

Radboud Universiteit



Verzachten van *dispreferred responses* binnen de gezondheidszorg

Een experimenteel onderzoek naar *response strategies*

Kernwoorden: *dispreferred responses*, *response strategies*,
uitleg, compensatie, chats, arts-patiëntinteractie

Masterscriptie C&B (LET-CIWM401)
Master Communicatie en Beïnvloeding
Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Letteren

Naam docent 1^{ste} lezer: Dr. Sara Bögels
Naam docent 2^{de} lezer: Dr. Rebecca van Herck

Naam student: Britt van Duijnhoven
Studentnummer: s1109025

Datum: 20 juni 2024
Aantal woorden: 8430

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op het ontvangen van *dispreferred responses* in chatgesprekken binnen de gezondheidszorg. Wanneer een patiënt een verzoek doet, is het niet altijd mogelijk om dit verzoek ook in te willigen, wat leidt tot een ongewenst antwoord, oftewel *dispreferred response*. Met de toenemende digitalisering in de gezondheidszorg wordt online contact tussen arts en patiënt steeds gebruikelijker. Chats hebben echter een lagere mediarijkeid dan *face-to-face* communicatie, onder andere door het ontbreken van non-verbale signalen. Dit benadrukt het belang van *response strategies* om de impact van een *dispreferred response* te verzachten.

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen welke strategieën het meest effectief zijn wanneer artsen *dispreferred responses* moeten overbrengen via chat, door specifiek te onderzoeken wat het effect is van het toevoegen van de *response strategies* uitleg en compensatie op de mate waarin patiënten zich gehoord voelen en op hun patiënttevredenheid. De hypothesen waren dat zowel het toevoegen van uitleg als compensatie aan een *dispreferred response* zou leiden tot een hoger gevoel van gehoord worden en een hogere patiënttevredenheid. Vanwege tegenstrijdige bevindingen uit eerdere onderzoeken werd een exploratieve vraag opgesteld over het interactie-effect tussen uitleg en compensatie. Het onderzoek gebruikte een 2 x 2 design met binnenproefpersoonfactoren (uitleg: afwezig vs. aanwezig, compensatie: afwezig vs. aanwezig) en verzamelde data via een online vragenlijst met 98 respondenten.

De resultaten bevestigden de hypothesen: zowel het toevoegen van uitleg als compensatie leidde tot een hoger gevoel van gehoord worden en grotere patiënttevredenheid. Er werd ook een interactie-effect gevonden. Gepaarde *t*-toetsen toonden aan dat compensatie een groter effect heeft op het gevoel van gehoord worden en patiënttevredenheid wanneer uitleg afwezig is dan wanneer uitleg aanwezig is. De conclusie is dat het belangrijk is om minimaal één van de twee *response strategies* (uitleg of compensatie) toe te voegen aan een *dispreferred response* in een chat binnen de gezondheidszorg, om zo het gevoel van gehoord worden en de patiënttevredenheid te verhogen. Dit kan leiden tot verbeterde communicatie, wat de arts-patiëntrelatie versterkt en de algehele kwaliteit van de zorg verhoogt.

Aanleiding

In de afgelopen jaren heeft de digitalisering van communicatie geleid tot een verschuiving van traditionele interacties naar het digitale domein (Syafganti, 2018). Tegenwoordig is chatten via sociale media, interactie met chatbots van bedrijven en online medisch advies inwinnen gebruikelijk. Deze veranderingen brengen niet alleen nieuwe mogelijkheden met zich mee, maar ook uitdagingen, bijvoorbeeld in situaties waarin iemand geen sociaal wenselijk antwoord kan geven. Dit wordt dan door de gesprekspartner gezien als onwenselijk, oftewel '*dispreferred*' (Kendrick & Torreira, 2015; Pomerantz & Heritage, 2013). Dit kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer een patiënt vraagt om een hogere dosering medicatie en de arts moet aangeven dat dit niet mogelijk is.

De overgang naar online interacties brengt specifieke beperkingen met zich mee, zoals vaak het ontbreken van non-verbale signalen (Media Richness Theory; Daft & Lengel, 1986). Tekst-gebaseerde *computer-mediated communication* (CMC) heeft een lagere media-rijkdom dan *face-to-face* communicatie, wat het risico op verkeerde interpretaties en miscommunicatie vergroot (Turel & Connelly, 2013). Desondanks zijn mensen geneigd om indrukken te vormen en sociale relaties te ontwikkelen, ongeacht het communicatiemedium dat zij gebruiken (Walther, 1992). Ze vinden manieren om effectief persoonlijke informatie uit te wisselen via CMC, waarbij de vorming van indrukken en relaties voornamelijk gebaseerd is op verbale en chronemische signalen, zoals de inhoud en timing van berichten (Walther & Tidwell, 1995). De beperkte media-rijkheid van CMC benadrukt het belang van expliciete strategieën. De strategieën waar het huidige onderzoek zich op focust zijn het geven van uitleg en het voorstellen van een compenserende actie om de impact van een *dispreferred response* te verzachten (Huibers en Verhoeven, 2014; Jeter & Brannon, 2017; Van Hooijdonk & Liebrecht, 2021; Vos, 2023). Een uitleg kan bijvoorbeeld bestaan uit een toelichting van de redenen voor de afwijzing, en een compensatie kan bijvoorbeeld bestaan uit het aanbieden van extra zorg of diensten als een manier om de patiënt te ondersteunen na een afwijzing.

De opkomst van de digitalisering heeft de gezondheidszorg beïnvloed, waarbij opkomende technologieën zoals e-mailcontact, videoconferenties en online chatplatforms nieuwe mogelijkheden bieden voor patiëntenzorg (Nilsson et al., 2021). Onderzoek toont aan dat patiënten doorgaans positief staan tegenover e-consulten en digitale tools, vooral met betrekking tot chatfuncties (Nilsson et al., 2021). In Nederland is de app BeterDichtbij een van de meest gebruikte digitale tools voor dit doel (Bogaerts, 2020). De digitalisering lijkt mogelijk van invloed te zijn op de dynamiek van de arts-patiëntcommunicatie. Belangrijke doelstellingen

van deze communicatie zijn het opbouwen van een goede relatie, het delen van informatie en het gezamenlijk nemen van behandelings-beslissingen (Ong et al., 1995). Dit is essentieel voor het stellen van diagnoses, het uitvoeren van behandelingen en het voorspellen van prognoses (Heritage & Maynard, 2006).

Een gezonde en effectieve arts-patiëntrelatie vereist vertrouwen van de patiënt in de arts en effectieve communicatie van de arts. Ward (2018) heeft aangetoond dat een patiëntgerichte benadering met deze kenmerken leidt tot een hogere mate van patiënttevredenheid. Dit staat in verband met verbeterde therapietrouw, betere gezondheidsresultaten en een betere waargenomen kwaliteit van de gezondheidszorg (Ward, 2018). Naast vertrouwen zijn empathie, respect en aandacht cruciaal voor een goede arts-patiëntrelatie (Derksen et al., 2013; Joffe et al., 2003). Deze elementen zijn essentieel voor het gevoel van gehoord worden tijdens conversaties (Roos et al., 2023). Het verstrekken van een duidelijke uitleg wordt beschouwd als een teken van beleefdheid, respect en empathie (Brown & Levinson, 1987), wat het gevoel van gehoord worden kan versterken. Het is aannemelijk dat wanneer patiënten zich meer gehoord voelen, hun patiënttevredenheid toeneemt. Bovendien is aangetoond dat het aanbieden van compensatie bij een *dispreferred response* resulteert in een hoger niveau van vergevingsgezindheid (Jeter & Brannon, 2017), wat kan bijdragen aan het herstellen van evenwicht in de arts-patiëntrelatie (Fehr & Gelfand, 2010).

Gezien het cruciale belang van het gevoel van gehoord worden en de tevredenheid van patiënten in de gezondheidszorg, is het essentieel om te onderzoeken welke strategieën het meest effectief zijn wanneer artsen *dispreferred responses* moeten overbrengen via een chat. Daarom richt dit onderzoek zich op de vraag: “Wat is het effect van het toevoegen van de *response strategies* uitleg en compensatie aan een *dispreferred response* in een chat binnen de gezondheidszorg op de mate waarin patiënten zich gehoord voelen en op hun patiënttevredenheid?”.

Theoretisch kader

Het theoretisch kader behandelt literatuur over chat-communicatie, *dispreferred responses*, strategieën voor *dispreferred responses*, de *response strategies* uitleg en compensatie, en hun relatie met gehoord worden en patiënttevredenheid. Tevens wordt de mogelijke interactie tussen uitleg en compensatie besproken.

Chat-communicatie

Daft en Lengel (1986) hebben de *Media Richness Theory* ontwikkeld om te begrijpen hoe verschillende communicatiemiddelen verschillende niveaus van rijkheid bieden bij het overbrengen van informatie. Deze theorie stelt organisaties in staat om te bepalen welke middelen het meest effectief zijn voor specifieke communicatiedoelen. Media worden beoordeeld aan de hand van vier criteria: feedback, flexibiliteit, taalvariatie en persoonlijke afstemming. Op basis van deze criteria wordt *face-to-face* communicatie als meest 'rijk' beschouwd, terwijl brieven het minst 'rijk' zijn. Chats zitten hier tussenin, met mogelijkheid tot directe feedback en flexibiliteit, waardoor gebruikers snel kunnen reageren en zich kunnen aanpassen aan verschillende situaties en boodschappen. Echter, bieden chats minder taalvariatie dan *face-to-face* communicatie, omdat non-verbale signalen zoals lichaamstaal en stemtoon niet aanwezig zijn, wat leidt tot een beperkte persoonlijk afstemming.

Er is vastgesteld dat bepaalde non-verbale gedragingen bijzonder belangrijk zijn binnen de context van de arts-patiëntinteractie. Griffith et al. (2003) hebben aangetoond dat gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding, stemtoon, frequentie van oogcontact, glimlachen en knikken allemaal van invloed zijn op de mate van patiënttevredenheid tijdens interacties tussen arts en patiënt. Hun bevindingen suggereren zelfs dat non-verbale communicatie de belangrijkste voorspeller is van de algehele patiënttevredenheid. Het ontbreken van non-verbale signalen in chats benadrukt de noodzaak van het gebruik van expliciete strategieën bij het geven van een *dispreferred response* op een verzoek.

Dispreferred responses

Er bestaan verschillende manieren om op een verzoek te reageren, variërend van een positief antwoord, wanneer iemand akkoord gaat, tot een negatief antwoord, wanneer iemand het verzoek afwijst. In het huidige onderzoek wordt een verzoek gedefinieerd als een vraag waarbij iemand wordt gevraagd om iets te doen (Goodwin, 1990). Het geven van een positief antwoord heeft de voorkeur boven het geven van een *dispreferred response*, omdat dit overeenkomt met

onze verwachtingen en het verzoek (Bögels et al., 2015). *Dispreferred responses* zijn antwoorden die vaak iets extra's behoeven, omdat ze afwijken van wat sociaal verwacht wordt (Pomerantz & Heritage, 2013).

Brown en Levinson (1987) hebben de *Politeness Theory* geïntroduceerd, die zich richt op hoe mensen omgaan met gezichtsbehoud en beleefdheid in communicatieve interacties, inclusief het afwijzen van verzoeken. Gezichtsbehoud en het tonen van respect voor de gevoelens van anderen zijn belangrijke aspecten van beleefdheid. Het behoud van het gezicht staat in verband met de natuurlijke drang van mensen om een positief publiek imago, zelfbeeld of reputatie te behouden, waardoor mensen vaak de voorkeur geven aan het accepteren van verzoeken om gezichtsverlies te voorkomen en de relaties met anderen te behouden. Omdat gezichtsbehoud en beleefdheid cruciale rollen spelen in communicatieve interacties en het handhaven van sociale harmonie, is het belangrijk om strategieën toe te passen bij *dispreferred responses*.

Strategieën voor *dispreferred responses*

Mensen beschikken over verschillende strategieën die kunnen worden ingezet bij *dispreferred responses* om een afwijzing te verzachten. In dit onderzoek worden deze strategieën aangeduid als *response strategies*. De literatuur die hieronder wordt besproken, richt zich niet alleen op *dispreferred responses*, maar laat ook zien hoe *response strategies* breder kunnen worden ingezet. Deze strategieën zijn van toepassing in situaties waarin iets negatiefs aanwezig is of er een mogelijke bedreiging van het gezicht bestaat, zoals bij een transgressie (misstap), een klacht (zoals in webcare) of een afwijzing. Ze worden gebruikt om de impact van deze negatieve aspecten te verminderen en sociale harmonie te behouden. Hoewel de strategieën in verschillende onderzoeken vaak overeenkomen, kan de terminologie en toepassing variëren

Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat deze *response strategies* effectief kunnen zijn in diverse contexten. Jeter en Brannon (2017) onderzochten in een experiment hoe verschillende aspecten van een verontschuldiging (*response strategies*) invloed kunnen hebben op vergevingsgezind gedrag na een transgressie, waarbij de respondenten geconfronteerd werden met een scenario waarin hun spelpartner oneerlijk speelde om geld te winnen. Ze testten zeven *response strategies* en ontdekten dat compensatie de meest effectieve strategie is bij het herstellen van relaties en het bevorderen van vergeving. Huibers en Verhoeven (2014) voerden een corpusonderzoek uit om te analyseren welke webcarestrategieën Nederlandse organisaties gebruikten als reactie op klachten in Twitter-berichten. Ze identificeerden individueel tegemoetkomende strategieën (informatie, sympathie, compensatie), collectief

tegemoetkomende strategieën (corrigerende actie, verontschuldiging) en defensieve strategieën (ontkenning, rechtvaardiging). Individueel tegemoetkomende strategieën richten zich op individuele klachten, collectief tegemoetkomende strategieën op problemen voor alle stakeholders, en defensieve strategieën op het beschermen van de belangen van de organisatie. Vervolgens voerden ze een experiment uit om het effect van deze webcarestrategieën op de bedrijfsreputatie te onderzoeken. Respondenten kregen een klacht te zien van een consument over een stroomstoring en vervolgens werd de impact van verschillende gemanipuleerde webcare-reacties op de bedrijfsreputatie gemeten. Hieruit bleek dat strategieën gericht op individuele belangen effectiever waren dan defensieve strategieën. Echter, collectief tegemoetkomende strategieën bleken geen verbetering in de reputatie teweeg te brengen ten opzichte van de defensieve strategieën.

Van Hooijdonk en Liebrecht (2021) gingen dieper in op de *response strategies* uitleg en compensatie binnen webcare. Ze voerden een experimentele studie uit waarbij passagiers van een luchtvaartmaatschappij werden gevraagd een webcare-reactie op een klacht over een servicestoring te beoordelen. Hierbij werd het effect van de *response strategies* op de reputatie van de luchtvaartmaatschappij onderzocht. Hoewel uitleg en compensatie afzonderlijk geen significante effecten vertoonden, leidde de combinatie van beide strategieën wel tot een verbetering van de merkreputatie. Vos (2023) concentreerde zich in haar master thesis op het verder verkennen van dezelfde *response strategies* uitleg en compensatie bij het accepteren van afwijzingen in online chatgesprekken (Whatsapp) binnen persoonlijke relaties. Ze ontdekte dat afwijzingen waarbij deze *response strategies* individueel werden toegepast, resulteerden in een hogere acceptatie van de afwijzing vergeleken met afwijzingen waarbij geen strategieën werden gebruikt. De combinatie van uitleg en compensatie leidde echter niet tot grote verbeteringen in de resultaten ten opzichte van het gebruik van slechts één van deze twee strategieën. Het huidige onderzoek zal verder ingaan op deze twee strategieën, maar dan binnen het gezondheidsdomein, waardoor een diepgaander inzicht ontstaat in hun rol in verschillende contexten.

Response strategy uitleg

Het geven van uitleg houdt in dat informatie wordt verstrekt om een situatie te verduidelijken of om de redenen achter bepaalde acties of beslissingen uit te leggen. Dit is een veelvoorkomende reactie bij het afwijzen van een verzoek (Izraeli & Jack, 1986). Mensen geven aan zelden verzoeken af te wijzen zonder een uitleg toe te voegen. Tegelijkertijd geeft 20% van de vragers aan dat ze soms afwijzingen ontvangen zonder enige vorm van uitleg (Izraeli & Jack, 1986). Het lijkt gemakkelijker voor mensen om een verzoek af te wijzen

wanneer ze een uitleg kunnen geven, waarschijnlijk omdat dit helpt om zich minder onbeleefd te voelen (Ensing, 2023). Dit sluit aan bij de *Politeness Theory* van Brown en Levinson (1987), die suggereren dat het geven van een uitleg voortkomt uit beleefdheid, zoals het tonen van respect en empathie. Volgens hen stelt dit beide partijen in staat om hun gezicht te behouden.

Door meer beleefdheid te tonen, door middel van het geven van een uitleg, is het aannemelijk dat de ander zich meer gehoord voelt. Dit komt doordat een uitleg respect en empathie uitdrukt, wat elementen zijn voor het gevoel van gehoord worden. Mensen voelen zich gehoord wanneer hun boodschap met aandacht, empathie, respect en wederzijds begrip wordt ontvangen (Roos et al., 2023). Deze elementen zijn eveneens cruciaal voor een goede arts-patiëntrelatie (Derksen et al., 2013; Joffe et al., 2003). Bovendien leidt, zoals eerder besproken, het geven van een uitleg tot een grotere acceptatie van afwijzingen in persoonlijke relaties (Vos, 2023). De verwachting is dat het geven van uitleg, wat resulteert in een hogere afwijzingsacceptatie, ook zal bijdragen aan een verbeterde patiënttevredenheid. Patiënttevredenheid is een belangrijke en veelgebruikte indicator voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (Godillot et al., 2021). Het is tevens aannemelijk dat wanneer een patiënt zich meer gehoord voelt, de algehele patiënttevredenheid ook hoger zal zijn, aangezien gehoord voelen als een onderdeel van patiënttevredenheid kan worden gezien.

H1: *Dispreferred responses* met een uitleg (a) zorgen ervoor dat mensen zich meer gehoord voelen en (b) leiden tot een hogere patiënttevredenheid dan *dispreferred responses* zonder uitleg.

Response strategy compensatie

Volgens Fehr en Gelfand (2010) kan een compensatie zowel iets tastbaars als iets ontastbaars inhouden. Het aanbieden van een compensatie wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van het verontschuldigungsproces (Goffman, 1967). Jeter en Brannon (2017) tonen aan dat de ontvangers van verontschuldiging met compensatie significant minder negatieve emoties rapporteerden in vergelijking met degenen die andere *response strategies* ontvingen. Het aanbieden van compensatie kan worden gezien als een teken dat de afwijzer de boodschap van de vrager serieus neemt en bereid is om actie te ondernemen om de negatieve gevolgen van de afwijzing te verzachten. Dit duidt op een inspanning om het evenwicht in de relatie te herstellen (Fehr & Gelfand, 2010). Deze actie kan het gevoel van erkenning en respect bij de vrager versterken, wat op zijn beurt kan bijdragen aan het gevoel van gehoord worden (Roos et al., 2023).

Uit onderzoek blijkt dat een effectieve arts-patiëntcommunicatie bijdraagt aan het behouden en versterken van de relatie tussen arts en patiënt, en vice versa. De cruciale rol van deze communicatie bij het behalen van optimale medische resultaten en het bevorderen van patiënttevredenheid is goed vastgesteld in de literatuur en wordt ondersteund door de persoonlijke ervaring van artsen (Herdon & Pollick, 2002). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat compensatie leidt tot de hoogste mate van vergevingsgezindheid in vergelijking met andere *response strategies* (Jeter en Brannon, 2017). Dit onderzoek richtte zich specifiek op de effecten van verschillende *response strategies* op het herstellen van relaties na een transgressie. Het onderzoek van Vos (2023), waarin een groot effect wordt gevonden van compensatie op de acceptatie van de afwijzing, sluit hierop aan. Vos (2023) richtte zich op de acceptatie van afwijzingen in online chatgesprekken binnen persoonlijke relaties. De verwachting is dat dit ook de patiënttevredenheid ten goede zal komen, gezien de positieve effecten van compensatie in diverse contexten. Daarnaast geldt tevens voor compensatie dat het aannemelijk is dat wanneer een patiënt zich meer gehoord voelt, de algehele patiënttevredenheid ook hoger zal zijn.

H2: *Dispreferred responses* met een compensatie (a) zorgen ervoor dat mensen zich meer gehoord voelen en (b) leiden tot een hogere patiënttevredenheid dan *dispreferred responses* zonder compensatie.

Interactie-effect tussen uitleg en compensatie

In de voorgaande secties zijn de *response strategies* uitleg en compensatie individueel besproken, waarbij een verwachting wordt gedaan voor hun afzonderlijke effecten. Nu wordt gekeken naar hoe deze variabelen mogelijk met elkaar interacteren. Het onderzoek van Huibers & Verhoeven (2014) naar webcarestrategieën op Twitter wijst uit dat organisaties vaak meerdere *response strategies* combineren in hun reacties. Daarom wordt in die studie voorgesteld om verder onderzoek te doen naar de effecten van deze gecombineerde strategieën (Huibers & Verhoeven, 2014). Dit maakt het interessant om in het huidige onderzoek te kijken naar de interactie tussen uitleg en compensatie. Van Hooijdonk en Liebrecht (2021) tonen aan dat een combinatie van zowel uitleg als compensatie resulteerde in een betere merkreputatie. Dit duidt erop dat hoewel deze strategieën afzonderlijk geen effect hadden, ze samen een versterkend effect hadden. Aan de andere kant toont het onderzoek van Vos (2023) aan dat zowel uitleg als compensatie een groter effect had op de acceptatie van afwijzingen wanneer ze afzonderlijk werden toegepast dan wanneer ze samen werden gebruikt. Deze verschillende bevindingen leiden tot een andere verwachting ten aanzien van het mogelijke interactie-effect.

Hoewel beide onderzoeken dezelfde onafhankelijke variabelen gebruiken, verschillen de afhankelijke variabelen en contexten. Deze verschillen kunnen mogelijk hebben bijgedragen aan de afwijkende bevindingen. Van Hooijdonk en Liebrecht (2021) onderzochten merkreputatie in de context van webcare bij een luchtvaartmaatschappij, gebaseerd op een echt Twitтерgesprek tussen een passagier en de luchtvaartmaatschappij. Vos (2023) richtte zich op afwijzingsacceptatie in persoonlijke relaties, met zelfgecreëerde materialen in de vorm van een Whatsapp-chat. Ondanks dat beide onderzoeken een interactie-effect vonden, vertoonde de interactie een verschillende richting. Dit maakt het waardevol om te onderzoeken of deze strategieën binnen de context van de gezondheidszorg een versterkend effect hebben of niet. Op basis van deze bevindingen is het moeilijk om een hypothese op te stellen met een richting, daarom is er gekozen voor een exploratieve vraag:

Is er een interactie-effect tussen de *response strategies* uitleg en compensatie op (a) de mate waarin iemand zich gehoord voelt en op (b) de algehele patiënttevredenheid?

Methode van onderzoek

Het huidige onderzoek hanteerde een experimenteel ontwerp om de effecten van verschillende *response strategies* op het gevoel van gehoord worden en patiënttevredenheid te onderzoeken. Door middel van een vragenlijst werden kwantitatieve gegevens verzameld.

Onderzoeksontwerp

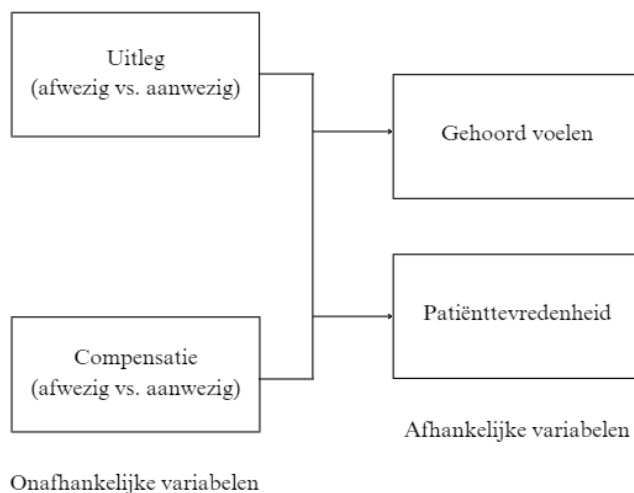
Het onderzoek gebruikte een 2 x 2 binnenproefpersoonsontwerp. De onafhankelijke binnenproefpersoonfactoren die zijn gebruikt zijn uitleg (afwezig vs. aanwezig) en compensatie (afwezig vs. aanwezig). Dit resulteerde in de volgende vier condities:

1. Een *dispreferred response* zonder uitleg en zonder compensatie
2. Een *dispreferred response* met uitleg en zonder compensatie
3. Een *dispreferred response* zonder uitleg en met compensatie
4. Een *dispreferred response* met uitleg en met compensatie

In Figuur 1 wordt het conceptuele model gepresenteerd, waarin een overzicht wordt gegeven van de variabelen die in het onderzoek zijn gebruikt.

Figuur 1

Conceptueel model



Materiaal

Voor dit onderzoek werden simulaties van online chatgesprekken gecreëerd tussen een arts en een patiënt. Er waren vier verschillende condities, elk vertegenwoordigd in vier unieke situaties, wat resulteerde in 16 simulaties van chatgesprekken in totaal. De situaties bevatten allemaal een verzoek van de patiënt en een *dispreferred response* van de arts. In de situaties kwamen

verschillende onderwerpen aan bod, namelijk vragen betreffende een bloedonderzoek, huiduitslag, medicatiewijziging en dosisverhoging. In alle condities werd een vorm van sympathie geuit door middel van het woord 'helaas'. Dit werd gedaan omdat het ongebruikelijk is om in een afwijzing alleen de weigering te communiceren, zonder iets extra's toe te voegen (Pomerantz & Heritage, 2013). In Tabel 1 wordt een voorbeeld van een situatie getoond.

Het ging om laagdrempelige verzoeken, waardoor een grote groep zich er gemakkelijk in kon verplaatsen. De verdeling van de 16 simulaties gebeurde aan de hand van een *Latin Square Design*, zie Tabel 2. In een lijst kwam elke situatie en elke conditie één keer voor, waarbij de combinaties verschilden per lijst. De respondenten kregen de simulaties uit de betreffende lijst in willekeurige volgorde te zien.

Alleen de beroepstitel 'arts' werd vermeld in het materiaal, zonder specifieke namen, om te voorkomen dat de perceptie van de respondenten werd beïnvloed, bijvoorbeeld als ze iemand zouden kennen met dezelfde naam. De volledige situaties zijn terug te vinden in Bijlage I. Boven elke situatie staat een scenario waarin kort het onderwerp van het chatgesprek wordt geïntroduceerd, en de respondent nogmaals wordt gevraagd zich in te leven in de patiënt.

Tabel 1

Voorbeeld Situatie

Situatie 1: vraag betreft bloeuitslagen	
Beste arts, Heeft u de uitslagen van het bloedonderzoek al binnen? Ik zou namelijk afgelopen week iets te horen krijgen, maar dat is niet gebeurd.	
Conditie 1: zonder uitleg, zonder compensatie	De uitslagen zijn helaas nog niet binnen.
Conditie 2: met uitleg, zonder compensatie	De uitslagen zijn helaas nog niet binnen. Momenteel is het erg druk in het laboratorium.
Conditie 3: zonder uitleg, met compensatie	De uitslagen zijn helaas nog niet binnen. Zodra de resultaten beschikbaar zijn, ontvangt u een melding in de app en bel ik u diezelfde dag nog om ze te bespreken.
Conditie 4: met uitleg, met compensatie	De uitslagen zijn helaas nog niet binnen. Momenteel is het erg druk in het laboratorium. Zodra de resultaten beschikbaar zijn, ontvangt u een melding in de app en bel ik u diezelfde dag nog om ze te bespreken.

Tabel 2

Latin Square Design 4 x 4 met condities 1 (zonder uitleg, zonder compensatie), 2 (met uitleg, zonder compensatie), 3 (zonder uitleg, met compensatie) en 4 (met uitleg, met compensatie)

Situaties	Lijst 1	Lijst 2	Lijst 3	Lijst 4
1. Bloedonderzoek	Conditie 1	Conditie 2	Conditie 3	Conditie 4
2. Huiduitslag	Conditie 2	Conditie 3	Conditie 4	Conditie 1
3. Medicatiewijziging	Conditie 3	Conditie 4	Conditie 1	Conditie 2
4. Dosisverhoging	Conditie 4	Conditie 1	Conditie 2	Conditie 3

Proefpersonen

Voor dit onderzoek werden de respondenten geworven door de vragenlijst online te verspreiden in het eigen netwerk van de onderzoeker. Hiervoor zijn de platforms Whatsapp, Facebook en LinkedIn gebruikt. Familieleden en vrienden werden expliciet verzocht om de vragenlijst in te vullen en deze door te sturen naar andere mensen, wat wordt aangeduid als het sneeuwbaaleffect (Leighton, et al., 2021). Dit betekent dat de vragenlijst zich verder verspreidde naarmate meer mensen deze doorstuurden, waardoor het bereik van het onderzoek toenam.

Het doel was om in totaal 120 respondenten te werven. Dit doel was gebaseerd op de steekproefomvang van vergelijkbare onderzoeken (Van Hooijdonk & Liebrecht, 2021; Vos, 2023). De respondenten moesten minimaal 16 jaar oud zijn, Nederlands spreken en gebruik maken van een chatplatform zoals Whatsapp. In totaal hebben 168 respondenten de vragenlijst ingevuld. Van deze respondenten heeft één respondent geen toestemming gegeven, twee respondenten gaven aan nooit gebruik te maken van een chatplatform, 40 respondenten hebben de vragenlijst niet afgerond, en 27 respondenten hebben de aandachtsvraag verkeerd beantwoord. De aandachtsvraag werd toegevoegd om te waarborgen dat respondenten de vragen serieus namen en niet willekeurig antwoordden zonder de vraag daadwerkelijk te lezen. De betreffende personen zijn uitgesloten van de analyse, wat resulteerde in een resterende steekproef van 98 respondenten ($N = 98$). De respondenten zijn op een willekeurige manier verdeeld over de vier lijsten, zie Tabel 3.

Tabel 3

Verdeling respondenten over lijsten ($N = 98$)

Lijsten	n
Lijst 1	28
Lijst 2	24
Lijst 3	21
Lijst 4	25

De respondenten varieerden in leeftijd tussen 18 en 72 jaar ($M = 37$, $SD = 15.94$). Aan het onderzoek namen 77 vrouwen (78.6%) en 21 mannen (21.4%) deel. Wat betreft opleidingsniveau gaven 40 respondenten (40.8%) aan een hbo-opleiding te hebben afgerond, gevolgd door 31 respondenten (31.6%) met een wo-opleiding, 22 respondenten (22.4%) met een mbo-opleiding, en vijf respondenten (5.1%) met een middelbare schoolopleiding als hoogst voltooide opleiding. Daarnaast werd gevraagd naar het chatgebruik van respondenten, zoals bijvoorbeeld Whatsapp. Het merendeel, bestaande uit 97 respondenten (99%) gaf aan dagelijks van deze diensten gebruik te maken. Slechts één respondent (1%) maakte maandelijks gebruik van dergelijke diensten.

Instrumentatie

De eerste afhankelijke variabele is gehoord voelen. Dit verwijst naar het gevoel dat de communicatie van iemand wordt ontvangen met aandacht, empathie, respect en met wederzijds begrip (Roos et al., 2023). Dit zijn ook de onderdelen die terugkomen in de *Feeling Heard Scale* (FHS) van Roos et al. (2023). Het construct bestaat oorspronkelijk uit acht items die worden gemeten aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Voor dit onderzoek werden zes items overgenomen en twee weggelaten omdat ze niet goed pasten binnen de context van het onderzoek. Eén van de items betrof de mogelijkheid voor de persoon om te zeggen wat hij/zij wilde zeggen. Aangezien dit onderzoek gebruik maakte van simulaties waarbij de respondent de reactie niet zelf kon kiezen, was dit item niet relevant. Het andere weggelaten item had meer betrekking op fysieke interacties, wat moeilijk te beoordelen is in een chatomgeving. Daarnaast werd item 4 gehercodeerd omdat deze negatief gesteld was en daarmee afweek van de andere items. Eén van de items luidde: "In dit gesprek probeerde de ander zich in mij te verplaatsen". De overige items zijn terug te vinden in Tabel 4. De vragen werden beantwoord vanuit het perspectief van de patiënt.

De tweede afhankelijke variabele is patiënttevredenheid. De patiënttevredenheid werd gemeten met behulp van items van de *Patiënt Satisfaction Questionnaire* (PSQ), deze eendimensionale schaal werd onder andere gebruikt in het onderzoek van Tates et al. (2017). De vijf items van deze schaal die werden gebruikt door Tates et al. (2017) werden overgenomen in dit onderzoek. Eén van deze items luidde: "Hoe tevreden bent u met de manier waarop de arts aan uw behoeften heeft voldaan?". De overige items zijn terug te vinden in Tabel 4.

Voor het waarborgen van de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten, is voor elke afhankelijke variabele een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Een Cronbach's Alpha van minimaal 0.70 wordt doorgaans beschouwd als indicatief voor een betrouwbare meetschaal

(Baarda et al., 2017). De Cronbach's Alpha is berekend voor beide afhankelijke variabelen, zowel voor de gehele dataset als voor elke specifieke conditie. De betrouwbaarheid van gehoord voelen, gemeten met zes items over alle condities, was adequaat: $\alpha = .91$. Evenzo was de betrouwbaarheid van patiënttevredenheid, gemeten met vijf items over alle condities, adequaat $\alpha = .95$. De Cronbach's Alpha per conditie is terug te vinden in Tabel 4. De gemiddelden van alle items per conditie worden gebruikt voor verdere analyses.

Tabel 4

Meetitems gehoord voelen en patiënttevredenheid en Cronbach's Alpha per conditie

	Cronbach's Alpha per conditie			
	1	2	3	4
Gehoord voelen (FHS)	.81	.88	.84	.87
In dit chatgesprek, ..voelde ik mij gehoord. ..luisterde de arts naar wat ik zei. .. probeerde de arts zich in mij te verplaatsen. .. was de arts ongevoelig voor mijn gedachten en gevoelens. .. behandelde de arts mij met respect. .. begrepen we elkaar.				
Patiënttevredenheid (PSQ)	.89	.92	.92	.92
Hoe tevreden bent u met: .. de manier waarop de arts aan uw behoeften heeft voldaan? .. de betrokkenheid van de arts bij de interactie? .. de ontvangen informatie? .. de ontvangen emotionele steun? .. de interactie in het algemeen?				

Procedure

Het programma Qualtrics werd gebruikt voor het ontwerpen van de vragenlijst, die vervolgens online verspreid werd. Aan het begin van de vragenlijst kregen de respondenten het verzoek om toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek (zie Bijlage II). Indien ze niet akkoord gingen met de voorwaarden, werden ze naar het einde van de vragenlijst geleid. Als ze wel akkoord gingen, kregen ze een instructie te zien waarin uitleg werd gegeven voordat ze de chatgesprekken te zien kregen en hen werd gevraagd zich in te leven in de patiënt. De respondenten werden blootgesteld aan vier verschillende situaties waarin *dispreferred responses* in een online chat binnen de gezondheidszorg werden gegeven. Boven elke situatie

werd een scenario getoond waarin kort het onderwerp van die situatie werd geïntroduceerd. De respondent moest dus vier keer dezelfde vragen over de mate van gehoord voelen en patiënttevredenheid beantwoorden, maar over een andere situatie. Het scenario, het chatgesprek en de betreffende vragen werden allemaal op één pagina weergegeven, waarbij elke situatie op een nieuwe pagina werd gepresenteerd. Daarna werden nog enkele demografische vragen gesteld (zie Bijlage III). Ten slotte werd de respondent bedankt voor zijn/haar deelname aan het onderzoek, en werd er meer context over het onderzoek verstrekt in de debriefing (zie Bijlage IV).

Statistische toetsing

De data van het onderzoek werd geanalyseerd met behulp van *IBM SPSS Statistics 28*. Om het effect van de binnenproefpersoonfactoren uitleg (afwezig vs. aanwezig) en compensatie (afwezig vs. aanwezig) op de afhankelijke variabelen (gehoord voelen en patiënttevredenheid) te onderzoeken, werden twee *repeated measures ANOVA's* uitgevoerd. Ook zijn er simpele effecten getest om het interactie-effect te interpreteren door middel van gepaarde *t*-toetsen.

Resultaten

De bevindingen van de analyses, gericht op de effecten van de *response strategies* uitleg en compensatie op zowel het gevoel van gehoord worden als de patiënttevredenheid, worden hieronder gedetailleerd gepresenteerd.

Beschrijvende statistieken

De respondenten kregen chatgesprekken te zien met een *dispreferred response* waarin de *response strategies* uitleg en compensatie werden gemanipuleerd. Tabel 5 toont de gemiddelde scores van de respondenten op het gevoel van gehoord worden en hun algehele patiënttevredenheid per conditie. Uit de tabel kan worden afgelezen dat respondenten zich het meest gehoord voelen in conditie 4 (zowel uitleg als compensatie) en het minst in conditie 1 (zonder uitleg en compensatie). Dit patroon geldt ook voor de algehele patiënttevredenheid.

Daarnaast werd een Pearson's correlatietest uitgevoerd om te onderzoeken of er een relatie bestaat tussen de afhankelijke variabelen gehoord voelen en patiënttevredenheid. De test toonde een sterke positieve correlatie aan met een waarde van $r = .87, p < .001$.

Tabel 5

Gemiddelden per conditie met standaarddeviatie tussen haakjes

	Conditie 1	Conditie 2	Conditie 3	Conditie 4
	Zonder uitleg, Zonder compensatie	Met uitleg, Zonder compensatie	Zonder uitleg, Met compensatie	Met uitleg, Met compensatie
Gehoord voelen (FHS)	2.46 (.68)	3.41 (.72)	3.63 (.69)	4.03 (.66)
Patiënttevredenheid (PSQ)	2.08 (.65)	3.18 (.82)	3.55 (.85)	3.93 (.68)

Noot: Alle meetitems worden bevraagd via een 5-punts schaal.

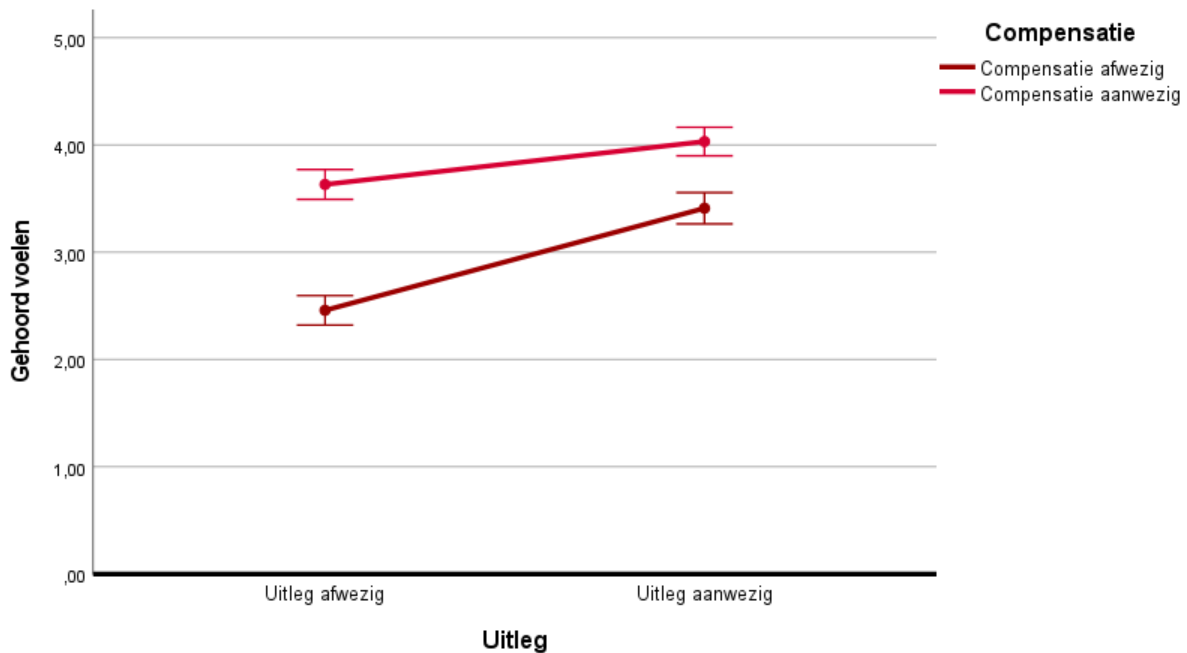
Gehoord voelen

Uit een *repeated measures ANOVA* voor gehoord voelen met als binnenproefpersoonfactoren uitleg (afwezig vs. aanwezig) en compensatie (afwezig vs. aanwezig) bleek een significant hoofdeffect van uitleg ($F(1, 96) = 137.82, p < .001, \eta^2 = .59$). De *dispreferred response* zonder uitleg ($M = 3.05, SE = .05$) riep een lager gevoel van gehoord worden op dan de *dispreferred response* met uitleg ($M = 3.72, SE = .05$). Er bleek ook een hoofdeffect van compensatie ($F(1, 96) = 118.73, p < .001, \eta^2 = .55$). De *dispreferred response* zonder compensatie ($M = 2.94, SE = .06$) riep een lager gevoel van gehoord worden op dan de *dispreferred response* met

compensatie ($M = 3.83, SE = .06$). Verder was er sprake van een interactie-effect tussen uitleg en compensatie ($F(1, 96) = 26.21, p < .001, \eta^2 = .21$). Dit effect wordt afgebeeld in Figuur 2. De simpele effecten van compensatie zijn bekeken binnen de twee niveaus van uitleg door middel van twee gepaarde t -toetsen. Wanneer er al een uitleg aanwezig was zorgde de afwezigheid van compensatie ($M = 3.41, SD = .72$) voor een mindere mate van gehoord voelen dan de aanwezigheid van compensatie ($M = 4.03, SD = .66$). Dit verschil, $-0.62, 95\% \text{ BI } [-0.80, -0.44]$ was significant, $t(96) = -6.94, p < .001, d = -0.71$. Wanneer er geen uitleg aanwezig was zorgde de afwezigheid van compensatie ($M = 2.46, SD = .68$) ook voor een mindere mate van gehoord voelen dan de aanwezigheid van compensatie ($M = 3.63, SD = .69$). Dit verschil, $-1.18, 95\% \text{ BI } [-1.39, -0.97]$ was significant, $t(97) = -11.15, p < .001, d = -1.13$. De gepaarde t -toetsen tonen aan dat compensatie in beide gevallen een effect heeft. De interactie benadrukt dat de toevoeging van compensatie een groter effect heeft op het gevoel van gehoord worden wanneer uitleg afwezig is dan wanneer uitleg aanwezig is.

Figuur 2

Interactie-effect uitleg en compensatie op gehoord voelen

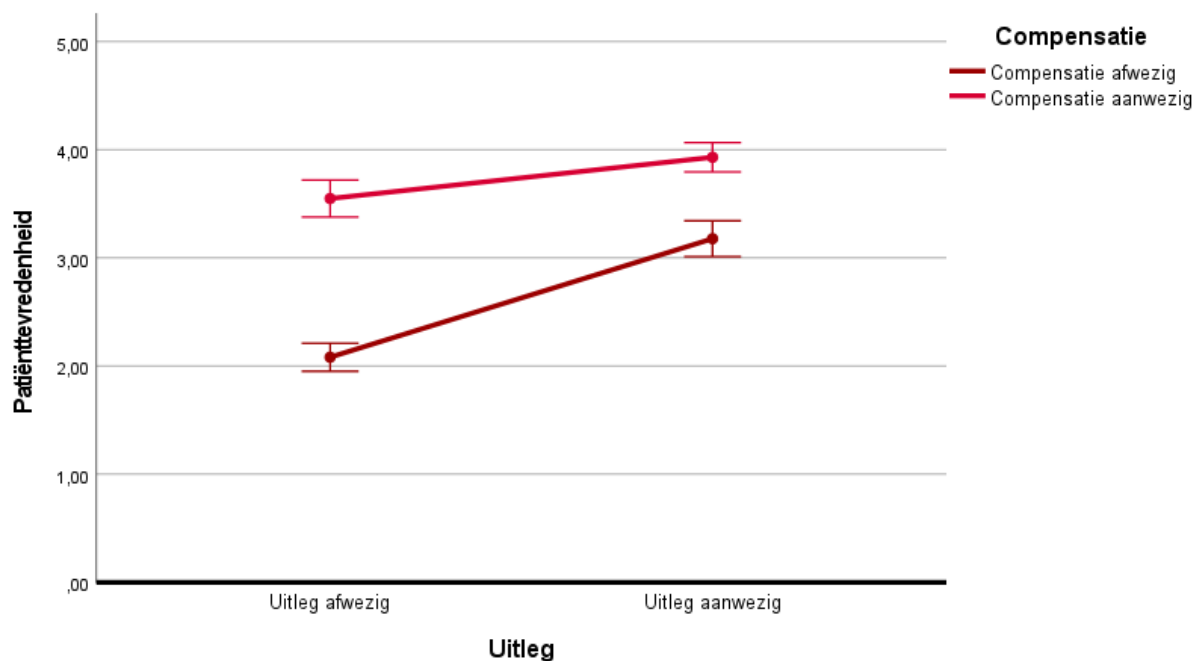


Patiënttevredenheid

Uit een *repeated measures ANOVA* voor patiënttevredenheid met als binnenproefpersoonfactoren uitleg (afwezig vs. aanwezig) en compensatie (afwezig vs. aanwezig) bleek een significant hoofdeffect van uitleg ($F(1, 97) = 127.44, p < .001, \eta^2 = .57$).

De *dispreferred response* zonder uitleg ($M = 2.82, SE = .05$) zorgde voor een lagere patiënttevredenheid dan de *dispreferred response* met uitleg ($M = 3.55, SE = .06$). Er bleek ook een hoofdeffect van compensatie ($F(1, 97) = 176.75, p < .001, \eta^2 = .65$). De *dispreferred response* zonder compensatie ($M = 2.63, SE = .06$) zorgde voor een lagere patiënttevredenheid dan de *dispreferred response* met compensatie ($M = 3.74, SE = .06$). Verder was er sprake van een interactie-effect tussen uitleg en compensatie ($F(1, 97) = 33.33, p < .001, \eta^2 = .26$). Dit effect wordt afgebeeld in Figuur 3. De simpele effecten van compensatie zijn bekeken binnen de twee niveaus van uitleg door middel van twee gepaarde t -toetsen. Wanneer er al een uitleg aanwezig was zorgde de afwezigheid van compensatie ($M = 3.18, SD = .82$) voor een lagere patiënttevredenheid dan de aanwezigheid van compensatie ($M = 3.93, SD = .68$). Dit verschil, $-0.75, 95\% \text{ BI } [-0.94, -0.56]$ was significant, $t(97) = -7.79, p < .001, d = -0.79$. Wanneer er geen uitleg aanwezig was zorgde de afwezigheid van compensatie ($M = 2.08, SD = .65$) ook voor een lagere patiënttevredenheid dan de aanwezigheid van compensatie ($M = 3.55, SD = .85$). Dit verschil, $-1.47, 95\% \text{ BI } [-1.69, -1.25]$ was significant, $t(97) = -13.25, p < .001, d = -1.34$. De gepaarde t -toetsen tonen aan dat compensatie in beide gevallen een effect heeft. De interactie benadrukt dat de toevoeging van compensatie een groter effect heeft op de patiënttevredenheid wanneer uitleg afwezig is dan wanneer uitleg aanwezig is.

Figuur 3
Interactie-effect van uitleg en compensatie op patiënttevredenheid



Discussie en conclusie

In het huidige experimentele onderzoek is gekeken naar het effect van het toevoegen van uitleg, compensatie, of een combinatie daarvan aan een *dispreferred response* in een chat binnen de gezondheidszorg op de mate waarin patiënten zich gehoord voelen en op hun patiënttevredenheid.

Samenvatting en verklaringen resultaten

Hypothese 1 – uitleg

De resultaten ondersteunen hypothese 1 volledig. Een *dispreferred response* met een uitleg zorgt ervoor dat mensen zich meer gehoord voelen dan een *dispreferred response* zonder uitleg (H1a). Deze bevinding sluit aan bij de *Politeness Theory* van Brown en Levinson (1987), waarin wordt betoogd dat het geven van uitleg een vorm van gezichtsbehoud en beleefdheid is. Door de redenen achter een afwijzing uit te leggen, kan de afwijzer respect en empathie tonen naar de vrager toe, terwijl het de vrager helpt om zijn of haar eigenwaarde te behouden. Dit draagt bij aan het gezichtsbehoud voor beide partijen. Deze elementen versterken het gevoel van gehoord worden. Mensen voelen zich meer gehoord wanneer hun boodschap met aandacht, empathie, respect en wederzijds begrip wordt ontvangen (Roos et al., 2023). In de context van de gezondheidszorg is dit bijzonder relevant, omdat een goede arts-patiëntrelatie gebaseerd is op deze elementen (Derksen et al., 2013; Joffe et al., 2003). Het verstrekken van uitleg bij een *dispreferred response* kan dus bijdragen aan het gevoel van gehoord worden bij de patiënt.

Daarnaast zorgt een *dispreferred response* met een uitleg ook voor een hogere patiënttevredenheid dan een *dispreferred response* zonder uitleg (H1b). Dit resultaat kan mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat het toevoegen van een uitleg ervoor zorgt dat patiënten zich meer gehoord voelen. Het is aannemelijk dat wanneer mensen zich meer gehoord voelen, hun algehele patiënttevredenheid ook toeneemt, aangezien gehoord voelen als onderdeel van patiënttevredenheid kan worden gezien. De positieve correlatie ($r = .87$) tussen gehoord voelen en patiënttevredenheid ondersteunt deze verklaring. Bovendien sluit dit resultaat aan bij het onderzoek van Vos (2023), waaruit blijkt dat een uitleg leidt tot een grotere acceptatie van afwijzingen in persoonlijke relaties. Dit suggereert dat het geven van een uitleg niet alleen de beleefdheid en het respect versterkt, maar ook de acceptatie van de afwijzing bevordert. Wanneer patiënten een afwijzing beter accepteren, kan dit bijdragen aan hun algehele tevredenheid omdat ze de situatie begrijpen en zich erkend voelen in hun zorgen. Dit begrip en

erkenning kunnen gevoelens van teleurstelling of frustratie verminderen, wat leidt tot een positievere ervaring en daardoor een hogere patiënttevredenheid.

Hypothese 2 – compensatie

De resultaten ondersteunen hypothese 2 ook volledig. Een *dispreferred response* met een compensatie zorgt ervoor dat mensen zich meer gehoord voelen dan een *dispreferred response* zonder compensatie (H2a). Het aanbieden van een compensatie wordt vaak gezien als een teken van bereidheid om de negatieve gevolgen van de afwijzing te verzachten, wat bijdraagt aan het herstel van het evenwicht in de relatie (Fehr & Gelfand, 2010). Wanneer ontvangers zien dat er een poging wordt gedaan om hun teleurstelling te compenseren, voelen ze zich erkend in hun emoties en behoeften, wat het gevoel van gehoord worden kan versterken. (Roos et al., 2023).

Daarnaast zorgt een *dispreferred response* met een compensatie ook voor een hogere patiënttevredenheid dan een *dispreferred response* zonder compensatie (H2b). Dit resultaat kan, net zoals bij uitleg, mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat het toevoegen van een compensatie ervoor zorgt dat patiënten zich meer gehoord voelen, en er een positieve correlatie ($r = .87$) bestaat tussen gehoord voelen en patiënttevredenheid. Verder wordt het resultaat van deze hypothese ondersteund door de bevindingen van Jeter en Brannon (2017) en Vos (2023), die aantonen dat compensatie leidt tot de hoogste mate van vergevingsgezindheid en acceptatie van afwijzingen in verschillende contexten. Wanneer patiënten vergevingsgezinder zijn en afwijzingen beter accepteren, ervaren ze minder negatieve emoties na de interactie, wat bijdraagt aan een positievere algehele ervaring. Bovendien versterkt compensatie de arts-patiëntrelatie (Fehr & Gelfand, 2010), wat mogelijk ook een positieve invloed heeft op de patiënttevredenheid.

Interactie-effect

Het was lastig om een duidelijke hypothese te formuleren voor de interactie-effecten vanwege de variabiliteit in eerdere onderzoeksresultaten. Daarom werd besloten om een exploratieve vraag op te stellen in plaats van een hypothese. Uit de resultaten is gebleken dat er sprake is van een interactie-effect tussen uitleg en compensatie op de mate waarin iemand zich gehoord voelt (a) en op de algehele patiënttevredenheid (b). De interactie-effecten voor gehoord voelen en patiënttevredenheid vertonen hetzelfde patroon en worden daarom gezamenlijk besproken. Het effect van het toevoegen van compensatie op het gevoel van gehoord worden en de patiënttevredenheid is groter wanneer uitleg afwezig is dan wanneer uitleg aanwezig is. Zowel uitleg als compensatie hebben een groter effect op gehoord voelen en patiënttevredenheid

wanneer ze afzonderlijk worden toegepast dan wanneer ze samen worden gebruikt. Echter, het combineren van zowel uitleg als compensatie in een *dispreferred response* resulteerde wel in een hoger niveau van gehoord voelen en patiënttevredenheid dan wanneer slechts één van deze strategieën werd toegepast. Dit suggereert dat hoewel het combineren van beide strategieën gunstig is, de toename in het gevoel van gehoord worden en de patiënttevredenheid niet zo groot is als wanneer deze strategieën afzonderlijk worden toegepast. Het lijkt daarom essentieel om ten minste één van deze strategieën toe te passen om het gevoel van gehoord worden en de patiënttevredenheid effectief te bevorderen.

Deze resultaten zijn in lijn met de bevindingen van Vos (2023), maar tegenstrijdig met de bevindingen van Van Hooijdonk en Liebrecht (2021), die aantoonde dat alleen een combinatie van uitleg en compensatie resulteerde in een verbeterde merkreputatie. Om de uiteenlopende bevindingen te verklaren is gekeken naar mogelijke verschillen tussen de studies. De kenmerken van de steekproeven vertonen grotendeels gelijkenissen, hoewel de man/vrouwverdeling in het onderzoek van Van Hooijdonk en Liebrecht (2021) afwijkt van die in het onderzoek van Vos (2023) en het huidige onderzoek. In hun onderzoek namen meer mannen dan vrouwen deel, terwijl dit bij de andere twee onderzoeken juist omgekeerd was. Er is gecontroleerd in de huidige studie of er verschillen waren in de manier waarop mannen en vrouwen de vragenlijst hebben beantwoord, maar dit bleek niet het geval te zijn (zie Bijlage V). Daarom lijkt dit verschil in de steekproef geen invloed te hebben gehad op de uiteenlopende bevindingen.

Een ander verschil tussen de studies is de context van het onderzoek. De huidige studie betreft de gezondheidszorg, Vos (2023) richtte zich op persoonlijke relaties, en Van Hooijdonk en Liebrecht (2023) onderzochten reacties van bedrijven. Dit verschil in context kan ook resulteren in verschillende uitkomsten. Het huidige onderzoek en Vos (2023) vinden soortgelijke resultaten, wat erop kan wijzen dat de bevindingen mogelijk niet specifiek zijn voor de gezondheidszorg of persoonlijke relaties, maar van toepassing kunnen zijn op chatgesprekken in het algemeen. Daarnaast gaat het in het huidige onderzoek om *dispreferred responses*, vergelijkbaar met Vos (2023) waar het ook gaat over afwijzingen op een verzoek. Echter, bij Van Hooijdonk en Liebrecht (2023) betreft het een Twitter-reactie op een klacht, wat geen *dispreferred response* is. Een mogelijke verklaring voor de verschillende bevindingen is dat bij het geven van een *dispreferred response* met een kleine afwijzing zowel uitleg als compensatie op zichzelf al voldoende kunnen zijn om de ontvanger het gevoel te geven dat hun boodschap serieus wordt genomen en dat er respect wordt getoond voor hun gevoelens. Bij een reactie op een klacht is er al een negatieve ervaring of ontevredenheid aanwezig bij de klant.

De negatieve emoties en gevoelens van onrechtvaardigheid die klanten ervaren na een klacht kunnen het moeilijk maken om hen te overtuigen en hun vertrouwen te herstellen (Iyiola & Ibidunni, 2013). In deze context kan het combineren van uitleg en compensatie mogelijk effectiever zijn omdat ze samen een meer uitgebreide reactie bieden die de klanttevredenheid kan vergroten en de negatieve perceptie kan verzachten. Afzonderlijk toegepast kunnen deze strategieën mogelijk minder of zelfs geen impact hebben omdat ze niet volledig voldoen aan de behoeften van de klant of omdat ze niet voldoende zijn om de oorspronkelijke klacht te adresseren.

Een andere mogelijke verklaring voor het verschil in bevindingen tussen de onderzoeken kan worden gevonden in de aard van de afhankelijke variabelen. Afwijzingsacceptatie (Vos, 2023), het gevoel van gehoord worden en patiënttevredenheid (huidige studie) hebben allemaal betrekking op de persoon zelf, terwijl merkreputatie (Van Hooijdonk & Liebrecht, 2021) betrekking heeft op de perceptie van een merk na een interactie over een klacht. Het veranderen van de mate van gehoord voelen of de afwijzingsacceptatie is meer gericht op de directe interactie tussen twee personen. In deze context kan een afwijzing met één strategie, zoals het bieden van een uitleg of compensatie, al voldoende zijn om het gevoel van begrip en respect te bevorderen. Daarentegen is het veranderen van de beoordeling van de merkreputatie een meer complex proces dat afhangt van verschillende factoren, waaronder de algemene ervaringen van klanten, de kwaliteit van producten of diensten, en hoe het bedrijf communiceert en omgaat met klachten (Veloutsou & Moutinho, 2009). Wanneer een interactie met het merk deze perceptie wil veranderen, moet het een zeer goede indruk achter laten, wat mogelijk alleen gebeurt met een zo volledig mogelijke reactie. Hoewel patiënttevredenheid ook wordt beïnvloed door meerdere factoren, richt dit begrip zich meer op de persoon zelf en spelen interacties een grotere rol dan bij merkreputatie. Daarom kan ook daar één strategie voldoende zijn om de patiënttevredenheid te verhogen.

Beperkingen en aanbevelingen

Een beperking van dit onderzoek is dat de lengte van de antwoorden een storende variabele kan zijn, wat betekent dat het moeilijk kan zijn om vast te stellen of de effecten die worden waargenomen werkelijk toe te schrijven zijn aan de gebruikte *response strategies* of eerder aan de lengte van de antwoorden zelf. Omdat de lengte van de antwoorden varieert tussen de verschillende condities, kan dit vertekeningen veroorzaken in de resultaten. Onderzoek door Lopes et al. (2023) heeft aangetoond dat het effect van webcare-reacties niet alleen afhangt van de inhoud van de reactie, maar ook van andere factoren, zoals de lengte van de reactie. Langere

reacties kunnen meer betrokkenheid genereren en positief worden geassocieerd met de waargenomen behulpzaamheid van een reactie (Lopes et al., 2023). Dit suggereert dat, zelfs als de *response strategies* effectief lijken te zijn in het verbeteren van de mate van gehoord voelen en patiënttevredenheid, deze effecten mogelijk deels worden veroorzaakt door de lengte van de antwoorden en niet uitsluitend door de inhoud van de strategieën zelf. Dit kan de interpretatie van de resultaten bemoeilijken en de nauwkeurigheid van de conclusies beperken. Daarom is belangrijk om in toekomstig onderzoek te bepalen of de lengte van de antwoorden een mogelijke storende variabele is en zo ja, hoe deze kan worden verminderd in de analyse en interpretatie van de resultaten. Hiervoor kunnen verschillende benaderingen worden toegepast, zoals het standaardiseren van de lengte van de antwoorden binnen de verschillende condities door extra informatie toe te voegen die niet gerelateerd is aan de strategieën zelf, om zo de antwoorden even lang te maken. Daarnaast kunnen aanvullende statistische tests worden uitgevoerd om de impact van de lengte van de antwoorden te evalueren.

Een tweede beperking is de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De resultaten zijn mogelijk niet volledig toepasbaar op de groep die daadwerkelijk gebruik maakt van een chatmedium tussen arts en patiënt. Aangezien deze groep momenteel nog klein is, is ervoor gekozen om de doelgroep breed te houden en respondenten te vragen zich in te leven in de situaties. Naar verwachting zal de groep gebruikers van chatmedia in de zorg de komende jaren snel groeien. Daarom zou het waardevol zijn om over een paar jaar, wanneer dit medium meer geïntegreerd is, opnieuw onderzoek te doen om te zien of de resultaten consistent blijven. Dit zou helpen om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van de *response strategies* in een meer representatieve populatie. Daarnaast zou het interessant zijn voor vervolgonderzoek om verschillende gradaties van *dispreferred responses* te onderzoeken. *Dispreferred responses* kunnen variëren in intensiteit, waarbij sommige minder sterk *dispreferred* zijn dan andere (Rendle-Short, 2015). In het huidige onderzoek werd een lage gradatie van een *dispreferred response* gebruikt. Het is mogelijk dat een hogere gradatie, zoals bijvoorbeeld een slechtnieuwsgesprek, andere resultaten oplevert. Het onderzoeken van deze variaties kan bijdragen aan een beter begrip van hoe verschillende soorten *dispreferred responses* de perceptie van gehoord voelen en patiënttevredenheid in chats beïnvloeden.

Een derde beperking heeft betrekking op de consistentie tussen de schalen van gehoord voelen en patiënttevredenheid. Bijvoorbeeld, item twee van de PSQ-schaal over patiënttevredenheid vraagt hoe tevreden de respondent is met de betrokkenheid van de arts bij de interactie, wat sterk gerelateerd is aan het gevoel van gehoord worden. Dit is verklaarbaar, omdat het aannemelijk is dat de mate van gehoord voelen een onderdeel is van

patiënttevredenheid. Wanneer schalen consistent zijn, kan dit ook leiden tot consistentie in de antwoorden, omdat het stellen van vragen de antwoorden op daaropvolgende vragen kan beïnvloeden. Dit komt doordat deelnemers vaak op een consistente manier willen reageren (Falk & Zimmerman, 2012). De analyse toonde inderdaad aan dat er een sterke correlatie was tussen gehoord voelen en patiënttevredenheid ($r = .87$). Op basis van deze bevindingen zou het interessant zijn voor vervolgonderzoek om te onderzoeken of gehoord voelen fungeert als mediator tussen de toegepaste *response strategies* (uitleg en compensatie) en de uiteindelijke patiënttevredenheid. Een andere mogelijke mediator om te onderzoeken is afwijzingsacceptatie. In het onderzoek van Vos (2023) is afwijzingsacceptatie de afhankelijke variabele, en de resultaten van dit onderzoek dienen onder andere als basis voor hypothese 1b en 2b, waarbij werd gesteld dat het toevoegen van een uitleg (H1b) of een compensatie (H2b) aan een *dispreferred response* zorgde voor een hogere patiënttevredenheid. Aangezien afwijzingsacceptatie gaat over hoe goed een persoon een afwijzing accepteert, kan het een belangrijke rol spelen in de perceptie van tevredenheid. Daarom is het interessant om te onderzoeken of afwijzingsacceptatie als mediator fungeert tussen de *response strategies* en patiënttevredenheid. Het onderzoeken van de mediërende rol van deze variabelen zou kunnen leiden tot een diepgaander begrip van de mechanismen die ten grondslag liggen aan de relatie tussen de toegepaste *response strategies* en de mate van patiënttevredenheid.

De laatste beperking betreft de geschetste situaties. Een extra analyse (zie Bijlage V) onthulde een significante interactie tussen de variabelen van het onderzoek en de lijsten op gehoord voelen en op de patiënttevredenheid. Dit suggereert dat er verschillen zijn tussen de situaties die van invloed kunnen zijn op de resultaten. Om dit te voorkomen wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek een pre-test uit te voeren voor meerdere situaties. Op basis daarvan kunnen de vier situaties worden opgenomen in de vragenlijst die qua beoordelingen het meest overeenkomen. Het kan ook interessant zijn om vier situaties te koppelen aan vier verschillende categorieën binnen de gezondheidszorg om zo te achterhalen of de resultaten ook nog verschillen per categorie of zorgdomein.

Conclusie

Hoewel het ontvangen van een *dispreferred response* nooit wenselijk is, biedt dit onderzoek waardevolle inzichten in hoe de impact van dergelijke reacties kan worden verzacht door het gebruik van de *response strategies* uitleg en compensatie. Het onderzoek richtte zich specifiek op het effect van deze strategieën op de mate waarin patiënten zich gehoord voelen en op hun algehele patiënttevredenheid binnen chatgesprekken in de gezondheidszorg. De bevindingen

tonen aan dat beide *response strategies* effectief zijn in het verbeteren van het gevoel van gehoord worden en de algehele patiënttevredenheid. Uit de resultaten bleek dat zowel uitleg als compensatie afzonderlijk een groter effect hadden op het gevoel van gehoord worden en de patiënttevredenheid dan wanneer ze werden gecombineerd. Dit benadrukt het belang voor professionals in de praktijk om ten minste één van deze twee *response strategies* toe te passen bij het geven van een *dispreferred response* in chatgesprekken. Hoewel het combineren van zowel uitleg als compensatie positief kan zijn, leidde dit niet tot grote verbeteringen in de resultaten vergeleken met het gebruik van slechts één van deze twee strategieën. Dit suggereert dat de meerwaarde van het combineren van beide *response strategies* beperkt is. Het is echter nooit verkeerd om beide strategieën toe te passen, afhankelijk van de situatie kan een keuze worden gemaakt. Als het eenvoudig is om beide strategieën toe te voegen, is dat goed om te doen. Maar als het veel extra moeite kost, dan kan één strategie volstaan. Deze bevindingen zijn met name relevant gezien de groeiende trend van digitale zorg, waaronder het toenemende gebruik van chatfuncties binnen de gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek zijn niet alleen van belang voor de huidige situatie, maar ook voor mogelijke toekomstige ontwikkelingen op het gebied van digitale communicatiemiddelen, zoals bijvoorbeeld chatbots. De inzichten die hieruit voortkomen kunnen waardevolle richtlijnen bieden voor de ontwikkeling en implementatie van diverse digitale systemen. Deze kunnen op hun beurt leiden tot verbeterde communicatie en meer tevredenheid onder patiënten, wat uiteindelijk de kwaliteit van de zorg ten goede kan komen.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Hulst, M. v. d., Vianen, R. v., & Goede, M. P. M. d. (2017). *Basisboek methoden en technieken : kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (Zesde druk). Noordhoff Uitgevers.
- Bogaerts, G. (2020). “Huh, appen met een patiënt? hoe dan?”. *Zorgvisie Tech*, 21(4), 12–15.
<https://doi.org/10.1007/s41186-020-0636-3>
- Bögels, S., Kendrick, K. H., Levinson, S. C., & Kotz, S. (2015). Never say no ... how the brain interprets the pregnant pause in conversation. *Plos One*, 10(12).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145474>
- Brown, P. & Levinson, S. C. (1987). *Politeness: Some universals in language usage* (Vol. 4). Cambridge university press
- Daft, R. L., & Lengel, R. H. (1986). Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management science*, 32(5), 554-571.
<https://doi.org/10.1287/mnsc.32.5.554>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British journal of general practice*, 63(606), 76-84.
<https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Ensing, I. (2023). Hoe zeg ik makkelijker nee? Tijdens Werk en privé!
- Falk A., & Zimmermann F. (2013). A taste for consistency and survey response behavior. *CESifo Economic Studies*, 59(1), 181–193.
<https://doi.org/10.1093/cesifo/ifs039>
- Fehr, R., & Gelfand, M. J. (2010). When apologies work: How matching apology components to victims’ self-construals facilitates forgiveness. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 113(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2010.04.002>
- Godillot, C., Jendoubi, F., Konstantinou, M. P., Poncet, M., Bergeron, A., Gallini, A., & Paul, C. (2021). How to assess patient satisfaction regarding physician interaction: A systematic review. *Dermatologic Therapy*, 34(2), e14702.
<https://doi.org/10.1111/dth.14702>
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual : essays in face-to-face behavior*. Aldine.
- Goodwin, M. H. (1990). Directive-response speech sequences in girls’ and boys’ task activities. *Women and language in literature and society*, 157–173.

- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 170–174. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x>
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351–374. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Huibers, J., & Verhoeven, J. (2014). Webcare als online reputatiemanagement. *Tijdschrift Voor Communicatiewetenschap*, 42(2), 165–189.
- Iyiola, O. O., & Ibidunni, O. S. (2013). The relationship between complaints, emotion, anger, and subsequent behavior of customers. *IOSR Journal of Humanities and Social Sciences*, 17(6), 34-41.
- Izraeli, D. M. & Jick, T. D. (1986, april). The Art of Saying No: Linking Power to Culture. *Organization Studies*, 7(2), 171–192. <https://doi.org/10.1177/017084068600700206>
- Jeter, W. K., & Brannon, L. A. (2017). ‘I’ll Make It Up to You:’ Examining the effect of apologies on forgiveness. *The Journal of Positive Psychology*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1291854>
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J. C., & Cleary, P. D. (2003). What do patients value in their hospital care? an empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics*, 29(2), 103–103. <https://doi.org/10.1136/jme.29.2.103>
- Kendrick, K. H., & Torreira, F. (2015). The timing and construction of preference: A quantitative study. *Discourse Processes*, 52(4), 255-289. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2014.955997>
- Leighton, K., Kardong-Edgren, S., Schneidereith, T., & Foisy-Doll, C. (2021). Using social media and snowball sampling as an alternative recruitment strategy for research. *Clinical Simulation in Nursing*, 55, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.03.006>
- Lopes, A. I., Dens, N., De Pelsmacker, P., & Malthouse, E. C. (2023). Managerial response strategies to eWOM: A framework and research agenda for webcare. *Tourism Management*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2023.104739>
- Nilsson, E., Sverker, A., Bendtsen, P., & Eldh, A. C. (2021). A human, organization, and technology perspective on patients’ experiences of a chat-based and automated medical history-taking service in primary health care: interview study among primary care patients. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10), 29868. <https://doi.org/10.2196/29868>

- 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. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Pomerantz, A., & Heritage, J. (2013). Preference. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *Handbook of conversation analysis*, 210–228. Cambridge University Press.
- Rendle-Short, J. (2015). Dispreferred responses when texting: Delaying that ‘no’ response. *Discourse & Communication*, 9(6), 643–661. <https://doi.org/10.1177/1750481315600309>
- Roos, C. A., Postmes, T., Koudenburg, N., & Bongelli, R. (2023). Feeling heard: operationalizing a key concept for social relations. *Plos One*, 18(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292865>
- Syafganti, I. (2018). Digital Transformation, Big Data and Research Landscape in Digital Communication. *Jurnal Komunikasi Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia*, 3(2), 99-106. <http://dx.doi.org/10.25008/jkiski.v3i2.220>
- Turel, O., & Connelly, C. E. (2013). Too busy to help: Antecedents and outcomes of interactional justice in web-based service encounters. *International Journal of Information Management*, 33(4), 674–683.
- Van Hooijdonk, C., & Liebrecht, C. (2021). Sorry but no sorry: the use and effects of apologies in airline webcare responses to newom messages of flight passengers. *Discourse, Context & Media*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.dcm.2020.100442>
- Veloutsou, C., & Moutinho, L. (2009). Brand relationships through brand reputation and brand tribalism. *Journal of Business Research*, 62(3), 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.05.010>
- Vos, N. (2023). Rejected, but I accept it.
- Walther, J. B. (1992). Interpersonal effects in computer-mediated interaction: A relational perspective. *Communication Research*, 19(1), 52-90.
- Walther, J. B., & Tidwell, L. C. (1995). Nonverbal cues in computer-mediated communication, and the effect of chronemics on relational communication. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 5(4), 355-378.
- Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review. *Arch Med*, 3(3), 36.

Bijlagen

Bijlage I: Scenario's en situaties

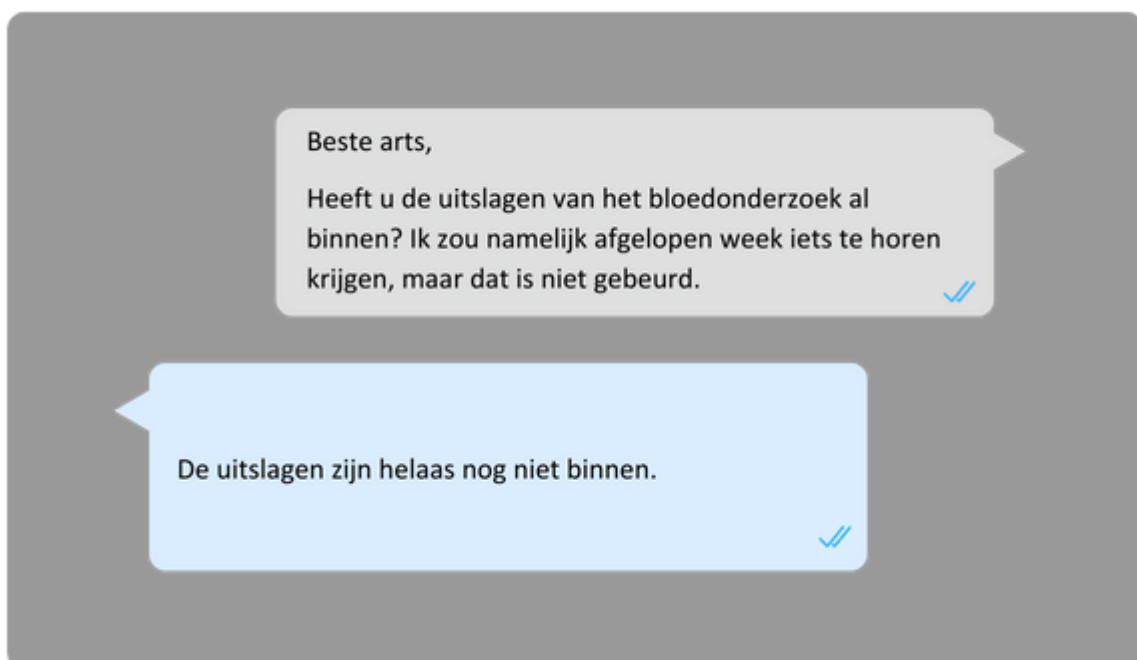
Instructie:

In dit onderzoek zult u vier verschillende chatgesprekken te zien krijgen tussen een patiënt en een arts. Het is belangrijk om u in te leven in de situatie van de patiënt. Deze patiënten hebben al eerder contact gehad met de betreffende arts via een online platform dat speciaal is ontworpen voor de zorgsector. Dit platform biedt een online chatfunctie voor interactie tussen de patiënt en zijn/haar arts. In elk gesprek komt een nieuwe situatie naar voren waarbij een patiënt een vraag stelt aan een arts. Ga verder naar de volgende pagina voor het eerste chatgesprek.

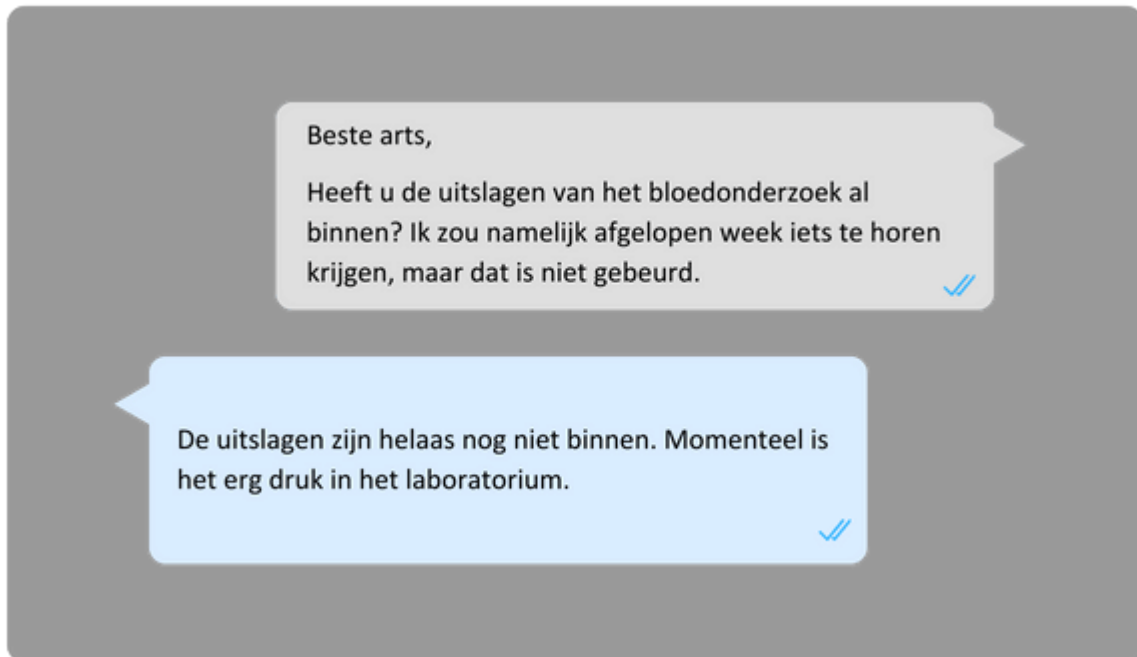
Situatie 1 - Bloedonderzoek

Hieronder vindt u een deel van een chatgesprek tussen een patiënt en zijn/haar arts. De patiënt heeft een vraag over de resultaten van het bloedonderzoek. Stelt u zich voor dat u de patiënt bent en onderstaande vraag stelt.

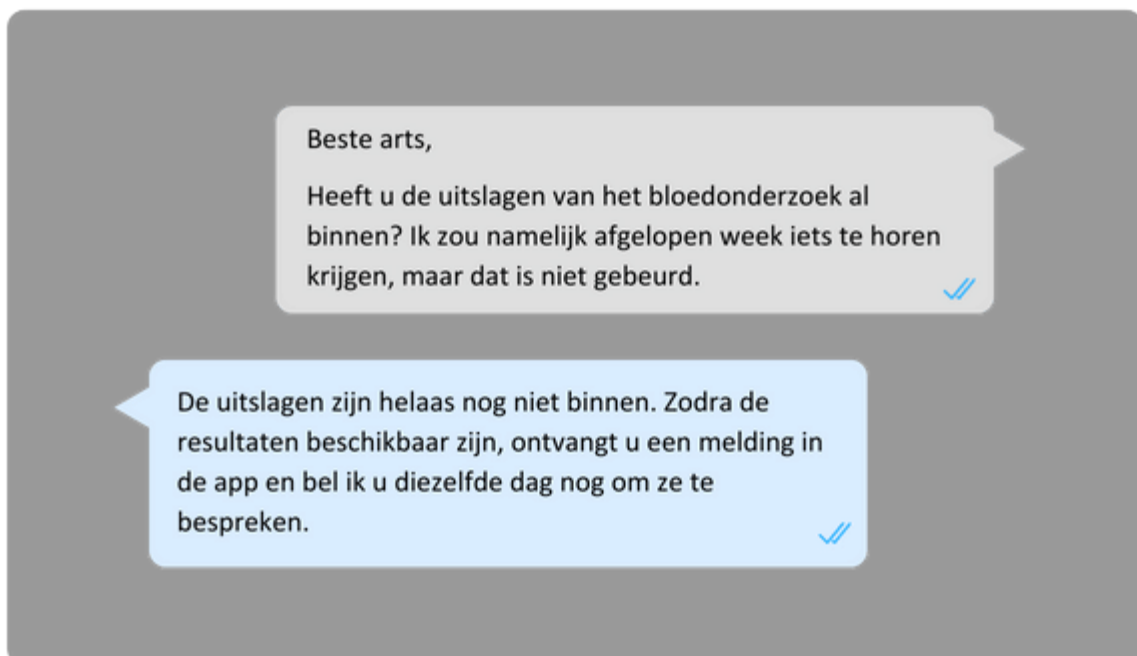
Conditie 1 (zonder uitleg en zonder compensatie)



Conditie 2 (met uitleg en zonder compensatie)



Conditie 3 (zonder uitleg en met compensatie)



Conditie 4 (met uitleg en met compensatie)



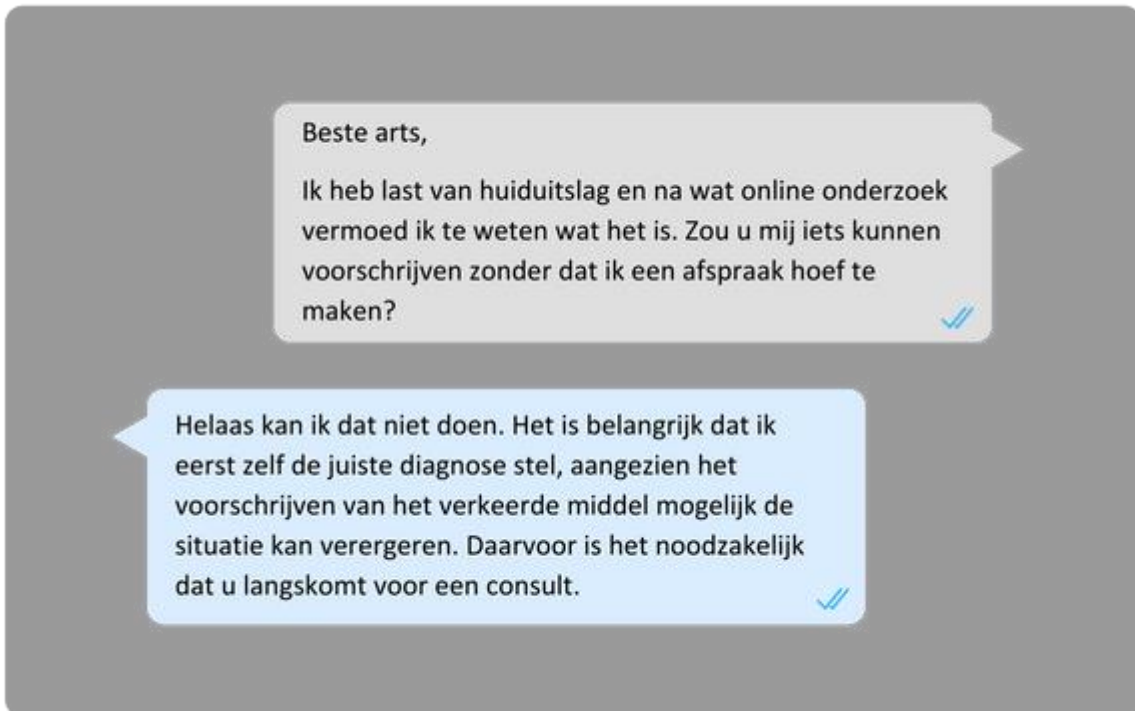
Situatie 2 - Huiduitslag

Hieronder vindt u een deel van een chatgesprek tussen een patiënt en zijn/haar arts. De patiënt heeft een vraag over de huiduitslag waar hij/zij last van heeft. Stelt u zich voor dat u de patiënt bent en onderstaande vraag stelt.

Conditie 1 (zonder uitleg en zonder compensatie)



Conditie 2 (met uitleg en zonder compensatie)

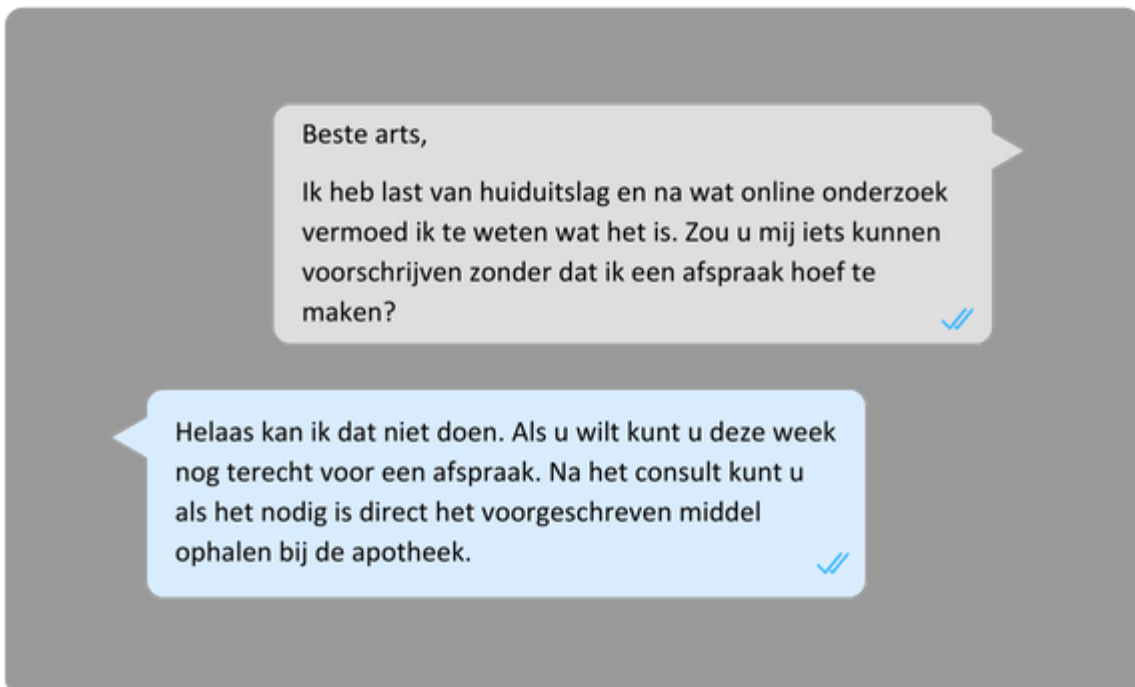


A screenshot of a text message conversation on a grey background. The first message is in a light grey bubble pointing right, and the second is in a light blue bubble pointing left. Both have blue checkmarks at the bottom right.

Beste arts,
Ik heb last van huiduitslag en na wat online onderzoek vermoed ik te weten wat het is. Zou u mij iets kunnen voorschrijven zonder dat ik een afspraak hoef te maken?

Helaas kan ik dat niet doen. Het is belangrijk dat ik eerst zelf de juiste diagnose stel, aangezien het voorschrijven van het verkeerde middel mogelijk de situatie kan verergeren. Daarvoor is het noodzakelijk dat u langskomt voor een consult.

Conditie 3 (zonder uitleg en met compensatie)

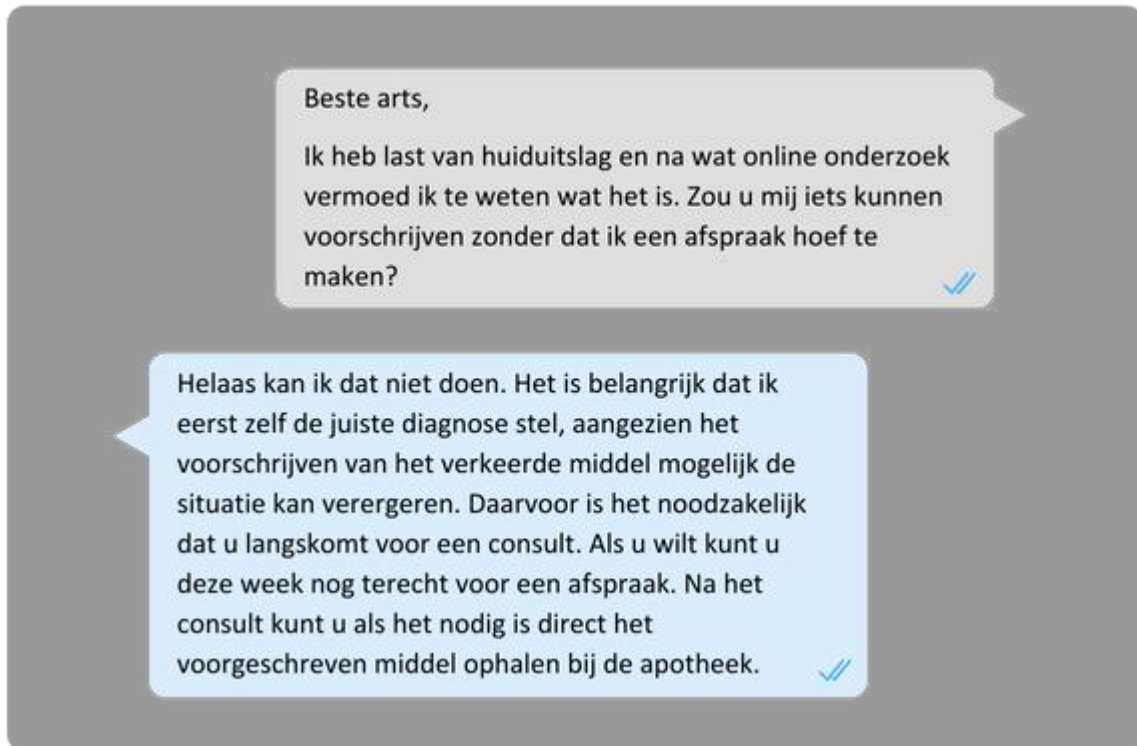


A screenshot of a text message conversation on a grey background. The first message is in a light grey bubble pointing right, and the second is in a light blue bubble pointing left. Both have blue checkmarks at the bottom right.

Beste arts,
Ik heb last van huiduitslag en na wat online onderzoek vermoed ik te weten wat het is. Zou u mij iets kunnen voorschrijven zonder dat ik een afspraak hoef te maken?

Helaas kan ik dat niet doen. Als u wilt kunt u deze week nog terecht voor een afspraak. Na het consult kunt u als het nodig is direct het voorgeschreven middel ophalen bij de apotheek.

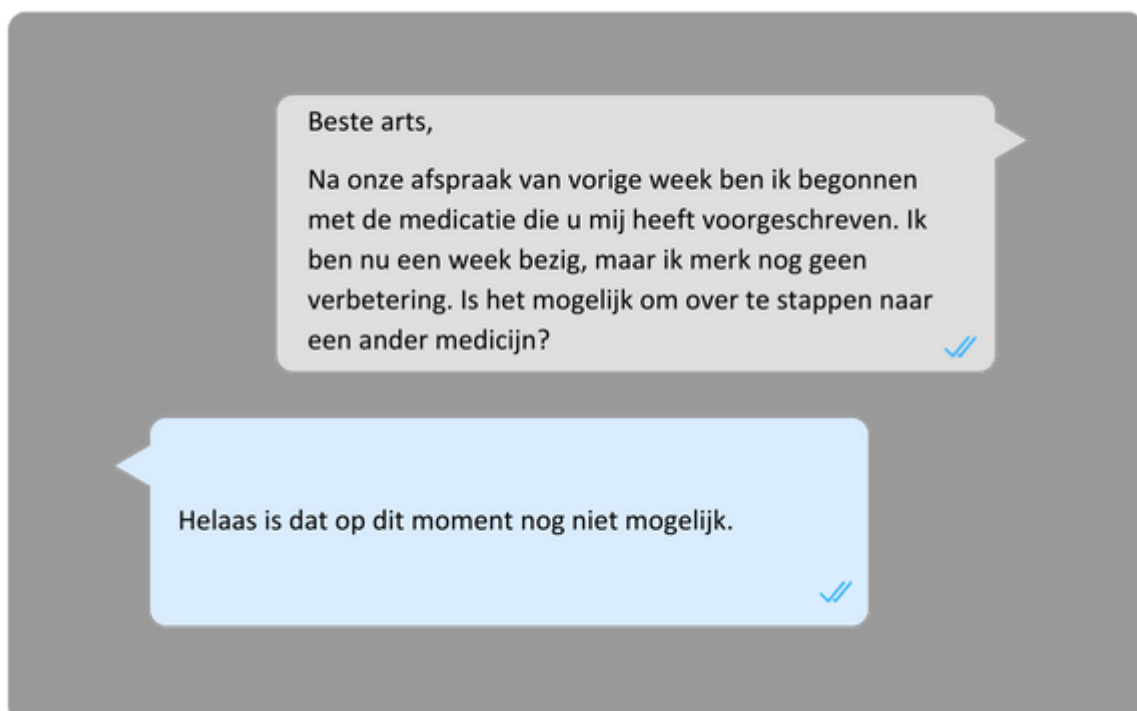
Conditie 4 (met uitleg en met compensatie)



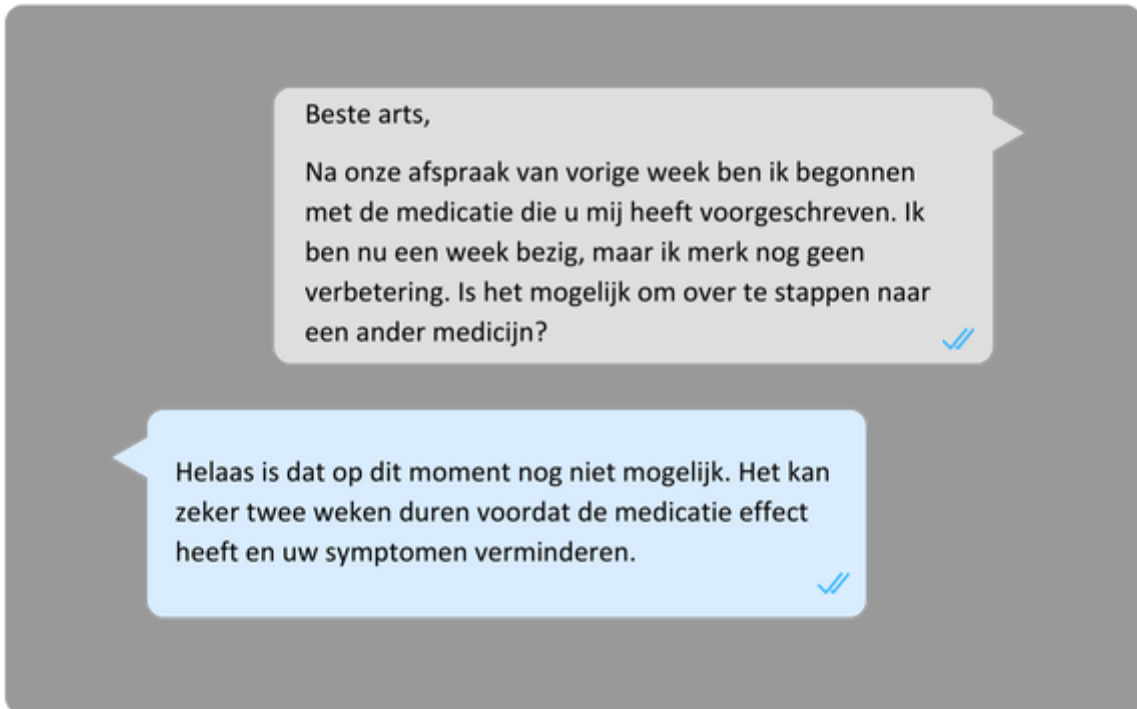
Situatie 3 - Medicatiewijziging

Hieronder vindt u een deel van een chatgesprek tussen een patiënt en zijn/haar arts. De patiënt heeft een vraag over het aanpassen van het medicatiegebruik. Stelt u zich voor dat u de patiënt bent en onderstaande vraag stelt.

Conditie 1 (zonder uitleg en zonder compensatie)

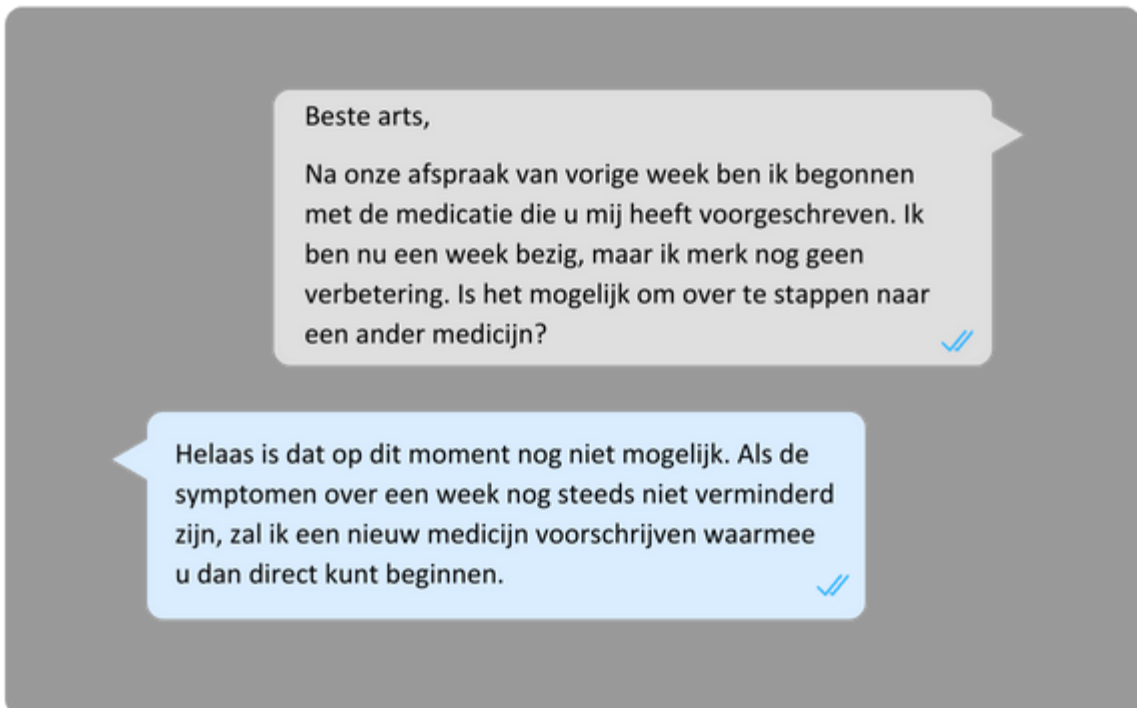


Conditie 2 (met uitleg en zonder compensatie)



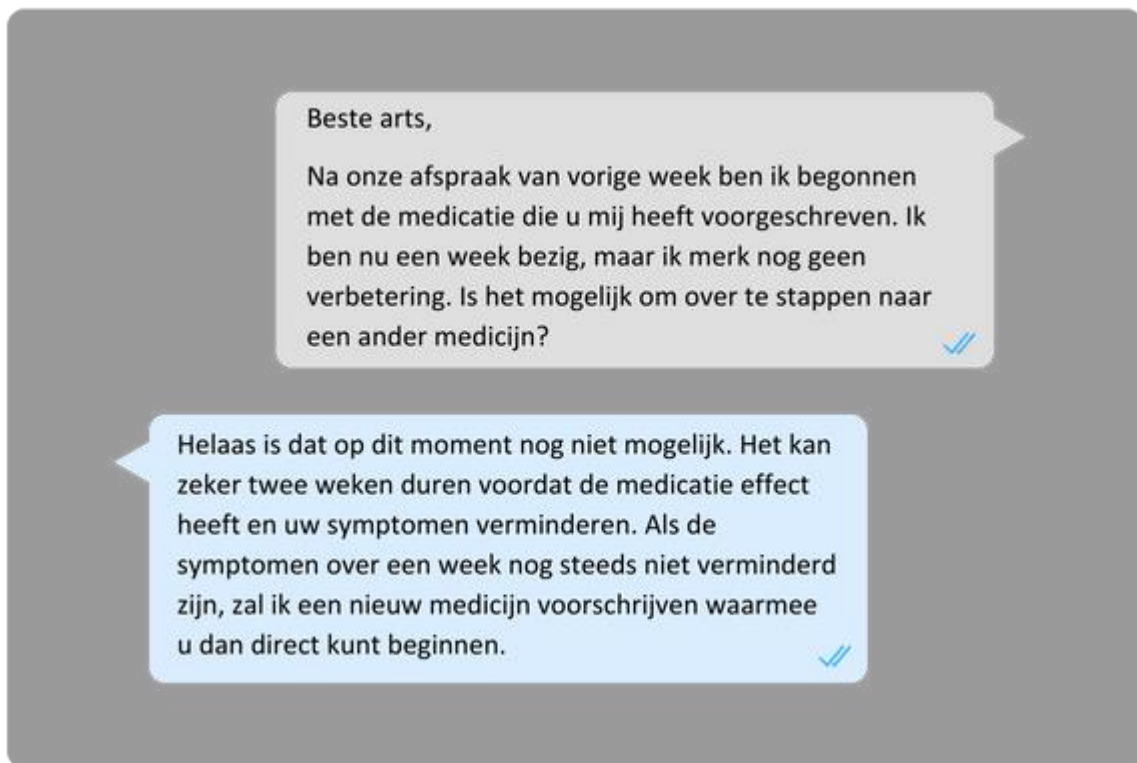
A screenshot of a text message conversation on a grey background. The top message is in a light grey bubble and reads: "Beste arts, Na onze afspraak van vorige week ben ik begonnen met de medicatie die u mij heeft voorgeschreven. Ik ben nu een week bezig, maar ik merk nog geen verbetering. Is het mogelijk om over te stappen naar een ander medicijn?" with a blue checkmark icon at the bottom right. The bottom message is in a light blue bubble and reads: "Helaas is dat op dit moment nog niet mogelijk. Het kan zeker twee weken duren voordat de medicatie effect heeft en uw symptomen verminderen." with a blue checkmark icon at the bottom right.

Conditie 3 (zonder uitleg en met compensatie)



A screenshot of a text message conversation on a grey background. The top message is in a light grey bubble and reads: "Beste arts, Na onze afspraak van vorige week ben ik begonnen met de medicatie die u mij heeft voorgeschreven. Ik ben nu een week bezig, maar ik merk nog geen verbetering. Is het mogelijk om over te stappen naar een ander medicijn?" with a blue checkmark icon at the bottom right. The bottom message is in a light blue bubble and reads: "Helaas is dat op dit moment nog niet mogelijk. Als de symptomen over een week nog steeds niet verminderd zijn, zal ik een nieuw medicijn voorschrijven waarmee u dan direct kunt beginnen." with a blue checkmark icon at the bottom right.

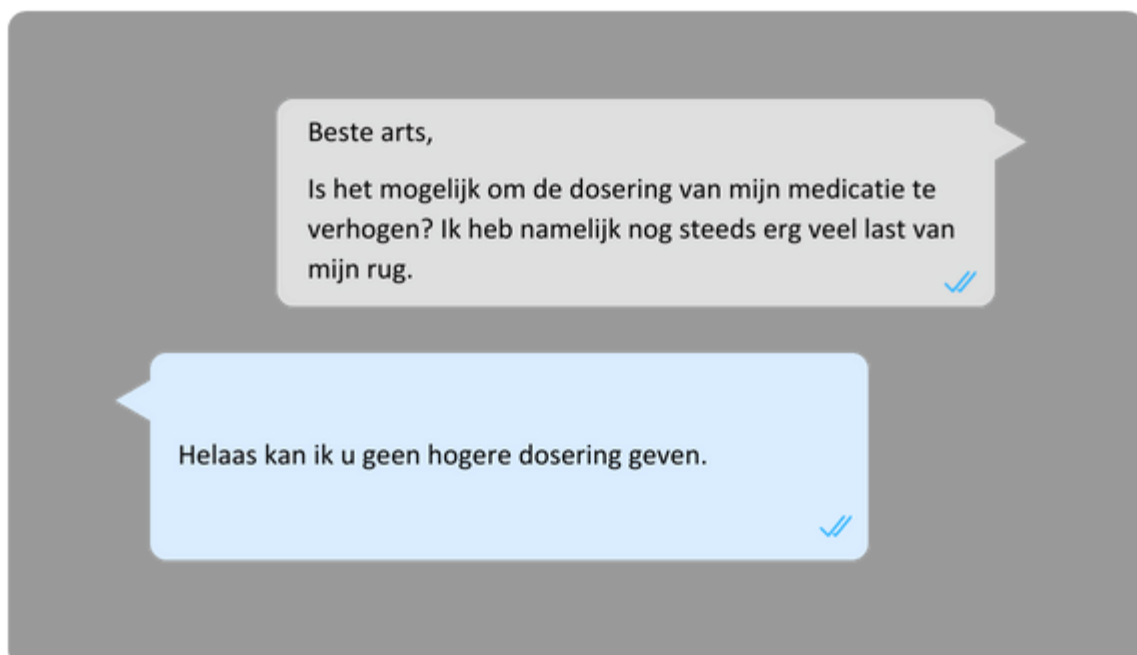
Conditie 4 (met uitleg en met compensatie)



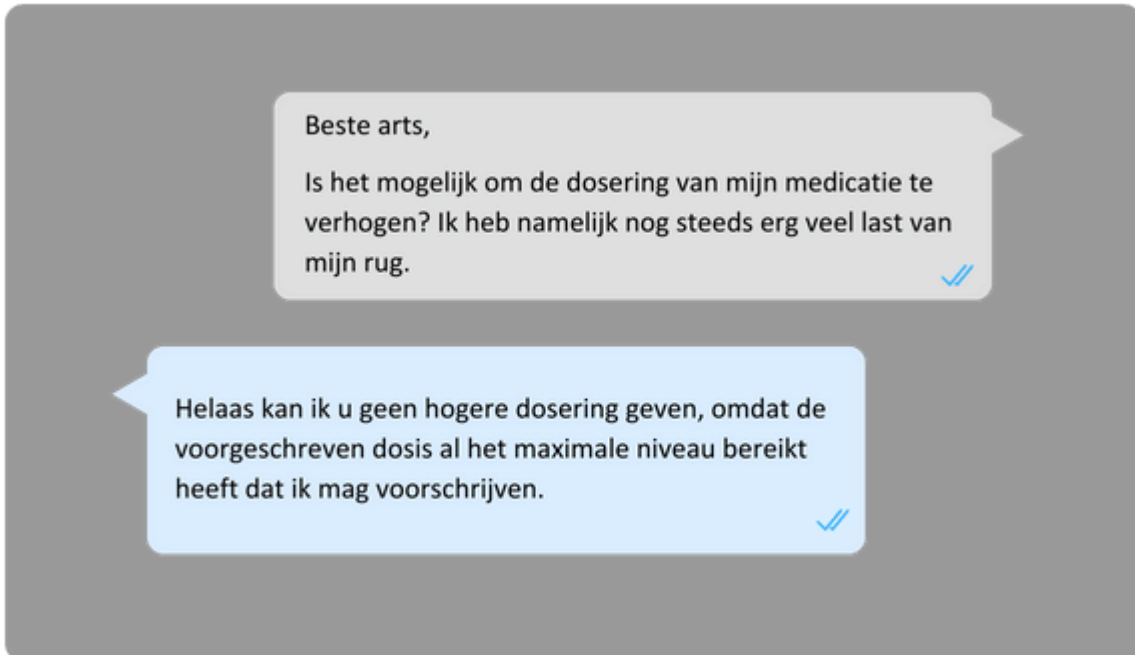
Situatie 4 - Dosisverhoging

Hieronder vindt u een deel van een chatgesprek tussen een patiënt en zijn/haar arts. De patiënt heeft een vraag over het verhogen van de dosering van medicatie. Stelt u zich voor dat u de patiënt bent en onderstaande vraag stelt.

Conditie 1 (zonder uitleg en zonder compensatie)



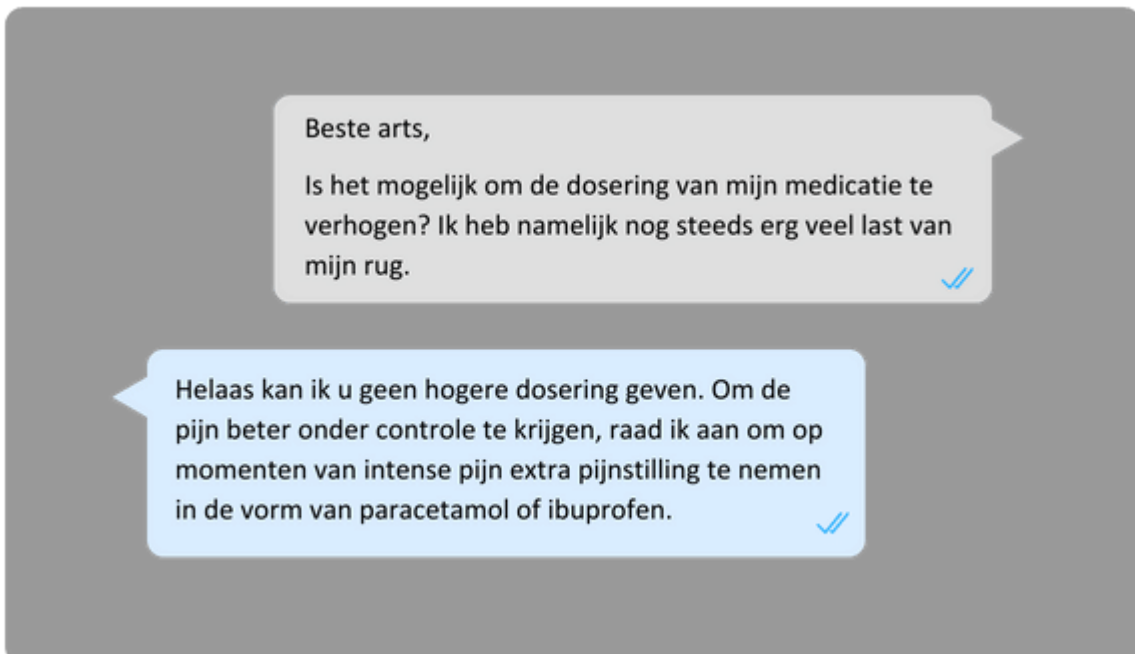
Conditie 2 (met uitleg en zonder compensatie)



Beste arts,
Is het mogelijk om de dosering van mijn medicatie te verhogen? Ik heb namelijk nog steeds erg veel last van mijn rug.

Helaas kan ik u geen hogere dosering geven, omdat de voorgeschreven dosis al het maximale niveau bereikt heeft dat ik mag voorschrijven.

Conditie 3 (zonder uitleg en met compensatie)



Beste arts,
Is het mogelijk om de dosering van mijn medicatie te verhogen? Ik heb namelijk nog steeds erg veel last van mijn rug.

Helaas kan ik u geen hogere dosering geven. Om de pijn beter onder controle te krijgen, raad ik aan om op momenten van intense pijn extra pijnstilling te nemen in de vorm van paracetamol of ibuprofen.

Conditie 4 (met uitleg en met compensatie)

Beste arts,

Is het mogelijk om de dosering van mijn medicatie te verhogen? Ik heb namelijk nog steeds erg veel last van mijn rug.

Helaas kan ik u geen hogere dosering geven, omdat de voorgeschreven dosis al het maximale niveau bereikt heeft dat ik mag voorschrijven. Om de pijn beter onder controle te krijgen, raad ik aan om op momenten van intense pijn extra pijnstilling te nemen in de vorm van paracetamol of ibuprofen.

Bijlage II: Toestemmingsverklaring

Bedankt voor uw interesse om deel te nemen aan dit onderzoek. Mijn naam is Britt van Duijnhoven, en ik volg de masteropleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Radboud Universiteit. Ik werk aan dit onderzoek onder begeleiding van dr. Sara Bögels (sara.boegels@ru.nl).

Dit onderzoek richt zich op communicatiestrategieën binnen chats in de context van de gezondheidszorg. Het doel is om te onderzoeken hoe verschillende strategieën kunnen helpen bij het verzachten van ongewenste reacties. Meedoen aan het online onderzoek houdt in dat u vier simulaties gaat zien van chatgesprekken en vervolgens enkele vragen over deze simulaties en uzelf in gaat vullen. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 8 minuten in beslag nemen.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en staat open voor personen van 16 jaar en ouder met Nederlands als moedertaal. U kunt op elk moment tijdens het onderzoek uw deelname stopzetten en uw toestemming intrekken. In dit onderzoek verzamelen we onderzoeksgegevens voor wetenschappelijke doeleinden, waarbij uw privacy gewaarborgd wordt. Alle persoonsgegevens blijven vertrouwelijk en worden op een veilige manier opgeslagen volgens de richtlijnen van de Radboud Universiteit.

Mocht u vragen hebben of meer informatie willen, dan kunt u contact opnemen met mij (britt.vanduijnhoven@ru.nl) of met dr. Sara Bögels (sara.boegels@ru.nl). Voor andere vragen met betrekking tot privacy of gegevensverwerking kunt u contact opnemen met privacy@let.ru.nl.

Bijlage III: Demografische vragen

1. Wat is uw leeftijd ?
 - ... jaar oud
2. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw
 - Dat zeg ik liever niet
 - Anders, namelijk: ...
3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
 - Basisschool
 - Middelbare school
 - Middelbaar beroepsonderwijs (mbo)
 - Hoger beroepsonderwijs (hbo)
 - Wetenschappelijk onderwijs (wo)
 - Anders, namelijk: ...
4. Hoe vaak maakt u gebruik van een interactieve chat (bv: WhatsApp)?
 - Dagelijks
 - Wekelijks
 - Maandelijks
 - Nooit

Bijlage IV: Debriefing

U heeft het einde van de vragenlijst bereikt. Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek over communicatiestrategieën in online chats binnen de context van de gezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken hoe het geven van uitleg en het bieden van compensatie in een ongewenst antwoord van invloed kunnen zijn op de mate waarin patiënten zich gehoord voelen en op hun patiënttevredenheid. De opkomst van digitalisering heeft de dynamiek van de communicatie tussen artsen en patiënten veranderd. Ondanks deze veranderingen blijft het essentieel dat patiënten zich gehoord en begrepen voelen. Daarom is dit onderzoek gericht op deze context.

Heeft u nog vragen of opmerkingen over het onderzoek? Neem gerust contact op via britt.vanduijnhoven@ru.nl

Door naar de volgende pagina te gaan, worden uw antwoorden automatisch opgeslagen.

Bijlage V: Exploratieve analyses

Interactie-effecten tussen de variabelen en gender

Om te achterhalen of mannen anders dan vrouwen reageren op de *response strategies* wordt er gekeken naar de interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen en gender. Dezelfde analyses als in de resultatensectie werden uitgevoerd, met de toevoeging van gender als tussenproefpersoonfactor. Uit de resultaten bleek dat er geen interactie-effect is tussen uitleg en gender op het gevoel van gehoord worden ($F(1, 95) < 1$). Evenmin is er een interactie-effect tussen compensatie en gender op het gevoel van gehoord worden ($F(1, 95) < 1$). Bovendien is er geen drieweg-interactie tussen uitleg, compensatie en gender op het gevoel van gehoord worden ($F(1, 95) < 1$). Voor wat betreft patiënttevredenheid geldt ook dat er geen interactie-effect is tussen uitleg en gender ($F(1, 96) = 2.21, p = .141$), noch tussen compensatie en gender ($F(1, 96) < 1$). Ook hier is geen drieweg-interactie tussen uitleg, compensatie en gender op patiënttevredenheid ($F(1, 96) < 1$).

Interactie-effecten tussen de variabelen en de lijsten

Dezelfde analyses als in de resultatensectie werden uitgevoerd, met de toevoeging van de lijsten als tussenproefpersoonfactor. Hieruit bleek dat er sprake is van een interactie-effect tussen uitleg en de lijsten op het gevoel van gehoord worden ($F(3, 93) = 6.70, p < .001, \eta^2 = .18$). Eveneens is er een interactie-effect tussen compensatie en de lijsten op het gevoel van gehoord worden ($F(3, 93) = 11.42, p < .001, \eta^2 = .27$). Voor patiënttevredenheid is er geen interactie-effect is tussen uitleg en de lijsten ($F(3, 94) = 2.59, p = .057$), maar wel tussen compensatie en de lijsten ($F(3, 94) = 24.33, p < .001, \eta^2 = .44$).