



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2009-2010

LEIDT INTERNET TOT PATIENT EMPOWERMENT?

Kwalitatieve en kwantitatieve analyse van het World Wide Web
als medium voor actief gezondheidsmanagement

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in Management en beleid in de gezondheidszorg

Door Karen Courteyn

Promotor: Prof. Dr. J. De Maeseneer



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2009-2010

LEIDT INTERNET TOT PATIENT EMPOWERMENT?

Kwalitatieve en kwantitatieve analyse van het World Wide Web
als medium voor actief gezondheidsmanagement

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in Management en beleid in de gezondheidszorg

Door Karen Courteyn

Promotor: Prof. Dr. J. De Maeseneer

Abstract

Patient empowerment is een (r)evolutie in de gezondheidszorg waarbij de patiënt zodanige vaardigheden en kennis verwerft zodat hij of zij actief kan participeren in zijn of haar management van gezondheid en ziekte. Het internet speelt op drie manieren een belangrijke rol in deze evolutie. Enerzijds kan informatieverschaffing omtrent gezondheid of ziekte een empowerend effect hebben. Cruciaal hierbij is de mogelijkheid om kwaliteitsvolle informatie te kunnen vinden. Daarnaast kan het net via verschillende manieren sociale steun bieden. Als laatste biedt het World Wide Web allerlei *personal care tools* die, in de toekomst, mogelijkheden betekenen voor gezondheidsmanagement. Om deze drie zaken te onderzoeken werden twee onderzoeken uitgevoerd. Via het kwantitatieve onderzoek werden 100 personen ondervraagd naar hun internetgebruik voor informatieverschaffing omtrent gezondheid. In het kwalitatief onderzoek werd zelf via verschillende manieren op zoek gegaan naar gezondheidsinformatie op het net en werden andere gezondheidsgerelateerde toepassingen besproken. Uit deze studies kan besloten worden dat het internet veel potentieel heeft om *patient empowerment* te veroorzaken of te vergemakkelijken en de relatie tussen arts en patiënt voorgoed te transformeren. Het grote probleem is echter de erg variabele en algemeen lage kwaliteit van de informatie op het net. Zowel voor de functie van informatieverschaffing als voor de andere functies is de interactie met de professional dan ook cruciaal. Wanneer de arts en andere zorgverleners de mogelijkheden van het internet inzien en hun nieuwe rol goed begrijpen en toepassen, kan het internet zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners en het gezondheidszorgsysteem zijn nut bewijzen.

Aantal woorden masterproef: 24.906 (exclusief dankwoord, bijlagen en bibliografie)

Inhoudstafel

Inleiding	1
1. Literatuuroverzicht.....	3
1.1 Patient empowerment.....	3
1.2 Gezondheid op het internet	5
1.3 Patient empowerment via het internet	7
2. Probleem- en doelstelling.....	10
3. Kwantitatief onderzoek	11
3.1 Methodologie	11
3.1.1 Steekproef en procedure.....	11
3.1.2 Opstellen en evaluatie van de vragenlijst	12
3.1.3 Ethische verantwoording	13
3.1.4 Verwerking van de vragenlijsten.....	14
3.1.5 Analyses van de variabelen	15
3.2 Resultaten	16
3.2.1 Algemene karakteristieken van de ondervraagde personen.....	16
3.2.2 Internetgebruik	17
3.2.3 Regelmaat internetgebruik	20
3.2.4 Internetgebruik voor informatie over gezondheid of ziekte	21
3.2.5 Regelmaat internetgebruik voor informatie over gezondheid of ziekte	25
3.2.6 Subjectieve gezondheid	26
3.2.7 Health locus of control	29
3.2.8 Verschillende bronnen voor informatie omtrent gezondheid ...	33
3.2.9 Redenen voor het gebruik van internet in vergelijking met andere bronnen	34
3.2.10 Manieren voor het opzoeken op het internet	36
3.2.11 Verschillende onderwerpen.....	37
3.2.12 Manieren van controle van juistheid en betrouwbaarheid van de informatie	38
3.2.13 Relatie met professional	40
3.2.14 Redenen voor het opzoeken van informatie	41
3.2.15 Langer wachten of sneller consulteren	42
3.2.16 Empowerment	43
3.2.17 Aankoop van medicatie of vitamines online	44
3.2.18 Communicatie met professional online	44
4. Kwalitatief onderzoek: zelf op zoek naar gezondheid op het internet	45

4.1 Methodologie	45
4.1.1 Keuze van het onderwerp: Diabetes mellitus	45
4.1.2 Werkwijze	47
4.2 Resultaten	47
4.2.1 Algemene zoekrobot: Google.....	47
4.2.2 Medische search engines	52
4.2.3 Interactieve encyclopedie: Wikipedia	56
4.2.4 YouTube.....	61
4.2.5 Het opzoeken via sites met wetenschappelijke artikels	65
4.2.6 Het opzoeken vanuit een vage klacht	67
4.2.7 Quality tools	70
4.2.8 Beoordeling van kwaliteit van websites	73
4.2.9 Claims	81
4.2.10 Online medicatie	84
4.2.11 Online steungroepen, discussiefora en sociale netwerksites ..	87
4.2.12 Internetgebaseerde ziektemanagementtools	95
5. Conclusies	99
6. Tekortkomingen van het onderzoek.....	103
7. Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek	104
Literatuurlijst.....	111

Lijst van figuren

Figuur 1: Vergelijking opleidingsniveau tussen patiënten en niet-patiënten	17
Figuur 2: Internetgebruik volgens leeftijd	18
Figuur 3: Internetgebruik volgens geslacht	19
Figuur 4: Internetgebruik volgens opleidingsniveau	20
Figuur 5: Regelmaat internetgebruik	21
Figuur 6: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per leeftijd	22
Figuur 7: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per geslacht	23
Figuur 8: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per opleidingsniveau	24
Figuur 9: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per regelmaat van internetgebruik	25
Figuur 10: Regelmaat internetgebruik voor het opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid	26
Figuur 11: Verdeling subjectieve gezondheid	27
Figuur 12: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per categorie van subjectieve gezondheid	29
Figuur 13: Vergelijking van de nood om informatie op te zoeken op het internet tussen de verschillende <i>health locus of control</i> -types ...	31
Figuur 14: Scores voor de verschillende bronnen van informatie omtrent ziekte of gezondheid	33
Figuur 15: Scores voor de verschillende redenen voor gebruik van internet in vergelijking met andere bronnen	34
Figuur 16: Scores voor de verschillende manieren voor het opzoeken op het internet	36
Figuur 17: Scores voor de verschillende onderwerpen waarnaar gezocht wordt op het internet	37
Figuur 18: Scores voor de verschillende manieren van controle van juistheid en betrouwbaarheid van de informatie online	38
Figuur 19: Resultaten in Google bij zoekopdracht met “diabetes” als zoekterm	49
Figuur 20: Voorbeelden van gesponsorde links in Google	50
Figuur 21: Voorbeelden van gerelateerde zoekopdrachten voorgesteld door Google	50

Figuur 22: De site van de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw	51
Figuur 23: Voorbeelden van sites met opvallende advertenties	52
Figuur 24: Homepage van MedlinePlus.gov	53
Figuur 25: Resultaat van een zoekopdracht met “diabetes” als zoekterm	54
Figuur 26: Illustratie van de steeds weerkerende website in de zoekresultaten van MedlinePlus	55
Figuur 27: Illustratie van de manier om toch verschillende bronnen te verkrijgen.....	55
Figuur 28: Doorverwijspagina bij het ingeven van de zoekterm “diabetes” in Wikipedia.....	58
Figuur 29: Snelcursus bij Wikipedia	58
Figuur 30: Wikiquote.....	59
Figuur 31: Uitleg over diabetes mellitus op de Nederlandstalige Wikipedia	60
Figuur 32: Waarschuwing over voorbehoud bij medische informatie op Wikipedia	60
Figuur 33: Voorbeelden van suggesties die YouTube geeft bij het intypen van een zoekterm.....	63
Figuur 34: Illustratie van de mogelijke zoekopties om de zoekopdracht te verfijnen	64
Figuur 35: Illustratie van het gebruik van “channels”	65
Figuur 36: Resultaten op PubMed bij het invoeren van de zoekterm “diabetes”	66
Figuur 37: Illustratie van uitleg over de manier van opzoeken op PubMed	66
Figuur 38: Resultaten in Google met de zoekterm “veel plassen” ...	68
Figuur 39: Resultaten in Google met de zoekterm “polyurie”	69
Figuur 40: Resultaten in Google met de zoektermen “veel plassen en droge mond”	69
Figuur 41: Nederlandstalige uitleg over de principes van HONcode	72
Figuur 42: Resultaten in Google bij het zoeken met de zoektermen “diabetes kaneel”	82
Figuur 43: Lager gerangschikte resultaten in Google bij het zoeken met de zoektermen “diabetes kaneel”.....	83
Figuur 44: Illustratie van duidelijke claims op kaneel.nl	84

Figuur 45: Illustratie van de waarschuwing van verbod van online verkoop van voorschrijfplichtige medicatie in België.....	86
Figuur 46: Illustratie van mogelijkheid tot aankoop van voorschrijfplichtige medicatie op internationale websites	87
Figuur 47: Voorbeeld van een online steungroep voor diabetes	89
Figuur 48: Voorbeeld van een forum over diabetes	90
Figuur 49: Illustratie van het verlenen van emotionele steun en het uitwisselen van ervaringen op het forum.....	91
Figuur 50: Resultaten van een zoekopdracht in Facebook met de zoekterm “diabetes”	92
Figuur 51: Voorbeeld van een pagina die weinig meerwaarde biedt	93
Figuur 52: Pagina van ADA op Facebook.....	93
Figuur 53: Voorbeelden van berichten geplaatst door fans op de pagina van ADA	94
Figuur 54: Voorbeeld van een sociale netwerksite gespecialiseerd in gezondheid.....	94
Figuur 55: Pagina van Google Health met een illustratie van de mogelijke functies	97
Figuur 56: Illustratie van de manier om het dossier te delen met anderen	97

Lijst van tabellen

Tabel 1: Gemiddelde somscores van de drie dimensies van de MHLC schaal	30
Tabel 2: Gemiddelde somscores van de drie dimensies van de MHLC schaal voor personen die wel versus niet zoeken op het internet naar informatie omtrent gezondheid of ziekte.....	31
Tabel 3: Gouden standaard gebruikt voor de evaluatie van de accuraatheid van websites	75
Tabel 4: Criteria gebruikt voor het evalueren van de gebruiksvriendelijkheid, de betrouwbaarheid en de volledigheid	77
Tabel 5: Resultaten van evaluatie van accuraatheid, gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid en volledigheid van vijf Nederlandstalige en twee Engelstalige websites omtrent diabetes...	78
Tabel 6: Algemene resultaten voor Nederlandstalige en Engelstalige websites	80

Lijst van bijlagen

Bijlage 1: Schriftelijke toestemming voor het kwantitatief onderzoek van Wijkgezondheidscentrum Botermarkt	122
Bijlage 2: Schriftelijke toestemming voor het kwantitatief onderzoek van Huisartsenpraktijk Ledeberg.....	123
Bijlage 3: Vragenlijst voor het kwantitatief onderzoek	124
Bijlage 4: Evaluatieformulier vragenlijst	131
Bijlage 5: Coderingssheet evaluatie vragenlijst.....	132
Bijlage 6: Aanvraag Ethisch Comité	133
Bijlage 7: Informatiebrief voor de patiënten	140
Bijlage 8: Informatiebrief voor de niet-patiënten	142
Bijlage 9: Brief verzonden naar het Ethisch Comité ter melding van de aanpassingen van de vragenlijst.....	144
Bijlage 10: Coderingswijze voor de verwerking van de vragenlijst in Excell.....	145
Bijlage 11: Coderingssheet voor de verwerking van de vragenlijsten in het kwantitatieve onderzoek	147
Bijlage 12: Affiche van de campagne over geneesmiddelen via het internet.....	216
Bijlage 13: Illustratie van de verschillende rollen die een professional kan hebben betreffende <i>patient empowerment</i> door het internet en het effect ervan op de relatie tussen zorgverlener en patiënt.....	217
Opvolgdocumenten	219

Woord vooraf

Bij de keuze van een onderwerp voor mijn masterproef sprak dit topic mij dadelijk aan. We worden tegenwoordig overal geconfronteerd met het internet, dat soms onterecht als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Ook hoor ik in mijn omgeving steeds vaker verhalen over het opzoeken van informatie omtrent een bepaalde ziekte of gezondheid in het algemeen op het internet. Soms draait dit positief uit, soms negatief. Omdat het zo dicht bij mijn en ongetwijfeld ook andere personen hun leven staat, was het voor mij dus erg interessant om dit onderwerp te bestuderen en tegelijkertijd te correleren met een belangrijke evolutie in de gezondheidszorg, namelijk de versterking van de patiënt.

Daarnaast was het voor mij een eer om te mogen werken onder begeleiding van een belangrijke persoon uit de huisartsengeneeskunde, Prof. Dr. De Maeseneer. Ik wil hem dan ook bedanken voor de steun die hij mij gaf. Daarnaast kreeg ik van hem ook voldoende zelfstandigheid om mijn idee uit te werken, iets wat ik voor de uitwerking van dit werk, dat de spreekwoordelijke kers op de taart van mijn universitaire studieloopbaan moet worden, erg belangrijk vind.

Ook de artsen en het begeleidend personeel van het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt en de Huisartsenpraktijk Ledeberg wil ik bedanken. Zij hebben mij onbetaalbare hulp geboden tijdens de uitwerking van het kwantitatieve onderzoek. Ook hun oprechte interesse in het onderwerp was bemoedigend en gaf mij een bevestiging van de actualiteit en het belang van dit topic.

Met plezier vermeld ik hier ook het personeel van het Trialbureau en het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent, met in het bijzonder Mevr. Muriël Fouquet. Zij hebben mij geholpen in het verzekeren dat het kwantitatief onderzoek ethisch en respectvol verliep. Hierbij wil ik dan ook vermelden dat de gegevens verkregen uit de vragenlijst vertrouwelijk verwerkt werden.

Alhoewel er geen rechtstreeks contact is geweest met de participerende patiënten, wil ik ook hen bedanken voor hun medewerking. Ook de niet-patiënten die zonder morren wilden meewerken aan mijn onderzoek, verdienen een oprechte merci. Zonder hen was er immers van het kwantitatieve onderzoek van mijn masterproef geen sprake geweest.

Als laatste wil ik ook mijn familie en vriend bedanken. Naast de belangrijke taak van “overlezers”, hebben zij mij ook doorheen het hele proces van de uitwerking van mijn masterproef gesteund en geholpen.

Inleiding

Dat gezondheid belangrijk is, hoeft geen betoog. Samen met het inzicht van dit belang, geven patiënten steeds meer blijk van de wil om te participeren in de beslissingen omtrent hun gezondheid en gezondheidszorg (Randeree, 2009). De *patient-centered* benadering van de gezondheidszorg respecteert en incorporeert patiëntpreferenties in klinische beslissingsname en vereist adequate informatie, communicatie en educatie (Koonce, Giuse, Beauregard & Bettinsoli Giuse, 2007). Het internet kan in al deze gevraagde punten van belang zijn.

Het internet wordt gezien als een machtige *tool* dat het informatiezoekend gedrag van de consument verandert (Park, Chung & Sang Yoo, 2009). Daarnaast heeft deze informatiesnelweg nog een extra voordeel ten opzichte van andere mogelijke bronnen: interactiviteit. In dit licht spreekt men dan ook van een nieuwe dimensie van het internet, namelijk Web 2.0 waarbij alles rond participatie draait. Web 2.0 en de sociale *computing* fenomenen zoals Facebook en YouTube creëren een nieuwe realiteit op het internet: gebruikers zijn niet enkel consumenten van de beschikbare informatie en bronnen, ze worden nu ook zelf generator van informatie en inhoud (Randeree, 2009). Het gebruik van de Web 2.0 technologie om gezondheidsinformatie te managen wordt weergegeven met de term Medicine 2.0 (of Health 2.0) (Deshpande & Jadad, 2009). Health 2.0 wordt dan ook gedefinieerd als een netwerk van (Web 2.0) toepassingen en diensten die de gebruiker *empoweren* en geleverd worden door het internet (Randeree, 2009). Deze breuk in pure lineariteit van communicatie heeft ook een impact op de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Er is een overgang van een interactie geleid door de professional naar een dokter-patiënt-vennootschap (Fox, Ward & O'Rourke, 2004). Patiënten gaan dan ook op zoek naar effectieve methodes om deze samenwerking gemakkelijker te laten verlopen. Het internet kan hierbij met zijn grote hoeveelheden aan informatie, steuninitiatieven en *personal care tools* een belangrijke rol spelen. Omgekeerd wordt het internet opgeworpen als één van de factoren die geleid heeft tot de creatie van de patiëntexpertise (Fox et al., 2004). Echter, sinds

Tim Berners-Lee twintig jaar geleden het World Wide Web geïntroduceerd heeft aan het publiek, is er een blijvende bezorgdheid ontstaan omtrent de kwaliteit van de informatie op het net (Deshpande & Jadad, 2009). Samen met de ontwikkeling van deze *expert patient* cultuur wordt dan ook grote bezorgdheid uitgesproken over de betrouwbaarheid en validiteit van de webgebaseerde informatie (Fox et al., 2004).

De omvang van de gezondheidsgerelateerde internettoepassingen zijn “*as broad as medicine itself*” (Sonnenberg, 1997, p. 151). De resultaten van het internet als medium voor gezondheidsmanagement zijn veelbelovend. Voorbeelden zijn verbeterde communicatie, efficiëntieverhoging, verbeterde kwaliteit van zorg, kostenreductie en verbeterde zelfzorg (Randeree, 2009). Punten als deze hebben dan ook een grote relevantie in de gezondheidszorg van vandaag, die kampt met problemen zoals te hoge kosten en te hoge medische consumptie door chronisch zieken.

Het is dus de vraag of het internet met al zijn mogelijkheden en mogelijke problemen inderdaad kan inspelen op de veranderingen in de gezondheidszorg. Om te beginnen, zal eerst aan de hand van een literatuuroverzicht meer uitleg gegeven worden over het concept *empowerment* en de toepassing ervan in de gezondheidszorg. Het belang, evenals de voor- en nadelen van gezondheid op het internet worden besproken. Als laatste punt in het literatuuroverzicht wordt reeds een blik geworpen op de mogelijke manieren waarop het internet met zijn verschillende functies voor *patient empowerment* zou kunnen zorgen. Hierna wordt de vraagstelling bekeken. Vervolgens wordt het kwantitatief onderzoek met methodologie en resultaten besproken. Hierop volgt het kwalitatief onderzoek met eenzelfde indeling. De resultaten van beide onderzoeken worden samengevat in één besluit. Tenslotte volgt een vermelding van beperkingen van mijn onderzoek, en een bespreking met bemerkingen over het onderzoeksdomein aangevuld met aanbevelingen voor verder onderzoek.

1. Literatuuroverzicht

1.1 Patient empowerment

De term *empowerment* wordt gebruikt in verschillende vakgebieden, disciplines en contexten en heeft bijgevolg een hele reeks definities, betekenissen en interpretaties¹. De definitie van *empowerment* die het vaakst wordt gebruikt in de literatuur is deze van Gibson (1991):

“empowerment is a social process of recognizing, promoting and enhancing people’s abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own lives”
(Gibson, 1991, p. 359)

Uit deze definitie blijkt reeds dat *empowerment* een erg persoonlijk en contextafhankelijk gegeven is, wat het gebrek aan eenduidigheid verklaart (Gibson, 1991). Zimmerman en Warschausky (1998) concretiseerden de definitie via de formulering van drie centrale variabelen: controle, kritisch bewustzijn en participatie.

Vrij vertaald komt het neer op het volgende. Door het verwerven van de nodige kennis, vaardigheden en kritische attitude, verhoogt men kracht, invloed, controle en autoriteit over gebeurtenissen en situaties die belangrijk zijn voor een individu of gemeenschap, waardoor beter grip kan gekregen worden op hun leven en de veranderende wereld en omstandigheden waarin we leven.

Het woord *empowerment* stamt voort uit het Latijnse woord *potere* dat ‘om te kunnen, om in staat te zijn tot’ betekent (Gibson, 1991). Wat betreft de specifieke oorsprong van het concept, komen de geraadpleegde auteurs niet tot een consensus. Volgens Gibson (1991) legden de *social action* ideologie uit de jaren '60 en de zelfhulpperspectieven uit de jaren '70 de basis voor de idee, terwijl bijvoorbeeld Rappaport (1981) de oorsprong specifiek legt bij de burgerrechtenbeweging van de jaren '50-'60. Een gemeenschappelijk punt is dat *empowerment* meer focust op oplossingen dan op

¹ in het Engels naar gerefereerd als een “buzz word” (Tengland, 2007)

problemen. Het legt de nadruk op de krachten, rechten en mogelijkheden van de mensen, in plaats van op de tekortkomingen en noden (Gibson, 1991). In de loop der jaren heeft het concept zich verspreid over diverse werkgebieden en velden, zoals deze van het onderwijs, de politiek, het sociaal werk, het management en de gezondheidszorg. In deze laatstvernoemde sector spreekt men van *patient empowerment*.

Aangezien patiënt-professionalsamenwerking de hoeksteen van de hedendaagse gezondheidszorg vormt (Brennan & Safran, 2003), heeft de term *patient empowerment* veel bekendheid verworven in de medische sector. Net zoals bij het algemene begrip, wordt door zijn populariteit de term vaak gebruikt en in verband gebracht met andere begrippen, zonder dat er een duidelijke definitie aan wordt toegekend. In het licht van deze masterproef, is de volgende definitie het beste van toepassing:

“to promote autonomous self-regulation so that the individual’s potential for health and wellness is maximised”
(Lau, 2002, p. 372)

Volgens het concept van *patient empowerment* is het noodzakelijk de patiënt te betrekken bij het volledige proces van zijn of haar gezondheids- en ziektemanagement (Lau, 2002). Het is een filosofie van de gezondheidszorg die voortkomt uit het perspectief dat optimale *outcome* van interventies bekomen wordt als de patiënt een actieve participant wordt in het proces van de gezondheidszorg (Brennan & Safran, 2003). De achterliggende idee is dat het concept van ‘patiënt als een partner’ aanleiding geeft tot een betere wederzijdse verstandhouding tussen patiënt en zorgverlener, welke leidt tot een snellere diagnose en snellere beslissingen, een onderhandelde behandeling waaraan de patiënt zich beter zal houden en meer tevredenheid (Lau, 2002; Taylor, 2000).

De sleutelementen in *patient empowerment* zijn kennis, gedragsvaardigheden en eigen verantwoordelijkheid (Lau, 2002). Het concept van *informed consent* neemt hier dan ook een belangrijke plaats in. De patiënt moet voldoende adequate informatie krijgen om beslissingen omtrent hun ziektemanagement te kunnen nemen (Lau,

2002). Om het succes van *patient empowerment* te verzekeren, is verbetering van de werkrelatie en communicatie tussen patiënt en professionals dan ook erg belangrijk (Lau, 2002). Gebruikmaken van informatietechnologie om kennis te verspreiden en beter te kunnen communiceren, kan bij dit alles een hulp zijn (Lau, 2002).

Harris en Veinot (2004) en Lau (2002) stellen dat de opkomst en de groei van *patient empowerment* kaderen binnen de algemene evolutie van de gezondheidszorg. Belangrijke punten hierbij zijn zelfhulp en wederzijdse hulp, gezondheidszorgconsumentisme, de groei van alternatieve geneeskunde, de groei van patiëntenorganisaties en -activisme, de beperkingen in kosten en tijd voor de gezondheidszorg, de verhoogde publieke verantwoordelijkheid en de impact van de informatiemaatschappij. Vele van deze punten zijn toepasbaar op het concept van gezondheid op het internet.

1.2 Gezondheid op het internet

Veel artikels argumenteren dat het internet een grote impact heeft op informatievergaring en *empowerment* rond gezondheid. Jadad en Gagliardi (1998) spreken over “*an information revolution of unprecedented magnitude*” (p. 611). Het zoeken naar gezondheidsinformatie met gebruik van een algemeen zoekprogramma zoals Google is hierbij de derde meest populaire activiteit, volgend op e-mail en productonderzoek (Bernstam, Shelton, Walji & Meric-Bernstam, 2005). Gezondheid en geneeskunde is het vierde meest populaire onderwerp online, na het nieuws, reizen en het weer (Levy & Strombeck, 2002). Dit heeft tot gevolg dat 79% van de Amerikaanse internetconsumenten online gezocht heeft naar gezondheidsinformatie (Park et al., 2009). In dit licht wordt het internet door Park et al. (2009) dan ook genoemd als een machtig mechanisme dat het medisch en gezondheidszorginformatiesysteem transformeert. In 1999 spraken Eysenbach, Sa en Diepgen reeds over “*cybermedecine*” als “*a revolution in health care (...) driven by a massive consumer demand for online health resources*” (p. 1).

Snelders en Meijman (2009) zijn niet zo overtuigd van de impact van het internet. In hun boek 'De mondige patiënt' stellen ze dat de drang naar informatie niet enkel te vervullen is met behulp van het internet en dat de patiënt dus al langere tijd autonoom en 'mondig' is door gebruik te maken van andere bronnen. Medische informatie is altijd dynamisch en in ontwikkeling geweest, maar puur gezien vanuit de mogelijke beschikbaarheid van informatie waren leken en patiënten in de 20^e eeuw, wanneer het internet nog niet zo *hot* was, geen willoze volgelingen van wat door hun genezers werd voorgeschreven. De leek en de patiënt zijn dus altijd veel meer autonoom geweest in doen en handelen dan aangenomen wordt. Het is volgens hen dan ook een paradox als we het in de tijd van het internet hebben over een 'op weg zijn naar de autonome patiënt'. Ook Segal (2009) relateert de impact van het internet en spreekt over *'the old empowered patient'*.

Het internet heeft vele voordelen. Aangezien gezondheid een privaat en persoonlijk gegeven is, vormt de anonimiteit een groot pluspunt in vergelijking met *face-to-face* interactie (Cotten & Gupta, 2004; Rice, 2006). De tijd, kost en moeite zijn bij het raadplegen van het internet minimaal (Park et al., 2009). De consument kan grote hoeveelheden informatie met verschillende perspectieven en formaten verkrijgen, waar en wanneer ze het willen (Cline & Haynes, 2001; Cotten & Gupta, 2004; Park et al., 2009). Ook de interactiviteit en het continu updaten, indien dit ook werkelijk gebeurt, zijn belangrijke voordelen in vergelijking met andere bronnen (Cline & Haynes, 2001; Cotten & Gupta, 2004).

Zowel het publiceren als het toegang hebben tot informatie is door het internet veel gemakkelijker geworden (Akerkar & Bichile, 2004). Alle voordelen die gelden voor de zoekers, gelden dus eveneens voor adverteerders. Het internet is een snel en goedkoop medium om waar aan de man te brengen. Verschillende studies tonen aan dat er vaak een advertentie aanwezig is. De commercialisatie van het net kan een gevaar betekenen voor de onwetende zoeker. De minimale moeite voor publicatie van informatie brengt ons bij het volgende en belangrijkste nadeel van het internet. Het web is ongereguleerd en de kwaliteit van de medische informatie is erg variabel (Levy &

Strombeck, 2002; Lorence & Greenberg, 2005). De informatie op het net omtrent gezondheid varieert van persoonlijke getuigenissen, over productpromotie tot weldegelijk wetenschappelijk bewezen informatie (Lorence & Greenberg, 2005). Vele studies hebben de deficiënties van de kwaliteit van de informatie op het net aangetoond (Akerkar & Bichile, 2004). Zonder een medische achtergrond kunnen consumenten grijpen naar misleidende, incorrecte of ongenueanceerde informatie die hen kan schaden (Seidman, Steinwachs & Rubin, 2004) Dit zorgt er samen met de *information overload*, de algemene desorganisatie, het gebruik van erg technische taal, het gebrek aan gebruiksvriendelijkheid, de constante veranderlijkheid en de commercialisatie op het net voor dat de surfers veel tijd moeten steken in het vinden van juiste informatie (Cline & Haynes, 2001; Cotten & Gupta, 2004; Park et al., 2009; Rice, 2006). Akerkar en Bichile (2004) stellen dat dit nauwelijks gebeurt. Vele volwassenen stellen zich nauwelijks vragen bij de betrouwbaarheid en kwaliteit van de informatie (Akerkar & Bichile, 2004). Terwijl consumenten regelmatig een oordeel vellen over de kwaliteit van informatie via traditionele media zoals kranten of boeken, blijken de kwaliteitsindicatoren voor het internet niet zo evident voor de gebruikers (Breckson, Jones, Morris, & Richardson, 2008) De kwestie van de kwaliteit van de informatie op het internet mag niet onderschat worden aangezien het direct gerelateerd is met menselijke gezondheid en overleving (Park et al., 2009). Ook is het principe van privacy en anonimiteit niet sluitend. Het behouden van confidentialiteit van alle uitgewisselde gezondheidsinformatie over het internet is onmogelijk (Levy & Strombeck, 2002).

1.3 Patient empowerment via het internet

Internet health (soms ook “*cybermedecine*” of “*e-health*” genoemd), het publieke gebruik van het internet om het maken van beslissingen omtrent gezondheid en ziekte te vergemakkelijken, zou de patiënt kunnen *empoweren* (Segal, 2009). In de laatste jaren liep de verhoogde betrokkenheid van consumenten voor beslissingen rond hun gezondheidszorg parallel met de explosie van het World Wide Web als beschikbare bron (Seidman et al., 2003a). Er is dan ook debat over het potentieel van het internet om de patiënten een bron

van *empowerment* aan te bieden en hun gevoel van controle over de ziekte te verhogen (Broom, 2005). Ook het doorbreken van de paternalistische beslissingsmakende structuren met democratische participatie speelt hier een grote rol (Broom, 2005). *Patient empowerment* wordt in deze context dan ook gedefinieerd als:

“how people perceive online information and support as providing them with the knowledge, skills, attitudes, and self-awareness necessary to make more informed decisions, to improve the quality of their lives, and to take actions they might not have otherwise” (Sharf, 1997, p.74)

Bij het overlopen van de literatuur ontdekte ik drie mogelijke manieren van *empowerment* van patiënten via het internet: via informatievergaring, via het delen van ervaringen en opvattingen tussen lotgenoten via steungroepen, discussiefora en sociale netwerkinitiatieven, en via *personal care management tools*.

Health information seeking wordt door Cotten en Gupta (2004) omschreven als het zoeken naar en het ontvangen van berichten die de onzekerheid omtrent de gezondheidsstatus verminderen en een sociaal en persoonlijk gevoel van gezondheid helpen creëren. Door de hierboven beschreven voordelen, is het internet een erg belangrijke bron voor deze functie. Välikmäki, Nenonen, Koivunen en Suhonen (2007) zeggen dat de mogelijkheid om accurate gezondheidsinformatie te verkrijgen op een snelle, handige en private manier de consumenten de kans geeft om geïnformeerde beslissingen te nemen en actief te participeren in hun zorg. Met andere woorden: *knowledge is power*. *Empowerment* is echter slechts mogelijk wanneer de informatie correct is én correct geïnterpreteerd wordt.

Ook online steungroepen zijn geïdentificeerd als één van de voornaamste methoden waarop patiënten extra informatie kunnen verkrijgen (Cotten & Gupta, 2004). Additioneel hierbij is dat het begrip dat anderen in een gelijkaardige situatie zitten, en de empathie die dat met zich meebrengt, de patiënt kan “versterken” (Cotten & Gupta, 2004). Discussiefora en sociale netwerksites behoren eveneens tot deze categorie. Vooral voor zeldzame ziekten kunnen

deze transgeografische online steungroepen een groot verschil maken (Fox et al., 2004). Eén op de vier ziekte-informatiezoekers sluit zich aan bij een online steungroep (Levy & Strombeck, 2002). Een recente studie van van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel en van de Laar (2009) toonde aan dat participatie in online steungroepen een waardevolle bijdrage aan de *patient empowerment* kan leveren, waarbij het punt van ‘het beter geïnformeerd zijn’ het best scoorde. Ook hier komen we het probleem van correctheid en betrouwbaarheid tegen. Online steungroepen worden gezien als de belangrijkste bron van het verspreiden van misleidende informatie omdat veel van de begeleiding aangeboden door steungroepenleden gebaseerd is op persoonlijke ervaringen en dus niet wetenschappelijk en betrouwbaar is (Cotten & Gupta, 2004).

Ziektemanagement refereert naar een set van gecoördineerde gezondheidszorginterventies en communicatie voor populaties met condities waarbij zelfzorg significant is (Demeris & Eysenbach, 2002). Het legt de nadruk op preventie van verslechtering en complicaties en tracht de algemene gezondheid te verbeteren door continue beoordeling van klinische en economische *outcome* (Demeris & Eysenbach, 2002). Het heeft zijn voordelen reeds bewezen, met resultaten van betere adherentie aan behandelingsprotocols en reductie in kosten (Randeree, 2009). Het internet kan hierbij met diverse *tools* hulp bieden. Bijvoorbeeld momenteel erg populair is het onderzoek naar en de ontwikkeling van webgebaseerde *Electronic Health Records* waarbij de patiënten kunnen communiceren en informatie uitwisselen met professionals. Hierbij heeft de patiënt controle over zijn of haar eigen medische data inclusief de mogelijkheid tot inzien van het medisch dossier online en het toevoegen van medische data (Ueckert, Goerz, Ataian, Tessmann & Prokosch, 2003). Hierdoor krijgt de patiënt een actievere rol in zijn ziektemanagement, wat kan leiden tot *empowerment*.

2. Probleem- en doelstelling

De redenering van kennis is macht, het internet geeft meer informatie en dus meer kennis, dus het internet zorgt voor *empowerment*, is te simplistisch. Het voornaamste probleem omtrent gezondheid op het internet stelt zich bij de (mogelijke) geringe kwaliteit van de informatie op het net. Het is dan ook belangrijk om te onderzoeken hoe deze kwaliteit verschilt volgens methode van opzoeken en hoe de betrouwbaarheid en correctheid kan ingeschat worden door de onwetende zoeker. Via het kwalitatief onderzoek zal ik dan ook verschillende zoekmethodes uitproberen en de kwaliteit van verschillende sites beoordelen. Het is eveneens noodzakelijk om te onderzoeken wat het huidige informatiezoekend gedrag is en hoe men hierop in de toekomst zou kunnen inspelen. Daarnaast willen we ook weten wie er kiest voor het internet, hoeveel en waarom. Toekomstige educatieve initiatieven kunnen dan beter afgestemd worden. Ook deze punten worden onderzocht in het kwantitatief onderzoek. Ook het belang, de mogelijkheden en problemen van andere functies van het internet die tot *empowerment* zouden kunnen leiden, moeten ingeschat worden.

De risico's ontstaan eigenlijk pas wanneer de patiënten op grond van onbetrouwbare of verkeerd geïnterpreteerde informatie actie ondernemen. Het is ook maar de vraag of de zoekers ook ageren naar de extra informatie. Volgens Snelders en Meijman (2009) is het beschikbaar komen van nieuwe informatie immers geen recept voor gedragsverandering. Via de kwantitatieve studie zal dan ook bevraagd worden naar verschillende acties ten gevolge van gezondheidsinformatie op het internet. Er zal nadruk gelegd worden op de relatie tussen informatievergaring en andere functies van het internet en *patient empowerment*. Wanneer patiënten dan ook gaan ageren naar de informatie afkomstig van zo'n kwaliteitsvariabele bron, met kleine input van professionals, kunnen problemen ontstaan.

3. Kwantitatief onderzoek

3.1 Methodologie

3.1.1 Steekproef en procedure

Voor het kwantitatief exploratief onderzoek werden 100 vragenlijsten verspreid. Het oorspronkelijke plan was om 100 patiënten te ondervragen, maar om de bias die het gevolg zou kunnen zijn van enkel mensen aan te spreken die reeds bezig zijn met hun gezondheid deels te elimineren, werd dit aangepast. Daarom werden er uiteindelijk 50 niet-patiënten en 50 patiënten ondervraagd. Mogelijks kunnen er dan ook interessante vergelijkingen tussen de twee groepen gemaakt worden.

De vragenlijsten werden onder de patiënten verspreid in het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt en de Huisartsenpraktijk Ledeborg. Hiervoor werd toestemming verkregen van Mevr. Leen De Roo, contactpersoon bij het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt (bijlage 1), en Dr. Haenebalcke, contactpersoon bij de Huisartsenpraktijk Ledeborg (bijlage 2). Oorspronkelijk was het idee om zelf de patiënten in de wachtzaal aan te spreken met de vraag om mee te werken aan de studie door een vragenlijst in te vullen. Omwille van privacyredenen werd dit echter niet toegestaan door het Ethisch Comité UZGent. Daarom werd overgeschakeld naar de strategie om de artsen aan de patiënten te laten vragen of men wilde meewerken. Hiervoor werden de artsen van bovenvermelde instanties persoonlijk aangesproken om hieraan mee te werken. Wanneer de patiënten aan hun arts de toestemming gaven om mee te werken, kon men de vragenlijst in een aparte ruimte invullen en daarna deponeren in een afgesloten doos. De vragenlijst werd consecutief uitgedeeld tot wanneer het vereiste aantal bereikt werd (25 in het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 25 in de Huisartsenpraktijk Ledeborg). Het invullen van de vragenlijst gebeurde steeds op papier. Daarnaast werden ook 50 vragenlijsten verspreid onder niet-patiënten. Hierbij werden personen aangesproken uit verschillende milieus. Er werd op toegezien dat personen van verschillende leeftijden, geslachten, opleidingsniveaus

e.d. bereikt werden. Het invullen van de vragenlijst gebeurde hierbij zowel online als op papier, zodat niet enkel mensen met internet bereikt werden. Enkel meerderjarige personen werden bevraagd bij beide groepen.

3.1.2 Opstellen en evaluatie van de vragenlijst

De finale versie van de vragenlijst vindt u terug in bijlage 3. De gestructureerde vragenlijst werd opgesteld aan de hand van voorbeelden van vragenlijsten uit de literatuur. Daarnaast werden enkele extra vragen toegevoegd over subjectieve gezondheid en *health locus of control*. Voor de vraag over subjectieve gezondheid werd de formulering van World Health Organisation (WHO) overgenomen. De vragen over *health locus of control* werden met de hulp van Mr. Wim Peersman, medewerker en gastlector van de vakgroep revalidatiewetenschappen en kinesithérapie, overgenomen uit voorgaande studies. Voor de tabellen werd gewerkt met een vijfpunts Likertschaal, zodat de verschillende punten en stellingen gemakkelijk gecodeerd, vergeleken en besproken kunnen worden. Daarnaast werd er bij de meeste vragen plaats overgelaten (“andere”) voor de participanten om zelf hun idee te vermelden en te quoteren.

Deze vragenlijst is niet gevalideerd, maar werd wel geëvalueerd. Voor de evaluatie van de vragenlijst werd de vragenlijst samen met een evaluatieformulier verspreid onder tien personen. Dit evaluatieformulier zit in bijlage 4. Om de evaluatie representatief voor het werkelijk onderzoek te maken qua steekproef, werden dan ook vijf patiënten en vijf niet-patiënten bevraagd. Er werd bevraagd naar vier aspecten: de duidelijkheid van de vijfpuntenschaal, de verstaanbaarheid van de vragenlijst, het gevoel van moeite voor de persoon die de vragenlijst invult en de lengte van de vragenlijst. Om niet opnieuw met een (mogelijks te moeilijke) vijfpuntenschaal te werken, werd geopteerd voor antwoorden in ja-gemiddeld-neen. Deze evaluatie werd gecodeerd via Excell, waarbij ja=1, gemiddeld=0, neen=-1. Bij iedere vraag was er plaats voor opmerkingen. Er werd ook gevraagd naar algemene opmerkingen of suggesties, zodat de evaluerende personen ook over andere punten dan deze hierboven vermeld hun kritiek kwijt konden.

De coderingssheet voor de evaluatie van de vragenlijst zit in bijlage 5. Voor duidelijkheid van de vijfpuntenschaal werd een somscore van negen behaald. Negen participanten vonden deze schaal duidelijk, slechts één persoon duidde “gemiddeld” aan. Verstaanbaarheid scoorde eveneens goed met acht ja’s en twee keer “gemiddeld”. De participanten vonden niet dat het invullen van de vragenlijst hen veel moeite kostte. Slechts twee maal werd “gemiddeld” aangevinkt en acht maal “neen”. De lengte van de vragenlijst scoorde min zeven, dus zeven personen vonden de vragenlijst niet te uitgebreid, drie personen gemiddeld. We zien dus dat er nooit de “slechtste” optie werd aangeduid. Omdat de lengte van de vragenlijst minder goed gevonden werd dan de andere aspecten van de vragenlijst, werd hier een aanpassing uitgevoerd. De tabel over het gebruik van internet voor de verschillende doeleinden werd weggelaten.

De weinige opmerkingen gingen voornamelijk over de woordkeuze. Ook hier werden dan ook enkele kleine aanpassingen gedaan. Zo werd bij de vraag over het al dan niet opzoeken van informatie op het internet naast gezondheid ook ziekte toegevoegd. Van het woord “fora” werd het duidelijkere “discussiefora” gemaakt. De finale versie van de vragenlijst vindt u terug in bijlage 3. Wanneer de vragenlijst volledig ingevuld kon worden, duurde dit acht à tien minuten. Wanneer de participanten geen internet gebruiken of niet zoeken naar informatie omtrent gezondheid of ziekte, eindigde de vragenlijst en duurde het invullen veel minder lang.

Bij het coderen van de vragenlijsten bleek dat de vraag naar de nationaliteit van één van de ouders onduidelijk was. Deze vraag bleef vaak oningevuld. Er werd dan ook beslist om deze vraag niet te coderen en niet op te nemen in de verwerking en bespreking van de resultaten.

3.1.3 Ethische verantwoording

In het begin van het tweede semester werd een aanvraag ingediend bij het Ethisch Comité UZGent (bijlage 6). Er werd een informatie- en waarschuwingsnota ondertekend door de onderzoeker.

Na een korte bespreking met het Trialbureau en Mevr. Muriël Fouquet, stafmedewerkster bij het Ethisch Comité, werd hierbij overgeschakeld naar de werkwijze waarbij de artsen de toestemming van de patiënten vragen.

Er werd zowel voor de patiënten als voor de niet-patiënten een uitgebreide informatiebrief opgesteld (zie bijlage 7 en 8). Deze brief werd telkens vooraan de vragenlijst toegevoegd. Aangezien de artsen de toestemming van de patiënten vroegen, werd deze brief dan ook uit hun oogpunt opgesteld. De andere brief is voor de niet-patiënten en werd dan ook opgesteld vanuit het oogpunt van de onderzoeker. Deze brieven omvatten de punten die volgens de template van het Ethisch Comité aangegeven moeten worden. In overleg met Mevr. Muriël Fouquet werd beslist om geen schriftelijke toestemming onder vorm van een handtekening te vragen, aangezien dit de anonimiteit en dus mogelijke participatie zou schaden.

Na de evaluatie en aanpassing van de vragenlijst, werden de aanpassingen doorgegeven aan het Ethisch Comité met behulp van een brief (bijlage 9).

3.1.4 Verwerking van de vragenlijsten

De vragenlijsten werden gecodeerd met behulp van Excell. De coderingswijze staat uitgeschreven in bijlage 10. De coderingssheet vindt u terug in bijlage 11. Deze sheet laat toe om verschillende analyses uit te voeren met één of meerdere parameters. Ook correlaties tussen verschillende parameters waren gemakkelijk te analyseren.

Voor de analyse van de parameters werd steeds het rekenkundig gemiddelde berekend, behalve bij *health locus of control* waarbij de somscore werd berekend wegens gewoonte in de literatuur. Bij dit laatste werden vragenlijsten met onvolledige gegevens dan ook weggelaten omdat de som anders niet correct zou zijn. Voor de andere parameters werden onvolledige vragenlijst die minstens voor 75% waren ingevuld wel in beschouwing genomen aangezien een missend cijfer geen invloed heeft op het gemiddelde. De

gemiddelden voor de vijfpuntenschaal moeten bekeken worden ten opzichte van een maximum van vijf en een minimum van één. Drie betekent neutraal.

Voor de parameters uit deel één en twee wordt er steeds een vergelijking gemaakt tussen patiënten en niet-patiënten. Bij de parameters uit deel drie worden enkel de opvallende verschillen tussen de twee groepen aangekaart. Ook opmerkelijke “andere” voorstellen van de ondervraagden zullen vermeld worden.

Omwille van het kleine aantal gegevens uit de vragenlijst (100 voor het eerste deel, 87 voor het tweede deel en 53 voor het derde deel) werden geen statistische analyses uitgevoerd. Omdat dit onderzoek kleinschalig is, zullen mijn resultaten tijdens de bespreking vergeleken worden met gegevens uit andere studies.

3.1.5 Analyses van de variabelen

Op basis van de vragenlijsten kunnen verschillende analyses gemaakt worden. De eerste is de analyse van de karakteristieken van de internetgebruiker (zoals geslacht, leeftijd, nationaliteit, opleidingsniveau, aanwezigheid van internet thuis, frequentie van het internetgebruik). Er worden een paar vragen gesteld rond subjectieve gezondheid en *health locus of control* (opgesplitst in *internal*, *powerful others* en *chance*), twee onderwerpen die een interessante bespreking van de relatie met *empowerment* door het internet kunnen opleveren. Het belang van het internet voor het opzoeken van gezondheidsinformatie in vergelijking met andere bronnen zal besproken worden. Ook redenen voor het gebruik van het internet in vergelijking met andere bronnen worden onderzocht. De manier waarop en het onderwerp waarover de informatie werd opgezocht, zal ook geanalyseerd kunnen worden. Een belangrijk deel in de analyse van de vragenlijst is de manier van controle van de betrouwbaarheid en juistheid van de gevonden informatie. Om raad te kunnen geven aan patiënten betreffende hun zoekwijze, moeten immers eerst de meest gebruikte evaluatiemethoden bestudeerd worden. Daarnaast zal er ook bestudeerd worden of de extra informatie en kennis ook aanleiding geeft tot acties. Een belangrijke

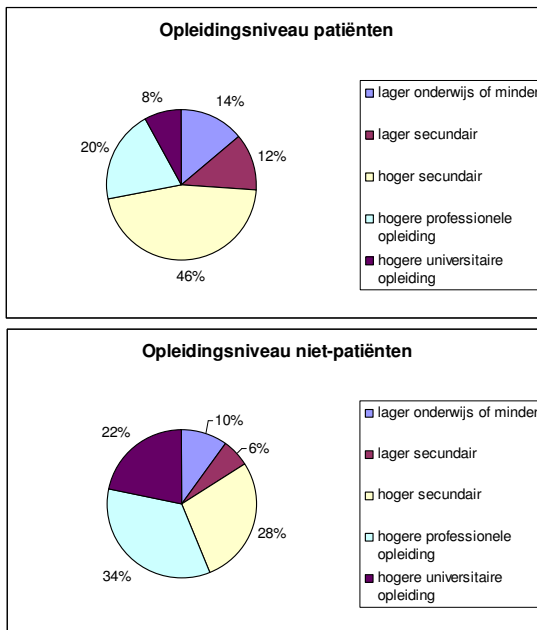
vraag is na te gaan of het internet de kans heeft gegeven om meer en betere informatie te verkrijgen, in vergelijking met vroeger toen er alleen bronnen zoals televisie en tijdschriften waren. Er zullen eveneens verbanden kunnen gelegd worden tussen de verschillende resultaten.

3.2 Resultaten

3.2.1 Algemene karakteristieken van de ondervraagde personen

Bij de patiënten was 52% van de ondervraagden mannen. Bij de niet-patiënten was dit 48%. In het totaal zijn er dus evenveel mannen als vrouwen ondervraagd. De gemiddelde leeftijd van de ondervraagde patiënten is 42, terwijl dit bij de niet-patiënten 45 is. Deze parameters zijn dus vergelijkbaar tussen de twee groepen. Bij het opleidingsniveau is er een duidelijk verschil. Het gemiddelde bij de patiënten is 1,96, wat betekent dat de gemiddelde participant een opleidingsniveau heeft van hoger secundair. Het gemiddelde van de niet-patiënten is 2,52, wat aantoont dat hier meer personen een hogere professionele opleiding hebben. Dit verschil blijkt ook uit onderstaande taartdiagrammen (Figuur 1).

Bij de patiënten is 8% van de ondervraagden niet-Belg. Bij de niet-patiënten is dit slechts 2%. Dit verschil en het verschil in opleidingsniveau kan te maken hebben met de regio waarin de ondervragingen onder de patiënten uitgevoerd zijn. Met de verschillen in opleidingsniveau en nationaliteit zal rekening moeten gehouden worden bij verdere vergelijking tussen de twee groepen.



Figuur 1: Vergelijking opleidingsniveau tussen patiënten en niet-patiënten

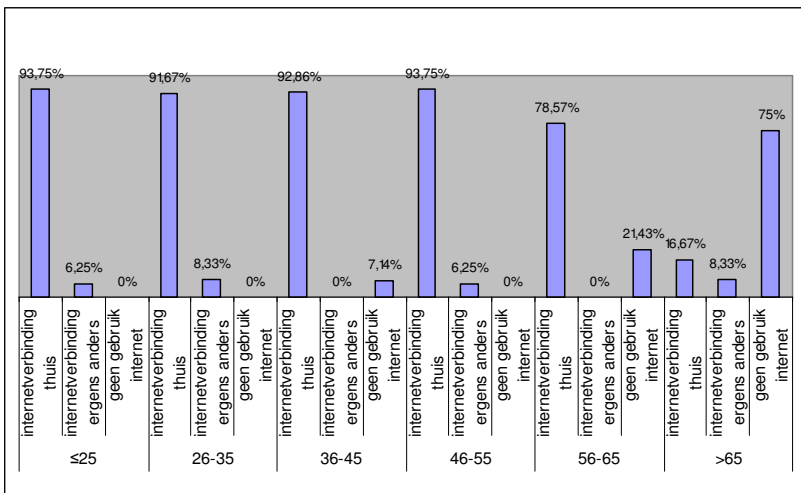
3.2.2 Internetgebruik

Over het algemeen heeft 82% van de participanten internetverbinding thuis. 5% gebruikt het internet enkel op een andere plaats en 12% gebruikt helemaal geen internet. Bij vergelijking tussen de twee groepen blijkt dat de patiënten een hoger percentage niet-gebruikers hebben (16% versus 10%) en een lager percentage aan personen die een internetverbinding thuis hebben (78% versus 86%).

Deze hoge percentages zijn niet opmerkelijk. In 2003 rapporteerde Rieh reeds dat één van de belangrijkste trends de *domestication* van het internet was. De Pew Research Center vond dat tussen 2000 en 2002 het aantal gebruikers dat thuis hogesnelheidsverbinding had verviervoudigd was (Rieh, 2003). Välikmäki et al. (2007) vonden dat in 2002 39% internet thuis had en 50% op het werk. De

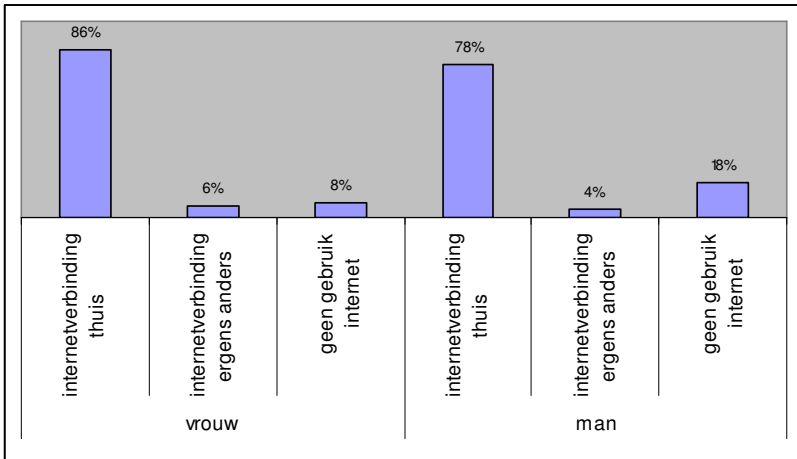
verschuiving van de percentages geeft een idee over het groeiende belang van het internet en informatietechnologie in de laatste jaren.

Wanneer we kijken naar het gebruik van internet volgens leeftijd (grafiek in Figuur 2), zien we dat pas vanaf de categorie 56-65 jaar het percentage dat geen internet gebruikt aanzienlijk wordt. In de jongere leeftijdsklassen is het percentage dat internetverbinding heeft thuis, steeds boven de 90%. De pieken worden bereikt in de leeftijdsklassen ≤ 25 jaar en 46-55 jaar. In de categorie >65 jaar gebruikt 75% van de participanten geen internet. Toch is het opvallend dat bijna 17% van deze leeftijdsgroep wél een internetverbinding thuis heeft en in het totaal 25% gebruik maakt van het internet. Volgens Campbell en Nolfi (2005) lag dit percentage in de VS in 2005 op 22%. Välikmäki et al. (2007) zeggen dat relatief gezien het aantal internetgebruikers het meest gestegen is sinds 2001 bij de zestigplussers, bij wie het startniveau het laagst was. Gray, Klein, Noyce, Sesselberg en Cantrill (2005) zeggen dat het internet ook voor adolescenten (11-19 jaar) een erg belangrijke bron van algemene en gezondheidsgerelateerde informatie is.



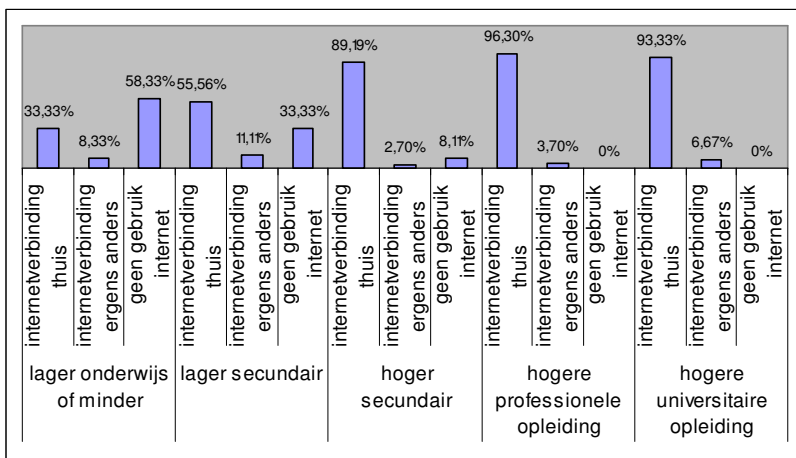
Figuur 2: Internetgebruik volgens leeftijd

Wanneer we het internetgebruik opsplitsen volgens geslacht, wordt het duidelijk dat er meer mannen zijn die geen internet gebruiken (grafiek in Figuur 3). Välikmäki et al. (2007) zeggen dat sinds 2001 vrouwen een inhaalbeweging gemaakt hebben ten opzichte van het andere geslacht.



Figuur 3: Internetgebruik volgens geslacht

Bij opsplitsing volgens opleidingsniveau bekomen we onderstaande resultaten (grafiek in Figuur 4). Deze grafiek toont aan dat het gebruik van internet stijgt met een stijgend opleidingsniveau (met een lichte daling bij het hoogste niveau). Ook Välikmäki et al. (2007) kwamen tot deze conclusie. Deze bevinding zou het lagere internetgebruik van de patiënten die, zoals bleek uit de algemene karakteristieken, een lager opleidingsniveau hadden, kunnen verklaren.

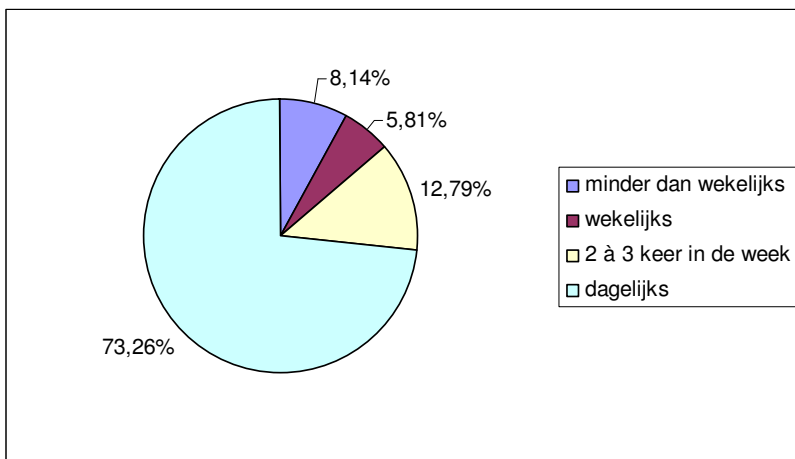


Figuur 4: Internetgebruik volgens opleidingsniveau

Voor een vergelijking van de nationaliteit wat betreft internetgebruik hebben we te weinig gegevens. Slecht vijf niet-Belgen vulden de vragenlijst in. Ter informatie kunnen we vermelden dat 40% van de niet-Belgen geen internet gebruikt en 60% thuis internetverbinding heeft.

3.2.3 Regelmaat internetgebruik

Van de personen die internet thuis of ergens anders gebruiken, was de verdeling van de regelmaat van internetgebruik zoals hieronder afgebeeld (Figuur 5). Het is opvallend dat bijna driekwart van de ondervraagden dagelijks het internet gebruikt.



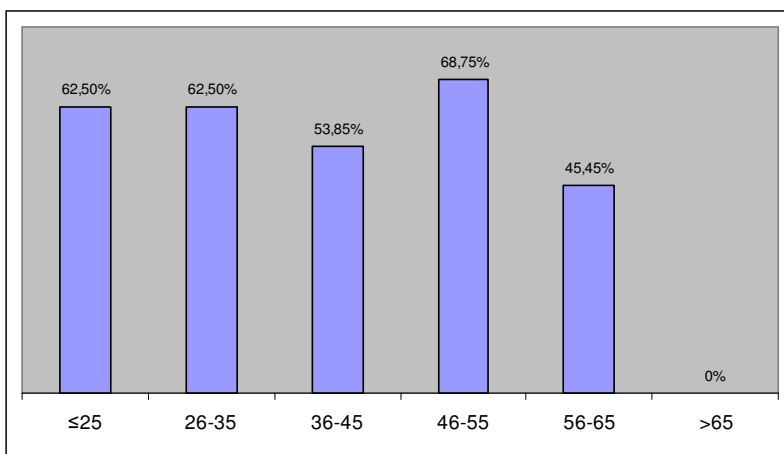
Figuur 5: Regelmaat internetgebruik

3.2.4 Internetgebruik voor informatie over gezondheid of ziekte

Gemiddeld zoeken 57% van de ondervraagde personen die internet gebruiken (thuis of elders) naar informatie over ziekte of gezondheid. Bij de internetgebruikende patiënten ligt dit percentage op 62%. Bij de niet-patiënten is dit 53%. Er is hier dus een duidelijk verschil aanwezig, welke te wijten kan zijn aan het feit dat we door patiënten te ondervragen personen selecteren die aandacht hebben voor hun gezondheid. In 2002 beweerden Powell en Clarke dat 50 tot 75% van de internetgebruikers gezocht heeft naar gezondheidsinformatie. Park et al. (2009) rapporteerden echter dat 79% van de Amerikaanse internetconsument al gezocht heeft naar gezondheidsinformatie online, een percentage dat toch beduidend hoger ligt dan mijn resultaat.

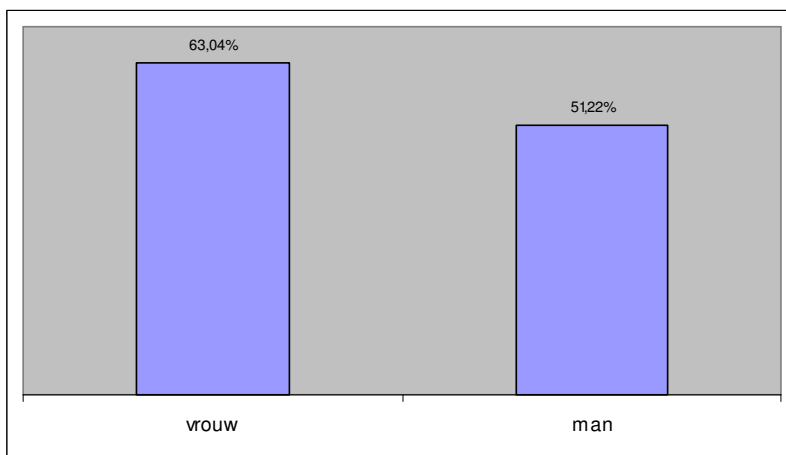
Bij onderverdeling volgens leeftijd is geen duidelijk patroon te onderscheiden (grafiek in Figuur 6). Wel blijkt dat niemand ouder dan 65 jaar zoekt naar informatie omtrent ziekte of gezondheid. Campbell en Nolfi (2005) zeggen dat oudere volwassenen het internet wel willen gebruiken als bron voor algemene gezondheidsinformatie, maar de beslissingen over hun eigen

gezondheidszorg liever overlaten aan de arts. Met het stijgende belang van het internet voor gezondheidsmanagement, zou deze kloof een belangrijk nadeel kunnen vormen voor deze leeftijdsklassen. De categorie 46-55 jaar scoort het hoogst. Powell en Clarke (2002) zeggen dat de grootste proportie van gebruik ligt bij de gebruikers tussen 30 en 64 jaar oud. Het onduidelijke patroon zou het gevolg kunnen zijn van twee patronen. Enerzijds zijn jongere mensen meer ervaren met het internet, waardoor gemakkelijker de stap gemaakt wordt om te zoeken naar gezondheidsinformatie. Anderzijds zijn oudere mensen meer bezig met hun gezondheid, waardoor dit een reden zou kunnen zijn om net meer te gaan zoeken op het internet naar additionele informatie. Ook in de literatuur vinden we deze tweestrijd terug, waarbij we zowel studies vinden die beweren dat jongere mensen meer zoeken als studies die voornamelijk in de oudere leeftijdscategorieën de meeste gezondheidsinformatiezoekers plaatsen (Cotten & Gupta, 2004; Rice, 2006; Välikmäki et al., 2007).



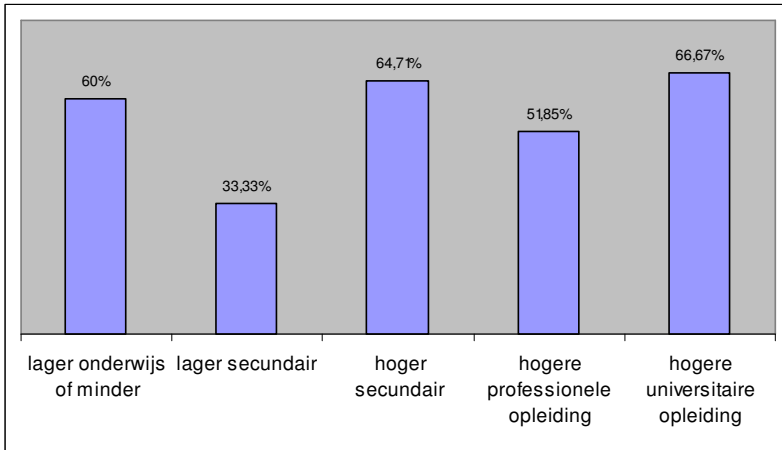
Figuur 6: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per leeftijd

Bovenop het grotere internetgebruik, zien we dat vrouwen meer informatie opzoeken over ziekte of gezondheid (grafiek in Figuur 7). Dit ondervonden ook Powell en Clarke (2002). Bij Rice (2006) was dit verschil nog groter: 72% bij vrouwen en 51% bij mannen.



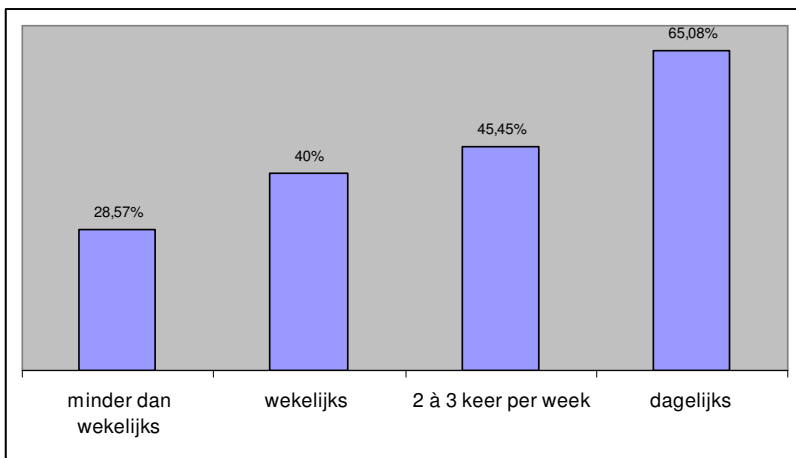
Figuur 7: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per geslacht

Ook de opdeling per opleidingsniveau geeft geen duidelijk patroon aan (grafiek in Figuur 8). Volgens Miller en West (2009) gebruiken minder opgeleide personen het internet minder als gezondheidszorggerelateerde functie. Ook Rice (200) zegt dat het gezondheidsinformatiezoekend gedrag vermeerderd bij hogere opleiding. Deze bevindingen vinden we hier echter niet duidelijk terug.



Figuur 8: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per opleidingsniveau

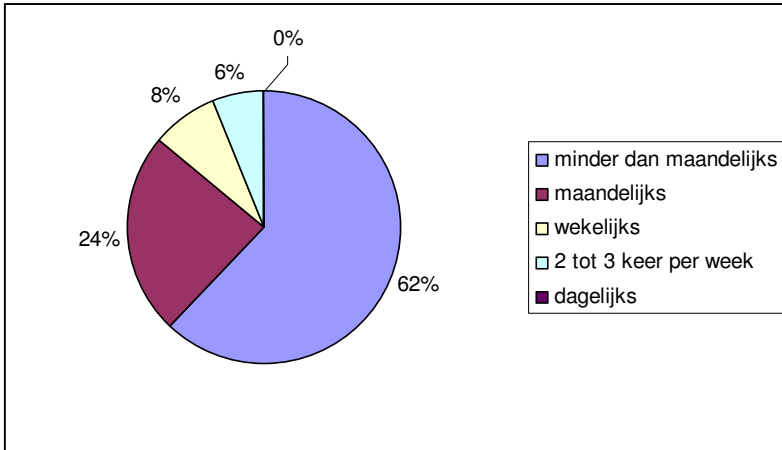
Park et al. (2009) zagen dat online ervaring een erg belangrijke determinant was voor al dan niet zoeken naar gezondheidsinformatie op het net. Om dit na te gaan wordt de parameter al dan niet zoeken naar informatie over ziekte of gezondheid gesorteerd per regelmaat van algemeen internetgebruik. Uit onderstaande grafiek (Figuur 9) is duidelijk dat de bevindingen van Park et al. bevestigd worden. Naarmate men het internet vaker gebruikt, zal men ook meer naar gezondheidsinformatie zoeken. Ook Cotten en Gupta (2004) kwamen tot dezelfde resultaten.



Figuur 9: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per regelmaat van internetgebruik

3.2.5 Regelmaat internetgebruik voor informatie over gezondheid of ziekte

Het gemiddelde voor deze parameter is 0,58. In onderstaand taartdiagram ziet u de verdeling van de regelmaat (Figuur 10). We zien dat niemand dagelijks naar informatie over ziekte of gezondheid zoekt. Bij de overgrote meerderheid gebeurt deze activiteit minder dan maandelijks. Powell en Clarke (2002) zeggen daarentegen dat dit meer dan drie keer per maand gebeurt.

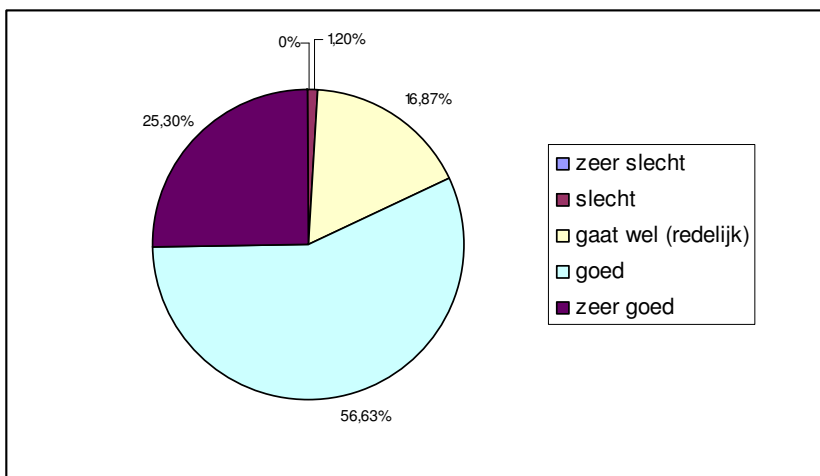


Figuur 10: Regelmaat internetgebruik voor het opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid

3.2.6 Subjectieve gezondheid

We bestuderen hier de subjectieve appreciatie die mensen hebben over hun eigen gezondheidstoestand (“Gezondheidsenquête België 2008”, z.d.). Subjectieve gezondheid is een concept dat gebruikt werd in onder andere de Gezondheidsenquête 2008 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en in verband wordt gebracht met verschillende parameters zoals mortaliteit en medische consumptie (“Gezondheidsenquête België 2008”, z.d.; Singh-Manoux et al., 2007). Het gaat om een globale maatstaf die fysieke, mentale zowel als sociale gezondheid omvat. De subjectieve beoordeling van de gezondheid is een goede gezondheidsindicator. Het weerspiegelt op een voldoende betrouwbare wijze de problemen waarmee de bevraagde personen geconfronteerd worden (“Gezondheidsenquête België 2008”, z.d.). Ze varieert als gevolg van de aanwezigheid van symptomen of specifieke klachten maar ook als gevolg van medisch vastgestelde diagnoses (Ware, 1993). In deze vragenlijst werd één vraag gesteld over dit concept, welke opgesteld is door het WHO (de Bruin, 1997).

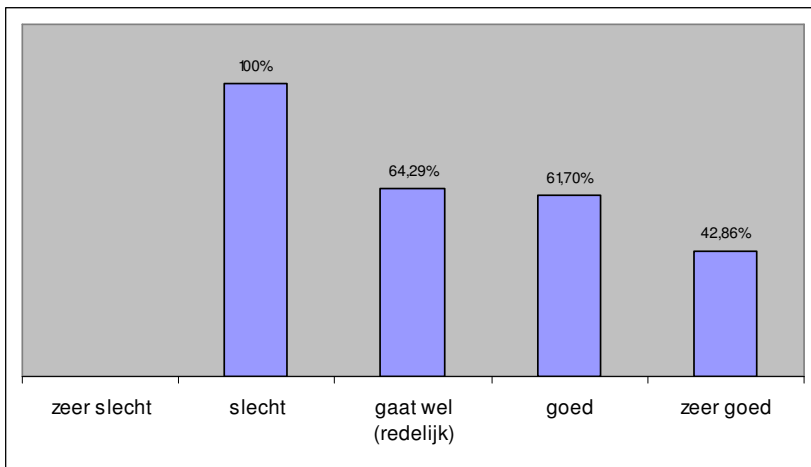
Onderstaande verdeling voor subjectieve gezondheid werd bekomen(Figuur 11). We zien dat er nooit de optie “zeer slecht” werd gekozen. Het algemene gemiddelde voor deze parameter is 3,05, wat betekent dat er gemiddeld “goed” aangeduid werd. Apart voor de patiënten is dit 2,90, terwijl dit voor de niet-patiënten 3,20 is. De consulterende patiënten schatten hun eigen gezondheid dus minder goed in. Alhoewel men met de benaming “algemene gezondheidstoestand” de huidige tijdelijke problemen wil uitsluiten, is dit verschil toch logisch aangezien een consultatie aan de arts meestal omwille van een (mogelijks langdurig) gezondheidsprobleem plaatsvindt. Daarnaast varieert de subjectieve gezondheid in functie van het opleidingsniveau van individuen. Personen behorend tot minder opgeleide families klagen vaker over hun gezondheid dan diegenen behorend tot families met een diploma secundair onderwijs. Deze laatste klagen op hun beurt vaker over hun gezondheid dan families met een diploma hoger onderwijs (“Gezondheidsenquête België 2008”, z.d.). Deze correlatie samen met de bevinding dat de patiënten minder hoog opgeleid zijn, zou dit verschil kunnen verklaren.



Figuur 11: Verdeling subjectieve gezondheid

Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Zij zagen dat 79% van de bevolking in het Vlaamse Gewest ouder dan 15 jaar hun gezondheid als “goed” of “zeer goed” aangeven (“Gezondheidsenquête België 2008”, z.d.).

Wanneer we dit correleren met het al dan niet opzoeken van informatie omtrent ziekte of gezondheid op het internet, bekomen we onderstaande resultaten (Figuur 12). Het is overduidelijk dat het percentage van personen dat zoekt naar zulke informatie daalt naarmate de gezondheid beter wordt geacht. Wanneer de algemene gezondheidstoestand slechter wordt bevonden, zal ook meer gezocht worden naar informatie over ziekte of gezondheid op het internet. Voor de regelmaat waarmee er gezocht wordt naar deze informatie, is er geen patroon te vinden. Dit komt overeen met gegevens uit de literatuur, waarbij gezegd wordt dat minder gezonde mensen meer geneigd zijn om het internet te gebruiken om informatie omtrent fysische en mentale gezondheid op te zoeken (Cotten & Gupta, 2004). Bundorf, Wagner, Singer en Baker (2006) zagen dat personen met een chronische ziekte meer naar gezondheidsinformatie op het internet zoeken. Aangezien deze mensen hun gezondheidswaarschijnlijk slechter inschatten dan deze zonder een chronische aandoening, is deze bevinding in lijn met de resultaten betreffende subjectieve gezondheid.



Figuur 12: Opzoeken van informatie over ziekte of gezondheid per categorie van subjectieve gezondheid

3.2.7 Health locus of control

Het toeschrijven van gebeurtenissen aan een beheersende instantie wordt in de psychologie aangeduid met de term '*locus of control*' ofwel 'beheersingsoriëntatie'. Het begrip werd in 1962 geïntroduceerd door Rotter, Seeman en Leverant als één van de kernbegrippen binnen de sociale leertheorie (Campbell & Nolfi, 2005). Het werd omschreven als de mate waarin het individu verwacht dat bepaalde gebeurtenissen het gevolg zijn van het eigen gedrag (interne beheersingsoriëntatie) of van andere zaken, zoals machtige anderen en kans (externe beheersingsoriëntatie) (Campbell & Nolfi, 2005; Halfens & Visser, 1988). Een belangrijke vraag hierbij was of de beheersingsoriëntatie een voorspellend vermogen voor gedrag heeft. Omdat men zag dat het voorspellend vermogen toenam naarmate men ging kijken naar meer specifieke beheersingsoriëntatie, werden specifieke meetinstrumenten voor bepaalde gebeurtenissen ontwikkeld (Halfens & Visser, 1988). Zo ook de *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC), ontwikkeld door Wallston en Wallston in 1978 (Halfens & Philipsen, 1988; Wallston & Wallston, 1978). Het is een intern consistent meetinstrument dat drie dimensies bevat die overeenkomen met de

drie beheersende instanties van Levenson: interne oriëntatie, arts-oriëntatie en kans-oriëntatie (Halfens & Philippsen, 1988; Halfens & Visser, 1988).

Het concept wordt vaak gebruikt om de invloed van beheersingsoriëntatie op ziekte- en gezondheidsgedrag te bestuderen. Dit aspect zal ik onderzoeken in verband met het opzoeken van gezondheids- en ziekte-informatie op het internet (Halfens & Visser, 1988). Het wordt vaak in verband gebracht met gezondheidseducatie en –promotie, waarbij de nadruk ligt op *internal health locus of control*, waardoor de link met *patient empowerment* niet ver te zoeken is.

Gemiddelden van de somscores van de dimensies worden weergegeven in onderstaande tabel (maximale somscore is 12) (Tabel 1). *Internal health locus of control* heeft de hoogste score. Dit betekent dat de ondervraagden van mening zijn dat de gebeurtenissen die zich voordoen op gebied van gezondheid of ziekte vooral het gevolg zijn van eigen gedrag. Hierna is kans het belangrijkste. De ondervraagde personen schatten de beheersing van gebeurtenissen omtrent hun gezondheid door artsen dus laag in. Het verschil tussen de gemiddelde somscores van patiënten en niet-patiënten is het grootst voor de *powerful others*-dimensie. De patiënten geven artsen dus een belangrijkere rol in hun gezondheid dan niet-patiënten.

Tabel 1: Gemiddelde somscores van de drie dimensies van de MHLC schaal

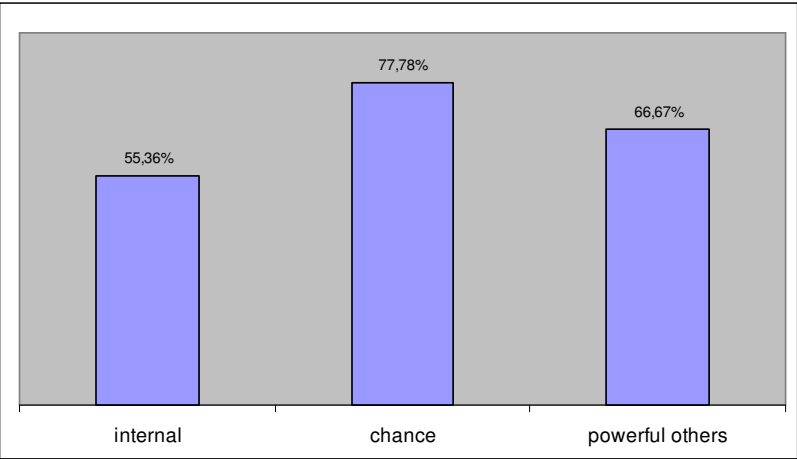
Dimensie	Patiënten	Niet-patiënten	Totaal
Internal	10,67	10,49	10,57
Chance	8,52	7,64	8,07
Powerful others	8,21	7,18	7,68

Interessant is om deze dimensies in verband te brengen met de nood om extra informatie over gezondheid of ziekte via het internet op te zoeken. Om dit te doen, zullen we iedere persoon indelen in een groep (*internal*, *chance* en *powerful others*), welke overeenkomt met de dimensie waaraan de persoon de hoogste somscore heeft

toegekend. Wanneer dezelfde score wordt behaald voor meerdere dimensies, wordt deze persoon buiten beschouwing gelaten. Deze verschillende groepen worden dan vergeleken met internetgebruik voor informatieverschaffing omtrent gezondheid en ziekte (Figuur 13). Deze aanpak is ietwat arbitrair, maar het gemiddelde nemen van de groepen per dimensie geeft geen overtuigende resultaten, zoals hieronder blijkt (Tabel 2).

Tabel 2: Gemiddelde somscores van de drie dimensies van de MHLC schaal voor personen die wel versus niet zoeken op het internet naar informatie omtrent gezondheid of ziekte

Dimensie	Niet opzoeken	Wel opzoeken
Internal	10,70	10,48
Chance	8,11	8,04
Powerful others	7,89	7,52



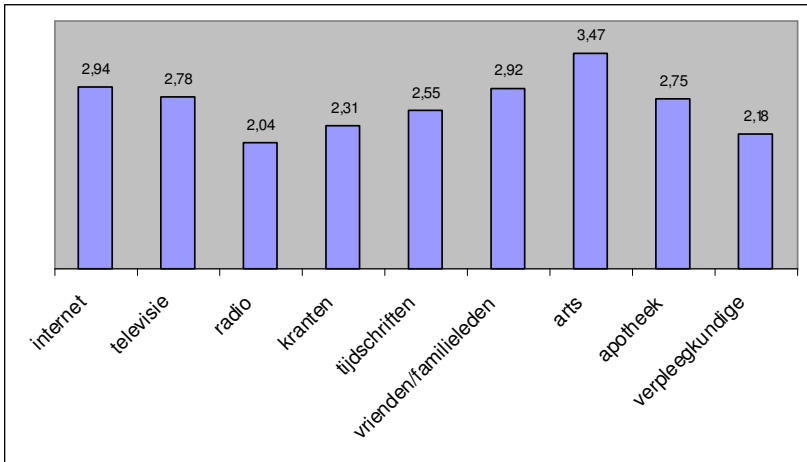
Figuur 13: Vergelijking van de nood om informatie op te zoeken op het internet tussen de verschillende *health locus of control*-types

Volgens deze methode zoeken de mensen die geloven dat gebeurtenissen omtrent gezondheid vooral het gevolg zijn van aanleg of geluk, het meest naar gezondheidsinformatie op het internet. Het

tweede hoogste percentage is van de *powerful others*-groep. Dit is merkwaardig aangezien het net deze personen zouden moeten zijn die vooral hun arts geloven en enkel vertrouwen op wat die zegt. Het laagste percentage wordt bereikt in de *internal*-groep. Ook dit is opmerkelijk. Voorgaand onderzoek toonde immers dat oudere vrouwen die het Internet gebruiken om gezondheidsinformatie te vinden een interne *health locus of control* hebben (Campbell & Nolfi, 2005).

We kunnen besluiten dat we geen duidelijke conclusies kunnen trekken omtrent het verband tussen *health locus of control* en het al dan niet opzoeken van gezondheids- en ziekte-informatie op het net. Er is eveneens erg weinig literatuur beschikbaar over dit specifieke topic, waardoor het moeilijk is om de resultaten te plaatsen. Ook Wallston en Wallston (1981) ondervonden dat studies omtrent gezondheidsinformatiezoekend gedrag (niet enkel op het internet) en *health locus of control* als onafhankelijke variabele tegenstrijdige en soms niet de gehoopte resultaten bekwamen. Om de relatie beter te onderzoeken, zou er in principe een onderzoek moeten uitgevoerd worden waarbij de proefpersonen onderworpen worden aan een (uitgebreidere) *health locus of control*-vragenlijst vóór en ná de zoektocht op het internet. Op deze manier, waarbij *health locus of control* gebruikt wordt als afhankelijke variabele, zouden verschuivingen in beheersingsoriëntatie als gevolg van informatie en andere toepassingen op het internet duidelijk worden. Deze methode is immers al in verschillende studies toegepast (Wallston & Wallston, 1981).

3.2.8 Verschillende bronnen voor informatie omtrent gezondheid

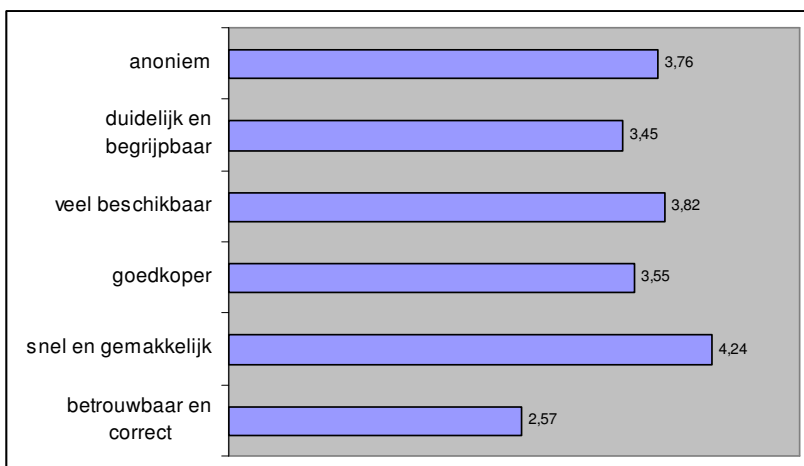


Figuur 14: Scores voor de verschillende bronnen van informatie omtrent ziekte of gezondheid

In Figuur 14 worden de scores voor de verschillende bronnen vergeleekend weergegeven. De arts is overduidelijk de persoon waar men het meest informatie over ziekte of gezondheid verkrijgt. Het internet neemt een tweede plaats in. Hierna komen familieleden en vrienden en televisie. Het is opmerkelijk dat deze bronnen belangrijker blijken dan apothekers en verpleegkundigen, die als professionals toch ook goede informatie kunnen verschaffen. Radio verschaft volgens de ondervraagden het minst informatie omtrent gezondheid en ziekte. Als suggesties van de ondervraagden kwamen ook nog boeken, school en andere professionals (vb. begeleidster in een verzorgingstehuis) naar boven. Uit deze resultaten blijkt dat het internet een belangrijke plaats inneemt in het verschaffen van gezondheidsinformatie. De arts blijft echter de voornaamste bron. Ook Välimäki et al. (2007) vonden dat de arts nog steeds de meest geprefereerde bron voor gezondheidsinformatie is. Ook Cotten en Gupta (2004) zeggen dat zowel voor internetgebruikers als voor niet-gebruikers, de gezondheidszorgprofessional de meest aangesprokene is. Lorence en Greenberg (2005) stellen daarentegen dat het internet

vaak de primaire en zelfs enige bron is van gezondheidsinformatie. In 2000 lag deze verdeling nog helemaal anders: magazines en televisie waren dan nog van veel groter belang dan het internet (Rice, 2006). Ook hier zien we dus een duidelijke verschuiving naar het gebruik van internet over de laatste jaren.

3.2.9 Redenen voor het gebruik van internet in vergelijking met andere bronnen

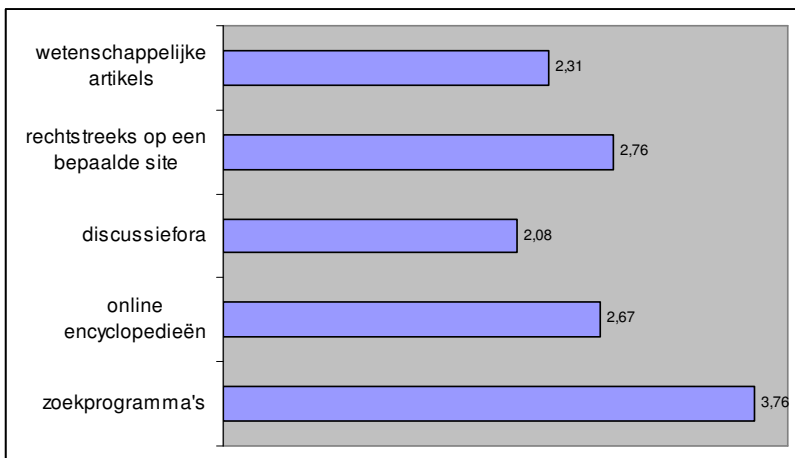


Figuur 15: Scores voor de verschillende redenen voor gebruik van internet in vergelijking met andere bronnen

Figuur 15 geeft de scores voor de verschillende redenen waarom men zou kiezen voor internet in vergelijking met andere bronnen. De “strikvraag” over de betrouwbaarheid en juistheid van informatie op het internet behaalt minder dan 3. De gemiddelde ondervraagde persoon is er dus van op de hoogte dat er moet opgelet worden met informatie op het internet. Ook Rice (2006) zegt dat 86% van de zoekers bezorgd zijn over het krijgen van gezondheidsinformatie van een onbetrouwbare bron online. De belangrijkste reden voor de keuze van het internet is de snelheid en het gemak. Één derde van de zoekers vond het zoeken op het internet gemakkelijker dan raad vragen aan een professional (Akerkar & Bichile, 2004). Zo beschrijft Bundorf et al. (2006) dat de afstand naar de dokter een belangrijke

factor is. Ook de beschikbaarheid van veel informatie en de lagere kost zijn volgens de ondervraagden pluspunten. In contrast met traditionele bronnen, biedt het internet immers een variëteit aan formaten waarbij het individu zijn keuze kan afstemmen op zijn wensen en kennisniveau (Cline & Haynes, 2001). Bundorf et al. (2006) bevonden dat mensen die opkijken tegen een hogere prijs om informatie te verkrijgen van de gezondheidszorgprofessionals, sneller naar het internet zullen grijpen en dat men dus weldegelijk gevoelig is aan de kost van het verschaffen van informatie. Voornamelijk in landen met problematische verzekeringen in de gezondheidszorg is dit een belangrijk punt. Uiteraard moet hier ook rekening gehouden worden met andere factoren, zoals de opportunitetskost van de tijd die een ongetrainde zoeker moet steken in het vinden van hopelijk betrouwbare en correcte informatie. Voor duidelijkheid en begrijpbaarheid wordt slechts 3,45 behaald, wat aantoont dat de informatie op het net voor veel zoekers toch te ingewikkeld is. De meerderheid van de ondervraagden gaat akkoord met de stelling dat het internet anoniem is. Zoals blijkt uit de literatuur is dit echter niet steeds het geval. Alhoewel de meeste surfers hun privacy en anonimiteit wensen te bewaren, geeft 21% van de zoekers wel hun e-mailadres op en geeft 17% persoonlijke informatie (Cotten & Gupta, 2004). Anderson en Klemm (2008) stellen eveneens dat informatie over de surfer en hun internetgebruik verzameld wordt zonder hun weten en toestemming, ondermeer door het gebruik van *cookies*, *clickstreams* en *banner ads*. De kwestie van privacy en anonimiteit is van belang omdat het comfortlevel dat de gebruikers hebben met betrekking tot vertrouwen in anonimiteit direct het gebruik en de effectiviteit van het internet voor gezondheidskwesties beïnvloedt (Levy & Strombeck, 2002). Zo zou het van groot belang zijn als de arts raad geeft over privacykwesties (Levy & Strombeck, 2002).

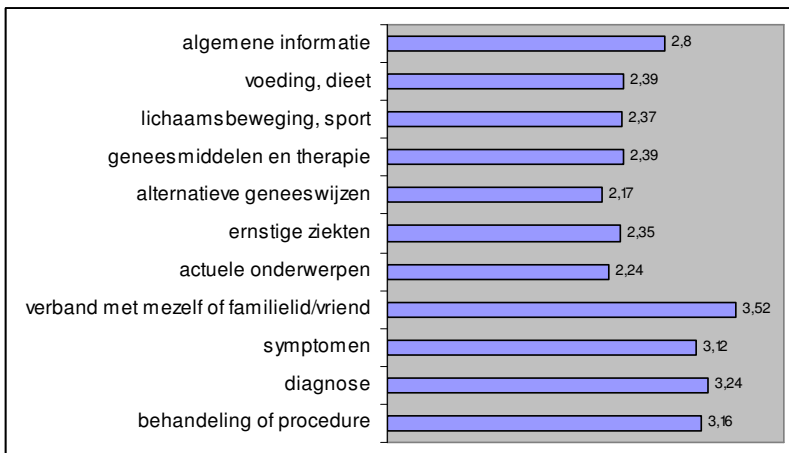
3.2.10 Manieren voor het opzoeken op het internet



Figuur 16: Scores voor de verschillende manieren voor het opzoeken op het internet

Hierboven ziet u de scores die de verschillende zoekmethodes behaalden (Figuur 16). Zoekprogramma's zoals Google zijn de duidelijke koplopers. Ook Powell en Clarke (2002) ondervonden dat veel online zoekers hun zoektocht startten door een onderwerp in te geven in een algemene zoekrobot, terwijl veel minder mensen direct naar een specifieke site gingen. Deze programma's zijn dan ook erg belangrijk en hebben een zware verantwoordelijkheid om de zoekers de juiste informatie aan te reiken. Hierna zijn het rechtstreeks raadplegen van een bepaalde site en het zoeken via online encyclopedieën de meest gebruikte methoden. Wetenschappelijke artikels en discussiefora worden weinig geraadpleegd voor het verkrijgen van gezondheidsinformatie.

3.2.11 Verschillende onderwerpen

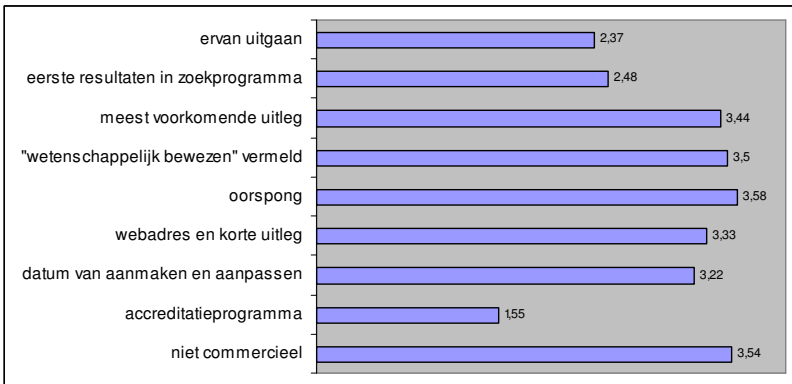


Figuur 17: Scores voor de verschillende onderwerpen waarnaar gezocht wordt op het internet

Figuur 17 toont de gemiddelde scores van de gezochte onderwerpen. Er wordt duidelijk meer gezocht naar onderwerpen die in verband staan met iets dat de persoon zelf of een vriend of familielid overkomt. Hierbij wordt het meest gezocht naar extra uitleg bij een diagnose die een arts gesteld heeft. Ook Snelders en Meijman (2009) besloten dat er vooral gezocht wordt naar praktische gezondheidsinformatie die aansluit bij de eigen situatie en waar men ook echt iets aan heeft. Algemene onderwerpen worden weinig opgezocht. Het minimum wordt hier bereikt voor de alternatieve geneeswijzen. Bij de algemene info wordt er het meest gezocht naar informatie over voeding en dieet, en geneesmiddelen en therapie. Powell en Clarke (2002) zeggen ook dat er niet zomaar gezocht wordt naar gezondheidsgerelateerde informatie, maar dat de meeste gebruikers specifiek gaan zoeken naar gezondheidskwesties die hen of mensen in hun omgeving treffen. Ook Rice (2006) vond dat er veel meer gezocht wordt naar een specifieke ziekte dan naar algemeen gezondheidsnieuws. Het hoge percentage van mensen die zoeken naar alternatieve geneeswijzen (48% in 2001, dat echter in 2003 al gedaald was naar 28% in 2002) vonden we hier niet terug

(Rice, 2006). Het is dus duidelijk dat de actie van het zoeken naar informatie getriggerd wordt door een effectieve diagnose of behandelingsoptie bij zichzelf of iemand uit de omgeving.

3.2.12 Manieren van controle van juistheid en betrouwbaarheid van de informatie



Figuur 18: Scores voor de verschillende manieren van controle van juistheid en betrouwbaarheid van de informatie online

De scores voor de controlemanieren staan afgebeeld in Figuur 18. Het is positief dat weinig mensen er zomaar van uitgaan dat de informatie betrouwbaar en correct is. Deze resultaten stroken niet met de bevindingen van Akerkar en Bichile (2004), die zeggen dat vele volwassenen zich zelfs nauwelijks vragen stellen bij de betrouwbaarheid en kwaliteit van de informatie. Eysenbach en Köhler (2002) ondervonden dat weinig participanten van hun observationeel onderzoek zich nog herinneren vanwaar ze de informatie gehaald hebben. Ook is men volgens mijn onderzoek kritisch over de eerste resultaten die in een zoekprogramma weergegeven worden. Dit is, zoals zal blijken uit het kwalitatief onderzoek, een positieve ingesteldheid. Eysenbach en Köhler (2002) echter ondervonden in hun kwalitatief onderzoek dat de meeste participanten wél enkel de eerste resultaten bekijken, met een percentage van 97.2% waarbij de aangeklikte site in de eerste tien resultaten gerangschikt stond. Als daar niets nuttigs uit voortkomt,

passen ze kun zoekactie in het zoekprogramma aan. Het meest wordt de oorsprong nagekeken. Dit is goed, omdat dit steeds mogelijk is. Larkin (1999) zegt echter dat ook dit niet sluitend is: je mag je niet limiteren tot sites met een goed naammerk, en er van uitgaan dat alle informatie die op zulke sites staat correct is, is ook fout. Ook Deshpande en Jadad (2009) zeggen dat er nog discussie is of de natuur van de sitenaam een garantie voor kwaliteit betekent. Het nakijken van datum, dat ook een score boven 3 behaalt, is niet steeds mogelijk omdat het niet steeds vermeld staat. Ander onderzoek zegt dat slechts een kwart van de gezondheidszoekers de bron en de datum van aanmaken en aanpassen bij het zoeken controleert (Akerkar & Bichile, 2004). Uit de resultaten blijkt ook dat vaak verschillende sites worden bezocht en dat de meest voorkomende uitleg wordt vertrouwd. Dit is geen goede manier van controle, omdat verschillende sites onderling informatie van elkaar kunnen overnemen. Het toont echter wel dat men op zoek gaat naar verschillende bronnen, wat het aanreiken van verschillende sites tot een belangrijke functie van een zoekprogramma maakt. In een zoekprogramma wordt ook het webadres en de korte uitleg bekeken. Uit het kwalitatief onderzoek zal echter blijken dat deze korte metatekst in een zoekprogramma niet steeds representatief is voor de informatie op de site. Iedereen kan op het internet schrijven wat hij wil en wanneer het niet gestaafd is met goede bronnen en referenties, is het vermelden van “wetenschappelijk bewezen” geen bewijs van betrouwbaarheid. Het is dan ook jammer dat de gemiddelde participant toch op zulke beweringen afgaat voor het inschatten van de informatie. Hier toont zich ook een opvallend verschil tussen patiënten (gemiddelde van 2,81) en niet-patiënten (gemiddelde van 4,25). Er wordt erg weinig gebruik gemaakt van een accreditatieprogramma zoals HONcode. Ook uit de studie van Eysenbach en Köhler (2002) bleek dat HONcode weinig bekendheid heeft. Het kwalitatief onderzoek toont dan ook aan dat zulke programma's nog veel onvolmaaktheden hebben en vaak onbruikbaar worden voor Nederlandstalige sites. Zoekers zullen vaak sites met advertenties en commercieel uitzicht onbetrouwbaar achten. Ook Rice (2006) rapporteert dat zoekers zich afkeren van sites die het uitzicht hebben van iets te willen verkopen. Hier stellen zich twee problemen. Enerzijds is het mogelijk dat het verschil tussen

commerciële en redactionele inhoud niet duidelijk gemaakt wordt, waardoor het voor de lezer moeilijk is om te schatten of er eventueel een commerciële basis achter de informatie zit. Anderzijds zegt Larkin (1999) dat het uitsluiten van websites met een advertentie of met commerciële basis fout is omdat veel sites met perfect correcte gezondheidsinformatie gesponsord worden door commerciële entiteiten of advertenties moeten aannemen om te overleven.

3.2.13 Relatie met professional

Diaz et al. (2002) vonden dat 59% van de internetgebruikers de gevonden informatie niet bespreekt met hun arts. Volgens Malone et al. (2004) gebeurt het eveneens weinig, en het meest bij de huisarts. Powell en Clarke (2002) rapporteren dat dit percentage in de beschikbare literatuur varieert van 1 à 2% tot 70%. Het gemiddelde voor de parameter “controle bij professional” is in deze studie 3,86. Volgens de resultaten wordt de informatie van het internet wel gecontroleerd bij een professional. Patiënten doen dit meer dan niet-patiënten (4,22 versus 3,45). “Slechts” 18% gaat volledig af op de informatie op het net voor een diagnose of behandeling (Rice, 2006). Cline en Haynes (2001) rapporteren over een studie waarin 67% van de artsen zeggen patiënten te hebben die de gevonden informatie met hen bespreken. Ook Fox en Rainie (2002) zeggen dat een significante proportie van de mensen vertrouwt op het internet om kritische gezondheidsbeslissingen te maken en de informatie gevonden op het internet vaak meenemen naar de medische consultatie als hulp voor het maken van een beslissing. Rice (2006) vond ook dat de zoekers de internetinformatie onderwerpen aan een finale *quality check* bij een professional.

Raad vragen aan een professional over de manier van opzoeken wordt dan weer weinig gedaan. Het gemiddelde hierbij staat op 2,68. Volgens Rice (2006) doet slecht één op vier dit. Raad vragen aan een vriend of familielid wordt dan weer meer gedaan (Rice, 2006). Een mogelijke verklaring is dat de patiënten bang zijn om toe te geven reeds informatie opgezocht te hebben of in de toekomst graag informatie zouden willen opzoeken via een relatief onbetrouwbare bron. Deze angst zou de lage inschatting door de artsen, namelijk dat

slechts 1 à 2 % van hun patiënten zoekt naar gezondheidsinformatie op het net, gerapporteerd door Potts en Wyatt (2002), kunnen verklaren. Zo vonden Fox en Rainie (2002) dat 13% van hun respondenten geen reactie kreeg van hun arts wanneer er gevraagd werd naar informatie op het internet of wanneer het internetmateriaal werd gepresenteerd. Ook Ullrich en Vaccaro (2002) zeggen dat 70% van de patiënten graag zou hebben dat de arts hen een website geeft gerelateerd aan hun conditie, maar dat artsen nog niet voldoende vertrouwd zijn met het internet om dit te doen, waardoor slechts 4% van de patiënten zo'n aanbeveling echt krijgt. Volgens Malone et al. (2004) hebben gezondheidszorgprofessionals een stereotiep beeld van internetgebruikers en vrezen ze voor hun eigen professionele status in relatie tot de internetgeïnformeerde patiënt of cliënt.

Positief is echter dat de patiënten de informatie niet geloven wanneer een professional hen dat afraadt. De gemiddelde score voor deze stelling is 1,80. De beschikbaarheid van andere bronnen dan die van de arts of andere professionals zou immers kunnen zorgen voor *non-compliance*, waarbij de patiënt het zijne ervan denkt en er ook naar handelt (Snelders & Meijman, 2009). De informatie op het internet kan zorgen voor sterke overtuigingen, die later kunnen doorwegen op het proces van gezondheidsmanagement (Snelders & Meijman, 2009). Uit de resultaten blijkt echter dat de professionals nog steeds een belangrijke rol spelen in het controleren van en beslissen over de betrouwbaarheid van het gebruik van internet voor informatievergaring. Hesse et al. (2005) ondervonden in hun studie eveneens dat de arts nog steeds de meer vertrouwde informatiebron blijft.

3.2.14 Redenen voor het opzoeken van informatie

Het opzoeken van informatie op het internet vóór de consultatie met een arts, zodat men zich beter kan uitdrukken en verdedigen in het gesprek, gebeurt eerder weinig, met een gemiddelde van 2,88. De mondigheid van de patiënt moet dus gerelativeerd worden. Hesse et al. (2005) ondervonden echter dat, alhoewel men liever direct naar de arts zou willen gaan voor informatie omtrent gezondheid, bijna de helft van de patiënten toch eerst “consulteert” op het net.

Volgens mijn onderzoek zal men ná de consultatie op zoek gaan op het net om bevestiging te zoeken. Deze stelling krijgt een gemiddelde score van 3,55. Hieruit blijkt dat de consultatie bij de arts nog steeds belangrijker is dan de informatie op het internet. Het net wordt eerder gebruikt als extra informatiebron of mogelijks als *second opinion*. Dit impliceert echter ook dat de rol van de arts als exclusieve alwetende informatieverschaffer toch ondergraafd wordt door het internet. Artsen hebben immers vaak weinig tijd om de patiënten volledig in te lichten of om te antwoorden op alle vragen van de patiënt, of de patiënt heeft de informatie van arts niet goed begrepen. Het paternalistische model van gezondheidszorg met de arts als centrum die alle informatie verschaft en alle beslissingen neemt, wordt dus weldegelijk beïnvloed door het internet, maar niet in die mate dat de patiënt al voordien een plan uitdoktert betreffende zijn gezondheidsmanagement.

Een andere reden voor het opzoeken van extra informatie is het meer bespreekbaar kunnen maken van een onderwerp. De score die hiervoor behaald wordt, is 3,29. Dit is belangrijk zowel in het verkrijgen van meer informatie als in het ontvangen van sociale steun;

3.2.15 Langer wachten of sneller consulteren

De participanten passen hun snelheid van consulteren weinig aan als gevolg van de informatie op het internet. Het sneller consulteren van een arts wegens onzekerheid en ongerustheid door al de informatie scoort 2,73. Langer wachten omdat men zich beter voelt met meer informatie scoort een nog lagere 2,22. De *patient delay* wordt dus niet verlengd of verkort. De medische consumptie, die volgens Snelders en Meijman (2009) vooral te maken heeft met angsten over eigen gezondheid en niet met de waarden en attitudes die men erover heeft, wordt niet beïnvloed. Ook deze onderzoekers kwamen tot deze conclusie, maar beweren wel dat meer kennis soms tot minder consumptie kan leiden (Snelders & Meijman, 2009). Deze bewering wordt niet bevestigd in de resultaten. Levy en Strombeck (2002) ondervonden dat 50% van de ondervraagden een vriend of familielid

aanspoorde om naar een arts te stappen na een zoektocht op het internet. 41% nam zelf de beslissing om naar de dokter te gaan en 54% vroeg de dokter om een specifiek voorschrift. In een Pew studie bleek dat slechts bij 17% van de ondervraagden het internet de beslissing om al dan niet naar een dokter te stappen beïnvloed heeft (Rice, 2006).

3.2.16 Empowerment

70% van de consumenten zegt dat het internet hen *empowert* om betere beslissingen te maken in hun leven (Eysenbach & Jadad, 2001). De ondervraagden vinden dat het internet hen geholpen heeft om meer en betere informatie omtrent gezondheid te verkrijgen in vergelijking met vroeger, wanneer er enkel bronnen zoals televisie en tijdschriften waren. Dit item scoort 3,69, één van de hoogste scores in de stellingenlijst. Het gevoel van grotere betrokkenheid bij eigen ziekte of gezondheid scoort 3,35. Deze gegevens bewijzen dat patiënten en niet-patiënten weldegelijk *patient empowerment* ondervinden bij een zoektocht op het internet. Rice (2006) rapporteert dat 55% van de gezondheidszoekers de manier waarop ze gezondheidsinformatie krijgen, verbeterd heeft. Ook in de studie van Fox en Rainie (2002) zeggen 61% van de ondervraagden dat het internet de manier waarop ze zorg dragen voor hun gezondheid verbeterd heeft. Broom (2005) ondervond door ondervragingen van prostaatankerpatiënten dat internet weldegelijk een gevoel van *empowerment* en controle over hun ziekte teweegbrengt. Levy en Strombeck (2002) rapporteren dat 45% na een internetzoektocht zelf een behandelingsbeslissing maakt. 46% verandert zijn bewegings- en eetpatroon en 33% zal het nauwer nemen met een voorgeschreven behandeling. Akerkar en Bichile (2004) zeggen dat 70% van de zoekers hun beslissingen omtrent gezondheid aanpast als gevolg van de informatie op het World Wide Web. Bijna driekwart van de gezondheidszoekers zegt daarnaast dat het internet hen geholpen heeft om betere informatie en diensten te verkrijgen. Ook een verbetering van de manier waarop men kan *copen* met een ziekte of pijn wordt verbeterd voor 25% van de patiënten (Rice, 2006). In het omgaan met een belangrijke ziekte zegt 24% dat het internet een cruciale of belangrijke rol heeft gespeeld (Rice, 2006). Uit een

interventiestudie uitgevoerd door Masi, Suarez-Balcazar, Cassey, Kinney en Piotrowski (2007) werd duidelijk dat internettoegang tot verhoogd *empowerment* en waardering van informatietechnologie leidt. Het scepticisme van Snelders en Meijman (2009) en Segal (2009) is volgens de patiënten dus onterecht. Segal (2009) spreekt ook over een studie die aantoont dat ook 39% van de artsen vindt dat het internet een waardevolle bron van gezondheidsinformatie vormt voor de consumenten.

3.2.17 Aankoop van medicatie of vitamines online

Dit item scoort erg laag met een gemiddelde van 1,16. De aankoop van medicatie of vitamines op het World Wide Web gebeurt door de gemiddelde persoon heel weinig. Ook Powell en Clarke (2002) ondervonden dat weinig mensen farmaceutische producten online kopen. Rice (2006) vond dat 10% van de internetgebruikers in de VS medicatie of vitaminen online koopt.

3.2.18 Communicatie met professional online

Ook voor deze functie van het internet is men terughoudend. Deze stelling scoort 1,50. Volgens Rice (2006) communiceert 10% met een arts online. Dit wordt bevestigd door Powell en Clarke (2002), maar de meerderheid van de Amerikaanse gebruikers zegt wel de wens te hebben voor meer online interactie met hun artsen, zoals e-mail-consultaties en reminders. Naast het groeiend gebruik van e-mail, heeft deze communicatiemanier immers verschillende voordelen. Zo vergeten patiënten vaak wat de arts tijdens de consultatie gezegd heeft en kan een schriftelijk bewijs hierbij handig zijn. Ook het gemak van het te kunnen lezen wanneer het de persoon past, is tijdsbesparend voor een drukke consument (Ball & Lillis, 2001). Uiteraard zijn echter ook gevaren verbonden aan deze manier van communiceren. Zo kunnen de artsen via mail niet zien of de patiënt de informatie goed begrepen heeft. Ook de mogelijkheid om e-mails door te sturen, te deleten of te printen is een delicate kwestie in het gebied van privacy en veiligheid (Ball & Lillis, 2001).

4. Kwalitatief onderzoek: zelf op zoek naar gezondheid op het internet

4.1 Methodologie

4.1.1 Keuze van het onderwerp: Diabetes mellitus

Voor de zoektocht naar gezondheid op het internet viel de keuze op de ziekte diabetes. Een veelgebruikt medium voor patiënten om gezondheidsinformatie, steun van gelijken en *personal care management tools* te bekomen, heeft speciale relevantie voor diabetespatiënten (Bedell, Agrawal & Petersen, 2004).

Management van patiënten met een chronische ziekte die constante monitoring nodig hebben en vaak moeten leren *copen* met hun ziekte, is een grote en sterk groeiende uitdaging van de gezondheidszorg (Mazzi & Kidd, 2002). Alhoewel er al verschillende guidelines voor diabetesmanagement zijn opgesteld, bereiken veel patiënten niet de optimale *outcome* en ervaren complicaties ten gevolge van het huidig gezondheidszorgsysteem, dat veel meer afgestemd is op acute dan wel chronische ziekten (Funnell & Anderson, 2004). Diabetes is hierin met zijn op *empowerment* gebaseerd zelfmanagementprogramma een pionier. Management door de patiënten zelf is belangrijk omdat de ziekte strikte adherentie aan voedings-, fysieke en medische regimes vraagt (Mazzi & Kidd, 2002). In diabetesmanagement gebeurt 95% van de zorg door de patiënt zelf in de thuissituatie (Funnell & Anderson, 2000).

Er wordt dan ook druk gezocht naar manieren om dit proces van zelfmanagement te ondersteunen aan de hand van het internet. Deze hebben het potentieel om de last van de ziekte voor zowel patiënt als gezondheidszorgsysteem te reduceren (Gómez et al., 2002; Herrejon, Hartke, Scherer & Chapman-Novakofski, 2009; Koonce et al., 2007; Ma, Warren, Phillips & Stanek, 2005; Mazzi & Kidd, 2002; Plougmann, Hejlesen, Cavan, 2001; Powell, Jennings, Armstrong,

Sturt & Dalev, 2009). Zo zijn er internetgebaseerde monitoringsystemen, waarbij patiënten bijvoorbeeld hun bloedglucosewaarden doorgeven aan hun zorgverleners, waardoor artsen sneller en constanter het effect van bepaalde therapieën kunnen inschatten (Mazzi & Kidd, 2002). Op *MyHealthatVanderbilt* kunnen patiënten sneller hun resultaten en bijhorende uitleg en interpretatie van laboratoriumonderzoeken bekijken (Koonce et al., 2007). Een ander voorbeeld van het bevorderen van zelfmanagement aan de hand van het internet is het creëren van een interactieve webgebaseerde diabetes *tutorial* “*Your guide to diet and diabetes*” (Herrejon et al., 2009). Anderen experimenteren dan weer met een volledige virtuele diabeteskliniek met informatie, communicatie met professionals en interactie met peers voor patiënten die een insulinepomp gebruiken (Powell et al., 2009). Nu al blijkt dat sommige van deze initiatieven leiden tot grote verbeteringen in ziektemanagement, gemeten door het aantal hospitalisaties en een algemene reductie in kosten. Daarnaast geven de patiënten ook een hogere graad van tevredenheid en betere controle over hun conditie aan (Mazzi & Kidd, 2002). Deze strategieën zouden er dus voor kunnen zorgen dat de patiënt een goed geïnformeerde en actieve partner wordt in zijn of haar eigen zorg (Funnell & Anderson, 2004).

Zowel in ontwikkelde als in ontwikkelingslanden is diabetes één van de belangrijkste chronische ziekten en een groeiend gezondheidsprobleem (Plougmann et al., 2001). Volgens Levy en Strombeck (2002) is het de vierde meest online gezochte ziekte. Diabetes komt met zijn twee vormen (type 1 en type 2) voor op alle leeftijden, waardoor mijn zoektocht representatief is voor verschillende leeftijdsgroepen. Omdat het een chronische ziekte is, zullen online steungroepen belangrijk zijn. De verschillende functies van het internet kunnen van belang zijn voor de verschillende aspecten van de ziekte zoals preventie, vroege detectie, adequate behandeling en zelfmanagement. Zo benadrukken Demeris en Eysenbach (2002) dat wegens het belang van de tijdspanne tussen aanhoudende hyperglycemie en observeerbare symptomen, een geschikt programma voor secundaire preventie belangrijk is.

4.1.2 Werkwijze

Er zullen verschillende zoekmethodes om gezondheidsinformatie te vinden besproken worden. Er zal stilgestaan worden bij de huidige beschikbare methoden om als gewone internetgebruiker de kwaliteit van websites te beoordelen. Daarna zullen we zelf de kwaliteit van enkele sites beoordelen. Hiervoor werden methodes uit de literatuur gebruikt. Deze methodes zullen voornamelijk toegepast worden op Nederlandstalige sites. Hierna verruimen we ons onderzoek, met bespreking van claims en aankoop van online medicatie op het internet. Om het begrip *empowerment* compleet te maken, zullen ook online steungroepen en sociale netwerksites, en online ziektemanagement besproken worden.

Er zal steeds eerst een overzicht geven van de beschikbare literatuur rond het onderwerp en het belang van het besproken onderwerp. Hierna zullen we het topic toepassen op onze zoektocht. Soms is het wegens de grote hoeveelheid aan informatie echter niet mogelijk om dit volledig in detail te doen, maar zullen er wel enkele algemene punten aangehaald worden. Steeds zal er nadruk gelegd worden op de taal en de al dan niet aanwezige commerciële bias.

4.2 Resultaten

4.2.1 Algemene zoekrobot: Google

Het zoeken naar gezondheidsinformatie met gebruik van een algemeen zoekprogramma zoals Google is de derde meest populaire activiteit op het internet (Bernstam et al., 2005). Zoekrobotten worden gebruikt door 81% van de *e-patients* (Akerkar & Bichile, 2004). Eysenbach en Kohler (2004) zeggen dat 4,5% van alle zoektermen in zoekmachines gezondheidsgerelateerd zijn. Alhoewel dit een kleine fractie lijkt, zijn de absolute aantallen wel indrukwekkend. Zo is Google, marktleider in vele Westerse landen, alleen al met zijn dagelijks 150 miljoen zoekopdrachten goed voor 6,75 miljoen gezondheidsgerelateerde zoekbewerkingen per dag (Eysenbach & Kohler, 2004; Laurent & Vickers, 2009). Volgens Johnson et al.. (2008) is Google de meest efficiënte bron voor het verkrijgen van medische informatie in vergelijking met andere

medische en niet-medische online bronnen, gemeten aan de hand van het aantal links dat gebruikt moest worden om een correct antwoord te bekomen. Ze besluiten hieruit dat Google een efficiënte bron is voor het identificeren van medische informatie doordat het de gebruikers een reeks van verschillende bronnen aanbiedt.

Search engines hebben twee manieren om de inhoud te indexeren en te lokaliseren: een computergegenereerde indexering en een manuele indexering. Het rangschikken van de sites gebeurt door sleutelwoordensiteit, linkdensiteit, sponsoring en manuele indexering. Door deze commerciële en technische redenen kunnen de resultaten van zoekrobots vertekend zijn (Akerkar & Bichile, 2004). De criteria die verschillende zoekprogramma's gebruiken kunnen variëren en zijn vaak ongekend of worden genegeerd door de gebruiker. Spink et al. (2004) zeggen dat weinig zoekers verder kijken dan de eerste twee pagina's met zoekresultaten. Ze houden hun zoektocht kort en zijn niet geneigd om te experimenteren met verschillende zoektermen. Ook Laurent en Vickers (2009) zeggen dat er een exponentiële daling is van sitebezoeken na de eerste pagina op een algemene zoekrobot. Hierdoor is het dus belangrijk dat de eerste resultaten van de zoekopdracht representatief zijn en de indexering correct is. Aangezien het volume van informatie alsmaar groter wordt, zal de mediërende rol van zoekrobots steeds belangrijker worden (Lorence & Greenberg, 2005).

Wanneer er op Google gezocht wordt met de algemene zoekterm "diabetes" worden meer dan 62 miljoen resultaten bekomen (Figuur 19). Wanneer er gezocht wordt op de meer alledaagse naam "suikerziekte", worden veel minder en andere (eerste) resultaten bekomen. Dit is eveneens het geval bij het zoeken met de gespecificeerde naam "diabetes mellitus". Het is dus opvallend dat het aantal verkregen resultaten en de resultaten zelf sterk verschillen naargelang de gebruikte benaming van de ziekte. Gezien de verwachte rol van het internet als door iedereen bereikbaar en begrijpelijk medium, is het ontoereikend dat de resultaten bij het opzoeken met populaire termen zoals "suikerziekte" minder uitgebreid zijn. Dit heeft voor een groot deel te maken met het feit dat "suikerziekte" een puur Nederlandstalige term is, maar dit zou

moeten kunnen opgelost worden door de werking en instellingen van de zoekrobot. Zelfs wanneer er enkel gezocht wordt op pagina's in het Nederlands, worden er immers nog steeds meer resultaten bekomen bij “diabetes” dan bij “suikerziekte”. Omdat er met de zoekterm “diabetes” het meeste resultaten bekomen werden, zal hiermee verder gewerkt worden in verdere zoekopdrachten.

Google diabetes Zoeken Geavanceerd zoeken

Doorzoek: ☒ het internet ☐ pagina's in het Nederlands ☐ pagina's uit België

Web ☒ Opties weergeven... Resultaten 1 - 10 van circa 62.200.000 voor **diabetes** (0,13 seconden)

Diabetes - Suikerziekte Gesponsorde links
www.test-aankoop-advies.be/diabetes Hoe herkennen? Risico? Bescherming? Schrijf u in & test 2 maand gratis!

Home - Vlaamse Diabetes Vereniging vzw
 Een vereniging die zich inzet voor mensen met **diabetes** mellitus in Vlaanderen. Dit is de Belgische collega van de Diabetesvereniging Nederland.
[Afdelingen](#) - [Aanbod](#) - [Aanmelden](#) - [Over diabetes](#)
www.diabetes-vdv.be/ - [in cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Wat is diabetes? - Over diabetes - Vlaamse Diabetes Vereniging vzw
 Bij **diabetes** produceert het lichaam onvoldoende insuline of is het lichaam ongevoelig voor het effect van insuline. Hierdoor kan suiker vanuit de voeding ...
www.diabetes-vdv.be/.../overdiabetes/wat-is-diabetes.aspx - [in cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[Meer resultaten van www.diabetes-vdv.be weergeven](#)

Diabetes [www.gezondheid.be]
 Diabetes of suikerziekte is een aandoening waarbij het glucose- of suikergehalte in het bloed chronisch verhoogd is. Daarom spreekt men ook wel van 'suiker' ...
www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction... - [in cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Diabetes mellitus - Wikipedia
 Diabetes mellitus is een ziekte die wordt gekenmerkt door herhaaldelijk verhoogde bloedglucosewaarden (hyperglykemie). De term suikerziekte (en in de ...
nl.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus - [in cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Diabetes
 The American Diabetes Association supports the Washington, DC Principles for ... ADA
[Download Your Free Diabetes Report: Diabetes Prevention](#)

Gesponsorde links
Accu-Chek@ glucosometers
 Leef zoals u het wilt met de bloedglucosemeter die bij u past.
www.accu-check.be

Behandel uw Diabetes nu
 Innovatieve stamcelbehandeling in Duitse kliniek. Informeer uzelf.
www.xcel-center.nl/diabetes

Personal Alarm Systems
 Vrijheid en autonomie voor ouderen. Ontdek de ideale medische service! www.touring.be

Diabetes zorgen
 Volledige aanbod diabetespatiënten! Bloed-en Wateronderzoek nodig?
www.bdebacker.be

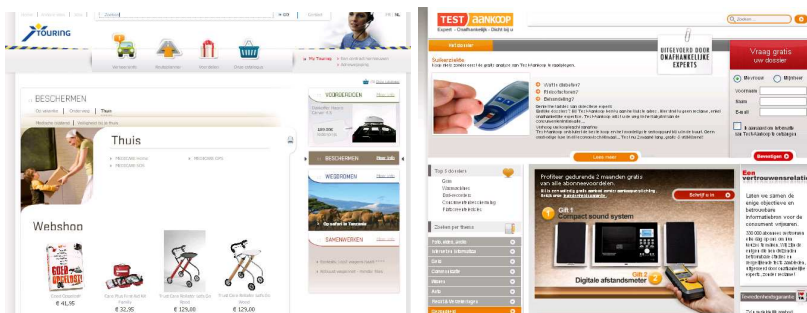
Diabetes Help Hospital
 Chinese medicine experts offer service and products from China.
www.TcmTreatment.com

[Uw advertentie hier >](#)

Figuur 19: Resultaten in Google bij zoekopdracht met “diabetes” als zoekterm

Doordat de *ranking* van de links ook het resultaat kan zijn van betaling “per klik”, zijn de resultaten vertekend. Eén van de studies toont aan dat slechts één op vijf resultaten bij een zoekprogramma echt gerelateerd waren aan de medische zoekopdracht (Akerkar & Bichile, 2004). Vaak worden als eerste resultaten gesponsorde links weergegeven. Daarnaast worden er steeds rechts van de “hoofddijst” een hele lijst met gesponsorde links weergegeven. Het staat steeds vermeld dat deze links gesponsord zijn, maar de kans is groot dat een onwetende zoeker hier niet op let. Opvallend hierbij is dat veel van deze gesponsorde links erg weinig met de opgezochte zoekterm te maken hebben en quasi geen informatie geven over de opgezochte zoekterm, zoals hieronder in Figuur 20 aangetoond. Daarnaast worden er ook resultaten weergegeven van commerciële bedrijven, zoals de link naar de site van Pfizer. Hierbij kan men de vraag stellen of de informatie op deze sites wel objectief is. Wanneer we de

informatie bekijken, blijkt dat er geen enkele aansporing voor het gebruik van producten van Pfizer aanwezig is.



Figuur 20: Voorbeelden van gesponsorde links in Google

Uniek bij Google zijn de voorstellen van de gerelateerde zoekopdrachten onderaan de zoekpagina (Figuur 21). Zoals hieronder blijkt kunnen deze erg nuttig zijn, zoals bij het aangeven van de volledige wetenschappelijke naam (“diabetes mellitus”) of meer specifieke zoektermen (“diabetes symptomen”). Sommige voorstellen echter zijn nogal vreemd of verwarrend, zoals “diabetes 2” waarbij er geen vermelding is van diabetes type 1, of “suikerziekte spreekbeurt”. Ook bij het intypen van een zoekterm geeft Google automatisch enkele suggesties.

Zoekopdrachten gerelateerd aan diabetes

[diabetes symptomen](#)
[diabetes 2](#)

[diabetes wikipedia](#)
[suikerziekte](#)

[diabetes mellitus](#)
[insuline](#)

[diabetes journal](#)
[diabetes vereniging](#)

Zoekopdrachten gerelateerd aan suikerziekte

[suikerziekte klachten](#)
[suikerziekte spreekbeurt](#)

[suikerziekte test](#)
[suikerziekte kinderen](#)

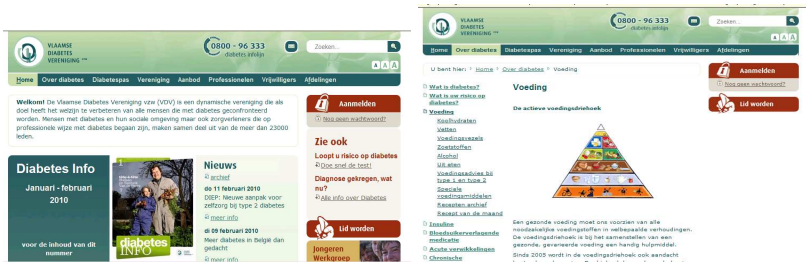
[suikerziekte dieet](#)
[suikerziekte verschijnselen](#)

[suikerziekte symptomen](#)
[schildklier](#)

Figuur 21: Voorbeelden van gerelateerde zoekopdrachten voorgesteld door Google

Het eerste ongesponsorde resultaat bij het opzoeken met de zoekterm “diabetes” is deze van de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw (Figuur 22). Op deze site is erg veel informatie te vinden, zowel over de ziekte zelf als over initiatieven van de vereniging. Via handige indelingssystemen kan de gewenste hoeveelheid informatie bekomen

worden. De ziekte-informatie handelt zowel over oorzaken, symptomen, behandeling als preventie. Ook de site van de American Diabetes Association, achtste in de lijst, heeft deze kenmerken. Uitgebreidere bespreking van de kwaliteit van enkele websites volgt later.



Figuur 22: De site van de Vlaamse Diabetes Vereniging vzw

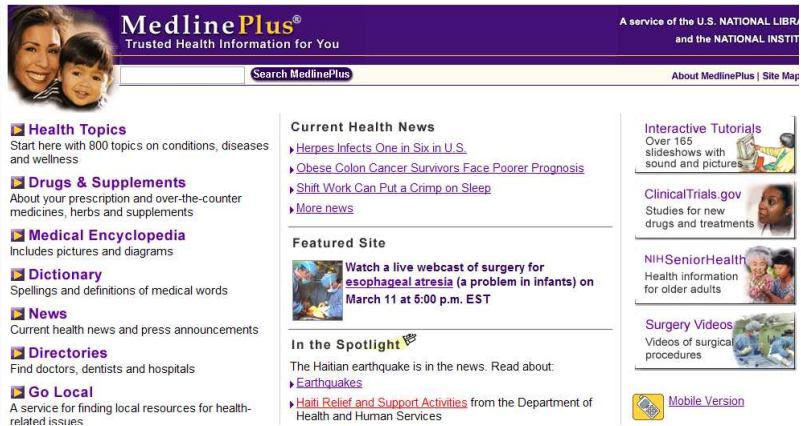
Het tweede ongesponsorde resultaat verwijst naar gezondheid.be (Figuur 23). Hier valt het op dat de informatie veel minder overzichtelijk en gestructureerd is. Vooral de grote advertenties springen direct in het oog. Deze punten vinden we terug bij veel van de links weergegeven door Google, zoals bijvoorbeeld op de site www.goedgezond.be. Larkin (1999) zegt echter dat het uitsluiten van websites met een advertentie of met commerciële basis fout is omdat veel sites met perfect correcte gezondheidsinformatie gesponsord worden door commerciële entiteiten of advertenties moeten aannemen om te overleven. Ullrich en Vaccaro (2002) zeggen dan weer dat de meest belangrijke ethische standaard is dat er een duidelijke scheiding tussen editoriaal en promotioneel materiaal moet zijn omdat patiënten vaak niet goed het onderscheid kunnen maken tussen beide. Zoals blijkt uit onderstaande screens (Figuur 23), is dit onderscheid allesbehalve duidelijk.



Figuur 23: Voorbeelden van sites met opvallende advertenties

4.2.2 Medische search engines

Het World Wide Web is een zo uitgebreide bron van informatie dat het voor zoekers steeds moeilijker wordt om efficiënt te zoeken naar correcte informatie. Er zijn reeds vele zoektools ontwikkeld om gebruikers te helpen zoeken naar goede medische informatie, maar de meeste zijn nog niet efficiënt (Bin & Lun, 2001; Graber, Bergus & York, 1999). Een Nederlandstalige zoekrobot specifiek gericht op gezondheid is niet in gebruik. Ik zal als illustratie zoeken via de Engelstalige MedLinePlus.gov, welke het veelbelovende “*Trusted health information for you*” als ondertitel gebruikt (Figuur 24). MedlinePlus is in 1998 ontwikkeld door de *National Library of Medicine* (NML) om consumenten een goed georganiseerde en selectieve website aan te bieden die de toegang tot gezondheidsinformatie via verschillende bronnen vergemakkelijkt. Het zegt een link te zijn tussen de taal van de consument en medische terminologie (Miller, Lacroix & Bachus, 2000). Uit de literatuur blijkt dat deze website veel belang hecht aan constante verbetering en feedback op aangebrachte problemen van gebruikers (Marill, Miller & Kitendaugh, 2006; Miller et al., 2000; Miller, 2007).



Figuur 24: Homepage van MedlinePlus.gov

Handig aan deze zoektool is dat er een optie bestaat om onderscheid te maken tussen verschillende bronnen. Zo kan je specifiek informatie over medicatie of dadelijk via een medische encyclopedie zoeken. Eén van de bronnen die gebruikt wordt bij het zoeken is Medline, waarbij de relevante *full-text* artikels op voorhand uitgezocht zijn met behulp van de PubMed zoekinterface. Op deze manier krijgt de zoeker relevante wetenschappelijke artikels zonder gebruik te moeten maken van moeilijke zoekmethoden. Deze verschillende bronnen geven het gemak van “*one-stop shopping*” aan de zoeker (Marill et al., 2006). De site geeft op de homepage ook enkele *hot topics* aan, wat wel interessant is voor zoekers die nieuwsgierig zijn naar recente ontwikkelingen over gezondheid.

Wanneer we zoeken met de term “diabetes” krijgen we voor de lijst met links dadelijk een korte uitleg (Figuur 25). Deze uitleg is redelijk goed, met informatie over insuline en glucose, en de twee types, maar “gooit” ook al direct met gevaar voor amputatie. Opnieuw verschijnen hier ingenieuze opdelingssystemen naar bron en naar onderwerp.

Site navigation

MedlinePlus
Trusted Health Information for You

A service of the U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
and the NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

Home | Health Topics | Drugs & Supplements | Encyclopedias | Dictionary | News | Directories | Other Resources

About MedlinePlus | Site Map | FAQs | Contact Us
español

diabetes

[Have a comment about these search results?](#)

Collections

All Results (4,444)

- [Health Topics](#) (166)
- [External Health Links](#) (2,377)
- [Drugs and Supplements](#) (415)
- [Medical Encyclopedia](#) (485)
- [News](#) (185)
- [MedlinePlus Magazine](#) (110)
- [Other Resources](#) (71)
- [Multiple Languages](#) (35)

Diabetes

Diabetes is a disease in which your blood glucose, or sugar, levels are too high. Glucose comes from the foods you eat. Insulin is a hormone that helps the glucose get into your cells to give them energy. With Type 1 diabetes, your body does not make insulin. With Type 2 diabetes, the more common type, your body does not make or use insulin well. Without enough insulin, the glucose stays in your blood.

Over time, having too much glucose in your blood can cause serious problems. It can damage your eyes, kidneys, and nerves. Diabetes can also cause heart disease, stroke and even the need to remove a limb. Pregnant women can also get diabetes, called gestational diabetes. ([Read more](#))



Results 1 - 10 of 4,444 for **diabetes**

Clusters

All Results (4,444)

- [Type 2 Diabetes](#) (35)
- [Type 1 Diabetes](#) (30)
- [Diabetic Diet](#) (25)

1. **Diabetes** (National Library of Medicine)
Diabetes is a disease in which your blood glucose, or sugar, levels are too high. Glucose comes ... cells to give them energy. With Type 1 **diabetes**, your body does not make insulin. With Type ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetes.html - Health Topics

2. **Diabetes Type 1** (National Library of Medicine)
Diabetes means your blood glucose, or blood sugar, is too high. With Type 1 **diabetes**, your pancreas does not make ...

Figuur 25: Resultaat van een zoekopdracht met “diabetes” als zoekterm

Wanneer we naar de weergegeven links kijken, valt het op dat de eerste 13 links in principe allemaal afkomstig zijn van dezelfde site namelijk www.nlm.nih.gov (Figuur 27). Deze links verwijzen naar de verschillende topics op dezelfde site. In de eerste 20 resultaten komen slechts vijf resultaten voor die doorverwijzen naar externe sites. Alhoewel de desbetreffende website kwaliteitsvol blijkt, gaat de belangrijkste zoekrobotfunctie, namelijk het aanbieden van een diversiteit aan bronnen, hier verloren. Men krijgt geen verschillende sites die algemeen handelen over de ziekte, maar wel één site die de verschillende aspecten van de ziekte in detail belicht. Voor zoekers die werken volgens het principe waarbij ze verschillende bronnen raadplegen en dan geloven wat het vaakst vermeld wordt, is deze tool dus niet handig.

1. **Diabetes** (National Library of Medicine)
Diabetes is a disease in which your blood glucose, or sugar, levels are too high. Glucose comes ... cells to give them energy. With Type 1 **diabetes**, your body does not make insulin. With Type ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetes.html - Health Topics
2. **Diabetes Type 1** (National Library of Medicine)
Diabetes means your blood glucose, or blood sugar, is too high. With Type 1 **diabetes**, your pancreas does not make insulin. Insulin is ... kidneys, nerves, and gums and teeth. Type 1 **diabetes** happens most often in children and young adults ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetestype1.html - Health Topics
3. **Diabetes and Pregnancy** (National Library of Medicine)
Diabetes is a disease in which your blood glucose, or sugar, levels are too high. When you ... United States, between three and eight get gestational diabetes. Gestational **diabetes** is **diabetes** that happens for the ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetesandpregnancy.html - Health Topics
4. **Diabetes Complications** (National Library of Medicine)
If you have **diabetes**, your blood sugar levels are too high. Over time, this can cause problems with other body functions, such as your kidneys, nerves, feet, and eyes. Having **diabetes** can also put you at a higher risk ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetescomplications.html - Health Topics
5. **Diabetes Insipidus** (National Library of Medicine)
Diabetes insipidus (DI) causes frequent urination. You become extremely thirsty, so you drink. Then you urinate. This ... are almost all water. DI is different from **diabetes mellitus** (DM), which involves insulin problems and high ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetesinsipidus.html - Health Topics
6. **Diabetes Medicines** (National Library of Medicine)
Diabetes means your blood glucose, or blood sugar, is too high. If you can't control your **diabetes** with wise food choices and physical activity, you may need **diabetes** medicines. The kind of medicine you take depends ...
www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetesmedicines.html - Health Topics
7. **Diabetes - Introduction** *Interactive Tutorial* (Patient Education Institute)
... of **diabetes**, their control and treatment. What is **Diabetes**. The body is made of millions of cells ... not a contagious disease. Signs and Symptoms of **Diabetes Diabetes** is detected when your doctor or nurse ...
www.nlm.nih.gov/_jd/diabetesintroduction/tbindex.htm - External Health Links
8. **Diabetes - Meal Planning** *Interactive Tutorial* (Patient Education Institute)

Dit kan echter opgelost worden door te klikken op de korte uitleg van de ziekte en dan te kiezen voor een topic. Zo kan je kiezen voor “*Basic – Overview*”. Hierdoor krijgt men de verschillende links voor dat specifieke topic (Figuur 27).

[illegible]

Figuur 27: Illustratie van de manier om toch verschillende bronnen te verkrijgen

De site biedt de zoekmogelijkheden aan in meer dan 40 talen, maar Nederlands staat niet in de lijst. Het niet kunnen zoeken in de eigen taal, is een minpunt. Wanneer dit geen probleem vormt, is deze manier van zoeken echter veel betrouwbaarder dan het zoeken via een algemene zoekrobot. De website maakt immers voor de bezoeker een eerste selectie van betrouwbare websites via een set van

selectieguidelines, waarbij bijvoorbeeld commerciële sites uitgesloten worden (Marill et al., 2006; Miller et al., 2000). Zo hebben de meeste sites waarnaar gelinkt wordt een accreditatie van HONcode. Andere grote pluspunten zijn de afwezigheid van advertenties, de vrijheid van commerciële bias en de dagelijkse updates (Smalligan, Campbell & Ismail, 2008).

We kunnen besluiten dat deze tool zeker een hulp kan zijn om kwaliteitsvolle informatie te vinden. De taalbarrière kan echter een probleem zijn. Ook is de site veel uitgebreider dan bijvoorbeeld Google, waardoor het voor sommige mensen misschien te moeilijk lijkt. Ook Marill et al. (2006) halen het dilemma tussen gebruiksvriendelijkheid en volledigheid aan. Door de groeiende hoeveelheid en snel evoluerende informatie is het immers moeilijk om voldoende informatie te geven zonder de surfer te verwarren. Op dit probleem wordt door MedlinePlus goed ingespeeld door een MedlinePlus Tour met uitleg en tips over de manier van zoeken en verschillende mogelijkheden op de website aan te bieden. Om goed te kunnen werken met deze tool is er even tijd en inspanning nodig maar daarna biedt het vele voordelen. Smalligan et al. (2008) toonden in hun studie een tevredenheid van 95% aan voor het zoeken op MedlinePlus.gov. De zoekers vonden dat de site handig en informatief was en dat het hen zou helpen om betere gezondheidsbeslissingen te nemen.

4.2.3 Interactieve encyclopedie: Wikipedia

Wikipedia is een vrije-toegang, meertalige, non-profit online encyclopedie die uitnodigt tot bijdragen van zijn gebruikers (Laurent & Vickers, 2009). Het is een wiki, wat betekent dat het een relatief simpele bewerkingsyntaxis en openbare aantekening van alle edits gebruikt om de collaboratie tussen verschillende “medewerkers” te vergemakkelijken (Laurent & Vickers, 2009). Het staat op acht in de lijst van meest toegankelijke websites op het internet (Laurent & Vickers, 2009). Het is wereldwijd één van de populairste en meest gelezen websites (Devgan, Powe, Blakey & Makary, 2007). Laurent en Vickers (2009) onderzochten in welke mate de Engelse Wikipedia belangrijk is bij het zoeken via een zoekrobot. Ze concludeerden dat

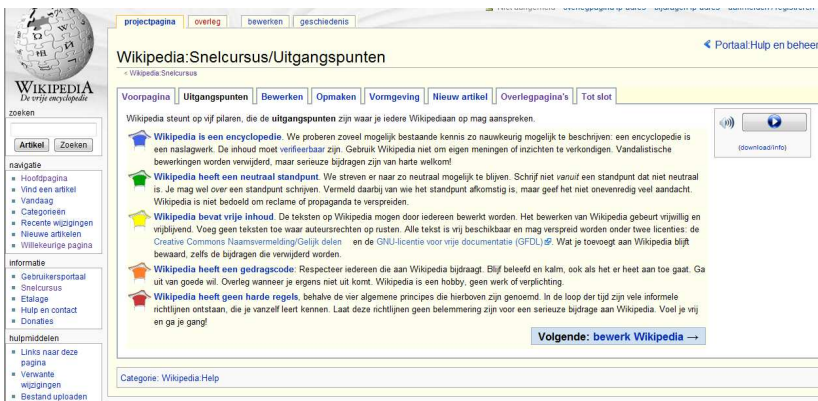
in 71 tot 85% van de zoekrobots en geteste keywords de interactieve encyclopedie in de eerste tien resultaten weergegeven werd. Dit feit, samen met de statistieken van *page views*, doen hen besluiten dat de Engelse Wikipedia een prominente bron is voor online gezondheidsinformatie. Onderzoek naar de kwaliteit van de informatie werd in deze studie echter niet uitgevoerd, wat hun conclusies voorbarig maakt. Critici beweren dat het systeem waarbij iedereen de kans heeft om informatie toe te voegen of aan te passen, een groot gevaar voor incorrecte en inaccurate informatie met zich meedraagt (Denning, Horning, Parnas, & Weinstein, 2005). Giles (2005) ondervond echter dat accuraatheid van de informatie op Wikipedia vergelijkbaar is met deze van wetenschappelijke informatie van meer traditionele bronnen zoals Encyclopedia Britannica. De interactiviteit zorgt er tegelijkertijd voor dat deze site gezien wordt als één van de voornaamste Web 2.0 gezondheidssites waarbij het gebruik en de waarde van het internet omtrent gezondheid verhoogd wordt omdat “gewone” mensen, die soms experts zijn in het gezondheidsprobleem dat hun eigen situatie domineert, informatie kunnen uitwisselen (Kamel Boulos & Wheeler, 2007). De noodzaak aan inbreng van anderen zorgt er echter voor dat de informatie soms beperkt of onvolledig is, zeker wanneer deze informatie in een wereldwijd weinig gebruikte taal geschreven is. Aangezien wikis ontwikkeld zijn om snelle updating van informatie te vergemakkelijken, is de snelheid en dus het *up-to-date* zijn van de informatie een pluspunt (Hasman & Chiarella, 2008).

Wanneer we op de Nederlandstalige Wikipedia zoeken met de term “diabetes”, moeten we eerst kiezen tussen diabetes insipidus en diabetes mellitus (Figuur 28). Wikipedia is de eerste site waar dit onderscheid direct zo duidelijk wordt gemaakt. Het is duidelijk aangegeven dat men “diabetes mellitus” moet kiezen als men informatie zoekt over suikerziekte. De site is erg transparant in zijn werkwijze, zoals hier duidelijk wordt: er wordt aan de lezer meegedeeld dat het een doorverwijspagina is en waarom dit zo is.



Figuur 28: Doorverwijspagina bij het ingeven van de zoekterm “diabetes” in Wikipedia

Aan de linkerzijde zien we steeds algemene links zoals naar de nieuwste artikels, de manier van donatie en de links naar de pagina in verschillende talen. Wanneer we bijvoorbeeld doorklikken naar “Snelcursus” komen we allerlei informatie te weten over Wikipedia en hoe het te gebruiken (Figuur 29). Dit kan nuttig zijn voor mensen die niet de gewoonte hebben om met dergelijke interactieve encyclopediën te werken. Zo wordt er ondermeer aangegeven hoe de inhoud tot stand komt en wat de gedragscode is.



Figuur 29: Snelcursus bij Wikipedia

Telkens kan men bij de blauwe termen doorklikken naar de volgende pagina, zoals hier aangetoond voor de pagina Wikiquote, welke verschijnt wanneer we op “gedragscode” klikken op de bovenstaande webpage (Figuur 30).



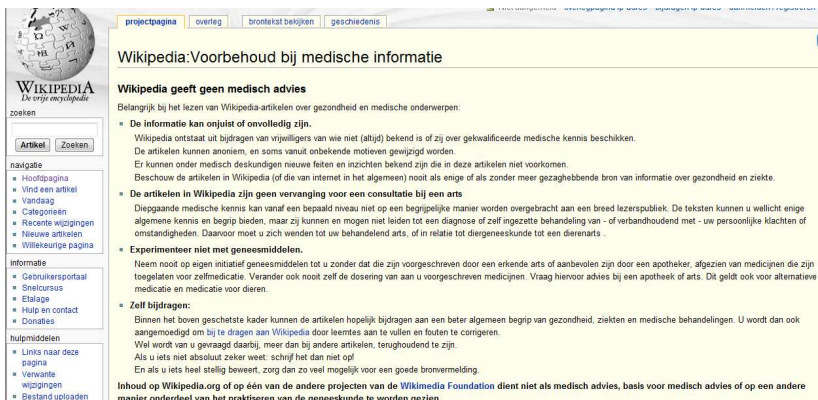
Figuur 30: Wikiquote

Wanneer we doorklikken naar “diabetes mellitus” zien we eerst een korte uitleg met eronder een handige inhoudstafel (Figuur 31). Opmerkelijk is dat in de korte uitleg niet dadelijk een onderscheid wordt gemaakt tussen de twee types, een gegeven dat toch wel cruciaal is. Ook bij de verdere uitleg is dit onderscheid nogal verwarrend uitgelegd. Rechts zien we het symbool voor diabetes, een fenomeen dat we nergens anders online gevonden hebben. Daaronder worden verschillende links weergegeven, zoals deze naar MedlinePlus of een lijst van de MeSH. Deze doorverwijzingen zijn nuttig voor zoekers die oorspronkelijk niet op sites met wetenschappelijk informatie willen of kunnen zoeken.



Figuur 31: Uitleg over diabetes mellitus op de Nederlandstalige Wikipedia

Opmerkelijk is dat Wikipedia op de sites met medische informatie net onder de titel en goed zichtbaar “voorbehoud bij medische informatie” vermeldt (Figuur 31). Ook hierover kan men meer informatie erover bekomen door erop te klikken (Figuur 32). Wikipedia is de enige site in mijn zoektocht waar dit voorbehoud zo duidelijk en direct aangegeven staat.



Figuur 32: Waarschuwing over voorbehoud bij medische informatie op Wikipedia

De informatie is uitgebreid en bij vele termen kan men doorklikken naar een andere pagina met extra informatie. Hierdoor kan de surfer zelf kiezen hoeveel informatie hij of zij wenst. Bij sommige termen is de informatie echter erg beperkt, waardoor dit eigenlijk niet veel meerwaarde biedt.

Naast de uitleg op het tabblad “artikel” is er op Wikipedia ook plaats voor overleg, waar iedereen zijn opmerkingen, suggesties of uitleg over de reden van de aanpassing van de inhoud kan plaatsen. Ook wordt er een geschiedenis weergegeven van de veranderingen van de inhoud en het overleg. Tot slot is er een mogelijkheid om zowel artikel als overleg zelf te bewerken.

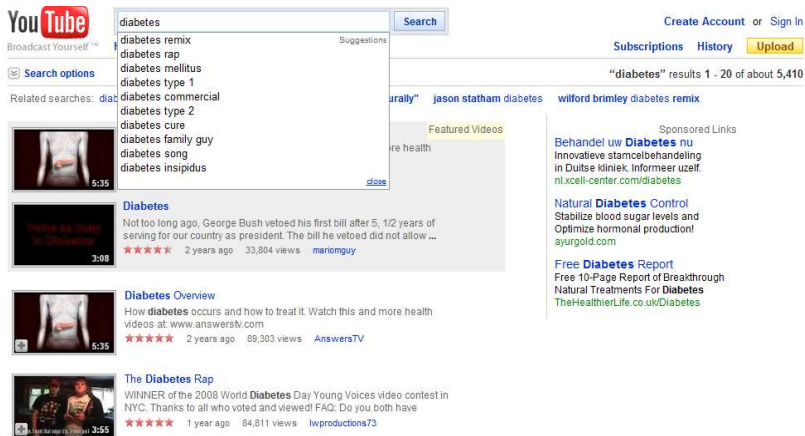
We kunnen besluiten dat hoewel de informatie op deze wiki niet (rechtstreeks) gecontroleerd wordt door professionals, de openheid over de manier van werken en de waarschuwing over het voorbehoud veel goed maakt. Verdere bespreking van de kwaliteit van de Nederlandstalige Wikipedia volgt.

4.2.4 YouTube

Vrij beschikbare filmpjesuitzendsites zijn populaire bronnen van informatie, met bijvoorbeeld op YouTube iedere dag meer dan 100 miljoen kijkers en 65 000 nieuwe filmpjes (Pandey, Patni, Singh, Sood & Singh, 2010; Steinberg et al., 2010). Wegens zijn populariteit en gemakkelijke toegang moet dus ook YouTube beschouwd worden als een belangrijk platform voor het delen en het bereiken van gezondheidsinformatie (Pandey et al., 2010). Ook hier is er echter een risico op verspreiding van misleidende informatie (Pandey et al., 2010). Net zoals op vele andere internetsites is de inhoud immers niet gecontroleerd en kunnen geregistreerde gebruikers quasi alles posten wat ze willen (Steinberg et al., 2010). In tegenstelling tot Wikipedia wordt er niet aan de auteurs gevraagd een bron, referentie en datum te vermelden (Steinberg et al., 2010). Daarnaast kan er ook de opmerking gemaakt worden dat deze site veel meer gebruikt wordt voor entertainment, een aspect dat Eglash (2009) duidelijk ondervond bij de studie van informatie over borstvoeding (Hayanga & Kaiser, 2008). Het gebruik van deze site

als bron voor medische informatie werd naast voor borstvoeding reeds bestudeerd voor prostaatkanker, vaccinatie, tabakgebruik en de Mexicaanse griep (Hayanga & Kaiser, 2008; Keelan, Pavri-Garcia, Tomlinson & Wilson, 2007; Pandey et al., 2010; Steinberg et al., 2010). Net zoals bij Mexicaanse griep, kan een vaak bezochte site zoals deze een belangrijke relevantie hebben voor de preventie van de ziekte (Pandey et al., 2010). In de weinige literatuur over de kwaliteit van YouTube als een bron van medische informatie verschijnen verschillende conclusies, uiteenlopend van een inadequate bron van medische informatie, via een bron met duidelijke biases naar een bepaalde mening, tot een absoluut te gebruiken middel om medische informatie te verspreiden (Pandey et al., 2010; Steinberg et al., 2010). Het is duidelijk dat er meer onderzoek moet gedaan worden naar het belang en de kwaliteit van YouTube als bron van medische informatie (Hayanga & Kaiser, 2008).

Door de veelheid aan filmpjes op de site, valt de beoordeling van de kwaliteit buiten het onderzoeksspectrum van deze masterproef. We kunnen echter wel een paar algemene punten opmerken. Opnieuw is er een uitgebreide uitleg over de site en hoe hem te gebruiken aanwezig. Net zoals bij Google geeft YouTube een reeks suggesties bij het intypen van de zoekterm (Figuur 33). Bij enkele hiervan, bijvoorbeeld "*diabetes family guy*", blijkt de focus op entertainment. Eerste in de lijst van resultaten worden "*featured videos*" weergegeven. Dit zijn video's die extra aandacht verdienen, onder andere door hoge populariteit. Elke video heeft een pagina met "*statistics and data*" dat het aantal *viewers*, *subscribers*, data van aanpassingen, populariteit, commentaren en *ratings* weergeeft. Rechts van de zoekpagina worden gesponsorde links weergegeven. Iedereen kan echter ook adverterende filmpjes plaatsen, waardoor ook in de lijst met resultaten commerciële video's aanwezig zullen zijn. Deze commerciële bias, die niet zo duidelijk vermeld staat als bijvoorbeeld bij Google, is een minpunt.



Figuur 33: Voorbeelden van suggesties die YouTube geeft bij het intypen van een zoekterm

Via “*search options*” kan men meer specifiek gaan zoeken in de resultatenlijst (Figuur 34). Een handige optie is bijvoorbeeld om de categorie “*science & technology*” te kiezen, waardoor de meer animerende filmpjes uitgefilterd worden. Ook kan er gekozen worden voor enkel recente filmpjes, waardoor men meer zekerheid heeft dat de informatie *up-to-date* is. Er kan ook gekozen worden voor langere filmpjes. Steinberg et al. (2010) ondervonden immers dat er een positieve correlatie is tussen de lengte van het filmpje en de kwaliteit van de informatie. Eglash (2009) zag dat de meeste video’s in het Engels zijn, maar dat er ook veel zijn in vele verschillende talen. Er is echter geen manier om bijvoorbeeld enkel Nederlandstalige filmpjes te verkrijgen.

The screenshot shows a YouTube search results page for the query "diabetes". At the top, there is a search bar with "diabetes" entered and a "Search" button. To the right of the search bar are links for "Create Account" and "Sign In". Below the search bar, there are tabs for "Home", "Videos", and "Channels". To the right of these tabs are links for "Subscriptions", "History", and an "Upload" button.

Below the tabs, there is a "Search options" section. It includes a "Result type:" dropdown set to "All", a "Sort by:" dropdown set to "Relevance", and an "Upload date:" dropdown set to "Anytime". There are also checkboxes for "Videos", "Channels", and "Playlists". To the right of these are checkboxes for "Today", "This week", and "This month". Further right, there are checkboxes for "Categories:" (All, Education, Science & Technology, People & Blogs, Comedy, Entertainment, Howto & Style), "Duration:" (All, Short (~4 minutes), Long (20+ minutes)), and "Features:" (All, Closed captions, HD (high definition), Partner videos, Rental). A "Reset options" link is also present.

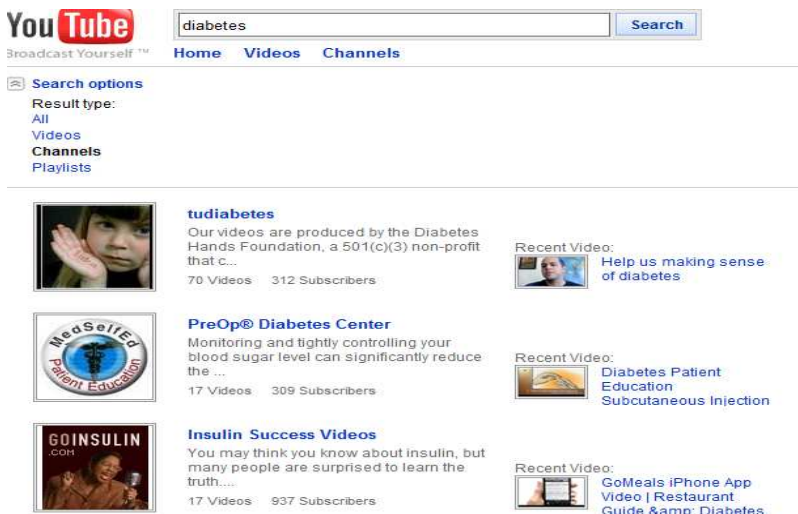
Below the search options, there is a section for "Additional search options".

The main content area shows video results. The first result is "Diabetes Overview" by AnswersTV, with a 5-star rating, 2 years ago, and 89,303 views. The second result is "Diabetes Treatment: Drugs" by AnswersTV, with a 5-star rating, 2 years ago, and 11,042 views. The third result is another "Diabetes Overview" by AnswersTV, with a 5-star rating, 2 years ago, and 89,303 views.

On the right side of the video results, there is a "Sponsored Links" section. It includes links to "Gevolgen van Diabetes" (Bepaak de gevolgen van diabetes d.m.v. stamceltherapie! ni.xcell-center.com/Diabetes), "Balance Blood Sugar" (Go against your Diabetic Condition Go to the Root of the Problem www.freewebs.com/jorgenij/), "Latest Diabetes News" (Join DiabetesForum.com for free to discuss the latest Diabetes News. www.diabetesforum.com/), and "Xylitol Sugar Free Shop" (Xylitol Biscuits Chocolates Sachets Jams, Ketchup, Honey).

Figuur 34: Illustratie van de mogelijke zoekopties om de zoekopdracht te verfijnen

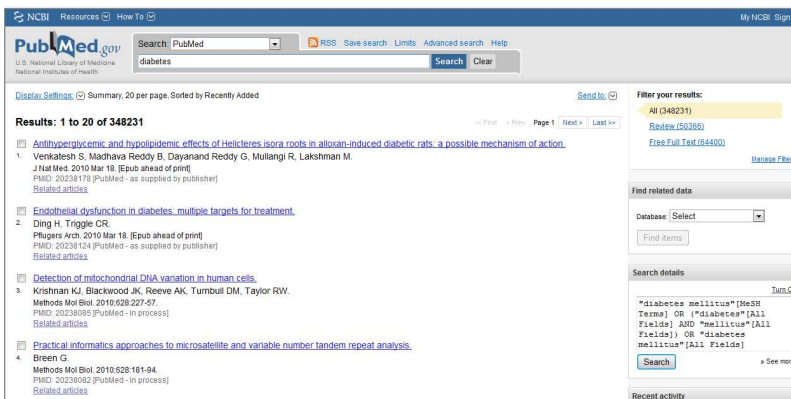
Keelan et al. (2007) zeggen dat professionele hulpverleners naast het kunnen reageren op patiënten die informatie bekomen via bronnen zoals deze, ook hiervan gebruik zouden moeten maken voor effectieve communicatie. Steinberg et al. (2010) merken op dat het voor artsen een gemakkelijke methode is om betrouwbare gezondheidsinformatie te verspreiden, mét vermelding van bronnen en van hoe actueel de informatie is. Men kan immers gebruik maken van “channels” (Figuur 35), waarbij personen op een pagina de profielinformatie, favorieten en geposte video’s van een gebruiker, bijvoorbeeld een arts die zijn patiënten wil informeren via betrouwbare filmpjes, kunnen bekijken (Eglash, 2009).



Figuur 35: Illustratie van het gebruik van “channels”

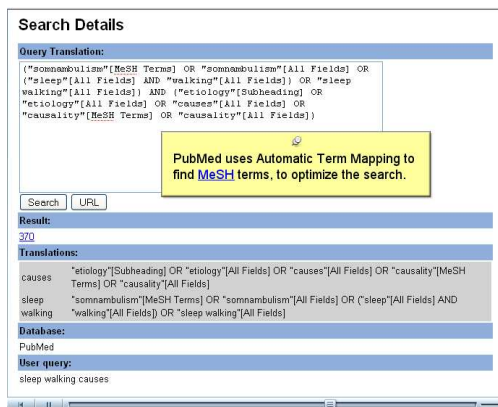
4.2.5 Het opzoeken via sites met wetenschappelijke artikels

Alhoewel sites zoals PubMed en Web of Science voor professionals en studenten een veelgebruikte connectie is naar wetenschappelijke artikels, houden deze websites voor leken veel problemen in. Zo is toegang tot Web of Science niet mogelijk zonder licentie. Om deze reden zal er verdergewerkt worden met PubMed, een site die wel voor iedereen toegankelijk is. Het nadeel van deze site in vergelijking met Web of Science is dat de artikels minder geselecteerd en dus minder kwaliteitsvol zijn. De geringe directe beschikbaarheid van de artikels is een minpunt. Slechts 18,5% van de artikels gevonden bij deze zoekterm zijn gratis beschikbaar. Opnieuw is de taal een hinderpaal. Slechts een kleine fractie van de artikels is geschreven in het Nederlands. Ook het taalgebruik is in wetenschappelijke artikels vaak niet aangepast aan zoekers die niet thuis zijn in het vakgebied. Wanneer we “diabetes” als zoekterm invoeren, bekommen we meer dan 300.000 artikels (Figuur 36). In deze overrompelende hoeveelheid is het dan ook nog eens moeilijk zoeken naar artikels met algemene informatie aangezien de overgrote meerderheid van de artikels verslagen zijn van specifieke studies.



Figuur 36: Resultaten op PubMed bij het invoeren van de zoekterm “diabetes”

Een ander groot probleem bij PubMed is de gebruiksvriendelijkheid. Om gericht te kunnen zoeken zijn heel wat vaardigheden nodig. Het gebruik van *limits* en *advanced search* is te gecompliceerd voor niet-professionals. Op de site wordt er wel een inspanning gedaan om uitleg te geven over de manier van zoeken, maar ook dit is te ingewikkeld wanneer je niet vertrouwd bent met het opzoeken van wetenschappelijke literatuur (Figuur 37).



Figuur 37: Illustratie van uitleg over de manier van opzoeken op PubMed

We kunnen dus besluiten dat het zoeken via gespecialiseerde sites met wetenschappelijke artikels niet gebruiksvriendelijk is voor niet-professionals. We kunnen echter opmerken dat er gemakkelijkere manieren ter beschikking gesteld zijn om wetenschappelijke informatie te bekomen, zoals via verwijzingen vanuit Wikipedia en MedlinePlus. Ook op de website van PubMed staat vermeld dat het voor consumenten die zoeken naar gezondheidsinformatie over bijvoorbeeld een specifieke ziekte, handiger is om te zoeken via MedlinePlus. Daar word je immers via een *preformulated search* doorverwezen naar artikels uit PubMed.

4.2.6 Het opzoeken vanuit een vage klacht

In een studie van Tang en Ng (2006) werd onderzocht hoe vaak dokters tot de juiste diagnose komen door enkel Google te gebruiken. De correcte diagnose werd bekomen in 58% van de gevallen, waardoor het internet in deze studie opgeworpen wordt als een soort van *clinical decision support program* dat gemakkelijk beschikbaar en bruikbaar is. In deze studie waren echter veel opmerkingen, zoals bijvoorbeeld het gebruik van drie à vijf symptomen, wat in het dagelijkse leven vaak niet het geval is, en de verhoogde effectiviteit bij unieke, niet-vage symptomen. Deze punten zorgen ervoor dat het voor de patiënt zonder expertise en medische woordenschat niet vanzelfsprekend is om dezelfde resultaten te bekomen. Neftel (2008) merkt echter op dat het resultaat toch niet nul zal zijn, aangezien artsen soms geconfronteerd worden met patiënten die de nagel op de kop slaan dankzij een zoektocht op het internet voorafgaand aan de consultatie.

Vaak zullen patiënten of hun omgeving proberen te *googlen* naar een diagnose door de ondervonden symptomen in te geven in een zoekrobot. Wanneer we hier bijvoorbeeld “veel plassen”, één van de voornaamste symptomen van diabetes mellitus, invoeren in Google, valt het op dat er op de eerste pagina's met resultaten geen duidelijke verwijzing naar diabetes gevonden wordt (Figuur 38). Er worden wel veel discussies in fora aangetroffen. Dit symptoom is echter erg vaag, zodat ook heel wat andere ziektes teruggevonden worden. Dit is echter het geval bij vele zoekacties aan de hand van symptomen.

Opnieuw worden verschillende gesponsorde links weergegeven die, zoals blijkt uit onderstaande screen, helemaal niets te maken hebben met de ziekte.

The screenshot shows a Google search interface with the query 'veel plassen'. The search bar includes a 'Zoeken' button and a link to 'Geavanceerd zoeken'. Below the search bar, there are filters for 'Doorzoek:' with options for 'het internet', 'pagina's in het Nederlands', and 'pagina's uit België'. The search results are displayed under the heading 'Web' with a sub-link 'Opties weergeven...'. The results show 10 items out of approximately 508,000 for the term 'veel plassen' in 0.09 seconds. The first result is 'Vaak behoefte om te plassen - Gezondheid en preventie', which discusses the need to urinate frequently and mentions a newsletter. The second result is '10 vragen ivm Blaasontsteking [www.gezondheid.be]', which discusses bladder inflammation. The third result is 'Extreem veel plassen | Nieren blaas urine', which discusses extreme urinary frequency. The fourth result is 'PLASSEN VEEL', which discusses symptoms and treatment of urinary frequency. On the right side, there is a section for 'Gesponsorde links' (Sponsored links) featuring 'Corewellness programma' and 'Veel Plassen?' with a link to 'Uw advertentie hier »'.

Figuur 38: Resultaten in Google met de zoekterm “veel plassen”

Wanneer we zoeken met meer wetenschappelijke termen, zoals “overmatig urineren” en “polyurie”, worden wel meer links met duidelijke uitleg over diabetes en mogelijke andere ziekten weergegeven (Figuur 39 en 40). Ook het ingeven van meer dan één symptoom verhoogt de kans op het vinden van een site over diabetes. Bij deze meer complexe zoekacties worden geen gesponsorde links meer weergegeven.

Google [Geavanceerd zoeken](#)
 Doorzoek: ☒ het internet ☐ pagina's in het Nederlands ☐ pagina's uit België

Web [Opties weergeven...](#) Resultaten **11 - 20** van circa **158.000** voor **polyurie** (**0,13** seconden)

[Diabetes Mellitus - Polyurie - swigle.nl](#)
 Neem het voorbehoud bij medische informatie in acht. Raadpleeg bij gezondheidsklachten een arts. **Polyurie** is de benaming voor vermeerderde urineel.
www.swigle.nl/Diabetes%20Mellitus/Polyurie/129087 - [In cache](#)

Polyurie
 Stichting Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen: richtlijn **Polyurie** Polydipsie, ADH, anti-diuretisch hormoon, bipolaire stoornis.
www.artsennet.nl/richtlijnen/Richtlijn/Polyurie.htm - [In cache](#)

Polyurie | Arts en Apotheker.nl
Polyurie Geneesmiddel: Lithium Categorie: Bijwerkingen > Diversen Auteurs: J.Tilanus en J. Timmerman Publicatiedatum: 04-10-01 ...
www.artsenapotheker.nl/q/polyurie - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Diabetes mellitus - Wikipedia
 Spring naar [Andere vormen van polyurie](#). Medicamenten kunnen eveneens een **polyurie** veroorzaken als gevolg van een verminderd concentrerend vermogen van ...
nl.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Figuur 39: Resultaten in Google met de zoekterm “polyurie”

Google [Geavanceerd zoeken](#)
 Doorzoek: ☒ het internet ☐ pagina's in het Nederlands ☐ pagina's uit België

Web [Opties weergeven...](#) Resultaten **1 - 10** van circa **1.340** voor **polyurie en droge mond** (**0,13** seconden)

[Diabetes mellitus - Wikipedia](#)
 Vermoeidheid of slaperigheid; Impotentie; Een **droge mond** en een droge tong
 Medicamenten kunnen eveneens een **polyurie** veroorzaken als gevolg van een ...
nl.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[\[PDF\] Casus 01L Fase A](#)
 Bestandsformaat: PDF/Adobe Acrobat - [Snelle weergave](#)
 Sinds 1-1,5 week veel drinken, **droge mond**, **polyurie**, en nycturie. De urine was waterkleurig. 's Nachts moest hij ieder uur plassen, maar dronk hij ook heel ...
www.lumc.nl/rep/5030/atf/.../90518021445185.pdf - [Vergelijkbaar](#)

[Etalpha Leo capsules | Geneesmiddelenrepertorium](#)
 De eerste tekenen van hypercalciemie zijn **polyurie**, polydipsie, zwakte, hoofdpijn, nausea, **droge mond**, constipatie, spierpijn, botpijn en metaalsmaak ...
www.geneesmiddelenrepertorium.nl/.../etalpha_Leo_capsules.html - [Vergelijkbaar](#)

[Aandoeningen](#)
 Veel plassen (**polyurie**); **Droge mond** en uitgesproken dorstgevoel; Vermageren ondanks goede eetlust; Vermoeidheid, sufheid; Grotere vatbaarheid voor infecties ...
www.d24.be/category/gezondheid/aandoeningen - [In cache](#)

Figuur 40: Resultaten in Google met de zoektermen “veel plassen en droge mond”

Er kan besloten worden dat het opzoeken via klachten, die vaak erg vaag zijn, aanleiding kan geven tot verwarring en verkeerde zelfdiagnose doordat de klacht gedeeld wordt tussen verschillende ziekten. Discussiefora nemen bij een dergelijke zoekmethode een belangrijke plaats in. De effectiviteit van de zoekactie verhoogt wel bij wetenschappelijke benaming en het inbrengen van meerdere symptomen, wat de resultaten uit de studie van Tang en Ng (2006) met professionals die hiervan meestal beter op de hoogte zijn,

verklaart. Deze gecompliceerdere manier van zoeken wordt echter weinig toegepast door een onwetende zoeker, waardoor de resultaten moeilijk kunnen doorgetrokken worden naar een gewone gezondheidsconsument.

4.2.7 Quality tools

Voor het opzoeken op het internet volgen slechts weinig mensen de raad van hun arts op. Vaak wordt er zelfs geen advies gegeven door artsen over het opzoeken van informatie op het internet, omdat deze veel tijd moeten steken in het evalueren van de informatie, die daarenboven erg snel verandert. (Bernstam et al., 2005) De patiënten gaan dus vaak zonder professionele hulp op zoek naar informatie op het net. Het zou dus een goede tactiek zijn om de patiënten zelf te *empoweren* voor een goede zoektocht op het internet. Voor het evalueren van de kwaliteit van de informatie op websites zijn er twee grote benaderingen: vergelijking tegen de gouden standaard en het beoordelen van verschillende aspecten van een site door gebruik te maken van een toetsingsinstrument (Breckson et al., 2008). Het vergelijken van informatie met een gouden standaard is slechts mogelijk voor de delen van informatie die een beschikbare gouden standaard hebben en is erg tijdconsumerend (Breckson et al., 2008). Het is dus aantrekkelijker om een snellere test voor kwaliteit te gebruiken. Samen met de snelle groei van websites met informatie omtrent gezondheid zijn dan ook verschillende initiatieven, zowel commercieel als academisch, ontstaan, die criteria genereren die gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van gezondheidssites te controleren (Gagliardi & Jadad, 2002). Ook specifiek voor diabetes experimenteert men met verschillende kwaliteitstools (Bedell et al., 2004; Seidman et al., 2003a; Seidman et al., 2004).

Er zijn vijf klassen van tools ontwikkeld voor de evaluatie van de kwaliteit van gezondheidsinformatie op het internet: gedragscodes, kwaliteitslabels, handleidingen, filters en certificering door derden (Seidman et al., 2004). De validiteit, betrouwbaarheid, praticiteit en toepasbaarheid van deze tools voor gezondheidszorgconsumenten worden echter in de literatuur nog vaak in vraag gesteld en bijgevolg vaak onderzocht (Bernstam et al., 2005; Gagliardi & Jadad, 2002;

Hanif et al., 2009; Lorence, 2004; Seidman et al., 2004). Zo heeft de meerderheid van de instrumenten bijvoorbeeld te veel elementen om routinematig gebruikt te kunnen worden door leken (Bernstam et al., 2004). Eysenbach et al. bespraken in 2002 79 studies over kwaliteitstools. Ze concludeerden dat er een enorme variatie was in benadering om de criteria te beoordelen en in de kwaliteit van de methodologie van de studies. Vaak geven de auteurs geen technische definitie van de aangereikte criteria, waardoor de specificatie overgelaten wordt aan de individuele gebruiker, wat standaardisatie tegenwerkt (Seidman et al., 2004; Bernstam et al., 2004). Ook gebruiksinstructies en evaluatie van *interobserver* betrouwbaarheid en validiteit waren quasi onbestaand. Breckson et al. (2007) en Gagliardi en Jadad (2002) zeggen dat er veel incomplete en niet-actuele *rating instruments* aanwezig zijn op het internet.

Evaluatieinstrumenten gaan ervan uit dat ze kwaliteitssites kunnen identificeren op basis van de assumptie dat sites conform de indicatoren van kwaliteit waarschijnlijk accurate informatie bevatten (Breckson, Jones, Morris, & Richardson, 2008; Seidman et al., 2004). Deze assumptie is echter niet steeds correct, en aangezien een persoon zonder kennis in het domein moeilijk de accuraatheid van medische informatie kan inschatten, geeft dit verband een vals beeld van zekerheid over de kwaliteit van de informatie. Eysenbach et al. (2002) zeggen dan ook dat het, aangezien er een complexe relatie is tussen kwaliteitsindicatoren en werkelijke kwaliteit van de informatie, onwaarschijnlijk is dat een universele set van criteria opgesteld kan worden die de kwaliteit van gezondheidswebsites kan voorspellen.

Als voorbeeld bespreek ik HONcode of Health On the Net Code. Deze bekende tool werd ontwikkeld in 1995 en omvat volgende ethische principes: deskundigheid, aanvullend, vertrouwelijkheid, bron, bewijzen, duidelijkheid, sponsoring en openheid in advertentie en redactioneel beleid (“principes HONcode”, z.d.) (Figuur 41).



Figuur 41: Nederlandstalige uitleg over de principes van HONcode

Wanneer we deze tool toepassen op mijn zoektocht via Google aan de hand van de toolbar blijkt dat geen enkele Nederlandstalige site de accreditatie heeft. Deze taalbarrière is erg belangrijk in een domein met veel specifiek taalgebruik. Zelfs hoogstwaarschijnlijk betrouwbare sites zoals die van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid krijgen geen “*seal of approval*”. De oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat het accreditatieproces vrijwillig is en geïnitieerd wordt door een verzoek van de website-uitgever (Bedell et al., 2004). Het zou dus kunnen dat sites die geen *seal* hebben gewoon geen aanvraag hebben ingediend. In dit opzicht heeft HONcode dan ook een *gateway*-functie (Breckons et al., 2008). Daarnaast zijn er ook situaties gevonden waarbij het logo gereproduceerd werd en dus valselijk werd voorgesteld als bewijs van kwaliteit (Fallis & Fricke, 2002).

Naast de toolbar en *seals* op de websites biedt de site van HONcode ook nog andere manieren aan om de kwaliteit van websites te beoordelen, welke dus kunnen gebruikt worden op sites die geen *seal* aangevraagd hebben. Het verificatieformulier bijvoorbeeld stelt 15 vragen om de acht principes te testen. Opmerkingen hierbij zijn dat dit alles opnieuw in het Engels is en voor leken redelijk complex en

moeilijk verstaanbaar is. Bernstam et al. (2004) stellen dat maximum 10 elementen mogen gebruikt worden opdat het voor een gemotiveerde consument praktisch bruikbaar zou zijn. De tekortkomingen op gebied van taal zijn een groot minpunt, zeker aangezien HONcode zelf beweert de taalproblemen op het internet op te lossen. Ook hier komen we het probleem van afwezigheid van directe beoordeling van accuraatheid van de informatie tegen. Uit de geraadpleegde literatuur en dit voorbeeld kunnen we dus afleiden dat *quality tools* nog verschillende knelpunten hebben.

4.2.8 Beoordeling van kwaliteit van websites

We zullen enkele sites uit de zoektocht beoordelen op kwaliteit. Hierbij zullen we sites met verschillende oorspong nemen, namelijk een site van een liefdadigheidsinstelling (Vlaamse Diabetes Vereniging vzw), een gesponsorde site (gezondheid.be), een commerciële site (Pfizer), een site van een overheidsinstelling (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid) en een interactieve encyclopedie (Wikipedia). Ik zal mij concentreren op Nederlandstalige sites, maar ter vergelijking zullen ook twee Engelstalige sites bestudeerd worden, namelijk deze van World Health Organisation (WHO) en deze van de American Diabetes Association (ADA). Het evalueren van de kwaliteit zal gebeuren aan de hand van de twee bovenvermelde methoden: via vergelijking met een gouden standaard en via gebruik van criteria die vaak verwerkt worden in kwaliteitstools.

Voor de controle van de accuraatheid van de informatie werden dezelfde gouden standaarden gebruikt als deze in de studie van Seidman et al. (2003) (Tabel 3). De verschillende sites zullen naar deze gouden standaarden afgetoetst worden, waarbij de sites één punt krijgen voor elk onderwerp die ze volgens de gouden standaard aanhalen. Als dit slechts gedeeltelijk gebeurt, wordt een half punt verworven. Indien het topic helemaal niet of foutief aangehaald wordt, is het resultaat nul. De resultaten vindt u in Tabel 5.

Aan de hand van de literatuur over de evaluatie van sites omtrent diabetes werden criteria opgesteld rond drie categoriën namelijk

gebruiksvriendelijkheid van de site, betrouwbaarheid van de site en volledigheid van de informatie (Bedell et al., 2004; Bernstam et al., 2003; Gagliardi & Jadad, 2002; Hanif et al., 2009) (Tabel 4). Er moet opgemerkt worden dat bij het criterium volledigheid een selectie werd gemaakt van het aantal onderwerpen dat aanwezig zou moeten zijn op de site. Opnieuw krijgt de site één punt wanneer er voldaan wordt aan een subcriterium, een half punt wanneer slechts gedeeltelijk voldaan en nul punten bij afwezigheid. De resultaten vindt u in Tabel 5.

De resultaten (Tabel 5) worden weergegeven in percentage van het maximum aantal te behalen punten. Per website en per criterium wordt het gemiddelde berekend, zodat interpretatie gemakkelijk mogelijk wordt (Tabel 6).

Tabel 3: Gouden standaard gebruikt voor de evaluatie van de accuraatheid van websites (Seidman et al., 2003)

Gemeten onderwerp	Te controleren inhoud
Type 1 vs. type 2	Uitleggen type 1 (gebrek aan insuline) en type 2 (insuline werkt niet effectief)
Secundaire oorzaken	Uitleggen van de voornaamste secundaire oorzaken: drugs (pentamidine, corticosteroiden, thiezides, niacin), ziekte van de pancreas (chronische pancreatitis, hemochromatose, cystic fibrosis, chirurgie van de pancreas), endocriene aandoeningen (Cushing's disease, acromegalie, pheochromocytoma, thyrotoxicosis), genetische syndromen (lipodystrofieën, myotonic dystrofie, ataxia telangiectasia, insuline-receptorsyndromen)
Diagnostische tests	Uitleggen diabetische drempel voor nuchtere bloedglucosetest (>125 mg/dl) en orale glucosetolerantietest (>199 mg/dl)
HbA1c test	Uitleggen risico geassocieerd met HbA1c levels >8%: impact op risico van CAD, nierziekte, en retinopathie
Albuminetest	Uitleggen macroalbuminuriatetest (doel: negatief) en microalbuminuriatetest (doel: <30 mg/g creatinine)
Cholesteroltest	Uitleggen HDL/LDL verschil en LDL gewenste level (<100 mg/dl)
Waarschuwingstekens	Uitleggen van waarschuwingstekens van acute diabetische episodes (flauwvallen, aanvallen, toestand van serieuze verwarring)

Hypoglycemische preventie	Uitleggen wat de oorzaak is van hypoglycemie (niet genoeg/op tijd eten, beweging zonder voedsel/insuline aanpassing, gewichtsverlies, te veel insuline/orale medicatie)
Orale medicatie	Uitleg over alle vijf de klassen van orale medicatie (sulfonylureas, meglitinides, biguanides, glitazones, alfa glucosidase inhibitoren)
Rezulin	Uitleggen leverproblemen geassocieerd met de glitazone Rezulin en waarom het teruggetrokken is van de markt

Tabel 4: Criteria gebruikt voor het evalueren van de gebruiksvriendelijkheid, de betrouwbaarheid en de volledigheid (Bedell et al., 2004; Bernstam et al., 2003; Gagliardi & Jadad, 2002; Hanif et al., 2009)

Criterium	Te controleren punten
Gebruiksvriendelijkheid	Design Duidelijke en begrijpbare taal Gemak van navigatie Interactiviteit Interne zoekmogelijkheden
Betrouwbaarheid	Auteurschap: informatie over auteur, hun bijdragen, affiliaties en relevante <i>credentials</i> Attributie: lijst van referenties of bronnen van informatie Openbaarheid: beschrijving van eigendom, sponsoring, commerciële financieringsafspraken en potentiële belangenconflicten Tijdigheid van de informatie: vermelding van datum van laatste update, laatste update binnen zes maand Beschikbaarheid van experts
Volledigheid	Aanwezigheid van uitleg over volgende punten: Uitleg over insuline en glucose Glycemietests Voeding Beweging Retinopathie Obesitas Insulineadministratie Preventie Psychologische aspecten en emotionele steun Links naar andere bronnen met informatie over diabetes

Tabel 5: Resultaten van evaluatie van accuraatheid, gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid en volledigheid van vijf Nederlandstalige en twee Engelstalige websites omtrent diabetes

Website		Scoring				
Naam	URL	Accuraatheid	Gebruiksvriendelijkheid	Betrouwbaarheid	Volledigheid	Totaal
Vlaamse Diabetes Vereniging vzw	www.diabetes-vdv.be/	45%	100%	0%	95%	62.5 %
Gezondheid.be	www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=59	10%	60%	0%	45%	28.75 %
Pfizer	www.pfizer.be/Patients/HealthInfo/Diabetes.htm	10%	60%	0%	35%	26.25 %
Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid	www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=552&terms=diabetes	10%	60%	0%	30%	25 %
Wikipedia	nl.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus	40%	100%	50%	40%	57.5 %
World Health Organisation	www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/	20%	40%	0%	50%	27.5 %
American Diabetes Association	www.diabetes.org/	55%	90%	40%	85%	67.5 %

Als voorbeeld van de manier van evaluatie gebruiken we de site van Pfizer. Bij het criterium accuraatheid wordt enkel het onderwerp type 1 versus type 2 aangesneden. Alle andere onderwerpen zijn niet besproken. Zelfs uitleg over orale medicatie wordt niet gegeven, wat merkwaardig is op een site van een farmaceutische firma. Voor accuraatheid scoort de site van Pfizer dus 10%. Qua gebruiksvriendelijkheid krijgt de site drie punten, te danken aan het design, de begrijpbare taal en de interne zoekmogelijkheden. Navigatie is echter niet gemakkelijk door het gebrek aan een inhoudstabel en de interactiviteit is erg beperkt. Voor het aspect betrouwbaarheid voldoet de site aan geen enkel subcriterium. Alhoewel we wel kunnen verwachten dat de informatie aangeboden door een gespecialiseerde firma correct is, staat er nergens een vermelding van auteurs, referenties of bronnen. Ook openbaarheid, tijdigheid en beschikbaarheid van experts zijn afwezig. Als we de volledigheid bestuderen, zien we dat er enkel uitleg gegeven wordt over insuline en glucose, voeding, erg beperkt over beweging (een half punt) en retinopathie. Voor dit criterium behaalt de site dus 35%.

Opmerkelijk is dat de Nederlandstalige Wikipedia als enige van de Nederlandstalige sites punten behaalt voor betrouwbaarheid. Zo is het één van de regels op de site om zoveel mogelijk de bronnen en referenties te vermelden (op de site wordt dit verifieerbaarheid genoemd), alhoewel dit meer niet dan wel gebeurt (een half punt). De openbaarheid is in orde en ook aan het criterium tijdigheid wordt voldaan. Het gebrek aan duidelijkheid van auteurschap en de onbeschikbaarheid van experts zijn echter grote minpunten.

Tabel 6: Algemene resultaten voor Nederlandstalige en Engelstalige websites

Criterium	Algemene score Nederlandstalige websites	Algemene score voor Engelstalige websites
Accuraatheid	23%	37.5%
Gebruiksvriendelijkheid	76%	65%
Betrouwbaarheid	10%	20%
Volledigheid	49%	67.5%
Totaal	39.5%	47.5%

Alhoewel de steekproef van websites in dit onderzoek beperkt is, zijn de resultaten veelzeggend (Tabel 6). Seidman et al. (2004) beschreven reeds dat er een enorme variatie is in kwaliteit van diabetesinformatie op het World Wide Web. Dit vinden we hier ook terug, met resultaten variërend van 25% tot 62.5%, met 42.5% als algemeen gemiddelde. Overduidelijk is het wel dat de sites die enkel handelen over diabetes (Vlaamse Diabetes Vereniging vzw en American Diabetes Association) betere scores behalen.

Seidman et al. (2004) ondervonden reeds dat er weinig verband was tussen de werkelijke kwaliteit van de informatie en de indicatoren die consumenten zouden gebruiken via kwaliteitstools. Zo zijn criteria van betrouwbaarheid oningevuld op quasi alle sites, maar kan de accuraatheid en volledigheid wel goed zijn. Deze resultaten bevestigen dus nogmaals dat er een grote nood is aan het ontwikkelen van andere mechanismen dan kwaliteitstools voor consumenten om de kwaliteit van de informatie op het internet goed en eenvoudig te kunnen inschatten. Het zoeken naar bepaalde structurele indicatoren zoals bronvermelding is dus onvoldoende. Als de Nederlandstalige zoeker dit zou moeten doen, zouden er nog weinig mogelijkheden voor informatieverwerving op het internet resteren. Het is opmerkelijk dat de site van ADA een certificering krijgt van HONcode, maar hier niet voldoet aan de criteria van betrouwbaarheid. Websites zoals deze zullen dus waarschijnlijk wel voldoen aan criteria zoals tijdigheid, maar vermelden dit niet

duidelijk op de sites, waardoor het voor een zoeker moeilijk is om op deze punten te evalueren.

4.2.9 Claims

Indrukwekkende en schreeuwende *claims* op websites kunnen een grote invloed hebben op kwetsbare patiënten zoals deze met een chronische ziekte. Zeker wanneer de patiënt weinig kennis heeft op gezondheidsgebied en voor de zoektocht op het internet niet goed geïnformeerd is, kunnen deze hoopgevende beweringen als echt aanzien worden.

Wegens de groeiende wereldwijde incidentie van diabetes, wordt er steeds meer gezocht naar manieren om deze levensveranderende ziekte te behandelen, onder meer met voedingssupplementen (Crawford, 2009). Zo is er sinds een studie van Khan, Safdar, Ali Khan, Khattak en Anderson in 2003 veel commotie rond het gebruik van kaneelsupplementen bij type 2 diabetes. Verschillende onderzoekers bekomen conflicterende resultaten rond het al dan niet aanwezige therapeutische potentieel van kaneel voor het verlagen van bloedglucose, lipideparameters of hemoglobine A1C (HbA1C) (Baker, Gutierrez-Williams, White, Kluger & Coleman, 2008; Crawford, 2009; Khan et al., 2003; Kirkham, Akilen, Sharma & Tsiami, 2009). Het wordt opgegooid als een natuurlijke insulinesensitizer wegens het bevatten van biologisch actieve bestanddelen met insulinemimetische eigenschappen (Baker et al., 2008; Crawford, 2009). Er is verder onderzoek noodzakelijk om te bepalen hoe dit potentieel kan gebruikt worden om pathogene diabetische complicaties te verminderen (Kerkham et al., 2009). Naast de positieve effecten, worden immers ook neveneffecten gerapporteerd, zoals periorale dermatitis en stomatitis bij hoge inname (Crawford, 2009). Wegens de verschillende werkwijzen en resultaten van de studies is de ideale en, belangrijker, de toxische dosis echter nog niet gekend.

Het is dus duidelijk dat er nog geen conclusies kunnen getrokken worden omtrent het gebruik van kaneel als antidiabetische therapie. Alhoewel dit kruid al eeuwen gebruikt wordt in de dagelijkse

voeding, moet er wegens de mogelijke neveneffecten toch met voorzichtigheid omgesprongen worden om het als een therapeutische optie voor diabetes op te werpen. Daarnaast is het belangrijk dat supplementen zoals deze niet ter vervanging van bewezen standaarden voor diabeteszorg worden gebruikt. Bij slecht geïnformeerde gezondheidsconsumenten met chronische ziekten die na jaren therapie de klassieke behandeling met pillen en injecties “moe” zijn en dan in contact komen met foutieve claims en informatie over gemakkelijkere opties, is dit scenario denkbaar en mogelijks gevaarlijk.

Om te onderzoeken of er op het internet claims worden gemaakt omtrent het voorlopig wetenschappelijk onaangetoonde therapeutische potentieel van kaneel bij diabetes, voer ik in Google “kaneel diabetes” in. Onderstaande resultaten werden bekomen (Figuur 42).



Figuur 42: Resultaten in Google bij het zoeken met de zoektermen “diabetes kaneel”

De eerste twee resultaten zijn gesponsorde links. Bij beide wordt geen uitleg gegeven over de werking van kaneel bij diabetes, alhoewel in de korte tekst bij de zoekrobot wel een duidelijke bewering wordt weergegeven. De volgende resultaten zijn links naar sites met niet-actuele informatie en uitleg die enkel de studies die een positief effect vonden, beschrijft. Hierna worden enkele links weergegeven die een kritischer kijk hebben (Figuur 43). Ook deze websites zijn echter niet actueel, waardoor het moeilijk in te schatten

is of de informatie op de dag van vandaag nog als correct wordt aanzien. In het algemeen wordt er te weinig onderscheid gemaakt tussen de twee types van diabetes. Aangezien de actieve bestanddelen in kaneel zouden werken als insulinesensitizer, zal dit enkel een effect hebben bij type 2, wat niet altijd duidelijk blijkt uit de informatie op het net.

[Wel of geen kaneel voor diabetes type 2](#)

Het bestuur van DNO (**Diabetes** and Nutrition Organization) krijgt regelmatig vragen over de vermeende positieve effecten van **kaneel** op de ...

[www.bddiabetes.nl](#) > Home > Nieuws - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[Kaneel een wondermiddel? - BD Diabetes Care](#)

De vrijwilligers aan deze studie waren mensen met **diabetes** type 2 en die gelijktijdig met de **kaneel** Glibenclamid ontvingen. ...

[www.bddiabetes.nl](#) > Home > Nieuws - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[Kaneel als diabetes medicijn | Mens en gezondheid: Alternatief](#)

Diabetes mellitus, in de volksmond ook wel suikerziekte genoemd, is een aandoening...

Insuline receptor Om uit te zoeken of **kaneel** geschikt is om als ...

[mens-en-gezondheid.infonu.nl/.../25112-kaneel-als-diabetes-medicijn.html](#) -

[In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[Kaneel heilzaam voor diabetes met e-gezondheid.be](#)

Kaneel is een kruid dat traditioneel in een aantal Aziatische landen gebruikt wordt voor de behandeling van **diabetes**. Het effect ervan is nu ook ...

[www.e-gezondheid.be](#) > Diabetes - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

[Welkom op Kaneel.nl](#)

Handige links: **Diabetes**.pagina.nl - **Diabetes**.startkabel.nl ... **Kaneel** is ook goed voor de gezondheid. Zo werkt het krampverlappend en stimuleert het de ...

[www.kaneel.nl/](#) - [In cache](#) - [Vergelijkbaar](#)

Figuur 43: Lager gerangschikte resultaten in Google bij het zoeken met de zoektermen “diabetes kaneel”

Op [kaneel.nl](#) vinden we werkelijke claims zoals “kaneel helpt in de strijd tegen suiker” (Figuur 44). Doorheen de volledige site worden enkel de positieve effecten van kaneel aangehaald. Er worden zelfs artikels van studies die dit bewijzen ter beschikking gesteld en vele positieve reacties van kaneelgebruikers geplaatst. Vermelding van de artikels die geen positieve effecten of negatieve effecten bij te hoge dosis vaststelden, gebeurt niet. Er wordt in het algemeen geen vermelding gedaan van de mogelijke neveneffecten en de correcte dosis.

Kaneel

De meeste mensen kennen het als een keukenkruid voor in de appeltaart of voor over de appelmoes. Kaneel is de binnenbast van de kaneelboomtak. Deze boom behoort tot dezelfde familie als de avocado. Kaneel is een van de oudste specerijen ter wereld. Kaneelstokjes geven een extra aroma aan siropen, melk of koffie. Kaneelpoeder kan ook gebruikt worden in gebak of bij couscous, pasta's en marinades.

Kaneel helpt in de strijd tegen suiker

Kaneel is ook goed voor uw gezondheid. Zo werkt het krampverlichtend en stimuleert het de bloedsomloop. Kaneel verbetert eveneens de werking van insuline. Het bevat de stof MHCP die de werking van insuline verbetert en die de lichaamscellen stimuleert suikers op te nemen, zodat deze niet in de bloedbaan blijven.

Kaneelcapsules met een extract op waterbasis zijn verkrijgbaar bij drogisterij, natuurvoedingszaak en apotheek.

Figuur 44: Illustratie van duidelijke claims op kaneel.nl

We zien dus dat de informatie op het internet niet-actueel, uiteenlopend en dus verwarrend is voor de zoeker. Alhoewel verschillende sites een kritisch standpunt innemen, verdraaien enkele sites de huidige beschikbare informatie in hun voordeel, waarbij enkel de gunstige aspecten besproken worden.

4.2.10 Online medicatie

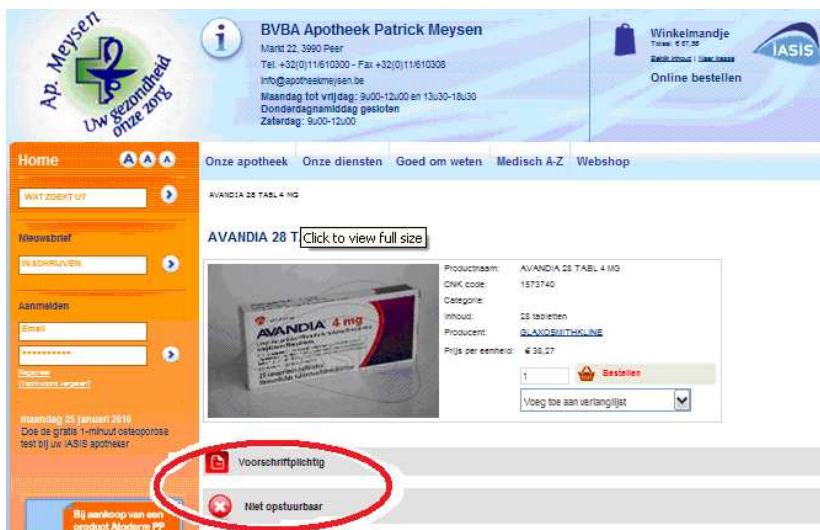
Online verkoop van farmaceutische producten is, net als die van andere producten, een snelgroeiend fenomeen (Liang & Mackey, 2009; Montoya & Jano, 2007). *E-pharmacies* zijn websites die enkel mét voorschrift medicijnen en andere producten zoals niet-voorschriftplichtige en complementaire geneesmiddelen verkopen aan consumenten via het internet (Besell, Silagy, Anderson, Hiller & Sansom, 2002). Online kunnen patiënten vergelijken tussen verschillende opties en dus mogelijk zelf een actieve beslissing in hun ziektemanagement nemen. Alhoewel online-apotheken voordelen bieden aan de consumenten, is de veiligheid voor de patiënt kleiner in vergelijking met traditionele apotheken (Montoya & Jano, 2007). Studies hebben immers aangetoond dat medicatie aangekocht via het internet vaak komt van een ander land dan waar de patiënt verblijft, dat deze “apotheken” vaak geen licentie hebben, medicatie verspreiden zonder voorschrift en met een andere compositie dan het zou moeten, en geen adequate richtlijnen geven aan de patiënt (Besell et al., 2002; Montoya, 2008). Deze gevaren ontstaan wanneer internetapotheken enkel verkoop en winst nastreven in plaats van te focussen op langetermijnsucces van internetfarmacie en patiëntveiligheid (Montoya, 2008). De gevaren voor de patiënten zijn onder andere schade door valse of bedorven

medicatie, gebrek aan klinisch toezicht en financieel verlies (Liang & Mackey, 2009). Door een gemakkelijke toegang tot medicatie verhogen ook het potentieel voor zelfmedicatie, drug interacties en schadelijke gevolgen (Levy & Strombeck, 2002). Er is een algemeen probleem van gebrek aan verantwoordelijkheid om de veiligheid van gekochte producten te garanderen (Fox et al., 2005; Liang & Mackey, 2009).

Het veiligstellen van de consument en het verzekeren van de kwaliteit van e-apotheken over de nationale grenzen heen is complex en moeilijk (Bessell et al., 2002). Er wordt de laatste jaren echter veel moeite gedaan om de effectiviteit van deze verkopen in te dijken (Liang & Mackey, 2009). Zo past België de strategie van consumenteneducatie toe. In verschillende tijdschriften en kranten wordt de affiche uit bijlage 12 verspreid. Wanneer we dan gaan kijken op www.geneesmiddelen-via-internet.be vinden we allerhande informatie over het aankopen van medicatie op het net terug. Hieruit blijkt dat in België online verkoop van medicatie erg stringent wettelijk gereguleerd is. Zo mogen alleen producten vrij van medisch voorschrift online verkocht worden. Een ander voorbeeld van de strenge wetgeving is dat verkoop online enkel mag gebeuren in het verlengde van een bestaande apotheek. De internetsite moet daarnaast genotificeerd zijn bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en de Orde der Apothekers (“regelgeving geneesmiddelen via the internet”, z.d.). Zoals blijkt uit het gegeven dat medicatie vaak gekocht wordt op een buitenlandse site, alhoewel in België ook het internationaal aankopen van de “verboden” medicatie online illegaal is, is een strenge regelgeving in het land zelf echter geen garantie voor succes.

Wanneer we zelf op zoek gaan om voorschriftplichtige geneesmiddelen aan te kopen, is het effectief onmogelijk om dit te doen op Belgische sites. Er wordt altijd duidelijk opgemerkt dat enkel producten vrij van medische voorschrift online kunnen aangekocht worden (Figuur 45). Een illustratie hiervan vindt u hieronder. Er bestaan wel sites waar men alle medicatie (dus ook deze enkel te verkrijgen met een voorschrift) kan bestellen, zodat de

bestelling al kan klaargemaakt worden, maar waarbij deze dan persoonlijk moet afgehaald worden in de apotheek (met voorschrift).



Figuur 45: Illustratie van de waarschuwing van verbod van online verkoop van voorschriftplichtige medicatie in België

Het is echter perfect mogelijk om bijvoorbeeld Avandia wél online aan te kopen via internationale sites. Een voorbeeld van zo'n site ziet u hieronder (Figuur 46). De site beweert een hoge kwaliteit te kunnen garanderen en probeert dit te versterken met een kwaliteitsvol uitzierend logo (linksboven). Er wordt ook nergens een vermelding gemaakt dat online aankoop van voorschriftplichtige medicatie vanuit België verboden is. Hierdoor riskeert een consument die niet op de hoogte is van deze wettelijke regeling een sanctie. Het belangrijkste echter zijn de gezondheidsrisico's die geassocieerd zijn met geneesmiddelen die online aangekocht zijn.

EURODrugstore.EU
VERKOOP & LEVERING VAN EU BIJKANTOREN
Wij zorgen voor geneesmiddelen uit de eerste hand

DE KETEN VAN ONLINE DROGISTERIJEN

VOOR U 2986 MEDICIJNEN
Apotheek accepteren MasterCard en VISA betalingen.
Voor Europese landen gebruiken we Europese postbestellingsbedrijven alleen.

Attentie! Wij bieden voor al onze klanten een hoge kwaliteit geneeskunde Rosiglitazone alleen. De Rosiglitazone wij aanbieden is rechtstreeks van de producent, zonder bemiddelaar. Dit kunnen wij garanderen dat Rosiglitazone bieden wij kunnen geen vervalsing of namaak producten. Wij nemen Rosiglitazone van bekende en vertrouwde fabrikanten die zich

GEGARANDEERDE LEVERING IN DISCRETE ENVELOOP
HOME HOE TE BESTELLEN FAQ AFLEVERING VOLGORDE STATUUT MEDICIN
WAAR TE KOOP AVANDIA
DIABETES

Wij bieden geen garantie voor de laagste prijzen. Wij garanderen hoge kwaliteit medicatie van betrouwbare fabrikanten.

Attentie! Vanaf 1 oktober 2009 al onze prijzen zijn gebaseerd op de dollar. Van 26 maart 2009 we ervoor succes levering binnen 13 dagen naar Nederland en België. Levering van de Europese filialen alleen.

Wij bieden voor u het geneesmiddel Rosiglitazone die dezelfde werkzame stof als goed weet merknaam Avandia. De Rosiglitazone (ook bekend als generieke Avandia) is hetzelfde als geneesmiddel Avandia net van een andere fabrikant met de absoluut dezelfde belangrijkste ingrediënt en het verschil in kleur en vorm.

Fabrikant: Sun Pharmaceutical	benaderende vervaldatum: 8.2012	
Rosiglitazone [Avandia] 4mg 20 pills	€14.2 (\$20)	☒ koop nu!
Rosiglitazone [Avandia] 4mg 30 pills	€19.9 (\$28)	☒ koop nu!
Rosiglitazone [Avandia] 4mg 60 pills	€37 (\$52)	☒ koop nu!

Figuur 46: Illustratie van mogelijkheid tot aankoop van voorschriftplichtige medicatie op internationale websites

4.2.11 Online steungroepen, discussiefora en sociale netwerksites

Cohen beweerde reeds in 1988 dat sociale steun de gezondheid en mortaliteit beïnvloedde via een aantal mechanismen zoals verbeterd gezondheidsgedrag en verbeterde immuunsysteemfunctionering. Gezondheidsgerelateerde virtuele gemeenschappen, gevormd en gefaciliteerd door elektronische media, worden gezien als een prominente vorm van sociale steuninterventies (Barrera, Glasgow, McKay, Boles & Feil, 2002; Eysenback, Powell, Englesakis, Rizo & Stern, 2004). Barrera et al. (2002) beschrijven de aantrekkelijke kenmerken van online steungroepen: het aansluiten is volledig op basis van eigen keuze, de handigere participatie online, de anonimiteit en de nadruk op bijdragen in plaats van op fysieke mogelijkheden. Het primaire medium voor steungroepen is dan ook het internet geworden (Eysenbach et al., 2004). Volgens van Uden-Kraan et al. (2009) nemen volgende empowermentprocessen plaats bij de participatie in een online steungroep: het uitwisselen van informatie, het krijgen van emotionele steun, het vinden van erkenning, het delen van ervaringen, het helpen van andere en amusement. Anderson et al. (2007) voegen hier nog het vinden van positieve rolmodellen en het concept van *patient advocacy* aan toe.

Alhoewel er veel verwacht wordt van het empowermenteffect van de deelname in een online steungroep en er reeds veel studies omtrent steungroepen voor een specifieke ziekte zijn uitgevoerd, is er voorlopig echter nog niet veel robuust bewijs van een algemeen effect van *peer-to-peer* gemeenschappen omdat deze interventie meestal in combinatie met andere interventies of toezicht van een professional bestudeerd wordt (Barak et al., 2008; Eysenbach et al., 2004; van Uden-Kraan et al., 2009). Van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel en van de Laar (2007) ondervonden wel dat personen die enkel de site bezoeken zonder eraan deel te nemen een even groot *empowerment*niveau bereiken als deze die actief meewerkten. Ze besluiten hieruit dat voornamelijk het lezen een positief effect heeft. Ook later toonden van Uden-Kraan et al. (2009) aan dat het informatieve aspect van steungroepen het belangrijkste is. Opnieuw wordt hier de nadruk gelegd op de voordelen van interferentie door professionals. Zo beschrijft Zrebiec (2005) dat een professioneel gemodereerde discussiegroep erg nuttig kan zijn om diabetespatiënten gemakkelijker te laten *copen* met hun ziekte en een groter gevoel van hoop te bereiken. Verschillende andere studies tonen positieve effecten van sociale steuninitiatieven met medewerking van professionals (Eysenbach et al., 2004). De meeste sites voor sociale steun zijn echter gebaseerd op een *peer-to-peer*-interactie en missen dus controle door professionals. Weinig studies bestuderen deze pure *peer-to-peer*-sites, waardoor het momenteel moeilijk is om de invloed van deze sites correct in te schatten (Eysenbach et al., 2004).

Bij een zoektocht via Google valt het op dat er weinig initiatieven van online steungroepen voor diabetes bestaan in België. De Vlaamse Diabetes Vereniging heeft verschillende aspecten van een steungroep, maar mist de online *peer-to-peer*-interactie. Daarom zullen we als voorbeeld rondkijken op www.diabetesvrienden.be (Figuur 47). Op de site zijn vele verschillende aspecten aanwezig: algemene informatie, informatie verschaft door de bezoeker zoals bijvoorbeeld in het receptenboek, een forum voor het uitwisselen van ervaringen, vele links naar bijvoorbeeld andere sites en brochures,... Het is opvallend dat de informatie erg uitgebreid is. Wanneer we bijvoorbeeld ons hierboven beschreven evaluatiesysteem gebruiken,

wordt er rechtstreeks of via doorverwijzingen informatie gegeven over zeven van de tien onderwerpen uit de volledigheidslijst. Daarnaast wordt ook nog veel extra informatie gegeven die men op andere sites niet vindt, zoals het ontkrachten van mythes of informatie over de diabetesconventie. Er moet wel opgemerkt worden dat de informatie ongestructureerd wordt weergegeven en er geen interne zoekmogelijkheden zijn, waardoor navigatie niet gemakkelijk is. Ook aan de criteria van betrouwbaarheid wordt niet voldaan. Opmerkelijk is ook de aanwezigheid van advertentie door Google en de mogelijkheid om als bedrijf een advertentie te plaatsen op de site, zoals hier al is gebeurd door Vistaprint (rechts bovenaan). Ook onprofessionele sites zoals deze zijn dus niet vrij van commerciële bias.



Figuur 47: Voorbeeld van een online steungroep voor diabetes

Wanneer we specifiek op zoek willen gaan naar de *peer-to-peer*-interactie, moeten we gaan kijken naar het forum. We zien echter dat dit erg weinig gebruikt wordt. Zo zijn er in totaal slechts 7 berichten aanwezig, alhoewel de sites dagelijks 29 bezoekers krijgt. Deze ondervinding zou de bewering van van Uden-Kraan, die zegt dat voornamelijk de informatieverschaffing van belang is, kunnen staven.

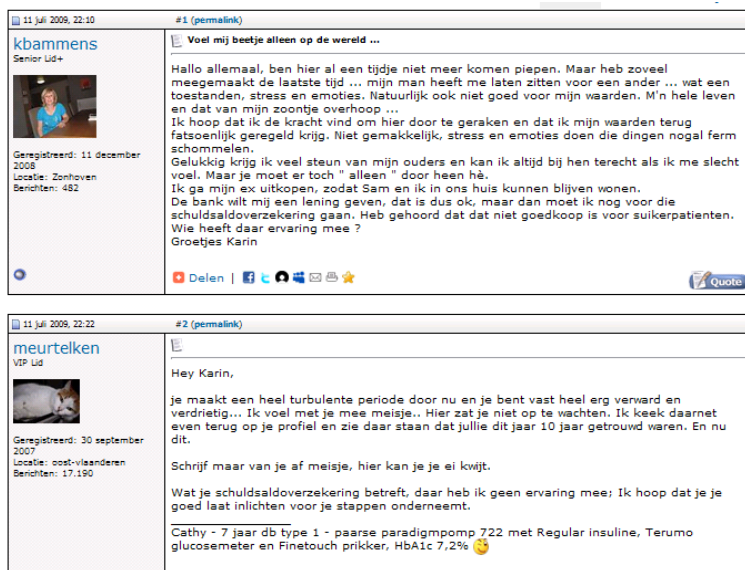
We vinden echter wel een veelgebruikt Belgisch discussieforum omtrent diabetes namelijk Diabetesforum (Figuur 48) met 1.868 leden en bijna 90.000 berichten. Om de betrouwbaarheid van informatie van *peers* te bestuderen, zal ik dus deze site gebruiken. Hiervoor gaan we op zoek naar informatie omtrent een aantal onderwerpen. Wanneer we bijvoorbeeld de informatie bestuderen in het topic over kaneel, blijkt dat hier, net zoals op vele andere sites, enkel informatie over de positieve aspecten gegeven wordt, alhoewel dit nog niet wetenschappelijk aangetoond is. Wanneer we gaan kijken in het topic “wat wordt bedoeld met HbA1c?” krijgen we een duidelijke en verstaanbare uitleg over HbA1c, met vermelding van correcte level, maar de specifieke impact op risico op pathologiën wordt niet vermeld. Aangezien de informatie op fora volledig afkomstig is van leden, is de volledigheid beperkt. Er wordt bijvoorbeeld niets geschreven over Rezulin. Het is dus duidelijk dat de informatie op een forum niet zo volledig en correct is als op sites waarbij het plaatsen van informatie gecontroleerd is. Bij een forum is de afkomst van de informatie echter erg duidelijk, waardoor de meeste mensen waarschijnlijk een kritische kijk hebben op de informatie.

The screenshot shows the Diabetesforum website. At the top, there is a navigation bar with links: Home, Register, Ledenlijst, Kalender, Berichten van vandaag, and Zoeken. Below this is the forum logo and a login section with fields for 'Gebruikersnaam' and 'Wachtwoord', and a 'Loggen' button. A sidebar on the left contains statistics: 'Forum Leden: 1.868', 'Onderwerpen: 3.793', 'Berichten: 89.620', and 'Er zijn momenteel 22 gebruikers online'. Below the statistics are links for 'Als door Google' and 'Gevolgen van Diabetes'. The main content area is titled 'Welkom op het Diabetes Forum.' and contains a welcome message. Below this is a table with forum topics, including 'Diabetes Nieuws', 'Gezellig kletsen', 'Ingrijpende Gebeurtenissen', 'Introductieforum', and 'Diabetes Symptomen'. Each topic has a 'Laatste bericht' column and a 'Discussies' column.

Forum	Laatste bericht	Discussies	Berichten
Diabetes Forum Algemeen gedeelte van het Diabetes Forum			
Diabetes Nieuws Hier kun je nieuw over diabetes of over diabetes onderzoek plaatsen	Kokosolie beschermt tegen... door borduren 23 maart 2010 17:08	276	3.102
Gezellig kletsen (4 lezen) In deze algemene chat kun je over vanalles kletsen. Het hoeft niets met diabetes van doen te hebben!	Jouw glimlach van vandaag door leentje Vandaag 11:34	641	29.096
Ingrijpende Gebeurtenissen Heb je een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt zoals een overlijden of een ongeval? Deel je ervaring en gevoelens hier...	Tough time door Jaf1005 22 maart 2010 12:46	62	2.164
Introductieforum Plaats hier je persoonlijke introductie. In je eerste bericht kun je hier vertellen wie je bent, wat je hobbys zijn, over je ervaringen met diabetes etc etc	hallo door meutleken Vandaag 12:44	317	6.421
Diabetes Diabetes Heliuss Forum			
Diabetes Symptomen (2 lezen) Ben je bang dat je diabetes hebt? Ben je op zoek naar een diabetes test? Stel hier je vragen over diabetes symptomen of ziektebeelden	diabetes insipidus door meutleken Gisteren 23:20	136	4.018

Figuur 48: Voorbeeld van een forum over diabetes

Naast het verschaffen van informatie heeft een forum uiteraard de belangrijke taken van het uitwisselen van emotionele steun, het vinden van erkenning en het delen van ervaringen (Figuur 49). We zien dan ook dat er erg weinig gewoon naar informatie gevraagd wordt, maar meer naar ervaringen, suggesties en opinies. Fox et al. (2004) vonden dat participanten van fora zich voordoen als *'expert patients'*.



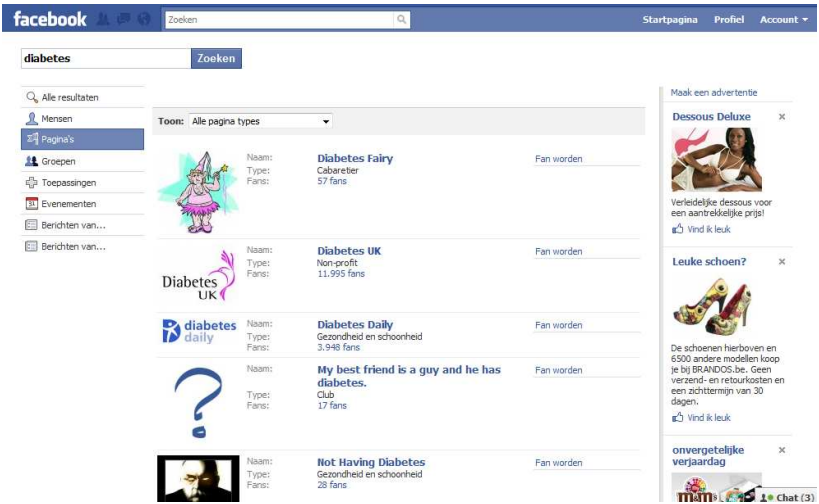
Figuur 49: Illustratie van het verlenen van emotionele steun en het uitwisselen van ervaringen op het forum

We kunnen afleiden dat het concept van een online steungroep met al zijn aspecten niet echt in gebruik is in België. De gebruiker maakt blijkbaar graag een onderscheid tussen informatieverschaffing en het uitwisselen van ervaringen en ideeën tussen gelijken. Beide aspecten zouden kunnen bijdragen tot een gevoel van sociale steun en *empowerment*.

In hetzelfde licht worden ook populaire sociale netwerksites zoals Facebook opgesmeten als een makkelijk bereikbaar portaal voor patiënten, mantelzorgers en gezondheidszorgprofessionals om

ervaringen over onderzoeken, diagnose en management van een ziekte te delen via persoonlijke expressie en connectie met anderen (Farmer, Bruckner, Cook, Hearing, 2009; Mitchell & Ybarra, 2009). De technologie wordt echter ook gebruikt voor onderzoek, educatie en fondsenwerving (Farmer et al., 2009). Alhoewel deze sites momenteel erg hot zijn, is er erg weinig literatuur te vinden over gezondheidsaspecten op sociale netwerksites.

Bij het zoeken op Facebook naar pagina's omtrent diabetes (Figuur 50) wordt ook hier de entertainmentbias duidelijk. Ook de advertenties zijn opnieuw aanwezig. In de resultaten zijn ook pagina's aanwezig van commerciële bedrijven. Dit onderscheid tussen profit en non-profit wordt meestal duidelijk vermeld onder de titel van de pagina. Het is echter opvallend dat vele pagina's niet veel informatie of steun bieden en eerder belachelijk zijn (Figuur 51).



Figuur 50: Resultaten van een zoekopdracht in Facebook met de zoekterm “diabetes”

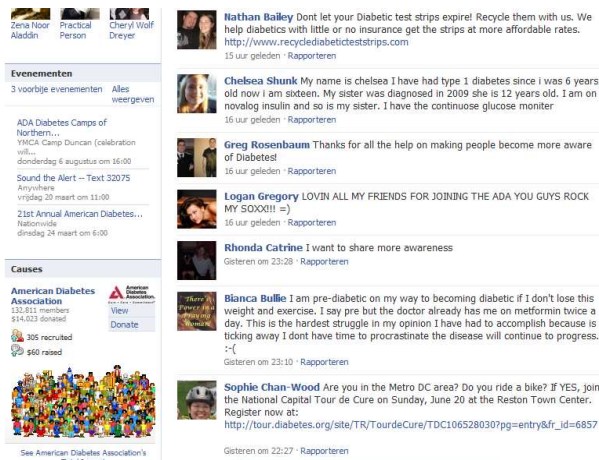


Figuur 51: Voorbeeld van een pagina die weinig meerwaarde biedt

Er zijn echter ook veel pagina's aanwezig die wel een meerwaarde bieden voor de gebruikers. Eén van de pagina's met de meeste deelnemers is die van de American Diabetes Association (Figuur 52). Op deze pagina's kan men niet alleen informatie vinden, men kan als fan ook zelf een bericht plaatsen (Figuur 53). Deze participatie kan, net zoals bij online steungroepen en fora, versterkend werken voor patiënten. Op het forum van deze Facebookpagina kan ook gemakkelijk gecommuniceerd worden tussen fans.



Figuur 52: Pagina van ADA op Facebook



Figuur 53: Voorbeelden van berichten geplaatst door fans op de pagina van ADA

Naast deze algemene netwerksites, ontstaan er nu ook sociale netwerksites specifiek gericht op gezondheid. Een voorbeeld is HealthChapter.com.



Figuur 54: Voorbeeld van een sociale netwerksite gespecialiseerd in gezondheid

4.2.12 Internetgebaseerde ziektemanagementtools

Zoals hierboven blijkt zijn er veel studies aan de gang die experimenteren met verschillende vormen van internetgebaseerde hulpmiddelen voor diabetesmanagement. Er zijn echter weinig volledig gefinaliseerde en wijdgebruikte initiatieven beschikbaar, wat aantoont dat deze toepassing van het World Wide Web nog in zijn kinderschoenen staat. Factoren die kritisch zijn voor de diffusie van internetgebaseerde ziektemanagementsystemen zijn design, privacy en vertrouwelijkheid, aanvaarding door patiënt en zorgverlener, kosten en terugbetalingsstructuren en toegang tot en controle over de data (Demeris & Eysenbach, 2002).

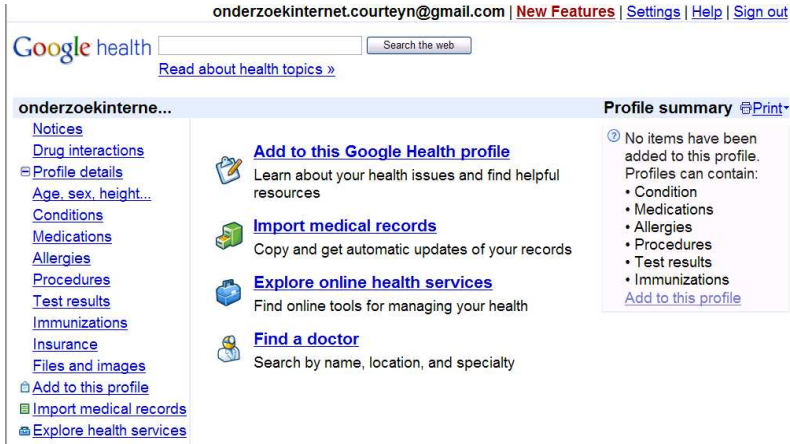
Voor diabetes zijn er momenteel twee belangrijke sites die zelfmanagement van de ziekte vergemakkelijken: myDiabetes en LifeMasters (Mazzi & Kidd, 2002). Volgens Mazzi en Kidd (2002) moeten goede ziektemanagementsystemen scoren op vijf geïntegreerde dimensies: monitoring, informatie, personalisatie, communicatie en technologie. Beide sites scoren goed, maar LifeMasters is succesvol in het integreren van professionals in het management, terwijl MyDiabetes effectiever is in het aanbieden van een communicatiekanaal voor de creatie van een gemeenschap. Voor de volledige bespreking van deze sites verwijst ik dan ook naar het artikel van Mazzi en Kidd (2002). Demeris en Eysenbach (2002) rapporteren dan weer over het Telematic Management of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (T-IDDM) project, gefinancierd door de Europese Unie. Het doel van dit systeem is om internettechnologie te gebruiken om normale activiteiten van artsen en patiënten omtrent de zorg voor diabetes te ondersteunen door het aanbieden van een set van geautomatiseerde diensten zoals transmissie van data en beslissingssteun. Nederlandstalige ziektemanagementinitiatieven specifiek voor diabetespatiënten werden niet teruggevonden.

Algemene online hulpmiddelen voor management van ziekte en gezondheid zijn echter wel al beschikbaar. Voorbeelden zijn Google Health, HealthVault en Dossia platform (Weitzman, Kaci & Mandl,

2009). Dit zijn allemaal *personally controlled health records* (PCHRs) waarbij de gebruikers de toegang en de inhoud van hun dossier controleren (Weitzman et al., 2009). Patiënten spreken immers de wens uit om zoveel mogelijk informatie over hun eigen gezondheid en gezondheidsproblemen samen te brengen (Randeree, 2009). Uit onderzoek blijkt dat patiënten wel graag toegang zouden hebben tot hun EHR via het internet, maar de wens om het ook werkelijk te controleren en te wijzigen varieert (Ueckert et al., 2003; Munir & Boaden, 2001). Ook deze toepassingen zijn nog niet lang in gebruik en vragen nog veel onderzoek. Vroege gebruikers vonden dat de voordelen van PCHRs de nadelen overtreffen en dat het goede opportuniteiten biedt (Halamka, Mandl & Tang, 2008; Weitzman et al., 2009). Men zegt echter ook dat er goede technische en educatieve assistentie moet zijn om bepaalde uitdagingen het hoofd te bieden. Voorbeelden hiervan zijn onvoldoende technologiekennis, het duidelijk stellen van grenzen en verantwoordelijkheden om de accuraatheid en de integriteit van gezondheidsinformatie te verzekeren en het bestuderen van vertrouwelijkheids- en privacyrisico's (Weitzman et al., 2009). Patiënten zijn mogelijks nog wat terughoudend. In 2001 zei 60% van de Amerikaanse internetgebruiker dat ze online medische dossiers negatief vinden (Rice, 2006).

Als voorbeeld bespreken we Google Health. Alhoewel in de *terms of service* vermeld staat dat het enkel in de VS mag gebruikt worden en voorlopig nog niet echt voor medische doeleinden, zoals gebruik in spoedsituaties, geschikt is, is deze tool toch het perfecte voorbeeld van een manier om medische informatie te verspreiden naar gekozen personen. Er zijn veel verschillende functies aanwezig op deze tool (Figuur 55). Bij het ingeven van de medicatie die je neemt, geeft het de mogelijke interacties tussen deze geneesmiddelen weer. Op je profiel kan je algemene gegevens, verzekering, allergieën, vaccinaties en dergelijke weergeven. Je kan ook symptomen en condities toevoegen, waarbij bij vele uitgebreide informatie gegeven wordt. Vanaf bepaalde websites kan je medische dossiers in je Google Health record plaatsen. Ook het vinden van een arts of gezondheidsservice is gemakkelijk. Er kunnen ook contactgegevens van medische contacten ingegeven worden. Er zijn erg ingenieuze

tools aanwezig om de patiënt te helpen met het management van gezondheid en ziekte, zoals *medications organizer* en *graphing test results*.



Figuur 55: Pagina van Google Health met een illustratie van de mogelijke functies

Het belangrijkste echter is dat je zelf kan kiezen met wie je je Google Health dossier deelt (Figuur 56). Deze personen of gezondheidsdiensten kunnen dan gegevens doorsturen naar je dossier via “*notices*”.



Figuur 56: Illustratie van de manier om het dossier te delen met anderen

Alhoewel tools als deze nog niet vaak gebruikt worden en nog kampen met verschillende vraagtekens en uitdagingen, tonen ze wel de uitgebreide opportuniteiten die mogelijk zijn door gebruik van internet door patiënten. Er wordt aangenomen dat door de patiënten betere toegang te geven tot hun eigen gezondheidsgegevens en hen toe te laten om beheerder van hun eigen informatie te worden, de zelfzorg voorbereiding en motivatie verbeterd wordt, reductie in behandeling en medische fouten, en verbeterde gezondheid bereikt wordt (Weitzman et al., 2009; Halamka et al., 2008).

5. Conclusies

Het internetgebruik in het algemeen heeft de laatste jaren een grote opgang gekend. Volgens het kwantitatief onderzoek gebruikt 87% internet en zoekt 57% hiervan naar gezondheidsinformatie op het internet. Het is echter opvallend dat er nog steeds verschillen bestaan tussen groepen met verschillend geslacht, opleidingsniveau en leeftijd. Het opzoeken van informatie omtrent gezondheid en ziekte gebeurt volgens de resultaten meestal minder dan maandelijks, wat minder is dan in andere literatuur aangegeven. We zouden dus kunnen concluderen dat *health information seeking* op het internet minder gebeurt dan gedacht, alhoewel internetgebruik erg belangrijk geworden is.

Er werd gevonden dat de subjectieve appreciatie van de eigen gezondheidstoestand een rol speelt in het al dan niet opzoeken van gezondheidsinformatie op het net. Personen die hun gezondheid slechter inschatten, zoeken meer naar dit soort informatie. Voor *health locus of control* werd geen duidelijke correlatie met het gezondheidszoekend gedrag teruggevonden. Deze bevindingen, samen met de waargenomen verschillen tussen hierbovenvermelde groepen, kunnen nuttig zijn om toekomstige acties omtrent promotie en educatie van *e-health* beter te richten.

De snelheid, het gemak en de beschikbaarheid van veel informatie zijn de belangrijkste pluspunten van het internet voor patiënten. Er wordt vooral gezocht naar onderwerpen die verband houden met een gezondheidstoestand van de zoeker zelf of iemand uit zijn of haar omgeving. Er blijkt dat de patiënten met voorzichtigheid kijken naar de kwaliteit van de informatie. Er wordt het meest gelet op de oorsprong van de site en een eventuele commerciële bias. Ook het geloven van de meest voorkomende uitleg en het zoeken naar de vermelding “wetenschappelijk bewezen” wordt veel toegepast, acties die echter erg onbetrouwbaar zijn.

Uit het kwantitatief onderzoek blijkt dat de arts nog steeds het belangrijkste aanspreekpunt is voor gezondheidskwesties. Het

internet komt echter wel op een verdienstelijke tweede plaats wat betreft het verkrijgen van gezondheidsinformatie. Volgens de resultaten zijn patiënten weldegelijk geneigd om de informatie te bespreken met hun arts en de kwaliteit op deze manier na te gaan. Ze zullen dan ook geen informatie ten harte nemen die afgeraden wordt door een professional. Hieruit blijkt dat de arts een belangrijke rol kan spelen in het begeleiden van de patiënt naar kwaliteitsvolle informatie, een aspect dat in de bespreking meer wordt uitgewerkt. Het opzoeken van informatie wordt ook gedaan na de consultatie als *second opinion*. Alhoewel weinig mensen de informatie zien als een verdedigingsmechanisme, toont dit toch dat de paternalistische rol van professionals bedreigd wordt door internetzoekende patiënten. Door de patiënt te leiden naar de informatie die de professional zelf goedkeurt, zou echter een deel van dit fenomeen gecounterd kunnen worden.

De resultaten tonen dat het opzoeken van informatie omtrent ziekte of gezondheid op het net geen impact heeft op de *patient delay* of medische consumptie. Uit de kwantitatieve studie en gegevens uit de literatuur blijkt duidelijk dat patiënten zich *empowered* voelen door het internet. De ondervraagden vinden dat het internet hen geholpen heeft om meer en betere informatie te verkrijgen. Daarnaast voelen ze zich ook meer betrokken bij hun eigen ziekte of gezondheid en worden gezondheidsonderwerpen meer bespreekbaar, wat toont dat de stap naar de actieve patiënt gezet wordt.

Algemene zoekprogramma's zoals Google worden het meest gebruikt door gezondheidszoekers en hebben met het aanbieden van verschillende bronnen een belangrijke functie. Uit het kwalitatief onderzoek blijkt echter dat er hierbij nog problemen zijn betreffende de taal en woordkeuze, de transparantie over de indexering en de commerciële bias. Deze commerciële bias vinden we naast zoekprogramma's ook terug op diverse sites. Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen editoriaal en promotioneel materiaal, wat vaak niet gebeurt. Dit principe heeft ook door de invoering van Web 2.0 een flinke deuk gekregen. Firma's kunnen immers ook op Wikipedia en discussiefora onopgemerkt gekleurde informatie plaatsen. Medische zoekprogramma's zoals MedLinePlus

blijken erg effectief in het aanbieden van kwalitatieve informatie, maar kunnen niet in het Nederlands gebruikt worden. Wikipedia is één van de voornaamste Web 2.0 toepassingen en is erg transparant in manier van werken. Ook wordt er duidelijk voorbehoud bij medische informatie vermeld. Bij YouTube valt vooral de grote entertainmentwaarde op, maar er zijn mogelijkheden voor effectieve arts-patiëntcommunicatie aanwezig. Het opzoeken via sites met wetenschappelijke artikels is wegens de moeilijkheidsgraad moeilijk toe te passen door leken. Het opzoeken vanuit een vage klacht in een zoekprogramma kan gebruikt worden door professionals en wordt efficiënter bij het invoeren van meerdere, meer specifieke en wetenschappelijk benaamde klachten. Hierdoor wordt het echter moeilijk en onbetrouwbaar voor de patiënt om via deze methode aan zelfdiagnose te doen. Kwaliteitstools zoals HONcode zijn weinig bekend bij de gemiddelde ondervraagde persoon en kennen nog verschillende knelpunten. Voor Nederlandstalige sites is deze manier van kwaliteitscontrole quasi onbruikbaar. Uit het onderzoek van beoordeling van kwaliteit van websites blijkt dat Engelstalige websites een hogere score behalen. Ook het raadplegen van sites specifiek over één bepaalde ziekte geeft meer kans op kwaliteitsvolle informatie. Gemiddeld wordt echter slechts een percentage van 42% behaald en is er veel variatie in de kwaliteit aanwezig. Het is opvallend dat er weinig verband is tussen de kwaliteit van de informatie en de indicatoren die consumenten zouden moeten aftoetsen wanneer ze zich baseren op kwaliteitstools. Er is dus een grote nood aan andere manieren waarop de zoekers zekerheid krijgen over de kwaliteit van de informatie op het World Wide Web. Zoals zal blijken uit de bespreking, zal de hulp van een professional hier een belangrijke rol in spelen. Via het kwalitatief onderzoek werd ook het bewijs geleverd van de aanwezigheid van foutieve of onvolledige claims. Alhoewel illegaal in ons land, is het mogelijk om voorschrijfplichtige medicatie aan te kopen via internationale sites. Uit het kwantitatief onderzoek blijkt echter dat dit niet veel gebeurt. Sociale steun onder de vorm van online steungroepen, discussiefora en sociale netwerksites zou een belangrijke bron van *empowerment* kunnen zijn, maar dit is nog niet aangetoond zonder medewerking van professionals. We zien dat vaak informatieverschaffing en het delen van ervaringen gescheiden worden. Internetgebaseerd

ziektemanagement staat nog in zijn kinderschoenen, maar toont nu al vele opportuniteit. Uit het kwantitatief onderzoek blijkt dat online communicatie met een professional weinig gebeurt. Uit de mogelijke voordelen van online communicatie en vroege resultaten uit de literatuur blijkt echter dat deze functie van het internet mogelijks in de toekomst wel belangrijk kan worden.

Er blijkt dus dat, alhoewel men op de hoogte is van het probleem van geringe kwaliteit van informatie op het net, de zoekers niet goed weten op welke manier men wél goed moet zoeken. Ook in de literatuur bestaat over verschillende aspecten nog discussie, waardoor het verkrijgen van de hulp van een professional die de informatie rechtstreeks kan aftoetsen aan zijn of haar kennis in principe de beste toetsingsmethode wordt. Wanneer de patiënt op deze manier van kwaliteit verzekerde informatie omtrent gezondheid en ziekte kan krijgen, kan dit zeker en vast leiden tot *patient empowerment*. Ook via het verlenen van sociale steun kan versterking van de patiënt verkregen worden, alhoewel ook dit momenteel slechts vastgesteld is in combinatie met professionele support. Ook de internetgebaseerde ziektemanagementtools tonen een groot potentieel voor een actief gezondheidsmanagement door de *empowerde* patiënt.

6. Tekortkomingen van het onderzoek

Een tekortkoming van het kwantitatief onderzoek is dat er nooit een praktische test gedaan is onder de ondervraagden. Er worden steeds conclusies gemaakt op basis van de “ruwe data” verkregen via de vragenlijsten. Zo werd er bijvoorbeeld niet gecontroleerd of patiënten in realiteit wel degelijk met voorzichtigheid reflecteren over de kwaliteit van de informatie op het net.

Daarnaast was het omwille van de kleine steekproef van het kwantitatief onderzoek niet mogelijk om statistische analyses uit te voeren en significantie aan te tonen. Daarom werd er steeds verwezen naar relevante literatuur omtrent het topic. Er moet daarbij opgemerkt worden dat de literatuur waarnaar verwezen wordt, meestal rapporteert over onderzoek in de VS of Engeland. In België en Vlaanderen is er quasi geen (gepubliceerd) onderzoek gebeurd naar dit topic, waardoor het soms moeilijk is om mijn resultaten goed te vergelijken. Om een zo globaal mogelijk beeld van dit interessante en actuele topic te verkrijgen, is het noodzakelijk om onderzoek te voeren in verschillende landen en regio's met telkens andere omstandigheden, zoals verschillende sociale zekerheidstelsels. Het is immers niet ondenkbaar dat hierin een groot deel van de verklaring van de afwijkende resultaten van mijn ten opzichte van andere onderzoeken verklaard kunnen worden. Wegens het belang van dit topic en de verwachte toekomstige opportuniteiten is uitgebreider onderzoek over gezondheid op het internet en het mogelijke versterkende effect voor de patiënt dat aanzet tot actieve participatie in zijn of haar gezondheidsmanagement aangewezen.

7. Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek

In ideale omstandigheden zouden alle consumenten dus de mogelijkheid kunnen hebben om via het internet *empowerment* op gezondheidsvlak te ervaren. Uit het kwantitatief onderzoek blijkt dat het internet een belangrijke bron van gezondheidsinformatie is en dat de consument een gevoel van *empowerment* ervaart door gebruik van het internet. Het kwalitatief onderzoek toont eveneens vele opportuniteiten waarbij het internet van dienst kan zijn om actief gezondheidsmanagement te vergemakkelijken en te bevorderen. Naast het probleem van kwaliteit, zijn er in realiteit echter nog verschillende barrières en knelpunten aanwezig.

Een niet te vergeten aspect is de wens van de patiënt om *empowered* te worden. Niet alle patiënten willen verantwoordelijkheid opnemen voor hun gezondheid of bezitten de technische competenties om een expert te worden (Fox et al., 2004). Vaak valt de verwerking van een ziekte reeds zwaar en is de vraag voor zelfmanagement daarbij onbestaand. Ook de oudere generatie is eerder een passieve rol in het ziektemanagement gewoon. Vaak voelt men zich wél goed in het paternalistische asymmetrische model van zorgverlening. Het is dus duidelijk dat er een grote variatie zal zijn in de wens om actief te participeren in het gezondheidsmanagement. Daarnaast zal er ook een grote variatie zijn in de wensen om de computer te gebruiken voor informatieverschaffing en andere functies omtrent gezondheid. Het is belangrijk om de manier van communicatie en beslissingsname af te stemmen op de patiënt en zijn noden. Noden-*assessment* is dus een belangrijke stap in het educatief proces van gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden.

Szasz en Hollender beschreven in 1956 drie modellen voor medische interacties. Hierbij legden ze dan ook de nadruk op het feit dat deze relatie aangepast moet worden aan de gezondheidssituatie van de patiënt. Zo moet een actief-passiefontmoeting waarbij de arts het woord voert, gebruikt worden bij een acute ziekte, maar is een mutuele negotiatie beter bij management van chronische ziekten.

Ook Wilson (2001) zegt dat deze aanpak van management en plaats van genezing met behulp van het internet meer dan logisch is in een tijd waar meer dan één op drie personen aan een chronische aandoening lijdt (in het VK). Een efficiënt ziektemanagementsysteem kan de medische en administratieve kosten drastisch verminderen, terwijl het de arts-patiëntcommunicatie en de gezondheidsuitkomsten verbetert (Demeris & Eysenbach, 2002). De gezondheidssituatie speelt dus eveneens een cruciale rol in de keuze van het type relatie tussen patiënt en zorgverlener. Sommige experts geloven echter dat de verhoogde “*patient power*” zal helpen om de kosten te verminderen door het aantal artsbezoeken ook voor kleine ziekten die zelf gediagnosticeerd een behandeld kunnen worden met behulp van het internet, zal verminderd worden (Levy en Strombeck, 2002).

Een andere limiterende factor is de beschikbaarheid van het internet. Het potentieel van het internet als een effectief communicatiekanaal en informatiebron valt in het niets bij traditioneel digitaal onderbediende groepen. Barrières die worden opgeworpen zijn o.a. kost, geografische locatie, computervaardigheden, taal en geletterdheid (Cline & Haynes, 2001). Ook etnische afkomst, fysieke mogelijkheden en leeftijd worden als mogelijke beperkingen beschreven (Anderson & Klemm, 2007). Openbare internetportalen en verlaagde kosten voor een persoonlijke computer hebben de “*digital divide*” of de ongelijke toegang tot informatie verkleind (Lorence et al., 2006). Toch tonen data van een recente studie aan dat er nog steeds digitaal onderbediende groepen blijven bestaan, waardoor deze niet kunnen genieten van de potentiële voordelen van het internet (Lorence et al, 2006). Zo werd opgemerkt door Powell en Clarke (2002) en bevestigd door de resultaten van mijn onderzoek dat minder opgeleide groepen minder gebruikmaken van het internet.

Er werd aangetoond dat het hebben van een internetverbinding thuis en de ervaring met het internet één van de belangrijkste determinanten zijn voor het al dan niet opzoeken van informatie over gezondheid of ziekte online (Välikmäki et al., 2007). Ook voor het opzoeken van specifiek gezondheidsinformatie is er dus een digitale kloof aanwezig. Terwijl vroeger *health literacy* beperkt was tot het

lezen van voorschriften van medicatie en andere essentiële gezondheidsgerelateerde materialen, wordt nu van de gezondheidsalfabeet verwacht goed met een computer en het internet te kunnen werken (Randeree, 2009). Als men wil genieten van de voordelen van het internet, moet toegang gemakkelijk, betaalbaar en beschikbaar in verschillende settings zijn (Eysenbach & Jadad, 2001). Aan deze criteria wordt echter nog niet voldaan voor alle groepen van de bevolking. Er wordt zelfs gesproken van een “*inverse information law*” waarbij de populatie die feitelijk het meeste nood heeft aan de informatie net het minst toegang ertoe heeft (Eysenbach & Jadad, 2001). Bijvoorbeeld de “*gray gap*”, waarbij ouderen moeite tonen om het internet te gebruiken voor gezondheidskwesties is een spijtige zaak omdat een medium als deze speciale relevantie heeft voor mensen die gevoelig zijn voor eenzaamheid, verveling, hulpeloosheid, moeilijkheden in fysieke beweeglijkheid en achteruitgang van mentale vaardigheden (Cline & Haynes, 2001). Zoals blijkt uit mijn resultaten, is deze ongelijke verdeling van toegang tot informatie echter ook van toepassing op de taal. In het Nederlands vindt men immers veel minder informatie dan in het Engels. De *digital divide* kan dus ook uitgebreid worden naar bevolkingsgroepen met een weinig gebruikte taal zoals het Nederlands. Zo ondervonden ook Levy en Strombeck dat dit probleem van minder kwalitatieve en begrijpelijke informatie zich ook voordoet bij de Spaanse taal. Er moeten dan ook manieren gevonden worden om het internet toegankelijk en begrijpelijk te maken voor een multiculturele en multilinguale populatie (Levy & Strombeck, 2002). Ook in de mogelijkheid om de kwaliteit te evalueren op Nederlandstalige sites bestaat er een ‘*net gap*’. Het internet is dus allesbehalve democratisch, een aspect waar in de toekomst absoluut rekening mee moet gehouden worden (Cline & Haynes, 2001). Zonder acties hiertegen gericht, zal de belofte van de digitale revolutie gelimiteerd blijven tot betergeconnecteerde segmenten van de populatie (Miller & West, 2009). Terwijl het internet de gap tussen arts en patiënt verkleint, bestaat de mogelijkheid dat de kloof tussen internetgebruikers en digitale analfabeten de ongelijkheid in de gezondheidszorg versterkt.

Het moet opgemerkt worden dat naast opportuniteiten het internetgebruik voor gezondheid ook risico's met zich kan meebrengen. Eén van de gevaren is het ontstaan van *cyberchondriacs*. Doordat de zoekers afgaan op de zeldzame en catastrofische verklaring voor bepaalde klachten, terwijl ook veelvoorkomende en onschuldige verklaringen aanwezig waren, gaan de lezers hun ziekte veel erger inschatten dan die werkelijk is (Segal, 2009). Ook internetverslaving, compulsief overgebruik van het internet, zou een steeds meer voorkomende ziekte zijn, alhoewel hierbij veel vraagtekens geplaatst worden (Levy & Strombeck, 2002). Ondanks de controverse omtrent de definitie en classificatie van dit concept, kan afhankelijkheid van het internet serieuze gevolgen hebben. Dit is vooral het geval wanneer online activiteiten het offline leven gaan vervangen (Levy & Strombeck, 2002). Andere gevaren zoals aanmoediging tot zelfdoding en groter risico op seksuele intimidatie worden ook vermeld (Cline & Haynes, 2001).

De schadelijke invloed van de lage kwaliteit of slechte interpretatie van informatie op het internet moet echter gerelativeerd worden. Er bestaat een natuurlijke assumptie dat er een direct verband bestaat tussen de kwaliteit van de informatie en de schade (Deshpande & Jadad, 2009). Er is echter weinig bewijs gevonden om dit te staven (Crocco, Villasis & Jadad, 2002). Alhoewel dit te wijten kan zijn aan onderrapportering van de gevallen, werden in 2002 slechts vier cases beschreven waar de informatie op het internet leidde tot werkelijke schade (Crocco et al., 2002). We moeten echter opmerken dat voornamelijk emotionele schade zoals het scheppen van valse hoop of het creëren van angst vaak niet gerapporteerd zal worden, maar wel belangrijk is. We kunnen ons ook de vraag stellen of het probleem van kwaliteit van informatie zich enkel stelt op het internet. Cline en Haynes (2001) zeggen dat het mogelijk is dat er evenveel fouten en inaccuraatheden aanwezig zijn in andere, meer traditionele, informele bronnen van gezondheidsinformatie.

Het concept van '*expert patient*' wordt gebruikt als teken van de gemoderniseerde gezondheidszorg. Ze worden omschreven als deze patiënten die hun ziekte en aandoeningen kunnen managen door ontwikkeling van kennis relevant voor het onderhouden van

gezondheid en het verzet tegen ziekte (Fox et al., 2004). Hierdoor kunnen de patiënten meer in partnerschap met hun gezondheidszorgaanbieders controle uitoefenen over hun leven. Verschillende trainingprogramma's met dit doel worden dan ook opgezet, maar er worden ook vraagtekens geplaatst bij deze manier van werken. Zo wordt er vaak gevreesd dat de versterkte en participerende patiënt meer tijd zal vragen (Fox et al., 2004). Wilson (2001) zegt dat het concept geen rekening houdt met de professionele macht en structurele beperkingen in verband met toegang tot bronnen, en ervaring en educatie ondermijnt. In relatie tot deze punten wordt dan ook gevreesd dat we afstevenen op een situatie van medische dominantie door de patiënt (Fox et al., 2004). Het internet zou bijdragen tot het verlies van controle over medische kennis door de dokters en tot deprofessionalisatie, welke bijdragen tot daling in ontzag en vertrouwen in artsen (Broom, 2005). Ook is er de vrees dat de meer geïnformeerde patiënt de performantie van de arts en andere zorgverleners beter kan evalueren door vergelijking met andere patiënten online (Broom, 2005). De zorgverleners voelen zich *disempowered* (Malone et al., 2004). Zo zegt Forkner-Dunn (2003) dat het tegenwoordig de patiënten zijn die de artsen informeren over het nieuwste onderzoek en de nieuwe behandeling. Hierdoor stelt zich dan ook een ander probleem geassocieerd met de opkomst van de expert patiënt, namelijk tegenstand van de professionals. Vaak worden de aanmoedigingen vanuit de overheid niet direct vertaald in professioneel gedrag. Ze hebben problemen met de verhoogde macht van de *empowerde* patiënt, kunnen de informatie niet allemaal controleren en verwerpen de inspanning van de patiënt om hun conditie te leren kennen (Broom, 2005; Fox et al., 2004). Deze bemerkingen bewijzen dus duidelijk dat het potentieel voor *patient empowerment* door het internet voor een groot deel afhankelijk is van de respons van de arts en andere zorgverleners. We mogen immers niet vergeten dat het linken van het internet aan gezondheid en geneeskunde alle niveaus van de gemeenschap beïnvloedt. Naast de patiënten moeten we ook rekening houden met de gezondheidszorgverleners, professionele organisaties, lokale en federale overheden (Levy & Strombeck, 2002).

Patiënteducatie door andere bronnen dan *face-to-face*-contact moet echter gezien worden als een aanvulling bij de medische praktijk van de artsen, eerder dan het te zien als competitie (Ullrich & Vaccaro, 2002). De resultaten van mijn onderzoek bewijzen ook de nood aan de hulp van een professional. Informatie moet gezien worden als een vorm van therapie, waarbij de artsen zagezegd een voorschrift voor een goede site moeten voorschrijven. Alleen op deze manier zal het internet op een goede manier gebruikt kunnen worden bij beslissingen omtrent gezondheidsmanagement en zal kunnen geprofitteerd worden van de voordelen. Sommige onderzoekers zeggen dan ook dat het een extra taak van de artsen wordt om voor hun patiënten een weg te banen doorheen alle beschikbare informatie online naar deze die betrouwbaar en correct is (Levy & Strombeck, 2002). De aanwezigheid van een expert om de zoekervaring op het internet in goede banen te leiden, wordt door Deshpande en Jadad (2009) ook aangehaald en benoemd met de term “*apomediation*”. Volgens hen is deze hulp echter niet alleen te vervullen door de zorgverleners, maar kunnen ook *peers* helpen met het aanreiken van kwaliteitsvolle bronnen door bijvoorbeeld een *rating* te geven aan een site. Zo rapporteren Anderson en Klemm (2007) over bibliotheken in universitaire ziekenhuizen waarbij verpleegkundigen aanwezig zijn om de zoekers te helpen in het evalueren van de kwaliteit van de informatie op het internet. Net omdat wij geen duidelijke manieren vonden voor patiënten om de kwaliteit te controleren, zou deze *guidance* functie belangrijk kunnen worden. Ook in het kwalitatieve onderzoek vonden we verschillende manieren waarop deze functie door de professional kan uitgevoerd worden met behulp van het internet. Deze ideeën worden ook weergegeven in de illustraties in bijlage 13 (Eysenbach & Jadad, 2001).

Wanneer ze hun rol in de *e-health* revolutie goed begrijpen en invullen, kunnen immers ook zij veel voordeel halen uit deze technologie. Ook voor artsen kan het internet immers een belangrijk medium zijn om aan hun informatie- en andere noden te voldoen (Revere et al., 2007). De onmiddellijke beschikbaarheid van medische gegevens op alle plaatsen en momenten, bijvoorbeeld cruciaal in een spoedsituatie, betere communicatie met de patiënt,

vereenvoudigde administratie, en mogelijkheid voor beslissingssteun zodat het aantal medische fouten vermindert, zijn slechts enkele voorbeelden van mogelijk voordelen van *internet health* voor de professional (Ball & Lillis, 2001).

Het is dus interessant om in de toekomst te onderzoeken hoe artsen staan tegenover deze “*prescription of reliable sites*” en hulp bij de zoektocht op het World Wide Web. Een studie uit 2002 toonde aan dat artsen de voordelen voor hun patiënten inzien, maar dat het internetgebruik voor henzelf meer problemen dan voordelen oplevert waarbij de langere consultatie het grootste probleem vormde (Potts & Wyatt, 2002). Artsen staan echter meestal positief tegenover de idee van een actieve patiënt door middel van het internet. Alhoewel ze niet tevreden zijn over het gevaar van zelfdiagnose en –behandeling, en de mogelijke verlengde consultaties om hen de *health beliefs* ten gevolge hiervan uit het hoofd te praten, zien ze de opportuniteiten van het internet wat betreft gezondheidsmanagement en verbeterde arts-patiëntrelatie wel in (Malone et al., 2004). Daarnaast geven artsen ook aan meer professionele voldoening te halen bij een betere relatie met de patiënt dan wanneer ze een puur directief zorgmodel hanteren (Funnell & Anderson, 2004). Informatisering via kanalen zoals het internet zou, als het in goede banen wordt geleid, immers net tot tijdsbesparing en meer efficiëntie kunnen leiden voor de zorgverleners (Funnell & Anderson, 2004).

De revolutie is al aan de gang, dus de zorgverleners kunnen maar beter meegaan met de stroom. De twijfel die nu aanwezig is bij artsen, kan binnen enkele jaren volledig verdwenen zijn en plaats geruimd hebben voor onvoorwaardelijke steun en dus ook genot van de opportuniteiten. Zoals Forkner-Dunn (2003) aanhaalt, was diezelfde twijfel immers ook aanwezig bij de introductie van de telefoon, welk zijn nut nu toch overduidelijk bewijst. Het zou dus nuttig zijn als de zorgverleners en het gezondheidszorgsysteem de e-revolutie omarmen en genieten van alle opportuniteiten dat het biedt. Dit kan zowel voor de patiënten en cliënten als voor de zorgverleners en het gezondheidszorgsysteem belangrijke positieve gevolgen hebben.

Literatuurlijst

- Akerkar, S. M., & Bichile, L. S. (2004). Health information on the internet: Patient empowerment or patient deceit? *Indian Journal of Medical Sciences*, 58(8), 321-326.
- Anderson, A. S., & Klemm, P. (2007). The internet: Friend or foe when providing patient education? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 55-63.
- Baker, W.L., Gutierrez-Williams, G., White, C.M., Kluger, J., & Coleman, C.I. (2008). Effect of cinnamon on glucose control and lipid parameters. *Diabetes Care*, 31(1), 41-43.
- Ball, M. J., & Lillis, J. (2001). E-health: Transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61, 1-10.
- Barrera Jr., M, Glasgow, R.E., McKay, H.G., Boles, S.M., & Feil, E.G. (2002). Do internet-based support interventions change perceptions of social support?: An experimental trial of approaches for supporting diabetes self-management. *American Journal of Community Psychology*, 30(5), 637-654.
- Bedell, S.E., Agrawal, A., & Peterson, L.E. (2004). A systematic critique of diabetes on the World Wide Web for patients and their physicians. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 687-694.
- Bernstam, E. V., Shelton, D. M., Walji, M., & Meric-Bernstam, F. (2004). Instruments to assess the quality of health information on the World Wide Web: What can our patients actually use? *International Journal of Medical Informatics*, 74, 13-19.
- Bessell, T.L., Silagy, C.A., Anderson, J.N., Hiller, J.E., & Sansom, L.N. (2002). Quality of global e-pharmacies: Can we safeguard consumers? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58(9), 567-572.
- Bin, L. & Jun K.C. (2001). The retrieval effectiveness of medical information in the web. *International journal of medical informatics*, 62(2-3), 155-163.

- Breckson, M., Jones, R., Morris, J. & Richardson, J (2008). What do evaluation instruments tell us about the quality of complementary medicine information on the internet? *Journal of Medical Internet Research*, 10(1), E3.
- Brennan, P., & Safran, C. (2003). Report of conference track 3: Patient empowerment. *International Journal of Medical Informatics*, 69, 301-304.
- Broom, A. (2005). Virtually he@lthy: The impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research*, 15, 325-345.
- Campbell, R.J., & Nolfi, D.A. (2005). Teaching elderly adults to use the internet to access health care information: before-after study. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), e19.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet : The state of art. *Health Education Research*, 16(6), 671-692.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cotton, S. R., & Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59, 1795-1806.
- Crawford, P. (2009). Effectiveness of cinnamon for lowering haemoglobin A1C in patients with type 2 diabetes: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(5), 507-512.
- Crocco, A.G., Villasis-Keever, M., & Jadad, A.R. (2002). Analysis of the cases of harm associated with use of health information on the Internet. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2869-2871.
- De Bruin, A., Picavet, H.S., & Nosikov, A.. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organisation, 1996.
- Demeris, G., & Eysenbach, G. (2002). Internet use in disease management for home care patients: A call for papers. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2), E6.
- Denning, P., Horning, J., Parnas, D., & Weinstein, L. (2005). Wikipedia Risks. *Communications of the ACM*, 48(12), 152.

- Deshpande, A., & Jadad, A.R. (2009). Trying to measure the quality of health information on the internet: Is it time to move on? *The Journal of Rheumatology*, 36(1), 1-3.
- Devgan, L. Powe, N., Blakey, B., & Makary, M. (2007). Wiki-surgery? Internal validity of Wikipedia as a medical and surgical reference. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(3), S76-S77.
- Diaz, J., Griffith, R., Ng, J., Reinert, S., Friedmann, P., & Moulton, A. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 180-185.
- Eglash, A. (2009). Website Review: www.Youtube.com. *Breastfeeding Medicine*, 4(2), 119.
- Eysenbach, G., & Jadad, A.R. (2001). Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the internet age. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), E19.
- Eysenbach, G., & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324, 573-577.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Eun-Byoung, S. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2691-2670.
- Eysenbach, G., & Köhler, C. (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the Internet. AMIA Annual Symposium Proceedings, 2003, 225-229.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *British Medical Journal*, 328, 1148-1149.
- Fallis, D., & Fricke, M (2002). Indicators of accuracy of consumer health information on the Internet. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9(1), 73-79.

- Farmer, A.D., Bruckner Holt, C.E., Cook, M.J., & Hearing, S.D. (2009). Social networking sites: a novel portal for communication. *Postgraduate Medical Journal*, 85(1007), 455-459.
- Forkner-Dunn, J. (2003). Internet-based patient self-care: The next generation of health care delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), E8.
- Fox, N.J., Ward, K.J., & O'Rourke, A.J. (2005). The 'expert patient': empowerment of medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1299-1309.
- Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2000). The problem with compliance in diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1709.
- Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.
- Gagliardi, A., & Jadad, A.R. (2002). Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: Chronicle of a voyage with an unclear destination. *British Medical Journal*, 324, 569-573.
- Gezondheidsenquête België 2008. (z.d.). Verkregen op 20 april, 2010, van <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/3.subjectieve%20gezondheid.pdf>
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Giles, J. (2005). Internet encyclopaedies go head to head. *Nature*, 438(7070), 900-901.
- Gómez, E.J., Hernando, M.E., García, A., Del Pozo, F., Cermeño, J., Corcoy, R. al (2002). Telemedicine as a tool for intensive management of diabetes: The DIABTel experience. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 69, 163-177.
- Graber, M.A., Bergus, G.R., & York, C. (1999). Using the World Wide Web to answer clinical questions: How efficient are methods of information retrieval? *The Journal of Family Practice*, 48(7), 520-524.

- Gray, N.J., Klein, J.D., Noyce, P.R., Sesselberg, T.S., & Cantrill, J.A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1467-1478.
- Halamka, J.D., Mandl, K.D., & Tang, P.C. (2008). Early experiences with personal health records. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(1), 1-7.
- Halfens, R., & Philipsen, H. (1988). Een gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatieschaal: Validiteit en betrouwbaarheid van de MHLIC. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 399-403.
- Halfens, R., & Visser, A.P. (1988). De beheersingsoriëntatie van gezondheid en ziekte. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66 (12), 397-3983
- Hanif, F., Read, J.C., Goodacre, J.A., Chaudhry, A., & Gibbs, P. (2009). The role of quality tools in assessing reliability of the Internet for health information. *Informatics for Health & Social Care*, 34(4), 231-243.
- Harris, R., & Veinot, T. (2004). The empowerment model and using e-health to distribute information. Action for health. The University of Western Ontario.
- Hasman, L., & Chiarella, D. (2008). Developing a pain management resource wiki for cancer patients and their caregivers. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 12(4), 317-326.
- Hayanga, A.J., & Kaiser, H.E. (2008). Medical information on YouTube. *Journal of the American Medical Association*, 299(12), 1424-142.
- Herrejon, K., Hartke, J.L., Scherer, J., & Chapman-Novakofski K. (2009). The creation and impact evaluation of “Your guide to diet and diabetes”, an interactive web-based diabetes tutorial. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 11(3), 171-179.
- Hesse, B.W., Nelson, D.E., Kreps, G.L., Croyle, R.T., Arora, N.K., Rimer, B.K. et al. (2005). Trust and sources of health information. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2618-2624.
- Jadad, A. R., & Gagliardi, A. (1998). Rating health information on the Internet: Navigating to knowledge or to babel? *Journal of the American Medical Association*, 279(8), 611-614.

- Johnson, P.T., Chen, J.K., Eng, J., Makary, M.A., & Fishman, E.K. (2008). A comparison of World Wide Web resources for identifying medical information. *Academic Radiology*, 15(9), 1165-1172.
- Kamel Boulos, M., & Wheeler, S. (2007). The emerging Web 2.0 social software: An enabling suite of sociable technologies in health and health care education. *Health Information and Libraries Journal*, 24(1), 2-23.
- Keelan, J., Pavri-Garcia, V., Tomlinson, G., & Wilson, K. (2007). YouTube as a source of information on immunization: A content analysis. *Journal of the American Medical Association*, 298(21), 2482-2484.
- Khan, A., Safdar, M., Ali Khan, M.M., Khattak, K. N., & Anderson, R.A., (2003). Cinnamon improves glucose and lipids of people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26(12), 3215-3218.
- Kirkham, S., Akilen, R., Sharma, S., & Tsiami, A. (2009). The potential of cinnamon to reduce blood glucose levels in patients with type 2 diabetes and insulin resistance. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11(12), 1100-1113.
- Koonce, T.Y., Giuse, D.A., Beauregard, JM., & Bettinsoli Giuse, N. (2007). Towards a more informed patient: bridging health care information through an interactive communication portal. *Journal of the Medical Library Association*, 95(1), 77-81.
- Larkin, M. (1999). New tools to improve quality of online health information. *The Lancet*, 353, 1980-1981.
- Lau, D.H. (2002). Patient empowerment – a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Medical Journal*, 8(5), 372-375.
- Laurent, M.R., & Vickers, T.J. (2009). Seeking health information online: Does Wikipedia matter? *Journal of American Medical Informatics Association*, 16(4), 471-479.
- Levy, J. A., & Strombeck, R. (2002). Health benefits and risks of the internet. *Journal of Medical Systems*, 26(6), 495-510.
- Liang, B.A., Mackey, T. (2009). Searching for safety: addressing search engine, website, and provider accountability for illicit online drug sales. *American Journal of Law & Medicine*, 35(1), 125-84.

- Lorence, D.P., & Greenberg, L. (2005). The zeitgeist of online health search. Implications for a consumer-centric health system. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 134-139.
- Lorence, D.P., Park H., & Fox, S. (2006). Assessing health consumerism on the Web: a demographic profile of information-seeking behaviors. *Journal of Medical Systems*, 30(4), 251-258.
- Ma, C., Warren, J., Phillips, P., & Stanek, J. (2005). Empowering patients with the essential information and communication support in the context of diabetes. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 577-596.
- Marill, J.L., Miller, N., & Bitendaugh, P. (2006). The MedlinePlus public user interface: Studies of design challenges and opportunities. *Journal of the Medical Library Association*, 94(1), 30-40.
- Masi, C.M., Suarez-Balcazar, Y., Cassey, M.Z., Kinney, L., & Piotrowski, Z.H. (2007). Internet access and empowerment: A community-based health initiative. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 525-530.
- Masys, D., Baker, D., Butros, A., & Cowles, K. E. (2002). Giving patients access to their medical records via the internet: the PCASSO experience. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9(2), 181-191.
- Mazzi, C.P., & Kidd, M. (2002). A framework for the evaluation of internet-based diabetes management. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), E1.
- Miller, N., Lacroix, E., & Bachus, J.E.B. (2000). MEDLINEplus : Building and maintaining the National Library of Medicine's consumer health Web service. *Bulletin of the Medical Library Association*, 88(1), 11-17.
- Miller, N. (2007). Analysis of user messages to MedlinePlus.Gov. *Journal of the Medical Library Association*, 95(1), 81-83.
- Miller, E.A., & West, D.M. (2009). Where's the revolution? Digital technology and health care in the internet age. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(2), 261-284.

- Mitchell, K.J., & Ybarra, M. (2009). Social networking sites: Finding a balance between their risks and benefits. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(1), 87-89.
- Montoya, I.D., Jano, E. (2007). Online pharmacies : Safety and regulatory considerations. *International Journal of Health Services*, 37(2), 279-289.
- Montoya, I.D. (2008). The root cause of patient safety concerns in an Internet pharmacy. *Expert Opinion on Drug Safety*, 7(4), 337-341.
- Munir, S., & Boaden, R. (2001). Patient empowerment and the electronic health record. *Studies in Health Technology and Informatics*, 84, 663-665.
- Pandey, A., Patni, N., Singh, M., Sood, A., & Singh, G. (2010). YouTube as a source of information on the H1N1 Influenza Pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), e1-e3.
- Park, J., Chung, H., & Sang Yoo, W. (2009). Is the Internet a primary source for consumer information search?: Group comparison for channel choices. *Journal of Retailing and Consumers Services*, 16, 92-99.
- Plougmann, S., Hejlesen, O.K., & Cavan, D.A. (2001). DiasNet – a diabetes advisory system for communication and education via the internet. *International Journal of Medical Informatics*, 64, 319-330.
- Potts, H.W.W., & Wyatt, J.C. (2002). Survey of doctors' experience of patients using the internet. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), E5.
- Powell, J., & Clarke, A. (2002). The WWW of the World Wide Web: Who, what and why? *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), E4.
- Powell, J., Jennings, A., Armstrong, N., Sturt, J. Dale, J. (2009). Pilot study of a virtual diabetes clinic: Satisfaction and usability. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(3), 150-152.
- Principes HONcode*. (z.d.). Verkregen op 4 maart, 2010, van <http://www.hon.ch/HONcode/Dutch/>.

- Rappaport, J. (1981). In praise of a paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Regelgeving geneesmiddelen via the internet*. (z.d.). Verkregen op 10 maart, 2010, van <http://www.geneesmiddelen-via-internet.be/nl/>.
- Revere, D., Turner, A.M., Madhavan, A., Rambo, N., Bugni, P.F., Kimball, A. et al. (2007). Understanding the information needs of public health practitioners: a literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system. *Journal of Biomedical Informatics*, 40(4), 410-421.
- Rice, R. E. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew Surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 8-28.
- Rieh, S.Y. (2003). On the web at home: Information seeking and web searching in the home environment. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 55(8), 743-753.
- Segal, J. Z. (2009). Internet health and the 21st-century patient. A rhetorical view. *Written Communication*, 26(4), 351-369.
- Seidman, J.J., Steinwachs, D., & Rubin, H.R. (2003a). Conceptual framework for a new tool for evaluating the quality of diabetes consumer-information web sites. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), E29.
- Seidman, J.J., Steinwachs, D., & Rubin, H.R. (2003b). Design and testing of a tool for evaluating the quality of diabetes consumer-information web sites. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), E30.
- Seidman, J., Steinwachs, D., & Rubin, H.R. (2004). The mysterious maze of the World Wide Web: What makes internet health information high quality? *Health Information and Libraries Journal*, 21(1), 44-51.
- Sharf, B. (1997). Communicating breast cancer on-line: Support and empowerment on the Internet. *Women and Health*, 26(1), 65-84.

- Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Shipley, M.J., Ferrie, J.E., Martikainen, P., Goldberg, M. et al. (2007). The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1222-1228.
- Smalligan, R.D., Campbell, E.O., & Ismail, H.M. (2008). Patient experience with MedlinPlus.gov: A survey of internal medicine patients. *Journal of Investigative Medicine*, 56(8), 1019-1022.
- Snelders, S., & Meijman, F. J. (2009). *De mondige patiënt: Historische kijk op een mythe*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Sonneberg, F.A. (1997). Health informatics on the Internet: opportunities and pitfalls. *Archives of Internal Medicine*, 157, 151-152.
- Spink, A., Yang, Y., Jansen, J., Nykanen, P., Lorence, D.P., Ozmutlu, S. et al. (2004). A study of medical and health queries to web search engines. *Health Information and Libraries Journal*, 21(1), 44-51.
- Steinberg, P.L., Wason, S., Stern, J.M., Deters, L., Kowal, B., & Seigne, J. (2010). YouTube as source of prostate cancer information. *Urology*, 75(3), 619-622.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.
- Taylor, M. (2000). Patient care (empowerment): a local view. *British Medical Journal*, 320, 1663-1664.
- Tengland, P.-A. (2007). Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 197-207.
- Ueckert, F., Goerz, M., Ataian, M., Tessmann, S., & Prokosch, H. (2003). Empowerment of patients and communication with health care professionals through an electronic health record. *International Journal of Medical Informatics*, 70, 99-108.
- Ullrich, P.F, & Vaccaro, A.R. (2002). Patient education on the Internet: opportunities and pitfalls. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27(7), E185-188.

- Välikmäki, M., Nenonen, H., Koivunen, M., & Suhonen, R. (2007). Patients' perception of Internet usage and their opportunity to obtain health information. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 32(4), 305-314.
- Van Uden-Kraan, C.F., Drossaert, C.H.C., Taal, E., Seydel, E.R., & van de Laar, M.A.F.J. (2007). Self-reported differences in empowerment between lurkers and poster in online patient support groups. *Journal of Medical Internet Research*, 10(2), E18.
- Van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H. C., Taal, E., Seydel, E. R., & van de Laar, M. A. F. J. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling*, 74, 61-69.
- Wallston, K.A., & Wallston, B.S. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Wallston, K.A., & Wallston, B.S. (1981). Health locus of control scales. In H. Lefcourt (Ed.) *Research with the locus of control construct, Volume 1*. New York: Academic Press.
- Ware Jr JE. SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- Weitzman, E.R., Kaci, L., & Mandle, K.D. (2009). Acceptability of a personally controlled health record in a community-based setting: Implications for policy and design. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e14.
- Wilson, P.M. (2001). A policy analysis of the expert patient in the United Kingdom: Self-care as an expression of pastoral power? *Health and Social Care in the Community*, 9(3), 134-142.
- Zimmerman, M.A., & Warschausky, S. (1998) Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3-16.
- Zrebiec, J.F. (2005). Internet communities: Do they improve coping with diabetes? *The Diabetes Educator*, 31(6), 825-836.

Bijlagen

Bijlage 1: Schriftelijke toestemming voor het kwantitatief onderzoek van Wijkgezondheidscentrum Botermarkt

Merelbeke, 5 september 2009

Beste,

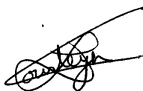
Ik, Karen Courteyn, studente Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Gent, voer, begeleid door Prof. Dr. J. De Maeseneer, in functie van mijn masterproef een onderzoek naar het belang van het internet voor het opzoeken van informatie rond (on)gezondheid. Hierbij zou ik na het bestuderen van de wetenschappelijke literatuur omtrent dit onderwerp en een onderzoek naar de kwaliteit van informatie op het net, graag een empirische studie uitvoeren. Hierbij zouden 100 patiënten uit de eerstelijnszorg ondervraagd worden naar hun internetgebruik voor informatievergaring over medische onderwerpen. Hierbij zal via een algemene vragenlijst zowel naar karakteristieken en variabelen van de internetgebruiker, als naar de manier waarop de gebruiker de kwaliteit van de informatie nagaat, gevraagd worden. Dit zal gebeuren in het begin van het tweede semester (februari-maart).

Hierbij zou ik u willen vragen om een schriftelijke toestemming voor de ondervraging van 50 patiënten in het Wijkgezondheidscentrum Ledeberg. Gelieve dan ook kopie van deze brief voor akkoord ondertekend terug te sturen.

Er zal eveneens een toestemming van het Ethisch Comité aangevraagd worden.

Met vriendelijke groet,

Karen Courteyn



C. Sneyssenslaan 83, 9820 Merelbeke
0496/66.15.83
karen.courteyn@ugent.be



Voor akkoord

Bijlage 2: Schriftelijke toestemming voor het kwantitatief onderzoek van Huisartsenpraktijk Ledeberg

Merelbeke, 1 april 2010

Beste,

Ik, Karen Courteyn, studente Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Gent, voer, begeleid door Prof. Dr. J. De Maeseneer, in functie van mijn masterproef een onderzoek naar het belang van het internet voor het opzoeken van informatie rond (on)gezondheid. Hierbij zou ik na het bestuderen van de wetenschappelijke literatuur omtrent dit onderwerp en een onderzoek naar de kwaliteit van informatie op het net, graag een empirische studie uitvoeren. Hierbij zouden 50 patiënten uit de eerstelijnszorg en 50 niet-patiënten ondervraagd worden naar hun internetgebruik voor informatievergaring over medische onderwerpen. Hierbij zal via een algemene vragenlijst zowel naar karakteristieken en variabelen van de internetgebruiker, als naar de manier waarop de gebruiker de kwaliteit van de informatie nagaat, gevraagd worden. Dit zal gebeuren in het tweede semester.

Hierbij zou ik u willen vragen om een schriftelijke toestemming voor de ondervraging van 25 patiënten in Huisartsenpraktijk Ledeberg.

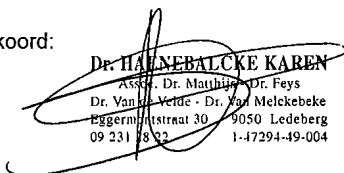
Er werd eveneens een toestemming van het Ethisch Comité gekregen.

Met vriendelijke groet,

Karen Courteyn

C. Sneyssenslaan 83, 9820 Merelbeke
0496/66.15.83
karen.courteyn@ugent.be

Voor akkoord:


Dr. HANNEBALCKE KAREN
Assoc. Dr. Matthijs Dr. Feys
Dr. Van de Velde - Dr. Van Melckebeke
Eggenrijtstraat 30 9050 Ledeberg
09 231 88 62 1-47294-49-004

Bijlage 3: Vragenlijst voor het kwantitatief onderzoek

Vragenlijst met betrekking tot gezondheid op het internet

Geslacht: ☐ M
☐ V

Leeftijd: ... jaar

Opleidingsniveau (hoogste behaalde diploma):

- ☐ lager onderwijs of minder
- ☐ lager secundair
- ☐ hoger secundair
- ☐ hogere professionele opleiding
- ☐ hogere universitaire opleiding

Nationaliteit: ☐ Belg  Eén van de ouders niet-Belg: ☐ ja
☐ niet-Belg ☐ neen

Heeft u een internetverbinding thuis?

- ☐ ja
- ☐ neen, maar wel op een andere locatie vb. in de bibliotheek, op het werk, bij familie
- ☐ neen, ik gebruik geen internet



**Indien u op de vorige vraag het laatste antwoord aanduidde,
eindigt de vragenlijst hier. Bedankt voor uw medewerking.**

Hoe vaak gebruikt u het internet? ☐ dagelijks
☐ 2 tot 3 keer per week
☐ wekelijks
☐ minder dan wekelijks

Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? ☐ zeer goed
☐ goed
☐ gaat wel (redelijk)
☐ slecht
☐ zeer slecht

Hoezeer bent u het eens met volgende stellingen omtrent uw gezondheid?

1=helemaal oneens, 3=neutraal, 5=helemaal eens

Stelling	1=helemaal oneens	2=eerder oneens	3=neutraal	4=eerder eens	5=helemaal eens
Mijn gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk	1	2	3	4	5
Wat mijn gezondheid betreft, kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt	1	2	3	4	5
Hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald	1	2	3	4	5
Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe	1	2	3	4	5
Artsen bepalen mijn gezondheid	1	2	3	4	5
Ik heb mijn gezondheid in eigen hand	1	2	3	4	5
Om ziektes te voorkomen, is het goed regelmatig de huisarts te raadplegen	1	2	3	4	5
Of ik gezond blijf, is een kwestie van toevallige gebeurtenissen	1	2	3	4	5
Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen	1	2	3	4	5

Zoekt u naar informatie omtrent gezondheid of ziekte op het internet? ☐ ja

☐ neen

Indien u op vorige vraag 'neen' antwoordde, eindigt de vragenlijst hier. Bedankt voor uw medewerking.

Hoe vaak zoekt u naar informatie omtrent gezondheid op het internet?

- ☐ dagelijks
- ☐ 2 tot 3 keer per week
- ☐ wekelijks
- ☐ maandelijks
- ☐ minder dan maandelijks

Hoe vaak krijgt u informatie omtrent gezondheid via volgende bronnen?

1=zeer weinig, 3=gemiddeld, 5=zeer veel

Bron	1=zeer weinig	2=weinig	3=gemiddeld	4=veel	5=zeer veel
internet	1	2	3	4	5
televisie	1	2	3	4	5
radio	1	2	3	4	5
kranten	1	2	3	4	5
tijdschriften	1	2	3	4	5
vrienden of familieleden	1	2	3	4	5
arts	1	2	3	4	5
apotheek	1	2	3	4	5
verpleegkundige	1	2	3	4	5
andere:	1	2	3	4	5
.....					

Hoezeer zijn volgende punten een reden om informatie omtrent gezondheid op te zoeken op het internet in vergelijking met andere bronnen?

1=helemaal oneens, 3=neutraal, 5=helemaal eens

Reden	1=helemaal oneens	2=eerder oneens	3=neutraal	4=eerder eens	5=helemaal eens
de informatie is steeds betrouwbaar en correct	1	2	3	4	5
de informatie kan snel en gemakkelijk verkregen worden	1	2	3	4	5
het is gemakkelijker en goedkoper dan het raadplegen van een arts	1	2	3	4	5
er is veel informatie beschikbaar	1	2	3	4	5

waaruit ik kan kiezen					
de informatie is duidelijk en begrijpbaar	1	2	3	4	5
het is anoniem	1	2	3	4	5
andere:.....	1	2	3	4	5
.....					

Hoeveel gebruikt u volgende manieren om te zoeken naar informatie omtrent gezondheid op het net?

1=zeer weinig, 3=gemiddeld, 5=zeer veel

Manier	1=zeer weinig	2=weinig	3=gemiddeld	4=veel	5=zeer veel
via zoekprogramma's zoals Google	1	2	3	4	5
via online encyclopedieën zoals Wikipedia	1	2	3	4	5
via discussiefora omtrent een onderwerp	1	2	3	4	5
rechtstreeks op een bepaalde site	1	2	3	4	5
via wetenschappelijke artikels	1	2	3	4	5
andere:	1	2	3	4	5
.....					

Hoeveel zoekt u over volgende onderwerpen informatie op het internet?

1=zeer weinig, 3=gemiddeld, 5=zeer veel

Onderwerp	1=zeer weinig	2=weinig	3=gemiddeld	4=veel	5=zeer veel
Algemene informatie	1	2	3	4	5
voeding, dieet	1	2	3	4	5
lichaamsbeweging, sport	1	2	3	4	5
geneesmiddelen en therapie	1	2	3	4	5
alternatieve geneeswijzen	1	2	3	4	5
over ernstige ziekten zoals kanker, hart- en vaatziekten	1	2	3	4	5
over onderwerpen die op het moment veel in het nieuws komen	1	2	3	4	5
voornamelijk informatie in verband met mezelf of een familielid/vriend	1	2	3	4	5
over de symptomen die ikzelf of een vriend/familieid op het moment zelf ondervind(t)	1	2	3	4	5

over de diagnose die een arts gesteld heeft	1	2	3	4	5
over een specifieke behandeling of procedure	1	2	3	4	5
andere:	1	2	3	4	5

Hoezeer controleert u de juistheid en betrouwbaarheid van de informatie die u vindt op volgende manieren?

1=helemaal oneens, 3=neutraal, 5=helemaal eens

Manier van controle	1=helemaal oneens	2=eerder oneens	3=neutraal	4=eerder eens	5=helemaal eens
ik ga ervan uit dat de informatie op het internet juist en betrouwbaar is	1	2	3	4	5
ik neem de eerste resultaten in het zoekprogramma (vb. Google)	1	2	3	4	5
ik lees informatie op verschillende sites en betrouw de meest voorkomende uitleg	1	2	3	4	5
ik kijk of er 'wetenschappelijk bewezen' vermeld staat in de tekst	1	2	3	4	5
ik kijk de oorsprong van de site goed na	1	2	3	4	5
ik bekijk het webadres en de korte uitleg bij de resultaten van een zoekopdracht	1	2	3	4	5
ik bekijk de datum van aanmaken en aanpassen van de inhoud van de site	1	2	3	4	5
ik gebruik een accreditatieprogramma (vb. HONcode)	1	2	3	4	5
ik betrouw geen informatie op sites die adverteren en te commercieel lijken	1	2	3	4	5
andere:.....	1	2	3	4	5

Hoezeer bent u het eens met volgende stellingen omtrent gezondheidsinformatie op het internet?

1=helemaal oneens, 3=neutraal, 5=helemaal eens

Stelling	1=helemaal oneens	2=eerder oneens	3=neutraal	4=eerder eens	5=helemaal eens
Ik zal de juistheid van de informatie nagaan bij een professional zoals arts of apotheker	1	2	3	4	5
Ik zal eerst aan een professional raad vragen over hoe ik het best informatie kan vinden op het internet	1	2	3	4	5
Ik zal de informatie op het internet geloven, ook al raadt een professional het af	1	2	3	4	5
Ik zal de informatie opzoeken voor ik op consultatie ga bij de arts, zodat ik mij beter kan uitdrukken en verdedigen in het gesprek	1	2	3	4	5
Ik zal de informatie opzoeken na de consultatie met de arts, als bevestiging	1	2	3	4	5
Ik zal sneller een arts consulteren, want ik word onzeker en ongerust van de informatie	1	2	3	4	5
Ik zal langer wachten om een arts te consulteren, want ik voel mij beter doordat ik al wat meer informatie heb	1	2	3	4	5
Ik kan een onderwerp meer bespreekbaar maken omdat ik meer informatie heb	1	2	3	4	5

Ik vind dat het internet mij geholpen heeft om meer en betere informatie te verkrijgen omtrent gezondheid in vergelijking met vroeger, toen er alleen bronnen zoals televisie en tijdschriften waren	1	2	3	4	5
Door de gevonden informatie voel ik mij meer betrokken bij mijn eigen ziekte of gezondheid	1	2	3	4	5
Ik koop soms medicijnen of vitaminen online	1	2	3	4	5
Ik communiceer soms met professionals over mijn gezondheid via email of een website	1	2	3	4	5

Heel erg bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 4: Evaluatieformulier vragenlijst

Evaluatie vragenlijst met betrekking tot het opzoeken van gezondheidsinformatie op het internet

Vindt u de vijfpuntenschaal in de vragenlijst (van 1 tot 5 = van zeer weinig tot weinig; van helemaal oneens tot helemaal eens) duidelijk?

- ☐ ja
- ☐ gemiddeld
- ☐ neen
- ☐ opmerking:.....

Heeft u de vragen en de punten in de tabellen begrepen?

- ☐ ja
- ☐ soms wel, soms minder
- ☐ neen
- ☐ opmerking:.....

Heeft u het gevoel dat het invullen van de vragenlijst u veel moeite heeft gekost?

- ☐ ja
- ☐ gemiddeld
- ☐ neen
- ☐ opmerking:.....

Vindt u de vragenlijst te uitgebreid?

- ☐ ja
- ☐ gemiddeld
- ☐ neen
- ☐ opmerking:.....

Heeft u nog opmerkingen en/of suggesties?

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5: Coderingssheet evaluatie vragenlijst

vragenlijst	duidelijkheid vijfpuntenschaal	verstaan baarheid	moeite	lengte
vragenlijst 1	1	1	0	0
vragenlijst 2	1	1	-1	-1
vragenlijst 3	1	1	-1	-1
vragenlijst 4	1	0	0	0
vragenlijst 5	1	1	-1	-1
vragenlijst 6	1	1	-1	-1
vragenlijst 7	1	1	-1	0
vragenlijst 8	1	1	-1	-1
vragenlijst 9	1	0	-1	-1
vragenlijst 10	0	1	-1	-1
totaal	9	8	-8	-7

Bijlage 6: Aanvraag Ethisch Comité



ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis
De Pintelaan 185
9000 Gent

ethisch.comite@UGent.be



Document D (scripties of Z-lijn)

**VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE
EEN prospectief observationeel ONDERZOEKSPROJECT OP
GEZONDHEIDSGEGEVENS voor het maken van een scripties of Z-lijn
(enkel verzameling van patiëntengegevens, vragenlijsten en interviews)**

1. TITEL VAN DE SCRIPTIE : LEIDT INTERNET TOT 'EMPOWERED PATIËNTEN'?

2. ONDERZOEK IN FUNCTIE VAN:



BACHELOR SCRIPTIE

- NAAM STUDENT(EN):
- OPLEIDING:
- NAAM HOGESCHOOL:
- EMAIL STUDENT:
- TEL. STUDENT:



MASTERSCRIPTIES OF Z-LIJN

- NAAM STUDENT(EN): COURTEYN KAREN
- OPLEIDING: MASTER MANAGEMENT EN BELEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG
- NAAM FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- EMAIL STUDENT: KAREN.COURTEYN@UGENT.BE
- TEL. STUDENT: 0496/66.15.83

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER (PROMOTOR)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst UZ (geen ASO) of universiteit]

- NAAM: JAN DE MAESENER
- FUNCTIE: HUISARTS
- UZ DIENST :
- OF FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09/332.35.42

- FAX: 09/332.49.67
- E-MAIL: JAN.DEMAESENEER@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
- OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

4. GEGEVENS VAN DE MEDEWERKER(S) AAN HET ONDERZOEK

- NAAM:
- FUNCTIE:
- UZ DIENST :
- OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER:
- FAX:
- E-MAIL:
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
- OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER

5. GEGEVENS VAN DE PROMOTOR + AFFILIATIE:

- NAAM: JAN DE MAESENEER
- FUNCTIE: HUISARTS
- UZ DIENST :
- OF FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09/332.35.42
- FAX: 09/332.49.67
- E-MAIL: JAN.DEMAESENEER@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
- OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

6. SOORT ONDERZOEK

☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVENS ZIJN (= GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR HOOFDONDERZOEKER PERSOONLIJK BEHANDELD

☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN OP DE DIENST VAN DE HOOFDONDERZOEKER MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE

☒ VRAGENLIJSTEN (GELIEVE DEZE EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

☐ INTERVIEW (GELIEVE DE VRAGEN EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

7. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSPROJECT (MINIMUM 30 ZINNEN/EEN HALVE PAGINA) VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IK ONDERZOEK DE IMPACT VAN HET INTERNET OP EMPOWERMENT VAN PATIENTEN. OM DE BEVINDINGEN IN DE LITERATUUR TE TOETSEN WIL IK GRAAG 50 PATIENTEN EN 50 NIET-PATIENTEN BEVRAGEN NAAR HUN INTERNETGEBRUIK ROND

GEZONDHEID. DIT ZAL GEBEUREN MET BEHULP VAN EEN VRAGENLIJST. DEZE VRAGENLIJST IS NIET GEVALIDEERD (WERD OPGESTELD AAN DE HAND VAN VOORBEELDEN VAN VERSCHILLENDE VRAGENLIJSTEN UIT DE LITERATUUR), MAAR ZAL WEL GEËVALUEERD WORDEN. DIT ZAL GEBEUREN DOOR 10 PERSONEN DE VRAGENLIJST MET BETREKKING TOT HET OPZOEKEN VAN GEZONDHEIDSINFORMATIE OP HET INTERNET TE LATEN INVULLEN EN HEN HIERNA EEN AANTAL VRAGEN IN VERBAND MET DE DUIDELIJKHEID, MOEITE EN LENGTE VAN DE VRAGENLIJST TE LATEN BEANTWOORDEN. HIERNA KAN DE VRAGENLIJST EVENTUEEL DAN NOG AANGEPAST WORDEN. INDIEN OP BASIS VAN DE RESULTATEN VAN DE PILOOTSTUDIE DE VRAGENLIJST NOG AANGEPAST WORDT, ZAL OPNIEUW EEN GOEDKEURING VOOR DE VRAGENLIJST AANGEVRAAGD WORDEN VIA AMENDEMENT.

DE VRAGENLIJST WORDT ZOWEL BIJ PATIENTEN ALS BIJ PERSONEN DIE NIET CONSULTEREN VERSPREID OM DE BIAS DIE HET GEVOLG ZOU KUNNEN ZIJN VAN ENKEL PERSONEN AAN TE SPREKEN DIE ZEKER AANDACHT HEBBEN VOOR HUN GEZONDHEID, DEELS TE ELIMINEREN. MOGELIJKS KUNNEN ER DAN OOK INTERESSANTE VERGELIJKINGEN GEMAAKT WORDEN TUSSEN DE TWEE GROEPEN.

AANGEZIEN HET INTERNET ALS MEDIUM VOOR HET VERSPREIDEN EN ZOEKEN VAN INFORMATIE BLIJFT GROEIEN IN BESCHIKBAARHEID EN POPULARITEIT, IS EEN BETER BEGRIIP VAN DE MATE WAARIN ONLINE GEZONDHEIDSINFORMATIE BELANGRIJK IS EN WELK EFFECT DAT HET ZAL HEBBEN OP PATIËNTEN BELANGRIJK. OP BASIS VAN DE VRAGENLIJSTEN KUNNEN VERSCHILLENDE ANALYSES GEMAAKT WORDEN. DE EERSTE IS DE ANALYSE VAN DE KARAKTERISTIEKEN VAN DE INTERNETGEBRUIKER (ZOALS GESLACHT, LEEFTIJD, NATIONALITEIT, OPLEIDINGSNIVEAU, AANWEZIGHEID VAN INTERNET THUIS, FREQUENTIE VAN HET INTERNETGEBRUIK). ER WORDEN EEN PAAR VRAGEN GESTELD ROND SUBJECTIEVE GEZONDHEID EN “HEALTH LOCUS OF CONTROL” (OPGESPLITST IN INTERNAL, POWERFUL OTHERS EN CHANCE), TWEE ONDERWERPEN DIE EEN INTERESSANTE BESPREKING VAN DE RELATIE MET EMPOWERMENT DOOR HET INTERNET KUNNEN OPLEVEREN. OOK ZULLEN DE VOORNAAMSTE DOELEINDEN VOOR HET GEBRUIK VAN HET INTERNET AFGELEID KUNNEN WORDEN. HET BELANG VAN HET INTERNET VOOR HET OPZOEKEN VAN GEZONDHEIDSINFORMATIE IN VERGELIJKING MET ANDERE BRONNEN ZAL BESPROKEN WORDEN. OOK REDENEN VOOR HET GEBRUIK VAN HET INTERNET IN VERGELIJKING MET ANDERE BRONNEN WORDEN ONDERZOCHT. DE MANIER WAAROP EN HET ONDERWERP WAAROVER DE INFORMATIE WERD OPGEZOCHT, ZAL OOK GEANALYSEERD KUNNEN WORDEN. EEN BELANGRIJK DEEL IN DE ANALYSE VAN DE VRAGENLIJST IS DE MANIER VAN CONTROLE VAN DE BETROUWBAARHEID EN JUISTHEID VAN DE GEVONDEN INFORMATIE. OM RAAD TE KUNNEN GEVEN AAN PATIËNTEN BETREFFENDE HUN ZOEKWIJZE, MOETEN IMMERS EERST DE MEEST GEBRUIKTE EVALUATIEMETHODEN BESTUDEERD WORDEN. DAARNAAST ZAL ER OOK BESTUDEERD WORDEN OF DE EXTRA INFORMATIE EN KENNIS OOK AANLEIDING GEEFT TOT ACTIES. EEN BELANGRIJKE VRAAG IS NA TE GAAN OF HET INTERNET DE KANS HEEFT GEGEVEN OM MEER EN BETERE INFORMATIE TE VERKRIJGEN, IN VERGELIJKING MET VROEGER TOEN ER ALLEEN

BRONNEN ZOALS TELEVISIE EN TIJDSCHRIFTEN WAREN. ER ZULLEN EVENEENS VERBANDEN KUNNEN GELEGD WORDEN TUSSEN DE VERSCHILLENDE RESULTATEN. UIT DE ONDERVRAGINGEN ZAL KUNNEN WORDEN AFGELEID OF HET INTERNET VAAK GEBRUIKT WORDT ALS BRON VAN MEDISCHE INFORMATIE EN DOOR WIE, OF DE PATIENT ZIJN GEDRAG VERANDERT ALS GEVOLG VAN DEZE INFORMATIE, EN OF ZIJ DE KWALITEIT VAN DE OPGEZOCHTE INFORMATIE CONTROLLEREN.

IN HET TWEEDE DEEL VAN HET EXPLORATIEVE ONDERZOEK ZAL IK OOK ZELF EEN ONDERZOEK VOEREN NAAR DE KWALITEIT VAN INFORMATIE OP HET INTERNET. HIERBIJ ZAL OVER ÉÉN ONDERWERP INFORMATIE OPGEZOCHT WORDEN OP HET INTERNET VIA ALGEMENE ZOEKROBOTS EN ONLINE ENCYCLOPEDIËN, NET ZOALS EEN ONWETENDE PATIËNT DAT ZOU DOEN. DE INFORMATIE GEVONDEN OP HET NET, ZAL VERGELEKEN WORDEN MET INFORMATIE VERKREGEN UIT WETENSCHAPPELIJKE BRONNEN. OP DEZE MANIER ZAL DE JUISTHEID EN BETROUWBAARHEID GECONTROLEERD KUNNEN WORDEN. OP DEZE MANIER ZAL ONDERZOCHT KUNNEN WORDEN OF INFORMATIEVERSTREKKING VIA HET INTERNET HULP KAN BIEDEN AAN PATIËNTEN, OF EERDER RESULTEERT IN FOUTIEVE IDEEËN.

8. GEGEVENS OVER

- ☒ VOLWASSENEN IN STAAT TOESTEMMING TE GEVEN
- ☐ VOLWASSENEN NIET IN STAAT TOT TOESTEMMING
- ☐ MINDERJARIGEN
- ☐ STUDIE IN URGENTIESITUATIE

9. GEGEVENS OVER

- ☒ GEZONDEN
- ☒ ZIEKEN
- LIJDEND AAN: ZIEKTE VOOR CONSULTATIE IN EERSTELIJNSZORG
- ☐ PERSONEEL, STUDENTEN
- NADER OMSCHRIJVEN:
- ☒ GESLACHT
- ☒ MAN
- ☒ VROUW

10. HOE WORDEN DEZE DEELNEMERS GERECRUTEERD?

ER ZAL AAN DE ARTSEN IN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM EN DE HUISARTSENPRAKTIJK GEVRAAGD WORDEN OM MEE TE WERKEN MET MIJN ONDERZOEK. DE ARTSEN DIE MIJN ONDERZOEK WILLEN STEUNEN, KUNNEN DAN DE VRAGENLIJSTEN VERSPREIDEN BIJ HUN PATIËNTEN, WELKE DE INGEVULDE VRAGENLIJST DAN KUNNEN DEPONEREN IN EEN AFGESLOTEN DOOS. DE VRAGENLIJSTEN WORDEN CONSECUTIEF UITGEDEELD TOT WANNEER HET VEREISTE AANTAL (25 IN HET WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM, 25 IN DE HUISARTSENPRAKTIJK) BEREIKT IS. DAARNAAST ZULLEN ER OOK VRAGENLIJSTEN VERSPREID WORDEN

ONDER PERSONEN DIE NIET CONSULTEREN TOT WANNEER 50 INGEVULDE VRAGENLIJSTEN BEKOMEN WORDEN. HIERBIJ ZAL EROP GELET WORDEN DAT ER PERSONEN VAN VERSCHILLENDE LEEFTIJDEN, GESLACHTEN, OPLEIDINGSNIVEAUS E.D. BEREIKT WORDEN.

DE VRAGENLIJST IS VOLLEDIG ANONIEM. WANNEER DE VRAGENLIJST VOLLEDIG INGEVULD WORDT, ZAL DIT ONGEVEER 8 À 10 MINUTEN DUREN. ALS DE ONDERVRAAGDE GEEN INTERNET GEBRUIKT OF NOOIT NAAR INFORMATIE OMTRENT GEZONDHEID ZOEKT OP HET INTERNET, EINDIGT DE VRAGENLIJST EN IS DE DUUR DUS VEEL KLEINER.

11. TOTAAL AANTAL DEELNEMERS IN DE STUDIE IN BELGIE?

- ☐ IN HET UZ GENT:
☒ ANDERE LOKATIE:

HUISARTSENPRAKTIJK LEDEBERG, EGGERMONTSTRAAT: 25
WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM BOTERMARKT: 25
NIET-PATIENTEN: 50

12. PERIODE VAN HET ONDERZOEK (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

TWEEDE SEMESTER ACADEMIEJAAR 2009-2010, WAARSCHIJNLIJK FEBRUARI-MAART

13. WORDT DIT ONDERZOEKSPROJECT FINANCIEEL ONDERSTEUND DOOR DE INDUSTRIE?

☒ NEEN

☐ JA:

14. WIE IS DE OPDRACHTGEVER?

☐ UZ GENT

☒ UGENT

☐ ANDERE

15. VERZEKERING:

DOOR WELKE VERZEKERINGSPOLIS BENT U GEDEKT?
(WANNEER HET GEEN VERZEKERING IS AFGESLOTEN DOOR HET UZ/UGENT GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN)

UGENT – BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

16. HET ONDERZOEK IS MONOCENTRISCH:

☒ JA

☐ NEEN

WELKE CENTRA NEMEN NOG HIERAAN DEEL? NAAM, ADRES, TEL., FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER:

HUISARTS: DR. J. DE MAESENEER

PRAKTIJKADRESSEN:

- HUISARTSENPRAKTIJK LEDEBERG, EGGERMONTSTRAAT 30, 9050 LEDEBERG
- Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Hundelgemsesteenweg 145, 9050 GENT
- RIZIV-NUMMER: 1 4334026 004

17. WORDT VOOR DIT ONDERZOEK EEN INFORMED CONSENT GEVRAAGD AAN DE PATIËNT VOOR INZAGE VAN DOSSIER, AFNEMEN VRAGENLIJSTEN/INTERVIEW (STEEDS HET IC TER GOEDKEURING AAN HET EC VOORLEGGEN)

☒ JA

☐ NEEN (ARGUMENTEREN WAAROM NIET)

ER WERDEN TWEE INFORMATIEBRIEVEN VOOR DE DEELNEMERS OPGESTELD. ÉÉN HIERVAN IS VOOR DE PATIËNTEN DIE CONSULTEREN. DEZE BRIEF WERD DAN OOK OPGESTELD VANUIT HET OOGPUNT VAN DE ARTS. DE ANDERE BRIEF IS VOOR DE NIET-CONSULTERENDE PERSONEN, WELKE WERD OPGESTELD VANUIT HET OOGPUNT VAN DE ONDERZOEKER.

ER WERD EEN INFORMATIE- EN WAARSCHUWINGSNOTA OVER DE VERWERKING VAN INFORMATIE VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK ONDETEKEND DOOR DE ONDERZOEKER.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN
VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE
KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID
OVEREENSTEMMEN.

DE HOOFDONDERZOEKER

HET U.Z. DIENSTHOOFD OF
DE VAKGROEPVOORZITTER
(VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : *PROF. DR. DE MAESENEER*
HANDTEKENING :

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :



PROF. DR. J. DE MAESENEER

PROMOTOR VAN DE SCRIPTIE
(ZO VERSCHILLEND VAN DE HOOFDONDERZOEKER)

DATUM :
NAAM + AFFILIATIE : *PROF. DR. DE MAESENEER*
HANDTEKENING :

NAAM STUDENTEN

DATUM :
NAAM : COURTEYN KAREN
HANDTEKENING :



Bijlage 7: Informatiebrief voor de patiënten

Informatiebrief voor de deelnemers aan de studie – consulterende patiënten

Geachte heer/mevrouw,

Ik verleen mijn steun aan een onderzoek gevoerd door Karen Courteyn in het kader van een masterproef aan de Universiteit Gent met Prof. Dr. De Maeseneer als promotor. In dit onderzoek, met als titel ‘Leidt internet tot “empowered patiënten”?’, wordt onderzocht in welke mate patiënten en niet-patiënten beïnvloed worden door gezondheidsinformatie op het internet. In totaal zullen hierbij 100 personen ondervraagd worden met behulp van een vragenlijst.

Hiervoor wordt u gevraagd om volgende vragenlijst in te vullen. Enkel de door U ingevulde gegevens worden gebruikt. Er worden geen gegevens uit het medisch dossier of andere persoonlijke gegevens gebruikt. Indien u op een bepaalde vraag geen antwoord wil of kan geven, mag u de vraag gerust openlaten. Het invullen van de vragenlijst is volledig anoniem. De verzamelde gegevens zullen in alle vertrouwelijkheid verwerkt worden. Wanneer de vragenlijst volledig ingevuld kan worden, zal dit 10 minuutjes duren. Wanneer een bepaald antwoord ervoor zorgt dat de vragenlijst beëindigd wordt, zal het invullen veel minder lang duren. Uw deelname zou een grote hulp zijn om gegevens te verzamelen omtrent het opzoeken van gezondheidsinformatie op het internet, welke daarna verwerkt en besproken kunnen worden.

De deelname aan de studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de behandelende arts.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie. De studie is verzekerd door Universiteit Gent.

Er zijn geen risico's of voordelen verbonden aan dit onderzoek. Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U. Er zijn geen vergoedingen voorzien.

Als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met Prof. Dr. De Maeseneer (09/332.35.42) of Karen Courteyn (onderzoekinternet@hotmail.com).

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Bijlage 8: Informatiebrief voor de niet-patiënten

Informatiebrief voor de deelnemers aan de studie – niet-consulerende personen

Geachte heer/mevrouw,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie gevoerd door Karen Courteyn in het kader van een masterproef aan de Universiteit Gent met Prof. Dr. De Maeseneer als promotor. In dit onderzoek, met als titel 'Leidt internet tot "empowered patiënten"?', wordt onderzocht in welke mate patiënten en niet-patiënten beïnvloed worden door gezondheidsinformatie op het internet. In totaal zullen hierbij 100 personen ondervraagd worden.

Hiervoor wordt u gevraagd om volgende vragenlijst in te vullen. Enkel de door U ingevulde gegevens worden gebruikt. Er worden geen gegevens uit het medisch dossier of andere persoonlijke gegevens gebruikt. Indien u op een bepaalde vraag geen antwoord wil of kan geven, mag u de vraag gerust openlaten. Het invullen van de vragenlijst is volledig anoniem. De verzamelde gegevens zullen in alle vertrouwelijkheid verwerkt worden. Wanneer de vragenlijst volledig ingevuld kan worden, zal dit 10 minuutjes duren. Wanneer een bepaald antwoord ervoor zorgt dat de vragenlijst beëindigd wordt, zal het invullen veel minder lang duren. Uw deelname kan een grote hulp zijn om gegevens te verzamelen omtrent het opzoeken van gezondheidsinformatie op het internet, welke daarna verwerkt en besproken kunnen worden.

De deelname aan de studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Er zijn geen risico's of voordelen verbonden aan dit onderzoek. Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U. Er zijn geen vergoedingen voorzien.

Als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met Prof. Dr. De Maeseneer (09/332.35.42) of Karen Courteyn (onderzoekinternet@hotmail.com).

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Bijlage 9: Brief verzonden naar het Ethisch Comité ter melding van de aanpassingen van de vragenlijst

Merelbeke, 30 maart 2010

Geachte,

Ik meld hierbij een aanpassing van de vragenlijst gebruikt voor het onderzoek van mijn masterproef met “Leidt internet tot ‘empowered patients’?” als titel en Prof. Dr. J. De Maeseneer als promotor.

De aanpassingen gebeuren op basis van een evaluatie van de vragenlijst bij een steekproef van 10 personen (5 patiënten en 5 niet-patiënten). Omdat de vragenlijst iets te lang werd bevonden, werd één vraag met bijhorende tabel weggelaten, namelijk deze over de verschillende doeleinden van het internet. Daarnaast werden twee verduidelijkingen in woordkeuze aangebracht. Zo werd er bij de vraag over het al dan niet opzoeken van informatie op het internet naast gezondheid ook ziekte toegevoegd. Van het woord “fora” werd het duidelijkere “discussiefora” gemaakt. Bij deze brief vindt u dan ook de aangepaste vragenlijst terug.

Er werden geen wijzigingen aan het onderzoekopzet of de informatiebrief aangebracht.

Met vriendelijke groet,

Karen Courteyn

Studente in Master in Management en Beleid van de
Gezondheidszorg

Bijlage 10: Coderingswijze voor de verwerking van de vragenlijst in Excell

- Geslacht: man = 1
vrouw = 0
- leeftijd: cijfer invullen
- opleidingsniveau: lager onderwijs of minder = 0
lager secundair = 1
hoger secundair = 2
hogere professionele opleiding = 3
hogere universitaire opleiding = 4
- nationaliteit: Belg = 0
niet-Belg = 1
- internetverbinding thuis: neen = 0
op een andere locatie = 1
ja = 2
- hoe vaak gebruik van internet: minder dan wekelijks = 0
wekelijks = 1
2 tot 3 keer per week = 2
dagelijks = 3
- subjectieve gezondheid: zeer slecht = 0
slecht = 1
gaat wel (redelijk) = 2
goed = 3
zeer goed = 4
- stellingen health locus of control: cijfer uit de tabel
- zoeken naar informatie over gezondheid of ziekte op het internet:
neen = 0
ja = 1

- hoe vaak zoeken naar gezondheidsinformatie:
 - minder dan maandelijks = 0
 - maandelijks = 1
 - wekelijks = 2
 - 2 tot 3 keer per week = 3
 - dagelijks = 4
- bronnen: cijfer uit de tabel
- redenen: cijfer uit de tabel
- manieren: cijfer uit de tabel
- onderwerpen: cijfer uit de tabel
- controle: cijfer uit de tabel
- stellingen: cijfer uit de tabel

Bijlage 11: Coderingssheet voor de verwerking van de vragenlijsten in het kwantitatieve onderzoek

<i>Vragenlijst</i>	geslacht	leeftijd	opleidingsniveau	nationaliteit
patiënten 1	0	26	4	0
patiënten 2	0	27	2	1
patiënten 3	1	81	0	0
patiënten 4	1	59	2	0
patiënten 5	0	35	2	0
patiënten 6	1	66	2	0
patiënten 7	1	26	2	0
patiënten 8	1	41	3	0
patiënten 9	1	33	2	0
patiënten 10	1	59	1	0
patiënten 11	1	70	0	0
patiënten 12	1	44	2	0
patiënten 13	0	41	3	0
patiënten 14	0	32	3	0
patiënten 15	1	33	3	0
patiënten 16	1		2	0
patiënten 17	1	33	3	0
patiënten 18	0	46	1	0
patiënten 19	0	62	2	0
patiënten 20	1	58	1	0
patiënten 21	0	24	2	0
patiënten 22	1		0	0
patiënten 23	0	30	2	0
patiënten 24	0	42	2	0
patiënten 25	1	42	2	0
patiënten 26	1	67	1	0
patiënten 27	0	57	0	1
patiënten 28	0	38	0	0
patiënten 29	1	26	2	0
patiënten 30	1	63	4	0
patiënten 31	0	32	3	0
patiënten 32	0	29	2	0

patiënten 33	0		0	0
patiënten 34	0	43	3	0
patiënten 35	1	32	2	0
patiënten 36	1	38	4	0
patiënten 37	0	21	2	0
patiënten 38	0	19	2	0
patiënten 39	1	67	0	1
patiënten 40	0	52	4	0
patiënten 41	0	28	1	0
patiënten 42	1	44	1	0
patiënten 43	0	34	3	1
patiënten 44	1	24	2	0
patiënten 45	0	49	2	0
patiënten 46	0	29	2	0
patiënten 47	0	37	3	0
patiënten 48	1	29	2	0
patiënten 49	1	47	3	0
patiënten 50	1	54	2	0
Gemiddelde patiënten	0,52	41,89	1,96	0,08
niet-patiënten 1	0	67	0	0
niet-patiënten 2	0	38	4	0
niet-patiënten 3	1	57	3	0
niet-patiënten 4	1	45	3	0
niet-patiënten 5	1	26	3	0
niet-patiënten 6	1	85	0	0
niet-patiënten 7	0	80	0	0
niet-patiënten 8	0	33	4	0
niet-patiënten 9	0	26	3	0
niet-patiënten 10	0	28	4	0
niet-patiënten 11	0	27	4	0
niet-patiënten 12	0	26	3	0
niet-patiënten 13	0	25	2	0
niet-patiënten 14	0	38	2	0
niet-patiënten 15	0	24	3	0
niet-patiënten 16	1		3	0
niet-patiënten 17	1	18	1	0

niet-patiënten 18	1	51	4	0
niet-patiënten 19	1	23	2	0
niet-patiënten 20	0	28	4	0
niet-patiënten 21	0	55	2	0
niet-patiënten 22	1	79	4	0
niet-patiënten 23	1	62	0	0
niet-patiënten 24	0	54	3	0
niet-patiënten 25	1	58	3	0
niet-patiënten 26	1	58	1	0
niet-patiënten 27	0	56	2	0
niet-patiënten 28	1	53	3	0
niet-patiënten 29	1	58	1	0
niet-patiënten 30	0	50	3	0
niet-patiënten 31	1	57	4	0
niet-patiënten 32	0	37	3	0
niet-patiënten 33	0	60	2	0
niet-patiënten 34	1	54	2	0
niet-patiënten 35	0	23	4	0
niet-patiënten 36	1	49	3	0
niet-patiënten 37	0	50	3	0
niet-patiënten 38	0	22	3	0
niet-patiënten 39	1	53	3	0
niet-patiënten 40	0	51	2	0
niet-patiënten 41	0	20	2	0
niet-patiënten 42	1	23	4	0
niet-patiënten 43	1	76	2	0
niet-patiënten 44	0	75	2	0
niet-patiënten 45	1	51	3	0
niet-patiënten 46	0	23	2	0
niet-patiënten 47	0	18	2	0
niet-patiënten 48	1	20	2	0
niet-patiënten 49	1	77	0	0
niet-patiënten 50	1	22	4	1
Gemiddelde niet-patiënten	0,48	44,67	2,52	0,02
Totaal gemiddelde	0,50	43,31	2,24	0,05

<i>Vragenlijst</i>	internetverbinding	regelmaat gebruik internet	subjectieve gezondheid
patiënten 1	2	3	4
patiënten 2	2	3	3
patiënten 3	1	0	3
patiënten 4	2	3	4
patiënten 5	2	2	1
patiënten 6	0		
patiënten 7	2	3	3
patiënten 8	2	3	3
patiënten 9	2	3	3
patiënten 10	2	3	3
patiënten 11	0		
patiënten 12	2	3	2
patiënten 13	2	3	3
patiënten 14	2	3	3
patiënten 15	2	3	3
patiënten 16	2	3	2
patiënten 17	2	3	4
patiënten 18	2	3	3
patiënten 19	0		
patiënten 20	0		
patiënten 21	2	3	4
patiënten 22	2	3	2
patiënten 23	2	3	2
patiënten 24	2	0	
patiënten 25	2	0	2
patiënten 26	0		
patiënten 27	0		
patiënten 28	2	0	3
patiënten 29	2	3	
patiënten 30	2	3	3
patiënten 31	2	3	4
patiënten 32	2	2	4
patiënten 33	2	3	3
patiënten 34	2	3	

patiënten 35	2	3	3
patiënten 36	2	3	2
patiënten 37	1	2	4
patiënten 38	2	3	4
patiënten 39	0		
patiënten 40	2	3	2
patiënten 41	1	0	2
patiënten 42	0		
patiënten 43	2	2	3
patiënten 44	2	2	2
patiënten 45	2	3	3
patiënten 46	2	2	3
patiënten 47	2	3	3
patiënten 48	2	3	3
patiënten 49	2	3	3
patiënten 50	2	3	2
Gemiddelde patiënten	1,62	2,50	2,90
niet-patiënten 1	0		
niet-patiënten 2	2	2	3
niet-patiënten 3	2	1	3
niet-patiënten 4	2	3	3
niet-patiënten 5	2	3	4
niet-patiënten 6	0		
niet-patiënten 7	0		
niet-patiënten 8	2	3	4
niet-patiënten 9	1	3	3
niet-patiënten 10	2		3
niet-patiënten 11	2	3	3
niet-patiënten 12	2	3	4
niet-patiënten 13	2	2	3
niet-patiënten 14	2	1	
niet-patiënten 15	2	2	4
niet-patiënten 16	2	3	4
niet-patiënten 17	2	3	3
niet-patiënten 18	1	2	3
niet-patiënten 19	2	3	3

niet-patiënten 20	2	3	3
niet-patiënten 21	2	1	3
niet-patiënten 22	2	3	4
niet-patiënten 23	2	3	3
niet-patiënten 24	2	3	3
niet-patiënten 25	2	3	3
niet-patiënten 26	2	3	2
niet-patiënten 27	2	2	3
niet-patiënten 28	2	0	3
niet-patiënten 29	2	3	2
niet-patiënten 30	2	3	3
niet-patiënten 31	2	3	4
niet-patiënten 32	2	3	3
niet-patiënten 33	2	3	3
niet-patiënten 34	2	3	3
niet-patiënten 35	2	3	4
niet-patiënten 36	2	0	4
niet-patiënten 37	2	1	2
niet-patiënten 38	2	3	3
niet-patiënten 39	2	3	3
niet-patiënten 40	2	3	4
niet-patiënten 41	2	3	3
niet-patiënten 42	2	3	3
niet-patiënten 43	0		
niet-patiënten 44	2	1	2
niet-patiënten 45	2	3	3
niet-patiënten 46	2	3	4
niet-patiënten 47	2	3	4
niet-patiënten 48	2	3	4
niet-patiënten 49	0		
niet-patiënten 50	2	3	3
Gemiddelde niet-patiënten	1,76	2,52	3,20
Totaal gemiddelde	1,69	2,51	3,06

<i>Vragenlijst</i>	HLoC chance 1	HLoC powerful others 1	HLoC chance 2
patiënten 1	2	4	2
patiënten 2	4	1	1
patiënten 3	4	4	4
patiënten 4	4	2	1
patiënten 5	1	2	1
patiënten 6			
patiënten 7	3	4	3
patiënten 8	4	1	2
patiënten 9	3	2	3
patiënten 10	2	2	2
patiënten 11			
patiënten 12	2	2	2
patiënten 13	3	4	2
patiënten 14	4	2	4
patiënten 15	4	2	2
patiënten 16	3	4	3
patiënten 17	4	2	3
patiënten 18	3	3	3
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21	4	5	1
patiënten 22	3	3	3
patiënten 23	3	4	4
patiënten 24	5	5	5
patiënten 25	2	4	2
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28	5	5	5
patiënten 29	3	4	2
patiënten 30	3	1	1
patiënten 31	4	5	5
patiënten 32	3	5	1
patiënten 33	4	3	2
patiënten 34	2	2	1

patiënten 35	2	5	3
patiënten 36	4	2	1
patiënten 37	2	4	3
patiënten 38	5	1	1
patiënten 39			
patiënten 40	5	4	2
patiënten 41	2	5	3
patiënten 42			
patiënten 43		5	5
patiënten 44	3	5	5
patiënten 45	2	1	1
patiënten 46	2	3	1
patiënten 47		2	3
patiënten 48	4	4	3
patiënten 49	3	2	2
patiënten 50	5	2	2
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2	3	2	3
niet-patiënten 3	3	2	1
niet-patiënten 4	3	2	2
niet-patiënten 5	4	3	2
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	2	2
niet-patiënten 9	3	3	2
niet-patiënten 10	4	3	3
niet-patiënten 11	3	2	2
niet-patiënten 12	4	2	2
niet-patiënten 13	3	4	1
niet-patiënten 14	2	2	2
niet-patiënten 15	4	2	2
niet-patiënten 16	5	1	2
niet-patiënten 17	3	2	4
niet-patiënten 18	4	4	1
niet-patiënten 19	2	4	1
niet-patiënten 20	2	1	2

niet-patiënten 21	3	2	3
niet-patiënten 22	4	3	3
niet-patiënten 23	2	2	2
niet-patiënten 24	3	2	2
niet-patiënten 25	4	3	2
niet-patiënten 26	3	2	1
niet-patiënten 27	2	3	2
niet-patiënten 28	4	2	1
niet-patiënten 29	3	2	1
niet-patiënten 30	2	2	2
niet-patiënten 31	3	2	3
niet-patiënten 32	4	2	2
niet-patiënten 33	4	2	1
niet-patiënten 34	2	2	1
niet-patiënten 35	2	2	2
niet-patiënten 36	3	1	3
niet-patiënten 37	4	2	2
niet-patiënten 38	3	3	2
niet-patiënten 39	2	1	1
niet-patiënten 40	2	2	2
niet-patiënten 41	4	3	3
niet-patiënten 42	4	2	4
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44	2	4	1
niet-patiënten 45	3	4	3
niet-patiënten 46	5	3	2
niet-patiënten 47	4	3	2
niet-patiënten 48	2	1	2
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	4	2	4

<i>Vragenlijst</i>	HLoC internal 1	HLoC powerful others 2	HLoC internal 2
patiënten 1	4	2	4
patiënten 2	5	2	5
patiënten 3	2	3	3
patiënten 4	4	1	4
patiënten 5	1	1	2
patiënten 6			
patiënten 7	4	2	4
patiënten 8	5	1	5
patiënten 9	4	1	4
patiënten 10	2	2	4
patiënten 11			
patiënten 12	4	1	4
patiënten 13	4	2	2
patiënten 14	5	1	4
patiënten 15	4	1	1
patiënten 16	5	3	5
patiënten 17	3	1	3
patiënten 18	3	1	5
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21	1	3	4
patiënten 22	3	3	3
patiënten 23	3	3	4
patiënten 24	5	3	5
patiënten 25	3	3	2
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28	5	5	5
patiënten 29	5	3	4
patiënten 30	4	2	4
patiënten 31	5	2	4
patiënten 32	3	1	3
patiënten 33	4	2	4
patiënten 34	4	1	3

patiënten 35	3	3	3
patiënten 36	3	2	3
patiënten 37	4	2	4
patiënten 38	5	1	5
patiënten 39			
patiënten 40	3	2	1
patiënten 41	4	1	3
patiënten 42			
patiënten 43	2		3
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	2	1	3
patiënten 46	4	1	4
patiënten 47	4	2	4
patiënten 48	4	3	4
patiënten 49	4	1	4
patiënten 50	3	1	2
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2	4	2	4
niet-patiënten 3	5	1	5
niet-patiënten 4	4	2	4
niet-patiënten 5	4	2	3
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	5	1	4
niet-patiënten 9	5	1	4
niet-patiënten 10	2	2	3
niet-patiënten 11	4	2	4
niet-patiënten 12	4	1	5
niet-patiënten 13	4	2	4
niet-patiënten 14	4	3	3
niet-patiënten 15	3	2	3
niet-patiënten 16	3	1	5
niet-patiënten 17	5	2	4
niet-patiënten 18	4	2	4
niet-patiënten 19	4	4	2
niet-patiënten 20	4	1	3

niet-patiënten 21	4	1	4
niet-patiënten 22	5	2	3
niet-patiënten 23	4	2	4
niet-patiënten 24	4	1	5
niet-patiënten 25	4	3	4
niet-patiënten 26	3	3	3
niet-patiënten 27	4	3	4
niet-patiënten 28	3	2	2
niet-patiënten 29	3	3	3
niet-patiënten 30	4	2	4
niet-patiënten 31	3	2	3
niet-patiënten 32	4	1	4
niet-patiënten 33	2	2	2
niet-patiënten 34	2	3	2
niet-patiënten 35	4	3	3
niet-patiënten 36	4	1	3
niet-patiënten 37	3	1	2
niet-patiënten 38	4	1	3
niet-patiënten 39	4	2	3
niet-patiënten 40	2	2	2
niet-patiënten 41	4	2	4
niet-patiënten 42	4	2	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44	3	2	4
niet-patiënten 45	2	2	4
niet-patiënten 46	4	1	4
niet-patiënten 47	5	1	5
niet-patiënten 48	4	2	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	2	1	2

<i>Vragenlijst</i>	HLoC powerful others 3	HLoC chance 3	HLoC internal 3
patiënten 1	2	2	4
patiënten 2	2	4	5
patiënten 3	4	3	3
patiënten 4	2	3	2
patiënten 5	3	2	2
patiënten 6			
patiënten 7	3	4	4
patiënten 8	2	2	4
patiënten 9	2	3	2
patiënten 10	2	2	2
patiënten 11			
patiënten 12	3	2	4
patiënten 13	3	2	4
patiënten 14	4	4	4
patiënten 15	2	5	3
patiënten 16	5	3	4
patiënten 17	1	4	2
patiënten 18	4	3	4
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21	4	3	4
patiënten 22	3	3	3
patiënten 23	2	4	3
patiënten 24	5	5	5
patiënten 25	4	2	2
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28	5	5	5
patiënten 29	4	3	3
patiënten 30	3	3	2
patiënten 31	5	3	2
patiënten 32	1	3	3
patiënten 33	4	3	3
patiënten 34	3	2	4

patiënten 35	5	1	3
patiënten 36	3	2	3
patiënten 37	4	2	4
patiënten 38	2	1	4
patiënten 39			
patiënten 40	3	5	2
patiënten 41	2	4	4
patiënten 42			
patiënten 43	5	5	3
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	2	1	4
patiënten 46	4	1	4
patiënten 47	3	2	3
patiënten 48	3	3	4
patiënten 49	2	2	4
patiënten 50	2	2	3
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2	4	3	3
niet-patiënten 3	5	1	5
niet-patiënten 4	3	2	4
niet-patiënten 5	1	2	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	2	4	4
niet-patiënten 9	1	2	4
niet-patiënten 10	2	2	3
niet-patiënten 11	4	2	3
niet-patiënten 12	1	4	4
niet-patiënten 13	3	3	4
niet-patiënten 14	3	3	4
niet-patiënten 15	4	2	4
niet-patiënten 16	1	1	4
niet-patiënten 17	2	4	4
niet-patiënten 18	3	2	4
niet-patiënten 19	1	2	2
niet-patiënten 20	2	3	3

niet-patiënten 21	3	3	3
niet-patiënten 22	4	2	4
niet-patiënten 23	5	4	4
niet-patiënten 24	4	2	3
niet-patiënten 25	3	2	5
niet-patiënten 26	3	2	2
niet-patiënten 27	4	3	3
niet-patiënten 28	5	3	2
niet-patiënten 29	3	2	2
niet-patiënten 30	4	2	4
niet-patiënten 31	5	3	3
niet-patiënten 32	5	2	3
niet-patiënten 33	5	1	2
niet-patiënten 34	4	2	2
niet-patiënten 35	1	2	4
niet-patiënten 36	1	1	4
niet-patiënten 37	3	3	3
niet-patiënten 38	3	3	1
niet-patiënten 39	5	1	2
niet-patiënten 40	4	3	2
niet-patiënten 41	3	2	4
niet-patiënten 42	2	4	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44	2	1	4
niet-patiënten 45	4	4	4
niet-patiënten 46	2	2	3
niet-patiënten 47	1	3	4
niet-patiënten 48	3	1	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	1	3	2

<i>Vragenlijst</i>	zoeken gezondheid of ziekte	regelmaat
patiënten 1	1	2
patiënten 2	1	1
patiënten 3	0	
patiënten 4	0	
patiënten 5	1	1
patiënten 6		
patiënten 7	1	1
patiënten 8	0	
patiënten 9	1	0
patiënten 10	0	
patiënten 11		
patiënten 12	1	1
patiënten 13	0	
patiënten 14	1	0
patiënten 15	1	0
patiënten 16	1	0
patiënten 17	0	
patiënten 18	1	2
patiënten 19		
patiënten 20		
patiënten 21	0	
patiënten 22	0	
patiënten 23	1	0
patiënten 24	1	0
patiënten 25	1	0
patiënten 26		
patiënten 27		
patiënten 28	0	
patiënten 29	0	
patiënten 30	0	
patiënten 31	0	0
patiënten 32	0	
patiënten 33	1	
patiënten 34	1	0
patiënten 35	1	3

patiënten 36	1	0
patiënten 37	0	
patiënten 38	1	1
patiënten 39		
patiënten 40	1	0
patiënten 41	0	
patiënten 42		
patiënten 43	1	0
patiënten 44	1	3
patiënten 45	1	0
patiënten 46	1	0
patiënten 47	1	0
patiënten 48	0	
patiënten 49	1	0
patiënten 50	1	0
Gemiddelde patiënten	0,62	0,58
niet-patiënten 1		
niet-patiënten 2	0	
niet-patiënten 3	0	
niet-patiënten 4	0	
niet-patiënten 5	1	2
niet-patiënten 6		
niet-patiënten 7		
niet-patiënten 8	1	1
niet-patiënten 9	0	
niet-patiënten 10	0	
niet-patiënten 11	1	0
niet-patiënten 12	0	
niet-patiënten 13	0	
niet-patiënten 14	0	
niet-patiënten 15	0	
niet-patiënten 16	0	
niet-patiënten 17	1	0
niet-patiënten 18	0	
niet-patiënten 19	1	0
niet-patiënten 20	1	0

niet-patiënten 21	1	1
niet-patiënten 22	0	
niet-patiënten 23	1	0
niet-patiënten 24	1	0
niet-patiënten 25	1	2
niet-patiënten 26	0	
niet-patiënten 27	1	0
niet-patiënten 28	0	
niet-patiënten 29	0	
niet-patiënten 30	1	1
niet-patiënten 31	1	0
niet-patiënten 32	1	0
niet-patiënten 33	1	1
niet-patiënten 34	0	
niet-patiënten 35	1	0
niet-patiënten 36	0	
niet-patiënten 37	1	0
niet-patiënten 38	1	0
niet-patiënten 39	1	0
niet-patiënten 40	1	1
niet-patiënten 41	0	
niet-patiënten 42	1	1
niet-patiënten 43		
niet-patiënten 44	0	
niet-patiënten 45	0	
niet-patiënten 46	1	0
niet-patiënten 47	0	
niet-patiënten 48	1	3
niet-patiënten 49		
niet-patiënten 50	1	1
Gemiddelde niet-patiënten	0,53	0,58
Totaal gemiddelde	0,57	0,58

<i>Vragenlijst</i>	internet	televisie	radio	kranten	tijdschriften
patiënten 1	3	3	1	1	2
patiënten 2	5	2	3	2	2
patiënten 3					
patiënten 4					
patiënten 5	4	1	1	2	2
patiënten 6					
patiënten 7	3	4	1	2	2
patiënten 8					
patiënten 9	3	2	2	3	3
patiënten 10					
patiënten 11					
patiënten 12	4	3	2	3	4
patiënten 13					
patiënten 14	3	2	1	1	3
patiënten 15		2	1	1	1
patiënten 16		5	5		
patiënten 17					
patiënten 18	3	3	1	1	2
patiënten 19					
patiënten 20					
patiënten 21					
patiënten 22					
patiënten 23	3	4	2	2	2
patiënten 24	1	1	1	1	1
patiënten 25	2	2	1	3	1
patiënten 26					
patiënten 27					
patiënten 28					
patiënten 29					
patiënten 30					
patiënten 31	4	4	4	4	2
patiënten 32					
patiënten 33	3	3	2	1	1
patiënten 34	3	2	2	3	1
patiënten 35	2	2	2	3	4

patiënten 36	2	3	3	3	2
patiënten 37					
patiënten 38	3	3	1	1	3
patiënten 39					
patiënten 40	1	2	2	2	2
patiënten 41					
patiënten 42					
patiënten 43	4	4	3	3	3
patiënten 44	4	4	3	4	4
patiënten 45	4	5	4	4	4
patiënten 46	1	5	1	1	2
patiënten 47	3	1	2	2	1
patiënten 48					
patiënten 49	2	2	2	4	3
patiënten 50	4	4	4	4	2
Gemiddelde patiënten	2,96	2,89	2,11	2,35	2,27
niet-patiënten 1					
niet-patiënten 2					
niet-patiënten 3					
niet-patiënten 4					
niet-patiënten 5	5	4	4	4	3
niet-patiënten 6					
niet-patiënten 7					
niet-patiënten 8	3	2	2	1	2
niet-patiënten 9					
niet-patiënten 10					
niet-patiënten 11		3	3	3	3
niet-patiënten 12					
niet-patiënten 13					
niet-patiënten 14					
niet-patiënten 15					
niet-patiënten 16					
niet-patiënten 17	3	2	1	1	3
niet-patiënten 18					
niet-patiënten 19	2				
niet-patiënten 20	4	3	3	3	4

niet-patiënten 21	3	2	2	2	3
niet-patiënten 22					
niet-patiënten 23	4	3	3	4	4
niet-patiënten 24	2	3	1	1	2
niet-patiënten 25	3	1	1	2	2
niet-patiënten 26					
niet-patiënten 27	3	2	2	2	3
niet-patiënten 28					
niet-patiënten 29					
niet-patiënten 30	3	4	2	3	3
niet-patiënten 31	2	3	3	3	4
niet-patiënten 32	3	4	1	1	1
niet-patiënten 33	2	3	2	1	3
niet-patiënten 34					
niet-patiënten 35	2	4	2	3	4
niet-patiënten 36					
niet-patiënten 37	3	2	2	3	3
niet-patiënten 38	3	1	1	3	3
niet-patiënten 39	2	3	2	3	3
niet-patiënten 40	3	2	1	2	2
niet-patiënten 41					
niet-patiënten 42	4	2	1	2	3
niet-patiënten 43					
niet-patiënten 44					
niet-patiënten 45					
niet-patiënten 46	2	3	2	1	2
niet-patiënten 47					
niet-patiënten 48	2	1	2	2	2
niet-patiënten 49					
niet-patiënten 50	4	4	2	2	4
Gemiddelde niet-patiënten	2,91	2,65	1,96	2,26	2,87
Totaal gemiddelde	2,94	2,78	2,04	2,31	2,55

<i>Vragenlijst</i>	vrienden/familieleden	arts	apotheek	verpleegkundige
patiënten 1	3	4	3	2
patiënten 2	2	5	3	5
patiënten 3				
patiënten 4				
patiënten 5	1	4	4	1
patiënten 6				
patiënten 7	3	3	4	3
patiënten 8				
patiënten 9	2	3	1	1
patiënten 10				
patiënten 11				
patiënten 12	2	5	3	3
patiënten 13				
patiënten 14	3	4	2	3
patiënten 15	4	4	3	3
patiënten 16	5	5	5	
patiënten 17				
patiënten 18	3	4	3	5
patiënten 19				
patiënten 20				
patiënten 21				
patiënten 22				
patiënten 23	3	3	2	2
patiënten 24	3	3	3	1
patiënten 25	3	3	1	1
patiënten 26				
patiënten 27				
patiënten 28				
patiënten 29				
patiënten 30				
patiënten 31	2	2	1	1
patiënten 32				
patiënten 33	2	4	3	2
patiënten 34	4	2	3	1
patiënten 35	3	2	3	2

patiënten 36	3	5	4	4
patiënten 37				
patiënten 38	4	2	2	2
patiënten 39				
patiënten 40	4	5	1	1
patiënten 41				
patiënten 42				
patiënten 43	2	3	3	2
patiënten 44	1	5	3	5
patiënten 45	4	4	4	4
patiënten 46	3	4	1	1
patiënten 47	3	4	1	1
patiënten 48				
patiënten 49	3	3	3	1
patiënten 50	2	2	1	1
Gemiddelde patiënten	2,85	3,59	2,59	2,23
niet-patiënten 1				
niet-patiënten 2				
niet-patiënten 3				
niet-patiënten 4				
niet-patiënten 5	3	2	2	1
niet-patiënten 6				
niet-patiënten 7				
niet-patiënten 8	4	4	4	2
niet-patiënten 9				
niet-patiënten 10				
niet-patiënten 11	3	2	2	1
niet-patiënten 12				
niet-patiënten 13				
niet-patiënten 14				
niet-patiënten 15				
niet-patiënten 16				
niet-patiënten 17	2	4	4	3
niet-patiënten 18				
niet-patiënten 19	4	2	4	
niet-patiënten 20	4	2	2	1

niet-patiënten 21	4	4	4	4
niet-patiënten 22				
niet-patiënten 23	4	5	5	5
niet-patiënten 24	3	4	4	1
niet-patiënten 25	3	3	2	1
niet-patiënten 26				
niet-patiënten 27	2	3	3	2
niet-patiënten 28				
niet-patiënten 29				
niet-patiënten 30	3	4	4	2
niet-patiënten 31	3	4	4	4
niet-patiënten 32	4	4	4	3
niet-patiënten 33	4	2	1	1
niet-patiënten 34				
niet-patiënten 35	3	3	2	2
niet-patiënten 36				
niet-patiënten 37	1	3	3	2
niet-patiënten 38	3	5	4	4
niet-patiënten 39	3	4	4	3
niet-patiënten 40	2	3	1	1
niet-patiënten 41				
niet-patiënten 42	3	4	2	1
niet-patiënten 43				
niet-patiënten 44				
niet-patiënten 45				
niet-patiënten 46	4	4	1	1
niet-patiënten 47				
niet-patiënten 48	1	2	1	2
niet-patiënten 49				
niet-patiënten 50	2	3	3	2
Gemiddelde niet-patiënten	3,00	3,33	2,92	2,13
Totaal gemiddelde	2,92	3,47	2,75	2,18

<i>Vragenlijst</i>	betrouwbaar en correct	snel en gemakkelijk	goedkoper
patiënten 1	2	5	5
patiënten 2	2	5	5
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	3	5	1
patiënten 6			
patiënten 7	1	3	3
patiënten 8			
patiënten 9	1	4	3
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	2	4	4
patiënten 13			
patiënten 14	3	4	2
patiënten 15	1	4	2
patiënten 16	5	5	5
patiënten 17			
patiënten 18	3	3	3
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	4	5
patiënten 24	3	5	5
patiënten 25	3	4	2
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	3	5	5
patiënten 32			
patiënten 33	3	4	4
patiënten 34	3	5	3

patiënten 35	3	3	2
patiënten 36	2	4	4
patiënten 37			
patiënten 38	2	4	3
patiënten 39			
patiënten 40	2	5	5
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	1	3	3
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	2	4	2
patiënten 46	3	5	3
patiënten 47	1	4	2
patiënten 48			
patiënten 49	3	4	3
patiënten 50	3	5	5
Gemiddelde patiënten	2,56	4,26	3,48
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	2	4	5
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	2	4	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	4	2
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	4	4	3
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	1	5	5

niet-patiënten 20	2	4	5
niet-patiënten 21	2	5	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	3	5	5
niet-patiënten 24	3	4	4
niet-patiënten 25	4	4	3
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	5	2
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	2	4	4
niet-patiënten 31	2	4	4
niet-patiënten 32	2	5	4
niet-patiënten 33	4	4	2
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	2	3	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	3	4	2
niet-patiënten 38	3	3	4
niet-patiënten 39	3	4	5
niet-patiënten 40	3	5	2
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	2	4	4
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	2	5	4
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	3	3	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	2	5	5
Gemiddelde niet-patiënten	2,58	4,21	3,63
Totaal gemiddelde	2,57	4,24	3,55

<i>Vragenlijst</i>	veel beschikbaar	duidelijk en begrijpbaar	anoniem
patiënten 1	2	2	4
patiënten 2	4	5	5
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	5	3	2
patiënten 6			
patiënten 7	3	3	3
patiënten 8			
patiënten 9		3	4
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	3	5
patiënten 13			
patiënten 14	4	3	5
patiënten 15	4	4	5
patiënten 16	4	4	5
patiënten 17			
patiënten 18	3	3	3
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	5	5	5
patiënten 24	5	5	3
patiënten 25	3	3	2
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	4	5	3
patiënten 32			
patiënten 33	4	3	4
patiënten 34	4	4	3

patiënten 35		2	2
patiënten 36	1	4	4
patiënten 37			
patiënten 38	3	3	4
patiënten 39			
patiënten 40	5	3	5
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	1	1	1
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	3	4	4
patiënten 46	4	2	4
patiënten 47	4	4	4
patiënten 48			
patiënten 49	4	4	4
patiënten 50	4	5	3
Gemiddelde patiënten	3,68	3,52	3,74
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	3	5
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	2	5
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	4	4	3
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	4	3	3
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	4	4	4

niet-patiënten 20	2	2	4
niet-patiënten 21	4	3	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	5	4	5
niet-patiënten 24	4	3	4
niet-patiënten 25	4	4	2
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	4	3	3
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	4	4
niet-patiënten 31	4	3	4
niet-patiënten 32	5	5	5
niet-patiënten 33	4	3	4
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	3	4	3
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	4	3	3
niet-patiënten 38	4	3	4
niet-patiënten 39	5	4	5
niet-patiënten 40	3	3	2
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	3	4	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	3	4	5
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	5	4	2
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	5	2	5
Gemiddelde niet-patiënten	3,96	3,38	3,79
Totaal gemiddelde	3,82	3,45	3,76

<i>Vragenlijst</i>	zoekprogramma's	online encyclopedieën	discussiefora
patiënten 1	5	4	4
patiënten 2	5	3	1
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	3	3	3
patiënten 6			
patiënten 7	3	1	2
patiënten 8			
patiënten 9	3	2	2
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	3	2
patiënten 13			
patiënten 14	5	2	4
patiënten 15	5	5	5
patiënten 16	3	3	1
patiënten 17			
patiënten 18	3	2	3
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	5	3	3
patiënten 24	3	1	1
patiënten 25	2	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	5	2	1
patiënten 32			
patiënten 33	1	1	2
patiënten 34	4	4	3

patiënten 35	2	2	2
patiënten 36	3	2	4
patiënten 37			
patiënten 38	3	3	1
patiënten 39			
patiënten 40	5	1	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	1	3
patiënten 44	4	3	2
patiënten 45	1	1	1
patiënten 46	5	1	1
patiënten 47	4	2	3
patiënten 48			
patiënten 49	4	2	4
patiënten 50	5	2	1
Gemiddelde patiënten	3,63	2,22	2,26
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	5	4	2
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	4	2
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	3	1
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	4	4	2
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	5	5	4

niet-patiënten 20	4	3	2
niet-patiënten 21	3	3	2
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	2	1
niet-patiënten 24	2	2	1
niet-patiënten 25	3	3	1
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	4	2	2
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	5	3	2
niet-patiënten 31	4	3	2
niet-patiënten 32	4	1	1
niet-patiënten 33	3	3	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	3	3	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	5	1	1
niet-patiënten 38	4	4	3
niet-patiënten 39	4	3	3
niet-patiënten 40	5	5	2
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	4	4	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	4	3	1
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	3	4	2
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	5	4	3
Gemiddelde niet-patiënten	3,92	3,17	1,88
Totaal gemiddelde	3,76	2,67	2,08

<i>Vragenlijst</i>	rechtstreeks op site	wetenschappelijke artikels
patiënten 1	4	2
patiënten 2	4	1
patiënten 3		
patiënten 4		
patiënten 5	3	3
patiënten 6		
patiënten 7	4	2
patiënten 8		
patiënten 9	2	2
patiënten 10		
patiënten 11		
patiënten 12	4	5
patiënten 13		
patiënten 14	4	2
patiënten 15	2	2
patiënten 16	2	1
patiënten 17		
patiënten 18	4	3
patiënten 19		
patiënten 20		
patiënten 21		
patiënten 22		
patiënten 23	2	1
patiënten 24	3	1
patiënten 25	1	1
patiënten 26		
patiënten 27		
patiënten 28		
patiënten 29		
patiënten 30		
patiënten 31	3	3
patiënten 32		
patiënten 33	4	1
patiënten 34	3	3
patiënten 35	2	2

patiënten 36	4	2
patiënten 37		
patiënten 38	3	3
patiënten 39		
patiënten 40	1	1
patiënten 41		
patiënten 42		
patiënten 43	2	3
patiënten 44	4	5
patiënten 45	2	2
patiënten 46	3	1
patiënten 47	3	2
patiënten 48		
patiënten 49	4	4
patiënten 50	3	3
Gemiddelde patiënten	2,96	2,26
niet-patiënten 1		
niet-patiënten 2		
niet-patiënten 3		
niet-patiënten 4		
niet-patiënten 5	4	2
niet-patiënten 6		
niet-patiënten 7		
niet-patiënten 8	4	2
niet-patiënten 9		
niet-patiënten 10		
niet-patiënten 11	1	1
niet-patiënten 12		
niet-patiënten 13		
niet-patiënten 14		
niet-patiënten 15		
niet-patiënten 16		
niet-patiënten 17	2	3
niet-patiënten 18		
niet-patiënten 19	2	1
niet-patiënten 20	1	1

niet-patiënten 21	4	4
niet-patiënten 22		
niet-patiënten 23	3	2
niet-patiënten 24	2	3
niet-patiënten 25	4	2
niet-patiënten 26		
niet-patiënten 27	4	4
niet-patiënten 28		
niet-patiënten 29		
niet-patiënten 30	2	2
niet-patiënten 31	1	4
niet-patiënten 32	3	1
niet-patiënten 33	2	1
niet-patiënten 34		
niet-patiënten 35	3	4
niet-patiënten 36		
niet-patiënten 37	3	3
niet-patiënten 38	3	2
niet-patiënten 39	3	3
niet-patiënten 40	1	2
niet-patiënten 41		
niet-patiënten 42	1	1
niet-patiënten 43		
niet-patiënten 44		
niet-patiënten 45		
niet-patiënten 46	2	3
niet-patiënten 47		
niet-patiënten 48	5	5
niet-patiënten 49		
niet-patiënten 50	1	1
Gemiddelde niet-patiënten	2,54	2,38
Totaal gemiddelde	2,76	2,31

<i>Vragenlijst</i>	algemene informatie	voeding, dieet	lichaamsbeweging, sport
patiënten 1	4	2	4
patiënten 2	5	3	5
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	1	1	1
patiënten 6			
patiënten 7	2	2	2
patiënten 8			
patiënten 9	4	4	4
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	3	4	3
patiënten 13			
patiënten 14		2	4
patiënten 15	3	1	1
patiënten 16	3	3	1
patiënten 17			
patiënten 18	3	3	3
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	3	3	
patiënten 24	3	5	5
patiënten 25	2	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	1	3	1
patiënten 32			
patiënten 33	1	1	1
patiënten 34	3	1	1

patiënten 35	2	3	
patiënten 36	1	1	1
patiënten 37			
patiënten 38		3	4
patiënten 39			
patiënten 40	1	1	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	4	4
patiënten 44	4	3	5
patiënten 45	1	1	1
patiënten 46	2	2	2
patiënten 47	3	3	2
patiënten 48			
patiënten 49	2	4	3
patiënten 50	1	3	1
Gemiddelde patiënten	2,44	2,48	2,44
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	5	5
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	3	2
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	2	2	2
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	3	1	2
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	3	2	2

niet-patiënten 20	3	2	3
niet-patiënten 21	4	3	2
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	2	4
niet-patiënten 24	2	1	1
niet-patiënten 25	4	4	4
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	4	2	3
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	2	2
niet-patiënten 31	3	3	2
niet-patiënten 32	5	2	1
niet-patiënten 33	3	2	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	1	1	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	3	3	2
niet-patiënten 38	3	3	3
niet-patiënten 39	2	2	2
niet-patiënten 40	3	1	1
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	3	2	2
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	3	3	3
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	3	2	2
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	3	2	3
Gemiddelde niet-patiënten	3,17	2,29	2,29
Totaal gemiddelde	2,80	2,39	2,37

<i>Vragenlijst</i>	geneesmiddelen en therapie	alternatieve geneeswijzen	ernstige ziekten
patiënten 1	4	2	2
patiënten 2	2	3	1
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	3	3	2
patiënten 6			
patiënten 7	2	3	2
patiënten 8			
patiënten 9	1	2	1
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	4	3
patiënten 13			
patiënten 14	4	5	1
patiënten 15	1	1	3
patiënten 16	2	3	4
patiënten 17			
patiënten 18	2	3	4
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	2		4
patiënten 24	1	1	
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	3	1	2
patiënten 32			
patiënten 33	1	1	1
patiënten 34	3	3	2

patiënten 35	2	3	2
patiënten 36	2	3	1
patiënten 37			
patiënten 38	2	2	2
patiënten 39			
patiënten 40	1		1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	3	2
patiënten 44	5	4	4
patiënten 45	1	1	1
patiënten 46	4		3
patiënten 47	2	2	3
patiënten 48			
patiënten 49	2	2	3
patiënten 50	3	1	2
Gemiddelde patiënten	2,33	2,38	2,19
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	2	1	3
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	3	4	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	1	1	2
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	2	2	2
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	2	1	2

niet-patiënten 20	2	2	1
niet-patiënten 21	3	3	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	3	3	5
niet-patiënten 24	2	1	2
niet-patiënten 25	4	4	2
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	2	2
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	2	1	2
niet-patiënten 31	3	3	3
niet-patiënten 32	3	1	2
niet-patiënten 33	1	1	3
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	2	1	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	3	3	3
niet-patiënten 38	3	3	3
niet-patiënten 39	4	3	4
niet-patiënten 40	2	2	1
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	1	1	4
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	1	1	2
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	5	2	
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	2	1	1
Gemiddelde niet-patiënten	2,46	1,96	2,52
Totaal gemiddelde	2,39	2,17	2,35

<i>Vragenlijst</i>	actuele onderwerpen	verband met mezelf of omgeving
patiënten 1	2	5
patiënten 2	1	2
patiënten 3		
patiënten 4		
patiënten 5	1	4
patiënten 6		
patiënten 7	3	3
patiënten 8		
patiënten 9	2	2
patiënten 10		
patiënten 11		
patiënten 12	2	4
patiënten 13		
patiënten 14	2	
patiënten 15	1	4
patiënten 16	4	
patiënten 17		
patiënten 18	2	2
patiënten 19		
patiënten 20		
patiënten 21		
patiënten 22		
patiënten 23	4	4
patiënten 24	3	
patiënten 25	1	
patiënten 26		
patiënten 27		
patiënten 28		
patiënten 29		
patiënten 30		
patiënten 31	1	5
patiënten 32		
patiënten 33	2	2
patiënten 34	3	4

patiënten 35	3	3
patiënten 36	2	3
patiënten 37		
patiënten 38	2	2
patiënten 39		
patiënten 40	1	5
patiënten 41		
patiënten 42		
patiënten 43	4	3
patiënten 44	4	3
patiënten 45	1	
patiënten 46	1	
patiënten 47	2	3
patiënten 48		
patiënten 49	4	4
patiënten 50	1	5
Gemiddelde patiënten	2,19	3,43
niet-patiënten 1		
niet-patiënten 2		
niet-patiënten 3		
niet-patiënten 4		
niet-patiënten 5	3	4
niet-patiënten 6		
niet-patiënten 7		
niet-patiënten 8	2	5
niet-patiënten 9		
niet-patiënten 10		
niet-patiënten 11	1	3
niet-patiënten 12		
niet-patiënten 13		
niet-patiënten 14		
niet-patiënten 15		
niet-patiënten 16		
niet-patiënten 17	2	3
niet-patiënten 18		
niet-patiënten 19	3	5

niet-patiënten 20	1	1
niet-patiënten 21	3	4
niet-patiënten 22		
niet-patiënten 23	4	4
niet-patiënten 24	2	3
niet-patiënten 25	2	4
niet-patiënten 26		
niet-patiënten 27	2	3
niet-patiënten 28		
niet-patiënten 29		
niet-patiënten 30	3	4
niet-patiënten 31	4	3
niet-patiënten 32	1	4
niet-patiënten 33	1	3
niet-patiënten 34		
niet-patiënten 35	1	
niet-patiënten 36		
niet-patiënten 37	2	3
niet-patiënten 38	3	3
niet-patiënten 39	3	4
niet-patiënten 40	1	3
niet-patiënten 41		
niet-patiënten 42	2	5
niet-patiënten 43		
niet-patiënten 44		
niet-patiënten 45		
niet-patiënten 46	3	4
niet-patiënten 47		
niet-patiënten 48	3	3
niet-patiënten 49		
niet-patiënten 50	3	5
Gemiddelde niet-patiënten	2,29	3,61
Totaal gemiddelde	2,24	3,52

<i>Vragenlijst</i>	symptomen	diagnose	behandeling of procedure
patiënten 1	5	4	4
patiënten 2	2	3	3
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	4	3	3
patiënten 6			
patiënten 7	3	2	3
patiënten 8			
patiënten 9	2	2	2
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	2	4
patiënten 13			
patiënten 14	5	4	4
patiënten 15	4	1	3
patiënten 16	3	3	2
patiënten 17			
patiënten 18	2	2	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	4	4
patiënten 24	3		3
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	5	5	5
patiënten 32			
patiënten 33	2	2	2
patiënten 34	4	4	4

patiënten 35	2	3	2
patiënten 36	2	3	3
patiënten 37			
patiënten 38	1	1	1
patiënten 39			
patiënten 40	1	5	5
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	4	4
patiënten 44	3	4	4
patiënten 45	2	1	1
patiënten 46	1	1	1
patiënten 47	3	4	4
patiënten 48			
patiënten 49	3	4	4
patiënten 50	5	5	5
Gemiddelde patiënten	2,93	2,96	3,07
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	4	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	5	3	2
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	1	2
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	3	2	3
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	5	5	5

niet-patiënten 20	1	2	1
niet-patiënten 21	4	4	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	4	4
niet-patiënten 24	2	4	4
niet-patiënten 25	4	4	4
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	3	4
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	4	3
niet-patiënten 31	3	4	4
niet-patiënten 32	4	4	4
niet-patiënten 33	3	3	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	2	3	3
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	3	5	4
niet-patiënten 38	3	4	4
niet-patiënten 39	3	4	4
niet-patiënten 40	3	3	3
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	4	3	2
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	2	4	2
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	4	4	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	4	4	3
Gemiddelde niet-patiënten	3,33	3,54	3,25
Totaal gemiddelde	3,12	3,24	3,16

<i>Vragenlijst</i>	ervan uit	eerste resultaten	meest voorkomende uitleg
patiënten 1	2	2	4
patiënten 2	1	4	3
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	2	1	3
patiënten 6			
patiënten 7	1	1	3
patiënten 8			
patiënten 9	1		
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	2	1	4
patiënten 13			
patiënten 14	1	4	4
patiënten 15	2	2	4
patiënten 16	3	2	3
patiënten 17			
patiënten 18	3	3	4
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	4	5
patiënten 24	3	3	3
patiënten 25	3	3	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	1	1	2
patiënten 32			
patiënten 33	3	4	3
patiënten 34	3	2	4

patiënten 35	3	3	3
patiënten 36	2	1	4
patiënten 37			
patiënten 38	2	2	4
patiënten 39			
patiënten 40	2	1	5
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	5	3
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	3	1	2
patiënten 46	1	4	3
patiënten 47	1	2	4
patiënten 48			
patiënten 49	2	2	2
patiënten 50	1	1	2
Gemiddelde patiënten	2,22	2,46	3,35
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	1	3	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	2	2	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	4	2
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	2	2	4
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	1	1	3

niet-patiënten 20	2	4	4
niet-patiënten 21	3	2	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	3	4	3
niet-patiënten 24	3	2	4
niet-patiënten 25	3	2	4
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	2	3
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	2	4	4
niet-patiënten 31	3	4	4
niet-patiënten 32	4	3	3
niet-patiënten 33	4	2	4
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	1	2	3
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	3	3	3
niet-patiënten 38	2	3	4
niet-patiënten 39	3	2	5
niet-patiënten 40	3	1	2
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	3	2	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	2	2	4
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	4	2	3
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	1	2	4
Gemiddelde niet-patiënten	2,54	2,50	3,54
Totaal gemiddelde	2,37	2,48	3,44

<i>Vragenlijst</i>	"wetenschappelijk bewezen" vermeld	oorspong	webadres en korte uitleg
patiënten 1	4	2	2
patiënten 2	4	4	3
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	3	4	3
patiënten 6			
patiënten 7	3	4	4
patiënten 8			
patiënten 9			
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	3	5	4
patiënten 13			
patiënten 14	2	3	4
patiënten 15	2	2	2
patiënten 16	3	4	4
patiënten 17			
patiënten 18	4	3	4
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	3	4	4
patiënten 24	3	3	
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	2	5	4
patiënten 32			
patiënten 33	2	2	2
patiënten 34	4	4	4

patiënten 35	3	3	2
patiënten 36	2	4	3
patiënten 37			
patiënten 38	2	4	3
patiënten 39			
patiënten 40	1	5	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	5	5	5
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	2	2	2
patiënten 46	4	5	4
patiënten 47	2	2	2
patiënten 48			
patiënten 49	2	4	3
patiënten 50	2	5	4
Gemiddelde patiënten	2,81	3,62	3,16
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	33	4	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	4	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	2	4
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	2	3	4
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	3	5	4

niet-patiënten 20	1	1	1
niet-patiënten 21	4	3	3
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	4	4
niet-patiënten 24	2	4	3
niet-patiënten 25	3	4	3
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	4	4	3
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	4	4
niet-patiënten 31	4	4	4
niet-patiënten 32	1	1	5
niet-patiënten 33	3	2	2
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	3	4	2
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	4	3	4
niet-patiënten 38	4	4	3
niet-patiënten 39	3	4	4
niet-patiënten 40	2	3	4
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	1	4	4
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	5	5	4
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	2	5	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	3	4	3
Gemiddelde niet-patiënten	4,25	3,54	3,50
Totaal gemiddelde	3,50	3,58	3,33

<i>Vragenlijst</i>	datum	accreditatieprogramma	niet commercieel
patiënten 1	2	2	4
patiënten 2	5	1	4
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	4	3	5
patiënten 6			
patiënten 7	4	3	4
patiënten 8			
patiënten 9			
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	1	4
patiënten 13			
patiënten 14	4	1	5
patiënten 15	2	1	2
patiënten 16	3	2	5
patiënten 17			
patiënten 18	4	3	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	1	4
patiënten 24	1	1	3
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	3	1	5
patiënten 32			
patiënten 33	3	1	4
patiënten 34	4	1	4

patiënten 35	2	3	3
patiënten 36	1	1	3
patiënten 37			
patiënten 38	2	2	4
patiënten 39			
patiënten 40	5	1	5
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	5	3	3
patiënten 44	5	4	3
patiënten 45	1	1	3
patiënten 46	4	1	5
patiënten 47	4	2	3
patiënten 48			
patiënten 49	4	1	4
patiënten 50	3	1	5
Gemiddelde patiënten	3,23	1,65	3,73
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	2	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	1	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	1	3
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	3	1	1
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	4	1	5

niet-patiënten 20	1	1	4
niet-patiënten 21	3	1	4
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	5	2	3
niet-patiënten 24	4	1	4
niet-patiënten 25	4	1	4
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3		4
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	2	2
niet-patiënten 31	3	1	1
niet-patiënten 32	1	1	5
niet-patiënten 33	4	1	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	2	4	4
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	4	1	3
niet-patiënten 38	4	1	3
niet-patiënten 39	4	1	4
niet-patiënten 40	4	1	3
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	1	1	4
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	3	1	4
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	4	5	3
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	1	1	3
Gemiddelde niet-patiënten	3,21	1,43	3,33
Totaal gemiddelde	3,22	1,55	3,54

<i>Vragenlijst</i>	controle bij professional	raad aan professional	toch geloven alhoewel afgeraden door professional
patiënten 1	2	2	2
patiënten 2	5	5	3
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	5	3	1
patiënten 6			
patiënten 7	4	3	5
patiënten 8			
patiënten 9	3	2	1
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	4	2	2
patiënten 13			
patiënten 14	5	3	1
patiënten 15	4	1	1
patiënten 16	5	5	3
patiënten 17			
patiënten 18	4	5	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	2	1
patiënten 24	5	5	1
patiënten 25	2	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	5	1	1
patiënten 32			
patiënten 33	5	3	1

patiënten 34	4	2	2
patiënten 35	3	3	3
patiënten 36	4	2	2
patiënten 37			
patiënten 38	4	2	1
patiënten 39			
patiënten 40	5	1	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	5	5	3
patiënten 44	5	5	5
patiënten 45	4	4	1
patiënten 46	5	5	1
patiënten 47	4	2	1
patiënten 48			
patiënten 49	4	3	2
patiënten 50	5	1	1
Gemiddelde patiënten	4,22	2,89	1,81
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	2	4	3
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	3	1
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	2	3
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	2	2	3
niet-patiënten 18			

niet-patiënten 19	5	3	1
niet-patiënten 20	4	1	1
niet-patiënten 21	4	3	1
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	4	2
niet-patiënten 24	4	2	1
niet-patiënten 25	5	4	2
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	2	2
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	2	2
niet-patiënten 31	4	2	2
niet-patiënten 32	4	3	1
niet-patiënten 33	4	3	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	3	1	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	4	4	3
niet-patiënten 38	3	2	3
niet-patiënten 39	3	1	1
niet-patiënten 40	4	1	2
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	1	1	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	5	4	1
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	2	4	1
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	2	1	2
Gemiddelde niet-patiënten	3,46	2,46	1,79
Totaal gemiddelde	3,86	2,69	1,80

<i>Vragenlijst</i>	opzoeken vóór consultatie	opzoeken ná consultatie	sneller consulteren
patiënten 1	4	4	4
patiënten 2	4	4	1
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	1	3	1
patiënten 6			
patiënten 7	3	3	3
patiënten 8			
patiënten 9	3	2	3
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	3	4	2
patiënten 13			
patiënten 14	3	4	2
patiënten 15	3	2	1
patiënten 16	5	5	5
patiënten 17			
patiënten 18	3	3	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	4	4	5
patiënten 24	5	1	5
patiënten 25	3	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	1	5	1
patiënten 32			
patiënten 33	5	3	5
patiënten 34	3	4	3

patiënten 35	4	4	4
patiënten 36	3	3	1
patiënten 37			
patiënten 38	1	1	1
patiënten 39			
patiënten 40	1	5	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	5	5	3
patiënten 44	4	4	5
patiënten 45	3	2	1
patiënten 46	3	4	5
patiënten 47	1	4	3
patiënten 48			
patiënten 49	2	4	2
patiënten 50	1	5	1
Gemiddelde patiënten	3,00	3,44	2,63
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	4	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	3	4	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	2	2	3
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	4	2	2
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	2	4	2

niet-patiënten 20	1	2	2
niet-patiënten 21	3	4	2
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	4	3
niet-patiënten 24	2	4	1
niet-patiënten 25	4	4	3
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	2	4	2
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	2	4	2
niet-patiënten 31	3	4	4
niet-patiënten 32	5	5	4
niet-patiënten 33	2	4	4
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	1	3	4
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	2	3	3
niet-patiënten 38	2	3	3
niet-patiënten 39	2	4	2
niet-patiënten 40	2	4	3
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	4	4	3
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	4	4	1
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	2	4	3
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	4	4	4
Gemiddelde niet-patiënten	2,75	3,67	2,83
Totaal gemiddelde	2,88	3,55	2,73

<i>Vragenlijst</i>	langer wachten om te consulteren	bespreekbaar maken	meer en betere informatie door internet
patiënten 1	4	4	4
patiënten 2	1	4	4
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	1	1	3
patiënten 6			
patiënten 7	3	4	3
patiënten 8			
patiënten 9	1	4	2
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	2	2	4
patiënten 13			
patiënten 14	2	4	4
patiënten 15	3	1	5
patiënten 16	3	5	3
patiënten 17			
patiënten 18	4	3	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	3	4	4
patiënten 24	1	1	1
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	1	2	5
patiënten 32			
patiënten 33	2	5	5
patiënten 34	3	4	4

patiënten 35	2	3	2
patiënten 36	2	4	4
patiënten 37			
patiënten 38	1	3	2
patiënten 39			
patiënten 40	1	4	3
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	1	3	5
patiënten 44	2	4	5
patiënten 45	2	2	3
patiënten 46	1	3	4
patiënten 47	2	4	4
patiënten 48			
patiënten 49	3	4	4
patiënten 50	1	2	5
Gemiddelde patiënten	1,96	3,15	3,52
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	4	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	2	4	4
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	4	4
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	3	3	3
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	3	4	4

niet-patiënten 20	2	4	3
niet-patiënten 21	2	3	3
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	4	4	4
niet-patiënten 24	1	2	4
niet-patiënten 25	2	4	4
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	2	3	4
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	3	4	4
niet-patiënten 31	3	3	4
niet-patiënten 32	2	5	4
niet-patiënten 33	1	4	4
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	3	3	3
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	1	2	4
niet-patiënten 38	3	2	4
niet-patiënten 39	3	3	4
niet-patiënten 40	2	4	4
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	3	4	5
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	1	3	3
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	3	3	4
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	4	4	5
Gemiddelde niet-patiënten	2,50	3,46	3,88
Totaal gemiddelde	2,22	3,29	3,69

<i>Vragenlijst</i>	meer betrokken bij eigen ziekte of gezondheid	aankoop medicijnen of vitaminen online	communicatie met professional online
patiënten 1	4	1	4
patiënten 2	3	1	1
patiënten 3			
patiënten 4			
patiënten 5	3	1	1
patiënten 6			
patiënten 7	3	1	3
patiënten 8			
patiënten 9	3	1	2
patiënten 10			
patiënten 11			
patiënten 12	3	1	1
patiënten 13			
patiënten 14	4	1	1
patiënten 15	4	1	2
patiënten 16	5	1	1
patiënten 17			
patiënten 18	3	1	2
patiënten 19			
patiënten 20			
patiënten 21			
patiënten 22			
patiënten 23	5	3	2
patiënten 24	1		
patiënten 25	1	1	1
patiënten 26			
patiënten 27			
patiënten 28			
patiënten 29			
patiënten 30			
patiënten 31	5	1	1
patiënten 32			
patiënten 33	5	1	1
patiënten 34	4	1	1

patiënten 35	3	1	2
patiënten 36	2	1	1
patiënten 37			
patiënten 38	1	1	1
patiënten 39			
patiënten 40	3	1	1
patiënten 41			
patiënten 42			
patiënten 43	3	1	3
patiënten 44	5	1	3
patiënten 45	3	1	1
patiënten 46	4	1	1
patiënten 47	3	1	3
patiënten 48			
patiënten 49	3	1	1
patiënten 50	5	1	1
Gemiddelde patiënten	3,37	1,08	1,62
niet-patiënten 1			
niet-patiënten 2			
niet-patiënten 3			
niet-patiënten 4			
niet-patiënten 5	4	1	4
niet-patiënten 6			
niet-patiënten 7			
niet-patiënten 8	4	1	3
niet-patiënten 9			
niet-patiënten 10			
niet-patiënten 11	3	1	1
niet-patiënten 12			
niet-patiënten 13			
niet-patiënten 14			
niet-patiënten 15			
niet-patiënten 16			
niet-patiënten 17	3	1	1
niet-patiënten 18			
niet-patiënten 19	4	1	1

niet-patiënten 20	4	1	1
niet-patiënten 21	3	1	1
niet-patiënten 22			
niet-patiënten 23	5	1	3
niet-patiënten 24	4	1	1
niet-patiënten 25	4	1	1
niet-patiënten 26			
niet-patiënten 27	3	2	1
niet-patiënten 28			
niet-patiënten 29			
niet-patiënten 30	4	1	1
niet-patiënten 31	3	1	1
niet-patiënten 32	5	1	1
niet-patiënten 33	3	1	1
niet-patiënten 34			
niet-patiënten 35	2	1	1
niet-patiënten 36			
niet-patiënten 37	2	2	1
niet-patiënten 38	3	1	1
niet-patiënten 39	4	1	1
niet-patiënten 40	3	5	3
niet-patiënten 41			
niet-patiënten 42	3	1	1
niet-patiënten 43			
niet-patiënten 44			
niet-patiënten 45			
niet-patiënten 46	1	1	1
niet-patiënten 47			
niet-patiënten 48	3	1	1
niet-patiënten 49			
niet-patiënten 50	3	1	1
Gemiddelde niet-patiënten	3,33	1,25	1,50
Totaal gemiddelde	3,35	1,16	1,50

Bijlage 12: Affiche van de campagne over geneesmiddelen via het internet



**Geneesmiddelen
via internet?**

**Surf niet met
uw gezondheid!**

Naam en voornaam van de voorschrijver
Dr. Gezondheid

89 97119 96 001

DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN:
naam en voornaam van de patiënt: *Henrië Patient*

Als u geneesmiddelen koopt via internet buiten het legale circuit, loopt u het risico deze verkeerd te gebruiken en heel dikwijls loopt u het gevaar geneesmiddelen te ontvangen die nagemakt of vervalst zijn. Om nare gevolgen te vermijden, richt u altijd tot uw geneesheer of uw apotheker.

Hoe ver reikt uw kennis in verband met het aankopen van geneesmiddelen via internet?
Doe de test en ontdek een massa goede raadgevingen op www.geneesmiddelen-via-internet.be

Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
Uw geneesmiddelen en gezondheidsproducten, onze zorg

FAGG

.be

Bijlage 13: Illustratie van de verschillende rollen die een professional kan hebben betreffende *patient empowerment* door het internet en het effect ervan op de relatie tussen zorgverlener en patiënt (Eysenbach & Jadad, 2001)

a= paternalistisch; b=educatief; c=patiënt tijdens Internettijdperk; d= consument als partner

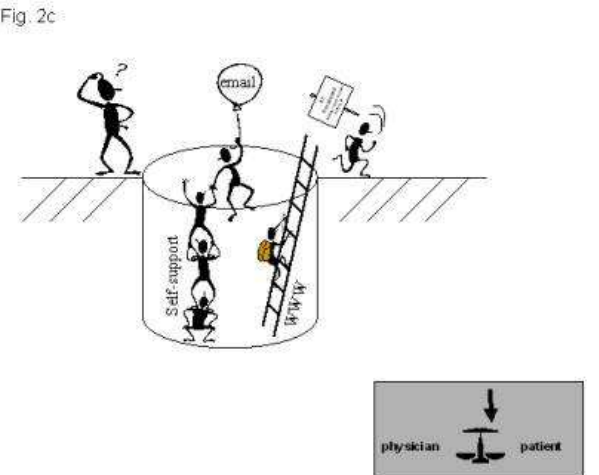
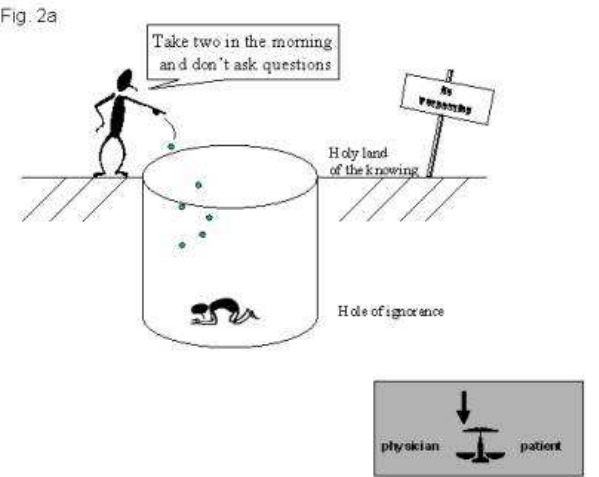


Fig. 2b

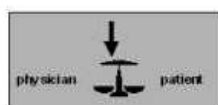
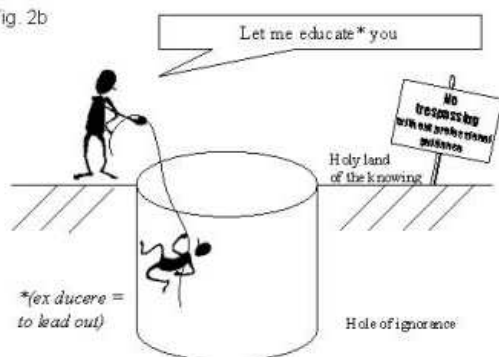
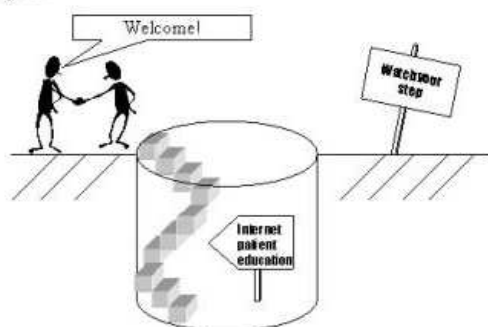


Fig. 2d



Opvolgdocumenten

Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

Opvolgingsdocument masterproef

Opvolgingsnummer: 1

Datum opvolgingsgesprek: 21 augustus 2009

Onderwerp masterproef: Leidt internet tot 'empowered patiënten'?

1. Coördinaten

Naam en voornaam student: Courteyn Karen Naam (co)promotor: Prof. Dr. J. De Maeseneer
--

2. Tussentijdse resultaten? (niet in te vullen indien eerste contact)

Bespreking van de verdere uitwerking van de literatuurstudie en de empirische studie van de masterproef.

3. Afspraken (bij voorkeur met timing)?

Aanvulling van het aanvraagformulier invullen, doorsturen en indienen voor goedkeuring van de examencommissie (begin september).

In het eerste semester beginnen aan de literatuurstudie en een deel van het empirisch onderzoek (bestuderen van de informatie op het internet over één specifiek thema).

Datum en handtekening student:

22/08/09



Datum en handtekening (co)promotor:

04.09.09



Gelieve een digitaal exemplaar door te sturen naar Mevr. Katelijne De Meyere
(Katelijne.DeMeyere@ugent.be – enkel via e-mail en in pdf)

Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

Opvolgingsdocument masterproef

Opvolgingsnummer: 2

Datum opvolgingsgesprek: 18 december 2009

Onderwerp masterproef: Leidt internet tot 'empowered patiënten'?

1. Coördinaten

Naam en voornaam student: Courteyn Karen

Naam (co)promotor: Prof. Dr. J. De Maeseneer

2. Tussentijdse resultaten? (niet in te vullen indien eerste contact)

Evaluatie van het literatuuroverzicht.

Evaluatie van de voorlopige vragenlijst.

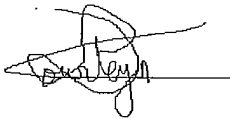
Bespreking van de methodologie en doelstellingen voor het exploratieve onderzoek met de vragenlijst.

3. Afspraken (bij voorkeur met timing)?

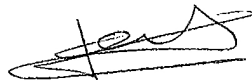
Aanpassing vragenlijst.

Opstellen en indienen van een aanvraag bij het Ethisch Comité.

Datum en handtekening student:



Datum en handtekening (co)promotor:



Gelieve een digitaal exemplaar door te sturen naar uw promotor

Master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

Opvolgingsdocument masterproef

Opvolgingsnummer: 3

Datum opvolgingsgesprek: 9 februari 2010

Onderwerp masterproef: Leidt internet tot 'empowered patiënten'?

1. Coördinaten

Naam en voornaam student: Courteyn Karen Naam (co)promotor: Prof. Dr. J. De Maeseneer
--

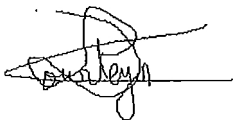
2. Tussentijdse resultaten? (niet in te vullen indien eerste contact)

Bespreking van de opmerkingen van het Ethisch Comité

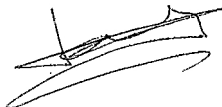
3. Afspraken (bij voorkeur met timing)?

Aanpassen en indienen aanvraag Ethisch Comité.
Contacteren Wijkgezondheidscentrum en Huisartsenpraktijk.

Datum en handtekening student:



Datum en handtekening (co)promotor:



Gelieve een digitaal exemplaar door te sturen naar uw promotor

