

Het gebruik van het digitaal consult en de determinanten van het opvolgen van het advies

Onderzoek naar het gebruik van het digitaal consult van Dokterdokter
en de determinanten die een rol spelen bij het opvolgen van het advies

Januari 2007



Master thesis

Karlijn Cranen



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

dokterdokter.nl
The logo for dokterdokter.nl, featuring a stylized stethoscope with a red accent line.

Colofon

Titel	Het gebruik van het digitaal consult en de determinanten van het opvolgen van het advies
Inhoud	Onderzoek naar het gebruik van het digitaal consult van Dokterdokter en de determinanten van het opvolgen van het advies
Naam student	Karlijn Cranen
Student nummer	0025755
Opleiding	Toegepaste Communicatie Wetenschap
Faculteit	Gedragwetenschappen
Universiteit	Universiteit Twente Postbus 217, 7500 AE Enschede, Nederland www.utwente.nl
Organisatie	Dokterdokter.nl
Begeleiders	Dr. L. van Gemert-Pijnen (Universiteit Twente) Dr. H. Boer (Universiteit Twente) Drs. S.S.F. Verlinden (Dokterdokter.nl)
Plaats:	Enschede
Datum:	1 januari 2007

Achtergrond

Steeds vaker worden ICT toepassingen toegepast in de zorg om de toenemende druk op de zorg te verlichten. In deze context is onderzoek gedaan naar het gebruik van het digitaal consult en de determinanten die bepalen of men het advies wel of niet opvolgt.

Het digitaal consult van Dokterdokter maakt gebruik van een ICT gestuurd systeem dat gericht is op triage bij alledaags klachten zoals hoesten en lage rugpijn. Het is een dienst die consumenten inzicht geeft in hun klacht en advies geeft of zij zelfstandig hun klacht kunnen behandelen of dat hulp gezocht moet worden met de huisarts. Consumenten selecteren via een website hun klacht en vullen vervolgens online een voorgestructureerde vragenlijst in behorend bij de klacht. In totaal kan de zorgconsument met vijftientig verschillende klachten terecht bij het digitaal consult. Na het doorlopen van de vragen bereikt de consument het punt waarop het advies wordt verstrekt. De adviezen komen voor in vijf verschillende vormen, te weten: ; a) zelfzorgadvies, b) advies om met spoed contact op te nemen met de huisarts – bel 112 , c) advies om zo snel mogelijk contact op te nemen met de huisarts, d) advies om op korte termijn contact op te nemen met de huisarts en e) advies om contact op te nemen met de huisarts. In de gevallen waar het mogelijk was een diagnose te stellen voor de klacht wordt deze diagnose ook meegedeeld in het advies.

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van twee deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek bracht het gebruik van het digitaal consult in kaart door de frequenties van entreeklachten, de verdeling van leeftijd en geslacht en de frequenties van adviestypen en gestelde diagnoses in kaart te brengen met behulp van een bestaande database van Dokterdokter waarin de 'clicks' per gebruiker worden opgeslagen. Gegevens werden geanalyseerd van 25 augustus 2004 tot 19 december 2005.

Het tweede deelonderzoek is uitgevoerd met online vragenlijsten die de variabelen uit het onderzoeksmodel in kaart brachten dat deels gebaseerd was op de Theory of Planned Behavior en de principes onderliggend aan het Health Belief Model en de Protection Motivation Theory. Via de website van Dokterdokter werden respondenten benaderd de basisvragenlijst in te vullen. Wanneer men vervolgens toestemming af werd men, afhankelijk van het adviestype, na maximaal twee weken benaderd voor een follow-up vragenlijst die in kaart bracht of men het advies had opgevolgd.

Resultaten eerste deelonderzoek

Het eerste deelonderzoek liet zien dat gemiddeld 29 consulten per dag plaatsvonden, in totaal werden 14.035 consulten gestart. Consumenten blijken het digitaal consult veelal te gebruiken voor klachten aan de bovenste luchtwegen (22,4%), jeuk, rode vlekken/ en of bultjes (13,9%), plasklachten (11,6 %) en diaree (9,8%). Daarna gevolgd door hoofdpijnklachten (8%) en (uitstralende) rugklachten (7,3%). Direct na het digitaal consult gaf 53,7 procent aan dat ze zeker en 29,7 procent dat ze misschien contact op hadden willen nemen met hun huisarts om de betreffende klacht te laten beoordelen.

In het merendeel van de gevallen werd er alsnog een advies verstrekt om contact met de huisarts op te nemen voor verdere beoordeling. In een deel van de gevallen was hieraan een termijn

gekoppeld als 'neem zo snel mogelijk contact op' en 'neem binnenkort contact op', respectievelijk in 14 en 17 procent van de gevallen. In 4 procent van de gevallen werd men verzocht met spoed contact op te nemen. In 51 procent van de gevallen betrof het een algemeen huisartsadvies 'neem contact op met uw huisarts'. Daarnaast ontving 14 procent van de consumenten een zelfzorgadvies. In 15,8 procent van de gevallen werd door het digitaal consult in het advies ook een diagnose opgenomen. De drie meest voorkomende diagnoses waren bovenste luchtweginfectie, milde darminfectie en (chronische) huidirritatie, te weten in respectievelijk 3,2, 1,8 en 1,5 procent van de gevallen.

Resultaten tweede deelonderzoek

Het tweede deelonderzoek gaf allereerst inzicht in de kenmerken van de gebruikersgroep. Het merendeel van de respondentengroep, 68 procent, bestond uit vrouwen. Bovendien was het grootste gedeelte middelhoog opgeleid (54 %) en bestond de groep vooral uit jongeren tussen de 16 en 35 jaar (57%). Een klein gedeelte, 23 procent van de respondentengroep, gebruikte medicijnen voor een chronische ziekte. Een groot deel van de respondenten kreeg het digitaal consult vergoed via de zorgverzekeraar, een even zo groot deel wist niet of het consult vergoed werd. Tenslotte blijkt het grootste deel van de respondenten tussen de 0 en 2 uur per dag op het internet door te brengen, maar is er ook een percentage van 29 dat aangaf tussen de 3 en 4 uur per dag te internetten. Het merendeel van de respondenten was bekend met Dokterdokter via de zorgverzekeraar (35%) of het internet (41%) en bezocht het consult op het moment van het invullen van de vragenlijst voor de eerste keer (69%). Men bezocht het consult met name om meer te weten te komen over de klacht of voor advies of men de dokter moet raadplegen, respectievelijk 49 en 26 procent. Tenslotte bleek dat ongeveer de helft van alle respondenten voorafgaand aan het digitaal consult het plan had de huisarts te bezoeken. Gebruikers uit de onderzoeksgroep bezochten het consult met verschillende klachten, waarbij pijn/ klachten aan de keel of luchtwegen het meest werden genoemd. Daarnaast werd door een aantal respondenten, 9 procent, ook zogenaamde taboe-klachten genoemd als menstruatie-, plas en vaginale klachten genoemd. In de respondentengroep werd voor 63 procent een huisartsadvies afgegeven. In respectievelijk 6, 24 en 17 procent was hieraan een termijn gekoppeld van 'neem met spoed contact op', 'neem zo snel mogelijk contact op' en 'neem op korte termijn contact op'. In 33 procent van de gevallen betrof het een algemeen huisarts advies. In 19 procent van de gevallen werd een zelfzorgadvies afgegeven.

Regressieanalyse maakte duidelijk dat attitude, ervaren betrouwbaarheid en het oordeel ten aanzien van de effectiviteit van het digitaal consult, de belangrijkste voorspellers zijn van de intentie om het advies op te volgen. Ervaren vertrouwen heeft invloed op het oordeel over de effectiviteit van het consult, dat vervolgens invloed heeft op intentie via attitude. Het model verklaarde 55 procent van de variantie. Door in te spelen op de ervaren effectiviteit van het digitaal consult kan Dokterdokter invloed uitoefenen op de intentie van respondenten om het advies op te volgen.

Daarnaast blijken significante verschillen in gedrag te bestaan voor variabelen opleiding, medicijngebruik, plannen gemaakt om het advies op te volgen, discrepantie en intentie. De verschillen in intentie zijn het meest groot.; 95 procent van de respondenten die het advies opvolgden hadden een positieve intentie. Dit tegenover 31 procent van de respondenten die het advies niet opvolgden. In totaal volgden 20 van de 35 respondenten het verstrekte advies op.

Management Summary

Background

More and more ICT tools are brought into practice within healthcare, stimulated by the cost-saving pressures in healthcare. In this context this research has been conducted that investigates the use of the digital consult and the determinants that play a role in the decision to follow up on the given advice.

The Dokterdokter's digital consult is based on an ICT expert system that performs digital triage for everyday medical complaints e.g. sneezing and low back pain. It is a service that advises the consumer about the decision if his complaint has to be seen by a doctor or that the complaint can be managed by self-care. Via an website a consumer enters the expert system, selects his main complaint and fills out a dynamic questionnaire based on complaint, gender, age and previous answers of the consumer. Based on this questionnaire the system assesses the current situation and provides an advice which varies from a self care advice to an advice to contact the doctor. In case of the advice to contact a doctor, there are four versions: 'contact the doctor immediately', 'contact the doctor as soon as possible' and 'contact the doctor on a short term' In addition a general advice to see the doctor exists. If the system is capable to diagnose the complaint of the consumer, this diagnosis is incorporated into the advise.

Method

The research is split up into two smaller studies The first study focuses on the use of the digital consult by investigating the frequencies of the complaints that have been entered into the system, the frequencies of the different kinds of advice and diagnoses. In addition differences in age and sex for the complaints entered are been analysed. This first study makes use of an existing database where 'clicks' per user are stored when they pass through the digital consult. Clicks in the period from augustus 25, 2004 untill december 19, 2005 were analysed.

The second study is conducted by means of online questionnaires which investigate the constructs underlying the research model that was based mainly on the Theory of Planned Behaviour. In addition the components response cost, response efficacy and perceived severity of the complain where drawn from the Health Belief Model and the Protection Motivation Theory to complete the model. Via the website of Dokterdokter respondents were asked to fill in the 'basis-questionnaire'. When permission was given to contact the respondent for further research, the consumer was contacted for filling in a follow up questionnaire that investigated if one followed up on the advice.

Results of the first study – the use of the digital consult

The first study made clear on average 29 consult take place per day. In total 14.035 consult were started. Consumers use the consult mainly for cough, running nose, throat pain (22.4%), urticaria (13.9%), urinary complaints (11.6%) and diarrhoea (9.8%). Followed by headache (8%) and back complaints (7.3%).

The greater part of the respondents received an advice to contact the doctor for further investigation of the complaint. In respectively 14% and 17% of the cases a time limit as 'contact the

doctor as soon as possible' and 'contact the doctor on a short term' was cited. 4% of the respondents was advised to contact the doctor immediately. In 51% of all cases a general advice to contact the doctor was given. Then a percentage of 14% received a self-care advice. Furthermore in 15.8% of all cases the advice contained a diagnosis.

Results of the second study – the determinants that play a role in the decision to follow up on the advice

The second study made clear that the greater part of the respondents was female. In addition the greater part, 54 percent was highly educated and was aged between 16 and 35 years (57%). Of the respondents 23% used medication against a chronic disease. A greater part of the respondents got allowance from their health insurers to use the digital consult freely. However, there is a part of the respondents who do not know if they pay for the consult themselves. The greater part of the respondents spends between zero and two hours on the internet per day. Most respondents got to know Dokterdokter and the digital consult by surfing on the internet (41%) and by advertisements of the health insurer. At the time of filling out the questionnaire, the greater part of the respondents visited the digital consult for the very first time. Most respondents visited the consult to gather information (49%) about their complaint and for advice if a doctor has to be contacted (26%). Preceding the consult half of all respondents had the intention to see a doctor for their complaint.

The respondents described the complaint they entered the consult with. Cough and throat pain were cited most. In addition, 9 percent of the respondents, mentioned so called 'forbidden or taboo complaints' as urinary complaints and complaints that had to do with menstruation and the vagina. In this respondent group 63 percent received an advice to contact the doctor, from which 33 % was a general doctors advice. IN addition 19 percent received a self-care advice.

A stepwise regression analysis revealed attitude, experienced confidence and judgement about the effectiveness of the digital consult to be significant predictors of intention to comply. Moreover, experienced confidence affects perceived effectiveness, this perceived effectiveness on its turn predicts intention via attitude. The model explained 55 percent of the variance. If Dokterdokter wants to raise the degree of compliance she has to focus on the attitude of consumers towards the digital consult. This is possible by influencing the perceived confidence and effectiveness of the digital consult. Especially enhancing perceived effectiveness will bring about this effect, as perceived confidence in the digital consult proves to be high already. Specific research is needed to investigate in what way consumers form their opinion about the effectiveness of the digital consult and how the digital consult can be improved to enhance this perceived effectiveness.

Furthermore significant differences existed for the variable 'behaviour' in education, medication use, the existence of plans to follow up on the advice, difference between the expected and the received advice and for intention. Differences within intention were the greatest; 95 percent of the respondents who followed up on the advice had a positive intention to do so. This against 31 percent of the respondents who did not act upon the advice. Of the 35 respondents 20 acted upon the given advice.

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn afstudeeronderzoek, waarmee ik mijn studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente zal afronden.

Graag wil ik mijn begeleiders Henk Boer en Lisette van Gemert-Pijnen bedanken voor de inhoudelijke begeleiding van dit project. Daarnaast bedank ik Stef Verlinden voor de begeleiding vanuit Dokterdokter en voor zijn enthousiasme, Dirk-Jan Verlinden voor de technische ondersteuning vanuit Dokterdokter. Tot slot wil ik Nicol Nijland bedanken voor de hulp op literatuurgebied.

Enschede, 20 januari 2007

Karlijn Cranen

Inhoudsopgave

1. Inleiding	
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	13
1.2 Probleemstelling	14
1.3 Context van het onderzoek	14
1.4 Opbouw van het rapport	15
2. Het digitaal consult en het opvolgen van het advies	16
2.1 Het digitaal consult	16
2.1.1 Het digitaal consult als e-health toepassing	16
2.1.2 Het digitaal consult als expert systeem en de werking ervan	19
2.1.3 Het digitaal consult en artsrelatie	22
2.2 Het opvolgen van het advies	24
2.2.1 Kenmerken gebruikers	24
2.2.2. Oordeel over het digitaal consult	25
2.2.3. Sociale cognitieve determinanten	27
2.3 Onderzoeksvragen en het onderzoeksmodel	
3. Methode	34
3.1 Deelonderzoek A – het verloop van het digitaal consult	34
3.1.1 Onderzoeksgroep	34
3.1.2 Meetinstrument	34
3.1.3 Onderzoeksprocedure	34
3.1.4 Analyse	35
3.2 Deelonderzoek B – het opvolgen van het digitaal advies	35
3.1.2 Onderzoeksgroep	35
3.1.2 Meetinstrument	35
3.1.3 Onderzoeksprocedure	38
3.1.4 Analyse	38
4. Resultaten	40
4.1 Resultaten deelonderzoek 1 – het verloop van het digitaal consult	40
4.1.1 Doorloop van het digitaal consult	
4.1.2. Frequenties entreeklachten	
4.1.3 Frequenties diagnoses	
4.1.4 Verstrekke adviezen per entreeklacht	
4.1.5 Geslacht en leeftijd	
4.2 Resultaten deelonderzoek 2 – het opvolgen van het digitaal advies	48
4.2.1 Kenmerken onderzoeksgroep	
4.2.2 Oordeel over het digitaal consult	
4.2.3 Sociaal-cognitieve determinanten	
4.3.4 Relaties tussen de onderzoeksvariabelen	
5. Conclusie	67
5.1 Conclusies deelonderzoek A – het verloop van het digitaal consult	67
5.2 Conclusies deelonderzoek B – het opvolgen van het digitaal advies	68
6. Discussie	70
7. Advies aan Dokterdokter	77

1. Inleiding

Dit hoofdstuk bespreekt de aanleiding van dit onderzoek en gaat in op de doelstelling van dit onderzoek. Tenslotte worden de onderzoeksvragen die centraal staan in deze scriptie belicht en volgt een korte beschrijving van de opbouw van het rapport.

§1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De laatste decennia is de vraag naar medische zorg toegenomen. Een stijging in de levensverwachting heeft geleid tot meer zieken binnen de samenleving. Ook de verschuiving van acute- naar chronische ziekten, een verbeterde diagnostiek en een snellere opsporing van ziekten dragen bij aan de toename van het aantal patiënten (Sociaal en Cultureel Rapport, 2004). Met een toename van het aantal zieken, stijgt ook de zorgvraag. Een schatting van van der Velden en Hingstman (2001) wijst uit dat de vraag naar huisartsen in 2020 met 18 procent gestegen zal zijn. Echter, het aantal uren dat een huisarts besteedt aan patiëntenzorg zal slechts met 2 procent toenemen (van der Velden & Hingstman, 2001).

Verschillende vernieuwingen binnen de zorg moeten het toenemende zorgtekort opvangen. Deze komen tot stand komen door aanpassingen aan bestaande processen en middelen én door de introductie van nieuwe producten- en diensten binnen de zorg. Beide manieren van vernieuwen spelen in op zowel zorgvraag als zorgaanbod. Enerzijds richt men zich op het beperken van de vraag, door de nadruk te leggen op preventie. Gezond gedrag en gezonde leefgewoonten worden aangemoedigd zodat minder vaak een beroep op de zorg wordt gedaan. Ook de nadruk op zelfzorg, door bijvoorbeeld introductie van zorgadvieslijnen, draagt hieraan bij (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2004). Anderzijds is er aandacht voor verbetering en vergroting van het huidige zorgaanbod. Zo wordt de in- en uitstroom van bepaalde beroepsgroepen in de zorg beïnvloed. Op het moment dat meer behoefte bestaat aan bepaalde zorgprofessionals wordt de opleidingscapaciteit van deze beroepsgroep uitgebreid. Daarnaast wordt het zorgaanbod uitgebreid door het efficiënter inrichten van de zorg met behulp van taakherschikking. Het takenpakket van arts en verpleegkundige zal worden verbijzonderd door de introductie van nieuwe beroepen als *nurse practitioner* en *physician assistant*, gebaseerd op internationale voorbeelden. Een ander voorbeeld van taakafsplitting is een wijkverpleegkundige die een breder takenpakket krijgt toebedeeld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003). Tenslotte zorgt de introductie van nieuwe diensten ook voor een toename van het zorgaanbod. Zo maakt interactieve videocommunicatie het mogelijk de patiënt in de (thuis)situatie via de video te monitoren waarbij de verpleegkundige ondersteuning en gerichte adviezen kan geven (van Rijen et al, 2002).

Steeds meer worden technieken, beproefd in andere werkvelden, ingezet binnen de zorg. Dit leidt tot meer mogelijkheden en nieuwe invalshoeken. Met name het gebruik van informatie- en communicatie technologieën (ICT) binnen de zorg heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe diensten en een verbetering van het huidige zorgaanbod. Het gebruik van ICT binnen de zorg is zodanig toegenomen, dat er sinds de jaren negentig een apart vakgebied is ontstaan dat zich bezig houdt met de ontwikkelingen op het gebied van ICT binnen de zorg: e-health.

Een organisatie die opereert op het vlak van e-health is Dokterdokter. Zij biedt verschillende zorgdiensten aan via het internet. Eén onderdeel is een online expert systeem 'het digitaal consult', waarbij een consument advies ontvangt over zijn klacht met behulp van een voorgestructureerde vragenlijst die via het internet wordt afgenomen. De dienst is erop gericht zelfzorg te bevorderen en op deze manier de zorgconsumptie te verminderen.

Op dit moment is bij Dokterdokter weinig bekend over het gebruik van het digitaal consult en de mate waarin het verstrekte advies wordt opgevolgd door de gebruiker. Sinds de start van de dienst in april 2004 is hier nog geen onderzoek naar verricht. Dit onderzoek sluit aan bij de wens van de organisatie om hier meer inzicht in te krijgen en vormt een aanvulling op de bestaande literatuur over e-healthdiensten. Allereerst wordt het gebruik van het digitaal consult in beeld gebracht: met welke klachten bezoekt men het consult en welke adviezen worden afgegeven. Daarnaast wordt in een tweede deelonderzoek vastgesteld in welke mate men het advies daadwerkelijk opvolgt en welke factoren een rol spelen bij de keuze om het ontvangen advies wel of niet op te volgen.

§ 1.2 Probleemstelling

In het licht van bovenstaand geschetst kader van een toenemende druk op de zorg is het interessant te bekijken hoe het digitaal consult wordt gebruikt en welke factoren een rol spelen bij de keuze van een consument om het advies wel of niet op te volgen. De probleemstelling die in dit onderzoek centraal staat is als volgt:

Hoe gebruiken zorgconsumenten het digitaal consult en welke determinanten spelen een rol bij het opvolgen van het verstrekte advies?

§ 1.3 Context van het onderzoek - Dokterdokter

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Dokterdokter. Dokterdokter is een organisatie die zich sinds 2001 inzet om consumenten te voorzien van medische informatie, die is samengesteld en gecontroleerd door medische professionals. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van de mogelijkheden die het internet biedt om de kwaliteit van zorg op individueel niveau te verbeteren. De organisatie wil zich positioneren als aanvullend kanaal voor de huisarts en medisch specialist. Dokterdokter wil zelfzorg bevorderen en daarmee bijdragen aan het verminderen van de zorgconsumptie en zorgkosten.

Dokterdokter biedt via haar website (www.dokterdokter.nl) verschillende diensten aan die zich op het gebied van e-health bevinden, waaronder het digitaal consult. Het digitaal consult heeft tot doel in korte tijd een betrouwbaar advies bij veel voorkomende en niet-spoedeisende medische klachten, te geven. Het geeft antwoord op de vraag of een medische klacht zelf behandeld kan worden of dat er contact opgenomen moet worden met de huisarts.

§ 1.5 Opbouw van het rapport

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op bestaande literatuur rondom het onderwerp van deze scriptie. Vervolgens gaan hoofdstuk 3 en 4 in op de onderzoeksmethode en de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 5 geeft de conclusies weer op basis van de gepresenteerde resultaten. Daarna volgt in hoofdstuk 6 een discussie waarbij dieper ingegaan wordt op verklaringen voor de gevonden resultaten. Bovendien wordt een koppeling gemaakt met de literatuur. Daarnaast wordt ingegaan op de beperkingen van het onderzoek en worden enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Tot slot volgen in hoofdstuk 7 enkele aanbevelingen aan Dokterdokter.

2. Het digitaal consult en het opvolgen van het advies

Dit onderzoek is opgedeeld in twee deelonderzoeken, waarbij het eerste onderzoek zich richt op het gebruik van het digitaal consult. Het tweede onderzoek richt zich op de determinanten die een rol spelen bij het opvolgen van het advies dat verstrekt is door het digitaal consult

Dit hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van deze tweedeling en vormt de basis voor het onderzoeksmodel. Paragraaf 2.1 gaat in op de achtergronden van het digitaal consult, waarbij de werking wordt beschreven en ingegaan wordt op de discipline e-health waar de dienst deel van uitmaakt. Vervolgens sluit paragraaf 2.2. aan bij het tweede deelonderzoek en belicht het de factoren die een rol spelen bij de keuze om een advies wel of niet op te volgen.

§ 2.1 Het digitaal consult

Onderstaande paragrafen vormen een inleiding op het eerste deelonderzoek en gaan in op het ontstaan van het digitaal consult en de werking ervan. Paragraaf 2.1.1 beschrijft het ontstaan en de kenmerken van de discipline e-health, het werkveld waartoe het digitaal consult behoort. In paragraaf 2.2.2 wordt in gegaan op de werking van het digitaal consult en het expert systeem dat hieraan ten grondslag ligt. Tenslotte belicht §2.2.3 kort de relatie tussen arts en patiënt zoals die bij de verschillende e-health diensten die Dokterdokter aanbiedt aanwezig is.

§ 2.1.1 Het digitaal consult als e-health toepassing

Het digitaal consult maakt gebruik van internet en is een vorm van e-health. E-health is een discipline binnen de zorg die zich richt op het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT). De discipline bestaat sinds de jaren '90, een periode waarin ICT zich ontwikkelde en ICT in toenemende mate in de zorg werd ingezet om het zorgaanbod te verbeteren en te verbreden.

De ontwikkelingen op het gebied van ICT en e-health hebben geleid tot een nieuw tijdperk binnen de zorg. Eysenbach en Diepgen (2001) betitelen dit tijdperk als het 'informatie tijdperk', waar (idealiter) consumenten ICT kunnen gebruiken om thuis toegang te hebben tot informatie, waardoor ze hun eigen gezondheidszorg kunnen inrichten en daarbij de gezondheidszorg efficiënter gebruiken.' De toegenomen toegankelijkheid van interactieve informatie voor zorgconsumenten gaat gelijk op met het verlangen van de consument om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid. Door de consument meer informatie te verschaffen en hem meer controle te geven over zijn eigen gezondheid kan de kwaliteit van zorg verhoogd worden (Eysenbach & Diepgen, 2001). Bovendien draagt het bij aan een poging de kosten te drukken door de patiënt aan te moedigen zichzelf te helpen en geïnformeerde keuzes te maken (VWS, 2001).

Binnen de literatuur bestaat geen eenduidige omschrijving voor e-health. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) hanteert de volgende definitie 'e-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (2002)'. Op internationaal niveau geeft de World Health Organization (WHO) de volgende beschrijving 'e-health is het gebruik van digitale data zowel

lokaal als op afstand – het verzenden, opslaan en ontvangen van digitale data binnen de zorgsector ter ondersteuning van de gezondheidszorg'. Eysenbach (2001) gaat nog een stap verder. Hij stelt niet alleen dat e-health gebruik maakt van internet en gerelateerd technologieën om informatie over te dragen en gezondheidszorg te verbeteren, maar ook dat het een manier van denken is. 'In bredere zin geeft de term e-health niet enkel een technische ontwikkeling aan, maar behelst het ook een manier van denken, een houding en een betrokkenheid om gezondheidszorg lokaal, regionaal en wereldwijd te verbeteren door het gebruik van informatie- en communicatie technologie (Eysenbach, 2001)'.

Welke definitie ook wordt gehanteerd, bovenstaande maakt duidelijk dat e-health een overkoepelend karakter heeft en een breed scala aan diensten beslaat. Twee verschillende zorgdiensten, een administratief systeem zoals het Elektronisch Patiënten Dossier en een e-mailconsult, vallen beiden onder de noemer e-health. Om de verschillen tussen deze twee diensten aan te kunnen duiden houdt de Telemedicine Alliance (TMA) een vierdeling binnen e-health aan.

De TMA, een in 2002 opgezet project/ samenwerkingsverband tussen de European Space Agency (ESA), World Health Organization (WHO) en International Telecommunication Union (ITU), opgezet om eenduidige richtlijnen voor e-health te ontwikkelen, onderscheidt vier gebieden binnen e-health: e-surveillance, e-administration, e-learning en e-care. Een voorbeeld van e-surveillance is het elektronisch verwerven, analyseren en rapporteren van gezondheidsinformatie. Gedacht kan worden aan het 'real-time' in kaart brengen van een epidemie. 'De grote griepmeting', een grootschalige online griepmeting in België en Nederland, is hier een goed voorbeeld van. E-administration behelst het management van administratieve data met behulp van ICT. E-learning richt zich op het faciliteren van 'leren op het gebied van gezondheid' met behulp van ICT. Het gaat hier om het onderwijzen van de patiënt op het gebied van gezondheid, waarbij de nadruk ligt op preventie. Ook online contactgroepen die de informatie-uitwisseling tussen gezondheidsprofessionals bevorderen horen thuis bij e-learning. Tenslotte e-care, het domein dat zich specifiek richt op het verlenen van zorg op afstand. De termen teleHealth of telemedicine - 'het op afstand verlenen van zorgdiensten door gebruik te maken van informatie- en communicatietechnologie (NITEL, 2006) worden hier binnen de literatuur ook wel voor gebruikt. Te denken valt aan een e-mailconsult waarbij de patiënt via email communiceert met de huisarts.

Het digitaal consult, de e-health dienst die in dit onderzoek centraal staat, speelt zich af op het vlak van eLearning en eCare. Grotendeels wordt informatie verstrekt tijdens het digitaal consult. Daarnaast levert het consult zorg door te beantwoorden aan de zorgvraag van de consument 'moet ik met mijn klacht naar de huisarts toe ?'

De voor- en nadelen van e-health/e-care

De inzet van e-health leidt niet in alle gevallen tot verbetering van de zorg; de inzet ervan brengt voor- en nadelen met zich mee. Een rapportage, uitgevoerd door de Raad voor Volkgezondheid & Zorg (2002), vat samen dat e-care diensten het zorgaanbod vergroten en zorgen voor een grotere keuzevrijheid bij de patiënt. Via het internet is het mogelijk te communiceren met een zorgprofessional die het beste aansluit bij de wensen van de zorgconsument. Ook kunnen gebieden waar het aanbod van zorg minder groot is, zoals plattelandsgebieden, profiteren van meer aanbod en zorgt e-care

ervoor dat zorgconsumenten op grote afstand of zij die minder mobiel zijn, makkelijker toegang hebben tot bepaalde vormen van zorg. Een consult kan bijvoorbeeld via email plaatsvinden zonder dat de patiënt op spreekuur hoeft te verschijnen. Daarnaast kan anonimiteit zorgen voor een drempelverlaging voor patiënten die geen face-to-face contact wensen (RVZ, 2002). Een ander voordeel van e-care diensten is de mate van afstemming, op de wensen van de patiënt, die bereikt kan worden. Zo kan een vraag per e-mail gesteld worden op een moment naar keuze en is de zorg 24 uur per dag toegankelijk. Ook biedt e-health de mogelijkheid aan verschillende groepen binnen de zorg om met elkaar in contact te komen. Hierbij kan gedacht worden aan internetfora voor reumapatiënten. Tenslotte kan e-health gebruikt worden om op kosten te besparen en wordt het ingezet ter preventie. Voorlichting via het internet biedt vele mogelijkheden en is goedkoop.

Aan de andere kant brengt het gebruik van e-care ook risico's met zich mee. Veiligheid speelt daarin een grote rol. Een consult dat plaatsvindt via videoconferentie vereist andere veiligheidsmaatregelen dan een consult waarbij de patiënt achter gesloten deuren een gesprek voert met de arts (RVZ, 2002). Zo moeten data gecodeerd verstuurd worden om het risico op inbreuk van de privacy te voorkomen.

Een ander gevaar is de afwezigheid van standaarden die de kwaliteit van e-carediensten garanderen. Veel diensten, aangeboden via het internet, worden niet gecontroleerd op inhoud en veiligheid. De gebruiker zelf moet uitmaken of de informatie betrouwbaar is. Wel worden steeds meer initiatieven ontplooid om tot een dergelijke standaard te komen.

Communicatie via ICT is onpersoonlijker en in enkele gevallen zelfs anoniem. De asynchrone communicatie kan leiden tot depersonalisatie. Eysenbach stelt daarnaast dat de communicatie informeler is en meer algemeen (Eysenbach, 2000).

Tenslotte bestaat het gevaar dat e-care ongewild bijdraagt aan een vergroting van de verschillen in kennis, macht, welzijn en toegang tot de zorg (VWS-rapport, 2001). Katz en Moyer (2004) laten zien dat 70 procent van de verschillen in het gebruik met betrekking tot webgerelateerde diensten wordt bepaald door leeftijd, opleiding en gezondheidstoestand.

§ 2.1.2 Het digitaal consult als expert systeem en de werking van het consult

Expert systeem

Het systeem onderliggend aan het digitaal consult is een expert systeem. Een expert systeem is een op kennis gebaseerd computersysteem dat gebruikt wordt voor het oplossen van bepaalde problemen en dat daarbij redeneert aan de hand van kennis van (menselijke) experts.

Binnen de zorg worden expertsystemen voornamelijk toegepast ter ondersteuning van experts bij het nemen van beslissingen. In Amerika wordt een systeem gebruikt dat automatisch een waarschuwing verzend naar de zorgverlener wanneer patiënten behoren tot de risicogroep voor tuberculose (Steele et al, 2005). In Engeland bestaat NHS Direct, een expert systeem dat verpleegsters ondersteund bij het inschatten van de ernst van een klacht. Wanneer men de verpleegster belt om advies in te winnen over de klacht krijgt zij tegelijkertijd informatie van het systeem door de gegevens van de beller in te voeren. Ook in Nederland worden dergelijke systemen ingezet om zorgverleners te ondersteunen.

Het digitaal consult van Dokterdokter zet het expert systeem in op consumenten niveau. Het consult maakt gebruik van een ICT gestuurd systeem dat gericht is op triage bij alledaags klachten zoals hoesten en lage rugpijn. Triage is een systeem dat wordt gebruikt in de medische wereld wanneer er meer vraag naar zorg is dan er op dat moment aanbod is. Er wordt op rationele gronden een indeling gemaakt naar spoedeisende en minder spoedeisende klachten. In de zorg is de inzet van expertsystemen voor diensten aan zorgconsumenten een nieuw fenomeen.

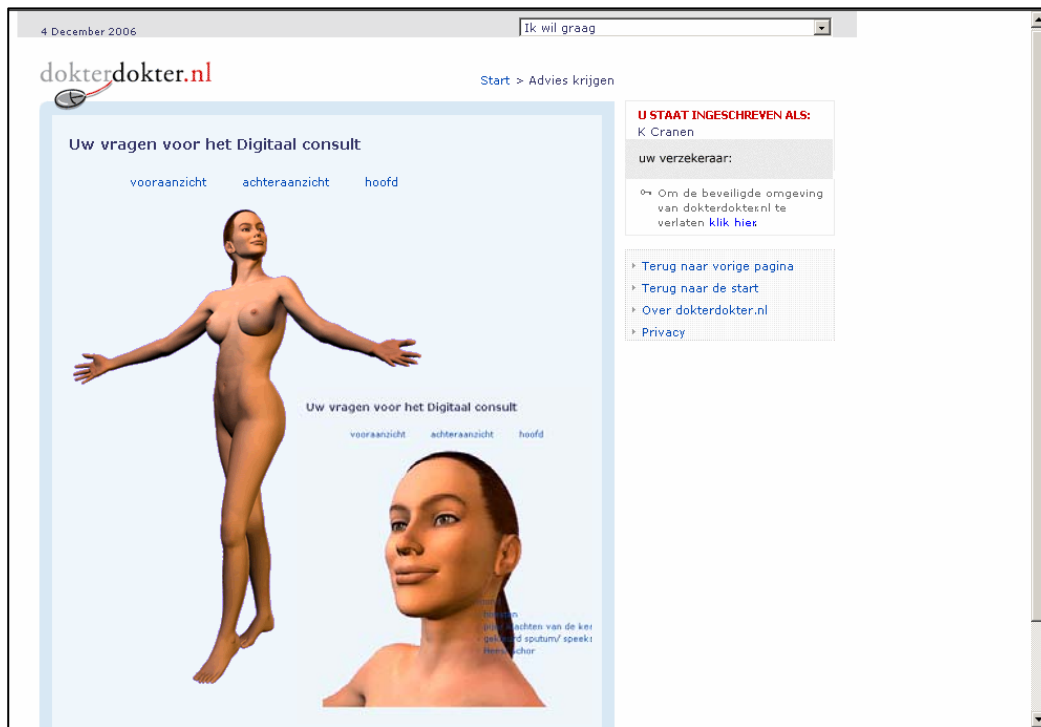
Voor zover bekend maken enkel ACHMEA en CZ gebruik van een soortgelijk expert systeem voor triage; het Medisch Callcenter en de CZ Helpline. Een groot verschil met het digitaal consult van Dokterdokter is dat hier geen sprake is van volledig elektronische triage. De dienst van Achmea, het medisch callcenter (MC), werkt zoals de naam al doet vermoeden als een regulier callcenter. Op het MC werken ervaren verpleegkundigen en doktersassistentes die via een computergestuurd systeem de zorgvraag per telefoon inventariseren en de patiënt vervolgens adviseren. De patiënt ontvangt of een zelfzorgadvies of er wordt direct een afspraak met de huisarts gemaakt. Een speciale 'telefoonarts' ondersteunt de telefoonmedewerkers indien nodig (Spelten & Gubbels, 2003). Bij de CZ Helpline kunnen verzekerden terecht voor telefonisch advies bij medische vragen. Ook hier wordt de patiënt geholpen door verpleegkundigen, al dan niet ondersteund door een arts, die via een medisch protocol de urgentie van de hulpvraag bepalen (CZ, 2004).

De werking van het digitaal consult

Het digitaal consult is een dienst die consumenten inzicht geeft in hun klacht en advies geeft of zij zelfstandig hun klacht kunnen behandelen of dat contact gezocht moet worden met de huisarts. Het online expertstelsel van Dokterdokter is gebaseerd op professionele standaarden ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en is gecertificeerd volgens de ISO 9000:2000 standaard (TNO-QMIC).

Het digitaal consult wordt gestart via de website van Dokterdokter. Er wordt vooraf betaald voor de dienst. Het is daarbij mogelijk anoniem te blijven. Voordat daadwerkelijk van start gegaan wordt met het consult wordt de consument een disclaimer voorgelegd waarbij men akkoord dient te gaan met de gestelde voorwaarden. Vervolgens wordt gevraagd naar leeftijd en geslacht. Het consult stopt wanneer men aangeeft jonger dan 16 jaar te zijn. Afhankelijk van geslacht worden bovendien twee vragen gesteld over menstruatie en zwangerschap. Tenslotte wordt de vraag gesteld 'voor wie vraagt u dit advies aan'. Indien men aangeeft het advies aan te vragen voor een kind of voor een andere persoon wordt wederom het consult gestaakt. Vervolgens is er de mogelijkheid met behulp van een virtueel lichaam de klacht te selecteren door deze aan te klikken op het lichaam (zie figuur 1). Er bestaan twee varianten: een vrouwen- en een mannenlichaam.

Figuur 1 Het virtueel lichaam van het digitaal consult, waarop men de klacht kan aangeven. Op het moment dat men de muispijl boven een bepaald lichaamsdeel laat stilstaan verschijnen tekstregels waarop men kan klikken. Door te klikken selecteert men de entreeklacht



In totaal kan de zorgconsument met vijftig verschillende klachten terecht bij het digitaal consult. Verschillende criteria hebben bepaald of een bepaalde klacht toegevoegd werd aan het systeem. Allereerst werd gericht op klachten die in hoge mate voorkwamen binnen de dokterspraktijken. Daarnaast moest het beoordelen van de situatie van de consument mogelijk zijn zonder dat daarbij fysiek contact nodig was. Een derde vereiste hing samen met de complexiteit van de klacht. In alle gevallen moest het mogelijk zijn spoedeisende situaties goed te kunnen onderscheiden. De entreeklachten waarover advies gegeven kan worden met behulp van het expert systeem zijn goed voor 35% van de bezoeken aan de huisarts (Verlinden, 2005).

Wanneer de respondent een entreeklacht invult met behulp van het digitale lichaam, dan wordt door het computersysteem automatisch de bijbehorende 'vragenboom' gestart. Deze vragenboom bestaat uit de vragen die gesteld moeten worden om de klacht te kunnen diagnosticeren. In het geval van de klacht 'hoest' wordt de vragenboom 'bovenste luchtwegklachten' opgestart. In totaal bestaan 17 van deze vragenbomen.

Voordat de respondent kan beginnen met het invullen van de vragen wordt een tweede (medische) disclaimer getoond. Afhankelijk van de klacht worden voorwaarden geschetst waaraan men moet voldoen om het digitaal consult te gebruiken. Een voorbeeld wanneer men het consult bezoekt met de klacht 'jeuk, rode bultjes en/of vlekken': *deze adviesmodule is ongeschikt wanneer u ernstig ziek bent of zich grote zorgen maakt, u ooit een ernstige allergische reactie heeft doorgemaakt, uw klachten langer dan 1 week duren, u een ziekte of aandoening heeft die deze klachten kunnen veroorzaken of tot gevolg kunnen hebben.*

Eenmaal akkoord met de genoemde voorwaarden, dan wordt gestart met de vragenboom en wordt de consument gevraagd vragen over zijn klacht te beantwoorden. Het aantal vragen varieert per klacht en is bovendien afhankelijk van de gegeven antwoorden op de eerder gestelde vragen.

Na het doorlopen van de vragen bereikt de consument het punt waarop het advies wordt verstrekt. De adviezen komen voor in vijf verschillende vormen, te weten: ; a) zelfzorgadvies, b) advies om met spoed contact op te nemen met de huisarts – bel 112 , c) advies om zo snel mogelijk contact op te nemen met de huisarts, d) advies om op korte termijn contact op te nemen met de huisarts en e) advies om contact op te nemen met de huisarts. In de gevallen waar het mogelijk was een diagnose te stellen voor de klacht wordt deze diagnose ook meegedeeld in het advies. In de praktijk betekent dit dat in het geval van een zelfzorgadvies altijd een diagnose wordt verstrekt. Wanneer een advies wordt verstrekt om met de huisarts contact op te nemen volgt enkel in de gevallen van een chronisch obstructieve longziekte (COPD), een urineweginfectie, migraine en bij onvoldoende bescherming zwangerschap een diagnose verstrekt in het advies. Dit heeft te maken met de technische complexiteit van het systeem.

Figuur 2 Voorbeeld van een advies verstrekt door het digitaal consult waarbij geadviseerd wordt met de huisarts contact op te nemen en een mogelijke diagnose wordt gegeven.

4 December 2006 Ik wil graag

dokterdokter.nl Start > Advies krijgen

Uw vragen voor het Digitaal consult

Conclusie

Neem contact op met uw huisarts vanwege verdenking migraine

De klachten die u heeft, zouden kunnen wijzen op een migraineaanval. Dit is een zeer vervelende - maar vrijwel altijd onschuldige - aandoening die, ook zonder behandeling, binnen een aantal dagen spontaan geneest. Er zijn echter goede medicijnen waarmee de ernst en de duur van de klachten te verminderen zijn. Neem daarom contact op met uw huisarts, zodat hij/zij uw situatie verder kan beoordelen.

S.F.F. Verlinden, arts
BIG registratie nummer: 39044027701

Klik op "verder" om door te gaan. Aan het einde wordt de mogelijkheid geboden alle gegevens te printen of op te slaan op uw computer. Aangezien er geen medisch dossier wordt aangemaakt raadt de Virtuele Vraagbaak u dit ten eerste aan. Alleen op deze wijze kunt u - op een later tijdstip - de consult gegevens nogmaals inzien.

In 2006 hebben van Gemert-Pijnen, Heikamp, Nijland & Tempelman (2006) onderzoek gedaan naar het gebruik van de producten van Dokterdokter. Over het digitaal consult kwam naar voren dat consumenten zich relatief weinig aandacht besteden aan de disclaimers en veel vertrouwen hebben in de dienst. Bovendien maken de vragen die gesteld worden tijdens het digitaal consult de zorgvrager alert op de symptomen die bij bepaalde klachten kunnen horen. Wel wordt het gebruikte systeem in sommige gevallen omslachtig gevonden – er moeten veel vragen beantwoord worden om uiteindelijk een advies te krijgen. Daarnaast kwam naar voren dat de informatie op basis van het digitaal consult te algemeen en te uitgebreid werd bevonden en dat men vond dat de informatie veel overlap vertoonde met de informatie uit de NHG patiëntenbrieven.

§2.1.3. Digitaal consult & artsrelatie

Het digitaal consult maakt onderdeel uit van een pakket aan e-healthdiensten dat Dokterdokter aanbiedt. Deze diensten vormen een 'hiërarchie' waarin de aan- of afwezigheid van een bestaande artsrelatie tussen arts en patiënt een rol speelt. In het geval van het digitaal consult speelt de afwezigheid van een dergelijke relatie een grote rol. Ter verduidelijking worden alle vier de diensten van Dokterdokter kort toegelicht in dit perspectief.

Dokterdokter biedt via haar website vier verschillende diensten aan. Allereerst een toepassing op het gebied van e-learning, waar de zorgconsument met behulp van een medische encyclopedie en online folders (NHG patiëntenbrieven) informatie kan raadplegen. Deze dienst is vrij toegankelijk voor iedere bezoeker.

Daarnaast worden drie vormen van e-care aangeboden. Allereerst het digitaal consult, waarbij een zorgconsument via een voorgestructureerde vragenlijst advies ontvangt over zijn klacht. De consument heeft daarbij niet direct contact met arts, maar communiceert met een systeem opgesteld door zorgprofessionals. Volgens de indeling van Eysenbach (2000) is er tijdens het digitaal consult sprake van contact van het type A. Dit type contact wordt ook wel als een type 1 contact beschreven (Ferguson, 1998). Dit wil zeggen dat er geen bestaande artsrelatie aanwezig is. Zo worden gegevens van eerdere contacten van een zorgconsument met het digitaal consult niet gekoppeld aan een later bezoek aan het consult. Bovendien heeft het systeem voorafgaand aan het digitaal consult geen overzicht van het medisch verleden van een consument. Het feit dat geen bestaande behandelrelatie aanwezig is maakt het mogelijk dat het consult anoniem doorlopen kan worden. Een andere vorm van e-care die Dokterdokter aanbiedt is het e-mailconsult. Hierbij vindt een consult met de eigen huisarts plaats via email, waarbij het contact gelegd wordt via de website van Dokterdokter. Een verschil met het digitaal consult is dat hier sprake is van een type B contact – er is sprake van een bestaande artsrelatie. Het consult kan enkel plaatsvinden met de eigen huisarts. Is de eigen huisarts niet aangesloten bij het emailconsult van Dokterdokter, dan wordt het consult niet gestart. Ook voor deze dienst moet betaald worden.

De laatste dienst betreft 'het informatierecept'. Deze dienst is enkel toegankelijk nadat er al contact is geweest tussen arts en patiënt. De patiënt ontvangt van zijn arts een code waarmee hij op de website van Dokterdokter kan nalezen wat de huisarts heeft verteld.

Voor de diensten van Dokterdokter moet worden betaald via overschrijving. Men sluit dan een zogenaamd e-health pakket af waarmee men toegang heeft tot alle diensten van Dokterdokter. Wanneer de zorgverzekeraar is aangesloten bij Dokterdokter is toegang tot deze diensten gratis. Tenslotte is er de mogelijkheid te betalen via SMS of door een 0900-lijn te bellen, wanneer men anoniem wil blijven. Men ontvangt dan een tijdelijke code die 12 uur toegang geeft tot de encyclopedie en het digitaal consult van Dokterdokter.

Tabel 2.1 Overzicht van de e-healthdiensten die Dokterdokter aanbiedt en de aanwezigheid van een artsrelatie

e-health dienst	Relatie met arts	Omschrijving
Encyclopedie/ NHG patiëntenbrieven	Artsrelatie afwezig (<i>zorgconsument</i>)	Informatie via internet
Digitaal consult	Type A – artsrelatie afwezig (<i>zorgconsument</i>)	Interactie met een online expertsysteem m.b.v. een vragenlijst
Emailconsult	Type A – artsrelatie aanwezig (<i>patiënt</i>)	Interactie via email met de eigen huisarts
Informatierecept	Type A – artsrelatie aanwezig (<i>patiënt</i>)	Toegang tot een informatierecept met een persoonlijke code via het internet, ná contact met de eigen huisarts

§ 2.2 Het opvolgen van het advies

Onderstaande paragrafen vormen een inleiding op het tweede deelonderzoek en gaan in op de factoren die een rol spelen bij de keuze om het advies van het digitaal consult wel of niet op te volgen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de rol van de kenmerken van gebruikers, het oordeel over het digitaal consult en de sociaal cognitieve determinanten zoals die verband houden met adviestrouw.

§2.2.1 Kenmerken gebruikers & het opvolgen van advies

Individuele verschillen hangen samen met het gebruik van e-healthservices. Zo blijkt uit onderzoek onder het Consumenten Panel Gezondheidszorg (van der Schee, 2005) dat jongeren en vrouwen meer gebruik maken van het internet voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie. Bovendien zoeken chronisch zieken en gehandicapten, in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking, minder vaak naar gezondheids(zorg)informatie. Binnen de groep chronisch zieken en gehandicapten blijken ouderen en lager opgeleiden oververtegenwoordigd in de groep die geen internet gebruikt. De chronisch zieken en gehandicapten die wel het internet gebruiken zijn jonger en hoger opgeleid. Volgens Brink-Muinen (2006) zal 'in de toekomst zal dit generatieverschil verdwijnen, wat naar verwachting zal doorwerken in een groter aandeel van ouderen in het internetgebruik, ook onder chronische zieken en gehandicapten.' De verwachting is dan ook dat de gebruikersgroep van digitaal consult vooral uit jongeren en vrouwen zal bestaan.

Daarnaast hangt het gebruik van e-healthdiensten sterk samen met de mate waarin een persoon weet om te gaan met de aangeboden dienst. Norman & Skinner (2006) noemen dit e-health-literacy. Zij stellen dat de gebruiker van e-healthdiensten in het bezit moet zijn van lees- en schrijfvaardigheden, computerkennis en basiskennis over de werking van de wetenschap. Bovendien moet de gebruiker in staat zijn de context te evalueren waarin de gezondheidsinformatie wordt opgesteld, doorgegeven en ontvangen. E-health-literacy wordt door hen onderverdeeld in zes 'alfabetismen'; traditionele-, gezondheids-, informatie-, wetenschaps-, media- en computer-literacy. Samen vormen deze zes vaardigheden het Lily model. Voor een effectief gebruik van een e-healthdienst zullen gebruikers op alle zes de gebieden moeten beschikken over vaardigheden. E-health-literacy wordt beïnvloed door opleiding, de motivatie om naar informatie op zoek te gaan, de technologieën die gebruikt worden en de gezondheidstoestand van de gebruiker op het moment van gebruik (Norman & Skinner, 2006).

Gebruikerskenmerken hangen niet enkel samen met het gebruik van een e-healthdienst. Literatuur wijst uit dat deze verschillen per individu ook een rol spelen bij de mate waarin men trouw is aan een bepaald advies. Een belangrijk gegeven bij het onderzoek naar het digitaal consult waar mensen geconfronteerd worden met een bepaald gezondheidsadvies. Onderzoek van Greiner et al (2005) gaf aan dat significant meer jongeren en laag opgeleiden zich niet lieten onderzoeken op dikke darm kanker, ondanks verstrekt advies. In een ander onderzoek stellen Rains et al. (2006) stellen in ander onderzoek dat leeftijd, geslacht en opleiding een rol spelen bij de mate van trouw bij hoofdpijnpatiënten. Patiënten van het mannelijk geslacht, lager opgeleid en van jonge leeftijd lopen meer risico te behoren tot de groep ontrouwe gebruikers van medicijnen.

De literatuur is echter niet eenduidig over de relatie tussen demografische verschillen en de mate van trouw. Haynes et al. (1998) vonden dat patiëntkarakteristieken zoals leeftijd, geslacht, onderwijs, beroep, inkomen, afkomst, religie en etnische achtergrond niet per definitie gerelateerd zijn aan de mate van trouw. Ook Showalter (2006) vindt bewijs voor de zwakke verbanden tussen demografische variabelen en trouw. Hij haalt een voorbeeld aan waarin arme en dakloze HIV patiënten werden gevraagd een dure en complexe behandeling te ondergaan. Na 20 maanden bleek 91 procent van de patiënten bij alle sessie aanwezig te zijn geweest. Tenslotte komen ook de resultaten van Mills et al. (2006) niet overeen met de veronderstelling dat arme en ongeschoolde Afrikanen niet in staat zouden zijn therapietrouw te zijn.

§2.2.2 Oordeel over het digitaal consult & het opvolgen van advies

Te verwachten valt dat niet alleen gebruikerskenmerken een rol spelen bij de vorming van een intentie om advies wel of niet op te volgen, maar dat ook het oordeel van de gebruiker over de e-healthdienst, in dit geval het digitaal consult.

Op dit moment is nog weinig onderzoek verricht naar de manier waarop een gebruikersoordeel wordt gevormd over een e-healthdienst en hoe dit samenhangt met het wel of niet opvolgen van een bepaald advies. Bij het samenstellen van de vragen die het oordeel van de over het digitaal consult in kaart brengen is daarom uit gegaan van het eSERVQUALmodel en de WebMedQual scale. Daarnaast hebben de eisen die gesteld worden aan e-health diensten zoals die bekend zijn in de literatuur, gediend als leidraad.

De WebMedQual Scale is een instrument dat is ontwikkeld om de kwaliteit van gezondheidsgerelateerde websites te beoordelen (Provost et al., 2006). Allereerst is door de onderzoekers een literatuurstudie uitgevoerd om in kaart te brengen welke constructen de kwaliteit van een website het beste in kaart brengen. Daarna werden in totaal twaalf recensenten gevraagd deze vastgestelde constructen te beoordelen op relevantie, haalbaarheid, duidelijkheid en belangrijkheid. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een schaal die bestaat uit acht onderdelen, namelijk inhoud, bronautoriteit, design, toegankelijkheid en beschikbaarheid, links, gebruiksvriendelijkheid, vertrouwelijkheid en privacy en e-commerce. In het geval van het digitaal consult spelen de constructen 'links' en 'e-commerce' geen rol.

Een ander model dat het oordeel van de gebruik in kaart brengt is het eSERVQUAL model. Dit model richt zich op de beoordeling van elektronische diensten. Parasuraman et al. (1991) onderscheiden daarbij elf dimensies waarop een eServicekwaliteit beoordeeld kan worden, namelijk toegankelijkheid, navigatiegemak, efficiency, flexibiliteit, betrouwbaarheid, gericht op de consument, veiligheid en privacy, vertrouwen, uitstraling en kennis van de kosten. Deze elf dimensies vormen samen het eSERVQUAL model. Ook al is het eSERVQUAL model niet specifiek gericht op gezondheidsgerelateerde elektronische diensten, het geeft een goede weergave van het spectrum waarop een e-dienst beoordeeld kan worden.

Naast deze twee modellen kunnen ook enkele belangrijke eigenschappen van e-healthdiensten afgeleid worden door te kijken naar de eisen die aan dit soort services worden gesteld. Zo heeft het Committee Quality of Health Care (CQHC) in het rapport 'Crossing the Quality Chasm' (2001)

vastgesteld dat e-healthdiensten op de patiënt gericht moeten zijn, dat ze effectief, efficiënt, veilig en rechtvaardig moeten zijn. Lee (2000/2001) ontwikkelde het Health Care Service Quality Model. Daarbij staat centraal dat bij gezondheidsgerelateerde diensten veiligheid voorop moet staan. Daarnaast moet de service transparant zijn, efficiënt, effectief en moet de dienst op de patiënt gericht zijn, zoals ook de CQHC vaststelde. Taylor (2005) sluit aan bij het idee dat e-health diensten in de eerste plaats veilig moeten zijn. Daarnaast moeten ze gemakkelijk zijn in het gebruik en moet het resultaten opleveren die de moeite waard zijn voor de gebruiker.

De American Medical Association (AMA) stelde richtlijnen op voor gezondheidsgerelateerde sites. Deze richtlijnen sluiten deels aan bij eerder genoemde criteria. Zo moet privacy gegarandeerd zijn en informatie over privacy en betaling moet gemakkelijk te vinden zijn. Daarnaast moet de inhoud van de website gecontroleerd zijn op betrouwbaarheid, accuraatheid en op oorspronkelijkheid. Bovendien moet de gebruikte taal aangepast zijn op de doelgroep. Daarnaast moet gebruik gemaakt worden van sitemaps, pagina's waarin de opbouw met behulp van links wordt weergegeven, en andere mogelijkheden om de navigatie gemakkelijk te maken. Tenslotte moet er sprake zijn van transparantie; wanneer er sprake is van sponsoring moet dit gemeld worden.

Risk & Dzenowagis (2001) hebben een onderzoek gedaan naar de bestaande kwaliteitscriteria en ethische standaarden voor gezondheidsinformatie op het internet. Zij concludeerden dat alle criteria opgesteld door de verschillende partijen verschilden in de manier waarop ze verwoord waren, maar dat in feite alle principes gestoeld waren op eerlijkheid, privacy, vertrouwen, volledigheid, geldigheid, betrouwbaarheid en goedkeuring.

Tenslotte hebben Eysenbach et al. (2002) een literatuurstudie uitgevoerd naar de kwaliteit van gezondheidsinformatie voor consumenten op het internet. Hij stelt vast in onderzoeken verschillende criteria worden gebruikt om websites te beoordelen. Zo worden er technische criteria gehanteerd waarbij gekeken wordt naar de indeling van de website en het achterliggende systeem. Daarnaast worden websites beoordeeld op design en leesbaarheid. Ook accuraatheid of betrouwbaarheid is een belangrijk criterium dat in de meeste onderzoeken wordt aangehaald. Tenslotte wordt gekeken naar volledigheid en begrijpelijkheid.

Bovenstaande onderzoeken maken duidelijk dat de kwaliteit van e-healthdiensten op vele manieren gemeten kan worden. Ook het oordeel over het digitaal consult van Dokterdokter behelst vele aspecten. Deze scriptie heeft echter niet als doel het digitaal consult te beoordelen aan de hand van gestelde systeem- en service eisen. Daarom maakt de vragenlijst gebruik van die constructen waarvan verwacht wordt dat ze sterk samenhangen met de intentie om het advies wel of niet op te volgen.

§2.2.3 Sociaal cognitieve determinanten & het opvolgen van advies

Het doel van het tweede deelonderzoek is de determinanten te achterhalen die samenhangen met het wel of niet opvolgen van het advies. Te verwachten valt dat sociaal cognitieve determinanten hierbij een rol spelen. Ter introductie van dit hoofdstuk worden drie gedragsvoorspellende modellen besproken die ten grondslag liggen aan gedragsverandering. Vervolgens wordt ingegaan op enkele determinanten waarvan op basis van de literatuur te verwachten valt dat zij samenhangen met het opvolgen van het advies van het digitaal consult.

Gedragsverklaringsmodellen

Om te achterhalen welke determinanten een rol spelen bij bepaalde gedragskeuzes wordt gebruik gemaakt van bestaande gedragsverklaringsmodellen, ook wel ook wel sociaal-cognitieve modellen genoemd. Aan het onderzoeksmodel (§ 2.3) liggen drie verklaringsmodellen ten grondslag, te weten de Theory of Planned Behaviour (Fishbein & Ajzen, 1975), Health Belief Model (Janz & Becker, 1984) en de Protection Motivation Theory (Becker, 1974).

De Theory of Planned Behaviour (TPB) is ontstaan uit de Theory of Reasoned Action (TRA). Beide theorieën verklaren verschillen in bepaald gedrag aan de hand van de variabelen attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en gedragsintentie (Ajzen, 1991). Het centrale idee achter het TRA model, ontwikkeld door Ajzen en Fishbein, is dat gedrag voorspeld wordt door gedragsintenties, die op hun beurt bepaald worden door attitude en sociale norm. De attitude geeft weer hoe iemand over een bepaald onderwerp denkt, de sociale norm geeft aan hoe het individu de houding van anderen inschat ten aanzien van het vertoonde gedrag (O'Keefe, 2002). Door het toevoegen van een extra variabele, zelfeffectiviteit, ontstond later het TPB model. Zelfeffectiviteit heeft in deze theorie betrekking op de mate waarin een individu denkt het gedrag daadwerkelijk uit te kunnen voeren (Ajzen, 1991).

Kritiek op het TPB model richt zich op het feit dat het in staat is de variantie in intenties te verklaren, maar dat het een zwakke voorspeller is van het daadwerkelijke gedrag. Een positieve intentie wil niet zeggen dat men ook daadwerkelijk overgaat tot de uitvoer van het gewenste gedrag. Gollwitzer maakt daarom een onderscheid tussen een *motivational* (motivatie) en *volitional* (wilskracht) fase binnen het motivatieproces (Jackson et al, 2005). In de motivational fase ontwikkelt een persoon een intentie om bepaald gedrag uit te voeren. Wanneer dit doel is gesteld gaat men over tot de tweede fase, waarin men tot in detail plannen maakt, probeert het gedrag uit te voeren, volhoudt en daarbij misschien faalt en zich dan herstelt. Ook al hebben personen de intentie om het gewenste gedrag uit te voeren. In het kader van deze twee fasen maken Schwarzer en Renner (2000) onderscheid tussen action – en coping eigeneffectiviteit. De action eigeneffectiviteit wordt gevormd tijdens de motivational fase, waarbij personen met een hoge eigeneffectiviteit zich successscenario's voorstellen en anticiperen op de mogelijke uitkomsten van de diverse mogelijkheden. De coping eigeneffectiviteit heeft betrekking op de wijze waarop personen omgaan met de barrières die zij tegenkomen wanneer het gedrag wordt uitgevoerd. Zo kan het zijn dat bepaald gedrag lastiger is uit te voeren dan men had verwacht. Een persoon met een hoge eigeneffectiviteit zal meer moeite steken om deze moeilijkheden te overwinnen.

Het Health Belief Model (HBM) is een veel gebruikte psychosociale aanpak om gedrag, dat gerelateerd is aan gezondheid, te verklaren (Glantz et al., 1990; Lagerlund et al., 2000). Het doel is inzicht te krijgen in het keuzeproces van een individu om wel of geen maatregelen te nemen om ziekte te voorkomen. De perceptie van een persoonlijke bedreiging voor de gezondheid en de perceptie van de effectiviteit van bepaalde maatregelen die deze dreiging verminderen, spelen daarbij een grote rol.

De theorie is gebaseerd op de veronderstelling dat gedrag afhankelijk is van enerzijds de verwachting die een individu heeft van het gevolg van het gedrag, anderzijds de waarde die een individu toekent aan dit gevolg. Het model stelt dat mensen ziekten vrezen en dat hun gedrag beïnvloed wordt door de perceptie van de eigen vatbaarheid en de perceptie van de ernst van de gevolgen. Beide factoren vormen samen de gezondheidsdreiging. Hoe groter deze dreiging, hoe groter de motivatie om het gedrag uit te voeren. Demografische variabelen zoals geslacht, leeftijd, ras en sociaal-economische status, zijn van invloed op de perceptie van deze gezondheidsdreiging. Daarnaast is de keuze voor een bepaald gedrag afhankelijk van de verwachte effecten ervan en de waargenomen nadelen of risico's van het gedrag. Gedragsverandering vindt plaats wanneer de ervaren voordelen opwegen tegen de waargenomen barrières.

Ook de Protection Motivation Theory (Maddux & Rogers, 1983) suggereert dat de keuze om wel of niet een bepaald gedrag uit te voeren wordt gemaakt op basis van een kosten-baten analyse. Er vindt een afweging plaats tussen de ervaren vatbaarheid voor de ziekte, de ervaren ernst van de ziekte en ervaren voor- en nadelen die een rol spelen wanneer het gedrag wordt uitgevoerd. Een verschil met het HBM model is dat de 'barrières' worden beschouwd in termen van verwachtingen in uitkomst en effectiviteit. In het HBM model blijven deze niet nader omschreven (Bandura, 1986).

De literatuur is niet eenduidig over de invloed die de factor 'dreiging' heeft in beide modellen. Volgens Schwarzer (1992) wordt deze invloed overschat, omdat de verwachtingen van de uitkomst van het gedrag en de ervaren eigen effectiviteit de sterkste samenhang laten zien met gedrag en gedragsintentie. Ander onderzoek toont echter aan dat de ervaren vatbaarheid en ernst wel degelijk sterk samenhangt met gedrag (Bennet et al., 1998).

Factoren TRA, PMT & HBM in relatie tot trouw

Gedragsmodellen geven goed weer welke factoren er in het algemeen van belang zijn bij gezondheid gerelateerd gedrag. Het onderzoek dat in deze scriptie centraal staat richt zich op adviestrouw: in welke mate volgt een consument het ontvangen advies van het digitaal consult op? Het is daarom interessant te weten welke factoren uit de hiervoor besproken gedragsmodellen, samenhangen met adviestrouw. Op dit moment is er echter geen onderzoek bekend over adviestrouw in combinatie met online advies(systemen). Daarom is, naast de enkele onderzoeken over adviestrouw, in dit literatuuronderzoek uitgegaan van onderzoek naar therapie- en medicijntrouw in het algemeen. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat deze 'trouw' niet wezenlijk verschilt van de adviestrouw die bij online adviessystemen een rol speelt. Echter zullen niet alle factoren zoals onderzocht bij therapie- en medicijntrouw van belang zijn naar het onderzoek van online adviestrouw. Te denken valt dan aan de ervaren barrière 'bijwerkingen' in het geval van medicijntrouw. De voor dit onderzoek irrelevante

factoren zullen dan ook niet nader worden besproken in dit literatuuronderzoek. Een korte samenvatting van de uitkomsten volgt hieronder.

Eigen effectiviteit & verwachte uitkomst - Schwarzer & Renner (2000) onderzochten welke factoren van invloed zijn op de keuze om een vetarm, vezelrijk dieet te volgen en gebruikten daarbij verschillende elementen uit de eerder besproken gedragsverklarende modellen. De eigen effectiviteit (op actie niveau), de risico perceptie en de verwachte uitkomst hingen sterk samen met de intentie om het voedingsadvies op te volgen. Onderzoek naar het gebruik van schone naalden bij opium gebruikers (Kok et al, 1992) en het zelf uitvoeren van borstonderzoek (Rippetoe & Rogers, 1987) vindt ook deze relatie tussen gedragsintentie, de ervaren zelfeffectiviteit en de uitkomst verwachting van het gewenste gedrag. Eigen effectiviteit voorspelt therapie- en medicijntrouw in een breed veld van chronische aandoeningen zoals diabetes, astma, slaap-apneu en hart- en vaatziekten. Tot op heden wordt het gezien als een van de meest krachtige determinanten om de mate van trouw te voorspellen (Rain et al., 2006)

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de barrières die een rol spelen bij de vorming van de eigen effectiviteit. Giuffrida & Torgerson (1997) deden literatuuronderzoek naar de rol van financiële steun bij verschillende soorten van trouw. In totaal werden elf studies meegenomen, waaronder twee onderzoeken waarbij medicijntrouw onder tuberculose patiënten werd aangemoedigd. Twee andere onderzoeken richtten zich op ouders die werden aangemoedigd tandverzorging voor hun kinderen te regelen. Bovendien werden drie onderzoeken onderzocht die therapietrouw onderzochten bij programma's die cocaïneverslaving, een te hoge bloeddruk en een te hoog gewicht wilden tegengaan. Tien van de elf studies lieten zien dat enige financiële steun 'trouw' stimuleert. Kolt en McEvoy (2003) vonden echter dat patiënten die hun behandeling zelf moesten betalen, meer therapie-trouw waren en meer moeite staken in de rehabilitatie sessies.

Onderzoek van Sperings & Miree (1993) toonde aan dat redenen van patiënten om niet op te dagen bij een vervolgspraak, ingedeeld kunnen worden in vier clusters. Allereerst een administratief cluster waar redenen om het advies niet op te volgen samenhangen met te lange wachttijden. Daarnaast speelt mee de ontevredenheid met de vaardigheden of het persoonlijke karakter van de zorgverlener. Ook hebben de veranderingen in de conditie van de patiënt invloed – de klacht kan spontaan over zijn gegaan. Tenslotte zorgen ervaren problemen met de voorgestelde behandeling een grote rol bij de keuze om het advies wel of niet op te volgen.

Ook angst heeft invloed op de ervaren eigen effectiviteit. Onderzoek naar het opvolgen van de oproep voor een borstkankerscreening door Spaanse vrouwen wees uit dat zij de angst om gediagnosticeerd te worden met borstkanker, ervoeren als een barrière om daadwerkelijk de screening te bezoeken (Austin et al., 2002).

Sociale steun - Het ontbreken van sociale steun risico is factor die gerelateerd is aan verminderde trouw. Sociale steun, informele of formele steun door familie of andere leden van de gemeenschap, heeft invloed heeft op gezondheids uitkomsten en gedragingen. Het verbetert medicijntrouw bij verschillende chronische medische condities (Rains et al., 2006) Onderzoek van Leong et al. (2004)

bracht in kaart welke factoren een rol speelden bij de mate waarin medisch gezondheidsadvies werd opgevolgd door post-myocardial infarct patiënten. Ook hier werd aangetoond dat sociale steun, steun van familieleden, geldt als belangrijke voorspeller voor adviestrouw. Daarnaast vonden de onderzoekers een sterke relatie tussen trouw en de locus of control van de patiënt, de medische geschiedenis, angst, depressie en geslacht.

Intentie & attitude - Floyd et al. (2000) lieten zien dat intentie direct gerelateerd was aan toekomstig gedrag. Het nemen van een beslissing maakt dat een beslissing wordt uitgevoerd. Een onderzoek naar medicijntrouw bij hoge bloeddruk patiënten toonde aan dat er een sterke samenhang bestaat tussen de een positieve *attitude* jegens gezondheidszorg en medicatie en de mate van trouw (Wetzels et al., 2006).

Ervaren ernst & vatbaarheid & ervaren voordeel van de behandeling - Benett et al.(1998) testten in hoeverre het PMT model medicijntrouw voorspelt bij astmapatiënten. Hun onderzoek wees uit dat de PMT variabelen *ervaren vatbaarheid* en *ervaren ernst* significant samenhangen met de mate van medicijntrouw. Een onderzoek onder Turkse vrouwen naar de factoren die een rol spelen bij het laten doen van een borstsonderzoek toonde deze relatie ook aan (Secginli & Nahcivan, 2006). De ervaren ernst van borstkanker en de ervaren voordelen van een mammografie significant met het laten uitvoeren van deze mammografie. Onderzoek naar de mate van medicijntrouw bij schizofrene patiënten toonde aan dat onder andere ervaren voordeel een direct effect had op trouw (Seo & Min, 2005).

§2.3 Onderzoeksvragen en onderzoeksmodel

De probleemstelling die in deze scriptie centraal staat is de vraag hoe het digitaal consult wordt gebruikt en welke determinanten een rol spelen bij het opvolgen van het advies. Paragraaf 2.1 en 2.2 hebben duidelijk gemaakt welke factoren hierbij een rol spelen. Op basis daarvan zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe gebruiken zorgconsumenten het digitaal consult van Dokterdokter?

- a) Hoe frequent komen bepaalde vormen van entreeklachten voor?
- b) Hoe frequent komen bepaalde vormen van advies voor?
- c) Welke soorten adviezen geeft het systeem bij bepaalde entreeklachten
- d) Hoe frequent komen bepaalde vormen van diagnoses voor?
- d) e) Zijn er verschillen in leeftijd en geslacht te zien in de frequenties van entreeklachten?

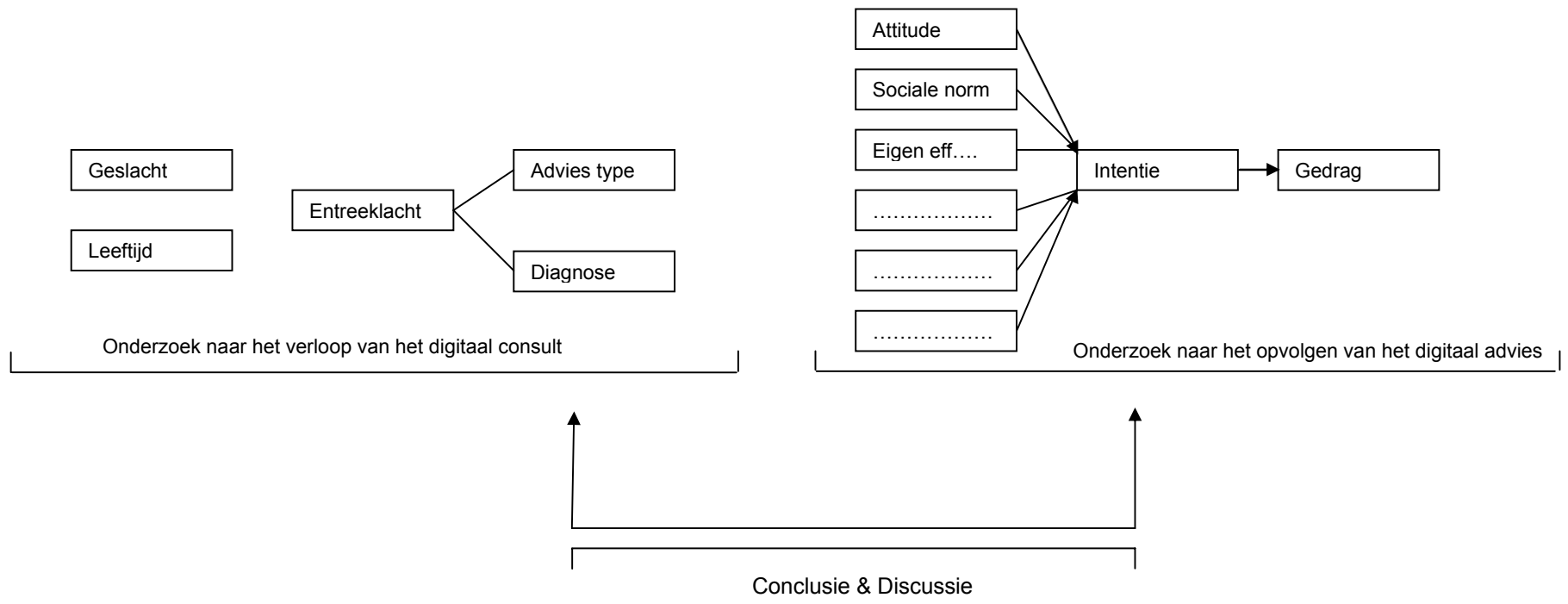
2. Welke determinanten zijn van invloed bij het wel of niet opvolgen van het advies, verkregen via digitaal consult van Dokterdokter?

- a) Wat zijn de kenmerken van de zorgconsument die gebruik maakt van het digitaal consult?
- b) Wat is het oordeel van de zorgconsument over het systeem?
- c) Welke psychosociale determinanten bepalen of zorgconsumenten wel of niet het advies opvolgen?

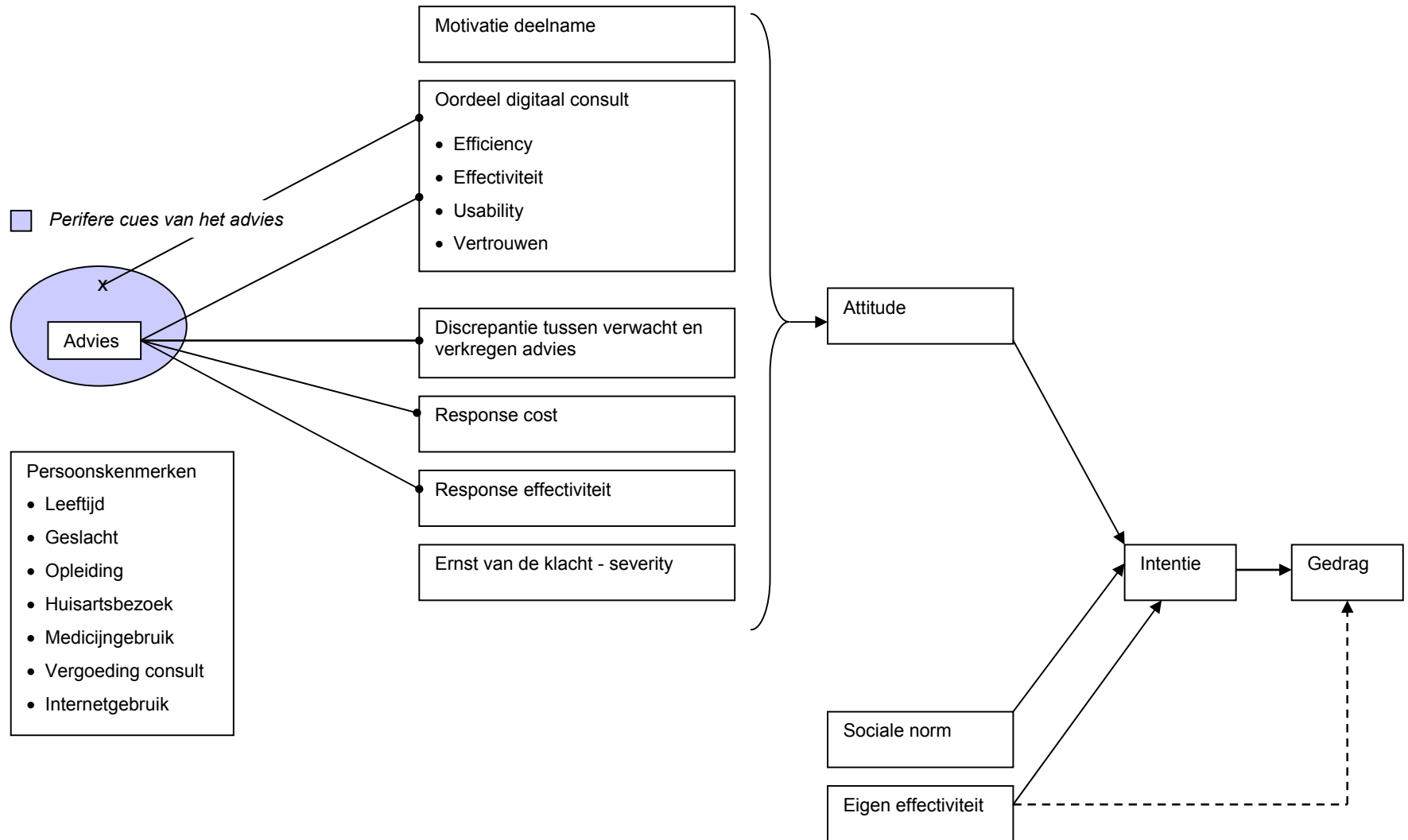
Het eerste deelonderzoek richt zich op de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag en gaat in op het gebruik van het digitaal consult. Het tweede deelonderzoek richt zich op het opvolgen van het advies en de determinanten die hiermee samenhangen. Dit is de tweede geformuleerde onderzoeksvraag. De resultaten op beide onderzoeksvragen zullen uiteindelijk leiden tot de beantwoording van de centrale probleemstelling zoals die eerder verwoord is. Figuur 3 geeft beide deelonderzoeken weer. Figuur 4 geeft een uitgebreidere weergave van het onderzoeksmodel dat ten grondslag ligt aan het tweede deelonderzoek. Te zien is dat, de discrepantie tussen het verwachte en het ontvangen advies, de ervaren kosten en de ervaren effectiviteit van het advies gevormd worden door het feitelijke gegeven advies. De ervaringen van de patiënt met het consult worden gevormd door de perifere cues die rondom dit gegeven advies aanwezig zijn. Te denken valt aan het uiterlijk en het gebruiksgemak van de website.

Voorgenoemde variabelen hebben samen met de motivatie van de patiënt om deel te nemen aan het consult en de ervaren ernst en waarschijnlijkheid van de klacht, invloed op de attitude ten aanzien van het digitaal consult en het gegeven advies. Samen met de sociale norm en eigeneffectiviteit heeft attitude invloed op de intentie om het gegeven advies wel of niet op te volgen. Deze intentie heeft tenslotte invloed op het gedrag van de patiënt. Gekozen is om de externe variabelen te laten lopen via de determinanten attitude, moreel gevoel en sociale norm.

Figuur 3 Onderzoeksmodel; een schematische weergave van de opbouw van dit onderzoek



Figuur 4 Uitgebreid hypothetisch onderzoeksmodel dat ten grondslag ligt aan het onderzoek naar de determinanten van het opvolgen van het advies



3. Methode

Dit hoofdstuk gaat in op de gebruikte methoden tijdens dit onderzoek. Het onderzoek bestaat uit twee verschillende deelonderzoeken. Het eerste onderzoek (§3.1). richt zich op het verloop van het digitaal consult en gaat in op de eerste onderzoeksvraag (§2.3). Het tweede deelonderzoek gaat in op de laatste onderzoeksvraag en richt zich op de factoren die samenhangen met het opvolgen van het advies dat verstrekt is door het digitaal consult.

§3.1. Onderzoek naar het verloop van het digitaal consult

§3.1.1 Onderzoeksgroep

Gebruikers van het digitaal consult in de periode 25 augustus 2004 tot 19 december 2005.

§3.1.2 Meetinstrument

De variabelen entreeklacht, adviestype, gestelde diagnose, leeftijd en geslacht werden gebruikt in dit onderzoek en kwamen rechtstreeks uit een bestaande database van Dokterdokter. De wijze waarop entreeklacht, diagnose en adviestype zijn gegenereerd behoeft enige toelichting.

De entreeklacht bestaat uit de vragenboom die gekoppeld is aan de klacht die consumenten weergeven op het virtuele lichaam tijdens het digitaal consult. Deze boom bestaat uit verschillende vragen behorend bij een specifieke klacht. Wanneer men kiest voor de klacht 'pijn/branderig gevoel bij plassen', dan wordt de vragenboom 'plasklachten' gestart. In dit onderzoek wordt de entreeklacht in dit geval beschouwd als 'plasklachten'. Er is gekozen om te werken met deze vragenbomen, omdat het systeem de precieze klacht, die aangegeven wordt op het virtuele lichaam, niet opslaat.

Het adviestype werd gegenereerd aan de hand van de indeling van adviestypen zoals eerder genoemd. In totaal bestaan vijf verschillende adviestypen. Allereerst het zelfzorgadvies. Daarnaast de adviezen om met de huisarts contact op te nemen, gekoppeld aan een termijn: 'neem met spoed contact op met de arts', 'neem zo snel mogelijk contact op met de arts', 'neem op korte termijn contact op met uw arts' en 'neem contact op met uw arts'. In enkele gevallen wordt in het advies ook een diagnose verstrekt. Deze diagnoses werden als aparte variabele bekeken in dit onderzoek.

§3.1.3 Onderzoeksprocedure

Het gebruik van het digitaal consult is onderzocht aan de hand van al bestaande data in het bezit van Dokterdokter. Sinds de start van het digitaal consult, april 2004, houdt Dokterdokter een database bij waarin alle klikacties per gebruiker worden geregistreerd. De verstrekte vragen, de antwoorden hierop en het verstrekte advies worden verzameld in één database. In dit onderzoek is allereerst onderzocht hoeveel consumenten een digitaal consult startten en wat het effect is van de getoonde disclaimers op het percentage zorgconsumenten dat doorgaat na het zien van deze disclaimers. Bovendien werd gekeken naar frequentie van de aantallen en typen entreeklachten, adviestypen en gestelde diagnoses van het digitaal consult. Tot slot is gekeken naar de verschillen in geslacht en leeftijd voor de verschillende entreeklachten.

§3.1.4 Analyse

Met behulp van frequentietabellen zijn de gegevens per variabele in kaart gebracht. Daarbij is gekeken naar het soort en aantal entreeklachten en adviessoorten dat is afgegeven. Ook is gekeken naar de relatie tussen entreeklacht en adviessoort. Welk type advies wordt afgegeven voor welke entreeklacht en diagnose en in welke frequentie. Bovendien zijn verschillen in adviestype en entreeklacht voor geslacht en leeftijd onderzocht. Tenslotte maakte de database het mogelijk uitspraken te doen over de efficiency van het digitaal consult. Er wordt duidelijk hoeveel consulten er gemiddeld per dag plaatsvinden, hoe veel patiënten een consult starten en welk aantal hiervan het consult uiteindelijk afmaakt. De resultaten zijn terug te vinden in §4.1.

§3.2 Onderzoek naar het opvolgen van het digitaal advies

Het tweede gedeelte van het onderzoek richtte zich op de wijze waarop het systeem werd ervaren en gebruikt., bekeken vanuit een gedragsmatige perspectief. Er werd onderzocht hoe de patiënt oordeelde over het systeem, welke psychosociale determinanten bepaalden of men het verstrekte advies wel of niet opvolgde en hoe de gebruikersgroep zich kenmerkte. Er werd gebruik gemaakt van een vragenlijst gebaseerd op het onderzoeksmodel dat is gepresenteerd in §2.3.

De volgende paragrafen gaan in op de onderzoeksprocedure (§3.2.1) en de onderzoeksgroep (§3.2.2). Vervolgens wordt in gegaan op de wijze waarop de vragenlijst tot stand is gekomen (§3.2.3). Paragraaf §3.2.4 sluit af met een korte beschrijving van de gebruikte analyse methoden.

§3.2.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 190 respondenten, allen gebruikers van het digitaal consult. De respondenten zijn via de website van Dokterdokter geselecteerd, zoals eerder beschreven. Een meer gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksgroep volgt in §4.2.1

§3.2.2 Meetinstrument

De gebruikte vragenlijsten zijn overwegend kwantitatief, waarbij gebruik werd gemaakt van gesloten en enkele open vragen. De kwantitatieve benadering maakte een eenvoudige en snelle dataverwerking mogelijk. Er is veelal gebruik gemaakt van een summated rating scale, een schaal die bestaat uit meerdere items waarover later een totaalscore wordt berekend. Elk item meet één kwantificeerbaar begrip en bestaat uit één stelling waarop de respondent reageert middels een 5 punts Likert-schaal variërend van 'zeer oneens (-2)' tot 'zeer eens (2)'. Daarnaast zijn enkele 2-punts schalen gebruikt. De items die in de vragenlijst gebruikt zijn, zijn terug te leiden op de constructen zoals gepresenteerd in het onderzoeksmodel. De verschillende items worden hieronder voor de basis- en follow-upvragenlijst kort toegelicht.

- *Basisvragenlijst*

Allereerst zijn enkele *persoonlijke kenmerken* van de gebruiker in kaart gebracht. Er werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, opleiding en het aantal huisartsbezoeken in het jaar. Daarnaast is onderzocht of men al langer dan 3 maanden medicijnen gebruikt voor een chronische ziekte en of men het consult

vergoed krijgt. Ook is het internetgebruik in uren per dag in kaart gebracht. Daarnaast zijn vragen gesteld over de mate van gebruik 'hoe bent u in contact gekomen met Dokterdokter', 'heeft u vaker gebruik gemaakt van het digitaal consult' en 'wanneer was uw laatste bezoek'. Tenslotte is *de reden voor het consult* werd bevraagd met 'wat is voor u de belangrijkste reden geweest om het digitaal consult te gebruiken?' Respondenten konden hierbij gebruik maken van voor geformuleerde antwoorden zoals 'ik wilde informatie over mijn klacht' of 'ik wilde weten of ik contact moet opnemen met mijn huisarts'. Daarnaast was er de mogelijkheid een zelf geformuleerd antwoord te geven.

Daarnaast werd gevraagd naar *type entreeklacht en verkregen advies*. Via deels voorgestructureerde antwoorden konden respondenten aangeven met welke klacht zij het digitaal consult bezochten en welke type advies zij vervolgens ontvingen. In beide gevallen was er ook de mogelijkheid zelf een antwoord te formuleren.

Het oordeel over de systeem- en servicekenmerken van het digitaal consult werd gemeten met 23 items. Het oordeel is opgedeeld in vier onderdelen, te weten efficiency ($\alpha = 0.65$), effectiviteit ($\alpha = 0.92$), vertrouwen ($\alpha = 0.75$) en usability ($\alpha = 0.73$). Voorbeelden van items zijn 'De vragen die gesteld werden vind ik begrijpelijk' en 'tijdens het digitaal consult is mijn privacy goed beschermd'.

Attitude brengt de houding, ten opzichte van het verkregen advies via het digitaal consult, in beeld en is gemeten met drie items met een vijf-punt schaal. Een voorbeeld item is 'ik vind het gegeven advies nuttig.' De interne validiteit voor de algemene attitude is $\alpha = 0.84$. Een score op algemene attitude werd berekend door de scores op bijbehorende items te middelen.

Subjectieve norm is gemeten met zes items, gemeten op een vijf-punt-schaal en valt uiteen in twee onderdelen. Ten eerste onderzoeken drie items de mate waarin de omgeving van de respondent vindt dat hij/zij het verkregen advies opvolgt. De scores lopen van -2 tot + 2. Daarnaast werd gevraagd naar de mate waarin de respondent de mening van zijn omgeving belangrijk vindt. Hier lopen de scores van 1 tot 5 op de vijf-punt-schaal. In alle gevallen werd de omgeving uitgesplitst naar 'partner', 'ouders' en 'vrienden'. Op basis van de lage alphas voor de onderdelen ouders en vrienden is besloten de algemene score voor sociale norm enkel te berekenen op basis van de scores op 'partner' ($\alpha = 0.61$).

Eigen effectiviteit ($\alpha = 0.88$) bracht in kaart in welke mate een respondent zich in staat voelt het verkregen advies op te volgen. Dit werd gemeten met zes items. Voorbeelden hiervan zijn 'ik ben in staat het advies op te volgen' en 'ik vind het lastig het advies op te volgen omdat ik daar tijd voor vrij moet maken'. De interne validiteit is en een totaalscore op eigen effectiviteit werd bereikt door de scores op de zes items te middelen.

De ernst van de klacht werd gemeten met zes items. Deze onderzochten in elke mate de respondent zijn klacht als ernstig ervaart. Voorbeelden van stellingen zijn 'ik heb het vermoeden dat mijn klacht er op wijst dat er iets ernstigs aan de hand is' en 'Ik acht de kans groot dat mijn klacht vanzelf zal verdwijnen'. Er werd een interne validiteit gemeten van $\alpha = 0.84$.

De inschatting van de klacht na het verstrekte advies gaf weer in hoeverre de respondent van mening is veranderd over de ernst van zijn klacht nadat hij het digitaal consult heeft afgerond. Dit werd gevraagd met het item 'na het gebruik van het digitaal consult zie ik mijn klacht als...'. Respondenten hadden hierbij de keuze uit 'ernstiger dan ik van te voren had gedacht', 'minder ernstig dan ik van te

voren had gedacht' of 'het digitaal consult heeft geen invloed gehad op mijn beoordeling over mijn klacht'.

Response cost en response effectiviteit werden beiden gemeten met één item en brengen respectievelijk in beeld of men verwacht dat het gegeven advies effect heeft en of men de voor- en nadelen van het advies tegen elkaar vindt opwegen. Er is in beide gevallen gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal.

Het plan vooraf om een arts te bezoeken werd met de vraag 'was u voor uw deelname aan het digitaal consult van plan met uw huisarts te gaan' onderzocht; had men vooraf al de intentie een arts te bezoeken. Dit item is gemeten op een 2-punts schaal (ja/nee).

Het verwachte advies werd in beeld gebracht door te vragen 'Welk van onderstaande advies typen had u verwacht voorafgaand aan het digitaal consult. Hier kon men kiezen uit de antwoorden 'een advies om mijn huisarts te bezoeken', 'een zelfzorgadvies' of 'een advies over mijn medicijngebruik'. Ook had men de mogelijkheid te kiezen om in eigen woorden te omschrijven welk adviestype men had verwacht.

Intentie iwerd gemeten met één item met behulp van een bipolaire vijf puntsschaal (mee eens/oneens). Ook was er de mogelijkheid zelf een antwoord te formuleren. Daarbij werd de stelling 'ik ben van plan het gegeven advies op te volgen' voorgelegd. Bij gedrag was het item 'ik heb het advies opgevolgd.' Daarnaast was er bij beiden items de mogelijkheid 'anders', waar respondenten de mogelijkheid hadden in eigen woorden te omschrijven wat ze van plan waren met het advies te doen of wat ze gedaan hadden met het advies.

- *Follow-up vragenlijst*

Gedrag werd gemeten met één item 'ik heb het advies opgevolgd' op een twee puntsschaal (ja/nee). Bovendien was er de mogelijkheid om in eigen woorden te omschrijven of het advies werd opgevolgd.

Plannen vooraf is gemeten met één item dat vraagt of de respondent, na het afronden van het digitaal consult, plannen heeft gemaakt om het verstrekte advies op te volgen. Dit werd gemeten met een twee-puntschaal (ja/nee).

Klachtverloop gaf weer wat er met de klacht van de respondent gebeurde in de tijd tussen de afname van de basis- en follow-up vragenlijst. Antwoordmogelijkheden waren 'erger geworden', 'minder geworden' of 'over gegaan'.

Eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit werd op dezelfde manier gemeten als in de basisvragenlijst. Deze werd achteraf bevraagd wanneer men besloten had het advies niet op te volgen, om zo de ervaren barrières in kaart te brengen.

Artsbezoek geeft weer of men in het geval van een verkregen zelfzorg- of medicijnadvies alsnog een arts heeft bezocht. Tenslotte onderzoekt *overeenkomst advies* of het advies dat is gegeven door het digitaal consult, overeenkomt met dat van de arts, indien de huisarts is bezocht.

§3.2.3 Onderzoeksprocedure

De determinanten die een rol spelen bij het wel of niet opvolgen van het advies, verkregen via het digitaal consult van Dokterdokter, werden onderzocht aan de hand van twee vragenlijsten. Voorafgaand aan de werkelijke afname werd een vooronderzoek uitgevoerd onder 10 respondenten die deel uit maakten van de doelgroep van Dokterdokter. Aan de hand van deze reacties werden de uiteindelijke vragenlijsten vastgesteld (Appendix A).

De basis vragenlijst ging in op de determinanten van gedrag zoals opgesteld in het onderzoeksmodel. Deze vragenlijst werd via internet afgenomen. Respondenten werden op twee manieren met de vragenlijst in contact gebracht. Allereerst stond op de homepagina van Dokterdokter een oproep waarin men gevraagd werd mee te werken aan een onderzoek naar het digitaal consult. Een link leidde naar de vragenlijst. Daarnaast kwam dezelfde oproep in beeld wanneer een patiënt het digitaal consult had afgerond.

De follow-up vragenlijst ging in op het onderdeel 'gedrag' uit het onderzoeksmodel en onderzocht of men het advies had opgevolgd. De follow-up vragenlijsten zijn aangepast op de verschillende adviestypen. De vragenlijsten werden enkel afgenomen wanneer de respondent tijdens de basisvragenlijst zijn emailadres had achtergelaten voor het vervolgonderzoek. De follow-up vragenlijst werd vervolgens afgenomen via internet door de respondenten de betreffende link te mailen naar het emailadres.

Per adviestype (§1.2) bestond een aangepaste vragenlijst die bovendien, afhankelijk van het type advies, binnen een bestek van enkele dagen of twee weken toegestuurd. In het geval van een verkregen zelfzorg- of medicijnadvies betrof dit twee weken. Bij een verkregen doktersadvies varieerde de termijn van enkele dagen tot twee weken (in het geval 'neem met spoed contact op met uw huisarts) - na een dag; in het geval 'neem zo snel mogelijk contact op met uw huisarts' - na enkele dagen; in het geval 'neem op korte termijn contact op met uw huisarts' – na een week en in het geval 'neem contact op met uw huisarts' – na 2 weken.

§3.2.4 Analyse

De frequentie analyses voor het eerste deelonderzoek, dat het gebruik van het digitaal consult uitdrukt in aantallen consulten en afgeven adviezen, zijn uitgevoerd met excel. De beschrijvende resultaten worden gepresenteerd in §4.1.

De analyses voor het tweede deelonderzoek zijn uitgevoerd met behulp van een statistisch computerpakket – SPSS 12.0. Deze resultaten zijn te vinden in §4.2. Vooraf aan de analyses werden alle negatief geformuleerde items omgeschaald. Hoge scores wijzen op een positieve attitude, een hoge subjectieve norm, een hoge eigen effectiviteit, een sterke ervaren ernst en een positief oordeel over de systeem- en servicekenmerken van het digitaal consult.

De betrouwbaarheid van de constructen werd getest met cronbach's alpha. Voor de berekening van de algemene scores per construct zijn gemiddelden genomen van het aantal items. Hierbij is als richtlijn genomen dat minstens 2/3 van de vragen per construct ingevuld moest zijn, anders werd het construct als missing value beschouwd bij de berekening van de algemene scores. Bovendien zijn de scores op attitude, sociale norm, eigen effectiviteit en oordeel over systeem- en servicekenmerken

van respondenten die aangegeven hebben geen advies te hebben ontvangen van het digitaal consult, beschouwd als missing values. Technisch is het niet mogelijk dat patiënten geen advies ontvangen van het systeem. Het is daarom waarschijnlijk dat enkele respondenten het digitaal consult verwarden met het emailconsult, waarbij contact wordt gelegd met een dokter. Dit is niet te controleren. Daarom is gekozen om de oordelen over het advies en het digitaal consult buiten beschouwing te laten, omdat niet zeker is dat zij daadwerkelijk het consult hebben doorlopen zoals wordt bedoeld in het onderzoek.

Correlatie- en regressieanalyse maakten duidelijk welke onafhankelijk variabelen samenhangen met de intentie en het gedrag om het verkregen advies via het digitaal consult wel of niet op te volgen. Verschillen tussen groepen zijn getest met Chi-kwadraat, WhitneyU toetsen en t-toetsen.

4. Resultaten

De resultaten worden besproken aan de hand van de twee deelonderzoeken zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3. Allereerst worden de resultaten gepresenteerd die het gebruik van het digitaal consult in kaart brengen (§4.1). Paragraaf 4.2 geeft de resultaten weer van deelonderzoek B dat ingaat op de factoren die een rol spelen bij het opvolgen van het verstrekte advies.

§4.1 Resultaten deelonderzoek 1 – het gebruik van het digitaal consult

Om een overzicht te krijgen van het gebruik van het digitaal consult worden allereerst de aantallen gebruikers besproken. Daarbij wordt in gegaan op de doorloop van het systeem uitgedrukt in aantallen consumenten (§4.1.1). Vervolgens gaat §4.1.2 verder op de frequenties van de entreeklacht. §4.1.2 behandelt de frequenties van de gestelde diagnoses en §4.1.3 die van de afgegeven adviezen. Tenslotte gaat paragraaf 4.1.4 in op de verschillen in leeftijd en geslacht.

§4.1.1 Doorloop van het digitaal consult

Gedurende de onderzoeksperiode zijn gemiddeld 29 digitale consulten per dag gestart. Dit is het moment waarop consumenten op de website aangeven ‘start het digitaal consult’. In totaal werden 14.035 consulten gestart.

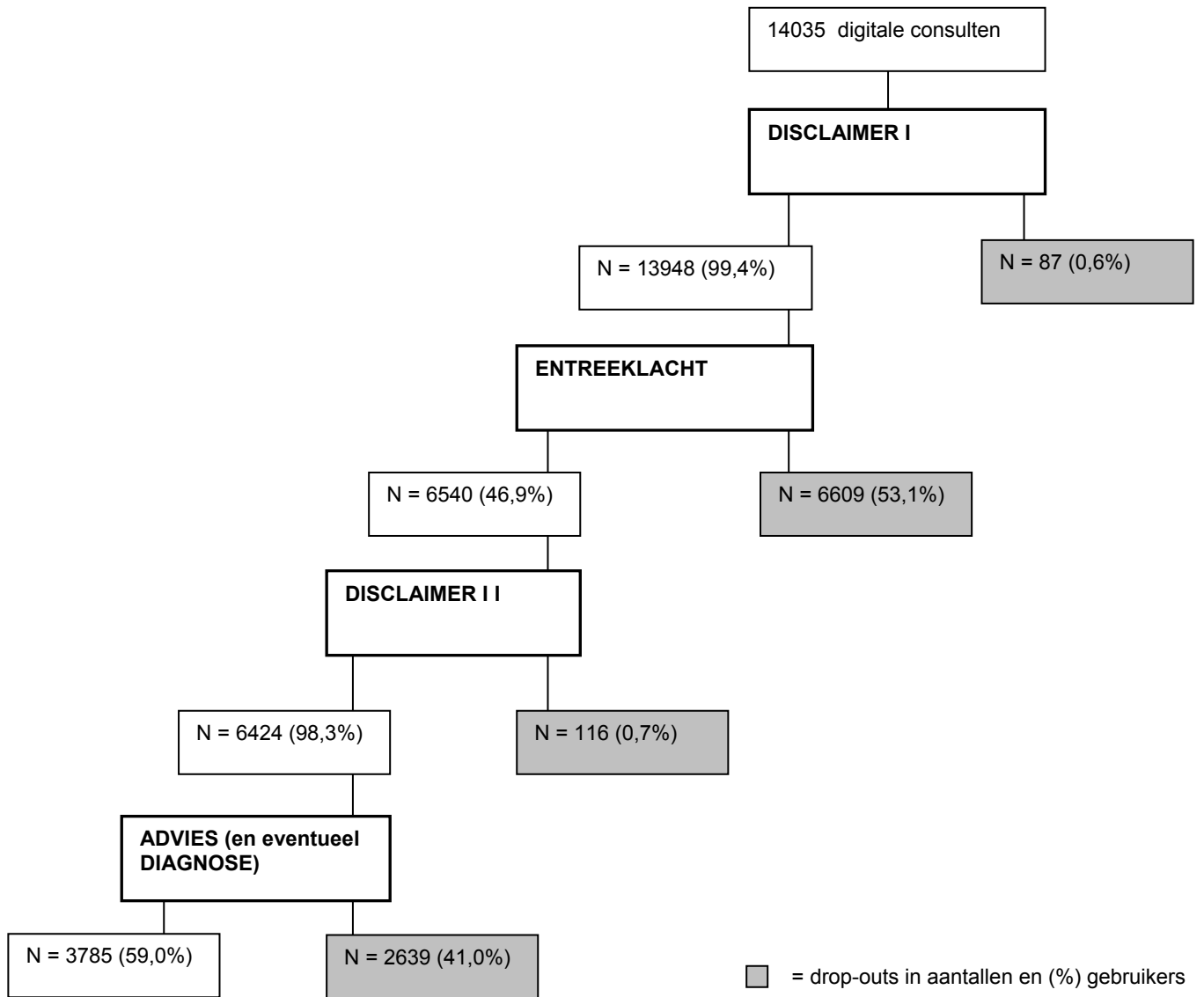
Van deze consumenten die een consult startten, verlieten 87 personen (0,6 procent) het consult bij het verschijnen van disclaimer 1, die de gebruiker bekend maakte met de algemeen geldende voorwaarden van het systeem en om akkoord vroeg.

Van de 13.948 consumenten die doorgingen met het consult na disclaimer 1, selecteerden 6.540 personen (46,9 procent) hun klacht op het virtuele lichaam. Anders geformuleerd: in het traject tussen disclaimer 1 en het aangeven van de hoofdklacht verlieten 6609 consumenten het digitaal consult. In dit traject werd men gevraagd naar geslacht, leeftijd en de menstruatiecyclus. Het precieze moment waarop men stopte met het consult is echter niet bekend; er kan niet worden nagegaan of men uit het consult stapte op het moment van het invullen van geslacht, leeftijd, menstruatiecyclus of entreeklacht. In sommige gevallen betreft het bovendien geen keuze maar stopt een consult automatisch wanneer respondenten niet voldoen aan de systeemeisen (bv ‘leeftijd ouder dan 15 jaar’)

Van de consumenten die hun entreeklacht selecteerden stopten 116 personen met het consult na het verschijnen van de medische disclaimer – disclaimer 2.

Uiteindelijk ontvingen 3785 consumenten, van de 6424 die akkoord gingen na disclaimer 2, een advies. 41 procent van deze consumenten stopte met het consult voor het moment dat een advies werd verstrekt. Figuur 5 geeft bovenstaande cijfers nog eens schematisch weer

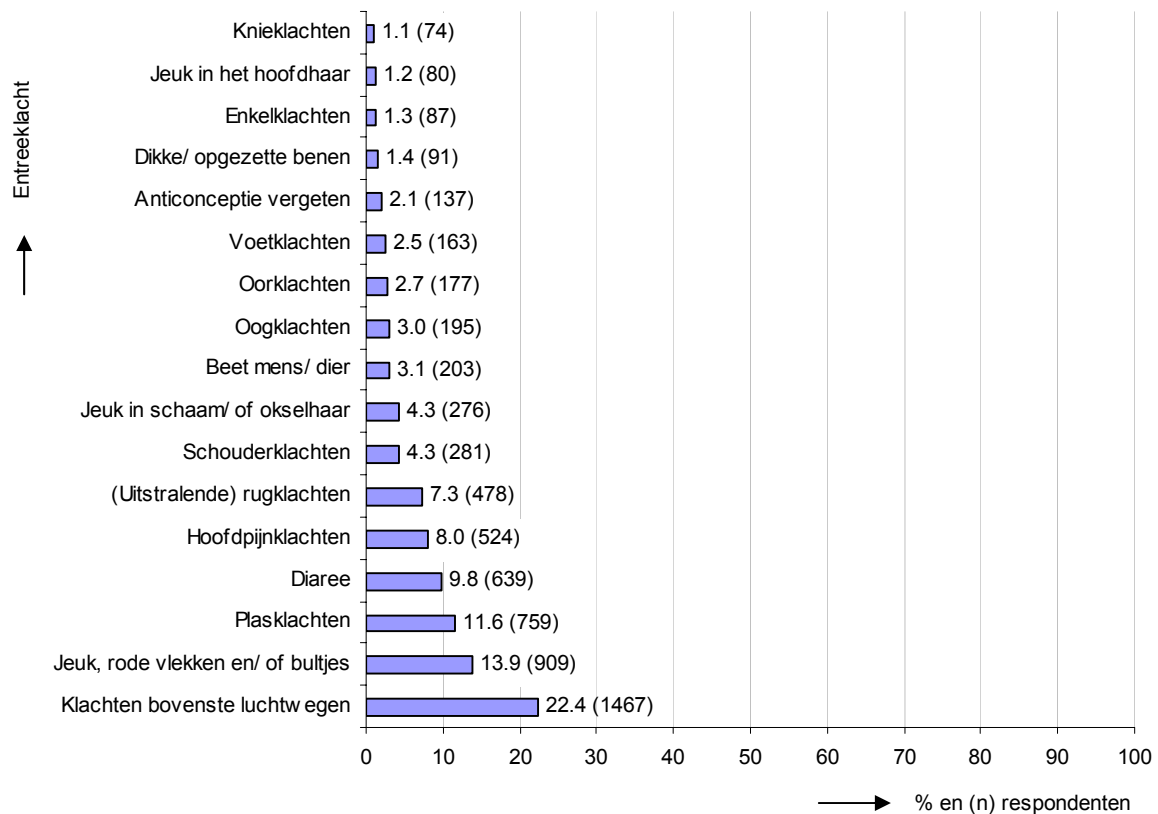
Figuur 5 Schematische weergave van de doorloop van het digitaal consult uitgedrukt in aantallen consumenten – in aantallen en (%) gebruikers



§4.1.1 Frequenties entreeklacht

In totaal gaven selecteerden 6.540 consumenten hun klacht op het virtuele lichaam. Daarvan startten 1467 respondenten het digitaal consult met klachten aan de bovenste luchtwegen. Daarnaast gaf 14 procent van de consumenten jeuk, rode vlekken en/of bultjes aan als klacht. Daarnaast werd het digitaal consult vaak geraadpleegd voor plasklachten, diaree, hoofdpijn en uitstralende rugklachten. Samen vormen voorgenoemde klachten ongeveer 73% van het totaal aantal entreeklachten.

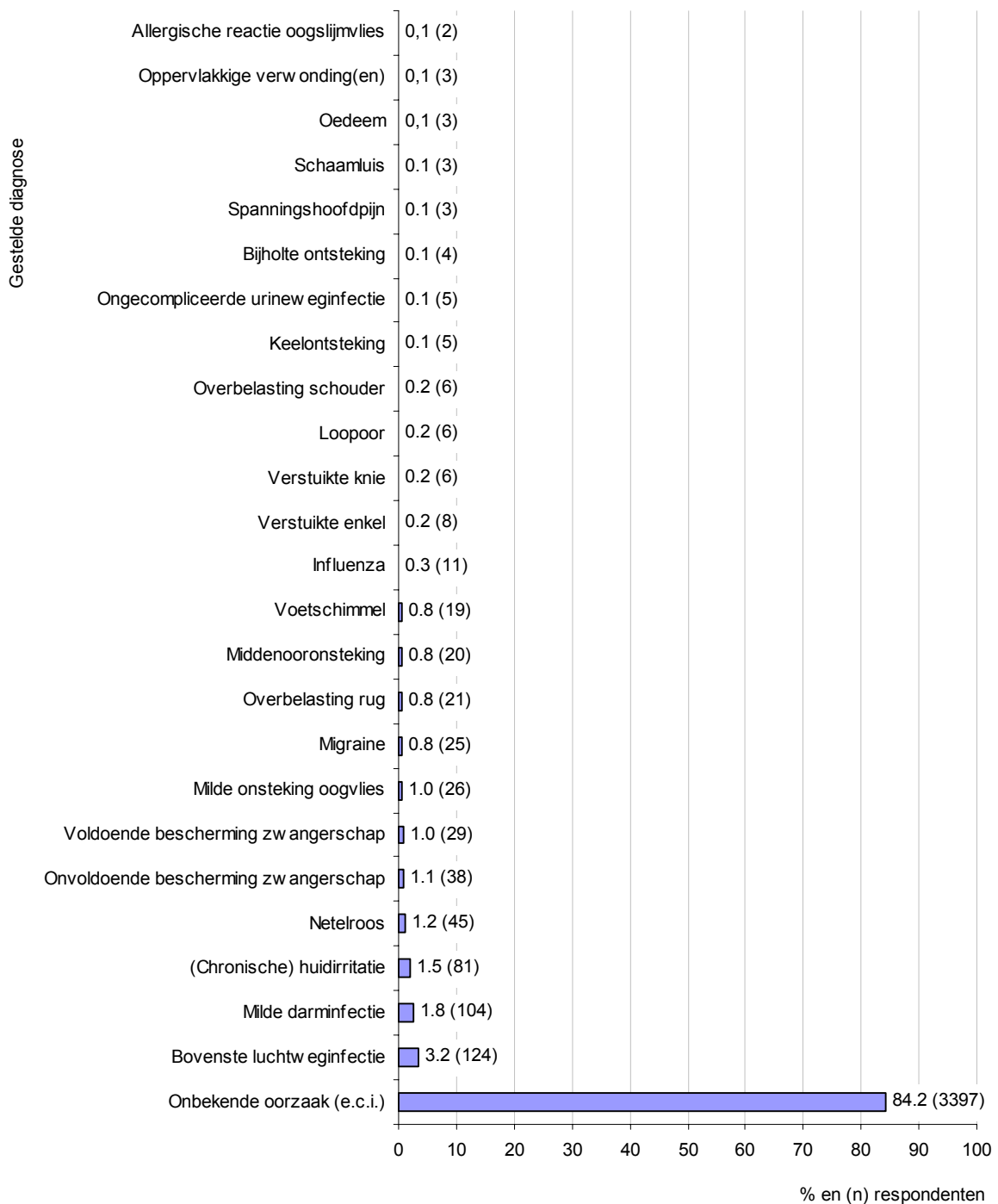
Figuur 4.1 Frequentie van de entreeklachten – in percentages en (n) respondenten



§4.1.2 Frequenties verstrekte diagnose

Figuur 4.3 geeft een overzicht van de gestelde diagnoses door het digitaal consult. In 15,8 procent van de gevallen werd in het advies een diagnose opgenomen. Bovenste luchtweginfectie, milde darminfectie en (chronische) huidirritatie waren de meest voorkomende diagnoses.

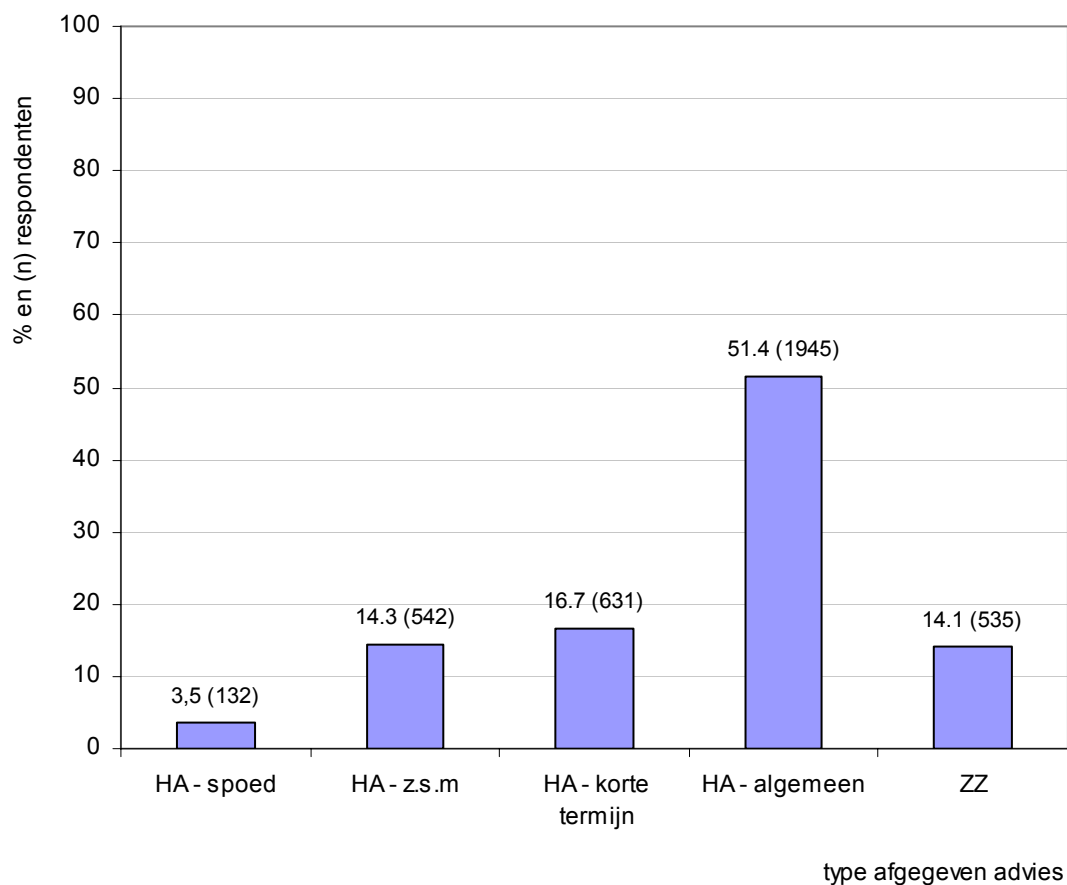
Fig 4.2 Overzicht van de gestelde diagnoses – in percentages en (n) respondenten



§4.1.3 Frequenties verstrekte adviezen

Van de 6.540 respondenten die hun klacht selecteerden op het virtuele lichaam bereikten 3.785 respondenten het punt waarop zij een advies ontvingen. Van deze groep ontvingen 132 respondenten (3,5 procent) een advies om met spoed contact op te nemen met de huisarts. Daarnaast ontving 14 procent een advies om zo snel mogelijk contact op te nemen met de arts; 17 procent kreeg het advies op korte termijn contact op te nemen met de arts. Het overgrote deel van de respondenten, 51 procent ontving het algemene huisarts waarin de consument geadviseerd werd contact op te nemen met de huisarts zonder dat daaraan een termijn was gekoppeld. Tenslotte ontving 14 procent een zelfzorgadvies.

Fig 4.3 Overzicht van de verstrekte adviestypen – in percentages en (n) respondenten



HA-spoed – bel 112

HA z.s.m. – neem zo snel mogelijk contact op met de huisarts

HA korte termijn – neem op korte termijn contact op met de huisarts

HA algemeen – neem contact op met de huisarts (algemeen)

ZZ – zelfzorgadvies

§4.1.4 Verstreekte adviezen per entreeklacht

Tabel 4.4 laat zien welke adviezen worden afgegeven per entreeklacht. De meeste zelfzorgadviezen worden afgegeven bij voetklachten. De klacht jeuk, rode vlekken en/of bultjes volt met een percentage zelfzorgadviezen van 26 procent. Ook in het geval van oogklachten, oorklachten en in het geval van een beet door mens of dier worden relatief veel zelfzorgadviezen verstrekt.

De meeste doktersadviezen worden verstrekt in het geval van plasklachten, schouderklachten, (uitstralende) rugklachten, jeuk in het hoofdhaar, schaam- of okselhaar. Ook in het geval men de anticonceptie vergeten is wordt in de meerderheid van de gevallen een doktersadvies verstrekt. Het advies om de arts met spoed te bezoeken of anders 112 te bellen werd enkel afgegeven bij klachten aan de bovenste luchtwegen.

Tabel 4.4 Verstreekte adviezen per entreeklacht – % van de respondenten (n = 6.540)

	HA-spoed	HA-z.s.m.	HA-korte term	HA-alg	Zelfzorg
Klachten bovenste luchtwegen (n=1467)	14,8	26,7	10,4	33,7	14,3
Jeuk, rode vlekken en/ of bultjes (n=909)	0	20	0	53,6	26,4
Plasklachten (n=759)	0	0	22,4	76,5	1,2
Diaree (n=639)	0	23,8	7,2	64,2	4,9
Hoofdpijnklachten (n=524)	0	33,9	27,2	31,9	7
(Uitstralende) rugklachten (n=478)	0	0	26,3	69,3	4,4
Schouderklachten (n=281)	0	0	0	97,7	2,3
Jeuk in schaam/ of okselhaar (n=276)	0	0	2,7	91,9	5,4
Beet mens/ dier (n=203)	0	3,5	13,2	64,6	18,8
Oogklachten (n=195)	0	18,1	13,8	44,8	23,3
Oorklachten (n=177)	0	0	0	81,4	18,6
Voetklachten (n=163)	0	0	0	58	42
Anticonceptie vergeten (n=137)	0	9,8	16,4	68,9	4,9
Dikke/ opgezette benen (n=91)	0	0	8,1	79	12,9
Enkelklachten (n=87)	0	0	8,1	79	12,9
Jeuk in het hoofdhaar (n=80)	0	0	0	100	0
Knieklachten (n=74)	0	0	12,9	77,4	9,7

In de onderzoeksgroep werd in alle gevallen van een zelfzorgadvies ook een diagnose opgenomen in het advies. In het geval men een advies ontving om de huisarts te raadplegen, was geen diagnose opgenomen in het advies. Twee uitzonderingen hierop vormden de diagnoses migraine en onvoldoende beschermd tegen zwangerschap. In deze twee gevallen werd men in alle gevallen geadviseerd contact op te nemen met de huisarts..

§ 4.1.5 Verschillen in leeftijd en geslacht voor entreeklacht

Tabel 4.5 geeft inzicht in de verdeling van de entreeklachten over geslacht. De verhouding tussen man en vrouw die een entreeklacht hebben ingevuld is respectievelijk 48 tegenover 52 procent. Er zijn geen grote verschillen te zien in deze verhouding per entreeklacht. Wel is er een klein verschil te zien in de verdeling man/vrouw over klachten gerelateerd aan de bovenste luchtwegen. Iets meer mannen geven dit aan als entreeklacht tijdens het digitaal consult. Plasklachten en (uitstralende) rugklachten worden daarentegen door iets meer door vrouwen genoemd.

Tabel 4.5 Verdeling entreeklachten naar geslacht– n en (%) respondenten

Entreeklacht	Man		vrouw		Totaal
	n	%	n	%	
Klachten bovenste luchtwegen	748	23,7	719	21,2	1467
Jeuk, rode vlekken/bultjes	448	14,2	461	13,6	909
Plasklachten	321	10,2	438	12,9	759
Diaree	312	9,9	327	9,7	639
Hoofdpijnlachten	245	7,8	279	8,2	524
(Uitstralende) rugklachten	203	6,4	275	8,1	478
Schouderklachten	159	5	122	3,6	281
Jeuk in schaam/ okselhaar	157	5	119	3,5	276
Beet mens/ dier	108	3,4	95	2,8	203
Oorklachten	117	3,7	78	2,3	195
Oorklachten	100	3,2	77	2,3	177
Voetklachten	75	2,4	88	2,6	163
Anticonceptiepil vergeten	0	0	137	4	137
Dikke opgezette benen	31	1	60	1,8	91
Enkelklachten	35	1,1	52	1,5	87
Jeuk in het hoofdhaar	50	1,6	30	0,9	80
Knieklachten	43	1,4	31	0,9	74
Totaal	3152		3388		6540

De verdeling van de entreeklachten over leeftijd (tabel 4.6) laat zien dat de oudere doelgroep het meeste gebruik maakt van het digitaal consult voor klachten aan de bovenste luchtwegen, plasklachten, jeuk, rode vlekken en/of bultjes en (uitstralende) rugklachten. De groep 16-35 jarigen gebruikt het digitaal consult relatief veel voor klachten aan de bovenste luchtwegen, jeuk, rode vlekken en/of bultjes, plasklachten en in het geval van diaree. In het geval van de 36-50 jarigen ligt deze verdeling ongeveer gelijk. Zij bezoeken het consult veelal voor klachten aan de bovenste luchtwegen, jeuk, rode vlekken en/of bultjes, diaree en (uitstralende) rugklachten. Tabel 4.6 laat verder zien dat 36 tot 50 jarigen iets vaker het consulten startten met klachten aan de bovenste luchtwegen en plasklachten, in vergelijking tot de andere leeftijdscategorieën. De oudere doelgroep vanaf 51 jaar bezocht het consult meer voor klachten aan de ogen en enkels. Daarnaast bezoeken minder 16 tot 35 jarigen het consult voor (uitstralende) rugklachten en anticonceptie gerelateerde klachten in vergelijking tot de andere leeftijdsgroepen. De verschillen zijn echter zeer klein.

Tabel 4.6 Verdeling entreeklachten naar leeftijd - n en (%) respondenten

Entreeklacht	16-35		36-50		51-75		> 75		Totaal
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Klachten bovenste luchtwegen	968	21,7	351	25,7	142	22,2	4	57,1	1703
Jeuk, rode vlekken/bultjes	604	13,5	209	15,3	92	14,4	0	0	387
Plasklachten	557	12,5	119	8,7	72	11,2	0	0	329
Diaree	461	10,3	129	9,5	46	7,2	3	42,9	268
Hoofdpijnlachten	367	8,2	111	8,1	43	6,7	0	0	215
(Uitstralende) rugklachten	240	5,4	146	10,7	91	14,2	0	0	167
Schouderklachten	228	5,1	34	2,5	14	2,2	0	0	159
Jeuk in schaam/ okselhaar	228	5,1	34	2,5	14	2,2	0	0	104
Beet mens/ dier	155	3,5	36	2,6	10	1,6	0	0	84
Oogklachten	133	3	32	2,3	30	4,7	0	0	78
Oorklachten	97	2,2	55	4	24	3,7	0	0	69
Voetklachten	130	2,9	6	0,4	1	0,2	0	0	66
Anticonceptiepil vergeten	130	2,9	6	0,4	1	0,2	0	0	44
Dikke opgezette benen	42	0,9	32	2,3	16	2,5	0	0	42
Enkelklachten	39	0,9	22	1,6	26	4,1	0	0	40
Jeuk in het hoofdhaar	46	1	23	1,7	10	1,6	0	0	40
Knieklachten	44	1	20	1,5	9	1,4	0	0	37
Totaal	4469		1365		641		7		6482

§4.2 Resultaten deelonderzoek 2 - determinanten van het opvolgen van het advies

Dit deel van het onderzoek gaat in op de resultaten van het tweede deelonderzoek. Er wordt in kaart gebracht welke factoren er een rol spelen bij de keuze het ontvangen advies wel of niet op te volgen. Allereerst wordt in §4.2.1 de onderzoeksgroep besproken. Vervolgens wordt in §4.2.1 en §4.2.2 de beschrijvende resultaten gegeven voor de oordelen over het digitaal consult de sociaal-cognitieve determinanten zoals die een rol spelen bij het wel of niet opvolgen van het advies. In §4.2.3 wordt in gegaan op de relaties tussen de determinanten en intentie en gedrag.

§4.2.1 Kenmerken onderzoeksgroep

De onderzoekspopulatie bestond uit 190 respondenten (61 mannen en 128 vrouwen), met een gemiddelde leeftijd van 36.4 jaar (SD 13.72 jaar) en een minimum en maximum van respectievelijk 16 en 73 jaar. Het merendeel van de respondenten was middelhoog geschoold. Bovendien was de groep 16 tot 35-jarigen oververtegenwoordigd, samen vormden zij 57 procent van de onderzoeksgroep (tabel 4.7). Twee respondenten, beide 14 jaar, werden uitgesloten van analyse omdat zij niet binnen de doelgroep van het digitaal consult vielen, zij waren jonger dan 16 jaar. Voor deelname aan het digitaal consult is een minimale leeftijd van 16 jaar vereist.

Tabel 4.7 Socio-demografische eigenschappen van de onderzoeksgroep - n en % van de respondenten

		n	%
Geslacht (n = 187)	Man	60	32
	Vrouw	127	68
Leeftijd (n = 188) <i>Gem. 36.4/SD 13.72</i>	16 – 35 jaar	107	57
	36 – 50 jaar	48	25
	51 – 75 jaar	33	18
Opleiding ² (n = 187)	Laag	31	17
	Middel	101	54
	Hoog	55	29

² Laag - lagere school, LBO, LAVO, LEAO etc
Middel - MAVO, MMS, MEAO, MTS, MBO, HAVO, VWO
Hoog - HEAO, HTS, HBO, Universitair

Tabel 4.8 laat zien dat het gemiddelde aantal bezoeken aan de huisarts, 3.64 bezoeken per jaar, binnen de onderzoekspopulatie iets boven het landelijk gemiddelde ligt¹. Een klein deel van de respondenten behoorde tot de groep chronische medicijngebruikers, die langer dan 3 jaar medicijnen nemen voor een chronische ziekte. Daarnaast kreeg 42 procent het digitaal consult vergoed door de zorgverzekeraar, maar wist een even zo groot deel niet of men het consult vergoed krijgt. Tenslotte gaf het merendeel van de respondentengroep tussen de 0 en 2 uur per dag gebruik te maken van internet. Opvallend is de het relatief grote aantal gebruikers dat aangaf tussen de 3 en 6 te spenderen op het internet.

Tabel 4.8 Zorg- en internetgebruik door de onderzoeksgroep - n en % van de respondenten

		n	%
Huisartsbezoek afgelopen jaar (n = 184) ¹	0	32	17
<i>Gem. 3.64/ SD 4.78</i>	1-3	49	49
	4-6	31	16
	> 6	27	14
Langdurig medicijngebruik (n = 186)	Ja	43	23
	Nee	143	77
Vergoeding digitaal consult (n = 187)	Ja	83	44
	Nee	26	14
	Onbekend	78	42
Internetgebruik - uren per dag (n = 178)	0-2 uur	103	58
<i>Gem 3.55/ SD 4.90</i>	3-4 uur	51	29
	5-6 uur	14	8
	> 6 uur	10	5

¹ Volgens het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH, 2005) kwam de gemiddelde patiënt 2,6 keer op het spreekuur van de huisarts.

Tabel 4.9 geeft inzicht in de mate van gebruik van het digitaal consult. Voor het merendeel van de respondenten was het op het moment van afname van de vragenlijst, de eerste keer dat zij het digitaal consult gebruikten. Slechts 15 procent heeft het consult meerdere malen gebruikt. Van de onderzoeksgroep had 30 procent op het moment van afname van de vragenlijst het consult langer dan twee weken terug gebruikt. Het merendeel van de onderzoeksgroep had het consult even voor afname doorlopen. De meest genoemde reden om gebruik te maken van het digitaal consult is de wens om meer informatie in te winnen over klacht. Daarnaast kwam een ander deel van de respondenten voor advies om wel of niet contact op te nemen met een arts. Een kleiner gedeelte zocht bevestiging van eerder advies – second opinion- of kwam uit nieuwsgierigheid. Verder laat de tabel zien dat het merendeel van de respondenten via het zoeken op internet in aanraking is gekomen met het digitaal consult. Daarnaast vormen de eigen zorgverzekeraar en vrienden en familie een belangrijke bron. Tenslotte wordt duidelijk dat ongeveer de helft van de respondenten, voordat zij het digitaal consult startten, het plan hadden om de huisarts te bezoeken.

Tabel 4.9 Wijze van bekendheid met Dokterdokter, kenmerken over het gebruik van het digitaal consult en plannen om de arts te bezoeken voorafgaand aan het digitaal consult - n en % van de respondenten

		n	%
Bekendheid Dokterdokter (n = 187)	Zorgverzekeraar	62	35
	Vrienden/familie	33	19
	Internet	73	41
	Overig	9	5
Gebruikservaring (n = 150)	Eerste consult	104	69
	1 maal eerder bezocht	23	15

	Meerdere malen bezocht	23	15
Laatste consult (n = 138)	Vandaag	91	66
	Laatste week	6	4
	> 2 weken terug	41	30
Reden consult (n = 147)	Informatie over klacht	72	49
	Advies over contact arts	38	26
	Second opinion	11	8
	Nieuwsgierigheid	10	7
	Informatie over 'taboe-klacht'	8	5
	Informatie over medicijngebruik	6	4
	Overig	2	1
Aanwezigheid plannen om de huisarts te bezoeken -voorafgaand aan het digitaal consult (n=149)	Ja	73	49
	Nee	76	51

Naast de achtergrondgegevens per respondent is ook in beeld gebracht met welk type klacht de onderzoeksgroep het digitaal consult bezocht en welk type advies zij vervolgens ontvingen. Deze klacht kon men zelf omschrijven in de vragenlijst en geeft niet de daadwerkelijke entreeklacht weer die men op het virtuele lichaam heeft aangegeven.

Tabel 4.10 laat zien dat keel – en luchtwegklachten de meest voorkomende klachten waren binnen de respondentengroep. Daarnaast genoemd: menstratieklachten, moeheid, pijn aan de borstkas, plasklachten, vaginale klachten en jeuk/rode vlekken. Enkelklachten, gezwollen benen, hoofdpijn, hormonale klachten, buikpijn, knieklachten, oorklachten en maagklachten worden ieder genoemd door twee respondenten. Daarnaast bestaat de categorie 'overig' waaronder de klachten zijn verzameld die slechts zijn genoemd door één respondent. Appendix B geeft een overzicht van deze klachten.

Twee zaken die opvallen bij de categorie 'overige' klachten is dat in enkele gevallen gecombineerde klachten worden genoemd. Voorbeelden zijn 'spierpijn in schouder, nek en borstkas' en 'uitblijven ongesteldheid en vaak plassen'. Op het virtuele lichaam kan slechts één klacht worden aangegeven. Ten tweede valt op dat enkele respondenten het digitaal consult bezoeken met een klacht waar het systeem niet op berekend is. Dit zijn complexe klachten als 'klachten na miskraam', 'buikpijn na operatie aan blinde darm' en 'last na laparoscopie (kijkoperatie)'.

Tabel 4.10 Overzicht meest voorkomende klachten waarmee de respondent het digitaal consult bezocht (omschreven door de respondent) - n respondenten

Klacht (n = 84)	n
Pijn/ klachten luchtwegen	5
Pijn/klachten keel	3
Menstratieklachten	3
Moeheid	3
Pijn borstkas	3
Plasklachten	3
Vaginale klachten	3
Jeuk/rode vlekken	3
Enkelklachten	2
Gezwellen benen	2
Hoofdpijn	2
Hormonale klachten	2
Buikpijn	2
Knieklachten	2
Oorklachten	2
Maagklachten	2
Overig ¹	42

¹ In appendix B zijn de klachten terug te vinden zoals beschreven door de respondent

Binnen de onderzoeksgroep werd in 33 procent van de gevallen een algemeen huisartsadvies verstrekt waarbij aangeraden werd contact op te nemen met de huisarts. Daarnaast kwamen in mindere mate ook de twee andere vormen van dit huisartsadvies voor. Zo kregen zes respondenten het advies om met spoed contact op te nemen met de huisarts of het alarmnummer 112 te bellen. Het zelfzorgadvies werd aan respectievelijk 19 procent van de respondenten afgegeven. Tenslotte gaven 17 respondenten aan geen advies te hebben ontvangen. Vanuit het ontwerp perspectief van het digitaal consult is het niet mogelijk dat patiënten geen advies ontvangen van het systeem. Het is daarom waarschijnlijk dat enkelen het digitaal consult verwarren met het emailconsult, waarbij contact wordt gelegd met een dokter. Dit is niet te controleren. Daarom is gekozen om de oordelen over het advies en het digitaal consult buiten beschouwing te laten omdat niet zeker is dat deze respondenten daadwerkelijk het consult hebben doorlopen zoals wordt bedoeld in dit onderzoek. Tabel 4.11 geeft een overzicht.

Tabel 4.11 Het adviestype ontvangen door de respondent - n en % van de respondenten

Ontvangen adviestype (n = 95)	n	%
Huisartsadvies – spoed/ 112	6	6
Huisartsadvies – zo snel mogelijk	7	24
Huisartsadvies – korte termijn	16	17
Huisartsadvies – algemeen	31	33
Zelfzorgadvies	18	19
Geen advies	17	18

In het licht van de onderzoeksvraag is het interessant te vermelden dat uitgesplitst naar huisartsbezoek de ‘veelgebruikers’ alleen een huisartsadvies ontvingen. Respondenten die gemiddeld 1 tot 3 keer per jaar de huisarts bezochten ontvingen voor het merendeel een zelfzorgadvies.

§4.2.2 Oordeel over het digitaal consult

Het oordeel over het digitaal consult valt uiteen in vier onderdelen, te weten efficiency, effectiviteit, vertrouwen en usability. De resultaten worden hieronder per onderdeel kort toegelicht. Per onderdeel is een gemiddelde totaalscore berekend, waarbij negatief geschaalde items zijn omgeschaald. Deze algemene score wordt in §4.3 gebruikt om een regressieanalyse uit te voeren.

Tabel 4.12 laat zien dat het merendeel van de respondenten positief oordeelde over de efficiency van het digitaal consult. Het overgrote deel vond de consultduur niet te lang en het aantal gestelde vragen niet te veel. Bovendien beoordeelde 57 procent de gestelde vragen als relevant. Ongeveer 30 procent had hierover geen duidelijke mening.

Tabel 4.12 Beoordeling van de efficiency van het digitaal consult – n en % van de respondenten

A. Efficiency											
Stellingen (n = 64)	Oneens		Enigsz oneens		Neutraal		Enigsz eens		Eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Consultduur te lang	13	21	31	49	14	22	5	8	0	
Aantal gestelde vragen te veel	18	29	25	40	16	25	4	6	0	0	-0.90 (0.89)
Gestelde vragen relevant	2	3	5	8	20	32	32	51	4	6	0.49 (0.86)

Men oordeelde enigszins negatief over de effectiviteit van het digitaal consult. Te zien is dat er, anders dan bij de andere onderdelen waarop het digitaal consult is beoordeeld, er sprake is van een tweedeling. Enerzijds zijn er respondenten die van mening waren dat het advies inzicht gaf in de klachten en dat, gedurende het digitaal consult, een goede weergave van de eigen klachten mogelijk was. Een even zo groot deel van de onderzoeksgroep is het niet eens met dit oordeel. Daarnaast wordt duidelijk dat 50 procent van de respondenten oordeelde dat het advies op de klachten toegesneden was.

Tabel 4.13 Beoordeling van de effectiviteit van het digitaal consult – n en % van de respondenten

B. Effectiviteit											
Stellingen (n = 64)	Oneens		Enigsz oneens		Neutraal		Enigsz eens		Eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Advies op klachten toegesneden	4	7	10	16	17	27	26	42	5	
Advies gaf info waar naar op zoek	7	12	19	31	21	34	10	16	4	7	-0.25 (1.08)
Advies gaf inzicht in klachten	6	10	20	32	18	29	16	25	3	5	-0.16 (1.07)
Advies vind ik volledig	5	8	14	22	25	40	14	22	5	8	0.00 (1.05)
Advies gaf me geruststelling	6	10	14	22	27	43	13	21	3	5	-0.11 (1.00)
Goede weergave klachten mogelijk	12	19	20	32	10	16	20	32	1	1	-0.35 (1.66)

De resultaten laten zien dat de onderzoeksgroep enigszins positief oordeelt over de betrouwbaarheid van het digitaal consult; de algemene score voor vertrouwen ligt op 0.61. De meerderheid van de respondenten had het idee dat de privacy goed beschermd was tijdens het digitaal consult en dat het consult er professioneel uit zag. Daarnaast was een overgroot deel van mening dat het advies op een betrouwbare manier tot stand komt en met behulp van wetenschappelijk kennis, respectievelijk 55 en 60 procent.

Tabel 4.14 Beoordeling van het vertrouwen in het digitaal consult – n en % van de respondenten

C. Vertrouwen											
Stellingen (n = 64)	Oneens		Enigsz oneens		Neutraal		Enigsz eens		Eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Privacy goed beschermd	0	0	2	3	14	22	33	52	15	
Advies betrouwbaar	1	2	5	8	19	30	34	54	4	6	0.65 (0.80)
Duidelijk wie consult samenstelt	3	5	11	18	20	32	21	34	7	11	0.29 (1.05)
Advies op betrouwbare manier tot stand	1	2	9	14	18	29	33	52	2	3	0.41 (0.84)
Advies m.b.v wetenschappelijke kennis	0	0	3	2	22	36	31	50	6	10	0.65 (0.73)
Goed geïnformeerd over (on)mogelijkheden	0	0	4	6	13	20	37	58	10	16	0.83 (0.77)
Professionele uitstraling	1	2	6	10	16	25	31	49	9	14	0.65 (0.90)

Ook over de usability-aspecten was het oordeel positief met een gemiddelde totaalscore van 1.07. Een overgrote meerderheid van 81 en 86 procent vond de gestelde vragen en het verkregen advies begrijpelijk. Daarnaast was een groot deel van de respondenten van mening dat zij over voldoende internetvaardigheden beschikken om goed overweg te kunnen met het digitaal consult en vond men het digitaal consult gemakkelijk in gebruik.

Tabel 4.15 Beoordeling van de bruikbaarheid van het digitaal consult – n en % van de respondenten

D. Usability											
Stellingen (n = 64)	Oneens		Enigsz oneens		Neutraal		Enigsz eens		Eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Voldoende internetvaardigheden	0	0	1	2	3	5	38	59	22	
Gemakkelijk in gebruik	0	0	4	6	3	5	37	58	20	31	1.14 (0.77)
Advies begrijpelijk	1	2	2	3	9	14	39	62	12	19	0.94 (0.78)
Vragen begrijpelijk	1	2	2	3	6	10	43	68	11	18	0.97 (0.74)

§4.2.3 Sociaal-cognitieve determinanten

In deze paragraaf komen de sociaal-cognitieve constructen aan bod zoals besproken in het onderzoeksmodel in hoofdstuk 2. De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van ieder construct.

A. Resultaten Basisvragenlijst

4.2.3.a Attitude

De frequenties en gemiddelde scores op de attitudevragen laten zien wat de algemene opvatting is over het advies dat gegeven wordt door digitaal consult (tabel 4.16). Een groot deel van de respondenten was positief over het gegeven advies of had er geen uitgesproken mening. Een klein aantal respondenten had een negatieve attitude ten aanzien van het verstrekte advies.

Tabel 4.16 De attitude ten aanzien van het verstrekte advies - n en (%) van de respondenten

Stellingen	Mee oneens		Enigsz. Oneens		Neutraal		Enigsz. Eens		Mee eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Attitude (α = 0.93)											
Ik vind het gegeven advies:											
goed (n = 77)	4	3	8	6	35	27	48	37	5	4	0.42 (0.92)
waardevol (n = 75)	4	3	7	5	43	23	42	31	5	4	0.36 (0.90)
nuttig (n = 76)	5	4	7	5	28	21	55	42	5	4	0.47 (0.95)

4.2.3.b Sociale norm

De subjectieve norm geeft weer hoe de omgeving van de respondent denkt over het digitaal consult en welke waarde de respondent hecht aan de mening van zijn omgeving. De subjectieve norm ten aanzien van het opvolgen van het advies was enigszins positief: de omgeving van de respondent vindt dat het advies opgevolgd zou moeten worden. Uitgesplitst naar type was het vooral de partner die van

mening is dat het advies opgevolgd moet worden. Daarnaast gaf een groot gedeelte van de onderzoeksgroep aan dat de subjectieve norm niet van toepassing is.

De scores op het onderdeel 'compliance' laten zien dat een groot deel van de respondenten de mening van de omgeving redelijk tot zeer belangrijk vindt. Vooral de mening van de partner werd door een meerderheid, 29 procent, als zeer belangrijk gewaardeerd. Ook hier koos een groot gedeelte van de respondenten voor 'niet van toepassing'. Bij de interpretatie van deze scores moet rekening gehouden worden met de zeer lage alphas op de onderdelen 'ouders' en 'vrienden', die het gevolg zijn van de hoge aantallen 'neutraal-scores'. Er is dan ook voor gekozen deze tijdens de regressie-analyse in §4.3 buiten beschouwing te laten. De sociale norm wordt daar enkel gevormd door de scores op het onderdeel 'partner'.

Tabel 4.17 Sociale norm, uitgesplitst naar subjectieve norm en waarde mening, ten aanzien van het opvolgen van het verkregen advies - n en % van de respondenten

Subdeterminanten sociale invloed	Zeker niet				Zeker wel				n.v.t		Gem. en SD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
<u>Subjectieve norm</u> : in hoeverre vinden onderstaande personen dat de respondent het advies zou moeten opvolgen													
Partner (n=77)	3	4	3	4	18	23	13	17	17	22	23	30	0.49 (1.01)
Ouders (n=70)	2	3	2	3	20	29	7	10	9	13	30	43	0.27 (0.83)
Vrienden (n=70)	2	3	2	3	20	29	8	11	8	11	30	43	0.26 (0.81)
	Z. onbelangrijk				Z. belangrijk				n.v.t		Gem. en SD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
<u>Compliance</u> : in welke mate vindt de respondent de mening van onderstaande personen belangrijk													
Mening partner (n = 75)	5	7	3	4	10	13	18	24	22	29	17	23	3.65 (1.15)
Mening ouders (n=70)	8	11	2	3	13	19	15	21	13	19	19	22	3.33 (1.16)
Mening vrienden (n=71)	10	14	2	3	13	18	17	24	13	18	16	23	3.30 (1.22)

Om te bepalen in welke richting de sociale norm invloed uitoefent is een algemene score op sociale norm van belang. Deze algemene score voor de subjectieve norm wordt op een andere manier berekend dan het geval is bij andere constructen, waar een gemiddelde wordt berekend over het aantal items. In het geval van de sociale norm worden de scores van de vragen uit deel A (subjectieve norm) vermenigvuldigd met die uit deel B (waarde mening).

Op basis van de lage alpha's is besloten enkel de sociale norm voor 'partner', het onderdeel met de hoogste alpha, mee te nemen bij de analyses. De algemene score wordt berekend door de score van 'mijn partner vindt dat ik het advies zou moeten opvolgen' te vermenigvuldigen met de score op 'ik hecht weinig/veel waarde aan de mening van mijn partner'. Wanneer een respondent de vragen beantwoordde met 'niet van toepassing' werd hier een neutrale score aan toegekend. De algemene scores voor de algemene sociale norm loopt op deze manier van -10 tot +10, waarbij een hogere score wijst op een sterkere sociale norm. Met een gemiddelde score van 2.00 is de sociale norm licht positief. De meerderheid van de respondentengroep stelde zich echter neutraal op, namelijk 61 procent. Daarnaast heeft 17 procent een licht positieve sociale norm; 16 procent een zeer positieve sociale norm. Tenslotte heeft 4 procent van de respondentengroep een enigszins negatieve sociale normscore en slechts 1 procent een zeer negatieve score.

4.2.3.c Eigen effectiviteit

Tabel 4.18 laat zien dat het grootste deel van de respondenten zichzelf goed in staat achtte het verstrekte advies op te volgen. Slechts enkele respondenten gaven aan het lastig te vinden het advies op te volgen omdat zij daar tijd voor vrij moesten maken, ze het advies moeilijk te begrijpen vonden, kosten moesten maken om het advies op te volgen, bang waren het advies op te volgen of het advies moeilijk konden inpassen in de dagelijkse activiteiten. 'Ik ben bang het advies' op te volgen werd met 14 procent het meest genoemd als reden waardoor het lastig is het advies op te volgen.

Tabel 4.18 Eigen effectiviteit ten aanzien van het opvolgen van het verstrekte advies - n en (%) van de respondenten

Stellingen Eigen effectiviteit	Mee		Voorn.		Neutraal		Voorn.		Mee		Gem. en SD
	oneens		Oneens				Eens		eens		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ik ben goed in staat het gegeven advies op te volgen (n = 77)	2	3	1	1	18	24	41	55	13	17	0.83 (0.83)
Ik vind het lastig het advies op te volgen, omdat:											
• Ik tijd vrij moet maken (n = 73)	26	37	22	31	15	21	5	7	3	4	-0.89 (1.12)
• Ik het advies moeilijk te begrijpen vind (n = 73)	33	47	21	30	16	23	1	1	0	0	-1.21 (0.84)
• Ik kosten moet maken om het advies op te volgen (n = 73)	31	44	22	31	15	21	2	3	1	1	-1.13 (0.94)
• Ik bang ben het advies op te volgen (n = 73)	28	39	19	27	12	17	10	14	2	3	-0.86 (1.18)
• Ik het advies moeilijk kan inpassen in mijn dagelijkse activiteiten (n = 74)	32	46	18	25	15	21	4	6	3	4	-1.00 (1.13)

4.2.3.d Ervaren ernst en vatbaarheid

Uit tabel 4.19 blijkt dat men de klacht als enigszins ernstig beschouwde en dat men zich enigszins zorgen maakte over de klacht. Men is niet uitgesproken over de wijze waarop men denkt dat de klacht eenvoudig te diagnosticeren valt en op te lossen is. De meerderheid van de respondenten reageert neutraal op de stellingen 'ik denk dat mijn klacht eenvoudig op te lossen is' en 'ik heb het vermoeden dat mijn klacht erop wijst dat er iets ernstigs aan de hand is'.

Tabel 4.19 Ervaren ernst van de klacht - n en (%) van de respondenten

Stellingen Ervaren ernst	Oneens		Enigsz. Oneens		Neutraal		Enigsz. Eens		Eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eenvoudige oplossing (n = 128)	14	11	26	21	53	42	27	21	6	5	-0.12 (1.03)
Eenvoudige diagnose (n = 126)	6	5	18	15	45	36	45	36	10	8	0.28 (0.98)
Vermoeden – ernstig (n = 127)	18	14	21	17	53	42	29	32	4	3	-0.16 (1.04)
Verdwijnen klacht (n = 127)	20	16	38	38	35	28	26	21	6	5	-0.32 (0.12)

Daarnaast is gevraagd in welke mate men de klachten als ernstig ziet en of men zich veel zorgen over klacht maakt. De meerderheid van de respondenten geeft aan de klacht helemaal niet ernstig tot enigszins ernstig te vinden. Bovendien maakt de meerderheid zich enigszins zorgen over de klacht, maar niet in grote mate.

Tabel 4.20 Ervaren ernst van de klacht en de mate van zorgen - n en (%) van de respondenten

	Helemaal niet				Ze				Ze		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ernstige klacht (n = 127)	36	29	61	49	13	10	13	10	2	2	-0.93 (0.98)
Zorgen klacht (n = 126)	18	14	59	47	25	20	17	14	6	5	-0.53 (1.05)

4.2.3.e Inschatting van de klacht na afronding van het digitaal consult

Naast de ervaren ernst van de klacht is gevraagd of het digitaal consult invloed heeft gehad op de inschatting van de klacht. Van de 100 respondenten gaf 19 procent aan, na afronding van het digitaal consult, de klacht als minder ernstig te beschouwen. Voor het merendeel van de respondenten, 58 procent, had het digitaal consult geen invloed op het oordeel over de ernst van de klacht. 17% van de onderzoeksgroep gaf aan de klacht ernstiger in te zien. Tenslotte gaven 6 respondenten een antwoord in de categorie 'anders'. Gegeven antwoorden zijn 'het consult heeft me een reden gegeven contact op te nemen met een arts', 'het consult heeft me geruststelling gegeven en 'ik had de uitslag niet

verwacht'. Bovendien gaven drie respondenten aan geen goede inschatting te kunnen maken omdat men tijdens het digitaal consult niet goed de precieze klachten kon aanduiden.

4.2.3.f Response effectiviteit (RE) en – kosten (RK)

Tabel 4.21 laat zien dat het merendeel van de respondenten neutraal reageerde op de stelling 'wanneer ik het advies opvolg zullen mijn klachten verminderen'. Een kleinere groep van 24% was het er enigszins mee eens dat het opvolgen van het advies leidt tot klachtvermindering. Ditzelfde patroon was te zien bij de stelling 'wanneer ik het advies opvolg wegen daarbij de voordelen op tegen de nadelen'. Ook hier stelde een meerderheid van 61% zich neutraal op en is een kleine meerderheid van 28% het enigszins eens met de stelling.

Tabel 4.21 Response effectiviteit en response cost - n en % van de respondenten

Stellingen	Oneens		Enigsz. Oneens		Neutraal		Enigsz. Eens		Mee eens		Gem. en SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
RE - Advies opvolgen doet klachten verminderen (n=71)	5	7	9	13	28	39	24	34	5	7	0.21 (0.99)
RK - Voordelen wegen op tegen de nadelen wanneer ik het advies opvolg (n =69)	0	0	6	9	42	61	19	28	2	3	0.25 (0.66)

4.2.4.g Verwachting adviestype & discrepantie

Tabel 4.22 laat zien dat 26 procent van de onderzoeksgroep een huisartsadvies –neem contact op met uw huisarts- had verwacht voorafgaand aan het digitaal consult. Daarnaast verwachtte 17 procent een zelfzorgadvies en gaven 2 respondenten aan een advies te hebben verwacht over de mogelijke invloed van hun medicijnen op hun klacht (medicijnadvies). Tenslotte gaf 15 procent aan geen verwachting te hebben gehad over de uitkomst van het digitaal consult.

Tabel 4.22 Verwacht adviestype (% van de respondenten) - n en % van de respondenten

Verwacht adviestype (n = 93)	n	%
Huisartsadvies	24	26
Zelfzorgadvies	32	17
Medicijnadvies	3	2
Geen verwachting	29	15
Overig	5	3

Door de verwachting af te zetten tegen het verkregen advies wordt duidelijk of daar verschillen in zitten. Tabel 4.23 geeft een overzicht. In de latere analyses is een 'discrepantie-score' samengesteld. In het geval de verwachting afwijkt van het ontvangen advies spreekt men van discrepantie. In het geval er overeenkomst was tussen het advies en de verwachting of de respondent geen verwachting

had voorafgaand aan het digitaal consult, is discrepantie afwezig. Uit de resultaten blijkt dat 33% van de respondenten een andere verwachting had over het adviestype. Bij 67% was er geen sprake van discrepantie.

Tabel 4.23 Ontvangen adviestype afgezet tegen verwacht adviestype af - n respondenten

(n = 92) Ontvangen adviestype	Verwacht adviestype			
	Huisartsadvies	Zelfzorgadvies	Medicijnadvies	Geen verwachting
Huisartsadvies	22	17	2	14
Zelfzorgadvies	0	10	0	5
Medicijnadvies	0	0	1	1

4.2.3.h Intentie

De meerderheid van de respondenten had een positieve intentie het verkregen advies op te volgen, te weten 61 procent, 26 procent van de respondenten stelde zich neutraal op. Slechts 13 procent had een negatieve intentie en was het deels of volledig oneens met de stelling 'ik ben van plan het gegeven advies op te volgen'.

B. Follow-upvragenlijst

Voor het afnemen van de tweede follow-up vragenlijst zijn in totaal vijftig vragenlijsten per mail verzonden. In totaal hebben 35 respondenten deze vragenlijst ingevuld. De resultaten hiervan worden puntsgewijs gepresenteerd.

4.2.3.i Gedrag

Tabel 4.24 maakt duidelijk dat 20 van de 35 respondenten het advies hebben opgevolgd. Alle vier de respondenten die een zelfzorgadvies ontvingen het advies hebben opgevolgd. Een opvallend resultaat is dat één van de vier respondenten die het advies kregen om met spoed met de huisarts contact op te nemen, negeerde.

Tabel 4.24 Ontvangen adviestype - n en % van de respondenten

Advies opgevolgd (n = 36)	Ja		Nee	
	n	%	n	%
Huisartsadvies – spoed/ 112	3	9	1	3
Huisartsadvies – zo snel mogelijk	1	3	3	9
Huisartsadvies – korte termijn	6	17	3	9
Huisartsadvies – algemeen	6	17	8	23
Zelfzorgadvies	4	11	0	0

<i>Totaal</i>	20	57	15	43
---------------	----	----	----	----

In het licht van de onderzoeksvraag is de relatie tussen het opvolgen van het advies en de plannen die men vooraf had om de huisarts te bezoeken interessant. Tabel 4.25 laat zien dat van de respondenten die een huisartsadvies ontvingen

4.2.3.j Vooraf plannen

24 respondenten (67 procent) maakten na afloop van het digitaal consult plannen om het advies op te volgen, zeven respondenten maakten geen plannen. Daarnaast besloten vijf respondenten direct na het digitaal consult het advies niet op te volgen.

Tabel 4.25 Ontvangen adviestype - n van de respondenten

	<i>Advies opgevolgd</i>	Ja	Nee	Totaal
Plannen gemaakt (n = 36)				
Ja		19	5	24
Nee		1	6	7
Direct besloten advies niet op te volgen		0	5	5

4.2.3.ik Klachtverloop

Van de 35 respondenten is in 11 gevallen de klacht overgegaan. Negen respondenten geven aan dat de klacht minder is geworden, 14 dat de klacht gelijk is gebleven. In twee gevallen is de klacht erger geworden. In vijf gevallen is de klacht vanzelf minder geworden, zonder dat het advies van het digitaal consult is opgevolgd. In de gevallen waar het advies is opgevolgd heeft dit geleid tot elk 6 gevallen waarin de klacht is overgegaan of minder is geworden. In zeven gevallen is de klacht gelijk gebleven. Slechts een respondent die het advies van het digitaal consult had opgevolgd, gaf aan dat de klacht erger was geworden. Dit was een advies om de huisarts te bezoeken.

4.2.3.l Eigen effectiviteit

Tabel 4.26 laat zien welke redenen een rol hebben gespeeld bij de keuze om het advies niet op te volgen. Vier respondenten gaven aan het advies niet te hebben opgevolgd omdat ze geen vertrouwen hadden in het advies. Bij vier respondenten speelde angst een rol. Overig genoemde redenen hebben voornamelijk te maken met de relatie met de eigen huisarts. Zo werd genoemd: afspraak verzet of moeite afspraak maken met arts (2x), niet op gemak bij huisarts; eigen huisarts op vakantie (1x), niet voor kleine dingen naar de huisarts, huisarts kan er niets aan doen, al vaak bij huisarts geweest. Tenslotte werd genoemd dat de klacht overgegaan.

Tabel 4.26 Redenen om het advies niet op te volgen – n en % respondenten

Stellingen Eigen effectiviteit	Mee		Voorn.		Neutraal		Voorn.		Mee		Gem. en SD
	oneens		Oneens				Eens		eens		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ik heb het advies niet opgevolgd, omdat:											
• Ik geen vertrouwen heb in het advies (n = 16)	7	44	3	19	2	13	1	6	3	4	-0.89 (1.12)
• Ik het advies moeilijk te begrijpen vind (n = 15)	13	81	1	6	1	16	0	0	0	0	-1.21 (0.84)
• Ik kosten moet maken om het advies op te volgen (n = 16)	13	81	2	13	1	16	0	0	0	0	-1.13 (0.94)
• Ik bang ben het advies op te volgen (n = 16)	10	61	2	13	0	0	4	25	0	0	-0.86 (1.18)
• Ik het advies moeilijk kan inpassen in mijn dagelijkse activiteiten (n = 16)	7	44	3	19	2	24	1	6	0	0	-1.00 (1.13)

4.2.3.m Arts bezocht in het geval van medicijn- of zelfzorgadvies

Van de vier mensen die een zelfzorgadvies ontvingen, bezochten twee respondenten alsnog een arts om hun klacht te laten onderzoeken. Bij deze mensen is de klacht minder geworden en over gegaan.

4.2.3.n Overeenkomst oordeel arts met het advies

Bij 13 van de 17 respondenten die een arts bezochten kwam het oordeel overeen met het advies van het digitaal consult, bij 2 personen was dit niet het geval. Tenslotte gaven 2 respondenten aan dat het advies gedeeltelijk overeen kwam (nadere uitleg werd niet gegeven).

§4.2.4 Relaties tussen de onderzoeksvariabelen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de relaties die bestaan tussen de verschillende constructen. Allereerst zal ingegaan worden op de achtergrond variabelen. Vervolgens zullen de correlaties tussen de constructen worden getoond en wordt uiteindelijk een regressie-analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de belangrijkste voorspellers van intentie. Tot slot worden de verschillen tussen de groep 'opvolgers van het advies' en de 'niet opvolgers' onderzocht.

4.2.4a Relaties achtergrond variabelen

Onderlinge samenhang tussen achtergrondvariabelen

Leeftijd hangt sterk samen met medicijngebruik. Er zijn significant meer jongeren, tussen de 16 en 35 jaar, vertegenwoordigd in de groep die geen medicijnen gebruikt voor een chronische ziekte ($\chi^2(2)=30.695$, $p=.000$). Ook de mate waarin men de huisarts bezoekt is gerelateerd aan leeftijd. De oudere leeftijdscategorieën zijn oververtegenwoordigd in de groep die meer dan 6 keer per jaar de huisarts bezoekt ($\chi^2(3)=9.349$, $p=.025$).

Daarnaast bezoeken significant meer chronisch medicijngebruikers vaker de huisarts, dan de niet chronisch medicijngebruikers ($\chi^2(3)=13.105$, $p=.0.00$).

Opleiding hangt samen met medicijngebruik en leeftijd. Binnen de groep lager opgeleiden ligt de verhouding tussen chronisch medicijngebruikers en niet-gebruikers ongeveer gelijk. Binnen de middel – en hoogopgeleiden zijn significant meer respondenten aanwezig die geen gebruik maken van medicijnen voor een chronische ziekte ($\chi^2(2)=17.486$, $p=.0.00$).

Tabel 4.27 Spearman's correlaties achtergrondvariabelen onderling

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1) Geslacht	-	-0.01	-0.11	0.09	0.12	0.13	-0.27	-0.03	-0.09
2) Leeftijd		-	<u>-0.17</u>	0.14	0.36	0.03	<u>-0.17</u>	-0.15	-0.16
3) Opleiding			-	-0.10	<u>-0.17</u>	0.08	-0.03	0.03	0.05
4) Huisartsbez				-	0.27	0.10	-0.05	-0.10	-0.17
5) Medicijngeb					-	0.02	-0.05	-0.07	-0.09
6) Vergoeding						-	0.09	0.23	0.12
7) Internetgebr							-	-0.01	-0.01
8) Gebruikserv								-	0.81
9) Laatstegebr									-

Note. Vetgedrukt = $p < 0.01$, onderstreept = $p < 0.05$

Onderlinge samenhang achtergrond variabelen en constructen uit het model

Tabel 4.28 laat zien wat de lineaire samenhang is tussen de determinanten uit het onderzoeksmodel en de achtergrondvariabelen. Er blijkt geen sterke samenhang te zijn tussen de achtergrondvariabelen en de determinanten uit het onderzoeksmodel.

Verder blijkt de achtergrond variabele dat significant meer respondenten die voorafgaand aan het consult van plan waren naar de huisarts te gaan, de klacht ernstiger inschatten ((F(3)=6.847, p=0.000) n = 123). Bovendien blijkt deze ervaren ernst samen te hangen met medicijngebruik . Significant meer chronische medicijngebruikers schatten hun klacht ernstiger in dan respondenten die geen medicijnen gebruiken. Tenslotte blijken significant meer medicijngebruikers het advies op te volgen (($\chi^2(1)=8.229$, p=0.004) n =36) in vergelijking met de niet-medicijngebruikers.

Tabel 4.28 – Pearson's correlatiecoëfficiënten tussen achtergrond gegevens respondenten en de constructen uit het onderzoeksmodel

	Gsl	Leeft	Op	Hui	Me	Vergon	Inter	Ge
1) Efficiency	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2) Effectiviteit	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3) Vertrouwen	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
4) Usability	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
5) Attitude	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6) Socialenorm	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
7) Eigeneff	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
8) Ernst	n.s	n.s.	n.s.	0.39	0.31	n.s.	n.s.	n.s.
9) Respeff	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<u>0.26</u>
10) Respcost	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
11) Planhuisart	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
12) Discrepant	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<u>0.25</u>	n.s.
13) Inschatting	n.s	n.s.	<u>0.22</u>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
14) Intentie	n.s	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
15) Gedrag	n.s	n.s.	<u>-0.34</u>	n.s.	0.48	n.s.	n.s.	n.s.

Note. Vetgedrukt = p<0.01, onderstreept = p<0.05

4.2.4b Univariate samenhang tussen determinanten & intentie

Correlatietabel 4.29 maakt duidelijk dat de intentie om het advies op te volgen sterk samenhangt met de wijze waarop men oordeelt over de effectiviteit en de usability aspecten van het digitaal consult. Daarnaast hangt vertrouwen positief samen met intentie. Een stijging in intentie hangt bovendien samen met een stijging in attitude, sociale norm, eigen effectiviteit, response effectiviteit en response cost. Tenslotte is sprake van een negatieve correlatie tussen intentie en discrepantie. Wanneer de verwachting over het advies afwijkt met het verkregen advies hangt dit samen met een meer negatieve intentie.

Tabel 4.29 – Pearson's correlatiecoëfficiënten tussen de determinanten en intentie

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1) Efficiency	-	n.s.	<u>0.31</u>	0.54	n.s.	n.s.	<u>0.28</u>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2) Effectiviteit		-	0.58	n.s.	0.71	0.37	0.33	n.s.	0.36	0.41	n.s.	n.s.	n.s.	0.58
3) Vertrouwen			-	0.58	0.52	0.45	<u>0.29</u>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.55
4) Usability				-	0.29	0.41	0.37	n.s.	n.s.	0.36	n.s.	n.s.	n.s.	<u>0.32</u>
5) Attitude					-	0.37	0.40	n.s.	0.33	<u>0.28</u>	n.s.	<u>-0.29</u>	n.s.	0.67
6) Sociale norm						-	<u>0.31</u>	n.s.	n.s.	0.34	n.s.	n.s.	n.s.	0.32
7) Eigen effectiviteit							-	n.s.	<u>0.31</u>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.38
8) Ernst								-	<u>-0.30</u>	n.s.	<u>0.22</u>	n.s.	n.s.	n.s.
9) Reffectiviteit									-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<u>0.27</u>
10) Rcost										-	n.s.	n.s.	n.s.	<u>0.30</u>
11) Plannenhuisarts											-	n.s.	n.s.	n.s.
12) Discrepantie												-	n.s.	<u>-0.28</u>
13) Insc													-	n.s.
14) Int														-

Note. Vetgedrukt = $p < 0.01$, onderstreept = $p < 0.05$

4.2.4c Voorspellers voor de intentie

Om de determinanten te bepalen die het beste intentie en gedrag verklaren zijn twee regressie analyses uitgevoerd. In deze paragraaf worden deze resultaten behandeld.

Een lineaire regressie is uitgevoerd om de determinanten te bepalen die de intentie, om het advies op te volgen, voorspellen. Aan de hand van de methode 'Enter' zijn de variabelen uit het onderzoeksmodel die correleerden met intentie, stapsgewijs toegevoegd aan de regressie analyse. In totaal zijn zes stappen uitgevoerd:

1 Discrepantie

2 Vertrouwen

3 Effectiviteit

4 Usability

5 Theory of planned behaviour determinanten (attitude, sociale norm en eigen effectiviteit)

6 Protection motivation determinanten (ernst, response effectiviteit en response cost)

Tabel 4.30 laat de resultaten van de regressieanalyse zien. Model vijf verklaart 55% van de variantie en is daarmee het best voorspellende model. Vertrouwen, effectiviteit en attitude blijken de belangrijkste voorspellers van intentie.

De regressie-analyse laat enkele opvallende resultaten zien. Allereerst valt op dat de determinanten uit de theory of planned behaviour goede voorspellers zijn voor intentie. De determinanten uit de protection motivation theory, te weten ervaren ernst, response effectiviteit en response cost, leveren geen significante bijdrage aan de verklaarde variantie. Daarnaast maakt de tabel duidelijk dat er sprake is van interactie-effecten. Zo is te zien dat in stap 3, na toevoeging van effectiviteit, vertrouwen geen significante voorspeller blijkt. Ditzelfde effect doet zich voor wanneer

attitude toegevoegd wordt in stap vijf, waardoor het significante effect van de voorspeller effectiviteit verdwijnt.

Tabel 4.30 Resultaten van stapsgewijze regressieanalyse voor de voorspellers van intentie

Stap/ variabele	β (stap 1)	β (stap 2)	β (stap 3)	β (stap 4)	β (stap 5)	β (stap 6)
1. Discrepantie	-0.22	-0.22	-0.18	-0.20	-0.11	-0.11
2. Vertrouwen		0.48**	0.26	0.18	0.15	0.17
3. Effectiviteit			0.39**	0.41**	0.02	0.01
4. Usability				0.14	0.06	0.03
5. Attitude					0.57**	0.58**
Sociale norm					0.07	0.02
Eigen effectiviteit					0.00	0.00
6. Ernst van de klacht						0.13
Response effect						0.00
Response cost						0.15
R ²	0.05	0.28***	0.38***	0.39***	0.55***	0.58***
Adjusted R ²	0.03	0.25***	0.34***	0.34***	0.47***	0.48***
N	51	51	51	51	51	51

Note * $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

4.2.3d Univariate samenhang tussen determinanten & gedrag

Gezien het geringe aantal respondenten (n=35) is het statistisch niet mogelijk met behulp van een regressieanalyse de voorspellers van gedrag aan te tonen. Om toch inzicht te krijgen in de samenhang tussen gedrag en de determinanten uit het model zijn de verschillen in gemiddelden per determinant voor gedrag onderzocht aan de hand van een Chi-kwadraat toetsen, Mannwhitney toetsen en t-toetsen. Er blijken significante verschillen in gedrag te bestaan binnen de variabelen opleiding ($Z(1)=-1.987$, $p=0.047$), medicijngebruik ($\chi^2(1)=-8.229$, $p=0.004$), plannen gemaakt om het advies op te volgen ($\chi^2(2)=16.492$, $p=0.00$), discrepantie ($\chi^2(89)=-5.399$, $p=0.022$) en intentie ($t(34)=-4.401$, $p=0.00$).

Het merendeel van de respondenten die het advies opvolgden was middelhoog geschoold, te weten 55 procent. Daarnaast was 20 en 55 procent respectievelijk laag en hoog opgeleid. Van de 16 respondenten die het advies niet opvolgden was de helft middelhoog opgeleid, de helft hoger opgeleid.

Van de respondenten die het advies opvolgden was 40 procent medicijngebruiker, 60 procent niet. Bovendien behoorden alle respondenten die het advies niet opvolgden tot de groep die geen medicijnen gebruiken voor een chronische ziekte. Alle 8 medicijngebruikers volgden het advies op.

Bijna alle respondenten, namelijk 95 procent, die vooraf plannen hadden gemaakt om het advies op te volgen, volgde het advies daadwerkelijk op. Van de respondenten die het advies niet opvolgden, maakte 55 procent geen plannen. Opvallend is dat 45 procent plannen maakte, maar het advies uiteindelijk niet opvolgden. Redenen die uiteindelijk door deze respondenten werden gegeven voor het niet opvolgen van het advies waren 'geen vertrouwen in de arts', 'niet op gemak bij de vervangende arts die de eigen huisarts vervangt' en 'mijn klacht is over gegaan'. Tenslotte gaf één respondent aan geen plannen te hebben gemaakt, maar het advies wel te hebben opgevolgd.

Bij 84 procent van de respondenten die het advies opvolgden was er geen sprake van een verschil tussen de verwachting die zij hadden over het advies en het uiteindelijk verkregen advies. In het geval van de respondenten die het advies niet opvolgden lag dit percentage lager, op 47 procent.

De verschillen in intentie ten aanzien van het gedrag blijken zijn het meest duidelijk. Van de respondenten die het advies opvolgden bleek 95 procent vooraf een positieve intentie te hebben. Dit tegenover 31 procent van de respondenten die het advies niet opvolgden. Daarnaast bleek 44 procent van de respondenten die het advies niet opvolgde een neutrale intentie te hebben, 25 procent een negatieve intentie. Van de respondenten die het advies opvolgden bleek niemand een negatieve intentie te hebben, 5 procent had een neutrale intentie.

5. Conclusie

In dit onderzoek is het gebruik van het digitaal consult onderzocht en de determinanten die een rol spelen bij het opvolgen van het advies. Er is gebruik gemaakt van een bestaande database van Dokterdokter waarin acties per gebruiker ('clicks') worden geregistreerd tijdens het doorlopen van het digitaal consult. Daarnaast werd een basis vragenlijst en een follow-up vragenlijst gebruikt om de determinanten van het opvolgen van het advies in kaart te brengen. Dit onderzoek geeft een kort overzicht van de conclusies per deelonderzoek.

§5.1 Het gebruik van het digitaal consult

a) Hoe frequent wordt het digitaal consult gebruikt?

In de onderzoeksperiode vonden gemiddeld 29 consulten per dag plaats, in totaal werden 14.035 consulten gestart. Van de respondenten die een digitaal consult startten gaf 47 procent de entreeklacht weer. Van de consumenten die uiteindelijk de entreeklacht aangaven, bereikte 59 procent het punt waarop een advies werd verstrekt.

b) Hoe frequent komen bepaalde vormen van entreeklachten voor en zijn er verschillen te zien in leeftijd en geslacht?

Consumenten blijken het digitaal consult veelal te gebruiken voor klachten aan de bovenste luchtwegen (22,4%), jeuk, rode vlekken/ en of bultjes (13,9%), plasklachten (11,6 %) en diaree (9,8%). Daarna gevolgd door hoofdpijnlachten (8%) en (uitstralende) rugklachten (7,3%). Samen vormen deze klachten 73 procent van het totaal aantal entreeklachten. Er werden geen grote verschillen gevonden in leeftijd of geslacht voor de verschillende entreeklachten.

c) Hoe frequent komen bepaalde adviestypen voor en hoe zijn deze adviestypen verdeeld over de entreeklachten?

In het merendeel van de gevallen werd een advies verstrekt om naar de huisarts te gaan. In een deel van de gevallen was hieraan een termijn gekoppeld als 'neem zo snel mogelijk contact op en 'neem binnenkort contact op', respectievelijk in 14 en 17 procent van de gevallen. In 4 procent van de gevallen werd men verzocht met spoed contact op te nemen. In 51 procent van de gevallen betrof het een algemeen huisartsadvies 'neem contact op met uw huisarts'. Daarnaast ontving 14 procent van de consumenten een zelfzorgadvies. In het geval van plasklachten, diaree, (uitstralende) rugklachten, schouderklachten, anticonceptie vergeten en jeuk in schaam- of okselhaar werden het minst aantal zelfzorgadviezen afgegeven. Voor voetklachten lag dit percentage het hoogst, op 42 procent. Daarnaast bleek dat het advies om met spoed contact op te nemen met een arts enkel werd verstrekt aan consumenten met klachten aan de bovenste luchtwegen.

d) Hoe frequent komen bepaalde vormen van diagnoses voor?

In 15,8 procent van de gevallen werd door het digitaal consult in het advies ook een diagnose opgenomen. De drie meest voorkomende diagnoses waren bovenste luchtweginfectie, milde

darminfectie en (chronische) huidirritatie, te weten in respectievelijk 3.2, 1.8 en 1.5 procent van de gevallen.

§5.2 De determinanten van het opvolgen van het advies

a) Wat zijn de kenmerken van de zorgconsument die gebruik maakt van het digitaal consult?

Het merendeel van de respondentengroep, 68 procent, bestaat uit vrouwen. Bovendien is het grootste gedeelte middelhoog opgeleid (54 %) en bestaat de groep vooral uit jongeren tussen de 16 en 35 jaar (57%). Een klein gedeelte, 23 procent van de respondentengroep, gebruikte medicijnen voor een chronische ziekte. Een groot deel van de respondenten kreeg het digitaal consult vergoed via de zorgverzekeraar, een even zo groot deel wist niet of het consult vergoed werd. Tenslotte blijkt het grootste deel van de respondenten tussen de 0 en 2 uur op het internet door te brengen, maar is er ook een percentage van 29 dat aangaf tussen de 3 en 4 uur per dag te internetten.

Het merendeel van de respondenten was bekend met Dokterdokter via de zorgverzekeraar (35%) of het internet (41%) en bezocht het consult op het moment van het invullen van de vragenlijst voor de eerste keer (69%). Men bezocht het consult met name om meer te weten te komen over de klacht of voor advies of men de dokter moet raadplegen, respectievelijk 49 en 26 procent. Tenslotte blijkt dat ongeveer de helft van alle respondenten voorafgaand aan het digitaal consult het plan had de huisarts te bezoeken.

Gebruikers uit de onderzoeksgroep bezochten het consult met verschillende klachten, waarbij pijn/ klachten aan de keel of luchtwegen het meest werden genoemd. Daarnaast werd door een aantal respondenten, 9 procent, ook zogenaamde taboe-klachten genoemd als menstruatie-, plas en vaginale klachten genoemd. Daarnaast werd door een enkeling een klacht genoemd waarvoor het digitaal consult geen advies kan verstrekken, zoals 'operatiewonden'. In de respondentengroep werd voor 63 procent een huisartsadvies afgegeven. In respectievelijk 6, 24 en 17 procent was hieraan een termijn gekoppeld van 'neem met spoed contact op', 'neem zo snel mogelijk contact op' en 'neem op korte termijn contact op'. In 33 procent van de gevallen betrof het een algemeen huisarts advies. In 19 procent van de gevallen werd een zelfzorgadvies afgegeven. Opmerkelijk is dat 18 procent van de respondenten aangeeft geen advies te hebben ontvangen.

b) In welke mate volgt men het advies van het digitaal consult op?

Uit de resultaten bleek dat 20 van de 35 gebruikers het opvolgden. Redenen die werden aangedragen door enkele respondenten: geen vertrouwen in de eigen huisarts en moeite met het maken van een afspraak. Eén patiënt gaf aan dat een laag vertrouwen in het digitaal consult de reden was om het advies niet op te volgen.

b) Wat is het oordeel van de zorgconsument over het digitaal consult?

Het oordeel over het digitaal consult was opgedeeld in vier onderdelen, te weten het vertrouwen in het digitaal consult, de ervaren efficiency, de ervaren effectiviteit en de ervaren usability van het digitaal consult. Het merendeel van de respondentengroep had vertrouwen in de werking van het consult. Men vond de privacy goed beschermd, het advies betrouwbaar en de uitstraling van het consult

professioneel. Daarnaast vond de meerderheid van de respondenten dat men goed geïnformeerd was over de (on)mogelijkheden van het digitaal consult. Bovendien gaf een meerderheid aan van mening te zijn dat het advies met behulp van wetenschappelijke kennis tot stand komt en op betrouwbare wijze. Men was minder tevreden over de ervaren effectiviteit van het digitaal consult. Een gedeelte van de respondenten, 51 procent, was het enigszins oneens tot oneens met het feit dat een goede weergave van de klachten mogelijk was. Ook gaf een gedeelte van de respondenten aan dat het consult hen geen inzicht had gegeven in hun klachten en dat advies hen niet precies de informatie gaf waar men naar op zoek was. Wel was 50 procent van de respondenten van het er enigszins eens tot eens dat het advies op de klachten was toegesneden. Over de bruikbaarheid van het digitaal consult was men positief, zo vond men de gestelde vragen en het advies begrijpelijk. Een meerderheid van de respondenten vond het consult bovendien gemakkelijk in gebruik en men vond dat men over voldoende internet vaardigheden beschikte om het consult juist te kunnen gebruiken. Tenslotte was ook het gemiddelde oordeel van de onderzoeksgroep positief over de ervaren efficiency van het consult. Een meerderheid van de respondenten gaf aan de gestelde vragen relevant te vinden, de consultduur niet te lang te vinden en het aantal gestelde vragen niet te veel.

c) Welke determinanten bepalen of zorgconsumenten wel of niet het advies opvolgen?

Regressieanalyse maakte duidelijk dat attitude, ervaren betrouwbaarheid en het oordeel ten aanzien van de effectiviteit van het digitaal consult, de belangrijkste voorspellers zijn van de intentie om het advies op te volgen. Ervaren vertrouwen heeft invloed op het oordeel over de effectiviteit van het consult, dat vervolgens invloed heeft op intentie via attitude. Het model verklaarde 55 procent van de variantie.

Daarnaast blijken significante verschillen in gedrag te bestaan voor variabelen opleiding, medicijngebruik, plannen gemaakt om het advies op te volgen, discrepantie en intentie. De verschillen in intentie zijn het meest groot.; 95 procent van de respondenten die het advies opvolgden hadden een positieve intentie. Dit tegenover 31 procent van de respondenten die het advies niet opvolgden.

6. Discussie

Naar aanleiding van de resultaten zullen in deze sectie de meest opvallende resultaten worden belicht waarbij wordt teruggekoppeld naar de literatuur en gezocht wordt naar mogelijke verklaringen. Bovendien worden enkele resultaten bekeken in het licht van de context waarin dit onderzoek plaatsvindt, de toenemende druk op de zorg. Allereerst worden de resultaten besproken over het gebruik van het digitaal consult. Vervolgens de resultaten van het tweede onderzoek dat in kaart bracht welke determinanten een rol spelen bij het opvolgen van het advies Tot slot zal worden stil gestaan bij de beperkingen van dit onderzoek en worden enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

§ 5.1 Het verloop van het digitaal consult – Hoe gebruiken zorgconsumenten het digitaal consult?

Het eerste deelonderzoek heeft allereerst inzicht gegeven in de doorloop van digitaal consult, uitgedrukt in aantallen consumenten. Daarbij viel op dat van de consumenten die een digitaal consult startten, ongeveer de helft uiteindelijk een entreeklacht selecteerde. Hieraan kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Mogelijkerwijs bevindt zich onder deze groep ‘afvallers’ een groep nieuwsgierigen die, via hun zorgverzekeraar gratis toegang hebben tot het digitaal consult en benieuwd zijn naar de werking ervan. Daarnaast biedt het digitaal consult slechts voor enkele klachten een consult aan en zal een deel van de consumenten zijn gestopt omdat zij hun klacht niet als entreeklacht konden aangeven op het virtuele lichaam. Tenslotte kan een verklaring gezocht worden in systeembependingen die optreden vóór of op het moment dat de entreeklacht wordt ingevuld. Zo heeft Dokterdokter vanwege de technische complexiteit ervoor gekozen de knop ‘terug/ backward’ tijdens het digitaal consult niet te ondersteunen. Wanneer consumenten deze knop indrukken met bijvoorbeeld de intentie om een vorige vraag te corrigeren, stopt het systeem automatisch met het digitaal consult.

Van de consumenten die een entreeklacht aangaven, bereikte 59 procent het punt waarop een advies werd verstrekt. Door het ontbreken van nadere inloggegevens, was het niet mogelijk een precieze oorzaak aan te duiden voor het percentage consumenten dat voortijdig het consult staakte. Mogelijk spelen ook hier systeembependingen van het digitaal consult een rol, maar ook kunnen consumenten bewust het consult hebben afgebroken. Nader onderzoek naar deze zogenaamde ‘drop-outs’ is van belang.

Via het onderzoek is inzicht verkregen in de frequenties van de entreeklachten. Consumenten blijken het digitaal consult veelal te gebruiken voor klachten aan de bovenste luchtwegen, jeuk, rode vlekken/ en of bultjes, plasklachten en diaree.

Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat naast de vraag om de anticonceptiepil, hypertensie, luchtweginfecties, huidaandoeningen, rugklachten en blaasontsteking de meest voorkomende problemen zijn die aan de huisarts worden gepresenteerd (van den Berg et al., 2004). Een ander (internationaal) onderzoek levert een soortgelijk beeld op. Hypertensie, urticaria, spierpijn, huidaandoeningen, depressie, zwangerschapsgerelateerde klachten, diabetes, bronchitis en astma vormen de top 10 van klachten waarmee patiënten bij de

Nederlandse huisarts komen (Okkes et al, 2002). In het licht van de context waarin dit onderzoek plaatsvindt, de toenemende druk op de zorg, is dit een interessant gegeven. Het laat zien dat het digitaal consult bezocht wordt voor klachten die voorkomen in de top 10 van klachten waarvoor een huisarts bezocht wordt. Daarnaast komen de resultaten overeen met het gegeven dat internet gebruikt wordt om informatie op te zoeken voor klachten waar men liever niet mee naar de huisarts gaat zoals diaree en plasklachten. Onderzoek van de Consumentenbond (2006) toont aan dat 'vanwege het taboe op incontinentie patiënten de voorkeur geven aan informatievergaring via websites, van het ziekenhuis of maatschap, maar ook van patiëntenverenigingen' (Consumentenbond, 2006)

Ten derde heeft dit deelonderzoek in kaart gebracht in welke mate de verschillende adviestypen gegeneerd worden. In het merendeel (86%) van de gevallen werd een advies verstrekt om naar de huisarts te gaan. In een deel van de gevallen was hieraan een termijn gekoppeld als 'neem zo snel mogelijk contact op' en 'neem binnenkort contact op. In 4 procent van de gevallen werd men verzocht met spoed contact op te nemen. In 14 procent van de gevallen werd een zelfzorgadvies verstrekt. Opmerkelijk is dat er naar verhouding weinig zelfzorgadviezen verstrekt werden. Opvallend is dat in onderzoek naar het Achmea Medical Callcentre, een triage systeem per telefoon waarbij de callcentre medewerkers worden ondersteund door een expert systeem, een vergelijkbaar percentage afgegeven zelfzorgadviezen werd aangetroffen, namelijk 19 procent (Spelten & Gubbels, 2003).

In het licht van de toenemende druk op de zorg roept het percentage zelfzorgadviezen dat door het digitaal consult wordt afgegeven, vragen op. Op dit moment worden meer doktersadviezen dan zelfzorgadviezen afgegeven. De vraag rijst of het percentage afgegeven zelfzorgadviezen omhoog kan. Een belangrijk punt dat hier invloed op heeft zijn de juridische als medische restricties die gesteld worden aan het systeem om veiligheid te garanderen. Er bestaat de mogelijkheid dat het systeem op dit moment 'te' rigide werkt. Echter mogen er geen urgente klachten gemist worden en staat veiligheid voorop.

Aan de andere kant kan niet zondermeer worden gesteld dat enkel met behulp van zelfzorgadviezen een bijdrage aan de zorg kan worden geleverd. Er kan ook sprake zijn van zorgverlichting in het geval een advies wordt verstrekt om contact op te nemen met de huisarts. Hoewel hier nog geen bewijs voor is geleverd kan het consult gezien worden als een preventief systeem. Door consumenten/patiënten er in een vroeg stadium op te wijzen dat het noodzakelijk is een arts te bezoeken voor zijn/haar klacht, kan eerder ingegrepen worden door de arts. Er is de mogelijkheid dat zodoende zorgverlichting optreedt doordat 'erger' is voorkomen en uiteindelijk minder zorg nodig is om de klacht te doen verdwijnen. Uit aanvullende analyse bleek dat bij enkele respondenten die met verkoudheidsklachten het consult bezochten, gewezen werd op de mogelijkheid van COPD. Dit is een aandoening waarbij bij vroege interventie veel leed kan worden voorkomen. Ook het feit dat er adviezen verstrekt worden om met spoed contact op te nemen met de huisarts, laat zien dat er wellicht potentie is voor een preventieve werking van het digitaal consult. Wellicht is dit een groep patiënten die zich niet bewust is van de ernst van zijn/ haar klacht en wordt hij/zij op deze manier behoed voor erger. Daarnaast bestaan er vermoedens dat het digitaal consult een therapeutisch effect heeft op consumenten. Men wordt zich bewust van de eigen problematiek doordat men de vragenlijst doorloopt. Nader onderzoek is nodig om dit effect vast te stellen.

Het eerste deelonderzoek bracht verder in kaart dat in 15,8 procent van de gevallen een diagnose in het advies was opgenomen. Het ging hier in de meeste gevallen om een zelfzorgadvies. In enkele gevallen werd ook in het geval van een advies om met de dokter contact op te nemen ook een diagnose verstrekt. Dit laatste is enkel mogelijk in het geval van COPD, urineweg infectie, migraine of de diagnose 'onvoldoende bescherming zwangerschap.' In andere gevallen is het technisch onmogelijk een diagnose op te nemen in het advies om een arts te bezoeken. Voor vervolgonderzoek is het interessant na te gaan wat het effect van deze gepresenteerde diagnoses is in het geval van een verwijzing naar de huisarts. Draagt het opnemen van een diagnose bij aan het percentage consumenten dat het advies opvolgt?

Tenslotte liet het onderzoek enkele verschillen zien in leeftijd en geslacht. Allereerst werd duidelijk dat het gebruik van het digitaal consult vrijwel evenredig is verdeeld over mannen als vrouwen; de onderzoeksgroep bleek uit 48 procent mannen en 52 procent vrouwen te bestaan. Een opvallend resultaat, aangezien op basis van literatuur te verwachten valt dat meer vrouwen gebruik zullen maken van het digitaal consult. Vrouwen presenteren meer klachten en aandoeningen aan de huisarts dan mannen (van den Berg, Kolthof, de Bakker & van der Zee, 2004). Bovendien maken meer vrouwen gebruik van e-health toepassingen.

Daarnaast bleek dat een klein percentage consumenten in de leeftijd van 0 tot 16 jaar heeft geprobeerd een consult op te starten. Deze consumenten worden automatisch door het systeem uit het digitaal consult gezet omdat zij niet tot de doelgroep behoren. Dit resultaat maakt duidelijk dat niet voor alle gebruikers duidelijk is aan welke voorwaarden zij moeten voldoen om het digitaal consult te kunnen gebruiken, óf dat zij deze voorwaarden niet serieus nemen.

Daarnaast werd duidelijk dat de groep 16 tot 35 jarigen meer gebruik maakt van het digitaal consult dan de oudere leeftijdsgroepen. Dit komt overeen met literatuur waaruit blijkt dat meer jongeren gebruik maken van het internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie (van der Schee, 2005). Dit levert een interessante paradox op. Uit onderzoek blijkt dat ouderen een grotere zorgbehoefte hebben (Verheij et al, 2006) en meer beroep doen op de zorg. Zij gebruiken e-healthdiensten echter in kleine mate. Jongeren daarentegen gebruiken diensten zoals het digitaal consult meer, maar doen doorgaans minder beroep op de zorg. In het licht van de context waarin dit onderzoek plaatsvindt, roept dit de vraag op of het digitaal consult zich op dit moment moet gaan richten op jongeren die vaker een beroep doen op de zorg. Uit analyse van gegevens uit 120 huisartsenpraktijken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) die zijn verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) blijkt dat bij jonge volwassenen met overgewicht komen klachten aan het bewegingsapparaat (zoals gewrichtsklachten) en aan het hart vaatstelsel (zoals hoge bloeddruk) vaker voor dan bij hun leeftijdsgenoten zonder overgewicht (van Dijk, 2004). Wellicht dat het digitaal consult haar aanbod moet uitbreiden door zich te specialiseren in dit type klachten. Ook hier kan het dienen als preventief instrument. In de toekomst zal het verschil in gebruik door jongeren en ouderen naar alle waarschijnlijkheid afnemen. De generatiekloof in het gebruik van internetdiensten neemt af, waardoor het consult zich ook kan richten op de oudere consument.

§ 5.2 Het opvolgen van het digitaal advies - welke determinanten zijn van invloed bij het opvolgen van het advies, verkregen via het digitaal consult van Dokterdokter?

Dit onderzoek liet zien dat het merendeel van de gebruikersgroep uit vrouwen bestond. Bovendien was het grootste gedeelte middelhoog opgeleid. De gebruikersgroep bleek overwegend uit jongeren te bestaan tussen de 16 en 35 jaar. Dit komt overeen met de resultaten uit het eerste deelonderzoek en met literatuur over gebruikers van e-health (van der Schee, 2005). Een klein gedeelte van de respondentengroep gebruikte medicijnen voor een chronische ziekte.

Een interessant gegeven in het licht van vermindering van de zorgdruk is het feit dat de groep patiënten die meer dan 6 keer per jaar de huisarts bezoekt, de grootgebruikers, 25 procent vormt van de totale respondentengroep. Eén deel van deze groep gebruikers bezoekt het digitaal consult met doorsnee klachten waarvoor het consult een advies kan verstrekken (diaree, klachten aan de bovenste luchtwegen). Een ander deel van deze groep bezoekt het consult met meer complexe klachten waarvoor het digitaal consult geen advies kan verstrekken. Gezien in de context van het onderzoek laat dit zien dat er voor het digitaal consult kansen liggen om in te spelen op de behoeften van de grootgebruikers. Daarnaast roept het de vraag op of het digitaal consult niet te hoge verwachtingen schept bij deze gebruikersgroep, gezien enkele respondenten het consult bezoeken met klachten waarvoor het digitaal consult geen uitkomst kan bieden.

Daarnaast kwam naar voren dat respondenten met zeer diverse klachten het consult bezoeken en dat in enkele gevallen een 'gecombineerde' klacht werd omschreven. Eén respondent gaf dan ook aan dat het handig zou zijn wanneer het virtuele lichaam de mogelijkheid biedt om zulke gecombineerde klachten aan te geven – in dit geval betrof het oorpijn, een stijve nek en een opgezwollen oog. Op het virtuele lichaam kan slechts één klacht worden aangegeven, gecombineerde klachten zijn niet mogelijk. Vanuit de praktijk zal het waarschijnlijk te complex zijn om een dergelijke 'combi-funtie' op te nemen in het virtuele lichaam van het digitaal consult. Het is daarom van belang dat consumenten vooraf beter worden geïnstrueerd hoe zij om moeten gaan met dergelijke gecombineerde klachten. Vervolgonderzoek kan beter in kaart brengen waar knelpunten liggen en hoe het digitaal consult beter kan aansluiten op de beleving van de consument. Zoals uit de literatuur al naar voren kwam is het van groot belang dat de consument op een goede manier kan omgaan met het systeem (Provost et al, 2006; Lee, 2001; Taylor, 2005).

Tenslotte valt op dat zeventien respondenten aangeven geen advies te hebben ontvangen. Wanneer een respondent het digitaal consult volledig doorloopt is het technisch niet mogelijk geen advies te ontvangen. Het is met dit onderzoek niet te achterhalen of respondenten voortijdig het consult zijn gestopt zonder dat zij daar erg in hadden of dat de oorzaak gezocht moet worden in het feit dat men het verkregen advies niet als advies opvat. Wel is bekend dat enkele respondenten het digitaal consult verwarren met het emailconsult, omdat zij aangeven een email te hebben gestuurd, maar nog op een reactie wachten. In dit geval hebben zij inderdaad nog geen advies ontvangen, alleen betreft het een andere dienst van Dokterdokter.

Daarnaast bleek dat het merendeel van de respondentengroep vertrouwen had in de werking van het consult. Dit sluit aan bij de eerdere resultaten van onderzoek naar het digitaal consult van van Gemert-Pijnen et al (2006). Een interessant resultaat, aangezien het advies volledig wordt gegenereerd door het expert systeem en er geen sprake is van menselijke interactie. Dit biedt mogelijkheden voor de toekomst met het oog op efficiëntieverbetering in de zorg. Systemen als het digitaal consult kunnen relatief goedkoop een advies op maat verstrekken. Voorwaarde is dan wel dat consumenten vertrouwen op een dergelijk advies.

Over de effectiviteit van het consult, sluit het consult aan bij mijn vragen en klachten, was een deel van de respondenten minder positief. Een resultaat dat aansluit bij de eerdere constatering dat op sommige punten het digitaal consult nog niet volledig aansluit bij de wensen van de consument. Vervolgonderzoek kan deze punten nader aan het licht brengen.

Naast de kenmerken van de gebruikers, bracht het onderzoek in kaart dan een overgroot deel van de consumenten na het doorlopen van het digitaal consult, van plan was het advies op te volgen, ruim 60 procent. De belangrijkste voorspellers van deze intentie waren attitude, vertrouwen in het digitaal consult en het oordeel over de effectiviteit van het consult. Het vertrouwen in het digitaal consult had invloed op het oordeel over de effectiviteit van het consult, dat vervolgens invloed had op intentie via attitude. Opvallend is dat de constructen uit de Protection Motivation Theory en het Health Belief Model zoals ervaren ernst geen rol lijken te spelen. Bovendien valt op basis van de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 2001) te verwachten dat eigen effectiviteit een belangrijke voorspeller is voor intentie. Ook dit kwam niet in deze resultaten naar voren. Wellicht dat dit te verklaren valt door het feit dat deze modellen gelden voor ernstige klachten en niet voor de relatief onschuldige aandoeningen waarmee consumenten het digitaal consult bezoekt. In het merendeel van de gevallen gaven de respondenten ook aan de klachten niet als ernstig te beschouwen en maakte men zich niet veel zorgen om de klacht. Meer onderzoek is nodig om dit in kaart te brengen.

Daarnaast is gekeken naar het percentage consumenten dat het advies daadwerkelijk opvolgt. Uit de resultaten bleek dat 20 van de 35 gebruikers het opvolgden. De redenen die werden aangedragen voor het niet opvolgen van het advies hadden vooral van doen met de eigen huisarts. Zo gaf een respondent aan er geen vertrouwen in te hebben dat de huisarts haar problemen zou kunnen oplossen.

In het licht van de effectiviteit van het digitaal consult is het belangrijk dat zo veel mogelijk verstrekte adviezen ook daadwerkelijk worden opgevolgd. De resultaten wijzen erop te wijzen dat intentie samenhangt met gedrag; meer gebruikers met een positieve intentie met betrekking tot het opvolgen van het advies, volgen het advies ook daadwerkelijk op. Het is voor Dokterdokter daarom belangrijk invloed uit te oefenen op deze intentie. Zoals uit de resultaten bleek, heeft vertrouwen via ervaren effectiviteit en attitude invloed op intentie. Dokterdokter kan door de attitude van de gebruiker te beïnvloeden invloed uitoefenen op de intentie om het advies op te volgen, een eerste voorwaarde om te komen tot gedrag. De attitude wordt beïnvloed door vertrouwen en de mate waarin de gebruiker het consult als effectief beoordeelde. Met name op dit laatste punt valt winst te behalen, zoals eerdere resultaten al lieten zien.

§ 5.3 Beperkingen van het onderzoek

De opzet van dit onderzoek brengt enkele beperkingen die van invloed zijn op de data. Allereerst brengt het eerste deelonderzoek het nadeel met zich mee dat analyses zijn uitgevoerd over databestanden die gebaseerd zijn op 'clicks' per gebruiker. Er is enkel te zien op welke velden geklikt wordt door de gebruiker. De werkelijk oorzaken van het handelen zijn niet exact te achterhalen.

Daarnaast registreert het systeem van Dokterdokter geen uitvallers door systeembeperkingen. Zo is bekend dat wanneer men op de 'back-toets' in de internetbrowser klikt gedurende het digitaal consult, men het digitaal consult (ongewild) verlaat. Dit is niet terug te zien in de database. Dit maakt het moeilijk de interpreteren waardoor consumenten stoppen met het consult. Het is op dit moment niet te achterhalen of een systeembeperking hiervan het gevolg is of dat men bewust het consult heeft gestaakt.

Tenslotte worden op dit moment de testdata niet gescheiden van de reguliere data. Wanneer een testconsult wordt afgenomen door de systeembeheerder komen deze data in bestand terecht waar ook de data van de consumenten worden opgeslagen. Het testconsult is niet als zodanig te herkennen. De hoeveelheid testdata zijn echter klein, waardoor aangenomen wordt dat deze niet van invloed zijn op de resultaten.

Ook het tweede deelonderzoek kent enkele beperkingen op het gebied van validiteit en generaliseerbaarheid. Slechts een klein aantal respondenten nam dat deel aan de follow-up vragenlijst. Hierdoor was het niet mogelijk uitspraken te doen over causale relaties tussen gedrag en de overige onderzoeksvariabelen. Bovendien was in enkele gevallen een vergelijking tussen groepen niet mogelijk, omdat de groepen hiervoor te klein waren.

Ten tweede is er een kans dat enkel zeer gemotiveerde gebruikers hebben deelgenomen aan het onderzoek. Het invullen van de vragenlijst kostte vijf a tien minuten. De resultaten lieten zien dat het merendeel van de respondenten de vragenlijst niet volledig invulden. De vraag is of minder gemotiveerde respondenten in verhouding minder vaak het advies niet opvolgden en of zij anders oordelen over het digitaal consult. Bovendien heeft het onderzoek enkel de bevindingen in kaart gebracht van consumenten die het digitaal consult volledig doorlopen hebben.

Daarnaast bleek de verhouding man en vrouw anders te zijn als de verhouding zoals die in het eerste deelonderzoek naar voren kwam. Relatief meer vrouwen deden mee aan het tweede deelonderzoek; 68 procent ten opzichte van 50 procent vrouwen in het eerste deelonderzoek. Te verwachten valt dat het eerste deelonderzoek een meer representatieve weergave van de doorsnee gebruiker van het digitale consult vormt, omdat gebruik gemaakt wordt van meer data. Daarmee kunnen de resultaten van het tweede onderzoek enigszins vertekend zijn door het hoge percentage vrouwen dat medewerking verleende.

Opmerkelijk was bovendien dat op enkele vragen door veel respondenten 'neutraal' werd geantwoord. Enerzijds kan dit verklaard worden door het feit dat respondenten geen duidelijke mening over het onderwerp hebben of die nog niet hadden gevormd op het moment van het afnemen van de vragenlijst. Anderzijds kan het erop duiden dat enkele vragen onduidelijk waren.

Tenslotte kan vertekening zijn opgetreden doordat enkele respondenten hebben mee gedaan die het consult langer dan twee weken terug gebruikten. Uit analyses bleek echter dat er geen verschillen

waren voor de onderzoeksvariabelen voor de groep die het consult langer dan twee weken terug gebruikte en de groep die het consult meer recent had gebruikt.

§ 5.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de factoren die samenhangen met het gebruik van het digitaal consult en de determinanten voor het opvolgen van het advies. Het heeft daarnaast veel nieuwe vragen opgeworpen die stof vormen voor vervolgonderzoek.

Allereerst is het van belang dat verder onderzoek volgt naar een verklaring voor het relatief hoge percentage consumenten dat stopt met het consult voordat een entreeklacht wordt ingevuld en voordat een advies wordt ontvangen. Zoals besproken kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen aan afvalpercentage, nieuwsgierigen, systeemfouten en gebruikers die niet terecht kunnen bij het digitaal consult met hun klacht. Het is voor Dokterdokter belangrijk inzicht te krijgen in de laatste twee genoemde oorzaken. Dit maakt duidelijk waar fouten worden gemaakt door het systeem en waar aanpassingen nodig zijn om het consult efficiënter te maken. Bovendien kan onderzoek naar deze 'afvallers' inzicht geven in de aanwezige zorgvraag van de consumenten die op dit moment niet terecht kunnen bij het digitaal consult, maar dat wel zouden willen. Wellicht dat hieruit een mogelijke uitbreiding van het digitaal consult op kan volgen. Onderzoek zou kunnen plaatsvinden door een oproep op de website te plaatsen waar mensen bevindingen over het digitaal consult kunnen weergeven. Ook is het interessant een optie 'overig' in te bouwen binnen het virtuele lichaam. Op deze manier krijg je inzicht in de aantallen het soort klachten waarmee consumenten het consult bezoeken en waarvoor het consult op dat moment geen uitkomst biedt.

Daarnaast is het voor Dokterdokter van belang kwalitatief onderzoek te laten uitvoeren naar de manier waarop het digitaal consult aansluit bij de consument. Dit onderzoek heeft enkele resultaten opgeleverd waaruit blijkt dat niet alle respondenten het consult effectief vinden. Bovendien blijkt dat een aantal consumenten het consult bezoekt met klacht waarvoor het consult geen advies kan verstrekken. Het is belangrijk consumenten vooraf goed te informeren over het digitaal consult. Op dit moment wordt dit gedaan met behulp van disclaimers. Echter, zoals onderzoek van van Gemert-Pijnen et al. (2006) al aantoonde worden deze nauwelijks gelezen. Andere manieren moeten worden onderzocht om de boodschap over te doen komen. Bovendien is het interessant nader onderzoek te doen naar de manier waarop vertrouwen tot stand komt bij een e-healthservice. In dit geval hebben consumenten vertrouwen in het systeem. Het is de vraag of dit te maken heeft met het type klacht of dat andere oorzaken, zoals het design van de website, een rol spelen.

Tenslotte is het interessant dieper in te gaan op de potentie van het digitaal consult om bij te dragen aan een verlichting van de zorg, bekeken van sociaal-economisch perspectief. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er verschillende kansen liggen voor het digitaal consult, maar dit onderzoek doet geen uitspraak over de mate waarin het digitaal consult bijdraagt aan een verlichting van de zorg. Onderzoek vanuit een sociaal-economisch perspectief zou goed kunnen belichten welke categorieën patiënten goed gebruik kunnen maken van het digitaal consult, gezien hun sociaal-economische en medische achtergrond. Wellicht dat blijkt dat het digitaal consult in de toekomst ook voor andere groepen patiënten ingezet kan worden.

7. Advies aan Dokterdokter.nl

Naar aanleiding van dit onderzoek worden enkele aanbevelingen gedaan gericht op het digitaal consult van Dokterdokter.

Keuze doelgroep - De doelgroep die het digitaal consult bezoekt is zeer divers. Het is voor Dokterdokter belangrijk een keuze te maken voor één bepaalde doelgroep of het consult beter af te stemmen op de verschillende doelgroepen.

Een bijkomend gevolg is dat Dokterdokter de potentie van het digitaal consult kan verbreden door te kiezen voor doelgroepen die meer beroep doen op de zorg. Er valt op dit moment weinig winst te behalen door het consult te richten op ouderen, omdat zij nauwelijks gebruik maken van het digitaal consult. Dit is echter de patiëntengroep die het meeste contacten heeft met de huisarts (Brake et al., 2006). Mogelijkheden liggen in het feit dat steeds meer jongeren overgewicht ontwikkelen van Dijk, 2004) en de daarmee gepaard gaande ziekten. Bovendien is het interessant in vervolgonderzoek met welk type klachten 'grootgebruikers' de huisarts bezoeken. Wellicht komt een gedeelte van deze patiënten met doorsnee klachten naar het huisartsconsult en zijn zij niet zo zeer op zoek naar een oplossing, maar meer naar geruststelling. Het digitaal consult zou in de toekomst hier een rol in kunnen gaan spelen, door meer aandacht te geven aan de geruststelling die het consult kan bieden.

Meer afstemming op de consument - Het tweede deelonderzoek maakte duidelijk dat het merendeel van de respondentengroep een groot vertrouwen had in de werking van het consult. Over de effectiviteit van het consult, sluit het consult aan bij mijn vragen en klachten, was men minder positief. Voor Dokterdokter is het daarom belangrijk het consult zodanig aan te passen dat het beter aansluit bij de beleving van de consument en dat het beter aansluit bij de gepresenteerde klachten. Te verwachten valt dat de ervaren effectiviteit van het consult omhoog gaat en daarmee uiteindelijk ook de intentie om het advies op te volgen. Vervolgonderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de mogelijkheden tot verbetering van het digitaal consult.

Communicatie met de consument - Uit de gepresenteerde klachten blijkt dat in sommige gevallen respondenten te hoge verwachtingen hebben van het systeem. Enkele respondenten kwamen naar het consult met klachten waarvoor het digitaal consult geen oplossing kan bieden. Ook gaven enkele respondenten gecombineerde klachten aan. Voor Dokterdokter is het belangrijk na te gaan hoe consumenten hiermee om gaan tijdens het invullen van de klacht met behulp van het virtuele lichaam, waarop maar één klacht kan worden aangegeven. Wellicht dat aanpassingen nodig zijn om respondenten duidelijk te maken hoe zij daar mee om moeten gaan. Het is belangrijk te onderzoeken of consumenten gedurende het consult oppakken dat het consult in sommige gevallen geen advies kan bieden voor hun klacht. Zo niet, dan kan dit leiden tot gevaarlijke situaties. Er moet nader onderzoek gedaan worden naar de manier waarop de communicatie verbeterd moet worden naar de consument toe. Wellicht dat de meest belangrijke voorwaarden verkort moeten worden weergegeven, eventueel ondersteund met plaatjes. Dit in de plaats van de huidige disclaimers.

‘Overige klachten’ op het virtuele lichaam – Op dit moment bestaat er geen mogelijkheid om een knop ‘overige klachten’ aan te geven op het virtuele lichaam. Wanneer een consumenten zijn klacht niet aantreft op het lichaam moet hij zelf de conclusie trekken dat het consult geen oplossing kan bieden voor zijn klacht. Door een knop ‘overig’ toe te voegen schep je duidelijkheid voor respondenten en gaan ze niet proberen het digitaal consult te doorlopen voor een klacht die hun klacht het meest benadert. Door aan de optie ‘overig’ een tekst te koppelen *‘op dit moment kunnen wij u niet verder helpen met uw klacht’* is duidelijk dat het consult niet doorlopen kan worden. Daarnaast kan wellicht een optie ingebouwd worden dat mensen kunnen invullen met welke klacht zij het consult bezochten op het moment dat ze niet geholpen kunnen worden. Dit levert inzicht in de potentiële doelgroepen van Dokterdokter.

Betere feedbackmogelijkheden over het systeem inbouwen - Systeembeperkingen worden op dit moment niet herkend door het systeem, waardoor hier geen zicht op is. Het aan te raden tijdens het digitaal consult een optie in te bouwen waar mensen direct feedback kunnen leveren wanneer er iets mis gaat met het consult. Op dit moment kan dit aan het einde van het consult. Wanneer mensen door een fout het digitaal consult voortijdig verlaten bereiken ze echter niet dit punt.

8. Literatuurlijst

AMA (2006). Guidelines for Medical and Health Information Sites on the Internet. Gedownload op 7 juni 2006 van <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1905.html>.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.

Austin, T., Ahmad, F., McNally, M. & Sewart, D.E. (2002) Breast and Cervical Cancer Screening in Hispanic Women: A Literature Review using the Health Belief Model. *Women's health issues*, 12, (3)

Bennett, P., Rowe, A.& Katz, D. (1998). Reported adherence with preventive asthma medication : a test of protection motivation theory. *Psychology, health & medicine*, 3 (4), 347-354.

Berg MJ van den, Kolthof ED , Bakker DH de, Zee J van der (2004) *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. De werkbelasting van huisartsen.

Brake,H., van, Lieshout, J., van & Verheij, R.(2006).Grootgebruikers in de praktijk, een last voor de huisarts? *Huisarts & Wetenschap* , 49(12), 596 - 597

Brink-Muinen, A (2006) *Gebruik van internet door chronisch zieken en gehandicapten voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie*. Gedownload van <http://www.nivel.nl/pdf/artikel-atie-chronische-zieken-en-internet-2006.pdf> op 4 april 2006

Consumentenbond (2006). *Lijden in stilte*. Gedownload op 20 januari 2007 van http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/vraagsturing/documenten/Rapporten_KiZo/artikel_incontinentie_gids_07.pdf

Eysenbach, G. & Diepgen,T.L.(2001) The Role of e-Health and Consumer Health Informatics for Evidence-Based Patient Choice in the 21st Century. *Clinics in Dermatology*, 19, 11–17.

Eysenbach, G., Powell, J., Kus, O. & Sa, E. (2002) Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. A systematic review. *JAMA*, May 22/29, 2002-Vol 287, No.20 (Reprinted)

Eysenbach, G. (2000). Towards ethical guidelines for dealing with unsolicited patient emails and giving teledvice in the absence of a pre-existing patient-physician relationship systematic review and expert survey. *J Med Internet Res*, 2 (1), e1.

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *J Med Internet Res*, 3(2), e20.

Ferguson, T. (1998). Digital doctoring—Opportunities and challenges in electronic patient-physician communication. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1361-1362.

Floyd, D.L., Prentic-Dunn, S., & Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Sociology and Psychology*, 30, 407-429.

Gemert-Pijnen, van, J., Heikamp, M., Nijland, N. & Tempelman, M. (2005). *Elektronische consultatie in de praktijk*. Gedownload op 20 januari 2007 van <http://www.gw.utwente.nl/tpc/oz/cvz.pdf>

Giuffrida, A. & Torgerson, D.J. (1997). *Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance*. Gedownload juni 2006 van <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7110/703?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=compliance&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Greiner, K.A., James, A.S., Born, W., Hall, S., Engelman, K.K., Okuyemi, K.S., & Ahluwalia, J.S. (2005). Predictors of fecal occult blood test (FOBT) completion among low-income adults. *Preventive Medicine*, 41, 676-684.

Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm. A new health system for the 21 ts Century*. National Academy Press.

Jackson, C., Lawton, R., Knapp, P., Raynor, D.K., Conner, M., Lowe, C. & Closs, S.J. (2005). Beyond intention: do specific plans increase health behaviours in patients in primary care? A study of fruit and vegetable consumption. *Social Science & Medicine*, 60, 2383-2391.

Katz, S.J., & Moyer, C.A.(2004). The Emerging Role of Online Communication Between Patients and Their Providers. *The Journal of General Internal Medicine*, 19, 978– 983.

Kolt, G.S., & McEvoy, J.E. (2003). Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. *Man Ther.*, 8, 110 – 116.

Lagerlund, M., Hedin, A., Sparen, P., Thurfjell, E. & Lambe, M. (2000). Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a swedish population-based mammography screening program. *Preventive Medicine*, 31, 417-428.

Lee, H., Delene, L, M., Bunda, M.A., & Kim, C. (2000).Methods of measuring health care service quality. *Journal of Business Research*, 48, 233-246.

Leong, J., Molassiotis, A., & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of

control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8 (1), 26-38.

LINH (2006). *Jaarcijfers 2005: Contacten met de huisartspraktijk*. Gedownload op 6 augustus 2006 van <http://www.linh.nl/>

Linden, M.W., van der, Westert, G.P., Bakker, D.H., de, & Schellevis, F.G (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.

Mills, E.J., Nachega, J.B., Buchan, I., Orbinski, J., Attaran, A., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Cooper, C., Thabane, L., Wilson, K., Guyatt, G.H., Bangsberg, D.R. (2006) Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America. A meta-analysis. *JAMA*, 296, 679-690.

Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e9.

O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion – Theory and Research*. California: Sage Publications, Inc.

Okkes I.M., Polderman, G.O., Fryer, G.E., Yamada, T., Bujak, M., Oskam, S.K., Green, L.A. & Lamberts, H. (2002) The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract*. 51(1), 72-73.

Penzien, D.B., Rains, J.C., Lake, A.E., Lipchik, G.L., Lipton, R.B., & Saper, J.R. (2006). Complex Comorbidities of Recurrent Headache Disorders: Introduction to the Special Series. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46 (9), 1324–1326.

Provost, M., Koompalum, D., Dong, D., & Martin, B.C. (2006). The initial development of the WebMedQual scale: Domain assessment of the construct of quality of health web sites. *Int J Med Inform*, 75, 42-57.

Rippetoe, P.A., & Rogers, R.W. (1987) Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *J Pers Soc Psychol*, 52(3), 596-604.

Risk A, Dzenowagis J. (2001) Review of internet health information quality initiatives. *J Med Internet Res*, 3(4) Gedownload op 2 mei 2006 van <http://www.jmir.org/2001/4/e28/>.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2005) *Op één lijn: toekomstverkenningen van de eerstelijnszorg in 2020*. Gedownload op 30 april 2006 van

<http://www.ggd.nl/kennisnet/paginaSjablonen/raadplegen.asp?display=2&atoom=31471&atoomsrt=3&actie=2>

RVZ. (2002). *Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid.

RVZ (n.d.). *Gepaste zorg*. Gedownload op 28 april 2006 van http://www.rvz.net/data/download/advies_gepaste_zorg.pdf

Schee, E., van der, Delnoij, D.M.J., Broerse, A. (2003) Weinig reden tot klagen. Het oordeel van patiënten over huisartsenposten. *Medisch Contact*.

Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and Coping self-efficacy. *Health Psychologie*, 19, 487-495.

Secginli, S.& Nahcivan, N.O. (2006) Breast Self Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (4), 521-523 .

Seo, M., & Min, S. (2005). Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. *Yonsei Med J*, 46(3), 331-340.

Spierings EL, Miree LF (1993) Non-compliance with follow-up and improvement after treatment at a headache center. *Headache*, 33, 205-209.

Spelten, E.R., & Gubbels, J.W. (2003). Een medisch callcenter in de praktijk. Onderzoek naar effect en ervaring. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 543-546.

Taylor (2005) Evaluating telemedicine systems and services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11 (4), 167 – 177.

Velden, L.F.J van der, Hingstman, L., Nienoord-Buré, C.D. & Berg, H.H. van den (2001) *Vraag en aanbod artsen: raming 2000-2010*. Gedownload op 2 juli 2006 van <http://www.nivel.nl/OC2/page.asp?pageid=4767>

Verlinden, S.F.F. (2005). Digital triage to discriminate self limiting diseases from complaints for which a (family) doctor should be consulted. Abstract Congres MedNet

Wetzels, G., Nelemans, P., van Wijk, B., Broers, N., Schouten, J., Prins, M. (2006) Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire” *Patient Education and Counseling*. Received 19 September 2005; received in revised form 7 December 2005; accepted 15 December 2005.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. & Malhotra, A. (2000). A conceptual Framework for understanding e-service quality: implications for future research and managerial practice. Gedownload op 7 juni 2006 van http://www.msi.org/msi/publications_summary.cfm?publication=17

Bijlagen

Appendix A

Gebruikte vragenlijsten

Digitaal Consult



Beste respondent(e),

De Universiteit Twente en DokterDokter.nl werken samen aan een onderzoek naar optimalisering van het digitaal consult. Graag zou ik willen weten hoe u het digitaal consult heeft ervaren en wat u vindt van het gegeven advies. Ik wil u dan ook vragen ± 10 minuten de tijd te nemen voor deze vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit een aantal vragen en stellingen.

Hoe werkt het?

- U geeft uw antwoord aan door het hokje naar keuze aan te vinken door erop te klikken met uw muis.
- De vragenlijst bestaat uit zeven schermen. Onderaan met de knop >>> gaat u naar een volgend scherm. Met de knop <<< gaat u naar het vorige scherm.
- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor opmerkingen over de vragenlijst of over het digitaal consult.

Het invullen van de vragenlijst is **anoniem** en gegevens worden **vertrouwelijk** verwerkt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Karlijn Cranen
student-onderzoeker Universiteit Twente

E-mail: k.cranen@student.utwente.nl

SCHERM 1 - persoonlijke kenmerken

Wat is uw geslacht?

man vrouw

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- lager (beroeps)onderwijs (lagere school, LBO, LAVO, LEAO etc.)
- middelbaar onderwijs (MAVO, MMS, MEAO, MTS, MBO, HAVO, VWO)
- hoger onderwijs (HEAO, HTS, HBO, Universitair)
- anders, namelijk:

Hoe vaak heeft u uw huisarts bezocht het afgelopen jaar?

Gebruikt u op dit moment al langer dan 3 maanden medicijnen voor een chronische ziekte (voorbeeld: diabetes, longziekte, trombose)?

ja nee

Krijgt u het gebruik van het digitaal consult vergoed?

- ja
- nee
- weet ik niet
- anders, namelijk:

Hoeveel uur per dag gebruikt u gemiddeld het internet?

Hoe wist u af van het bestaan van het digitaal consult?

- via mijn zorgverzekeraar
- via mijn huisarts
- via mijn vrienden/familie
- anders, namelijk:

SCHERM 2 - het digitaal consult

Heeft u vaker gebruik gemaakt van het digitaal consult van Dokterdokter.nl?

- nee, dit was de eerste keer
- ja, een keer eerder
- ja, meerdere malen

Hoe lang is het geleden dat u gebruik heeft gemaakt van het digitaal consult van Dokterdokter.nl?

- ik heb het vandaag gebruikt
- ik heb het de afgelopen week gebruikt
- ik heb het twee weken geleden gebruikt
- ik heb het langer dan twee weken terug gebruikt

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vraag uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Wat is voor u de belangrijkste reden geweest om het digitaal consult te gebruiken?

- ik wilde informatie over mijn klacht
- ik wilde weten of ik contact op moest nemen met mijn huisarts over mijn klacht
- ik wilde een advies dat ik eerder had gekregen controleren - second opinion
- ik wilde informatie over mijn klacht waarmee ik liever niet naar mijn huisarts ga
- ik wilde graag meer weten over mijn medicijngebruik
- uit nieuwsgierigheid (naar hoe Dokterdokter.nl werkt)
- anders, namelijk

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vraag uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Was u voor uw deelname aan het digitaal consult van plan met uw klacht naar uw huisarts te gaan?

- ja
- nee



SCHERM 3 - uw klacht

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vragen uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Hoofdklacht: de klacht die u aan het begin van het digitaal consult heeft aangegeven met behulp van een tekening van een man- of vrouw figuur.

Met welk type hoofdklacht begon u het digitaal consult?

- pijn/klachten keel hoesten
 pijn/ klachten luchtwegen verstopte neus
 hoofdpijn schouderpijn
 rugpijn jeuk/rode vlekken
 vaak plassen pijn/brandend gevoel bij plassen
 anders, namelijk

Ik denk dat mijn klacht eenvoudig op te lossen is

helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik denk dat het eenvoudig is een diagnose te stellen voor mijn klacht

helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik schat mijn klacht in als:

helemaal niet ernstig	enigszins ernstig	vrij ernstig	ernstig	zeer ernstig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In welke mate maakt u zich zorgen over uw klacht:

helemaal niet	enigszins	vrij veel	veel	zeer veel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik heb het vermoeden dat mijn klacht er op wijst dat er iets ernstigs aan de hand is

helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik acht de kans groot dat mijn klacht vanzelf zal verdwijnen

helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na het gebruik van het digitaal consult zie ik mijn klacht als:

- ernstiger dan dat ik van tevoren had gedacht
 minder ernstig dan dat ik van tevoren had gedacht
 het digitaal consult heeft geen invloed gehad op mijn beoordeling van mijn klacht
 anders, namelijk



SCHERM 4 - het advies

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vragen uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Het advies: bij het digitaal consult heeft u een vragenlijst doorlopen. Dit werd afgesloten met een soort conclusie. U kreeg een advies voor uw klacht.

Het advies dat ik gekregen heb via het digitaal consult was:

- een zelfzorgadvies - informatie om mijn klacht zelfstandig te behandelen
- neem met spoed contact op met een arts of bel 112
- neem zo snel mogelijk contact op met uw huisarts
- neem op korte termijn contact op met uw huisarts
- neem contact op met uw huisarts
- informatie over de mogelijke invloed van mijn medicijngebruik op mijn klacht
- anders, namelijk

Welk van onderstaande advies typen had u verwacht voorafgaand aan het digitaal consult:

- een zelfzorgadvies - informatie om mijn klacht zelfstandig te behandelen
- een advies om een dokter te bezoeken
- informatie over de mogelijke invloed van mijn medicijngebruik op mijn klacht
- ik had voorafgaand aan het digitaal consult geen verwachting over de uitkomst
- anders, namelijk

Ik ben van plan het advies, dat ik heb gekregen via het digitaal consult, op te volgen

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik vind het advies dat ik via het digitaal consult heb gekregen:

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
goed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
waardevol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nuttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mijn [...] vindt dat ik zeker niet/wel het advies dat ik via het digitaal consult heb gekregen zou moeten opvolgen

	niet van toepassing	zeker niet			zeker wel
mijn partner/vriend(in) vindt dat ik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mijn ouders vinden dat ik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mijn vrienden vinden dat ik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<< >>>

SCHERM 5 - het advies (II)

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vragen uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw:

	niet van toepassing	niets				zeer veel
partner/ vriend(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vrienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik ben goed in staat het advies, dat ik heb gekregen via het digitaal consult, op te volgen

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ik vind het lastig om het advies, dat ik heb gekregen via het digitaal consult, op te volgen omdat:

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
ik tijd moet vrij maken om het advies op te volgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik het advies moeilijk te begrijpen vind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik kosten moet maken wanneer ik het advies opvolg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik bang ben het advies op te volgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
het advies moeilijk in te passen valt in mijn dagelijkse activiteiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zijn er, naast de genoemde redenen in de voorgaande vraag, andere redenen die het voor u lastig maken om het advies op te volgen?

Ik geloof dat wanneer ik het advies, dat ik heb gekregen via het digitaal consult, opvolg mijn klachten zullen verminderen

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De voordelen van het advies, dat ik heb gekregen via het digitaal consult, wegen voor mij op tegen de (eventuele) nadelen die het advies met zich meebrengt

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<< >>>

SCHERM 6 - uw mening over het digitaal consult van DokterDokter

Ga bij het beantwoorden van onderstaande vragen uit van uw laatste bezoek aan het digitaal consult

Het digitaal consult van DokterDokter

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
Het digitaal consult was voor mij gemakkelijk in gebruik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind dat mijn privacy goed was beschermd tijdens het digitaal consult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het digitaal consult had ik de mogelijkheid aan te geven hoe mijn gegevens, die verzameld zijn tijdens het consult, gebruikt mogen worden door Dokterdokter.nl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De kosten van het digitaal consult zijn te hoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het digitaal consult zag er professioneel uit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik beschik over voldoende internetvaardigheden om het digitaal consult te gebruiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben goed geïnformeerd over de (on)mogelijkheden van het digitaal consult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De vragen tijdens het digitaal consult van DokterDokter

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
Tijdens het digitaal consult kon ik mijn klachten goed weergeven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik denk dat het gegeven advies op een betrouwbare manier tot stand is gekomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik denk dat het gegeven advies met behulp van wetenschappelijke kennis tot stand is gekomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De duur (minuten) van het digitaal consult is te lang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aantal vragen dat ik moest beantwoorden om tot een advies te komen vind ik te veel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vragen die gesteld werden vind ik relevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vragen die gesteld werden vind ik begrijpelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het was mij duidelijk wie het advies van het digitaal consult samenstelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Het gegeven advies van DokterDokter

Het advies dat ik via het digitaal consult heb ontvangen:

	helemaal oneens	oneens	neutraal	eens	helemaal eens
was begrijpelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
was op mijn klachten toegesneden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vind ik betrouwbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vind ik volledig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gaf me de informatie waar ik naar op zoek was	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gaf me de geruststelling dat er niets ernstigs aan de hand is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
heeft me inzicht gegeven in mijn klachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stelt me in staat mijn klachten zelf te behandelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<<< >>>

Digitaal Consult



Graag zou ik binnen twee weken per e-mail contact op willen nemen met enkele aanvullende vragen over het digitaal consult. Deze vragenlijst is minder uitgebreid en het invullen ervan zal slechts enkele minuten in beslag nemen.

Als onafhankelijk onderzoeker van de Universiteit Twente heb ik geen toegang tot uw persoonlijke gegevens zoals die bij DokterDokter.nl bekend zijn. Ik wil u daarom vragen uw e-mailadres achter te laten waarop ik u de vragenlijst kan toesturen.
Uw email adres zal slechts eenmalig voor dit onderzoek gebruikt worden en wordt niet opgeslagen.

Mijn e-mailadres:

Heeft u opmerkingen ten aanzien van de vragenlijst of het digitaal consult dan kunt u deze hieronder kwijt



Bedankt voor uw tijd en moeite!

- EINDE -

2. Follow-up vragenlijst – advies om de huisarts te bezoeken

Copy of Digitaal consult - deel 2 (da)



Beste respondent(e),

U heeft enige tijd geleden deel genomen aan een onderzoek naar het digitaal consult van Dokterdokter.nl, uitgevoerd door de Universiteit Twente. U heeft aangegeven deel te willen nemen aan de vervolgvragenlijst. Bij deze wil ik u dan ook vragen enkele minuten de tijd te nemen voor deze vragen.

De vragenlijst bestaat uit **7 vragen**.

Hoe werkt het?

- U geeft uw antwoord aan door het hokje naar keuze aan te vinken door erop te klikken met uw muis
- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor opmerkingen over de vragenlijst of over het digitaal consult.
- **Vergeet u niet op de >>> toets (onderaan de pagina) te klikken om uw gegevens te versturen**

Het invullen van de vragenlijst is anoniem en gegevens worden vertrouwelijk verwerkt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Karlijn Cranen
student-onderzoeker Universiteit Twente

E-mail: k.cranen@student.utwente.nl

Ter herinnering: bij het invullen van de vragenlijst die 2 weken terug is afgenomen heeft u aangegeven dat u aan het einde van het digitaal consult geadviseerd werd contact op te nemen met uw huisarts

* 1. Vul hier uw persoonlijke code in - te vinden in de email die u ontvangen heeft

2. Mijn klachten waarvoor ik het digitaal consult bezocht zijn gedurende de afgelopen twee weken:

- over gegaan
- minder geworden
- gelijk gebleven
- erger geworden
- anders, namelijk

3. Heeft u, nadat u het advies van het digitaal consult ontving, plannen gemaakt om het advies op te volgen (vb. bedacht wanneer u een afspraak met uw huisarts ging maken)

- ja
- nee
- ik had besloten het advies niet op te volgen - ga door naar vraag 6

4. Heeft u het advies van dokterdokter.nl om contact op te nemen met uw huisarts opgevolgd?

- ja
- nee - ga door naar vraag 6

5. Kwam het advies van uw arts overeen met het advies van het digitaal consult?

- ja - EINDE vragenlijst
- nee - EINDE vragenlijst
- gedeeltelijk - EINDE vragenlijst
- anders, namelijk

6. Ik heb het advies van het digitaal consult van dokterdokter niet opgevolgd, omdat

	erg oneens				erg eens
ik het advies niet kon inpassen in mijn dagelijkse activiteiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik de kosten die het advies met zich meebracht te hoog vond	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik het advies niet begreep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik bang was om het advies op te volgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ik geen vertrouwen had in het advies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Zijn er andere redenen waarom u het advies om contact op te nemen met uw huisarts, niet heeft opgevolgd?

Heeft u opmerkingen over het digitaal consult van Dokterdokter.nl of over de vragenlijst, dan kunt u deze hier kwijt

>>>

[Klik hier om uw eigen enquête te creëren!](#)

2. Follow-up vragenlijst – zelfzorgadvies

Digitaal consult - deel 2 (zz)



Beste respondent(e),

U heeft enige tijd geleden deel genomen aan een onderzoek naar het digitaal consult van Dokterdokter.nl, uitgevoerd door de Universiteit Twente. U heeft aangegeven deel te willen nemen aan de vervolgvragenlijst. Bij deze wil ik u dan ook vragen enkele minuten de tijd te nemen voor deze vragen.

De vragenlijst bestaat uit **8 vragen**.

Hoe werkt het?

- U geeft uw antwoord aan door het hokje naar keuze aan te vinken door erop te klikken met uw muis
- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor opmerkingen over de vragenlijst of over het digitaal consult.
- **Vergeet u niet op de >>> toets (onderaan de pagina) te klikken om uw gegevens te versturen**

Het invullen van de vragenlijst is anoniem en gegevens worden vertrouwelijk verwerkt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Karlijn Cranen
student-onderzoeker Universiteit Twente

E-mail: k.cranen@student.utwente.nl

Page 1 -

Ter herinnering: bij het invullen van de vragenlijst die 2 weken terug is afgenomen heeft u aangegeven dat u aan het einde van het digitaal consult informatie heeft ontvangen om uw klacht zelfstandig te behandelen - **een zelfzorgadvies**

1. Vul hier uw persoonlijke code in - te vinden in de email die u heeft ontvangen

2. Mijn klachten waarvoor ik het digitaal consult bezocht zijn gedurende de afgelopen twee weken:

- over gegaan
- minder geworden

- gelijk gebleven
 - erger geworden
 - anders, namelijk
-

3. Heeft u, nadat u het advies van het digitaal consult ontving, plannen gemaakt om het advies op te volgen (vb. bedacht wanneer u een afspraak met uw huisarts ging maken of wanneer u een medicijn ging kopen)

- ja
- nee
- ik had besloten het advies niet op te volgen - ga door naar vraag 5

4. Heeft u het zelfzorg-advies van dokterdokter.nl opgevolgd?

- ja - ga door naar vraag 7
- nee
- gedeeltelijk

5. Ik heb het advies van het digitaal consult van dokterdokter (gedeeltelijk) niet opgevolgd, omdat

	erg oneens				erg eens
ik het advies niet kon inpassen in mijn dagelijkse activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik de kosten die het advies met zich meebracht te hoog vond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik het advies niet begreep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ik bang was om het advies op te volgen

ik geen vertrouwen had in het advies

6. Zijn er andere redenen waarom u het advies niet heeft opgevolgd?

7. Heeft u de afgelopen weken een arts bezocht of een afspraak gemaakt voor uw klacht waarmee u het digitaal consult begon?

ja, een arts bezocht

ja, een afspraak gemaakt, de arts nog niet bezocht - EINDE

nee - EINDE

8. Kwam het advies van uw arts overeen met het zelfzorg-advies dat gegeven is door het digitaal consult?

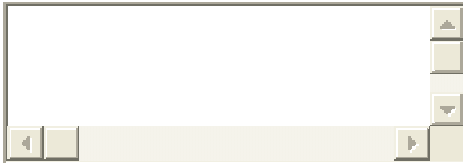
ja

nee

gedeeltelijk

anders, namelijk

Heeft u opmerkingen over het digitaal consult van Dokterdokter.nl of over de vragenlijst, dan kunt u deze hier kwijt



Appendix B

Klachten waarmee respondenten uit het tweedeelonderzoek het digitaal consult bezochten