

Digitale sociale kaarten in Noord-Holland Noord

Een analyse van vraag en aanbod

Tjeerd Kuiper

26 mei 2008

Digitale sociale kaarten in Noord-Holland Noord: een analyse van vraag en aanbod

Auteur: T.W. Kuiper

Afstudeeronderzoek, Toegepaste Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

Opdrachtgevers: GGD Hollands Noorden, Schagen

Stichting Zorgring, Alkmaar

Stichting ZONhn, Alkmaar

Begeleiders Universiteit Twente: Dr. C.H.C. Drossaert

Dr. E. Taal

Begeleider opdrachtgevers: Drs. A. Ruiter - van Doorn

Datum: 26 mei 2008

Samenvatting

Aanleiding

Drie organisaties in de regio Noord-Holland Noord vroegen zich af, of het huidige aanbod van digitale sociale kaarten (websites met in ieder geval naam- en adresgegevens van zorgverleners in een specifieke regio, die openbaar te raadplegen is door de gebruikers) wel goed aansluit bij de informatiebehoefte en het zoekgedrag van de gebruikers: burgers en professionals in de gezondheidszorg. Dit onderzoek moest de vraag naar en het aanbod van informatie over zorgverleners in kaart brengen en aanbevelingen formuleren over hoe het aanbod beter zou kunnen aansluiten bij de vraag.

Onderzoeksopzet

Enerzijds is een inhoudsanalyse uitgevoerd van het huidige aanbod van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord, waarbij getracht werd dit aanbod zo zorgvuldig en systematisch mogelijk te beschrijven. Anderzijds zijn gesprekken gevoerd met burgers en zorgverleners om vast te stellen hoe de informatiebehoefte er precies uitziet.

Resultaten

In het onderzoek zijn 14 digitale sociale kaarten gevonden die zich richten op de regio Noord-Holland Noord. Uit de gesprekken met burgers en zorgverleners blijkt dat men weinig gebruik maakt van de digitale sociale kaarten die zijn meegenomen in dit onderzoek, en dat dit vooral komt doordat men andere informatiebronnen raadpleegt (met name de huisarts en het eigen sociale netwerk). Als men wel via internet zoekt, raadpleegt men meestal zoekmachines, die de gebruikers vervolgens niet bij de betreffende digitale sociale kaarten terecht laten komen.

Daarnaast blijkt dat de informatiebehoefte en het zoekgedrag sterk verschilt tussen burgers en zorgverleners, maar ook binnen de beide groepen zijn verschillen zichtbaar. Dit uit zich voornamelijk in de gewenste inhoud (vermelde informatie per organisatie/zorgverlener), in de navigatie- en zoekmethode en in de behoefte aan achtergrondinformatie en begeleidende teksten.

Conclusies en Aanbevelingen

Als er een centrale digitale sociale kaart komt in de regio Noord-Holland Noord, zijn twee zaken van groot belang: een goede naamsbekendheid onder de doelgroep en daarmee samenhangend een goed draagvlak onder zorgverleners, en een zo optimaal mogelijke aansluiting op de diverse wensen en eisen van de doelgroep door voornamelijk het invoeren van twee *channels* voor burgers en professionals.

Summary

Introduction

Three organizations, active in the health sector in the Dutch region *Noord-Holland Noord*, want to know whether the current set of *digital health maps* (public accessible websites with at least names and addresses of health organizations active in a specific region) corresponds sufficiently with the information needs of the users (civilians and professionals in the health sector).

Methods

This research consists of two equal, linked parts. First, an inventory of the digital health maps was made by interviewing persons in several organizations, partly by using the snowball method. Describing and analyzing the current set of digital health maps as thoroughly as possible made it possible to compare these maps (and all the commonalities and differences) with the information needs of the users (the second part of this research). This second part took place by interviewing civilians and health professionals, questioning them about their behavior and needs.

Results

The research showed that at least 14 digital health maps are currently active, targeting civilians and professionals in the region Noord-Holland Noord. However, the interviews with civilians and professionals suggested that these target groups make only little use of these maps. Civilians seem to rely primarily on their physician and their own social network. When civilians do search online for health organizations their selves, they tend to use search engines that don't happen to display the most important digital health maps in the first few hits. Consequently, users don't find their way to these digital health maps.

Further, results suggest that the information needs differ not only between civilians and health professionals but also within these two groups. These differences are most visible in the information needed per organization, some navigation preferences and the need for background information about organizations and health professionals.

Recommendations

The ideal scenario (one central digital health map in *Noord-Holland Noord*) is only possible if (1) users know the digital health maps and know where to find them, and (2) the digital health maps anticipate to the different needs of user groups by channeling the information in a civilian channel and a professional channel.

Voorwoord

De afgelopen maanden, sinds mei 2007, stond mijn dagelijks leven grotendeels in het teken van het afstudeeronderzoek waar dit rapport het resultaat van is. En hoeveel onderzoeken ik tijdens de rest van mijn studie ook al heb uitgevoerd, hoeveel anderen ik al heb zien afstuderen, hoeveel ik ook al dacht te weten en te kunnen voor ik hieraan begon: het bleek dat ik echt nog lang niet alles wist, en dat echt ieder onderzoek zijn eigen lastige momenten en valkuilen heeft. Met andere woorden: het was een bijzonder leerzaam project, waar ik met erg veel plezier, en soms ook frustratie, piekeren en zwoegen, aan heb gewerkt. Nu het eind ineens zo dichtbij is, ben ik niet alleen blij dat mijn studie de voltooiing nadert, maar ook dat die studie afgerond kon worden met zo'n boeiend onderzoek in een gezellige, leerzame organisatie als de GGD Hollands Noorden.

In dit voorwoord wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om de mensen te bedanken die me hebben geholpen deze opdracht te voltooien. In de eerste plaats Miranda, die me voortdurend (gevraagd en ongevraagd) van mijn zorgen afhielp en een mooi klankbord voor me was. En vooral ook Anneke van Doorn, die me niet alleen bij, maar ook áán deze opdracht heeft geholpen. Tijdens mijn stage bij de GGD Noord-Kennemerland ontstond bij haar het plan om mij aan een afstudeeropdracht te koppelen, waarvoor driedubbel dank! Naast Anneke verdienen ook Will Molenaar, Margriet Miedema en Conny Vreugdenhil een woord van dank: onder leiding van Anneke hebben zij me geduldig en belangstellend begeleid. Vanuit de Universiteit Twente hebben Stans Drossaert en (in een wat later stadium) Erik Taal mij begeleid, die verdienen natuurlijk ook een vermelding voor de tijd en energie die zij in mij hebben gestoken. Maar er zijn nog veel meer mensen die ik wil bedanken, het voorwoord wordt haast volledig een dankwoord zo. Ben en Tineke bijvoorbeeld, die me al die tijd (en nog steeds) onderdak hebben verleend, de collega's op de afdeling GBO, die me op een erg gezellige en ontspannen manier kennis hebben laten maken met de 'echte' wereld van gezondheidsbevordering en gezondheidscommunicatie. En mijn ouders, die veel geduld met me hebben gehad en wiens hoop op een goede afloop nu eindelijk vervuld wordt.

Tot slot wil ik nog even mijn (blij) verwondering uitspreken over de manier waarop alles rondom mijn afstuderen is verlopen. Vanuit mijn stage ben ik zomaar doorgerold in een afstudeeropdracht, met tussendoor nog enkele kleine betaalde klusjes bij de GGD, en nu mijn afstudeerproject bijna voorbij is ben ik zomaar in een fulltime baan als medewerker publieksinformatie beland. Wie ik daar voor moet bedanken weet ik niet, dus ik noem het maar mazzel. *Gezonde mazzel.*

Tjeerd Kuiper

Mei 2008

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Summary.....	4
Voorwoord.....	5
1 Inleiding & Probleemstelling	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Definitie Digitale Sociale Kaart	9
1.3 Opdrachtgevers.....	11
1.4 Beschrijving van het probleem.....	11
1.5 Hoofdvraag en deelvragen	13
2 Inventarisatie van het aanbod	14
2.1 Inleiding.....	14
2.2 Doel	14
2.3 Methode.....	14
2.4 Resultaten	15
2.4.1 Gevonden digitale sociale kaarten.....	15
2.4.2 Verschillen wat betreft de aanbieder	16
2.4.3 Verschillen wat betreft de doelgroep	18
2.4.4 Verschillen wat betreft de inhoud	19
2.4.5 Verschillen wat betreft de interface	21
2.4.6 Verschillen wat betreft het beheer.....	23
2.5 Concluderend	25
3 Behoeftanalyse	26
3.1 Inleiding.....	26
3.2 Methode.....	26
3.2.1 Globale beschrijving van het onderzoek.....	26
3.2.2 Werving respondenten	27
3.2.3 Interviewschema	27
3.3 Resultaten	30

3.3.1	Beschrijving onderzoeksgroep	30
3.3.2	Zoekgedrag	30
3.3.3	Wensen ten aanzien van de inhoud	31
3.3.4	Wensen ten aanzien van de interface	32
3.3.5	Wensen ten aanzien van de doelgroep	33
3.3.6	Wensen ten aanzien van de aanbieder.....	33
3.3.7	Wensen ten aanzien van het beheer	34
3.4	Concluderend	34
4	Discussie	35
4.1	Conclusie en discussie	35
4.2	Aanbevelingen.....	39
Referenties		41
Bijlage 1	Interviewschema Aanbieders Digitale Sociale Kaarten.....	43
Bijlage 2	Overzicht Gemeentegidsen Noord-Holland Noord.....	44

1 Inleiding & Probleemstelling

1.1 Aanleiding

De laatste jaren zijn er verschillende veranderingsprocessen zichtbaar in de wereld van de gezondheidscommunicatie. Een belangrijke ontwikkeling is de groeiende behoefte van patiënten om actief deel te nemen en bij te dragen aan, en mee te denken over hun eigen zorgproces (McMullan, 2006). Patiënten willen steeds meer zelf een rol spelen in de besluitvorming rondom hun behandeling en willen zelf betrokken worden bij de keuzes die gemaakt worden. Ze willen goed geïnformeerd worden over hoe een diagnose gesteld wordt, hoe de keuze voor een bepaalde behandeling of een medicijn gemaakt wordt en willen daarin ook meebeslissen. Ook wil men weten wat voor bijwerkingen er kunnen optreden en hoe die het best voorkomen en bestreden kunnen worden (McMullan, 2006; Katz, Jacobson, Veledar & Kripalani, 2007; Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2007; Street & Millay, 2001). Tegelijkertijd is er een sterke groei zichtbaar in het gebruik en aanbod van informatiemiddelen die patiënten informeren over leefstijl, ziekten, aandoeningen, behandelingen en bijwerkingen. Hanrahan (2007) is één van de velen die zich daarbij aansluit, en schrijft heel treffend dat “*het informatietijdperk eindelijk is aangebroken voor gezondheidsorganisaties*”.

De klassieke expert-leek-verhouding verandert gaandeweg dus in een verhouding waarin zorgverlener en patiënt samen het behandelingsproces vormgeven. Recente vaktijdschriften staan dan ook bol van kreten als *empowering*, *patient participation* en *shared decision making*. Onder de juiste omstandigheden kunnen dergelijke processen een positief effect hebben op de patiëntentevredenheid, de kwaliteit van leven en de zelfeffectiviteit van patiënten (Virtanen et al, 2007). Street & Millay (2001) voegen daar aan toe dat patiënten die actief deelnemen aan hun eigen zorgproces, vaak ook meer betrokken zijn bij de gekozen behandeling, en zich ook meer gedisciplineerd houden aan voorgeschreven medicijngebruik en oefeningen. Ook Åkesson, Saveman & Nilsson (2007) sluiten zich daarbij aan, en melden dat ICT de relatie tussen zorgverlener en patiënt en het welbevinden van de patiënt kan verbeteren.

In de informatievoorziening op het gebied van gezondheid speelt het internet een steeds grotere rol. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek had in 2006 ruim vier van de vijf (85%) personen in Nederland de beschikking over een internetaansluiting. Driekwart van hen (75%) maakte (bijna) dagelijks gebruik van het internet. Van de personen die de beschikking hebben over internet, had ruimschoots de helft (54%) het internet de laatste drie maanden gebruikt om informatie over gezondheid te zoeken. Het gebruik van internet in het algemeen, en specifiek voor gezondheidsdoeleinden, is op bijna alle fronten gestegen ten opzichte van 2005. Niet alleen de jongere generatie maakt overigens gebruik van het internet voor gezondheidsdoeleinden. Hoewel het aandeel ouderen dat de beschikking heeft over een internetaansluiting relatief lager is (73% van de personen tussen 55 en 65; 50% van de personen tussen 65 en 75), gebruikt ook van hen ongeveer de helft (48%) internet voor gezondheidsdoeleinden (CBS, 2007).

Er is dus een duidelijke stijgende lijn zichtbaar, en het ligt in de lijn der verwachting dat ook ouderen de komende jaren intensiever gebruik gaan maken van internet voor gezondheidsdoeleinden. Het is slechts een kwestie van tijd voordat de leeftijdscategorieën die zijn opgegroeid met internet ook vergrijzen, en daarmee een sterker beroep gaan doen op de gezondheidszorg. Daarmee zal ook de behoefte aan gezondheidsinformatie op internet verder stijgen.

De toename van patiëntenparticipatie vraagt om een informatievoorziening die inspeelt op de informatiebehoefte die ontstaat bij burgers. Internet speelt hierin een belangrijke rol. Steeds meer mensen hebben immers een internetaansluiting, en gebruiken die ook voor gezondheidsdoeleinden. Om goed in te spelen op de stijgende behoefte, komen er ook steeds meer sites over gezondheid.

Het mag duidelijk zijn dat deze ontwikkelingen op de voet gevolgd worden door allerlei organisaties die opereren op het gebied van de (al dan niet openbare) gezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting. Er zijn de afgelopen jaren talloze systemen met gezondheidsinformatie als paddenstoelen uit de grond geschoten, waaronder veel systemen die via internet toegankelijk zijn. De diversiteit hieronder is net zo groot als het aanbod zelf: inhoud, doelgroep en vorm variëren sterk. Er zijn bijvoorbeeld websites waarop een diagnose gesteld kan worden op basis van specifieke klachten of symptomen, websites waar de klantvriendelijkheid van verschillende ziekenhuizen of de wachttijd van klinieken kan worden vergeleken, websites waar je informatie vindt over een gezonde leefstijl en websites voor lotgenotencontact. Daarnaast richten sommige websites zich op alle burgers, terwijl andere een meer specifieke doelgroep aanspreken, zoals professionals, mensen met een lichamelijke beperking of mensen met een specifieke erfelijke ziekte. Eén van de mogelijkheden is ook een digitale sociale kaart, waarop burgers en professionals in de zorg informatie kunnen vinden over zorgaanbieders en hun aanbod. Dit onderzoek richt zich op dergelijke informatiesystemen.

1.2 Definitie Digitale Sociale Kaart

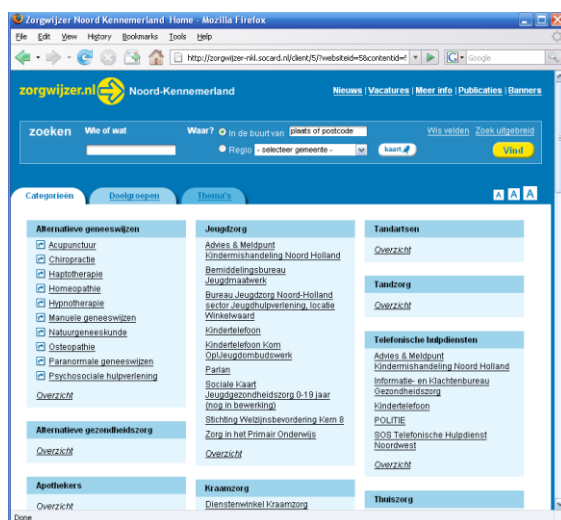
Een eerste belangrijk kenmerk van een digitale sociale kaart is dat het een systeem is waarin in ieder geval naam- en adresgegevens van organisaties voor zorg en welzijn te vinden zijn. In veel gevallen is daarnaast nog meer informatie beschikbaar, zoals telefoonnummers, internetadressen, openingstijden en soms ook overzichten van beschikbare behandelingen, prijzen van behandelingen en andere relevante informatie. Deze kenmerken maken een systeem tot een sociale kaart: ze geven aan waar men verleners van specifieke zorg kan vinden. Sommige digitale sociale kaarten bevatten ook informatie over wonen, werk, scholing of sport, maar binnen de focus van dit onderzoek gaat het enkel om namen, adressen en contactgegevens van zorgverleners. Een tweede belangrijk kenmerk is het online beschikbaar zijn van de informatie: de doelgroep moet de gewenste informatie via het internet kunnen vinden.

In de praktijk komt het erop neer dat digitale sociale kaarten web-based zijn, wat wil zeggen dat ze via een internetbrowser (zoals Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox e.a.) geraadpleegd kunnen worden. In dit onderzoek wordt onder een digitale sociale kaart het volgende verstaan:

Een digitale sociale kaart is een website met (in ieder geval) naam- en adresgegevens van zorgverleners in een specifieke regio, die openbaar te raadplegen is door de gebruikers.

Deze definitie verdient nog wel een uitgebreidere toelichting. Verschillende organisaties verstaan namelijk net iets anders onder een digitale sociale kaart, en in de wetenschappelijke literatuur zijn geen pasklare definities te vinden. Naar dergelijke systemen is bovendien nog weinig onderzoek uitgevoerd. Bovendien is het begrip 'digitale sociale kaart' eigenlijk te veelomvattend: in digitale sociale kaarten is soms ook informatie te vinden over scholing, uitkeringen, werk en sport. Daarom is er wat voor te zeggen om niet te spreken over 'digitale sociale kaarten' maar over 'digitale gezondheidskaarten'. Een digitale gezondheidskaart is dan dus eigenlijk een specifieke digitale sociale kaart. Hoewel het begrip 'digitale gezondheidskaart' dus misschien beter past, wordt in dit onderzoek toch gebruik gemaakt van de benaming 'digitale sociale kaart', vanwege het feit dat de betrokken organisaties aan dit begrip gewend zijn en gebruik van een ander begrip vooral verwarring zou veroorzaken. Ook op landelijk niveau is het begrip 'digitale sociale kaart' gebruikelijk als het gaat om dergelijke websites (zie bijvoorbeeld een overzicht van sociale kaarten van GGD Nederland¹). In figuur 1.1 en 1.2 zijn, om een algemene indruk te geven van digitale sociale kaarten, twee schermafbeeldingen weergegeven van digitale sociale kaarten die zich richten op de regio Noord-Holland Noord.

Figuur 1.1: Schermafbeelding van de Zorgwijzer Noord-Kennemerland



Figuur 1.2: Schermafbeelding van Oproet.nl, een digitale sociale kaart in de regio West-Friesland



¹ <http://www.socialekaarten.nl>

1.3 Opdrachtgevers

GGD Hollands Noorden

De GGD Hollands Noorden is op 1 april 2007 ontstaan uit een fusie van de GGD Noord-Kennemerland, de GGD Kop van Noord-Holland en de GGD West-Friesland. De GGD heeft vestigingen in Schagen, Alkmaar en Hoorn. Op het moment van schrijven zijn de drie algemene websites samengevoegd tot één website, en zijn de twee digitale sociale kaarten van Noord-Kennemerland en de Kop van Noord-Holland samengevoegd. Op het moment van de inventarisatie (medio 2007) waren de drie 'oude' organisaties echter nog min of meer onafhankelijk van elkaar aanwezig op het terrein van de (digitale) publieksinformatie. Er waren toen nog drie algemene websites^{2;3;4} en eigen digitale sociale kaarten^{5;6;7}. De GGD Noord-Kennemerland beheerde destijds bovendien nog de WMO Webwinkel⁸ en de Gezondheidsatlas Noord-Kennemerland⁹, die beide tegenwoordig ook onder de GGD Hollands Noorden vallen. Daarnaast beheerden de drie GGD'en samen (vanuit de GGD Hollands Noorden) het gezondheidsportaal Gezond Noord-Holland Noord¹⁰.

Stichting Zorgondersteuning Noord-Holland Noord

De Stichting Zorgondersteuning Noord-Holland Noord (ZONhn) richt zich vooral op de ondersteuning van eerstelijns zorgverleners. De organisatie beheert geen digitale sociale kaarten, maar heeft wel een eigen website¹¹. ZONhn is gevestigd in Alkmaar.

Stichting Zorgring Noord-Holland Noord

De Stichting Zorgring Noord-Holland Noord biedt zorgverleners middels een beveiligd netwerk toegang tot diverse elektronische diensten. Het doel hiervan is effectievere communicatie, die betere zorg mogelijk maakt. Zorgring beheert zelf geen digitale sociale kaart, heeft wel een eigen website¹², en is gevestigd in Alkmaar.

1.4 Beschrijving van het probleem

Zoals reeds besproken zijn zowel het aanbod als de diversiteit van het aanbod van digitale sociale kaarten erg groot. Eigenlijk zijn er in dit kader twee belangrijke problemen: ten eerste is er een enorm aanbod aan digitale sociale kaarten, waardoor voor de gebruikers en aanbieders vermoedelijk een onduidelijke situatie ontstaat. Ten tweede hebben allerlei organisaties een eigen systeem, en moet ieder systeem afzonderlijk onderhouden worden. Dat onderhoud is relatief duur, maar het is noodzakelijk om de kwaliteit (feitelijke juistheid en actualiteit) van de informatie te kunnen garanderen. Hoewel de diverse systemen vaak iets van elkaar verschillen wat betreft bijvoorbeeld inhoud of doelgroep, is er ook veel overlap. Er wordt veel dubbel werk verricht, en daardoor wellicht onnodig geld en tijd verspild. Daarnaast worden zorgverleners als huisartsen,

² <http://www.ggd-knh.nl>

³ <http://www.ggdwestfriesland.nl>

⁴ <http://www.ggd-alkmaar.nl>

⁵ <http://zorgwijzer-nkl.socard.nl/>

⁶ <http://zorgwijzer-knh.socard.nl/>

⁷ <http://www.oproet.nl>

⁸ <http://www.wmowebwinkel.nl>

⁹ <http://gezondheidsatlas.ggdhollandsnoorden.nl>

¹⁰ <http://www.gezondnhn.nl>

¹¹ <http://www.zonhn.nl>

¹² <http://www.zorgring.nl>

tandartsen en fysiotherapeuten voortdurend benaderd met vragen of ze hun gegevens op willen laten nemen in allerlei databases. Ook zij zien door de bomen het bos niet meer, en worden afgeleid van hun primaire werkzaamheden: zorg verlenen. Daarnaast is het niet duidelijk hoe de informatiebehoefte van de doelgroep er precies uit ziet. De vraag die door de opdrachtgevers van dit onderzoek gesteld werd, luidt dan ook als volgt:

Hoe kan het huidige aanbod van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord aangepast worden zodat het aanbod zo goed mogelijk aansluit bij de vraag van burgers en zorgverleners, en zodoende een zo groot mogelijke effectiviteit- en efficiëntieverbetering gerealiseerd wordt?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn twee zaken nodig: een inventarisatie van het huidige aanbod en een behoefteanalyse onder de gebruikers van digitale sociale kaarten. Bij beide onderdelen is het nodig om vast te stellen welke kenmerken van digitale sociale kaarten in dit onderzoek belangrijk zijn. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de navigatie, de inhoud, het type aanbieder, de financiering en de doelgroep. Het is lastig vooraf te bepalen welke factoren belangrijk zijn. Preece, Rogers & Sharp (2002) schrijven over welke factoren van invloed zijn op de interactie tussen mens en computer. Zij maken in deze context onderscheid tussen navigatie, toegang en informatieontwerp. Bartell (2005) maakt in een onderzoek naar de gebruiksvriendelijkheid van websites onderscheid tussen navigatie, informatieoverdracht, begrijpelijkheid en toegankelijkheidselementen. Als deze zeven kenmerken op een iets algemener niveau worden bekeken, kunnen ze in twee categorieën worden ingedeeld: inhoud en interface. Verder bleek uit gesprekken met de opdrachtgevers dat ook wat betreft de aanbieders fundamentele verschillen bestaan: alle verschillende aanbieders hebben bijvoorbeeld zo hun eigen redenen om een digitale sociale kaart aan te bieden aan hun specifieke doelgroep. Soms is er bijvoorbeeld sprake van een wettelijke taak, terwijl andere organisaties een commercieel doel hebben. Verder lijkt het interessant om ook te concentreren op algemene voor de hand liggende zaken als de doelgroep.

Er zijn wel enkele onderzoeken uitgevoerd naar informatiebehoefte ten aanzien van informatie over zorgverleners, maar meestal in de Verenigde Staten en in een andere richting, zoals Miller & West (2007). Het is dus maar de vraag in hoeverre die onderzoeken bruikbaar zijn voor toepassing in Nederland. Er is helaas ook niet eerder een vergelijkend onderzoek uitgevoerd, dat een basis kan geven voor de dimensies die belangrijk zijn voor de vergelijking tussen het aanbod en de vraag. Het feit dat er geen goede definitie beschikbaar is voor dergelijke informatiesystemen, speelt hierbij ook een rol. Het gaat in dit onderzoek om een heel specifiek informatiesysteem, dat wat betreft de inhoud precies valt tussen de standaard telefoongidsen en de websites met – veel complexere – inhoudelijke gezondheidsinformatie. Daar komt bij dat onderzoek naar systemen met gezondheidsinformatie niet zomaar toepasbaar is op digitale sociale kaarten, omdat er strikt genomen geen gezondheidsinformatie op digitale sociale kaarten vermeld wordt. Tegelijkertijd is ook literatuur over standaard informatiesystemen niet geschikt, omdat de context van de gezondheidszorg het één en ander toch complexer maakt dan in een ‘neutrale’ context. Volgens Case (2007) verlopen informatieverwerkingsprocessen bij mensen namelijk anders als de eigen gezondheid een factor wordt. Lemire, Paré, Sicotte & Harvey (*in press*)

bevestigen dit: volgens hen wordt internetgebruik in het kader van de persoonlijke gezondheid beïnvloed door vijf factoren, waarbij de geloofwaardigheid van de aangeboden informatie een belangrijke rol heeft.

1.5 Hoofdvraag en deelvragen

Er is dus behoefte naar inzicht in zowel het aanbod als de vraag. Effectiviteit- en efficiëntieverbetering vallen erg moeilijk vast te stellen, en dit onderzoek biedt niet de ruimte om daar voldoende aandacht en tijd aan te besteden. Daarom luidt de hoofdvraag van dit onderzoek als volgt:

Hoe kan het huidige aanbod van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord aangepast worden zodat het aanbod zo goed mogelijk aansluit bij de vraag van burgers en zorgverleners?

Om een bruikbaar antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, en om het onderzoek overzichtelijk te houden, is de hoofdvraag gesplitst in deelvragen. Om te beginnen zijn er twee belangrijke elementen: eerst de inventarisatie van het aanbod, en daarna een behoefteanalyse om de vraag goed in kaart te brengen. Zodra zowel het huidige aanbod als de vraag vanuit de doelgroep helder zijn gemaakt, kunnen deze twee tegenover elkaar gezet worden. Deze hoofdindeling is de basis voor het hele onderzoek. De deelvragen voor de inventarisatie van het aanbod luiden als volgt:

- 1 Wat zijn er op dit moment voor digitale sociale kaarten die zich richten op de regio Noord-Holland Noord?
- 2 Op welke kenmerken onderscheiden deze digitale sociale kaarten zich van elkaar?

Ook voor de behoefteanalyse is een deelvraag te formuleren:

- 3 Wat voor wensen heeft de doelgroep wat betreft digitale sociale kaarten?

2 Inventarisatie van het aanbod

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke digitale sociale kaarten er op dit moment (medio 2007) bestaan die zich richten op de regio Noord-Holland Noord. Deze inventarisatie is te zien als een volledige inhoudsanalyse, en in dit hoofdstuk worden dan ook systematisch het doel van de analyse (paragraaf 2.2), de gebruikte methode (paragraaf 2.3) en de resultaten (2.4) besproken. Er wordt afgesloten met een korte conclusie.

2.2 Doel

Het doel van deze inventarisatie is een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van het aanbod van de beschikbare digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord. Het gaat om de eerste twee deelvragen uit paragraaf 1.5:

- 1 Wat zijn er op dit moment voor digitale sociale kaarten die zich richten op de regio Noord-Holland Noord?
- 2 Op welke kenmerken onderscheiden deze digitale sociale kaarten zich van elkaar?

Het resultaat van de inventarisatie is een compleet overzicht, waar in een later stadium de opzet en resultaten van de behoefteanalyse op gebaseerd en aangesloten kunnen worden.

2.3 Methode

De drie opdrachtgevende organisaties zijn goed thuis in het veld van de digitale publieksinformatie in de regio Noord-Holland Noord. Op hun aangeven is daarom een eerste kleine selectie opgesteld van digitale sociale kaarten die zich richten op de regio Noord-Holland Noord. Daarnaast is er een soort sneeuwbalmethode gebruikt om deze groep uit te breiden. De selectie die hieruit voortkwam is vervolgens aangevuld door middel van zoekopdrachten op het internet, waarbij getracht werd te denken vanuit de gebruiker. Daarbij zijn zoekopdrachten gebruikt als “tandarts Alkmaar” en “huisarts Hoorn”. Uit onderzoek van Spink, Wolfram, Jansen & Saracevic (2001) blijkt dat bij zoekmachines meestal gebruik gemaakt wordt van zoekopdrachten bestaande uit twee woorden, dus deze methode sluit daar goed bij aan.

Bij de inventarisatie is een beschrijvingsvorm gebruikt die later in het onderzoek aansluit bij de doelgroepanalyse. Er is dus een structuur van kenmerken opgesteld, waarmee de overeenkomsten en verschillen goed in kaart konden worden gebracht, en daarna goed konden worden vergeleken met de behoefte die bestaat onder de gebruikers. Gaandeweg de inventarisatie groeide het aantal kenmerken waarop de systemen beschreven werden dus voortdurend. In paragraaf 1.4 zijn al vier categorieën genoemd waar binnen gezocht is naar onderscheidende kenmerken: inhoud, interface, doelgroep en aanbieder. Naast deze vier categorieën is er nog één categorie toegevoegd: beheer. Er bleken namelijk enkele onderscheidende kenmerken te zijn die niet in de bestaande categorieën gepast konden worden. De complete lijst met kenmerken die is gebruikt om alle digitale sociale kaarten te beschrijven is te vinden in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Overzicht kenmerken t.b.v. beschrijving digitale sociale kaarten

Categorie	Kenmerk	Beschrijving
<i>Aanbieder</i>	Type aanbieder	Is de aanbieder een overheidsorganisatie of een commerciële organisatie?
	Context	Is de digitale sociale kaart een op zichzelf staand systeem, of is de kaart een onderdeel van een bredere dienstverlening?
	Aanleiding	Wat is voor de aanbiedende organisatie de aanleiding om de digitale sociale kaart aan te bieden? Een wettelijke taak, een commerciële reden of iets anders?
<i>Doelgroep</i>	Doelgroep	Richt de digitale sociale kaart zich op burgers, zorgverleners of allebei?
	Regio	Op welke regio richt de digitale sociale kaart zich: gemeenteniveau, regionaal of landelijk niveau?
<i>Inhoud</i>	Algemene focus	Bevat de digitale sociale kaart alleen informatie over zorg en welzijn, of is er ook informatie te vinden over bijvoorbeeld sport, scholing of cultuur?
	Selectie van zorgverleners	Welke soorten zorgverleners worden er vermeld?
	Informatie per zorgverlener	Welke informatie wordt er per zorgverlener vermeld?
<i>Interface</i>	Navigatie en zoekmogelijkheden	Welke navigatiemogelijkheden zijn er: navigatiebomen, overzichtspagina's en/of zoekformulieren?
	Toegankelijkheid	Welke toegankelijkheidsopties biedt de aanbieder haar gebruikers?
<i>Beheer</i>	Wijze van beheer	Op welke wijze is het mogelijk om de gegevens te beheren: alleen centraal of door de genoemde zorgverleners zelf?
	Technisch systeem	Welk technisch systeem wordt er gebruikt?
	Financiering	Wordt de digitale sociale kaart gefinancierd door middel van subsidie, advertentie-inkomsten, deelnemerbijdragen of op een andere manier?

Om de resultaten van de inventarisatie te verifiëren en om er voor te zorgen dat er geen belangrijke factoren en digitale sociale kaarten over het hoofd werden gezien, is contact opgenomen met een aantal aanbieders van de digitale sociale kaarten om het betreffende systeem te bespreken. In die gesprekken werden niet alleen de resultaten van de eigen inventarisatie besproken en gecontroleerd, maar werd ook gevraagd naar wat de aanbieders van hun eigen systeem vonden, in welk opzicht het systeem zich onderscheidde van de andere, en wat zij sterke en zwakke kanten van het systeem vonden. Zodoende kon de inventarisatie worden aangevuld, kreeg de opgenomen informatie meer waarde doordat er meer achtergrondinformatie bekend werd, en kan er vanuit gegaan worden dat de kenmerken van de digitale sociale kaarten in de inventarisatie correct zijn. De concrete vragen die zijn besproken met de aanbieders zijn te vinden in het interviewschema in bijlage 1.

2.4 Resultaten

2.4.1 Gevonden digitale sociale kaarten

In totaal zijn er 14 digitale sociale kaarten gevonden die voldeden aan de omschrijving die is opgesteld door de opdrachtgevers van het onderzoek. Een deel hiervan was al genoemd door de opdrachtgevers, door middel van een soort sneeuwbalmethode zijn er daar een aantal aan toegevoegd. Vervolgens werd nog verder gezocht door middel van zoekopdrachten op internet. De lijst van 14 is voorgelegd aan de opdrachtgevers, die

te kennen gaven dat er geen belangrijke systemen ontbraken in de inventarisatie. Onder deze 14 digitale sociale kaarten zijn (onder andere) systemen van de GGD, de Stichting MEE, de zorgverzekeraar Univé en het RIVM. Daarnaast zijn er 28 gemeentegidsen gevonden, die wat vorm, inhoud en opzet zo weinig van elkaar verschillen dat ze in het onderzoek zijn meegenomen als één systeem. In tabel 2.2 is een algemeen overzicht weergegeven van de digitale sociale kaarten die meegenomen zijn in de inventarisatie.

De gemeentegidsen zijn opgenomen in een tweede overzicht. Dit overzicht, waarin per gemeente wordt vermeld aan welke partij de uitgifte van de gemeentegids is uitbesteed, is te vinden in bijlage 2.

Tabel 2.2 Algemeen overzicht digitale sociale kaarten Noord-Holland Noord

Naam	Internetadres	Aanbieder
Zorgwijzer Noord-Kennemerland	http://zorgwijzer-nkl.socard.nl	GGD Hollands Noorden
Zorgwijzer Kop van Noord-Holland	http://zorgwijzer-knh.socard.nl	GGD Hollands Noorden
Oproet	http://www.oproet.nl	West-Friese gemeenten i.s.m. de G!DS
WMO Webwinkel	http://www.wmowebwinkel.nl	GGD Hollands Noorden
MEE Adreswijzer	http://www.meenwh.nl	Stichting MEE
Kiesbeter	http://www.kiesbeter.nl	RIVM
Univé Zorgvinder	http://www.unive.nl/zorgvinder	Univé
Gemeentegidsen	Zie bijlage 2.2	Zie bijlage 2.2
Independer	http://www.independer.nl/gezondheidszorg	Independer
Wijsvinger	http://www.wijsvinger.nl	Groenewegen & Valk
Pijntje	http://www.pijntje.nl	Julion Services / Robota Softwarehouse
iLocal	http://www.ilocal.nl	Yellow Bear Company BV
Telefoongids	http://www.telefoongids.nl	Telefoongids B.V.
Zorgbelang	http://www.zorgbelang-noordholland.nl	Zorgbelang

De primaire focus van dit deel van het onderzoek ligt op de digitale sociale kaarten die boven de stippellijn in tabel 2.2 genoemd worden. De onderste zes kaarten in tabel 2.2 hebben van dit onderzoek een ander karakter: ze zijn veelal commercieel van karakter en opereren op landelijk niveau. Deze systemen worden in dit onderzoek wel genoemd, maar de nadruk zal liggen op de andere digitale sociale kaarten. Zorgbelang verdient overigens nog een speciale vermelding: de sociale kaart van deze organisatie is nog wel online, maar wordt niet meer actief bijgehouden. In plaats daarvan wordt – in ieder geval tot 2008 – doorverwezen naar Kiesbeter, de Zorgwijzers Noord-Kennemerland en Kop van Noord-Holland, en het Zorgkantoor Noord-Holland Noord.

2.4.2 Verschillen wat betreft de aanbieder

In deze paragraaf wordt per kenmerk concreet beschreven hoe het aanbod varieert binnen dat kenmerk. De rode lijn in deze paragrafen wordt gevormd door de vijf hoofdcategorieën zoals genoemd in tabel 2.1.

Type aanbieder

Een eerste belangrijke verdeling die gemaakt kan worden is een verdeling op basis van het type aanbieder. Er zijn namelijk zes publieke, onafhankelijke, twee semicommerciële of semionafhankelijke organisaties en vijf

commerciële aanbieders (zie tabel 2.3). Met onafhankelijk wordt in deze context bedoeld dat de aanbieders non-profit organisaties zijn die geen belang hebben bij de keuze voor een bepaalde zorgverlener, en dat in principe alle zorgverleners kunnen worden opgenomen, mits zij passen binnen de afbakening die is gesteld door de aanbieders. Een aanbieder kan er bijvoorbeeld voor kiezen om wél of géén alternatieve genezers op te nemen in het bestand, maar binnen de categorieën is iedere zorgverlener welkom. De organisaties bieden hun digitale sociale kaart meestal aan vanuit een publieke taak, en hebben ook als hoofddoel het publiek te voorzien van informatie.

De vijf commerciële aanbieders hebben als hoofddoel het genereren van inkomsten: Pijntje.nl, Wijsvinger.nl, Independer, iLocal en de Telefoongids. Deze aanbieders hebben een digitale sociale kaart ingericht om daar geld mee te verdienen. De inkomstenbronnen verschillen, maar meestal komt het erop neer dat zorgverleners betalen voor een vermelding, of dat de inkomsten komen uit reclame op de website. De gemeentegidsen en de Univé Zorgvinder vallen min of meer tussen deze twee uitersten in: Univé heeft bijvoorbeeld geen winstoogmerk, maar vermeldt in de Univé Zorgvinder alleen zorgverleners die een contract hebben met Univé. Gemeenten besteden de exploitatie van een gemeentegids in de regio Noord-Holland Noord in alle gevallen uit aan een externe (commerciële) partij. In deze regio zijn De Kleine Media, Lokaaltotaal, FMR Producties en AKSE Media op dit terrein actief. Een reguliere vermelding in een gemeentegids is doorgaans gratis, de inkomsten komen uit advertenties in de gemeentegidsen.

Tabel 2.3 Verdeling op basis van type aanbieder

Type aanbieder	Aantal	Aanbieders
Onafhankelijk, vanuit een publieke taak	7	GGD (3x), MEE, Kiesbeter, Oproet, Zorgbelang
Semionafhankelijk en/of semicommercieel	2	Gemeentegidsen, Univé
Commercieel	5	Pijntje, Wijsvinger, iLocal, Telefoongids, Independer

Context van de digitale sociale kaart

De context van de digitale sociale kaarten is in bijna elk afzonderlijk geval anders. Het is daarom lastig om er een duidelijke structuur in aan te brengen. Een vrij algemeen onderscheid dat te maken is, is op basis van de functie van de digitale sociale kaart. Een aantal kaarten staat namelijk meer op zichzelf (zoals Pijntje, Wijsvinger en Oproet), terwijl andere digitale sociale kaarten duidelijk een onderdeel zijn van een bredere dienstverlening (zoals de Univé Zorgvinder en de MEE Adreswijzer een onderdeel zijn van de bredere dienstverlening van de betreffende organisaties). In tabel 2.4 wordt de verdeling op basis van dit kenmerk weergegeven.

Tabel 2.4 Verdeling op basis van context

Type aanbieder	Aantal	Aanbieders
Op zichzelf staand systeem	9	GGD, Pijntje, Wijsvinger, iLocal, Telefoongids, Gemeentegids, Oproet
Onderdeel van groter geheel	5	MEE, Kiesbeter, Zorgbelang, Univé, Independer

Aanleiding van de digitale sociale kaart

De verschillende organisaties hebben uiteenlopende redenen om hun digitale sociale kaart(en) aan te bieden. Dit kan variëren van een wettelijke taak voor de GGD, tot een commerciële achtergrond voor bijvoorbeeld Pijntje en Independer. In tabel 2.5 wordt de verdeling op basis van dit kenmerk uiteengezet. De GGD Hollands Noorden biedt haar digitale sociale kaarten (Zorgwijzers) vanuit haar basistaak zoals die beschreven zijn in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Andere digitale sociale kaarten worden aangeboden op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) die sinds 1 januari 2007 van kracht is. Kiesbeter wordt door het RIVM aangeboden in opdracht van het ministerie van VWS.

Tabel 2.5 Verdeling op basis van aanleiding

Type aanbieder	Aantal	Aanbieders
Wettelijke taak (WMO of WCPV)	5	GGD, Oproet, Gemeentegids
Opdracht van overheid	1	Kiesbeter
Op basis van vraag vanuit doelgroep	3	MEE, Univé, Zorgbelang
Commerciële achtergrond	5	Independer, Pijntje, Wijsvinger, Telefoongids, iLocal

2.4.3 Verschillen wat betreft de doelgroep

Wat betreft de doelgroep valt er onderscheid te maken tussen de regio die bediend wordt door de digitale sociale kaart en de doelgroep zelf. Die laatste wordt eerst beschreven, daarna volgt een overzicht van hoe de digitale sociale kaarten overlappen en zich onderscheiden van elkaar wat betreft de regio.

Doelgroep

Ook op basis van de bediende doelgroep is een belangrijk onderscheid te maken. Niet alleen burgers maken namelijk gebruik van digitale sociale kaarten, ook zorgverleners zelf maken er bij de uitvoering van hun werkzaamheden gebruik van. Een aantal aanbieders noemt deze beide groepen ook expliciet (zie tabel 2.6), en past de inhoud daar ook op aan. Pijntje heeft speciaal voor professionals bijvoorbeeld een koppeling met het BIG-register. Andere sociale kaarten zijn primair gericht op het bedienen van burgers, maar dat neemt niet weg dat zorgverleners of andere professionals gewoon gebruik kunnen maken van deze systemen. Ook komt het voor dat organisaties (zoals MEE) zelf ook gebruik maken van hun eigen systeem in de uitvoering van hun werkzaamheden. In het geval van MEE is het zelfs zo dat hun digitale sociale kaart (de MEE Adreswijzer) ontstaan is doordat de interne kaartenbak gedigitaliseerd is, en vervolgens toegankelijk is gemaakt voor het publiek.

Tabel 2.6 Verdeling op basis van type doelgroep

Doelgroep	Aantal	Aanbieders
Vooraf burgers	4	Zorgbelang, Gemeentegidsen, WMO Webwinkel, Independer
Burgers en professionals	6	Zorgwijzers, MEE, iLocal, Pijntje, telefoongids
Onduidelijk	4	Univé, Kiesbeter, Oproet, Wijsvinger

Regio

In tabel 2.7 is een overzicht te zien van de aantallen digitale sociale kaarten die zich richten op respectievelijk gemeenten, regio's of het hele land. De gemeentegidsen zijn meegenomen als één digitale sociale kaart, omdat ze wat betreft vorm en inhoud weinig van elkaar verschillen, en elkaar bovendien niet overlappen. Er zijn in totaal 28 digitale gemeentegidsen voor 26 gemeenten: Door twee fusies per 1 januari 2007 zijn er inmiddels enkele gemeenten verdwenen, maar de digitale sociale kaarten voor de oude gemeenten zijn nog wel online. Een niveau hoger, op regionaal niveau, zijn er zes digitale sociale kaarten. Op landelijk niveau zijn er zeven digitale sociale kaarten meegenomen in dit onderzoek.

Tabel 2.7 Verdeling op basis van regio

Regio	Aantal	Aanbieders
Gemeenteniveau	1	Gemeentegidsen (28 stuks voor 26 gemeenten)
Regionaal	6	GGD, MEE, Zorgbelang, Oproet
Nationaal	7	Kiesbeter, Pijntje, Wijsvinger, iLocal, Telefoongids, Independer, Univé

2.4.4 Verschillen wat betreft de inhoud

De inhoud van de diverse digitale sociale kaarten loopt erg uiteen. Binnen deze categorie zijn drie kenmerken gevonden waarop de verschillende kaarten zich van elkaar onderscheiden: de algemene focus, de selectie van zorgverleners en de informatie per zorgverlener.

Algemene focus

Slechts een klein deel van de gevonden digitale sociale kaarten concentreert zich primair op informatie over organisaties op het gebied van zorg en welzijn. Een groter aantal heeft een bredere focus, en biedt ook informatie over (organisaties die opereren op het gebied van) scholing, sport, cultuur, enzovoorts. In tabel 2.8 wordt uiteengezet hoe het aanbod zich verhoudt op dit kenmerk.

Tabel 2.8 Verdeling op basis van algemene focus

Regio	Aantal	Aanbieders
Alleen zorg en welzijn	7	GGD, MEE, Kiesbeter, Univé, Zorgbelang, Pijntje
Bredere focus	6	Oproet, Independer, iLocal, Wijsvinger, Telefoongids, Gemeentegidsen

Selectie van zorgverleners

Terwijl sommige digitale sociale kaarten zich slechts richten op een relatief klein aantal typen zorgverleners, bieden andere juist zoveel mogelijk breedte. Dit kan verschillende achtergronden hebben: het kan dat de aanbieder simpelweg niet over de gegevens van alle mogelijke zorgverleners beschikt, maar het kan ook voortkomen uit een bewuste keuze omdat de dienstverlening zodanig is vormgegeven dat bepaalde zorgverleners geen toegevoegde waarde hebben (zoals MEE zich concentreert op mensen met een handicap, beperking of chronische ziekte, en daarom dus geen tandartsen vermeldt). De diversiteit op dit gebied is dus groot, en het is buitengewoon lastig om hier een duidelijke structuur in aan te brengen. In tabel 2.9 is een algemeen beschrijvend overzicht afgebeeld, waarin in tekst wordt beschreven welke keuzes de aanbieders op

dit gebied hebben gemaakt. Acht digitale sociale kaarten proberen op dit gebied volledige breedte te bieden, en vijf aanbieders hebben een smallere selectie (WMO Webwinkel, MEE Adreswijzer, Kiesbeter, Univé Zorgvinder en Independer).

Tabel 2.9 Algemene focus van de digitale sociale kaarten in Noord-Holland Noord

Naam	Focus
Zorgwijzer Noord-Kennemerland	Volledige breedte
Zorgwijzer Kop van Noord-Holland	Volledige breedte
Oproet	Volledige breedte
Gemeentegidsen	Volledige breedte
WMO Webwinkel	Alleen aanbieders op het gebied van hulp bij huishouden, hulpmiddelen, maaltijden, vervoer, wonen & welzijn
MEE Adreswijzer	Voornamelijk organisaties die iets kunnen betekenen voor mensen met een handicap, beperking of chronische ziekte
Kiesbeter	Alleen apotheken, diëtisten, eerstelijnspsychologen, ergotherapeuten, huisartsen en kraamzorg
Univé Zorgvinder	Alleen zorgverleners die vanuit de basisverzekering worden vergoed, en die afspraken hebben gemaakt met Univé
Wijsvinger	Onduidelijk
Pijntje	Volledige breedte
iLocal	Volledige breedte
Telefoongids	Volledige breedte
Independer	Alleen ziekenhuizen & klinieken, huisartsen, thuiszorgorganisaties en fysiotherapeuten
Zorgbelang	Gehandicaptenzorg, GGZ, Thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen

Informatie per zorgverlener

De basisinformatie die iedere digitale sociale kaart biedt, zijn naam- en adresgegevens van zorgverleners. Sommige digitale kaarten bieden echter ook nog extra informatie, zoals achtergrondinformatie (missie/doel) over de genoemde organisaties, informatie over behandelmethoden, en openingstijden. Ook bieden sommige systemen een vergelijkingsmodule waarbij aanbieders op kenmerken naar keuze met elkaar kunnen worden vergeleken. In tabel 2.10 wordt een overzicht gegeven van de informatie die de verschillende digitale sociale kaarten per zorgverlener aanbieden. Daarbij wordt uitgegaan van de mogelijkheden die de verschillende systemen bieden; niet bij iedere zorgverlener hoeft alle extra informatie ook daadwerkelijk vermeld te zijn.

Tabel 2.10 Informatie per zorgverlener

Informatie per zorgverlener	Aantal	Aanbieders
Alleen naam- en adresgegevens	3	Pijntje, Wijsvinger, Gemeentegidsen
Extra informatie over de organisatie	9	Zorgwijzers, Independer, Oproet, MEE, Telefoongids, iLocal, WMO Webwinkel, Kiesbeter
Extra informatie over behandelingen of specialismen	6	Zorgwijzers, Independer, MEE, WMO Webwinkel, Kiesbeter
Vergelijkingsmodule	3	WMO Webwinkel, Independer, Kiesbeter

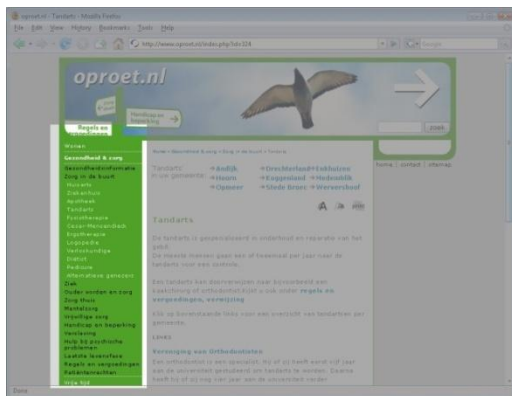
2.4.5 Verschillen wat betreft de interface

Navigatie en zoekmogelijkheden

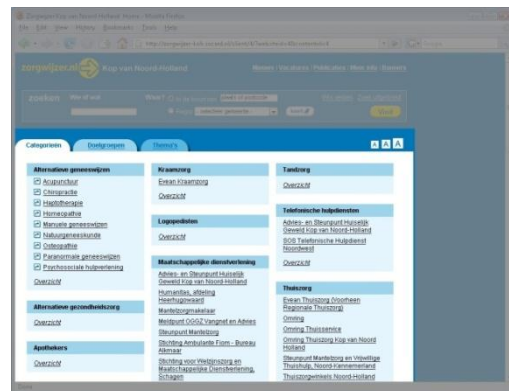
Navigatie en zoekmogelijkheden hangen sterk met elkaar samen, aangezien de primaire functie van digitale sociale kaarten het verstrekken van naam- en adresgegevens van zorgverleners, op basis van een bepaalde vraag van een gebruiker. De navigatie en zoekmogelijkheden bepalen de manier waarop de gebruiker het antwoord op zijn vraag kan vinden. Drie veelvoorkomende constructies zijn:

- Thematische navigatiebomen waarin gebruikers kunnen bladeren (Zorg in de buurt -> Huisartsen -> Alkmaar). Een voorbeeld van een navigatieboom is te zien in figuur 2.1. Daarin is een afbeelding te zien van Oproet, één van de digitale sociale kaarten die gebruik maken van een navigatieboom.
- Platte overzichtspagina's waarop een gebruiker kan kiezen uit categorieën. In figuur 2.2 is de tweede mogelijkheid te zien: een overzichtspagina waarop gebladerd kan worden in de beschikbare categorieën. Afgebeeld is de Zorgwijzer Kop van Noord-Holland.
- Zoekformulieren waarmee een gebruiker zijn vraag kan invoeren. Bij deze laatstgenoemde zoekfunctie is vaak ook een mogelijkheid om een straal op te geven, zodat het systeem de zorgverleners in een denkbeeldige geografische cirkel weer kan geven. In figuur 2.3 is de zoekfunctie zichtbaar zoals die op verschillende digitale sociale kaarten wordt gebruikt. De MEE Adreswijzer is er een mooi voorbeeld van.

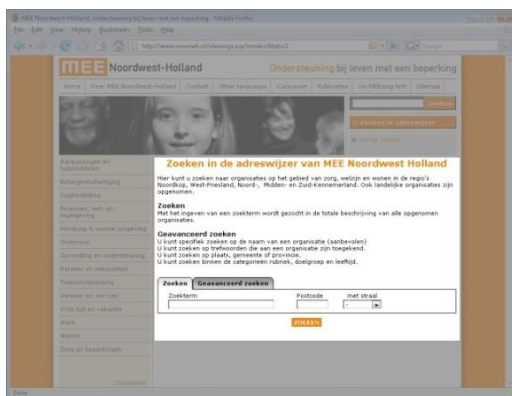
Figuur 2.1 Navigatieboom Oproet



Figuur 2.2 Overzichtspagina Zorgwijzer



Figuur 2.3 Zoekfunctie MEE Adreswijzer



Op de meeste digitale sociale kaarten zijn overigens meerdere van deze mogelijkheden, gecombineerd met elkaar, te vinden. De meeste digitale sociale kaarten kiezen voor een navigatieboom of een 'platte' overzichtspagina, aangevuld met een zoekfunctie. De zoekfunctie is bij sommige systemen ook in een uitgebreide versie beschikbaar. In tabel 2.11 wordt weergegeven welke keuzes er bij de verschillende systemen gemaakt zijn. In theorie zijn er zes verschillende variaties mogelijk, maar geen enkele aanbieder heeft er voor gekozen om alleen een navigatieboom te gebruiken, of een navigatieboom met een overzichtspagina te combineren. Daarom worden er in de tabel slechts vier mogelijkheden genoemd. In tabel 2.12 is een overzicht weergegeven van de situatie bij de verschillende gemeentegidsen. Er zijn daar vier verschillende uitgevers, die allemaal hun eigen mogelijkheden bieden.

Tabel 2.11 Overzicht navigatie- en zoekmogelijkheden

Navigatiekeuze	Aantal	Systemen
Alleen overzichtspagina	1	Independer
Alleen Zoekfunctie	2	Zorgbelang, Univé Zorgvinder
Navigatieboom en zoekfunctie	2	Oproet
Overzichtspagina en zoekfunctie	8	Zorgwijzers, MEE Adreswijzer, WMO Webwinkel, Wijsvinger, Pijntje, iLocal, Telefoongids

Tabel 2.12 Navigatiemogelijkheden van gemeentegidsen

Digitale Sociale Kaart	Navigatieboom	Overzichtspagina	Zoekfunctie
Gemeentegidsen			
Lokaaltotaal (lokaaltotaal)	Nee	Ja	Ja
AKSE Media (smartmap)	Ja	Nee	Ja
FMR Producties (digigids)	Ja	Nee	Ja
De Kleine Media (gemeentegidsen.net)	Nee	Ja	Nee

Toegankelijkheidsopties

Zoals in paragraaf 2.4.3 beschreven is, is de doelgroep gevarieerd en groot. Onder deze doelgroep vallen ook gebruikers met afwijkingen of aandoeningen die het gebruik van internet in het algemeen of websites in het bijzonder bemoeilijken. Daarom hebben veel websites toegankelijkheidsopties, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om de lettergrootte aan te passen, de geschreven tekst voor te laten lezen (*Readspeech*) of de optie om schermen in hoog contrast af te laten beelden om de tekst beter af te laten steken van de achtergrond. Overigens zijn er aan de cliëntzijde (op de computer van de gebruiker) ook velerlei mogelijkheden denkbaar, maar het aanbieden van dergelijke mogelijkheden op de websites zelf getuigt in ieder geval van welwillendheid van de aanbieder, en de toegankelijkheidsopties kunnen deze gebruikers in ieder geval het gevoel geven dat er rekening met ze gehouden wordt. Bovendien zijn deze opties onafhankelijk van de computer van de gebruiker, wat betekent dat ook openbare computers of computers van derden (in bibliotheken of internetcafés) door deze doelgroep gebruikt kunnen worden.

Tabel 2.13

Toegankelijkheidsopties per digitale sociale kaart

Systeem	Lettergrootte	Voorleesfunctie	Overig
Zorgwijzer Noord-Kennemerland	Ja	Nee	
Zorgwijzer Kop van Noord-Holland	Ja	Nee	
Oproet	Ja	Nee	
WMO Webwinkel	Ja	Nee	
MEE Adreswijzer	Nee	Nee	
Kiesbeter	Ja	Ja	
Univé Zorgvinder	Nee	Nee	
Wijsvinger	Nee	Nee	
Pijntje	Ja	Nee	Kale contrastrijke opmaak mogelijk
iLocal	Nee	Nee	
Telefoongids	Nee	Nee	
Independer	Nee	Nee	
Zorgbelang			

Gemeentegidsen			
Lokaaltotaal (lokaaltotaal)	Nee	Nee	
AKSE Media (smartmap)	Ja	Nee	
FMR Producties (digigids)	Nee	Nee	
De Kleine Media (gemeentegidsen.net)	Ja	Ja	
Totaal	8	2	

Zoals in tabel 2.13 zichtbaar is, zijn er slechts twee digitale sociale kaarten die de mogelijkheid bieden de geschreven tekst voor te lezen: Kiesbeter, en één van de vier aanbieders van digitale gemeentegidsen. De mogelijkheid om de lettergrootte aan te passen is een functie die vaker voorkomt: 6 regionale of landelijke systemen bieden deze mogelijkheid, en twee digitale gemeentegidsen. Daarnaast biedt pijntje.nl nog de mogelijkheid om de hele grafische layout uit te schakelen, zodat een strakke contrastrijke website ontstaat die beter geschikt zou moeten zijn voor slechtzienden.

2.4.6 Verschillen wat betreft het beheer

Een laatste hoofdcategorie betreft het beheer van de digitale sociale kaarten. Zoals in tabel 2.1 al is afgebeeld, zijn er binnen deze categorie drie kenmerken te onderscheiden waarop de verschillende digitale sociale kaarten van elkaar verschillen. Ten eerste is er de wijze van beheer: wat is de opzet van het beheer van de informatie? Daarnaast maken veel kaarten gebruik van een eigen technisch systeem, maar er zijn enkele systemen die vaker gebruikt worden. Tot slot zijn er nog verschillen in de financiering van de verschillende systemen.

Wijze van beheer

Sommige aanbieders onderhouden het complete adressenbestand zelf. De meeste van hen hebben in ieder geval een contactpunt waar zorgverleners hun actuele informatie kunnen achterlaten, waarna de aanbieder zelf de informatie toevoegt of bijwerkt. Het bijhouden van de informatie geschiedt dan meestal pas op initiatief van de zorgverlener, maar meestal doen deze aanbieders zelf ook periodiek (eens per jaar bijvoorbeeld) een controle op hun gegevens door middel van een mailing. Andere aanbieders bieden – om verschillende redenen – de mogelijkheid om zorgverleners zelf hun gegevens aan te laten passen. Een dergelijke constructie neemt de aanbieder veel werk uit handen, maar heeft wel tot gevolg dat er minder

controle mogelijk is over de afgebeelde informatie, en dat zorgverleners juist extra belast worden met de taak om hun informatie op diverse digitale sociale kaarten bij te houden. Hoewel deze constructie het meest de gelegenheid biedt tot het aanbieden van actuele gegevens, valt of staat het succes hiervan met de mate van inspanning van de zorgverleners. Als zij de moeite nemen om hun gegevens bij te werken, hebben zij natuurlijk als geen ander de beschikking over de meest juiste en volledige informatie. Juist om deze reden kiezen sommige aanbieders er bewust voor om de informatie niet te laten beheren door derden. Een andere constructie die gebruikt wordt is een onderscheid tussen betaalde vermeldingen en gratis vermeldingen. Zorgverleners die betalen voor hun vermelding krijgen dan extra mogelijkheden, zoals een meer prominente vermelding, of de mogelijkheid om hun eigen gegevens bij te werken en een uitgebreid profiel op te stellen. Vaak is het ook zo dat aanbieders complete adressenbestanden aangeleverd krijgen van overkoepelende organisaties zoals de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Nivel of ActiZ. Eens in de zoveel tijd krijgen de aanbieders dan een nieuw adressenbestand dat het oude vervangt. Eigenlijk zijn er erg veel verschillen wat betreft de wijze van informatiebeheer. Een onderscheid dat echter wel goed te maken is, is op basis van de mogelijkheid voor zorgverleners om zelf hun eigen informatie bij te werken. In tabel 2.14 is een verdeling op basis van deze mogelijkheid afgebeeld.

Tabel 2.14 *Verschillen op basis van wijze van beheer*

Navigatiekeuze	Aantal	Systemen
Beheer door aanbieder	9	Independer, Zorgbelang, Univé Zorgvinder, Oproet, MEE Adreswijzer, Telefoongids, Gemeentegidsen, Wijsvinger, Kiesbeter
Beheer door zorgverleners zelf mogelijk	5	Zorgwijzers, Pijntje, iLocal, Wmo Webwinkel

Technisch systeem

Veel aanbieders hebben hun eigen systeem ontwikkeld, en ieder systeem is dus anders. Er zijn echter enkele systemen beschikbaar in Nederland die door verschillende organisaties gebruikt worden, zoals de G!DS van de Vereniging van Openbare Bibliotheken en SoCard van Orange Hill. Vooral verschillende GGD'en maken gebruik van deze systemen. In de regio Noord-Holland Noord is Oproet gebaseerd op de G!DS, en de Zorgwijzers Noord-Kennemerland & Kop van Noord-Holland en de WMO Webwinkel maken gebruik van SoCard. Beide systemen maken gebruik van een centrale landelijke database, van waaruit gegevens worden gehaald voor een specifieke regio. Iedere regio maakt dus zijn eigen selectie uit de landelijke database, wat als voordeel heeft dat landelijke (of in ieder geval regio-overstijgende) organisaties ook een vermelding kunnen krijgen, zonder dat de gegevens bij iedere afzonderlijke digitale sociale kaart bijgewerkt moeten worden. Wat betreft het beheer van de gegevens biedt deze opzet dus een aantal voordelen. Bovendien biedt deze opzet voordelen voor gebruikers in de randen van het werkgebied van de betreffende regio. Als de grenzen strak afgebakend zijn, ligt er ook een strakke grens in de selectie van zorgverleners. Inwoners van Castricum krijgen dan bijvoorbeeld geen zorgverleners te zien uit Zaandam omdat de grens van Noord-Holland Noord net onder hen door loopt, terwijl daar wel zorg voor hen beschikbaar is en zij het wellicht ook zeer wenselijk zouden vinden om daar terecht te kunnen voor zorg. Bij een regio-overstijgende digitale sociale kaart met een landelijke

database is het mogelijk om wel over de rand van de regio te kijken, en is het mogelijk om alle inwoners van het werkgebied alle zorgverleners in een willekeurige straal van hun woonplaats te presenteren.

Financiering

Het laatste kenmerk waarop de verschillende digitale sociale kaarten in dit onderzoek van elkaar onderscheiden worden, is de financiering ervan. Ook hier geldt dat er verschillende variaties mogelijk zijn: sommige kaarten worden volledig gefinancierd vanuit directe of indirecte overheidsgelden, terwijl andere systemen volledig afhankelijk zijn van reclame-inkomsten. Ook vragen sommige aanbieders een financiële bijdrage van de deelnemers voor hun (al dan niet uitgebreide) vermelding. Soms is er sprake van een combinatie van bovenstaande mogelijkheden. Niet van ieder systeem is echter duidelijk hoe de financiering exact in elkaar zit. Doordat de achtergronden van de financiering vrij ingewikkeld zijn en van weinig digitale sociale kaarten bekend is hoe de financiering is geregeld, is het niet mogelijk hier een overzichtelijke structuur in aan te brengen.

2.5 Concluderend

De veronderstelling dat het aanbod van informatie zoals bedoeld binnen dit onderzoek, inderdaad zeer groot en divers is, blijkt te kloppen. Er zijn minstens 14 digitale sociale kaarten actief in de regio, die op in ieder geval 13 kenmerken van elkaar verschillen. Hoewel de variatie erg groot is, zijn er bij de meeste kenmerken duidelijke verdelingen in een klein aantal varianten zichtbaar. Opvallende zaken zijn vooral dat er meerdere (deels vergelijkbare en overlappende) digitale sociale kaarten zijn die voortkomen uit een wettelijke taak, en dat het merendeel van de digitale sociale kaarten regionale of landelijke dekking heeft. Op gemeenteniveau zijn alleen de gemeentegidsen actief.

3 Behoeftanalyse

3.1 Inleiding

Om de behoefte van gebruikers van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord af te kunnen zetten tegen het aanbod van informatie, is het nodig om naast het aanbod ook de vraag naar informatie systematisch in kaart te brengen. Het aanbod van digitale sociale kaarten is in hoofdstuk 2 al uitgebreid besproken. In dit hoofdstuk wordt besproken welke stappen zijn ondernomen om tot een duidelijk beeld van de informatiebehoefte van de doelgroep te komen.

Het doel van de behoeftanalyse is duidelijk: men wil te weten komen hoe de informatiebehoefte van de gebruikers van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord er precies uit ziet. De behoeftanalyse draait dus om de derde deelvraag zoals genoemd in paragraaf 1.5:

Wat voor wensen heeft de doelgroep wat betreft digitale sociale kaarten op het gebied van gezondheidszorg?

Eigenlijk is deze deelvraag weer onder te verdelen in twee subvragen:

- Hoe ziet het zoekgedrag van de doelgroep eruit?
- Wat zijn de wensen van de doelgroep ten aanzien van digitale sociale kaarten?

3.2 Methode

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de behoeftanalyse is opgezet en uitgevoerd. Eerst wordt een algemene beschrijving gegeven van het onderzoek en de doelgroep (paragraaf 3.2.1), waarna ingegaan wordt op de werving van de respondenten (3.2.2) en het interviewschema (3.2.3)

3.2.1 Globale beschrijving van het onderzoek

Voordat deze onderzoeksvraag beantwoord kon worden, is eerst vastgesteld hoe de doelgroep eruit ziet. De beschrijving van de doelgroep is aangereikt door de opdrachtgevers van dit onderzoek. Zij geven aan dat de doelgroep in ieder geval bestaat uit de volgende groepen:

- Inwoners van Noord-Holland Noord
- Zorgverleners in de regio Noord-Holland Noord

Er zijn nu verschillende methoden mogelijk om een beeld te krijgen van de behoefte van deze groepen ten aanzien van digitale sociale kaarten op het gebied van gezondheidszorg. Dit onderzoek is zeer exploratief en kwalitatief van aard, omdat er op verkennende wijze gezocht wordt naar factoren, patronen en relatief vage processen die nog niet duidelijk in kaart gebracht zijn. Daardoor zijn vooral focus groepen of individuele interviews geschikte onderzoeksinstrumenten. Langford & McDonagh (2003) en Morgan (1998) beschrijven

verschillende voor- en nadelen van beide instrumenten. Er is voor gekozen om individuele interviews af te nemen onder de doelgroepen zoals die hierboven beschreven zijn, omdat deze methode het best past bij het verkennende karakter van het onderzoek en de mogelijke diversiteit binnen de doelgroepen. Het gaat om open semigestructureerde interviews, waarbij de vragen gebaseerd zijn op de kenmerken die tijdens de inventarisatie van het aanbod naar voren zijn gekomen.

3.2.2 *Werving respondenten*

Gestreefd is naar een aantal van ongeveer 10 tot 15 personen per onderzoekseenheid, waarbij gestopt werd zodra informatieverzadiging optrad (Baarda, De Goede & Teunissen, 2001). De doelgroep 'burgers' is benaderd in de bibliotheek in Alkmaar. Willekeurige passanten werd gevraagd of zij mee wilden werken aan het onderzoek. In de bibliotheek was er gelegenheid om rustig in een comfortabele omgeving te praten. Het bleek echter dat de weinig bezoekers bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Daarom is vervolgens ook gebruik gemaakt van personen in de persoonlijke omgeving van de onderzoeker.

Wat betreft de tweede doelgroep, de zorgverleners, ligt dit anders. De meest eenvoudige manier om voldoende medewerkers op het gebied van zorg, welzijn en wonen te benaderen is via de opdrachtgevers van het onderzoek. Zij hebben veel contacten in deze sector, en kunnen op die manier ruim voldoende personen benaderen voor medewerking. Ook bij deze groep is gestreefd naar een zo representatief mogelijke steekproef.

3.2.3 *Interviewschema*

Eén van de problemen van de huidige situatie is dat het huidige aanbod onvoldoende vraaggericht was. Daarom is getracht om in deze fase van het onderzoek niet direct het uitgangspunt van het aanbod te kiezen, maar om zo objectief en gestructureerd mogelijk de vraag te inventariseren. Er wordt bijvoorbeeld niet concreet gevraagd of de respondenten de GGD of hun zorgverzekeraar een geschikte aanbieder vinden, maar de vraag wordt algemener gesteld: "Van welke organisatie verwacht u dergelijke informatie?".

Naast burgers vormen ook de zorgverleners zelf een belangrijk onderdeel van de doelgroep. Het is te verwachten dat zij concretere antwoorden kunnen geven op bovenstaande vragen omdat zij zelf dagelijks actief zijn in de gezondheidszorg, maar ook andere zaken spelen bij hen een rol. Verschillende zorgverleners hebben bijvoorbeeld een doorverwijzende functie, en maken in de uitoefening van hun functie wellicht ook gebruik van digitale sociale kaarten. Verder zijn zij niet alleen gebruiker maar ook het lijdend voorwerp. Daarom werd de zorgverleners ook een aantal vragen gesteld over hun visie op het huidige aanbod, en over hun wensen ten aanzien van hun eigen vermelding.

De meeste vragen zijn kwalitatief van aard: het is de bedoeling vast te stellen of, hoe en waar mensen informatie zoeken en welke informatie zij precies zoeken. Er zijn echter ook enkele vragen meer kwantitatief van aard, om in de verslaglegging enige duidelijkheid te kunnen geven over hoeveel mensen gebruik maken

van digitale sociale kaarten, welke ze dan zoal gebruiken, en of ze eigenlijk wel op de hoogte zijn van het bestaan van dergelijke systemen.

Het complete interviewschema voor burgers is afgebeeld in kader 3.1, en in kader 3.2 staat het interviewschema voor de zorgverleners.

Kader 3.1 Interviewschema burgers

Voorstellen: Tjeerd Kuiper, ben voor de Universiteit Twente en de GGD Hollands Noorden bezig met een onderzoek naar de manier waarop mensen informatie zoeken over zorgverleners, en dan specifiek op internet. Duurt ongeveer twintig minuten. *Anonieme verwerking!*

Demografische vragen

- Leeftijd
- Woonplaats

Zoekgedrag

- 1 Gebeurt het wel eens dat u op zoek bent naar informatie over *zorgverleners*? (Dus niet over gezondheidsinformatie, ziekten/aandoeningen of medicijnen, maar over zorgverleners?)
- 2 Hoe vaak komt dit voor?
- 3 Stel, u bent op zoek naar informatie over een zorginstelling, hoe gaat u dan te werk?
- 4 Maakt u hiervoor ook wel eens gebruik van internet? Hoe vaak? En hoe zoekt u dan?

Uitleggen wat wordt verstaan onder een digitale sociale kaart: een website waarop mensen in ieder geval naam- en adresgegevens kunnen vinden van organisaties die werkzaam zijn op het gebied van zorg en welzijn. Soms bieden ze nog meer informatie over de organisatie, zoals openingstijden of informatie over de diensten en behandelingen.

Vragen over de inhoud

- 5 Welke informatie zou u willen zien per zorgverlener?
- 6 Zou u liever een digitale sociale kaart willen zien die puur gefocust is op zorg en welzijn, of mag hij ook breder van focus zijn? (wonen, sport, scholing, ...)

Vragen over de interface

- 7 Welke navigatieopzet vindt u handig? (aan de hand van voorbeeldafbeeldingen)
- 8 Waarom vindt u dit handig?

Vragen over de doelgroep

- 9 Van welke regio wilt u informatie kunnen vinden? (hoe groot: gemeentelijk, regionaal, landelijk?)

Vragen over de aanbieder

- 10 Van welke organisaties weet u dat ze dergelijke informatie aanbieden?
- 11 Welke organisaties vindt u zelf het meest geschikt om dergelijke informatie aan te bieden?
- 12 Waarom juist deze organisaties?
- 13 Van welke organisaties uit dit rijtje (aanvinken) weet u dat ze dergelijke informatie aanbieden?
- 14 Welke organisaties uit dit rijtje (aanvinken) vindt u zelf het meest geschikt om dergelijke informatie aan te bieden?
- 15 Waarom juist deze organisaties?

Afsluitend

- 16 Na samenvatting: wat maakt een digitale sociale kaart verder tot een goede digitale sociale kaart?

Voorstellen: Tjeerd Kuiper, ben namens ... bezig met een onderzoek naar de manier waarop mensen informatie zoeken over zorgverleners, en dan specifiek op internet. Duurt ongeveer dertig minuten. *Anonieme verwerking!*

Demografische vragen

- Leeftijd
- Woonplaats / werkgebied praktijk

Zoekgedrag

- 1 Wat vindt u over het algemeen van digitale sociale kaarten?
- 2 Gebruikt u zelf wel eens digitale sociale kaarten in de uitoefening van uw functie? Zo ja: hoe vaak?
- 3 Welke digitale sociale kaarten gebruikt u dan?
- 4 Waarom gebruikt u deze digitale sociale kaart(en)?

Huidige aanbod

- 5 Wat vindt u van het huidige aanbod van digitale sociale kaarten?
- 6 Denkt u dat burgers goed bediend worden volgens het huidige aanbod?
- 7 Waarom denkt u dat?
- 8 Denkt u dat er met het huidige aanbod voldoende rekening wordt gehouden met de belangen en wensen van zorgverleners?
- 9 Wat vindt u van het idee om met één digitale sociale kaart zowel burgers als professionals te bedienen? Waarom?
- 10 Welke informatie zou u graag over u zelf willen presenteren op digitale sociale kaarten?
- 11 Wat vindt u van de mogelijkheid om zelf uw gegevens bij te werken?
- 12 Wat vindt u van de constructie om zorgverleners te laten betalen voor hun vermelding?

Vragen over de inhoud

- 13 Welke informatie zou u willen zien per zorgverlener?
- 14 Zou u liever een digitale sociale kaart willen zien die puur gefocust is op zorg en welzijn, of mag hij ook breder van focus zijn? (wonen, sport, scholing, ...)

Vragen over de interface

- 15 Welke navigatieopzet vindt u handig? (aan de hand van voorbeeldafbeeldingen)
- 16 Waarom vindt u dit handig?

Vragen over de doelgroep

- 17 Van welke regio wilt u informatie kunnen vinden? (hoe groot: gemeentelijk, regionaal, landelijk?)

Vragen over de aanbieder

- 18 Van welke organisaties weet u dat ze dergelijke informatie aanbieden?
- 19 Welke organisaties vindt u zelf het meest geschikt om dergelijke informatie aan te bieden?
- 20 Waarom juist deze organisaties?
- 21 Van welke organisaties uit dit rijtje (aanvinken) weet u dat ze dergelijke informatie aanbieden?
- 22 Welke organisaties uit dit rijtje (aanvinken) vindt u zelf het meest geschikt om dergelijke informatie aan te bieden?
- 23 Waarom juist deze organisaties?

Afsluitend

Na samenvatting: wat maakt een digitale sociale kaart verder tot een goede digitale sociale kaart?

3.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de interviews met burgers en zorgverleners beschreven. Hierbij zijn de vijf categorieën terug te vinden die ook gebruikt zijn bij de inventarisatie van het aanbod en de interviewschema's. Per categorie wordt besproken hoe de wensen van de doelgroep eruit zien ten aanzien van de betreffende categorie en kenmerken. Daarnaast wordt aandacht besteed aan resultaten die buiten deze vijf categorieën vielen, zoals het daadwerkelijke zoekgedrag. Bij de behandeling van iedere categorie worden de resultaten van de gesprekken met burgers en zorgverleners los genoemd.

3.3.1 Beschrijving onderzoeksgroep

In totaal hebben tien burgers en acht zorgverleners deelgenomen aan dit onderzoek. Zij waren allemaal woonachtig of werkzaam in de regio Noord-Holland Noord. Onder de burgers waren vier mannen en zes vrouwen, en hun leeftijd liep uiteen van 26 tot 72 jaar. De gemiddelde leeftijd onder de burgers was 52 jaar. Onder de zorgverleners was de leeftijdsverdeling vergelijkbaar gelijkmatig, en onder hen waren precies evenveel mannen (4) als vrouwen (4). Niet van alle respondenten is de exacte leeftijd bekend, in een enkel geval is de leeftijd geschat. De zorgverleners waren werkzaam in verschillende beroepen: twee huisartsen, twee fysiotherapeuten, een ergotherapeut, een *physician assistant*, en psychiater en de mede-eigenaar van een particuliere thuiszorgorganisatie.

3.3.2 Zoekgedrag

Vijf van de tien burgers gaven aan dat ze voor de keuze van zorgverleners blind vertrouwen op hun huisarts. Vier respondenten gaven aan dat ze in een dergelijk geval het internet zouden gebruiken, door te zoeken met een zoekmachine. Drie keer werd gezegd dat men ook het eigen sociale netwerk raadpleegde als men dergelijke informatie zocht. Twee respondenten zouden een particulier bureau (zorgmakelaar) inschakelen, en ook een patiëntenvereniging werd twee keer genoemd. Daarnaast gaven alle respondenten aan dat ze zelden (hooguit enkele keren per jaar, meestal minder) op zoek waren naar dergelijke informatie. De naamsbekendheid onder burgers is – zonder al te veel op de conclusies vooruit te lopen – slecht te noemen: slechts een enkeling weet van het bestaan van één of meer digitale sociale kaarten af.

De gesprekken met zorgverleners bevestigden dit beeld: ook zij meldden dat hun patiënten meestal afgaan op het oordeel van hun huisarts of andere zorgverleners, dat men afgaat op tips van mensen uit hun directe omgeving, of dat ze zelf zoeken door middel van Google. Eén van de zorgverleners beschreef het volgende:

“Ik vraag altijd aan nieuwe klanten hoe ze bij ons terecht zijn gekomen. Meestal is dat via-via, en eigenlijk nooit omdat we vermeld staan op bijvoorbeeld de Zorgwijzer.”

Ook de zorgverleners zelf bleken weinig gebruik te maken van digitale sociale kaarten. Vijf personen gaven aan dat ze er eigenlijk nooit gebruik van maken, en dat ze voornamelijk gebruik maken van een eigen netwerk van bekenden. Slechts een enkeling kon er hooguit één of een paar noemen (twee keer de Zorgwijzer, één keer Praktijkassistent, een digitale sociale kaart voor praktijken die verder niet is meegenomen in dit onderzoek, en één keer een zorgverzekeraar) dus ook onder zorgverleners is de naamsbekendheid van de digitale sociale

kaarten in de regio slecht. Net als bij de burgers, gaven ook bij de zorgverleners een aantal personen aan voornamelijk Google te gebruiken als er informatie opgezocht moet worden.

3.3.3 Wensen ten aanzien van de inhoud

Gewenste informatie per zorgverlener

Burgers waren over het algemeen gelijkgestemd over welke informatie er aangeboden moet worden per zorgverlener: contactgegevens en informatie over specialisatie en behandelingen werden door de meerderheid van de respondenten genoemd (acht van de tien). Enkele (twee) burgers hadden daarnaast behoefte aan informatie die kon bijdragen aan een betrouwbare indruk van de betreffende organisatie of zorgverlener. Eén persoon noemde zelfs foto's van de praktijkruimte en de zorgverleners. Daarnaast noemden respondenten zaken als openingstijden (2) en de te volgen procedure om bij de betreffende zorgverlener terecht te kunnen (2). Slechts twee van de tien burgers vonden alleen de namen, adressen en telefoonnummers voldoende. Ook opperden twee respondenten onafhankelijk van elkaar de mogelijkheid om ervaringen met zorgverleners te kunnen plaatsen en zodoende zorgverleners met elkaar te kunnen vergelijken, maar ook dit idee werd niet breed gedragen en de betreffende respondenten kwamen tijdens het gesprek zelf tot de conclusie dat er veel haken en ogen aan dit concept zaten.

In tabel 3.1 worden de resultaten van de gesprekken met de burgers tegenover die van de zorgverleners gezet. Drie van de acht zorgverleners gaven aan dat ze niet meer zouden willen vermelden dan hun naam, adres en telefoonnummer en een link naar een eigen website. De andere vijf zouden graag uitgebreide achtergronden over hun eigen praktijk of organisatie willen vermelden voor burgers. Daarbij werden zaken als behandelmethoden (5), registraties en aansluitingen bij beroepsverenigingen (4) en openingstijden (2) genoemd. Als men zelf op zoek ging naar informatie over andere zorgverleners had men veelal genoeg aan een link naar een website, of aan korte steekwoorden die de werkzaamheden van andere zorgverleners beschrijven.

Tabel 3.1 Gewenste informatie per zorgverlener (aantallen keren genoemd)

Burgers (10 totaal)	Zorgverleners (8 totaal)
Contactgegevens (10)	Contactgegevens (8)
Informatie over specialisaties en behandelingen (8)	Behandelmethoden (5)
Informatie t.b.v. inschatting betrouwbaarheid (2)	Registraties en aansluitingen bij beroepsverenigingen (4)
Openingstijden (2)	Openingstijden (2)
Mogelijkheid tot het delen van ervaringen en kunnen vergelijken (2)	

Wensen ten aanzien van de algemene focus

Zeven van de tien burgers vonden het prettig een digitale sociale kaart te hebben die zich beperkt tot gezondheidszorg. Gezondheidszorg zou al ingewikkeld genoeg zijn, een bredere focus zou alleen maar verwarrender en onoverzichtelijk zijn. De andere drie respondenten hadden geen probleem met een verbreding van de focus. Opvallend hierbij is dat de mensen die geen bezwaar hadden tegen een brede focus,

meestal minder gedetailleerde informatie per zorgverlener wilden. De burgers die vroegen om uitgebreide achtergrondinformatie, gaven vaak ook aan dat ze liever een specifieke sociale kaart voor alleen de gezondheidszorg zouden willen gebruiken.

Ook de meeste zorgverleners zeiden het verstandig te vinden om een dergelijk systeem te beperken tot de gezondheidszorg, en soms zelfs nog smaller tot de specifieke beroepsgroep. Als opmerking daarbij werd af en toe gemaakt dat men merkte dat burgers niet alleen op zoek zijn naar de namen, adressen en achtergrondgegevens van zorgverleners, maar ook vaak hulp nodig hebben bij de weg die gevolgd moet worden om in aanmerking te komen voor bepaalde zorg. Voor zorgverleners vond men deze informatie vaak niet nodig.

3.3.4 Wensen ten aanzien van de interface

Aan de hand van drie schermafbeeldingen is de respondenten gevraagd naar de navigatiestructuur die hen het meest aansprak. Daarbij kon (zoals in paragraaf 2.4.5 te zien is) gekozen worden uit drie stereotype structuren. De meeste respondenten vonden het erg moeilijk om er één te kiezen. Allerlei voor- en nadelen van de verschillende constructies passeerden de revue. In tabel 3.2 worden de genoemde voor- en nadelen vermeld.

Tabel 3.2 Voor- en nadelen van verschillende navigatiestructuren, genoemd door de burgers en zorgverleners

	Voordelen	Nadelen
Navigatieboom	Vastgestelde indeling helpt sturen	
Platte categoriestructuur	Vastgestelde indeling helpt sturen Leuk als je rondneust	Onoverzichtelijk grote pagina, veel scrollen Minder geschikt als je gericht wilt zoeken
Vrij zoekveld	Makkelijk om gericht te zoeken	Gevoelig voor typefouten Moeilijk om het goede begrip te vinden

Hoewel de meningen zeer uiteenliepen, kwam de navigatieboom (zoals te zien in afbeelding 2.1) onder burgers als favoriet naar voren. In eerste instantie koos men vaak voor het open zoekformulier (zoals te zien in afbeelding 2.3), maar de gevoeligheid van deze opzet voor typefouten was een veelgenoemd nadeel. Zorgverleners spraken vaak hun voorkeur uit voor het vrije zoekveld, omdat zij (naar eigen zeggen) goed wisten welke zoektermen ze konden gebruiken. Een fysiotherapeut gaf als voorbeeld:

“Een man die een zere rug heeft, gaat zoeken op rugpijn, of hooguit op fysiotherapie. Als professional heb je meer kennis, dus ik weet dat ik kan zoeken op manueel therapie. En dan vind ik veel sneller wat ik zocht dan die patiënt. Die zou waarschijnlijk beter geholpen zijn met zo’n navigatiekolom en meer uitleg in de tekst.”

Een vastgestelde indeling in categorieën had onder de burgers uiteindelijk inderdaad toch vaak de voorkeur. Vijf van de tien burgers kozen deze opzet als favoriet. Drie burgers noemden de platte categorieopzet als favoriet, en slechts twee burgers gaven de voorkeur aan het vrije zoekveld. Respondenten vonden het erg moeilijk een keuze te maken, wat ook bleek uit het volgende voorbeeld:

“Ik vind het erg moeilijk om er één uit te kiezen. Het is ook niet altijd dezelfde die ik fijn vind, het hangt erg af van wat ik zoek op dat moment. Als ik echt iets specifiek zoek, wil ik soms gewoon een opdracht in kunnen vullen (...). Tenzij ik natuurlijk niet weet hoe dat heet. Maar als ik gewoon aan het rondkijken ben, vind ik het wel fijn als ik door zo’n indeling kan bladeren.”

3.3.5 Wensen ten aanzien van de doelgroep

Aan burgers is alleen gevraagd welke regio een digitale sociale kaart volgens hen zou moeten dekken. Bijna allemaal gaven ze aan dat het per zorgverlener sterk kan verschillen hoe ver deze uit de buurt gezocht wordt, maar dat in de meeste gevallen een regionale dekking voldoende zou moeten zijn. De precieze invulling van ‘regionaal’ verschilde (de ene respondent noemt een cirkel van 25 km rondom zijn woonplaats, de ander noemt concreet de provincie Noord-Holland of de regio Noord-Holland Noord) maar de strekking is duidelijk. Twee burgers zouden het liefst een compleet landelijk dekkend systeem zien, zodat ze in alle mogelijke zorgaanbieders kunnen zoeken. *“Juist het zoeken ver van huis is soms misschien nuttig,”* gaf één van hen aan. Slechts één burger gaf aan genoeg te hebben aan gemeentedeckking.

Onder zorgverleners liepen de meningen ook licht uiteen, maar ook onder hen zeiden de meesten dat een regionale dekking voldoende zou zijn. Ook de zorgverleners gaven aan dat het sterk kan verschillen per zorgverlener: *“voor speciale specifieke behandelingen ben je soms bereid naar de andere kant van het land te reizen, maar voor veel andere zaken is regioniveau prima.”* Niemand vond een complete landelijke dekking noodzakelijk, maar een enkeling noemde wel dat het handig zou zijn als je via je ‘eigen’ digitale sociale kaart doorverwezen kan worden naar een digitale sociale kaart in een andere regio.

Aan zorgverleners is verder gevraagd of zij het verstandig vonden om met één digitale sociale kaart zowel burgers als professionals informatie te bieden. De meningen daarover liepen uiteen. Vier zorgverleners gaven aan het geen goed idee te vinden, omdat de informatiebehoefte en het zoekgedrag van zorgverleners teveel afwijkt van burgers. Zorgverleners zouden beter weten waar ze naar op zoek zijn, en zouden bovendien genoeg nemen met beknoptere puntsgewijze informatie. Burgers zouden meer begeleid moeten worden in hun zoektocht door begeleidende teksten en een uitleg bij de achtergrondinformatie. Zorgverleners zouden zich naar eigen zeggen juist aan die extra informatie storen. Drie van de vier zorgverleners die aangaven dat het niet verstandig zou zijn om beide groepen te verenigen, noemden als suggestie de bezoekers te splitsen zodat beide groepen op hun eigen manier geholpen kunnen worden.

3.3.6 Wensen ten aanzien van de aanbieder

Er is aan de respondenten gevraagd van welke organisaties zij wisten dat die een digitale sociale kaart heeft. Burgers wisten er uit hun hoofd slechts af en toe een paar te noemen. De GGD werd twee keer genoemd, MEE één keer. Ook de gemeente werd één keer genoemd. Als de respondent een lijst te zien kreeg waarop hij/zij de organisaties kon aanvinken was het resultaat iets beter: de gemeente werd drie keer aangevinkt de GGD drie keer en MEE twee keer.

Ook werd gevraagd naar organisaties waarvan men niet zeker wist of die een digitale sociale kaart had, maar waar men zoiets wel zou verwachten of wensen. De gemeente werd vijf keer genoemd, de zorgverzekeraar drie keer, MEE twee keer en de Gouden Gids / telefoongids ook twee keer.

Als commentaar bij deze antwoorden werd relatief vaak gezegd dat het verschaffen van informatie over zorg en welzijn bij uitstek een taak is voor de gemeente. Ook werd gezegd dat men zou verwachten dat een onafhankelijke, betrouwbare organisatie het beheer van dergelijke zaken op zich moet nemen.

Onder de zorgverleners liepen de meningen op dit gebied sterk uiteen: Twee zorgverleners zouden het juist geen rol voor de gemeente vinden, één andere juist wel. Terwijl één zorgverlener opperde dat zorgverzekeraars misschien hun bestanden zouden kunnen samenvoegen ten behoeve van een complete landelijk dekkende sociale kaart, meldden twee anderen dat zorgverzekeraars hier zich juist niet mee zouden moeten bemoeien omdat het belangrijk is dat het door een onafhankelijke partij gedaan wordt.

3.3.7 Wensen ten aanzien van het beheer

Aan de zorgverleners is gevraagd wat zij vinden van de constructie om een onderscheid te maken tussen een gratis eenvoudige vermelding voor alle zorgverleners op een digitale sociale kaart, of een betaalde uitgebreide vermelding, die ook een meer prominente plek krijgt en dus beter opvalt dan de standaard vermeldingen. De meningen hierover waren redelijk 50/50 verdeeld, maar wel sterk gepolariseerd. Vier van de acht zorgverleners gaven te kennen daar geen bezwaar tegen te hebben. Twee van de vier lieten weten dergelijke ontwikkelingen in de zorg juist toe te juichen: *“concurrentie en zakelijkheid in de zorg kan de kwaliteit van zorg zeker ten goede komen.”* Eén van de vier voorstanders maakte daarbij wel de kanttekening dat er bij het tonen van de zoekresultaten geen onderscheid zichtbaar moest zijn voor de burgers: voor hen telt alleen het vinden van goede zorg, en niet het vinden van de organisatie met het grootste marketingbudget. Een uitgebreide vermelding was dus wel akkoord, maar een meer opvallende vermelding in vergelijking met de andere standaard vermeldingen werd niet door iedereen gewaardeerd. Drie andere zorgverleners zijn er duidelijk op tegen, en laten ook duidelijk weten dat concurrentie in de zorg geen goede zaak is.

3.4 Concluderend

De reeks kenmerken die is opgesteld op basis van de inventarisatie van het aanbod, blijkt inderdaad een goede basis te zijn voor de behoefteanalyse. De gesprekken met burgers en zorgverleners hebben veel waardevolle informatie opgeleverd. De belangrijkste resultaten van deze gesprekken waren dat het daadwerkelijke gebruik van digitale sociale kaarten tegenvallen, en dat de behoefte van burgers en de behoefte van zorgverleners op een aantal terreinen (informatiebehoefte en zoekgedrag) sterk van elkaar verschillen.

4 Discussie

Dit onderzoek is een zeer kwalitatief en verkennend onderzoek, waarbij het altijd moeilijk is om stellige conclusies te trekken. Het lijkt er echter wel op dat vooral de gesprekken met burgers en zorgverleners waardevolle resultaten hebben opgeleverd. Een groter aantal gesprekken had waarschijnlijk niet meer resultaten opgeleverd, maar had hooguit het bestaande beeld van een grote diversiteit in informatiebehoefte en zoekgedrag versterkt. Het beperkte aantal respondenten maakt het niet mogelijk om harde uitspraken te doen, maar het onderzoek levert desondanks een aantal waardevolle aanknopingspunten op.

4.1 Conclusie en discussie

Aanbod in Noord-Holland Noord

Dit onderzoek had als uitgangspunt de veronderstelling dat het aanbod van digitale sociale kaarten in de regio Noord-Holland Noord groot en zeer divers is. Er kan op basis van de uitgevoerde inventarisatie vastgesteld worden dat dit inderdaad het geval is. Er zijn minstens 14 digitale sociale kaarten actief in de regio Noord-Holland Noord, en het blijkt dat er veel overlap en veel verschil is tussen deze 14 informatiesystemen. Gezien de grote verschillen binnen het aanbod van digitale sociale kaarten, is het daarom misschien ook te optimistisch om er vanuit te gaan dat ‘het algemeen publiek’ kan worden bediend met één digitale sociale kaart. Daarnaast is het zo dat er verschillende partijen actief zijn in de (openbare) gezondheidszorg, dat die allemaal eigen belangen en wensen hebben en dat het ook daarom niet realistisch is om te veronderstellen dat organisaties hun eigen systeem zomaar overboord gooien ten gunste van één centraal (regionaal) systeem.

Zoekgedrag en naamsbekendheid

Voor zowel burgers als zorgverleners geldt dat zij zeer weinig gebruik lijken te maken van digitale sociale kaarten. Burgers vertrouwen vooral op hun huisarts, raadplegen mensen in hun directe omgeving, of zoeken door middel van Google naar zorg. Zorgverleners maken vooral gebruik van een vast netwerk, en maken ook weinig gebruik van digitale sociale kaarten. Als ze zo nu en dan informatie zoeken, is ook voor zorgverleners Google een veelgebruikt instrument.

Deels kan dit verklaard worden door de slechte naamsbekendheid van digitale sociale kaarten (slechts een enkeling kan er één of meer noemen), maar ook lijkt het er op dat de behoefte aan dergelijke informatie simpelweg redelijk klein is. Burgers zoeken hooguit een enkele keer per jaar naar informatie over zorgverleners. Het feit dat de belangrijkste digitale sociale kaarten die zijn meegenomen in dit onderzoek (zie tabel 2.9) niet hoog eindigen in de zoekresultaten van Google (bij zoekopdrachten als “psycholoog Alkmaar” of “ergotherapeut Heiloo”), zal ook bijdragen aan het feit dat er zo weinig gebruik gemaakt wordt van de betreffende digitale sociale kaarten. Uit onderzoek van Keane, O’Brien & Smyth (2008) blijkt namelijk dat internetgebruikers over het algemeen geneigd zijn voornamelijk de bovenste zoekresultaten aan te klikken.

Aangezien het gebruik van digitale sociale kaarten beperkt lijkt te zijn, rijst ook de vraag of internet wel het bij uitstek juiste medium is voor dergelijke informatie. Grote voordelen van internet zijn de anonimiteit van de gebruikers en de continue toegankelijkheid van de informatie (dag en nacht, 365 dagen per jaar). Een nadeel van internet is dat gebruikers het vaak lastig vinden om in te schatten of een informatiebron betrouwbaar is, en uit dit onderzoek blijkt nou juist dat dit een punt is waar veel mensen behoefte aan hebben als het gaat om gezondheidsinformatie. Zeer recent onderzoek van Lemire et al (*in press*) bevestigt het belang van geloofwaardigheid van informatie als het gaat om informatie gerelateerd aan de persoonlijke gezondheid.

Verschillen tussen burgers en zorgverleners

Verder lijken de informatiebehoefte en het zoekgedrag van de gebruikers zeer uiteen te lopen. Niet alleen zijn er verschillen zichtbaar tussen burgers en zorgverleners, maar binnen deze twee groepen lopen de behoeften en het gedrag ook zeer uiteen. Over het algemeen lijkt het erop dat zorgverleners zeer gericht willen kunnen zoeken naar specifieke informatie, terwijl burgers ook geïnteresseerd zijn in meer begeleiding en achtergrondinformatie, waarmee ze als het ware de weg kunnen vinden in de (complexe) gezondheidszorg. Als een organisatie de complete doelgroep wil bedienen met één systeem, zal men dus tegemoet moeten komen aan deze diversiteit en verschillen. Een nadere invulling hiervan wordt verderop in dit hoofdstuk beschreven als aanbeveling.

Algemene focus

Wat betreft de focus van een digitale sociale kaart kan geconcludeerd worden dat de meeste mensen het liefst een kaart speciaal voor de gezondheidszorg willen zien. Men vindt de gezondheidszorg een complexe sector, die moeilijk in één systeem te vatten is. De gebruikers verwachten dat een bredere focus te onoverzichtelijk wordt. Opvallend is dat de gebruikers die wel een bredere focus zouden willen zien, minder gedetailleerde informatie per zorgverlener verwachten. Gebruikers die liever een smallere focus hebben (alleen gezondheidszorg) willen juist uitgebreide achtergrondinformatie en meer informatie over de te volgen routes en procedures in de gezondheidszorg.

Informatie per zorgverlener

Het lijkt erop dat burgers én zorgverleners naast contactgegevens een vergelijkbare behoefte aan extra informatie verlangen: vooral extra informatie over specialisaties en behandelmethoden werden vaak genoemd. De vorm waarin met die informatie verwacht verschilt: burgers willen uitgebreide achtergronden terwijl zorgverleners meer beknopte informatie verwachten. Een interessant punt betreft de behoefte aan informatie die het mogelijk maakt om een inschatting te kunnen maken van de betrouwbaarheid. Afgaande op de resultaten van dit onderzoek lijkt het erop dat burgers daar namelijk behoefte aan hebben, maar met heeft geen concrete ideeën over de invulling hiervan. Zorgverleners noemen echter wel een mogelijkheid: de vermelding van aansluiting bij beroepsverenigingen en andere registraties.

Navigatiestructuur

Onder burgers blijkt een navigatieboom de meest favoriete navigatiestructuur. Dat wil echter niet zeggen dat daarmee de andere structuren overboord gegooid kunnen worden. Er zijn namelijk ook gebruikers die juist de andere constructies prettig vinden, zoals de zorgverleners die aangeven een vrij zoekveld prettig te vinden. De verschillen wat betreft de navigatiestructuur hangen samen met de verschillen op het gebied van informatiebehoefte tussen de gebruikers. Bij de aanbevelingen wordt geconcretiseerd hoe ingespeeld kan worden op deze diversiteit.

Dekkingsgebied

Wat betreft het dekkingsgebied lijken de meeste respondenten tevreden met een regionale digitale sociale kaart. Dit geldt voor zowel de burgers als de zorgverleners. Dit sluit goed aan bij het huidige aanbod: de meeste digitale sociale kaarten hebben regionale dekking. Het grootste probleem bij digitale sociale kaarten is de rand van de gebieden: inwoners aan de rand van de kaart kunnen geen informatie 'over de grens' opvragen. Hoe kleiner het dekkingsgebied dus is, hoe eerder dit probleem opspeelt. Daar staat tegenover dat digitale sociale kaarten vaak worden aangeboden door lokale en regionale organisaties, waardoor landelijke dekking organisatorisch erg lastig is. Bij regionale dekking heeft een relatief kleine groep mensen 'last' van de grens van de kaart, en kan een breed scala aan informatie worden aangeboden. Bij regionale dekking vallen meestal ook enkele (streek)ziekenhuizen binnen de kaart, waardoor inhoudelijk gezien een groot dekkingspercentage geboden kan worden. De kwestie die speelt op het grensgebied van digitale sociale kaarten wordt binnenkort (in de loop van 2008) overigens opgelost door een samenwerking tussen GGD Nederland, de Vereniging van Openbare Bibliotheken, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en MEE Nederland. Deze organisaties hebben een convenant ondertekend waarin de intentie is vastgelegd de (min of meer landelijke) databases van de deelnemende partijen te koppelen. Dit heeft tot gevolg dat er nieuwe digitale sociale kaarten kunnen worden ingericht, waarbij de huidige grenzen vervagen.

Aanbieder

De meningen over welke organisatie bij uitstek geschikt is om dé regionale digitale sociale kaart aan te bieden en te beheren lopen ook sterk uiteen. Veel concrete voorstellen worden er door de respondenten niet gedaan, wel wordt regelmatig gezegd dat het een onafhankelijke, betrouwbare en niet-commerciële partij moet zijn. Aangezien de meningen van de respondenten in dit onderzoek ook sterk uiteen liepen, kunnen op dit punt weinig algemene uitspraken gedaan worden. Eerder in dit hoofdstuk is al gesproken over de vraag of het wel reëel is om er vanuit te gaan dat er één digitale sociale kaart moet komen, en die vraag komt bij dit punt nogmaals terug.

Beheer

Niet alle zorgverleners staan achter de constructie om onderscheid te maken tussen een betaalde uitgebreide vermelding en een gratis standaardvermelding op een digitale sociale kaart. Vooral het idee dat betalende organisaties een beter zichtbare vermelding krijgen, stuit op weerstand. Zorgverleners zien echter wel duidelijk

dat er een veranderingsproces zichtbaar is in de gezondheidszorg, en dat marktwerking en concurrentie steeds meer geaccepteerd raken.

Generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid

Dit onderzoek richtte zich op de regio Noord-Holland Noord, maar er is eigenlijk geen reden om aan te nemen dat de behoefte van burgers en zorgverleners in andere streken van Nederland erg afwijkt van burgers en zorgverleners uit Noord-Holland Noord. Organisaties of regio's die voor een vergelijkbaar probleem staan als de opdrachtgevers van dit onderzoek kunnen wellicht dus ook aansluiten bij de resultaten en conclusies.

De vragenlijsten die bij dit onderzoek zijn gebruikt, zijn specifiek opgesteld voor dit onderzoek en zullen dus ook niet zomaar geschikt zijn voor toepassing in andere onderzoeken. De gevonden kenmerken en categorieën zijn wellicht wel goed bruikbaar in vervolgonderzoek.

Vervolgonderzoek

Dit onderzoek was primair gericht op het inventariseren van het aanbod van en de vraag naar informatie op digitale sociale kaarten. Het onderzoek was zeer breed en verkennend van aard, en doordat de tijd en middelen beperkt waren is niet ieder onderdeel zo gedetailleerd onderzocht als wellicht wenselijk was. Deze zaken kunnen wellicht in vervolgonderzoek nader bestudeerd worden.

Ten eerste is er het feit dat dit onderzoek een steekproef heeft genomen uit de volledige bevolking. Binnen die groep was slechts een deel van de respondenten bekend met het zoeken naar informatie over zorgverleners op internet. Het resterende deel van de respondenten moest zich verplaatsen in een fictieve situatie, in een voorbeeld dat niet direct op hen van toepassing was. Het is wellicht de moeite waard om eens uitgebreider onderzoek uit te voeren onder een groep mensen die ook daadwerkelijk dergelijke informatie zoekt. Op die manier kan met meer zekerheid duidelijkheid verschaft worden over hoe deze groep precies zoekt: welke zoektermen gebruiken zij, wat is een logische indeling van websites, hoe gedetailleerd moet achtergrondinformatie zijn, hoe zit het met opleidingsniveau, geslacht, nationaliteit en hoe kan daar zo optimaal mogelijk op ingespeeld worden?

Ten tweede is het belangrijk om bij toekomstig te ontwerpen interfaces goede formatieve evaluaties uit te voeren, om tot een interface (of interfaces) te komen die zo nauwkeurig mogelijk aansluiten bij de denkwereld van de gebruikers. De resultaten van dit onderzoek kunnen al helpen bij een eerste opzet, maar een uitgebreide evaluatie onder een grotere steekproef is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de details.

Als derde aanbeveling voor vervolgonderzoek een meer theoretische punt: misschien is het interessant om onderzoek te richten op het concept betrouwbaarheid. Wellicht is het verstandig om binnen dit specifieke thema van gezondheidsinformatie uit te zoeken hoe gebruikers vaststellen (bewust of onbewust) of een organisatie (een zorginstelling of een aanbieder van gezondheidsinformatie) betrouwbaar en geloofwaardig is. Uit dit onderzoek bleek immers dat er voornamelijk bij burgers behoefte is aan informatie die een inschatting van betrouwbaarheid mogelijk maakt.

Tot slot is het interessant om een nadere analyse uit te voeren van de bezoekerscijfers van enkele digitale sociale kaarten. Op die manier kan inzicht verkregen worden over de zoektermen die bezoekers gebruiken, hoeveel zoekopdrachten men nodig heeft om tot een bruikbare hoeveelheid resultaten te komen, en over hoeveel bezoekers ook daadwerkelijk vinden waarvoor ze zoeken.

4.2 Aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat veel mensen de digitale sociale kaarten niet weten te vinden, en via andere wegen hun informatie zoeken. Als er pogingen gedaan worden om één centrale digitale sociale kaart in de regio Noord-Holland Noord te realiseren, is het belangrijk dat er enerzijds goed ingespeeld wordt op de behoefte van de gebruikers, en dat er anderzijds veel wordt gedaan aan de naamsbekendheid.

Burgers en professionals hebben ieder hun eigen behoefte, die sterk van elkaar verschilt. Door een splitsing in de digitale sociale kaart aan te brengen (door middel van zogenaamde *channels*), kunnen deze twee doelgroepen beter worden bediend. In de volgende punten wordt beschreven hoe de digitale sociale kaart concreet vorm kan krijgen:

- Burgers willen meer dan alleen namen, adressen en informatie over behandelmethoden. Ze willen ook een indruk krijgen van de betrouwbaarheid van de betreffende zorgverlener of organisatie. De vermelding van eventuele registratie bij beroepsverenigingen of andere keurmerken kunnen hieraan bijdragen. Zorgverleners willen deze informatie bovendien ook graag over zichzelf presenteren.
- Zorgverleners zien wat de inhoud betreft liever korte, puntsgewijze informatie en weinig extra (voor zorgverleners storende) tekst.
- Burgers willen naast de informatie over zorgverleners ook informatie over de te volgen procedures, over de te bewandelen weg in de zorg. Alleen details en achtergronden van zorgverleners zijn niet voldoende.
- Burgers hebben wat betreft de navigatieopzet over het algemeen een voorkeur voor een navigatieboom, maar willen ook kunnen zoeken door middel van een zoekveld. Deze twee mogelijkheden moeten dus allebei, naast elkaar worden aangeboden. Een zoekassistent ("*Bedoelt u misschien ?*") en de koppeling van meer trefwoorden aan bepaalde organisaties (zoals bijvoorbeeld 'rugpijn' aan fysiotherapeuten en 'overgewicht' aan diëtisten) kunnen de nadelen van een zoekveld opvangen.
- Zorgverleners hebben wat de navigatieopzet betreft vooral behoefte aan een vrij zoekveld. Dit moet een prominente plaats krijgen in de interface voor zorgverleners. Daarnaast is een navigatieboom met categorieën een geschikt alternatief voor de gevallen waarin het vrije zoekveld niet direct resultaat boekt.

Wat betreft de naamsbekendheid is het belangrijk dat de digitale sociale kaart hoger zichtbaar wordt in zoekmachines op internet, aangezien dit een belangrijk middel is voor burgers en zorgverleners om aan informatie te komen. Dit is echter niet eenvoudig, aangezien de hoogte van de vermelding in zoekmachines bijvoorbeeld mede afhankelijk is van het aantal websites dat een link legt naar de betreffende website. Dit kan alleen gerealiseerd worden door een grotere naamsbekendheid en een groter draagvlak onder belangrijke organisaties te creëren. Het uitgangspunt moet zijn dat aan de gebruikers' eisen en wensen wordt voldaan, en dat de gebruikers van de digitale sociale kaart de gewenste informatie snel kunnen vinden.

Als de hele provincie Noord-Holland is opgenomen in één digitale sociale kaart, vallen daar ook enkele grote ziekenhuizen onder (het VUMC in Amsterdam, het Medisch Centrum Alkmaar, en ziekenhuizen in Zaandam, Hoorn en Den Helder) waarmee het merendeel van de zorgbehoefte kan worden vervuld. Het advies luidt dus om een centrale digitale sociale kaart primair te richten op de regio Noord-Holland, met een koppeling naar de aangrenzende regio's om te voorzien in de informatiebehoefte betreffende zorg in andere delen van het land. Het betreft daarbij vooral specifieke behandelingen die maar op één plek in Nederland (buiten de regio Noord-Holland) aangeboden worden.

Als het streven is om één centrale digitale sociale kaart in de regio neer te zetten, lijkt het geen verstandige keuze om te kiezen voor een onderscheid tussen gratis vermeldingen en betaalde vermeldingen waarbij het dan voornamelijk gaat om de beter zichtbare vermelding van betalende zorgverleners. Dit zou ingaan tegen het onafhankelijke, betrouwbare en objectieve karakter van de aanbieder. Een voorwaarde om te slagen in de opzet van een digitale sociale kaart is naamsbekendheid, en daarmee draagvlak onder de professionals in de zorg. Het lijkt dus verstandig om te kiezen voor één gelijke, gratis vermelding voor alle organisaties en zorgverleners. Wel is er een trend zichtbaar van commercialisering van de gezondheidszorg, dus wellicht behoort een dergelijke constructie over een jaar of vijf à tien wel tot de mogelijkheden.

Referenties

- Åkesson, K.M., Saveman, B.I. & Nilsson, G. (2007). Health Care Consumers' Experiences of Information Communication Technology – A Summary of Literature. *International Journal of Medical Informatics*, 76, 633-645.
- Bartell, A.L. (2005). Using content analysis and Web design heuristics to evaluate informational Web sites: An exploratory study. *IEEE International Professional Communication Conference*, artikel 1494251, 771-777.
- Case, D.O. (2007). *Looking for Information – A Survey of Research on Information Seeking, Needs, and Behavior* (2e editie). London: Elsevier.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). CBS Statline / Onderzoek ICT gebruik bij personen. <http://statline.cbs.nl>.
- Hanrahan, L.P. (2007). eHealth: The Foundation For Health System Transformation. *Wisconsin Medical Journal*, 106(3), 112-115.
- Keane, M.T., O'Brien, M. & Smyth, B. (2008). Are People Biased in Their Use of Search Engines? *Communications of the ACM*, 51(2), 49-52.
- Katz, M.G., Jacobson, T.A. Veledar, E. & Kripalani, S. (2007). Patient Literacy and Question-asking Behavior During the Medical Encounter: A Mixed-methods Analysis. *Society of General Internal Medicine*, 22, 782-786.
- Lemire, M., Paré, G., Sicotte, C. & Harvey, C. (in press). Determinants of Internet use as a preferred source of information on personal health. *International Journal of Medical Informatics*.
- McMullan, M. (2006). Patients Using the Internet to Obtain Health Information: How This Affects the Patient–Health Professional Relationship. *Patient Education & Counseling*, 63, 24-28.
- Miller, E.A. & West, D.M. (2007). Characteristics Associated With Use of Public and Private Web Sites as Sources of Health Care Information. Results From a National Survey. *Medical Care*, 45(3), 245-251.
- Preece, J., Rogers, Y. & Sharp, H. (2002). *Interaction Design – Beyond Human-Computer Interaction*. New York: John Wiley & Sons.
- Spink, A., Wolfram D., Jansen B.J. & Saracevic, T. (2001). Searching The Web: The Public and Their Queries. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 52(3), 226–234.
- Street, R.L. & Millay, B. (2001). Analyzing Patient Participation in Medical Encounters. *Health Communication*, 13(1), 61-73.

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2007). Empowering Discourse in Patient Education. *Patient Education and Counseling*, 66, 140-146.

Bijlage 1

Interviewschema Aanbieders Digitale Sociale Kaarten

Inleiding

Voorstellen: Tjeerd Kuiper, Student Toegepaste Communicatiewetenschap, aan het afstuderen bij de GGD Hollands Noorden in opdracht van GGD, Zorging en ZONhn.

Doel van het onderzoek is inventariseren welke digitale sociale kaarten (NHN) er zijn, en onderzoeken hoe vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Dit interview dient om de gegevens van uw digitale sociale kaart te completeren. Alle digitale sociale kaarten worden beschreven volgens een serie kenmerken. Die gaan we (min of meer) systematisch langs, om een volledig overzicht op te kunnen stellen. Aanvullingen zijn van harte welkom!

Algemeen

1. Wie is de eigenaar van de DSK? (welke organisaties staan erachter?)
2. Welke informatie staat er precies op deze DSK? (welke organisaties en wat voor informatie per organisatie)
3. Wie beheert de informatie? (centraal of door organisaties zelf)
4. Hoeveel personele inzet kost deze DSK? (FTE en functie?)
5. Hoe wordt de DSK gefinancierd? (subsidies?)

Doelgroep, regio en bereik

6. Hoe ziet de doelgroep van de DSK eruit? (burgers, zorgverleners, demografische kenmerken?)
7. Welke regio bedient deze DSK?
8. Zijn er cijfers bekend wat betreft het gebruik van deze DSK? (statistieken)
9. Zijn/worden er behoeftanalyses uitgevoerd onder de doelgroep?

Aanleiding en context

10. Waarom biedt uw organisatie deze DSK? (wettelijke taak, commercieel oogpunt?)
11. Hoe past deze DSK in het complete activiteiten aanbod van uw organisatie? (context)

Technisch systeem

12. Hoe ziet de techniek achter deze DSK eruit? (Universeel systeem, gedeelde database, etc?)
13. Hoe kan de gebruiker informatie vinden? (zoekmogelijkheden)
14. Zijn er specifieke toegankelijkheidsopties?
15. Is daar (13/14) bewust voor gekozen?

Evaluerend

16. Wat vindt u sterke kenmerken van deze DSK?
17. Wat vindt u zwakke kenmerken van deze DSK?
18. Wat zijn er voor toekomstplannen?
19. In wel opzicht vindt u uw DSK uniek t.o.v. andere DSK's?
20. Hoe staat u tegenover het idee tot samenwerking om te komen tot 1 regionale kaart?

Bijlage 2**Overzicht Gemeentegidsen Noord-Holland Noord**

Regio	Gemeente	Uitgever	URL
West-Friesland	Andijk	FMR Producties	http://andijk.digigids.com
	Drechterland	FMR Producties	http://drechterland.digigids.com
	Enkhuizen	De Kleine Media	http://enkhuizen.gemeentegidsen.net
	Hoorn	De Kleine Media	http://hoorn.gemeentegidsen.net
	Noorder-Koggenland	FMR Producties,	http://noorderkoggenland.digigids.nl
	Wester-Koggenland	LokaalTotaal	http://wester-koggenland.lokaaltotaal.nl
	Medemblik	AKSE Media	http://medemblik.smartmap.nl
	Obdam	FMR Producties	http://obdam.digigids.com
	Opmeer	FMR Producties	http://opmeer.digigids.com
	Stede Broec	LokaalTotaal	http://stedebroec.lokaaltotaal.nl
	Wervershoof	AKSE Media	http://wersershoof.smartmap.nl
Kop van Noord-Holland	Anna Paulowna	LokaalTotaal	http://annapaulowna.lokaaltotaal.nl
	Den Helder	De Kleine Media	http://denhelder.gemeentegidsen.net
	Harenkarspel	AKSE Media	http://harenkarspel.smartmap.nl
	Niedorp	De Kleine Media	http://niedorp.gemeentegidsen.net
	Schagen	De Kleine Media	http://schagen.gemeentegidsen.net
	Texel	De Kleine Media	http://texel.gemeentegidsen.net
	Wieringen	De Kleine Media	http://wieringen.gemeentegidsen.net
	Wieringermeer	LokaalTotaal	http://wieringermeer.lokaaltotaal.nl
Noord-Kennemerland	Zijpe	FMR Producties	http://zijpe.digigids.com
	Alkmaar	AKSE Media	http://alkmaar.smartmap.nl
	Bergen	FMR Producties	http://bergen.digigids.com
	Castricum	FMR Producties	http://castricum.digigids.com
	Graft - De Rijk	LokaalTotaal	http://graftderijk.lokaaltotaal.nl
	Heerhugowaard	AKSE Media	http://heerhugowaard.smartmap.nl
	Heiloo	De Kleine Media	http://heiloo.gemeentegidsen.net
	Langedijk	AKSE Media	http://langedijk.smartmap.nl
	Schermer	AKSE Media	http://schermer.smartmap.nl