

“Digitale triage, geschikt voor ons allemaal?”

Een onderzoek naar de percepties van zorgprofessionals en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden over de toegankelijkheid van digitale triage in de huisartsenzorg, voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Oumaima Zaanani
2748883

VU FSW Master Bestuurskunde, Master Thesis
Besturen van Zorgvernieuwing, Deeltijd
Begeleider: Dr. Caroline van Dullemen
24 ECTS

23-06-2024
14304 woorden



Voorwoord

Ik heb een leerzame maar vooral leuke en uitdagende tijd gehad gedurende het uitvoeren van dit onderzoek. Voor mijn onderzoek heb ik bewust een onderwerp gekozen dat mij nauw aan het hart ligt. De afgelopen maanden heb ik de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden nog beter mogen leren kennen en hiermee ook nog meer ontdekt hoeveel ongelijkheid er in Nederland is. Als bestuurskundige hoop ik in de toekomst bij te mogen dragen aan verandering van deze ongelijkheid.

Ik wil graag de kans benutten om een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik dr. Caroline van Dullemen en Eline van Heemskerk bedanken. Dankzij hun deskundigheid, uitstekende begeleiding en waardevolle feedback gedurende dit onderzoek is het gelukt om een kwalitatief hoogstaand onderzoek te realiseren. Ook dank ik graag Thea Duijnhoven en Anke van Dam voor hun ondersteuning en de fijne tijd gedurende dit onderzoek bij Pharos. Alle respondenten die hebben meegewerkt om uiteindelijk dit onderzoek te kunnen realiseren wil ik ook danken hiervoor.

Tot slot wil ik mijn man, ouders en goede vriendin danken voor het continu motiveren. Het is mede dankzij hun steun dat dit onderzoek nu voor u ligt. Dat gezegd hebbende, rest mij nu alleen nog maar om u veel leesplezier toe te wensen.

Oumaima Zaanani

23-06-2024

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek is er onderzocht wat de percepties zijn van zorgprofessionals en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, over de toegankelijkheid van digitale triage voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Om ervoor te zorgen dat de groeiende technologische ontwikkelingen van digitale ondersteuning in de gezondheidszorg (eHealth) voor iedereen in de samenleving bevorderlijk zijn, is het van belang om te onderzoeken hoe toegankelijk eHealth voor iedereen is. Hierom is er in dit onderzoek ingezoomd op de toegankelijkheid van het digitale triage instrument in de huisartsenzorg.

Voor dit empirische onderzoek is er gebruik gemaakt van een casestudy ontwerp. Hiervoor zijn de dataverzamelmethode; literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en focusgroepen toegepast. Er is in totaal gesproken met 23 respondenten. Dit betreft negen zorgprofessionals en veertien mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of directe naasten van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Er is vanuit verschillende invalshoeken naar het onderzoeksobject gekeken door gesproken te hebben met een zo gevarieerd mogelijke steekproef.

Uit het onderzoek blijkt dat zorgprofessionals digitale triage zien als een hulpmiddel om de werkdruk te verlichten, vooral voor minder urgente zorgvragen. De meeste zorgprofessionals vinden dat de huidige digitale triage instrumenten niet voldoende toegankelijk zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vanwege de complexiteit en tekstuele aard. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben behoefte aan eenvoudigere zinnen, visuele hulpmiddelen en een voorleesfunctie. Veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden digitale triage ingewikkeld en onpersoonlijk, waardoor ze het vermijden. Persoonlijke ondersteuning kan ertoe leiden dat zij de digitale triage meer gaan gebruiken, echter is dit momenteel onvoldoende beschikbaar. Zowel zorgprofessionals als mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hechten veel waarde aan telefonische bereikbaarheid, hoewel zorgverleners verschillen in de mate van wenselijkheid hiervan. Er zijn initiatieven om de toegankelijkheid te verbeteren, maar dit staat niet bij alle zorgprofessionals hoog op de agenda. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de tijdsduur, betrouwbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van huidige digitale triage instrumenten te evalueren en gebruikerservaringen te inventariseren. Aan leveranciers wordt geadviseerd de toegankelijkheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren door eenvoudiger taalgebruik, visuele hulpmiddelen, en een voorleesfunctie te implementeren. Zorgverleners wordt geadviseerd om voorafgaand aan implementatie persoonlijk onderzoek te doen naar de geschiktheid van digitale triage in hun wijk en na implementatie actieve persoonlijke ondersteuning te bieden. Tot slot is volledige telefonische bereikbaarheid cruciaal, waarbij beleid moet worden opgesteld voor het inzetten van digitale triage naast de telefonische mogelijkheden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Probleemstelling.....	7
1.3 Wetenschappelijke relevantie	8
1.4 Maatschappelijke relevantie.....	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Theoretisch kader	9
2.1 Definitie eHealth	9
2.2 eHealth in de gezondheidszorg.....	9
2.3 Digitale triage	10
2.4 Digitale triagevormen	12
2.5 Gezondheidsvaardigheden	13
2.6 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	14
2.7 Digitale vaardigheden	15
2.8 Toegankelijkheid digitale medische formulieren	16
2.9 TAM-Model.....	16
2.10 Acceptatie technologie gebruik gezondheidszorg	18
3. Methode	19
3.1 Onderzoeksmethode	19
3.2 Dataverzameling	20
3.3 Data-analyse	22
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	22
3.5 Ethische overwegingen	23
4. Resultaten.....	24
4.1 Percepties zorgprofessionals	24
4.1.1 Aanleiding inzet digitale triage	24
4.1.2 Ervaringen toegankelijkheid zorgprofessionals	24
4.1.3 Ervaringen toegankelijkheid leveranciers	25
4.1.4 Betrouwbaarheid van digitale triage	26
4.1.5 Communicatie	27
4.1.6 Telefonische bereikbaarheid.....	28
4.2 Percepties doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	28
4.2.1 Ervaringen toegankelijkheid	28
4.2.2 Behoeftte aan toegankelijkheid	29
4.2.3 Betrouwbaarheid digitale triage respondenten focusgroepen	31
5. Conclusie & Discussie	31
5.1 Conclusie deelvragen.....	32
5.2 Eindconclusie	34
5.3 Discussie	34

5.4 Beperkingen onderzoek & aanbevelingen vervolgonderzoek.....	36
5.5 Aanbevelingen.....	37
Literatuurlijst	40
Bijlage 1. Toestemmingsformulier	46
Bijlage 2. Toestemmingsformulier begrijpelijk geschreven	47
Bijlage 3. Informatiebrief focusgroepen	49
Bijlage 4. Topiclijsten interviews en focusgroepen.....	50

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In mijn familie hebben mijn grootouders van zowel moeders- als vaderskant beperkte gezondheidsvaardigheden. Toen mijn oma vroeger voor het eerst naar het ziekenhuis moest voor een afspraak, heeft zij het etagenummer in de lift bekrast. Door deze krassen wist zij voor de afspraken die daarop volgden altijd waar ze moest zijn. Naast mijn grootouders zijn er met hen nog vele andere ooms en tantes in de familie met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ondersteuning bieden bij een fysiek gesprek met een arts of uitleggen welke buslijn iemand nodig heeft, zijn mij niet onbekend. Ongeveer 2,5 miljoen mensen in Nederland hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Er zijn verschillende definities voor gezondheidsvaardigheden. Meer uitleg hierover is opgenomen in hoofdstuk twee onder de paragraaf “Gezondheidsvaardigheden”. Een persoon met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaart regelmatig moeite met basisvaardigheden zoals lezen en schrijven. Daarnaast is het bekend dat bij 20% van de mensen boven de twaalf jaar er sprake is van beperkte digitale vaardigheden (Pharos, 2023). Iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaart vooral problemen in de communicatie met derden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan formulieren invullen voor bepaalde instanties of een computer te moeten gebruiken om gegevens op te zoeken van bijvoorbeeld je zorgverzekeraar (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Hierdoor is het voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ook moeilijker om te anticiperen in de toenemende mogelijkheden van de digitale wereld (Buisman & Allen, 2015). Dit geldt zo ook voor toepassingen binnen de gezondheidszorg, die alleen middels het internet uitgevoerd worden; eHealth (Eysenbach, 2001).

Er is een groeiende druk op het zorgstelsel in Nederland. Om de toegankelijkheid, de efficiëntie en de kwaliteit van de gezondheidszorg te handhaven, is er steeds meer aandacht voor ontwikkelingen van digitale ondersteuning in de gezondheidszorg (Ariens et al., 2017). Dit wordt ook wel eHealth genoemd. EHealth is momenteel in de gezondheidszorg niet meer weg te denken. Zo zijn er al vele eHealth mogelijkheden beschikbaar voor patiënten die de toegankelijkheid tot zorg vergemakkelijkt (K.N.P.S.V, 2019). Dit omvat verschillende toepassingen, zoals e-consulten waarbij patiënten via videoconferentie contact hebben met zorgverleners, of e-monitoring waarbij zorgverleners online toezicht houden op de gezondheidswaarden van de patiënt die gemeten worden met specifieke instrumenten. De ontwikkeling van deze technologieën heeft hoge prioriteit voor zowel wetenschappers, zorgverleners en beleidsmakers. De rijksoverheid stimuleert digitale zorgtoepassingen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil het gebruik van deze digitale zorgtoepassingen dan ook stimuleren. Dit zou bijdragen aan de gezondheid van mensen en kan helpen om de zorg betaalbaar te houden (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Ook onderzoekers verwachten dat verdere digitalisering kan bijdragen aan het verminderen van zorgkosten. Daarnaast kan het bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het vergroten van de zelfredzaamheid en het verbeteren van het welzijn van mensen (Dahler et al., 2016).

Inmiddels is de toepassing van eHealth dan ook bij veel huisartspraktijken geïmplementeerd. Denk hierbij aan een e-consult, online uitslagen inzien en patiënten-portalen (Meurs et al., 2020). Door de coronapandemie is het gebruik van eHealth toegenomen, net als kennis over eHealth. Gedurende de coronapandemie konden patiënten beperkt terecht bij de huisarts met als gevolg dat er gezocht is naar laagdrempelige manieren om toch op afstand zorg te kunnen leveren. Dit vond toen voornamelijk digitaal plaats. Uit onderzoek van de organisatie Nivel blijkt dan ook dat veel huisartspraktijken eHealth intensiever zijn gaan gebruiken na de coronapandemie (Van Tuyl et al., 2020). De Patiëntenfederatie Nederland pleit voor meer digitale zorg op afstand waarbij patiënten de mogelijkheid moeten krijgen tot een e-consult. Volgens deze koepelorganisatie biedt eHealth veel voordelen waarvan zowel patiënten als zorgverleners baat bij zullen hebben. Echter, wordt bij deze stelling uitgegaan van een doorsnee burger, met gemiddelde gezondheidsvaardigheden (Veldman, 2020). Maar dan is de vraag, is de toegankelijkheid van eHealth voor iedere doelgroep wel zo vanzelfsprekend?

1.2 Probleemstelling

Om ervoor te zorgen dat de groeiende technologische ontwikkelingen van eHealth voor iedereen in de samenleving bevorderlijk zijn, is het van belang om te onderzoeken hoe toegankelijk eHealth voor iedereen is. Toegankelijkheid houdt in dat bij het aanbieden van een dienst of informatie, deze voor iedereen bruikbaar is, ongeacht een eventuele beperking (Accessibility, z.d.). In dit onderzoek wordt onder toegankelijkheid de begrijpelijkheid en gebruiksvriendelijkheid meegenomen. Begrijpelijkheid is de mate waarin iemand de belangrijkste doelen van de toepassing begrijpt (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020). Onder gebruiksvriendelijkheid wordt de mate van eenvoudig gebruik van een toepassing verstaan (Cambridge Dictionary, z.d.). In dit onderzoek zal er ingezoomd worden op de toegankelijkheid van het digitale triage instrument in de huisartsenzorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Onder digitale triage instrument worden online zelftriage instrumenten verstaan voor dit onderzoek. Dit betreft een digitaal hulpmiddel waar men zelfstandig vragen beantwoordt over de eigen gezondheidssituatie. Hier volgt dan een conclusie met advies uit. Hierbij is het hoofddoel om bij te dragen aan het vergroten van kennis van de inzet, het gebruik, de barrières en de wensen ten aanzien van digitale triage in de huisartsenpraktijk door mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Hoofd- en deelvragen

De centrale vraag in dit onderzoek zal zijn: *“In hoeverre worden digitale triage instrumenten als toegankelijk gezien in de huisartsenzorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden door zowel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden als zorgprofessionals?”*. Aan de hand van onderstaande deelvragen zal er in dit onderzoek getracht worden om antwoord te geven op de centrale vraag van het onderzoek.

1. Wat zijn de huidige percepties van zorgprofessionals over digitale triage instrumenten in de huisartsenzorg?
2. Wat wordt er gedaan om digitale triage instrumenten toegankelijk te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?
3. Wat zijn de percepties en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden over digitale triage instrumenten in de huisartsenzorg?

1.3 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in de uitdagingen van digitalisering op het gebied van zorg. Met name voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het risico dat niet alle doelgroepen voordelen ervaren bij het gebruik van eHealth, zorgt voor de behoefte naar onderzoeken die dieper ingaan op de oorzaak hiervan. Door dit te onderzoeken zullen er concrete en effectieve inzichten ontstaan. Hierdoor zal de ontwikkeling in gang gezet worden van een aanpak gericht op passende oplossingen voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Er heerst een idee van vanzelfsprekende toegankelijkheid bij het gebruik van eHealth. Echter, toont onderzoek aan dat huisartsen zorgen hebben of dit voor iedere doelgroep toegankelijk is (Van Der Burg et al., 2023). Er zijn onderzoeken bekend over eHealth toepassingen in de huisartsenzorg met betrekking tot mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Echter, is er nog geen onderzoek bekend op het gebied van digitale triage. Dit onderzoek speelt in op een tekortkoming aan onderzoek naar de toegankelijkheid van de aangeboden oplossingen voor deze doelgroep in de huisartsenzorg. De resultaten van dit onderzoek draagt hierom mogelijk bij aan aanknopingspunten voor verdere onderzoeksrichtingen, beleidsvorming en praktijkverbeteringen. Dit om ervoor te zorgen dat eHealth toepassingen inclusief en effectief is voor alle doelgroepen in de samenleving.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Onderzoek toont aan dat er te weinig aandacht is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de huisartsenzorg. Zo herkennen veel huisartsen deze doelgroep niet waardoor huisartsen hun communicatie niet op deze patiënten afstemmen (Van Ee & Van den Muijsenbergh, 2017). De huisartsenzorg is een zorgsector die laagdrempelig toegankelijk hoort te zijn voor alle doelgroepen. Door de zorgen die geuit zijn door huisartsen over de toegankelijkheid van digitale zorg voor iedere doelgroep, zijn de voordelen van eHealth niet inclusief voor iedereen (Van Der Burg et al., 2023). Hierom is het onderzoeken van deze uitdagingen van maatschappelijk belang. De voordelen van eHealth dienen door alle bevolkingsgroepen ervaren te worden ongeacht de basisvaardigheden waar iemand over beschikt. We leven in een digitaal tijdperk waar digitale ondersteuning en transformaties alleen maar groeien. Dit wordt versterkt door de toenemende behoefte aan digitale ondersteuning in de zorgsector vanwege financiële tekorten. Hierom draagt dit onderzoek bij aan een maatschappelijk debat over de inclusiviteit van deze transformaties.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 1 is er een introductie gegeven van het onderzoeksonderwerp, de probleemstelling, en de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 bevindt zich een literatuuronderzoek waarin relevante theorieën en eerdere studies worden besproken. Hoofdstuk 3 beschrijft de methodologie en aanpak van dit onderzoek. In Hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Tot slot wordt er in hoofdstuk 5 een analyse weergegeven van de resultaten en conclusies getrokken ter beantwoording van de centrale hoofdvraag. Hierop volgt de discussie, de implicaties en de aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

2.1 Definitie eHealth

Er zijn verschillende definities die aan het woord eHealth zijn gegeven. Zo wordt het beschreven als toepassingen binnen de gezondheidszorg, die alleen via het internet uitgevoerd worden (Eysenbach, 2001). De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving beschrijft eHealth als “Het gebruik van informatie en communicatietechnologieën, met name internettechnologie, bedoeld om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of ter verbetering” (Van Rijen et al., 2002). EHealth is een begrip dat zich blijft ontwikkelen op een geleidelijke wijze. De meest bekende definitie van eHealth is gegeven door Eysenbach (2001). Hij beschrijft eHealth als toepassingen in de gezondheidszorg die uitgevoerd worden via het internet. De definitie is breed opgesteld omdat Eysenbach van mening is dat eHealth meer inhoudt dan alleen internetgebruik in de zorgsector. Het belang waarop Eysenbach wijst ligt niet alleen bij de vooruitgang van technologie, maar ook bij de benadering van het gebruik van ICT om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Onderzoekers verwachten dat eHealth kan bijdragen aan de bevordering van zelfstandig wonen, de verbetering van zorg en de kwaliteit hiervan. Ook verwachten onderzoekers dat eHealth zal bijdragen aan het verminderen van zorgkosten en het vergroten van de zelfredzaamheid (Dahler et al., 2016). Politici streven naar het formuleren van beleid om de richting van ICT en eHealth vast te stellen en zo de toegevoegde waarde ervan te vergroten (Lindeman, 2017). Dit werd ook al geformuleerd door voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Namelijk in 2014 door voormalig minister Schippers. Zij formuleerde in 2014 een drietal doelstellingen die zij uiterlijk in 2019 wilde realiseren. Deze doelstellingen hielden in: meer toegang tot medische informatie, meer metingen thuis en tot slot meer gebruik maken van beeldbellen (Timmer & Van Gils, 2017).

2.2 eHealth in de gezondheidszorg

Jaarlijks wordt er door het Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzoek uitgevoerd naar eHealth gebruik in de zorg. Cijfers uit voorgaande rapportages van het RIVM laten zien dat er een stijging is in het gebruik van eHealth in de zorg. Zo is er in de rapportage van 2013-2019 terug te lezen dat eHealth begon in Nederland als een experimentele innovatie en nu is uitgegroeid tot een

steeds meer doelgerichte integratie in ons zorgstelsel (van der Vaart et al., 2022). Als we kijken naar de ontwikkeling hiervan dan is de vraag: *“Hoe heeft technologie de groei van informatierevolutie in de gezondheidszorg kunnen beïnvloeden?”*. Er heeft een revolutie plaatsgevonden waarbij de beschikbaarheid van toegang tot gezondheidsinformatie op het internet is ontstaan. Hierdoor hebben steeds meer individuen de mogelijkheid gekregen om gezondheid gerelateerde gegevens te verkrijgen. Hierdoor is het potentieel tot verbetering van technologie in de gezondheidszorg als hulpmiddel ontstaan (Ahern, 2007).

In de eHealthmonitor van het RIVM over 2023 zijn verschillende eHealth toepassingen onderzocht die het meest gebruikt worden in de huisartsenzorg: digitale communicatie; telemonitoring; patiëntportalen en digitale toepassingen zorgondersteuning. Onder digitale communicatie wordt communicatie op afstand verstaan via digitale hulpmiddelen. Denk hierbij aan beeldbellen en digitaal schriftelijk contact zoals per e-mail (wordt in het rapport aangeduid als e-consult). Onder telemonitoring wordt verstaan dat een zorgverlener op afstand een patiënt kan monitoren. Een patiënt kan vanuit bijvoorbeeld de thuisomgeving bepaalde gezondheidswaarden meten en deze invullen in een bepaald meetinstrument. Hier kan de zorgverlener op afstand dan bij om het te monitoren (van der Vaart et al., 2022). Dit wordt bijvoorbeeld bij patiënten met diabetes regelmatig toegepast. De patiënt gebruikt dan een app zoals de Free Style Libre en vult de bloedsuikerwaardes gedurende de dag dan in. De zorgverlener kan de patiënt uiteindelijk van advies voorzien door de ingevulde waardes voor een bepaalde periode te monitoren. Patiënten-portalen bieden patiënten en eventuele vertegenwoordigers van een patiënt, de mogelijkheid om toegang te hebben tot eigen medische gegevens binnen een bepaalde zorgorganisatie. In een dergelijk portaal zijn meestal verschillende functies mogelijk zoals een eigen dossier, lab uitslagen gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie inzien. Gegevens wijzigen of een afspraak maken, wijzigen of annuleren kan vaak ook in een patiënten-portaal. Hiernaast zijn er ook een breed scala aan digitale toepassingen die aangeboden worden aan patiënten ter ondersteuning van de zorg die zij ontvangen. Denk hierbij aan: medicijndispensers, persoonsalarmering, videobewaking en zorgrobots (van der Vaart et al., 2022).

Er hebben 206 praktiserende huisartsen deelgenomen aan de eHealthmonitor van het RIVM. 94% van de huisartsen hebben aangegeven dat zij veelvuldig gebruik maken van het e-consult. En meer dan 50% heeft aangegeven gebruik te maken van beeldbellen. Een kleiner deel van de huisartsen, namelijk 30%, heeft aangegeven dat hun patiënten gebruik maken van telemonitoring. Huisartsen maken veelvuldig gebruik van de eHealth toepassing patiënten-portalen. In het onderzoek van de RIVM is aan de participerende huisartsen gevraagd of de organisatie waar zij voor werken een patiënten-portaal aanbiedt waarin bepaalde gegevens in verkrijgbaar zijn. 88% van de huisartsen hebben aangegeven dat zij hier gebruik van maken (van der Vaart et al., 2022).

2.3 Digitale triage

De gemiddelde huisarts werkt tegenwoordig minder uren dan voorheen, maar de ervaren werkdruk is toegenomen. Volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging vindt twee derde van alle huisartsen de werkdruk te hoog (Boekee & Hoekstra, 2018). Deze toename van werkdruk heeft verschillende oorzaken: een stijgende zorgconsumptie, waarbij het aantal contacten in de praktijk toeneemt. Dit wordt mede veroorzaakt door de toenemende vergrijzing van de patiëntenpopulatie, een enorme groei van diagnostische mogelijkheden, substitutie van zorg van het ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg naar de huisarts en een trend van langer thuis wonen. De toegenomen administratieve lasten in de huisartspraktijk spelen ook een rol in de verhoogde werkdruk. Huisartsen besteden gemiddeld bijna 20% van hun tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten (Maes, 2019). Daarnaast is er een tekort aan zorgprofessionals ontstaan wat de werkdruk verhoogt (Huber et al., 2021).

Het aantal fysieke consulten op de huisartsenpost is in 2016 met 2,4% gestegen en het aantal telefonische consulten is met 3,7% gestegen blijkt uit onderzoek van InEen (2017). Uit dit onderzoek, waar 120 huisartsenposten aan deelnamen, is gebleken dat de huisartsenposten in 2016 gemiddeld 251 verrichtingen per 1000 inwoners hebben uitgevoerd. Het aantal fysieke visites in 2016 daalde met 3,5% ten opzichte van het jaar daarvoor. Doordat de consulten toenemen maar het totale aantal diensturen gelijk zijn gebleven neemt de werkdruk toe. Met als gevolg dat er meer consulten afgehandeld dienen te worden in dezelfde tijd. De toegenomen complexiteit van de zorgvraag van de patiënt leidt eveneens tot een hogere werkdruk, omdat complexere zorgvragen minder goed planbaar zijn (InEen, 2017). Patiënten tonen een groeiende belangstelling voor veiligheid, zoeken naar geruststelling en zijn minder geneigd om te accepteren dat een kleine ziekte beperkt blijft tot zichzelf. Uit onderzoek blijkt dat de meeste consulten bij huisartsenposten medisch niet urgent zijn. In Amerika wordt 41 tot 60% van de contacten met de huisartsenpost als niet urgent gezien. Dit percentage lag lager bij patiënten die in de nacht contact opnamen (Hallam, 1994). Onderzoek heeft aangetoond dat overmatige consulten de druk op de klinische resultaten negatief beïnvloedt en essentiële zorgprocessen verstoort (Bernstein et al., 2008).

Er zijn verschillende zorgexperts en softwareontwikkelaars die onderzoek gedaan hebben naar mogelijkheden voor het verlagen van deze werkdruk. Dit heeft geresulteerd in het ontwikkelen van digitale triage instrumenten. Het woord triage is afkomstig van het woord "trier" wat sorteren betekent. Het werd gebruikt om een sorteerproces toe te passen om structuur te creëren voor het leveren van zorg. Er werden korte klinische beoordelingen toegepast waarbij bepaald kon worden hoe snel iemand gezien moest worden door een arts en welke behandeling er dan nodig zou zijn. Gedurende de jaren ontwikkelden medische systemen steeds meer en vanaf begin 1900 werd triage in deze systemen meegenomen. Zo werd het steeds meer toegepast op de spoedeisende hulp afdelingen in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en in Europa (Robertson-Steel, 2006). De softwareontwikkelaar van het digitale triage hulpmiddel "Spreekuur.nl", DigiDok pretendeert dat digitale triage de werkdruk in de huisartsenzorg verlaagt. Dit door dat Spreekuur.nl ervoor zorgt dat fysieke consulten worden verminderd, belasting van telefoonverkeer wordt verminderd, zelfzorg

gestimuleerd wordt en dat de administratieve taken voor de huisartsen verminderd worden (Topicus, z.d.). De softwareontwikkelaars van het digitale triage hulpmiddel “Moet Ik Naar De Dokter?” hebben ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het hulpmiddel. De conclusies die zij getrokken hebben is dat de digitale triage leidt tot 5,1% minder contact op de huisartsenpost, dat 98,8% het eventuele advies van de digitale triage opvolgt om niet naar de huisartsenpost te bellen en dat het potentie heeft om het onnodig gebruik van huisartsenzorg buiten reguliere kantoortijden te verminderen (Moet Ik Naar De Dokter, 2023). Echter blijkt uit het effectiviteitsonderzoek van de Universiteit Maastricht dat er geen internationale literatuur is die kan aantonen dat digitale triage effectief en tijdbesparend is voor de huisartsenzorg. Uit het onderzoek blijkt dat de gebruikers van digitale triage in de huisartsenzorg het als een onpersoonlijk hulpmiddel ervaren die zelf negatieve invloed kan uitoefenen op de arts-patiënt relatie. Er wordt wel meerwaarde gezien van digitale triage wanneer het wordt gebruikt op de huisartsenpost tijdens avond-, nacht- en weekenduren voor eenvoudige en enkelvoudige klachten. Huisartsen en andere gebruikers hebben echter wel hun bedenkingen geuit over het gebruik van digitale triage door patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Hoewel er weinig meerwaarde wordt gezien in digitale triage in de praktijk overdag, zou er mogelijk wel een bescheiden rol kunnen zijn voor digitale triage op de huisartsenpost (Van Der Burg et al., 2023). Echter, uit een onderzoek van zorgverzekeraar CZ blijkt duidelijk positief effect op werkdruk verlaging bij de dagpraktijken door het gebruik van digitale triage (ICT & Health, 2022).

2.4 Digitale triagevormen

De laatste jaren is er een toename ontstaan van geavanceerdere programma's die symptomen checken en op een effectieve wijze een mogelijke diagnose trachten te stellen voor patiënten. Door middel van computergestuurde algoritmes stellen deze symptoomcheckers gebruikers een reeks vragen over hun symptomen of vragen gebruikers om zelf details over hun symptomen in te voeren. De gebruikte algoritmes variëren en maken gebruik van verschillende methoden. Symptoomcheckers dienen twee hoofdfuncties: het vergemakkelijken van zelfdiagnose en het assisteren bij triage. Er zijn digitale triage vormen waarbij er een lijst wordt gepresenteerd van mogelijke diagnoses met behulp van kunstmatige intelligentie. Dit is doorgaans ook gerangschikt op waarschijnlijkheid. Deze diagnosefunctie wordt vaak beschouwd als een hulpmiddel om patiënten te informeren over de mogelijke diagnoses die passend kunnen zijn bij hun symptomen. De triagefunctie informeert patiënten of ze zorg moeten zoeken en zo ja, waar. Dit kan bijvoorbeeld spoedeisende hulp of de huisartsenpost zijn. Ook zijn er triagefuncties die aangeven met welke urgentie iemand hulp nodig heeft (Semigran et al., 2015).

Eind 2023 is er onderzoek opgeleverd over het huidige aanbod aan digitale triage hulpmiddelen in Nederland (ROER, 2023). Er zijn verschillende vormen bekend elk met een eigen ontwikkeling en benadering. Een aantal vormen zijn triagefuncties die beslisboom-gebaseerd zijn en ondersteund

worden door machine learning. Machine learning behoort tot de tak van kunstmatige intelligentie (AI) waarin computers zichzelf trainen met behulp van data en verbeteren naarmate ze meer ervaring opdoen, zonder dat er expliciet geprogrammeerde regels worden opgesteld. De andere vormen zijn op basis van algoritme gestuurd waarbij door kunstmatige intelligentie informatie verwerkt wordt. Enkele vormen zijn puntoplossingen of hebben een functionaliteit die kan worden geïntegreerd in een patiënten-portaal. Puntoplossingen zijn specifieke toepassingen of services die zijn ontwikkeld om specifieke oplossingen of functies te bieden. Ook is er een enkele vorm die beschikt over tekstherkenning. Alle vormen zijn ontwikkeld met als doel consultvoorbereiding. Op een enkele vorm na zijn ook alle vormen gericht op het checken van de urgentie. Een deel van de vormen is ook gericht op het geven van differentiaaldiagnoses en een deel op het geven van zelfzorgadviezen. Differentiaaldiagnose is een gestructureerde aanpak om vanuit een reeks mogelijke aandoeningen, gebaseerd op de symptomen en klachten van een patiënt op een bepaald moment, tot een specifieke diagnose te komen. Er zijn verschillende manieren van de digitale triage te integreren in het systeem van de zorgverlener. Ook zijn er verschillende manieren hoe de patiënt toegang krijgt tot de digitale triage. Tot slot zijn er verschillende conclusies bij de vormen. Eén vorm baseert de afsluiting enkel op zelfzorgadvies en/of contactadvies. De rest van de vormen baseren de afsluiting op combinaties van; zelfzorgadvies en/of contactadvies, het maken van een afspraak en/of e-consult, het versturen van een mail, SMS of bevestiging in het patiënten-portaal (ROER, 2023).

Ondanks de overvloed aan online informatiebronnen voor het verkrijgen van meer informatie over specifieke aandoeningen zoals op thuisarts.nl, wordt zelfdiagnose vaak geïnitieerd door het gebruik van zoekmachines zoals Google, Bing of Yahoo. Wanneer iemand kampt met gezondheidsproblemen dan wordt al snel gebruik gemaakt van het internet om de symptomen op te zoeken. Zo blijkt uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk dat meer dan een derde van de volwassenen regelmatig op het internet symptomen opzoeken om zelf een diagnose vast te kunnen stellen (Semigran et al., 2015). Dit wordt zelfdiagnose genoemd. Echter, kunnen deze zoekmachines gebruikers naar verwarrende en soms onjuiste informatie leiden. Een gevolg hiervan kan zijn dat individuen met urgente symptomen mogelijk niet adequaat worden doorverwezen naar spoedeisende hulp (Semigran et al., 2015).

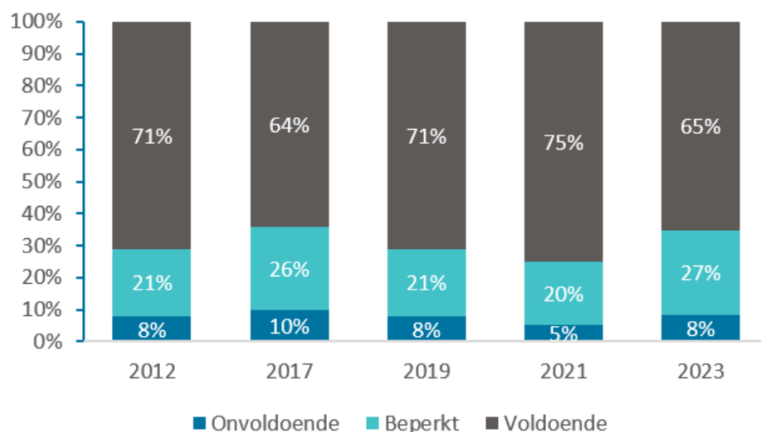
2.5 Gezondheidsvaardigheden

In de literatuur worden diverse omschrijvingen gebruikt voor de definitie van gezondheidsvaardigheden. Een aantal definities leggen de nadruk op praktische vaardigheden. Denk hierbij aan lezen en schrijven. Andere definities zijn gericht op meer sociale vaardigheden zoals de intrinsieke motivatie om de regie te nemen over de eigen gezondheid en levensstijl. De World Health Organization (WHO) heeft de volgende definitie voor gezondheidsvaardigheden: De cognitieve en sociale vaardigheden die nodig zijn om informatie te verkrijgen, begrijpen en toe te passen ter bevordering of behoud van goede gezondheid (Gezondheidsvaardigheden, z.d.).

Gezondheidsvaardigheden worden wereldwijd beschouwd als een van de belangrijkste factoren die de gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen bepalen. Het is bekend dat mensen

met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker gebruik maken van de zorg. Ook ervaart deze groep mensen meer moeite in het aannemen van een proactieve houding naar een zorgverlener toe. Dit omdat zij het als lastig ervaren om bijvoorbeeld behandelmogelijkheden te bespreken of evalueren. Daarnaast is deze groep ook minder bekwaam in zelfmanagement van gezondheid en ziekte en hebben zij over het algemeen slechtere gezondheidsresultaten. Mogelijk hangt dit samen met dat de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een kortere levensverwachting hebben (Willems et al., 2022). In Figuur 1 is af te lezen hoeveel procent van de Nederlandse bevolking (boven de achttien jaar) beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Hierin is te zien dat er een stijging heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren. Dit betekent dat in 2023; één op de drie volwassen Nederlanders beperkt in staat was om informatie over gezondheid te verkrijgen en te begrijpen. Het percentage stijgt en heeft effect op de keuzes die men kan maken met betrekking tot de eigen gezondheid en zorg.

Figuur 1. Percentage beperkte gezondheidsvaardigheden Nederlandse bevolking boven de achttien jaar



(Heijmans et al., 2024).

2.6 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Beperkte gezondheidsvaardigheden, impliceert een beperking in basisvaardigheden zoals lezen en schrijven. Een andere basisvaardigheid is bijvoorbeeld de digitale vaardigheid of moeite ervaren met het begrijpen van informatie van een zorgverlener. Als iemand een andere taal beheerst, dan heeft deze persoon niet per definitie beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit vanwege de mogelijkheid om met deze persoon op een adequate manier te communiceren in hun taal of in een andere gemeenschappelijke taal. Iemand die laaggeletterd genoemd wordt is een persoon die een beperking heeft in alle talen die hij beheerst. Dit is meestal de moedertaal. Ook kan er onderscheid gemaakt worden tussen laaggeletterd zijn en ongeletterd zijn. Iemand die ongeletterd is wordt ook wel analfabeet genoemd. Een analfabeet heeft nooit of nauwelijks leren lezen en schrijven. Een persoon die laaggeletterd is, ervaart moeite met basisvaardigheden zoals lezen en schrijven (Pharos, 2024). Ook rekenen of omgaan met een computer kunnen vallen onder deze basisvaardigheden. De moeite die ervaren wordt door laaggeletterden kunnen problemen met communicatie zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan formulieren invullen voor bepaalde instanties of een computer te moeten gebruiken om gegevens op te zoeken van bijvoorbeeld je zorgverzekeraar of het telefoonnummer van een

tandartspraktijk in de buurt (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Zoals in het onderzoek van het RIVM terug te zien was, gebruiken huisartsen veelvuldig verschillende eHealth toepassingen.

Er zijn al verschillende onderzoeken bekend naar de effectiviteit van eHealth in de huisartsenzorg, bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo heeft de organisatie Nivel in een onderzoek geconcludeerd dat huisartsen met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kampen met de uitdaging van juist gebruik van eHealth zoals hun patiënten-portaal. Hierop adviseert het Nivel om een praktijkonderzoek uit te voeren door een zogenaamde “scan” analyse uit te laten voeren om na te gaan in welke mate de praktijk toegankelijk is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Op basis van zo'n scan kan er onderzocht worden wat nog de zwakke plekken zijn in de organisatie op dit gebied. Dit om hier vervolgens intern vervolgonderzoek naar te kunnen doen. Hier zou bijvoorbeeld nieuw beleid op uitgevoerd kunnen worden als resultaat (Murugesu et al., 2018).

2.7 Digitale vaardigheden

Digitale vaardigheden verwijzen naar het bezitten van moderne informatietechnologieën die nodig zijn voor werk en het dagelijks leven. Evenals het vermogen om informatie op te zoeken, te beoordelen en te evalueren. Aan de andere kant houdt digitale vaardigheid in dat iemand bekwaam is in het toepassen van IT-technologieën, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen algemene vaardigheden (toegepast in alledaagse situaties zoals informatie zoeken op internet), professionele vaardigheden (noodzakelijk voor het creëren van IT-diensten en -middelen) en aanvullende vaardigheden die een combinatie vormen van de eerste twee. Bijvoorbeeld het gebruik van sociale netwerken en andere digitale communicatiemiddelen voor werk (Abrosimova, 2020). Wanneer een organisatie over gaat tot digitalisering dan houdt dat het proces in van de overgang naar nieuwe methoden van een bedrijfsproces naar informatietechnologie. Dit proces is een transformatie waarbij het digitale systeem de hoofdrol heeft. Om deze transformatie goed te laten verlopen is er een aantal vereisten nodig. Als eerst dient de organisatie ervoor te zorgen dat eindgebruikers ervaring opdoen met het gebruik van de nieuwe technologie. Een ander vereisten is dat de organisatie de voordelen van de nieuwe technologie vindt en de risico's beoordeelt. Daarnaast vereist het ook van de eindgebruikers bereidwilligheid. Ook dienen er bedrijfsmiddelen aanwezig te zijn om de eindgebruikers bij te staan. En tot slot is er een informatiesysteem nodig wat aansluit op de wensen van de organisatie en de eindgebruikers om de transformatie te doen slagen (Abrosimova, 2020). 20% van de Nederlandse bevolking boven de twaalf jaar heeft beperkte digitale vaardigheden (Pharos, 2024). Er is bekend dat ongeveer 300.000 Nederlanders tussen de 16 en 65 jaar nooit een computer gebruiken en kampen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Van Velzen, 2018). Gezondheidsvaardigheden zijn van belang bij de ontwikkeling van digitale vaardigheden. De kans op het hebben van beperkte digitale vaardigheden is bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden drie keer groter dan bij mensen zonder beperkte gezondheidsvaardigheden (Van Velzen, 2018).

2.8 Toegankelijkheid digitale medische formulieren

Het onderzoek van Summers en Langford (2006) richtte zich op hoe gebruikers met beperkte digitale vaardigheden reageren op medische formulieren op gezondheidssites. Ze ontdekten dat deelnemers moeite hadden met het registreren op sites die unieke gebruikersnamen vereisten en dat formulieren zonder rechtlijnig pad (de lijn waar iemand op kan schrijven of typen) door de inhoud verwarring veroorzaakten. Websites met een voortgangsindicator motiveerden deelnemers om door te gaan, maar navigatieproblemen ontstonden wanneer ze konden terug en vooruit navigeren zonder te weten waar ze waren gebleven. Lange instructies en onbekende vaktaal leidden tot het overslaan van belangrijke informatie. De lengte van selectievakjes en keuzerondjes werd als problematisch ervaren, en deelnemers voelden zich soms misleid om zich aan te melden voor ongewenste diensten. De verwerking van diagnostische toolresultaten veroorzaakte problemen, vooral wanneer gepresenteerd in pop-ups of aan het einde van een lange pagina. Duidelijke koptitels en pagina-onafhankelijke inhoud werden benadrukt om misinterpretaties te voorkomen (Summers & Langford, 2006). Ook toonde het onderzoek aan dat gebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden moeite hebben met het focussen op aanwijzingen voor volgende vragen (Summers & Langford, 2006). Dit leidt tot een beperkt gezichtsveld tijdens het invullen van formulieren. Duidelijke koptitels en de onafhankelijkheid van pagina's werden benadrukt als cruciale ontwerpelementen om verwarring te voorkomen bij gebruikers met beperkte digitale vaardigheden. Dit onderzoek benadrukt het belang van gebruiksvriendelijke ontwerpen van medische formulieren om de toegankelijkheid en bruikbaarheid te verbeteren voor gebruikers met beperkte digitale vaardigheden.

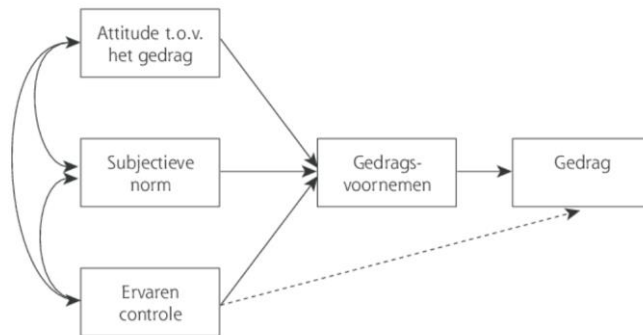
2.9 TAM-Model

Om deze bereidheid tot het accepteren van eHealth-toepassingen te onderzoeken wordt veelal het Technology Acceptance Model (TAM) van Fred Davis (1985) gebruikt. Het TAM-model is een bekend model dat veel gebruikt wordt. De theorie van het model gaat in op de houding van een persoon ten opzichte van technologieën. Het belangrijkste doel van het model is inzicht te krijgen in de acceptatie van mensen bij het implementeren van nieuwe technologie. Zo konden mensen middels de theorie van het TAM-model voorafgaand geïnformeerd worden hoe zij zich konden voorbereiden op nieuwe technologie. Het model is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action (TRA). Deze theorie is ontwikkeld door Ajzen (1991). De TRA-theorie werd gebruikt om de attitude van mensen op basis van persoonlijke overtuigingen en gedragingen op een groot aantal gebieden te voorspellen. Zo stelt de TRA-theorie dat men bepaald gedrag zal vertonen als men denkt dat het een bepaald positief resultaat op zal leveren (Compeau & Higgins, 1995).

In 1991 ontwikkelde psycholoog Icek Ajzen een uitbreiding op deze TRA-theorie; de Theory of Planned Behaviour (TPB). Een belangrijke factor voor het succesvol integreren van een eHealth-toepassing in iemands leven is de mate waarin deze overeenkomt met iemands houding. Volgens Ajzen (1991) kan het gedrag van een persoon worden voorspeld door te kijken naar de intentie. Hoe sterker de intentie is om een bepaald gedrag te vertonen, des te groter is de kans dat dit gedrag

daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Deze intentie wordt beïnvloed door drie hoofdaspecten: 1. De attitude, 2. De subjectieve norm, en 3. De waargenomen gedragscontrole. De TPB-theorie is een uitbreiding op de TRA-theorie vanwege de aanvulling van de aspecten subjectieve norm en de gedragscontrole. De TPB-theorie wordt vaak gebruikt om het gedrag van een individu te voorspellen en te verklaren in een specifieke situatie. Zie Figuur 2 voor een overzicht van de TPB-theorie.

Figuur 2. Theory of Planned Behaviour



(Ajzen, 1991)

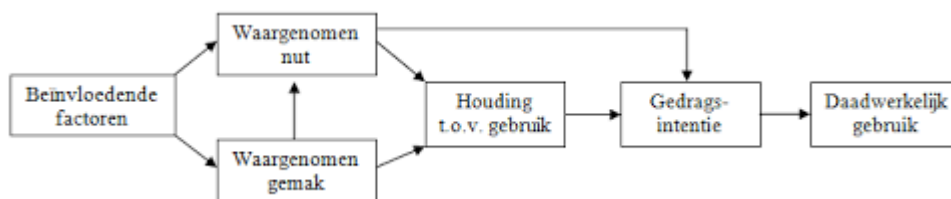
Volgens de theorie wordt de intentie van een individu beïnvloed door de attitude. Dit gebeurt aan de hand van de houding van iemand ten opzichte van bepaald gedrag. Zo kan er gesteld worden dat een positieve houding er eerder voor zorgt dat er gewenst gedrag vertoond wordt. Uit onderzoek blijkt dan ook dat een positieve houding tegenover iemands gezondheid ervoor kan zorgen dat iemand meer gemotiveerd is om een leefstijl succesvol te veranderen (Talboom-Kamp et al., 2020). De attitude van iemand wordt ook beïnvloed door baten en lasten waar men mee te maken heeft. De lasten kunnen zorgen voor een drempel om bepaald gedrag te vertonen. Dit is afhankelijk van het feit of de resultaten van het gewenste gedrag meer waard is dan de lasten (Verhallen & Pieters, 1984). Het tweede aspect wat de intentie beïnvloed is de subjectieve norm. Ajzen (1991) verwijst hiernaar hetgeen wat volgens anderen gewenst gedrag is. Hiermee wordt de maatschappij bedoeld. Wanneer er bepaald gedrag vertoond wordt en dit de norm is, dan is de kans groot dat een ander persoon dezelfde soort gedragingen zal vertonen (Ajzen, 1991). Ook wordt de intentie beïnvloed door de waargenomen gedragscontrole. Dit houdt in: de vaardigheden, de middelen en de kansen waar iemand over beschikt en die nodig zijn om bepaald gedrag te kunnen vertonen. Hier zijn de omgevingsfactoren van toepassing. Volgens Davis (1989) kan het gedrag dat men vertoont tegenover bepaalde technologie, verklaard worden door te kijken naar “waargenomen nut” en het “waargenomen gebruiksgemak” van de eindgebruiker. Het waargenomen nut verwijst bijvoorbeeld naar de overtuiging die iemand heeft op dat de technologie iemands prestaties zal verbeteren. Dit betreft het voordeel dat iemand inziet van de technologie. Het waargenomen gebruiksgemak betreft de overtuiging die iemand heeft in hoeverre de technologie gebruiksvriendelijk is. Dit staat los van het feit of dit daadwerkelijk zo is want het gaat hier om de overtuiging die iemand heeft. Het waargenomen gebruiksgemak beïnvloedt het waargenomen nut. Dit vanwege het feit dat wanneer iemand overtuigd is dat de technologie gebruiksvriendelijk is, dit er vaak ook voor zorgt dat iemand wel of niet overtuigd is dat de

technologie van toegevoegde nut is (Davis, 1989). Deze positieve houding kan er eerder toe leiden dat er intentie is om dit gedrag uit te voeren. De intentie kan er uiteindelijk toe leiden dat het laat zien in hoeverre de technologie wordt geaccepteerd.

Er zijn meerdere verschillende uitbreidingen gedaan op het TAM-model. Hieruit is ook te herleiden in hoeverre de aspecten kunnen worden toegepast op de acceptatie van eHealth technologie toepassingen (Kalayou et al., 2020).

Zo is er uit onderzoek gebleken dat het waargenomen nut in combinatie met het gebruiksgemak en de houding tegenover eHealth toepassingen, van invloed is op de intentie om bepaalde technologie te gaan gebruiken. Er is een verband tussen de intentie van gedrag, ook wel behavioral intention genoemd, en het uiteindelijke daadwerkelijke systeem gebruik. Hierdoor is de intentie van het gedrag goed te verbinden aan het gebruik van bepaalde technologie (Davis, 1989). Door de duidelijke aspecten en factoren van het TAM-Model zoals te zien in Figuur 3, is het model sterk in het gebruik van analyseren. Hierdoor kan het model ingezet worden voor de analyse op digitale triage voor de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Figuur 3. Technology Acceptance Model



(Davis, 1989)

2.10 Acceptatie technologie gebruik gezondheidszorg

Belangrijke factoren die de acceptatie van eHealth door oudere gebruikers beïnvloeden, kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdcategorieën: de relatie tussen de gebruiker en de technologie, dienstverlenende omgeving en andere relevante factoren. De eerste categorie omvat de ervaring van de gebruiker met technologie, hun houding ten opzichte van technologie, gezondheidstoestand en psychologische factoren, zoals angst of vertrouwen in nieuwe technologieën. De dienstverlenende omgeving categorie richt zich op aspecten zoals de mate van ondersteuning voor gebruik, beschikbare training en technische ondersteuning, en hoe de gebruiker de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de technologie waarneemt. Tot slot speelt de intentie tot gebruik een belangrijke rol. Dit is van invloed op de acceptatie en naleving van gebruik. Begrip en aanpak van genoemde factoren zijn van belang voor het ontwikkelen van eHealth die niet alleen gebruiksvriendelijk is, maar ook effectief en toegankelijk voor oudere volwassenen (Yu et al., 2022). Uit het onderzoek van Wilson (2004) blijkt ook dat de factoren intrinsieke motivatie en waargenomen gebruiksgemak belangrijke factoren zijn voor acceptatie van eHealth. Er werden in dit onderzoek

verschillende theoretische modellen onderzocht van informatietechnologie acceptatie waarbij intrinsieke motivatie en waargenomen gebruiksgemak werden getest om het gedragsvoornemen van patiënten om eHealth te gebruiken te begrijpen. Hieruit blijkt dat als interne motivatie aanwezig is dat mensen er sneller toe in staat zijn om de technologie te omarmen en de voordelen ervan voor hun gezondheidsbehoeften in te zien. Daarnaast is het waargenomen gebruiksgemak van de eHealth-toepassing van essentieel belang voor mensen. Als mensen het als eenvoudig te gebruiken en eenvoudig te navigeren ervaren, zijn ze eerder geneigd de technologie eigen te maken voor het beheer van hun gezondheid. Om de acceptatie en betrokkenheid van patiënten bij door de zorgverlener geleverde eHealth toepassingen te vergroten, dienen zorgaanbieders volgens Wilson (2004) zich te richten op het ontwerpen van gebruiksvriendelijke e-gezondheidsapplicaties die zowel de intrinsieke motivatie van patiënten aanspreken door waardevolle inhoud te bieden als gemakkelijk te navigeren zijn (Wilson, 2004).

3. Methode

3.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek beoogt nieuwe inzichten toe te voegen aan bestaande theorieën over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Uit de voorafgaande literatuurstudie werd duidelijk dat het perspectief van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden met betrekking tot eHealth nog onderbelicht is gebleven. Dit vormde de aanleiding voor een verkennend kwalitatief onderzoek dat gericht is op het ontwikkelen van nieuwe theoretische inzichten. Dit onderzoek volgt een inductieve benadering, waarbij via empirisch onderzoek gepoogd wordt om nieuwe perspectieven te verkrijgen over de leefwereld van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Tegelijkertijd is er gebruik gemaakt van bestaande theorieën om het gedrag van de doelgroep ten aanzien van bepaalde vormen van eHealth te verklaren. De toegepaste onderzoeksstrategie is de grounded theory benadering, die tot doel heeft een theorie te formuleren die het onderzochte fenomeen verklaart. De literatuurstudie resulteerde in een aantal concepten, ook wel sensitizing concepts genoemd, die als focus dienden voor het empirisch onderzoek (Van Thiel, 2021). De theoretische basis van dit onderzoek is het TAM-model van Fred Davis (1989) (zie Figuur 3). Hierdoor had het onderzoek een deels deductief karakter. Deductief onderzoek wordt uitgevoerd wanneer bestaande theorieën als uitgangspunt worden genomen en vervolgens worden getoetst in de praktijk. In dit geval zijn er geen specifieke hypothesen opgesteld, maar diende het TAM-model als leidraad voor het empirisch onderzoek (Van Thiel, 2021). De kernvraag van dit onderzoek is benaderd vanuit een interpretatieve invalshoek, waarbij wordt erkend dat er meerdere perspectieven op de realiteit bestaan en dat er niet één absolute waarheid is. In dit onderzoek zijn specifiek de perspectieven van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden onderzocht. Om de onderzoekssituatie volledig te begrijpen, is een holistische benadering toegepast, waarbij de gehele context, inclusief percepties over gezondheid, gezondheidszorg en eHealth in het algemeen, in beschouwing is genomen (Van Thiel, 2021). Op basis van zowel de bevindingen uit de literatuurstudie als het empirisch onderzoek is een geïntegreerd raamwerk ontwikkeld. Dit raamwerk

biedt een vereenvoudigde weergave van de factoren die de houding ten opzichte van eHealth en het daaropvolgende gedrag van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen verklaren. Dit onderzoek streeft ernaar om de belangrijkste elementen te identificeren die een rol spelen in de acceptatie van eHealth door deze doelgroep.

3.2 Dataverzameling

Dit onderzoek heeft als doel de perspectieven van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en zorgprofessionals te onderzoeken, waarvoor een casestudy is uitgevoerd. Een casestudy wordt gekenmerkt door onderzoek in een natuurlijke setting. Ook beoogt een casestudy een maatschappelijke meerwaarde te bieden door een specifieke casus in de praktijk grondig te onderzoeken en potentiële uitdagingen te identificeren. Deze benadering sluit dus goed aan bij de doelstellingen van dit onderzoek (Van Thiel, 2021). In dit onderzoek worden de dataverzamelmethode literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en focusgroepen toegepast. Het literatuuronderzoek wordt gebruikt om relevante informatie te verzamelen ter ondersteuning van het onderzoek en om specifieke beweringen te onderbouwen (Verhoeven, 2022). Verschillende zoeksystemen, zoals Google Scholar, LibSearch en Google, zijn gebruikt in combinatie met zoektermen als "health literacy", "digital triage" en "werkdruk huisartsenzorg" om toegang te verkrijgen tot diverse wetenschappelijke bronnen die vervolgens zijn opgenomen in het theoretisch kader.

Naast het literatuuronderzoek zijn semigestructureerde interviews uitgevoerd om gedetailleerde informatie te verzamelen. Het werven van respondenten is ter ondersteuning in samenwerking met de organisatie Pharos gedaan. Pharos is een landelijk expertisecentrum dat door middel van onderzoek en kennisverzameling, bijdragen aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen in de maatschappij. Voordat een interview plaatsvond, kreeg iedere respondent een toestemmingsformulier (zie bijlage 1). Hierin werd gevraagd naar toestemming voor de deelname aan het onderzoek. Hierin stond ook opgenomen wat het doel van het onderzoek is en een uitleg over de procedure van het onderzoek. Verder staat op het toestemmingsformulier vermeld dat alle gegevens van de respondenten in anonimiteit verwerkt worden. Ook staat hierin vermeld dat de gesprekken worden opgenomen en na verwerking worden verwijderd. De respondenten met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een het toestemmingsformulier ontvangen (zie bijlage 2) samen met een informatiebrief (zie bijlage 3) in begrijpelijke woorden voor deze doelgroep. Een toestemmingsformulier is een belangrijk onderdeel van een bestuurskundig onderzoek, omdat dit volgens Bryman (2016) onderdeel is van ethisch handelen. Bijna alle interviews hebben digitaal plaatsgevonden op verzoek van de respondenten. Er hebben twee interviews schriftelijk plaatsgevonden per e-mail. De interviews begonnen met een introductie van de onderzoeker en het onderzoek, gevolgd door een verzoek aan de geïnterviewden om zichzelf voor te stellen. Vervolgens werden de interviewvragen gesteld volgens de vooraf bepaalde topiclijst. Open vragen werden

gebruikt om te voorkomen dat de geïnterviewde in een bepaalde richting werd gestuurd (Bryman, 2012). Ook hebben er twee focusgroep-interviews plaatsgevonden. Hierbij was de eerste focusgroep met vijf respondenten met beperkte gezondheidsvaardigheden. De tweede focusgroep was een mix van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en directe naasten van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Aan de tweede focusgroep-interview hebben negen respondenten deelgenomen. De deelnemende respondenten van de focusgroepen zijn door Pharos geworven. De onderzoeker heeft hier geen invloed op gehad. Dit betroffen respondenten van stichtingen die bekend zijn met het deelnemen aan focusgroepen of interviews. De focusgroepen hebben fysiek plaatsgevonden. De eerste focusgroep heeft op het kantoor van Pharos plaatsgevonden en de tweede focusgroep bij Buurtcentrum Oase te Utrecht. Bij de focusgroepen is er op voorhand uitgebreide toelichting gegeven over het doel van het onderzoek en zijn de toestemmingsformulieren vervolgens getekend. Ook werd er op voorhand middels fotokaartjes een voorstelronde gedaan. Vervolgens zijn er voorbeelden van digitale triage laten zien aan de respondenten. Hierna zijn er vragen gesteld hierover aan de respondenten. Voor zowel de semigestructureerde digitale interviews als voor de focusgroepen geldt dat alle vragen zijn gebaseerd op de drie deelvragen en de verzamelde data zal leiden tot het beantwoorden van de hoofdvraag. Aan het einde van elk interview was er ruimte om aanvullende vragen te stellen en kregen de respondenten de gelegenheid om zelf vragen te stellen of aanvullende opmerkingen te maken. In Tabel 1 en Tabel 2 zijn overzichten opgenomen van de respondenten.

Tabel 1. Overzicht respondenten (professionals in de eerstelijnszorg/ leveranciers) semigestructureerde interviews

Respondent	Werk achtergrond
1	Huisarts & branchevereniging
2	Brancheorganisatie
3	Ondersteuningsorganisatie huisartsenzorg
4	Leverancier digitale triage
5	Huisartsencoöperatie
6	Leverancier digitale triage
7	Leverancier digitale triage
8	Landelijke huisartsencoöperatie
9	Brancheorganisatie

Tabel 2. Overzicht focusgroep-interviews respondenten met beperkte gezondheidsvaardigheden

Focusgroep	Respondent	Geslacht	Achtergrond
1	10	Man	Nederlands
1	11	Man	Nederlands
1	12	Man	Migratie
1	13	Vrouw	Migratie

1	14	Vrouw	Nederlands
2	15	Man	Migratie
2	16	Man	Migratie
2	17	Vrouw	Migratie
2	18	Vrouw	Migratie
2	19	Man	Migratie
2	20	Man	Migratie
2	21	Vrouw	Migratie
2	22	Vrouw	Migratie
2	23	Man	Migratie

3.3 Data-analyse

De semigestructureerde interviews en de focusgroep-interviews zijn opgenomen met toestemming van de respondenten via opnameapparatuur. De opnames werden getranscribeerd om ervoor te zorgen dat er geen relevante informatie verloren ging. Vervolgens werden de transcripties geanalyseerd en verwerkt met behulp van het programma Atlas.ti, een softwareprogramma dat het mogelijk maakt om lange teksten, zoals interviewtranscripties, te coderen. De transcripties werden geanalyseerd volgens het coderingsschema van Boeije (2005), dat bestaat uit de fasen van open, axiaal en selectief coderen. Open codering werd toegepast om informatie te reduceren en hanteerbaar te maken (Braun & Clarke, 2006). Axiale codering werd gebruikt om codes in categorieën in te delen, waardoor hoofd- en bijzaken van elkaar werden gescheiden en er meer overzicht ontstond in de transcripties (Braun & Clarke, 2006). Selectieve codering diende om verdere structuur aan te brengen in de verzameling hoofd- en bijzaken (Boeije, 2005).

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Het evalueren van een kwalitatief onderzoek draait om het beoordelen van de betrouwbaarheid en validiteit (Bryman, 2016). Lincoln en Guba (1986) suggereren dat deze aspecten kunnen worden onderverdeeld in interne validiteit, externe validiteit en geloofwaardigheid. Interne validiteit houdt in dat het onderzoek daadwerkelijk meet wat het beweert te meten, en dat de conclusies worden gestaafd door de resultaten (Bryman, 2012). Om de interne validiteit van dit onderzoek te verzekeren, heeft de onderzoeker verschillende onderzoeksmethoden toegepast: interviews, focusgroepen en literatuuronderzoek. Het samenvoegen en vergelijken van diverse datasets draagt bij aan een uitgebreider en nauwkeuriger begrip van een concept (Boeije, 2005). Bovendien helpt dit om verschillende perspectieven in te nemen en potentiële blinde vlekken te vermijden, wat de geloofwaardigheid van het onderzoek ten goede komt. Externe validiteit houdt in dat de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn (Bryman, 2012). Voor het huidige onderzoek kan de generaliseerbaarheid niet gewaarborgd worden. Het aantal respondenten dat heeft deelgenomen aan het onderzoek zijn onvoldoende om conclusies van het onderzoek te generaliseren.

Om ervoor te zorgen dat de resultaten maximaal overdraagbaar zijn, heeft de onderzoeker het onderzoeksproces gedetailleerd beschreven en een overzicht van de respondenten in Tabel 2 opgenomen. Ook zijn de topiclijsten van de interviews in bijlage 4 opgenomen. De intersubjectiviteit van het onderzoek heeft betrekking op de mate waarin de rol van de onderzoeker invloed kan hebben op de onderzoeksresultaten (Lincoln & Guba, 1986). Er bestaat een kans dat de persoonlijke ervaringen van de onderzoeker bepaalde interpretaties hebben beïnvloed. De subjectieve interpretatie van de onderzoeker kan mogelijk vooroordelen hebben geïntroduceerd en de geloofwaardigheid van het onderzoek hebben aangetast. Om deze reden is er geprobeerd om de geloofwaardigheid van het onderzoek te waarborgen door middel van verschillende onderzoeksmethoden te gebruiken. Het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden draagt bij aan een gedetailleerde verslaglegging en fungeert als een controlemechanisme, omdat de onderzoeker op deze manier kan nagaan of de bevindingen consistent zijn bij gebruik van andere onderzoeksmethoden (Boeije, 2005). Bovendien is er bij het beschrijven van de bevindingen veelvuldig verwezen naar uitspraken uit de gesprekken met de respondenten. Dit aspect versterkt het huidige onderzoek omdat het vertekening tegengaat; de lezer krijgt hierdoor inzicht in de interpretaties van de onderzoeker aan de hand van de woorden van de respondenten.

3.5 Ethische overwegingen

Dit onderzoek is goedgekeurd door FSW Research Ethics Review Commissie van de Vrije Universiteit Amsterdam. De doelgroep van dit onderzoek heeft over het algemeen een kwetsbare positie in de maatschappij. Om de impact van emotionele en ethische uitdagingen, zoals gevoelens van stigmatisering en angst voor onderzoek, te beperken, heeft de onderzoeker de focusgroepen fysiek laten plaatsvinden in een vertrouwde omgeving. De respondenten van de eerste focusgroep zijn vaak bij Pharos op kantoor geweest en kende de omgeving goed. De tweede focusgroep heeft plaatsgevonden in een omgeving waarbij de respondenten wekelijks al langere tijd samenkomen waardoor dit ook een vertrouwde omgeving vormde. Voorafgaand de focusgroepen en de semigestructureerde interviews is er uitgebreid toelichting gegeven over het doel van het onderzoek en wat er verwacht werd van het gesprek. Ook is er aan elke deelnemer gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Vanwege de doelgroep van de focusgroepen is er voor deze deelnemers gebruik gemaakt van een bestaande format dat door Pharos wordt aangeboden. Dit formulier is zo opgesteld dat het voor de onderzoekspopulatie begrijpelijk is. Deze is opgenomen in de bijlage. De deelnemers werden geïnformeerd dat hun namen en identiteit anoniem bleef en hun deelname aan het onderzoek geheel vrijblijvend was. Ditzelfde geldt ook voor de afgenomen semigestructureerde interviews. In dit onderzoek is er geen membercheck uitgevoerd. Een membercheck biedt respondenten de gelegenheid om de onderzoeksresultaten te controleren en eventuele correcties aan te brengen indien nodig. Het uitvoeren van een membercheck is een methode om de betrouwbaarheid te versterken. De beslissing om geen membercheck uit te voeren is genomen vanwege de planning van het onderzoek.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gedeeld van het onderzoek. De resultaten worden besproken aan de hand van een aantal thema's met bijbehorende sub-thema's. Thema 1 gaat over de percepties van de zorgprofessionals en thema 2 gaat in op de percepties van de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Alle resultaten worden geïllustreerd aan de hand van fragmenten uit de interviews.

4.1 Percepties zorgprofessionals

4.1.1 Aanleiding inzet digitale triage

In de interviews is er gevraagd aan professionals wat de reden is dat zij digitale triage (willen) inzetten. Uit alle gesprekken kwam hetzelfde naar voren; vanwege een te kort aan personeel wordt er een enorme werkdruk ervaren bij de triagisten in de huisartsenzorg en door de doktersassistenten. Digitale triage is een van de manieren die als oplossing hiervoor wordt gezien door de professionals om deze druk te verlagen. Eén respondent benoemde dat de coronapandemie hier ook een rol in heeft gespeeld.

Zo benoemde respondent 3 (ondersteuningsorganisatie huisartsenzorg): *“Corona heeft denk ik wel echt hierin een mooie start gemaakt en een boost gegeven omdat alles ineens toen digitaal moest”*.

Er is sinds de coronapandemie steeds meer vraag naar digitale mogelijkheden die als oplossing kunnen fungeren om de ervaren werkdruk te verlagen. Meerdere professionals hebben ook vaker benoemd dat zij digitale triage in (willen) zetten met als doel om de zogeheten u4 en u5 urgentievragen af te vangen. Dit om meer tijd over te houden voor de u1, u2 en u3 urgentievragen waarbij patiënten daadwerkelijk fysiek gezien moeten worden door een arts. Bij een u4 en u5 urgentievraag is er namelijk in de eerste instantie sprake van zelfhulpadvies.

4.1.2 Ervaringen toegankelijkheid zorgprofessionals

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre zij ervaren dat de digitale triage toegankelijk is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Respondenten 1, 2, 3, 5 en 9 gaven allemaal aan dat de huidige digitale triage niet toegankelijk is voor deze doelgroep. Respondenten 1 en 9 gaven aan dat hoe de huidige digitale triage eruitziet, dit te gedetailleerd en te tekstueel is. Hierdoor ontstaat dat deze doelgroep snel afhaakt. Hierbij voegde respondent 9 toe:

“Je moet niet one size fits all willen, want dat is ook nooit hoe zorg werkt volgens mij?”

Hier sluit het antwoord van respondent 3 aan omdat zij als ondersteuningsorganisatie de huidige digitale triage nog als te onpersoonlijk ervaren voor deze doelgroep. Respondent 2 gaf het volgende aan over de doelgroep:

“Niet toegankelijk. Volgens mij doen de meeste posten en praktijken digitale triage voor de mensen die dit kunnen die zelfredzaam zijn, die zelf kunnen inschatten. Daar zetten ze op in. Omdat dat ook één grote groep is, omdat je dan in elk geval iets van aantallen krijgt, waardoor je al een deel afvangt. En dan gaan ze ervan uit dat ze dus tijd overhouden voor de mensen die dat niet kunnen”.

Respondent 5 stond hier anders in voor de praktijken die onder hun branchevereniging vallen:

“Als we nu naar de huidige oplossing kijken [...] dan is deze oplossing niet geschikt voor de patiëntenpopulatie in Nederland [...] maar we gaan op termijn echt wel naar verbetering toewerken ... en vinden wij het natuurlijk wel belangrijk dat we iedereen gaan meekrijgen”.

Respondent 8 (landelijke huisartsen coöperatie) gaf aan dat er momenteel nog onvoldoende informatie hierover bij hen bekend is en dat zij meer onderzoek willen doen naar de toegankelijkheid. Dit om in de toekomst meer bewustzijn te kunnen creëren bij alle zorgprofessionals in de huisartsenzorg. Zij stimuleren momenteel wel al alle praktijken om passende en persoonlijke zorg te leveren en dit systematisch te monitoren en te evalueren.

4.1.3 Ervaringen toegankelijkheid leveranciers

Voor dit onderzoek is er met drie leveranciers gesproken van drie veelgebruikte digitale triage instrumenten. Respondenten 4, 6 en 7 hebben alle drie aangegeven dat zij op verschillende manieren de toegankelijkheid van de digitale triage instrumenten proberen te waarborgen. Alleen leverancier 6 is van mening dat digitale triage blijvend ongeschikt is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Alle drie de respondenten hebben aangegeven dat de vragen op taalniveau B1 zijn geschreven voor de toegankelijkheid. Respondent 6 geeft aan dat zij bewust met afbeeldingen en kleuren werken ter verduidelijking waar nodig;

“De Spoed knop is altijd in het rood weergegeven en succesvolle acties worden bevestigd met groene meldingen”.

Ondanks het taalniveau, de afbeeldingen en de kleuren geeft respondent 6 met betrekking tot de toegankelijkheid ook aan:

“Analfabeten kunnen we helaas niet helpen via deze weg. Maar door een grote groep digitaal efficiënter te kunnen helpen via onze digitale triage instrumenten is er minder wachttijd aan de telefoon en meer tijd beschikbaar om de niet-digitaal vaardigen en de groep analfabeten telefonisch te

helpen. Juist door onze tools is de telefoonlijn beschikbaar voor mensen die digitaal niet vaardig genoeg zijn!”.

De leverancier respondent 7 gaf het volgende aan:

“De manieren waarop wij onze digitale triage beschikbaar hebben gemaakt voor een brede doelgroep met beperkte gezondheidsvaardigheden is door onze website, incl. de zelftriage widget, en onze mobiele (native) app te laten toetsen door stichting Accessibility op digitale toegankelijkheid conform de WCAG 2.1. Hiervoor hebben wij het e.e.a. aan moeten passen aan de techniek van de site, widget en app om hieraan te voldoen”.

Naast het taalniveau aanpassen heeft deze respondent aangegeven dat zij toegankelijkheid proberen te verschaffen door het instrument in verschillende talen (2+) aan te bieden.

4.1.4 Betrouwbaarheid van digitale triage

Het thema betrouwbaarheid is in bijna alle interviews met de zorgprofessionals naar voren gekomen ondanks dat hier niet expliciet naar is gevraagd. Dit nam verschillende vormen aan. Bij sommige interviews werden de twijfels over het aanbod van de huidige digitale triage markt uitgesproken. Zo gaf respondent 1 (huisarts & branchevereniging) aan:

“De ontwikkeling gaat best wel snel, hierdoor is het product nu dit en dan straks weer dat waardoor we gaan twijfelen of we het op dit moment optimaal vinden”.

En respondent 2 (brancheorganisatie) gaf ook aan dat er twijfels heersen in welk digitale triage instrument het meest optimaal zal zijn in gebruik voor zowel de zorgverleners als patiënten:

“En posten weten het ook niet zo goed, hè? Ze weten ook niet zo goed wat ze moeten kiezen. Ze horen van de burens dat daar dit gebruikt wordt. Nou, laten we dat dan ook maar doen, of daar heb je goede ervaringen mee of een goed verhaal over gehoord”.

Een andere vorm waarbij het thema betrouwbaarheid in terugkwam is de twijfels die professionals hadden over de digitale triage vorm waarbij kunstmatige intelligentie aan te pas komt. Zo werd er aangegeven dat zorgprofessionals er nog onvoldoende vertrouwen in hebben als een systeem medisch advies gaat geven. Respondenten 4 (leverancier digitale triage) en 5 (huisartsen coöperatie) gaven aan dat ondanks er op advies van kunstmatige intelligentie een zelfzorgadvies wordt verstuurd, je zelf de regie moet houden en niet eindeloze adviezen kan versturen;

“Dit is een kwetsbare patiënt. Dit is bijvoorbeeld meneer of mevrouw die al 85 is. Die alleen woont. Ja. Die wil ik toch even zien. Terwijl het gewoon een U5 vraag is. Daar zit toch wel een afhankelijkheid. Want stel je doet daar niks mee, dan weet je die U5 wordt over drie weken een U1”.

Er waren ook respondent professionals die de betrouwbaarheid in twijfel trokken over de gehele toepassing van digitale triage als oplossing zijnde. Zo gaf respondent 3 (ondersteuningsorganisatie zorg) aan:

“Hoe dan ook, we moeten wat met die digitale triage gaan doen, want we moeten dingen gaan bedenken om het beter te doen. Alleen tegelijkertijd is er ook angst om het toe te passen omdat je dus bang bent dat we mensen gaan missen. Dat we sommige mensen niet helpen omdat zij ergens een barrière voelen of omdat zij niet goed weten wat ze ergens op moeten antwoorden en dan bang zijn een verkeerd antwoord te geven”.

En vertelde respondent 9 (brancheorganisatie) dat zij regionaal een discussie voeren over de angst dat het probleem van personeelstekort verschoven wordt in plaats van wordt weggenomen als digitale triage wordt ingezet.

4.1.5 Communicatie

Aan de respondenten is gevraagd op welke wijze er naar patiënten is gecommuniceerd over de inzet van digitale triage. Dit is voornamelijk gecommuniceerd middels een korte tekst met een uitleg op de website te plaatsen van de huisartsenpraktijk of huisartsenpost. Daarnaast waren er 2 respondenten die hebben aangegeven dat zij ook hun patiënten per e-mail en social media op de hoogte hebben gebracht van de digitale triage. Hiermee is getracht om het gebruiken ervan te stimuleren. Ook is er aan de respondenten gevraagd of zij eventueel bepaalde ondersteuning of uitleg bieden over de digitale triage. Bijna alle respondenten gaven aan dat er uitleg geboden wordt op de website met behulp van eventuele filmpjes van de leveranciers. Respondent 3 gaf aan:

“Ik denk dat dat heel erg afhangt van de praktijk zelf en wij als ondersteuningsorganisatie proberen dat wel te stimuleren tot waar we kunnen. Dus bijvoorbeeld we hebben nu ook digicoaches opgeleid binnen de praktijken die beschikbaar zijn voor ondersteuning”.

En respondent 5 vertelde dat zij voor hun praktijken in de gehele regio een samenwerking hebben met de “Digituin” ter ondersteuning:

“Dus voor patiënten die dit wellicht niet zelf zouden kunnen bedienen, hebben we een verwijzing kunnen maken naar de Digituin”.

4.1.6 Telefonische bereikbaarheid

Aan de respondenten is gevraagd hoe zij denken over de telefonische bereikbaarheid in combinatie met het inzetten van het digitale triage instrument. Alle respondenten gaven aan het belangrijk te vinden om telefonisch bereikbaar te blijven voor patiënten. De antwoorden verschilden in het aantal uur aan gewenste bereikbaarheid. Zo gaven respondenten 3 en 9 aan dat de huisartsenpraktijk de hele dag of een dagdeel bereikbaar zou moeten blijven. Respondent 5 (huisartsencoöperatie) gaf aan dat zij als huisartsen ernaar streven om zo min mogelijk uren telefonisch bereikbaar te zijn om de digitale triage te stimuleren;

“Wat ook meespeelt is dat er nog een te grote verplichting rust bij de praktijk om telefonisch bereikbaar te zijn [...] als je dit tot een succes wil maken [...] weet je, er is vanuit de NHG (branchevereniging) Praktijk Accreditering een bepaalde richtlijn dat je 4,5 uur per dag normaal telefonisch bereikbaar moet zijn. Ik vind dat op het moment dat je hiermee start, moet die tijd echt naar beneden kunnen. We kunnen dat niet gelijk naar nul terugbrengen. Maar, daar kun je natuurlijk wel aan denken. Ik ben bijvoorbeeld van 8 tot 10 telefonisch bereikbaar, en daarbuiten gaat de telefoon op slot behalve voor spoed uiteraard”.

Respondent 4 (leverancier) heeft ook aangegeven dat het van belang is om heel beperkt telefonisch bereikbaar te blijven om het gebruik van de digitale triage optimaal in te kunnen zetten.

4.2 Percepties doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

4.2.1 Ervaringen toegankelijkheid

Tijdens de focusgroepen is er aan de deelnemende respondenten gevraagd wat hun huidige ervaringen zijn met digitale triage. Alle veertien respondenten hebben aangegeven geen ervaring te hebben met digitale triage. Ook hadden zij er allemaal nog niet eerder van gehoord. Wel hadden zeven respondenten ervaring met digitale zorg of hier wel eerder van gehoord. Hierbij werd ter illustratie door de onderzoeker de voorbeelden; patiënten-portaal, e-consult en videobellen genoemd. De respondenten met ervaring vinden online zorg ingewikkeld. Zo werd er benoemd dat er moeite is met de veranderingen die continu plaatsvinden online. Respondent 13 gaf aan:

“Als er iets verandert dan weet ik het niet meer. Dan heb ik ook dat probleem met dat update. Elke keer vind je een paar dingen. Je leert wat waar. En dan zeggen ze update. Dan wordt alles veranderd. Dus na een update op je telefoon ziet het er ineens anders uit. En dan denk je waar zat ik nou? Dan durf ik het niet meer aan te raken. Dan ga ik iets verkeerd doen”.

En respondent 11:

“Weet u wat ik ook vervelend vind? Kijk ik heb thuis een computer. Maar op de telefoon zien we heel andere plaatjes. Het is niet hetzelfde. De telefoon is anders dan de computer. Ja je hebt een Apple

computer. Maar je hebt ook gewoon nog een ander soort computer. En Apple die heeft veel andere plaatjes als die”.

Een andere reactie met betrekking tot de huidige digitale ontwikkelingen werd door respondent 14 gegeven;

“Het is eigenlijk zonde van de tijd, als ze allerlei dingen gaan ontwikkelen. En naderhand moeten ze dan weer alles gaan veranderen. Dat is zonde van de tijd. Tijdens het ontwikkelen moeten al bijvoorbeeld taalambassadeurs meekijken. Ja, ga eerst kijken. Of andere mensen? Kunnen ze daarmee testen, dat ze zeker weten, dit begrijpen mensen wel of niet”.

4.2.2 Behoeftte aan toegankelijkheid

Zoals in de vorige paragraaf vermeld stond, hadden geen van de veertien respondenten ervaring met digitale triage. Er zijn vervolgens uitgebreid voorbeelden aan de respondenten getoond van twee bekende digitale triage vormen die al in de praktijk gebruikt worden. Hier zijn als resultaten zowel oordelen over digitale triage, als (praktische) behoeften uitgekomen. De getoonde digitale triage vonden geen van de respondenten toegankelijk. Zo werd er de vraag gesteld aan de respondenten wat zij ervan zouden vinden als een huisartsenpraktijk zou besluiten met digitale triage te gaan werken en beperkt telefonisch bereikbaar zouden zijn. Hier waren alle respondenten het erover eens dat ze dit niet fijn zouden vinden en het als onpersoonlijke zorg zouden ervaren;

“Nou, daar zou ik eigenlijk boos worden. Want daar pakken ze heel veel mensen mee [...] ze moeten altijd rekening houden. Dat er altijd zwakkeren in deze samenleving zijn [...] De telefoon is voor ons wel heel belangrijk. En niet de computer. Oké. Dus ja, telefoon kunnen bellen. Of ik zou naar de dokter toe zelf lopen. En dan hopen dat die open is. En dan loop ik naar de balie. Hopen dat die me zo kan helpen. Maar digitaal om dan echt alle dingen in te gaan toetsen. Dan zou ik ook zeggen van. Ho, ho. Zorg wel dat het eerst makkelijk is gemaakt”.

Een andere respondent gaf aan:

“Het lijkt erop dat we niet meer in contact met de mensen zijn. Het sociale gaat weg. Je voelt echt je bent in de hoek voor oudere mensen. Wij willen contact met de mensen, wij willen ook praten”.

Alle respondenten uit de tweede focusgroep waren het erover eens dat digitale triage voor deze doelgroep geen optie is en dat voldoende telefonische bereikbaarheid erg belangrijk is voor hen. Vijf respondenten gaven aan het aantal vragen te veel te vinden en hierdoor vroegtijdig af te haken. Hier werd wel aan toegevoegd dat dit afhankelijk is van hoe ingewikkeld de vragen zijn.

Aan alle respondenten werd er naar de behoeften gevraagd om te achterhalen hoe de digitale triage voor hun toegankelijker gemaakt kan worden indien ze het toch moeten gaan gebruiken. Hier zijn veel

praktische resultaten uitgekomen. Met de respondenten van de eerste focusgroep is er een oefening gedaan om te achterhalen welke behoeften zij het belangrijkst vinden. Gezamenlijk zijn alle behoeften genoteerd op een flipover en vervolgens hebben de respondenten allemaal 5 stickers per persoon gekregen om deze te plakken bij de behoefte die zij het belangrijkst vinden. Hierbij kon iemand ook meerdere stickers bij éénzelfde behoefte plakken. Dezelfde vraag is ook aan de tweede focusgroep gesteld maar alleen mondeling behandeld vanwege tijdsgebrek. Er zijn verschillende resultaten uit deze behoeften vraag gekomen. Alle respondenten hebben het meeste behoefte aan kortere en makkelijkere woorden/zinnen;

“Als je een zin hebt, begin niet met een moeilijk woord. Bouw een zin op. Begin je gelijk met een moeilijk woord. Als je gelijk al in één zin twee of drie moeilijke woorden zet, dan, dan gooi je het weer helemaal aan de kant”. Kijk voor een wond. Als je gevraagd had van, hoe ziet het eruit? Ziet het er rood uit? Of heeft u vocht? Dan denk ik, oké, het sluit aan bij wat de vraag is. Wat het probleem is. Ze zullen redenen hebben om dit te vragen. Prima. Het is hun vragenlijst. Maar ja, wij hebben een blote hoofd en denken er heel anders over. De vragen zijn nu niet te begrijpen”.

En

Weten zij wat een beenfractuur is? Dat is een geneeskundige term. Dat weten ze echt niet hoor, wat een beenfractuur is of wat een heupfractuur is. Als je zegt, is je been gebroken, dan weten ze dat misschien ook niet. Maar als je gaat zeggen een fractuur dit of een fractuur dat, dan begrijpen ze het al helemaal niet meer”.

Een voorleesfunctie bij iedere vraag en bepaald kleurgebruik zijn ook door meerdere respondenten benoemd. Zo waren alle respondenten van de eerste focusgroep erover eens dat er bewuster met de kleuren rood en groen gewerkt zou moeten worden;

“Ga maar met kleuren werken. Groen is doorgaan. En wij weten allemaal rood is ho. Niet op drukken. Zo kun je een heel makkelijk programma maken. Dan kan er een hele grote doelgroep toch doorheen komen”.

Tot slot waren er drie respondenten het erover eens dat er aan het begin van digitale triage, maar ook digitale zorg breder, een knop moet komen te staan waarbij iemand kan aanklikken of hij/zij moeite ervaart met lezen en/of schrijven. Dit zodat de persoon in kwestie bij wie het resultaat binnenkomt, hiervan op de hoogte is.

Aan de respondenten is ook de vraag gesteld wat voor ondersteuning zij nodig hebben om de digitale triage toegankelijker voor hen te kunnen maken. Hier zijn wisselende antwoorden op gekomen. Uit de reacties kwam vooral naar voren dat zij het van belang vinden dat iemand stapsgewijs persoonlijke uitleg krijgt hoe het werkt;

“Net of je met iemand boodschappen. Vertel. Vertel wat je moet doen. Klik daar op. Klik daar op”.

Ook werd er benoemd dat dit zowel vanuit een huisartsenpraktijk, de bibliotheek of vanuit een buurthuis zou kunnen, maar dat de voorkeur wel ligt om dit aan huis te ontvangen. Bijna alle respondenten hebben ook aangegeven het fijn te vinden om ondersteuning te ontvangen vanuit de persoonlijke omgeving. Uit eigen observatie is dit resultaat alleen benoemd door de respondenten met een migratie achtergrond. Alle respondenten uit focusgroep 2 gaven aan dat de voorkeur voor ondersteuning bij de directe omgeving ligt en niet via een onbekende partij. Zo benoemde een respondent (directe naaste van persoon met beperkte gezondheidsvaardigheden) uit focusgroep 2;

“Ze vragen het liever aan ons, de drempel is lager om het aan mij te vragen om hen daarbij te helpen, hun eigen kind. En als een kind dat doet dan is het natuurlijk veel beter want dan ligt het binnen de familie en de geheimen en noem maar op en dingen die je niet aan iedereen wilt vertellen”.

En ook in de eerste focusgroep benoemden beiden respondenten met een migratieachtergrond dat zij voor ondersteuning eerst naar hun kinderen of burens gaan. Respondent 12 (migratieachtergrond) benoemde ook dat hij soms met vragen naar het wijkteam gaat.

4.2.3 Betrouwbaarheid digitale triage respondenten focusgroepen

Aan de respondenten is niet expliciet gevraagd in hoeverre zij digitale triage betrouwbaar vinden. Wel is de betrouwbaarheid van digitale triage meermaals naar voren gekomen in de focusgroep-interviews. Vijf respondenten gaven aan dat zij weinig vertrouwen hebben in digitale triage vanwege de onbekendheid bij wie en waar hun persoonlijke informatie terecht komt. Zo werden er verschillende reacties gegeven door deze respondenten;

“Kijk, privé dingen, zeker met wat voor ziekte je hebt. Niet iedereen hoeft te weten dat je een ziekte hebt. Dat wil je ze niet vertrouwen”. En *“Je kunt wel overal vragen om hulp, maar je geeft ook heel veel privacy vrij. En in hoeverre zijn die mensen gescreend op veiligheid? Want je weet niet wie er zitten, je weet niet wat voor mensen het zijn”.*

5. Conclusie & Discussie

EHealth is momenteel in de gezondheidszorg niet meer weg te denken. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil het gebruik van deze digitale zorgtoepassingen dan ook stimuleren. Dit zou bijdragen aan de gezondheid van mensen en kan helpen om de zorg betaalbaar te houden (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Daarnaast kan het bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het vergroten van de zelfredzaamheid en het verbeteren van het welzijn van mensen (Dahler et al., 2016). Maar dan is de vraag; *is de toegankelijkheid en het gebruik van eHealth*

voor iedereen wel zo vanzelfsprekend? In dit onderzoek is er ingezoomd op de toegankelijkheid van het digitale triage instrument in de huisartsenzorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden wegens een gebrek aan onderzoek naar dit onderwerp. Hierbij is het hoofddoel om bij te dragen aan het vergroten van kennis van de inzet, het gebruik, de barrières en de wensen ten aanzien van digitale triage in de huisartsenpraktijk door mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit onderzoek heeft als doel de perspectieven van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en zorgprofessionals te onderzoeken, waarvoor een empirisch onderzoek is uitgevoerd. Dit is uitgevoerd door middel van de dataverzamelingmethoden; literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en het houden van focusgroepen. In dit hoofdstuk wordt er aan de hand van de resultaten antwoord gegeven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek; *"In hoeverre worden digitale triage instrumenten als toegankelijk gezien in de huisartsenzorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden door zowel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden als zorgprofessionals?"*. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan verdere onderzoeken, beleidsvorming en praktijkverbeteringen. Dit zodat eHealth inclusief en effectief is voor alle doelgroepen in de maatschappij.

5.1 Conclusie deelvragen

Om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek, wordt er in deze paragraaf eerst ingegaan op de drie deelvragen.

1. *Wat zijn de huidige percepties van professionals over digitale triage instrumenten in de huisartsenzorg?*

Digitale triage wordt door zorgprofessionals gezien als een oplossing om werkdruk in de huisartsenzorg tegen te gaan. Dit vooral voor u4 en u5 urgentievragen, zodat er meer tijd vrij komt voor andere vragen die fysieke consulten vereisen. Echter heerst er wel veel onduidelijkheid onder de zorgprofessionals vanwege de snel veranderende digitale triage-markt. Zorgprofessionals zijn te onwetend over welk instrument het meest optimaal en betrouwbaar is voor zowel de zorgverleners als de patiënten. Ook zijn er zorgen over de betrouwbaarheid van kunstmatige intelligentie in het geven van medisch advies. Menselijke regie blijft noodzakelijk. Zorgprofessionals vinden de huidige digitale triage niet toegankelijk voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. De huidige systemen zijn te gedetailleerd en te tekstueel, waardoor deze doelgroep snel afhaakt. Er is vanuit de meeste zorgprofessionals consensus dat digitale triage momenteel vooral nog gericht is op mensen zonder beperkte gezondheidsvaardigheden. Er zijn echter initiatieven en intenties om de toegankelijkheid te verbeteren en meer persoonlijke zorg te bieden, hoewel dit proces nog in ontwikkeling is en meer onderzoek nodig is om de toegankelijkheid voor deze doelgroep te kunnen waarborgen. Zorgprofessionals vinden het van belang dat telefonische bereikbaarheid blijft bestaan naast het gebruik van digitale triage. Echter varieerde de gewenste mate van de bereikbaarheid. Sommigen vinden dat huisartsenpraktijken de hele dag of een deel van de dag bereikbaar moeten blijven, terwijl

anderen pleiten voor een beperkte telefonische bereikbaarheid om digitale triage juist te stimuleren bij patiënten die dit kunnen gebruiken. Er is hierom bij een deel van de zorgprofessionals een streven om de telefonische uren te verminderen, bijvoorbeeld door slechts een paar uur per dag beschikbaar te zijn, met uitzondering voor spoedgevallen.

2. Wat wordt er gedaan om digitale triage instrumenten toegankelijk te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?

Leveranciers van digitale triage instrumenten proberen de toegankelijkheid van de digitale triage voor alle doelgroepen toegankelijk te maken. Dit voornamelijk middels het taalniveau B1 te gebruiken en door het gebruik van afbeeldingen en kleuren. Een beperkt aantal leveranciers zijn zich bewust dat digitale triage niet geschikt is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en willen middels digitale triage een bijdrage leveren door wachttijden te verkorten en de telefoonlijn vrij te houden voor mensen die niet digitaal vaardig zijn. Zorgprofessionals hebben de communicatie over de inzet van digitale triage voornamelijk laten verlopen middels een korte tekst met uitleg op de websites huisartsenpraktijken of -posten. Bijna alle praktijken bieden voor patiënten uitleg over digitale triage op hun websites, vaak met behulp van filmpjes van leveranciers. Er zijn ook initiatieven zoals digicoaches en samenwerkingen met ondersteunende organisaties om patiënten extra hulp te bieden bij het gebruik van digitale triage, echter is dit aantal beperkt en niet bij eenieder hoge prioriteit.

3. Wat zijn de percepties en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden over digitale triage instrumenten in de huisartsenzorg?

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden die bekend waren met digitale zorg ervaren moeite met voortdurende veranderingen en updates hiervan. Dit maakt deze doelgroep onzeker over het gebruik van de digitale zorg. Ook wordt er door ontwikkelaars/leveranciers te weinig getest met deze doelgroep om de bruikbaarheid van digitale zorgtoepassingen te garanderen. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden de huidige digitale triage instrumenten niet toegankelijk en willen het niet gebruiken. Beperkte telefonische bereikbaarheid in de huisartsenzorg en de overstap naar digitale triage zou onpersoonlijk aanvoelen en voor een deel van de doelgroep zelfs zorgwekkend. De vragen in de huidige digitale triage instrumenten wordt als ingewikkeld ervaren en soms als te veel. Dit ontmoedigde de doelgroep. Voor de toegankelijkheid van digitale triage is er behoefte aan veel meer eenvoudiger en kortere zinnen. Dit zou cruciaal zijn. Er is een sterke voorkeur voor duidelijke en simpele taal, vermijding van medische termen en afkortingen. Ook is er een voorkeur voor meer visuele hulpmiddelen zoals proactief kleurengebruik (rood voor stoppen, groen voor doorgaan) en een voorleesfunctie bij iedere vraag. Ook was er behoefte aan een knop in het digitale triage instrument waarbij de gebruikers kunnen aangeven of ze moeite hebben met lezen en schrijven.

Voor ondersteuning is er behoefte aan een stapsgewijze persoonlijke uitleg. Mogelijkheden hiervoor is dat deze ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk, bibliotheek, buurthuis, of het liefst thuis wordt gegeven. Uit eigen observatie blijkt dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden met een

migratieachtergrond de voorkeur geven aan persoonlijke ondersteuning van directe familie of bekenden, zoals kinderen of burens. Dit vanwege het gemak en vertrouwelijkheid. Bij zowel mensen met als zonder migratieachtergrond, heerst er lichte zorgen over de onbekendheid bij wie privégegevens terecht komt na het gebruiken van digitale triage. Omdat dit gezondheidskwesties betreft is er behoefte aan meer bekendheid over de beveiliging en screening van de mensen die toegang hebben tot deze informatie. Dit om meer vertrouwen te creëren in het digitale triage instrument.

5.2 Eindconclusie

Zorgprofessionals zien digitale triage als een manier om de werkdruk in de huisartsenzorg te verlichten. Dit voornamelijk voor minder urgente hulpvragen. Er zijn echter wel zorgen over de mate van betrouwbaarheid van kunstmatige intelligentie bij medisch advies. Hierdoor blijft menselijke regie noodzakelijk. De meeste zorgprofessionals zijn het erover eens dat de huidige digitale triage instrumenten niet voldoende toegankelijk zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden omdat de instrumenten te gedetailleerd en te tekstueel zijn. Dit sluit ook aan bij de percepties van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij hebben behoefte aan eenvoudigere en kortere zinnen, meer visuele hulpmiddelen en een voorleesfunctie. Ook heersen er zorgen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden over de betrouwbaarheid. Namelijk met betrekking tot de privacy en de beveiliging van de persoonsgegevens. Daarnaast vinden mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden de huidige digitale triage instrumenten ingewikkeld en onpersoonlijk. Hierom weigert merendeels het te gaan gebruiken. Indien het toch gebruikt dient te worden, dan wordt de voorkeur gegeven aan persoonlijke stapsgewijze ondersteuning hierbij. Momenteel is deze persoonlijke ondersteuning er niet voldoende. Er lopen al wel initiatieven om de toegankelijkheid te verbeteren voor deze doelgroep in samenwerkingen met diverse ondersteunende organisaties. Echter staat dit niet bij alle zorgprofessionals hoog op de prioriteitenlijst. Tot slot vinden zowel zorgprofessionals als mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden telefonische bereikbaarheid erg belangrijk, hoewel de meningen vanuit zorgprofessionals verschillen over de gewenste mate hiervan.

5.3 Discussie

Middels dit onderzoek is er een beter inzicht verkregen in de percepties van zorgprofessionals en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden over de toegankelijkheid van digitale triage voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook is er meer inzicht verkregen in de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden voor deze toegankelijkheid. Door deze inzichten is een beter begrip verkregen en kunnen er suggesties voor verbeteringen worden gedaan. In deze paragraaf worden verschillende bevindingen uit het onderzoek geïnterpreteerd en wordt er besproken hoe deze zich verhouden tot de bestaande theoretische inzichten.

Een bevinding uit de afgenomen interviews is dat zorgprofessionals en digitale triage leveranciers, digitale triage voornamelijk inzetten om niet urgente zorgvragen af te vangen. Dit omdat deze niet urgente gevallen mede oorzaak is van de ervaren werkdruk naar aanleiding van personeelstekorten binnen de huisartsenzorg. Dit sluit aan bij de literatuur uit het theoretisch kader van dit onderzoek. Volgens Hallam (1994) zijn de meeste consulten in de huisartsenzorg medisch niet urgent. Patiënten tonen namelijk een groeiende belangstelling voor veiligheid, zoeken naar geruststelling en zijn minder geneigd om te accepteren dat een kleine ziekte beperkt blijft tot beperkte symptomen. Onderzoek heeft aangetoond dat overmatige consulten de druk op de klinische resultaten beïnvloedt en essentiële zorgprocessen verstoort (Bernstein et al., 2008). In tegenstelling hierop blijkt uit het onderzoek van InEen (2017) dat de toegenomen complexiteit van de zorgvraag van de patiënt eveneens leidt tot een hogere werkdruk, omdat complexere zorgvragen minder goed planbaar zijn. Er is geen literatuur bekend over de bevinding dat digitale triage een hulpmiddel is om niet urgente zorgvragen af te vangen waardoor de werkdruk verlaagd wordt.

De bevinding dat digitale triage als niet toegankelijk wordt ervaren voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, is vrijwel niet terug te vinden in bestaande literatuur. Dit onderzoek is uniek daarin en hierdoor een aanvulling op het bestaande literatuurlandschap. De TRA-theorie uit het theoretisch kader van dit onderzoek, stelt dat men bepaald gedrag zal vertonen als men denkt dat het een bepaald positief resultaat op zal leveren (Compeau & Higgins, 1995). Volgens Ajzen (1991) kan het gedrag van een persoon worden voorspeld door te kijken naar de intentie. Hoe sterker de intentie is om een bepaald gedrag te vertonen, des te groter is de kans dat dit gedrag daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Deze intentie wordt onder anderen beïnvloed door de attitude. De attitude van iemand wordt ook beïnvloed door baten en lasten waar men mee te maken heeft. De lasten kunnen zorgen voor een drempel om bepaald gedrag te vertonen (Verhallen & Pieters, 1984). De last die mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, in dit geval beperkte digitale vaardigheden, ervaren weegt momenteel meer dan de baten die deze doelgroep haalt uit het invullen van de digitale triage. Hierdoor sluit deze theorie aan bij de conclusie dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden weigeren digitale triage te gebruiken wegens het ervaren gebrek aan toegankelijkheid. Dit sluit ook aan bij een ander aspect wat de intentie beïnvloed volgens de TRA-theorie; de waargenomen gedragscontrole. Dit zien we ook terug in het TAM-model waar de TRA-theorie op gebaseerd is. Doordat er sprake is van beperkte digitale vaardigheden beïnvloedt dit de intentie tot het gebruik van digitale triage. Davis (1989) geeft in zijn theorie weer dat het gedrag tegenover het accepteren van bepaalde technologie, verklaard kan worden door onder anderen te kijken naar het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak. In het TAM-model zien we terug dat dit van invloed is op de gedragsintentie en het uiteindelijke daadwerkelijke gebruik. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en zorgprofessionals zijn ervan overtuigd dat digitale triage niet voldoende toegankelijk is voor deze doelgroep, waardoor het waargenomen gebruiksgemak uit de theorie van Davis (1989) aansluit op de resultaten van dit onderzoek. Doordat het waargenomen gebruiksgemak invloed heeft op het waargenomen nut, is er in dit geval ook geen sprake van de overtuiging dat de

prestaties van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zullen verbeteren bij het gebruiken van digitale triage.

Ook is er in dit onderzoek de bevinding gedaan hoe digitale triage toegankelijker gemaakt kan worden voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo waren de meest voorkomende resultaten dat er behoefte aan meer eenvoudigere en korte zinnen, meer visuele hulpmiddelen en een voorleesfunctie. In het theoretisch kader is terug te vinden dat uit eerder onderzoek van Summers en Langford (2006) is gebleken dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kampten met lange zinnen en onbekende woorden. Dit heeft ervoor gezorgd dat men deze informatie oversloeg wat resulteerde in het missen van belangrijke informatie. Ook is er uit het onderzoek van Summers en Langford (2006) gebleken dat bij het invullen van een digitaal formulier de visuele onderdelen van belang zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo gaven zij aan dat duidelijke koptitels en de onafhankelijkheid van pagina's werden benadrukt als cruciale ontwerpelementen om verwarring te voorkomen bij gebruikers met beperkte digitale vaardigheden. Dit komt dus overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Er is beperkte bestaande literatuur gevonden over de behoefte naar een voorleesfunctie bij digitale zorgtoepassingen.

Er is ook een bevinding gedaan dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden de voorkeur geven aan persoonlijke stapsgewijze ondersteuning om digitale triage te kunnen gaan gebruiken. Het is van belang dat er ondersteuning geboden wordt dat aansluit op de wens van een eindgebruiker om ervoor te zorgen dat een transformatie naar in dit geval digitale triage, kan slagen (Abrosimova, 2020). Echter vereist het volgens Abrosimova (2020) ook van de eindgebruikers bereidwilligheid. En uit dit onderzoek blijkt dat die bereidwilligheid er momenteel (nog) niet is wegens het ontbreken van de toegankelijkheid voor deze doelgroep.

Tot slot is de bevinding gedaan dat zowel zorgprofessionals en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden het erover eens zijn dat telefonische bereikbaarheid belangrijk is in de huisartsenzorg. Hier is geen literatuur over gevonden. Digitale triage kan de kans bieden voor zorgprofessionals om telefonisch en fysiek meer tijd en aandacht te schenken aan kwetsbare doelgroepen in de maatschappij zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit kan als de mensen die wel voldoende gezondheidsvaardig zijn, efficiënt en effectief gebruik maken van de aangeboden digitale triage.

5.4 Beperkingen onderzoek & aanbevelingen vervolgonderzoek

In dit onderzoek is er sprake van enkele beperkingen geweest. Deze worden in deze paragraaf behandeld. Ook worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Er is met zes zorgprofessionals gesproken en drie digitale triage leveranciers. Ook is er met veertien mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gesproken. Deze aantallen zijn niet representatief voor de doelgroepen die voor dit onderzoek geïnterviewd zijn. Hierdoor is de generaliseerbaarheid

van de onderzoeksresultaten beperkt. Hierom zou een vervolgonderzoek met een representatiever aantal een aanbeveling zijn.

De negen afgenomen interviews met de zorgprofessionals en digitale triage leveranciers zijn allemaal digitaal afgenomen middels Microsoft Teams op twee na. Deze twee hebben schriftelijk plaatsgevonden per e-mail. Doordat deze negen interviews digitaal hebben plaatsgevonden, ontbrak de non-verbale communicatie. Het gebrek hieraan vormt een uitdaging voor zowel de geïnterviewde als de interviewer (Seitz, 2015). Bovendien werden er onderbrekingen van de internetverbinding ervaren gedurende meerdere interviews, wat zowel de interviewer als de geïnterviewde uit het gesprek haalde. Als gevolg hiervan kan de verzamelde data niet volledig zijn, wat een beperking kan vormen bij het trekken van conclusies. Het niet-digitaal uitvoeren van de interviews zou voor een vervolgonderzoek hierom betrouwbaarder zijn.

De veertien deelnemers van de focusgroep-interviews hadden merendeels een migratieachtergrond. Hierdoor kan de bevinding dat mensen met een migratieachtergrond de voorkeur hebben om ondersteuning te ontvangen uit persoonlijke kringen, vertekend zijn en dus onbetrouwbaar. Deze eigen observatie is ontstaan tijdens het analyseren van de resultaten. Dit maakt dat het niet besproken is tijdens de focusgroep waardoor de respondenten met een niet-migratieachtergrond hier niet op hebben kunnen reageren. Dit betreft een beperking van dit onderzoek dat in vervolgonderzoek verder onderzocht kan worden.

Als laatste zijn er geen documentanalyses uitgevoerd en zijn er geen observaties gedaan in de omgevingen van de respondenten als onderdeel van het onderzoek. Het ontbreken van deze methoden kan beperkingen met zich meebrengen, zoals het niet meenemen van waardevolle contextuele informatie of gedragspatronen. Observaties hebben als voordeel dat de verschijnselen die worden onderzocht direct worden waargenomen, in plaats van enkel te vertrouwen op de antwoorden van respondenten (Sekaran & Bougie, 2016). Om de validiteit te waarborgen zijn documentanalyses en observaties aanbevolen voor vervolgonderzoek.

5.5 Aanbevelingen

Uit het onderzoek zijn er resultaten bevonden die een antwoord op de centrale vraagstelling hebben gegeven. Uit de getrokken conclusies zijn er aanbevelingen ontstaan. Deze worden in deze paragraaf weergegeven.

Algemeen:

- Vervolgonderzoek uitvoeren naar de mate van tijdswinst dat de digitale triage hulpmiddelen momenteel opleveren. Hier kan een overzicht van gemaakt worden in combinatie met onderzoek naar de betrouwbaarheid, kwaliteit en de huidige toegankelijkheid per hulpmiddel

dat momenteel al op de markt is. Dit kan zorgverleners in de huisartsenzorg helpen bij het kiezen van de passende digitale triage instrument voor hun praktijk/huisartsenpost.

- Vervolgonderzoek uitvoeren naar meer persoonlijke verhalen en ervaringen van huidige eindgebruikers om op groter schaal te inventariseren wat de voor- en nadelen momenteel zijn en wat hieraan gedaan kan worden.

Aan de digitale triage leveranciers:

- Het aanpassen van de digitale triage hulpmiddelen naar de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden om de toegankelijkheid te verbeteren. Hiervoor is de meest voorkomende behoefte; eenvoudigere en korter geschreven zinnen hanteren. Het B1 niveau dat digitale triage leveranciers momenteel gehanteerd hebben is niet toegankelijk genoeg. Daarnaast is een behoefte om meer visuele hulpmiddelen te implementeren waaronder bewust kleurgebruik van de kleuren rood en groen. Tot slot het implementeren van een voorleesfunctie.
- Een eHealth toepassing, in dit geval digitale triage, op voorhand laten testen op de toegankelijkheid waarbij de doelgroep zelf wordt betrokken. Door dit op voorhand te laten testen voorkomt dit aanpassingen in de toekomst die veel tijd en onderzoek kunnen vergen. Indien een eHealth toepassing al reeds geïmplementeerd is waardoor preventief testen niet meer mogelijk is, dan is het aanbevolen de toepassing in kwestie op toegankelijkheid te laten scannen door een organisatie zoals Pharos.

Aan de zorgverleners in de huisartsenzorg:

- Doordat er in Nederland veel verschillende soorten wijken bestaan met diverse bevolkingsgroepen, is het van belang dat een huisartsenpraktijk vooraf zelf persoonlijk onderzoek doet naar de mogelijkheden. Dit kan namelijk afwijken van eenzelfde onderzoek bij een andere wijk van een andere huisartsenpraktijk. Het opdringen van een eHealth toepassing, in dit geval digitale triage, wordt momenteel als onpersoonlijk ervaren. Een huisartsenpraktijk heeft een vast databestand met patiënten. Het vragen aan deze patiënten naar hun meningen en gedachten alvorens iets wordt geïmplementeerd kan een bevorderlijke werking bieden. Hiermee kan voorkomen worden dat eventuele implementatie als onpersoonlijk ervaren wordt wat op langer termijn effecten met zich mee kan brengen. Een huisartsenpost heeft een groter databestand aan patiënten en zou eenzelfde soort onderzoek kunnen uitvoeren door dit bijvoorbeeld op voorhand middels een enquête te doen.
- Na het implementeren van een digitale triage instrument is het aanbevolen om actief patiënten te benaderen om persoonlijke ondersteuning te kunnen bieden. Persoonlijke ondersteuning zou het vertrouwen in digitale triage vanuit de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, kunnen bevorderen. Afhankelijk van de grootte van het databestand van een praktijk, kan er gekeken worden of een huisartspraktijk dit zelf kan

uitvoeren of liever uitbesteed. Hiermee kan er ook gelokaliseerd worden welke patiënten eventueel tot een kwetsbare doelgroep horen. Met die informatie kan een praktijk ook bij andere toepassingen en gedurende de consulten, extra aandacht besteden hieraan bij deze patiënten.

- Tot slot is het aan te bevelen dat huisartsenposten en huisartsenpraktijken volledig telefonisch bereikbaar blijven. Hierin dient beleid afgesproken te worden hoe digitale triage in te gaan zetten naast deze telefonische bereikbaarheid. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren het als erg naar en onpersoonlijk als de telefonische bereikbaarheid heel erg beperkt zou worden. Wanneer een huisartsenpraktijk op het oog heeft welke patiënten niet digitaal vaardig zijn en welke patiënten wel, dan zou er telefonisch aan de vaardige patiënten gevraagd kunnen worden om in de toekomst eerst de digitale triage in te vullen. Met deze strategie kan er toch worden gestreefd naar het sturen op digitale triage bij de patiënten die dit wel kunnen invullen, en kunnen de andere patiënten die de digitale triage niet kunnen invullen gebruik maken van de telefonische bereikbaarheid.

Literatuurlijst

- Abrosimova, G. A. (2020). Digital Literacy and Digital Skills in University Study. *International Journal Of Higher Education*, 9(8), 52. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v9n8p52>
- Accessibility. (z.d.). *Toegankelijkheid - wat is het?* Accessibility.nl. Geraadpleegd op 2 juni 2024, van <https://www.accessibility.nl/over-toegankelijkheid/wat-is-toegankelijkheid#:~:text=Toegankelijkheid%20gaat%20erom%20dat%20iedereen,kunnen%20deelnemen%20aan%20de%20samenleving>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020, november). *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and user's guide: What is the PEMAT?* Agency For Healthcare Research And Quality. Geraadpleegd op 2 juni 2024, van <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/pemat1.html>
- Ahern, D. K. (2007). Challenges and Opportunities of eHealth Research. *American Journal Of Preventive Medicine*, 32(5), S75–S82. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.016>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Ariens, L. F., Schussler-Raymakers, F. M., Frima, C., Flinterman, A., Hamminga, E., Arents, B. W., Bruijnzeel-Koomen, C. A., De Bruin-Weller, M. S., & Van Os-Medendorp, H. (2017). Barriers and Facilitators to eHealth Use in Daily Practice: Perspectives of Patients and Professionals in Dermatology. *JMIR. Journal Of Medical Internet Research/Journal Of Medical Internet Research*, 19(9), e300. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnell, K. J., Pines, J. M., Rathlev, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M., & Asplin, B. R. (2008). The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>
- Boeije, H. (2005). Het analyseren van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 48(13), 82. <https://doi.org/10.1007/bf03084137>

- Boeke, S., & Hoekstra, H. (2018). Meer tijd voor de patiënt: Uitkomsten onderzoek. In *Newcom Research & Consultancy B.V.* Newcom Research & Consultancy B.V.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford University Press, USA.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
https://www.academia.edu/44367341/Social_Research_Methods
- Buisman, M., & Allen, J. (2015). Onderzoek laaggeletterden: Kansen voor bibliotheken om laaggeletterden te bereiken. In *Koninklijke Bibliotheek*. Koninklijke Bibliotheek. Geraadpleegd op 5 april 2024, van https://www.bibliotheeknetwerk.nl/sites/default/files/documents/rapport_kb_onderzoek_laaggeletterden_final.pdf
- Cambridge Dictionary. (z.d.). *Meaning of user-friendliness in English*. Geraadpleegd op 2 juni 2024, van <https://dictionary-cambridge-org.vu-nl.idm.oclc.org/dictionary/english/user-friendliness>
- Compeau, D. R., & Higgins, C. A. (1995). Computer Self-Efficacy: Development of a Measure and Initial Test. *Management Information Systems Quarterly*, 19(2), 189.
<https://doi.org/10.2307/249688>
- Dahler, A. M., Rasmussen, D. M., & Andersen, P. T. (2016). Meanings and experiences of assistive technologies in everyday lives of older citizens: a meta-interpretive review. *Disability And Rehabilitation. Assistive Technology*, 11(8), 619–629.
<https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1151950>
- Davis, F. D. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems : theory and results*. <http://ci.nii.ac.jp/naid/20001062454>
- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *Management Information Systems Quarterly*, 13(3), 319.
<https://doi.org/10.2307/249008>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *JMIR. Journal Of Medical Internet Research/Journal Of Medical Internet Research*, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Gezondheidsvaardigheden. (z.d.). *Wat zijn gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op 8 maart 2024, van <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/aan-de-slag/agenderen/wat-zijn->

- gezondheidsvaardigheden#:~:text=Definitie%20gezondheidsvaardigheden,gezondheid%20(WHO%2C2014).
- Hallam, L. (1994). Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ. British Medical Journal*, 308(6923), 249–253. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6923.249>
- Heijmans, M., Cariot, L., Brabers, A., & Rademakers, J. (2024, 23 mei). *Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden - feiten en cijfers 2023.* | Nivel. Nivel. Geraadpleegd op 23 juni 2024, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-een-op-de-drie-nederlanders-heeft-onvoldoende-beperkte>
- Huber, M., Van Den Brekel-Dijkstra, K., & Jung, H. P. (2021). Positieve Gezondheid en de kernwaarden van de huisartsenzorg. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 44–69). https://doi.org/10.1007/978-90-368-2653-2_3
- ICT&Health. (2022, 3 februari). *CZ: Inzet e-consult levert minder werkdruk huisarts op.* Geraadpleegd op 26 mei 2024, van <https://icthealth.nl/nieuws/cz-inzet-e-consult-levert-minder-werkdruk-huisarts-op/>
- InEen. (2017). BENCHMARKBULLETIN HUISARTSENPOSTEN 2016. In *InEen*. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2020/02/InEen-Benchmarkbulletin-Huisartsenposten-2016.pdf>
- Kalayou, M. H., Endehabtu, B. F., & Tilahun, B. (2020). <p>The Applicability of the Modified Technology Acceptance Model (TAM) on the Sustainable Adoption of eHealth Systems in Resource-Limited Settings</p> *Journal Of Multidisciplinary Healthcare, Volume 13*, 1827–1837. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s284973>
- K.N.P.S.V. (2019, 1 februari). *eHealth en laaggeletterdheid: pijnpunt of perspectieven?* K.N.P.S.V. Geraadpleegd op 6 mei 2024, van <https://knpsv.nl/2019/02/01/e-health/>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions For Program Evaluation (Online)/New Directions For Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Lindeman, D. A. (2017). Improving the Independence of Older Adults through Technology: Directions for Public Policy. *Public Policy And Aging Report~The œPublic Policy And Aging Report*, 27(2), 49–52. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx011>

- Maes, A. (2019, 22 januari). *Variabelen bij capaciteit huisartsenzorg bijtijds agenderen*. Zorgenstelsel.nl. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://zorgenstelsel.nl/variabelen-bij-capaciteit-huisartsenzorg-bijtijds-agenderen/>
- Meurs, M., Keuper, J., Sankatsing, V., Batenburg, R., & Van Tuyl, L. (2020). De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd: Perspectieven van huisartsen, consumenten en patiënten. In *Nivel*. Nivel. Geraadpleegd op 6 april 2024, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003893.pdf>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022, 5 september). *Aanpak laaggeletterdheid*. Laaggeletterdheid | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 6 april 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/laaggeletterdheid/aanpak-laaggeletterdheid#:~:text=meer%20mensen%20helpen%20die%20Nederlands,hulp%20kunnen%20bieden%20aan%20laaggeletterden.>
- Moet Ik Naar De Dokter. (2023, 6 juni). *Wetenschappelijke validatie - Moet Ik Naar De Dokter*. Moet Ik Naar de Dokter. Geraadpleegd op 4 mei 2024, van <https://moetiknaardedokter.nl/wetenschappelijke-validatie/>
- Murugesu, L., Heijmans, M., M, Fransen, & Rademakers, J. (2018). Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: Kennis, methoden en tools. In *Nivel*. Nivel. Geraadpleegd op 8 maart 2024, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Beter_omgaan_met_beperkte_gezondheidsvaardigheden_in_de_curatieve_zorg.pdf
- Pharos. (2023, 1 november). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos*. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/?gad_source=1
- Pharos. (2024, 18 april). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op 8 juni 2024, van <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
- Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*, 23(2), 154–155. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.030270>
- ROER. (2023). *Analyse digitale triagetools*. Geraadpleegd op 15 april 2024, van <https://www.roerom.nl/analyse-digitale-triagetools>

- Seitz, S. (2015). Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: a research note. *Qualitative Research*, 16(2), 229–235.
<https://doi.org/10.1177/1468794115577011>
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2016). *Research methods for business : a skill-building approach 7th edition*. <http://103.227.140.9/handle/123456789/18302>
- Semigran, H. L., Linder, J. A., Gidengil, C., & Mehrotra, A. (2015). Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ*, h3480. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3480>
- Summers, K., Langford, J., Wu, J., Abela, C., & Souza, R. (2006). Designing Web-based Forms for Users with Lower Literacy Skills. *Proceedings Of The ASIS Annual Meeting*, 43(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1002/meet.14504301174>
- Talboom-Kamp, E., Tossaint-Schoenmakers, R., Goedhart, A., Versluis, A., & Kasteleyn, M. (2020). Patients' Attitudes Toward an Online Patient Portal for Communicating Laboratory Test Results: Real-World Study Using the eHealth Impact Questionnaire. *JMIR Formative Research*, 4(3), e17060. <https://doi.org/10.2196/17060>
- Taylor, M. L., & Søndergaard, M. (2017). *Unraveling the Mysteries of Case Study Research: A Guide for Business and Management Students*.
- Timmer, S., & Van Gils, J. (2017). eHealth in de ouderenzorg. *Gerōn (Amsterdam)/Gerōn*, 19(2), 14–18. <https://doi.org/10.1007/s40718-017-0024-7>
- Topicus. (z.d.). *Spreekuur*. Spreekuur. Geraadpleegd op 12 mei 2024, van <https://spreekuur.nl/over-spreekuurnl#01c045e0-7568-11ed-b7ab-d937e7fb8210>
- Van Der Burg, L., Crutzen, R., Cals, J., & Bruinsma, J. (2023). *Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage*. Universiteit Maastricht. Geraadpleegd op 3 juni 2024, van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-f863258b48575bff34e8f5b0e23df988c14cab7b/pdf>
- Van der Vaart, R., Wouters, M., Suijkerbuijk, A., Van Tuyl, L., Aardoom, J., Versluis, A., Rompelberg, C., Standaar, L., & Van Deursen, L. (2022). E-healthmonitor 2021: Ervaringen uit hetzorgveld. In *Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 6 maart 2024, van <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-01/E-healthmonitor%202021%20Ervaringen%20uit%20het%20zorgveld.pdf>

- Van Ee, A., & Van den Muijsenbergh, M. (2017). Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. In *Huisarts & Wetenschap* (Vol. 60, Nummer 5, pp. 208–211). Huisarts & Wetenschap. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://www.henw.org/system/files/download/HW60-208.pdf>
- Van Rijen, A. J. G., De Lint, M. W., & Ottes, L. (2002). Inzicht in e-health. In *Raad Voor de Volksgezondheid en Zorg* (Nr. 90-5732-096–7). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd op 20 mei 2024, van https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2002/04/25/inzicht-in-e-health/Achtergrondstudie_-_E-health_in_zicht.pdf
- Van Thiel, S. (2021). *Bestuurskundig Onderzoek: een methodologische inleiding*. <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/177530>
- Van Tuyl, L., Batenburg, R., Keuper, J., Meurs, M., & Friele, R. (2020). Organisatie van zorg op afstand in coronatijd: Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. In *Nivel*. Nivel. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003743_3.pdf
- Van Velzen, G. (2018). Feiten & Cijfers Laaggeletterdheid. In *Lezen en Schrijven*. Lezen en Schrijven. Geraadpleegd op 8 april 2024, van https://www.lezenenschrijven.nl/sites/default/files/2020-09/2018_SLS_Literatuurstudie_FeitenCijfers_interactief_DEF.pdf
- Veldman, D. (2020). *Debat begroting VWS 2021 – week 45*. Geraadpleegd op 6 maart 2024, van <https://www.patientenfederatie.nl/downloads/kamerbrieven/709-kamerbrief-debat-begroting-vws-2021/file>
- Verhallen, T. M., & Pieters, R. G. (1984). Attitude theory and behavioral costs. *Journal Of Economic Psychology*, 5(3), 223–249. [https://doi.org/10.1016/0167-4870\(84\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0167-4870(84)90024-2)
- Verhoeven, P. S. (2022). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken*.
- Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M., & Rademarkers, J. (2022). Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. In *Nivel*. Nivel. Geraadpleegd op 8 april 2024, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004162.pdf>
- Wilson, E. V. (2004). Modeling Patients' Acceptance of Provider-delivered E-health. *Journal Of The American Medical Informatics Association*, 11(4), 241–248. <https://doi.org/10.1197/jamia.m1475>

Yu, J., De Antonio, A., & Villalba-Mora, E. (2022). Design of an Integrated Acceptance Framework for Older Users and eHealth: Influential Factor Analysis. *JMIR. Journal Of Medical Internet Research/Journal Of Medical Internet Research*, 24(1), e31920. <https://doi.org/10.2196/31920>

Bijlage 1. Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFOMULIER

Onderzoek Digitale Triage

- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani mij wil vragen naar de ervaring met digitale triage.
- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani en het betrokken team binnen Pharos mijn naam en ervaringen willen horen voor onderzoek. (Anoniem is ook mogelijk als dit gewenst is)
- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani het gesprek wilt opnemen om de ontvangen informatie later uit te kunnen werken. (Na het uitwerken zal de opname worden verwijderd)
- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani de informatie uit het gesprek wil verwerken in het onderzoek.
- Ik heb genoeg tijd gehad om na te denken of ik mee wil doen met dit onderzoek.
- Ik weet dat ik kan stoppen wanneer ik wil met dit onderzoek.

Naam:

Handtekening: Datum:

Z.O.Z.

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt.

Naam:

Oumaima Zaanani

Functie: Stagiair Onderzoeker Pharos; Begrijpelijke informatie & Digitale Zorg

Handtekening:

Oumaima Zaanani

Datum: 15-3-2024

Bijlage 2. Toestemmingsformulier begrijpelijk geschreven

TOESTEMMINGSFORMULIER

Onderzoek Digitale triage

- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani mij wil vragen naar de ervaring met digitale vragenlijsten van de huisarts.
- Ik begrijp dat **alleen** Oumaima Zaanani en de betrokken collega's binnen de organisatie mijn naam en verhaal horen.
- Ik begrijp dat Oumaima Zaanani het gesprek op zal nemen en de opname binnen 2 maanden zal verwijderen.
- Ik heb genoeg tijd gehad om na te denken of ik mee wil doen met deze studie.

- Ik weet dat ik kan stoppen wanneer ik wil met deze studie
- Ik doe mee aan deze studie.

Naam:

Handtekening: Datum:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt.

Naam:

Oumaima Zaanani

Functie: Stagiair Begrijpelijke informatie & digitale zorg

Handtekening: *Oumaima Zaanani* Datum: 20-3-2024

Projectnummer 246-105

Bijlage 3. Informatiebrief focusgroepen

INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK

Beste meneer/mevrouw,

Mijn naam is Oumaima Zaanani en ik doe een onderzoek voor mijn studie.

Ik vraag u om mee te doen aan mijn onderzoek.

U beslist zelf of u wel of niet wilt meedoen.

Waarom is dit onderzoek belangrijk?

Als u een afspraak wilt maken met de huisarts dan belt u naar de huisartsenpraktijk.

De assistente stelt u dan vragen en kijkt dan of een afspraak nodig is.

Er zijn steeds meer huisartsenpraktijken die een computer gebruiken om te kijken of een afspraak nodig is.

U belt dan niet meer naar de huisarts, maar u vult een vragenlijst in op de website of een app.

We noemen dit digitale triage.

De computer geeft uw antwoorden door aan de huisarts.

Zo wordt er beslist of een afspraak nodig is of niet.

We weten niet zo goed wat patiënten van digitale triage vinden.

En hoe het is om een vragenlijst op de computer in te vullen als je dat lastig vindt.

Daarom wil ik graag met mensen hierover praten.

Wat moet u doen als u meedoet?

Als u meedoet, dan zal ik u uitnodigen voor een gesprek in een groep mensen.

Er worden 6 mensen uitgenodigd.

Ik zal u voorbeelden laten zien van digitale triage.

Ik hoor graag wat u hiervan vindt.

Uw mening is heel belangrijk voor mijn onderzoek.

Het is belangrijk dat u weet dat u ieder moment kan stoppen met het gesprek.

Wanneer is het gesprek?

Het gesprek is op 17 april 2024 van 14:00 uur tot 16:00 uur in Utrecht.

Het adres is:

Arthur van Schendelstraat 600 in Utrecht.

Het gesprek is op de tweede verdieping van het gebouw.

Geheim

Uw naam blijft geheim.

De geluidsopname die ik maak mag ik alleen zelf luisteren.

Ik verwijder de opname na 2 maanden.

Ik gebruik de opname zodat ik zeker weet dat ik alle belangrijke dingen die u vertelt meeneem in mijn onderzoek.

Wilt u meedoen?

Als u mee wilt doen met mijn onderzoek, dan vult u een toestemmingsformulier in.

Dit formulier zal ik meenemen naar het gesprek zodat u het kunt invullen.

Vragen?

Heeft u nog vragen over het onderzoek of het gesprek?

Neem dan contact met mij op

Student Bestuurskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Telefoonnummer: X

Email: X

Oumaima Zaanani

Bijlage 4. Topiclijsten interviews en focusgroepen

Topiclijst interviews zorgprofessionals

- Huidige algemene ervaring m.b.t. digitale triage
- Is er sprake van gebruik van digitale triage momenteel of hier interesse in
- Reden keuze digitale triage hulpmiddel
- Communicatie naar patiënten toe m.b.t. inzet van de digitale triage
- Aanpassing digitale naar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Huidige ontwikkelingen digitale triage
- Toekomstige blik op digitale triage

Topiclijst interviews digitale triage leveranciers

- Bewust werken met bepaalde kleuren/ smileys/ plaatjes
- Rekening gehouden met doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Verschillende talen digitale triage hulpmiddel
- Afhaken na hoeveel vragen

- Perceptie telefonische bereikbaarheid voor de praktijken i.c.m. het gebruik van de digitale triage

Focusgroepen digitale triage

Introductie (10min)

- Voorstellen kort alleen namen
- Digitale triage uitleg + wat gaan we doen
- Toestemmingsformulier tekenen
- "regels" uitleggen; iedereen willen horen en denken aan de tijd
- Voorstelrondje met fotokaartjes

Start algemene vragen (5min)

- Wie maakt er gebruik van internet op de mobiele telefoon/computer?
- Iemand al eens ervaring gehad met online zorg zoals per mail/videobellen/chat?

Voorbeelden bekende digitale triage instrumenten laten zien (5min)

Groepsgesprek deel 1 (30min)

- Wat vinden jullie van de plaatjes en het kleurgebruik?
- Wat vinden jullie van de hoeveelheid tekst en vragen?
- Na hoeveel vragen zouden jullie eventueel afhaken?

Pauze (5min)

Groepsgesprek deel 2 (30min)

- Als er een nieuwsbericht verstuurd wordt door de huisartsenpraktijk dat zij dit systeem gaan gebruiken, zouden jullie het dan gaan gebruiken?
- Wat zouden jullie doen als er nadrukkelijk (verplicht) gevraagd wordt om de vragenlijst eerst in te vullen alvorens er wordt gebeld? Stel u kunt straks niet meer bellen naar de praktijk wat doet u dan?
- Wat voor soort ondersteuning is er nodig om digitale triage te gaan gebruiken?
- Stel u mag tips geven aan de makers die zo'n vragenlijst maken, hoe zou deze er dan uit zien? Wat ontbreekt er nog in de vragenlijst voor u om deze gebruiksvriendelijker te maken?

Vervolgactie: op flipover de punten opschrijven en mensen vragen met stickers een top 3 te nummeren

- Bonusvraag: Hoe zou u het vinden als er als conclusie uit een vragenlijst kan komen dat u verwezen wordt naar eventueel een andere instantie zoals het gemeentehuis of uw zorgverzekeraar?

Afronding