737-739.

Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. Second Edition. Londen: Sage.

Driel, H. 2002. *Digitaal Communiceren*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Druenen, P. van. 1997. 'Digitale communicatie: back to the future'. *Polytechnisch tijdschrift: vakblad voor de ingenieur* 52 (8-9): 2-5.

Eysenbach, G. 1999. 'Towards the millennium of Cybermedicine'. *Journal of Medical Internet Research*; doi: 10.2196/jmir.1.suppl1.e2

Eysenbach, G. 2001. 'What is e-health.' *Journal of Medical Internet Research*; 3(2):e20  
doi:10.2196/jmir.3.2.e20

Eysenbach G, Kohler C. 2002. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? *British Medical Journal* 324:573-7.

Feijter, C. de. 2007. 'Patiënten meer service bieden via internet.' *Huisarts in praktijk* 7:24-25

Fox, N.J., K.J. Ward & A.J. O'Rourke. 2005. 'The 'expert patient': empowerment of medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet.' *Social Science & Medicine* 60: 1299-1309.

Gemert-Pijnen, J.E.W.C. van. & NPCF. 2006. *Veilig mailen met de huisarts: een onderzoek naar het gebruik van e-mailconsult in de zorg* [internet] Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie & Universiteit Twente, faculteit Gedragwetenschappen, februari 2006 [aangehaald op 14-10-2007] Bereikbaar op: <http://www.gw.utwente.nl/tpc/oz/veiligmailen.pdf>

Gillmour, J.A. 2007. 'Reducing disparities in the access and use of internet health information. A discussion paper'. *International Journal of Nursing Studies* 44: 1270-1278

Hardey, M. 1999. 'Doctor in the house: The internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise'. *Sociology of Health and Illness* 21:820-835.

Hardey, M. 2001. 'E-health: the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge.' *Information, Communication & Society* 4(3): 388-405.

Have, ten P. 1999. *Analyseprocedures* [internet] Universiteit van Amsterdam, juni 1999 [aangehaald op 25-03-2008]. Bereikbaar op: <http://www2.fmg.uva.nl/emca/AP.htm>

Héllin, T. 2002. 'The physician-patient relationship: recent developments and changes.' *Haemophilia* 8:450-454.

Henwood, F., S. Wyatt, A. Hart & J. Smith. 2002. 'Turned on or turned off? Accessing health information on the Internet.' *Scandinavian Journal of Information Systems* 14(2): 79-90.

Henwood, F., S. Wyatt, A. Hart & J. Smith. 2003. 'Ignorance is bliss sometimes: constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information.' *Sociology of Health & Illness* 25(6): 589-607.

Kassirer, J.P. 2000. 'Patients, physicians, and the internet.' *Health Affairs* 19(6): 115-123.

Ketelaar, P. 2007. 'Telezorg groeit spectaculair'. *High Tech Analysis* 19 (2): 41-46.

Kivits, J. 2005. 'Online interviewing and the research relationship'. In: Hine, C. 2005. *Virtual Methods: Issues in social research on the internet* (pp. 35-50). Oxford: Berg Publishers.

Kivits, J. 2006. 'Informed Patients and the Internet: A mediated context for consultations with health professionals.' *Journal of Health Psychology* 11(2): 269-282.

Klip, E.C. 1995. 'De relatie tussen Arts en Patiënt.' In *gedrag, gezondheid en ziekte*, A.A. Kaptein en L. Smit (red.), 50-68. Baarn: Ambo.

(KNMG). 1998. *Modelregeling arts-patiënt*. Utrecht: De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

(KNMG). 2007. *Medische professionaliteit*. Utrecht: De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

(KNMG). 2008. *Richtlijn online arts-patiëntcontact*. Utrecht: De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Lupton, D. 1997. 'Consumerism, Reflexivity and the Medical encounter.' *Soc Sci Med* 45(3): 373-381.

Maso, I & A. Smaling. (1998). Hoofdstuk 7: Analyse. Uit: kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom

Mead, N & P. Bower. 2000. 'Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.' *Social Science & Medicine* 51:1087-1110.

(Ministerie van VWS). 2007. *Toekomst van de zorg: marktwerking versterkt samenwerken* [internet] Ministerie van VWS, oktober 2007 [aangehaald op 23-04-2008]. Bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/toekomst-van-de-zorg/digitaal-debat-doe-mee/dynamisch-ondernemerschap/marktwerking-versterkt-samenwerken.asp?r=ja&>

Mol, R. 2007. *De E-mail Dokter* [internet] De Emaildokter, 2007 [aangehaald op 20-10-2007]. Bereikbaar op: <http://www.Emaildokter.nl/jtoo.php?lang=nl>.

Mol, R., G. Hennemann, J.E.W.C van Gemert-Pijnen, N. Nijland & S. ten Tije. 2006. *E-mailconsult 2006: Een onderzoek naar het gebruik van e-mailconsult onder huisartsen* [internet] Nederlandse Vereniging voor E-Health & Universiteit Twente, Faculteit gedragswetenschappen, december 2006 [aangehaald op 14-10-2007] Bereikbaar op: <http://www.gw.utwente.nl/pcgr/oz/e-mailconsult.pdf>

Murray, E., B. Lo, L. Pollack, K. Donelan, J. Catania, M. White, K. Zapert & R. Turner. 2003. 'The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship.' *Archives of Internal Medicine* 163: 1727-1734.

(Nitel). 2006. *Health buddy systeem biedt chronisch zieken meer veiligheid en zelfvertrouwen* [Internet]. Nederlands Instituut voor Telemedicine , 25-01-2006 [aangehaald op 15-05-2007]. Bereikbaar op: [http://www.nitel.nl/nl/plaatjes/Hartfalen Informatie Health Buddy System 25 jan 2006.pdf/](http://www.nitel.nl/nl/plaatjes/Hartfalen%20Informatie%20Health%20Buddy%20System%2025%20jan%202006.pdf/)

(Nivel). 2008: *Huisartsgeneeskundige zorg* [internet]. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 13-05-2008 [aangehaald op 15-05-2008]. Bereikbaar op: <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=248>

Orentlicher, D. 1995. 'Health care reform and the patient-physician relationship.' *Health Matrix: Journal of Law Medicine* 5: 141-181.

Pope, C., S. Ziebland & N. Mays. 2000. 'Qualitative research in health care. Analysing qualitative data.' *Britisch Medical Journal* 320:114-116.

Pluut, B. 2007a. 'Relational responsibility within the doctor-patient relationship. Discussion paper.'

Pluut, B. 2007b. *Relational Responsibility?!* [internet]. Bettine Pluut, 10-08-07 [aangehaald op 03-01-2008]. Bereikbaar op: <http://www.bettinepluut.com/relational-responsibility/>

Roter, D. 2000. 'The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship.' *Patient Education and Counseling* 39:5-15

(RVZ). 2007. *Goed patiëntschap – meer verantwoordelijkheid voor de patiënt*. Rijswijk, WPT

Segers, J. & J. Hutjes. 1999. 'De gevalsstudie'. In: Segers, J. 1999. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: van Gorcum.

Shaw, J., & M. Baker. 2004. 'Expert patient; dream or nightmare?.' *British Medical Journal* 328: 723-724.

Stewart, M.A.1995. 'Effective physician-patient communication and health outcomes: a review.' *Canadian Medical Association Journal* 152:1423 -1433

Tjalsma, D. 2007. *Remote Control! Toekomst en betekenis van telemedicine voor de zorg*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Wouda, J., H. van de Wiel & K. van Vliet. 1996. *Medische communicatie*. Utrecht: Lemma BV.

(VPRO). 2005. *Zelfhelpers of cyberchonders?* [internet] VPRO, 02-06-2005 [aangehaald op 04-04-2008]. Bereikbaar op:<http://www.vpro.nl/programma/aanhetbed/artikelen/22709319/>

Zwart, H.A.E. 2003. 'www.geneeskunde.com: de arts-patiëntrelatie in het informatietijdperk.' *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek* 13(1): 8-11