

Thuis of in het ziekenhuis?

Een onderzoek voor Noordwest Ziekenhuisgroep naar de patiënttevredenheid tegenover verschillende consulten en de rol van gezondheids- en digitale vaardigheden hierin.

Naam: Isa van Leeuwen

Studentnummer: 12205451

Stagebegeleider: Guus van Duijn

Datum: 30/06/2021

Aantal woorden: 4688

Inleiding

Eén op de drie volwassen Nederlanders is onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig (Heijmans, Brabers, & Rademakers, 2019). Dit betekent dat zij moeite hebben met het verkrijgen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid voor het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen, zoals beslissingen bij het innemen van medicijnen of het besluiten om naar de huisarts te gaan. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden komen gemiddeld gezien eerder te overlijden, maken meer gebruik van de zorg en ervaren de kwaliteit van de zorg als minder goed (Pharos, 2020). Voor ziekenhuizen zoals Noordwest Ziekenhuisgroep is het daarom van cruciaal belang om te weten of een patiënt gezondheidsvaardig is of niet. Door snel ontwikkelende digitalisering en de recentelijke COVID-19-pandemie is dit zelfs nóg belangrijker geworden. In plaats van het fysiek bezoeken van het ziekenhuis is het namelijk steeds normaler geworden om bijvoorbeeld een telefonische of video-afspraak te hebben met een specialist. Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kan dit een obstakel vormen in het verkrijgen van adequate medische informatie. Dit omdat een groot deel van deze groep mensen ook laaggeletterd is, waardoor zij ook moeite hebben met lezen en schrijven (Pharos, 2020). Op deze manier kan het voor hen lastig zijn om te werken met bijvoorbeeld een online patiëntenportaal, waar o.a. video-consulten plaatsvinden.

Momenteel is er een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek gedaan naar de verschillen in kwaliteit en tevredenheid tussen verscheidene soorten consulten, zoals fysieke, video, telefonische en e-mail consulten. Er is bijvoorbeeld gebleken dat de kwaliteit van video- en telefonische consulten redelijk gelijk is, maar dat beide minder informatief zijn dan een fysiek consult (Hammersley et al., 2019). Daarnaast kunnen videoconsulten kampen met technische problemen, zoals een slechte internetverbinding. Echter, voor korte en eenvoudige afspraken kunnen video-, telefonische en e-mail consulten een stuk efficiënter zijn dan een fysieke afspraak (Hammersley et al., 2019; McKinstry et al., 2010).

Er is daarentegen nog weinig onderzoek gedaan naar de rol die gezondheidsvaardigheden, maar ook digitale vaardigheden, kunnen spelen in hoe de patiënt verschillende soorten consulten beoordeelt. Bovenstaande studies van Hammersley et al. (2019) en McKinstry et al. (2010) nemen gezondheids- en digitale vaardigheden namelijk niet mee in hun onderzoek. Wanneer een patiënt beperkte digitale vaardigheden heeft, betekent dit dat hij/zij moeite heeft met het gebruiken van online hulpmiddelen (Kuek & Hakkennes, 2020). Vaak zorgt dit ervoor dat het voor hen moeilijker wordt om in te loggen op

bijvoorbeeld een patiëntportaal en mee te komen met de digitalisering van een ziekenhuis. Om deze reden is het erg interessant om te onderzoeken of beide variabelen een rol spelen in het verband tussen het soort consult en de tevredenheid van de patiënt hierover.

Bovenstaande bevindingen geven aanleiding tot de hoofdvraag van dit onderzoek:

“Wat is het verband tussen het soort consult in een ziekenhuis en de tevredenheid van de patiënt t.o.v. dit consult en in hoeverre modereren gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden dit verband?”

Het uitvoeren van dit onderzoek zal bijdragen aan wetenschappelijke kennis, omdat zoals eerder is benoemd er nog weinig onderzoek is gedaan naar de rol van gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden in de beoordeling van de patiënt van verschillende soorten consulten. Bovendien zijn doorgaans telefonische afspraken en videoafspraken of videoafspraken en fysieke afspraken vergeleken, maar is er gering onderzoek gedaan naar de verschillen in tevredenheid van de patiënt tussen telefonische, fysieke en videoafspraken samen. Al deze soorten consulten zullen in dit onderzoek onder de loep worden genomen. Het e-consult zal daarbij nog niet worden onderzocht, omdat deze nog niet wordt gebruikt bij Noordwest Ziekenhuisgroep.

Ook voor Noordwest Ziekenhuisgroep zal dit onderzoek praktisch relevant zijn, omdat het voor hen duidelijk zal worden wanneer welk type patiënt welk type consult preferereert. Dit zal hen helpen bij het implementeren van de nieuwe digitalisatieplannen en is bovendien handig voor artsen om te bepalen wat voor soort consult ze inplannen bij een patiënt. Mogelijk resulteert dit in de toekomst in positievere beoordelingen van het ziekenhuis.

Theoretisch kader

In dit onderzoek zal worden gekeken naar drie verschillende soorten consulten. Allereerst het fysieke consult (FC), waarbij de patiënt een persoonlijke afspraak heeft met de arts op locatie. Verder zal ook het videoconsult (VC) worden onderzocht. Dit houdt in dat de patiënt een afspraak heeft om te videobellen met de arts via het online portaal ‘Mijn Noordwest’. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van dokter-patiënt communicatie niet verschilt tussen beide soorten consulten (Barsom et al., 2020; Tates, Kanters, Nieboer, & Gerritse, 2017). In dit onderzoek werd gekeken naar de uitwisseling van informatie, het bouwen van een interpersoonlijke relatie en de gezamenlijke besluitvorming. Er bleek dat de kwaliteit van deze onderdelen niet significant verschilden tussen een VC en een FC. Wel laat het onderzoek

van Hammersley et al. (2019) zien dat een VC vaak wordt gezien als minder informatierijk dan een FC.

Een telefonisch consult (TC) is een afspraak met de specialist door middel van telefonisch contact. Literatuur laat zien dat patiënten erg tevreden zijn over een TC, zelfs evenveel als over een FC (McKinstry et al., 2010). Bovendien is een TC efficiënter dan een FC, doordat het snel en goedkoop is. Echter, doordat een TC korter is, wordt er over het algemeen minder advies gegeven, zijn ze vooral passend voor ongecompliceerde problemen en zijn ze daarnaast minder veilig (Hammersley et al., 2019). Bovendien bleek dat er veel non-verbale cues verloren gingen in een TC ten opzichte van een FC, wat voor patiënten een belangrijk onderdeel is voor het opbouwen van een interpersoonlijke relatie.

Op basis van deze bevindingen uit eerder onderzoek wordt verwacht dat patiënten meer tevreden zullen zijn over het consult als deze fysiek is, dan wanneer deze via video of telefoon gaat. Om deze reden is de volgende hypothese opgesteld:

H1. *Patiënten, die een fysiek consult krijgen, scoren hoger op tevredenheid ten opzichte van het consult dan patiënten die een telefonisch of video consult krijgen.*

Gezondheids- en digitale vaardigheden

Naast dit directe verband, wordt bovendien verwacht dat gezondheids- en digitale vaardigheden dit verband zullen modereren. Gezondheidsvaardigheden, vaak in de literatuur beschreven als *health literacy*, worden gedefinieerd als ‘de mate waarin individuen gezondheid gerelateerde informatie kunnen verkrijgen, verwerken, begrijpen en communiceren, zodat ze geïnformeerde gezondheidsbesluiten kunnen nemen.’ (Mackert, Mabry-Flynn, Donovan, Champlin, & Pounders, 2019, p. 856). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden weten minder over hun eigen gezondheidsstatus, wat kan leiden tot ongunstige gevolgen, zoals een negatief effect op gezondheidsresultaten en verhoogde kosten (Nantsupawat et al., 2020). Uit onderzoek van Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan en Pounders (2016) blijkt daarnaast dat het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden ervoor zorgt dat patiënten minder gebruik maken van gezondheidsapps, trackers en patiëntportalen en dat ze het gebruik ervan ingewikkeld en nutteloos vinden. Zij vinden dit nutteloos, omdat deze apps en portalen niet altijd goed rekening houden met deze doelgroep, waardoor het voor hen te lastig in elkaar zit en zij dus nog moeilijker de gezondheid gerelateerde informatie kunnen verwerken en begrijpen. Verder blijkt dat het belangrijk is dat gezondheidsspecialisten de juiste kennis, communicatievaardigheden, bewustzijn en attitudes

hebben wanneer zij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden behandelen (Nantsupawat et al., 2020).

Bovenstaande bevindingen laten zien dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden mogelijk meer moeite hebben met niet-fysieke consulten dan met een fysiek consult met een arts, omdat zij minder gebruik maken van patiëntportalen en daarnaast goede communicatie nodig hebben en dus ook non-verbale communicatie. Dit geeft aanleiding tot de volgende hypothese:

H2. *Patiënten, die een fysiek consult krijgen, scoren hoger op tevredenheid ten opzichte van het consult dan patiënten die een telefonisch of video consult krijgen en deze verschillen zijn groter voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden dan patiënten met hoge gezondheidsvaardigheden.*

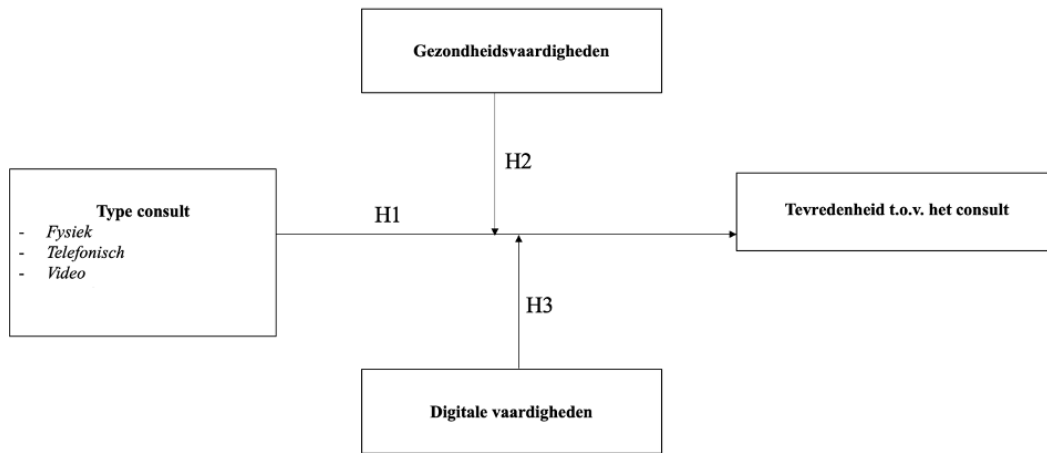
Een andere mogelijk modererende variabele is ‘digitale vaardigheden’. In de literatuur wordt vaak verwezen naar *digital literacy* en het beschrijft ‘het kunnen gebruiken van digitale technologieën om te participeren en bij te dragen aan het sociaal, cultureel, politiek en economisch leven.’ (Kuek & Hakkennes, 2020, p. 593). Dit betekent dat iemand de technische en cognitieve vaardigheden heeft om om te gaan met digitale informatie. Voor mensen met beperkte digitale vaardigheden geldt dat ze moeite hebben met het werken met een computer en computerapplicaties, waardoor ze ook vaak meer angst hebben hiervoor (Lepore et al., 2019). Om deze reden is de laatste hypothese opgesteld:

H3. *Patiënten, die een fysiek consult krijgen, scoren hoger op tevredenheid ten opzichte van het consult dan patiënten die een telefonisch of video consult krijgen en deze verschillen zijn groter voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden dan patiënten met hoge digitale vaardigheden.*

Door middel van een survey zullen bovenstaande hypothesen worden getoetst in dit onderzoek. De hypothesen zijn allen grafisch weergegeven in onderstaand conceptueel model (Figuur 1).

Figuur 1

Conceptueel Model Hypothesen



Methode

Verantwoording methode

Om te onderzoeken of er een verband is tussen het soort consult en de tevredenheid van de patiënt ten opzichte van dit consult en of gezondheids- en digitale vaardigheden dit verband modereren, zal er een cross-sectionele survey worden uitgevoerd. Patiënten vullen veel tevredenheidsenquêtes in voor het ziekenhuis, waardoor het belangrijk is dat deze niet te ingewikkeld voor hen zijn. Om deze reden is er voor deze kwantitatieve methode gekozen en niet voor een experiment of kwalitatief onderzoek: deze nemen mogelijk te veel tijd in beslag voor de doelgroep. De survey zal online worden afgenomen, waardoor de patiënten deze kunnen invullen wanneer zij hier tijd voor hebben. Bovendien wordt er in dit onderzoek niet gekeken naar causaliteit, dus is het niet van belang om een experiment uit te voeren en is een survey voldoende.

Steekproef

Om deelnemers te werven voor de online survey zijn gegevens opgevraagd van alle patiënten die een poliklinisch consult hadden bij Noordwest Ziekenhuisgroep tussen 1 maart 2021 en 11 april 2021. Naast dit onderzoek, is er tegelijkertijd in het ziekenhuis ook een andere vragenlijst over de tevredenheid van patiënten rondgegaan, waarbij patiënten van januari, februari en maart 2021 werden ondervraagd. Er is geprobeerd om zo min mogelijk overlap te veroorzaken tussen de twee vragenlijsten, zodat patiënten niet dubbel iets hoefden in te vullen. Echter, het was wel nodig om patiënten met een afspraak in maart 2021 te betrekken, omdat er anders niet genoeg e-mails konden worden verstuurd, waardoor mogelijk niet genoeg participanten de online vragenlijst zouden invullen. Het ziekenhuis houdt gemiddeld een responspercentage van 25% aan, dus het was van belang dat er genoeg patiënten werden uitgenodigd om minimaal 30 participanten per type consult te hebben voor een valide

onderzoek. Om deze reden zijn er uit het volledige databestand van maart en april 2021 750 patiënten geselecteerd door middel van een gestratificeerde steekproef: er zijn groepen gemaakt op basis van het type consult en hieruit zijn per groep willekeurig 250 mensen geselecteerd. Naar deze patiënten is op 19 april 2021 een e-mail verstuurd met een uitnodiging en link naar de online vragenlijst. Het versturen van een e-mail met daarin een uitnodiging voor een vragenlijst is een gangbare manier van het werven van patiënten voor tevredenheidsonderzoek bij Noordwest Ziekenhuisgroep.

In totaal hebben 94 mannen (48,0 %) en 102 vrouwen (52,0%) meegedaan aan de online survey. Het responspercentage lag daardoor op 26,1%. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 61,72 ($SD = 14,35$), dit is iets hoger dan de gemiddelde leeftijd van het totaal aantal patiënten met een poliklinisch consult bij Noordwest Ziekenhuisgroep, wat ongeveer 56 jaar is. Verder had het merendeel van de participanten hbo (33,2%, $n = 65$), mbo (24,5%, $n = 48$) of vmbo (20,4%, $n = 40$) als hoogst genoten opleiding. Tenslotte had 40,8% ($n = 80$) van de participanten een telefonisch consult gehad, 38,3% ($n = 75$) een fysiek consult en 20,9% ($n = 41$) een video consult.

Procedure

De data van de online survey is verzameld via Exploratio. Dit is een programma dat standaard wordt gebruikt door Noordwest Ziekenhuisgroep voor het afnemen van tevredenheidsonderzoek. De patiënten openen de link van de vragenlijst die zij via de uitnodiging in de e-mail hadden ontvangen. In deze e-mail werden de ethische regels uitgelegd en het feit dat de participanten akkoord gingen met het *informed consent* als zij de vragenlijst zouden openen. Bij het openen hiervan werd nogmaals benadrukt dat anonimiteit wordt gewaarborgd, werd er beschreven wat het onderzoek inhield en hoelang het zou duren. Bovendien werd de term ‘poliklinisch consult’ aan de patiënten uitgelegd, omdat de betekenis van dit woord mogelijk bij een deel van de patiënten onbekend is, terwijl de term wel vaak wordt gebruikt in de vragenlijst. De vragenlijst startte met vragen over leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en de vraag wat voor soort consult het laatste poliklinische consult voor de patiënt bij Noordwest Ziekenhuisgroep was. Vervolgens werden er vragen gesteld over de tevredenheid ten opzichte van het consult, gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden. Daarna kreeg de patiënt de kans om een vraag of opmerking achter te laten. Tot slot, werden de participanten ingelicht over het doel van het onderzoek en bedankt voor hun deelname. De volledige vragenlijst is toegevoegd als Appendix A.

Metingen

Tevredenheid t.o.v. het consult

De tevredenheid tegenover het poliklinisch consult is gemeten aan de hand van zes items. Dit waren zes stellingen die ieder konden worden beantwoord op een 5-punts Likertschaal (1 = *helemaal mee oneens*, 5 = *helemaal mee eens*). Deze items zijn gebaseerd op de *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) en een voorbeeld van een stelling was: '*Ik heb genoeg informatie ontvangen tijdens het poliklinisch consult.*' (Blanchard, Ruckdeschel, Fletcher, & Blanchard, 1986). Verder zijn ze vertaald naar het Nederlands. Een principale componenten analyse (PCA) met Oblimin rotatie laat zien dat de items samen het construct tevredenheid t.o.v. het consult vormen en vormen een betrouwbare schaal (Eigenwaarde = 5,33, verklaarde variantie = 88,74%, $\alpha = 0,97$, $M = 4,38$, $SD = 1,08$). Er is daarnaast op het eerste component een duidelijke knik in de screeplot te zien. Een hogere score op de schaal betekent een hogere mate van tevredenheid.

Gezondheidsvaardigheden

De gezondheidsvaardigheden werd bij de patiënten gemeten door middel van drie vragen. Deze konden worden beantwoord op een 5-punts Likertschaal (1 = *nooit*, 5 = *altijd*). Een voorbeeld van een vraag die werd gesteld is: '*Hoe vaak vraagt u hulp van iemand bij het lezen van medische informatie?*'. De vragen komen voort uit onderzoek van Peterson et al. (2011) en zijn opnieuw vertaald. Uit de PCA en de knik in de screeplot blijkt dat de items samen één construct omvatten en een betrouwbare schaal vormen (Eigenwaarde = 2,42, verklaarde variantie = 80,51%, $\alpha = 0,88$, $M = 1,80$, $SD = 0,84$). Een hoge score op de schaal laat zien dat de respondent beperkter gezondheidsvaardig is.

Digitale vaardigheden

Tot slot, werden digitale vaardigheden gemeten aan de hand van zeven stellingen. Ook deze werden beantwoord op een 5-punts Likertschaal (1 = *helemaal mee oneens*, 5 = *helemaal mee eens*). Een voorbeeld van een stelling was: '*Ik weet hoe ik nuttige gezondheidsinformatie kan vinden op het Internet.*'. De stellingen komen uit onderzoek van Norman en Skinner (2006) en zijn ook vertaald naar het Nederlands. De items omvatten volgens de PCA en de knik in de screeplot samen het construct digitale vaardigheden en vormen een betrouwbare schaal (Eigenwaarde = 5,12, verklaarde variantie = 72,98%, $\alpha = 0,94$, $M = 4,00$, $SD = 0,88$). Tot slot, betekent een hogere score op de schaal dat een respondent meer digitaal vaardig is.

Resultaten

Controlevariabelen

De drie soorten consulten verschillen niet qua geslacht, $\chi^2(2) = 5,05, p = 0,080$, opleiding, $\chi^2(14) = 10,48, p = 0,726$ en leeftijd, $F(2, 184) = 0,81, p = 0,447$. Alle controlevariabelen blijken gelijk verdeeld over de groepen en hoeven dus niet meegenomen te worden als covariaten bij het toetsen van de hypothesen.

Hoofdeffect op de tevredenheid t.o.v. het consult

H1 is getest door middel van een eenwegvariantieanalyse in SPSS met het type consult als onafhankelijke variabele en de tevredenheid t.o.v. het consult als afhankelijke variabele. Uit de analyse volgde dat fysieke consulten ($M = 4,54, SD = 0,92$) niet significant verschilden van telefonische consulten ($M = 4,23, SD = 1,17$) en video consulten ($M = 4,44, SD = 1,09$) op de tevredenheid tegenover het consult, $F(2, 193) = 1,74, p = 0,179, \eta^2 = 0,02$. Dit betekent dus dat ook de post-hoc toets geen significante verschillen liet zien tussen de consulten (alle $p > 0,05$). Er is geen bewijs gevonden dat patiënten meer tevreden zijn over fysieke consulten dan over video en telefonische consulten, dus H1 wordt niet ondersteund. Een overzicht van de gemiddeldes is weergegeven in Tabel 1.

Interactie-effect van gezondheidsvaardigheden

Het interactie-effect van de variabele gezondheidsvaardigheden is getoetst door middel van een meervoudige regressieanalyse in SPSS. Dit regressiemodel gebruikt de tevredenheid t.o.v. het consult als afhankelijke variabele en het type consult en gezondheidsvaardigheden als onafhankelijke variabelen. Het type consult is hierbij gehercodeerd in dummy variabelen met het fysieke consult als referentiegroep, zodat de variabele toepasbaar was in het regressiemodel.

Uit de analyse blijkt dat het regressiemodel niet significant is, $F(5, 190) = 1,89, p = 0,098$. Een toename in de beperktheid van de gezondheidsvaardigheden met 1 unit, hangt daarnaast ook niet significant samen met een afname in het effect van een videoconsult op tevredenheid over het consult ten opzichte van een fysiek consult, $b^* = -0,17, t = -0,71, p = 0,477, 95\%CI [-0,66, 0,31]$. Voor het effect van telefonische consulten t.o.v. fysieke consulten op tevredenheid over het consult blijkt ook dat een toename van 1 unit in de beperktheid van de gezondheidsvaardigheden niet significant samenhangt met een toename in het effect, $b^* = 0,34, t = 1,79, p = 0,075, 95\%CI [-0,04, 0,72]$. Concluderend, er blijkt dat de verschillen in tevredenheid t.o.v. het consult tussen patiënten die een fysiek consult krijgen tegenover

patiënten die een telefonisch of video consult krijgen niet groter of kleiner zijn voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden dan voor patiënten met hoge gezondheidsvaardigheden. Om deze reden wordt H2 niet ondersteund. Een overzicht van de bèta-waarden is weergegeven in Tabel 2.

Interactie-effect van digitale vaardigheden

Ook voor het interactie-effect van de variabele digitale vaardigheden is een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd. Dit regressiemodel gebruikt de tevredenheid t.o.v. het consult als afhankelijke variabele en het type consult en digitale vaardigheden als onafhankelijke variabelen. Er is opnieuw gebruik gemaakt van dummy variabelen met het fysieke consult als referentiegroep.

Uit de analyse blijkt dat het regressiemodel niet significant is, $F(5, 182) = 2,21, p = 0,055$. Daarnaast hangt een toename van 1 unit in digitale vaardigheid niet significant samen met een toename in het effect van een videoconsult t.o.v. een fysiek consult op de tevredenheid t.o.v. het consult, $b^* = 0,07, t = 0,29, p = 0,774, 95\%CI [-0,40, 0,54]$. Opnieuw geldt dat er ook geen moderatie is van digitale vaardigheden in het verband van telefonische consulten t.o.v. fysieke consulten op de tevredenheid t.o.v. het consult, $b^* = -0,09, t = -0,43, p = 0,666, 95\%CI [-0,51, 0,33]$. Kortom, de verschillen in tevredenheid t.o.v. het consult tussen patiënten die een fysiek consult krijgen tegenover patiënten die een telefonisch of video consult krijgen zijn niet groter of kleiner voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden dan voor patiënten met hoge digitale vaardigheden. H3 wordt daarom ook niet ondersteund. Een overzicht van de bèta-waarden is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 1

Gemiddelde scores en standaarddeviaties van het verband tussen het type consult (fysiek, telefonisch of video) en de tevredenheid t.o.v. het consult.

Type consult	Tevredenheid t.o.v. het consult
Fysiek	4,54 (0,92)
Video	4,44 (1,09)
Telefonisch	4,23 (1,17)

Tabel 2

Bèta-waarden en betrouwbaarheidsintervallen van moderatie gezondheids- en digitale vaardigheden in het verband tussen type consult en tevredenheid t.o.v. het consult.

	Gezondheidsvaardigheden	Digitale vaardigheden
Video t.o.v. fysiek	-0,17 CI [-0,66, 0,31]	0,07 CI [-0,40, 0,54]
Telefonisch t.o.v. fysiek	0,34 CI [-0,04, 0,72]	-0,09 CI [-0,51, 0,33]

Conclusie en discussie

Dit onderzoek onderzocht in hoeverre er een verband is tussen het soort consult bij Noordwest Ziekenhuisgroep en de tevredenheid van de patiënt t.o.v. dit consult aan de hand van een online vragenlijst met 196 participanten. Bovendien werd er gekeken naar de modererende rollen van gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden in dit verband. De resultaten leiden tot verscheidene conclusies.

Ten eerste blijkt dat er geen verschil is tussen fysieke, video en telefonische consulten in de tevredenheid van de patiënt over het consult. Er is dus geen verband tussen het type consult bij het ziekenhuis en de tevredenheid hierover. Uit de resultaten blijkt dat fysieke consulten gemiddeld wel beter werden beoordeeld op tevredenheid dan video en telefonische consulten, echter was dit verschil tussen de verschillende consulten niet groot genoeg. Uit de literatuur komt naar voren dat er veel nadelen verbonden zijn aan video en telefonische consulten, zoals minder persoonlijk contact, minder informatierijk en minder veiligheid. (Hammersley et al., 2019; McKinstry et al., 2010). Daarnaast zijn er ook problemen met de verbinding die kunnen optreden. Om deze redenen zouden patiënten mogelijk meer tevreden zijn over een fysiek consult. Dit bleek ook uit de open opmerkingen uit de vragenlijst, waarin mensen vaak aangaven dat het ‘moeilijk was om een goede verbinding tot stand te brengen’ en ze ‘het echte contact’ misten. Desalniettemin, zijn er ook veel voordelen aan video en telefonische consulten, zoals de snelheid en efficiëntie (McKinstry et al., 2010). Daarnaast blijkt dat er geen verschil in kwaliteit is tussen videoconsulten en fysieke consulten (Barsom et al., 2020). Doordat er voor alle type consulten voor- en nadelen zijn, sluit het feit dat de tevredenheid ertussen niet significant verschilt goed aan op de literatuur.

Ten tweede blijkt dat gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden geen modererende rol hebben in het verband: iemands mate van gezondheidsvaardigheid of digitale vaardigheid beïnvloed niet of hij/zij het fysieke consult als meer tevreden ervaart dan de

andere consulten. Ondanks dat het niet significant is, laten de resultaten wel zien dat wanneer een patiënt minder gezondheidsvaardig en digitaal vaardig is hij/zij nog minder tevreden is over een video consult dan een fysiek consult. Een lagere tevredenheid bij een videoconsult voor mensen met beperkte gezondheids- en digitale vaardigheden sluit goed aan op de literatuur. Deze groep patiënten vindt namelijk het gebruik van patiëntenportalen en andere digitale middelen ingewikkeld en heeft moeite met het werken met computers (Lepore et al., 2019; Mackert et al., 2016). Bij Noordwest Ziekenhuisgroep vinden de videoconsulten plaats via het online patiëntenportaal ‘MijnNoordwest’. Mogelijk vinden patiënten in deze groep het lastig om hier mee te werken en zijn zij daarom nog minder tevreden over hun videoconsult dan hun fysieke consult.

Aan de andere kant, blijkt dat, ondanks dat het niet significant is, wanneer een patiënt minder gezondheidsvaardig en digitaal vaardig is het verschil in tevredenheid tussen een telefonisch consult en een fysiek consult afneemt. Dit resultaat is verassend, omdat de literatuur laat zien dat mensen binnen deze groep minder graag werken met digitale middelen en goede communicatie nodig hebben, wat zou betekenen dat het verschil in tevredenheid tussen een fysiek consult en telefonisch consult voor deze groep zou moeten toenemen. Een mogelijke verklaring is dat het telefonische consult bij Noordwest Ziekenhuisgroep enkel via de telefoon gaat, waardoor er in principe geen digitaal patiëntenportaal voor nodig is. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de mate van digitale vaardigheid dus geen rol speelt. Daarnaast ligt de gemiddelde leeftijd binnen de steekproef van dit onderzoek vrij hoog, namelijk rond de zestig jaar. Uit onderzoek blijkt dat oudere mensen (binnen de leeftijdsgroep 65+) vaak ook lagere gezondheidsvaardigheden hebben (Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson, 2000). Een deel van deze populatie kan zich niet altijd gemakkelijk verplaatsen en voor hen is het dus soms een obstakel om een bezoek te brengen aan het ziekenhuis. Om deze reden zou het voor hen juist fijner zijn om via de telefoon een afspraak te hebben dan fysiek naar het ziekenhuis te komen. Het is voor vervolgonderzoek interessant om dieper in te gaan op deze doelgroep van oudere mensen.

Limitaties

Tijdens dit onderzoek zijn er een aantal tekortkomingen aan het licht gekomen. Ten eerste, was de steekproef van het onderzoek niet heel groot. Er waren genoeg deelnemers per groep, maar een grotere steekproef had mogelijk beter de kleinere verschillen in tevredenheid tussen de consulten opgemerkt. Nu was dit niet het geval, waardoor de resultaten niet significant uitvielen. In vervolgonderzoek is het dus belangrijk om een grotere steekproef te trekken.

Verder is er in de survey van het onderzoek veel gebruik gemaakt van zelf-rapportage. Zo moesten de respondenten van zichzelf bepalen of ze gezondheids- en digitaalvaardig waren. In eerder onderzoek werd veel gebruik gemaakt van een test in plaats van zelf-rapportage, zoals in het onderzoek van Mackert et al. (2016). Dit was in dit onderzoek niet mogelijk, doordat de vragenlijst anders te lang werd voor de patiënten. Toch is het meer intern valide en objectief om een test uit te voeren, dus is het beter als dit in vervolgonderzoek wordt gedaan. Daarnaast was de vragenlijst ook online. Dit zorgt voor bias, omdat hierdoor mogelijk minder mensen met lagere gezondheids- en digitale vaardigheden de vragenlijst hebben ingevuld. Ook dit kan in verder onderzoek verbeterd worden, door bijvoorbeeld ook de vragenlijst op papier te verspreiden. Beide limitaties hebben mogelijk gezorgd voor niet-significante verschillen.

Tot slot, kunnen er nog een aantal kleine tekortkomingen worden opgemerkt. Allereerst werd er 'n.v.t.' gebruikt als optie in de vragenlijst. Dit gebeurt standaard in vragenlijsten binnen het ziekenhuis. Echter moesten deze antwoorden dan als 'missing' worden ingevuld in SPSS, wat heeft gezorgd voor dataverlies. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat de afhankelijke variabele en moderators zijn gemeten op een vijfpuntsschaal. Deze variabelen zijn wel beschouwd als numeriek in de analyses, ook al wordt dit vaak pas gedaan vanaf een zevenpuntsschaal. Tenslotte moet er stevig worden benadrukt dat dit onderzoek een survey is geweest en geen experiment. Er kunnen dus geen causale effecten worden geconstateerd en er kan enkel worden gesproken over potentiële verbanden.

Implicaties

Het onderzoek draagt bij aan de wetenschappelijke literatuur, omdat dit één van de eerste onderzoeken is naar de verschillen in tevredenheid tussen de drie soorten consulten en de invloeden van gezondheids- en digitale vaardigheden hierin. Ondanks dat er geen significante effecten zijn geconstateerd, laat het onderzoek wel resultaten zien die bij een vervolgonderzoek met een grotere en representatievere steekproef mogelijk tot interessante bevindingen kunnen leiden. Daarnaast laat het onderzoek en daarbij specifiek de open opmerkingen in de vragenlijst zien dat er nog veel onderzocht kan worden in dit interessegebied. Zo kan er gekeken worden naar de invloed van leeftijd in de tevredenheid over verschillende soorten consulten en kunnen er in het vervolg ook experimenten worden uitgevoerd om zo causale verbanden te constateren. Ook is het interessant om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen de verschillende specialismen binnen een ziekenhuis. Kortom, dit

onderzoek geeft genoeg redenen om meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar dit onderwerp.

Advies Noordwest Ziekenhuisgroep

De uitkomsten van dit onderzoek zijn ook praktisch relevant voor Noordwest Ziekenhuisgroep. Ten eerste, blijkt dat de algemene tevredenheid van patiënten over een poliklinisch consult erg hoog ligt, namelijk gemiddeld een vier of hoger op een vijfpuntsschaal. Dit is ook goed terug te zien in de open opmerkingen, waar patiënten voornamelijk positieve opmerkingen achterlieten. Deze hoge tevredenheid is positief voor Noordwest Ziekenhuisgroep en laat zien dat patiënten over het algemeen erg tevreden zijn.

Verder laat dit onderzoek zien dat patiënten toch iets meer tevreden zijn over fysieke consulten dan over video en telefonische consulten. Om deze reden is het belangrijk dat patiënten eens in de zoveel tijd toch een fysiek consult blijven houden en dat er niet volledig over wordt gegaan op telefonische of video consulten. Dit blijkt ook uit de open opmerkingen, waar een aantal mensen aangaven dat ze al in geen tijden meer in het ziekenhuis waren geweest en toch wel heel erg het fysieke contact misten.

Tenslotte, is het belangrijk dat het ziekenhuis goed rekening blijft houden met patiënten die moeite hebben met digitale middelen, zoals tijdens het videoconsult. Mensen gaven daarnaast aan dat de verbinding het soms niet deed en de video vastliep. Het is dus van belang dat het ziekenhuis deze nieuwe digitale middelen blijft observeren en daarbij goed in de gaten houdt wat de patiënten hiervan vinden, bijvoorbeeld ook bij het introduceren van een E-consult. Hierbij zal het ziekenhuis dus goed rekening moeten blijven houden met de kwetsbare groep (oudere) mensen en luisteren naar hun feedback. Het is daarom erg interessant voor het ziekenhuis om bijvoorbeeld interviews te houden onder deze mensen over hun consult, om zo hun ware ervaringen te ontdekken. Kortom, in deze snel evoluerende digitale samenleving moeten we blijven rekening houden met onze kwetsbare groepen, vooral als het om hun zorg gaat.

Referenties

- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *55*(6), S368–S374.
<https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.s368>
- Barsom, E. Z., Jansen, M., Tanis, P. J., van de Ven, A. W. H., Blussé van Oud-Alblas, M., Buskens, C. J., Bemelman, W. A., & Schijven, M. P. (2020). Video consultation during follow up care: Effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer. *Surgical Endoscopy*, *1*. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07499-3>
- Blanchard, C. G., Ruckdeschel, J. C., Fletcher, B. A., & Blanchard, E. B. (1986). The impact of oncologists' behaviors on patient satisfaction with morning rounds. *Cancer*, *58*(2), 387-393.
- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: A non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *British Journal of General Practice*, *69*(686), e595–e604.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19x704573>
- Heijmans, M., Brabers A., & Rademakers, J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019* [Fact sheet].
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003631.pdf>
- Kuek, A., & Hakkennes, S. (2020). Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems. *Health Informatics Journal*, *26*(1), 592-612.
<https://doi.org/10.1177/1460458219839613>
- Lepore, S. J., Rincon, M. A., Buzaglo, J. S., Golant, M., Lieberman, M. A., Bauerle Bass, S., & Chambers, S. (2019). Digital literacy linked to engagement and psychological benefits among breast cancer survivors in Internet-based peer support groups. *European Journal of Cancer Care*, *28*(4), e13134. <https://doi.org/10.1111/ecc.13134>

Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E.E., & Pounders, K. (2016). Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e264. <https://doi.org/10.2196/jmir.6349>

Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Donovan, E. E., Champlin, S., & Pounders, K. (2019). Health literacy and perceptions of stigma. *Journal of Health Communication*, 24(11), 856-864. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1678705>

McKinstry, B., Hammersley, V., Burton, C., Pinnock, H., Elton, R., Dowell, J., ... & Sheikh, A. (2010). The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *BMJ Quality & Safety*, 19(4), 298-303. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027763>

Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B., & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 577-585. <https://doi.org/10.1111/nhs.12698>

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>

Peterson, P. N., Shetterly, S. M., Clarke, C. L., Bekelman, D. B., Chan, P. S., Allen, L. A., Matlock, D. D., Magid, D. J., & Masoudi, F. A. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*, 305(16), 1695–1701. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.512>

Pharos. (2020). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden* [Fact sheet]. <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>

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. <https://doi.org/10.2196/jmir.8033>

Appendix 1

Vragenlijst Onderzoek

1.

Welkom bij dit onderzoek over uw consult bij Noordwest. Er zullen vragen worden gesteld over uw tevredenheid en verschillende algemene vragen. Uw antwoorden hierop worden anoniem verwerkt. Verder zal de vragenlijst ongeveer 5 minuten duren.

Belangrijk: In deze vragenlijst worden o.a. vragen gesteld over uw afspraak bij de polikliniek. Zo'n afspraak noemen we in deze vragenlijst een poliklinisch consult. Deze afspraak kan via video, telefoon, e-mail of in het ziekenhuis zijn geweest.

U kunt op Volgende klikken om aan de vragenlijst te beginnen.

2.

Algemeen

3.

Wat is uw leeftijd? (in jaren)

—

4.

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- Basisonderwijs
- Vmbo (basis, kader, tl/mavo, gl, lts)
- Havo
- Vwo (atheneum, gymnasium)
- Mbo
- Hbo
- Universiteit

5.

Wat voor soort poliklinisch consult was uw laatste poliklinisch consult met een arts bij Noordwest Ziekenhuisgroep?

- Fysiek poliklinisch consult in het ziekenhuis
- Telefonisch poliklinisch consult
- Poliklinisch consult door middel van videobellen

6.

Er zullen nu stellingen volgen over dit poliklinisch consult bij Noordwest Ziekenhuisgroep. Probeer deze zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden.

7.

“Ik had het gevoel dat tijdens het poliklinisch consult mijn behoeftes werden vervuld.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens

- Helemaal mee eens
- N.v.t.

8.

“Ik had het gevoel dat ik actief werd betrokken door de arts bij het poliklinisch consult.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

9.

“Over het algemeen vond ik het gesprek met de arts goed.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

10.

“Ik heb genoeg informatie ontvangen tijdens het poliklinisch consult.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

11.

“Ik werd emotioneel gesteund door de arts tijdens het poliklinisch consult.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

12.

“Over het algemeen ben ik tevreden over het poliklinisch consult.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens

- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

13.

Er zullen nu wat algemene vragen volgen. Probeer deze vragen zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden.

14.

Hoe vaak vraagt u hulp van iemand bij het lezen van medische informatie?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

15.

Hoe vaak heeft u problemen met lezen van informatie over uw medische situatie?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

16.

Hoe vaak twijfelt u bij het invullen van informatie op formulieren van het ziekenhuis?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

17.

Tot slot, zullen er nog een aantal stellingen volgen. Probeer deze ook zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden.

18.

“Ik weet hoe ik nuttige gezondheidsinformatie kan **vinden** op het Internet.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

19.

“Ik weet hoe ik het Internet kan gebruiken om mijn vragen over mijn gezondheid te **beantwoorden.**”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

20.

“Ik weet **welke** websites voor gezondheidsinformatie er zijn op het Internet.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

21.

“Ik weet hoe ik gezondheidsinformatie die ik heb gevonden op het Internet kan gebruiken om mezelf te **helpen.**”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

22.

“Ik kan gezondheidsinformatie die ik vind op het Internet goed **beoordelen.**”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

23.

“Ik kan op Internet zien wat goede informatie over gezondheid is **en** wat slechte informatie is.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens

- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

24.

“Ik ben **zeker** van mezelf als ik informatie van Internet gebruik om keuzes te maken over mijn gezondheid.”

- Helemaal mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Helemaal mee eens
- N.v.t.

25.

Heeft u nog vragen en/of opmerkingen over uw poliklinisch consult? Dan kunt u deze hieronder noteren.

26.

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.