

Radboud Universiteit



Online consultvoering: de ervaring van artsen

Een kwalitatieve studie vanuit het perspectief van de arts over diens ervaringen met
communicatie in online consultvoering

Physicians experiences of communication in online consultation: a qualitative study

Kernwoorden: *non-verbale communicatie, verbale communicatie, e-consulten, ervaring, artsen*

**Masterscriptie | Master Communicatie- en Informatiewetenschappen, Radboud
Universiteit – Faculteit Letteren**

Eerste lezer: Dr. A. Van der Niet

Tweede lezer: Dr. L. Hustinx

Naam: Sophie Baltussen

Aantal woorden: 12328

16 juli 2021

Voorwoord

Voor u ligt de masterscriptie ‘Online consultvoering: de ervaring van artsen’. De afgelopen periode heb ik met veel plezier aan deze masterscriptie gewerkt. Het onderzoek is een kwalitatieve studie geweest vanuit het perspectief van de arts over diens ervaringen met online consultvoering.

Deze masterscriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Communicatie & Informatiewetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Van februari 2021 tot en met juli 2021 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Ik wil mijn begeleider Dr. A. Van der Niet bedanken voor haar begeleiding, feedback en heldere communicatie. Ik heb het afgelopen half jaar als een fijne samenwerking ervaren. Ook mijn tweede lezer Dr. L. Hustinx wil ik bedanken voor haar feedback. Daarnaast wil ik alle artsen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken. Ondanks de coronamaatregelen en het vaccinatieprogramma dat in februari van start ging, hebben zij tijd vrij gemaakt om waardevolle informatie te delen tijdens een interview. Tevens wil ik familie, vrienden en kennissen bedanken voor het meezoeken naar de juiste respondenten in deze lastige tijd.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Sophie Baltussen

Nijmegen, 16 juli 2021

Samenvatting

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat er een positieve relatie is tussen hoe patiënten een gesprek waarnemen en de non-verbale communicatie van artsen tijdens het *face-to-face consult* in de vorm van handgebaren, knikken en de fysieke afstand tot de patiënt. De verschillende vormen van non-verbale communicatie kunnen onder andere invloed uitoefenen op de patiënttevredenheid, therapietrouw, de begrijpelijkheid, het herinneren van de informatie en de gezondheidsuitkomsten. Door de coronamaatregelen die in 2020 en 2021 van kracht waren, waren artsen genoodzaakt een deel van de face-to-face consulten te vervangen door *e-consulten*. Tijdens het e-consult zien en spreken arts en patiënt elkaar via videoverbinding op een beeldscherm. Huidig onderzoek is kwalitatief van aard en aan de hand van semigestructureerde interviews is inzicht gekregen in hoe artsen de communicatie tijdens het e-consult ervaren en of artsen wellicht aanpassingen hebben gedaan in hun verbale of non-verbale communicatie. Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat een aantal non-verbale communicatiesignalen zoals de lichaamshouding, lichaamsbewegingen, ooggedrag en de handgebaren buiten de reikwijdte van het beeldscherm valt tijdens het e-consult en daardoor minder goed zichtbaar zijn. Het wegvallen van de zojuist genoemde non-verbale signalen wordt gecompenseerd door meer verbale signalen te gebruiken zoals de nadruk op taal- en stemgebruik, stemvolume, toonhoogte, variëren in intonatie, laten vallen van stiltes en fatische communicatie. Daarnaast blijken artsen aanpassingen te hebben gedaan in hun non-verbale communicatie; artsen maken vrijwel geen gebruik van de handen, ze maken minder gebruik van ja knikken en nee schudden, ze zitten rechtop en op voldoende afstand van het beeldscherm. De artsen uit het onderzoek blijken zowel positieve als negatieve ervaringen te hebben met online consultvoering. Een positieve ervaring is de mogelijkheid om plaatjes en uitslagen te kunnen delen met de patiënt via het scherm. Negatieve ervaringen zijn de technische belemmeringen die optreden tijdens het e-consult en het niet kunnen verrichten van lichamelijk onderzoek. Daarnaast is uit de resultaten van het onderzoek gebleken dat artsen geen specifieke competenties – naast communicatievaardigheden - nodig hebben, om een e-consult uit te voeren. De belangrijkste competentie is de bereidheid van de arts om het consult uit te voeren. Deze bevindingen breiden niet enkel de theorie rondom arts-patiënt communicatie uit, maar bieden ook praktische handvatten voor artsen die gebruikmaken van onlineconsultvoering.

Inleiding

Door de coronacrisis zijn veel artsen genoodzaakt fysieke consulten met patiënten voor een groot deel te vervangen door consulten op afstand. Het aandeel poliklinische consulten dat telefonisch plaatsvond steeg deze crisis van dertig naar maar liefst negentig procent. Informatie- en communicatietechnologieën (ICT) bieden mogelijkheden bij het verbeteren van zorg op afstand (Tenforde et al., 2017). Zo heeft de inzet van *e-consulten* een vlucht genomen tijdens de coronacrisis; zorgverleners en patiënten hebben immers noodgedwongen zo min mogelijk fysiek contact. Een e-consult is een consult dat via een videoverbinding wordt gehouden tussen de arts en de patiënt. Arts en patiënt kunnen elkaar tijdens het e-consult via een beeldscherm zien en horen (NIVEL, 2020).

Communicatie is het uitwisselen van informatie tussen minimaal twee gesprekspartners. Bij het communiceren wordt informatie niet alleen uitgewisseld door middel van woorden en intonatie, maar ook via non-verbale signalen zoals gezichtsuitdrukkingen, oogcontact, gebaren en houding (Buchanan & Huczynski, 2019). Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het belang van non-verbale communicatie in *face-to-face consulten*. Hieruit komt naar voren dat er een positieve relatie is tussen hoe de patiënt het gesprek waarneemt en de non-verbale communicatie door de arts in de vorm van handgebaren, knikken en de fysieke afstand tot de patiënt (Beck et al., 2002; Ram, 2006). De verschillende vormen van non-verbale communicatie zijn van invloed op onder meer patiënttevredenheid, therapietrouw, begripelijkheid voor de patiënt, het zich kunnen herinneren van de ontvangen informatie en de gezondheidsuitkomsten (Ong et al., 1995). Ook bij e-consulten is goede communicatie tussen arts en patiënt van belang. Tijdens het e-consult zien arts en patiënt elkaar op een beeldscherm, waardoor sommige non-verbale signalen buiten de reikwijdte van het scherm vallen en daardoor wellicht minder goed zichtbaar zijn. Een deel van de non-verbale communicatie kan dus gemist worden.

Resultaten uit verschillende onderzoeken suggereren dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de communicatie via e-consulten (Beck et al., 2002; Liu et al., 2007; Tenforde et al., 2017). Artsen daarentegen blijken vaker ontevreden te zijn over de communicatie in e-consulten. Zo vinden artsen de communicatie tijdens het e-consult bijvoorbeeld niet expliciet genoeg, omdat ze onvoldoende informatie van de patiënt ontvangen (Peeters et al., 2016; Tenforde et al., 2017) en is het volgens de artsen lastiger om vragen aan de patiënt te stellen (Liu et al., 2007). Overigens blijkt dat artsen die ervaring hebben met e-consulten positiever tegenover zorg op afstand staan dan artsen die hier geen ervaring mee

hebben (Tates et al., 2017). In verschillende studies is in verschillende contexten het belang van verbale en non-verbale communicatie in e-consulten aangetoond (Liu et al., 2007; Peeters et al., 2016; Street Jr et al., 2005; Tates et al., 2017; Tenforde et al., 2017). Omdat artsen sinds de coronacrisis genoodzaakt zijn om e-consulten te houden, richt deze studie zich op de ervaring van artsen over de communicatie via e-consulten. Het onderzoeken van de ervaring van artsen met betrekking tot verbale en non-verbale communicatie in e-consulten beoogt een bijdrage te leveren aan de bestaande theorie rondom communicatie in e-consulten.

Theoretisch kader

De interactie tussen arts en patiënt laat zich het best omschrijven als complexe interpersoonlijke gesprekken (De Haes & Bensing, 2009; Ong et al., 1995). Het gesprek komt namelijk niet vrijwillig tot stand, omdat het om de gezondheid van de patiënt gaat wat maakt dat de gesprekken emotioneel beladen kunnen zijn (Ong et al., 1995). Het algemene doel van het consult is inzicht te krijgen in de redenen van de patiënt voor het aanvragen van het consult en om aan diens behoeften en verwachtingen te voldoen. Het consult vereist daarom nauwe samenwerking tussen arts en patiënt waarbij vaardigheden en communicatietaken onderscheiden dienen te worden om tot een goede diagnose te komen. Vaardigheden van de arts zijn bijvoorbeeld het geven van een gevoelsreflectie en actief luisteren (Kurtz et al., 2003). Bij communicatietaken gaat het om het uitwisselen van informatie, het opbouwen van een goede interpersoonlijke relatie en gedeelde besluitvorming. De hierboven genoemde communicatietaken komen aan bod tijdens het consult en staan niet op zichzelf tijdens het gesprek (De Haes & Bensing, 2009). Uit onderzoek van Bensing et al. (2003), De Haes en Bensing (2009) en Ong et al. (1995) blijkt dat wanneer deze communicatietaken goed worden uitgevoerd door de arts, dit een positieve invloed heeft op de arts-patiënt interactie, met als gevolg een hogere patiënttevredenheid. De hiervoor genoemde studies zijn gebaseerd op face-to-face consulten. Onderzoek van Tates et al. (2017) richtte zich daarentegen op zowel face-to-face consulten als e-consulten. Zij hebben onderzoek gedaan naar de invloed van het consultatiemedium op de kwaliteit van communicatie in termen van de drie communicatietaken: informatie-uitwisseling, het opbouwen van een interpersoonlijke relatie en gedeelde besluitvorming. Uit dit onderzoek blijkt dat er geen significant verschil is in de manier waarop arts en patiënt de kwaliteit van het communicatieve gedrag ervaren in termen van de drie communicatietaken tussen face-to-face consulten en e-consulten; de artsen en de patiënten waren over beide consultatiemediën even tevreden. Bij het uitvoeren van communicatietaken

tijdens het face-to-face consult speelt het verbale en non-verbale gedrag van de arts een rol. Verbale communicatie bestaat uit uitingen waarbij de stem wordt gebruikt, bijvoorbeeld stemgeluid of intonatie. Non-verbale communicatie omvat alle vormen van communicatie waarbij geen gesproken woorden voorkomen, zoals lichaamstaal (Islam & Kirillova, 2020). Het overbrengen van een boodschap met non-verbale communicatie kan op verschillende manieren: met gezichtsuitdrukkingen, oogcontact, gebaren en houding (Wouda & van de Wiel, 2006). Met deze manier van communiceren worden boodschappen overgebracht via attitude of door het uitdrukken van emoties, zonder deze daadwerkelijk uit te spreken. Non-verbale communicatie is tijdens interacties continu aan de orde (Martin & Friedman, 2005), maar arts en patiënt zijn zich hier minder bewust van (Jones, 2012). Non-verbale gedragingen zoals handgebaren en bewegingen van het lichaam worden vaak onbewust gebruikt om meer expressie te geven aan uitdrukkingen tijdens face-to-face interactie. Daarnaast zijn non-verbale signalen nodig om verbale signalen te versterken (Jones, 2012). Omdat gesprekspartners zich niet altijd bewust zijn van hun eigen non-verbale gedragingen is het voor hen moeilijker om non-verbale communicatie aan te passen.

Zowel verbale als non-verbale communicatie zijn van belang in face-to-face consulten. Wanneer een arts op de juiste manier gebruik maakt van non-verbale signalen heeft dit een positieve invloed op patiëntuitkomsten en patiënttevredenheid (Ong et al., 1995). Beck et al. (2002) deden een reviewstudie naar de verschillende typen verbaal en non-verbaal gedrag tijdens het face-to-face consult en het effect van deze gedragingen op de patiënttevredenheid. In hun reviewstudie lieten zij zien dat meerdere non-verbale gedragingen invloed hebben op de patiënttevredenheid, zoals de manier waarop de arts naar de patiënt kijkt, hoe vaak hij tijdens het consult knikt, of hij naar voren of naar achteren leunt en de manier waarop zijn armen en benen gepositioneerd zijn (Beck et al., 2002).

Ram (2006) onderzocht het effect van non-verbale communicatie in de informatiefase van face-to-face consulten op patiënttevredenheid. Onder non-verbale communicatie werd in dit onderzoek lichaamshouding, handgebaren, lichaamsbeweging, gezichtsuitdrukking, oogcontact, fysieke kenmerken en omgevingsfactoren verstaan. Uit dit onderzoek bleek dat het gebruik van non-verbale communicatie tijdens het face-to-face consult tot een positievere beoordeling van de interpersoonlijke relatie met de arts leidt. Een arts die bijvoorbeeld recht tegenover de patiënt zit en veel oogcontact maakt, wordt als geïnteresseerd en meelevend beoordeeld. Dit geldt ook voor artsen die de armen niet over elkaar slaan en de handen niet samenvouwen. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat er een positieve relatie is tussen de

tevredenheid van de patiënten en het non-verbale gedrag van de artsen in de vorm van schudden, knikken, handgebaren en een kleine afstand tot de patiënt. Onderzoek heeft nog niet uitgewezen wat de invloed van non-verbaal gedrag van de arts bij e-consulten is.

Marcinowicz et al. (2010) onderzochten welke non-verbale signalen het meest worden waargenomen door patiënten tijdens de interactie met de arts. Onder non-verbale communicatie werd in dit onderzoek oogcontact, gezichtsuitdrukkingen, afstand, houding, gebaren, kleding en werkomgeving verstaan. Uit deze studie blijkt dat van alle zojuist genoemde vormen van non-verbale communicatie, vooral oogcontact met de arts het meest wordt waargenomen door patiënten. Deze studie toont het belang van oogcontact tijdens het face-to-face consult aan, omdat oogcontact wordt geassocieerd met interesse van de arts en of de patiënt begrepen en gehoord wordt. Gezichtsuitdrukkingen - waaronder glimlachen - werden ook vaak waargenomen door de patiënt. Dit bevestigt dat een glimlach van de arts een belangrijk aspect is tijdens de arts-patiënt interactie. Deze bevindingen zijn relevant voor de huidige studie naar de non-verbale communicatie van artsen tijdens e-consulten, waarbij oogcontact en gezichtsuitdrukkingen tevens van belang zijn. Jones (2012) voegt hier nog aan toe dat non-verbale signalen van de arts tijdens het face-to-face consult nodig zijn om de verbale signalen te versterken, bijvoorbeeld wanneer de patiënt de informatie moeilijk kan interpreteren (Martin & Friedman, 2005).

Bovenstaande studies tonen de rol van non-verbaal gedrag van artsen tijdens face-to-face consulten, hoe de patiënt het non-verbale gedrag ervaart en wat het effect hiervan is op de patiënttevredenheid en patiëntuitkomsten. Onderzoek heeft echter nog niet uitgewezen wat de rol van non-verbaal gedrag van de arts bij e-consulten is. Het huidige onderzoek beoogt een antwoord op die vraag te geven.

Met de komst van *eHealth* kunnen zorgverleners geavanceerde technologieën inzetten bij het uitvoeren van een consult. De term 'eHealth' verwijst naar het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Nictiz, 2019). Een onderdeel van eHealth zijn e-consulten, waarbij arts en patiënt een consultatiegesprek op afstand voeren. In de huidige studie wordt de definitie gebruikt van het NIVEL (2020, p. 17): een e-consult is telefoneren met een beeldscherm, meestal via een computer of een mobiele telefoon, zodat de zorgverlener en de zorggebruiker elkaar kunnen zien tijdens het bellen. De setting en de manier waarop gecommuniceerd wordt tijdens een face-to-face consult verschilt van een e-consult. Tijdens het face-to-face consult zijn arts en patiënt

beiden in dezelfde ruimte aanwezig (Parks & Floyd, 2006). Bij het e-consult is dit echter niet het geval en verloopt de communicatie tussen arts en patiënt via videoverbinding.

E-consulten bieden ten opzichte van face-to-face consulten een voordeel in de vorm van efficiëntie, gemak en kostenbesparing voor de gezondheidszorg en zorggebruikers. Allereerst is de tijdsduur van een e-consult korter dan een face-to-face consult (Cerezo-Ruiz & Parras-Mejías, 2016). De arts rondt het gesprek tijdens het e-consult af wanneer de patiënt in de ogen van de arts geen nieuwe informatie meer deelt (Liu et al., 2007). Patiënten hoeven daarnaast niet meer naar het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk te komen, waardoor het e-consult qua tijd efficiënter is voor de patiënt (Bouma et al., 2018). Ook hebben patiënten met een beperkte mobiliteit of toegang tot de zorg baat bij de inzet van e-consulten, omdat ze vanuit huis aan het consult kunnen deelnemen (Tenforde et al., 2017). Ten slotte zijn de kosten voor infrastructuur voor de zorgverlener minimaal. Er wordt bij eHealth gebruik gemaakt van beveiligde software om de patiënt online te ontmoeten, waarbij minder inzet van ondersteunend personeel nodig is (Tenforde et al., 2017).

Ondanks de voordelen zijn er ook zorgen over de communicatieve belemmeringen die optreden tijdens het e-consult (Liu et al., 2007; Peeters et al., 2016; Street Jr et al., 2005; Tates et al., 2017; Tenforde et al., 2017). Meerdere studies suggereren dat non-verbale signalen zoals gebaren, houding en ooggedrag minder goed zichtbaar zijn in e-consulten dan in face-to-face consulten (Aggarwal et al., 2016; Tates et al., 2017). Daar komt bij dat de arts een aantal signalen van de patiënt niet of nauwelijks kan waarnemen tijdens het e-consult. Het gaat hierbij om signalen zoals pijn, problemen met een wond of het innemen van medicatie onder toezicht. Ook tactiele informatie met betrekking tot het lichaam van de patiënt en hun reactie op aanraking bij het doen van lichamelijk onderzoek is niet mogelijk bij e-consulten (Aggarwal et al., 2016). Het moeilijker waarnemen van deze signalen heeft volgens Dronkert (2020) invloed op het leveren van de juiste zorg op afstand.

Uit de studie van Tates et al. (2017) blijkt dat non-verbale signalen die minder zichtbaar zijn tijdens het e-consult gecompenseerd kunnen worden door verbale signalen. Tates et al. (2017) maakten gebruik van een simulatie door de opnames van face-to-face gesprekken en e-consulten tussen de arts en gesimuleerde patiënten te analyseren op basis van de gebruikte communicatie. De onderzoekers suggereren dat artsen meer affectieve uitingen richting de patiënt tonen tijdens het e-consult om het gebrek aan non-verbale signalen op die manier te compenseren. Affectieve communicatie-uitingen zijn uitingen van empathie of lof richting de patiënt die sterk worden geassocieerd met een goede arts-patiënt interactie (Bensing &

Meeuwesen, 1996). Volgens Street Jr et al. (2005) heeft het affectieve gedrag van de arts een belangrijke rol in het opbouwen van een goede interpersoonlijke relatie met de patiënt. Uit de studie van Liu et al. (2007) bleek echter dat artsen minder affectieve communicatie-uitingen gebruikten tijdens de interactie in het e-consult. De onderzoekers suggereren dat dit komt doordat paralinguïstische signalen, zoals intonatie en klemtoon, minder goed te horen zijn in e-consulten en dat deze signalen daardoor minder worden gebruikt door de artsen. Eerder onderzoek van Street Jr et al. (2005) richtte zich op cross-sectionele analyses van arts-patiënt interacties; ook zij vonden dat artsen minder vragen stellen tijdens een e-consult ten opzichte van een face-to-face consult.

Arminen et al. (2016) deden onderzoek naar het effect van verschillende consultatiemedia op de communicatie tussen arts en patiënt. Uit deze studie is gebleken dat de arts tijdens het face-to-face consult aantekeningen maakt van het gesprek met de patiënt. Tijdens het e-consult kijkt de arts daarentegen continu naar het beeldscherm waar de patiënt op te zien is en maakt geen aantekeningen van het gesprek. Communiceren via een beeldscherm vereist een sterkere focus op de patiënt en de informatie die hij of zij geeft, wat ten koste gaat van het maken van aantekeningen. Het houden van de focus op de patiënt en de informatie die hij of zij geeft is volgens de artsen noodzakelijk om duidelijkheid te creëren voor de arts over de klachten van de patiënt en diens wensen en behoeften.

Peeters et al. (2016) bestudeerden de ervaringen, effecten en belemmeringen van e-consulten vanuit het perspectief van zowel huisartsen als zorggebruikers. Meer dan de helft van de ondervraagden artsen in deze cross-sectionele vragenlijststudie gaf aan dat de communicatie met de patiënt tijdens het e-consult niet expliciet genoeg was, omdat ze onvoldoende informatie van de patiënt konden krijgen. De artsen gaven aan dat er een grote verantwoordelijkheid bij hen ligt tijdens het e-consult om de juiste informatie van de patiënt te krijgen en te interpreteren. Een andere belemmering van e-consulten is volgens de artsen het maken van oogcontact en het aflezen van gezichtsuitdrukkingen van de patiënt. Dat arts en patiënt beiden naar het beeldscherm kijken in plaats van naar elkaar, leidt volgens Liu et al. (2007) tot een beperking in de non-verbale communicatie.

Aggarwal et al. (2016) onderzochten de rol van lichaamsbewegingen tijdens een e-consult. Dit deden zij met behulp van een participerende observatie, semigestructureerde interviews en gesprekken met patiënten. Onder lichaamsbewegingen werden in dit onderzoek oogcontact, houding, gezichtsuitdrukkingen en lichaamstaal verstaan. Uit dit onderzoek bleek dat de non-verbale communicatie tussen de arts en patiënt beperkt wordt door het medium.

Sommige lichaamsbewegingen waren niet zichtbaar tijdens het e-consult vanwege de beperking van de technologie. Handgebaren van de gesprekspartners vielen bijvoorbeeld buiten het zicht van de camera. Een ander voorbeeld was dat alleen het hoofd en de torso van de patiënt in beeld waren, waardoor de lichaamshouding moeilijk te observeren was.

Bovengenoemde studies van Street Jr et al. (2005) en Peeters et al. (2016) zijn kwantitatief van aard in de vorm van cross-sectioneel onderzoek; de studies van Arminen et al. (2016) en Aggarwal et al. (2016) zijn kwalitatief in de vorm van een conversatieanalyse. Tates et al. (2017) gebruikten zowel een kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethode in de vorm van vragenlijsten aangevuld met focusgroepen. Liu et al. (2007) gebruikten zowel een conversatieanalyse als een vragenlijst als methode om onderzoek uit te voeren. Deze studies geven aan dat er een relatie is tussen het non-verbale gedrag van artsen in e-consulten en de patiënttevredenheid en patiëntuitkomsten. Uit deze studies is gebleken dat het ontbreken van non-verbale signalen van de arts tijdens het e-consult wel degelijk invloed heeft op de patiënttevredenheid. Het huidige onderzoek is kwalitatief van aard en richt zich op de vraag hoe de arts de communicatie tijdens het e-consult ervaart en of de arts de verbale of non-verbale communicatie wellicht heeft aangepast. Dergelijk onderzoek is van belang omdat de -onvoorziene - coronacrisis heeft laten zien dat de zorgverlening in de toekomst mogelijk verder zal verschuiven naar online preventie, behandeling en zorg (Smith et al., 2020). Recent onderzoek van Meurs et al. (2020) wijst uit dat zorgverleners e-consulten ook na de coronacrisis intensief zullen blijven toepassen. De resultaten uit de studie van Meurs et al. (2020) suggereren dat dit komt doordat zowel de patiënt als de zorgverlener meer kennis en ervaring hebben opgedaan met het gebruik van e-consulten tijdens de coronacrisis. Uit datzelfde onderzoek is gebleken dat e-consulten inmiddels minder intensief worden gebruikt dan aan het begin van de pandemie. Huisartsen hebben aangegeven dat de oorzaak kan zijn dat een e-consult nog altijd wordt gezien als aanvulling op het fysieke spreekuur en niet als vervanging (Meurs et al., 2020). Het inzetten van e-consulten heeft veel van de artsen gevraagd en blijft ook specifieke vaardigheden en gedragsverandering van artsen eisen (KPMG International, 2012). Een vraag die echter gesteld moet worden, is hoe artsen zelf tegenover het gebruik van e-consulten staan, en wat hun ervaringen hiermee zijn na een jaar zorg op afstand te hebben geleverd. Omdat onder andere het onderzoek van Meurs et al. (2020) aantonen dat er in de toekomst intensief gebruik gemaakt zal worden van e-consulten, is het van belang dat er nieuwe inzichten worden

verkregen in hoe de arts zelf tegen e-consulten aankijkt. Deze bevindingen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Relevantie

De in 2014 geformuleerde doelstellingen van toenmalig minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport - Edith Schippers - zijn de rode draad geweest in de eHealth-monitor van Nictiz en Nivel (Nictiz, 2019). Deze doelstellingen gaan over het digitaal ontsluiten van medische gegevens voor de patiënt, zelf- en telemonitoring en de bijdrage van beeldschermzorg om mensen langer zelfstandig en veilig thuis te laten wonen (Schippers, 2014). Uit de eHealth-monitor van Nictiz (2019) is gebleken dat zorgverleners, waaronder artsen, overwegend enthousiast zijn over het gebruik van eHealth. Toch blijkt dat het aanbod onder zorgverleners en zorggebruikers groter is dan het gebruik. Dit heeft volgens de zorgverleners onder meer te maken met de technische belemmeringen en met het feit dat eHealth niet altijd goed geïmplementeerd wordt in de praktijk.

Om het hoofd te kunnen bieden aan de veranderende zorgvraag, de vergrijzing en de stijgende zorgkosten wordt al enkele jaren gezocht naar mogelijkheden om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief beter te maken. Hiervoor is het noodzakelijk dat de zorg van de toekomst anders georganiseerd wordt, bijvoorbeeld met eHealth. De coronacrisis heeft geleid tot een keerpunt in de ontwikkeling van eHealth, en het gebruik van e-consulten is door de pandemie in een stroomversnelling terechtgekomen.

Doel- en vraagstelling

Er bestaan enkele wetenschappelijke studies naar de ervaring van patiënten met communicatie in e-consulten ten opzichte van face-to-face consulten (Peeters et al., 2016; Tenforde et al., 2017). Minder onderzoek is gedaan naar de ervaring van artsen met communicatie in e-consulten. Deze studie richt zich daarom op het perspectief vanuit de arts. Uit het onderzoek van Tates et al. (2017) blijkt dat de non-verbale signalen die wegvallen tijdens het e-consult, door artsen gecompenseerd kunnen worden door meer verbale signalen toe te passen. De studie van Tates et al. (2017) heeft zich echter niet gericht op hoe artsen dit ervaren. De huidige studie beoogt om aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews te achterhalen wat de ervaringen van artsen zijn over de communicatie in e-consulten. Hiermee draagt de studie bij aan het verbeteren van de communicatieve vaardigheden van artsen tijdens een e-consult, en daarmee aan een betere kwaliteit van de gezondheidszorg.

De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is: *hoe wordt de communicatie met patiënten tijdens e-consulten door artsen ervaren?*

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke verbale en non-verbale signalen gebruiken artsen tijdens het e-consult?
2. Welke positieve of negatieve ervaringen hebben artsen met het e-consult?
3. Wat vinden artsen van hun manier van communiceren tijdens e-consulten met patiënten?

Methode

Instrumentatie

Om de ervaringen van de artsen over de communicatie in e-consulten in kaart te brengen zijn semigestructureerde interviews afgenomen. De interviews zijn afgenomen onder artsen die aangaven ervaring te hebben met het houden van e-consulten sinds de coronacrisis. Kwalitatieve methoden zoals interviews bieden een effectieve manier om uitspraken te doen over sociale verschijnselen in de werkelijkheid (Bleijenbergh, 2015). Voorafgaand aan het onderzoek werden zo min mogelijk theoretische verwachtingen geformuleerd en de participanten werden zo open mogelijk benaderd. Dit sloot aan bij de Grounded Theory-benadering en volgde de inductieve onderzoeksbenadering (Glaser & Strauss, 1967).

Voorafgaand aan de semigestructureerde interviews is er een topiclist opgesteld waarin acht thema's zijn beschreven die in het interview aan bod zouden komen. De thema's waren: urgentie e-consulten, media voor overbrengen, communicatie, patiëntgroepen, zorgverlener, training, succesfactoren en belemmeringen en toekomst. Het interview bestond uit drie delen: de introductie, het gesprek en de afsluiting. De openingsvraag van het interview was: "hoe heeft u het afgelopen jaar ervaren?". De openingsvraag zorgde ervoor dat het gesprek open begon (Nehyba, & Lawley, 2020). De formulering van vragen was bij het semigestructureerde interview van tevoren vastgelegd. De volgorde van vragen lag soms vast bij het interview, maar dit veranderde ook ten aanzien van het verloop van het gesprek. Hierdoor kon de onderzoeker sturen welke informatie in ieder geval aan bod moest komen tijdens het interview. De voorstructurering van vragen heeft ervoor gezorgd dat alle respondenten van het onderzoek dezelfde set vragen kregen. Dit heeft de betrouwbaarheid van de dataverzameling verhoogd (Bleijenbergh, 2015).

Tijdens het interview is de topiclijst als richtlijn gebruikt. Daarnaast zijn er op een neutrale wijze aanvullende vragen gesteld tijdens het interview. Een voorbeeld is: “kunt u dit nader toelichten?”. Een ander voorbeeld was dat het laatste deel van het antwoord letterlijk werd herhaald. De gehanteerde taal in het interview was ‘*Clean Language*’. Clean Language houdt in dat de interviewvragen zo geformuleerd worden, zodat ze niet leidend zijn. Hierdoor werd de interviewer gestimuleerd om haar eigen aannames te minimaliseren en de antwoorden van de geïnterviewde niet kon beïnvloeden (Nehyba & Lawley, 2020). De interviewvragen waren gebaseerd op de interview-guide van Gorden (1998). Het interviewdoel was om de ervaringen van artsen te bevragen die aangeven gebruik te maken van e-consulten. In Tabel 1 zijn de voorbeeldvragen per thema weergegeven. Een gedetailleerde beschrijving van de topiclijst is in Bijlage 1 opgenomen.

Tabel 1. Topiclijst semigestructureerde interviews met voorbeeldvragen

Nr.	Thema	Vraag
1	Urgentie e-consulten	Wat waren uw verwachtingen bij het gebruik van e-consulten?
2	Media voor overbrengen	Wanneer maakt u gebruik van e-consulten?
3	Communicatie	Heeft u tijdens het e-consult aanpassingen gedaan in uw lichaamsgebruik?
4	Patiëntgroepen	Voor welke patiëntgroepen gebruikt u e-consulten?
5	Zorgverlener	Wat vindt u van uw eigen competenties tijdens het e-consult?
6	Training	Welke vaardigheden denkt u nog te moeten leren?
7	Succesfactoren en belemmeringen	Wat zijn volgens u succesfactoren voor het gebruik van e-consulten?
8	Toekomst	Wat is uw visie ten aanzien van e-consulten?

Participanten

In totaal hebben acht participanten deelgenomen aan het onderzoek. De verkregen antwoorden in het achtste interview boden geen nieuwe informatie meer. Dit betekende dat er voldoende respondenten waren geïnterviewd om valide uitspraken te kunnen doen op basis van de interviews. Er was sprake van saturatie. De participanten werden geselecteerd op basis van hun beroep, namelijk arts. De exacte functie van de arts en de organisatievorm waar de arts

werkzaam is, maakte voor dit onderzoek niet uit. De participanten hebben een leeftijd tussen de 33 en 51 jaar, met een gemiddelde van 41,8 jaar. De deelnemende participanten waren mannen (3) en vrouwen (5). De participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn werkzaam in de provincies Brabant en Gelderland. Dit is in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 2. Demografische kenmerken van de respondenten: leeftijd, geslacht, functie en locatie werkzaam

Nr.	Leeftijd	Geslacht	Functie	Locatie werkzaam
1	33	M	Huisarts	Huisartsenpraktijk Sint Anthonis
2	34	M	Orthopeed	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
3	48	M	Gynaecoloog	Radboudumc Nijmegen
4	35	V	Huisarts	Huisartsenpraktijk Nijmegen-Noord
5	41	V	Chirurg	Maasziekenhuis Pantein Boxmeer
6	40	V	Kinderuroloog	Radboudumc Nijmegen
7	50	V	Internist	CWZ Nijmegen
8	51	V	Longarts	CWZ Nijmegen

Procedure

Voorafgaand en gedurende het onderzoek zijn er maatregelen getroffen om de participanten te beschermen tegen privacy-, of integriteitsschending. De participanten zijn zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel en de aard van het onderzoek. Ethische goedkeuring voor het onderzoeksplan is verkregen van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen (ETC-GW 2021-0787) (zie Bijlage 2). De participanten zijn geworven door het netwerk van de onderzoeker actief aan te spreken. Vervolgens is de sneeuwbal methode gehanteerd. Dit houdt in dat het netwerk van zowel de onderzoeker als de participanten wordt ingezet om artsen te werven. Aan de artsen, die hadden aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek, werd gevraagd of ze mogelijk nog personen in hun netwerk kenden die benaderd konden worden voor onderzoek (Korstjens & Moser, 2018). De participanten zijn telefonisch en per e-mail benaderd om een afspraak te maken voor een semigestructureerd interview (zie Bijlage 3). Bij het benaderen van de participanten werd een informatiedocument met informatie over de inhoud van het onderzoek via de mail en verspreid en op het intranet van verschillende ziekenhuizen en huisartsenpraktijken geplaatst (zie Bijlage 4). De participanten hebben aangegeven mee te willen doen aan het onderzoek door een informed consentformulier te

ondertekenen. Het informed consentformulier bestond uit het informatiedocument en een mondelinge toestemmingsverklaring.

Vanwege de coronamaatregelen die gedurende de onderzoeksperiode van kracht waren, zijn de interviews online via Zoom afgenomen. Voorafgaand aan het interview werd een zoomlink naar het e-mailadres van de respondent gestuurd. Nadat er op de link werd geklikt, startte het interview. De respondent werd verwelkomd en bedankt voor zijn of haar deelname aan het interview. Voorafgaand aan het interview werd er mondeling toestemming gevraagd aan de participant om het interview met geluidsapparatuur op te nemen. Pas na het geven van toestemming werd deelname aan het onderzoek bevestigd. Daarnaast werd aan de respondent verteld dat de gegevens anoniem in het onderzoek verwerkt zouden worden en dat er meerdere artsen geïnterviewd zouden worden. Doordat het interview via Zoom werd afgenomen ontstond er een parallel proces dat relevant was voor het onderzoek; er konden vragen worden gesteld aan de respondent over dingen die in het interview gebeurden en die illustratief waren voor het onderzoek. Het ging dan over dingen zoals de lichaamsbeweging, de lichaamshouding, gezichtsuitdrukkingen, omgevingsgeluiden of lichtinval. Het interview werd opgenomen met geluidsapparatuur en vervolgens verbatim getranscribeerd. Het anonimiseren van de audio-opnames is gebeurd door de namen van de respondenten te anonimiseren en op te slaan op het beveiligde netwerk van de Radboud Universiteit. Nadat de interviews waren getranscribeerd is het transcript gedeeld met de respondent om te achterhalen of hij of zij zich herkende in de gepresenteerde bevindingen (Korstjens & Moser, 2018). In dit onderzoek is het transcript enkel ter kennisgeving met de respondent gedeeld. Hiermee is gestreefd om de interne validiteit van de waarneming te versterken (Plochg & Van Zwieten, 2007). De duur van de interviews lag tussen de 32 en 52 minuten. De interviews zijn afgenomen tussen 5 mei 2021 en 1 juni 2021.

Analyse

De semigestructureerde interviews zijn verbatim getranscribeerd. Na het transcriberen werd de informatie gecodeerd en geanalyseerd. De begrippen die de participanten over het sociale verschijnsel benoemden, vormen hierbij de basis. Deze begrippen zijn omgezet naar codes en stap voor stap geabstraheerd in thema's die aansluiten bij de geformuleerde de doel- en vraagstelling. Vanwege de hoeveelheid aan datamateriaal is er tijdens het coderen van de data gebruik gemaakt van het kwalitatieve data-analyseprogramma ATLAS.ti. Het data-analyseprogramma ATLAS.ti helpt om te coderen in een bepaald codeerformat, waardoor de werkwijze van het onderzoek voor een volgende onderzoeker navolgbaar is. Hierdoor is de

betrouwbaarheid van het onderzoek toegenomen. Voor het codeerproces is gebruik gemaakt van open, axiaal en selectief coderen. Het codeerproces begon met het open coderen; tekstfragmenten uit het getranscribeerde interview werden in ATLAS.ti gelabeld met codes. Deze code gaf per tekstfragment aan wat het hoofdthema was. De volgende stap was het axiaal coderen. Hierbij werden de open codes met elkaar vergeleken en werden er verbindingen tussen de verschillende open codes gelegd. De codes die bij elkaar hoorden kregen een overkoepelende code. Hierdoor werden thema's onderscheiden. Vervolgens werd gezocht naar patronen tussen de axiale codes, dit werden de selectieve thema's (Bleijenbergh, 2015). In Bijlage 5 is een codeschema opgenomen met de open, axiale en selectieve thema's. De selectieve thema's zijn als hoofd- en subthema's opgenomen in de resultatensectie.

Resultaten

De bevindingen worden uitgewerkt aan de hand van hoofdthema's en de bijbehorende subthema's. In totaal zijn er vijf hoofdthema's gevonden: *verbale communicatie*, *lichaamstaal*, *afstemmen op afstand als competentie*, *methodiek* en *technische randvoorwaarden*. De hoofd- en subthema's zijn weergegeven in Tabel 3. Het volledige codeschema is opgenomen in Bijlage 5. De losse categorieën zijn samengevoegd onder het hoofdthema *overig* en worden niet in de resultatensectie toegelicht.

Tabel 3. Codeschema van hoofd- en subthema's

Nr.	Hoofdthema	Subthema
1	Verbale communicatie	Communicatie als middel Verbale signalen arts
2	Lichaamstaal	Lichaam als instrument Non-verbale signalen arts
3	Afstemmen op afstand als competentie	Klinisch redeneren Competenties zorgverlener
4	Methodiek	Werkomgeving Werkbelasting
5	Technische randvoorwaarden	Programma Apparatuur

Thema – Verbale communicatie

Met het eerste thema wordt het geheel aan communicatieve boodschappen bedoeld dat door middel van woorden en signalen wordt overgebracht. De primaire vorm van communiceren is met woorden. Signalen zijn de secundaire vorm van communiceren waaronder alle onderliggende informatie valt zoals stemgebruik, intonatie, toonhoogte, articulatie, accent en klemtoon. Het hoofdthema verbale communicatie is onderverdeeld in de subthema's: *communicatie als middel* en *verbale signalen arts*.

Communicatie als middel

Alle respondenten gaven aan dat ze tevreden zijn over de communicatie tijdens het e-consult. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat communicatievaardigheden essentieel zijn voor vrijwel iedere arts die met patiënten in contact komt. Verbale communicatie behoort tot de communicatievaardigheid die artsen als middel inzetten om de klachten van een patiënt te achterhalen, advies te geven of de ernst van de klacht te benoemen. Dit geldt voor zowel het face-to-face consult als het e-consult. In het volgende citaat wordt dit toegelicht:

“Dat is voor ons wel een instrument wat je gebruikt om mensen of iets duidelijk te maken, de ernst te benoemen, om daadwerkelijke de problemen waarvoor ze komen boven tafel krijgen, zorg boven tafel krijgen.” [R1]

Verbale signalen arts

Zeven van de acht respondenten gaven aan dat de nadruk bij een e-consult meer op het taal- en stemgebruik ligt dan bij een face-to-face consult. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat zij daarom meer aandacht schenken aan de verbale communicatie, zoals het uiten van zichzelf in woorden.

“En het is een nieuwe vorm van communicatie waarin andere dingen meer nadruk krijgen. Dus je moet meer jezelf uiten in je woorden.” [R5]

Daarnaast gaf slechts één geïnterviewde aan dat zij varieert in haar intonatie tijdens het e-consult en probeert om geen monotone stem te gebruiken. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat de betekenis van een zin door de toonhoogte van de stem benadrukt kan worden.

Sommige respondenten gaven bovendien aan dat zij een hoger stemvolume gebruiken tijdens het e-consult, omdat ze niet zeker weten hoe goed de patiënt ze verstaat.

“Ik doe extra mijn best. Ik gebruik mijn stem wat duidelijker, wat meer. Je weet ook niet hoe hard of hoe zacht het overkomt, bij die ander.” [R7]

Dat de arts en patiënt elkaar zien via het beeldscherm wordt als persoonlijker ervaren dan een telefonisch gesprek. Desondanks is het niet mogelijk om een patiënt met fysieke handelingen te troosten. Dit wordt in de volgende citaten toegelicht:

“Je kunt niet even een zakdoekje pakken of je kunt niet even een glaasje water aanbieden. Of je kunt, je kunt al helemaal niet een hand op de schouder leggen.” [R3]

Daarom gaven alle respondenten aan alert te zijn op de non-verbale signalen en emoties die de patiënt tijdens het e-consult vertoont en woorden te gebruiken om diens empathie richting de patiënt te tonen. Een voorbeeld hiervan is dat de arts benadrukt dat hij of zij de emoties van de patiënt waarneemt en vraagt naar wat er voor emoties opspelen.

“In een e-consult kan dat natuurlijk niet he, dus dan probeer ik daar meer woorden voor te vinden.” [R4]

De respondenten gaven aan tijdens het e-consult meer aandacht te schenken aan bepaalde gesprekstechnieken om de patiënt op zijn of haar gemak te stellen. Een voorbeeld van een gesprekstechniek is fatische communicatie. Fatische communicatie is communicatie omwille van gevoelens en gezelligheid, in plaats van het doel om informatie of een advies te geven. Een voorbeeld van fatische communicatie wordt onderstaand toegelicht:

“Mensen op hun gemak stellen en zeggen van: “smakelijk”, of iets kleins.” [R7]

Ook gaf de meerderheid van de respondenten aan dat ze het lastiger vinden om een interpretatie te maken van hoe de patiënt zich voelt tijdens het e-consult. Om hier een beter beeld van te krijgen gaven de geïnterviewden aan dat ze zichzelf meer expliciteren in wat ze waarnemen en meer vragen stellen tijdens het e-consult.

“Dus als ik merk dat iemand ongemakkelijk is doordat die wegkijkt. Je ziet het toch. Dan vraag ik ernaar.” [R5]

Daarnaast worden er signalen gebruikt tijdens het e-consult om een gevoelsreflectie te geven richting de patiënt. Een gevoelsreflectie is het geven van blijk aan de gevoelens en emoties die de patiënt heeft. Een voorbeeld van een signaal is stiltes laten vallen. Dit wordt in het volgende citaat toegelicht:

“En ook wel te letten op dat je genoeg stiltes laat vallen op zo 'n moment en dat je het niet gaat invullen.” [R4]

Sommige respondenten gaven ook aan dat ze het lastig vinden om hun emoties via videoverbinding over te brengen. Slechts één geïnterviewde gaf aan dat zij zich er daarom beter bij voelt om bepaalde type consulten, zoals slechtnieuwsgesprekken, face-to-face te houden. Opvallend was dat de meerderheid van de respondenten aangaf tevreden te zijn over het houden van slechtnieuwsgesprekken via videoverbinding. Twee respondenten gaven aan dat dit met name in het belang van de patiënt is, zoals toegelicht in het volgende voorbeeld:

“Als ze thuis zitten dan kunnen al hun kinderen bijvoorbeeld bij zo 'n gesprek aanwezig zijn. En je hoeft ook niet naar dat gesprek, dan ben je gewoon thuis. Je hoeft niet meer door de wachtkamer, door het ziekenhuis en naar huis te reizen met al je emoties.” [R8]

Thema - Lichaamstaal

Met het tweede hoofdthema wordt het geheel van communicatieve boodschappen bedoeld die door middel van handgebaren, mimiek, oogcontact en lichaamshouding worden overgebracht. Lichaamstaal is een vorm van non-verbale communicatie die veel inhoudelijke informatie kan overbrengen. Het lichaam is een instrument om de zorgverlening uit te kunnen voeren. Het hoofdthema lichaamstaal is onderverdeeld in de subthema's: *lichaam als instrument* en *non-verbale signalen arts*.

Lichaam als instrument

De lichaamshouding en de lichaamstaal van de arts zijn tijdens het face-to-face consult de instrumenten om zorgverlening uit te kunnen voeren. De lichaamshouding van de arts heeft bovendien invloed op de patiënttevredenheid. Echter, een aantal non-verbale signalen waaronder lichaamshouding en lichaamstaal valt tijdens e-consulten buiten de reikwijdte van het beeld en zijn daardoor minder goed zichtbaar. Het lichaam als instrument gebruiken wordt daarom belangrijker tijdens het e-consult, omdat de manier waarop de arts zit en de afstand tot het beeldscherm signalen kan afgeven over zijn intenties en gemoedstoestand. Daarnaast heeft de lichaamshouding invloed op hoe patiënten het consult waarnemen.

“En het gebruik van je lijf als instrument.” [R7]

Daarnaast gaven alle respondenten aan dat ze meer moeite doen om patiënten op hun gemak te stellen tijdens het e-consult. Hiervoor hebben ze non-verbale aanpassingen gedaan in hun lichaamstaal. De meest genoemde non-verbale lichamelijke aanpassingen die de artsen tijdens online consultvoering doen om de patiënten op hun gemak te stellen zijn: glimlachen, zwaaien naar de patiënt, ja knikken en nee schudden.

“Het is bijvoorbeeld iets met zwaaien, met welkom heten.” [R7]

Non-verbale signalen arts

De meerderheid van de respondenten gaf aan non-verbale aanpassingen te hebben gedaan tijdens het e-consult. Non-verbale aanpassingen die het meest genoemd werden zijn: lichaamshouding, handgebaren, mimiek, knikken en oogcontact.

Lichaamshouding

De meerderheid van de respondenten gaf aan rechtop te zitten en op voldoende afstand van het beeldscherm. Daarnaast gaven de respondenten aan dat ze het belangrijk vinden dat hun hoofd en torso duidelijk in beeld zijn. Slechts één respondent gaf aan dat ze een standaard heeft aangeschaft waar ze de telefoon inzet tijdens het e-consult, zodat haar gezicht duidelijk in beeld is en ze op voldoende afstand van het beeldscherm zit. De respondent in dit voorbeeld laat zien dat alleen haar voorhoofd in beeld is wanneer ze geen gebruik maakt van de standaard.

“Dus wat ik meestal doe is op afstand de handen zichtbaar maken, bewust zijn van je mimiek, er moet goed licht zijn.” en “... en ik heb zo’n standaard. Daar kan mijn mobieltje altijd in. Dus ik kan heel makkelijk filmen met mijn handen vrij. En dan wordt het ook voor een goede afstand gezien.” [R7]

Handgebaren

Bij het geven van uitleg over een foto, echo, operatie of grafieken van bloeduitslagen wordt tijdens het face-to-face consult vaak gebruikt gemaakt van de handen. De meerderheid van de respondenten gaf daarentegen aan geen gebruik te maken van de handen tijdens het e-consult. Het beeldscherm waarop de arts te zien is, is erg klein. Sommige respondenten gaven aan dat de handbewegingen die ze maken buiten de grootte van het beeldscherm vallen en dat dit rommelig oogt.

“Maar ik denk dat ik wel minder handgebaren gebruik, want dat doe je makkelijker in de spreekkamer. Zeker als je naar beelden kijkt of dat je dingen uitlegt. Ja dat gaat met beeldbellen moeilijker.” [R6]

Gezichtsuitdrukkingen

Het is volgens de respondenten belangrijk om bewust te zijn van de gezichtsuitdrukkingen die ze maken, als een vorm van niet-verbale expressies voor emoties. Opvallend was dat alle respondenten in eerste instantie aangaven dat zij zich niet bewust zijn van eventuele aanpassingen in de gezichtsuidrukkingen tijdens het e-consult. Sommige respondenten gaven aan dat door gebruik te maken van gezichtstuidrukkingen geprobeerd wordt om de boodschap zo duidelijk mogelijk over te brengen richting de patiënt. Een aantal respondenten benoemde dat ze afhankelijk zijn van hoe gezichtsuidrukkingen geïnterpreteerd worden via het beeldscherm. In het volgende citaat licht een respondent toe wat voor aanpassingen ze in haar mimiek heeft gedaan tijdens het e-consult:

“En mimiek gebruik ik altijd heel veel. Maar meer bij video. Daarbij duidelijker. Ik denk dat dat hetzelfde is als film of theater, je wilt gewoon graag dat het goed overkomt.” [R7]

Doordat artsen tijdens het face-to-face consult een mondkapje dragen zijn de gezichtsuitdrukkingen van de arts minder zichtbaar, waardoor de gezichtsuitdrukkingen die de arts maakt minder expressief zijn.

“Bij een fysiek consult heb je nu natuurlijk altijd een mondkapje voor. Dat is ook non-verbaal natuurlijk al heel anders. Dus dan moet je natuurlijk meer met je gevoel laten merken wat je ergens van vindt.” [R4]

Een andere opvallende bevinding was dat twee van de acht geïnterviewden aangaven op dit moment voorkeur te geven aan het houden van een e-consult, omdat ze dan geen mondkapje hoeven te dragen. Dit wordt in het volgende citaat toegelicht:

“Wij hebben nu in de spreekkamer allemaal mondkapjes. Dus je wijkt sowieso een beetje af. Ik heb nu bijna liever dat ik zonder mondkapje kan beeldbellen dan met en dan een echt gesprek zonder die, dat ze zien wie ik ben.” [R5]

Knikken

De meerderheid van de respondenten zegt geen gebruik te maken van ja knikken en nee schudden tijdens het e-consult. Slechts twee van de acht geïnterviewden gaf aan dat ze wel meer gebruik maken van non-verbale luistersignalen tijdens het e-consult, zoals ja knikken en nee schudden.

“Ik denk dat ik normaal in een consult meer hum, bijvoorbeeld hé, om iets te laten merken. En dat doe ik nu niet, want dat geeft storing op de lijn. Dus dat is wel anders. Ik probeer tussendoor als de patiënt praat niks te zeggen, geen geluid te maken. Dus ik knik meer tijdens het e-consult.” [R4]

Oogcontact

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat ze eraan gewend zijn geraakt dat ze patiënten niet recht in de ogen aankijken tijdens het e-consult. Sommige respondenten gaven aan dat zij zich er ook van bewust zijn dat ze continu worden aangekeken door de patiënt tijdens het e-consult. Daarnaast beamen de respondenten dat ze soms geneigd zijn zichzelf te aanschouwen tijdens het gesprek. Slechts één geïnterviewde gaf aan dat ze haar eigen beeldscherm verkleint,

zodat ze niet continu zichzelf hoeft te aanschouwen en hierdoor afgeleid raakt. Met behulp van een webcam, die boven de computer wordt geplaatst, wordt er oogcontact gemaakt met de patiënt. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat deze webcam het werkelijke oogcontact met de patiënt nabootst. Voor de artsen die geen losse webcam gebruiken is het maken van direct oogcontact niet mogelijk. Slechts één geïnterviewde gaf aan dat oogcontact via het beeldscherm een non-verbaal verschil is ten opzichte van het face-to-face consult, zoals in het volgende citaat wordt toegelicht:

“Ik denk dat het een non-verbaal verschil is dat je naar het scherm kijkt. Je kijkt dus naar het scherm en als je iemand tegenover je hebt zitten kijk je iemand recht in de ogen. Dat is echt wel een reëel verschil. Een non-verbaal verschil.” [R1]

Thema - Afstemmen op afstand als competentie

Het derde hoofdthema geeft een beschrijving van de competenties die nodig zijn om zorg op afstand af te stemmen. Een competentie is het vermogen om kennis, attitude, inzicht en vaardigheidsaspecten om te zetten in concrete taken om doelen te bereiken. Voorbeelden zijn het geven van instructies aan de patiënt en interpersoonlijke sensitiviteit. Het hoofdthema afstemmen op afstand als competentie is onderverdeeld in de subthema's: *klinisch redeneren* en *competenties zorgverlener*.

Klinisch redeneren

De respondenten gaven aan hun uiterste best te doen om de juiste diagnose te stellen op afstand. Met een e-consult gaat namelijk het eerste fysieke contact met de patiënt verloren. Het is niet mogelijk om handen te schudden of samen met de patiënt over de gang te lopen richting de kamer waar het gesprek zal plaatsvinden.

“Klinkt heel stom maar soms ruik je aan een patiënt al in de gang of er verwaarlozing speelt, of die een urineweginfectie heeft, of die een onregelde diabetes heeft. Dat zijn van die klinische dingen die je op het scherm moeilijker kunt plaatsen.” [R1]

Bij het eerste contact speelt de zintuiglijke waarneming van de arts een belangrijke rol om de patiënt te verkennen. Net zoals de non-verbale signalen, vallen ook enkele zintuiglijke waarnemingen weg tijdens het e-consult. De respondenten gaven aan dat ze tijdens het face-to-

face consult alle zintuigen gebruiken bij het diagnosticeren van de klachten van een nieuwe patiënt.

“Want alle zintuigen die je hebt, gebruik je als je voor het eerst een patiënt ziet, live. Dus je gebruikt je geur, je gebruikt je ogen, je gebruikt het driedimensionale, je gebruikt ook hoe ze bijvoorbeeld tikken met hun voet.” [R7]

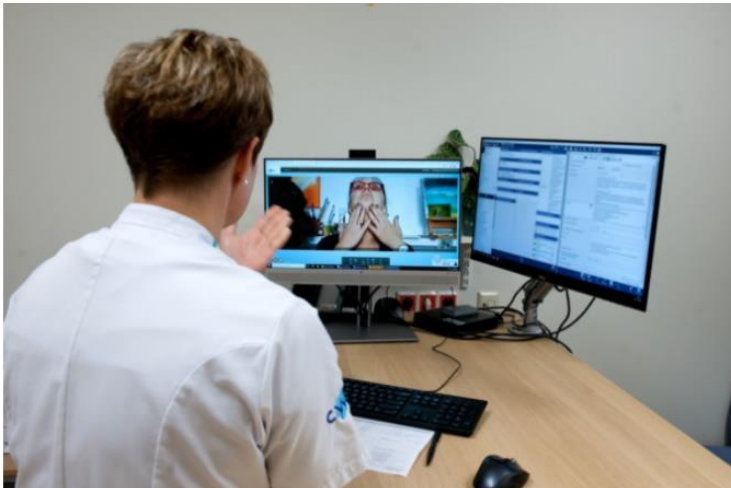
De meerderheid van de respondenten gaf aan dat ze het als belemmering zien dat de zintuigelijke waarnemingen wegvallen tijdens het e-consult. Alle respondenten gaven aan geen dingen te willen missen of fouten te maken bij het stellen van een diagnose. Het huidige zorgsysteem is meer en meer gericht op patiëntgerichte zorg en *shared decision making*. Alle respondenten gaven aan dat ze het belangrijk vinden om daarom het eerste consult met een nieuwe patiënt face-to-face te laten plaatsvinden.

“Ik wil iemand één keer gezien en onderzocht hebben. Daar heeft de patiënt ook recht op vind ik.” [R2]

Competenties zorgverlener

Eén van de vaardigheden voor het verlenen van zorg op afstand is het geven van instructies aan de patiënt voor het verrichten van lichamelijk onderzoek. Dit is een vorm van zelfonderzoek door de patiënt. Slechts twee respondenten gaven aan dat ze over de vaardigheid bezitten om instructies te geven aan een patiënt voor het verrichten van lichamelijk onderzoek op afstand. Het geven van instructies op afstand is daarentegen niet voor iedere patiëntengroep en type consult mogelijk. Het is bijvoorbeeld mogelijk bij patiënten met trombose of schildklierproblemen, maar niet bij patiënten die iets gebroken hebben, zwangere vrouwen of patiënten met urologische klachten. In het volgende citaat licht een geïnterviewde toe wat voor instructies ze aan de patiënt geeft om het zelfonderzoek uit te voeren. Dit wordt ook geïllustreerd in Afbeelding 1.

“Wat ik dan bijvoorbeeld deed is, ik zei: ‘wilt u eerst naar mij kijken en dit dadelijk na doen. Leg de kin omhoog, leg alle vingertoppen op de kaak, ga voor de camera zitten en schuif langzaam de vingers over de hals.’ Nou, en dan kon ik al zien hoe diep die vingers gingen of niet.” [R7]



Afbeelding 1. Voorbeeld van een arts die instructies geeft aan een patiënt voor het verrichten van lichamelijk onderzoek; CWZ, 2020

Een andere geïnterviewde gaf aan dat ze instructies geeft aan patiënten hoe ze hun medicatie in moeten nemen.

“Je kunt voordoen hoe ze hun medicatie in kunnen nemen.” [R8]

Een andere competentie is dat artsen beschikken over digitale vaardigheden, zoals het kunnen gebruiken van de computer. Het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk zorgt voor een beeldbelapplicatie en de nodige faciliteiten hiervoor. Echter, de belangrijkste competentie om gebruik te maken van e-consulten was voor de meeste respondenten dat ze intrinsiek gemotiveerd zijn.

“Ik denk de belangrijkste competentie is dat je bereid bent om het te doen.” [R3]

Tot slot gaven alle respondenten aan dat een arts geen specifieke communicatieve vaardigheden nodig heeft naast waar ze al over beschikken om het e-consult uit te kunnen voeren.

“De competenties die je moet hebben om als arts te werken, sluiten erg aan bij wat je nodig hebt om een e-consult te doen.” [R5]

Thema – Methodiek

Het hoofdthema methodiek omvat de voorwaarden waaraan in ieder geval voldaan moet worden om een e-consult soepel te laten verlopen. Voorbeelden zijn de werkwijze en de werkomgeving waarin men zich bevindt tijdens het e-consult. Het hoofdthema methodiek is opgedeeld in twee subthema's: *werkomgeving* en *werkbelasting*.

Werkomgeving

Op de werkplek van de zorgverleners spelen de fysieke en fysieke omgevingsfactoren een belangrijke rol. Denk hierbij aan de verlichting, achtergrondgeluiden en de plaats in de ruimte. De fysieke en fysieke omgevingsfactoren kunnen voor afleiding zorgen, wat invloed heeft op het gesprek met de patiënt.

Lichtinval

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat, onafhankelijk van de ruimte waar men zich bevindt, de belichting tijdens het e-consult goed moet zijn. Wanneer de belichting niet goed is kan de patiënt overbelicht in beeld verschijnen of geeft de huidskleur van de patiënt juist een fletse indruk. Voor zowel de arts als patiënt is het belangrijk dat het (dag)licht niet van achteren komt. Verkeerde belichting of veranderen van de verlichting kan voor afleiding zorgen. Wolken die voorbijrijven of een schaduw zijn voorbeelden hiervan. Soms is het nodig dat de gordijnen dicht worden gedaan.

Omgeving

Sommige respondenten gaven aan dat tijdens het e-consult veel omgevingsgeluiden te horen zijn. De omgevingsgeluiden kunnen ervoor zorgen dat sommige respondenten afgeleid worden en ze hierdoor de aandacht verliezen tijdens het gesprek. Slechts één respondent gaf aan dat hij de achtergrondgeluiden niet als storend ervaart, zoals in het volgende voorbeeld wordt toegelicht:

“Soms zie je aan mensen dat er allerlei drukte om een patiënt heen is, dus kleine kinderen hé, of een hond. Maar ik ervaar dat niet per se als storend.” [R2]

Een andere opvallende bevinding was dat respondenten aangaven dat het meerwaarde biedt dat ze wat meekrijgen van de leefomgeving van de patiënt tijdens het e-consult. Daarnaast krijgen ze ook wat mee van de sociaaleconomische status van de patiënt.

“Er zijn een aantal patiënten waarvan ik weet dat ze uit een heel zwak sociaal milieu komen. En dat zou je wellicht kunnen zien als je iemand aan de telefoon of via beeldbellen hebt, dat dat bevestigd wordt.” [R6]

Werkbelasting

Slechts twee respondenten gaven aan dat het kijken naar het beeldscherm vermoeiend is. Diezelfde respondenten gaven aan dat het e-consult meer concentratie vergt en daardoor als intensiever wordt ervaren. Dit wordt omschreven als *zoom fatigue*. Sommige respondenten gaven aan dat ze e-consulten vermoeiender vinden omdat de manier van communiceren anders is dan de respondenten van nature gewend zijn.

“Je klinisch redeneren wordt beïnvloed. Dat heb je geleerd op een bepaalde manier en dat doe je nu anders, en dat is nieuw. En als iets nieuw is, is het vermoeiender.” [R4]

Thema - Technische randvoorwaarden

Technische randvoorwaarden zijn de voorwaarden waaraan in ieder geval voldaan moet worden om een e-consult te kunnen houden en goed te laten verlopen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de internetverbinding of het systeem van de beeldbelapplicatie. Het hoofdthema technische randvoorwaarden is onderverdeeld in de subthema's: *programma* en *apparatuur*.

Programma

Er zijn verschillende typen zorgprogramma's met een beeldbelapplicatie zoals BeterDichtbij, Facetalk, Quli, Webcam consult en Zaurus. Bij Facetalk is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) geïntegreerd. De meerderheid van de respondenten maken echter gebruik van een zorgprogramma waarbij het EPD niet is geïntegreerd. Deze respondenten gaven aan dit als een beperking te zien. Slechts één geïnterviewde gebruikt een zorgprogramma die een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) bevat met daarin de mogelijkheid om te beeldbellen.

“En dat biedt heel veel voordelen, omdat je dan ook met de patiënt het patiëntendossier kan delen.” [R8]

Bepaalde zorgprogramma's bevatten ook de mogelijkheid om het scherm te delen waardoor respondenten tijdens het beeldbellen een echo of CT-scan kunnen laten zien. Slechts één geïnterviewde gaf aan dat ze het scherm deelt, zodat ze foto's van de nieren of de lever kan laten zien. Onderstaand wordt dit toegelicht aan de hand van een citaat:

“Dus je kan share screen doen en dan patiënten bijvoorbeeld CT-scans laten zien of lab uitslagen. Dus ja die kunnen dan gewoon meekijken en dan wordt het een veel voorwaardiger consult, dan als je alleen maar met elkaar kunt praten.” [R8]

Apparatuur

Alle respondenten gaven aan dat ze de technische problemen tijdens het e-consult als belemmering ervaren. Soms is het beeld niet goed door de slechte internetverbinding of er is sprake van ruis door de microfoon.

“Met name slechte faciliteiten die eromheen hangen, bijvoorbeeld camera's die het niet goed doen, ruis van de microfoon die je slecht hoort.” [R6]

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat e-consulten niet optimaal werken bij patiënten met bijvoorbeeld een taalbarrière, doordat ze de Nederlandse taal niet spreken of een buitenlands accent hebben. Door de galp op de lijn is het accent van de patiënt moeilijker te verstaan.

“Er zit vaak een beetje een galp op de lijn. Dus dan is het accent moeilijker te verstaan.” [R4]

Slechts twee respondenten gaven aan dat het systeem voor beeldbellen aan het begin van de coronacrisis niet goed werkte. De kans bestaat echter nog steeds dat het beeld en geluid niet-synchroon lopen aan elkaar. Hierdoor kunnen arts en patiënt door elkaar heen praten, afgewisseld met zwijgen. Dit is de dimensie waarbij de arts en patiënt niet met elkaar praten,

maar wel tegen elkaar. Volgens de respondenten kan het storend zijn als er door elkaar heen wordt gesproken. Het doel van de interactie valt dan weg en dit zorgt voor afleiding.

“Heel erg uitkijken dat je niet door elkaar heen praat, want dan kan je het nog steeds niet goed verstaan.” [R4]

Conclusie

Door de coronamaatregelen die in 2020 en 2021 van kracht waren, waren artsen genoodzaakt een deel van de consulten via videoverbinding uit te voeren. In dit onderzoek wordt hiervoor de term e-consulten gebruikt; de arts en patiënt zien en spreken elkaar via videoverbinding op een beeldscherm. Het doel van het huidige onderzoek was om aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews te achterhalen hoe artsen de verbale en non-verbale communicatie met de patiënt tijdens het e-consult ervaren. De onderzoeksvraag was: *hoe wordt de communicatie met patiënten tijdens e-consulten door artsen ervaren?* De onderzoeksvraag werd beantwoord aan de hand van drie deelvragen.

De eerste deelvraag was: *welke verbale en non-verbale signalen gebruiken artsen tijdens het e-consult?* Een deel van de non-verbale communicatie zoals lichaamshouding, lichaamsbeweging, oogcontact en handgebaren vallen tijdens het e-consult buiten de reikwijdte van het beeldscherm. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat het wegvallen van de non-verbale communicatie gecompenseerd werd door verbale communicatie, zoals woorden en signalen. De verbale signalen die artsen toepasten tijdens het e-consult waren: nadruk op taal- en stemgebruik, stemvolume, toonhoogte, variatie in intonatie en het laten vallen van stiltes. De betekenis van een zin kan door de toonhoogte van de stem namelijk benadrukt worden. Daarnaast gebruikten de artsen een hoger stemvolume tijdens het e-consult, omdat ze niet zeker wisten of en hoe goed de patiënt hen verstond. Omdat een deel van de non-verbale communicatie tijdens het e-consult niet zichtbaar was, hebben artsen enkele aanpassingen gedaan in hun non-verbale communicatie. Artsen maakten tijdens het e-consult vrijwel geen gebruik van de handen, omdat bewegingen zoals handgebaren buiten het bereik van het beeldscherm vielen en dit daarom rommelig kon overkomen. De artsen maakten ook minder gebruik van ja knikken en nee schudden, ten opzichte van het face-to-face consult. Een derde non-verbale aanpassing van de arts was de lichaamshouding. Artsen zorgden ervoor rechtop te zitten op voldoende afstand van het beeldscherm waardoor hun hoofd, gelaat en torso duidelijk in beeld waren.

Er werden verbale en non-verbale technieken ingezet om de patiënt via videoverbinding op diens gemak te stellen. Verbale gesprekstechnieken zoals affectieve communicatie, fatische communicatie, het stellen van vragen, en letterlijk benoemen wat de arts waarnam of dacht; non-verbale gesprekstechnieken zoals het gebruik van gezichtsuitdrukkingen als een vorm van niet-verbale expressie voor het tonen van empathie en emotie richting de patiënt.

De tweede deelvraag was: *welke positieve of negatieve ervaringen hebben artsen met het e-consult?* De artsen hadden zowel positieve als negatieve ervaringen met e-consulten. Zo werden de zorgprogramma's met beeldbelapplicatie als gebruiksvriendelijk beschouwd. Daarnaast ervoeren de artsen het als positief dat ze de mogelijkheid hadden om plaatjes van lichaamsdelen, de uitslag van een CT-scan of de bloeddruk tijdens het e-consult te laten zien aan de patiënt. Een andere, zeer waardevolle bevinding, is dat artsen het als positief ervaren dat zij door de videoverbinding bijvoorbeeld een beeld van de leefomgeving en daarmee ook een stukje van de sociaaleconomische status van de patiënt meekregen. De fysische en fysieke omgevingsfactoren zoals verlichting, achtergrondgeluiden en werkomgeving konden tevens een negatieve invloed hebben op het gesprek. Omgevingsgeluiden of een verkeerde belichting konden voor afleiding zorgen wat tot een negatieve ervaring van e-consulten leidde. Een andere negatieve ervaring was volgens de artsen dat een aantal van hun zintuigelijke waarnemingen verloren gingen tijdens het e-consult. De arts kon namelijk alleen gebruik maken van de zintuigelijke waarnemingen 'zien' en 'horen'. Daarnaast was het verrichten van lichamelijk onderzoek niet mogelijk, omdat de arts en de patiënt niet in dezelfde fysieke ruimte aanwezig waren. Communiceren via videoverbinding vroeg om het toepassen van andere verbale- en non-verbale gesprekstechnieken. De arts moest zich namelijk concentreren op het gesprek via videoverbinding en maakte intensiever gebruik van diens taal- en stemgebruik. Ook het continu kijken naar het beeldscherm vergde meer concentratie volgens de artsen. Dit zorgde ervoor dat het e-consult als vermoeiender werd ervaren door de arts. Een laatste negatieve ervaring van artsen was de techniek. Technische belemmeringen, zoals een haperende internetverbinding, vertraging op de lijn of ruis van de microfoon hadden invloed op het gesprek. Door technische problemen kon het voorkomen dat de arts en de patiënt door elkaar heen praatten. Dit werd als storend gezien en kon uiteindelijk voor afleiding zorgen.

Bij het beantwoorden van de derde deelvraag - *wat vinden artsen van hun manier van communiceren tijdens e-consulten met patiënten?* - is gekeken naar de competenties die een arts nodig heeft om een e-consult goed te laten verlopen en in hoeverre de arts vindt dat hij of zij over deze competenties beschikt. Om de zorgvraag van de patiënt te kunnen beantwoorden

probeerde de arts zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënt. Volgens de respondenten heeft een arts geen specifieke competenties nodig om een e-consult uit te voeren, behalve dat ze bereid moeten zijn om zorg op afstand te leveren. De competentie ‘communicatievaardigheden’ leren de artsen gedurende de basisopleiding geneeskunde. Het bezitten van communicatievaardigheden is tevens het instrument van een arts om een face-to-face consult goed te laten verlopen. Qua communicatie met de patiënt tijdens het e-consult lijken de communicatievaardigheden die de arts heeft voldoende. Uit de resultaten van het huidige onderzoek kwamen meerdere, vaak positieve, antwoorden over de communicatie gedurende een e-consult naar voren. Gebleken is dat de respondenten zeer tevreden zijn over hoe de communicatie tussen arts en patiënt tijdens e-consulten verloopt.

Het gebruiken van een beeldbelapplicatie vereist daarentegen technologische vaardigheden van zowel arts als patiënt. De arts heeft technologische vaardigheden nodig om het zorgprogramma en de apparatuur waarmee ze een e-consult kunnen uitvoeren, te kunnen gebruiken. Het houden van e-consulten vraagt van de arts om zich te bekwamen in het omgaan met techniek. Artsen moeten zich aanpassen aan de manier van zorg verlenen op afstand. Enkele artsen hebben zichzelf de vaardigheid aangeleerd om instructies aan de patiënt te geven voor het verrichten van zelfonderzoek of uitleg te geven over de inname van medicatie. Dit is echter afhankelijk van het type gesprek en de patiëntengroep waarmee de arts een e-consult houdt.

Na de uitbraak van de coronapandemie bleek dat er een alternatief moest komen voor fysieke consulten. Dit werden e-consulten en daartoe werd voor ieder specialisme een zorgprogramma geïmplementeerd om consulten via een videoverbinding te kunnen geven. Uit het onderzoek blijkt dat artsen over het algemeen positief tegenover e-consulten staan; dit is tevens een voorwaarde voor het uitvoeren van e-consulten. De bevindingen suggereren dat e-consulten de mogelijkheid bieden voor de arts om informatie te delen met de patiënt. Vooralsnog vereist communiceren via het beeldscherm wel een andere manier van communiceren van artsen. Een deel van de non-verbale signalen is minder zichtbaar waardoor de arts extra verbale signalen om zich te expliciteren in moet zetten.

Al met al kan geconcludeerd worden dat de communicatie in e-consulten als positief wordt ervaren mits de artsen zelf bereid zijn om een e-consult te houden, de juiste faciliteiten beschikbaar zijn en het type gesprek geschikt is om via videoverbinding te houden.

Discussie

De bevindingen van het huidige onderzoek kunnen in relatie worden gebracht met de bevindingen uit eerder onderzoek. Bevindingen uit het huidige onderzoek laten de tevredenheid van artsen zien over communicatie via e-consulten. Dit komt niet overeen met eerdere studies. Eerdere onderzoeken naar communicatie via e-consulten laten zien dat artsen vaak ontevreden zijn over een aantal communicatiebarrières die tijdens het e-consult optreden. Voorbeelden hiervan zijn dat artsen de communicatie tijdens het e-consult niet expliciet genoeg vinden (Peeters et al., 2016; Tenforde et al., 2017), artsen geen vragen kunnen stellen aan de patiënt (Liu et al., 2007) en er geen mogelijkheid is om lichamelijk onderzoek te verrichten (Aggarwal et al., 2016; Liu et al., 2007). Huidig onderzoek toont in tegenstelling tot eerder onderzoek van Liu et al. (2007) aan dat artsen zichzelf meer expliciteren in wat ze waarnemen door meer vragen te stellen aan de patiënt tijdens het e-consult. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de resultaten van Liu et al. (2007) en het huidige onderzoek is de gebruikte onderzoeksopzet. Liu et al. (2007) gebruikten een conversatieanalyse aangevuld met een vragenlijst. In de conversatieanalyse vergeleken ze de communicatie tussen de arts en patiënt tijdens e-consulten met die van face-to-face consulten. De vragenlijst bevatte vragen over de tevredenheid over het gesprek. Het huidige onderzoek maakte echter gebruik van interviews waarbij naar de ervaring van artsen over de communicatie in e-consulten gevraagd werd. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of het stellen van meer vragen tijdens het e-consult invloed heeft op de beoordeling van het consult door zowel de patiënt als de arts. Daarnaast sluit het huidige onderzoek aan bij de bevindingen van Liu et al. (2007) en Aggarwal et al. (2016) dat artsen de onmogelijkheid om lichamelijk onderzoek te doen als een barrière zien om een goede diagnose te kunnen stellen.

In het huidige onderzoek werd gevonden dat een aantal non-verbale signalen zoals lichaamsbewegingen, handgebaren en de lichaamshouding van de arts buiten de reikwijdte van het beeldscherm valt. Ook Aggarwal et al. (2016) hebben in hun onderzoek aangetoond dat een aantal lichaamsbewegingen niet goed zichtbaar zijn tijdens het e-consult. Aggarwal et al. (2016) hebben zich echter in hun onderzoek gefocust op de patiënt. Het gaat hierbij om lichaamsbewegingen zoals handgebaren en lichaamshouding van de patiënt. Deze gegevens moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, daar het huidige onderzoek zich uitsluitend heeft gefocust op de perceptie van de arts en Aggarwal et al. (2016) op de perceptie van de patiënt. Het is daarom mogelijk dat de arts en de patiënt non-verbale signalen in een e-consult anders waarnemen. In huidig onderzoek is enkel de ervaring van artsen onderzocht, omdat voor

het interviewen van patiënten medisch-ethische goedkeuring van de toetsingscommissie vereist (METC) is. De METC beoordeelt of de risico's voor patiënten niet te groot zijn en of het onderzoek niet te belastend is voor de patiënt. Het kan enkele maanden duren voordat goedkeuring van de METC wordt gegeven voor het starten van het onderzoek. Om deze reden is de perceptie van de arts onderzocht. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of er een verschil is in perceptie van de arts of de patiënt met betrekking tot het signaleren van non-verbale signalen bij een e-consult.

Uit het huidige onderzoek is tevens gebleken dat artsen in e-consulten meer verbale communicatie gebruiken dan in face-to-face consulten om zich te expliciteren, omdat een deel van de non-verbale communicatie wegvalt. Uit voorgaande onderzoeken blijkt echter dat non-verbale communicatie in face-to-face consulten een positieve invloed heeft op de patiëntuitkomsten, patiënttevredenheid (Ong et al., 1995), begrijpelijkheid van het consult en het zich kunnen herinneren van de informatie (Martin & Friedman, 2005). Het gaat hierbij om non-verbale signalen zoals gezichtsuitdrukkingen, oogcontact, gebaren en houding. Uit de studie van Marcinowicz et al. (2010) bleek dat oogcontact en glimlachen door de arts het meest wordt waargenomen door de patiënt en dat dit invloed heeft op de begrijpelijkheid van het consult en het zich kunnen herinneren van de informatie. Jones (2012) vond daarnaast in zijn studie dat de non-verbale signalen van de arts in face-to-face consulten nodig zijn om de verbale signalen te versterken. Deze bevindingen geven aanleiding om te veronderstellen dat het wegvallen van sommige non-verbale signalen in het e-consult wellicht invloed heeft op de patiëntuitkomsten, patiënttevredenheid, begrijpelijkheid van het consult en het zich kunnen herinneren van de informatie. Daarbij is het interessant om het gebrek aan sommige non-verbale signalen op de patiëntuitkomsten nader te onderzoeken. Toekomstig onderzoek kan uitwijzen of de frequentie en de grootte van gebaren in een e-consult invloed hebben op begrijpelijkheid, het zich kunnen herinneren van informatie, patiënttevredenheid en patiëntuitkomsten. Als vervolgonderzoek dat uitwijst, kunnen artsen mogelijk getraind worden om meer non-verbale signalen te gebruiken tijdens een e-consult.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat een arts meer affectieve communicatie-uitingen gebruikt tijdens het e-consult om zijn of haar empathie of lof richting de patiënt te uiten. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van Tates et al. (2017). Het onderzoek van Tates et al. (2017) heeft aangetoond dat artsen meer affectieve uitingen richting de patiënt tonen om het gebrek aan non-verbale signalen te compenseren. Dit staat tegenover eerder onderzoek van Liu et al. (2007) waarin verondersteld werd dat artsen minder affectieve communicatie-uitingen

gebruiken tijdens de interactie in het e-consult doordat paralinguïstische signalen, zoals intonatie en klemtoon, minder goed te horen zijn in e-consulten (Liu et al., 2007). De onderzoeken van Liu et al. (2007) en Tates et al. (2017) sluiten hiermee niet op elkaar aan. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de resultaten van Liu et al. (2007), Tates et al. (2017) en het huidige onderzoek is de gebruikte onderzoeksopzet. Liu et al. (2007) maakten gebruik van een conversatieanalyse aangevuld met een vragenlijst. De patiënten kregen op één dag zowel een face-to-face consult als een e-consult met een arts. Na ieder consult vulden de arts en de patiënt een vragenlijst in met vragen om de patiënttevredenheid te beoordelen over beide typen consulten. Tates et al. (2017) maakten gebruik van een simulatie door de opnames van face-to-face gesprekken en e-consulten tussen de arts en gesimuleerde patiënten te analyseren op basis van de gebruikte communicatie. In het huidige onderzoek werd echter gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Een tweede mogelijke verklaring is het doel van het consult. Tates et al. (2017) includeerden in hun onderzoek patiënten met een bekkenorgaanverzakking of stress-urine-incontinentie (SIU). De arts en patiënt hadden elkaar al eerder ontmoet tijdens een face-to-face consult, lichamenlijk onderzoek had plaatsgevonden en de patiënt was al op de hoogte van zijn of haar diagnose. Liu et al. (2007) hadden patiënten in hun onderzoek opgenomen met verschillende aandoeningen zoals diabetes, hartfalen en depressie. De emoties die bij deze verschillende gesprekken aanwezig waren kunnen van invloed zijn op de onderzochte bevindingen. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de emoties die bij verschillende consulten optreden en of dit invloed heeft de affectieve communicatie-uitingen die een arts gebruikt om zijn of haar empathie richting de patiënt te tonen.

Een opvallende bevinding is dat artsen in eerste instantie aangaven zich niet bewust te zijn van hun eigen non-verbale gedragsaanpassingen in een e-consult. Op de vraag of de arts aanpassingen had gedaan in non-verbale signalen tijdens het e-consult gaf de meerderheid van de respondenten aan dat ze zich hier niet bewust van waren. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat artsen wel degelijk non-verbale gedragsaanpassingen doen tijdens het e-consult. Artsen maken in het e-consult bijvoorbeeld geen handgebaren, schudden niet met het hoofd en passen hun lichaamshouding aan zodat ze naar verhouding goed in beeld zijn. Dit geeft de discrepantie weer tussen wat de respondenten onbewust denken en wat ze daadwerkelijk doen. Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek van Jones (2012) waaruit blijkt dat non-verbale gedragingen zoals handgebaren en lichaamsbeweging vaak onbewust door gesprekspartners worden gebruikt om meer expressie te geven aan face-to-face interactie. Uit

hetzelfde onderzoek blijkt dat het daardoor lastiger is om het non-verbale gedrag aan te passen. Een mogelijke verklaring voor de discrepantie is dat gesprekspartners niet altijd bewust zijn van de non-verbale gedragingen tijdens de face-to-face interactie en dit ook het geval is tijdens online interacties. Een tweede mogelijke verklaring hiervoor is dat de interviewvraag die door de onderzoeker werd gesteld niet duidelijk was voor de respondent. Verder onderzoek naar bewustzijn over non-verbaal gedrag is nodig om te bepalen of dit bij iedere arts zo is. Toekomstig onderzoek zou zich daarom kunnen richten op een observationele studie.

Limitaties van het onderzoek

Bij de interpretatie van de resultaten uit het huidige onderzoek moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen. Op het moment van dit onderzoek vond de tweede golf van de coronacrisis plaats en ging het vaccinatieprogramma van start. Deze factoren kunnen eraan hebben bijgedragen dat artsen niet bereid waren of geen tijd hadden om deel te nemen aan dit vrijwillige onderzoek. Het minimum van acht geïnterviewden is in het huidige onderzoek behaald, maar wellicht was het onderzoek meer onderbouwd geweest als meer respondenten deel hadden genomen. Daarentegen leverden de antwoorden op de interviewvragen van het laatste interview geen nieuwe informatie meer op.

Deze studie betrof een exploratief onderzoek waarbij onderzocht werd hoe artsen de communicatie in e-consulten ervaren. De respondenten uit het huidige onderzoek maakten deel uit van de groep artsen die gebruik maakt van e-consulten, waarbij het type specialisme van de arts of de organisatievorm waarbij de arts werkzaam is voor het onderzoek niet uitmaakte. Dit heeft een gevarieerde onderzoekspopulatie opgeleverd die bestond uit een gynaecoloog, een orthopeed, een chirurg, een kinderuroloog, een internist, een longarts en twee huisartsen. Uit de resultaten van het huidige onderzoek is gebleken dat het doel van het houden van een e-consult per specialisme verschilt. Een chirurg heeft bijvoorbeeld een andere reden voor het houden van een e-consult dan een gynaecoloog. En een gynaecoloog heeft weer een ander doel om een e-consult te houden dan een internist. Per specialisme kan het consult een ander doel of andere inhoud hebben, waardoor de artsen van de verschillende specialismes de communicatie verschillend kunnen ervaren. Huidig onderzoek was exploratief van aard en daarom zou in vervolgonderzoek interessant kunnen zijn om te onderzoeken of de verschillende typen specialismen en de doeleinden voor het houden van een e-consult invloed hebben op de ervaring van artsen.

Tot slot is er sprake van *non respons bias* in het huidige onderzoek. Aan het huidige onderzoek naar de communicatie in e-consulten hebben namelijk vooral artsen hun mening gegeven die een positieve attitude ten aanzien van e-consulten hebben. De artsen met een negatieve attitude ten aanzien van e-consulten komen in onvoldoende mate voor in de data, terwijl deze er volgens de respondenten wel degelijk zijn. Om een beter inzicht te krijgen in de ervaring die artsen hebben met online consultvoering, zou dit onderzoek uitgebreid moeten worden. Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om zowel een groep respondenten te includeren die positief tegenover e-consulten staan als een groep respondenten die negatief tegenover e-consulten staan.

Implicaties van het onderzoek

Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dat artsen positief zijn over de communicatie in e-consulten. Het huidige onderzoek laat echter het belang zien van het op een juiste manier inzetten van verbale en non-verbale communicatie in e-consulten. Hiermee geeft dit onderzoek niet alleen inzicht in de ervaring van zorgverleners over online consultvoering, maar ook in een op dit moment erg relevant onderzoeksgebied, namelijk: online communiceren. Het onderzoek suggereert immers dat non-verbale communicatie ook binnen een online context een belangrijke rol speelt, omdat de non-verbale signalen de verbale signalen van de gesprekspartners versterken. Wanneer verbale en non-verbale communicatie goed worden toegepast tijdens een gesprek heeft dit een positief effect op patiëntuitkomsten, patiënttevredenheid, begrijpelijkheid van het consult en het zich kunnen herinneren van de informatie.

De bevindingen van het huidige onderzoek zijn mogelijk relevant binnen andere communicatiecontexten. Vervolgonderzoek zou dit moeten uitwijzen; verbale en non-verbale communicatiesignalen zou eenzelfde rol kunnen spelen in online sollicitatiegesprekken, online gesprekken binnen het onderwijs of zakelijke communicatiegesprekken. Hierbij kan gedacht worden aan een gesprek tussen een sollicitant en een werkgever, tussen docent en student of tussen klant en verkoper.

Tot slot biedt het onderzoek advies aan artsen die gebruikmaken van online consulten met de patiënt. Het advies is dat artsen een non-verbale, affectieve houding aan dienen te nemen tijdens het e-consult, omdat dit een rol blijkt te spelen bij verschillende patiëntuitkomsten. Artsen wordt aangeraden om de patiënt welkom te heten, rechtop te zitten en een open lichaamshouding aan te nemen, een rustige achtergrond te creëren zonder afleiding van

omgevingsgeluiden of schaduwen in het gezicht en regelmatig oogcontact te maken met de patiënt. Daarnaast is het van belang dat artsen extra verbale affectieve uitingen inzetten tijdens het e-consult zodat de informatie die aan de patiënten tijdens het consult wordt gegeven begrijpelijk is.

Literatuurlijst

- Aggarwal, D., Ploderer, B., Vetere, F., Bradford, M., & Hoang, T. (2016, June). Doctor, can you see my squats? Understanding bodily communication in video consultations for physiotherapy. In Proceedings of the 2016 ACM conference on designing interactive systems (pp. 1197-1208). doi: 10.1145/2901790.2901871
- Arminen, I., Licoppe, C., & Spagnolli, A. (2016). Respecifying mediated interaction. *Research on Language and Social Interaction*, 49(4), 290-309.
doi: 10.1080/08351813.2016.1234614
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Beeldbellen went, voor zorgverlener én patiënt! (2020, 25 november). [Foto]. CWZ.
<https://www.cwz.nl/over-cwz/nieuws-en-pers/nieuwsoverzicht/beeldbellen-went-voor-zorgverlener-en-patient/>
- Bensing, J., & Meeuwesen, L. (1996). Communicatie tussen hulpverlener en patiënt. J. Verhulst, ALCM Henkelman & RAC Hoksbergen (Red.), *Werken aan gezondheid: omgaan met kwetsbaarheid*, 83-93.
- Bensing, J., Van Dulmen, S., & Tates, K. (2003). Communication in context: new directions in communication research. *Patient education and counseling*, 50(1), 27-32.
doi: 10.1016/S0738-3991(03)00076-4
- Bleijenbergh, I. (2015). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*, 2e druk. Den Haag: Boom Lemma.
- Bouma, G., De Hosson, L. D., Van Essen, H., De Vries, E. G. E., De Groot, D. J. A., & Walenkamp, A. M. E. (2018). Use of video-consultation is feasible during follow-up care of patients with a neuroendocrine tumor. *Clinical Oncology*, 30(6), 369.
doi: 10.1016/j.clon.2018.02.027
- Buchanan, D. A., & Huczynski, A. A. (2019). *Organizational behaviour*. Pearson UK.
- Cerezo-Ruiz, A., & Parras-Mejías, E. (2016). Telemedicine in colorectal cancer screening. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 40(5), 53–54.
doi: 10.1016/j.clinre.2016.02.009
- De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 287-294. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.006

- Dronkert, L. (2020). Impact van Sociale Afstand op Kwetsbare groepen. Deelproject 4: Onderzoek bij cliëntondersteuners van MEE over hun ervaringen sinds COVID-19, MEE NL: Utrecht.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gorden, R. L. (1998). Basic interviewing skills. Waveland Press.
- Islam, M. S., & Kirillova, K. (2020). Non-verbal communication in hospitality: At the intersection of religion and gender. *International Journal of Hospitality Management*, 84, 102326. doi: 10.1016/j.ijhm.2019.102326
- Jones, A. (2012). The foundation of good nursing practice: effective communication. *Journal of renal nursing*, 4(1), 37-41. doi: 10.12968/jorn.2012.4.1.37
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. doi: 10.1080/13814788.2017.1375092
- KPMG International. (2012). *Accelerating innovation: the power of the crowd. Global lessons in eHealth implementation.*
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809.
- Liu, X., Sawada, Y., Takizawa, T., Sato, H., Sato, M., Sakamoto, H., Sakamaki, T. (2007). Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. *Internal Medicine*, 46(5), 227–232. doi: 10.2169/internalmedicine.46.1813
- Marcinowicz, L., Konstantynowicz, J., & Godlewski, C. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 60(571), 83-87. doi: 10.3399/bjgp10X483111.
- Martin, L. & Friedman, S. (2005). Nonverbal Communication and Health Care. *Applications of nonverbal communication*, Lawrence Erlbaum Associates H1, 3 -16
- 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. <https://www.actieleernetwerk.nl/wp-content/uploads/2020/12/1003893.pdf>
- Nehyba, J., & Lawley, J. (2020). Clean Language Interviewing as a second-person method in the science of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 27(1-2), 94-119.

- Nictiz. (2019, maart). E-Health, wat is dat?
<https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/E-health-Wat-is-dat.pdf>
- NIVEL. (2020). *De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd*.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003893.pdf>
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, *40*(7), 903–918. doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-m
- Parks, M. R., & Floyd, K. (2006). Making Friends in Cyberspace. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *1*(4), 0. doi: 10.1111/j.1083-6101.1996.tb00176.x
- Peeters, J. M., Krijgsman, J. W., Brabers, A. E., Jong, J. D. D., & Friele, R. D. (2016). Use and Uptake of eHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners. *JMIR Medical Informatics*, *4*(2), e11. doi: 10.2196/medinform.4515
- Plochg, T., & Van Zwieten, M. C. B. (2007). H6 Kwalitatief onderzoek.
- Ram, P. (2006). Non-verbale communicatie. *Huisarts en wetenschap*, *49*(2), 159-160.
doi: 10.1007/BF03084651
- Schippers, E.I. (2014). *eHealth en Zorgverbetering*, brief regering nummer: 2014Z12697.
Publicatiedatum 2 juli 2014.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, *26*(5), 309-313.
doi: 10.1177/135763X20916567
- Street Jr, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical care*, 960-969.
- Tates, K., Antheunis, M. L., Kanters, S., Nieboer, T. E., & Gerritse, M. B. E. (2017). The Effect of Screen-to-Screen Versus Face-to-Face Consultation on Doctor-Patient Communication: An Experimental Study with Simulated Patients. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(12), e421. doi: 10.2196/jmir.8033
- Tenforde, A. S., Hefner, J. E., Kodish-Wachs, J. E., Laccarino, M. A., & Paganoni, S. (2017). Telehealth in Physical Medicine and Rehabilitation: A Narrative Review. *PM&R*, *9*, 51–58. doi: 10.1016/j.pmrj.2017.02.013
- Wouda, J. C., & van de Wiel, H. B. M. (2006). Medische communicatie. In *Medische*

psychologie (pp. 163-170). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
Zoom Video Communications. [Computerprogramma]. (2021). Geraadpleegd van
<https://zoom.us/>

Bijlage 1 Topiclijst interview

Topiclijst semigestructureerde diepte-interviews

Interview-doel

Ervaringen van artsen die gebruik maken van e-consulten bevragen, aan de hand van een semigestructureerd diepte-interview.

Introductie

Het kan voorkomen dat er stiltes vallen. Ik geef u dan de ruimte zodat u wat langer kunt nadenken. Het interview wordt opgenomen en de gegevens worden anoniem verwerkt. Meerdere zorgverleners worden geïnterviewd.

De structuur van het interview zal er als volgt uit gaan zien: gedurende het eerste deel zal ik vragen stellen over uw eigen ervaring met het gebruik van e-consulten, de vragen in het tweede deel gaan over de patiënten, tot slot zullen we een blik werpen op de toekomst met betrekking tot het gebruik van e-consulten.

Interview wordt opgenomen met een audio-recorder, anoniem getranscribeerd- analyseert en gecodeerd.

Algemene vragen

- Wat is uw leeftijd?
- Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam als arts?
- In wat voor praktijk bent u werkzaam?
- Is uw praktijk in de stad of het platteland gevestigd?
- Hoeveel patiënten staan er bij uw praktijk ingeschreven?

Openingsvraag

1. Hoe is het afgelopen jaar voor u geweest?
of, hoe heeft u het afgelopen jaar ervaren?

Urgentie e-consulteren

1. Sinds wanneer maakt u gebruik van e-consulteren?
2. Wat was de reden om e-consulteren te gaan afnemen?
3. Wat waren uw verwachtingen bij het gebruik van e-consulteren?
 - a. Positief, namelijk
of negatief, namelijk
4. Worden deze verwachtingen bevestigd?
 - a. Zo ja, hoe?

Media voor overbrengen van informatie

5. Wanneer maakt u gebruik van e-consulteren?
 - a. Voor het overbrengen van informatie met specifieke patiëntgroepen?
 - b. Voor het overbrengen van informatie ten aanzien van specifieke uitslagen?
 - c. Voor het communiceren van slechtnieuwsgesprekken met patiënten?
6. Gebruikt u e-consulteren als vervanging voor face-to-face consultaties of als toevoeging aan deze consulten?
7. Hoeveel keer per dag maakt u gebruik van e-consulteren?
 - d. En hoeveel keer per dag face-to-face consulten?

Communicatie

8. Wat is de ervaring met betrekking tot de veranderingen van fysieke zorg naar zorg op afstand?
9. Gebruikt u andere non-verbale signalen tijdens het e-consult, ten opzichte van het fysieke consult?
 - a. Zo ja, welke?
 - b. Wat is uw ervaring hiermee?
10. Heeft u tijdens het e-consult aanpassingen gedaan in lichaamsgebruik?
11. Heeft u tijdens het e-consult aanpassingen gedaan in gezichtsuitdrukkingen?
12. Heeft u tijdens het e-consult aanpassingen gedaan in stemgebruik?
13. Wat vindt u van het oogcontact tijdens het e-consult?

Patiëntgroepen

14. Voor welke patiëntgroepen gebruikt u de e-consulteren wel? Waarom?

15. En voor welke patiëntgroepen niet? Waarom niet?
16. Zorgt de inzet van e-consulten voor een positieve of negatievere positie van de patiënten?

Zorgverlener

17. Over welke competenties moet een arts bezitten om het e-consult uit te voeren?
18. Wat vindt u van uw eigen competenties tijdens het e-consult?
 - e. Zijn deze competenties verbeterd of verslechterd vergeleken met het begin van het afnemen van e-consulten?
19. Wat zijn de gevolgen van het uitvoeren van e-consulten voor uw positie als arts?
 - f. En wat zijn de gevolgen voor de verhouding tussen u en de patiënt?

Training

20. Heeft u training of scholing gekregen voor het uitvoeren van e-consulten?
 - g. In communicatieve vaardigheden of technologie?
 - h. In het laten verrichten van zelf onderzoek door de patiënt?
21. Denkt u nog bepaalde vaardigheden of competenties te moeten leren?

Succesfactoren en belemmeringen

22. Wat zijn volgens u de belemmeringen/barrières voor het gebruik van e-consulten?
 - i. Waar ligt dit aan?
23. Wat zijn volgens u de succesfactoren of randvoorwaarden voor het gebruik van e-consulten?
 - j. Waarom denkt u dat?
24. Wat is volgens u belangrijk voor verdere opschaling van e-consulten?
25. Wat is volgens u een belangrijke reden om minder gebruik te maken van e-consulten?

Toekomst

26. Hoe ziet u de toekomst met betrekking tot het uitvoeren van e-consulten voor u?
27. Wat is de visie vanuit de huisartsenpraktijk ten aanzien van e-consulten?
28. Wat is de visie van u ten aanzien van e-consulten?

Is er nog iets dat tijdens dit interview niet aan bod is gekomen? Of wilt u nog iets kwijt?

Afsluiting

- Kent u nog andere artsen die ik kan benaderen voor een interview?
- Samenvatting resultaten
- Bedanken
- Vragen om opmerkingen of tips

Bijlage 2 Checklist ETC-GW

Versie 1.6, november 2020

Naam: Sophie Baltussen

Studentnummer: s1024012

Titel van het scriptie-onderzoeksproject: Online consulten op afstand: de ervaring van artsen

Eerste begeleider en verantwoordelijke onderzoeker: Anneke van der Niet

Datum waarop de checklist is ingevuld: 25-03-2021

U vult de vragen in door bij het gekozen antwoord te klikken op het vierkantje

Na klikken verschijnt er in dit vierkantje een kruis

1. Is een zorginstelling bij het onderzoeksplan betrokken?

Toelichting: dit is het geval als één van de situaties a/b/c hierna van toepassing is op het voorgenomen onderzoek.

- A. één of meer medewerkers van een zorginstelling is bij het onderzoek betrokken als opdrachtgever of verrichter/uitvoerder
- B. het onderzoek vindt plaats binnen de muren van de zorginstelling, en dient naar de aard van het onderzoek normaliter niet buiten de muren van de zorginstelling plaats te vinden
- C. aan het onderzoek nemen patiënten/cliënten van de zorginstelling (in de hoedanigheid van behandeling) deel

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Heeft een Medisch-Ethische Toetsingscommissie geoordeeld dat het geplande onderzoek niet WMO-plichtig is?

Ja → doorgaan met vragenlijst

Nee → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de **CMO Regio Arnhem Nijmegen** → einde checklist

2. Wensen subsidiegevers toetsing van het onderzoeksplan door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de **CMO Regio Arnhem Nijmegen** → einde checklist

3. Is er sprake van een **medisch-wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk risico's met zich meebrengt** voor de deelnemende persoon?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de **CMO Regio Arnhem Nijmegen** → einde checklist

Standaard-onderzoeksmethode

4. Valt de methode van het beoogde onderzoek onder een van de **beschreven standaardonderzoeken** van de FdL of FFTR?

Ja → (**Standaard kwalitatief interview, nr. 9**) → doorgaan met vragenlijst

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Deelnemende personen

5. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?

Ja → doorgaan met vragenlijst

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

6. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?

Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Nee → doorgaan met vragenlijst

Aard van het onderzoek

7. Wordt er een methode gebruikt die het mogelijk maakt bij toeval een bevinding te doen waarvan de deelnemende persoon op de hoogte zou moeten worden gesteld?

Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Nee → doorgaan met vragenlijst

8. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd die ongerief kunnen inhouden?

Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Nee → doorgaan met vragenlijst

9. Zijn de in te schatten risico's verbonden aan het onderzoek minimaal?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

10. Wordt er een andere vergoeding geboden aan de deelnemende personen dan gebruikelijk?

Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Nee → doorgaan met vragenlijst

11. Indien er **misleiding** plaatsvindt, voldoet de procedure dan aan de eisen zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

12. Wordt voldaan aan de standaardregels in verband met **anonimiteit en privacy** zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

Afname van het onderzoek

13. Wordt het onderzoek bij een externe instelling (bijv. school, ziekenhuis) uitgevoerd?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Heeft/krijgt u schriftelijke toestemming van deze instelling?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

14. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

15. Wordt aan deelnemende personen duidelijk waar klachten over deelname aan het onderzoek kunnen worden geuit en hoe deze behandeld zullen worden?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

16. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

17. Worden deelnemende personen voorafgaand aan deelname voorgelicht over doel, aard en duur, risico's en bezwaren van de studie? (zie **toelichting over informatie en toestemming en voorbeelddocumenten**)

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → doorgaan met vragenlijst

18. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming deelname aan onderzoek? (zie **toelichting over informatie en toestemming en voorbeelddocumenten**)

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → raadpleeg de begeleidende en verantwoordelijke docent. Zie verder **toetsprocedure**.

Ja → **checklist afgerond**

Als u een goedkeuring van de ETC-GW nodig hebt wegens de vereiste van een tijdschriftredactie of een subsidieverstrekker, zult u ook de formele toetsprocedure van de ETC-GW moeten doorlopen

Bijlage 3 **Brief netwerk**

Beste,

Zojuist hebben wij telefonisch contact gehad over het gebruik van beeldbellen bij [NAAM ZIEKENHUIS/ HUISARTSENPRAKTIJK] in [PLAATS]. Onderstaand zal ik toelichten waarom ik contact heb opgenomen.

Voor mijn masterscriptie aan de opleiding Communicatie & Informatiewetenschappen kom ik graag in contact met artsen die ervaring hebben opgedaan met onlineconsultvoering.

Het gebruik van beeldbellen heeft sinds de coronacrisis namelijk een enorme vlucht genomen en dit ging met vallen en opstaan. Daarom wordt in dit onderzoek nagegaan welke communicatieproblemen zorgverleners ondervonden bij beeldbellen, welke oplossingen ze vonden en wat zorgverleners geleerd hebben om het online consult goed te laten verlopen. De deelnemers zullen geïnterviewd worden over de ervaringen met onlineconsultvoering. Het interview vindt plaats via Zoom en zal met een audioapparaat worden opgenomen. Het interview duurt ongeveer 45 tot 60 minuten.

Om u wat meer informatie te geven, heb ik de informatiebrief toegevoegd in de bijlage. De informatiebrief is opgesteld voor deelnemers aan het onderzoek. Ziet u eventueel de mogelijkheid om deze brief te verspreiden onder artsen die het afgelopen jaar ervaring hebben opgedaan met e-consulten? Ik kan uiteraard een mail voor de geïnteresseerden opstellen en de verdere communicatie oppakken na het eerste contact.

Als u meer informatie over het onderzoek wilt hebben, kunt u altijd contact opnemen met mij (Sophie1.Baltussen@student.ru.nl) of Anneke van der Niet (Anneke.vanderNiet@let.ru.nl). Ik ben ook bereikbaar op het volgende telefoonnummer: + (31) 6 29 26 50 32

Ik hoor graag van u.
Alvast bedankt!

Vriendelijke groet,
Sophie Baltussen
Masterstudent Letteren, Communicatie- en Informatiewetenschappen
Radboud Universiteit

INFORMATIE OVER HET ONDERZOEK

Naam onderzoek: Online consulten op afstand: de ervaring van artsen

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Anneke van der Niet

Uitvoerder van het onderzoek: Sophie Baltussen (student)

Inleiding

Wij vragen u om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is uw schriftelijke toestemming nodig. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft.

Beschrijving en doel van het onderzoek

In dit onderzoek willen we nagaan wat de randvoorwaarden zijn bij onlineconsultvoering. Sinds de coronacrisis heeft het gebruik van beeldbellen een enorme vlucht genomen. Dit ging met vallen en opstaan. In dit onderzoek wordt daarom onderzocht welke communicatieproblemen u als zorgverlener heeft ondervonden bij beeldbellen en welke oplossingen u vond en wat u heeft geleerd om een consult middels beeldbellen goed te laten verlopen.

Wat wordt er van u verwacht?

In dit onderzoek wordt u geïnterviewd over uw ervaringen met onlineconsultvoering. U hoeft hiervoor niets voor te bereiden. De uitvoerder van het onderzoek (Sophie Baltussen) zal met u een afspraak maken. Het interview vindt plaats via Zoom en zal met een audioapparaat worden opgenomen. Het interview duurt 45 tot 60 minuten.

Vrijwilligheid

U doet vrijwillig mee aan dit onderzoek. Daarom kunt u op elk moment tijdens het onderzoek uw deelname stopzetten en uw toestemming intrekken. U hoeft niet aan te geven waarom u stopt. U kunt tot twee weken na deelname ook uw onderzoeksgegevens en persoonsgegevens laten verwijderen. Dit kunt u doen door een mail te sturen naar Anneke.vanderNiet@let.ru.nl.

Wat gebeurt er met mijn gegevens?

De onderzoeksgegevens die we in dit onderzoek verzamelen, zullen door wetenschappers gebruikt worden voor datasets, artikelen en presentaties. De anoniem gemaakte onderzoeksgegevens zijn tenminste 10 jaar beschikbaar voor andere wetenschappers. Als we gegevens met andere onderzoekers delen, kunnen deze dus niet tot u herleid worden.

In dit onderzoek worden geluidsopnames gemaakt. Van deze geluidsopnames worden transcripten gemaakt. Zodra dit is gebeurd, zullen de geluidsopnames worden verwijderd. In de uitgeschreven transcripten zullen alle eventueel herleidbare informatie worden

verwijderd. Apart van deze transcripten bewaren we enkele persoonsgegevens van u, namelijk uw leeftijd, geslacht, beroep, aantal jaren werkzaam in het beroep en aantal maanden/jaren ervaring met beeldbellen. Deze gegevens zijn alleen toegankelijk voor de uitvoerende en verantwoordelijk onderzoeker en de gegevensbeheerder.

U krijgt van ons een formulier waarop u toestemming voor het maken en gebruiken van deze opnames kunt aangeven.

We bewaren alle onderzoeks- en persoonsgegevens op beveiligde wijze volgens de richtlijnen van de Radboud Universiteit.

Heeft u vragen over het onderzoek?

Als u meer informatie over het onderzoek wilt hebben, kunt u contact opnemen met Anneke van der Niet (Anneke.vanderNiet@let.ru.nl).

Ethische toetsing en klachten

Dit onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen van de Radboud Universiteit (ETC-GW nummer 2021-0787).

Heeft u klachten over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke onderzoeker.

Ook kunt u een klacht indienen bij de secretaris van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen Radboud Universiteit (etc-gw@ru.nl).

Voor vragen over de verwerking van gegevens in dit onderzoek kunt u contact opnemen met: dataofficer@let.ru.nl

Toestemmingsverklaring

Als u aan dit onderzoek mee wilt doen, vragen we u online een toestemmingsverklaring te ondertekenen. Door uw toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Bijlage 5 Codeschema met hoofd- en subthema's

Hoofdthema	Subthema	Categorie	Open codes
Verbale communicatie	Communicatie als middel	Communicatieve signalen	Comfortabel, communicatie als middel, communicatievaardigheden, communiceren, communiceren via partner, intentie
	Verbale signalen arts	Gebruik van woorden	Emotie, empathie, fatische communicatie, gevoel, intentie, gevoel uitdrukken met woorden, meeleven met patiënt, stemgebruik, toonhoogte, woorden
Lichaamstaal	Lichaam als instrument	Lichaamstaal	Gemak, gezichtsuitdrukkingen, instrueren patiënt, lichaam als instrument, lichaamshouding, lichaamshouding patiënt, missen lichaamstaal, onbewust, torso patiënt, zorg op afstand
	Non-verbale signalen arts	Gebruik van lichaam	Gebruik handen, gezichtsuitdrukkingen, handgebaren, hummen, knikken, lichaamshouding, mimiek, mondkapje, oogcontact, onbewust, op gemak stellen, stilte laten vallen

Afstemmen op afstand als competentie	Klinisch redeneren	Aandachtig	Beeldscherm, diagnose, diagnosticeren, fouten maken, gemak, gevoel uitdrukken met woorden, indirect oogcontact, intentie, interpretatie, kijken, luisteren, meekrijgen non-verbale communicatie, meeleven met patiënt, mimiek, noodzaak, op gemak stellen, torso patiënt, uitslagen, vragen stellen patiënt
		Zintuiglijke waarnemingen	Aanwijzen, bewegen, kijken, klacht aanwijzen, lichamenlijk onderzoek, oogcontact, ruiken, ruimtelijk inzicht, voelen, zien, zintuigen, zorg normaliseren
	Competenties zorgverlener	Ervaring	Bewustwording, communicatievaardigheden, competenties, digitale vaardigheden, ervaring arts, indirect oogcontact, inschatten, instructies geven, patiënt, interpretatie, lichamenlijk onderzoek op afstand, monitoren op afstand, professionaliteit, training digitale vaardigheden, zorg op afstand leveren
		Contact maken	Communiceren, structuur consult, verslag maken

		Bereidheid zorgverlener	Accepteren arts, bereid zijn, conservatief, gebruik videoconsulten, intrinsieke motivatie, intrinsieke weerstand, onbekendheid, onduidelijkheid, stimuleren videoconsulten, significantie videoconsult
Methodiek	Werkomgeving	Fysische en fysieke omgevingsfactoren	Achtergrondgeluiden, afleiding, gemak, leefomgeving patiënt, lichtinval, personeelstekort, laaggeletterdheid patiënt, lagere sociaaleconomische status
		Zorgcentrale werkplekken	Afstand tot beeldscherm, knikken, lichaamshouding, lichtinval, ruimte, virtual hospital
	Werkbelasting	Werkwijze	Andere vorm van werken, concentratie, focus, intensiever, interactie videoconsult, motief videoconsult corona, multitasken, routine aanpassen, ruimtegebrek, significantie videoconsult, stabilisator, telefonisch, tevreden, vermoeiend
		Afspraken	Niet tijdsefficiënter, op tijd videoconsult, voorbereidingen treffen, wachten

Technische randvoorwaarden	Programma	Gebruik programma	Alternatief, beeldbelapplicatie, digitale vaardigheden, eHealth, gescheiden ouders, illustreren, integreren, jezelf aanschouwen, monitoren op afstand, privacy, systeem, tekenen, training digitale vaardigheden
		Faciliteiten videoconsult	E-mailen, EPD, faciliteiten, gebruiksvriendelijk, implementatie, scherm delen
	Apparatuur	Functioneren apparatuur	EPD, galm, logistiek
		Omgaan met apparatuur	Beeldscherm, computer, illustreren, iPad, jezelf aanschouwen, microfoon, ouderen, telefonisch, telefoon, zorg op afstand
		Technische problemen	Beeld, beeldscherm, galm, interrumpen, microfoon, niet in beeld, slechte internetverbinding, ruis, slecht verstaanbaar, systeemproblemen
	Overig	Organisatie	Functie
Visitekaartje			Face-to-face consult, presenteren
Patiëntpopulatie			Implementatie, patiëntpopulatie, ruimtegebrek

	Veiligheid patiënt	Antwoord op zorgvraag	Accepteren, combinatie face-to-face consult en videoconsult, digitale verwijzing, geen andere mogelijkheid, verwijzing, zorg normaliseren
		Zorgvraag	Accepteren, autonoom, behoefte patiënt, bekend zijn met, doel, face-to-face consult, geen gebruik videoconsulten, gezamenlijke besluitvorming, integreren, klacht aanwijzen, motief videoconsult corona, noodzaak, ouderen, patiëntgerichte zorg, patiënttevredenheid, perceptie, privacy, rechten van de patiënt, significantie, tevreden, toename gebruik videoconsulten
		Zorgdossier	Beter voor milieu, digitalisering in de zorg, kostenbesparing, niet kostenefficiënt, niet tijdsefficiënt, verslag maken, verzekering

Bijlage 6 Verklaring Geen Fraude en Plagiaat

Bijlage E. Verklaring Geen Fraude en Plagiaat

Aan het einde van het traject dien je deze verklaring (ook te downloaden vanaf de STIP site) in te leveren bij de studentenadministratie tegelijk met de digitale versie van de scriptie.

Ondergetekende

[Voornaam, achternaam en studentnummer],

Sophie Baltussen, 51024012

masterstudent Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Letterenfaculteit van de Radboud Universiteit Nijmegen,

[naam masterspecialisatie] Communicatie & Beeldgeving

verklaart dat deze scriptie volledig oorspronkelijk is en uitsluitend door hem/haarzelf geschreven is. Bij alle informatie en ideeën ontleend aan andere bronnen, heeft ondergetekende expliciet en in detail verwezen naar de vindplaatsen. De erin gepresenteerde onderzoeksgegevens zijn door ondergetekende zelf verzameld op de in de scriptie beschreven wijze.

Plaats + datum Nijmegen.....Handtekening S. Baltussen

16-07-21