

# **Wat zijn de determinanten van zelfeffectiviteit bij het communiceren met de huisarts?**

Bachelorthese Psychologie 2010 /2011  
Universiteit Twente

J.P. de Vrijer  
*s0047066*  
begeleid door:  
Dr. P.M. ten Klooster  
Dr. H. Boer

## **Samenvatting**

Voor goede zorg is een succesvolle communicatie tussen arts en patiënt bepalend. In voorgaand onderzoek komt naar voren dat zelfeffectiviteit van de patiënt een belangrijke rol speelt in deze communicatie. Echter, het merendeel van de onderzoeken zijn uitgevoerd bij specifieke aandoeningen of onder specialisten. Dit onderzoek bestudeert hoe zelfeffectiviteit samen hangt met andere factoren in de communicatie met de huisarts in de algemene bevolking. Een online vragenlijst werd opgesteld om de 'zelfeffectiviteit', 'vertrouwen' en 'ervaren professionaliteit' van de patiënt te meten (n=86). Deelnemers werden via social networks of op straat geworven. Zelfeffectiviteit blijkt significant samen te hangen met het vertrouwen in de huisarts. Patiënten met een lage zelfeffectiviteit lijken sneller geneigd om gegevens over de gezondheid online op te zoeken.

## **Abstract**

Successful communication between physicians and patients is essential for the high quality healthcare. Previous research indicates that self-efficacy plays a major part in determining the quality of the communication. However, the majority of the research has been performed with a focus on specific ailments. This paper investigates how self-efficacy of the average person connects with other variables within the physician-patient communication. A questionnaire was constructed to determine the 'self-efficacy', 'trust' and 'experienced professionalism' of the patient within the general populous (n=86). Participants were recruited both online and offline and had to fill in a digital questionnaire. Self-efficacy, it turns out, connected significantly with trust in the physician. Patients with low self-efficacy seemed more likely to search for online health-information.

# Inhoudsopgave

<b>1 Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1 Introductie .....	4
1.2 Onderzoeksvraag.....	6
<b>2. Theoretisch kader .....</b>	<b>7</b>
2.1 Succesvolle communicatie met de huisarts.....	7
2.2 Zelfeffectiviteit van patiënten .....	7
2.3 Vertrouwen van de patiënt in de huisarts.....	8
2.4 Ervaren professionaliteit .....	8
2.5 Online zoekgedrag naar gezondheidsinformatie.....	9
2.6 Type huisartsenpraktijk.....	9
2.7 Geslacht van de huisarts.....	10
<b>3. Methode .....</b>	<b>11</b>
3.1 Respondenten .....	11
3.2 Opbouw van de vragenlijst .....	11
3.3 Procedure .....	14
3.3 Statistische analyse .....	14
<b>4. Resultaten .....</b>	<b>16</b>
4.1 Demografische gegevens .....	16
4.2 Construct gegevens .....	17
4.3 Correlatie analyse.....	18
4.4 Lineaire regressie analyse.....	20
<b>5. Conclusie.....</b>	<b>21</b>
5.1 Samenhang.....	21
5.2 Discussie .....	23
5.3 Vervolgonderzoek.....	23
<b>6. Referentielijst .....</b>	<b>25</b>
<b>7. Bijlage.....</b>	<b>28</b>
7.1 Online vragen lijst.....	28

# 1. Inleiding

## 1.1 Introductie

In Nederland heeft iedere burger de keuze om zelf de huisarts te bepalen. Deze keuze is niet makkelijk gemaakt, want Nederland kent ongeveer 8000 huisartsen waarbij er nog eens 1000 werken in dienst van een andere huisarts (zogenoemde HIDHA's) (Hingstman & Kenens, 2010). Dat is ongeveer 1 huisarts voor 2000 mensen (Velden, Kenens, & Hingstman, 2003). Deze mensen gebruiken beroepen de huisarts in verschillende maten. De een overkomt meer dan de ander. Veel mensen zitten wel bij een huisarts, maar maken er minder gebruik van. Hoe vaak men een huisarts bezoekt is afhankelijk van een hoop factoren. Natuurlijk moet men eerst iets overkomen of een bepaalde zorg hebben voordat mensen de huisarts contacteren. Maar ook toeval daargelaten zijn er verschillen in de frequentie van het huisartsen bezoek. In 2009 bezocht 68,9% van de mannen en 78,7% van de vrouwen, minimaal een keer de huisarts (Centraal Bureau van Statistiek, CBS 2009). Geslacht is dus een mogelijke factor die van invloed is op de frequentie van het bezoek. Ook stijgt het aantal contacten per jaar naar mate men ouder wordt (met uitzondering van de eerste 5 levensjaren). In 2009 bezochten kinderen tussen de 5 en de 10 jaar oud gemiddeld 2,3 keer de huisarts, bij volwassenen tussen de 30 en de 45 werd dit al verhoogd naar 4,3 keer per jaar. Ouderen van 90 jaar en ouder bezochten de huisarts zelfs een gemiddeld aantal van 14,3 keer per jaar. Standaard demografische verschillen maken dus al uit of men vaker naar de huisarts gaat.

Goede communicatie tussen arts en patiënt is ook erg belangrijk. Patiënten moeten de arts wel kunnen begrijpen, anders kunnen ze zijn advies niet opvolgen. Zelfs wanneer de patiënt de huisarts begrijpt, volgt de een het advies beter op dan de ander. Hierbij kunnen verschillende factoren een rol spelen, waaronder o.a. vertrouwen in de huisarts, uiterlijk van de huisarts en het type praktijk. In Nederland mag iedere huisarts zelf zijn eigen stijl bepalen, op zowel uiterlijk als gedrag kunnen huisartsen heel erg verschillen. Over het uiterlijk van de artsen zijn de meningen vaak al verdeeld (Wendel, Bes, Jong, Schellevis, & Friele, 2010). Ook lijkt de levensstijl van de huisarts invloed te hebben op de algemene beoordeling van de huisarts en de communicatie. Patiënten hebben meer vertrouwen in het oordeel van de huisarts als deze qua levensstijl dichter bij die van de patiënten ligt. Naast levensstijl is ook kleding een belangrijke factor bij de

vertrouwensband tussen arts en patiënt. Een netter geklede huisarts zorgt in het algemeen voor meer vertrouwen bij de patiënten (Kocks, Lisman-van Leeuwen, & Berkelmans, 2010).

De patiënt speelt zelf ook een belangrijke rol in de kwaliteit van de communicatie.

Zelfeffectiviteit van de patiënt blijkt een belangrijke voorspeller van het vertrouwen in de arts.

Als er van meer zelfeffectiviteit sprake is, groeit het vertrouwen in de arts (Teutsch, 2003). Dit hangt nauw samen met de houding van de arts. Als deze zich zorgzamer inzet en meer competentie toont, verdient hij meer vertrouwen bij de patiënt (Thom, 2001). Meer vertrouwen in de arts uit zichzelf in betere gezondheid (of een korter verloop van het ziekte traject) omdat de patiënten meer geneigd zijn om de voorgeschreven medicatie of routine uit te voeren zoals geïnstrueerd (Rodin, 1986). Zeker bij ouderen lijkt zelfeffectiviteit van de patiënten een belangrijke factor te zijn in een fijne arts-patiënt communicatie.

Goede communicatie tussen de huisarts en de patiënt heeft als gevolg dat patiënten beter luisteren en recepten beter worden nageleefd (Rodin, 1986). Het zorgtraject wordt korter en de kans dat mensen wisselen van huisarts wanneer ze de communicatie fijn vinden, is kleiner (Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers, & Ware, 1996). Bij weinig controle in de gesprekken en weinig waargenomen zelfeffectiviteit bij de patiënten, wordt de kans groter dat men overstapt op een andere huisarts. Het is dus in het belang van zowel de patiënt, als de huisarts dat de kwaliteit van huisarts-patiënt communicatie hoog blijft en het is van zeer groot belang dat men weet welke factoren invloed hebben op de zelfeffectiviteit van de patiënten. Wanneer deze factoren te beter bekend zijn, dan kunnen artsen hier in hun communicatie rekening mee houden. Huisartsen moeten zelf namelijk de ruimte geven om de zelfeffectiviteit van de patiënt toe te laten (Thom, 2000).

Daarnaast is het aan te nemen dat patiënten met meer zelfeffectiviteit meer geneigd zijn om op een efficiëntere manier hun gezondheidsklachten op te lossen of hun gezondheidsvragen te laten beantwoorden. Met de komst van internet zijn er tegenwoordig ook veel gezondheidsforums en healthsites in opkomst waar men met hun vragen terecht kunnen. Een bezoekje aan internet is vaker sneller gedaan dan de huisarts en hierbij kan zelfeffectiviteit bij huisarts-patiënt communicatie ook een rol spelen. Verhoogde zelfeffectiviteit zorgt er mogelijk voor dat men ook op internet op zoek gaat naar de antwoorden. Men wordt dan een zogenoemde expert-patiënt. Welke rol de huisarts-patiënt communicatie hierbij speelt is echter nog niet duidelijk.

## 1.2 Onderzoeksvraag

Omdat het gros van de onderzoeken over arts-patiënt communicatie in het buitenland is uitgevoerd, is er nog weinig bekend of deze zelfde constructen ook van toepassing zijn op de huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Daarnaast zijn de onderzoeken die zijn uitgevoerd, vaak uitgevoerd in speciale sectoren en op specifieke patiëntgroepen. Onder de algemene bevolking zijn vrijwel geen metingen gedaan betreffende huisarts-patiënt communicatie. Dit onderzoek tracht de determinanten van zelfeffectiviteit bij huisarts-patiënt communicatie te ontdekken en vervolgens de relaties tussen de determinanten te verklaren. De hoofdvraag luidt:

*Wat zijn de determinanten van zelfeffectiviteit bij het communiceren met de huisarts?*

Uit deze vraag vloeien een aantal subvragen:

- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met de demografische gegevens van de patiënt.
- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met vertrouwen in de huisarts?
- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met ervaren professionaliteit van de huisarts?
- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met ervaren tevredenheid van de patiënten ten aanzien van de huisarts?
- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met frequentie van het huisartsenbezoek?

Om vervolg onderzoek te ondersteunen worden er nog een tweetal relevante sub-vragen gesteld:

- Hoe hangt zelfeffectiviteit van patiënten samen met online zoek gedrag?
- Wat zijn de determinanten van online zoekgedrag?

## 2. Theoretisch Kader

### 2.1 Succesvolle communicatie met de huisarts

Er is al veel onderzoek gedaan naar de communicatie tussen (huis)arts en patiënt. Deze onderzoeken zijn echter veelal in het buitenland uitgevoerd, de Nederlandse huisarts – patiënt communicatie behoeft nog wel veel onderzoek. Bij deze onderzoeken wordt er voornamelijk gekeken naar het resultaat van de goede communicatie, maar de keerzijde blijft ook interessant. Uit onderzoek blijkt dat slechte communicatie samenhangt met een lagere gerapporteerde kwaliteit van leven (Kerr, 2003). Hier tegenover staat dat succesvolle communicatie tussen arts en patiënt samenhangt met verbeterde gezondheid (Stewart, 1995). Onder succesvolle communicatie wordt bedoeld dat de patiënt goed naar de huisarts luistert en de band tussen huisarts en patiënt het herstel (of verloop) op een positieve manier beïnvloedt. In de literatuur worden er verschillende termen gebruikt die deel uitmaken van deze succesvolle communicatie.

### 2.2 Zelfeffectiviteit van de patiënten

Succesvolle communicatie vereist ook zelfeffectiviteit van de patiënten. Patiënten moeten het idee hebben dat ze zelf veel bijdragen aan hun eigen herstel. Zelfeffectiviteit van patiënten wordt opgebouwd uit verschillende factoren. Een persoon moet het interne vertrouwen hebben dat zijzelf de mogelijkheid hebben om iets te kunnen. Een intern gevoel van bevestiging dat ze een situatie naar hun eigen hand kunnen zetten.

Zelfeffectiviteit in dit onderzoek volgt de definitie zoals deze is neergezet door Albert Bandura (1994): *“Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives.(pp. 71)”*

De beleving van het bedoelde prestatie niveau is hier volledig subjectief en behoeft geen ijking. Zelfeffectiviteit van patiënten kan door dit construct dus enkel zelf gerapporteerd worden. Bij zelfeffectiviteit in een huisarts situatie gaat over de waargenomen mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het eigen gezondheidsproces bijvoorbeeld door middel van vragenstelling, informatie vergaring en eigen initiatief. Dit is een zeer taak-specifieke vorm van zelfeffectiviteit.

Zelfeffectiviteit speelt niet alleen een belangrijke rol bij het herstel (Luszczynska, Benight, & Cieslak, 2009), het heeft ook te maken met het vertrouwen in de arts (Lee & Lin, 2009).

### 2.3 Vertrouwen van de patiënt in de huisarts

Vertrouwen hangt ook samen met succesvolle communicatie met de huisartsen heeft een link naar de zelfeffectiviteit van de patiënt (Kirsch, 1985). Vertrouwen in de huisarts groeit wanneer de arts meer informatie geeft over de diagnose en de patiënten betrekt bij het maken van beslissingen (Keating, Gandhi, Orav, Bates, & Ayanian, 2004). Vooral bij specialisten lijkt dit het geval te zijn. Vertrouwen in artsen lijkt ook samen te hangen met de keuze van een huisarts. Als men zelf een arts kan kiezen, groeit het vertrouwen in de desbetreffende arts. Hoelang men al loopt bij de arts heeft ook invloed op het vertrouwen (Kao, Green, Davis, Koplan, & Cleary, 1998). Vertrouwen zorgt er uiteindelijk voor dat men beter luistert naar de arts en patiënten die meer vertrouwen hebben wijken minder af van de voorgeschreven dosis van medicatie (Pearson & Raeke, 2000). Vertrouwen lijkt dus samen te hangen met de waargenomen professionaliteit van de arts.

### 2.4 Ervaren professionaliteit

Professionaliteit van de huisarts is ook een belangrijke factor in dit geheel. Een professionele houding bij artsen blijkt zeer belangrijk om tevredenheid te verhogen (Stevens, Diederiks, & Philipsen, 1992). Uiterlijke kenmerken, houding en methode van communicatie spelen allemaal een rol bij de subjectieve professionaliteit, die op haar beurt weer samen hangt met succesvolle communicatie bij de huisarts. Deze subjectieve beleving uit zich ook in de meningen en voorkeuren die een patiënt heeft. In dit onderzoek wordt er enkel naar de ervaren professionaliteit gevraagd. Dit is de professionaliteit die de patiënt denkt dat de huisarts bezit. Een interessant fenomeen doet zich echter voor wanneer de huisarts niet meer te zien is in de communicatie. Door de opkomst van het internet zoeken patiënten veelal zelf informatie op. Hierbij lopen ze het risico om een niet-professionele diagnose te ontvangen. Mogelijk hangt dit ook samen met de bovengenoemde factoren.



## 2.5 Online zoekgedrag naar gezondheidsinformatie

Online zoekgedrag naar meer informatie of oplossingen over gezondheidsklachten is een betrekkelijk nieuw fenomeen. Online zoekgedrag komt in veel verschillende vormen voor (Miah, & Rich, 2008). Zo kan men gegevens opzoeken over een ziekte of aandoening zonder contact van een derde. Een andere mogelijkheid is om een vraag te stellen in een zoekmachine en vervolgens te achterhalen of deze vraag al eerder gesteld is. Bij dit voorbeeld is de patiënt een onbekende derde die inkijkt op een eerder gevoerde conversatie. De derde methode is de vraag online zetten in de hoop dat men erop reageert. Deze drie methodes hebben allen valkuilen en leunen meer op giswerk dan een standaard huisartsen bezoek. Helaas blijkt de kwaliteit van de aangeboden informatie vaak ondermaats in vergelijking met informatie die huisartsen bieden (Bell, 2007). Mogelijk hangt online zoekgedrag samen met een ontevredenheid over de communicatie met de huisarts. Misschien kan de patiënt zich niet uiten op zijn of haar manier. Als het duidelijk wordt waarom mensen sneller geneigd zijn om online naar gezondheidsinformatie te zoeken, door bijvoorbeeld te kijken naar de communicatie met de huisarts, kan het zorgmodel worden aangepast en een betere huisarts worden gekoppeld aan de patiënt zodat deze niet zelf online hoeft te zoeken. Vervolgens kunnen huisartsen trainingen krijgen om het genezingsproces op een positieve manier kan beïnvloeden in één van de drie genoemde factoren: Zelfeffectiviteit, vertrouwen en professionaliteit (Thom, 2000). Een ander alternatief is het opstellen van een online systeem waarbij echte huisartsen contact houden met patiënten via het internet (Lamerichs & Hedwig, 2003).

## 2.6 Type huisartsenpraktijk

Het type van de huisartsenpraktijk is een andere factor binnen het bijzondere huisartsenstelsel in Nederland. Een huisarts kan een individuele praktijk hebben of samenwerken met andere huisartsen in een gezamenlijke praktijk. Hierdoor is het niet vanzelfsprekend dat patiënten iedere keer dezelfde huisarts zien. Men kan aannemen dat dit invloed heeft op de algemene beleving van de huisarts. Hoe dit zich echter verhoudt tot de communicatie met de huisarts is nog niet duidelijk.

## 2.7 Geslacht van de huisarts

Wanneer men een wisselende huisarts heeft, is het mogelijk dat men soms een vrouwelijke en soms een mannelijke huisarts spreekt. Ook dit kan van invloed zijn. Er is echter geen directe samenhang tussen geslacht en succesvolle communicatie (Jabaaij, Schers, Van Essen, Goudswaard, & Schellevis, 2006). Toch kan het een factor zijn bij de zelfeffectiviteit van de patiënt en mogelijk ook een rol spelen in het vertrouwen in de huisarts.

Er ligt dus een spectrum aan factoren die de communicatie met de huisarts bepalen en die ook samenhangen met de zelfeffectiviteit van de patiënten. Dit onderzoek zal duidelijkheid verschaffen over de verschillende samenhangende factoren.

### **3. Methode**

#### **3.1 Respondenten**

Om de onderzoeksvraag en haar subvragen duidelijk te beantwoorden werd er een vragenlijst ontwikkeld. Om iedere determinant goed te belichten werd er gekozen om eerder gekalibreerde vragenlijsten te gebruiken en die samen te voegen. Daarnaast waren er enkele aanvullende vragen neergezet die relevant waren aan het onderzoek. Alle vragen werden gesteld met betrekking tot de eigen huisarts en niet over huisartsen in het algemeen. Een bijzonder feit van dit onderzoek was dat er geen inclusiecriteria waren, behalve de eis dat men de vragen kon lezen en begrijpen. Er was ook geen minimum of maximum leeftijd, en alle ondervraagden waren tussen de 18 en 90 jaar oud.

Respondenten werden op twee verschillende manieren benaderd. Via een online vragenlijst, gemaakt op [www.onderzoekstool.nl](http://www.onderzoekstool.nl) waarbij de link werd verspreid via social networking. Er ontstond een sneeuwbal effect waarbij de link werd verspreid door diegene die hem invulde. Dit gebeurde via facebook, yammer en twitter. Uiteindelijk hebben 76 mensen de vragenlijst op deze manier ingevuld. Deze methode zorgde wel voor enig uitval. 13 mensen haakte vroegtijdig af.

De andere methode was werving op straat. Wandelaars bij een drukke verkeersweg werden gevraagd om in een nabij gebouw een vragenlijst in te vullen op een laptop. Deze methode werd gekozen om te zorgen dat er ondervraagden waren die geen internet hadden of niet te bereiken waren via social networks. Uiteindelijk zijn er 20 mensen via deze manier ondervraagd. Helaas waren er problemen met de data verwerking via de online site, waardoor er 7 blanco sheets terugkwamen.

#### **3.2 Opbouw van vragenlijst**

##### Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit van patiënten werd gemeten door de Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions test (PEPPI). Een vragenlijst die vervaardigd door Johnson & Johnson in 1998 en waarvan de validiteit al eerder goed gemeten is (Maly, Frank, Marshall, DiMatteo, & Reuben, 1998). Recent is deze vragenlijst vertaald naar het Nederlands (Klooster ten, Oostveen, Zandbelt, Taal, Drossaert, Harmsen, & van de Laar, 2011/in press). De Nederlandse versie kent 5-vragen

met op iedere vraag een 5-punt Likert Schaal. PEPPI staat voor Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions. In devragenlijst worden patiënten gevraagd om het vertrouwen uit te drukken dat ze bepaalde doelen in communicatie met hun huisarts kunnen bereiken. Een voorbeeldvraag: “Hoeveel vertrouwen heeft u er in dat...u het bezoek aan uw huisarts optimaal weet te benutten?” De vragenlijst kenmerkt zichzelf door een hoge validiteit ondanks het gering aantal vragen. De betrouwbaarheid van deze vragenlijst in dit onderzoek viel hoog uit ( $\alpha = .846$ ).

### Vertrouwen in de huisarts

Vertrouwen in de huisarts werd gemeten met de Nederlandse versie van de Wake Forest Physician Trust Scale (Zheng, Hall, Dugan, Kidd, & Levine, 2002). Oorspronkelijk een Engelstalige test die naar het Nederlands vertaald is (Bachinger, Kolk & Smets, 2009). Dit is een vragenlijst met 10 vragen met een 5-punt Likert schaal. Patiënten worden gevraagd om stellingen te beoordelen met een keuze van ‘helemaal oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. Een voorbeeldvraag: “Uw huisarts is uitermate zorgvuldig en nauwkeurig”. Deze vragenlijst kenmerkt zich door de vragen vanuit de patiënt te stellen en veel op de gevoelsbeleving van de patiënt te concentreren. De betrouwbaarheid van deze vragenlijst viel hoog uit ( $\alpha = .899$ ).

### Ervaren professionaliteit

Ervaren professionaliteit van de huisarts werd gemeten vanuit het perspectief van de patiënt. Het ging hier puur om de subjectief waargenomen professionaliteit binnen de communicatie. Om dit construct te meten was er gekozen voor de Communication Assessment Tool (CAT) (Makoul, Krupat, & Chang, 2007). Hiervan bestond nog geen Nederlandse variant, deze is speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld. De vragen zijn vertaald naar het Nederlands waarbij er rekening is gehouden om het concept van de oorspronkelijke stellingen zo veel mogelijk te behouden. Deze vertaalde vragenlijst draagt de naam “Ervaren Communicatie van Huisartsen Test”(ECHT). Deze 10-vragenlijst kent wederom een 5-punt likert schaal. Personen worden gevraagd om stellingen te beoordelen van “Helemaal oneens” tot “Helemaal mee eens”. Een voorbeeldag: “Mijn huisarts...groet me op een manier die comfortabel voelt”. Let wel dat deze vragenlijst dus de subjectieve professionaliteit meet, dit is niet een vragenlijst die meet of huisartsen werkelijk professioneel gedrag vertonen, enkel of patiënten oordelen dat hun huisarts zich professioneel gedraagt. De betrouwbaarheid van de ECHT viel bijzonder hoog uit ( $\alpha = .967$ ).

### Ervaren tevredenheid

Globale tevredenheid van communicatie werd gemeten door een enkele vraag waarbij patiënten het volledig eens of oneens konden zijn op een 5-punt likert schaal.

### Type van de praktijk

Ondervraagden hadden de keuze uit twee verschillende antwoorden: Alleen of gezamenlijke praktijk.

### Geslacht van de huisarts

Er werd ook gevraagd naar het geslacht van de huisarts. Waarbij een derde mogelijkheid kon worden ingevuld als men geen vaste huisarts had.

### Frequentie van bezoek

Men werd gevraagd naar het aantal huisartsen (of huisartsenposten) bezoeken in 2010. Dit antwoord werd aangegeven met een cijfer en kon ook 0 zijn. Een bezoek aan de huisartsenpost telde hier ook bij, omdat men dan ook in contact zou zijn gekomen met een huisarts. De keuze is gevallen op 2010 omdat dit een geheel jaar betreft en recent is. Daarnaast zou de frequentie in 2010 voldoende indicatief moeten zijn voor het algemene huisartsen gebruik.

### Online zoekgedrag naar gezondheidsinformatie

Online zoekgedrag werd gemeten met een enkel item die enkel de aanwezigheid van online zoekgedrag meet. Er wordt hier een distinctie gegeven tussen ‘nooit’, ‘zelden’ en ‘vaak’. Deze vraag is meegenomen om te kijken of er een samenhang is tussen de andere constructen en dit nieuwe concept. Meer vragen over online zoekgedrag zou de focus uit dit onderzoek halen. De aanwezigheid (en globale hoeveelheid) van het gedrag is voldoende indicatie om conclusies te trekken over de samenhang.

### Demografische gegevens

Demografische gegevens werden gemeten door items neer te zetten die vroeg naar de leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, werk/school situatie en burgerlijke staat. De vragen werden gesteld omdat eerder onderzoek een duidelijke band liet zien tussen demografische gegevens en succesvolle huisarts-patiënt communicatie. De opleidingsvraag hield rekening met het kenmerk van de schoolnamen zodat men met zo min mogelijk problemen het antwoord geven kon.

### 3.3 Procedure

De online vragenlijst werd dus op twee manieren uitgezet. Deze was digitaal te bereiken op [www.onderzoekstool.nl](http://www.onderzoekstool.nl) en heeft drie maanden actief gestaan. De link is doorgegeven via social network sites. Dit vond eerst plaats via yammer, vervolgens twitter en toen facebook. Bij het verspreiden van de originele link werd aan participanten gevraagd om de link zelf ook door te geven. Aangekomen bij de link moest men door verschillende pagina's heen klikken terwijl men vragen invulde.

Bij de werving op straat werden mensen vriendelijk verzocht om geheel vrijblijvend en anoniem mee te doen aan een kort onderzoek. Men kreeg een kop koffie na het invullen, al was dit niet vooraf beloofd. De deelnemers werden verzocht mee te lopen naar een nabij gebouw en daar in de ruime foyer de vragenlijst in te vullen op een kleine laptop. Deze laptop was direct gelinkt aan de online vragenlijst. Bij twee deelnemers zijn de vragen voorgelezen, waarbij de deelnemers vervolgens wel zelf de vragenlijst invulden.

In beide gevallen van werving vulde men exact dezelfde vragenlijst in. Er was enkel een verschil in de manier van benadering en afhandeling.

### 3.4 Statistische Analyse

Om de kwantitatieve data adequaat te analyseren is er gebruik gemaakt van SPSS versie 16. Dit veelzijdige data programma zorgt voor een overzichtelijk en handig te interpreteren resultaten schema. De data van de patiënten is verkregen door deze te exporteren van de [www.onderzoekstool.nl](http://www.onderzoekstool.nl) site en vervolgens via Windows Excell naar .sav te converteren.

De patiënten data is eerst geanalyseerd op frequentie, gemiddeldes (M) en standaard deviaties (SD). Hierbij is gebruik gemaakt van overzichtelijke descriptieve,- en frequentietabellen. Dit gaf een overzichtelijk schema en creëert een duidelijk beeld van de eigenschappen van de patiënten.

De items van iedere subtest werden vervolgens samengevoegd, waarbij er drie items binnen de Nederlandse vertaling van de Wake Forest Test moesten worden om geschaald. De cumulatieve scores op de testen werden vervolgens ook geanalyseerd op gemiddelde en standaard deviatie via

de voorgenoemde methode. Dit gaf een overzicht van de eigenschappen die deze groep ondervraagden bezat.

Correlatie tussen de verschillende constructen werd bekeken door een Correlatie analyse uit te voeren via SPSS. Hierbij werden vrijwel alle factoren in meegenomen, behalve de scores die niet op een interval/ratio methode te interpreteren waren. Hier onder vielen ‘Werksituatie’ en ‘Burgelijke Staat’. De andere variabelen hadden wel een oplopende eigenschap die te analyseren was met een correlatie analyse. Pearson’s coëfficiënt werd gekozen voor deze analyse, omdat het de groep ondervraagden voldoende groot was. Uit deze analyse kwam een duidelijk beeld hoe de variabelen samenhangen.

Een meervoudige lineaire regressie werd uitgevoerd voor de hoofdvariabele ‘Zelfeffectiviteit’. Alle variabelen die significant samenhangen met deze factor werden als onafhankelijke variabelen getoetst. Uit dit type analyse komt een overzicht over de voorspellende waarden van andere variabelen op afhankelijke variabele ‘Zelfeffectiviteit’. Vervolgens kan er gekeken worden of de voorspellende waarde significant is. De meerwaarde hier is dat de voorspellende waarden een duidelijk beeld geven waar de samenhang ligt en op welke mate deze verloopt.

## 4. Resultaten

### 4.1 Demografische gegevens

Er hebben 96 mensen mee gedaan aan het onderzoek, helaas kwamen 7 van de datasheets leeg uit de export functie van [www.onderzoekstool.nl](http://www.onderzoekstool.nl). Dit is mogelijk toe te schrijven aan de browserinstellingen van de gebruikte laptop op dat moment. De verloren data kwam alle uit de groep die op straat waren geworven. Van de 89 waar wel data van is verkregen had het merendeel de vragenlijst online ingevuld (76) waarbij de rest (13) de lijst had ingevuld op een laptop die was neergezet door een onderzoeker. De mensen die de lijst hadden ingevuld op de laptop maakte de lijst altijd volledig af. De online vragenlijst werd niet altijd volledig ingevuld, vooral bij de laatste pagina's kwam uitval voor, waarbij er 76 de vragenlijst volledig hebben ingevuld.

Van de ondervraagden was 41 mannelijk en lag de leeftijd tussen de 18 en de 90. De gemiddelde leeftijd was 36,8 (SD 16,83). De ondervraagden hadden de huisarts gemiddeld 3,44 keer bezocht in 2010, waarbij het minimum aantal bezoeken op 0 lag en het maximum op 15. Met het oog op de gemiddelde leeftijd van de ondervraagden, ligt deze score dicht bij de eerder genoemde gemiddelde frequentie op landelijk niveau (CBS,2009). Ook bezocht 84,3 % van de mannen en vrouwen minimaal 1 keer de huisarts in 2010. Waarbij 79% van de mannen en 89,6 % van de vrouwen de huisarts minimaal 1 keer bezochten.

De meeste mensen zaten aangesloten bij een gezamenlijke praktijk (n=61). Slechts 10 ondervraagden hadden geen vaste huisarts, en 63 ondervraagden hadden een mannelijke huisarts. Verreweg de meeste huisartsen van de ondervraagden, waren mannelijk (n=63).



Tabel 1: *Demografische gegevens (n = 89)*

<b>Algemene gegevens</b>	
Leeftijd, jaren (M, SD)	36,8 (16.83)
Range	18-90
Geslacht, mannen (n, %)	41 (46,1)
Burgerlijke staat (n, %)	
Ongehuwd, niet samenwonend	26 (29.2)
Ongehuwd, samenwonend	32 (36.0)
Gehuwd	23 (25.8)
Weduwe / weduwnaar	3 (3.4)
Gescheiden	5 (5.6)
Opleiding (n,%)	
Basisonderwijs (lager onderwijs)	3 (4.3)
Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS)	13 (18.8)
MAVO (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	5 (7.2)
Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)	23 (33.3)
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	4 (5.8)
Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)	17 (24.6)
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	1 (1.4)
Huidige werksituatie (n,%) <sup>s</sup>	
Betaald werk	51 (57.3)
Huishouden	4 (4.5)
School / studie	23 (25.8)
Werkloos	1 (1,1)
Arbeidsongeschikt (WAO / WIA)	0 (0.0)
Gepensioneerd (AOW, VUT)	10 (11.2)
Type Praktijk (n,%)	
Eigen	28 (31,5)
Gezamenlijk	61 (68,5)
Geslacht v/d Huisarts (n,%)	
Man	63 (70,8)
Vrouw	16 (18,0)
Wisselend	10 (11,2)
Frequentie bezoek (M, SD)	3,44 (3.31)
Range	0-15

## 4.2 Construct Gegevens

Men scoorde algemeen hoog op de verschillende constructen. Zo lag het gemiddelde van zelfeffectiviteit ver boven het middelpunt en dicht bij het maximum. De ondervraagden schatte zichzelf dus erg zelfeffectief in met betrekking tot de communicatie met de huisarts.

Ook het gemiddelde vertrouwen in de huisarts, de ervaren professionaliteit en de ervaren tevredenheid lagen allen boven het middelpunt van de mogelijke scores.

Het merendeel van de ondervraagden zoekt online naar gezondheidsinformatie.

Tabel 2: Gegevens over de constructen (n=89)

Constructen	
Zelfeffectiviteit (M, SD) <sup>1</sup>	18.42 (2.98)
Range	10-25
Mogelijke range	5-25
Vertrouwen (M, SD) <sup>1</sup>	37.41 (7.65)
Range	18-50
Mogelijke range	10-50
Ervaren professionaliteit (M, SD) <sup>2</sup>	49.80 (13.87)
Range	14-70
Mogelijke range	14-70
Tevredenheid (M, SD) <sup>2</sup>	3.70 (1.26)
Range	1-5
Mogelijke range	1-5
Online zoek gedrag (n,%) <sup>2</sup>	
Niet	8 (9)
Zelden	41(46.1)
Vaak	27(30.3)

1 = 11 missing values, 2 = 13 missing values

### 4.3 Correlatie Analyse

Zelfeffectiviteit bleek positief samen te hangen met vertrouwen en negatief met online zoekgedrag. Leeftijd bleek een andere variabel waarmee de gemeten zelfeffectiviteit samenhang. Geslacht, opleidingsniveau, type praktijk, tevredenheid, ervaren professionaliteit en frequentie van bezoek hingen niet samen met zelfeffectiviteit van de patiënt bij communicatie met de huisarts.

Vertrouwen hing samen met een hoop variabelen. Een samenhang werd ontdekt tussen vertrouwen en ervaren professionaliteit, tevredenheid en geslacht. Mannen vertrouwden hun huisarts minder dan vrouwen.

Een samenhang werd ontdekt tussen ervaren professionaliteit en het type van de praktijk, waarbij huisartsen met een gezamenlijke praktijk als professioneler in hun communicatie werden ervaren. Ouderen ervaren over het algemeen meer professionaliteit bij hun huisarts.

Tevredenheid hangt samen met het eerder genoemde vertrouwen in de huisarts, en ervaren professionaliteit. Daarnaast waren ondervraagden die een huisarts hadden in een gezamenlijke

praktijk meer tevreden met hun huisarts. Vrouwen waren significant meer tevreden over hun huisarts dan mannen. Wederom waren ouderen positiever over hun huisarts en rapporteerde ze meer tevreden.

De meeste samenhang had online zoekgedrag. Minder zelfeffectiviteit, minder vertrouwen en minder tevredenheid hing samen met meer online zoekgedrag. Ook hing leeftijd samen met online zoekgedrag naar gezondheidsinformatie; jongeren kijken vaker online.

Leeftijd hing ook samen met de frequentie van het bezoek. Een hogere leeftijd hing samen met een hogere frequentie. Daarnaast waren het vooral jongeren die een wisselende huisarts hebben.

Voor de huisartsen gold dat mannelijke huisartsen significant vaker bezocht werden.

Tabel 3. *Pearson correlatiecoëfficiënten tussen de verschillende constructen*

Variabelen	Z	V	EP	T	OZG	L	G	O	TP	GH
Zelfeffectiviteit (Z)	-									
Vertrouwen (V)	.62**	-								
Ervaren professionaliteit (EP)	.15	.30**	-							
Tevredenheid (T)	.21	.37**	.84**	-						
Online zoek gedrag (OZG)	-.30**	-.33**	-.19	-.24*	-					
Leeftijd (L)	.23*	.19	.24*	.25*	-.26*	-				
Geslacht (G)	.06	.25*	.22	.32**	.05	.02	-			
Opleiding (O)	.12	-.06	-.08	-.04	.18	-.29**	.00	-		
Type Praktijk (TP)	-.33	.14	.29*	.25*	-.08	-.04	.10	.05	-	
Geslacht v/d Huisarts (GH)	-.13	-.32	-.36	.03	.17	-.23*	-.14	.02	.26*	-
Frequentie bezoek	.03	.04	.04	.09	-.10	.39**	.16	-.52**	-.14	-.24*

\* :  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$  (tweezijdig getoetst)

## 4.4 Lineaire regressie analyse

Er werd ook een lineaire regressie analyse uitgevoerd met betrekking tot zelfeffectiviteit. Enkel de significante variabelen van de vorige tabel (tabel 3) werden hierbij meegenomen. Na analyse bleek dat vertrouwen significant sterk voorspellende waarde had met betrekking to zelfeffectiviteit van patienten bij communicatie met de huisarts.

Echter, een tweede meervoudige lineaire regressie analyse werd uitgevoerd waarbij vertrouwen uit het model werd gehaald. Vervolgens kwam naar voren dat ook online zoek gedrag voorspellend vermogen bezat. Reden dat deze eerder niet werd gevonden was mogelijk omdat vertrouwen de andere factoren wegdrukte omdat het zo sterk samenhang.

Tabel 7: Regressie analyse tabel voor Zelfeffectiviteit

	B	SE B	B
<b>STAP 1</b>			
Constant	9.637	2.099	
Leeftijd	0.025	0.017	-.138
Vertrouwen	0.230	0.037	.588**
Online zoek gedrag	-3.31	0.458	-.070
<b>STAP 2</b>			
Constant	19.767	1.623	
Leeftijd	0.035	.020	.195
Online zoek gedrag	-1.178	.538	-.248*

(1)R<sup>2</sup> : .43, (2)R<sup>2</sup> : .125 ; \* : p < .05, \*\* : p < .01.

## 5. Conclusie

### 5.1 Samenhang

De resultaten geven duidelijk antwoord op de hoofd vraag. Online zoek gedrag en vertrouwen in de huisarts zijn beide determinanten van zelfeffectiviteit bij het communiceren met de huisarts. De samenhang houdt daarbij echter niet op. Er komen nog veel meer interessante gegevens uit de resultaten die de eerdere bevindingen uit de literatuur overlappen en soms tegenspreken.

Allereerst blijkt dat men zich over het algemeen erg zelfeffectief vind bij de huisarts, tevreden is over de eigen huisarts en de huisarts als professioneel beschouwt. De gemeten zelfeffectiviteit bleek echter wel een significante samenhang te hebben met leeftijd. Over het algemeen lijkt het dat jongere mensen zich minder zelfeffectief vinden bij de huisarts. Uit kwalitatieve informele interviews met betrekking tot dit onderwerp kwam naar voren dat sommige ouderen zich meer voorbereiden op de gesprekken, zoals hun vragen op voorhand bedenken, waarbij enkelen zelfs zo ver gaan om vragenlijstjes mee te nemen. Ouderen bereiden zich dus beter voor op het gesprek. Jongeren blijken ook vaker een wisselende huisarts te hebben en ouderen simpelweg vaker de huisarts bezochten. De band tussen huisarts en patiënt kan mogelijk beter worden opgebouwd als er meer contact plaats vind. Ook is er de mogelijkheid dat ouderen al langer bij dezelfde huisarts lopen, en jongeren slechts enkele jaren pas zelfstandig naar de huisarts gaan.

Daarnaast blijkt zelfeffectiviteit samen te hangen met vertrouwen in de huisarts. Waarbij er meer zelfeffectiviteit wordt gemeten bij meer vertrouwen in de huisarts. Mogelijk kan men betere vragen stellen als zij de huisarts meer vertrouwen. Patiënten komen meer tot hun recht als de huisarts een goede vertrouwensband met de patiënten opbouwt.

Uit de resultaten blijkt verder dat zelfeffectiviteit significant samenhangt met online zoekgedrag. Waarbij de resultaten de verwachtingen volledig tegenspreken. Lage zelfeffectiviteit hangt samen met meer online zoek gedrag. Online zoekgedrag is dus geen resultaat van meer zelfeffectiviteit. Aangezien leeftijd hier ook een factor speelde kan ook worden aangenomen dat jongere mensen minder zelfeffectiviteit bezitten bij het contact met de huisarts waardoor men vaker online zit om gezondheidsinformatie op te zoeken. Men heeft dus het gevoel dat ze minder kans hebben op succesvolle communicatie bij de huisarts en dus verspreiden ze hun eigen

mogelijkheden door antwoorden online te zoeken. Let wel dat dit enkel ondersteunend is, de mensen die online zoek gedrag vertoonden bezochten de huisarts natuurlijk nog wel.

Zowel professionaliteit en tevredenheid lijken geen directe rol te spelen bij de zelfeffectiviteit. Indirect hangen deze constructen wel samen met het vertrouwen dat de patiënt in de huisarts heeft. Wat wel significant samenhangt met tevredenheid van het contact, is het geslacht (mannen zijn over het algemeen minder te tevreden dan de vrouwen), het type van de praktijk, online zoekgedrag, professionaliteit en (wederom) vertrouwen. Mannen zijn over het algemeen minder tevreden over hun huisarts dan de vrouwen. Daarnaast lijkt het soort praktijk significant uit te maken bij de tevredenheidsbeleving. Een gezamenlijke praktijk zorgt voor meer tevredenheid. Tevredenheid lijkt ook samen te hangen met het online zoekgedrag, waarbij minder tevreden patiënten meer gezondheidsinformatie online opzoeken. Professionaliteit speelt hierbij ook een rol, waarbij men minder online zoekt als de huisarts zich professioneler opstelt. Mannen geven hierbij geen hogere scores bij mannelijke huisartsen dan vrouwen (Wendel, Bes, Jong, Schellevis, & Friele, 2010). Vreemd genoeg worden mannelijke huisartsen wel significant vaker bezocht. Een mogelijke reden kan zijn dat deze meer dagen in de week open zijn, of dat er meer huisartsen ook werken in huisartsen posten.

Geen van de hoofdvariabele (zelfeffectiviteit, professionaliteit, tevredenheid, vertrouwen en online zoekgedrag) heeft echter invloed op de frequentie van het bezoek. Wat waarschijnlijk meer afhangt van de externe factor algemene gezondheid. Dit blijkt ook als men kijkt naar de leeftijd: ouderen komen vaker bij de huisarts dan jongeren. Dit overlapt met de gevonden literatuur huisarts (Centraal Bureau van Statistiek, CBS 2009).

Er is dus veel wisselwerking tussen de verschillende variabelen wat een onduidelijk beeld schetst over oorzaak en gevolg. De huisarts beleving zit zeer complex in elkaar. Om de onderzoeksvragen duidelijk te beantwoorden: Vertrouwen hangt erg samen met zelfeffectiviteit en professionaliteit, waarbij meer vertrouwen samenhangt met meer zelfeffectiviteit en meer professionaliteit. Zelfeffectiviteit hangt echter niet samen met professionaliteit, tevredenheid of frequentie van het bezoek. Verminderde zelfeffectiviteit hangt wel significant samen met meer online zoekgedrag, waarbij verminderde tevredenheid en lagere leeftijd ook een rol spelen.

Vertrouwen blijkt echter de verbindende factor bij de variabelen. Dit hangt samen met professionaliteit, tevredenheid, zelfeffectiviteit, leeftijd en online zoekgedrag. Vertrouwen is dus de spin in het web bij al deze factoren en zorgt er eigenlijk voor of men naar de huisarts gaat met het vertrouwen dat de huisarts het gezondheidsprobleem kan oplossen, of dat men online gaat zoeken naar de oplossing.

## 5.2 Discussie

Ondanks de waargenomen samenhang tussen zelfeffectiviteit, vertrouwen en online zoekgedrag, zijn er mogelijk enkele factoren die het resultaat vertekenen of beïnvloeden. Het is belangrijk om deze factoren in ieder geval te benoemen zodat hier in vervolgonderzoek rekening mee kan worden gehouden.

Het onderzoek is zowel online als op straat uitgevoerd, dit kan mogelijk tot een verschil in antwoorden leiden. Een persoon die dezelfde vragenlijst online invult geeft misschien andere antwoorden dan wanneer deze op straat de vragenlijst zou invullen. Op straat is misschien minder eerlijk door een verlaagd waargenomen anonimiteit. De mensen thuis zijn misschien laconieker omdat er niemand is die op ze let en er een verlaagd verantwoordelijkheidsgevoel ontstaat. Dit toont zich ook in de resultaten. Ieder die op straat was geïnterviewd, vulde de vragenlijst volledig in. De online vragenlijst is 8 keer stop gezet, ondanks dat de gemeten duur van het onderzoek ongeveer 6 minuten betrof. Bij deze onderbrekingen zijn geen redenen op gegeven.

Zoals in de conclusie gemeld, is er niet gevraagd naar de lengte van het contact met de huisarts. Ouderen lopen misschien al jaren bij dezelfde arts en jongeren komen pas net kijken. Ook is er niet gekeken naar een overlap in gebruik van technologie. Mensen die online informatie opzoeken zijn misschien ook meer bezig met computers.

## 5.3 Vervolgonderzoek

Zelfeffectiviteit blijkt dus samen te hangen met online zoekgedrag, vervolg onderzoek zou dit verband verder kunnen onderzoeken. Bijvoorbeeld door onderzoek te doen naar de verschillende methodes van online zoek gedrag. Een onderzoek naar de rol van zelfeffectiviteit binnen de verschillende facetten van online zoekgedrag is ook een mogelijkheid. Dit onderzoek zou online

kunnen worden uitgezet op verschillende gezondheidsfora en healthsites. Een andere mogelijkheid is om een onderzoek uit te voeren binnen de huisartspraktijken zelf. Eerlijkheid van de antwoorden zou hier wel moet worden gewaarborgd, dus de anonimiteit zou extra moeten worden benadrukt. In Nederland ligt er al een sterk netwerk tussen de huisartsen, er is zelfs een landelijk onderzoeksbureau (LIHN) die zich op onderzoek richt binnen deze sector. Vanuit die organisatie is het mogelijk om veel wachtkamers in Nederland te bereiken en een duidelijker beeld te krijgen van de verspreiding van zelfeffectiviteit bij patiënten en de algemene tevredenheid met de huidige huisarts.

Nader onderzoek kan zich ook concentreren op het verschil in leeftijd en de band die men heeft met de arts. Uit de resultaten blijkt dat jongeren de huisarts minder professioneel vinden, minder tevreden zijn met hun huisarts en meer online zoek gedrag tonen. Vervolgens vertonen ze ook minder zelfeffectiviteit. Jongeren hebben nog niet de kans gekregen om een vertrouwensband met de huisarts op te bouwen en lopen waarschijnlijk pas kort bij de huisarts. Om de algemene zelfeffectiviteit bij deze groep te laten groeien is er een brug nodig in de communicatie die er voor zorgt dat jongeren de huisarts wel professioneel ervaren en ook meer tevreden zijn met het contact. Daardoor kan de zelfeffectiviteit in de communicatie met de huisarts bij de jongere patiënten toenemen en er toe leiden dat ze minder geneigd zijn om (de nu nog) onprofessionele informatie online te zoeken.



## 6. Referentielijst

- Bachinger, S.M., Kolk, A.M., & Smets, E.M.A. (2009). Patients' trust in their physician – Psychometric properties of the Dutch version of the “Wake Forest Physician Trust Scale” *Patient Education and Counseling*, 76, 126-131
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81
- Bell, V. (2007). Online information, extreme communities and Internet therapy: Is the Internet good for our mental health? *Journal of Mental Health*, 16 (4), 445-457
- Centraal bureau voor de Statistiek. (2011). *Door de huisarts geregistreerde contacten; leeftijd en geslacht*. Verkregen op 6, juni, 2011 van <http://tinyurl.com/5uvgj7b>
- Fox, N., Ward, K.J., & O'Rourke, A.J. (2005). The ‘expert patient’: empowerment or medical dominance? *Social science & Medicine*, 60(5), 1299-1309
- Giles D.C., Newbold, J. (2011). Self- and Other-Diagnosis in User-Led Mental Health Online Communities, *Qualitative Health Research*, 21 (3), 419 – 428
- Hingstman, L., & Kenens, R.J. (2010). *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2010*. Utrecht: Nivel.
- Jabaaij L., Schers, H.J., Van Essen, G.A., Goudswaard, A.N., & Schellevis, F.G. (2006). Altijd dezelfde huisarts? Een onderzoek naar wens en waardering van patiënten. *Huisarts en wetenschap*, 49(13), 655-659
- Kao, A., Green, D.C., Davis, N.A., Koplan, J.P., & Cleary, P.D., (1998) Patients' trust in their physicians, effects of choice, continuity, and payment method. *Journal of General Internal Medicine*, 13(10), 681-686
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W.H., & Ware Jr, J.E. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 497-504
- Keating, N.L., Gandhi, T.K., Orav, E.J., Bates, D.W., & Ayanian, J.Z. (2004). Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Archives of Internal Medicine*, 164 (9), 1015-1020
- Kerr, J. (2003). Doctor-Patient Communication. *Diseases of the Colon & Rectum*, 46 (8), 1038-1046
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old Wine with New Labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 824-830

- Klooster, P.M. ten, Oostveen, J.C.M., Zandbelt, L.C., Taal, E., Drossaert, C.H.C., Harmsen, E.J., & Laar, M. A. F. J. van de. (in press). Further validation of the 5-item Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. *Patient Education and Counseling*.
- Kocks, J.W., Lisman-van Leeuwen, Y., & Berkelmans P. G.J. (2010). De kleren maken de dokter: Meer vertrouwen in een netter geklede huisarts. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, 2358-2363
- Kristjansson, E., Tugwell, P.S., Wilson, A. J., Brooks, P.M., Driedger, S.M., Gallois, C. O'Connor, A.M., Qualman, A., Santesso, N., Wale, J., & Wells, G.A. (2007). Development of the effective musculoskeletal consumer scale. *The Journal of Rheumatology*, 34(6), 1392-1400.
- Lamerichs, J., & Hedwig, F.M. (2003). Computer-Mediated Communication, *New Media & Society*, 5(4), 451-473
- Lee, Y., & Lin, J. (2009). The effects of trust in physicians on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*, 68 (6), 1060-1068
- Luszczynska, A. Benight, C. C. & Cieslak, R. (2009). Self-Efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14 (1), 51-62
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling* , 67(3) , 333–342
- Maly, R. C., Frank, J.C., Marshall, G.N., DiMatteo, M. R., & Reuben, D.B. (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI) Validation of an instrument in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 889-894
- Miah, A. & Rich, E. (2008). *The medicalization of cyberspace*. London: Routledge.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513
- Rodin, J. (1986). Aging and Health: The effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271 – 1276
- Santesso, N., Rader, T., Wells, G. A., O'Connor, A. M., Brooks, P. M., Driedger, M. Gallois, C., Kristjansson, E., Lyddiat, A., O'Leary, G., Prince, M., Stacey, D., Wale, J., Welch, V., Wilson, A.J., & Tugwell, P.S. (2009). Responsiveness of the Effective Consumer Scale (EC-17). *The journal of Rheumatology*, 36(9), 2087-2091.

- Stevens, F., Diederiks, J., & Philipsen, H., (1992). Physician Satisfaction, professional characteristics and behavior formalization in hospitals. *Social Science & Medicine*, 35 (3), 295-303
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1432
- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *MThe Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115-1145
- Thom, D. (2000). Training physicians to increase patient trust. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 6(3), 245-253
- Thom, D. (2001). Physician behaviors that predict trust. *The Journal of Family practice*, 50(4)
- Velden, L.F.J. van der, Kenens, R.J., & Hingstman, L. (2003). *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in grote steden*. Utrecht: NIVEL.
- Wendel, S., Bes, R.E., Jong, J.D., Schellevis, F.G., & Friele, R.D. (2010). De dikke dokter en de dikke patiënt: mag een arts ook zondigen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154
- Zheng, B., Hall, M.A., Dugan, E., Kidd, K.E., & Levine, D. (2002). Development of a scale to measure patients' trust in Health Insurers. *Health Services Research*, 37 (1), 185-200

## 7. Bijlage

### 7.1 De Online Vragenlijst

*(Pagina 1)*

Welkom bij dit online onderzoek,

Dit is een studie naar de communicatie tussen patiënt en huisarts vanuit het perspectief van de patiënt, in opdracht van de Universiteit Twente. Dit is een bachelorthese onderzoek in de richting psychologie.

De gehele vragenlijst zal slechts tien minuten van uw tijd kosten.  
Probeer u a.u.b de volledige lijst in te vullen, gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten zijn helaas onbruikbaar.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt en alleen gebruikt voor dit specifieke onderzoek.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,  
Druk op het pijltje naar **RECHTS** om te beginnen met de vragenlijst.

*(Pagina 2)*

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

*(Antwoord opties waren: Man, Vrouw)*

Wat is uw burgerlijke staat?

*(Antwoord opties waren: Ongehuwd / niet samenwonend, ongehuwd / samenwonend, gehuwd, weduwe / weduwnaar, gescheiden)*

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

*(Antwoord opties waren: Geen opleiding, Basisonderwijs (lager onderwijs), Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS, etc), MAVO (M)ULO 3 jarige HBS VMBO, Middelbaar beroepsonderwijs (MTS, MEAO), HAVO 5-jarige HBS MMS Atheneum Gymnasium, Hoger beroepsonderwijs, Wetenschappelijk onderwijs)*

Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie?

*(Antwoord opties waren: Betaald werk, huishouden, School of studie, Werkloos, Arbeidsongeschikt (WAO), Gepensioneerd (AOW, VUT)*

Heeft uw huisarts een eigen praktijk of is uw huisarts aangesloten bij een gezamenlijke praktijk?

*(Antwoord opties waren: Eigen praktijk, Gezamenlijke praktijk)*

Is uw huisarts een man of een vrouw?

*(Antwoord opties waren: Man, Vrouw, Ik heb geen vaste huisarts (verschilt per bezoek))*

Hoe vaak bent u in 2010 naar de huisarts (of huisartsenpost) geweest?

*(Pagina 3)*

De volgende vragen gaan over hoe u in het algemeen als patient met artsen communiceert. Wilt u bij iedere vraag aangeven hoeveel **vertrouwen** u er in heeft dat u in staat bent om dit uit te voeren.

Hoeveel vertrouwen heeft u er in dat...

in staat bent om uw huisarts al uw vragen te laten beantwoorden?

het bezoek aan uw huisarts optimaal weet te benutten?

in staat bent om uw huisarts uw belangrijkste gezondheidsklacht serieus te laten nemen?

in staat bent om uw huisarts iets aan uw belangrijkste gezondheidsklacht te laten doen?

weet welke vragen u uw huisarts moet stellen?

*(Antwoord opties liepen van Helemaal geen vertrouwen, Weinig vertrouwen, Gemiddeld Vertrouwen, Veel Vertrouwen en Heel veel vertrouwen)*

De volgende vragen gaan over uw mening over uw huisarts. Klik het vakje aan dat het beste uw mening weergeeft.

Uw huisarts zal er alles aan doen om te zorgen dat u de zorg krijgt die u nodig heeft.

Soms stelt uw huisarts zijn/haar eigen belang boven uw medische belang.

De medische vaardigheden van uw huisarts zijn niet zo goed als zij zouden moeten zijn.

Uw huisarts is uitermate zorgvuldig en nauwkeurig.

U heeft alle vertrouwen in de beslissing van uw huisarts over welke medische behandelingen het beste voor u zijn.

Uw huisarts informeert u in alle eerlijkheid over de verschillende behandelingen die voorhanden zijn voor uw aandoening.

Uw huisarts denkt alleen aan wat het beste voor u is.

Soms besteedt uw huisarts geen volledige aandacht aan wat u hem/haar wilt vertellen.

U maakt zich er geen zorgen over om uw leven in de handen van uw huisarts te leggen.

Al met al vertrouwt u uw huisarts volledig.

*(Antwoord opties liepen van Helemaal mee oneens, Redelijk mee oneens, Niet oneens niet mee eens, Redelijk mee eens naar Helemaal mee eens)*

*(Pagina 4)*

De volgende vragen gaan over de manier waarop uw huisarts met u communiceert.  
Mijn huisarts...

groet me op een manier die comfortabel voelt.  
behandelt me met respect.  
heeft interesse in mijn ideeën over mijn gezondheid.  
begrijpt mijn gezondheidszorgen.  
geeft mij aandacht (kijkt naar me, luistert aandachtig).  
laat me praten zonder onderbrekingen.  
geeft me zoveel informatie als ik wil.  
gebruikt woorden die ik begrijp.  
controleert of ik alles begrijp.  
moedigt me aan om vragen te stellen  
betreft me bij zoveel beslissingen als ik wil.  
praat over volgende stappen.  
laat zorg en bezorgdheid zien.  
besteedt de juiste tijd aan mijn bezoek.

Al met al ben ik tevreden over mijn huisarts.

*(Antwoord opties liepen van Helemaal mee eens, Redelijk mee eens, Niet oneens niet mee eens, Redelijk mee oneens naar Helemaal mee oneens)*

Hoe vaak maakt u gebruik van het internet om informatie op te zoeken over uw gezondheid of aandoening?

*(Antwoord opties waren: Vaak, Zelden, Nooit)*

*(Pagina 5)*

Dit is het einde van deze vragenlijst.

Mocht u nog verdere vragen hebben over dit onderzoek, of benieuwd zijn naar de uiteindelijke resultaten, mail dan naar [j.p.devrijer@student.utwente.nl](mailto:j.p.devrijer@student.utwente.nl)

Vriendelijk bedankt voor uw sympathieke medewerking.