



Radboud University Nijmegen

Gezondheidsinformatie in een digitale samenleving

In welke mate leidt "Real world feel" tot een betere beoordeling van de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites?

Health information in a digital society

To what extent does "real world feel" lead to a more positive evaluation of the credibility of UMC hospital websites?

Student: Manon Koopman

Datum: 06-06-2017

Opdracht: Bachelorscriptie, thema 11

Opleiding: Communicatie- en Informatiewetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Letteren

Begeleider: Wilbert Spooren

Samenvatting

Correcte en betrouwbare gezondheidsinformatie op het internet is voor zorgconsumenten vaak lastig te vinden. In plaats daarvan komt het nogal eens voor dat zorgconsumenten onjuiste en onbetrouwbare gezondheidsinformatie vinden en deze als waarheid beschouwen. Dit leidt tot allerlei problemen binnen de gezondheidszorg zoals het gebruiken van verkeerde medicatie. UMC ziekenhuiswebsites zijn een professionele, betrouwbare bron als het gaat om gezondheidszorg. Toch zijn deze websites op dit moment nog niet de populairste als het gaat om het raadplegen van het internet met een gezondheidsvraag. Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan het verbeteren van deze UMC ziekenhuiswebsites, met als doel dat zorgconsumenten hierdoor vaker deze websites voor gezondheidsvragen gaan raadplegen. Daarom wordt onderzocht of “real world feel” de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites verbetert. Om antwoord op deze vraag te vinden is gebruik gemaakt van een experiment met twee websiteversies: de ene pagina bevatte alle elementen van “real world feel”, de andere website bevatte geen enkel element. Daarnaast is onderzocht of er verschil bestaat in beoordeling tussen categorieën proefpersonen. Dit bleek niet het geval te zijn.

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat “real world feel” geen effect heeft op de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites. Dit betekent dat UMC ziekenhuiswebsites er mogelijk niet op hoeven te letten of alle elementen van RWF op hun website aanwezig zijn wanneer zij de geloofwaardigheid van hun website willen vergroten. Daarnaast betekent dit dat de kennis die er is wat betreft commerciële websites mogelijk niet transporteerbaar is naar websites in de gezondheidsbranche.

1. Inleiding

Het fenomeen dat artsen tijdens een consult bezig zijn met het ontcrachten van verkeerd gevonden informatie door zorgconsumenten kan door de komst van het internet steeds vaker voorkomen. Zoeken naar medische informatie op het internet blijkt in de huidige tijd namelijk de meest gebruikelijke stap bij een gezondheidskwaal (RVZ, 2010). Een mogelijke oorzaak van zorgconsumenten die verkeerde informatie op het internet vinden, is dat er naast sites waar betrouwbare informatie op staat, ook veel sites bestaan waar irrelevante, onbetrouwbare of niet-kloppende informatie op staat (Dubbeldam, Sanders, Meijman & Spooren, 2011). Er bestaat een risico dat zorgconsumenten deze ‘verkeerde’ sites raadplegen, met gevolgen van dien: verkeerd gevonden informatie die zorgt voor verspilde tijd tijdens een consult. Deze tijd had mogelijk benut kunnen worden voor betere uitleg over een bepaalde ziekte of behandelmethode. Dit is echter niet het enige mogelijk nadelige gevolg van verkeerd gevonden online gezondheidsinformatie: zorgconsumenten kunnen zich onnodig ongerust maken of zich niet ongerust maken terwijl dit wel zou moeten (Dubbeldam, 2016). Ook kan er verkeerd omgegaan worden met een kwaal of ziekte (Dubbeldam, 2016). Dit alles zou kunnen leiden tot problemen binnen de gezondheidszorg, zoals het gebruiken van verkeerde medicatie.

Ziekenhuiswebsites, en daaronder vallen ook UMC ziekenhuiswebsites, zouden een oplossing kunnen bieden voor deze potentiële problemen. Wanneer zij op hun site de relevante, kloppende informatie aanbieden die zorgconsumenten nodig hebben, zou dit als gevolg kunnen hebben dat zorgconsumenten deze websites verkiezen boven andere gezondheidsinformatiewebsites. Dit zou er mogelijk toe kunnen leiden dat zorgconsumenten niet meer verkeerd geïnformeerd naar een consult stappen.

Toch zijn UMC ziekenhuiswebsites op dit moment nog niet de populairste websites als het gaat om het raadplegen van gezondheidsinformatie (Adriaansens & De Natris, 2016). Hier zou verandering in kunnen komen door te onderzoeken wat deze websites populairder kan maken.

2. Theoretisch kader

2.1 Gezondheidsinformatie vergaren op het internet door zorgconsumenten

2.1.1 Redenen om online gezondheidsinformatie te vergaren

Zoeken naar medische informatie op het internet blijkt in de huidige tijd de meest gangbare stap bij een gezondheidskwaal (RVZ, 2010). Bij gezondheidskwalen wordt als oplossing het zoeken naar gezondheidsinformatie op het internet vaker genoemd dan het raadplegen van een arts of het inplannen van een consult (Dubbeldam et al., 2011). 79% van de Nederlanders heeft weleens op het internet gezocht naar dit type informatie en een kwart van de Nederlanders is er dankzij het internet achter gekomen welke gezondheidskwaal hij/zij had (Van Deursen & Van Dijk, 2010).

Er kunnen verschillende redenen zijn om online gezondheidsinformatie te vergaren. Een mogelijke reden is om een bezoek aan een arts voor te bereiden (Fiksdal et al., 2014). Op deze manier denken patiënten beter voorbereid en beter geïnformeerd naar een consult te gaan. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat patiënten betere vragen tijdens een consult kunnen stellen. Ook geloven sommigen dat artsen niet alles weten, bijvoorbeeld over bepaalde zaken die op het internet wel te vinden zijn (Fiksdal et al., 2014). Een tweede mogelijke reden om online naar gezondheidsinformatie te zoeken is om voor iemand anders te zoeken: dit wordt ook wel *'proxy searching'* genoemd (Fiksdal et al., 2014). De mogelijkheid bestaat dat iemand voor iemand zoekt die zelf geen internet heeft. Een andere mogelijkheid is dat iemand voor iemand zoekt die het niet prettig vindt om online naar mogelijke ziektes te zoeken (Fiksdal et al., 2014). Er zijn ook redenen om níét naar informatie te zoeken. Mogelijke redenen hiervoor zijn: gebrek aan interesse, irrelevantie, al geïnformeerd of het mogelijk van streek raken door de informatie (Grasso & Bell, 2015).

Online gezondheidsbronnen die door Nederlandse burgers geraadpleegd worden voor, na en zonder consult zijn uiteenlopend. In het onderzoek van Adriaansens en De Natris (2016) werd www.thuisarts.nl het vaakst aangekruist als meest gebruikte website als het gaat om het vergaren van gezondheidsinformatie. Andere websites scoorden lager, te weten: kiesbeter.nl, gezondheidsnet.nl, ziekenhuis.nl, ngh.org, apotheek.nl en wikipedia.nl (Adriaansens & De Natris, 2016).

2.1.2 Online gezondheidsinformatie vergaren voor een consult

Artsen reageren gemiddeld redelijk positief op het verschijnsel dat patiënten voor een doktersbezoek al informatie hebben ingelezen (Adriaansens & De Natris, 2016). Wanneer een patiënt voor een doktersbezoek zelf gezondheidsinformatie heeft ingelezen, kan dit voor- en nadelige gevolgen hebben (Dubbeldam, 2016).

Als eerste voordeel kan worden genoemd dat patiënten op deze wijze een potentiële zeldzame ziekte ontdekken waarover de desbetreffende arts zelf niet nagedacht had

(Dubbeldam, 2016). Een tweede mogelijk voordeel is dat patiënten goed voorbereid naar een afspraak gaan en op de hoogte zijn van bepaalde informatie over hun ziekte. De arts hoeft dit in dit geval niet meer uit te leggen (Dubbeldam, 2016). Ook kan goed opgezochte (online) gezondheidsinformatie leiden tot zogezegd “*shared decision making*” (SDM) (Adriaansens & De Natris, 2016). Dit houdt in dat de arts en de patiënt tot een gezamenlijk besluit van het zorgtraject kunnen komen. Hierbij wordt rekening gehouden met de voorkeuren en wensen van de patiënt (Adriaansens & De Natris, 2016).

Zoeken naar online gezondheidsinformatie voor een consult kent echter ook nadelige gevolgen. Zo zijn de zorgverleners in het onderzoek van Dubbeldam (2016) het erover eens dat er veel onjuiste informatie op het internet te vinden is. Hiermee hangt samen dat patiënten niet altijd goed zouden kunnen beoordelen wat belangrijke en betrouwbare informatie is. Op het internet is zeer uiteenlopende gezondheidsinformatie te vinden uit steeds meer bronnen (Dubbeldam et al., 2011): behalve professionele instellingen, kunnen ook internetgebruikers die geen of weinig verstand van gezondheidsinformatie hebben, online informatie plaatsen. Dit is het gevolg van Web 2.0. Web 2.0 is een nieuwe versie van het web waarbij plaats is voor conversatie en participatie door bezoekers (Constantinides & Fountain, 2008). De komst hiervan heeft ervoor gezorgd dat het steeds eenvoudiger wordt om online gezondheidsinformatie te plaatsen. Dit leidt ertoe dat er steeds meer ongecontroleerde, mogelijk kwalitatief slechte gezondheidsinformatie online staat (Dubbeldam et al., 2011). Vaak is de betrouwbaarheid, aantrekkelijkheid en leesbaarheid van online gezondheidsinformatie onder de maat (Dubbeldam et al., 2011).

Nadelige gevolgen van het vinden van verkeerde/niet kloppende informatie zijn uiteenlopend. Allereerst is het mogelijk dat de patiënt zijn (mogelijke) ziekte verkeerd inschat: een verkeerde diagnose voor zichzelf stelt, waardoor deze patiënt zich ongerust kan maken zonder reden (Dubbeldam, 2016). Dit kan er daarnaast toe leiden dat een patiënt verkeerd omgaat met zijn/haar klachten. Hierdoor bestaat het risico dat een patiënt zijn klachten als niet ernstig ondervindt en daarom niet naar de dokter stapt: ook in het geval dat dit wel ernstig is (Dubbeldam, 2016). Een tweede mogelijk nadelig gevolg is dat patiënten alleen de informatie lezen, die ze willen geloven (Dubbeldam, 2016). Wanneer op een site bijvoorbeeld staat dat een bepaald verschijnsel zoals een pukkel een ernstige ziekte betekent en op een andere site staat dat de pukkel over drie dagen vanzelf weggaat, kan een patiënt de desbetreffende informatie kiezen die hem/haar het meest schikt. Dit is meestal de zorgwekkende informatie (Dubbeldam, 2016). Een derde mogelijk nadelig gevolg is dat patiënten met verkeerde informatie naar een consult gaan en de arts eerst lang bezig is met het

ontkrachten van deze niet-kloppende ingelezen informatie voordat de arts aan de slag kan met de voorlichting (Dubbeldam, 2016).

2.2 Doorverwijzingen naar online gezondheidsinformatie door zorgverleners aan zorgconsumenten

Tijdens een consult kunnen artsen doorverwijzingen geven naar websites om na het doktersbezoek informatie te vergaren. Er zijn verschillende redenen voor zorgverleners om niet naar de eigen website te verwijzen (Dubbeldam, 2016). Een reden die genoemd wordt is dat patiënten geen behoefte hebben aan uitleg over ziektes op de website van een ziekenhuis, omdat deze al op veel andere plaatsen op het internet te vinden is. Het zou volgens zorgverleners voor patiënten niet uitmaken wáár zij deze informatie vinden, áls zij deze maar vinden (Dubbeldam, 2016). Een andere reden die genoemd wordt, is dat zorgverleners vanuit hun eigen waarden, hun eigen overtuigingen of vanuit hun eigen voorkeur ervoor kiezen om de eigen website niet aan te bevelen: ze vinden het bijvoorbeeld niet gepast om hun eigen website aan te bevelen, ze kiezen liever voor folders of ze zien de eigen website als een middel om nieuwe patiënten te werven (Dubbeldam, 2016).

Zorgverleners die patiënten actief doorverwijzen naar externe websites, doen dit vooral naar websites van stichtingen zoals de Nierstichting of de Hartstichting (Dubbeldam, 2016). Niet alleen door zorgverleners, maar ook op de websites van ziekenhuizen wordt actief doorverwezen naar externe websites zoals collectebusfondsen (stichtingen zoals de Nierstichting of Hartstichting) of expertisecentra (Dubbeldam, 2016). Hoewel er vooral wordt doorverwezen naar collectebusfondsen zijn er ook zorgverleners die van mening zijn dat ook websites van andere ziekenhuizen als geschikte informatiebron kunnen worden gezien (Dubbeldam, 2016).

Naast deze redenen om niet naar de eigen website te verwijzen, zijn er ook redenen om dit wel te doen. Er zijn ook zorgverleners die graag informatie op pagina's van hun afdeling willen plaatsen of uitbreiden met foto's en uitleg over diagnoses (Dubbeldam, 2016). De potentie van een website voor het ziekenhuis wordt mogelijk onderschat (Dubbeldam, 2016): zorgverleners worden nog steeds als de belangrijkste informatiebron voor patiënten gezien als het gaat om gezondheidsinformatie (Dubbeldam et al., 2011). Dit zou kunnen worden vertaald naar het internet. Patiënten willen graag doorverwijzingen van hun medisch expert naar betrouwbare websites (Dubbeldam et al., 2011). Het is gebleken dat patiënten informatie bij voorkeur van het ziekenhuis zouden willen ontvangen, omdat zij het ziekenhuis als autoriteit op het gebied van gezondheidscommunicatie zien (Dubbeldam et al., 2011).

Daarnaast is het online vinden en actief zijn van een ziekenhuis mogelijk belangrijk, omdat 42% van de patiënten op het internet zoekt welk ziekenhuis het beste bij hen past (Hulst, 2008). Wanneer een ziekenhuis op zijn eigen website goede, duidelijke en relevante informatie aanbiedt over ziektes en de behandelingen hiervan, zou de indruk kunnen worden gewekt dat het ziekenhuis dé expert is op gezondheidsgebied (Hulst, 2008). Goede voorlichting zou dus voor de websites van ziekenhuizen zeker van nut kunnen zijn (Dubbeldam, 2016).

2.3 De rol van ziekenhuiswebsites in de digitale gezondheidscommunicatie

Ziekenhuiswebsites kunnen een belangrijke online gezondheidsinformatiebron zijn voor gezondheidsinformatiezoekers. Allereerst kunnen deze websites informatie verschaffen over behandelingen en andere belangrijke medische informatie van patiënten (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Daarnaast is het voor patiënten mogelijk om via de website contact te hebben met zorgverleners (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Ziekenhuiswebsites in Nederland delen hun inhoud in twee delen op: informatie en interactie. Informatie kan gaan over het ziekenhuis, de behandeling of de toegankelijkheid. Interactie kan gaan over online contact of inzage in medische gegevens (Veldhuijzen & Nguyen, 2014).

Websites van zowel algemene ziekenhuizen als UMC ziekenhuizen hebben op dit moment vooral een informerende functie (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Deze informerende functie is over het algemeen vrij compleet. Informatie over locatie, adres en routebeschrijving wordt in het jaar 2014 op 100% van de UMC ziekenhuiswebsites weergegeven (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Toch zijn er ook enkele verbeterpunten: informatie over de specialist onder het subkopje “informatie over de behandeling” is niet altijd op de UMC ziekenhuiswebsites te vinden (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Vaak ontbreekt een foto of profiel van een paramedisch of medisch specialist. Een foto of profiel van een medisch specialist ontbreekt in 50% van de gevallen op een UMC ziekenhuiswebsite in het jaar 2014. Foto's van paramedici worden in hetzelfde jaar slechts in 38% van de gevallen op de UMC ziekenhuiswebsites weergegeven en een profiel van paramedici wordt in 0% van de gevallen weergegeven (Veldhuijzen & Nguyen, 2014).

Daarnaast is uit een rondgang langs ziekenhuiswebsites in het jaar 2010 gebleken dat de informatie over ziekten en aandoeningen op websites van ziekenhuizen vrij beknopt is (Dubbeldam et al., 2011). De gezondheidsinformatie op ziekenhuiswebsites is voornamelijk gericht op het onderzoek en de behandeling. Om deze reden lijkt het niet aanbevelenswaardig

om patiënten naar de eigen website te verwijzen als zij aanvullende of extra informatie over aandoening of ziekte willen hebben (Dubbeldam et al., 2011).

Wat betreft online contact met UMC ziekenhuizen zijn de volgende cijfers bekend: 63% van de UMC ziekenhuiswebsites verschaft de mogelijkheid om een medisch specialist online een vraag te stellen. 38% van de UMC ziekenhuiswebsites verschaft de mogelijkheid om een paramedisch specialist online een vraag te stellen (Veldhuijzen & Nguyen, 2014). Dit stellen van een online vraag wordt ook wel een e-consult genoemd (Nijland, 2011). In Nederland maken ziekenhuizen over het algemeen weinig gebruik van interactieve webtoepassingen voor gezondheidsinformatie en patiëntenvoorlichting (Dubbeldam et al., 2011). Redenen hiervoor zijn uiteenlopend, te weten: gebrek aan vertrouwen in interactieve webtoepassingen, niet veel bewijs voor de effectiviteit van interactieve webapplicaties in de gezondheidscommunicatie, of een gebrek aan kennis, tijd en financiële middelen bij zorgverleners (Dubbeldam et al., 2011).

Er bestaan twee vormen van een e-consult, namelijk: direct e-consult en indirect e-consult (Nijland, 2011). Een direct e-consult betekent dat de patiënt zijn/haar vraag in eigen woorden aan de zorgverlener voorlegt (Nijland, 2011). De zorgverlener beantwoordt deze vraag vervolgens rechtstreeks (Van Gemert-Pijnen & Vogelzang, 2006). Bij een indirect e-consult worden vragen zonder tussenkomst van een arts en automatisch beantwoord. Dit zou kunnen worden vergeleken met een digitaal keuzemenu (Van Gemert-Pijnen & Vogelzang, 2006). Zorgconsumenten stellen bij het gebruik van een e-consult een aantal voorwaarden (Van Gemert-Pijnen & Vogelzang, 2006). Ze willen onder andere graag een tijdige reactie op een e-consult. Daarnaast willen zorgconsumenten graag de mogelijkheid om vragen in eigen woorden te stellen. Gebruikers van een e-consult geven dus de voorkeur aan een direct e-consult boven een indirect e-consult (Van Gemert-Pijnen & Vogelzang, 2006).

2.4 De geloofwaardigheid van websites

Websitegebruikers worden in de loop der tijd steeds sceptischer over de informatie die zij online zoeken en vinden (Fogg et al., 2001). Lezers geloven een geloofwaardige bron op zijn woord, en beschouwen de beloftes van een ongeloofwaardige bron als onecht (Hoeken et al., 2012). Hoe hoog een website in de online zoekresultaten staat, heeft voor een groot deel met de geloofwaardigheid van de website te maken (Bogaert, 2013). De geloofwaardigheid hangt af van de deskundigheid en de betrouwbaarheid van de bron (Hoeken et al., 2012). De deskundigheid hangt van de expertise en de ervaring van de bron af (Hoeken et al., 2012). De betrouwbaarheid hangt van de belangeloosheid en oprechtheid van een bron af (Hoeken et al.,

2012). Geloofwaardigheid wordt als de belangrijkste factor voor een betrouwbare website gezien (Rowley, Johnson & Sbaffi, 2014). Wanneer gezondheidswebsites betrouwbaar worden gevonden, hebben patiënten eerder het idee dat deze informatie hen helpt om de informatie die de arts hun tijdens een consult vertelt, te begrijpen (Adriaansens & De Natris, 2016).

De algehele professionele uitstraling van de website blijkt een belangrijke factor voor de beoordeling van de geloofwaardigheid te zijn (Choi & Stvilia, 2015). Daarnaast bestaan er vijf elementen die als bevorderlijk voor de geloofwaardigheid van een commerciële website worden gezien, te weten: “Real world feel”, “Ease of use”, “Expertise”, “Trustworthiness” en “Tailoring” (Fogg et al., 2001). “Real world feel” betekent dat een website een snelle reactie geeft bij vragen van klanten, de site aangeeft waar de fysieke winkel/pand van het bedrijf is, de site een telefoonnummer van de organisatie vermeldt, de site een e-mailadres op de site vermeldt en/of dat de site foto’s van organisatieleden geplaatst heeft (Fogg et al., 2001). Van de vijf elementen heeft “Real world feel” de meeste impact. Dit element laat de geloofwaardigheid van een commerciële website het meest stijgen (Fogg et al., 2001).

Het onderzoek van Rowley, Johnson en Sbaffi (2014) laat soortgelijke resultaten zien. In dat onderzoek wordt *accuracy* als één na belangrijkste factor voor een betrouwbare website genoemd. De factor *accuracy* is geïntroduceerd in het onderzoek van Metzger (2007) en is geoperationaliseerd als ‘contactinformatie’ zoals telefoonnummer en adres. Daarnaast is ook in dit onderzoek de informatie wat betreft expertise van de auteur een van de belangrijkste punten.

Naast Fogg et al. (2001) stelt ook Bogaert (2013) dat het toevoegen van een foto van een auteur de geloofwaardigheid van deze auteur, en daarmee de website, verhoogt.

De geloofwaardigheidsperceptie van websites tussen mannen en vrouwen blijkt te verschillen. Over het algemeen vinden mannen websites eerder minder geloofwaardig dan vrouwen (Fogg et al., 2001). Mannen beantwoorden de vragen in het onderzoek van Fogg et al. (2001) over websites meer negatief. Dit zou twee dingen kunnen betekenen: ofwel mannen vinden de website minder geloofwaardig, ofwel mannen vullen alles simpelweg negatiever in.

Het element “Real world feel” verhoogt de geloofwaardigheid van websites met een commercieel doeleinde het meest (Fogg et al., 2001). Hierop voortbouwend wordt in dit onderzoek onderzocht of het van belang is om de elementen van “real world feel” aan UMC ziekenhuiswebsites toe te voegen om de geloofwaardigheid van deze websites te verhogen.

Verbetering van deze websites kan van nut zijn, omdat de potentie ervan mogelijk wordt onderschat: patiënten ontvangen bij voorkeur gezondheidsinformatie van het ziekenhuis. Dit wordt als autoriteit op het gebied van gezondheidscommunicatie gezien (Dubbeldam et al., 2011). Verhogen van de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites zou ertoe kunnen leiden dat mensen vaker UMC ziekenhuiswebsites met kwalitatief goede informatie verkiezen boven andere, vaak kwalitatief slechtere, websites. De positie van een website in de zoekresultaten heeft namelijk voor een groot deel te maken met de geloofwaardigheid (Bogaert, 2013). Wanneer UMC ziekenhuiswebsites vaker bezocht worden, kan dit er dus toe leiden dat er minder vaak zorgconsumenten verkeerd voorbereid naar een consult stappen. Dit kan tot gevolg hebben, dat minder tijd tijdens een consult verloren hoeft te gaan: zorgconsumenten hebben immers informatie van een informatief-kwalitatief goede website vergaard.

Daarnaast zal er antwoord worden gegeven op de vraag of de kennis over geloofwaardigheid van commerciële websites transporteerbaar is naar websites in de gezondheidsbranche, en wel de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites. Om dit te onderzoeken, is uit de theorie de volgende onderzoeksvraag ontstaan: ‘In welke mate leidt “Real world feel” tot een betere beoordeling van de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites?’

De geloofwaardigheid van een bron hangt af van de deskundigheid en de betrouwbaarheid van de bron (Hoeken et al., 2012). Dit leidt tot de volgende deelvragen:

- *Leidt “Real world feel” tot een betere beoordeling van de betrouwbaarheid van UMC ziekenhuiswebsites?*
- *Leidt “Real world feel” leidt tot een betere beoordeling van de deskundigheid van UMC ziekenhuiswebsites?*
- *Zijn er verschillen in beoordeling aantoonbaar tussen de categorieën proefpersonen?*

3. Methode

Om te onderzoeken of “real world feel” de beoordeling van de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites verhoogt, is een experiment uitgevoerd.

3.1 Materiaal

Om het experiment uit te voeren zijn twee pagina’s van een website gebouwd. Beide pagina’s waren van een fictief UMC ziekenhuis: “Het Spinoza UMC”. Er is bewust voor gekozen om

een website te bouwen in plaats van een bestaande website te gebruiken, zoals de website van het Radboud UMC, omdat anders het risico bestond dat proefpersonen de website op “merknaam” beoordelen in plaats van op de website. Veel mensen, en dan vooral in de regio Nijmegen, hebben mogelijk een vooroordeel over het Radboud UMC. “Het Spinoza UMC” is een fictief UMC ziekenhuis in Antwerpen. Voor Antwerpen is gekozen, omdat deze stad in het buitenland ligt. De proefpersonen zijn in Nederland geworven en er is vanuit gegaan dat zij niet erg bekend zijn met ziekenhuizen in België. Dit verhoogde de kans dat de proefpersonen niet inzagen dat het UMC ziekenhuis niet bestaat.

De ene website bevatte alle elementen van “real world feel”, de andere website bevatte geen enkel element. De elementen “real world feel” zijn in het geval van een UMC ziekenhuiswebsite: adresgegevens, e-mailadres, telefoonnummer, een foto van een medisch specialist en de mogelijkheid om via een direct e-consult een vraag te stellen. Bij deze mogelijkheid tot een vraag stellen, werd vermeld dat er binnen 24 uur geantwoord zou worden. Er is gekozen voor een direct e-consult in plaats van een indirect e-consult, omdat is gebleken dat zorgconsumenten een direct e-consult boven een indirect e-consult verkiezen (Van Gemert-Pijnen & Vogelzang, 2006). Het kopje ‘e-consult’ is te vinden in de menubalk bovenaan de pagina (zie bijlage 2). Adresgegevens, e-mailadres en telefoonnummer zijn links onderin op de pagina te vinden (zie bijlage 2). De foto van medisch specialist ‘Dr. Alessandra Cambi’ staat midden op de pagina (zie bijlage 2).

Er is bij de website zonder RWF-elementen voor gekozen om de foto van de specialist te vervangen door een foto van een niet-specialist. Daarom bevatte de website zonder de RWF-elementen een foto van ‘Jopie Verhoeven’, de voorzitter van een patiëntenadviesraad (zie bijlage 3). Verder waren de twee websites identiek: beide bevatten het logo van het fictieve UMC ziekenhuis. Daarnaast bevatten beide websites verschillende kopjes over onder andere onderzoek, onderwijs, nieuwsberichten, resultaten en zorgaanpak (zie bijlagen 2 en 3). De foto’s van Jopie Verhoeven en Dr. Alessandra Cambi, het nieuwsbericht en de alinea “Mijn Spinoza” (“MijnRadboud”) zijn gekopieerd van de, inmiddels vernieuwde, homepage van de website van het Radboud UMC ziekenhuis (<https://www.radboudumc.nl/patientenzorg>).

3.2 Proefpersonen

Aan dit experiment hebben 61 proefpersonen deelgenomen. 31 proefpersonen hebben de webpagina mét RWF beoordeeld, 30 proefpersonen de website zonder RWF. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 25.49 jaar ($SD = 11.94$; Range 18-76). 53% van de

proefpersonen was vrouw. Van de proefpersonen had 30% VWO als hoogst behaalde opleidingsniveau. Daaropvolgend 21% WO, 20% HBO, 16% HAVO en 13% MBO. Het was in dit onderzoek van belang dat de proefpersonen Nederlands spreken en begrijpen. Dit was van belang omdat de websitepagina's in het Nederlands waren en de proefpersonen deze moesten kunnen begrijpen. Daarom hebben enkel moedertaalsprekers van het Nederlands aan dit onderzoek deelgenomen.

Er bestond geen samenhang tussen de versie van de website (met RWV vs. zonder RWV) en het geslacht van de proefpersonen ($\chi^2 (1) = 2.80, p = .094$). Ook bestond er geen samenhang tussen de versie van de website (met RWV vs. zonder RWV) en het opleidingsniveau van de proefpersonen ($\chi^2 (4) = 3.30, p = .509$). Daarnaast bestond er geen verschil wat betreft de leeftijd van de proefpersonen tussen de beide versies van de website ($t (59) = 0.98, p = .331$).

3.3 Onderzoeksontwerp

Bij dit experiment was sprake van een tussenproefpersoonontwerp.

3.4 Instrumentatie

De variabele die werd gemanipuleerd was “real world feel”: de ene webpagina bevatte alle elementen van “real world feel”, de andere webpagina bevatte geen enkel element. De afhankelijke variabelen in dit onderzoek waren deskundigheid en betrouwbaarheid. McCroskey en Teven (McCroskey & Teven in Hoeken et al., 2012) hebben een instrument ontwikkeld waar betrouwbaarheid en deskundigheid mee gemeten werden (bijlage 1). Betrouwbaarheid werd gemeten aan de hand van de schaal van McCroskey en Teven (McCroskey & Teven in Hoeken et al., 2012) met behulp van zes items. De vragen werden gesteld met behulp van de inleidende zin “deze website lijkt mij...” gevolgd door zes 7-punts semantische differentiaal (bv. ‘Eerlijk’ – ‘Oneerlijk’, ‘Gemaakt’ – ‘Oprecht’). De betrouwbaarheid van de items die betrouwbaarheid gemeten hebben, was goed ($\alpha=.84$). Deskundigheid werd ook gemeten aan de hand van de schaal van McCroskey en Teven (McCroskey & Teven, in Hoeken et al., 2012) met behulp van zes items. De vragen werden gesteld met behulp van de inleidende zin “deze website lijkt mij...” gevolgd door zes 7-punts semantische differentiaal (bv. ‘Goed geïnformeerd’ – ‘Slecht geïnformeerd’, ‘Competent’ – ‘Incompetent’). De betrouwbaarheid van de items die deskundigheid gemeten hebben, was goed ($\alpha=.91$).

3.5 Procedure

De proefpersonen werden bereikt middels een online *Qualtrics* vragenlijst die via *social media* werd verspreid. De ene helft van de proefpersonen kreeg de ene website te zien. De andere helft kreeg de andere website te zien. In het social-mediabericht werd gevraagd of de lezer bereid was om een korte vragenlijst in te vullen met daaronder de link van *Qualtrics*. Het onderzoek werd per proefpersoon individueel en online afgenomen.

Alvorens de vragenlijst tevoorschijn kwam, werd eerst kort geïnstrueerd wat er van de proefpersonen gevraagd werd. In een inleidend tekstje werd uitgelegd dat de communicatieafdeling van het Spinoza UMC ziekenhuis onderzoek deed naar de kwaliteit van de website van het Spinoza UMC ziekenhuis en dat deze communicatieafdeling op zoek was naar meningen over de site. Er werd verder niet bij verteld of er op specifieke zaken moest worden gelet, omdat dit teveel van het doel van het onderzoek zou kunnen prijsgeven. De proefpersonen is verzocht om grondig de websitepagina te bestuderen. Daarom kregen de proefpersonen onbeperkt de tijd om naar de pagina te kijken. Aan het eind van dit korte inleidende stukje tekst werden de proefpersonen bedankt voor de medewerking. Een deelname aan dit experiment duurde achteraf gezien ongeveer twee à drie minuten.

3.6 Statistische toetsing

De eerste twee deelvragen zijn middels onafhankelijke *t*-Tests onderzocht. De laatste deelvraag is middels onafhankelijke *t*-Tests en eenweg variantie-analyses onderzocht.

4. Resultaten

Het doel van dit onderzoek was om vast te stellen in welke mate “Real world feel” tot een betere beoordeling van de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites leidt. Om erachter te komen hoe geloofwaardig de deelnemers de webpagina’s vonden, zijn de betrouwbaarheid en de deskundigheid van de websites gemeten. In aanvullende analyses is nagegaan of er verschil in beoordeling is op basis van geslacht en opleidingsniveau.

4.1 Beoordeling betrouwbaarheid en deskundigheid

Allereerst is onderzocht of deelnemers de webpagina mét RWF betrouwbaarder en deskundiger vonden dan de webpagina zonder RWF. Het gemiddelde en de standaardafwijking voor betrouwbaarheid en deskundigheid per websiteversie zijn in tabel 1 te zien. Een onafhankelijke *t*-toets heeft geen significant verschil gevonden voor betrouwbaarheid tussen de twee websiteversies (met RWF vs. zonder RWF): ($t(59) = 0.27, p$

= .788). Daarnaast bleek er uit een onafhankelijke *t*-toets ook geen significant verschil te zijn voor deskundigheid tussen de twee websiteversies (met RWF vs. zonder RWF): ($t(59) = 0.40, p = .689$).

Tabel 1. Gemiddelde en standaard afwijking voor betrouwbaarheid en deskundigheid per websiteversie ($n = 61$) (1 = positief; 7 = negatief)

Versie	Betrouwbaarheid		Deskundigheid		<i>n</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Met RWF	2.66	.97	2.69	1.07	31
Zonder RWF	2.73	.95	2.80	.99	30

4.2 Verschil in beoordeling tussen categorieën proefpersonen

In aanvullende analyses is onderzocht of de verschillende categorieën proefpersonen de webpagina's verschillend beoordeelden, te beginnen met geslacht. Tabel 2 laat het gemiddelde en de standaardafwijking van de beoordeling van de betrouwbaarheid van mannen en vrouwen zien. Uit een onafhankelijke *t*-toets van geslacht (man vs. vrouw) op de beoordeling van de betrouwbaarheid bleek er geen significant verschil te zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft hun beoordeling van betrouwbaarheid van de websites ($t(59) = 1.00, p = .323$).

Tabel 2. Gemiddelde en standaardafwijking van de beoordeling van betrouwbaarheid en geslacht ($n = 61$) (1 = positief, 7 = negatief)

Geslacht	Beoordeling van betrouwbaarheid		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Man	2.82	1.00	29
Vrouw	2.58	.91	32

Tabel 3 laat het gemiddelde en de standaardafwijking van de beoordeling van de deskundigheid van mannen en vrouwen zien. Uit een onafhankelijke *t*-toets van geslacht (man vs. vrouw) op de beoordeling van de deskundigheid bleek er geen significant verschil te zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft hun beoordeling van deskundigheid van de websites ($t(59) = 1.97, p = .054$).

Tabel 3. Gemiddelde en standaardafwijking van de beoordeling van deskundigheid en geslacht ($n = 61$) (1 = positief, 7 = negatief)

Geslacht	Beoordeling van deskundigheid		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Man	3.01	1.01	29
Vrouw	2.51	1.00	32

Vervolgens is onderzocht of er verschil is in de beoordeling tussen verschillende opleidingsniveaus. Tabel 4 laat het gemiddelde en de standaardafwijking van de beoordeling van de betrouwbaarheid per opleidingsniveau zien. Uit een eenweg variantie-analyse van hoogst behaalde opleidingsniveau op de betrouwbaarheid bleek geen significant hoofdeffect van hoogst behaalde opleidingsniveau ($F(4, 56) = 1.29, p = .287$)

Tabel 4. Gemiddelde en standaardafwijking van de beoordeling van betrouwbaarheid en opleidingsniveau ($n = 61$) (1 = positief, 7 = negatief)

Opleidingsniveau	Beoordeling van betrouwbaarheid		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
HAVO	3.12	1.26	10
VWO	2.44	1.06	18
MBO	2.40	.48	8
HBO	2.97	.87	12
WO	2.64	.75	13
Totaal	2.69	.95	61

Tabel 5 laat het gemiddelde en de standaardafwijking van de beoordeling van de deskundigheid per opleidingsniveau zien. Uit een eenweg variantieanalyse van hoogst behaalde opleidingsniveau op de deskundigheid bleek geen significant hoofdeffect van hoogst behaalde opleidingsniveau ($F(4, 56) = 1.36, p = .258$).

Tabel 5. Gemiddelde en standaardafwijking van de beoordeling van deskundigheid en opleidingsniveau ($n = 61$) (1 = positief, 7 = negatief)

Opleidingsniveau	Beoordeling van deskundigheid		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>

HAVO	3.22	1.27	10
VWO	2.61	1.14	18
MBO	2.42	.65	8
HBO	3.07	1.06	12
WO	2.47	.69	13
Totaal	2.75	1.03	61

5. Conclusie

Onderzocht is of “real world feel” tot een betere beoordeling van UMC ziekenhuiswebsites leidt. Daarbij hoorden drie deelvragen.

Zowel voor betrouwbaarheid als deskundigheid zijn geen verschillen aangetoond tussen de websiteversies. Volgens dit onderzoek dragen de vijf elementen van “real world feel” in combinatie niet bij aan een geloofwaardigere UMC ziekenhuiswebsite.

Daarnaast is onderzocht of de verschillende categorieën proefpersonen de websites verschillend beoordeeld hebben. Dit bleek voor zowel de verschillende opleidingsniveaus als het verschil in geslacht niet het geval te zijn.

6. Discussie

Dit onderzoek heeft andere resultaten laten zien dan de onderzoeken van Fogg et al. (2001) en Rowley, Johnson en Sbaffi (2014). De elementen van “real world feel” bleken geen rol te spelen wat betreft de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites. Er zijn verschillende mogelijke redenen voor onderscheid tussen het voorgaande onderzoek en het onderzoek van Fogg et al. (2001).

Een mogelijke reden voor dit onderscheid is het verschil in vraagstelling tussen dit onderzoek en het onderzoek van Fogg et al. (2001). In het onderzoek van Fogg et al. (2001) kregen de respondenten rechtstreekse vragen voorgelegd, zoals: “De site laat informatie in meer dan één taal zien”. Deze stellingen werden gevolgd door 7-punts semantische differentialen (‘maakt het minder geloofwaardig’ – ‘maakt het meer geloofwaardig’). Door resultaten te baseren op dit soort vragen zou het mogelijk kunnen zijn dat proefpersonen in werkelijkheid meer of minder belang hechten aan bepaalde factoren dan zij in de vragenlijst aangeven. Bij het voorgaande onderzoek is er bewust niet voor gekozen om rechtstreekse vragen over

elementen op de website te stellen, omdat de kans bestond dat dit teveel van het doel van het onderzoek zou prijsgeven. Volgens Choi en Stvilia (2015) is de algehele professionele uitstraling van een website ook een belangrijke factor voor de beoordeling van de geloofwaardigheid. De scores van de website met “real world feel” en zonder “real world feel” waren beide redelijk aan de hoge kant. Het is mogelijk dat de proefpersonen van dit onderzoek enkel naar de algehele uitstraling hebben gekeken en niet naar de verschillende kopjes op de website. Immers was de tijdsduur die de proefpersonen aan de enquête besteed hebben relatief kort: meestal minder dan drie minuten. Dit is juist een beperking als gevolg van de keuze om geen rechtstreekse vragen over de inhoud te stellen: het risico bestaat dat mensen niet goed genoeg naar de verschillende elementen gekeken hebben. Dit heeft tot gevolg dat het onderzoek mogelijk niet voldoende valide was.

Als er echter naar de ecologische validiteit wordt gekeken, kan mogelijk worden geconcludeerd dat RWF simpelweg niet veel betekent. Misschien wordt er bij het opzoeken van gezondheidsinformatie überhaupt niet op RWF-elementen gelet. Mogelijk hebben de elementen wel voldoende de kans gekregen om op te vallen, omdat ze op een voorkeurspositie stonden: Uit eerder onderzoek met behulp van *eye-tracking* is gebleken dat oogbewegingen een ‘Z’ patroon volgen bij het lezen van een webpagina (Cooke, 2005). Dit houdt in dat mensen van boven links naar boven rechts lezen, vervolgens schuin naar onder gaan en dan opnieuw van links naar rechts lezen. In het voorgaande onderzoek zou dit betekenen dat als eerste naar de bovenste menubalk gekeken is. Deze bevatte een element van RWF: e-consult (zie bijlage 2). Vervolgens zou schuin naar beneden worden gescand waar opnieuw twee elementen van RWF te zien waren: de foto van een medisch specialist en adresgegevens (zie bijlage 2). Ondanks dat de elementen van RWF vermoedelijk op de juiste plaats stonden, heeft RWF geen effect gehad. Dit betekent voor UMC ziekenhuiswebsites dat zij er mogelijk niet expliciet op hoeven te letten of alle elementen van RWF op hun website aanwezig zijn wanneer zij de geloofwaardigheid van hun website willen vergroten.

Een tweede mogelijke reden voor verschillende resultaten tussen het voorgaande onderzoek en het onderzoek van Fogg et al. (2001), is dat er eventueel voor commerciële websites andere voorwaarden gelden dan voor gezondheidswebsites. Dit met het gevolg dat de kennis over geloofwaardigheid van commerciële websites niet transporteerbaar is naar websites in de gezondheidsbranche. Uit het onderzoek van Cooke (2005) is gebleken dat mensen op verschillende soorten websites verschillend scannen. Dit hangt van de functie, het genre en het ontwerp van de website af (Cooke, 2005). Mogelijk scanden mensen de webpagina in het

voorgaande onderzoek minder nauwkeurig dan in het onderzoek van Fogg et al. (2001) en werd er daarom geen aandacht besteed aan RWF. Deze verklaring is echter niet aannemelijk, omdat mensen een groot belang hechten aan hun gezondheid en daarom wordt verwacht dat zij juist op gezondheidswebsites goed opletten.

In vervolgonderzoek zou beter kunnen worden gekeken naar de validiteit. Mogelijk kan de vragenlijst worden uitgebreid met specifiekere vragen over de website, om de proefpersonen te ‘dwingen’ grondig de website te bestuderen. Er moet in dat geval wel op worden gelet dat dit niet de ecologische validiteit in gevaar brengt. Wanneer deelnemers te veel worden gedwongen naar zaken te kijken en hun mening te geven over elementen op een website, is het namelijk mogelijk dat zij gedwongen worden ergens naar te kijken waar ze anders nooit aandacht aan besteed hadden. Een eventueel beter alternatief zou zijn om een soort “urgentiegevoel” bij deelnemers te creëren, zodat zij zich intrinsiek meer gedwongen voelen om de geloofwaardigheid van de website te controleren. Dit zouden bijvoorbeeld moeders kunnen zijn die op dienen te zoeken of ze hun kinderen willen laten inenten tegen een bepaalde ziekte. Daarnaast is het mogelijk het onderzoek uit te breiden. Dit kan door middel van het opdelen van de elementen in verschillende versies. In dat geval kan worden gekeken of er tussen de vijf elementen van “real world feel” elementen zitten die wél resultaten laten zien. Er zouden dan bijvoorbeeld zes websiteversies kunnen worden gebouwd: vijf websites met ieder één element van RWF en één website zonder een enkel element van RWF. Daarnaast is het mogelijk om te onderzoeken of andere elementen uit het onderzoek van Fogg et al. (2001) meer effect hebben op de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites.

Dit vervolgonderzoek zou mogelijk opnieuw met een online *survey* kunnen worden gedaan. Een interessante toevoeging zou *eye-tracking* zijn. Wanneer dit extra instrument wordt toegevoegd, kan achteraf worden onderzocht óf en hoelang naar bepaalde elementen op de website gekeken is. Dit kan een uitkomst bieden voor het validiteitsprobleem. Wanneer kan worden nagegaan hoelang en waar de deelnemers naar gekeken hebben, kan eventueel makkelijker worden vastgesteld of er gemeten is wat de onderzoekers wilden meten.

Samengevat kan worden geconcludeerd dat een combinatie van alle elementen van “real world feel” mogelijk geen effect heeft op de geloofwaardigheid van UMC ziekenhuiswebsites. Toch is er in het voorgaande onderzoek geen sprake van een plafondeffect: de beoordelingen van de proefpersonen over de deskundigheid en betrouwbaarheid van de website zijn nog niet uitstekend. Dit betekent dat er nog wel degelijk

verbetering binnen UMC ziekenhuiswebsites mogelijk is. Om uit te vinden waar die verbeterpunten dan liggen, is meer empirisch onderzoek nodig.

Literatuurlijst

- Adriaansens, N., & De Natris, D. (2016). Zijn betrouwbare online gezondheidsinformatie en het delen daarvan met de huisarts voorspellers voor SDM? *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 94(7), 274-280. doi:10.1007/s12508-016-0096-0
- Bogaert, T. (2013, 15 januari). Hoe de geloofwaardigheid van je website verhogen? *Queromedia intent marketing power*. Geraadpleegd van: <http://www.queromedia.be/nlnl/big-content-small-fish/geen-onderdeel-van-een-categorie/hoe-de-geloofwaardigheid-van-je-website-verhogen-36771/>
- Choi, W., & Stvilia, B. (2015). Web credibility assessment: Conceptualization, operationalization, variability, and models. (2015). *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66(12), 2399-2414. doi:10.1002/asi.23543
- Constantinides, E., & Fountain, S.J. (2008). Web 2.0: Conceptual foundations and marketing issues. *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, 9(3), 231-244. doi:10.1057/palgrave.dddmp.4350098
- Dubbeldam, I.P.H. (2016). *De dokter vertelt mij wel wat er loos is: een kwalitatief onderzoek naar patronen in het informatiegedrag van zorggebruikers*. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, Nederland. Geraadpleegd van <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/54862>
- Dubbeldam, I., Sanders, J., Meijman, F. J., & Spooren, W. (2011). Websites op consult - Zorgverleners over de inbreng van en verwijzing naar medische websites tijdens het consult. *Tijdschrift Voor Taalbeheersing*, 33(2), 166-186. doi:10.5117/TVT2011.2.WEBS409
- Cooke, L. (2005). Eye tracking: How it works and how it relates to usability. *Technical Communication*, 52(4), 456-463.
- Fiksdal, A.S., Kumbamu, A., Jadhav, A.S., Cocos, C., Nelsen, L.A., Pathak, J. & McCormick, J.B. (2014). Evaluating the process of online health information searching: A qualitative approach to exploring consumer perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 16(10), e224. doi:10.2196/jmir.3341
- Fogg, B.J., Marshall, J., Laraki, J., Osipovich, A., Varma, C., & Fang, N., ..., & Treinen, M. (2001). What makes Web sites credible? A report on a large quantitative study. In J. Jacko, & A. Sears (Red.) *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (1^e ed., pp. 61-68). New York: Association for Computing Machinery. doi:10.1145/365024.365037
- Grasso, K. L., & Bell, R. A. (2015). Understanding health information seeking: A test of the risk perception attitude framework. *Journal of Health Communication*, 20(12), 1406-1414. doi:10.1080/10810730.2015.1018634
- Hoeken, H., Hornikx, J. & Hustinx, L. (2012). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp* (2^e ed.). Bussum: Coutinho.

- Hulst, M. (2008, 30 december). Marketing 2.0 in de zorg. *Marketingfacts, marketing, technology and design*. Geraadpleegd van http://www.marketingfacts.nl/berichten/20081229_marketing_2_0_in_de_zorg
- Nijland, N. (2011). Grounding eHealth. *Towards a holistic framework for sustainable eHealth technologies*. Proefschrift, Universiteit Twente, Nederland. Geraadpleegd van <http://doc.utwente.nl/75576/>
- McCroskey, J.C. & Teven, J.J. (1999). Goodwill: A reexamination of the construct and its measurement. *Communication Monographs*, 66(1), 90-103.
- Metzger M.J. (2007). Making sense of credibility on the web: Models for evaluating online information and recommendations for future research. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 58(13), 2078–2091. doi:10.1002/asi.20672
- Rowley J., Johnson F., & Sbaffi L. (2014). Students' trust judgements in online health information seeking. *Health Informatics Journal*, 21(4), 316-327. doi:10.1177/1460458214546772
- RVZ (2010). *Gezondheid 2.0: U bent aan zet*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Van Deursen, A.J.A.M., & Van Dijk, J.A.G.M. (2010). Trendrapport Computer- en Internetgebruik 2010. Een Nederlands en Europees perspectief. Enschede: Universiteit Twente. Geraadpleegd van https://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2010_11_trendrapportcomputersinternet.pdf
- Van Gemert-Pijnen J.E.W.C., Vogelzang F. (2006). *Veilig mailen met de huisarts. Een onderzoek naar het gebruik van e-consult in de zorg*. Enschede: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Universiteit Twente. Geraadpleegd van <https://www.utwente.nl/nl/bms/pgt/bestanden/2veiligmailenmetdehuisartsfebruari2006.pdf>
- Veldhuijzen, E., & Nguyen, T.L. (2014). *Hoe informatief en interactief zijn de ziekenhuiswebsites in Nederland?* Den Haag: Nictiz.

Bijlagen

Bijlage 1.

Vragen die gebruikt zijn voor het vaststellen van betrouwbaarheid en deskundigheid:
Een instrument ontwikkeld door McCroskey en Teven (McCroskey & Teven in Hoeken et al., 2012).

Betrouwbaarheid

Deze website lijkt mij ...

1	Eerlijk	1	2	3	4	5	6	7	Oneerlijk
2	Gemaakt	1	2	3	4	5	6	7	Oprecht
3	Te vertrouwen	1	2	3	4	5	6	7	Niet te vertrouwen
4	Rechtschapen	1	2	3	4	5	6	7	Immoreel
5	Kwaadwillig	1	2	3	4	5	6	7	Deugdelijk
6	Correct	1	2	3	4	5	6	7	Corrupt

Deskundigheid

Deze website lijkt mij ...

1	Intelligent	1	2	3	4	5	6	7	Onintelligent
2	Onervaren	1	2	3	4	5	6	7	Ervaren
3	Competent	1	2	3	4	5	6	7	Incompetent
4	Goed geïnformeerd	1	2	3	4	5	6	7	Slecht geïnformeerd
5	Slim	1	2	3	4	5	6	7	Dom
6	Niet Vakkundig	1	2	3	4	5	6	7	Vakkundig

Webpagina met RWF:

Spinoza umc « Academisch ziekenhuis Antwerpen

spinozaumc.be

Home

Onderzoek

Onderwijs

Resultaten

Zorgaanpak

E-consult (reactie binnen 24 uur)

Zoeken

zoeken

SPINOZA UMC

ACADEMISCH ZIEKENHUIS ANTWERPEN



"van molecuul tot mens tot populatie"

Dr. Alessandra Cambi, onderzoeksleider nano-immunologie

Nieuwsberichten

Quinten Matsijseï 25,
2018 Antwerpen, België
info@spinozaumc.be
+32 474 52 96 56

Onderzoek naar kwaliteit van leven en gezondheid van mensen met DSD/intersekse conditie afgerond

21 maart 2017

In samenwerking met het Spinoza UMC en VUmc, heeft het Charité Universiteitsziekenhuis in Berlijn een internationaal onderzoeksproject afgerond, dsd-LIFE. Het doel van dit onderzoek is om de klinische zorg voor mensen met geslachtsdifferentiatie-aandoeningen te verbeteren.

MILN SPINOZA

uw persoonlijke patiëntendossier

Bij de centrale inschrijfbalie kunt u mijnSpinoza activeren. Dit is uw persoonlijke medische dossier dat u online kunt inzien. Met mijnSpinoza kunt u bijvoorbeeld een afspraak maken of uitslagen inzien.

LEES MEER

Webpagina zonder RWF:



Onderzoek naar kwaliteit van leven en gezondheid van mensen met DSD/intersekse conditie afgerond

21 maart 2017

In samenwerking met het Spinoza UMC en VUmc, heeft het Charité Universiteitsziekenhuis in Berlijn een internationaal onderzoeksproject afgerond, de LIFELIFE. Het doel van dit onderzoek is om de klinische zorg voor mensen met geslachtsdifferentiatie-aandoeningen te verbeteren.

MIJN SPINOZA

uw persoonlijke patiëntendossier

Bij de centrale inschrijving kunt u mijnSpinoza activeren. Dit is uw persoonlijke medische dossier dat u online kunt inzien. Met mijnSpinoza kunt u bijvoorbeeld een afspraak maken of uitslagen inzien.

LEES MEER