

Houd je wijk fit en vitaal

Een onderzoek naar internet als middel om de drempel van de burger naar de eerstelijns gezondheidszorg te verlagen en daarbij te leiden tot meer professionalisering van de verpleegkundige.

Onderzoeksopzet *U3*



Naam en	Lenneke Molendijk	365622
Studentennummer:	Jilldau Tjalma	376556
Opleiding:	HBO- Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen	
Uitstroomprofiel:	AGZ	
PROGRESS code:	HVVH90DA3	
Datum:	05-05-2014	
Schooljaar:	2013/2014	
Semester:	2	
Opdrachtgever:	Kennislab voor Urbanisme	
Praktijkbegeleider:	Jan-Willem Wesselink	
Docentbegeleider:	Carlien Dusseldorp	
E-mailadres:	L.molendijk@st.hanze.nl	
	J.tjalma@st.hanze.nl	

Samenvatting

In Nederland zijn veel veranderingen gaande. Bijvoorbeeld op het gebied van zorg en digitalisering. In de gezondheidszorg vinden momenteel veel bezuinigingen plaats. Deze bezuinigingen hebben invloed op de werkdruk binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en zorgen ervoor dat de patiënt minder makkelijk naar de huisarts toe stapt. Daarnaast ervaart een deel van de Nederlandse bevolking een drempel om niet naar de gezondheidszorg toe te stappen in verband met tijdstekort.

De eerstelijnsgezondheidszorg kan veel gezondheidsproblemen oplossen. Dit is goedkoper dan wanneer gezondheidsproblemen in het ziekenhuis worden opgelost. Daarom probeert de gezondheidszorg zoveel mogelijk klachten in de eerste lijn te behandelen. Daarmee wordt de werkdruk in de eerstelijnszorg groter en krijgt de huisarts meer patiënten. Om er voor te zorgen dat de kwaliteit van zorg op hoog niveau blijft vinden er veranderingen plaats in onder andere het takenpakket van de huisarts en verpleegkundige.

Daarnaast is Nederland aan het digitaliseren. Bijna iedereen maakt tegenwoordig gebruik van internet.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Kennislab (Kennislab) voor Urbanisme in Amersfoort. Het Kennislab streeft naar meer digitalisering in de samenleving. Daarom wordt er gekeken naar de veranderingen op het gebied van digitalisering. Voor de opleiding HBO-Verpleegkunde wordt gekeken naar de toepassing van deze digitalisering in de zorg en de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In welke mate kan internet bijdragen aan het verlagen van de drempel van de burger naar de eerstelijns gezondheidszorg, en leiden tot meer professionalisering van de verpleegkundige?*

Het doel van het onderzoek is om het Kennislab een aanbeveling te geven over de toepassing van internet in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze aanbeveling is geschreven op basis van interviews die zijn afgenomen bij de deelnemers, burgers in Heerenveen-Noord en een literatuurstudie. Het interview is opgesteld aan de hand van een topic lijst. De verkregen resultaten zijn handmatig geanalyseerd. Er is een onderscheid gemaakt tussen drie categorieën, namelijk: 18 tot <30 jaar, 30 tot <65 jaar en >65 jaar. Er zijn duidelijke verschillen te zien in de resultaten. Het belangrijkste verschil heeft te maken met de eerste en tweede categorie. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de deelnemers uit de groep van 18 tot <30 jarigen zijn opgegroeid in een steeds meer digitaliserende samenleving en steeds meer afhankelijk van internet worden. De tweede categorie vindt het gebruik van internet handig, maar ziet geen noodzaak in de toepassing van internet in de gezondheidszorg. Bij de laatste categorie is duidelijk te zien dat zij geen noodzaak zien in de toepassing van internet bij de gezondheidszorg. Op basis van de resultaten die uit de 15 interviews zijn voortgekomen is een conclusie geschreven. Om de drempel die de burger ervaart bij de eerstelijnsgezondheidszorg te verminderen en de professionalisering van de verpleegkundige te bevorderen en hierbij gebruik te maken van internet, kan internet in de vorm van een online communicatie middel, zoals skype worden toegepast in de huisartspraktijk. Zo kan de patiënt overal online contact opnemen met de huisarts praktijk en bij de verpleegkundig specialist een online consult houden. Er wordt aanbevolen om per praktijk een platform te ontwerpen waarop de patiënt kan inloggen en via deze weg contact kan leggen met de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist kan de patiënt voorzien van advies, behandeling of doorverwijzing naar de huisarts of andere discipline. Een vervolg onderzoek wordt aanbevolen. Er moet onderzocht worden of het mogelijk is om het takenpakket van de verpleegkundig specialist aan te passen en dit wettelijk vast te leggen. Er moet ook gekeken worden of het financieel haalbaar is om de taken te verschuiven en om een platform te ontwerpen en in te zetten.

Inhoud

Samenvatting	2
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1 Vraagstelling, doelstelling en definiëring van begrippen.....	6
1.1 Doelstelling	6
1.2 Vraagstelling en deelvragen.....	6
1.2.1 Vraagstelling.....	6
1.2.3 Deelvragen.....	6
1.3 Definiëring van begrippen.....	6
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethodiek.....	8
2.1 gekozen methodiek	8
2.2 Populatie en steekproef	8
2.2.1 Populatie	8
2.2.2 Steekproef.....	8
2.3 Dataverzameling.....	9
2.3.1 Validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid	9
2.4 Meetinstrument	10
2.5 Data analyse.....	10
2.6 Ethische aspecten	10
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	12
3.1 Literatuurstudie internet / sociale media	12
3.1.2 drempel naar de huisartsenpraktijk volgens de literatuur.....	13
3.1.3 Verpleegkundige relevantie.....	14
3.2 resultaten interviews.....	15
3.2.1 drempel naar de huisartsenpraktijk volgens de respondent	15
3.2.2 internet als geschikt communicatie middel	16
3.2.3 internet als communicatie middel.....	17
3.2.4 weerhoudende factoren	18
3.2.5 geschikte vormen van internet als communicatie middel	19
Hoofdstuk 4 Discussie.....	20
Hoofdstuk 5 Conclusie	22
Literatuurlijst	24
Bijlagen.....	26
Bijlage 1: Topiclijst	26

Bijlage 2: Vragenlijst interview..... 26

Inleiding

Voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool in Groningen is dit onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Kennislab voor Urbanisme (Kennislab) in Amersfoort. Het Kennislab stelt de volgende vraagstelling centraal; 'Hoe houd je je stad fit en vitaal?' Het Kennislab houdt zich bezig met de digitalisering van de samenleving. De Nederlandse bevolking wordt steeds meer afhankelijk van het gebruik van internet. Het internet neemt steeds meer taken over in de samenleving. Daarnaast vinden er veel veranderingen in de gezondheidszorg plaats. Door veranderingen in het zorgstelsel gaan patiënten tegenwoordig minder vaak naar de huisarts. Zo mijdt een op de vijf patiënten zorg vanwege te hoge kosten. De belangrijkste reden hiervoor is volgens onderzoek van TNS NIPO (2013) de bezuiniging door de overheid waardoor hoge kosten van de gezondheidszorg ontstaan. Dit is een probleem voor de Nederlandse bevolking. Zo hebben zorgverzekeraars besloten een deel van de huisartsenzorg in het eigen risico mee te nemen en een deel voor eigen rekening te stellen (Besselink & van Gorp, 2010). Onderzoek van Nivel (2012) laat weten dat hier veel verwarring over bestaat bij de Nederlandse bevolking. De verhoging van het eigen risico heeft als doel gehad patiënten te laten nadenken over de noodzaak van de benodigde zorg. Zo'n negen procent van de ondervraagden van het onderzoek geeft aan door deze verandering minder vaak naar de huisarts te gaan. Door de verhoging van het eigen risico bestaat de kans dat men afziet van noodzakelijke zorg. Nivel-onderzoeker Margreet Reitsma geeft aan dat veel Nederlanders niet naar een huisarts gaan om een verwijzing naar het ziekenhuis en hoge kosten te voorkomen.

Mede door de verhoging van het eigen risico en uit angst voor een doorverwijzing naar het ziekenhuis bestaat voor de burger een drempel bij de toegang tot de eerstelijns gezondheidszorg, de huisarts. Doordat deze drempel groter is geworden en patiënten later naar de eerstelijns gezondheidszorg toestappen, zijn de patiënten gemiddeld zieker wanneer zij eenmaal in contact komen met de gezondheidszorg waardoor de zorgkosten juist stijgen en waardoor patiënten 'zieker' in de gezondheidszorg terecht komen (NOS, 2012). De drempel die ervaren wordt door de burger naar de huisartsenpraktijk, bestaat niet alleen uit angst voor kosten en een doorverwijzing naar het ziekenhuis. Uit onderzoek van Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) komt naar voren dat zes procent van de 11983 respondenten aan geeft in verband met een tekort aan tijd niet naar de huisarts te gaan.

Naast de verandering in het eigen risico wordt er ook op andere manieren bezuinigd in de gezondheidszorg. Er gaan veel banen uit de zorg waardoor de werkdruk voor de zorgprofessionals groter wordt. Daarbij vindt er verschuiving plaats van taken van de huisarts naar de verpleegkundig specialist, de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep.

Om de drempel die de burger op verschillende vlakken ervaart te verminderen en de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep te bevorderen wordt dit onderzoek uitgevoerd. Er wordt gekeken hoe de digitalisering van de samenleving en de toenemende rol van internet hier een rol bij kan spelen. Er wordt onderzocht hoe het internet in de vorm van een online communicatie middel kan worden toegepast en wat de rol van verpleegkundig specialist hierbij kan zijn. Hierbij wordt de professionalisering van het verpleegkundige beroepsgroep nagestreefd. De professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep houdt in dat de HBO-verpleegkundige een breder taken pakket krijgt, taken overneemt van de (huis)arts en meer verantwoordelijkheid krijgt (Willigen & Kösters, 2001). De verpleegkundige beroepsrelevantie binnen dit onderzoek komt naar voren doordat met dit onderzoek de beroepscode omschreven door de V&VN wordt nagestreefd. Het kader van de Nationale Beroepscode luidt dat het werk van de verpleegkundige gericht is op het bevorderen en in stand houden van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en handicap, het bijdragen aan genezing en herstel van ziekten en het verlichten van lijden en ongemak. Daarbij heeft de verpleegkundige als taak in te zetten met als doel een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de zorgvrager (V&VN, 2014).

Hoofdstuk 1 Vraagstelling, doelstelling en definiëring begrippen

De onderzoeksopzet begint met een hoofdstuk waarin de vraagstelling wordt geformuleerd. De vraagstelling bestaat uit één hoofdvraag en zeven deelvragen. Door dit hoofdstuk wordt er meer inzicht en duidelijkheid in het onderzoek verschaft.

1.1 Doelstelling

Er wordt een aanbeveling gegeven aan het Kennislab over de rol die internet in de toekomst kan hebben om de drempel bij de toegang naar de eerstelijns gezondheidszorg te verkleinen. Hierdoor zal voor de burger de toegang makkelijker en toegankelijker worden en zal de professionalisering van de HBO-verpleegkundige worden nagestreefd.

1.2 Vraagstelling en deelvragen

1.2.1 Vraagstelling

In welke mate kan internet bijdragen aan het verlagen van de drempel van de burger naar de eerstelijns gezondheidszorg, en leiden tot meer professionalisering van de verpleegkundige?

1.2.3 Deelvragen

- 1: Hoe ziet de toegang voor de burger naar de huisartsenpraktijk er nu uit?
- 2: Uit welke elementen bestaat de drempel, die de burger eventueel ervaart bij de toegang tot de huisartsenpraktijk, volgens de literatuur?
- 3: Is er een belemmering (drempel) aanwezig waardoor de burger besluit niet naar de huisarts te gaan, zo ja waar bestaat deze uit?
- 4a: Op welke wijze wordt er nu gebruik gemaakt van internet in de eerstelijnszorg?
- 4b: Zijn er op dit moment ervaringen bij de burger met het gebruik van internet in de eerstelijnszorg, zo ja wat zijn deze ervaringen?
- 5: In hoeverre ervaart de proefpersoon het gebruik van internet als geschikt middel voor de verlaging van de eventuele belemmering (waardoor de burger niet naar de huisarts gaat)?
- 6: In welke mate zou de burger gebruik willen maken van internet in het contact met de eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenpraktijk)?
- 7: Welke factoren weerhouden de burger er eventueel van gebruik te maken van internet in het contact naar de eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenpraktijk)?
- 8: Welke vormen van internet zijn geschikt om toe te passen bij het contact naar de huisartsenpraktijk?
- 9: Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist van de huisartsenpraktijk een rol spelen in het contact met de patiënten van de huisartsenpraktijk bij een eerste contactmoment?

1.3 Definiëring van begrippen

Om de onderzoeksvraag en deelvragen te verhelderen zijn de volgende begrippen gedefinieerd.

-Burger/proefpersoon:

Deelnemer van dit onderzoek uit Heerenveen-Noord.

-Belemmering / drempel:

Met belemmering worden de factoren bedoeld die de burger ervan weerhouden om contact op te nemen met de huisartsenpraktijk. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld kosten, angst voor een diagnose, tijd tekort, openingstijden van de huisartsenpraktijk en locatie.

- Eerstelijns gezondheidszorg (eerstelijnszorg):

In dit onderzoek wordt bij de eerstelijns gezondheidszorg gesproken over een huisartsenpraktijk.

- Internet

Onder internet valt in dit geval een communicatiemiddel via het internet, welke privé en een op een plaats vindt met de patiënt en een verpleegkundig specialist. Welk communicatie middel geschikt is, is nog niet duidelijk. Er kan gedacht worden aan bijvoorbeeld e-mail, chat, skype, online spreekuur of een applicatie voor een online contact.

- Professionalisering van de verpleegkundige:

De professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep houdt in dat de HBO-verpleegkundige steeds meer taken overneemt van de (huis)arts en steeds meer verantwoordelijkheid krijgt (Willigen & Kösters, 2001). In dit onderzoek houdt dit in dat de verpleegkundig specialist taken over kan nemen van de huisarts, door een (online) consult te houden waar de verpleegkundig specialist de patiënt kan behandelen, adviseren of doorverwijzen naar de huisarts.

- Verpleegkundig specialist:

Dit is een zorgprofessional met een relatief nieuwe functie in het huidige gezondheidszorgstelsel. Hij/zij integreert als zelfstandig behandelaar of mede behandelaar in medische en verpleegkundige zorg, waardoor de zorg voor patiënten beter en toegankelijker wordt (V&VN, 2014)

Nu de onderzoeksvraag en de doelstelling zijn geformuleerd en het onderzoek verder is verduidelijkt, aan de hand van de definiëring van de begrippen, kan de onderzoeksvraag verder worden onderzocht. Hoe een antwoord zal worden verkregen op de onderzoeksvraag wordt bij de onderzoeksmethodiek nader toegelicht, dit zal in het volgende hoofdstuk aan bod komen.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethodiek.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt in dit hoofdstuk de onderzoeksmethodiek nader toegelicht. In de eerste paragraaf is weergegeven waarom bij dit onderzoek gebruik is gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign. Vervolgens is beschreven welke populatie centraal heeft gestaan binnen het onderzoek.

In de vierde paragraaf wordt ingegaan op de dataverzameling, deze wordt gevolgd met een paragraaf waarin is toegelicht hoe de verkregen gegevens zijn geanalyseerd. Hierna zijn de generaliseerbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek weergegeven. Tot slot is in de laatste paragraaf beschreven hoe en met welke ethische aspecten rekening gehouden is bij het onderzoek.

2.1 gekozen methodiek

Er is sprake van een kwalitatief onderzoek omdat er een onderzoek wordt gedaan naar meningen en visies van de burger uit de wijk Heerenveen-Noord met betrekking tot het gebruik van internet als communicatie middel in de eerstelijns gezondheidszorg, de huisartsenpraktijk. Er wordt gekeken of de burger van Heerenveen-Noord een drempel/belemmering ervaart bij het maken van contact en een afspraak met de huisarts. En of deze drempel/belemmering door middel van internet als communicatie middel kan worden verlaagd. In het onderzoeksdesign wordt gebruik gemaakt van twee variabelen, namelijk de drempel en internet. Om de data te verzamelen worden er interviews afgenomen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst.

2.2 Populatie en steekproef

2.2.1 Populatie

Volgens Verhoeven (2010) wordt onder een populatie verstaan: alle 'eenheden/elementen' waarover de onderzoeker in het onderzoek een uitspraak wil doen. In dit onderzoek wordt een uitspraak gedaan over de burger uit Heerenveen-Noord. De burger moet voldoen aan de volgende eisen: leeftijd 18+.

Het onderzoek is uitgevoerd in Heerenveen. Er is voor Heerenveen gekozen, omdat de diversiteit van de doelgroepen per wijk erg uiteenloopt. Door voor Heerenveen te kiezen worden dan ook verschillende doelgroepen bereikt. Voor het onderzoek is een willekeurige wijk in Heerenveen gekozen, dit is Heerenveen-Noord.

De populatie bestaat uit inwoners van Heerenveen-Noord. Hierover zijn de volgende gegevens bekend. Heerenveen bestaat uit 31.365 inwoners met 14.820 huishoudens. Daarvan zijn 3.510 inwoners van Heerenveen-Noord, met 1.805 huishoudens (CBS, 2014). In Heerenveen-Noord wonen verschillende doelgroepen, namelijk: verschil in leeftijdscategorie, sociaal economische status, gezinssamenstelling en opleidingsniveau (CBS, 2014).

2.2.2 Steekproef

Voor dit onderzoek zijn bepaalde criteria gehanteerd voor de samenstelling van de steekproef. Deze criteria betreffen een aantal kenmerken die voorkomen bij de burgers. De kenmerken kunnen gevormd worden door bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gezinssamenstelling. Om toevalsfouten in het onderzoek te voorkomen was het van belang dat ieder element (burger) van de populatie een zo groot mogelijke kans heeft om in de steekproef te worden opgenomen. Daarom werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een aselekt getrokken steekproef. Aan de hand van de resultaten is een uitspraak gedaan over de generaliseerbaarheid voor de populatie in Heerenveen-Noord. Wanneer er een aselekte steekproef wordt getrokken vergroot dit de generaliseerbaarheid van het resultaat.

De burgers werden benaderd door bij hen langs de deur te gaan en te vragen of zij bij willen dragen aan dit onderzoek door mee te werken aan het interview. Er werden interviews uitgevoerd tot dat er geen informatie, wat tot nieuwe inzichten leidt, werd verkregen en het verzadigingspunt was bereikt. De burgers uit de wijk werden niet naar kenmerken ingedeeld,

hierdoor had iedere burger een even grote kans om voor de steekproef geselecteerd te worden (Cox, Lauw, Verhoef, & Kuiper, 2008) Met behulp van random.org werd een aselechte steekproef getrokken. Alle straatnamen van Heerenveen-Noord zijn op een rij gezet en voorzien van een nummer. Op random.org is ingevoerd hoeveel nummers er in totaal gegeven zijn aan de straatnamen en hieruit werd een nummer getrokken. De populatie bestond uit 15 respondenten, waarvan negen vrouwen en zes mannen. Mede door deze verdeling is de representativiteit gewaarborgd. Ook is de representativiteit gewaarborgd doordat de deelnemers uit verschillende leeftijdscategorieën komen namelijk: 18 tot <30, 30 tot <65 en >65jaar.

2.3 Dataverzameling

Voorafgaand aan het onderzoek vond een literatuurstudie plaats. Het doel van de literatuurstudie is het doen van een vooronderzoek naar het probleem en het onderwerp. Er wordt vastgesteld of er al onderzoek is gedaan naar de toegang tot de eerstelijns gezondheidszorg en de mogelijke beperkingen hierbinnen. Bij de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van PubMed. PubMed is een Engelstalige databank met wetenschappelijke literatuur. De zoektermen die tijdens de literatuurstudie in PubMed zijn gebruikt, zijn als volgt:

- Healthcare and social media
- Nurse practitioner and social media
- General practitioner and social media
- Impediment and health care
- Impediment and primary care
- Citizen and primary care
- Nurse / Nurse practitioner and primary care
- Primary care and General practitioner
- Professionalization and nurse

Ook werd er gebruik gemaakt van onderzoeken die in Nederland hebben plaats gevonden. Tijdens de literatuurstudie werd onder andere gebruik gemaakt van de twee onderzoeken van TNS NIPO (Besselink & van Gorp, 2010) en het Nivel onderzoek (NOS, 2012). Na de literatuurstudie vond de uitvoering van het onderzoek plaats. De vragenlijst van het interview werd opgesteld aan de hand van topics die afgeleid zijn uit de hoofd- en deelvraag. De topic lijst is te vinden in bijlage 1.

2.3.1 Validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid

De validiteit in dit onderzoek wordt gewaarborgd door bij het uitvoeren van het interview rekening te houden met het referentiekader van de respondent. Ook is het belangrijk dat er geen gesloten en suggestieve vragen worden gesteld. Daarnaast zal voorafgaand aan het interview aan de respondent worden uitgelegd wat het doel van dit onderzoek is en wat er onder internet wordt verstaan, namelijk: *een communicatie middel via het internet, welke privé en een op een plaats vindt met de patiënt en een verpleegkundig specialist. Welk communicatie middel geschikt is, is nog niet duidelijk. Er kan gedacht worden aan bijvoorbeeld e-mail, chat, skype, online spreekuur of een applicatie voor een online contact.* Het interview is opgesteld op basis van de topic lijst, welk afgeleid is van de hoofd en deelvragen. De vragen zullen meten wat zij moeten meten doordat deze alleen betrekking hebben op de drempel en de professionalisering van de verpleegkundige en de rol die internet hierin kan hebben. Op deze manier wordt de validiteit gewaarborgd. De betrouwbaarheid binnen dit onderzoek wordt gewaarborgd doordat er een aselechte steekproef getrokken wordt. Doordat er een aselechte steekproef is genomen uit verschillende doelgroepen, in de wijk Heerenveen-Noord, is de kans groot dat bij een vergelijkbare steekproef bij een tweede onderzoek de uitkomst vergelijkbaar zal zijn. Het interview is beoordeeld door de docent begeleider en beoordeeld door twee professionals, een journalist en een student informatie en communicatie wetenschappen. Daarnaast is het interview getoetst op 3 respondenten. Het onderzoek is generaliseerbaar omdat er een aselechte steekproef genomen is over een wijk met verschillende inwoners. De wijk Heerenveen-Noord

is representatief voor een deel van Nederland door de inwoners met verschillen in sociaal economische status, opleidingsniveau, gezinssamenstelling, leeftijd en soort beroep. Doordat in het onderzoek verschillende doelgroepen uit de populatie zijn opgenomen door een aselechte steekproef, kan er in het onderzoek een uitspraak worden gedaan over de gehele populatie die betrokken is bij dit onderzoek.

2.4 Meetinstrument

Om de resultaten van het onderzoek te toetsen en te analyseren, om daarmee de hoofdvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden, moeten deze geoperationaliseerd worden. Dit houdt in dat de begrippen (topics) afgeleid van de deelvragen, worden uitgewerkt tot meetbare instrumenten (Verhoeven, 2010).

Aan de hand van het meetinstrument is onderzocht welke waardering de onderzoekspopulatie toekent aan het onderwerp. Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van (semi)- gestructureerde interviews. Er zijn twee interviewers aanwezig. Om de antwoorden uit te werken is er genotuleerd, ook is het gesprek opgenomen met een voicerecorder.

Doordat er gebruik gemaakt is van interviews kon uitgebreider worden ingegaan op de antwoorden van de ondervraagden en is beter in beeld gebracht waar een eventuele drempel uit bestaat en hoe de geïnterviewde kijkt naar het gebruik van internet binnen de gezondheidszorg.

De vragen van het interview zijn besproken met de docent begeleider. Op basis van gegeven feedback zijn de vragen van het interview aangepast. Vervolgens is het interview besproken met een journaliste en een student informatie en communicatie wetenschappen. Met behulp van hun professionele expertise is het interview verder uitgewerkt. Vervolgens is een proefinterview uitgevoerd. Volgens Saunders et al. (2004) vergroot een proefinterview de betrouwbaarheid van een interview. De uitvoering van het proefinterview heeft plaats gevonden door, beide onderzoekers het interview bij dezelfde proefpersoon te laten afnemen en de resultaten met elkaar te vergelijken. Hierbij is het proefinterview ook opgenomen om de communicatie vaardigheden te beoordelen en te verbeteren voordat de interviews bij de deelnemers is afgenomen. Dit is gedaan om de validiteit van het interview te vergroten.

2.5 Data analyse

De antwoorden op de vragen zijn geanalyseerd door de meningen en visies met elkaar te vergelijken. Ook werd de waardering door groepen deelnemers vergeleken, er is dus gekeken of er een verschil in mening en visie zit bij verschillende categorieën. De uitgevoerde analyse is kwalitatief (Verhoeven, 2010).

Om de resultaten van het interview te analyseren is ervoor gekozen te werken met een handmatige codering. Bij de data-analyse van het interview is het interview opgenomen met een voice recorder en is er handmatig meegeschreven. Vervolgens zijn de verkregen gegevens in eenheden opgesplitst en voorzien van een label. Aan gelijke eenheden zijn gelijke labels gegeven. Deze labels (codes) bestaan uit kleuren. Bijvoorbeeld: **Topic 1**, **Topic 2**. Ook zijn er codes aan de verschillende respondenten toegekend. Dit is gedaan aan de hand van nummers, bijvoorbeeld respondent 1: [R1]. Respondent 2 [R2]. Een respondent kan bijvoorbeeld een onderverdeling zijn van resultaten gegeven door een bepaalde leeftijdscategorie. Wanneer de resultaten zijn gecodeerd en gelabeld zijn de topics opgesplitst. Op deze manier zijn de verschillende topics en respondenten overzichtelijk opgesteld en snel en duidelijk terug te vinden (Verhoeven, 2010).

2.6 Ethische aspecten

Uitgaande van de '*gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*' (Andriessen, D.O.J., 2010) zijn de volgende onderdelen van belang: de onderzoekers worden geacht respectvol te zijn en de privacy en belangen van de respondenten te waarborgen. De antwoorden en contactgegevens van de respondenten worden alleen gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. In het onderzoek zullen geen namen van geïnterviewden geplaatst worden.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de informatie weergegeven dat verkregen is door middel van een vragenlijst. Hieruit wordt een zo volledig mogelijk beeld geschetst over de visie van de burger op online zorg. Daarnaast staan in dit hoofdstuk wetenschappelijke resultaten vermeld welke betrekking hebben op online zorg in combinatie met de eerstelijns zorg. Deze wetenschappelijke resultaten zijn verkregen door middel van een literatuurstudie. De resultaten worden per deelvraag geordend. In de eerste paragraaf wordt een overzicht gegeven van wetenschappelijk onderzoek die betrekking heeft op online zorg, eerstelijns zorg en de professionalisering van de verpleegkundige. In de tweede paragraaf worden de visies van de burgers met elkaar vergeleken en zijn de deelvragen uitgewerkt.

3.1 Literatuurstudie internet / sociale media

De Rijksoverheid pleit voor twee belangrijke punten;

Het eerst punt is de toepassing van ICT (internet, mobiele telefonie en beeldregistratie op afstand) binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De toepassing van ICT zorgt ervoor dat de patiënt dichterbij de gezondheidszorg komt. De belemmeringen/drempel binnen de toegang tot de eerstelijnszorg zal door de toepassing van ICT verminderen en de toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren. De Rijksoverheid geeft aan dat het van belang is dat de eerstelijnszorg telefonisch goed bereikbaar moet zijn, de eerstelijnszorg moet buiten kantooruren bereikbaar zijn en de bereikbaarheid voor mensen vanaf het platteland moet makkelijker zijn. Het tweede punt gaat over de grotere rol die de eerstelijns gezondheidszorg op zich zal nemen in verband met kosten besparing en efficiëntere gezondheidszorg. De eerstelijns zorg kan namelijk een groot deel van de gezondheidsproblemen oplossen, wat goed koper is dan wanneer dit met ziekenhuis zorg gebeurt. De verpleegkundig specialist zal hier volgens de Rijksoverheid een rol in gaan spelen door taken en patiënten van de huisarts over te nemen (Rijksoverheid, 2013). Dit over nemen van taken en patiënten getuigt van de professionalisering van de verpleegkundige binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Een aanpassing in het BIG register zal hiervoor nodig zijn.

T. van de Belt (2013) geeft in zijn onderzoek "Internet and social media for health-related information and communication in health care: preferences of the Dutch general population" aan dat de gezondheidszorg in toenemende mate wordt gekenmerkt door het gebruik van internet. De toepassing van internet zal steeds meer vorm gaan geven aan de communicatie door middel van nieuwe technologie (bijvoorbeeld online zorg dossier) en de manier waarop patiënten en professionals met elkaar omgaan. In het onderzoek geeft 25,4% van de deelnemers aan het onderzoek aan dat zij wel met de zorg professional willen communiceren via social media. 21,2% zegt liever gebruik te maken van een video verbinding via de webcam.

In het onderzoek "Expectations of Middle-aged and Elderly Persons towards using Telecare Technologies and eHealth Applications in Primary Care" van Huygens, Vermeulen & de Witte, 2014 wordt een analyse gedaan naar de verwachtingen van 50 plussers naar het gebruik van technologieën in de zorg. De deelnemers geven aan positief te zijn tegenover het gebruik van technologie in de zorg en dat hun intentie om dit ook daadwerkelijk te gaan gebruiken hoog ligt. De gemiddelde score van de voordelen van het gebruik van technologie ligt daarbij hoger dan de gemiddelde score van de nadelen. Als nadeel werd onder andere gegeven dat er gebrek aan persoonlijk contact kan zijn. Tot slot wordt verwacht dat het gebruik van technologie in de eerstelijns zorg kan leiden tot meer ondersteuning van de zelfzorg en het zelfmanagement van de patiënt en dat het kan leiden tot kosten besparing binnen de gezondheidszorg.

Het onderzoek "Trending now: future directions in digital media for the public health sector" van Scally & Burke-Garcia, 2014 spreekt van een groei van digitale-/sociale media/internet binnen de gezondheidszorg als communicatie middel en informatie bron over

gezondheidsproblemen voor patiënten. Het onderzoek geeft aan dat het belang van digitale-/sociale media /internet in de gezondheidszorg niet onderschat moet worden. Digitale-/sociale media/internet zou voor een verbetering van de volksgezondheid kunnen zorgen. Helaas is er een kennis tekort op dit gebied en bestaat er een weinig vertrouwen in de toepassing hiervan doordat er vaak gedacht wordt aan sociale media platforms zoals Facebook en Twitter, hierdoor worden de kansen niet goed bekeken en blijft een toepassing achter. Er zal meer onderzoek moeten worden gedaan om er voor te zorgen dat digitale-/sociale media/internet zal worden toegepast als communicatie middel in de gezondheidszorg om de volksgezondheid te verbeteren en mee te gaan met de tijd en technologische ontwikkelingen.

Hieronder worden twee deelvragen beantwoord aan de hand van literatuurstudie

3.1.1 Huidige toegang tot de huisartsenpraktijk

Hoe ziet de toegang voor de burger naar de huisartsenpraktijk er nu uit?

Op welke wijze wordt er nu gebruik gemaakt van internet in de eerstelijnszorg?

Zijn er op dit moment ervaringen bij de burger met het gebruik van internet in de eerstelijnszorg, zo ja wat zijn deze ervaringen?

Bij de meeste huisartsenpraktijken in Nederland vindt er elke dag een spreekuur plaats. Voor een spreekuur dient de patiënt een afspraak te maken. Over het algemeen is het mogelijk om tussen 8:00uur en 17:00uur een afspraak te maken. Wanneer er een afspraak voor dezelfde dag gemaakt dient te worden dan moet er tussen 8:00uur en 10:00 contact opgenomen worden met de assistentes. Vaak probeert de assistente de patiënt met een eerste advies of antwoord te helpen. Zij probeert een inschatting te maken over de aard en spoedeisendheid van eventuele klachten. Bij het telefonische contact met de assistente kan worden ingeschat hoeveel tijd de huisarts nodig zal hebben bij het spreekuur. Ook is het mogelijk dat in verband met de ernst van de klachten de patiënt niet in staat is zelfstandig langs te komen bij de huisartsenpraktijk. Dan is het mogelijk dat er een huisbezoek plaats vindt. Een verzoek voor een huisbezoek dient over het algemeen voor 10:00 plaats te vinden. Een huisbezoek zal niet plaats vinden wanneer men geen vervoer of tijd heeft.

Ook bestaat er nog een spoedspreekuur. Dit is een spreekuur voor klachten die geen uitstel kunnen verdragen en worden dezelfde dag nog gezien.

Het is bij sommige huisartsenpraktijken mogelijk om naar een avondspreekuur te gaan. Deze vindt dan vaak op twee dagen in de week plaats, vaak tussen 18:00uur en 21:00uur. Ook is er bij de meeste huisartsenpraktijken de mogelijkheid om contact te hebben middels een telefonisch spreekuur.

Naast het huisartsenbezoek in de huisartsenpraktijk is het bij sommige praktijken mogelijk om online een afspraak te maken. Het is dan mogelijk om 24 uur per dag online een consult te plannen. Hiervan krijgt men thuis een bevestiging per e-mail. Naast de mogelijkheid om online een afspraak te maken, zijn er ook praktijken die een e-consult aanbieden. Een e-consult houdt in dat men thuis vragen kan stellen over medische onderwerpen, klachten die niet spoedeisend zijn en bijvoorbeeld over informatie over het verloop van een behandeling. Zo'n vraag wordt vaak binnen drie dagen beantwoord. Met behulp van e-consult kunnen ook medicijnen op herhaalrecept besteld worden.

3.1.2 drempel naar de huisartsenpraktijk volgens de literatuur

Uit welke elementen bestaat de drempel, die de burger eventueel ervaart bij de toegang tot de huisartsenpraktijk, volgens de literatuur?

Patiënten gaan tegenwoordig minder vaak naar de huisarts dan in het verleden. Zo mijdt 1 op de 5 patiënten zorg vanwege te hoge kosten. De twee belangrijkste redenen hiervoor zijn volgens onderzoek van TNS NIPO de bezuinigingen en de hoge kosten van de zorg. Dit is

een groot probleem voor de bevolking. De zorgverleners beschouwen de grote macht van de zorgverzekeraars als een groot probleem. De zorgverzekeraars hebben bepaald de huisartsenzorg deels in het eigen risico mee te nemen (Besselink & van Gorp, 2010). Onderzoek van Nivel (2012) laat weten dat hier een misverstand ontstaat voor de burger omdat het eigen risico niet volledig geldt voor een huisartsbezoek. Nivel-onderzoeker Margreet Reitsma geeft tevens aan dat burgers niet naar een huisarts gaan om een verwijzing naar het ziekenhuis te voorkomen (voor het ziekenhuis geldt het eigen risico wel volledig). Ook kan het zo zijn dat men niet naar de huisarts gaat om de kosten van de medicijnen, die niet onder het eigen risico vallen, te vermijden. De verhoging van het eigen risico heeft als doel gehad patiënten te laten nadenken over de noodzaak van de benodigde zorg. Zo'n 9 procent van de ondervraagden van het onderzoek van Nivel geeft aan door deze verandering minder vaak naar de arts te gaan. Door de verhoging van het eigen risico bestaat de kans dat mensen afzien van noodzakelijke zorg. Het kan zo zijn dat een aandoening verergert op het moment dat een huisarts bezoek wordt uitgesteld waardoor de zorgkosten juist stijgen en waardoor patiënten 'zieker' in de gezondheidszorg terecht komen (NOS, 2012). Uit het onderzoek van TNS NIPO kan het volgende worden opgemaakt; mede door de verhoging van het eigen risico bestaat voor de burger een drempel bij de toegang tot contact met de eerstelijns gezondheidszorg.

3.1.3 Verpleegkundige relevantie

Op welke wijze kan de verpleegkundig specialist van de huisartsenpraktijk een rol spelen in het contact met de patiënten van de huisartsenpraktijk bij een eerste contactmoment?

De verpleegkundig specialist kan een rol spelen door een deel de taak van de huisarts over te nemen. Dit kan zij doen in het eerste contactmoment dat online plaats kan vinden. Hierbij kan de verpleegkundig specialist een eerste consult online afnemen. De verpleegkundig specialist beoordeelt de patiënten. De patiënten die de verpleegkundig specialist kan helpen bedragen veel voorkomende klachten, te weten: keel-, neus- en oor aandoeningen, hoest klachten, huidproblemen, klachten van het bewegingsapparaat, urologische problemen, gynaecologische problemen en geriatrische problemen (Derckx, Leeuwen, Toemen & legius, 2006). De verpleegkundig specialist kan de patiënt met deze veelvoorkomende klachten bij het eerste consult voorzien van een advies of behandeling. Wanneer uit de anamnese blijkt dat de patiënt te complexe klachten heeft dan kan de patiënt worden doorverwezen naar de huisarts.

Nurse practitioner, verrijking voor de praktijk. Een onderzoek naar de taak van de nurse practitioner (verpleegkundig specialist) in de huisartsenpraktijk. Er vindt een toename van zorgvraag naar de eerste lijn gezondheidszorg toe plaats. Dit heeft te maken met vergrijzing en een sterke toename van chronisch zieken. Om er voor te zorgen dat de eerste lijn deze toename aan kan en de kwaliteit van zorg op peil blijft kan er een herschikking van de taken van zorgprofessionals plaatsvinden. De nurse practitioner kan hier een belangrijke bijdrage in leveren.

Uit het grootschalige project met de inzet van de nurse practitioner blijkt dat de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk perspectief biedt voor goede en betaalbare zorg. Aan het onderzoek hebben 50 huisartsen en 105.000 patiënten mee gedaan. Uit het onderzoek is gebleken dat de nurse practitioner, een specifiek opgeleide verpleegkundige die spreekuur in de huisartsenpraktijk houdt voor veel voorkomende klachten goede zorg levert. Deze zorg is kwalitatief vergelijkbaar met die van de huisarts, zowel in het patiëntenoordeel als objectief gemeten. Daarbij draagt de nurse practitioner bij aan goede en betaalbare zorg doordat ze goedkoper is per consult.

Volgens Emmy Derckx, directeur van de Stichting KOH (Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg) en projectleider Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk, is het een optie om in plaats van een nieuwe huisarts een nurse practitioner aan te nemen. Zij zou een deel van de taak van de huisarts op zich kunnen nemen door veelvoorkomende medische klachten op te vangen en hoogwaardige verpleegkundige zorg bieden. Een huisarts hoeft

niet alle klachten zelfstandig af te handelen. Hij kan werken met een team van professionals, waaronder de nurse practitioner wanneer er een goede afbakening van taken is. De nurse practitioner is in staat veel voorkomende klachten zelfstandig te diagnosticeren en te behandelen.

De nurse practitioner levert zeker een meerwaarde wanneer zij in de huisartsenpraktijk werkt. De inbreng van de nurse practitioner kan de kwaliteit van het zorgaanbod nog verder verbeteren vanwege de combinatie van medische en verpleegkundige expertise. Daarnaast kan de nurse practitioner de huisarts veel werk uithanden nemen.

Naast de meerwaarde zijn er ook enkele knelpunten. Dit gaat met name over de financiering. De nurse practitioner moet zichzelf namelijk terug verdienen. En dit lukt niet. Daarnaast zijn de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) erg terughoudend. Dit komt doordat zij vinden dat er een versnippering van de zorg optreedt en zij vinden dat er naast de huisarts niet nog een hulpverlener hoeft te zijn die zelfstandig diagnostiek en behandeling op zich neemt. Daarentegen heeft het project 'nurse practitioner: verrijking voor de praktijk' aangetoond dat de nurse practitioner dit goed kan en dat de deelnemende huisartsen het hier mee eens zijn. De huisartsen krijgen meer ruimte voor complexere zorg en ervaren daadwerkelijk een werklastverlichting. Het is zo dat de patiënten te maken krijgen met meerdere zorgverleners, dit hoeft alleen niet erg te zijn. Op het moment dat de patiënt wel naar een huisarts wil dan is dat mogelijk.

Uit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat er behoefte is aan de toepassing van nieuwe technologieën binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Ook blijkt uit de literatuurstudie dat de professionalisering van de verpleegkundige niet achter zal blijven.

3.2 resultaten interviews

De resultaten die zijn verkregen door de uitvoering van het diepte-interview bij verschillende deelnemers worden hieronder besproken. Er zijn in totaal 15 interviews afgenomen.

Waarvan vier mannen en elf vrouwen. De deelnemers zijn onderverdeeld in drie leeftijdscategorieën:

- 18 tot <30 jaar

In deze leeftijdscategorie zijn drie vrouwen (19, 19 en 24 jaar) en twee mannen (21 en 23 jaar) geïnterviewd. Zij hebben allemaal een bijbaan naast hun studie.

- 30 tot <65 jaar

In deze leeftijdscategorie zijn twee mannen en vier vrouwen geïnterviewd. Twee vrouwen (37 en 40 jaar) hebben een jong gezin met beide twee kinderen en een parttime baan. De andere twee vrouwen (56 en 48 jaar) hebben een fulltime baan en uitwonende kinderen. Één van de mannen (57) heeft een fulltime baan en uitwonende kinderen. De andere man (46) is werkloos en heeft geen kinderen.

- >65 jaar

In deze leeftijdscategorie zijn vier personen geïnterviewd. Een gepensioneerd echtpaar van 74 (vrouw) en 76 (man) jaar. Een zelfstandig wonende man van 91 jaar. Een zelfstandig wonende vrouw van 84 jaar.

De resultaten van de diepte interviews worden per deelvraag besproken. In de bespreking van de resultaten komen verschillende leeftijdscategorieën naar voren en zal een korte conclusie worden omschreven.

3.2.1 drempel naar de huisartsenpraktijk volgens de respondent

Is er een belemmering (drempel) aanwezig waardoor de burger besluit niet naar de huisarts te gaan, zo ja waar bestaat deze uit?

- 18 tot <30 jaar

Alle ondervraagden die vallen onder de leeftijdsgroep 18 tot >30 geven aan een

belemmering te ondervinden. De verschillende belemmeringen die ondervonden worden lopen per ondervraagde uiteen van geen tijd hebben tot ik wil niet bellen. Belemmeringen die worden aangegeven zijn: *“Wanneer ik bel wordt niet altijd opgenomen of word ik in de wacht gezet. Dit duurt vaak lang en dat vind ik erg vervelend”* (vrouw, 19). *“Ik ervaar wel een belemmering. Ik werk fulltime en heb daardoor vrijwel geen tijd om naar de huisarts te gaan, ook omdat hier vaak uitloop is. Daarbij zijn slechte diagnoses ook een belemmering voor mij”* (vrouw, 24). En *“Ik ben student, heb een bijbaan en een sociaal leven. Hierdoor heb ik weinig tijd om bij een huisarts langs te gaan als het geen spoed is”* (man, 21). *“ik heb een hekel aan bellen en probeer dit ook zo min mogelijk te doen. Ook wanneer ik een afspraak met de huisarts moet maken, stel ik dit zo lang mogelijk uit”* (vrouw, 19).

- 30 tot <65 jaar

66,6% van de ondervraagden geeft aan geen belemmering te ondervinden bij het contact met de huisarts. Wel zeggen ze allemaal dat ze het zich wel kunnen voorstellen dat anderen een belemmering ondervinden. Een 37 jarige vrouw zegt het volgende: *‘Ik ervaar zelf geen belemmering. Mijn vader heeft wel vaak ergens last van, maar gaat dan niet naar de huisarts. Dit uit angst omdat hij weet dat er van alles aan de hand is, maar niet wil dat dit in de molen komt. Ook kan ik me wel een angst voor de kosten voorstellen, een vriendin werkt bij een incasso bureau en zij heeft eens aangegeven dat veel mensen geen ziektekosten betalen, hierbij geven ze als reden dat ze toch wel geholpen worden, want zo gaat dat in Nederland’* (vrouw, 37).

Het overige deel zegt wel een belemmering te ervaren wanneer ze naar de huisarts moeten. De belemmeringen die worden aangegeven lopen uiteen van *“de assistente, deze is beperkt bereikbaar en vraagt met name wanneer ik bel om een afspraak te maken te veel”* (vrouw, 56), tot *“geen tijd en de onzekerheid of het wel nodig is om naar de huisarts te gaan of dat ik het nog wel even kan aanzien om te kijken of het vanzelf over gaat”* (vrouw, 48).

- >65 jaar

Alle ondervraagden geven aan over het algemeen geen belemmeringen te zien. De ondervraagden zeggen het volgende: *“Nee ik ervaar geen belemmering. Als ik naar de huisarts moet dan ga ik gewoon”* (man, 76). *“Eigenlijk zie ik niet echt een belemmering, soms is het wel lastig om snel telefonisch contact te krijgen”* (vrouw, 74). *“als ik naar de huisarts moet ga ik daar heen”* (man, 91).

3.2.2 internet als geschikt communicatie middel

In hoeverre acht de ondervraagde het gebruik van internet een geschikt middel voor de verlaging van de eventuele belemmering (waardoor de burger niet naar de huisarts gaat)?

- 18 tot <30 jaar

Alle ondervraagden geven aan internet te zien als geschikt middel voor verlaging van de belemmeringen die zij ervaren bij het contact met de huisartsenpost. Er wordt gezegd dat *“een soort online spreekuur op vaste tijden wel een goed idee is. Mits ervoor gezorgd wordt dat je bij zo’n spreekuur direct geholpen wordt”* (vrouw, 19). Ook wordt gezegd *“wanneer ik via internet een afspraak kan maken hoef ik niet te bellen, dus dan is mijn belemmering direct weggenomen. Ook hoeft het dan niet per se op een vaste tijd, want internet is vrijwel altijd vrij toegankelijk”* (vrouw, 19). *“internet zou wel een rol kunnen spelen, het zou mij in ieder geval tijd schelen wanneer ik niet helemaal naar de huisarts hoef”* (man, 21).

- 30 tot <65 jaar

Bij de vraag of internet een rol kan spelen bij het wegnemen van eventuele belemmeringen geeft 83,3% van de ondervraagden aan te denken dat internet hierin wel degelijk een rol kan spelen. *“het gebruik van internet kost minder tijd, dan wanneer je daadwerkelijk naar de huisarts toe moet, daarbij kan er gelijk een indicatie gegeven worden van de ernst van de klacht”* (vrouw, 48). Ook wordt aangegeven dat het voor onze generatie wel handig is, maar dat er ook rekening gehouden moet worden met de oudere generatie, bij deze generatie

maakt niet iedereen gebruik van internet, dus het gebruik van internet moet geen vervanging zijn.

16,6% geeft aan niet zeker te weten of internet een oplossing is om belemmeringen te verminderen. Een 46 jarige man geeft aan dat er nog een grote groep is die niks doet met computers, denk maar aan ouderen, minder hoog opgeleiden, ongeletterden of mensen van een andere afkomst.

- >65 jaar

66,6% van de ondervraagden geven aan dat E-mail wel handig zou zijn, maar dat het voor de belemmeringen niet veel uitmaakt. Zelf zien zij het gebruik van een online verbinding niet zitten. 33,3% geeft aan geen voordelen te zien in het gebruik van internet *"ik heb geen computer en gebruik ook niet zo'n mobieltje, ik red me prima zo"* (man, 91).

3.2.3 internet als communicatie middel

In welke mate zou de burger gebruik willen maken van internet in het contact met de eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenpraktijk)?

- 18 tot <30 jaar

Het grootste deel, 66,6% van de deelnemers binnen deze leeftijdscategorie geeft aan zeker gebruik te willen maken van het internet als communicatie middel voor de huisartsenpraktijk. De volgende argumenten worden hier aangegeven: *'Het bespaart mij tijd, welke ik goed kan gebruiken voor studie, werk en sociale activiteiten (man, 21)', 'Ik denk dat ik door middel van het gebruik van internet makkelijker naar de huisarts toe zal stappen en zo dus minder lang met mijn klachten rond zal lopen (vrouw, 19)' en 'dan hoef ik niet te reizen, wat mij veel geld en tijd kost (vrouw, 24).'*

Het overige deel van de ondervraagden 33,3% geeft daarentegen aan dat zij het internet alleen zou willen gebruiken om een afspraak te maken maar geen gebruik zou willen maken van een online contact om eventuele klachten te bespreken. *'Het internet is een toegankelijk middel wat een eventuele drempel zeker weg kan nemen. Iedereen heeft tegenwoordig toegang tot het internet. Maar ik denk dat persoonlijk contact, face-to-face, toch beter werkt voor een huisarts bezoek. De mogelijkheid om bijvoorbeeld 24 uur per dag online een afspraak te kunnen maken zou ik heel handig vinden, hierdoor hoef je geen rekening te houden met vaste tijden om te bellen en zou ik het maken van een afspraak minder snel uitstellen (vrouw, 19).'*

- 30 tot <65 jaar

In deze leeftijdscategorie is een verschil te zien in de mate waarin men gebruik zou willen maken van het internet als communicatie middel. Zo zou 83,3% wel gebruik willen maken van het internet als communicatie middel en 16,6% niet. Bij de groep die hier wel gebruik van zou maken zitten bijvoorbeeld jonge moeders. Zo geven moeders van jonge kinderen (<10jaar) aan het internet graag te willen gebruiken om contact te hebben met de huisarts of verpleegkundig specialist. Wel zou dit afhankelijk zijn van het soort klacht van hun kind. Zo zouden zij bijvoorbeeld bij oorpijn of een huiduitslag van hun kind sneller contact opnemen wanneer dit mogelijk zou zijn door middel van online contact. Bij spoedgevallen, bijvoorbeeld het inslikken van een chemisch middel of een verwonding zouden zij geen gebruik maken van het internet en direct telefonisch contact opnemen met de huisartsenpraktijk. De moeders geven als voornaamste argument dat het hen zeer veel tijd zal schelen om hun eigen klachten of klachten van het kind online te bespreken met de huisarts of nurse practitioner. Er zit wel een verschil in de wijze waarop zij de communicatie voor zich zien. De helft zou een direct online contact willen en de andere helft geeft geen voorkeur aan of het contact direct moet zijn, door bijvoorbeeld skype of chat, of door gebruik te maken van e-mail en langer te moeten wachten.

De overige burgers binnen deze leeftijdscategorie die wel gebruik zouden willen maken van het internet om online contact te hebben met de huisarts of nurse practitioner geven de

volgende argumenten: *'in verband met drukke werkdagen, sociale activiteiten en andere verplichtingen zou het zeer veel tijd schelen om het contact met de huisarts online plaats te laten vinden. Hierdoor gaat er geen tijd verloren aan reistijd, plannen en organiseren (man, 56)'*; *'ik zou een minder grote stap ervaren doordat je heel makkelijk contact kan maken door middel van internet met de huisartsenpraktijk, hierdoor zal ik minder lang wachten met het maken van een afspraak. Daarbij is het internet snel en toegankelijk (vrouw, 48)'*

Er worden ook argumenten gegeven waarom het goed zou zijn om het internet toe te gaan passen. Zo ziet dhr. X, 57 jaar, het als een ontwikkeling die niet achter kan blijven. *'De klacht kan online bekeken worden, hierdoor bespaart de huisarts tijd. Een kosten besparing voor de zorgsector is van groot belang. In deze tijd waarin de jeugd opgroeit met social media is een aansluiting van de huisartsenpraktijk met internet van cruciaal belang. Zij zijn het gewend om op die manier te communiceren. Ik zie het internet in eerste instantie meer als soort filter voor de huisartsenpraktijk waardoor tijd en kosten bespaard worden'*.

Naast het feit dat het grootste deel uit deze doelgroep gebruik zouden maken van het internet zien zij het allemaal niet als een vervanging van het huidige beleid maar zien zij het internet als een aanvulling voor de huisartsenpraktijk. De keuze om telefonisch en face-to-face contact te hebben met de huisarts/verpleegkundig specialist moet volgens hen blijven bestaan.

De minderheid in deze leeftijdscategorie, 16,6%, zal het internet niet willen gebruiken als online communicatie middel. Zij vinden het persoonlijk, één op één contact cruciaal in het contact met de huisarts of verpleegkundig specialist. *'Het internet moet geen verplichting worden. Er zijn mensen die bewust de keuze maken geen gebruik te maken van het internet of de mogelijkheid hiertoe niet hebben. Ik zou zeker niet willen zien dat het internet als vervanging komt voor het eerste contact met de huisarts of verpleegkundig specialist. Ik kom graag persoonlijk bij de huisartsenpraktijk om mijn klachten te bespreken'*.

> 65 jaar

De ruime contactmogelijkheid die het internet te bieden heeft, is voor 10% van de zelfstandige ouderen (ouderen die nog zelfstandig wonen en functioneren) een stimulerende factor waardoor zij gebruik zouden maken van het internet als communicatie middel. Voor deze 10% is het voordelig dat zij niet hoeven te reizen en makkelijk en snel contact kunnen krijgen met de huisarts of verpleegkundig specialist. Wel geeft deze 10% van de ouderen aan dat het zeer afhankelijk is van het soort klacht dat zij ervaren of zij dit zouden doorcommuniceren door middel van internet.

3.2.4 weerhoudende factoren

Welke factoren weerhouden de burger er eventueel van gebruik te maken van internet in het contact naar de eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenpraktijk)?

- 18 tot <30 jaar

De minderheid, 33,3% van deze leeftijdsgroep ervaart factoren die hen ervan zouden weerhouden gebruik te maken van het internet om contact te hebben met de huisartsenpraktijk. Dit heeft te maken met de volgende factoren: *'Een persoonlijke ontmoeting zal naar mijn idee beter zijn omdat de klachten zo beter bekeken kunnen worden en het communiceren face-to-face makkelijker gaat, het stellen van belangrijke vragen gaat gemakkelijker wanneer dit face-to-face kan (vrouw, 19)'* en *'Het fysieke belang staat voor mij voorop, het is belangrijk om persoonlijk contact te hebben om elkaars reactie te kunnen zien, interactie te hebben en vertrouwen tussen huisarts/verpleegkundige en patiënt te creëren (vrouw, 21)'*

30 tot <65 jaar

Er zijn verschillende factoren die de burgers tussen de 30 en 65 ervan zouden weerhouden gebruik te maken van het internet als communicatie middel bij de huisartsenpraktijk. Zo komt in deze doelgroep duidelijk naar voren dat van de burgers 83,3% die er wel gebruik van zouden maken, dit alleen zouden doen als er de keuze bestaat tussen het gebruik van het huidige beleid en het gebruik van internet. Daarbij komt ook een verschil naar voren in de keuze voor direct contact, door middel van skype of chat, of contact via E-mail waardoor er een langere wachttijd zal zijn. *'Op het moment dat ik zou moeten wachten op een reactie via E-mail, dan kies ik voor het huidige beleid en maak ik liever telefonisch een afspraak om vervolgens persoonlijk langs te komen bij de huisartsenpraktijk'*. Daarnaast speelt, voor de categorie die het internet niet willen gebruiken, het één op één contact een belangrijke rol. Bij de toepassing van online contact vindt er geen één op één / face-to-face contact plaats. Zij vinden dit persoonlijke contact cruciaal voor het vertrouwen tussen huisarts/verpleegkundig specialist en patiënt. *'Wanneer ik online met mijn huisarts of verpleegkundig specialist moet communiceren zal ik niet volledig mijn klachten kunnen toelichten. Wanneer ik mijn onzekerheden uit, wil ik tegen over mijn huisarts of verpleegkundige zitten en een vertrouwde sfeer voelen (man, 46)'*. Bij deze categorie blijkt ook dat er niet bij iedereen een volledig vertrouwen in het internet bestaat. Er bestaat bij 16,6% de angst voor een tekort aan privacy door hackers en virussen.

> 65 jaar

De ondervraagde binnen deze doelgroep geven geen generaliseerbare gegevens doordat binnen deze doelgroep veel verschil zit in gezondheidssituatie (geestelijk en lichamelijk) per persoon. Hierdoor is deze categorie niet goed generaliseerbaar. Wel blijkt uit de verschillende interviews die gehouden zijn enkele factoren waarom 65 plussers (die lichamelijk en geestelijk zelfstandig goed kunnen functioneren) geen gebruik zouden maken van het internet. Belangrijk hierbij is het kennis tekort wat er bij deze generatie heerst wat betreft internet en digitale apparaten en programma's. Een groot deel van deze categorie zou geen gebruik maken van een eventuele communicatie vorm door middel van internet door een achterstand in kennis en kunde.

3.2.5 geschikte vormen van internet als communicatie middel

Welke vormen van internet acht de inwoner van Heerenveen- noord geschikt om toe te passen bij het contact naar de huisartsenpraktijk?

Om erachter te komen welke vormen van internet/programma's de inwoners van Heerenveen- Noord geschikt acht om toe te passen bij het contact naar de huisartspraktijk zijn hier in elk interview enkele vragen over gesteld. Er is naar voren gekomen dat, bij de burgers die wel van het internet gebruik zouden maken, 71,4% de voorkeur voor een virtueel contact, door middel van bijvoorbeeld skype heeft. Deze groep geeft aan geen gebruik te willen maken van een online communicatie middel op het moment dat deze niet direct en 'virtueel' is. De voorkeur voor een online contact door middel van E-mail bedraagt 14,3% van de deelnemers. Daarnaast is er nog 14,3% die geen duidelijke voorkeur heeft en aangeeft van beide gebruik te maken. Van alle deelnemers aan het onderzoek die aangaven gebruik te willen maken van een virtueel contact, zegt 60% dat het hen handig lijkt om dit virtuele contact te leggen via de site van hun eigen huisartsen praktijk. Door een account te hebben waarmee kan worden ingelogd op het online spreekuur.

Hoofdstuk 4 Discussie

Belangrijkste bevindingen

Bij de resultaten is naar voren gekomen dat er met name een duidelijk en valide verschil te zien is tussen de visie van 18 tot <30 jarigen en 30 tot <65 jarigen. Het verschil tussen de groep 18 tot <30 en 30 tot <65 zit voornamelijk bij de ervaring van drempels bij de toegang naar de eerstelijns gezondheidszorg. Er wordt door 18 tot <30 jarigen vaker een drempel ervaren, deze bestaat veelal uit het gebrek aan tijd. Dit is in tegenstelling tot resultaten uit eerder onderzoek van het TNS NIPO, waarin vooral de hoge kosten van de zorg genoemd worden als drempel naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Ondanks dat de ondervraagden ouder dan 30 in mindere mate een drempel ervaren, geven zij wel aan gebruik te willen maken van internet als communicatie middel met de eerstelijnsgezondheidszorg. Zij zien dit als een goede oplossing. Wel geeft het grootste deel van de categorie aan gebruik van het internet te maken, mits er een keuze bestaat om gebruik te maken van het huidige beleid. Het merendeel van de onderzochten wil gebruik maken van een online platform als communicatie middel, en zien hier het gebruik van een videoverbinding als goed middel. Dit is tegenstrijdig met de bevindingen uit eerder onderzoek van T. van de Belt. Uit zijn onderzoek "Internet and social media for health-related information and communication in health care: preferences of the Dutch general population" bleek dat 25,4 % van de deelnemers aan het onderzoek liever wil communiceren via social media, en de minderheid, namelijk 21,1% een video verbinding via de webcam handig vindt.

De Rijksoverheid beaamt voor een groot deel de innovatie die dit onderzoek nodig acht voor eerstelijns gezondheidszorg. Dit blijkt uit de volgende punten. De toepassing van internet is nodig binnen de eerstelijnsgezondheidszorg om de patiënt/burger dichter bij de gezondheidszorg te brengen, de belemmeringen binnen de toegang tot de eerstelijnszorg te verminderen en de toegang te verbeteren. Dit verbetert de bereikbaarheid van de eerstelijns gezondheidszorg. Daarbij kan de eerstelijns gezondheidszorg een groot deel van de gezondheidsproblemen oplossen, wat goedkoper is dan wanneer dit met ziekenhuis zorg gebeurt. Hieruit blijkt dat het van belang is om kosten besparing te bevorderen bij de eerstelijns zorg. Deze kosten besparing sluit aan bij het inzetten van de verpleegkundig specialist bij de eerstelijns gezondheidszorg. De verpleegkundig specialist zal hier volgens de Rijksoverheid een rol in gaan spelen door taken en patiënten van de huisarts over te nemen. Een consult bij de verpleegkundig specialist is kwalitatief net zo goed en aanzienlijk goedkoper. Dit overnemen van taken en patiënten getuigt van de professionalisering van de verpleegkundige binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

Met de juiste opleiding is het voor de verpleegkundig specialist haalbaar om taken over te nemen van de huisarts, echter dient de BIG wet aangepast te worden om deze taakverschuiving te verantwoorden. De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlandse Huisartsen Genootschap zijn erg terughoudend tegenover het toetreden van de verpleegkundig specialist. Zij zien een versnippering van de zorg en zeggen dat er geen behoefte is aan een hulpverlener die, naast de huisarts, zelfstandig diagnostiek en behandeling bedrijft.

Methodologische beperkingen

Er kunnen enkele kanttekeningen worden gemaakt bij het onderzoek en de verkregen resultaten. Het interview is opgesteld aan de hand van een topic lijst en is op verschillende manieren getoetst. Allereerst zijn de vragen van het interview besproken met de docent begeleider. Op basis van gegeven feedback zijn de vragen van het interview aangepast. Vervolgens is het interview besproken met een journaliste en een student informatie en communicatie wetenschappen. Met behulp van hun professionele expertise is het interview verder opgesteld. Dit interview is allereerst als test interview uitgevoerd. Volgens Saunders et al. (2004) vergroot een proefinterview de betrouwbaarheid van het interview. De uitvoering van het proefinterview vond plaats door beide onderzoekers het interview bij dezelfde proefpersoon te laten afnemen zodat de verkregen resultaten met elkaar vergeleken konden

worden. Daarbij is het proefinterview opgenomen om communicatie vaardigheden te beoordelen, fouten te signaleren en te verbeteren. Hiermee wordt de validiteit en betrouwbaarheid vergroot voor de interviews bij de deelnemers. Een kanttekening voor de kwaliteit van het interview is de vooraf opgestelde topic lijst. Deze topic lijst is niet beoordeeld en getoetst door een professional wat maakt dat er eventueel een zwakkere basis stond voor het opstellen van een interview. Dit kan de betrouwbaarheid en validiteit negatief beïnvloeden.

Sociaal wenselijke antwoorden zijn voor zover mogelijk vermeden. Naast het feit dat dit onderzoek geen vragen bedraagt die een druk kan leggen op sociaal wenselijke antwoorden is hier toch bewust op gelet. Sociaal wenselijke antwoorden zijn vermeden door duidelijk terug te komen op de topics wanneer hier te weinig informatie over verkregen is om zo informatie dat eventueel achtergehouden werd toch te verkrijgen. Hiermee wordt een zo compleet mogelijk beeld gevormd. Daarbij zijn de vragen dus danig geformuleerd, zo veel mogelijk als open vragen gesteld en is er vaak om een toelichting gevraagd om sociaal wenselijke antwoorden te mijden. De validiteit van het interview wordt hiermee verhoogd. Een kanttekening voor het interview en de verkregen informatie betreft het aantal interviews. Meer respons uit de doelgroep 65+ had bijgedragen aan een betere generaliseerbaarheid van het onderzoek. Deze doelgroep is voor dit onderwerp moeilijk te benaderen. Daarbij komt dat deze doelgroep een grote verscheidenheid heeft aan zelfredzaamheid in verband met ziekte (lichamelijk en geestelijk) waardoor de generaliseerbaarheid voor de categorie 65+ klein is. Daarbij is er een groot verschil in de kennis en kunde over het onderwerp 'internet' bij deze categorie. De steekproef is generaliseerbaar voor Heerenveen-Noord omdat er interviews zijn gehouden tot dat het verzadigingspunt is bereikt. Verder is het onderzoek niet generaliseerbaar voor de overige wijken in Heerenveen omdat de andere wijken een andere samenstelling van inwoners betreft, met onder andere meer allochtonen en meer ouderen. Deze doelgroepen zijn niet specifiek geïnterviewd. Er zal een vervolg- onderzoek plaats moeten vinden door heel Heerenveen om een betere uitspraak te kunnen doen over het resultaat en generaliseerbaarheid voor Heerenveen.

Hoofdstuk 5 Conclusie

Na uitvoering van het onderzoek komen verschillende resultaten naar voren. Deze resultaten hebben allen betrekking op de hoofdvraag. Er is een duidelijk verschil te zien per doelgroep, per leeftijdscategorie. Er is een onderscheid gemaakt tussen drie leeftijdsgroepen: 18 tot <30, 30 tot <65 en >65. Het grootste verschil in de resultaten is te zien tussen de 1e en 2e en tussen de 1e en 3e groep. Toch wordt er niet heel diep in gegaan op het verschil tussen de 1e en 3e groep omdat de derde groep niet generaliseerbaar is. Wel is het verschil tussen de 1e en 3e groep toe te lichten op basis van verwachting en ervaring. De groep van 18 tot <30 is opgegroeid in een wereld die steeds meer aan het digitaliseren is, bijna iedereen in deze groep maakt gebruik van internet en digitale apparatuur. Er kan zelfs gezegd worden dat zij hier afhankelijk van worden, al dan niet zijn. Daarbij wordt het leven van deze groep steeds drukker door de mogelijkheid overal en altijd bezig te zijn met werk en sociale activiteiten. Er heerst een grote digitale druk die over het algemeen niet geldt voor de leeftijdscategorie >65. Deze groep is niet opgegroeid met het vele gebruik van digitale apparaten en internet. Zij zien minder belang in het digitaliseren van deze wereld. Of zij zijn niet in staat hieraan deel te nemen in verband met lichamelijke en/of geestelijke beperkingen. Er is een groep binnen de categorie >65 die wel belang, voldoende kennis en kunde en interesse heeft bij deze toepassing van internet binnen de gezondheidszorg. Deze groep spreekt voornamelijk een voorkeur uit voor het gebruik van E-mail. Deze voorkeur verschilt met de voorkeur die de 1e en 2e groep aangeven. De meerderheid van de 1e en 2e groep geven een voorkeur aan voor visueel contact, een online spreekuur met skype. Het grootste verschil tussen de eerste en de tweede groep is dat de eerste groep door de digitale druk een duidelijke behoefte aangeeft aan de toepassing van internet in de eerstelijnsgezondheidszorg en een deel dit zelfs als noodzaak aangeeft. De tweede groep, 30 tot <65, geeft aan voordelen en gemakken te zien in de toepassing van internet in de gezondheidszorg maar ziet hier minder noodzaak in. Vermoedelijk ligt de digitale druk bij deze groep minder hoog doordat zij niet zijn opgegroeid met de digitalisering en digitalisering meer als toevoeging dan als vervanging zien.

Het internet kan dus bijdragen aan het verlagen van de drempel die de burger ervaart binnen de eerstelijns gezondheidszorg door een online consult toe te passen. De grootste voorkeur van de deelnemers gaat uit naar een online platform waarbij men met een account kan inloggen bij zijn of haar eigen huisartsenpraktijk om daar door middel van een online video programma (bijvoorbeeld skype) contact kan maken met de verpleegkundig specialist. Wel is het zo dat het internet het eerste contact niet mag vervangen maar als toevoeging voor de gezondheidszorg kan worden ingezet. De deelnemers geven aan dat zij de keuze willen kunnen maken tussen gebruik maken van het huidige beleid, telefonisch een afspraak maken en bij de praktijk zelf langs komen, of het gebruiken van internet als communicatie middel/online consult.

Als de verpleegkundig specialist wordt ingezet om het eerste online consult uit te voeren neemt de verpleegkundig specialist taken van de huisarts over waardoor de huisarts zich meer kan richten op complexe klachten. De werkdruk van de huisarts wordt verlicht en de verpleegkundige krijgt een breder taken pakket wat leidt tot de professionalisering van het verpleegkundige beroepsgroep. Daarbij zullen de kosten voor de huisartsenpraktijk afnemen aangezien een consult bij de verpleegkundig specialist goedkoper is dan bij de huisarts. De kwaliteit van het consult dat de verpleegkundig specialist uitvoert is even hoog als een eerste consult bij de huisarts zelf. Er wordt rekening gehouden met de kosten besparing binnen de gezondheidszorg maar de kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd.

Om de doelstelling van het kennislaboratorium en dit onderzoek na te streven wordt de volgende aanbeveling gedaan: Om de stad fit en vitaal te houden is het van belang dat de burger zo makkelijk en snel mogelijk toegang heeft tot de best mogelijke zorg. Deze zorg wordt gewaarborgd en waargemaakt door het internet in te schakelen als communicatie middel, bijvoorbeeld skype of een ander video programma; waardoor de patiënt overal, op het werk,

thuis of onderweg contact kan opnemen met zijn of haar huisartsenpraktijk. Er wordt aanbevolen om per praktijk een platform te ontwerpen waarop de patiënt kan inloggen en via deze weg contact kan leggen met de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist kan de patiënt dan voorzien van advies, behandeling of doorverwijzing naar de huisarts of andere discipline. Een vervolgonderzoek wordt aanbevolen waarbij wordt ingegaan op de financiële en wettelijke kaders. Er moet onderzocht worden of het mogelijk is om het takenpakket van de verpleegkundig specialist aan te passen en dit wettelijk vast te leggen. Er moet ook gekeken worden of het financieel haalbaar is om de taken te verschuiven en om een netwerkprogramma te ontwerpen en in te zetten.

Literatuurlijst

- Andriessen, D.O.J. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*. Opgevraagd 15 maart 2014 van: https://intranet.hanze.nl/organisatie/fem/Afstuderen/Documents/Gedragscode_versie_DEF.pdf&AuthResend1908BC2350124b5095AB75012FA405BA#search=gedragscode
- Besselink, R., & van Gorp, G. (2010). Bezuinigen op huisarts schaadt de gezondheid. *Volkskrant*. Opgevraagd 18 april 2014
- Belt, v. d., Engelen, L., Berben, S., Teerenstra, S., Samsom, M., & Schoonhoven, L. (2013). Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. *journal of medical internet research*. Opgevraagd op 20 mei 2014
- BHH huisartsenpraktijk. (2014). *Afspraken*. Opgevraagd op 2 mei van: <http://www.bhh-huisartsen.nl/afspraken/>
- Burgt, v. d. (2009). *Nurse practitioner verrijking voor de praktijk*. Opgevraagd op 20 mei 2014 van: <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2009/03/Derckx-LVG-NP-verrijking-voor-de-praktijk.pdf>
- Burke-Garcia, A., & Scally, G. (2014). *Trending now: future directions in digital media for the public health sector*. Oxford: journal of public health. Opgevraagd op 20 mei 2014
- CBS. (2014). *Heerenveen-Centrum*. Opgevraagd 18 april 2014 van:: <http://www.funda.nl/buurtinfo/heerenveen/centrum/kenmerken/?ref=48970303>
- CBS. (2014). *Heerenveen-Noord*. Opgevraagd 18 april 2014 van:: <http://www.funda.nl/buurtinfo/heerenveen/noord/kenmerken/?ref=48541865>
- Cox, K., Lauw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Derckx E.W.C.C., Leeuwen Y.D., Toemen T., Legius M.J.M. (2006) *De NP in de huisartsenpraktijk biedt perspectief*. *Modern Medicine* 3; 103-07. Opgevraagd 15 maart 2014
- Dierick-van Daele, A., Metsemakers, J., Derckx, E., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. (2008). *Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht: Academisch ziekenhuis Maastricht. Opgevraagd 15 maart 2014
- Haastert van, C., & Lekkerkerk, T. (2013). *Meldactie 'bezuinigingen en uw zorgverzekering'*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
- Huygens, M., Vermeulen, J., & Witte, d. L. (2014). *Expectations of Middle-aged and Elderly Persons towards using Telecare Technologies and eHealth Applications in Primary Care*. Heerlen: Reserach Center for Technology in Care. Opgevraagd op 20 mei 2014

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (2012). *Nederlander mijdt de huisarts bij een hoger eigen risico*. Opgevraagd 18-4-2014 van: <http://www.nivel.nl/nieuws/nederlander-mijdt-de-huisarts-bij-een-hoger-eigen-risico>

NOS. (2012). *Niet naar huisarts om 'eigen risico'*. Opgevraagd 15 maart 2014 van: <http://nos.nl/artikel/452574-niet-naar-huisarts-om-eigen-risico.html>

Rijksoverheid. (2013). *Eerstelijnszorg beter bereikbaar door ICT*. Opgevraagd op 20 mei 2014 van: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/eerstelijnszorg-beter-bereikbaar>

V&VN. (2014). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Opgevraagd op 15 maart 2014 van: <http://www.kwaliteitsregistervenv.nl/Applications/getObject.asp?FromDB=1&Obj=159.pdf>

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs.

Wesselink, J. (2014). *Dit is het Kennislab*. opgehaald van Kennislabvoorurbanisme: <http://www.kennislabvoorurbanisme.nl/dit-is-het-kennislab/> opgevraagd op 1-4-2014

Willigen, R., & Kösters, E. (2001). *Een scriptie in het kader van het afstuderen aan de HBO-V*. Opgevraagd op 1 april 2014 van: <http://www.home.zonnet.nl/j.noot/zuster.htm>

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst

- Drempel
- Gebruik van internet
 - Voor welke doeleinden
 - Programma's
 - Hoe vaak per dag / week
 - Welke apparatuur
- Internet in de gezondheidszorg
 - Voorkeur voor programma
- Gebruik van internet in de gezondheidszorg
 - Weerhoudende factoren
 - Stimulerende factoren

Bijlage 2: Vragenlijst interview

Voor de opleiding HBO-Verpleegkunde te Groningen wordt een onderzoek uitgevoerd. In het onderzoek wordt gekeken naar de toegang tot de huisartsenpraktijk. Uit onderzoek blijkt dat men een belemmering kan ervaren bij deze toegang. Bij deze belemmering valt bijvoorbeeld te denken aan kosten, angst voor een diagnose, tijd tekort, openingstijden van de huisartsenpraktijk en locatie. Binnen dit onderzoek wordt gekeken of internet kan helpen om deze belemmeringen te verminderen. Het doel hierbij is het streven naar meer toegankelijkheid voor de burger naar de huisartsenpraktijk toe. Onder internet valt in dit geval een communicatie middel via het internet, welke privé en een op een plaats vind met de patiënt en een verpleegkundig specialist. Welk communicatie middel geschikt is, is nog niet duidelijk. Er kan gedacht worden aan bijvoorbeeld e-mail, chat, skype, online spreekuur of een applicatie voor een online contact.

Om erachter te komen waar de burger uit Heerenveen behoefte aan heeft, met betrekking tot het gebruik van internet om eventuele belemmeringen te verminderen of te compenseren worden er verschillende burgers uit de wijk Heerenveen-Noord geïnterviewd.

Om een duidelijk beeld te schetsen van het idee over de toepassing van internet in de toegang tot de huisartsenpraktijk is een korte situatie omschreven.

Situatie omschrijving

Mw. De Boer heeft zich tijdens het koken in haar vinger gesneden. Na het schoonmaken van de wond heeft mw. de snee heeft met een pleister bedekt. De volgende dag had mw. geen gevoel in haar vinger. Hierdoor wist mw. niet of ze met de wond naar de huisarts moest. Ze vond de wond er niet ernstig uitzien maar maakte zich zorgen over het geringe gevoel in haar vinger. In dit geval kan mw. bijvoorbeeld een foto van de wond met daarbij een omschrijving van de klachten via het internet door communiceren naar de verpleegkundig specialist op de huisartsenpraktijk. De verpleegkundig specialist kan mw. voorzien van een advies of een doorverwijzing geven. Op deze manier hoeft mw. niet direct naar de huisarts maar kan ze wel worden geholpen door professional.

Vragen

Bij het interview is het van belang rekening te houden met het referentiekader van de respondent. Ook wordt er op gelet dat er geen gesloten of suggestieve vragen gesteld worden. Daarnaast zal voorafgaand aan het interview aan de respondent worden uitgelegd wat er onder internet wordt verstaan, namelijk: *een communicatie middel via het internet, welke privé en een op een plaats vind met de patiënt en een verpleegkundig specialist. Welk*

communicatie middel geschikt is, is nog niet duidelijk. Er kan gedacht worden aan bijvoorbeeld e-mail, chat, skype, online spreekuur of een applicatie voor een online contact.

1. Leeftijd

2. Sekse

3. Opleidingsniveau

4. Hoe vaak komt u bij de huisarts?

5. Ervaart u een belemmering bij het contact opnemen met de huisarts?

- Welke belemmeringen zijn dit?

- Hoe zou social media hierbij een rol kunnen spelen?

6. In welke mate maakt u gebruik van internet?

Doorvragen:

- *Met welke doeleinden*

- *Met welk programma (bijvoorbeeld whats app, e-mail, skype)*

- *Hoe vaak per dag / week*

- *Met welk apparaat*

7. Wanneer u een gezondheidsklacht heeft, zou u dan gebruik maken van internet om deze klacht met de verpleegkundig specialist te bespreken?

Doorvragen:

- *Zijn er factoren die u ervan weerhouden gebruik te maken van internet in het contact naar de huisartsenpraktijk, kunt u dit toelichten?*

- *Zijn er factoren die het gebruik van internet, om contact te maken met de huisartsenpraktijk voor u zouden stimuleren?*

8. In hoeverre acht u de toepassing van internet, in de vorm van een communicatie middel, als een geschikt middel voor de toegang tot de huisartsenpraktijk.

Doorvragen:

- *Als er een belemmering wordt ervaren: Denkt u dat de toepassing van internet de belemmering die u ervaart zal verminderen, kunt u dit toelichten.*

- *Naar welk programma/apparaat gaat uw voorkeur uit als deze manier van communiceren zou worden gerealiseerd*

10. Hoe zou internet volgens u kunnen worden toegepast en als oplossing kunnen dienen om de drempel naar de huisartsenpraktijk te verlagen.

Afsluiting

Er wordt een samenvatting of conclusie over het interview gegeven. En er worden nog een aantal vragen gesteld. Er wordt gevraagd of er nog iets vergeten te vragen is met het oog op het doel van het interview. En naar eventuele opmerkingen en of aanvullingen.