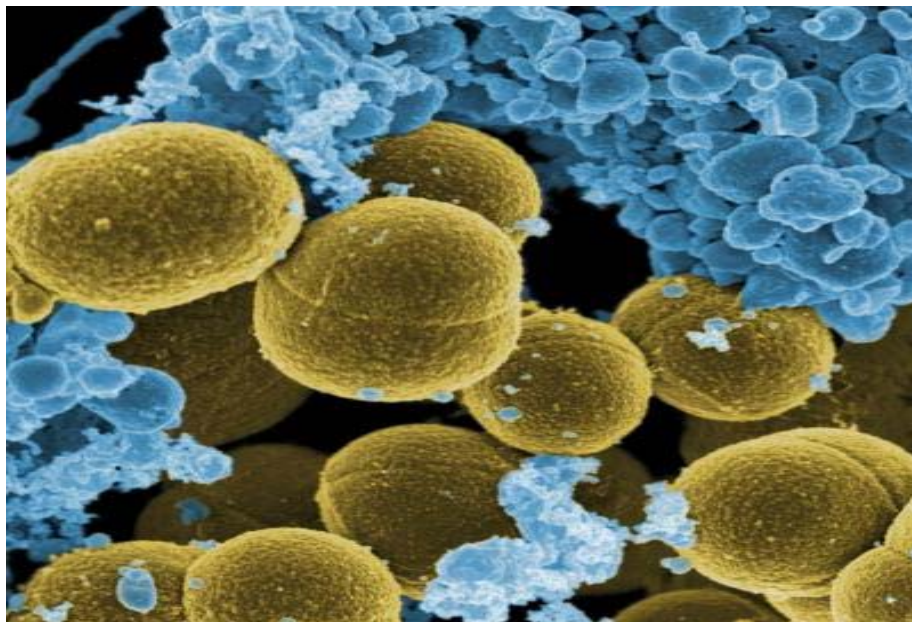


Onderzoek naar de informatiebehoeften van Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en de vervulling ervan door de MRSA-net website



Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap,
Universiteit Twente, Enschede

Elise Leijstra
2 december 2008

Afstudeercommissie
Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen
Drs. F. Verhoeven

Een onderzoek uitgevoerd in het kader van het Euregio
MRSA-net Project Twente/Münsterland



Samenvatting

MRSA is de afkorting van Methicilline Resistente *Staphylococcus aureus* en staat ook wel bekend als de ziekenhuisbacterie. De bacterie is resistent geworden voor gebruikelijke antibiotica en komt steeds vaker voor in Nederland, onder andere door grensoverschrijdend gezondheidsverkeer van en naar Duitsland. Voor gezonde personen heeft MRSA-dragerschap vrijwel geen gevolgen maar bij de aanwezigheid van risicofactoren zoals een verzwakte weerstand, wonden, katheters en infusen, kan de aanwezigheid van MRSA leiden tot ernstige infecties. Uit eerder onderzoek bleek dat het MRSA-dragerschap een zeer stressvolle ervaring kan zijn en dat MRSA-dragers hierdoor zowel emotionele als informatiebehoeften ervaren (Vonderhorst, 2007). Het ontbreekt echter aan een allesomvattende bron die in deze behoeften kan voorzien. Om hierin te voorzien is er in het kader van het Euregio-project MRSA-net Twente/Münsterland een website ontwikkeld waar zowel praktische als medische vragen omtrent MRSA beantwoord worden, gebaseerd op de landelijke MRSA-richtlijnen (Verhoeven et al., 2007). Deze website is bedoeld voor zowel zorgpersoneel als MRSA-dragers (inclusief het algemene publiek) en is zowel in het Nederlands als het Duits opgezet. Het is echter de vraag in hoeverre de MRSA-net website in staat is in de hiervoor genoemde behoeften van MRSA-dragers te voorzien, en of de website gebruiksvriendelijk is volgens Duitse en Nederlandse MRSA-dragers. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt derhalve:

Welke behoeften hebben Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en in hoeverre worden deze behoeften door de MRSA-net website vervuld?

Voor de beantwoording van de hoofdvraag zijn 18 gebruikersonderzoeken uitgevoerd onder 16 Nederlandse en twee Duitse MRSA-dragers. De gebruikersonderzoeken bestonden elk uit een interview, een websitetest (hardop-denk-protocol aangevuld met een interview) en een schriftelijke vragenlijst. Middels de interviews is onderzocht in hoeverre het MRSA-dragerschap een stressvolle situatie is voor de dragers, welke behoeften zij hebben en welke copingstrategieën zij gebruiken om deze behoeften te vervullen. Tevens werden de informatiebehoeften verzameld voor gebruik in de websitetest. Tijdens de websitetest moesten de MRSA-dragers naast hun eigen informatiebehoeften (genoemd tijdens het voorafgaande interview) verschillende scenario's oplossen, en gedurende het zoeken hardop zeggen wat ze dachten. De schriftelijke vragenlijst had als doel een algemeen beeld van de mening van MRSA-dragers over de website te vormen, alsmede een bevestiging of weerlegging van wat er tijdens de websitetest gezegd was.

Uit de resultaten blijkt dat MRSA een stressvolle ervaring voor de MRSA-dragers is. Zowel omgevingsfactoren (negatieve ervaringen met het ziekenhuisbeleid en het handelen van de artsen), interpersoonlijke factoren (negatieve ervaringen zoals beperking van sociale contacten) als persoonlijke factoren (pijn als gevolg van infecties, negatieve gedachten en gevoelens en gebrek aan kennis) bleken stress op te roepen. De meeste stress werd veroorzaakt door gebeurtenissen op omgevingsniveau, die relatief veel genoemd werden door de Duitse MRSA-dragers.

Als gevolg van de ervaren stress hadden de Nederlandse MRSA-dragers zowel informatiebehoeften als emotionele behoeften, maar de Duitse MRSA-dragers enkel informatiebehoeften. De informatiebehoeften bestonden uit praktische vragen over hoe om te gaan met MRSA, algemene vragen omtrent MRSA en vragen over hulp bij de behandeling/begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn. De emotionele behoeften bestonden vooral uit sociale steun en het verhaal kwijt willen/gevoelens uiten.

Uit de resultaten bleek dat de MRSA-net website de meeste informatiebehoeften van de MRSA-dragers vervulde. De MRSA-dragers oordeelden vrijwel unaniem dat de website hun cognitieve informatiebehoefte had vervuld, dat wil zeggen dat de informatie op de website hen had geholpen om in de praktijk met MRSA om te gaan en om MRSA beter te leren begrijpen. Tevens bleek de website te voorzien in een affectieve informatiebehoefte, doordat de informatie de MRSA-dragers had gerustgesteld en hun zorgen kon verminderen. Voor één van de Duitse MRSA-dragers leidde de informatie zelfs tot *patient empowerment* in de zin dat zij door het gebruik van de website in staat was om haar eigen gezondheidsbeslissingen te nemen. Dat de website niet alleen een informatiebron is maar MRSA-dragers ook mentaal kan steunen versterkt het belang van de website.

De resultaten lieten verder zien dat de MRSA-dragers de usability van de website op alle criteria goed waardeerden. Zij vonden dat de website met name relevante informatie en zoekresultaten bood, zeer prettig in gebruik was en dat ze snel een antwoord op hun vraag konden vinden. Ook vonden de MRSA-dragers de informatie erg betrouwbaar en de website geloofwaardig overkomen. De lay-out vonden ze ook in orde alsmede de navigatiestructuur en de downloadsnelheid van de pagina's. De MRSA-dragers waren ook te spreken over de begrijpelijkheid van de informatie en de overzichtelijkheid van de resultaten, alhoewel zij ook aangaven dat beide aspecten op een aantal punten verbeterd kunnen worden. Tot slot werd zowel de *actualiteit van de informatie* als de *volledigheid* positief gewaardeerd.

Door het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode is rijke data verzameld en konden zeer concrete aanbevelingen worden gedaan ter verbetering van de MRSA-net website. Echter, het aantal Duitse MRSA-dragers was te klein om uitspraken te doen over hun behoeften en vervulling ervan door de website. Gezien het groeiende aantal MRSA-besmettingen in Duitsland is een vervolgonderzoek nodig met een groter aantal Duitse MRSA-dragers.

Summary

Introduction: Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), also known as the hospital bug, is ever more prevailing in the Netherlands due to increased international trade in health services. For healthy individuals who carry MRSA, it seems to cause no major problems. However, if MRSA are passed on to someone who is ill, carries wounds, a catheter or drip, then a more serious infection may occur. Being colonized with MRSA appears to be a stressful event and causes MRSA-carriers to have both emotional and information needs (Vonderhorst, 2007). Thus far, there has been a lack of a universal source that meets these needs. In order to respond to this, a website was developed within the scope of the Euregio-project MRSA-net Twente/Münsterland. The website provides answers to practical as well as general questions concerning MRSA, based on the national MRSA-guidelines (Verhoeven et al., 2007). The website serves both health care workers and MRSA-carriers (including the general public) and is available in Dutch as well as in German. However, it remains the question to what extent the MRSA-net website meets the MRSA-carriers' needs, and whether the website is usable according to the Dutch and German MRSA-carriers. Therefore, the main research question is:

Which needs do Dutch and German MRSA-carriers have and to what extent does the MRSA-net website meet these needs?

Methods: 18 user studies were conducted with 16 Dutch and two German MRSA-carriers. Each user study consisted of an interview, a website test (thinking aloud-protocol complemented with an interview), and a questionnaire. By means of the interviews, it was investigated to what degree being colonized or infected with MRSA is a stressful experience, which needs MRSA-carriers have, and which coping strategies they use. The information needs were also used as input for the website test. During the website test, the MRSA-carriers had to solve their own information needs (mentioned during the preceding interview) as well as different scenarios, while verbalizing their thoughts. Finally, the questionnaire enabled us to obtain a more general impression of MRSA-carriers' attitude regarding the website. Next, the results of the questionnaire were used to confirm or cross-validate the qualitative findings.

Results: Being colonised with MRSA turned out to be a stressful experience. Both environmental (negative experiences with the hospital's MRSA-policy or the way health care workers act), interpersonal (negative experiences like reduction of social contacts), and personal factors (such as pain, negative emotions like fear, and a lack of knowledge) appeared to cause stress. The stress was mainly caused by experiences at the environmental level, which was mentioned particularly often by the German MRSA-carriers.

As a consequence of the stress they experienced, the Dutch MRSA-carriers had both information and emotional needs, but the German MRSA-carriers only had information needs. The information needs comprised practical questions such as coping with MRSA, general questions concerning MRSA, and questions about help during decolonization therapy. The emotional needs mainly encompassed social support and venting feelings.

The results showed that the MRSA-net website met most of MRSA-carriers' information needs. Practically unanimously, the MRSA-carriers judged the website met their cognitive information needs, in other words that the information on the website had helped them to cope with MRSA in daily practice and to better understand MRSA. The website also seemed to respond to an affective information need, as the information on the website had eased MRSA-carriers' minds and was able to decrease their worries. For one of the German MRSA-carriers the information even led to *patient empowerment* in the sense that the website enabled her to make her own health decisions. The fact that the website not only serves as an information source but also as mental support for MRSA-carriers, enhances the website's relevance.

Regarding the website's usability, the study revealed that website was highly appreciated by the involved MRSA-carriers. They especially believed that the website offered relevant information and search results, was very easy to use, and that they didn't need much time to find an answer to their question. The MRSA-carriers also perceived the information on the website as very credible and trustworthy. They also appreciated the lay-out as well as the navigation structure and the download speed of the pages. The MRSA-carriers were also satisfied with the comprehensibility of the information and the clarity of the results, even though they recommended to improve both aspects on certain points. The last usability criterion *comprehensiveness*, was appreciated on both *accuracy of the information* and *completeness*.

Discussion: By using a qualitative research method, valuable data was obtained so very concrete recommendations could be made towards the improvement of the MRSA-net website. However, the number of German MRSA-carriers was too limited to draw any conclusions concerning their needs and the fulfilment of those by the website. Because of the increasing prevalence of MRSA in Germany, further research among German MRSA-carriers is required.

Voorwoord

“Ik heb aan deze website dus wel een heleboel gehad en had echt het gevoel van ‘de vragen waar jij mee loopt kan je hier ook echt vinden’” (MRSA-drager, 2008). Een uitspraak van één van de mensen die ik voor mijn onderzoek geïnterviewd heb, en die kenmerkend is voor de kracht van de MRSA-net website: het voorziet in een behoefte. Vanwege die reden ben ik erg blij dat ik mee heb kunnen helpen aan de invulling van een website die voor een aantal mensen, hoe klein wellicht ook, een groot verschil kan maken.

Anderhalf jaar geleden ben ik op zoek gegaan naar een geschikt afstudeerproject en kwam daarbij in contact met Fenne Verhoeven, mijn latere afstudeerbegeleider. Ik heb er toen echter voor gekozen om in Groningen af te studeren bij een communicatiebureau, wat ik helaas na twee maanden heb moeten afbreken. Omdat ik iemand ben die wil afmaken waar ze aan begonnen is, heb ik vervolgens weer contact met Fenne gezocht, omdat dit afstudeerproject nog beschikbaar was. Ik heb met veel plezier de interviews afgenomen, waarvoor ik van Amsterdam naar Eindhoven en van Groningen naar Dortmund ben afgereisd. Helaas ging het schrijven me wat minder goed af, maar uiteindelijk is het dan toch gelukt en ligt het eindresultaat hier voor u. En ik ben er zowaar een beetje trots op.

Ik zou echter niet zover gekomen zijn zonder de steun en hulp van een aantal mensen. Allereerst wil ik graag drs. Fenne Verhoeven en dr. Lisette van Gemert van de Universiteit Twente bedanken. Fenne, ik zou niet eens weten waar ik moet beginnen. Het klikte gelijk en je gaf me hoop om te vertrouwen in een goede afloop. Dankzij je positieve en meedenkende instelling gaf je me telkens weer goede moed. Bedankt voor je enorme enthousiasme en interesse voor zowel mijn onderzoek als in mij als persoon. Jouw persoonlijke begeleiding was precies wat ik nodig had en heb ik enorm gewaardeerd! Dr. Lisette van Gemert, ook u bedankt voor uw kritische blik waardoor ik mijn scriptie kon aanscherpen tot het niveau dat het nu heeft.

De laatste, en daarmee ook de belangrijkste personen die ik wil bedanken zijn Arthur en Rinske. Jullie zijn al jaren mijn steun en toeverlaat (geweest), hebben altijd een rotsvast vertrouwen in mij gehad en hebben mij werkelijk door deze tweede studietijd heen gesleept. Enorm bedankt daarvoor, ik zal het nooit vergeten.

Groningen, december 2008

Elise Leijstra

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING.....	1
1.1 AANLEIDING.....	1
1.2 DE MRSA-NET WEBSITE VOOR ZORGPERSONEEL.....	2
1.3 DE MRSA-NET WEBSITE VOOR MRSA-DRAGERS EN HET ALGEMEEN PUBLIEK.....	2
1.4 PROBLEEMSTELLING	3
1.5 LEESWIJZER	4
2. THEORETISCH KADER.....	5
2.1 STRESS	5
2.2 BEHOEFTE EN COPING	6
2.2.1 Behoeften	6
2.2.2 Problem-focused coping	7
2.2.3 Emotion-focused coping	7
2.3 INFORMATIEZOEKGEDRAG	8
2.3.1 Person-in-context	8
2.3.2 Context van informatiebehoefte.....	9
2.3.3 Activeringsmechanisme: Stress en copingtheorie.....	10
2.3.4 Informatiebronnen en bronkenmerken.....	10
2.3.5 Informatieverwerking en gebruik	11
2.4 INFORMATIE ZOEKEN OP WEBSITES	11
2.4.1 Zoekstrategieën.....	13
2.5 USABILITY.....	14
2.5.1 Usability gedefinieerd.....	14
2.5.2 Usability-criteria	15
2.5.3 Effectiviteit:	16
2.5.4 Efficiency:.....	17
2.5.5 Tevredenheid:	18
2.6 ONDERZOEKSMODEL	19
2.7 ONDERZOEKSVRAGEN	22
3. METHODE.....	23
3.1 ONDERZOEKSMETHODE.....	23
3.1.1 Kwalitatief onderzoek.....	23
3.1.2 Dataverzamelmethode.....	23
3.2 ONDERZOEKSPOPULATIE.....	24
3.2.1 Benadering en verdeling respondenten	25
3.2.2 Procedure	26
3.2.3 Kenmerken per respondent.....	27
3.2.4 MRSA-dragerschap of –infectie van de onderzoekspopulatie	28
3.2.5 Informatiezoekgedrag en internetgebruik per respondent.....	29
3.3 INSTRUMENTEN	31
3.3.1 Interview	31
3.3.2 Websitetest.....	34
3.3.3 Schriftelijke vragenlijst.....	36
3.3.4 Pretest.....	36
3.5 ANALYSE VAN DE INTERVIEWS.....	37
4. RESULTATEN	39
4.1 STRESS	39
4.1.1 Stress onder Duitse MRSA-dragers	41
4.2 BEHOEFTE EN COPING	42
4.2.1 Emotionele behoeften	42
4.2.2 Informatiebehoeften.....	43
4.2.3 Behoeften van de Duitse MRSA-dragers	45

4.2.4 Coping	46
4.2.5 Informatievoorziening en waardering	47
4.2.6 Informatiebron en waardering	48
4.3 ZOEKGEDRAG MRSA-DRAGERS.....	50
4.3.1 Scenario's	50
4.3.2 Gebruik zoekfuncties.....	51
4.3.3. Handelingen	54
4.4 USABILITY	55
4.4.1 Relevance- prestatie zoekfuncties en inhoud zoekresultaten	55
4.4.2 Comprehensiveness	57
4.4.3 Comprehensibility.....	58
4.4.4 Time	59
4.4.5 Ease of use.....	60
4.4.6 Credibility.....	60
4.4.7 Navigation structure.....	61
4.4.8 Download speed	61
4.4.9 Lay-out.....	61
4.4.10 Trustworthiness	61
4.4.11 Intentie.....	62
4.5 VERVULLING BEHOEFTE.....	62
4.5.1 Vervulling informatiebehoeften	62
4.5.2 Vervulling affectieve informatiebehoeften	63
4.6 AANBEVELINGEN VAN DE MRSA-DRAGERS	64
5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	67
5.1 BEANTWOORDING VAN DE DEELVRAGEN	67
5.1.1 Stress	67
5.1.2 Behoeften en coping.....	67
5.1.3 Zoekgedrag, waardering van de website en vervulling van behoeften	68
5.1.4 Aanbevelingen	70
5.2 BEANTWOORDING VAN DE HOOFDVRAAG	71
6. DISCUSSIE	72
6.1 PRAKTISCHE EN WETENSCHAPPELIJKE MEERWAARDE VAN DIT ONDERZOEK	72
6.2 BEDISCUSSIËRING VAN DE RESULTATEN.....	73
6.3 BEDISCUSSIËRING VAN DE METHODE	75
6.4 AANBEVELINGEN VERVOLGONDERZOEK	76
LITERATUURLIJST	79
BIJLAGE 1. INFORMATIESHEET (IN NEDERLANDS EN DUIJS).....	84
BIJLAGE 2. INTERVIEWSCHEMA.....	86
BIJLAGE 3. SCHRIFTELIJKE VRAGENLIJST.....	94
BIJLAGE 4. CODEBOEK	101
BIJLAGE 5. AANBEVELINGEN	104

1. Inleiding

In §1.1 wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Paragrafen 1.2 en 1.3 beschrijven de totstandkoming van de MRSA-net website; het onderwerp van onderzoek. Paragraaf 1.4 beschrijft de probleemstelling. Paragraaf 1.5 ten slotte beschrijft de opbouw van dit onderzoeksverslag.

1.1 Aanleiding

MRSA is de afkorting van Methicilline Resistente *Staphylococcus aureus* en staat ook wel bekend als de ziekenhuisbacterie. De *S. aureus* komt van nature bij 20% van de mensen voor op de huid en op de slijmvliezen, zoals de neus, en wordt makkelijk overgedragen door huidcontact, oppervlakten of lucht (Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding [LCI], 2005). Voor gezonde personen heeft de *S. aureus* geen gevolgen, maar bij personen met een verminderde weerstand of bij het gebruik van infusen en katheters kan de bacterie echter tot dusdanig ernstige infecties leiden, dat de dood erop volgt (LCI, 2005; Gezondheidsraad, 2006). Dit is voornamelijk het geval bij een infectie van de MRSA, welke resistent of ongevoelig is voor het antibioticum Methicilline en de meeste andere gangbare antibiotica waarmee *S. aureus*-infecties mee worden bestreden (Sista et.al, 2004).

Naast de ziekenhuisvariant zijn er de laatste jaren ook MRSA-varianten buiten het ziekenhuis opgedoken: de Community-Acquired variant (CA-MRSA) en de veterinaire variant (VA-MRSA). De CA-MRSA is een ambulante, buiten het ziekenhuis opgelopen bacterie en is afkomstig uit de Verenigde Staten. Hier is het in staat gebleken om bij gezonde mensen, voornamelijk kinderen en senioren, ernstige infecties te veroorzaken die tot de dood hebben geleid (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007). Daarnaast is recentelijk een veterinaire variant opgedoken, de VA-MRSA (Huijsdens, Van Dijke, Spalburg, Van Santen-Verheuvél, Heck, Pluister et al., 2006). Volgens onderzoek van de Voedsel en Waren Autoriteit [VWA] (2006) en het Centrum Infectieziektebestrijding [CIB] (2006) blijkt dat 40% van de varkens en 25% van de varkenshouders drager is van deze MRSA-bacterie. Tevens blijkt dat deze variant voor meer dan 20% van alle MRSA-besmettingen in Nederland zorgt en zelfs op rauw vlees voorkomt (Van Loo, Huijsdens, Tiemersma, De Neeling, Van de Sande-Bruinsma, Beaujean et al., 2007).

Ook in Nederland vindt een toename van de MRSA-infecties plaats, ondanks het effectieve 'search and destroy'-beleid. Dit beleid is gericht op een vroege opsporing van MRSA door elke nieuwe ziekenhuispatiënt hierop te screenen. Blijkt deze een MRSA-drager te zijn, dan wordt verspreiding voorkomen door de patiënt geïsoleerd te verplegen en te desinfecteren (Werkgroep Infectie Preventie [WIP], 2006). Helaas is dergelijk beleid niet standaard in het buitenland, waardoor hier een veel hogere MRSA-prevalentie is. Zo is in Duitsland de laatste jaren een stijging van de MRSA-prevalentie van 2% naar ongeveer 23% waargenomen (Friedrich, Daniels-Haardt, Köck, Verhoeven, Mellmann, Harmsen et al., 2008). Door de opkomst van grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft dit ook gevolgen voor Nederland. Daarnaast zorgt een slechte naleving van de infectiepreventieprotocollen door het zorgpersoneel voor een toename van het aantal MRSA-besmettingen (Verhoeven, Hendrix, Daniels-Haardt, Friedrich, Steehouder & Van Gemert-Pijnen, 2007). Dit gebeurt echter niet zonder reden: de protocollen geven voornamelijk procedurele informatie omtrent infectiepreventie en bestrijding. Het vervolgens vertalen van deze informatie naar de praktijk blijkt een zeer lastige klus te zijn. Bovendien

schiet de bestaande informatie tekort wat betreft informatie omtrent specifieke, klinische omstandigheden (Verhoeven et al., 2007).

Deze ontwikkelingen hebben tot de start van het Euregio-project MRSA-net Twente/Münsterland geleid met als hoofddoel het terugdringen van de MRSA. Dit moet bereikt worden door een grensoverschrijdend netwerk waarin informatie wordt uitgewisseld en beleid op elkaar wordt afgestemd. Tevens wordt dit bereikt door de informatievoorziening over het MRSA-beleid richting zorgpersoneel, MRSA-dragers en algemeen publiek te vergroten (Friedrich et al., 2008). Een website is een uitstekend medium hiervoor, omdat het laagdrempelig is, er veel informatie op geplaatst kan worden en voor velen gemakkelijk toegankelijk is. Bovendien bestaat er tot op heden geen MRSA-website die uitgebreide en betrouwbare informatie levert. Derhalve is in het kader van het project een zogenaamde 'web-based learning tool' ontwikkeld, een website waarop zowel praktische als medische vragen omtrent MRSA beantwoord worden, gebaseerd op de landelijke MRSA-richtlijnen (Verhoeven et al., 2007). Hier kan zowel zorgpersoneel als MRSA-dragers (inclusief het algemene publiek) terecht en is zowel in het Nederlands als het Duits opgezet.

1.2 De MRSA-net website voor zorgpersoneel

Om de inhoud en vormgeving van de MRSA-net website zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van het zorgpersoneel, werd er een uitgebreid gebruikersonderzoek onder hen afgenomen. Zij werden geworven onder medewerkers van twee Nederlandse en twee Duitse ziekenhuizen in de grensstreek. Het onderzoek betrof hard-op-denk-sessies (n=28), waarbij de respondenten scenario's moesten oplossen op basis van het bestaande MRSA-protocol. Hieruit werden zoekstrategieën en informatiebehoeften vastgesteld, en kwamen er tevens 167 onbeantwoorde vragen aan het licht. Middels een Card Sort Study (n=10) werd ziekenhuispersoneel gevraagd de vragen in te delen in logische categorieën. Hun indeling vormde een menustructuur voor de MRSA-net website (Verhoeven et al., 2007).

1.3 De MRSA-net website voor MRSA-dragers en het algemeen publiek

In eerste instantie werd de MRSA-net website ontwikkeld voor zorgpersoneel, maar tijdens de hard-op-denk-sessies bleek dat ook onder MRSA-dragers veel onduidelijkheid bestaat over de omgang met het MRSA-dragerschap in de praktijk. Volgens het zorgpersoneel zitten veel MRSA-dragers met praktische vragen waar ze nergens mee terecht kunnen. Vanuit deze behoefte is besloten tevens een deel voor MRSA-dragers (en het algemeen publiek) binnen de MRSA-net website in te richten (Verhoeven et al., 2007). Om de behoeften van deze dragers in kaart te brengen, is ook gekozen voor een gebruikersonderzoek, ditmaal bestaande uit 22 semi-gestructureerde diepte-interviews en een telefonische focusgroep (n=6) (Vonderhorst, 2007). Deze werden gehouden met drie typen MRSA-dragers: Veterinaire MRSA (n=8), Community Acquired MRSA (n=6) en Hospital Associated MRSA (n=8). Uit de interviews kwam naar voren dat er vraag was naar een eenduidige, allesomvattende bron op internet (Vonderhorst, 2007; Verhoeven et al., 2007). Bovendien bleek dat het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring is voor de dragers en dat zij als gevolg hiervan zowel emotionele als informatiebehoeften ervaren. Informatiebehoeften omvatten veelal algemene en praktische informatie

omtrekt MRSA en hulp bij de behandeling/begeleiding in het proces van MRSA-drager zijn. De emotionele behoeften omvatten veelal sociale steun, het verhaal kwijt willen en gevoelens uiten. Uiteindelijk resulteerde ook dit onderzoek in maar liefst 215 onbeantwoorde vragen, die de input vormden voor het deel voor MRSA-dragers en het algemene publiek. Deze vragen waren vooral praktisch van aard en liepen uiteen van 'Mag ik nog sporten, ook teamsport?' tot 'Mogen mijn partner en ik in hetzelfde bed slapen als ik MRSA heb?' en 'Mag ik boodschappen doen als ik MRSA heb?'. Ook deze vragen werden onderworpen aan een Card Sort Study (n=10), waaruit een geheel andere menustructuur voor het publieke gedeelte voortkwam, vergeleken met het personeelsgedeelte.

De vragen die zijn voortgekomen uit beide gebruikersonderzoeken, dienen als basis voor de inhoud van de MRSA-net website. De antwoorden op de vragen van het ziekenhuispersoneel zijn gebaseerd op de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie, en het gedeelte voor het publiek is ontleend aan het draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten. De inhoud van zowel het Duitse personeels- als publieke gedeelte is gebaseerd op de nationale MRSA-richtlijnen van het Robert Koch Instituut. Waar nodig zijn de antwoorden aangevuld door arts-microbiologen betrokken in het Euregio-project MRSA-net Twente/Munsterland (Verhoeven et al., 2007). Overigens is de input voor het Duitse publieksgedeelte gebaseerd op het onderzoek van Vonderhorst (2007) onder Nederlandse MRSA-dragers. Alhoewel Duitse MRSA-dragers hoogstwaarschijnlijk met dezelfde soort praktische vragen zitten als de Nederlandse MRSA-dragers, verschilt het Duitse MRSA-beleid wel sterk van het Nederlandse. De vragen van Duitse MRSA-dragers kunnen hierdoor op bepaalde punten sterk verschillen van de vragen van de Nederlandse MRSA-dragers. Daarnaast zijn in Duitsland andere internetbronnen beschikbaar, waardoor zij ook andere zoekstrategieën zouden kunnen hanteren. Uiteindelijk moet één van de belangrijkste kenmerken van de MRSA-net website naast het makkelijke en snelle zoeken het vervullen van informatiebehoeften zijn. Om dit te bewerkstelligen, is het van belang om de behoeften van de gebruikers in kaart te brengen zodat het systeem hierop kan worden aangepast.

1.4 Probleemstelling

Zowel het Nederlandse als Duitse gedeelte van de MRSA-net website moeten dus geëvalueerd worden onder de doelgroep MRSA-dragers, zodat de site beter op hun wensen en behoeften aangepast kan worden. Hiertoe moeten allereerst hun behoeften in kaart worden gebracht en de manier waarop zij deze vervullen. Tevens moet zowel hun zoekgedrag in kaart gebracht worden als hun mate van waardering van de usability van de website. Welke aspecten hierin precies van belang zijn en hoe deze zich tot elkaar verhouden, zal besproken worden in hoofdstuk 2. De definitieve invulling van de deelvragen zal daarom na de theoretische onderbouwing gegeven worden. De probleemstelling van dit onderzoek kan als volgt geformuleerd worden:

Het achterhalen van de behoeften van Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en het bepalen in hoeverre de MRSA-net website deze behoeften vervult.

Om deze probleemstelling te beantwoorden zal middels een gebruikersonderzoek de achtergrond en oorzaken van de behoeften van de Nederlandse en Duitse MRSA-dragers in kaart worden gebracht en vervolgens hun behoeften. Hierna zullen de Nederlandse en Duitse MRSA-dragers de MRSA-net website middels een websitetest evalueren. Hierbij zal ondermeer gekeken worden in hoeverre zij gemakkelijk de antwoorden op hun vragen kunnen vinden en begrijpen, of ze de website aantrekkelijk vormgegeven vinden, et cetera. Daarnaast zal hun manier van zoeken op de website onderzocht worden.

1.5 Leeswijzer

Zoals eerder aangegeven, wordt in het volgende hoofdstuk de theorie besproken die de onderzoeksvraag onderbouwt. Hieruit vloeien het onderzoeksmodel en de deelvragen voort die als basis voor het onderzoek dienen. In hoofdstuk 3 wordt de gebruikte onderzoeksmethode nader toegelicht. Hoofdstuk 4 is gewijd aan de presentatie van de resultaten. Hoofdstuk 5 gaat in op de conclusies en aanbevelingen ter verbetering van de MRSA-net website ten behoeve van mensen die met de MRSA-bacterie besmet zijn. Hoofdstuk 6 ten slotte geeft een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek en doet aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader gevormd worden dat als uitgangspunt voor dit onderzoek dient. Dit onderzoek is gebaseerd op twee wetenschappelijke disciplines, namelijk de psychologie en de informatiewetenschap. Het eerste deel van dit hoofdstuk zal zowel de oorzaak voor het ontstaan van behoeften (stress) behandelen (Wilson, 1997) alsook de vervulling ervan (coping). Dit wordt toegelicht in de paragrafen 2.1 en 2.2. In §2.3 wordt de stresscontext besproken waarin de informatiebehoeften van MRSA-dragers ontstaan. Aangezien de MRSA-net website in deze informatiebehoeften wil voorzien, wordt hier in de rest van het onderzoek op ingezoomd. In §2.3 komt daarom het informatiezoekgedrag vervolgens uitgebreid aan de orde en wordt de informatiewetenschap bij het onderzoek betrokken. Daaropvolgend zal het informatiezoekproces op websites behandeld worden (§2.4). In §2.5 worden de kwaliteitseisen voor de MRSA-net website in kaart gebracht, de usability-criteria. Aan het einde van dit hoofdstuk, in §2.6, zullen de twee wetenschappelijke disciplines geïntegreerd worden in één model dat gebruikt is als basis voor de ontwikkeling van de onderzoeksinstrumenten. Tot slot worden in §2.7 de onderzoeksvragen gepresenteerd.

2.1 Stress

Uit het onderzoek van Vonderhorst (2007) bleek dat door de meeste MRSA-dragers de dragerschapperiode als stressvol wordt ervaren. Stress is een verstoorde relatie tussen de persoon en de omgeving en die door de persoon als bedreigend voor zijn/haar bronnen wordt beoordeeld en gevaarlijk voor het eigen welzijn (Folkman, 1984). Het draait om de interactie tussen de persoon en zijn omgeving, waarbij het van de persoon afhangt of een situatie wel of geen stress oproept (Folkman & Lazarus, 1980).

Stress kan verschillende oorzaken hebben, waaronder ziektes of aandoeningen (Holmes & Rahe, 1967). MRSA kan hier ook onder geschaard worden, hoewel het in de meeste gevallen niet -zoals een ziekte- tot een lichamelijk disfunctioneren leidt omdat men vaak de bacterie weer redelijk snel kwijt is. Het MRSA-dragerschap komt wel overeen met een ziekte in die zin dat het *indirecte* gevolgen in de vorm van reacties van de patiënt op het gezondheidsprobleem kan hebben. Deze indirecte problemen worden door Kleinmann (1980) aangeduid met *illness* en zijn ondermeer emotionele problemen, alledaagse problemen/beperkingen die het gezondheidsprobleem oplegt en ook stigmatisering. Deze problemen kunnen een dusdanige invloed hebben op de patiënt dat ze mogelijk leiden tot stress. De stress die tengevolge van het MRSA-dragerschap ontstaat komt veelal voort uit de impact dat het heeft op het dagelijks functioneren van de persoon. Uit onderzoek is gebleken dat MRSA-positieve patiënten die in het ziekenhuis geïsoleerd verpleegd werden, last kregen van stemmingsstoringen zoals depressiviteit, angst en woede (Davies & Rees, 2000; Hartmann, 2006; Kennedy & Hamilton, 1997; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001). Ook de MRSA-ervaring in de thuissituatie kan tot stress leiden. Zowel Criddle en Potter (2006) als Vonderhorst (2007) onderzochten dit en stelden vast dat veel stress voortkomt uit een negatieve affectieve (ofwel emotionele) toestand en cognitieve (ofwel kennis) toestand van de drager. Dit leidde ertoe dat de dragers met veel onbeantwoorde vragen zaten en vele zorgen hadden. Men ervoer angst jegens de bacterie en was bang de familieleden te besmetten en degenen die werkzaam waren in de gezondheidszorg, maakten zich zorgen over eventueel baanverlies. Angst is een emotie en kan

daarom worden gedefinieerd als een affectieve stressfactor, gebrek aan kennis is een cognitieve stressfactor. Volgens Criddle en Potter (2006) is informatievoorziening dé oplossing om deze stressfactoren te lijf te gaan. Een betere informatievoorziening verhoogt de cognitieve toestand van de persoon en zal leiden tot minder stress. Dit werd bevestigd door het onderzoek van Vonderhorst (2007). Of het ook de affectieve toestand van de persoon kan verbeteren is vooralsnog niet onderzocht. Of de MRSA-net website in deze behoeften kan voorzien staat centraal in het onderhavige onderzoek.

2.2 Behoeften en coping

Een stressvolle situatie leidt tot bepaalde behoeften, bijvoorbeeld om met anderen over het probleem te praten, informatie over het probleem te vinden of er juist van weg te lopen. Deze behoeften proberen te vervullen en zodoende omgaan met de stress die het MRSA-dragerschap kan opleveren, wordt coping genoemd. Folkman & Lazarus (1985) definiëren coping als 'cognitieve en gedragseffecten waarmee de interne en externe behoeften die door stressvolle situaties veroorzaakt zijn overmeesterd, verminderd of getolereerd worden'. De concepten behoeften en coping worden in de volgende paragrafen nader toegelicht.

2.2.1 Behoeften

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de behoeften van MRSA-dragers. Uit onderzoek van Criddle & Potter (2006) bleek dat MRSA-dragers met veel vragen zitten en behoefte hebben aan informatie. Hun respondenten hadden informatiebehoeften op drie gebieden:

1. Behoefte aan informatie over de aard van het organisme, zoals wat MRSA is, waar en hoe je het op kunt lopen en wat de symptomen van een infectie zijn.
2. Behoefte aan informatie over praktische zaken, zoals het risico voor de familieleden, het bezoeken van de tandarts en het gebruiken van een gemeenschappelijke douche.
3. Behoefte aan informatie op het moment dat een patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis en naar huis mag. Eenmaal thuis heeft de patiënt niet meer geregeld contact met het gezondheidspersoneel en kunnen diens vragen niet meer direct beantwoord worden.

Vonderhorst (2007) toonde aan dat MRSA-dragers veelal behoefte hebben aan algemene informatie en aan praktische informatie om in het dagelijks leven met MRSA om te gaan. Ook bleken zij behoefte te hebben aan hulp/begeleiding bij de behandeling om zo snel mogelijk MRSA-vrij te worden. Uit dat onderzoek bleek bovendien dat de informatiebehoeften verweven waren met de emotionele behoeften. Een persoonlijk gesprek met een zorgverlener bood niet alleen informatie, maar voorzag ook in steun (Vonderhorst, 2007). Dit inzicht komt overeen met de visie van Bensing & Verhaak (2004) op informatiebehoeften. Zij stellen dat deze in te delen zijn in cognitieve behoeften en affectieve behoeften. Enerzijds wil de patiënt begrijpen wat er met hem aan de hand is (cognitieve informatiebehoefte) en anderzijds wil deze zelf begrepen en gesteund worden (affectieve informatiebehoefte). De behoefte om te weten en te begrijpen uit zich bijvoorbeeld in de wens om informatie te vinden over wat de MRSA-bacterie precies is of uit welke maatregelen de decontaminatieprocedure bestaat. De behoefte om zelf begrepen te worden hangt samen met de behoefte om zorgen bespreekbaar te maken en om geaccepteerd en

gerustgesteld te worden, bijvoorbeeld wat betreft hun zorgen over hoe om te gaan met anderen. De aanname is dat deze cognitieve en affectieve informatiebehoeften vervuld worden middels problem-focused coping, waaronder het zoeken van informatie. Dit wordt verder toegelicht in §2.2.2. Naast informatiebehoeften kunnen MRSA-dragers ook emotionele behoeften hebben, bijvoorbeeld de behoefte aan sociale steun of het uiten van gevoelens. Deze behoeften worden vervuld door emotion-focused coping, dat behandeld zal worden in §2.2.3.

2.2.2 Problem-focused coping

Door middel van problem-focused coping probeert men de stressvolle situatie te veranderen door actie te ondernemen en hiermee het probleem op te lossen dat onrust veroorzaakt (Folkman & Lazarus, 1988). Dit kan door het zoeken van informatie: 'information search'. Information search speelt een belangrijke rol bij het omgaan met stress, omdat cognitieve en affectieve informatiebehoeften vervuld kunnen worden (Bensing & Verhaak, 2004) waardoor men controle probeert te krijgen over het probleem en het als minder stressvol ervaart (Miller & Mangan, 1983).

Er is niet veel onderzoek gedaan naar informatie zoeken als copingstrategie bij MRSA-dragers maar wel bij mensen die lijden aan kanker. Hieruit bleek dat effectieve informatie over een behandeling zorgt voor vermindering van angst, depressie en een betere omgang met de ziekte en de behandeling (Rutten, Arora, Bakos, Aziz, & Rowland, 2005; Michie, Rosebert, Heaversedge, Madden & Parbhoo, 1996; Stewart, 1995; Fallowfield, Baum & Maguire, 1986). Het onderzoek van Vonderhorst (2007) toonde aan dat het merendeel van de MRSA-dragers actief naar informatie zocht tijdens het dragerschap. Hierbij bleek internet een belangrijke informatiebron, maar werd als bron het minst gewaardeerd door een gebrek aan informatie. Hier ligt een kans voor de MRSA-net website, omdat het internet wel als laagdrempelig en toegankelijk werd beoordeeld. De website zou volgens Criddle & Potter (2006) kwalitatieve en geruststellende informatie moeten bieden die toegespitst is op de situatie van de MRSA-drager, zodat het kan helpen diens informatiebehoeften te vervullen en stress te verminderen. In dit onderzoek zal dan ook onderzocht worden welke cognitieve en affectieve informatiebehoeften MRSA-dragers ervaren en in hoeverre de MRSA-net website hierin kan voorzien.

2.2.3 Emotion-focused coping

Emotion-focused coping bestaat uit het reguleren van de emotionele reacties die ontstaan zijn door de stressvolle situatie en heeft niet tot doel de stressvolle situatie zelf te veranderen (Folkman & Lazarus, 1988). Met deze vorm van coping wordt getracht emotionele behoeften te vervullen en kan onderverdeeld worden in twee soorten: 'shutting down' en 'opening up' (Brehm, Kassir & Fein, 2002). Veelal reageert men op stress door zich er van af te sluiten en de onplezierige gedachten en gevoelens te onderdrukken (*shutting down*). MRSA-dragers die stress ervaren door bijvoorbeeld angst voor besmettelijkheid of negatieve reacties vanuit de omgeving, kunnen zich ervoor afsluiten door bijvoorbeeld op vakantie te gaan (*distraction of escapism*) of proberen door te gaan met hun normale leven en het onderwerp negeren (*suppression of denying*). Het 'opening up' is de behoefte om juist je gevoelens te uiten aan jezelf en aan anderen. MRSA-dragers kunnen omgaan met stress door onder andere hun gevoelens te uiten en

hun verhaal te doen (*venting feelings*) of door sociale steun te zoeken bij familie, vrienden, maar ook lotgenoten (*sociale steun zoeken*) (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

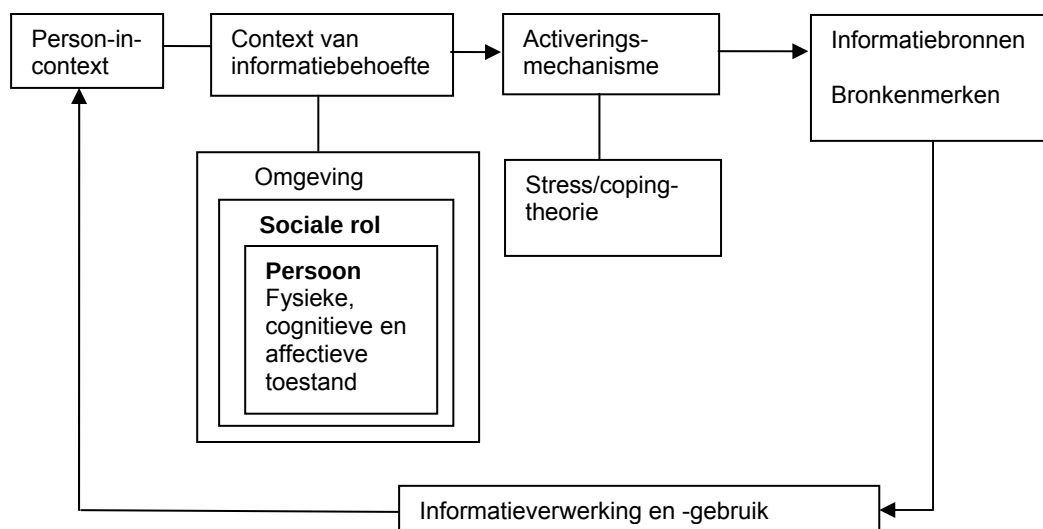
Een website zonder de functionaliteiten als een forum en een e-consult kan echter geen emotionele behoefte vervullen omdat er geen mogelijkheid bestaat tot het raadplegen van lotgenoten of zorgprofessionals, m.a.w. kan niet door MRSA-dragers gebruikt worden als emotion-focused copingstrategie. Een informatieve website als MRSA-net kan daarentegen wel in de affectieve informatiebehoefte voorzien omdat problem-focused copingstrategieën toegepast kunnen worden. Daarom zal nader worden ingegaan op de problem-focused copingstrategieën en niet zozeer op strategieën voor emotion-focused coping. De focus ligt daarom vanaf nu op hoe de website in cognitieve en affectieve informatiebehoeften kan voorzien.

2.3 Informatiezoekgedrag

In 1996 heeft Wilson (grondlegger van de meest toegepaste informatiezoekmodellen) zijn originele informatiezoekmodel aangevuld met ondermeer de *stress and coping theory* om het zoekgedrag te verklaren. Hiermee is een goed basismodel gevonden voor dit onderzoek, omdat de *context* en de *stress and coping theory* de eerste fase van het onderzoek vormen.

In Figuur 2.1 is het model van Wilson te zien, bestaande uit de componenten die van belang zijn voor dit onderzoek en met enkele componenten aangepast. Hieronder zal het model worden toegelicht.

Figuur 2.1 Model van informatiebehoeften en zoekgedrag, gebaseerd op Wilsons model van informatiezoekgedrag (1996)



2.3.1 Person-in-context

Deze component heeft betrekking op de persoon die het zoekproces gaat doorlopen, die een behoefte heeft door de context waarin hij of zij verkeert. In dit onderzoek draait het om personen met het MRSA-dragerschap.

2.3.2 Context van informatiebehoefte

Volgens Wilson (1997; 1981) kunnen stress en basisbehoeften ontstaan binnen drie contextniveaus, waarna informatiebehoeften gevormd kunnen worden die vervolgens door middel van coping (informatiezoekgedrag) worden vervuld. Deze relaties worden hieronder per contextniveau met betrekking tot MRSA duidelijk gemaakt.

- Persoon (microniveau): De factoren die de persoonlijkheid van het individu vormen kunnen in meer of mindere mate tot stress leiden.
 - o De fysiologische behoefte komt voort uit de fysieke ervaring van het MRSA-dragerschap. Een infectie als gevolg van MRSA kan leiden tot stress en de behoefte om de pijn te stoppen. Deze behoefte leidt niet tot een informatiebehoefte, noch kan informatie (op in dit geval de MRSA-net website) de behoefte vervullen. Deze behoefte wordt daarom in dit onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.
 - o De affectieve behoefte wordt veroorzaakt door de emoties en gevoelens van de persoon. Een negatief affect zoals een gevoel van angst of besmettelijkheid vanwege de MRSA-besmetting, is een directe bron van stress. Hieruit volgt bijvoorbeeld de behoefte aan ontkrachtende informatie dat de MRSA-drager een gevaar vormt voor anderen.
 - o De cognitieve behoefte vloeit voort uit het persoonlijke kennisniveau en betreft de behoefte aan kennis van de respondent (Wilson, 1997). Wanneer een MRSA-drager bijvoorbeeld niet weet niet welke maatregelen hij/zij moet nemen om MRSA-vrij te worden (gebrek aan kennis) of denkt dat het MRSA-dragerschap ongeneeslijk is (onjuiste kennis), dan kan dit ten onrechte stress veroorzaken. De behoefte kan nu ontstaan om antwoord op de vraag te krijgen en informatie te gaan zoeken.
- Sociale rol/interpersoonlijk (mesoniveau): Dit betreft de rollen in het sociale leven van een persoon en bestaat uit de rol in bijvoorbeeld gezins- en vriendenkring en de werkrol (Wilson, 1981). Negatieve reacties vanuit de sociale omgeving t.a.v. de MRSA-ervaring kunnen aanleiding zijn tot stress maar ook een beperking van de sociale rol kan stress opleveren. Dit is het geval wanneer een MRSA-drager een ziek familielid niet mag bezoeken of vrienden die in de zorg werken. Personen kunnen hierdoor emotionele behoeften ontwikkelen om hierover te praten of er ontstaan informatiebehoeften om zo het probleem te controleren. Zo zou een verpleegkundige die tijdelijk haar beroep niet mag uitoefenen en een behandeling moet ondergaan om MRSA-vrij te worden, willen lezen hoe anderen in dezelfde situatie hiermee om zijn gegaan (affectief). Een cognitieve informatiebehoefte zou in haar geval kunnen bestaan uit de behoefte om te willen weten wat ze er zelf aan kan doen om zo snel mogelijk weer MRSA-vrij te zijn.
- Omgeving (macroniveau): In dit onderzoek vallen hier de werkomgeving en de fysieke, eigen thuissituatie onder (Wilson, 1981). Stress in de eigen omgeving wordt veroorzaakt door speciale maatregelen die thuis genomen moeten worden. Het beleid opgesteld door de zorginstanties kan tot stress leiden, bijvoorbeeld voor een verpleegkundige die vanwege een MRSA-besmetting zijn/haar beroep niet mag uitoefenen. De affectieve en cognitieve informatiebehoeften kunnen in

een dergelijk geval in elkaar overlopen, wanneer de patiënt uitleg over dit beleid wil hebben zodat hij/zij wordt gerustgesteld.

Al deze drie stressniveaus kunnen tot bepaalde informatiebehoeften leiden die vervuld kunnen worden door de problem-focused copingstrategie, waarvan het informatiezoekgedrag deel uitmaakt.

2.3.3 Activeringsmechanisme: Stress en copingtheorie

De begrippen uit de stress en copingtheorie zijn uitgebreid aan bod gekomen in de voorgaande paragrafen. Hoewel de essentie van de theorie voor dit onderzoek en dat van Wilson (1997) gelijk is, verschilt de visie op de rol ervan in het informatiezoekproces. Wilson (1997) ziet de theorie slechts als *schakel* tussen de informatiebehoeften en het informatiezoekgedrag (figuur 2.1). In dit onderzoek daarentegen speelt de stress en copingtheorie een veel prominenter rol: het vormt het beginpunt van het gehele proces. Dit is in het uiteindelijk onderzoeksmodel in figuur 2.3 van §2.6 goed terug te zien.

2.3.4 Informatiebronnen en bronkenmerken

In dit onderzoek is het informatiezoekgedrag zoals omschreven in het model van Wilson (1996) niet meegenomen, omdat dit van toepassing is op het informatie zoeken in het algemeen, terwijl in dit onderzoek het zoeken met slechts één bron, de MRSA-net website centraal staat. Dit informatiezoekgedrag op websites zal apart behandeld worden in §2.4. In plaats daarvan is het model voor dit onderzoek aangevuld met *informatiebronnen* en *bronkenmerken*.

Informatiebronnen komen in het model van Wilson (1997) niet voor, terwijl deze wel een relevant aspect in het onderhavige onderzoek vormen. Het is namelijk interessant om te weten waar MRSA-dragers naar informatie gezocht hebben en of het internet een belangrijke bron is. Daarom is er in dit onderzoek voor gekozen om informatiebronnen gezamenlijk met hun bronkenmerken mee te nemen in het onderzoek. Deze zijn onder de constructen 'informatiebron' en 'bronkenmerken' (in plaats van 'informatiezoekgedrag') terug te vinden in het uiteindelijke onderzoeksmodel in figuur 2.3 in §2.6. De informatiebronnen zijn opgedeeld in interpersoonlijke informatiebronnen en massamediale informatiebronnen. Het is daarbij eveneens van belang of MRSA-dragers veelal formele of informele bronnen raadplegen. Informele bronnen zijn burens, kennissen, vrienden, familie en collega's. Formele bronnen bestaan uit personen die werkzaam zijn binnen formele instanties zoals het ziekenhuis en de GGD.

Afhankelijk van de kenmerken van de bron wordt de verdere richting van het informatiezoekproces bepaald. In dit onderzoek zijn de volgende bronkenmerken van invloed:

- Interpersoonlijke kenmerken: De bron is in dit geval een persoon, waarbij empathie (vertrouwen en begrip) van invloed is op het informatiezoekgedrag (Fauconnier, 1986).
- Algemene kenmerken: Toegankelijkheid en geloofwaardigheid (Wilson, 1997)

Voor een goede interpersoonlijke relatie tussen informatiezoeker en de informatiebron is enerzijds een bepaalde mate van wederzijds vertrouwen van belang. Anderzijds is het belangrijk dat degene die informatie verschaft de gevoelens van degene die informatie zoekt probeert te begrijpen (Fauconnier, 1986). Indien er geen begrip en vertrouwen is, vormt dit zowel een barrière voor het verkrijgen van

informatie als een reden om ook andere informatiebronnen te raadplegen. Begrip en vertrouwen zijn dan ook twee belangrijke bronkenmerken.

De andere twee bronkenmerken omvatten toegankelijkheid en geloofwaardigheid. Wanneer een informatiebron niet toegankelijk of slecht te bereiken is, belemmert dit het informatie zoeken (Wilson, 1997). In dit onderzoek wordt het woord *bereikbaarheid* gebruikt in plaats van toegankelijkheid, aangezien dit begrip beter toepasbaar is op personen als informatiebron.

Geloofwaardigheid kan worden opgedeeld in de begrippen betrouwbaarheid en deskundigheid (Brehm, Kassin & Fein, 2002). Als een MRSA-drager informatie zoekt en de informatiebron onbetrouwbaar en ondeskundig vindt, dan zal hij/zij deze bron bestempelen als ongeloofwaardig. De geloofwaardigheid is dus erg belangrijk, omdat in een dergelijk geval de kans groot is dat hij/zij de informatie niet aanneemt en de bron (in de toekomst) links laat liggen.

2.3.5 Informatieverwerking en gebruik

Als de MRSA-drager op zoek is gegaan naar informatie en uiteindelijk informatie heeft gevonden, hoeft daarmee nog niet de informatiebehoefte te zijn vervuld. Het kan zijn dat de persoon de gevonden informatie niet begrijpt (duidelijkheid), de informatie niet kan gebruiken in de praktijk, of dat de informatie hem/haar niet geruststelt. Het is dus niet gegarandeerd dat de informatie verwerkt en gebruikt wordt (Wilson, 1997). Op dit punt zal de MRSA-drager de afweging maken of diens informatiebehoefte (volledig) vervuld is en niet. Zo niet, dan vindt een terugkoppeling plaats naar de person-in-context en de context van de informatiebehoefte.

Zoals ook in §2.3.4. werd aangegeven, staat in dit onderzoek niet het informatiezoekproces in het algemeen centraal maar het zoeken op één specifieke website als informatiebron. Hier wordt in de volgende paragraaf op ingezoomd.

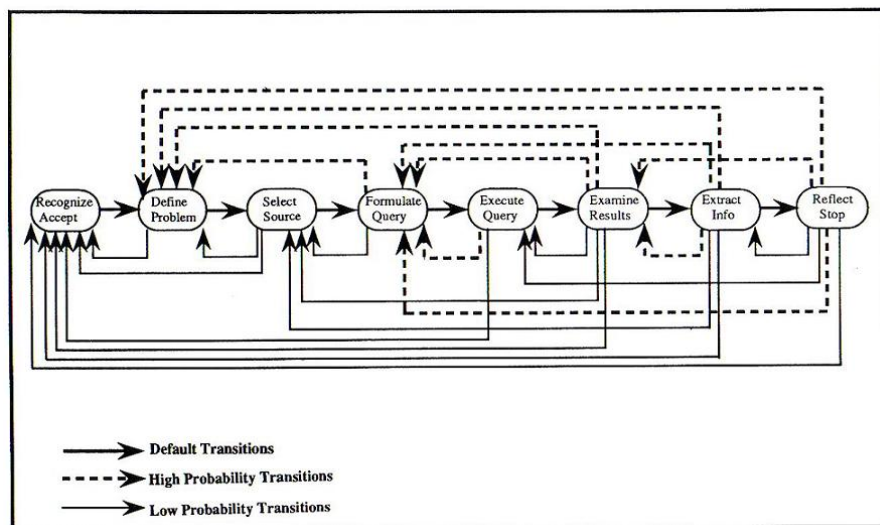
2.4 Informatie zoeken op websites

Het aangepaste model van Wilson (1996) gaf een kader van het informatiezoekproces waarbij elke willekeurige informatiebron geraadpleegd kon worden. Gezien het feit dat in dit onderzoek een website centraal staat, is het van belang om een model te vinden dat op deze specifieke bron ingaat. Een dergelijk model is gevonden in het model van Marchionini (1995) dat het informatiezoekproces in elektronische omgevingen, zoals het internet, weergeeft. Marchionini (1995) borduurt hiermee voort op de redenering van Belkin (1980) die stelde dat bij het oplossen van een informatieprobleem de formulering van het probleem een grote rol speelde, alsmede een goede communicatie tussen systeem en gebruiker. Marchionini (1995) stelt dat *'information seeking begins with the recognition and acceptance of the problem and continues until the problem is resolved or abandoned'*, waarbij hij uit gaat van een iteratief proces. Overigens is de probleemgeoriënteerde visie overeenkomstig aan die van Wilson (1996), die door Wilson met *problem-focused coping* en *information search* wordt aangeduid en door Marchionini (1995) met *problem-oriented information seeking*.

In dit onderzoek wordt probleem aangeduid met informatiebehoefte en draait het niet om het oplossen van een probleem, maar om de vervulling van behoeften van de gebruiker. Marchionini (1995) stelt dat een website als MRSA-net hierop moet worden ingericht en dat onderzoek naar zoekgedrag daarom gericht zou moeten zijn op de gebruiker en diens beleving van het systeem. Dit wordt de 'user-centered approach' genoemd en het belang hiervan wordt in de literatuur steeds vaker onderschreven (Spink, 2002; Van Velsen, Van der Geest, Klaassen & Steehouder, 2008).

In figuur 2.2 is Marchionini's model (1995) terug te zien en hieronder worden de onderdelen in relatie tot dit onderzoek besproken.

Figuur 2.2 Model van Marchionini (1995) van het informatiezoekproces



1. *Recognize and accept an information problem:* Elk zoekproces begint met het moment dat een persoon erkent en accepteert dat hij/zij een informatieprobleem ofwel een informatiebehoefte heeft. Deze fase speelt in dit onderzoek geen rol, aangezien de MRSA-dragers expliciet naar hun informatiebehoeften gevraagd wordt en tevens 'informatiebehoeften' in de vorm van scenario's aangereikt krijgen. Overigens wordt de acceptatie van de informatiebehoefte ondermeer beïnvloed door kennis van internetzoekmachines en de inschatting van de fysieke en mentale kosten van het zoekproces (Marchionini, 1995).
2. *Define and understand the problem:* Het definiëren en begrijpen van de informatiebehoefte is een cruciaal punt in het zoekproces. De definitie van de behoefte zorgt ervoor dat het hanteerbaar wordt en geeft richting aan het zoekproces. Tevens krijgt het verwachte antwoord een vorm en kan het-evenals het zoekproces zelf- beter beoordeeld worden.
3. *Select source:* In principe gaan mensen allereerst bij andere mensen te rade en raadplegen ze pas daarna formele bronnen en systemen. In het onderhavige onderzoek kunnen de proefpersonen echter alleen de MRSA-net website raadplegen, en draait het in deze fase om de keuze voor één van de twee ingangen op de startpagina. De keuze voor een zoekstelsel is ondermeer afhankelijk door

- iemands eerdere ervaring met een zoekdomein (Marchionini, 1995), waardoor het zinvol is om na te gaan of de MRSA-dragers in de toekomst de MRSA-net website ook als informatiebron zouden kiezen.
4. *Formulate a query*: Nadat het zoeksysteem gekozen is, moet een query of zoekvraag geformuleerd worden. Deze wordt gemaakt op basis van de zoekopdracht en de kennis van het systeem. Hierbij maakt men tevens de keuze voor een zoekstrategie, waarbij in het geval van de MRSA-net website afhangt van de mogelijkheden van het website. Omdat dit een belangrijk onderdeel van het onderzoek is, komt dit uitgebreid aan bod in § 2.4.1.
 5. *Execute search*: Dit behelst de fysieke uitvoering van de zoekopdracht, bijvoorbeeld middels het klikken op een hyperlink, of het klikken op de Enter-toets na het invoeren van een zoekterm.
 6. *Examine results*: In het geval van de MRSA-net website betreft dit de zoekresultaten van het systeem of de inhoud van een aangeklikte categorie. Deze resultaten moeten vervolgens door de gebruiker beoordeeld worden op mate van relevantie met betrekking tot het informatieprobleem. Dit hangt af van de context (Teevan et al., 2004) en de kwantiteit, type en formaat van de resultaten (Marchionini, 2003).
 7. *Extract information*: Wanneer de MRSA-drager een relevante vraag in de resultatenlijst ziet staan, dan kan deze informatie 'eruit worden gehaald' door op de vraag te klikken.
 8. *Reflect/iterate/stop*: Vervolgens moet worden beoordeeld of de informatiebehoefte is vervuld. In dat geval kan de gebruiker stoppen met het zoekproces, maar het komt vaak voor dat er meerdere zoekpogingen nodig zijn of dat er nieuwe informatiebehoeften opkomen. De gebruiker kan dan verschillende subprocessen herhalen.

2.4.1 Zoekstrategieën

Zoals al werd aangegeven in de vorige paragraaf bij punt 4, *Formulate a query*, kunnen hier verschillende strategieën worden toegepast. Volgens Teevan et al. (2004) zijn dit *teleporting* en *oriëntering*, waarbij het verschil ligt in de mate van mentale inspanning van de gebruiker. Bij *teleporting* is het een vereiste dat de gebruiker actief meedenkt: Hij gebruikt zelfbedachte zoektermen om zo 'direct naar het informatiedoel te springen'. In dit onderzoek past men deze zoekstrategie toe wanneer men via de 'Stel uw vraag'-functie, de zoekmachine zoekt. *Oriëntering* daarentegen is een meer heuristische activiteit, waarbij de gebruiker via kleine, lokale stapjes naar het einddoel navigeert, waarbij de context als leidraad gebruikt wordt. Deze zoekstrategie komt overeen met het zoeken via de 'Informatie over'-functie of de Meest gestelde vragen op de MRSA-net website.

Zowel Marchionini (1995) als Cothey (2002) komen met zoekstrategieën die vergelijkbaar zijn met *teleporting* en *oriëntering*. Marchionini (1995) noemt ze *analytical search* en *browsing* en Cothey (2002) spreekt van *querying* respectievelijk *link-clicking*. Uiteindelijk onderscheiden alle auteurs enerzijds een actieve, analytische strategie, waarbij de gebruiker zelf meer nadenkt en anderzijds een meer passieve strategie waarbij de gebruiker meer op de context afgaat. Hun benamingen zijn terug te zien in Tabel 2.1. In dit onderzoek zullen vanaf nu de meest recente termen van Teevan et al. (2004), *teleporting* en *oriëntering* aangehouden worden.

Tabel 2.1. Benamingen zoekstrategieën.

Referentie	Actief zoeken	Passief zoeken
Marchionini (1995)	Analytical search	Browsing
Cothey (2002)	Querying	Link-clicking
Teevan et al. (2004)	Teleporting	Orienteering

Zoekmachines waarbij gebruik wordt gemaakt van het zoeken middels zoektermen, zoals de 'Stel uw vraag'-functie op de MRSA-net website, proberen veelal perfect op *teleporting* in te springen (Teevan et al., 2004). Dit is in navolging van de theorie van Marchionini (1995), die betoogde dat analytische strategieën vaak gebruikt worden bij een duidelijk geformuleerd informatieprobleem, ook wel een '*directed search*' genoemd (Herner, 1970; Apted, 1971). *Browsing* oftewel *orienteering* zou daarentegen juist effectief zijn bij slecht gedefinieerde zoekproblemen (*semi-directed search*) of wanneer men vrijwel geen onderzoeksdoel voor ogen heeft (*undirected search*, Herner, 1970; Apted, 1971).

2.5 Usability

Gebruikers hebben als doel om hun informatiebehoeften te vervullen en zoals in de vorige paragraaf naar voren kwam kunnen ze daarvoor verschillende zoekstrategieën toepassen. De MRSA-net website moet daarom zo efficiënt en effectief mogelijke zoekstrategieën mogelijk maken. Met andere woorden: de *usability* van de website moet in orde zijn, wat in het Nederlands vertaald wordt met *gebruikersvriendelijkheid*. In dit verslag zal de term *usability* gebruikt worden vanwege het gebruik in de relevante, Engelstalige literatuur. Bovendien wordt de term ook steeds meer in de Nederlandse onderzoeksliteratuur toegepast.

Deze paragraaf zal beginnen met de verschillende definities van en de visies op de term *usability* (2.5.1). Vervolgens zullen in de paragrafen 2.5.2 t/m 2.5.4 de verschillende usability-criteria besproken worden die voor deze website de usability bepalen.

2.5.1 Usability gedefinieerd

Usability wordt door de International Organization of Standardization (ISO) gedefinieerd als "*The extent to which a product can be used by specified users to achieve specified goals with effectiveness, efficiency, and satisfaction in a specified context of use*" (ISO 9241-11, 1998).

Bevan (1995) ziet in de literatuur een tweedeling van de benadering van usability terug. Hij spreekt enerzijds over een productgeoriënteerde benadering, die vanuit de software-praktijk stamt en gericht is op het gebruiksgemak ('ease of use'). Anderzijds spreekt hij over een bredere benadering van usability die, stammend uit het 'human factors' onderzoeksveld, gezien wordt als de mate waarin men het product kan gebruiken waar het voor bedoeld is. Volgens hem is het deze gebruikskwaliteit ('quality of use', volgens ISO 9126-1 één van de categorieën waaruit de kwaliteit van software bestaat) waar het bij usability echt om gaat, namelijk: Het product zoveel mogelijk laten voldoen aan de echte behoeften van de gebruiker (Bevan, 1999; Abran et al., 2003). Ook andere auteurs zien usability als een kwaliteitsstandaard voor de ervaring van de gebruiker met een product (Nielsen, 2003; anoniem, www.usability.gov, 2006; Pearson & Pearson, 2007).

Omdat dit onderzoek betrekking heeft op de evaluatie van een website, wordt de website hier beschouwd als het te evalueren product. Wat de ervaring van de gebruiker met een website kwalitatief hoogwaardig maakt, is per website verschillend. Volgens Guenther (2003) hangt dit bovendien af van wat het doel van de website is en voor welke doelgroep het gemaakt is. De MRSA-net website is bovendien een gezondheidswebsite, en dient een heel ander primair doel dan de vele commerciële websites. Op deze website draait het om de behoeften van de gebruiker, en de gebruiker stelt ook andere eisen aan een gezondheidswebsite. Deze criteria zullen in de volgende paragrafen behandeld worden.

2.5.2 Usability-criteria

Nu duidelijk is geworden wat usability inhoudt, moeten de criteria worden vastgesteld die van belang zijn met betrekking tot het bepalen van de usability van de MRSA-net website. Op deze manier kan de usability namelijk concreet worden gemaakt en derhalve hanteerbaar (Hornbæck, 2006). Om het overzicht over de criteria te behouden, is er gekozen voor een indeling in een klein aantal overkoepelende termen. Deze termen zijn voortgekomen uit de definitie van usability uit de ISO-standaard 9241-11, te weten *effectiviteit*, *efficiency* en *tevredenheid*. Aangezien de invulling van de ISO op sommige punten niet helemaal eenduidig is, worden in dit onderzoek de definities van Hornbæck (2006) gehanteerd, die beter te onderscheiden en te hanteren zijn. Zo verstaat hij onder *effectiviteit* de meetmethoden om de kwaliteit van of de tevredenheid met de uitkomsten van de interactie van de website te meten. Hij neemt dus ook een specifiek deel van *tevredenheid* mee dat gericht is op de uitkomsten, terwijl in de ISO-standaard alle soorten van tevredenheid onder de noemer *tevredenheid* vallen. Ook in de overige termen brengt Hornbæck meer nuance aan. Onder *efficiency* vallen volgens hem de meetmethoden van het interactieproces: Het proces tussen gebruiker en de website om de bedoelde uitkomsten te behalen. Hornbæck suggereert zelfs de term *efficiency* te vervangen door *interactieproces*, omdat dit volgens hem beter de lading dekt. Bovendien stelt hij voor om de *accuracy* en *completeness* bij de meting van de *efficiency* helemaal niet meer mee te nemen, en in plaats daarvan de metingen toe te spitsen op elke aparte taak en/of doel. De derde term ten slotte, *tevredenheid*, betreft de attitudes jegens en de ervaringen met het gebruik van de website in het algemeen door de gebruiker. De mening van de gebruiker over de uitkomsten en het interactieproces vallen hier dus niet onder (Hornbæck, 2006).

Er dient nog een belangrijke opmerking gemaakt te worden betreffende het bepalen van de usability-criteria van de MRSA-net website. De MRSA-net website is een informatieve website, maar bovendien een gezondheidswebsite. Aan dit soort websites worden veelal andere en meer eisen aan de inhoud gesteld dan aan commerciële websites (Kerr, Murray, Stevenson, Gore & Nazareth, 2006). Hierdoor is allereerst 'information retrieval' (IR) literatuur (Saracevic, 2000; Marchionini, 2000; Xie, 2006) geraadpleegd en vervolgens *health informatics* literatuur (Eysenbach & Köhler, 2002; Eysenbach, Powell, Kuss & Sa, 2002; Kerr et al., 2006; Kim & Chang, 2007; Chen, Yang, Tang, Huang & Yu, 2008). Uit deze literatuur zijn de usability-criteria criteria gedestilleerd die voor het onderhavige onderzoek bruikbaar zijn.

Hieronder volgt de bespreking van alle criteria, die in het onderzoek naar de evaluatie van de MRSA-net website betrokken worden, onderverdeeld in de groepen effectiviteit, efficiency en

tevredenheid. Van elk criterium wordt de betekenis gegeven en wordt aangegeven waarom het meegenomen is in dit onderzoek.

2.5.3 Effectiviteit:

Alle criteria die betrekking hebben op de kwaliteit van of de tevredenheid met de uitkomsten van de interactie van de website (Hornbæk, 2006).

- *Relevance*: Dit is het belangrijkste criterium van de MRSA-net website en betreft de mate waarin de informatie van de website relevant is en voldoet aan de behoeften van de gebruiker (Muylle, Moenaert & Despontin, 2004; Elling, Lentz & De Jong, 2007; Marchionini, 1995). Deze definitie komt grotendeels overeen met de *perceived usefulness* [PU] uit het Technology Acceptance Model [TAM] van Davis (1989). De definitie hiervan is 'de mate waarin een persoon gelooft dat het gebruik van een bepaald systeem zijn/haar werkprestatie verbetert'. Toegepast op dit onderzoek wordt dit gelezen als de mate waarin iemand gelooft dat hij of zij in de praktijk beter weet om te gaan met MRSA en zijn zorgen omtrent MRSA kan verminderen (coping) door de website te raadplegen. Volgens het TAM voorspellen de *perceived usefulness* [PU] en de *perceived ease of use* [PEOU] de gebruikersintentie, maar uit onderzoek van Kim & Chang (2007) en Chen et al. (2008) bleek dit niet geheel van toepassing was op de gebruikersintentie van gezondheidswebsites. De belangrijkste voorspeller was de PU, maar de PEOU bleek slechts een indirect effect te hebben op de gebruikersintentie. De PEOU had echter een direct effect op de attitude, en wordt in dit onderzoek daarom als criterium (*ease of use*) meegenomen onder de categorie *Tevredenheid*.

Het criterium *relevance* heeft in dit onderzoek betrekking op drie verschillende aspecten. Ten eerste draait het om de *relevance* van de prestatie van de zoekfuncties, oftewel de opgeleverde cq. getoonde resultaten tijdens de fase *Examine results*: Begrijpt het systeem de zoekopdracht van de gebruiker en zijn de getoonde vragen relevant ten opzichte van de zoekvraag? Ten tweede heeft *relevance* betrekking op de inhoud van die zoekresultaten zelf: Geeft de inhoud een antwoord op de zoekvraag van de gebruiker of is het relevant voor diens situatie? Dit vindt plaats in de *Reflect/iterate/stop*-fase, alsook het derde aspect: De *relevance* van de gevonden informatie met betrekking tot de informatiebehoeften. Hierin draait het om de mate waarin in een cognitieve en/of een affectieve informatiebehoefte is voorzien (Davis 1989; Saracevic, 2000; Marchionini, 1995; Muylle et al., 2004; Elling et al., 2007; Kim & Chang, 2007; Chen et al., 2008).

- *Comprehensiveness*: Dit is een tweeledig criterium bestaande uit de mate waarin de informatie die op de website te vinden is compleet is en de mate waarin het actueel is cq. in lijn is met de medische stand van zaken (Eysenbach et al. 2002; Muylle et al., 2004; Kerr et al., 2006; Elling et al., 2007). Volgens Muylle et al. (2004) is *comprehensiveness* één van de constructen die de tevredenheid van de gebruiker verklaren. Volgens Elling et al. (2007) valt *accuracy*, de nauwkeurigheid van de informatie, hier ook onder. Ook Kerr et al. (2006) stellen vast dat dit een belangrijk kwaliteitscriterium voor gezondheidswebsites is, maar dat *accuracy* ook staat voor de mate waarin de informatie up-to-date is. Gebruikers gaven aan dat zij websites met verouderde informatie

minder vertrouwden en er sneller van weggingen. Eysenbach et al. (2002) stellen ook vast dat de termen *comprehensiveness* en *accuracy* door elkaar heen worden gebruikt en daarbij gebruikt werden voor het aanduiden van de mate waarin de informatie overeenkomt met de medische stand van zaken. In dit onderzoek wordt deze definitie gelijk gesteld aan up-to-date of de actualiteit van de informatie, aangezien in dit onderzoek geen zorgprofessionals maar MRSA-dragers de website beoordelen.

2.5.4 Efficiency:

Alle criteria die te maken hebben met het interactieproces tussen gebruiker en de website om de bedoelde uitkomst te behalen (Hornbæck, 2006).

- *Navigation structure*: De structurele samenhang van de webinterface, dus in hoeverre de verschillende onderdelen aan elkaar gelinkt zijn en de mate van overzicht voor de gebruiker. Indien gebruikers niet meer weten waar zij zich op de website bevinden, oftewel verdwaald zijn, is dat een teken van een slechte *navigation structure*. Volgens vele auteurs is dit een usability-criterium dat in feite in elk website-usability-onderzoek meegenomen moet worden (Guenther, 2003; Kassenaar & Rijswijk, 2003; Muylle et al., 2004; Kerr et al., 2006; Elling et al., 2007; Pearson & Pearson, 2007).
- *Download speed*: Hieronder wordt zowel de snelheid waarmee pagina's gedownload worden verstaan als de snelheid waarmee de resultaten worden getoond. Ook dit is een criterium dat op elke website van toepassing is (Dumas & Redish, 1993; Bevan, 1995 & 1999; Palmer, 2002; Nielsen, 2003; Guenther, 2003; Hornbæck, 2006; Pearson & Pearson, 2007).
- *Comprehensibility*: Dit criterium is ook weer tweeledig en bestaat enerzijds uit de mate waarin de informatie op de website makkelijk te begrijpen is en anderzijds overzichtelijk is weergegeven (Kerr et al., 2006; Elling et al., 2007). Nielsen en Loranger (2006) betogen dat de inhoud van een website even belangrijk is als het design ervan. Het moet direct duidelijk zijn wat het doel is van de website, eventuele zoekresultaten moeten overzichtelijk weergegeven worden en webteksten dienen een heldere structuur te hebben. Daarbij moet ook het taalgebruik afgestemd zijn op de gebruiker en medisch jargon uitgelegd worden (Muylle et al., 2004; Hornbæck, 2006; Kerr et al., 2006; Nielsen & Loranger, 2006; Elling et al., 2007).
- *Time*: Dit betreft de tijd die gebruikers nodig hebben om opdrachten op te lossen met behulp van de website en is één van de meest voorkomende maten om de efficiency van websites te meten (Hornbæck, 2006). Alhoewel een slechte mate van *comprehensibility* tot een langere oplossingstijd zou kunnen lijden, wordt *tijd* toch apart gemeten. Dit wordt gedaan om te bepalen of de website objectief gezien gebruiksvriendelijk is, omdat de gebruikersperceptie hiervan heel anders kan zijn en per opdracht kan verschillen. Daarom zal de tijd in seconden per opdracht gemeten worden en niet de tijd over het geheel (Hornbæck, 2006).

2.5.5 Tevredenheid:

Alle criteria die betrekking hebben op de attitudes jegens en de ervaringen met het gebruik van de webinterface door de gebruikers. De uitkomsten of het interactieproces worden hier buiten beschouwing gelaten, omdat deze onder *effectiviteit* resp. *efficiency* vallen (Hornbæk, 2006).

- *Lay-out*: Dit betreft het design van de website in termen van kleurgebruik, achtergrond, lettertype e.d. Dit een belangrijk usability-criterium voor elke website, aangezien uit onderzoek van Lavie en Tractinsky (2004) een correlatie bleek tussen lay-out en de attitude jegens de usability (Muyllé et al., 2004; Elling et al., 2007).
- *Ease of use*: Dit betreft de mate waarin iemand de website makkelijk te gebruiken vindt (Davis, 1989; Hornbaeck, 2006; Elling et al., 2007) en komt in feite overeen met *learnability* (Nielsen, 2003; Guenther, 2003; Pearson & Pearson, 2007), dat betrekking heeft op de mate waarin een gebruiker zijn taken kan volbrengen wanneer deze voor de eerste keer de website bezoekt.
- *Trustworthiness*: Dit betreft de mate waarin de website vertrouwen wekt en geloofwaardig overkomt (Nielsen en Loranger, 2006). Door het enorme aanbod aan gezondheidswebsites worden gebruikers steeds kritischer waardoor men de voorkeur geeft voor betrouwbare bronnen (Sillence, 2007a). Indien de MRSA-dragers de MRSA-net website niet betrouwbaar of geloofwaardig vinden, zullen ze de informatie niet aannemen en de website links laten liggen (Nielsen en Loranger, 2006; Sillence, 2007b). Onderzoeken van Eysenbach & Köhler (2002) en Kerr et al. (2006) geven aan dat mensen direct willen zien wie de bron is en de betrouwbaarheid bepalen op basis van hun eerste indruk van de website. Hierdoor hebben ook de eerder genoemde criteria als *comprehensiveness* (accuracy) en een professionele lay-out invloed op de geloofwaardigheid van een website (Eysenbach & Köhler, 2002; Kerr et al., 2006).
- *Credibility*: Dit betreft de mate waarin de informatie op de website als betrouwbaar overkomt op de gebruiker (Eysenbach & Köhler, 2002; Sillence, 2007b). De betrouwbaarheid van de website en van de informatie hangen sterk met elkaar samen: Indien men de website vertrouwt, gaat men sneller op de informatie af, maar andersom werkt het ook. Het vertrouwen in de informatie wordt bovendien vergroot door het vermelden van bronnen, het updaten van de informatie en de volledigheid (Eysenbach & Köhler, 2002; Kerr et al., 2006).

In Tabel 2.2 zijn nogmaals alle relevante usability-criteria opgenomen, geordend naar groep en verdeeld onder 'webinterface' of 'inhoud'. In dit onderzoek wordt er daarmee vanuit gegaan dat de usability van de MRSA-net website uit elf criteria bestaat:

Tabel 2.2. Usability-criteria van de MRSA-net website

Usability-aspect	Webinterface	Inhoud
Effectiviteit		Relevance Comprehensiveness
Efficiency	Navigation structure Download speed Time Interactiviteit	Comprehensibility
Tevredenheid	Lay-out Ease of use Trustworthiness	Credibility

2.6 Onderzoeksmodel

Op basis van de hierboven beschreven literatuur is een onderzoeksmodel gemaakt (figuur 2.3) om de probleemstelling genoemd in §1.4 te kunnen onderzoeken en te beantwoorden. Het is een geïntegreerd model van de constructen die in de voorgaande paragrafen aan bod zijn gekomen, te weten de stress en copingtheorie (§2.1 & §2.2), het model van het informatiezoekgedrag van Wilson (1996) (§2.3), het informatiezoekprocesmodel van Marchionini (1995) (§2.4), de zoekstrategieën en de usability-criteria (§2.5).

Het model van Marchionini (1995) dat het informatiezoekproces beschrijft, vormt het kader van het onderzoeksmodel. De eerste fase '*Recognize and accept*' begint op het moment dat een MRSA-drager ('person-in-context') stress ondervindt dat veroorzaakt wordt op één van de niveaus zoals Wilson (1981) het heeft omschreven (zie nummer 1 in het model).

De stress leidt tot behoeften en daarna tot emotion-focused of problem-focused copingstrategieën om deze behoeften te vervullen (2). Hiermee begint de volgende fase '*Define problem*' dat in dit onderzoek uit de definiëring van de behoeften van de MRSA-drager bestaat. Zoals uit de figuur blijkt en eerder is toegelicht, ligt de nadruk van dit onderzoek op de problem-focused copingstrategie (informatiezoekgedrag) en wordt emotion-focused coping niet verder onderzocht. Deze keuze is gemaakt vanwege de aanname dat de website door het ontbreken van een lotgenotencontact of een forum niet in de emotionele behoeften kan voorzien, en dus emotion-focused coping niet van toepassing is.

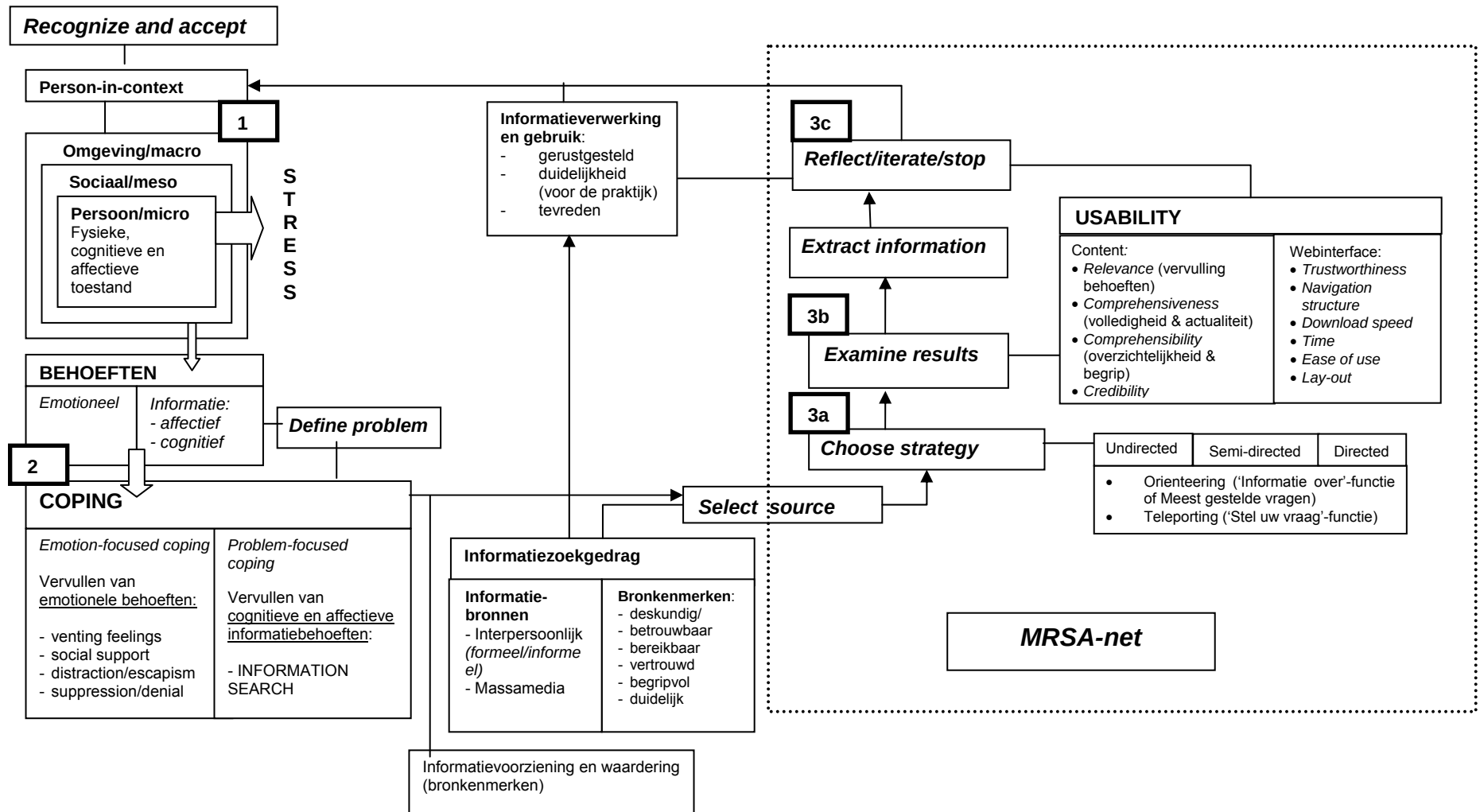
In dit onderzoek wordt er aldus van uit gegaan dat de drager een informatiebehoefte wil vervullen dat vervolgens leidt tot informatiezoekgedrag. Voordat dit echter plaatsvindt kan het voorkomen dat de MRSA-drager informatie krijgt aangereikt door een informatievoorziening. Het concept informatievoorziening is aan dit model toegevoegd, omdat informatievoorziening van invloed kan zijn op de mate van informatiezoekgedrag en daarmee de keuze voor een informatiebron.

Deze keuze staat centraal in de fase '*Select source*' en heeft in dit onderzoeksmodel een dubbele betekenis. Ten eerste staat *select source* voor de keuze van een informatiebron in het algemeen; een website, een informatiefolder, een arts-microbioloog, et cetera. Ten tweede impliceert *select source* in dit onderzoek specifiek de keuze die een gebruiker op de homepage van de MRSA-net website moet maken:

De startpagina van de MRSA-net website heeft namelijk twee ingangen, één voor het 'Publiek' en één voor 'Personeel' waardoor de MRSA-drager hier ook een keuze moet maken voor in dit geval één van de twee informatiebronnen.

Vervolgens zijn in figuur 2.3 de fasen '*Formulate query*' en '*Execute search*' uit het model van Marchionini (1995) vervangen door de nieuwe fase '*Choose strategy*'. Op de MRSA-net website kan men verschillende zoekstrategieën hanteren, waarbij het gebruik van de 'Stel uw vraag'-functie overeenkomt met *teleporting*, maar de 'Informatie over'-functie en de Meest gestelde vragen zich beter lenen voor *oriëntering*. Door de fasen op deze manier te vervangen worden *teleporting* en *oriëntering* in het model geïntegreerd. Daarnaast wordt er in dit onderzoek van uit gegaan dat de vorm van de zoekopdracht *directed*, *semi-directed* of *undirected* kan zijn en dat dit de keuze voor een strategie bepaalt (3a).

Wanneer de gebruiker de website gebruikt en de zoekresultaten bekijkt tijdens de fase '*Examine results*', is het mogelijk dat hij/zij een oordeel geeft over de usability van de website (3b). In principe kan dit ten aanzien van elk criterium, met uitzondering van de *credibility*. Dit criterium heeft namelijk betrekking op de informatie, en die krijgt de gebruiker pas te zien op het moment dat hij/zij een resultaat aanklikt (de fase '*Extract information*'). Vervolgens verwerkt hij/zij de informatie en beoordeelt of de informatiebehoefte is vervuld in de fase '*Reflect/iterate/stop*' (3c). Dit is vrijwel synoniem aan de verwerking en beoordeling indien de MRSA-drager een andere informatiebron had aangeboord. Wanneer de informatiebehoefte niet vervuld is, vindt terugkoppeling plaats naar de person-in-context en de stresscontext. Is de informatiebehoefte wel vervuld cq. de zoekopdracht opgelost, dan krijgt de MRSA-drager alle criteria door de onderzoeker voorgelegd.



Figuur 2.3. Onderzoeksmodel

2.7 Onderzoeksvragen

Op basis van de literatuur en het ontwikkelde onderzoeksmodel zijn de volgende hoofdvraag en deelvragen geformuleerd voor het onderzoek. De nummers van de deelvragen verwijzen naar de nummers in het onderzoeksmodel.

Hoofdvraag: Welke informatiebehoeften hebben Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en in hoeverre worden deze behoeften door de MRSA-net website vervuld?

Deelvragen:

Ervaringen met MRSA (stress en coping)

1. In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring voor Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en waardoor wordt deze stress veroorzaakt?

Behoeften aan informatie

2. Welke behoeften ontstaan uit deze stressvolle ervaringen voor Nederlandse en Duitse MRSA-dragers, welke copingstrategieën hanteren zij om deze behoeften vervullen en hoe worden deze strategieën gewaardeerd?

Hierna is het onderzoek gericht op één specifieke informatiebron, namelijk de MRSA-net website. Deze MRSA-net website kan op de behoeften die via deelvraag 2 aan het licht zijn gebracht, inspelen doordat de MRSA-dragers de copingtechniek '*information search*' op deze informatiebron kunnen toepassen. In hoeverre dit het geval is, wordt aan de hand van de volgende deelvragen onderzocht:

Rol van website in vervulling van behoeften

3. In hoeverre speelt de MRSA-net website in op de behoeften van Nederlandse resp. Duitse MRSA-dragers?
 - a. Hoe zoeken Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers op de MRSA-net website tijdens respectievelijk een 'directed', een 'semi-directed' en een 'undirected' search-opdracht?
 - b. Hoe waarderen de Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers de usability van de MRSA-net website ?
 - c. In hoeverre voorziet de MRSA-net website in de affectieve en cognitieve informatiebehoeften van Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers?
4. Hoe kan de MRSA-net website dusdanig verbeterd worden dat deze beter afgestemd wordt op de behoeften van de MRSA-dragers?

Deelvraag 4 is niet direct in het model aangegeven, omdat aanbevelingen natuurlijk voortvloeien uit de resultaten van het onderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt verduidelijkt hoe het onderzoeksmodel is geoperationaliseerd om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

3. Methode

In §3.1 worden de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. In §3.2 wordt de onderzoekspopulatie behandeld. Vervolgens worden de gebruikte instrumenten beschreven in §3.3. Paragraaf 3.4 beschrijft de gehanteerde procedure tijdens de gebruikersonderzoeken. Tot slot zal in §3.5 de analysemethode worden beschreven.

3.1 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf wordt een toelichting op de gekozen onderzoeksbenadering en de gebruikte methode van dataverzameling gegeven.

3.1.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek wordt de MRSA-net website geëvalueerd onder MRSA-dragers. Hiervoor wordt ondermeer hun MRSA-ervaring en de daaruit voortvloeiende emotionele en informatiebehoeften in kaart gebracht alsook hun zoekgedrag. Tevens moet de waardering van de usability van de website én de mate waarin de website in hun behoeften tegemoetkomt vastgesteld worden. Het gaat hierbij dus om de beleving van de gebruiker, waardoor een user-centered benadering van het onderzoek vanzelfsprekend is (Marchionini, 1995; Spink, 2002; Velsen et al., 2008). Door dit in de vorm van een beschrijvend, kwalitatief onderzoek uit te voeren, kan deze complexe informatie vergaard worden, zonder dat er informatie verloren gaat (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). In het onderhavige onderzoek zal dit gedaan worden middels een combinatie van verschillende dataverzamelingsmethoden.

3.1.2 Dataverzamelingsmethoden

De data voor dit onderzoek zijn verzameld middels gebruikersonderzoeken, elk bestaande uit interviews, een websitetest (hardop-denk-protocol in combinatie met interviews) en een schriftelijke vragenlijst. Door de toepassing van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden die tegelijkertijd worden gebruikt, heeft het onderzoek een concurrent nested design (Creswell, 2003). In dit geval houdt dat in dat de nadruk op de kwalitatieve dataverzameling ligt waarbij kwantitatieve methoden ingepast worden met als doel de kwalitatieve uitkomsten te bevestigen, tegen te spreken of te bekrachtigen.

Deelvragen 1 (*In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring en waardoor wordt deze stress veroorzaakt?*) en 2 (*Welke behoeften ontstaan uit deze stressvolle ervaringen en welke copingstrategieën hanteren MRSA-dragers om deze behoeften te vervullen?*) kwamen aan de orde in de interviews. Deelvragen 3a, 3b & 3c en deelvraag 4 kwamen aan bod in de websitetest. Deelvragen 3b, 3c en 4 werden tevens onderzocht middels de schriftelijke vragenlijst. Een overzicht van de deelvragen en de gebruikte methoden is te zien in Tabel 3.1.

Interviews zijn in het kader van dit onderzoek een geschikte methode, omdat door deze methode opvattingen, gedachten en gevoelens te achterhalen zijn (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Doordat men kan doorvragen kunnen de beleving en ervaring beter in kaart gebracht worden, en kunnen de gevoelens van wat mensen zeggen achterhaald worden. Dit is niet mogelijk met kwantitatieve methoden. Het gebruikersonderzoek begon met deze methode, omdat het uitermate geschikt was voor het onderzoeken van deelvragen 1 en 2. Vervolgens werd deze methode toegepast tijdens de websitetest, na het uitvoeren van de scenario's en na de gehele websitetest. Hiermee werden deelvragen 3a tot en met 3c en 4 (deels) beantwoord.

Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dat het plaatsvindt onder alledaagse omstandigheden en dat de onderzoeker deze zo min mogelijk verstoord. Volgens Krahmer & Ummelen (2004) is het hardop-denken-protocol hier uitermate geschikt voor. Het hardop-denken-protocol is een evaluatiemethode, in dit geval van een website, waarbij de deelnemers hardop hun gedachten uitspreken tijdens het uitvoeren van bepaalde taken (scenario's) (Rubin, 1994; Krahmer & Ummelen, 2004). Men zegt direct wat men vindt van de interactie met de website, waardoor voorkomen wordt dat men fouten maakt door iets verkeerd te herinneren, wat vaak het geval is bij retrospectief onderzoek (Bernard, Sandberg & Someren, 1994). Tevens kan op deze manier het zoekgedrag van de respondenten geobserveerd worden en wordt het vaak gebruikt voor het meten van de waardering van de usability van een website (Nielsen, 2000; Guenther, 2003; Krahmer & Ummelen, 2004). Hierbij is het voornaamste doel om gebruikersinformatie te verzamelen dat het design van de website bekrachtigd en waarop het aangepast moet worden (Nielsen, 2000; Krahmer & Ummelen, 2004). Een ander voordeel is dat in relatief korte tijd veel data verzameld kan worden. Een nadeel is echter, dat het vermoeiend kan zijn voor de deelnemers en het hardop denken een langzamere gedachtegang tot gevolg kan hebben (Rubin, 1994).

Na afronding van elke taak (hierna: eigen vraag of scenario) werd de deelnemer in een interview gevraagd naar de keuze voor diens zoekstrategie (deelvraag 3a), de mate waarin de gevonden informatie de behoefte vervuld had (deelvraag 3c) en naar de waardering van de usability van de MRSA-net website (deelvraag 3b). Nadat de volledige test met de website was afgerond, werd de mening van de MRSA-drager met betrekking tot de onderdelen nogmaals gecheckt middels een vragenlijst, waarin tevens de mening over de usability van de algehele website bevestigd werd.

Tabel 3.1 Deelvragen en gebruikte methoden

Deelvraag	Gebruikte methode
1. In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring en waardoor wordt deze stress veroorzaakt?	Interviews (Baarda et al., 2005)
2. Welke behoeften ontstaan uit deze stressvolle ervaringen en welke copingstrategieën hanteren MRSA-dragers om deze behoeften te vervullen?	Interviews (Baarda et al., 2005)
3. a. Hoe zoeken Nederlandse resp. Duitse MRSA-dragers op de MRSA-net website tijdens respectievelijk een 'directed', een 'semi-directed' en een 'undirected' search-opdracht?	Hard-op-denken-protocol (Krahmer & Ummelen, 2004) & interviews (Baarda et al., 2005)
3. b. Hoe waarderen de Nederlandse resp. Duitse MRSA-dragers de usability van de MRSA-net website?	Hard-op-denken-protocol (Krahmer & Ummelen, 2004), interviews (Baarda et al., 2005) & schriftelijke vragenlijst.
3. c. In hoeverre wordt door de MRSA-net website voldaan aan de affectieve en cognitieve informatiebehoeften van Nederlandse resp. Duitse MRSA-dragers?	Hard-op-denken-protocol (Krahmer & Ummelen, 2004), interviews (Baarda et al., 2005) & schriftelijke vragenlijst.
4. Hoe kan de MRSA-net website dusdanig verbeterd worden dat deze beter afgestemd wordt op de behoeften van de MRSA-dragers?	Hard-op-denken-protocol (Krahmer & Ummelen, 2004), interviews (Baarda et al., 2005) & schriftelijke vragenlijst.

3.2 Onderzoekspopulatie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de geselecteerde respondenten. Allereerst wordt de benadering en verdeling van de respondenten toegelicht. Vervolgens komt de procedure van de onderzoeken aan bod.

Hierna worden de respondenten uit dit onderzoek besproken met betrekking tot hun demografische kenmerken, de situatie rond hun MRSA-besmetting of –infectie en ten slotte hun informatiezoekgedrag.

3.2.1 Benadering en verdeling respondenten

De MRSA-net website is onderdeel van het EUREGIO-project MRSA-net Twente/Münsterland, en bestaat daarom ook in het Duits. Vanwege het grote verschil in MRSA-beleid tussen de twee landen (o.a. gematigd antibioticagebruik, screening van risicogroepen en controle door Inspectie voor de GezondheidsZorg op naleving richtlijnen in Nederland) en een andere opzet van de gezondheidszorg, is de prevalentie van de MRSA-bacterie 20 keer zo groot als in Nederland (Friedrich et al., 2008). De informatiebehoefte van de Duitse MRSA-dragers zou daarom een ander karakter kunnen hebben dan die van de Nederlandse. Bovendien beschikken zij over andere informatiebronnen waardoor ook hun zoekgedrag verschillend kan zijn. Het zou dus kunnen zijn dat Duitse MRSA-dragers andere eisen stellen aan een website, waardoor het van belang is hen in het onderzoek mee te nemen. Daarom was in eerste instantie getracht enkel Duitse MRSA-dragers voor dit onderzoek te werven, maar dit was niet haalbaar binnen de tijd van het onderzoek. Dit kwam grotendeels door de strenge Duitse privacywetgeving, die het niet mogelijk maakte om (voormalige) MRSA-dragers direct te benaderen. Hierdoor was de onderzoeker afhankelijk van de welwillendheid van de Duitse zorginstanties, maar helaas ontbrak het hieraan. In Tabel 3.2 zijn alle benaderde instanties en media weergegeven, waarbij de Duitse instanties cursief zijn weergegeven.

In eerste instantie kon enkel in het Universitätsklinikum Münster respondenten geworven worden. Uiteindelijk leverde dit slechts één Duitse respondent op, omdat veel patiënten niet geschikt bleken voor deelname, bijvoorbeeld wegens hun toestand of leeftijd. Dit was ook het geval in het tweede ziekenhuis in Münster dat benaderd is, het Clemenshospital. Afgezien van het Universitätsklinikum in Düsseldorf heeft de onderzoeker niet meer Duitse ziekenhuizen kunnen benaderen wegens gebrek aan toestemming van de projectleider van het EUREGIO-project. Daarom is er overgegaan tot het plaatsen van oproepen voor het onderzoek op Duitse internetfora en op de MRSA-net website zelf, waar topics omtrent MRSA waren gestart. Hoewel er enkele reacties kwamen, bleek hieruit vooral een wantrouwen en een bereidheid tot deelname bleef daardoor uit.

Door de lage deelnemersrespons in Duitsland was de onderzoeker genoodzaakt om ook Nederlandse MRSA-dragers in het onderzoek mee te nemen. Veel van de respondenten waren al geworven ten behoeve van het onderzoek van Vonderhorst in 2007 maar hadden hier uiteindelijk niet aan deelgenomen vanwege een overschot aan bereidwillige MRSA-dragers. Nederlandse instanties bleken welwillend en hebben destijds schriftelijk (voormalige) MRSA-dragers geworven. Deze respondenten werden vervolgens telefonisch door de onderzoeker benaderd om een afspraak te maken voor een onderzoek. Tijdens dit telefoongesprek werd tevens het doel van het onderzoek besproken, het onderwerp en de inhoud van het onderzoek. Veelal vonden de onderzoeken in Nederland bij de respondent thuis plaats. Na afloop van het telefoongesprek is per e-mail nog een informatiesheet toegezonden. Deze informatiesheet is terug te vinden in bijlage 1. Hierin stond eveneens de beloning vermeld die de respondent ontving voor deelname aan het onderzoek. De andere respondenten die per telefoon werden benaderd of zichzelf meldden bij de onderzoeker voor deelname, ontvingen dezelfde informatiesheet per e-mail.

In de overige gevallen werden hygiënisten of afdelingshoofden door de onderzoeker telefonisch benaderd en ontvingen hetzelfde informatiesheet die zij konden verspreiden.

In totaal zijn er 18 respondenten geïnterviewd voor dit onderzoek, bestaande uit 16 Nederlandse en 2 Duitse (voormalige) MRSA-dragers.

Tabel 3.2 Benaderde instanties en media t.b.v werving deelnemers

Instantie/media	Respondenten	Benadering respondenten
Ziekenhuis		
1. Universitätsklinikum Münster	1	Oproep middels een informatiesheet (van de onderzoeker) op het mededelingenbord + mondeling aanspreken van (ex-)MRSA-dragers
2. Clemenshospital Münster	Geen	Idem
3. Universitätsklinikum Düsseldorf	Geen	Idem
4. Universitair Medisch Centrum Groningen, UMCG	Geen	Geen medewerking verleend
5. BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam	1	Idem
6. Wilhelmina Ziekenhuis Assen	1	Idem
7. Slingeland Ziekenhuis Doetinchem	Geen	Idem
8. Flevoziekenhuis Almere	Geen	Geen medewerking verleend
GGD:		
1. Holland Midden	Geen	Telefonisch benaderd
2. Midden Nederland	Geen	Telefonisch benaderd
Internetfora (Duitsland):		
1. www.medizin-forum.de	Geen	Oproep geplaatst door onderzoeker
2. www.krankenschwester.de	Geen	Idem
3. www.pflegeboard.de	Geen	Idem
4. www.wer-weiss-was.de	Geen	Idem
Overig		
1. Laboratorium voor de Volksgezondheid in Friesland	Geen	Oproep middels een informatiesheet (van de onderzoeker) + mondeling aanspreken van (ex-)MRSA-dragers
2. Zorgcentrum Genderhof (Eindhoven)	3	Oproep middels een informatiesheet (van de onderzoeker) op het mededelingenbord + mondeling aanspreken van (ex-)MRSA-dragers
3. MRSA-net website (www.mrsa-net.nl en www.mrsa-net.nl/de/)	2	Oproep op MRSA-net website (op zowel de Nederlandse als de Duitse versie)
4. Netwerk respondent	3	Geworven door deelnemende collega/moeder
5. Persoonlijk netwerk onderzoeker	2	Telefonische benadering
6. Respondentenlijst onderzoek Vonderhorst (2007)	4	Telefonische benadering
7. Krant 'Ruhrnachrichten'	1	Oproep in Duitse lokale krant (door krant zelf)
Totaal aantal respondenten	18	

3.2.2 Procedure

De meeste gebruikersonderzoeken zijn bij de respondenten thuis uitgevoerd. Drie onderzoeken vonden op het werk van de respondent plaats en één onderzoek vond plaats in een horecagelegenheid. De websitetest werd uitgevoerd op een laptop waarop de website offline draaide zodat de snelheid constant gehouden werd, waarop bij alle deelnemers dezelfde instellingen stonden ingesteld. Er werd gebruik gemaakt van een losse muis, aangezien op de laptop een touchpad zat die moeilijk te bedienen was. De website was opgeslagen op de harde schijf, zodat er geen internetverbinding nodig was. De resolutie was ingesteld op 1024x768. Links van de deelnemer nam de onderzoeker plaats. Wanneer de respondent met de websitetest aan de slag zou gaan, startte de onderzoeker op de laptop het programma XvidCapScreen en bevestigde een microfoon op de kleding van de respondent. Zodoende konden zowel de schermbewegingen als de tijd en geluid (nogmaals) opgenomen worden.

Voorafgaand aan het onderzoek is kort het doel, de opbouw van het onderzoek en de tijdsduur uitgelegd. Er werd hierbij uitdrukkelijk vermeld dat de anonimiteit gewaarborgd zou blijven. Tot slot werd er toestemming gevraagd het gesprek middels een voicerecorder vast te leggen om de gesprekken accuraat uit te kunnen werken. Alle respondenten hebben hun toestemming hiervoor verleend.

Voorafgaand aan de websitetest kreeg de deelnemer zowel bij het zoeken naar de eigen vragen als de scenario's een korte uitleg en werd geïnstrueerd met betrekking tot het hardop-denken.

Na afloop van het hele gebruikersonderzoek werd de respondent gevraagd of deze geïnteresseerd zou zijn in de resultaten van het onderzoek en of hij/zij het op prijs stelde een digitale versie van het rapport te ontvangen. Tevens ontving de deelnemer 25 euro voor deelname na het zetten van een handtekening voor ontvangst.

3.2.3 Kenmerken per respondent

De kenmerken per respondent staan in Tabel 3.3. De leeftijd van de respondenten verschilde sterk en varieerde van 14 jaar tot 73 jaar. De gemiddelde leeftijd was 39,7 jaar ($SD=16,5$).

De verdeling man/vrouw was erg onevenredig: 72.2% was vrouw ($n=13$). Dit feit is voor een deel te verklaren door het grote aantal respondenten ($n=10$) dat werkzaam is in de zorg, waar over het algemeen meer vrouwen dan mannen in werkzaam zijn (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008).

Tabel 3.3 Kenmerken per respondent naar geslacht, leeftijd, beroep, opleiding, internetgebruik en herkomst

Resp. nr.	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogst genoten opleiding	Internet-gebruik: frequentie	Internet-gebruik: tijdsduur	Woonplaats
1	Man	27	Student en schoonmaker (bijbaan)	HBO	Dagelijks	2 uur	Groningen
2	Vrouw	42	Ziekenverzorger verzorgingshuis	MBO	Dagelijks	Uur	Bredevoort (Gelderland)
3	Vrouw	28	Ziekenverzorger verzorgingshuis	MBO	Bijna dagelijks	Half uur	Aalten (Gelderland)
4	Man	62	Toeziachter slachthuis	VMBO	Praktisch niet.	Praktisch niet.	Lichtenvoorde (Gelderland)
5	Vrouw	41	Zorgcoördinator verzorgingshuis	MBO	2 keer per week	Twee uur	Bredevoort (Gelderland)
6	Vrouw	35	Horecamedewerkster (vrouw varkensboer)	MBO	1 keer per week	Half uur	Lievelede (Gelderland)
7	Vrouw	14	Havo-leerlinge	Havo	Dagelijks	2 uur	Bredevoort (Gelderland)
8	Vrouw	43	Verpleegkundige en doktersassistente	MBO	Dagelijks	Kwartier	Assen (Drenthe)
9	Vrouw	22	Wijkverpleegkundige	HBO	Dagelijks	1-3 uur.	Ridderkerk (Zuid-Holland)
10	Man	35	Aannemer	MBO	Dagelijks	Uur	's-Gravenzande (Zuid-Holland)
11	Man	48	Vertriebsingenieur (techn. sales manager)	HTS	Vijf maal per week	1-2 uur	Ahaus (DUITSLAND)
12	Vrouw	73	Gepensioneerd leraar middelbare school	Universiteit	Dagelijks	2- 3 uur	Dortmund (DUITSLAND)
13	Vrouw	29	Verzorgende thuiszorg	MBO	Dagelijks	Half uur	Ruurlo (Gelderland)
14	Vrouw	71	Gepensioneerd boekhoudster	HBO	Twee -drie keer per week	Half uur-drie kwartier	Neede (Gelderland)
15	Man	44	IC-verpleegkundige	HBO	Dagelijks	Uur	Amsterdam
16	Vrouw	29	Verzorgende verzorgingshuis	MBO	Dagelijks	Uur	Eindhoven

17	Vrouw	22	Verzorgende verzorgingshuis	MBO	Dagelijks	Half uur-uur	Eindhoven
18	Vrouw	50	Verzorgende verzorgingshuis	MBO	2 keer per maand	1,5 uur	Eindhoven

Ook het internetgebruik is hier meegenomen, omdat er een aantal opvallende punten zijn. Zo zijn de twee oudste respondenten (resp. 71 en 73 jaar oud) frequente gebruikers van het internet. Dit komt niet veel voor bij mensen van deze leeftijd. Daarbij zijn zij beiden vrouw en hoogopgeleid, wat een verklaring hiervoor zou kunnen zijn. Overigens gebruikt de oudste het internet voornamelijk uit interesse en de ander voornamelijk als communicatiemiddel met familie in het buitenland. Dit is ook terug te zien in het gebruik: de oudste gebruikt het dagelijks en wel twee tot drie uur, terwijl de ander het twee tot drie keer per week gebruikt en dan ook een stuk korter (half uur tot een uur).

3.2.4 MRSA-dragerschap of –infectie van de onderzoekspopulatie

Van de 18 respondenten kwam bij zeven respondenten de MRSA meer dan een jaar geleden in zicht, bij zes was dit een half jaar tot een jaar geleden en bij vijf respondenten was dit korter dan een half jaar geleden.

Van de 18 respondenten waren drie geïnfecteerd geweest, en de rest was ‘slechts’ besmet geweest. Onder deze drie geïnfecteerden waren de twee Duitsers.

De meeste respondenten (n=10) kwamen erachter dat ze MRSA hadden omdat ze getest moesten worden wegens een besmetting op de werkvloer (ziekenhuis of verzorgings-/verpleeghuis). Drie respondenten moesten kweken laten afnemen omdat ze een ziekenhuisgreep moesten ondergaan en tot een risicogroep met een verhoogde kans op MRSA behoorden. Twee van hen werkten met varkens en één van hen had een buitenlands kind geadopteerd dat de MRSA-bacterie droeg. Drie anderen hadden zelf symptomen zonder bewust te zijn van MRSA en gingen daarmee naar de huisarts/ziekenhuis en twee van de respondenten werden getest, omdat ze familie waren van een MRSA-drager. Van deze laatste twee was één respondent de dochter van een respondent, en zij waren daarmee twee van de vijf gevallen waarin een gezinslid ook besmet was. In vier gevallen waren er geen gezinsleden besmet, in vijf gevallen waren ook collega's besmet en de overige respondenten wisten dit niet te zeggen.

Drie respondenten zijn minder dan een week besmet geweest, vijf waren een tot drie weken besmet, twee anderen vier tot acht weken en vijf respondenten waren langer dan twee maanden besmet geweest. Deze laatste groep bevatte beide Duitsers, waarbij de ene langere tijd geïnfecteerd was (bijna anderhalf jaar) en de andere ook geïnfecteerd is geweest, maar langere tijd besmet.

Van twee respondenten is niet bekend hoe lang zij besmet waren, omdat zij met varkens werken en zij vanwege het hoge (her)besmettingsgevaar niet in het jaartraject van controle op MRSA zitten. Er was één Nederlander die op het moment van het interview nog steeds (dus al langer dan een half jaar) besmet was. Dertien respondenten waren MRSA-negatief op het moment van het interview, waarbij wel gezegd moet worden dat niet duidelijk is wie van hen nog in het jaartraject van controles is en officieel MRSA-vrij is. Opvallend was dat de twee Duitsers niet konden zeggen of zij MRSA-negatief en/of –vrij waren, omdat zij niet deelnemen aan een jaartraject van controles.

Overigens hebben alleen de drie respondenten die geïnfecteerd zijn geweest last gehad van duidelijke symptomen, zoals huidaandoeningen als abcessen, ontstekingen en bulten, maar ook pijn en koorts.

3.2.5 Informatiezoekgedrag en internetgebruik per respondent

In deze paragraaf wordt eerst het zoekgedrag naar informatie omtrent MRSA besproken en vervolgens het zoekgedrag naar gezondheidsinformatie en het internetgebruik.

Informatiezoekgedrag naar MRSA

In Tabel 3.3 is te zien dat ruim driekwart van de respondenten (n=13) al eerder naar informatie over MRSA op internet gezocht heeft. De redenen om dit niet te doen waren divers. In twee gevallen had men voldoende aan de informatie die vanuit het werk over MRSA werd verschaft, één drager had geen toegang tot internet en een andere respondent had vanwege de negatieve ervaring omtrent MRSA geen behoefte aan meer informatie. De jongste respondent had er geen vertrouwen in informatie over MRSA te vinden, omdat ze dacht dat er nog niet veel over bekend was.

De meeste van degenen die wel naar MRSA-informatie hadden gezocht op internet, wilden daarbij voornamelijk antwoord op hele algemene vragen als wat MRSA precies is en wat de gevolgen kunnen zijn. Daarnaast waren er twee respondenten die al naar MRSA hadden gezocht in verband met hun werk in de zorg omdat ze het al eerder waren tegengekomen bij een patiënt of cliënt.

Vrijwel iedereen (n=12) zocht naar de informatie via Google en typte daar simpelweg 'MRSA' in. Twee respondenten zochten wat intensiever en stuitten daarbij op interessante dingen. Een respondent vertelt:

"Nee, meer Google en dan zocht ik op 'MRSA en wetenschap', 'MRSA artikel', van de ziekenhuizen heb ik ook een aantal artikelen gevonden. Bijvoorbeeld ervaringen van anderen, dat is ook wel leuk om te weten, hoe gaan anderen ermee om. Komt dat overeen of helemaal niet. "

Een andere respondent vond dat in dit soort verhalen voornamelijk de negatieve kant belicht werd en waardeerde dit juist niet.

De MRSA-net website was tijdens de besmetting van de meeste dragers nog niet online (website is online sinds 19 februari 2008), en men was dus aangewezen op andere websites. Slechts een aantal kon zich nog specifieke websites herinneren die ze geraadpleegd hadden. De website van schoonmaakbedrijf Hago werd genoemd (www.allesovermrna.nl), ook door iemand die naar informatie zocht toen de MRSA-net website al online was. De MRSA-net website was niet geraadpleegd, omdat het zich niet in de eerste zoekresultaten bevond. De respondente die getrouwd was met een varkenshouder was het meest tevreden met de website van de varkensboerenbond, omdat deze informatiever was dan het ziekenhuis. Ook het RIVM werd door haar geraadpleegd. De wijkverpleegster had veel gehad aan een site van een ziekenhuis, omdat hier veel specifieke informatie werd gegeven over hoe men er op een afdeling mee om moest gaan. De Duitse MRSA-dragers bezochten www.wikipedia.de, www.pro-medicin.de en www.rki.de, de website van het Robert Koch Institut.

Voor de meeste dragers gaven deze websites voldoende basisinformatie en waren sommigen allang blij dat ze eindelijk meer informatie kregen. Echter, er waren ook respondenten die de informatie te oppervlakkig vonden en dat hun specifieke vragen met betrekking tot hun eigen (werk)situatie niet beantwoord werden. Ook vonden sommigen dat de gevonden informatie hen alleen maar beangstigde waardoor ze van verder zoeken afzagen. Opvallend was de negatieve ervaring met de website van het

Robert Koch Instituut: de informatie was te veel in 'artsentaal' en daardoor te moeilijk te begrijpen voor de leek.

Overigens zochten de meeste MRSA-dragers hooguit een paar keer naar informatie op internet en dit deden ze meestal direct nadat ze te horen hadden gekregen MRSA-positief te zijn en. Opvallend was dat de drie collega's uit de zorg alle drie relatief vaak naar informatie zochten. Eén van hen was ten tijde van het interview nog besmet en zocht gedurende de eerste maanden vrij veel. Hetzelfde geldt voor één van de Duitse respondenten, die ook langere tijd besmet was.

Maar liefst elf van de veertien respondenten kenden de MRSA-net website, doordat ze voor dit onderzoek benaderd waren (n=8) of omdat hun collega/moeder hen erop wees (n=3). Negen van hen had de website daarom gebruikt; slechts drie van hen hadden de website zelf gevonden, één op internet en de andere twee omdat ze in een lokale krant erover gelezen hadden. Slechts twee van de veertien kenden de website goed, waarmee duidelijk wordt dat de vindbaarheid van de website dus niet in orde is.

Informatiezoekgedrag naar gezondheidsinformatie

Van de dertien geïnterviewden die al eerder naar informatie over MRSA op internet hadden gezocht, gaven elf aan ook wel eens naar andere gezondheidsinformatie of ziektebeelden gezocht te hebben. Een twaalfde respondent deed dit puur voor haar werk, en dit was ook een veelgenoemde reden voor de rest (n=10). De participanten die niet naar dit soort informatie zochten gaven als reden aan dat ze liever een huisarts spraken dan zich bang te laten maken door internet. Een respondent legt uit:

"Maar ik heb mensen meegemaakt die (...) zijn ziek geworden van al die medische dingen [op internet]. Dan denken ze dat ze dat hebben maar ze mankeren in werkelijkheid eigenlijk helemaal niks. Je moet je gezonde verstand gebruiken. (...) Dus ik vraag het gewoon aan mensen van wie ik veronderstel dat ze het weten."

De twaalf respondenten konden dit soort gezondheidsinformatie relatief makkelijk vinden en vonden meestal een antwoord op hun vraag. Ieder van hen gebruikte hier de zoekmachine Google voor. Andere gebruikte websites waren die van het RIVM, www.gezondheidsplein.nl, www.apotheker.nl, www.ziekenhuis.nl, www.pro-medizin.de en Wikipedia (genoemd door zowel een Nederlandse als een Duitse respondent).

De respondenten die hier (bijna) wekelijks en daarmee het vaakst naar dit soort informatie zochten deden dit voor hun werk of hun studie. Geïnterviewden die maandelijks of slechts een paar keer per jaar zochten deden dit vaker voor zichzelf of hun gezin.

Tabel 3.4 Kwantitatief overzicht informatiezoekgedrag en internetgebruik

Vraag	Ja	Nee	Niet gevraagd
1. Heeft u eerder op internet gezocht naar informatie over MRSA?	13	5	
2. Heeft u destijds antwoord gevonden op uw vraag over MRSA?	9	4	5
3. Kent u de website www.MRSA-net.nl ?	14	4	
4. Hebt u de website www.MRSA-net.nl al eens gezien/ gebruikt?	9	7	2
5. Zoekt u ook wel eens naar andere gezondheidsinformatie of ziektebeelden op internet?	12	6	
6. Kunt u gezondheidsinformatie op internet makkelijk vinden?	12		6
7. Heeft u toen antwoord gevonden op uw gezondheidsvraag?	12		6

In Tabel 3.4 is tevens samengevat hoe de frequentie en de tijdsduur van het internetgebruik van de respondenten is. De meeste respondenten (n=12) gebruiken het internet (bijna) dagelijks. De helft van

deze respondenten (n=6) had ook aangegeven veel naar gezondheidsinformatie te zoeken. Drie respondenten zaten één tot drie keer per week achter internet en twee respondenten een paar keer per maand (zie ook §3.2.2 en Tabel 3.2 kenmerken per respondent).

Elf respondenten zaten één tot drie uur per sessie te surfen op internet, vijf een half uur tot een uur en twee respondenten minder dan een half uur per sessie.

3.3 Instrumenten

Zoals in §3.1.2 vermeld is, zijn er in dit onderzoek drie instrumenten naast elkaar gebruikt: het interview, de websitetest en de schriftelijke vragenlijst. Elke respondent kreeg deze methodes binnen maximaal twee uur achter elkaar voorgelegd. Het belangrijkste instrument was de websitetest, omdat hiermee de meeste informatie werd verzameld. Dit werd voorafgegaan door het interview dat diende om de context van de respondenten in kaart te brengen. De schriftelijke vragenlijst fungeerde als check van de resultaten uit de websitetest omdat op deze manier bekeken kon worden of de respondenten hun eerder gedane uitspraken zouden bevestigen of niet.

De drie instrumenten worden in de respectievelijke subparagrafen 3.3.1, 3.3.2 en 3.3.3 behandeld.

3.3.1 Interview

Het interview had als doel om de context in kaart te brengen waarin de resultaten van de websitetest en de vragenlijst geïnterpreteerd konden worden. In dit onderzoek viel het interview uiteen in verschillende onderdelen: een semi-gestructureerd interview en een interview met open en gesloten vragen. Het semi-gestructureerde interview ging in op de stress en coping ten gevolge van het MRSA-dragerschap. Het tweede deel van het interview betrof meer neutrale, open en gesloten vragen over de ervaring die de respondent heeft met het zoeken van (gezondheids)informatie op het internet.

Een semi-gestructureerd interview bestaat uit een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen die aan de orde dienen te komen (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Deze lijst diende meer als checklist voor de onderzoeker, om er zeker van te zijn dat alle onderwerpen aan bod zouden komen. Door de open structuur was er meer sprake van een 'diepte-interview' (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005), wat de geïnterviewde een gevoel van vertrouwen moest geven waardoor deze makkelijker over zijn ervaringen en emoties kon spreken. Het semi-gestructureerde interview ging in op de ervaring van het MRSA-dragerschap en welke gevolgen dit had voor de respondent en was gebaseerd op de eerste constructen uit het onderzoeksmodel. Elk construct was vertegenwoordigd in een interviewschema middels een aantal vragen die de essentie van het construct weergaven. Deze vragen dienden als richtlijn voor het gesprek, waarbij de onderzoeker de eerste vraag van elk construct als uitgangspunt gebruikte. Het doorvragen kon per respondent verschillen, omdat elk van hen het MRSA-dragerschap anders had beleefd. Hierdoor moest de onderzoeker elke keer op een andere manier inspelen op het gesprek. Bovendien was het de respondent die het verloop van het gesprek bepaalde waardoor constructen in een andere volgorde ter sprake kwamen dan die van het interviewschema. Het gehele interviewschema is in zijn geheel terug te zien in bijlage 2. Hieronder volgt de volledige onderwerpenlijst zoals die tijdens het onderzoek is gebruikt.

Person-in-context

- *Hoe bent u erachter gekomen dat u MRSA had?*
- *Waar besmet geraakt/door wat?*

- *Door wie is dat vastgesteld?*
- *Wanneer geconstateerd?*
- *Drager of geïnfecteerd? Nu nog drager?*
- *Bent u alleen besmet of zijn andere gezinsleden ook besmet?*
- *Bent u eerder besmet geweest?*

Met deze vragen werd het construct 'Person-in-context' gemeten, het eerste construct uit het onderzoeksmodel. Hiermee werd inzicht verkregen in de context waarin MRSA is ontstaan en ontdekt bij de respondent. De gegevens zijn gebruikt voor het beschrijven van de onderzoekspopulatie en dient als context waartegen de resultaten uit het overige deel van het semi-gestructureerde interview afgezet dienden te worden. Elk interview werd begonnen met deze vragen.

Stresscontext

- *Waar maakt(e) u zich zorgen over, welke problemen ervaart(de) u?*
- *Wat vindt (vond) u het meest moeilijke aan deze periode (waarin u MRSA-positief was)?*

Met deze vragen werd het stressconstruct gemeten. Alhoewel het onderzoeksmodel onderscheid maakt in drie niveaus waarin stress kan ontstaan, is dit niet het meest belangrijke onderdeel van dit onderzoek en daarom is besloten (en vanwege tijdsoverwegingen) om niet elk niveau na te gaan. In plaats daarvan is gekozen voor bovenstaande vragen waarmee een zo breed mogelijk beeld verkregen werd van het MRSA-dragerschap en de mate van stress dat dit veroorzaakte. Wanneer men aangaf stress te hebben ervaren, dan werd het niveau waarin dit werd ervaren uitgediept door de onderzoeker. Dit werd ook gedaan wanneer de respondent de vragen niet goed begreep. Per niveau werden de volgende vragen gesteld:

Interpersoonlijke factoren/sociale rol (mesoniveau)

- *Beperkt MRSA uw leven, sociale leven en werk?*
- *Wat kunt/kon u wel/niet doen?*
- *Hoe reageerde uw familie of collega's op uw MRSA-besmetting?*
- *Hoe ervaart u dat/hebt u dat ervaren?*

Omgevingsfactoren (macroniveau)

- *Hoe heeft u het handelen van de betrokken professionals ervaren?*

Persoonlijke factoren (microniveau)

- *Wat voor invloed had MRSA op uzelf?*
- *Hoe is/was het voor u om MRSA-drager te zijn?*
- *Fysieke/mentale gevolgen?*

Bij alle vragen werd een voorbeeld gegeven indien de respondent niet een concreet antwoord wist te geven of indien hij/zij de vraag niet begreep.

Behoeften/coping

- *Hoe gaat (bent) u met dit probleem om (gegaan)?*

Met deze vraag werd getracht te achterhalen welke copingstrategie de respondent had toegepast om met zijn of haar problemen om te gaan. Wanneer respondenten niet een concreet antwoord wisten te geven werden voorbeelden van copingstrategieën gegeven. Met deze vraag kwamen eveneens de behoeften

die de respondenten hadden aan het licht. Een belangrijk doel van dit onderzoek was het achterhalen van de behoeften van de respondenten. Stress leidt namelijk tot behoefte, die men wil vervullen door middel van coping. Vanwege tijdsoverwegingen kon echter niet op alle behoeften van de respondenten worden ingegaan en daarom werd de volgende vraag gesteld:

- *Waar heeft (had) u (toen) nu vooral behoefte aan?*

Alhoewel uit de vorige vragen de informatiebehoeften achterhaald konden worden, zijn er in het interviewschema toch nog extra vragen aan gewijd. Dit is gedaan, omdat in dit onderzoek de informatiebehoeften een belangrijk onderdeel van de websitetest vormden. Deze behoeften werden achterhaald door eerst aan respondenten te vragen of zij behoefte hadden gehad aan informatie en wanneer dit het geval was, de respondenten concreet proberen te laten herinneren welke vragen zij hebben gehad tijdens de periode van hun MRSA-dragerschap. Deze werden door de onderzoeker genoteerd voor gebruik tijdens de websitetest.

- *Heeft u (tijdens de periode dat u MRSA had) behoefte (gehad) aan informatie?*
 - o *Welke vragen? Kunt u die nog herinneren?*

Indien tijdens de voorgaande vragen geen bron werd genoemd die de deelnemer geraadpleegd had, werd dit nog apart gevraagd. Zodoende werd duidelijk welke bronnen hij/zij voor welke behoefte had geraadpleegd en of een website zoals die van MRSA-net hiervoor in aanmerking kwam.

- *Heeft u iets of iemand geraadpleegd? Waarom?*

Interview betreffende het informatiezoekgedrag, internetervaring en demografie

Na het semi-gestructureerde interview werden de participanten allereerst op zowel open als gesloten wijze geïnterviewd over hun ervaring met het zoeken naar informatie omtrent MRSA en gezondheidsinformatie op het internet. De eerste zeven vragen hadden alleen betrekking op het zoeken naar informatie omtrent MRSA op internet en naar de ervaring met MRSA-net.nl. Indien de participant antwoordde niet eerder op internet naar MRSA te hebben gezocht (vraag 1) werd direct verder gegaan met vraag 9. Het is heel belangrijk te weten hoe MRSA-dragers naar MRSA zoeken op internet, omdat met deze informatie gekeken kan worden of de vindbaarheid van de MRSA-net website hierop dient te worden aangepast. Bovendien is het belangrijk om te weten wat eventuele 'concurrerende' websites zijn en wat goed of slecht aan die websites is. De respondenten werd ook gevraagd of ze de MRSA-net website kenden, en zo ja waarvan. Met deze informatie kan de marketingcommunicatie omtrent de MRSA-net website worden aangepast.

De tweede helft had betrekking op het zoekgedrag naar gezondheidsinformatie of ziektebeelden op internet. Het is goed mogelijk dat iemand die hier vaak naar zoekt, ook op zoek zou gaan naar informatie omtrent MRSA. Vraag 9 was een controlevraag: bij respondenten die altijd problemen hebben met het vinden van gezondheidsinformatie, kunnen ook problemen hebben met de MRSA-net website waarbij het mogelijk niet aan de site ligt maar aan henzelf.

Het interview werd afgesloten met een aantal demografische vragen en vragen over hun internetgebruik. Het gehele interview creëerde de algehele context waarbinnen de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd moeten worden. Iemands onervarenheid met internet kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat hij of zij de MRSA-net website niet weet te gebruiken, terwijl iemand met veel ervaring dit wel kan. Alle vragen uit dit deelinterview maken deel uit van het interviewschema in bijlage 2.

3.3.2 Websitetest

Het tweede en grootste onderdeel van het gebruikersonderzoek bestond uit een 50 minuten durende websitetest van de MRSA-net website. De test bestond uit zowel vrij zoeken op de website (*undirected search*) en/of het zoeken naar eigen vragen als het zoeken naar vooraf opgestelde scenario's. Na het zoeken naar elke vraag/scenario vroeg de onderzoeker de respondent naar diens oordeel betreffende een aantal usability-criteria. De onderdelen van de websitetest worden hieronder uitgebreid toegelicht.

Eigen vragen en scenario's

De eigen vragen waren voortgekomen uit het semi-gestructureerde interview en besloegen de informatiebehoeften van de respondent. De scenario's waren door de onderzoeker verzameld en afkomstig uit de categorieën van de 'Informatie over-functie' op de MRSA-net website. Elke categorie werd even vaak vertegenwoordigd middels drie vragen, waardoor er (drie keer elf categorieën) 33 vragen waren.

De vragen van de website waren vrijwel allemaal concreet en helder geformuleerd en hadden daarmee een *directed search*-karakter (Apted, 1971; Herner, 1970). Een voorbeeld hiervan is zoals "Moeten uw huisdieren weg als u MRSA heeft?". In dit onderzoek wordt ervan uitgegaan dat verschillende scenario's diverse zoekstrategieën impliceren, waardoor een aantal van deze vragen omgevormd zijn tot *semi-directed search*-scenario's. Een voorbeeld is "Zoek informatie over waar je speciaal op moet letten als je MRSA hebt" dat ruimte overlaat voor eigen interpretatie van de oplossing (Apted, 1971; Herner, 1970). Alle scenario's werden vervolgens voorgelegd aan een tweede onderzoeker en bediscussieerd tot er consensus over de scenario's bestond.

Elke respondent kreeg zes scenario's om op te lossen, waardoor elk scenario ongeveer drie keer aan bod kwam. De scenario's waren at random over de 18 respondenten verdeeld zodat ze even vaak aan bod kwamen. De zes scenario's die een respondent voorgelegd kreeg bestonden uit vier *directed search*-scenario's, en twee *semi-directed search*-scenario's.

Verloop websitetest

Voorafgaand aan zowel het zoeken naar eigen vragen als het oplossen van de scenario's werd de respondent geïnstrueerd om hardop te denken. Hiermee werd voldaan aan het hardop-denken-protocol (zie beschrijving §3.1.2). Elke respondent begon de websitetest met het zoeken naar zijn of haar eigen vragen gedurende 10 minuten. Wanneer iemand geen eigen vragen had mocht deze 10 minuten 'vrij' zoeken op de website. Dit vrije zoeken werd meegenomen in dit onderzoek zodat kon worden vastgesteld of de respondent verschillende zoekstrategieën hanteert wanneer hij/zij een '*undirected search*' uitvoert (vrij zoeken, zonder duidelijke zoekopdracht) of een '*directed search*' of '*semi-directed search*' (Marchionini, 1995). De participanten kregen geen vastgestelde tijd om hun eigen vragen op te lossen, maar mochten stoppen wanneer ze naar hun mening voldoende informatie gevonden hadden of wanneer ze geen juiste informatie konden vinden.

Na het zoeken naar de eigen vragen en/of het vrije zoeken kreeg de deelnemer 40 minuten om de zes scenario's op te lossen; als hij/zij niet alle scenario's wist op te lossen was dit geen probleem en indien er tijd over was, was er een lijst beschikbaar met extra scenario's. Wanneer de respondent een scenario had opgelost, moest hij/zij dit bij de onderzoeker aangeven.

Interview

Na afloop van zowel het zoeken naar een eigen vraag, het vrije zoeken als elk scenario werd de respondent een aantal vragen voorgelegd. Hieronder staat de eerste vraag die de deelnemers gesteld werd en waarin de respondent de keuze van zijn of haar zoekstrategie moest aangeven. Overigens werd deze vraag in aangepaste vorm gesteld na het vrije zoeken ('*Waarom heeft u via deze zoekfunctie gezocht?*'), omdat de deelnemer dan niet naar een specifieke vraag had gezocht:

Waarom heeft u deze vraag via deze zoekfunctie opgezocht:

- ☐ Zoekmachine, omdat:.....
- ☐ Zoeken op categorie, omdat:.....
- ☐ Zoeken bij meest gestelde vragen, omdat:
- ☐ Combinatie, omdat:.....

Het zoeken naar de eigen vragen en/of het vrije zoeken was in feite het vervullen van de eigen informatiebehoefte (*relevance*). Daarom werd alleen na deze zoekopdrachten ingegaan op de vervulling van de cognitieve en affectieve informatiebehoeften middels onderstaande vragen:

- *Is uw informatiebehoefte m.b.t. uw vraag vervuld?*
- *Heeft deze informatie tevens uw evt. emotionele behoefte vervuld?*

Het interview werd vervolgens voor elke zoekopdracht op dezelfde manier voortgezet en ging in op het oordeel over de gevonden informatie. Dit betrof de usability-criteria *comprehensiveness*, *time*, *comprehensibility*, *ease of use*, *credibility* en *relevance*. Naar de overige criteria werd nog niet gevraagd, omdat deze betrekking hadden op de website in het algemeen en deze konden de respondenten pas na afloop van de gehele test goed beoordelen. Sommige criteria werden op meerdere manieren bevraagd, omdat deze uit verschillende aspecten bestonden. De vragen waren de volgende (per criterium):

Comprehensiveness:

- *Ontbreekt er volgens u informatie in het antwoord?*
- *Denkt u dat de informatie in lijn is met de medische stand van zaken?*

Ease of use: *Kon u het antwoord makkelijk vinden?*

Time: *Vond u dat u veel tijd nodig had om het antwoord te vinden?*

Comprehensibility:

- *Vond u de informatie overzichtelijk weergegeven?*
- *Begrijpt u de informatie?*

Credibility: *Vond u de informatie betrouwbaar overkomen?*

Relevance:

- *Denkt u dat deze informatie u kan helpen om (in de praktijk) om te gaan met MRSA?*
- *Denkt u dat deze informatie uw zorgen over MRSA kan verminderen?*

Alle schermbewegingen werden opgenomen met daarvoor bestemde software en het hardop-denken werd vastgelegd op een digitale voicerecorder. De gebruikte zoekstrategieën konden op deze manier objectief worden vastgelegd alsook de zoektijd (*time*) van de verschillende zoekopdrachten. Gedurende de websitetest observeerde de onderzoeker het zoekgedrag van de deelnemer en noteerde

opvallendheden. Om het hardop-denken te stimuleren, stelde de onderzoeker na stiltes langer dan 15 seconden vragen als 'wat denkt u nu?' en 'wat leest u nu?'.

Na afloop van de websitetest werd de respondent geïnterviewd over de website in zijn geheel. Hierin draaide het om het achterhalen van eventuele verbeterpunten:

- *Wat is uw algemene indruk van de website? Zou u dat in een paar zinnen kunnen samenvatten?*
- *Wat vond u goed en slecht aan elk van de functies?*
- *In hoeverre voldoet de site aan uw behoeften?*
- *Wat kan er verbeterd worden aan de site in het algemeen?*
- *Waarvoor zou u het in de toekomst gebruiken?*

Daarnaast kon de respondent slotvragen uit een schaduwlijst krijgen, die ingingen op de usability-criteria die niet tijdens de websitetest bevraagd waren en betrekking hadden op de webinterface, namelijk *navigation structure*, *download speed*, *trustworthiness* en *lay-out*. Welke criteria bevraagd werden hing af van de mate waarin de participant hier iets over had gezegd tijdens de websitetest. Alle slotvragen maakten deel uit van het interviewschema en staan ook in bijlage 2.

3.3.3 Schriftelijke vragenlijst

Na afloop van de websitetest, moest de respondent een schriftelijke vragenlijst invullen, wat ongeveer 10 minuten kostte. Met de kwantitatieve gegevens van de vragenlijst was het mogelijk om een algemeen beeld van de mening over de website te creëren. Daarnaast werd in de vragenlijst nogmaals de mening van de respondent om te beoordelen in hoeverre de respondent zichzelf had tegengesproken gedurende de websitetest. Allereerst kwam de usability van de verschillende onderdelen aan bod en vervolgens werd diens waardering met betrekking tot de usability van de algehele website bevraagd, om zodoende de algehele tevredenheid te meten.

De vragenlijst was zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande literatuur en gevalideerde meetinstrumenten. De lijst bestond uit 45 gesloten vragen op basis van een vijf-punt-Likertschaal. In de vragenlijst kwamen alle usability-criteria aan bod, zowel degene die tijdens de websitetest getoetst waren alsook de overige webinterface-criteria betrokken, te weten *navigation structure*, *download speed*, *trustworthiness*, *lay-out* en *intentie*. De gehele vragenlijst inclusief de literatuur waarop deze gebaseerd was, is terug te vinden in bijlage 3.

3.3.4 Pretest

Het interviewschema bestaande uit alle vragen die tijdens het gehele gebruikersonderzoek gesteld werden, is gecontroleerd op inhoudelijke en methodologische correctheid door een gedragswetenschapper die ervaring had met soortgelijk onderzoek.

Alvorens de onderzoeken plaatsvonden is een pretest gedaan met een niet-MRSA-drager. Het doel hiervan was om na te gaan of het interviewschema goed in elkaar stak, of de scenario's uit te voeren waren en of de vragen duidelijk waren voor de respondent. Op basis van de pretest zijn geen grote veranderingen aangebracht in het interviewschema.

3.5 Analyse van de interviews

Na afname van de 18 gebruikersonderzoeken zijn de gesprekken aan de hand van de voicerecorder verbatim getranscribeerd naar tekst. Aan de hand van de beelden van de schermbewegingen zijn alle handelingen op het scherm (de muisclicks) genoteerd alsmede de tijd van de handelingen. Ook werd de tijd genoteerd van de start van elke zoekopdracht. Op deze manier was het mogelijk om de kwalitatieve, verbale data van het onderzoek te kunnen analyseren.

Om de ruwe data overzichtelijk te kunnen analyseren zijn allereerst de contextvragen over het zoekgedrag en demografische variabelen alsmede de slotvragen in Tabellen geplaatst. Vervolgens zijn de overige data in tekstfragmenten verdeeld en is er aan ieder tekstfragment een code toegekend. De tekstfragmenten zijn bepaald op basis van inzicht, waarbij het onderwerp van het tekstfragment een bepalende factor was.

Het coderen is gedaan aan de hand van een op dit onderzoek aangepaste versie van het codeerschema van Vonderhorst (2007). Dit codeerschema is gebaseerd op literatuur over stress & coping en is voor dit onderzoek verder aangepast aan de hand van het onderzoeksmodel uit §2.6. Met het vooraf opgestelde codeboek werden allereerst vijf interviews gecodeerd. Uit deze vijf gecodeerde interviews kwamen nieuwe categorieën naar voren. Deze werden voorgelegd aan de tweede onderzoeker en bediscussieerd totdat er tussen de twee onderzoekers consensus werd bereikt over de nieuwe codes en categorieën. Vervolgens konden deze worden toegevoegd aan het codeboek. Het codeboek besloeg uiteindelijk 115 codes die de constructen uit het onderzoeksmodel weerspiegelen.

Na het coderen werd aan ieder gecodeerd tekstfragment een nummer toegewezen zodat vervolgens kon worden gekwantificeerd hoe vaak elke code voorkwam om een beeld te krijgen van het aantal uitspraken dat is gedaan over elk construct.

Vervolgens is middels SPSS aselect vijf procent van de gecodeerde data geselecteerd en door een tweede beoordelaar gecodeerd om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen. Er is gekozen voor een steekproef van vijf in plaats van tien procent, omdat dit vanwege de grote hoeveelheid citaten (>2500) nog steeds een representatieve steekproef is. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, uitgedrukt in Cohen's Kappa (Cohen, 1960), was met 0.91 als zeer goed te typeren, wat pleit voor een goede interne homogeniteit van de opgestelde coderingscategorieën binnen dit onderzoek. Dit wil zeggen dat tekstfragmenten binnen één categorie een grote mate van overeenkomst vertoonden en dat verschillen tussen categorieën onderling duidelijk en helder waren (Patton, 2002).

In bijlage 4 staan de codes met hun betekenis weergegeven die gebruikt zijn voor het coderen van de tekstfragmenten. Achter elke code staat welke literatuur (eventueel) als basis heeft gediend voor het opstellen van deze code. Met betrekking tot de bijlage dient het volgende te worden opgemerkt: In het rijtje met de codes van problem-focused coping zijn twee strategieën toegevoegd, omdat dit opvallende en terugkomende verschijnselen in de gebruikersonderzoeken waren. De eerste betreft *behoefte aan hulp* dat weliswaar door Lazarus & Folkman (1988) als problem-focused copingstrategie wordt onderscheiden, maar het is niet een informatiebehoefte die door middel van de MRSA-net website kan worden vervuld.

De tweede strategie betreft *geheimhouding van MRSA* en komt ook in de literatuur over stigmatisering van tuberculosepatiënten voor als copingtechniek (Kelly, 1999). Alhoewel het een problem-focused manier is om met de problemen die het MRSA-dragerschap teweeg brengt om te gaan, past het geheel niet in het rijtje van de andere codes van problem-focused coping omdat er geen informatiebehoefte door middel van deze copingtechniek wordt vervuld.

Naast het coderen is in de tekst betreffende de websitetest bij elk scenario een aantal punten genoteerd. Zo werd er genoteerd of de zoekopdracht geslaagd, deels geslaagd of niet geslaagd was, werd de duur in seconden genoteerd en als laatste het aantal en welke handelingen. Vervolgens zijn deze gegevens in Excel-sheets verzameld, alsmede alle codes. Hierbij werden al deze gegevens verdeeld naar type scenario (undirected, semi-directed en directed) en tevens naar eigen vraag of scenario.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. Aan elk construct (en dus aan elke onderzoeksvraag) uit het onderzoeksmodel wordt een aparte paragraaf gewijd. Allereerst zal in §4.1 het construct stress aan de orde komen. §4.2 bespreekt de behoeften en de bijbehorende copingstrategieën. In §4.3 wordt het zoekgedrag behandeld en de waardering van de MRSA-net website van de MRSA-dragers komt in §4.4 aan bod. Daaropvolgend wordt de vervulling van de behoeften van de MRSA-dragers besproken (§ 4.5) en tot slot de aanbevelingen in §4.6.

4.1 Stress

In Tabel 4.1 staan de resultaten met betrekking tot stress die uit de interviews naar voren zijn gekomen. In totaal, alle constructen samengenomen, zijn er 2524 citaten gecodeerd. Hiervan hebben 460 citaten betrekking op de situatie van de respondent ten tijde van zijn of haar besmetting of infectie. Van deze 460 citaten zijn er 180 (39.1%) stressgerelateerd. Alle 18 respondenten hebben stress ervaren, maar 17 van hen noemden ook stressverlagende factoren.

Met betrekking tot stress (in zowel positieve als negatieve zin) werd er door alle respondenten aangegeven dat dit voornamelijk veroorzaakt werd door de omgevingsfactoren zoals het handelen van het ziekenhuispersoneel en de maatregelen thuis (52.2% van de 181 citaten). Daarnaast werd er door 16 respondenten gesproken over de eigen affectieve toestand (25%), zoals hun emoties, gevoelens en gedachten ten opzichte van MRSA. Het minst spraken de deelnemers over hun kennis (of juist het gebrek hieraan) omtrent MRSA in relatie tot stress (2.8%).

Het merendeel van de citaten, 138 van de 180 citaten (76.7%), slaat op stressveroorzakende factoren, 23.3% slaat op stressverlagende factoren. Hieronder volgt van beide een voorbeeld:

Stressveroorzakende omgevingsfactor (citaat no. 1642 (vertaald)): "En ik ben zo ongelooflijk woedend, a) omdat men mij niet goed op de hoogte heeft gesteld, b) dat ze (artsen) niet eerlijk zijn geweest en c) omdat ze over lijken gaan, in de meest ware zin van het woord. En dat ze ook achteraf al mijn vragen niet beantwoord hebben".

Stressverlagende interpersoonlijke factor (citaat no. 927): "Ja en met die vriendinnen enzo, eerst snapten ze het niet zo goed. Maar telkens als ik er iets meer over vertelde dan begrepen ze het beter. (...) Ze reageerden wel goed, ze bleven ook wel slapen."

Op elk niveau, dus zowel op omgevings-, interpersoonlijk als persoonlijk niveau, bleek het percentage stressveroorzakende citaten hoger te liggen dan de stressverlagende citaten, met uitzondering van de 'kenniscitaten'. Twee keer leidde het gebrek aan of onjuiste kennis tot stress en drie keer (door twee respondenten) werd genoemd dat de kennis over MRSA niet tot stress leidde.

Tabel 4.1 Aantal positieve en negatieve uitspraken over stress, onderverdeeld naar de drie stressfactoren op macro-, meso- en microniveau.

Stressfactoren	Aantal citaten	n	Stress +	n	Geen stress -	n
Omgevingsfactoren (macroniveau)	94 (100%)* (52.2%)	16	76 (80.9%) (55.1 %)	16	18 (19.1%) (42.9 %)	8
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Elke dag bedden verschonen, stofzuigen en dweilen. Alles heel rein houden. Nou, ik was er haast overspannen van."						
Interpersoonlijke/sociale factoren (mesoniveau)	28 (100%) (15.6%)	13	22 (79%) (15.9%)	12	6 (21%) (14.2 %)	5
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Je krijgt er toch een klap van. Mensen gaan je toch aankijken, niet van het werk, maar hier in X, heel veel mensen die kennen je."						
Persoonlijke factoren (microniveau):	58 (100%) (32.2%)	16	40 (69%) (29%)	15	18 (31%) (42.9 %)	10
• Stress als gevolg van een negatieve fysieke toestand door MRSA	8 (100%) (4.4%)	5	7 (88%) (5.1%)	4	1 (12%) (2.4 %)	1
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Ik had echt gaten in m'n lichaam ter grootte van een 2 euro muntstuk en van een centimeter diep. En bij m'n oog, leek het wel of ik de bultenpest had, het leek nergens op. Ik kon ook helemaal niks meer zien, en enorme hoofdpijn."						
• Stress als gevolg van een negatief affect t.o.v. MRSA (bijv. gevoelens van angst, onzekerheid, boosheid)	45 (100%) (25%)	15	31 (68.9%) (22.6 %)	12	14 (31.1%) (33.3%)	11
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "En ook boos, jegens de bacterie of werk? Nou, eigenlijk jegens alles, waarom moet dit nou, ben ik dan zo smerig, onderhoud ik mn huis niet goed, dat vraag je je allemaal af. Licht het aan mij, kan ik er zelf iets aan doen?"						
• Stress als gevolg gebrek aan kennis/onjuiste kennis van MRSA	5 (100%) (2.8%)	4	2 (40%) (1.5%)	2	3 (60%) (7.2%)	2
<u>Voorbeeldcitaat:</u> "Toen ik niet wist wat het precies was en zo, schrok ik wel eventjes. Oh wat is dit?"						
Totaal aantal citaten	180 (100%) (100%)	18	138 (76.7%) (100%)	18	42 (23.3%) (100%)	17

*De percentages rechts van de getallen moeten horizontaal gelezen worden, de percentages onder de getallen verticaal.

Voor de meeste respondenten (n=16) werd stress met name veroorzaakt door negatieve ervaringen in de omgeving (54.7% van de 137 citaten). Het merendeel hield verband het ziekenhuis waar de MRSA-dragers tijdens hun MRSA-dragerschap mee te maken hadden gehad, zoals onhygiënisch handelen van het medisch personeel en onduidelijkheid over het MRSA-beleid. Daarnaast leidden de maatregelen die zij thuis moesten uitvoeren in het kader van de decontaminatieprocedure tot stress.

Uit Tabel 4.1 blijkt dat een negatief persoonlijk affect jegens de MRSA ook een belangrijke stressfactor is (22.6%). Dit houdt in dat de stress die men ervaart door wat de MRSA persoonlijk met hen doet, veroorzaakt wordt door hun eigen gedachten en gevoelens ten aanzien van de MRSA. Mensen kunnen bijvoorbeeld kwaad zijn op de bacterie, angst ervaren om niet weer aan het werk te kunnen of om anderen te besmetten. Het volgende citaat geeft de eerste reactie van de meeste respondenten goed weer:

(citaat no. 1235): "Maar ja, in het begin had ik er moeite mee van 'oh MRSA, wat is dat nou, gevaarlijk!' maar dat valt allemaal reuze mee hoor. Maar dan komt er een beetje angst naar boven natuurlijk".

Op de derde plaats kwamen de interpersoonlijke en sociale factoren die stress veroorzaakten. Dit was wederom door twaalf respondenten ervaren. Op dit niveau veroorzaakten negatieve reacties vanuit de sociale omgeving zoals familie, vrienden en collega's de meeste stress. Een voorbeeld hiervan is terug te vinden in Tabel 4.1. Daarnaast werd een sociale beperking ervaren, zoals het niet kunnen bezoeken van zieke familieleden en dergelijke. Een voorbeeld:

(citaat no. 1114): "En dat wat ik heel vervelend heb gevonden is het feit van je mag in principe alles máár er komen wel een aantal dingen waarvan ze zeggen. Ik heb bijvoorbeeld een vader die een verminderde weerstand heeft. Een longpatiënt met zuurstof, men gaf mij toch het advies om daar niet heen te gaan."

4.1.1 Stress onder Duitse MRSA-dragers

De Duitse citaten staan niet apart vermeld in Tabel 4.1, maar er zijn enkele opvallende resultaten waar te nemen. 36 citaten waren van de twee respondenten afkomstig, waarmee ze goed waren voor 20% van alle stresscitaten. Het is dus duidelijk dat zij veel stress ervaren hebben, en deze werd met name veroorzaakt door gebeurtenissen in de omgeving: 24 citaten (66.7%) waren hier aan gewijd. Vrijwel alle citaten hadden betrekking op de zorgverleners waarmee ze te maken hebben gehad (ziekenhuisartsen, huisarts). Beide respondenten konden zich erg opwinden over het gedrag van deze zorgverleners: vaak waren het zelfs de behandelend (huis)artsen die zich niet aan de hygiënische maatregelen hielden die tot stress bij de respondenten leidden, lieten ze de respondent in het ongewisse met betrekking tot diens MRSA-dragerschap of -infectie of konden ze simpelweg geen antwoord geven op hun vragen over MRSA. Een aantal voorbeelden:

(citaat no. 1573 (vertaald)): "...toen bij mij definitief de MRSA-bacterie was vastgesteld, kwam er altijd nog een arts ombeschermd mijn kamer binnen en wilde me de hand geven. Op mijn vraag of hij dat serieus meende zei hij hoezo? Waarop ik zei ik heb toch 'de pest'? Daarop trok hij zijn hand terug en de volgende keer had hij handschoenen aan (...). Dat is nu eenmaal mijn ervaring, dat het hele gedoe simpelweg niet serieus wordt genomen. En om die reden is het dat ziekenhuis niet gelukt de bacterie goed te bestrijden. Van wat daar gebeurd is gaan me de haren me nog steeds recht overeind staan".

(citaat no. 1661 (vertaald)):" Dat wat ik zojuist bekritiseerd heb en wat me nog steeds woedend maakt, is dat dat wat ik net gelezen heb [op de MRSA-net website] aan de artsen gevraagd heb en dat zij er niets mee doen, niet eens op z'n minst een MRSA-kweek willen doen. Ik ben afgelopen week bij mijn huisarts geweest om te vragen of hij alsjeblieft een kweek wilde doen. Toen zei hij 'hoezo, u hoeft binnenkort toch niet geopereerd te worden?' En dat is de medische leider van de grootste kliniek van Nordrhein-Westfalen. Wat heb ik daar nu aan?!"

Slechts twee keer was een respondent positief te spreken over een zorginstelling, maar dit was het geval omdat hij erop aangedrongen had in deze andere zorginstelling behandeld te worden.

Negen keer (5%) spraken de Duitse MRSA-dragers over stress in relatie tot hun eigen persoon. Acht keer veroorzaakte dat stress, waarvan vijf keer veroorzaakt door de eigen affectieve toestand en drie keer door hun slechte fysieke toestand. Beide respondenten ervaarden een grote onzekerheid, die

grotendeels veroorzaakt werd door de manier van communiceren van de artsen. Voor elke operatie werd hun verteld wat het 'worst case scenario' was, wat logischerwijs leidt tot grote angst en onzekerheid. Een van hen vertelde het volgende hierover:

(citaat no. 1599 (vertaald)): "*Hoe bent u daarmee omgegaan?* Ja, hoe kan je daarmee omgaan? Je hebt of de mentaliteit en kunt ermee omgaan. Het heeft ertoe geleid, dat ik op het balkon stond en dacht 'shit, niet hoog genoeg'. Dat schiet er al door je hoofd".

4.2 Behoeften en coping

Uit de vorige paragraaf bleek dat het MRSA-dragerschap tot veel stressvolle ervaringen leidde. Stress leidt tot een behoefte, en de behoefte wordt vervuld door middel van coping. In deze paragraaf worden daarom de ontstane behoeften en de gebruikte copingstrategieën behandeld.

Tijdens het semi-gestructureerde interview werd de deelnemers gevraagd waar ze ten tijde van hun MRSA-dragerschap het meest behoefte aan hadden. Meestal antwoordden zij niet concreet met 'ik had behoefte aan...' maar noemden zij de door hun gebruikte copingstrategie. Ze noemden dus vaak de behoefte tegelijk met de manier waarop ze die vervuld hadden. In het theoretisch kader is toegelicht dat er emotionele behoeften bestaan en cognitieve en affectieve informatiebehoeften. De emotionele behoeften worden vervuld door emotion-focused copingtechnieken zoals het zoeken van sociale steun, het uiten van gevoelens maar ook afleiding zoeken. De informatiebehoeften worden vervuld middels problem-focused copingtechnieken zoals het zoeken naar informatie.

In de volgende paragrafen zal een compleet beeld geschetst worden van de behoeften die MRSA-dragers hebben ervaren, beginnend met hun emotionele behoeften (§ 4.2.1). Omdat de website echter enkel in informatiebehoeften kan voorzien, worden deze in §4.2.2 en §4.2.3 besproken en vervolgens de informatiebronnen die de MRSA-dragers geraadpleegd hebben (§4.2.4, §4.2.5 en §4.2.6).

4.2.1 Emotionele behoeften

In Tabel 4.3 is het overzicht weergegeven van het aantal citaten over behoeften, onderverdeeld in manier van coping.

Tabel 4.3 Verdeling citaten naar behoefte

Coping	Aantal citaten	n		Aantal citaten	n
Problem-focused coping*			Emotion-focused coping		
Behoeftte aan algemene en medische informatie	23 (33.3%)	11	Sociale steun/lotgenotencontact	8 (47.1%)	5
Behoeftte aan praktische informatie	26 (37.7%)	12	Venting feelings: je verhaal kwijt willen/gevoelens uiten	2 (11.8%)	2
Behoeftte aan hulp (bij behandeling, begeleiding in proces van MRSA-drager zijn)	13 (18.9%)	5	Afleiding (distraction), ontsnapping (escapism)	3 (17.6%)	3
Behoeftte aan informatie rondom het MRSA-beleid (ziekenhuis)	4 (5.8%)	3	Onderdrukken (suppression), ontkennen (deny)	4 (23.5%)	4
Geheimhouding van (het woord) MRSA	3 (4.3%)	3			
Totaal aantal citaten problem-focused coping	69 (100%)	16	Totaal aantal citaten emotion-focused coping	17 (100%)	7

* Problem-focused coping bestaat hier enkel uit de copingtechniek 'information search': het zoeken naar informatie.

Emotion-focused coping betreft het reguleren van emoties en problem-focused coping het op zoek gaan naar informatie is om een probleem te managen. De emotion-focused copingstrategieën zijn echter

dusdanig van aard, dat de behoeften die zij vervullen gelijktijdig een copingstrategie kunnen zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de strategie 'sociale steun zoeken': de behoefte is sociale steun krijgen, en deze kun je vervullen door deze op te zoeken. De emotionele behoeften waren derhalve minder duidelijk te onderscheiden van de copingstrategieën die gebruikt werden om ze te vervullen.

Zeven respondenten spraken over een emotionele behoefte of noemden een emotion-focused copingstrategie. De meeste respondenten (n=5) hadden behoefte aan sociale steun, van collega's of familie en vrienden en spraken hier gezamenlijk negen keer (47.1% van 17 citaten) over. Een voorbeeld:

(citaat no. 353): "En voor de rest want ik heb begrepen dat je mailt met andere mensen? Ja, dat doe ik als ik daar behoefte aan heb en ik krijg ook altijd antwoord terug, en zij hebben er ook heel veel ervaring mee. Gelukkig zijn ze allebei weer aan het werk en dat houdt me dan ook wel weer op de been."

Door vier respondenten werd een keer (23.5%) gesproken over de behoefte om juist niet over hun MRSA-besmetting te spreken, waarvan drie dit deden omdat ze zich niet te veel zorgen wilden maken over de consequenties en positief wilden blijven. Een van hen deed dit juist niet voor zichzelf, maar voor de omgeving: de respondent wilde diens kinderen niet te veel belasten met de eigen zorgen.

(citaat no. 1764): "Je moet gewoon verder, je hebt geen keus. Je moet verder, je moet positief blijven en je moet door. En je moet maar zien waar het schip strandt."

Drie respondenten hadden destijds behoefte aan afleiding en twee respondenten hadden de behoefte om de gevoelens te uiten. Saillant detail: Dit waren respectievelijk moeder en dochter, waarbij de moeder dit op papier deed en de (puber-)dochter bij haar vrienden.

Overigens waren de meeste emotionele behoeften afkomstig van vrouwelijke respondenten: vijf van de zeven respondenten waren vrouw.

4.2.2 Informatiebehoeften

Over de informatiebehoeften wisten de respondenten aanzienlijk meer toe te lichten. Deze informatiebehoeften bestonden vaak uit concrete vragen die de respondent had en zijn volgens de indeling van Vonderhorst (2007) ingedeeld in de behoeftecategorieën algemene informatie, praktische informatie, (behoefte aan) hulp, informatie rondom het MRSA-beleid en geheimhouding.

De meeste behoefte was aan praktische informatie (37.7%) en werd door twaalf respondenten genoemd. Doordat veel respondenten in de zorg werken en vanwege de besmetting thuis moesten blijven, hadden zij veel vragen over hoe thuis er mee om te gaan. Daarbij waren ze niet door ziekte aan huis gebonden, waardoor ze veel praktische vragen hadden met betrekking tot de omgang met anderen. Het volgende citaat is hier een goed voorbeeld van:

(citaat no. 199): "En de vraag was vooral of we in contact mochten komen met de buurvrouw, vrienden, familie. Maar dat mocht inderdaad wel alleen oudere mensen is een gevaar, zoals opa's en oma's die een verminderde weerstand hadden, die moesten gemeden worden. En die had je ook echt in de familie? Ja."

Ook de behoefte aan algemene en medische informatie over MRSA was groot (33.3%) en was door elf respondenten genoemd. Dit is te verklaren door het feit dat een aantal respondenten tot dan toe

nog niet veel over MRSA gehoord had en in eerste instantie erg van de diagnose schrok. De behoefte aan basisinformatie over MRSA en aan informatie over hoe zichzelf en de directe omgeving te beschermen werden dan ook een aantal keer genoemd.

(citaat no. 1229): "Voor mij was het meer dat ik geen andere mensen met MRSA zou besmetten, dat wil ik gewoon niet. Ik ben zelf besmet, dat vind ik al vervelend genoeg! Maar het gaat mij er meer om 'kan ik naar mijn oma' en meer van dat soort vragen."

De meeste praktische en algemene informatiebehoeften die de deelnemers noemden zijn gebruikt voor het testen van de MRSA-net website. De behoeften werden door de onderzoeker omgezet in vragen, en op deze manier kon getest worden of de MRSA-net website in hun behoefte voorzorg. Tabel 4.2 toont een greep uit deze praktische en algemene vragen:

Tabel 4.2 Voorbeelden van praktische en algemene informatiebehoeften van MRSA-dragers

Praktische informatiebehoeften

- Mag ik bij iemand in het ziekenhuis op bezoek als ik MRSA heb?
- Kan ik bij huisgenoten/familieleden met griep op bezoek?
- Mag ik nog met andere mensen praten?
- Kan ik gewoon naar school?
- Moet ik bij de huisarts zijn om me te laten kweken?

Algemene en medische informatiebehoeften

- Hoe kan ik mijn familie tegen MRSA beschermen?
 - Hoe kan ik me in de toekomst tegen MRSA beschermen?
 - Waar loop ik MRSA op?
 - Kan de MRSA in de toekomst weer terugkeren?
 - Welke gevolgen heeft MRSA voor je gezondheid?
-

De overige behoeften leenden zich niet goed voor de websitetest, aangezien deze te specifiek waren en/of niet door de website vervuld konden worden. Dit was ondermeer de behoefte aan hulp. Wanneer iemand die in de zorg werkt langere tijd MRSA-positief is, bestaat de kans dat hij/zij niet meer in de zorg aan het werk mag. De behoefte aan informatie over het 'leven na de zorg' is dan groot en kan vaak het beste ingevuld worden door de werkgever. Maar ook simpelere vragen als waar de kweken naartoe gestuurd moet worden vallen in deze categorie, maar hangen af van het lokale beleid. Dit antwoorden op dit soort vragen zijn daarom te divers om door de MRSA-net website beantwoord te worden.

Een kleine groep respondenten (n=5) spraken dertien keer (18.9%) over de behoefte aan hulp die sterk uiteen liep. Twee van de respondenten werkten in de zorg en zaten in de situatie dat ze MRSA-positief waren en hierdoor al langere tijd niet aan het werk konden. Van hieruit ontstond de behoefte aan instanties die hen konden helpen ander werk te zoeken of met deze situatie om te gaan. Een voorbeeld:

(citaat no. 386): "Vragen als 'wat kun je dan doen? Wat gaat er dan gebeuren als je niet meer in de zorg kunt werken? Waar kun je dan hulp zoeken, bij welke instanties kun je terecht?' "

Een andere respondent had ook behoefte aan 'hulpverlenende' instanties, maar vanwege het feit dat zij na lange tijd weer naar Nederland was teruggekeerd en niet wist waar ze met haar vragen terecht kon. Een van de respondenten had graag hulp gehad bij het declareren van de kosten voor medicijnen, en de laatste had sterke behoefte aan medische hulp (zie subparagraaf 'Behoeften Duitse MRSA-dragers' voor meer toelichting).

Vier keer (5.8%) werd de behoefte aan informatie omtrent het MRSA-beleid genoemd. Drie respondenten uitten deze behoefte, waarbij twee van hen meer informatie hadden gewild van het ziekenhuis waar ze mee te maken hadden. De derde had niet zozeer behoefte aan informatie rondom het beleid, maar ging nog een stuk verder door van diens werkgever (een zorginstelling) een evaluatie te eisen:

(citaat no. 667): "We hebben geëist dat we een evaluatie wouden op een gegeven moment. Bij het hoofd. Dat hebben we echt geëist. Je kunt het wel zien, ik heb heel wat op papier. (...) *Een evaluatie van de gang van zaken?* Ja, waar we allemaal tegenaan liepen, van het begin af aan. Maar voor hun was het natuurlijk ook alles ontzettend nieuw, hè. Ze hebben het ook nog nooit meegemaakt. Dus zij hebben er ook heel veel van geleerd."

De behoefte aan geheimhouding werd door drie respondenten genoemd, waarbij deze behoefte bij twee respondenten voortkwam uit een behoefte om zichzelf in bescherming te nemen tegen mogelijk vervelende uitspraken of reacties vanuit de omgeving. Deze laatste categorie is eigenlijk geen informatiebehoefte, omdat hier geen cognitieve behoefte werd vervuld.

4.2.3 Behoeften van de Duitse MRSA-dragers

Een opvallend gegeven is dat de Duitse MRSA-dragers geen enkele emotionele behoefte noemden maar alleen maar informatiebehoeften. Deze besloegen bovendien ruim een vijfde (20.3%) van alle citaten van de informatiebehoeften. Hun citaten zijn ook meegenomen in de bespreking van de behoeften in de voorgaande alinea's, maar worden vanwege hun grootte en achtergrond specifiek behandeld.

Beide respondenten bevonden zich ten tijde van hun MRSA-dragerschap in het ziekenhuis voor een operatie, en bij beiden leidde de besmetting tot een MRSA-infectie. Een van hen had een aantal heupoperaties moeten ondergaan, en heeft het vermoeden dat hij al tijdens de eerste operatie besmet is geraakt met MRSA, en dat de bacterie ertoe geleid heeft dat hij de volgende operaties nodig heeft gehad. De bacterie leidde vervolgens tot ernstige infecties, waardoor het nieuw geïmplanteerde heuponderdeel door het lichaam afgestoten werd. Zekerheid en duidelijkheid heeft hij nooit over de MRSA-infecties gekregen; informatie werd er niet over verstrekt door het behandelende ziekenhuis en hijzelf moest zijn behandelende arts op de hygiënische maatregelen wijzen. Een groot wantrouwen was het gevolg, temeer hij mensen sprak die hetzelfde waren overkomen in dat ziekenhuis. Dit wantrouwen heeft ertoe geleid dat hij, ondanks dat hij voor zijn ontslag uit het ziekenhuis drie keer negatief getest is op MRSA, nog elke maand een bloedonderzoek laat doen, bang als hij is dat een infectie terug zal keren:

(Voorbeeldcitaat medische informatiebehoefte (vertaald) no. 1593): "Ik wil immers graag weten, zit daar nog wat of niet? Ik wil minstens een keer per maand een bloedonderzoek laten doen, zodat ik weet wat mijn bloedwaarden zijn. Ik heb nu ook een afspraak voor juni gemaakt. Zo weet ik zeker dat ik na mijn laatste operatie gecontroleerd wordt, zodat ik zeker kan zijn dat mijn heup blijft zitten. En dat ik weliswaar MRSA-

drager ben, maar niet meer geïnfecteerd. En dat zijn dan ook vragen waar je nergens een antwoord op krijgt.”

Zoals in §3.2.3 al naar voren kwam, werd in Duitsland niet het beleid toegepast van een jaarcontrole, zoals in Nederland (vaak) gebruikelijk is. De jaarcontrole houdt in dat de patiënt gedurende een jaar geregeld wordt getest op de aanwezigheid van MRSA. Indien gedurende dit jaar de kweken steeds negatief zijn, kan de respondent definitief als MRSA-vrij beschouwd worden. Een jaarcontrole zou voor de twee Duitse respondenten echter veel hebben uitgemaakt: de tweede respondent had deze behoefte namelijk ook. Deze behoefte kwam voort uit het feit dat ze lang na de ondergane operaties, zich fysiek zo slecht voelde, waardoor ze twijfelde of de MRSA wel helemaal uit haar lichaam was. Om dit uit te sluiten wilde ze daarom een test laten doen. Zij had hier echter zelf nog geen actie in ondernomen, omdat zij niet wist waar ze terecht zou kunnen, aangezien haar arts geen MRSA-test wilde afnemen. Ze had dus voornamelijk behoefte aan hulp, bijvoorbeeld in de zin van adressen van laboratoria of gezondheidscentra waar ze zelfstandig een beroep op kon doen.

4.2.4 Coping

In Tabel 4.4 staat het aantal citaten dat betrekking heeft op de copingstrategieën. Deze citaten komen grotendeels overeen met die over de behoeften, aangezien de coping voortkomt uit de behoefte. Deze citaten maken 18.7% uit van de citaten die betrekking hebben op de situatie van de respondent ten tijde van zijn of haar besmetting of infectie. Door de respondenten is het meest gesproken over problem-focused coping (80.2% van de 86 citaten).

Tabel 4.4 Verdeling en totaal aantal copingcitaten

Coping	Aantal citaten	n
Problem-focused	69 (80.2%)	16
Emotion-focused	17 (19.8%)	7
Totaal aantal citaten	86 (100%)	

Emotion-focused coping

Zoals bij de bespreking van de behoeften is aangegeven, overlappen de emotionele behoeften en de emotion-focused copingstrategieën elkaar. De coping vloeit immers uit de behoefte voort, waarbij in dit geval de coping de behoefte vormt. Het volgende voorbeeld laat dit goed zien:

(citaat no. 660): “Wat dat betreft vond ik het wel fijn dat we, een paar meer collega’s het ook hadden. Ja, we hadden wel heel veel steun aan elkaar. (...) Ja, van: ‘waar loop jij nou tegen aan?’ ‘Ja, daar loop ik ook tegen aan.’ ‘Oké, dan bellen we even.’ Of, ehm, ‘ja, dan vragen we die of die.’ Dat vond ik wel fijn.”

Uit dit citaat blijkt hoe de behoefte aan sociale steun (de meest voorkomende vorm van emotion-focused coping) alleen maar vervuld kan worden door die steun te zoeken, waarmee de coping en de behoefte dus hetzelfde zijn.

Problem-focused coping

De informatiebehoeften zijn op verschillende manier vervuld: Enerzijds kregen de respondenten informatie aangereikt zonder hier zelf iets voor te doen. Dit wordt in dit onderzoek met informatievoorziening

aangeduid, en kan van verschillende personen en/of instanties afkomstig zijn, evenals in de manier waarop de informatie aangereikt is. Anderzijds gingen de respondenten zelf op zoek naar informatie; ze boorden dus zelf informatiebronnen aan.

Aangezien het in dit onderzoek draait om het zoeken naar informatie op de MRSA-net website, oftewel een problem-focused copingtechniek, wordt er hier uitgebreider ingegaan op de overige informatievoorzieningen en geraadpleegde informatiebronnen. Belangrijk hierbij is, hoe beide gewaardeerd worden. Wanneer men namelijk goed geïnformeerd wordt, zal de behoefte om een andere informatiebron zoals de MRSA-net website te raadplegen minder groot zijn. In de volgende subparagrafen zullen de door de deelnemers genoemde informatievoorzieningen en –bronnen en hun waardering besproken worden.

4.2.5 Informatievoorziening en waardering

In Tabel 4.5 zijn de verschillende informatievoorzieningen te zien die door een drager genoemd zijn. Slechts dertien respondenten hebben iets gezegd over een informatievoorziening, maar dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat dit subconstruct niet standaard werd bevraagd tijdens het onderzoek. Het hoeft dus niet per sé te betekenen dat de overige vijf geen informatie aangereikt hebben gekregen.

Tabel 4.5 Verdeling en aantal citaten m.b.t. informatievoorzieningen

Informatievoorziening	n	Aantal citaten	Aantal citaten met beoordeling
<i>Informatiefolder van:</i>			
Ziekenhuis	4	4 (12.1%)	4 (20%)
GGD	1	1 (3%)	
Werk	1	1 (3%)	
Geen informatie	3	3 (9%)	
<i>Handelingstoelichting/maatregelen op papier van:</i>			
Ziekenhuis	1	1 (3%)	
GGD	1	1 (3%)	
Huisarts	2	3 (9.2%)	1 (5%)
Afdelingshoofd	2	5 (15.3%)	4 (20%)
<i>Mondelinge informatie:</i>			
Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	1	1 (3%)	1 (5%)
Ziekenhuishygiënist	1	1 (3%)	1 (5%)
Behandelend arts	1	1 (3%)	1 (5%)
Microbioloog	1	1 (3%)	1 (5%)
GGD	4	10 (30.4%)	7 (35%)
Totaal	13	33 (100%)	20 (100%)

Van alle informatievoorzieningen bleken de MRSA-dragers het vaakst een informatiefolder van het ziekenhuis (n=4) te hebben ontvangen en mondelinge informatie van de GGD (n=4). Opvallend was dat drie respondenten aangaven geen informatie te hebben ontvangen.

Er is tijdens het onderzoek niet gevraagd naar een waardering van de informatievoorziening, waardoor de waarderingen niet overeenkomen met het aantal citaten.

De meeste citaten (30.3%) en beoordelingen (35%) werden door vier respondenten gedaan en gingen over de mondelinge informatie van de GGD en werd tevens het beste gewaardeerd: De informatie gaf duidelijkheid voor de praktijk (drie citaten) en ze werden er door gerustgesteld. Bovendien vonden de deelnemers de GGD-medewerkers begripvol, deskundig en goed bereikbaar. Een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 1872): "Die man van de GGD zei: 'Ben je nou helemaal gek. Gewoon een hand en gewoon een kopje koffie. Dacht je dat ik hier wegging zonder een kopje koffie?'. Die vent heeft ons echt geholpen. Deze man was reëel en vertelde wat er kon gebeuren met mensen die dus zwak waren en dat soort dingen."

Men sprak echter overwegend negatief over de informatiefolder van het ziekenhuis: Twee respondenten waren er ontevreden over, één iemand vond dat het geen duidelijkheid gaf voor de praktijk en slechts één respondent was er wel tevreden mee. Een voorbeeld:

(citaat no. 166): "Ja, we kregen van het ziekenhuis wel een foldertje maar die was helemaal verouderd en er stond geen goede informatie eigenlijk meer in. En dan word je toch een beetje op een dwaalspoor gezet."

Het minst gewaardeerd werd niet zozeer de informatie die aan de MRSA-drager verstrekt werd, als wel de bron: Het afdelingshoofd (n=2) en de huisarts (n=1) gedurende het verstrekken van handelingsinformatie. Zowel de huisarts als het afdelingshoofd bleken over te weinig kennis te beschikken met betrekking tot MRSA en kwamen daardoor ondeskundig over op de drager. In het andere geval bleek dat het afdelingshoofd weinig begripvol was ten opzichte van de drager, het volgende voorbeeldcitaat laat dat zien:

(citaat no. 337): "Zij was de enigste die niet getest is. Ik heb haar daarnaar gevraagd, en ze zei dat ze daar best toe bereid was en had dat ook gevraagd aan de hygiëniste van het ziekenhuis, en dat hoefde ze dus niet omdat ze niet werkzaam is in de cliëntenzorg. Maar als er ziekte is, is ze wel werkzaam. Dus ik vond dat heel oneerlijk. (...) En aan de telefoon zei ik haar nog 'weet wat voor gevolgen het kan hebben'. Toen zei ze 'voor mij heeft het geen gevolgen want ik kan gewoon blijven werken'. Dan wist ik even niet wat ik moest zeggen en dat vond ik heel kwetsend."

Daarnaast oordeelden de respondenten zowel over de mondelinge informatie als over de bron die deze verstrekke. Een drager kreeg mondelinge informatie van het ziekenhuis en werd hierdoor gerustgesteld, terwijl een andere drager van de behandelend arts informatie kreeg die verre van geruststellend was:

(citaat no. 1748): "Marco vroeg aan de kinderarts wat is het ergste van deze bacterie? Hij zei dat Tim geen koorts moest krijgen, want als hij dat krijgt kan het heel naar aflopen? Marco zei: 'Wat is naar aflopen?' Ja, dat is allemaal zo vaag. 'Dan kan hij er misschien wel aan overlijden, want hij mag geen koorts krijgen want dan kan hij overlijden. Dan moet hij aan het infuus en dan kan het helemaal fataal aflopen.' Dus zo gingen we naar huis. (...) Heel slecht, ik vond het heel slecht."

Anderzijds waren er ook dragers die mondelinge informatie ontvingen van meer duidelijke bronnen: Zowel de ziekenhuishygiëniste als de microbioloog werden hierom gewaardeerd.

4.2.6 Informatiebron en waardering

In Tabel 4.6 is een overzicht te zien van de geraadpleegde bronnen en de waardering ervan.

De meeste respondenten (n=15) hebben gesproken over een of meerdere informatiebronnen die ze ten tijde van hun dragerschap op eigen initiatief geraadpleegd hebben. Overigens noemden zij niet per sé bij elke bron een kenmerk, vandaar dat het aantal citaten niet overeenkomt met het aantal bronkenmerken in dezelfde rij.

Tabel 4.6. Citaten m.b.t. geraadpleegde informatiebronnen en waardering

Informatiebron	n	Aantal citaten	Bronkenmerken +/- = positief/negatief				
			Deskundig/ betrouwbaar	Bereik- baar	Vertrouwd	Begripvol	Duidelijk
Buren, familie, vrienden, collega's	4	4 (5.9%)	1+				
Ziekenhuis (niet nader gespecificeerd)	1	2 (3%)	1-				
Ziekenhuishygiënist	4	4 (5.9%)	1+				
Behandelend arts	2	2 (3%)	1-				
Verplegend personeel	1	3 (4.5%)	1-				
Microbioloog	5	13 (19.4%)	1+	4+	1+	2+	1+
Huisarts	4	5 (7.5%)	2-			2-	
GGD	2	2 (3%)					1-
Afdelingshoofd	3	3 (4.5%)	1-				
Bedrijfsarts	2	2 (3%)	1-				
Apotheker	1	1 (1.4%)	1-				
Internet	13	18 (26.9%)	1-		1-		3+
Krant	2	2 (3%)	1+				
TV	1	1 (1.5%)					
(Vak)bladen	2	3 (4.5%)	1-				1-
Documentatiesysteem werk	1	2 (3%)	1-				
Totaal	15	67 (100%)					

Veruit de meeste respondenten (n=13) hebben het internet geraadpleegd. Relatief weinig mensen zochten informatie bij alternatieve informatiebronnen: Vijf respondenten raadpleegden een microbioloog en een informele bron (buren, familie, vrienden & collega's), de ziekenhuishygiënist en de huisarts werden door vier respondenten geraadpleegd. De elf overige bronnen op de lijst werden door drie of minder respondenten geraadpleegd.

De meest geraadpleegde informatiebron, internet werd relatief weinig keren beoordeeld (vijf keer). In §3.2.4 zijn de ervaringen van de participanten behandeld met de gevonden informatie over MRSA op internet. Hierover waren zij verdeeld: enerzijds waren ze blij dat ze überhaupt informatie konden vinden maar anderzijds maakte de gevonden informatie hen alleen maar ongeruster. Uit Tabel 4.6 blijkt dat de respondenten internet wel een duidelijke informatiebron vonden, maar twee van hen hadden internet hadden het een negatief oordeel gegeven en bij voorbaat gemeden. De een was van mening dat er weinig over MRSA bekend was en had er daarom geen vertrouwen in om informatie te vinden. Bovendien was deze respondent het kind van een MRSA-drager die zelf al veel naar informatie op internet had gezocht. Deze respondent had zodoende al een andere informatiebron. De andere respondent vond internet onbetrouwbaar en heeft het daarom als informatiebron gemeden. Hij legt dit in het volgende citaat uit:

(citaat 1405): "Je hebt altijd mensen die met een pijn in de hand of arm op internet gaan zoeken en er zijn altijd wel een paar symptomen die daarop van toepassing zijn en dan denken ze minimaal dat ze gelijk doodgaan, dat is nou eenmaal mens-eigen. Dat heb ik daarom bewust links laten liggen, ik ben bewust niet naar het internet gegaan, gewoon om mezelf ook in bescherming te nemen."

Drie andere respondenten hebben de informatie van internet negatief beoordeeld, omdat het hen niet had gerustgesteld. Eén van hen sprak zichzelf daarna echter tegen, aangezien zij wel een keer duidelijkheid voor de praktijk had gekregen door de gevonden informatie. Dit had een andere respondent ook zo ervaren.

De geraadpleegde microbiologen zijn het vaakst beoordeeld en werden zowel deskundig als

vertrouwd, duidelijk en begripvol beoordeeld. Van dit laatste kenmerk volgt hier een voorbeeld:

(citaat no. 1880): "Met wie had ik moeten praten, ik zou het niet weten. Dus daarom dat ik elke keer die microbiologe belde. En die was ontzettend behulpzaam en die zei ook elke keer: als je dochter nou vragen heeft, want die zat er een beetje mee, laat ze me maar bellen. En dat soort dingen en dat was echt wel nodig."

Men sprak echter met name in positieve zin over de bereikbaarheid van de microbiologen. Het volgende voorbeeldcitaat laat dit goed zien:

(citaat no. 164): "Dat was met dokter (naam) [arts-microbioloog]? Ja. En die stond echt open voor alle vragen, die kon je echt te allen tijde eigenlijk ook bellen wat heel ideaal was."

De huisarts had van twee respondenten beoordelingen gekregen, die enkel negatief waren: In één geval was de huisarts niet hulpvaardig geweest en bij beide respondenten had de huisarts hen niet van adequate kennis kunnen voorzien.

De ziekenhuishygiënist werd als deskundig beoordeeld en diens verstrekte informatie gaf ook duidelijkheid voor de praktijk.

Van de elf overige informatiebronnen hebben slechts zes een oordeel met betrekking tot een bronkenmerk gekregen, maar opvallend is dat enkel de media (niet gespecificeerd naar type) een positieve beoordeling kregen. Eén respondent oordeelde hier positief over indien de media melding maakten van een positieve ontwikkeling met betrekking tot de bestrijding van MRSA. Echter, over het algemeen boden de media alsmede het documentatiesysteem op het werk geen geruststellende informatie. De overige negatieve oordelen waren dat de informatiebronnen niet over genoeg informatie cq. kennis beschikten (ziekenhuis, afdelingshoofd, bedrijfsarts, apotheker, (vak)bladen en documentatiesysteem op het werk) en niet genoeg of geen duidelijkheid voor de praktijk konden geven (ziekenhuis, verplegend personeel en afdelingshoofd).

4.3 Zoekgedrag MRSA-dragers

In deze paragraaf wordt het zoekgedrag van de MRSA-dragers besproken aan de hand van de scenario's (§4.3.1), de door hun gebruikte zoekfuncties (§4.3.2) en de uitgevoerde handelingen (§4.3.3).

4.3.1 Scenario's

Tabel 4.7 geeft een overzicht van alle scenario's onderverdeeld naar de mate waarin zij succesvol voltooid werden door de respondenten.

In totaal zijn er 140 scenario's uitgevoerd door de 18 proefpersonen waarvan 44 semi-directed search-scenario's (zoekvragen die slecht gedefinieerd zijn en heten hierna: semi-directed scenario's) waren en 96 directed search-scenario's (zoekvragen die duidelijk geformuleerd zijn en heten hierna: directed scenario's). Daarnaast mochten sommige respondenten vrij zoeken (undirected search scenario's), wanneer ze geen eigen vragen hadden en de eerste 10 minuten nog niet voorbij waren. Dit vrije zoeken komt in deze subparagraaf niet aan de orde vanwege het ontbreken van een maatstaf voor geslaagdheid.

Voor de twee andere soorten scenario's geldt dat een deel hiervan uit vragen van respondenten zelf bestonden, de eigen vragen. Veertien respondenten konden zich nog concrete vragen herinneren die zij ten tijde van hun MRSA-besmetting of -infectie hadden, en de onderzoeker heeft deze genoteerd. Zodoende zijn van de 44 semi-directed scenario's zeven (15.9%) eigen vragen, en van de 96 directed scenario's 31 (32.3%) eigen vragen. De onderzoeker noteerde de eigen vragen veelal letterlijk zoals de respondent deze genoemd had, waardoor deze meestal 'directed' geformuleerd waren en waardoor dit percentage hoger ligt.

Uiteindelijk hebben de vaststaande scenario's een hoger slagingspercentage dan de eigen vragen: van de semi-directed scenario's zijn 30 van de 37 scenario's (81.1%) geslaagd, terwijl van de 7 eigen vragen maar vijf (71.4%) geslaagd zijn.

Ook het slagingspercentage van de directed eigen vragen ligt een stuk lager dan de vastgestelde directed scenario's: maar liefst 87.7% (57 van de 65) van de vaste scenario's zijn geslaagd, terwijl van de eigen vragen slechts 48.8% geslaagd is (15 van de 31). Het is hierbij opvallend dat van alle 17 niet-geslaagde directed zoekopdrachten, 15 eigen vragen zijn (88.2%).

Tabel 4.7 Kwantitatief overzicht scenario's, onderverdeeld in volledig, deels of niet geslaagd.

Type scenario	Volledig geslaagd		Deels geslaagd		Niet geslaagd		Totaal	
Semi-directed scenario	30	(81.1%)*	2	(5.4%)	5	(2.7%)	37	(100%)
Eigen vragen	5	(71.4%)	Nvt		2	(28.6%)	7	(100%)
Totaal semi-directed scenario's/vragen	35	(79.5%)	2	(4.5%)	7	(15.9%)	44	(100%)
Directed scenario	57	(87.7%)	3	(4.6%)	5	(7.7%)	65	(100%)
Eigen vragen	15	(48.4%)	4	(12.9%)	12	(38.7%)	31	(100%)
Totaal directed scenario's/vragen	72	(75%)	7	(7.3%)	17	(17.7%)	96	(100%)

*De percentages rechts van de getallen moeten horizontaal gelezen worden, de percentages onder de getallen verticaal.

4.3.2 Gebruik zoekfuncties

Men kan op de website op drie manieren zoeken: middels de 'Stel uw vraag'; een zoekmachine, via de 'Informatie over' die bestaat uit een lijst met verschillende categorieën om uit te kiezen en de Meest gestelde vragen. Een overzicht van hoe vaak de verschillende zoekfuncties gebruikt zijn per scenario is terug te vinden in Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Verdeling gebruik van de zoekfuncties per scenario

Scenario	Zoekfunctie	Niet geslaagd	Aantal scenario's
Semi-directed	'Informatie over'-functie (oriëntering)	3	17 (38.7%)
	'Stel uw vraag'-functie (teleporting)	2 (14.3%)	14 (31.8 %)
	Combinatie I-S (waarvan met Meest gestelde vragen: 2)	2 (15.4%)	13 (29.5%)
	Totaal		44 (100%)
Directed	'Informatie over'-functie	1	41 (42.7%)
	'Stel uw vraag'-functie	6 (16.7%)	35 (36.5%)
	Combinatie I-S (waarvan met Meest gestelde vragen: 6)	7 (2) (38.9%)	20 (20.8%)
	Totaal		96 (100%)
TOTALEN	'Informatie over'-functie		58 (41.4%)

'Stel uw vraag'-functie	49 (35.0%)
Combinatie	33 (23.6%)
	140 (100%)

De respondenten hebben het vaakst alleen de 'Informatie over'-functie gebruikt om een scenario of eigen vraag op te lossen, namelijk 58 van de 140 scenario's (41.4%). Tijdens de websitetest gaven zij aan dat ze dit vaak sneller en makkelijker vonden, bijvoorbeeld omdat ze hun eigen vaardigheden laag inschatten zoals het volgende citaat laat zien:

(citaat no. 2176): "Dan ben je denk ik sneller om het daar aan te klikken, als dat ik een vraag ga stellen, want hoe stel je die vraag? Welke woorden tik ik in?"

Zowel de semi-directed- als de directed scenario's werden meestal met de 'Informatie over'-functie gezocht. Het zoeken middels deze zoekfunctie wordt in dit onderzoek met *oriëntering* aangeduid, evenals het zoeken middels de Meest gestelde vragen. Overigens kunnen de Meest gestelde vragen ook onder de zoekstrategie *teleporting* geschaard worden, aangezien men direct naar de vraag kan zoeken in deze zoekfunctie (aangezien de drie meest gestelde vragen op de pagina staan). Hier is echter niet voor gekozen, aangezien het van doorslaggevend belang is dat men ook hier via een bepaalde context zoekt, namelijk die van wat men het vaakst zou vragen wanneer men met MRSA te maken heeft. Dit principe wordt verduidelijkt door de volgende voorbeeldcitaten:

Oriëntering tijdens een semi-directed scenario:

(citaat no. 1303): "...meestal kijk ik naar de vraag en dan denk ik bij mezelf waar zou dat onder vallen, en als ik naar die categorieën kijk denk ik oja, dat valt daaronder."

Oriëntering tijdens een directed scenario:

(citaat 1264): "Omdat ik naar zo'n vraag kijk, en denk wat is nou eigenlijk de kern en dan zie ik daar de punten staan, en dan denk ik nou de kern is bijvoorbeeld Contact met anderen of de kern is dat. Dat vind ik voor mezelf makkelijker. Je kunt natuurlijk bij zoeken [de 'Stel uw vraag'-functie] wat intypen, maar dan moet je net weer dat goede kernwoord eruit zien te pikken, dat het goede antwoord eruit komt. En zeker als je dan een vraag hebt die best wel specifiek is, dan is het voor mij prettiger om te kijken bij zo'n kernpunt want dan kan ik misschien kijken of er nog meer vragen onder vallen en bepalen welke vraag er nou het beste bij past."

De andere zoekstrategie, teleporting, slaat op het zoeken met de 'Stel uw vraag'-functie of zoekmachine, omdat men hiermee direct naar de vraag kan zoeken. Deze strategie werd ook vaak toegepast, nl. bij 49 van de 140 scenario's (35.0%). Ook de verhouding tussen de semi-directed- en de directed scenario's gaat redelijk gelijk op: 31.8% om 36.5%. Dat het percentage hoger ligt bij de directed scenario's is ondermeer te verklaren door het feit dat deze vragen concreter zijn en daardoor direct als vraag in de zoekmachine ingetypt kunnen worden. Een respondent legt uit:

(Voorbeeldcitaat directed scenario no. 2334): "Ja, op dat woord antibiotica weer hè. Elke keer als er zoiets makkelijks instaat, zo een woordje vind ik dat makkelijker."

Waarom de respondenten voor een directed scenario aan één zoekfunctie voldoende hadden, bijvoorbeeld de zoekmachine, geeft het volgende voorbeeld aan:

(citaat no. 219): "Hier staan dus de verdere antwoorden op waar ik op moet letten bij MRSA-dragerschap. Moet ik ze nu allemaal bij langs? *Alleen als jij dat zelf nodig acht*. Ik denk dat ik hier een heleboel antwoorden kan vinden op wat ik wel en niet mag doen."

In dit voorbeeld heeft de respondent de vraag ingetypt in de zoekmachine en gaat er vervolgens vanuit dat alle resultaten relevant zijn ten opzichte van haar vraag. De respondent weet niet dat de zoekmachine standaard 10 resultaten oplevert, ongeacht de relevantie en gaat er vanuit dat meer of betere informatie niet te vinden is.

Over het algemeen liepen de zoektermen uiteen van 'schoenebescherming' en 'vormen mrsa' tot hele zinnen in als 'moeten alle gezins-leden aan het eind van die 2 dagen gekweekt worden?'. Tijdens het zoeken naar semi-directed zoekopdrachten werd in tweederde van de gevallen zoektermen gebruikt tegen minder dan de helft tijdens het zoeken naar directed zoekopdrachten. Hier vulden de participanten meestal complete vragen in, vooral wanneer ze naar hun eigen vragen zochten. Opvallende uitkomst is dat van de 15 niet-geslaagde directed eigen vragen, negen gezocht waren door het invoeren van de complete vraag.

In bijna een kwart van de gevallen (23.6%) hebben de respondenten een combinatie van zoekstrategieën gebruikt. Het meest gebruikten ze hierbij de zoekmachine en de 'Informatie over'-functie, waarvan acht keer in combinatie met de Meest gestelde vragen. Opvallend is, dat voor de semi-directed scenario's relatief veel vaker een combinatie van zoekfuncties is gebruikt dan voor de directed scenario's (29.5% resp. 20.8%). Men gebruikt een combinatie omdat men met de ene zoekfunctie niet de juiste of voldoende informatie gevonden heeft. Een respondent geeft een uitleg:

(citaat no. 2122): "Nou, ik kon het in eerste instantie niet vinden tussen die selectie. Ik dacht ik stel hem zo, maar ik zal wel te veel woorden gebruikt hebben waardoor die niet meer wist wat ie doen moest. Net als bij Google. Als je daar te veel invult krijg je ook alles wat je niet nodig hebt."

Anderzijds is het zo dat men de semi-directed scenario's breder kon interpreteren en beantwoorden dan de directed scenario's, waardoor men ook op zoek gaat naar meer informatie. Men is minder snel tevreden met een gevonden antwoord, wat ook blijkt uit het volgende voorbeeldcitaat. De respondent heeft een antwoord geselecteerd dat grotendeels overeenkomt met het scenario en waarmee het scenario in principe is opgelost. De respondent neemt hier echter niet genoeg mee, zo blijkt uit het citaat:

(citaat no. 1016): "Ja, ziet er goed uit, is wel een goed antwoord, maar ik wil nog even meer weten."

De Meest gestelde vragen zijn door vier respondenten geraadpleegd voor acht scenario's. Opvallend is, dat zij bij zes van deze scenario's met deze zoekfunctie begonnen met zoeken, maar er niet één keer mee slaagden. Dit lukte uiteindelijk alleen door terug te grijpen naar een van de andere twee zoekfuncties, de 'Stel uw vraag'-functie of de 'Informatie over'-functie.

4.3.3. Handelingen

Om te bepalen of de website objectief gezien gebruiksvriendelijk is, zijn de zoektijden en het aantal en soort handelingen per scenario in kaart gebracht. Een overzicht hiervan is te zien in Tabel 4.9 en Tabel 4.10.

Tabel 4.9 Kwantitatief overzicht zoektijden en aantal handelingen, onderverdeeld in type scenario

Type scenario	Undirected search	Semi-directed (incl. 7 eigen vragen)	Directed (incl. 37 eigen vragen)
Aantal scenario's	10	44	96 (4 zonder tijdgegevens)
n	10 (1 zonder tijdgegevens)	17	18
Totale duur (in sec)	5141	6332	10809
Gemiddelde duur in sec per scenario	571	144	117
Totaal aantal handelingen	123	229	450
Gemiddeld aantal handelingen per scenario (afgerond naar boven)	12 (12,3)	5 (5,2)	5 (4,7)

Helaas is de totale duur van de zoekopdrachten niet te berekenen, doordat een aantal keren de laptop uitgevallen was en de opname dusdanig slecht was. Desalniettemin is van de meeste scenario's vastgesteld hoe lang de deelnemers ermee bezig waren. Gemiddeld genomen waren de respondenten het snelst met het zoeken naar de directed scenario's. Dit is niet verwonderlijk, aangezien deze zoekopdrachten het meest concreet waren en een eenduidig antwoord vereisten maar bovendien letterlijk terugkwamen in de antwoorden op de MRSA-net website. Des te opvallender is het dat de participanten gemiddeld evenveel handelingen nodig hadden om een semi-directed scenario op te lossen als een directed scenario.

Tabel 4.10 Kwantitatief overzicht van elke mogelijke handeling, onderverdeeld in type scenario

Handeling	Undirected search	Semi-directed (incl. 7 eigen vragen)	Directed (incl. 37 eigen vragen)
Selectiepagina: ingang kiezen	12 (9.8%)	24 (10.5%)	53 (11.8%)
'Stel uw vraag' intypen	1 (0.8%)	31 (13.5%)	67 (14.9%)
Zoeken aanklikken	1 (0.8%)	19 (8.3%)	51 (11.3%)
'Informatie over' categorie selecteren	42 (34.1%)	57 (24.9%)	88 (19.5%)
Meest gestelde vragen: meer vragen aanklikken	1 (0.8%)	1 (0.4%)	2 (0.4%)
Meest gestelde vragen: antwoord selecteren	3 (2.4%)	1 (0.4%)	4 (0.9%)
Antwoord selecteren	37 (30.1%)	66 (28.8%)	134 (29.8%)
Back via terugknop	13 (10.6%)	20 (8.7%)	36 (8%)
Breadcrumbs	9 (7.3%)	7 (3.1%)	13 (3 %)
Overig (logo, gerelateerde vragen, websitelink in antwoord, vlag)	4 (3.3%)	3 (1.3%)	2 (0.4%)
Totaal	123 (100%)	229 (100%)	450 (100%)

Uit Tabel 4.10 blijkt dat er enkele opvallendheden bestaan tussen het zoeken naar de verschillende soorten scenario's. Ten eerste wijkt het zoeken tijdens de undirected search scenario's (het 'vrije zoeken') af van het zoeken naar semi-directed- en directed scenario's. Zo is de 'Stel uw vraag'-functie slechts één keer gebruikt en hebben de deelnemers grotendeels via de 'Informatie over'-functie gezocht. Ook werden een aantal keer de Meest gestelde vragen geselecteerd. Dit is begrijpelijk, omdat men tijdens het vrije zoeken zonder vastomlijnd plan zoekt en zich laat leiden door de informatie op de website. Het volgende citaat vat het zoekgedrag tijdens de undirected search goed samen:

(citaat no. 19): "Eh, ik dacht dat deze vraag een leuke inleiding is om mee te beginnen, en misschien roept zo'n inleiding dan weer vragen op zeg maar. Dat is ook de manier waarop ik het normaal doe: ik begin gewoon ergens en dan zie ik wel waar ik uit kom."

Opvallend van de handelingen tijdens het vrije zoeken was ook het gebruik van de breadcrumbs op de website in verhouding tot het gebruik tijdens de scenario's. Dit kan duiden op een bredere blik tijdens het vrije zoeken: Men bekijkt de hele site waardoor de breadcrumbs opvallen en zijn ze minder gericht op de zoekfuncties alleen.

Het enige grote verschil tussen het handelingengebruik tijdens de semi-directed en de directed scenario's is het gebruik van de 'Informatie over'-functie. 24.9% van alle handelingen tijdens het zoeken naar een semi-directed scenario bestond hieruit en tijdens het zoeken naar een directed scenario 19.5%. Dit valt toe te schrijven aan het feit dat de semi-directed scenario's algemener van aard waren en een zoekopdracht bij de 'Stel uw vraag'-functie minder eenvoudig was. Desondanks was het verschil hierbij niet groot: 13.5% van alle handelingen tijdens de semi-directed scenario's waren met de 'Stel uw vraag'-functie ten opzichte van 14.9% tijdens de directed scenario's.

4.4 Usability

De usability van de MRSA-net website heeft betrekking op de mate van gebruikersvriendelijkheid van de website. De usability bestaat uit drie overkoepelende termen, te weten *effectiviteit*, *efficiency* en *tevredenheid* die samen een twaalfstal criteria beslaan. In dit onderzoek zijn deze criteria onderverdeeld in criteria met betrekking tot enerzijds de webinterface en anderzijds de inhoud. De inhoud slaat in dit onderzoek op de door de deelnemers gevonden informatie. De inhoudscriteria bestaan uit *relevance*, *comprehensiveness*, *comprehensibility* en *credibility*. De webinterface-criteria zijn *navigation structure*, *time*, *download speed*, *interactiviteit*, *lay-out*, *ease of use* en *trustworthiness*.

In deze paragraaf zullen alle usability-criteria besproken worden aan de hand van de vragenlijst die de respondenten na afloop moesten invullen. Hierin kwamen alle criteria aan bod, in tegenstelling tot de websitetest. Tijdens de test werden alleen de inhoudscriteria bevraagd en twee webinterfacecriteria, namelijk *time* en *ease of use*. Deze criteria werden meegenomen, omdat de respondenten hier direct mee te maken hadden (hoe snel losten ze een opdracht op en hoe ging gemakkelijk ging hen dit af) en zodoende direct een oordeel over konden geven. De overige criteria hadden meer betrekking op de algehele ervaring met de website en konden daarom het beste beoordeeld worden afloop van de websitetest.

Per criterium zal allereerst het functioneren van de zoekfuncties behandeld worden (mits van toepassing) en vervolgens de mening van de respondenten over de website in zijn geheel. Aangezien de resultaten van de Nederlandse en de Duitse MRSA-dragers dusdanig overeenkwamen, zal er geen onderscheid tussen hen worden gemaakt en moet 'MRSA-dragers' gelezen worden als 'Nederlandse en Duitse MRSA-dragers', tenzij anders vermeld.

4.4.1 Relevance- prestatie zoekfuncties en inhoud zoekresultaten

Het criterium *relevance* is opgedeeld in drie aspecten. Allereerst de *relevance* van de prestatie van de zoekfuncties, oftewel de opgeleverde cq. getoonde zoekresultaten: Begrijpt het systeem de zoekopdracht van de gebruiker en zijn de getoonde vragen relevant ten opzichte van de zoekvraag? Ten tweede volgt

de *relevance* van de inhoud van die zoekresultaten zelf: Geeft de inhoud een antwoord op de zoekvraag van de gebruiker of is het relevant voor diens situatie? Ten derde wordt de *relevance* van de gevonden informatie met betrekking tot de informatiebehoeften onderscheiden. Enerzijds wordt dit onderscheid tussen de drie soorten *relevance* gemaakt om de prestaties van de zoekfuncties te beoordelen. Anderzijds is één van de belangrijkste doelen van dit onderzoek te bepalen in hoeverre de gevonden informatie de informatiebehoeften op zowel affectief als cognitief gebied vervuld. Dit laatste wordt apart behandeld in §4.3.4 en nu zullen de *relevance* van de zoekresultaten van de zoekfuncties aan bod komen en vervolgens de *relevance* van de inhoud van de zoekresultaten zelf (de twee eerst genoemde typen *relevance*). Overigens vindt het eerste type plaats in de fase *Examine results* in het onderzoeksmodel en het tweede type in de fase *Reflect/iterate/stop*.

Over het algemeen vonden de respondenten dat het zoeken met elk van de drie zoekfuncties nuttige informatie opleverde. De deelnemers waren het meest te spreken over de 'Informatie over'-functie; de categorieënlister. Alle respondenten die deze functie gebruikten hadden (n= 17) waren het eens met de stelling dat deze zoekfunctie nuttige informatie opleverde, waarvan 47.1% helemaal mee eens. De participanten waren ook zeer te spreken over het resultaat dat de 'Stel uw vraag'-functie, oftewel de zoekmachine opleverde: 86.6% was het er mee eens dat deze zoekfunctie nuttige informatie opleverde, waarvan 46.6% helemaal mee eens. Iets meer dan de helft van de mensen (n=10) had de 'Meest gestelde vragen' gebruikt, maar ook zij waren positief te spreken over deze functie. Dit werd ook door de respondenten bevestigd tijdens het nagesprek. In de volgende citaten wordt de relevantie van de zoekfuncties goed toegelicht:

(voorbeeldcitaat): "Aan de zoekmachine vond ik goed dat je vrij makkelijk bij het juiste antwoord komt."

(voorbeeldcitaat): "Ik vond eigenlijk alles wel goed staan. Bij die 'Informatie over' zag ik al heel veel onderwerpen die je het meeste nodig zou hebben denk ik."

(voorbeeldcitaat): "De Meest gestelde vragen vind ik ook goed, want het bevat de eerste belangrijkste dingen die je wilt weten."

De uitspraken gedurende de websitetest spreken deze resultaten niet tegen. Tijdens het vrije zoeken gaven de deelnemers zes keer aan de zoekresultaten relevant te vinden. Gedurende het zoeken naar de eigen vragen waren zij ook overwegend positief. Tijdens de 36 keer dat de respondenten iets opmerkten over de zoekresultaten was dit in 22 gevallen in positieve zin.

(voorbeeldcitaat no. 1999) :Deze vond ik ook wel interessant, 'Verspreiding en plaatsen waar MRSA voorkomt'. Deze vond ik ook interessant, 'Kan MRSA ook in je gordijnen zitten'.

Wanneer de respondenten één van de resultaten hadden aangeklikt, volgde in feite de meest cruciale fase van het onderzoeksmodel: *Reflect/iterate/stop*. De MRSA-dragers konden nu namelijk de inhoud van de resultaten beoordelen op relevantie ten opzichte van hun zoekvraag, of in het geval van het vrije zoeken, relevantie ten opzichte van hun situatie.

Tijdens het vrije zoeken vonden negen van de tien deelnemers de informatie die ze tegenkwamen relevant. Nog positiever was men tijdens het zoeken naar de eigen vragen: De informatie gevonden

tijdens de semi-directed scenario's werd in alle gevallen als relevant beoordeeld (zeven vragen). Gedurende de eigen vragen met een directed karakter vonden de deelnemers dit in 27 van de 31 gevallen.

Dit bleek ook het geval tijdens het werken met de semi-directed scenario's: In 31 van de 37 gevallen vonden de deelnemers de gevonden informatie relevant. Tijdens de directed scenario's was de verhouding nog beter: De respondenten vonden de informatie hier in 61 van de 65 gevallen relevant. Het volgende voorbeeldcitaat vat de mening van de participanten goed samen:

(voorbeeldcitaat): "Ik vind ook dat de vragen heel goed worden beantwoord, soms komen als je in je eigen situatie kijkt, niet alle vragen duidelijk of uitgebreid genoeg. Maar dat is bij iedereen verschillend natuurlijk. Maar ik vind dat de mensen er heel veel informatie op kunnen vinden, wat er een paar jaar geleden niet was. En dat vind ik heel goed."

4.4.2 Comprehensiveness

De *comprehensiveness* bestaat uit twee componenten, namelijk de mate waarin de informatie op de website compleet is (tevens in de zin dat men een compleet antwoord op de vraag krijgt) en de mate waarin de informatie in lijn is met de medische stand van zaken. De twee componenten zijn dermate verschillend van aard en qua resultaat, waardoor ze nu apart behandeld worden.

Comprehensiveness - volledigheid

In de vragenlijst zijn alleen de resultaten van de zoekmachine wat dit criterium betreft bevraagd, en de reacties waren zeer wisselend. De meerderheid (62.5%) was het met de stelling eens dat de functie een compleet antwoord op hun vraag geeft en 25% was het hier niet mee eens.

Deze relatief lage tevredenheidsscore op de zoekmachine is goedge maakt door de andere zoekfuncties, want de meeste respondenten hadden wel voldoende aan de informatie die de website biedt (88.9%). Desalniettemin vond 66.7% van de respondenten de informatie compleet. Dit zou overigens ook te maken kunnen hebben met de negatieve vorm van de stelling, of dat men accepteert dat de website niet op alles een antwoord heeft, bijvoorbeeld omdat de vraag te specifiek is. Een respondent licht dit toe:

(citaat no. 1349): "...maar wat er staat was zo algemeen echt, zo van 'er zijn veel soorten'. Maar ik heb dan voor mezelf zoiets 'ja, veel soorten, hoeveel soorten dan, en wat is dat', maar dat staat dan niet op de site, wat ik ook wel weer begrijp. Maar ik zou dat voor mezelf wel willen weten. "

Dit citaat geeft aan dat sommige respondenten graag het naadje van de kous willen weten wat hun eigen vragen betreft. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn voor het relatief lage percentage geslaagde eigen vragen. Dat de eigen vragen ook qua volledigheid lager scoren, is dan ook niet heel verrassend. Gedurende het zoeken naar de directed eigen vragen gaven de participanten in slechts 19 van de 31 eigen vragen aan dat ze een volledig antwoord gevonden hadden, en gaven zij in 15 gevallen aan dat het niet compleet was. Tijdens de 65 directed scenario's waren de deelnemers over het algemeen beter te spreken: in 49 van de 65 scenario's ontbrak er geen informatie in het gevonden antwoord en kwam het ook relatief minder vaak voor dat ze informatie misten: 13 keer gaf men dit tijdens de 65 zoekopdrachten aan. Ook de informatie gevonden tijdens de semi-directed scenario's werd niet altijd als compleet beoordeeld. Overigens gaven vijf van de tien respondenten tijdens het vrije zoeken (undirected search) uit

zichzelf aan dat ze de informatie volledig vonden, maar drie van deze vijf vonden sommige informatie ook niet volledig.

(voorbeeldcitaat): “Ja, sommige dingen staan er te beknopt in, dat het iets uitgebreid kan. Vooral voor mensen die niet weten wat het is en alles.”

Overigens kwam het ook een enkele keer voor dat een respondent niet tevreden was met de resultatenlijst. Dat dit ernstige consequenties kan hebben voor de gebruikersintentie geeft het volgende citaat aan. De respondent beoordeelt hierin de resultaten die hij gevonden heeft met het zoeken met de zoekmachine:

(voorbeeldcitaat no. 2033): “Nee, ik kan hier niets vinden wat antwoord geeft op mijn vraag (...) dus dat vind ik dan jammer. (...) En dan denk ik van ‘nou heb ik geen zin meer’ en dan doe ik m weg [de MRSA-net website].”

Comprehensiveness - actualiteit van de informatie

Van de respondenten vond 94.4% resp. 85.5% dat de informatie op de website actueel en in lijn was met de medische stand van zaken. Ze gaven echter tijdens de websitetest vaak aan, dat ze er voornamelijk vanuit gingen dat dit het geval was. Als verklaring gaf een respondent aan dat er in Nederland veel onderzoek naar MRSA gedaan werd, en dat er daarom ook veel informatie over verstrekt werd. Een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 2111): “Er wordt op dit moment heel veel, sowieso hier in Nederland, veel aan MRSA gedaan. In het buitenland geloof ik is het stukken minder, daar doen ze er volgens mij ook bijna niks aan. In Nederland zitten ze er bovenop, maar als ze er bovenop zitten, moeten ze ook wel de nodige informatie verstrekken.”

4.4.3 Comprehensibility

Ook dit criterium valt uiteen in twee verschillende componenten, namelijk overzichtelijkheid en begrip. Deze zullen ook weer apart behandeld worden.

Comprehensibility- overzichtelijkheid

In de vragenlijst is dit aspect bevraagd in relatie tot de resultaten die de drie zoekfuncties opleveren cq. tonen. Van elke zoekfunctie waren de respondenten het erover eens dat de resultaten overzichtelijk gepresenteerd werden. Iedereen vond dit van de resultaten van de Meest gestelde vragen en 94.1% vond dit van de resultaten van de ‘Informatie over’-functie. Over de resultaten van de zoekmachine waren de deelnemers minder te spreken: 72.2% vond deze resultaten overzichtelijk weergegeven. Ook de hoeveelheid resultaten was naar de mening van de participanten goed. 70% vond dat niet te veel resultaten getoond werd bij de Meest gestelde vragen, 68.7 was tevreden met het aantal resultaten dat getoond werd na het zoeken met de zoekmachine. Het minst waren de participanten tevreden over het aantal resultaten dat de ‘Informatie over’-functie toonde: 58.8%. Dat de meningen over de verschillende zoekfuncties zo verschilden is niet zo vreemd, aangezien het aantal resultaten nogal verschilt: het zoeken met de zoekmachine levert standaard 10 resultaten op, terwijl een categorie over het algemeen veel meer

resultaten bevat (bijvoorbeeld de categorie Beschermingsmaatregelen kent 28 verschillende vragen). Dat dit minder prettig kan zijn legt een respondent uit:

(voorbeeldcitaat no 81): “Maar er staat wel een hele lange lijst, dan gaat het wel een beetje voor je ogen ehh. (...) het is wel heel massaal, zoveel in een keer, dat is wel lastig.”

De overzichtelijkheid van de antwoorden (deze ziet men wanneer men een resultaat heeft aangeklikt) is tijdens de websitetest besproken. Slechts een enkeling was hier negatief over te spreken. Men vond het dan meestal wat kort en oppervlakkig, maar de meeste deelnemers vonden deze opzet juist prettig.

Voorbeeldcitaat: “Wat ik goed vind is dat elke vraag goed belicht wordt: eerst komt een kort en bondig antwoord, en daarna een lange opmerking. Dat vind ik goed aan de site. Als je genoeg neemt met een antwoord kan dat en als je meer wilt weten ook.”

Comprehensibility – begrip

Daarnaast werd in de vragenlijst gevraagd naar de mening over het begrip van de informatie op de website. Elke deelnemer vond het goed te begrijpen en slechts 16.7% vond dat er veel moeilijke woorden gebruikt werden. Tijdens de websitetest kwam dit ook een enkele keer naar voren wanneer er Engelse termen gebruikt werden.

(voorbeeldcitaat no. 1882): “Waarom moeten er eigenlijk zoveel Engelse woorden in gebruikt worden. ‘Welkom op de web-based MRSA learning tool’. Volgens mij snappen heleboel mensen niet wat hier mee bedoeld wordt. Mensen van mijn leeftijd [73] kunnen geen Engels. Ik heb natuurlijk het geluk dat ik in het buitenland [Zuid-Afrika] gewoond heb. Maar ook jongeren kunnen er moeite mee hebben. “

Het volgende citaat geeft de positieve mening over de algehele *comprehensiveness* goed weer:

(voorbeeldcitaat): “Ik vind hem heel overzichtelijk, goed duidelijk en in begrijpelijk Nederlands weergegeven allemaal.”

4.4.4 Time

Tabel 4.9 liet zien dat respondenten gemiddeld 117 seconden spendeerden aan een directed scenario en 144 seconden aan een semi-directed scenario. Uit de vragenlijst bleek dat de respondenten dit als snel beoordeelden. Zo vond 87.5% dat men via de ‘Informatie over’-functie snel tot een antwoord kwam, 70.0% vond dit van de Meest gestelde vragen, en 62.6% was positief over de snelheid waarmee de zoekmachine naar een antwoord leidde. Ook tijdens de websitetest bleek dat de gebruikers content waren over de snelheid waarmee zij het antwoord vonden: in 59 van de 64 gevallen dat *time* aan bod kwam (gevraagd door onderzoeker of opgemerkt door respondent zelf) waren de deelnemers positief.

(voorbeeldcitaat no. 1498): “Alles wat je echt wilt weten en je kunt het binnen 5 minuten vinden, vind ik keurig.”

4.4.5 Ease of use

De *ease of use* oftewel het gebruiksgemak van de website werd in de vragenlijst op verschillende punten bevraagd. Over het algemeen waren de deelnemers hier erg tevreden over: Elke respondent vond de website prettig in gebruik en 94.5% vond het niet lastig om met de website te werken. Dit bleek vooral uit het feit dat zelfs de deelnemers met weinig tot zeer weinig pc- en internetervaring de website makkelijk konden en vonden te gebruiken, waarbij de 'Informatie over'-functie een belangrijke rol speelde. Dat dit geen 100% is kan te maken hebben met de negatieve vraagstelling waardoor een respondent het verkeerde antwoord aankruiste. Wat de verschillende zoekfuncties betreft bestond er geen unanimititeit, hoewel de tevredenheid nog wel hoog was. De meeste van hen (88.2%) gaven aan dat ze het zoeken met de 'Informatie over'-functie gemakkelijk vonden, 75.0% vond dit van het zoeken met de 'Stel uw vraag'-functie en 66.7% vond het zoeken met de Meest gestelde vragen gemakkelijk. Het merendeel van de participanten (77.8%) vond het bovendien makkelijk om te schakelen tussen de drie zoekfuncties. Een respondent licht toe:

(voorbeeldcitaat): "Als je echt gericht één antwoord even snel wil vinden is de zoekmachine ideaal. Als je wat bredere informatie wilt dan heb je bij 'Informatie over' al een invalshoek en heb je het iets breder. En dan kan je ook gericht zoeken dat vond ik ook ideaal. Maar als daar je antwoord dan dus niet bijzit is de zoekmachine ideaal."

Vrijwel dezelfde percentages kwamen terug bij de vragen over hun eigen vermogen om om te gaan met de zoekfuncties. Zo vond 87.5% van de deelnemers dat ze goed een vraag in een van de categorieën van de 'Informatie over'-functie konden indelen, 75% vond zichzelf goed in staat om zijn of haar vraag om te zetten in de juiste zoektermen voor de zoekmachine en 70% kon goed beoordelen of zijn of haar vraag tussen de Meest gestelde vragen stond. Belangrijker echter is dat de respondenten ook positief te spreken waren over de opzet van de zoekfuncties zelf: elke gebruiker van de 'Informatie over'-functie kon de menustructuur goed begrijpen, en 62.4% vond dat het systeem de door hem of haar ingetypte trefwoorden bij de 'Stel uw vraag'-functie goed begreep. Tijdens de websitetest waren de deelnemers hier niet altijd even goed over te spreken, maar deze opmerkingen zijn onder *relevance* geschaard. De mate waarin de zoekmachine de trefwoorden heeft begrepen, blijkt namelijk uit de getoonde resultaten die meer of minder relevant kunnen zijn. De relatief lage score op de vraag over de 'Stel uw vraag'-functie geeft al aan dat de functie verbeterd dient te worden.

4.4.6 Credibility

Ook de mate waarin men de informatie op de website betrouwbaar vindt werd zowel in de vragenlijst als tijdens de websitetest gevraagd. Uit de vragenlijst bleek dat 88.9% van de respondenten dacht dat de informatie van een deskundige bron afkomstig is en 94.5% vond de informatie op de website geloofwaardig.

Deze uitkomsten komen overeen met die van de websitetest, want in 109 van de 111 gevallen dat de *credibility* aan bod kwam (gevraagd door onderzoeker of opgemerkt door respondent zelf) waren de respondenten positief. Zij gaven af en toe ook aan waarom zij de informatie vertrouwden, en veelgenoemde redenen waren de overeenkomst met de kennis die ze hadden en door het gebruik van de bronnen. Van beide redenen hieronder een voorbeeldcitaat:

(citaat no. 2309): "Vind je het ook betrouwbaar? Ja, het klopt ook en ook met die bronnen weer erbij. Wat zegt dat (...) voor jou die bronnen? Nou, dat ze het ook echt wel ergens uit hebben gehaald, dat je toch zeker wel weet dat het klopt. (...). Want als het er niet bij zou staan dan zou je nog kunnen vragen hoe komen ze nu eigenlijk aan die informatie."

4.4.7 Navigation structure

Volgens Nielsen (2006) is een goede navigatiestructuur één van de belangrijkste usability-kenmerken van de webinterface. Dat die van de MRSA-net website goed in orde is bleek uit de resultaten van de vragenlijst: 94.4% van de gebruikers was het ermee eens dat deze duidelijk was, waarvan een derde heel erg mee eens. Bovendien bleek uit de vragenlijst dat iedereen wist waar ze moesten zijn om de informatie te vinden die ze zochten.

(voorbeeldcitaat): "Wat ik heel goed vind is dat het heel rustig is eigenlijk. Er komt niet te veel op je af. Je kan heel duidelijk voor die drie dingen kiezen, hoe je je vraag wil gaan zoeken of je antwoord."

De navigatiestructuur is tijdens de websitetest niet apart bevraagd en is daarom slechts een paar keer ter sprake gekomen. Na afloop hiervan is een aantal respondenten gevraagd of ze vonden dat je gemakkelijk kon verdwalen, maar dit vond geen van hen. Een respondent legt uit waarom niet:

(voorbeeldcitaat): "Nee, dat vind ik niet. Ik bedoel je kan altijd weer terug, als je klikt op de Selectiepagina of op Home. Dus ja, je kan altijd weer terug naar het begin."

4.4.8 Download speed

Ook dit criterium is positief beoordeeld door de participanten: 82.4% vond dat het laden van een nieuwe pagina snel ging. De snelheid werd echter constant gehouden omdat de website offline (op de laptop) draaide en daardoor in principe al snel was.

4.4.9 Lay-out

De lay-out is niet bevraagd tijdens de websitetest, maar wel in de vragenlijst en na afloop van het onderzoek. Uit de vragenlijst bleek dat de overgrote meerderheid de website er aantrekkelijk uit vond zien (88.8%) maar bovenal waren ze het eens met de stelling dat de website er professioneel uitziet: 94.4% beaamde dit.

Tijdens het nagesprek legde een respondent goed uit waarom een goede lay-out van groot belang is voor een website:

(voorbeeldcitaat): "Duidelijk, netjes. Hoe bedoel je dat? Geen poespas, geen drukte. (...) Het maakt een stuk rustiger om naar te kijken, kun je je beter concentreren, en het is een goed leesbare website."

4.4.10 Trustworthiness

Een belangrijk criterium voor het slagen van een gezondheidswebsite als MRSA-net.nl is de geloofwaardigheid die de website uitstraalt. Dit is achteraf bevraagd in de vragenlijst en ook op dit criterium scoorde de website hoog: maar liefst 94.4% van de geïnterviewden vond de website

betrouwbaar overkomen en 88.9% van de geïnterviewden dacht dat de website door een betrouwbare bron gemaakt is.

Overigens maakte een van de respondenten achteraf een opmerking waaruit bleek dat de lay-out van invloed kan zijn op de geloofwaardigheid:

(Voorbeeldcitaat): "Het ziet er netjes uit. Dus ik denk wel dat ze er verstand van hebben."

4.4.11 Intentie

De vragenlijst werd afgesloten met het bevragen van de intentie: De mate waarin men van plan is de website in de toekomst te gebruiken en aan anderen aan te bevelen. De voorgaande positieve beoordelingen van de criteria gaven al een –eveneens positieve- indicatie hiervan, waarbij met name de *ease of use* een goede voorspeller is. Deze indicatie werd inderdaad bevestigd door de resultaten, want 77.8% gaf aan van plan te zijn de in de toekomst op de website terug te komen en maar liefst 96.4% van de respondenten was van plan de website aan anderen aan te bevelen.

Aangezien de meeste geïnterviewden op het moment van interviewen inmiddels MRSA-vrij zijn, was voor hen de website op dat moment minder van belang en is een mogelijke verklaring voor het feit dat niet iedereen aangaf de website weer te zullen gebruiken. Echter, de meeste deelnemers (n=15) gaven aan dit wel te doen en een reden hiervoor kan zijn is dat veel van hen in de zorg werken waar de kans op een MRSA-besmetting groter is en de website een belangrijke bron kan zijn:

(voorbeeldcitaat): "Misschien toch wel weer als naslagwerk voor als het nog een keertje voorkomt in huis [ziekenhuis]. Dat je dan even na kan kijken van hoe zat het ook al weer. En dat stukje voor personeel(...) daar staan ook heel veel dingen waar je wat aan hebt als personeel zijnde. Want ja, bij mij is het natuurlijk dubbel. En ik werk in de zorg en ik heb het zelf gehad."

4.5 Vervulling behoeften

In §4.2 zijn de behoeften besproken die tijdens de interviews met de respondenten naar voren zijn gekomen. Om de vraag te beantwoorden of de behoeften van de MRSA-dragers vervuld zijn middels de informatie op de website, zijn de resultaten van de websitetest, de vragenlijst en het nagesprek gecombineerd. De vervulling van de behoeften is tevens de betekenis van het derde type *relevance*, en vindt plaats in de fase *Reflect/iterate/stop* in het onderzoeksmodel.

4.5.1 Vervulling informatiebehoeften

Uit de vragenlijst bleek dat de informatie op de website in grote mate voldeed aan de behoeften van de MRSA-dragers. Maar liefst 94.5% van de respondenten vond dat zij hiermee hun vragen omtrent MRSA konden oplossen, oftewel hun informatiebehoeften konden vervullen. Ook vond 94.5% van de respondenten dat de informatie hen goed hielp om in de praktijk met MRSA om te gaan en 83.5% vond dat de informatie hen had geholpen om beter te leren begrijpen wat MRSA is.

Tijdens de websitetest is ook gebleken dat de deelnemers de informatie op de website in grote mate relevant vonden (zie §4.4.1) en hun informatiebehoefte hierdoor vervuld werd. Dit blijkt allereerst uit het aantal geslaagde eigen vragen van de deelnemers (zie ook Tabel 4.7). Van de 38 eigen vragen zijn er 20 (52.6%) geslaagd, vier deels geslaagd en 14 niet geslaagd. Echter, na afloop van de 38 eigen vragen antwoordden de respondenten dat in 24 van de 38 gevallen hun informatiebehoefte vervuld was. Dat zij

dit zelfs vonden wanneer hun vraag slechts deels opgelost was kan erop wijzen dat zij het belangrijker vinden om überhaupt informatie te krijgen, of zoals een respondent het verwoordde:

(citaat no. 413): “Ja, beter dan niks.”

Tijdens de website-test werd de participanten ook gevraagd of ze dachten dat de gevonden informatie hun kon helpen om in de praktijk met MRSA om te gaan. Met deze vraag werd gemeten of een cognitieve informatiebehoefte vervuld was, de behoefte om te weten wat het probleem is en het te begrijpen. Indien die behoefte vervuld wordt, zou dit kunnen helpen om met het probleem, het MRSA-dragerschap om te gaan. Een respondent bevestigt dit:

(citaat no. 15): “Denk je ook dat deze informatie je kan helpen om te gaan met MRSA in de praktijk?

(...) Ik denk het wel, omdat als men drager is kan men op de site kijken en zien wat ze hebben. Door de informatie weet je wat je hebt en is het makkelijker te dragen.”

(citaat no. 105): “...er staat wel nuttige informatie waar je dan benieuwd naar bent.”

Zowel tijdens het vrije zoeken als het zoeken met de scenario's werd deze vraag bevestigend beantwoord. Daarnaast is onderzocht of er affectieve informatiebehoeften met de website vervuld zijn. Deze resultaten worden hieronder behandeld.

4.5.2 Vervulling affectieve informatiebehoeften

Alleen tijdens het vrije zoeken en het zoeken naar de eigen vragen is expliciet gevraagd of er ook een affectieve informatiebehoefte vervuld was, oftewel of de informatie geruststellend was en/of de zorgen verminderde. Omdat werd verondersteld dat niet elke respondent de betekenis van de term *affectieve informatiebehoefte* zou begrijpen werd in plaats daarvan gesproken over *emotionele* behoefte. Na het vrije zoeken hadden vier respondenten ervaren dat de informatie op de website tevens een affectieve informatiebehoefte had vervuld. Tijdens het zoeken naar de eigen vragen had de gevonden informatie niet altijd een affectieve informatiebehoefte vervuld. Dit had te maken met het feit dat niet elke eigen vraag zorgen veroorzaakte of iets was waar de dragers ongerust over waren. Een voorbeeld is een vraag als ‘Moet ik bij de huisarts zijn om te laten kweken?’, dit betreft enkel een cognitieve informatiebehoefte, omdat de respondent alleen maar het antwoord wil weten en zich verder geen zorgen maakt. Van de 38 eigen vragen bleken uiteindelijk 18 voort te komen uit een affectieve informatiebehoefte en van deze 18 waren 16 vervuld. Een van de deelnemers licht toe:

(voorbeeldcitaat no. 1439) : “Zie ‘indien uw huisgenoten/familieleden gezond zijn en niet in de zorg werken is er niets aan de hand’. Dat zijn dingen die je wilt weten. Dat wil niet zeggen dat het goed is, maar het zijn wél dingen die je wilt horen, want het haalt een stuk druk bij jezelf weg: oké, rustig an, m'n vrouw werkt niet in de zorg en er is maar 53% kans dat ze het ook kan krijgen en ook al zou ze het krijgen dan is er niets aan de hand.”

Bovendien bleek het affectieve belang van de MRSA-net website uit de reactie van één van de Duitse MRSA-dragers. Niet alleen verklaarde zij dat haar affectieve informatiebehoefte absoluut vervuld was,

maar de informatie van de MRSA-net website zette haar ook aan tot *patient empowerment*. Dit houdt in dat iemand een dusdanige mate van kennis, vaardigheden, attitudes en zelfbewustzijn ontwikkelt om tot zijn eigen gezondheidsbeslissingen te komen (Funnell & Anderson, 2003). Bij deze MRSA-drager leidde dit ertoe dat zij door de gevonden informatie gemotiveerd werd om een MRSA-kweek aan te vragen bij een ander ziekenhuis:

(voorbeeldcitaten no. 1667 en 1675 gecombineerd (vertaald)): "Ik heb van u gehoord hoe men in Nederland daarmee [MRSA-besmetting] omgaat. En ik zou graag een MRSA-test laten doen en wel in (plaats). Dat ga ik doen. Ik ga vandaag nog een afspraak maken. Dat heeft u al bewerkstelligd. (...) *Heeft het een emotionele behoefte vervuld?* Ja, het heeft me geestelijk versterkt en gesterkt, omdat ik me al bij mijn situatie had neergelegd."

Na elke eigen vraag en elk scenario werd de respondenten tevens gevraagd of ze dachten dat de informatie hun zorgen kon verminderen oftewel of een affectieve informatiebehoefte vervuld werd. Zij bevestigden hun antwoorden tijdens de eigen vragen (16 van de 18 vervuld). Na het zoeken naar de scenario's werd de deelnemers na 41 scenario's gevraagd of de informatie de zorgen omtrent MRSA kon verminderen (en daarmee een affectieve informatiebehoefte kon vervullen) en dit werd 34 keer door de deelnemers beaamd.

In negen gevallen (inclusief de eigen vragen) was de affectieve informatiebehoefte niet vervuld, omdat de informatie hen niet kon geruststellen en de zorgen juist deed toenemen. Opvallend was dat de informatie wel duidelijkheid verschafte en daarmee wel in cognitieve informatiebehoeften voorzag.

(voorbeeldcitaat no. 1549): "... het geeft wel antwoord, maar het stelt me niet gerust, het maakt je juist ongeruster door al die mensen met die aandoeningen. Maar het is wel de waarheid, die moet je niet onthouden."

4.6 Aanbevelingen van de MRSA-dragers

Tijdens de websitetest en het nagesprek hebben de MRSA-dragers een groot aantal aanbevelingen geuit en is de onderzoekster naar aanleiding van haar observaties tot een aantal aanbevelingen gekomen. Deze aanbevelingen liepen uiteen van kleine aanpassingen in de antwoorden tot het toevoegen van vragen en het verbeteren van de indeling van de website. Deze verzameling van in totaal 57 aanbevelingen zijn vervolgens geordend naar usability-criterium. Omdat sommige aanbevelingen in een categorie onderling sterk verschilden, zijn deze categorieën opgesplitst, waarbij een minimum gehanteerd is van drie respondenten die de aanbeveling genoemd hebben. In Tabel 4.11 zijn de categorieën gerangschikt op het aantal respondenten dat de aanbeveling genoemd heeft en is tevens vermeld hoe vaak dat een type aanbeveling genoemd is en uit welke bron deze aanbevelingen afkomstig zijn (websitetest of nagesprek). Alle citaten zijn verzameld in bijlage 5.

Tabel 4.11 Categorisering aanbevelingen

Aanbeveling	Usability-criterium (indien van toepassing)	n	Aantal	Bron
Toevoegen vraag	Comprehensiveness-volledigheid	11	15	Websitetest + nagesprek

Aanpassen antwoord	Comprehensiveness- volledigheid	10	16	Websitetest + nagesprek
Aanpassen taalgebruik en benamingen	Comprehensibility - begrip	5	11	Websitetest + nagesprek
Communicatie rond website		3	5	Websitetest + nagesprek
Aanpassen indeling (zowel in resultatenlijst als antwoord)	Comprehensibility- overzichtelijkheid	3	4	Websitetest + nagesprek
Aanvulling onderdelen: emotion-focused coping	Comprehensiveness- volledigheid	3	3	Nagesprek
Aanpassen opbouw (zowel qua zoekfuncties als resultaten)	Navigation structure	3	3	Websitetest

Zoals uit de Tabel blijkt vallen de meeste aanbevelingen onder het aspect *volledigheid* van het usability-criterium *comprehensiveness*. Het ontbreken van een vraag en antwoord was door de meeste respondenten genoemd, waarbij de meeste van deze vragen gebruikt waren voor het zoeken naar eigen vragen tijdens de websitetest. Deze vragen waren logischerwijs niet opgelost en komt daarmee overeen met de andere resultaten met betrekking tot dit criterium (zie §4.4.2). Tevens bestaat deze groep aanbevelingen uit vragen die gedurende het zoeken naar boven kwamen en evenmin beantwoord werden. Opvallend was dat twee respondenten een dezelfde vraag hadden, namelijk 'Hoe bescherm ik mijn familie als ik MRSA heb?'. Andere vragen waren zeer specifiek of werkgerelateerd, zoals het volgende voorbeeld:

(citaat no. 1971): "Wat ik miste was wat voor rechten je hebt in je vakantieweek. Heeft het ziekenhuis de plicht om al je vakantiedagen terug te geven. Of omdat je in principe vrij bent om te gaan niet. Die heb ik niet gevonden. Misschien kun je deze vraag breder trekken als 'verpleegkundige heeft in zijn/haar vakantie te horen gekregen dat hij/zij MRSA heeft. Wat gebeurt er nu met de vakantiedagen?'"

Dat de gebruikers de MRSA-net website niet compleet vonden bleek bovendien uit de opmerkingen betreffende de antwoorden. Tien respondenten vonden dat 16 antwoorden aangepast zou kunnen worden, bijvoorbeeld door concreter in de bewoording te zijn of het toevoegen van informatie.

Andere aanbevelingen hadden betrekking op het taalgebruik en beschrijvingen van onderdelen van de website, waaronder het doel van de website. Deze punten zijn *begripsaspecten* en vallen onder het usability-criterium *comprehensibility*. Vijf respondenten hadden elf opmerkingen rond dit thema, zoals het vervangen van Engelstalige termen door Nederlandse termen. Eén van de Duitse MRSA-dragers wees op de noodzaak om de welkomsttekst van de selectiepagina te veranderen, zodat het doel van de website beter naar voren kwam en dat het duidelijk werd dat het om een wetenschappelijk project tussen Duitsland en Nederland gaat.

De overige categorieën aanbevelingen waren elk door drie respondenten genoemd, waarvan de meeste aanbevelingen betrekking had op de communicatie rond de MRSA-net website. De MRSA-dragers noemden het belang van grotere en betere bekendheid onder het grote publiek, omdat er nog grote onwetendheid bestaat en het publiek vaak een onrealistisch beeld van MRSA heeft waardoor de reactie vaak angstig is.

De respondenten hadden tevens een aantal aanbevelingen met betrekking tot de *overzichtelijkheid*, het tweede aspect van *comprehensibility*. Zij gaven aan dat de indeling van zowel de

resultatenlijst van een aantal categorieën (de 'Informatie over'-functie) als de antwoorden verbeterd konden worden.

De *volledigheid*, aspect van het usability-criterium *comprehensiveness* kon volgens de deelnemers ook op een ander niveau verbeterd worden. Een aantal van hen gaven aan dat zij onderdelen als een lotgenotencontact of verhalen van anderen een waardevolle aanvulling van de MRSA-net website zouden vinden. Deze aanbevelingen zijn apart gecategoriseerd omdat de website met de aanvullingen er een belangrijke functie bij zou krijgen: het vervullen van emotionele behoeften van MRSA-dragers door de mogelijkheid van emotion-focused coping.

De laatste categorie aanbevelingen betreffen een belangrijk usability-criterium dat betrekking heeft op de webinterface en niet de inhoud: *navigation structure*. De deelnemers spraken hun voorkeur uit voor een aanpassing in de opbouw van de zoekfuncties en de selectiepagina. Zo raadden zij aan de Meest gestelde vragen boven de andere twee zoekfuncties te plaatsen en een van hen vond het prettiger indien de twee ingangen van de selectiepagina onder elkaar werden geplaatst.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de conclusies van dit onderzoek worden gepresenteerd. In §5.1 worden allereerst de deelvragen beantwoord. Vervolgens zal in §5.2 een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven. In §5.3 worden ten slotte de aanbevelingen gepresenteerd.

5.1 Beantwoording van de deelvragen

In deze paragraaf worden de deelvragen 1 tot en met 3 beantwoord. Deelvraag 4, die betrekking heeft op de aanbevelingen voor verbetering van de MRSA-net website, zal beantwoord worden in §5.1.4.

5.1.1 Stress

Deelvraag 1 was: In hoeverre is het MRSA-dragerschap een stressvolle ervaring voor Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en waardoor wordt deze stress veroorzaakt?

MRSA is een stressvolle ervaring voor alle MRSA-dragers. De stress wordt veroorzaakt door zowel omgevings-, interpersoonlijke als persoonlijke factoren. De meeste stress wordt veroorzaakt door gebeurtenissen op omgevingsniveau, zoals de decontaminatiemaatregelen die MRSA-dragers thuis moeten uitvoeren en onduidelijkheid ten aanzien van het MRSA-beleid. Daarnaast blijken de eigen gedachten en gevoelens van de dragers, ofwel het persoonlijke affect jegens de MRSA een belangrijke stressfactor. Dit uit zich in angstgevoelens, bijvoorbeeld de angst om niet meer aan het werk te kunnen, of woede over de gevolgen van de besmetting zoals het niet kunnen werken.

De Duitse MRSA-dragers ervaren relatief meer stress door MRSA in vergelijking met de Nederlandse MRSA-dragers. Ook Duitse dragers ervaren de meeste stress door factoren op omgevingsniveau, maar dan vanwege het (handelen van) zorgpersoneel. Zo leven behandelend (huis)artsen de hygiënische maatregelen niet na en/of hebben ze een gebrek aan kennis over MRSA. Dat twee MRSA-dragers uit verschillende regio's in Duitsland afzonderlijk van elkaar over deze misstanden berichten, wijst erop dat dit een belangrijke bevinding is.

5.1.2 Behoeften en coping

Deelvraag 2 luidde: Welke behoeften ontstaan uit deze stressvolle ervaringen, welke copingstrategieën hanteren Nederlandse en Duitse MRSA-dragers om deze behoeften vervullen en hoe worden deze strategieën gewaardeerd?

Het onderzoek laat zien dat MRSA-dragers veel vaker de problem-focused copingstrategie informatie zoeken gebruiken dan de emotion-focused copingstrategieën zoals het zoeken van sociale steun en gevoelens uiten. Dit betekent dat ze veel meer behoefte hebben aan praktische informatie om met het MRSA-dragerschap om te gaan dan behoefte aan emotionele ondersteuning. Emotionele behoeften worden door de Duitse MRSA-dragers zelfs helemaal niet genoemd, wat duidelijk maakt dat meer op de informatiebehoefte kan en dient te worden ingespeeld. De meest voorkomende informatiebehoeften bestaan uit praktische vragen over hoe om te gaan met MRSA en algemene vragen omtrent MRSA zoals 'Wat zijn de lichamelijke gevolgen van MRSA?'. Aangezien de Duitse MRSA-dragers weinig tot geen informatie ontvangen tijdens hun dragerschap, is hun informatiebehoefte relatief groot. Daarnaast hebben Duitse MRSA-dragers ook sterk behoefte aan medische hulp om de status van hun MRSA-besmetting te

achterhalen. Ook de Nederlandse MRSA-dragers die in de zorg werken hebben behoefte aan hulp, maar dan vooral bij het vinden van alternatief werk voor het geval zij niet meer aan het werk mogen in de zorg.

Afgezien van mondelinge informatie van de GGD krijgen MRSA-dragers over het algemeen niet veel informatie aangereikt, en als ze dat al krijgen is dit niet voldoende om hun informatiebehoefte te vervullen. Dit is met name bij de Duitse MRSA-dragers het geval. Het is dan ook niet erg verrassend dat de overgrote meerderheid zelf op zoek gaat naar informatie.

Zowel bij de Nederlandse als de Duitse dragers is internet de meest geraadpleegde informatiebron. De meningen hierover zijn echter sterk verdeeld. Informatie van internet is vaak niet geruststellend en er is bovendien een gebrek aan betrouwbare websites. Hier ligt dus een kans voor de MRSA-net website.

Naast internet raadplegen MRSA-dragers regelmatig deskundigen. De arts-microbioloog wordt het meest vaak gewaardeerd. Deze wordt zowel deskundig als vertrouwd, duidelijk en begripvol bevonden. De dragers waarderen echter het meest diens bereikbaarheid: ze vonden het zeer prettig dat ze de arts-microbioloog altijd konden bellen als ze vragen hadden. Blijkbaar is de bereikbaarheid een zeer belangrijk aspect van een informatiebron, en een voordeel waar de MRSA-net website altijd over beschikt. Bovendien is het internet een bron die vrijwel elke respondent heeft geraadpleegd, waarbij de MRSA-net website het gat van de ontbrekende informatie zou kunnen vullen dat tot dusver bestaat.

5.1.3 Zoekgedrag, waardering van de website en vervulling van behoeften

Deelvraag 3 was: In hoeverre speelt de MRSA-net website in op de behoeften van Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers?

Deze vraag is opgesplitst in drie subvragen, die apart behandeld worden. Alhoewel deze deelvragen een onderscheid maken in Nederlandse en Duitse MRSA-dragers, blijkt uit het onderzoek dat er geen noemenswaardige verschillen tussen hen bestaan. In deze paragraaf zijn daarom de resultaten van de Nederlandse en Duitse MRSA-dragers geïntegreerd, tenzij anders vermeld.

Ten eerste de beantwoording van de eerste subvraag, deelvraag 3a: Hoe zoeken Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers op de MRSA-net website tijdens respectievelijk een 'undirected search', een 'semi-directed' en een 'directed' scenario?

Uit het onderzoek blijkt dat de MRSA-dragers het meest de oriënteringstrategie toepassen door de 'Informatie over'-functie te gebruiken. Deze functie krijgt de voorkeur tijdens alle soorten scenario's, omdat de participanten het zoeken met deze functie makkelijk en snel vinden gaan. Tijdens de undirected search (het 'vrije zoeken') wordt de 'Informatie over'-functie vrijwel alleen maar benut in tegenstelling tot de zoekmachine. Opvallend was dat de 'Informatie over'-functie vaker voor een directed dan een semi-directed scenario gebruikt is; de verwachting was dat dit precies andersom zou zijn. Overigens ligt het gebruik van de 'Informatie over'-functie tijdens alle uitgevoerde handelingen wel hoger tijdens de semi-directed scenario's dan tijdens de directed scenario's. Daarom is deze functie het meest geschikt voor het zoeken zonder of met slechts een onduidelijk geformuleerde zoekvraag.

De zoekstrategie teleporting (zoeken met de 'Stel uw vraag'-functie (zoekmachine)) wordt tijdens de undirected search slechts één keer benut. De functie wordt wel iets vaker voor de directed dan voor de semi-directed scenario's gebruikt. Uit de resultaten kan daarbij geconcludeerd worden dat het gebruik van

zoektermen sterk verschilt: De directed scenario's worden in meer dan de helft van de gevallen compleet (letterlijk) ingetypt en tijdens het zoeken naar semi-directed scenario's gebeurt dit in slechts een derde van de gevallen en gebruikt men vaker één of meerdere zoektermen. Een verschil in effectiviteit van de zoektermen is niet vastgesteld. Gezien het gebruik kan voorzichtig geconcludeerd worden dat deze zoekfunctie het meest geschikt is voor het zoeken naar een concrete en heldere zoekvraag.

De Meest gestelde vragen worden slechts zes keer aangeklikt, maar omdat de deelnemers er met deze functie niet in slagen het scenario op te lossen, wordt vervolgens een andere zoekfunctie benut. In bijna een kwart van de gevallen wordt een combinatie van zoekfuncties gebruikt, het vaakst voor een semi-directed scenario.

Gemiddeld besteden de respondenten vijf handelingen (bijvoorbeeld zoekvraag intypen, klikken op Zoeken, categorie aanklikken, et cetera) aan elk scenario en spenderen ze de minste tijd aan de directed scenario's. De deelnemers blijken zeer succesvol in het oplossen van de vooraf vastgestelde scenario's (beide soorten scenario's > 80% geslaagd), maar een stuk minder in het vinden van een antwoord op hun eigen vragen wat kan duiden op bias. Van de semi-directed eigen vragen wordt 71.4% (5) opgelost en van de directed eigen vragen slechts 48.8% (15). Dit impliceert dat de website beter in moet spelen op de informatiebehoefte van de dragers, zoals deze aan het licht kwamen tijdens dit onderzoek.

Deelvraag 3b: Hoe waarderen de Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers de usability van de MRSA-net website ?

De MRSA-dragers waarderen de usability van de MRSA-net website goed op alle criteria, waaronder *relevance*. De MRSA-dragers vinden dat de MRSA-net website relevante informatie biedt en dat de zoekfuncties goede prestaties leveren door het tonen van relevante informatie na het ingeven van een zoekopdracht. Bovendien wordt de inhoud van de zoekresultaten als relevant beoordeeld ten opzichte van de zoekopdrachten. Dit blijkt zowel het geval tijdens de undirected search (het vrije zoeken zonder eigen vraag of scenario) als de directed en semi-directed eigen vragen en scenario's. De gevonden informatie tijdens het zoeken naar de eigen vragen (de informatiebehoefte) beoordelen de participanten bovendien vaker als relevant dan tijdens het vrije zoeken.

Ook het criterium *comprehensiveness* wordt zowel wat betreft *volledigheid* als *actualiteit van de informatie* gewaardeerd. Bijna alle deelnemers hebben voldoende aan de verstrekte informatie. Echter, slechts een krappe meerderheid vond de informatie compleet. Dit is met name het geval bij de eigen vragen en met de zoekresultaten van de zoekmachine. Wel vindt nagenoeg elke respondent de informatie actueel.

De *comprehensibility* als in begrip van de informatie wordt hoog gewaardeerd en de weergave van de resultaten vinden de deelnemers erg overzichtelijk. Echter, de respondenten vinden het aantal getoonde resultaten bij de 'Informatie over'-functie te veel.

Time en *ease of use* worden zeer goed gewaardeerd: De deelnemers vinden de website prettig in gebruik en dat ze makkelijk en snel een antwoord kunnen vinden met de zoekfuncties. Iedereen vindt het antwoord in ongeveer twee minuten. Bovendien wordt de *ease of use* gewaardeerd door de mogelijkheid om op drie verschillende manieren op de website te zoeken. Tevens blijkt de *ease of use* uit het feit dat de 'Informatie over'-functie het zoeken op de website eenvoudig maakt, zelfs voor de MRSA-dragers met

nauwelijks internet- en pc-ervaring. De meeste MRSA-dragers vinden dat ze goed in staat zijn met de verschillende zoekfuncties te werken, waarbij de deelnemers over de 'Stel uw vraag'-functie het minst positief zijn.

De MRSA-net website wordt tevens erg gewaardeerd op twee belangrijke criteria, specifiek voor gezondheidswebsites: De betrouwbaarheid van de informatie (*credibility*) en de geloofwaardigheid van de website (*trustworthiness*). Nagenoeg alle participanten vinden de informatie geloofwaardig overkomen, temeer deze informatie vaak overeenkomt met de eigen kennis en de bronvermeldingen. Zij vinden de website geloofwaardig overkomen omdat de makers als professionals beoordeeld worden. Bovendien wordt de *lay-out* vrijwel unaniem als professioneel beoordeeld waardoor geconcludeerd kan worden dat dit criterium van invloed is op de *trustworthiness* van de website.

Ook kan uit het onderzoek geconcludeerd worden dat de *navigation structure* van de website in orde is, omdat de gebruikers deze duidelijk vinden en ze weten waar ze moeten zijn om de informatie te vinden die ze zochten.

Over de *download speed* zijn de meeste respondenten ook positief. Echter, opvallend genoeg vindt niet iedereen dat het laden van een nieuwe pagina snel gaat.

Gezien de positieve beoordelingen van de usability-criteria is het niet verrassend dat de gebruikersintentie hoog is. De meeste deelnemers gaven aan in de toekomst op de website terug te zullen komen en vrijwel ieder van hen is van plan de website aan anderen aan te bevelen.

Deelvraag 3c: In hoeverre voorziet de MRSA-net website in de affectieve en cognitieve informatiebehoeften van Nederlandse respectievelijk Duitse MRSA-dragers?

Vrijwel alle MRSA-dragers geven aan dat de informatie op de website in een cognitieve informatiebehoefte voorziet, doordat de website antwoord geeft op heel veel relevante vragen over MRSA uit de dagelijkse praktijk. MRSA-dragers die in de zorg werken geven bovendien aan dat de informatie praktische uitleg geeft over hoe ze met MRSA op de werkplek om moeten gaan. Daarnaast blijkt de informatie op de website ook in een affectieve informatiebehoefte te voorzien, doordat de informatie geruststelt en zorgen vermindert. Voor de participanten is het feit dat er zoveel informatie voorhanden is op de website, een indicatie dat er iets aan MRSA gedaan wordt. Dit maakt hen minder ongerust en hierdoor kunnen ze hun zorgen omtrent MRSA van zich af zetten. Ook geven de deelnemers aan dat hun beeld van MRSA door de informatie op de website duidelijker wordt waardoor het probleem voor hen makkelijker te dragen is. Eén van de Duitse MRSA-dragers in het bijzonder beschouwt de informatie niet alleen als een mentale bemoediging, maar ook als een aanmoediging om bij een andere zorginstelling meer duidelijkheid omtrent haar MRSA-status te verkrijgen. Op basis hiervan kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de MRSA-net website zorgt voor *patient empowerment*.

5.1.4 Aanbevelingen

Deelvraag 4: Hoe kan de MRSA-net website dusdanig verbeterd worden dat deze beter afgestemd is op de behoeften van de MRSA-dragers?

Tijdens de gebruikersonderzoeken zijn 57 aanbevelingen met betrekking tot de volgende zeven aspecten naar voren gekomen: Aanpassen antwoord, Toevoegen vraag, Aanpassen taalgebruik en benaming,

Communicatie rond website, Aanpassen indeling, Aanpassen opbouw en Aanvulling onderdelen. Vanwege de aard van de aanbevelingen kan geconcludeerd worden dat indien de *comprehensiveness* (volledigheid) en de *comprehensibility* (zowel begrip als overzichtelijkheid) verbeterd worden de MRSA-net website nog beter op de behoeften van de MRSA-dragers kan worden afgestemd. De aanbevelingen zijn uitgebreid aan bod gekomen in §5.1.4 en zijn verzameld in bijlage 5.

5.2 Beantwoording van de hoofdvraag

In dit onderzoek is de volgende hoofdvraag onderzocht:

Welke informatiebehoeften hebben Nederlandse en Duitse MRSA-dragers en in hoeverre worden deze behoeften door de MRSA-net website vervuld?

De informatiebehoeften van zowel de Duitse als de Nederlandse MRSA-dragers hebben voornamelijk betrekking op hoe zij in de praktijk met MRSA om moeten gaan en op algemene medische informatie over de bacterie. Een kleinere maar belangrijke groep behoeften betreft de behoefte aan hulp. Het grootste gedeelte van de informatiebehoeften van de MRSA-dragers wordt door de website vervuld en het percentage relevante informatie per zoekopdracht is hoog. De MRSA-dragers oordelen praktisch unaniem dat de MRSA-net website hun cognitieve informatiebehoefte vervult. De informatie op de website helpt hen bij het oplossen van hun vragen omtrent MRSA, om in de praktijk met MRSA om te gaan en om MRSA beter te leren begrijpen. De MRSA-net website vervult bovendien een affectieve informatiebehoefte: De dragers vinden dat de informatie hun geruststelt en hun zorgen wegneemt. Daarnaast blijkt de website zelfs in staat mentale kracht te geven.

Al met al kan gezegd worden dat de behoeften van de MRSA-dragers grotendeels vervuld zijn door de informatie die de MRSA-net website biedt. Een informatieve website voorziet logischerwijs in eerste instantie in een cognitieve informatiebehoefte en deze behoefte wordt door de MRSA-net website zeker vervuld. Dat de MRSA-dragers echter aangeven dat de website ook hun affectieve informatiebehoeften vervult en zelfs kan leiden tot *patient empowerment*, draagt bij aan de kracht van de MRSA-net website.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische blik geworpen op de onderzoeksresultaten en de onderzoeksmethode. In §6.1 worden de praktische en wetenschappelijke meerwaarde van dit onderzoek behandeld. In §6.2 worden de resultaten bediscussieerd in het licht van de onderzoeksvraagstelling en de literatuur. Paragraaf 6.3 reflecteert op de onderzoeksmethode en in §6.4 worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

6.1 Praktische en wetenschappelijke meerwaarde van dit onderzoek

Dit onderzoek draagt op verschillende manieren bij aan de literatuur en de praktijk. De praktische meerwaarde van dit onderzoek is groot, aangezien het betrekking heeft op een reeds bestaande interventie. De concrete aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen kunnen direct worden doorgevoerd in de praktijk waardoor de usability en de behoeftevervulling van MRSA-dragers vergroot worden en daarmee de praktische waarde van de MRSA-net website. Daarnaast heeft dit onderzoek een praktische meerwaarde door de concrete aanbevelingen betreffende het gebruik van kanalen voor de meest effectieve communicatie rond de website. Tot slot bleek tijdens het onderzoek dat de website tot *patient empowerment* kan aanzetten. Dit houdt in dat de MRSA-dragers door gebruik te maken van de website kennis, vaardigheden, attitudes en een mate van zelfbewustzijn ontwikkelen waardoor ze in staat zijn om hun eigen gezondheidsbeslissingen te nemen (Feste & Anderson, 1995).

Op het gebied van de wetenschap heeft dit onderzoek een belangrijke meerwaarde omdat het in feite twee nieuwe onderzoeksmodellen heeft opgeleverd. Ten eerste is het model van Wilson (1996) met betrekking tot informatiebehoeften en informatiezoekgedrag uitgebreid met de stress en coping-theorie en bovendien gecombineerd met het model van Marchionini (1995). Hiermee is het een eerste aanzet voor een onderzoeksmodel voor gezondheidswebsites dat totnogtoe ontbrak in de bestaande literatuur. Eerder onderzoek naar gezondheidswebsites was slechts gericht op bepaalde aspecten als de kwaliteitseisen die gebruikers aan zulke websites stellen (Eysenbach et al., 2002; Kerr et al., 2006) of hoe de gebruikers de betrouwbaarheid van de website en de informatie bepalen (Eysenbach & Köhler, 2002; Pew, 2002; Sillence, 2007a en b). Ander onderzoek betrof het traject voorafgaand aan het zoeken op gezondheidswebsites en draaide om het identificeren van de factoren die de gedragsintentie bepalen (Kim, 2007; Chen, 2008). Ten tweede is het model van Marchionini (1995) aangepast door de toevoeging van zoekstrategieën en daarmee geschikt gemaakt voor informatieve websites. Marchionini (1995) sprak weliswaar van analytische en browsingstrategieën, maar had deze niet in zijn model verwerkt. Dit wordt verklaard door het feit dat het model van Marchionini (1995) gericht is op 'elektronische omgevingen', waarmee hij met name omvangrijke datasystemen zoals digitale bibliotheken bedoeld. Gebruikers zoeken in dit soort systemen naar heel andere informatie (wetenschappelijke artikelen, boeken) en in een andere vorm dan op een informatieve website als de MRSA-net website. Bovendien heeft de informatie op de MRSA-net website veelal een hogere relevantie dan de informatie in datasystemen, omdat de informatie van praktische waarde is en direct een vraag kan beantwoorden.

6.2 Bediscussiëring van de resultaten

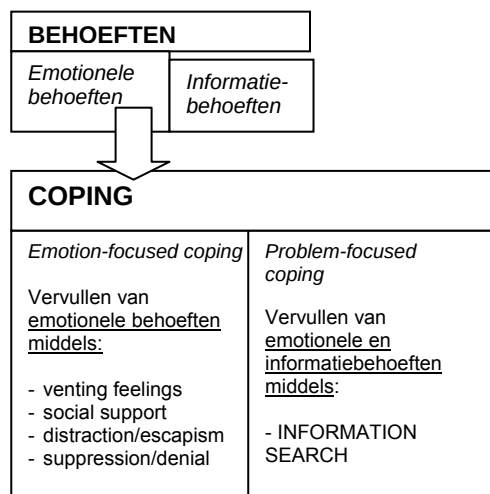
Op basis van de gegenereerde data kon een adequaat antwoord op de probleemstelling en de gestelde onderzoeksvragen gegeven worden.

Uit het onderzoek is een aantal opmerkelijke resultaten voortgekomen waar in deze paragraaf op gereflecteerd wordt. Allereerst bleek uit de resultaten dat de MRSA-dragers veruit de meeste stress ervaren hebben als gevolg van gebeurtenissen op omgevingsniveau. Deze resultaten verschillen sterk met het onderzoek van Vonderhorst (2007) onder MRSA-dragers, waaruit naar voren kwam dat het persoonlijke affect de meeste stress veroorzaakte. Dit verschil zou toe te schrijven kunnen zijn aan het feit dat een groot aantal respondenten reeds lange tijd geleden besmet waren geweest, waardoor herinneringen aan feitelijke gebeurtenissen sterker zijn dan die aan gedachten en emoties.

De resultaten lieten verder zien dat de stress van de Duitse MRSA-dragers grotendeels ontstaan was als gevolg van omgevingsfactoren. Zij praatten tijdens de interviews zeer veel over hun ervaringen in ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstanties waar ze gedurende hun MRSA-dragerschap mee in aanraking waren gekomen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat zij het onderzoek zagen als een kans om hun onvrede te uiten over de gang van zaken. Een geheel andere verklaring voor de ervaren stress kan gevonden worden in de Duitse cultuur die zeer hoog scoort op de onzekerheidsvermijding (Hofstede, 1995), wat inhoudt dat de Duitse maatschappij vele regels, codes en wetten kent zodat risico en onzekerheid zo veel mogelijk worden vermeden. Deze regels werden echter niet altijd opgevolgd door de behandelend artsen waardoor zij de onzekerheid en risico's juist vergrootten en daarmee veel stress veroorzaakten bij de MRSA-dragers. De respondenten konden niet meer vertrouwen op de specialisten en betitelden hen vaak als de grootste bronnen van besmetting. Bovendien kwamen de ziekenhuizen ook aan kennis over MRSA tekort. Een ander cultureel aspect kan als verklaring dienen voor het feit dat er zo weinig Duitse MRSA-dragers zich hadden aangemeld. De Duitse cultuur is volgens Trompenaars (2004, p.91) een neutrale cultuur waarin mensen hun emoties niet snel tonen en niet de behoefte hebben om hun gedachten en gevoelens bevestigd te zien. Dit verklaart de opmerking van één van de Duitse respondenten die aangaf dat er in Duitsland niet of nauwelijks over MRSA gesproken wordt, alsof het een taboe is.

Een andere belangrijke bevinding betreft de concepten 'behoeften en coping' uit het theoretisch kader. In dit onderzoek zijn de behoeften aan de hand van het type copingstrategie bepaald: emotionele copingstrategieën vervullen emotionele behoeften en problem-focused copingstrategieën vervullen informatiebehoeften. De informatiebehoeften werden bovendien opgedeeld in twee soorten naar de indeling van Bensing & Verhaak (2004): affectieve en cognitieve informatiebehoeften. Echter, het verschil tussen de affectieve informatiebehoeften en de emotionele behoeften bleek minimaal doordat het bij beide behoeften om de regulering van emoties draait. De indeling van Bensing & Verhaak (2004) schiet daarom tekort, omdat deze voorbij gaat aan het feit dat affectieve behoeften ook middels emotion-focused copingstrategieën vervuld kunnen worden. De in dit onderzoek gehanteerde indeling van de behoeften naar copingstrategie moet derhalve worden bijgesteld: de behoeften bestaan uit emotionele en simpelweg informatiebehoeften. Daarnaast kunnen de door de copingstrategieën vervulde behoeften worden aangepast: informatiebehoeften worden door problem-focused coping vervuld, maar emotionele behoeften kunnen zowel door problem-focused als door emotion-focused coping vervuld worden. Dit komt enigszins overeen met de bevindingen van Vonderhorst (2007), omdat in beide onderzoeken een informatiebron (de MRSA-net website respectievelijk een arts-microbioloog) kon voorzien in zowel een

informatiebehoefte als een emotionele behoefte. Echter, in het onderzoek van Vonderhorst (2007) werden hiervoor problem-focused coping ('*information search*') en emotion-focused coping (sociale steun zoeken) toegepast, terwijl in het onderhavige onderzoek enkel de problem-focused copingstrategie '*information search*' is toegepast. Het onderzoeksmodel ziet er nu als volgt uit:



Daarnaast bleek nog een ander belangrijk verschil met het onderzoek van Vonderhorst (2007). De MRSA-dragers uit dat onderzoek vonden de arts-microbioloog slecht bereikbaar, niet altijd begripvol noch duidelijk in het geven van informatie. In het huidige onderzoek waren de MRSA-dragers echter juist zeer te spreken over de bereikbaarheid, duidelijkheid en begrip van de arts-microbioloog. Dit zou te verklaren kunnen zijn door het feit dat dit onderzoek later is gehouden en de arts-microbiologen meer ervaring met het thema hebben opgedaan en hierdoor adequater reageren.

Een andere opmerkelijke bevinding was het verschil in slagingspercentage tussen de vooraf vastgestelde scenario's en de eigen vragen. De eigen vragen hadden namelijk een veel lager slagingspercentage, wat erop duidt dat de website nog niet goed genoeg op de informatiebehoefte van de MRSA-dragers inspeelt. Voorbeelden van deze niet-beantwoorde informatiebehoefte zijn 'Hoe bescherm ik mijn familie tegen MRSA?' en 'Moet ik bij de huisarts zijn om me te laten kweken?'.

Een ander opvallend resultaat was dat een relatief groot aantal van de niet-geslaagde eigen vragen gezocht is middels het intypen van de gehele zoekvraag in de zoekmachine. Dit is tegengesteld aan de resultaten van een soortgelijk onderzoek van Eysenbach & Köhler (2002), waarin de deelnemers juist heel weinig keren de gehele zoekvraag intypten (3.5% van alle zoekpogingen), en grotendeels slechts één zoekterm invulden. Hierbij konden de deelnemers overigens zelf bepalen met welke website zij hun zoekvragen zochten. De benaming van de zoekmachine op de MRSA-net website in 'Stel uw vraag' zou daarom een reden kunnen zijn waarom de respondenten relatief vaak de gehele zoekvraag intypten.

Een opvallend resultaat betreffende de usability was dat vrijwel geen enkele respondent er aan twijfelde dat de informatie op de website actueel en in lijn was met de medische stand van zaken. Dit strookt met de bevindingen uit de literatuur: mensen vertrouwen klakkeloos de inhoud van medische websites (Sillence, 2007a en 2007b).

Met de resultaten van dit onderzoek kan gesteld worden dat de MRSA-net website goed gewaardeerd wordt door haar belangrijkste doelgroepen: de MRSA-dragers en het zorgpersoneel. Deze tweede doelgroep stond namelijk centraal in het onderzoek van Verhoeven (2008). Uit dit onderzoek bleek

dat zorgpersoneel de mening van de MRSA-dragers deelde wat betreft het gebruiksgemak (*ease of use*), en de overzichtelijkheid en de begrijpelijkheid van de informatie op de website (beiden aspecten van *comprehensibility*). Belangrijk verschil in opvatting echter was dat het zorgpersoneel de informatie niet 'wetenschappelijk genoeg' vond, terwijl de MRSA-dragers de website er juist om prezen dat het gebaseerd was op wetenschappelijke bronnen die bovendien vermeld stonden. Ook deelden de MRSA-dragers niet de mening van het zorgpersoneel dat er een verschil bestond tussen de richtlijnen vermeld op de website en de landelijke MRSA-richtlijnen. Zij gaven aan dat ze juist overeenkwamen met hun protocollaire kennis.

6.3 Bediscussiëring van de methode

In dit onderzoek stonden de behoeften en het zoekgedrag van de MRSA-drager centraal. Aangezien de te onderzoeken personen besmette MRSA-patiënten waren, had dit gevolgen voor de te kiezen methoden. Om patiënten bereid te vinden om te praten over deze gevoelige kwestie is voor interviews gekozen. Zoals ook Baarda et al. (2005) betogen bleek het een geschikte methode omdat de MRSA-dragers zich vrij voelden om hun gedachten en gevoelens te uiten. Voor de evaluatie van de MRSA-net website is vervolgens gekozen voor een combinatie van het hardop-denken-protocol, interviews en een schriftelijke vragenlijst. Deze combinatie is in navolging van de literatuur (Van Velsen, Van der Geest & Klaassen, 2007; Nielsen, 2000; Krahmer & Ummelen, 2004) gebruikt, omdat deze methoden de meeste uitspraken genereren met betrekking tot de verschillende usability-aspecten. Bovendien kan middels het hardop-denken-protocol de redenatie van de gebruiker betreffende zijn zoekgedrag naar voren komen. Tevens gaven de MRSA-dragers direct hun mening (hetzij positief of negatief) over hun interactie met de website, waardoor werd voorkomen dat ze achteraf andere dingen zouden herinneren, zoals bij retrospectief onderzoek vaak het geval is (Bernard, Sandberg & Someren, 1994). Bovendien leverde dit tezamen met de interviews veel concrete aanbevelingen op ter verbetering van de website. Echter, deze methodes brengen ook nadelen met zich mee, die de validiteit van de resultaten negatief beïnvloeden. Gevolgen hiervan zijn een klein aantal respondenten, met name betreffende de Duitse MRSA-dragers en interviewers bias. Hieronder zal hier kort op worden ingegaan.

Allereerst kan de onevenredige verdeling van de respondenten van negatieve invloed zijn geweest op de validiteit: de Duitse MRSA-dragers waren met slechts twee respondenten sterk ondervertegenwoordigd ten opzichte van de 16 Nederlandse respondenten. Hiermee is rekening gehouden door in de resultaten het deelnemersaantal te vermelden naast het aantal citaten. Het is vrijwel onmogelijk gebleken Duitse respondenten te werven. Zo was het niet mogelijk om respondenten via de 'gemakkelijke weg' te werven: via het ziekenhuisnetwerk in Nordrhein-Westfalen. In die ziekenhuizen die wel meewerkten voldeden de MRSA-dragers niet aan de deelname-eis, bijvoorbeeld omdat ze vanwege hun leeftijd (te oud of juist te jong) geen internetervaring hadden. Vervolgens is getracht deelnemers te werven via gezondheids- en zorgpersoneelfora, waar over MRSA gesproken werd. Op de oproep zijn maar een paar reacties gekomen, en deze waren zeer sceptisch van aard. Daarnaast is het opmerkelijk dat niet één werknemer uit de zorg zich gemeld heeft, terwijl de helft van de Nederlandse deelnemers werkzaam is in de zorg. Dit kan erop wijzen dat het Duitse zorgpersoneel in het geval van een besmette patiënt niet op MRSA getest wordt, wat in Nederland wel het geval is. Tezamen met de leeftijd van de MRSA-dragers die in de ziekenhuizen lagen, was de geschikte populatie klein en daarmee de kans op deelnemers danig verkleind.

Ten tweede speelt het gevaar van interviewer bias (beïnvloeding van het gedrag van respondenten door de aanwezigheid van de interviewer), inherent aan kwalitatief onderzoek. Dit bleek echter van positieve invloed tijdens het eerste interview voorafgaand aan de websitetest, doordat de respondenten vertrouwelijk konden praten over hun gedachten en gevoelens.

Ten derde kan interviewer bias ook tot sociaal wenselijke antwoorden geleid hebben, bijvoorbeeld wanneer de respondent tijdens het interview na de websitetest alle vragen bevestigend antwoordt, terwijl hij/zij het met bepaalde aspecten helemaal niet tevreden is.

Daarnaast bleken veel van de geïnterviewden reeds lange tijd MRSA-vrij te zijn, waardoor het voor hen moeilijk was de informatiebehoefte te herinneren. Dit retrospectieve aspect heeft daarom voor vertekening gezorgd bij het achterhalen van de informatiebehoefte. Het was echter niet haalbaar om het onderzoek met alleen maar recente MRSA-dragers uit te voeren, omdat die er simpelweg niet waren.

Ten slotte bleek de keuze om vragen afkomstig van de MRSA-net website te gebruiken voor de websitetest (de vastgestelde scenario's) niet geschikt om vragen uit de dagelijkse praktijk na te bootsen. Het slagingspercentage van deze scenario's was in vergelijking met dat van de eigen vragen vele malen hoger en zorgde dus voor vertekening van de resultaten. Dit kan toegeschreven worden aan het feit dat de scenario's letterlijk terug te vinden zijn op de website. Dit is met 'echte vragen' uiteraard niet het geval. Bovendien kan het zijn dat de respondenten kritischer waren ten opzichte van een antwoord voor hun eigen vragen dan die voor een scenario.

Bij het verwerken van de resultaten, bleek tijdens het coderen dat sommige usability-criteria moeilijk van elkaar te onderscheiden waren, waardoor het coderen bemoeilijkt werd. Dit was met name het geval met *comprehensiveness*, *relevance* en *credibility*. Deze drie criteria houden namelijk sterk verband met elkaar: wanneer iemand denkt dat informatie overeenkomt met de medische stand van zaken (*comprehensiveness*), heeft dit een positieve invloed op het vertrouwen in de informatie (*credibility*). Daarnaast wordt ook informatie die overeenkomt met de eigen kennis als relevant aangemerkt (*relevance*) en wordt er ook sneller op vertrouwd.

Daarbij bleek dat ook het usability-criterium *ease of use* met veel meer aspecten van de website te maken heeft dan enkel het aspect waarmee *ease of use* bevraagd is. Zo is het bijvoorbeeld prettig dat men de keuze uit verschillende zoekfuncties heeft, maar dit is niet bevraagd.

Tijdens het onderzoek is een user-centered benadering gehanteerd, dat wil zeggen dat de beleving van de gebruiker centraal stond. Zo kan de prestatie van de zoekmachine gemeten worden door de gebruiker te vragen in hoeverre hij/zij in staat is om er mee te zoeken. Daarnaast zou echter de technische effectiviteit van het systeem gemeten moeten worden middels objectief, kwantitatief onderzoek.

Tot slot waren de gehanteerde codes van het codeboek af en toe niet van toepassing op de fase waaraan ze verbonden waren. Dit betrof bijvoorbeeld de code EE1b die omschreven was als 'Resultatenlijst bevat weinig tot geen relevante resultaten'. Hierbij draaide het niet om de fase *Examine results*, maar om de eerdere fase *Choose strategy*; in feite impliceerde het dat het systeem geen inhoudelijke match kon maken met de opgegeven zoektermen.

6.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek

De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek kunnen worden gedaan:

- Er zou geprobeerd moeten worden om het onderzoek nogmaals uit te voeren onder uitsluitend of in elk geval een groter aantal Duitse MRSA-dragers gezien het feit dat dit onderzoek is verricht in het

kader van het Euregio project MRSA-net Twente/Münsterland. De bevindingen in dit onderzoek zijn gebaseerd op slechts twee Duitse MRSA-dragers, en zijn niet zonder meer te generaliseren naar alle Duitse MRSA-dragers. Aangezien het niet gelukt is deelnemers via internetfora te werven, dient het wervingsproces te verlopen via intermediairs die dichter bij de patiënten staan en meer vertrouwen genieten, zoals ziekenhuishygiënist. Bovendien is het vanwege de privacywetgeving niet mogelijk gegevens van MRSA-dragers te bemachtigen en hen direct te benaderen. Ziekenhuishygiënist kunnen dit wel en daarom zouden zij benaderd moeten worden om hen bij de werving te betrekken.

- Het verdient aanbeveling om vervolgonderzoek in Duitsland uit te voeren naar de mate waarin het gehanteerde MRSA-beleid wordt uitgevoerd in de zorginstellingen (*compliance*).
- In vervolgonderzoek moet rekening worden gehouden met de wijze waarop zoekopdrachten worden geformuleerd. De meeste zoekopdrachten in het onderzoek hadden een directed search-karakter en stonden op papier, maar het is onduidelijk in hoeverre dit overeenkomt met het informatie zoeken in de dagelijkse praktijk. Om zoeken in de dagelijkse praktijk zoveel mogelijk na te streven zou tijdens een vervolgonderzoek de respondenten gevraagd kunnen worden of zij normaliter hun vragen 'uit het hoofd' opzoeken of opschrijven. Indien het laatste het geval is, kunnen zij dit zelf doen. Daarnaast zou er onderzoek plaats kunnen vinden waarbij enkel gezocht wordt op basis van informatiebehoeften van MRSA-dragers, waarbij de vragen verzameld kunnen worden via de zorgverleners. Op die manier wordt voorkomen dat de respondenten op het moment van het onderzoek zich geen vragen kunnen herinneren.
- Er dient vervolgonderzoek plaats te vinden om te bepalen of het type zoekterm van invloed is op de effectiviteit van en tevens afhangt van de benaming van de 'Stel uw vraag'-functie. In het onderzoek hebben de respondenten zowel zoektermen als complete zoekvragen in de zoekmachine ingevoerd, waarbij een aantal respondenten aangaven dit te doen gezien de benaming van de zoekfunctie ('Stel uw vraag'). Daarbij kan gedacht worden aan een kwalitatief onderzoek waarin eerst de informatiebehoeften geïnventariseerd worden. Vervolgens krijgt men de opdracht de eigen informatiebehoeften middels de zoekmachine op te zoeken, waarbij men eerst de gehele zoekvraag dient in te typen en daarna pure zoektermen dient te gebruiken, en andersom. Na afloop moeten zij noteren welke manier van zoeken zij het prettigst en effectiefst vonden.
- Daarnaast verdient het aanbeveling om de technische effectiviteit van de zoekmachine te laten onderzoeken door een programmeur. Men moet hierbij denken aan de mate waarin de zoekmachine in staat is om relevante zoekresultaten te produceren aan de hand van verschillende manieren van zoeken (zoekvraag versus zoekterm).
- Er dient een kwantitatief vervolgonderzoek in de vorm van een digitale enquête onder MRSA-dragers die de MRSA-net website hebben gebruikt, te worden uitgevoerd om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren naar alle MRSA-dragers, gebaseerd op opmerkelijke resultaten uit dit onderzoek. Een voorbeeldvraag zou kunnen zijn 'In hoeverre vermindert de informatie op de website uw zorgen omtrent MRSA?', dat gebaseerd is op het resultaat dat de MRSA-net website tevens in emotionele behoeften kan voorzien.
- Tevens verdient het aanbeveling om te onderzoeken hoe de website ingezet kan worden als middel in de communicatie tussen zorgverleners en patiënten zoals enkele respondenten dat aanbevelen. Hiertoe kan een focusgroep bestaande uit zowel zorgverleners als MRSA-dragers gehouden worden die op de aanbevelingen uit het onderhavige onderzoek ingaat. De aanbevelingen betroffen

voornamelijk het genereren van meer bekendheid, zowel op lokaal niveau (via de zorgverlener) als landelijke bekendheid (via Postbus 51-spotjes). De focusgroep dient de aanbevelingen uit te diepen en te bepalen welke communicatiemiddelen het beste ingezet kunnen worden om dit na te streven.

- Ten slotte wordt aanbevolen om te onderzoeken of de website uitgebreid zou kunnen worden met functionaliteiten als een lotgenotenforum. Hiertoe dient enerzijds onderzocht te worden welke technische aspecten voor een dergelijk forum vereist zijn, zoals de grootte van de MRSA-net website, de opbouw van het forum maar ook of er een beheerder voor het forum beschikbaar is en hoeveel uur voor het beheren mogelijk is. Anderzijds moet onderzocht worden wat de inhoud van de topics wordt, bijvoorbeeld op basis van buitenlandse MRSA-fora. Op dit moment is inmiddels één van de andere aanbevelingen van de respondenten, de website aanvullen met verhalen van anderen, doorgevoerd op de MRSA-net website in de vorm van een dagboek van een MRSA-drager.

Literatuurlijst

- Abran, A., Khelifi, A. & Suryan, W. (2003). Usability meanings and interpretations in ISO standards. *Software Quality Journal*, 11, p. 325–338.
- Anoniem (2006). *Plan- Step-by-step usability guide*. Opgehaald 18 januari 2008 van <http://www.usability.gov/plan/>.
- Apted, S.M. (1971). General purposive browsing. *Library Association Record*, 73, 12, p. 228-230.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (2^e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Belkin, N.J., Oddy, R.N., Brook, H.M. (1980). Ask for information retrieval: Part II. Results of a design study. *Journal of Documentation*, 38, 3, p. 145-164.
- Bensing, J.M. & Verhaak, P.F.M. (2004). Communication in medical encounters: Towards a health psychology perspective. In: A. Kaptein & J. Weinman (eds), *Health Psychology, an introduction* (p. 261-288). Oxford: Blackwell.
- Bernard, M.W., Sandberg, J.A.C., Someren, M.W. (1994). *The think aloud method. A practical guide to modeling cognitive processes*. London: Academic Press.
- Bevan, N. (1995). Measuring usability as quality of use. *Software Quality Journal*, 4, p. 115–150.
- Bevan, N. (1999). Quality of use: Meeting user needs for quality. *The Journal of Systems and Software*, 49, p. 89-96.
- Brehm, S.S., Kassin, S.M. & Fein, S. (2002). *Social psychology* (5e druk). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC], Department of Health and Human Services, (2006). *Infection control in Healthcare settings*. Opgehaald 25 juli 2008 van http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa.html.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Beroepsbevolking: beroepsklassen in 1996-2006*. Opgehaald 3 november 2008 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37503&D1=0&D2=a&D3=0-2&D4=I&HD=081103-1420&HDR=T,G2&STB=G1>.
- Chen, I. J., Yang, K., Tang, F., Huang, C. & Yu, S. (2008). Applying the technology acceptance model to explore public health nurses' intentions towards web-based learning: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, p. 869-878.
- Cothey, V. (2002). A longitudinal study of World Wide Web users' information searching behaviour. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53, 2, p. 67-78.
- Creswell, J. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Thousand oaks, CA, USA: Sage.
- Criddle, P. & Potter, J. (2006). Exploring patients' views on colonization with meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, 7, 2, p. 24-28.
- Davies, H. & Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14, 28, p. 35-38.

- Davis, F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13, 3, p. 319-340.
- Dumas, J.F. & Redish, J.C. (1993). *A practical guide to usability testing*. Westport, CT, USA: Greenwood Publishing Group Inc..
- Elling, S., L. Lentz, M. de Jong (2007). Website Evaluation Questionnaire: Development of a research-based tool for evaluating informational websites. In: Wimmer, M.A., H.J. Scholl & A. Grönlund (Eds.): *EGOV 2007, LNCS 4656* (p.293-304). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., Sa, E. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. *Journal of the American medical association*, 287, 20, p. 2691-2700.
- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324, 7337, p. 573-577.
- Fallowfield, L.J., Baum, M. & Maguire, G.P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293, 1331-1334.
- Fauconnier, G. (1986). *Algemene communicatietheorie: een overzicht van de wetenschappelijke theorieën over communicatie*. Leiden/Antwerpen: Martinus Nijhoff bv.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, p. 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, p. 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, p. 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26, 3, p. 309-317.
- Friedrich, A.W., Daniels-Haardt, I., Köck, R., Verhoeven, F., Mellmann, A., Harmsen, D., et al. (2008). EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland- A Dutch-German cross-border network for the prevention and control of infections caused by Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Eurosurveillance* 35, p. 1-11.
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2003). Patient empowerment: A look back, a look ahead. *Diabetes Education*, 29, p. 454-462.
- Gezondheidsraad (2006). *MRSA-beleid in Nederland*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Guenther, K. (2003). Assessing web site usability. *Online*, 27, 2, p. 65-68.
- Hartmann, C. (2006). How patients experience an isolation in a hospital due to infection or colonisation with multiresistant *Staphylococcus aureus*? *Krankenhaushygiene und Infektionsverhütung*, 28, 6, p. 201-207.
- Herner, S. (1970). Browsing. In: *Encyclopedia of Library and Information Science*. (Vol 3, p. 408-415). New York: Dekker.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, p. 213-218.

- Hornbæk, K. (2006). Current practice in measuring usability: challenges to usability studies and research, *International Journal of Human-Computer Studies*, 64, p. 79-102.
- Huijsdens, X.W., Dijke, B.J. van, Spalburg, E., Santen-Verheuveld, M.G. van, Heck, M.E.O.C., Pluister, G.N. et al. (2006). Community-acquired MRSA and pig-farming. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 5, p. 26.
- ISO 9241 (1998). Ergonomic requirements for office work with visual display terminals. Part 11: Guidance on usability, Geneva, International Organisation for Standardization.
- ISO 9126 (2001). Software product evaluation – Quality characteristics and Guidelines for the user, Geneva, International Organisation for Standardization.
- Kassenaar, P. & Rijswijk, O. van, (2003). *Handboek website usability*. Schoonhoven: Academic Service.
- Kelly, P. (1999). Isolation and Stigma: The Experience of Patients With Active Tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*, 16, 4, p. 233-241.
- Kennedy, P. & Hamilton, L.R. (1997). Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35, p. 617-619.
- Kerr, C., Murray, E., Stevenson, F., Gore, C. & Nazareth, I. (2006). Internet interventions for long-term conditions: patient and caregiver quality criteria. *Journal of Medical Internet Research*, 8, 3.
- Kim, D. & Chang, H. (2007). Key functional characteristics in designing and operating health information websites for user satisfaction: An application of the extended technology acceptance model. *International Journal of Medical Informatics*, 76, p. 790-800.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Krahmer, E. & Ummelen, N. (2004). Thinking about thinking aloud: a comparison of two verbal protocols for usability testing. *IEEE transactions on professional communications*, 47, 2, p. 105-117.
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding [LCI]. (2005). *Draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg*. Utrecht, Nederland.
- Lavie, T., Tractinsky, N. (2004). Assessing dimensions of perceived visual aesthetics of web sites. *International Journal of Human-Computer Studies*, 60, p. 269–298.
- Loo, I. van, Huijsdens, X. W., Tiemersma, E., Neeling, A. de, Sande-Bruinsma, N. van de, Beaujean, D. et al. (2007). Emergence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus of animal origin in humans. *Emergence Infectious Diseases*. Opgehaald op 18 augustus 2008 van <http://www.cdc.gov/EID/content/13/12/1834.htm>.
- Michie, S., Rosebert, C., Heaversedge, J., Madden, S., & Parbhoo, S. (1996). The effects of information type on patient anxiety. *Psychology, Health and Medicine*, 1, p. 285–296.
- Miller,
- Marchionini, G. (1995). *Information seeking in electronic environments*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marchionini, G (2000). Evaluation digital libraries: A longitudinal and multifaceted view, *Library Trends*, 49 , p. 304–333.

- Muylle, S., Moenaert, R., Despontin, M. (2004). The conceptualization and empirical validation of web site user satisfaction. *Information & Management*, 41, p. 543–560.
- Nielsen, J., Tahir, M. (2000). Keep your user in mind. *Internet World*. Opgehaald op 17 januari 2008 van <http://search.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=3911558&loginpage=Login.asp&site=ehost-live&scope=site>.
- Nielsen, J. (2003). *Usability 101: introduction to usability*. Opgehaald op 18 januari 2008 van www.useit.com/alertbox/20030825.html.
- Nielsen, J. & Loranger, H. (2006). *Prioritizing web usability*. Berkely, CA, USA: New Riders.
- Palmer, J.W. (2002). Web site usability, design, and performance metrics. *Information Systems Research*, 13, 2, p. 151-167.
- Pearson, J.M. & Pearson, A. (2007). Determining the importance of key criteria in web usability, *Management Research News*, 30, 11, p. 816-828.
- Rubin, J. (1994). *Handbook of Usability Testing. How to plan, design and conduct effective tests*. New York: John Wiley and sons.
- Saracevic, T. (2000). Digital library evaluation: Toward an evolution of concepts, *Library Trends*, 49, p. 350–369.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P.R. & Fishwick, L. (2007a). Going online for health advice: Changes in usage and trust practices over the last five years. *Interacting with Computers*, 19, p. 397-406.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P.R. & Fishwick, L. (2007b). How do patients evaluate and make use of online health information? *Social Science and Medicine*, 64, 9, p. 1853-1862.
- Sista, R.R., Oda, G., & Barr, J. (2004). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in ICU patients. *Anesthesiology Clinics of North America*, 22, p. 405-435.
- Spink, A. (2002). A user-centered approach to evaluating human interaction with Web search engines: an exploratory study. *Information Processing and Management*, 38, p. 401-426.
- Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S. & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49, 4, p. 250-254.
- Teevan, J., Alvarado, C., Ackerman, M.S. & Karger, D.R. (2004). The perfect search engine is not enough: a study of orienteering behavior in directed search. *CHI Letters*, 6, 1, p. 415-422.
- Van Velsen, L., Van der Geest, T., Klaassen, R., Steehouder, M. (2008), User-centered evaluation of adaptive and adaptable systems: a literature review. *The Knowledge Engineering Review* 23, 261-281.
- Van Velsen, L.S., Van der Geest, T.M. & Klaassen, R.F. (2007). Testing the usability of a personalized system: comparing the use of interviews, questionnaires and thinking-aloud. *Paper presented at the IEEE Professional Communication Conference, Seattle, USA*.
- Verhoeven, F., Hendrix, R.M.G., Daniels-Haardt, I., Friedrich, A. W., Steehouder, M.F., Gemert-Pijnen, J.E.W.C. van. (2007). The development of a web-based information tool for cross-border prevention and control of methicillin resistant Staphylococcus aureus. *International Journal of Infection Control*, 4, 1.

- Voedsel en Waren Autoriteit [VWA] & Centrum Infectieziektebestrijding [CIB](2006). *VWA/CIB-survey naar het voorkomen van MRSA bij Nederlandse slachtvarkens*. Opgehaald 10 februari 2008 van http://www.vwa.nl/portal/page?_pageid=119,1639824&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_news_item_id=10625.
- Vonderhorst, S. (2007). MRSA? Stress!! Een kwalitatief onderzoek naar de behoeften van drie typen MRSA-dragers in de thuissituatie. Afstudeerscriptie Universiteit Twente, Enschede.
- Werkgroep Infectiepreventie [WIP] (2006). *MRSA algemeen ziekenhuizen*. Leiden: Nederland.
- Wilson, T.D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 37, p. 3-15.
- Wilson, T.D. (1996). Monitoring and evaluating information-related research. *Education for Information*, 14, 2, p. 85-93.
- Wilson, T.D. (1997). Information behavior: An interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, 33, 4, p. 551-572.
- Xie, H. (2006). Evaluation of digital libraries: Criteria and problems from users' perspectives. *Library & Information Science Research*, 28, 3, p. 433-452.



EUREGIO

BIJLAGE 1. Informatiesheet (in Nederlands en Duits)

Studie ter verbetering van de informatie voor MRSA-dragers

Wat ?

EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland is een project voor de preventie en bestrijding van MRSA. Projectdeelnemers zijn onder andere de Universiteit Twente en de universiteitskliniek Münster (DL). Één van de projectdoelen is de ontwikkeling van een website, die alle vragen met betrekking tot MRSA beantwoordt. Deze website is toegankelijk op www.mrsa-net.nl. Wij willen nu graag vaststellen, in hoeverre de website gebruiksvriendelijk is en toegespitst is op de behoeften van MRSA-dragers.

Waarom ?

Uw deelname is van belang om gebreken aan de bestaande website beter te kunnen bepalen en om aanbevelingen ter verbetering te kunnen doen. **Wij zijn op zoek naar** (voormalige) **MRSA-dragers** die ons hierbij willen helpen middels een eenmalig gebruikersonderzoek.

Hoe ?

- kort interview met betrekking tot uw **ervaring met MRSA**;
- test van de website: u zult de website testen aan de hand van opdrachten, waarbij u hardop moet denken. **Er bestaan hierbij geen goede of foute antwoorden.** Het is ook geen probleem wanneer u de website (nog) niet kent of nog nooit gebruikt hebben. Desondanks moet u wel **bekend zijn met het gebruik van internet**. Deze test duurt maximaal driekwartier;
- vragenlijst waarin u uw mening over het gebruik van de website moet geven.

Uw anonimiteit is vanzelfsprekend gewaarborgd en alles wat tijdens het onderzoek besproken wordt, wordt, wordt **strikt vertrouwelijk behandeld**. Het complete onderzoek zal **hoogstens anderhalf uur** in beslag nemen, is niet moeilijk, en u **ontvangt een financiële vergoeding voor uw deelname (25 euro contant)**.

Wie ?

Het onderzoek wordt afgenomen door een afstudeerder van de Universiteit Twente in Enschede. De afstudeerder neemt deel uit van het EUREGIO project MRSA-net Twente/Münsterland en is niet verbonden aan een ziekenhuis of instelling.

Wanneer en waar?

De onderzoeken staan gepland voor de maand **mei** en kunnen plaatsvinden waar en wanneer u het beste uitkomt, bijvoorbeeld bij u thuis. De onderzoeker neemt een laptop mee, dus u hoeft niet zelf over een internetverbinding te beschikken.

Voor meer informatie en aanmelding kunt u mailen of bellen naar Elise Leijstra:

e.leijstra@student.utwente.nl of 06-1760 4762.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Promovenda Fenne Verhoeven

Afstudeerder Elise Leijstra



Studie zur Verbesserung der Information von MRSA-Trägern

Was ?

EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland ist ein Projekt für die Prävention und Bekämpfung von MRSA. Projektteilnehmer sind unter anderem die Universität in Twente (NL) und das Uniklinikum Münster. Eines der Ziele dieses Projektes ist die Entwicklung einer Website, die alle Fragen in Bezug auf MRSA beantwortet. Diese Website ist zugänglich auf www.mrsa-net.nl/de/ oder www.mrsa-net.de. Wir möchten nun feststellen, inwiefern die Website benutzerfreundlich und an die Bedürfnisse von MRSA-Trägern angepasst ist.

Warum ?

Ihre Teilnahme ist wichtig um Mängel der existierenden Website zu bestimmen und Verbesserungsvorschläge machen zu können. **Wir bitten** (ehemalige) **MRSA-Träger** uns durch einen einmaligen Benutzertest dabei zu helfen.

Wie ?

- kurzes Interview bezüglich Ihrer **Erfahrung mit MRSA und Internetgebrauch**;
- Test der Website: Sie werden die Website testen anhand von Aufgaben, bei denen Sie laut denken sollen. **Es gibt dabei keine guten oder falschen Antworten**. Es ist auch kein Problem, wenn Sie die Internetseite (noch) nicht kennen oder noch nie verwendet haben. Allerdings sollten Sie mit dem Gebrauch des **Internets vertraut sein**. Der Test der Website dauert maximal eine Dreiviertelstunde;
- Umfrage, in der Sie Ihre Meinung bzgl. der Benutzung der Website wiedergeben.

Ihre Anonymität ist selbstverständlich gewährleistet und alles was während der Untersuchung besprochen wird, wird **streng vertraulich behandelt**. Die komplette Untersuchung wird **höchstens anderthalb Stunde** in Anspruch nehmen, ist nicht schwierig, und **Sie erhalten eine finanzielle Vergütung für ihre Teilnahme (25 Euro bar)**.

Wer ?

Die Untersuchung wird von einer Studentin der Universität Twente aus Enschede durchgeführt. Die Studentin spricht Deutsch, ist beteiligt im EUREGIO Projekt MRSA-net Twente/Münsterland und hat keinen direkten Bezug zu einem Krankenhaus.

Für **weitere Auskünfte** können Sie sich gerne jederzeit an den Leiter des deutschen EUREGIO MRSA-net Koordinationszentrums Dr. Alexander W. Friedrich (0251-8352317) am Institut für Hygiene des UKM wenden.

Wann und wo?

Bitte vereinbaren Sie einen Termin, an dem die Studentin Sie aufsuchen und befragen darf.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Hilfe!

Doktorandin Fenne Verhoeven

Studentin Elise Leijstra

PD Dr. med. Alexander W. Friedrich

BIJLAGE 2. Interviewschema

Respondentnummer:

Geslacht:

Datum en tijdstip:

Duur interview:

Inleiding

Voorstellen, in opdracht van Fenne Verhoeven (promovendus aan de Universiteit Twente).

Website onderdeel grensoverschrijdend project Euregio twente/Münsterland.

Ik ben hier vandaag om uw mening te vragen over een website over MRSA. Deze website is opgebouwd uit vragen die naar voren zijn gekomen tijdens interviews met 22 MRSA-dragers.

Ik heb zo meteen eerst een aantal vragen over uw ervaring met MRSA en hoe u ermee om bent gegaan. Vervolgens stel ik u een aantal vragen over hoe u naar gezondheidsinformatie zoekt op internet. Dit duurt in totaal 20 minuten.

Daarna gaan we daadwerkelijk met de website aan de slag, wat maximaal een uur duurt. Hierna gaan we het geheel nog even bespreken en wordt het onderzoek afgesloten middels een vragenlijst over de website. Deze mag u zelf invullen. Dit duurt gemiddeld 10 minuten. Kortom, het hele interview duurt uiterlijk anderhalf uur.

Wees niet bang dat ik naar uw computer- of internetvaardigheden kijk: ú wordt niet getest, de website wordt getest.

Graag zou ik benadrukken dat ik de website niet zelf gemaakt heb. Voelt u zich dus vooral vrij om te zeggen wat u denkt!

Uitleg geven over de bandopname, goedkeuring vragen voor onderzoek, verzekeren anonimiteit.

Is alles duidelijk? Heeft u nog vragen?

Interview MRSA ervaring

In dit interview vraag ik naar uw ervaring met MRSA, met name de negatieve aspecten van die periode en hoe u hiermee om gegaan bent.

Construct	Vragen interview
Person in context	Hoe bent u erachter gekomen dat u MRSA had?
	Waar besmet geraakt/door wat?
	Door wie is dat vastgesteld?
	Wanneer geconstateerd?
	Drager of geïnfecteerd? Nu nog drager?
	Bent u alleen besmet of zijn andere gezinsleden ook besmet? Bent u eerder besmet geweest?
Stress-context	Waar maakt(e) u zich zorgen over, <u>welke problemen ervaart(de) u?</u>
	Wat vindt (vond) u het meest moeilijke aan deze periode (waarin u MRSA-positief was)?
Terugkoppelen : Omgeving ► Sociale rol ► Persoon ►	<i>Reacties/maatregelen vanuit omgeving Gevolgen sociale rol, beroep/functie/gezinsrol, sociale contacten/stigmatisering Persoonlijke gevoelens (affectief), lichamelijke gevolgen (fysiek), (gebrek aan) kennis (cognitief), kwaliteit van leven/dagelijkse beperkingen etc.</i>
Interpersoonlijk/ sociale rol (mesoniveau) MRSA en dagelijks leven/werk	• Beperkt MRSA uw leven, sociale leven en werk? • Wat kunt/kon u wel/niet doen? Toelichting/vb: <i>werken, op visite, hobby's (zwemmen, voetbal, etc)</i> Hoe reageerde uw familie of collega's op uw MRSA besmetting? <i>Vb. dat ze bang zijn/waren besmet te raken?</i> Hoe ervaart u dat/hebt u dat ervaren?
Persoonlijk (microniveau) Impact op de persoon, ervaringen, emoties	• Wat voor invloed had MRSA op uzelf? • Hoe is/was het voor u om MRSA-drager te zijn? • Fysieke/mentale gevolgen? <i>Vb. neerslachtigheid, agressief, strijdvaardig, verdrietig</i>
Omgeving (macroniveau) Reacties/maatregelen vanuit betrokken instanties	• Hoe heeft u het handelen van de betrokken professionals ervaren? <i>Vb. voorlichting, naleving, behandeling als nr/melaatse, etc.</i>

Coping/ behoeften	- Hoe gaat (bent) u met dit probleem om (gegaan)? - Waar heeft (had) u (toen) nu <u>vooral</u> behoefte aan? > Emotionele behoefte? - Heeft u (tijdens de periode dat u MRSA had) behoefte (gehad) aan informatie? Concreet: Welke vragen? (Kunt u die nog herinneren?) - Voor beide vormen van coping vragen: Heeft u iets of iemand geraadpleegd? Waarom? (Zo nee, voorbeelden geven van bronnen (recall)) >> Als men internet heeft geraadpleegd, door naar vraag 2!
Emotion- focused ►	Toelichting/voorbeelden:
Affectief	- Sociale steun zoeken/lotgenotencontact (social support) - Verhaal kwijt willen/gevoelens uitspreken (venting feelings) - Afleiding/ontsnapping (distraction/escapism) - Onderdrukking/ontkenning (helemaal niets doen (ook niets willen weten over MRSA en de gevolgen)) (suppression/denial)
Problem- focused ►	Of: Op zoek gegaan om de situatie aangenamer te maken + problemen t.g.v. MRSA op te lossen. - Hulp zoeken (trying to get help) - Informatie zoeken (information search)
Cognitief	Informatie over: - MRSA zelf, wat het is en hoe je het oploopt - Praktische zaken zoals risico's fam., bezoek tandarts/huisarts, vragen m.b.t. seksueel contact.

Vragenlijst mbt het zoeken naar gezondheidsinformatie op internet	
1.	Heeft u eerder op internet gezocht naar informatie over MRSA? (Zo nee, verdergaan naar vraag 8. NIET vragen indien bij behoeftedeel informatie gezocht werd via internet; dan beginnen bij vraag 2)
2.	Op welke manier heeft u gezocht naar informatie over MRSA? ☐ Via zoekmachine, bijv. Google ☐ ingetypte trefwoorden: ☐ Specifieke website:
3.	Heeft u destijds antwoord gevonden op uw vraag(en) over MRSA?
4.	Hoe vaak zoekt u gemiddeld informatie op internet over MRSA?
5.	Heeft u positieve of negatieve ervaringen met zoeken naar informatie over MRSA op internet? Waarom?
6.	Kent u de website www.MRSA-net.nl ?

Ja: waar (nieuws, krant, radio, Google, ...)
7. Hebt u de www.MRSA-net.nl al eens gezien/ gebruikt? (sinds 19 feb. online)
8. (BEGIN indien respondent vraag 1 t/m 7 heeft beantwoord) Zoekt u ook wel eens naar andere gezondheidsinformatie of ziektebeelden op internet? Naar wat voor informatie? Waarvoor zocht u die? Voor uzelf of voor anderen?
9. Kunt u gezondheidsinformatie op internet makkelijk vinden?
10. Op welke manier heeft u gezocht naar gezondheidsinformatie/ informatie over ziektebeelden? ☐ Via zoekmachine, bijv. Google ☐ ingetypte trefwoorden: ☐ Specifieke website: (kiesbeter.nl, gezondheid.nl, apothek.nl)
11. Heeft u toen antwoord gevonden op uw gezondheidsvraag?
12. Hoe vaak zoekt u gemiddeld informatie op internet over gezondheid of ziektebeelden?
13. Heeft u over het algemeen positieve of negatieve ervaringen met zoeken naar gezondheidsinformatie/ ziektebeelden op internet?

Demografische vragen
Geslacht:
Leeftijd:
Hoogst genoten opleiding:
Beroep:
Hoe vaak maakt u per week gemiddeld gebruik van internet? ☐ Dagelijks ☐ 3-4 keer per week ☐ 1-3 keer per week
Hoe lang maakt u gemiddeld per keer gebruik van internet? ☐ > 3 uur per dag ☐ 1-3 uur per dag ☐ 0,5-1 uur per dag ☐ < 0,5 uur per dag

Hard-op-denken-protocol

Instrueren vrij zoeken/ browsen

Dit is de website www.MRSA-net.nl. U mag nu zelf zoeken op de website. U mag eerst uw eigen vragen oplossen, die u in het voorgaande interview genoemd heeft (en ik voor u genoteerd heb). U mag hier zo lang mogelijk doen als u wilt, en als u denkt dat u de vraag niet kunt oplossen, mag u dat tegen mij zeggen en kunt u er gewoon mee stoppen. Als u geen vragen genoemd heeft, mag u zelf bepalen wat u wilt opzoeken. U krijgt hiervoor maximaal 10 minuten de tijd.

Hierbij is het belangrijk dat u *hard op denkt*. Dit betekent dat u hardop vertelt wat u doet en waarom. Bijvoorbeeld waar u op klikt, wat u intypt, welke keuzes u maakt, wat u opvalt etc. Dit wordt opgenomen met een microfoon. Het is wellicht een beetje vreemd om hardop te denken en ik kan mij voorstellen dat u het af en toe vergeet. Dan zal ik u eraan helpen herinneren. Ook zal ik tijdens en na het zoeken een aantal vragen stellen.

Scenario's

U krijgt zo meteen een aantal vragen en opdrachten over MRSA. Het is de bedoeling dat u met behulp van de website antwoord krijgt op de vragen en opdrachten. Hierbij is het weer belangrijk dat u *hard op denkt*.

Ik zal tijdens en na het uitvoeren van de opdracht een aantal vragen stellen.

U mag proberen zo veel mogelijk opdrachten te volbrengen, na 45 minuten stoppen we. U mag over elke opdracht zo lang doen als u wilt. Als u denkt dat u de opdracht niet kunt oplossen, mag u dat tegen mij zeggen en kunt u gewoon stoppen met de betreffende opdracht. Voelt u zich dus vooral niet gehaast.

Gaat u a.u.b. na ieder scenario even terug naar de homepage, voordat u begint met het volgende scenario.

Schaduwlijst:

De meeste aandachtspunten zitten verwerkt in het korte interview dat plaatsvindt na elk scenario. Verder letten op:

- Hoe gaan ze met de antwoorden om? Lezen ze alleen het korte antwoord? Of ook de toelichting? Bekijken ze extra informatie (plaatjes)? Wordt alles gelezen, of wordt er ook gescand binnen een antwoord? Wie en wanneer bekijkt alleen het antwoord of ook de toelichting? Bekijken ze de antwoorden van meerdere vragen om tot een antwoord of oplossing van het scenario te komen?
- Scherm op F11 zetten
- Na elk scenario terug naar HOME!!
- Vragen stellen, interrumpen, zoals: Wat leest u nu? Wat bent u aan het doen? Wat denkt u nu?

Na afloop van elk scenario:

Respondent:

Scenario:

Waarom heeft u deze vraag via deze functie opgezocht:

- ☐ Zoekmachine, omdat:.....
- ☐ Zoeken op categorie, omdat:.....
- ☐ Zoeken bij meest gestelde vragen, omdat:
- ☐ Combinatie, omdat:.....

Alleen na vrij zoeken:

Is uw informatiebehoefte m.b.t. uw vraag vervuld?

Heeft deze informatie tevens uw evt. emotionele behoefte vervuld?

Vervolgens na elke eigen vraag en scenario:

Ontbreekt er volgens u informatie in het antwoord?

Kon u het antwoord makkelijk vinden?

Vond u dat u veel tijd nodig had om het antwoord te vinden?

Vond u de informatie overzichtelijk weergegeven?

Begrijpt u de informatie?

Vond u de informatie betrouwbaar overkomen?

Denkt u dat de informatie in lijn is met de medische stand van zaken?

Denkt u dat deze informatie u kan helpen om om te gaan met MRSA?

Denkt u dat deze informatie uw zorgen over MRSA kan verminderen?

Na alle opdrachten: (SCRIPTIE ONTVANGEN? FOLDERS + VERGOEDING)

Wat is uw algemene indruk van de website? Zou u dat in een paar zinnen kunnen samenvatten?
Wat vond u goed en slecht aan elk van de functies?
In hoeverre voldoet de site aan uw behoeften?
Wat kan er verbeterd worden aan de site in het algemeen?
Mist u interactiviteit in deze website ?
Waarvoor zou u het in de toekomst gebruiken?
SCHADUWLIJST (indien niet expliciet genoemd tijdens hard-op-denken):
Wat vindt u ervan dat u op drie manieren naar het antwoord op uw vraag kunt zoeken op deze site? Is het voor u meteen duidelijk op welke manieren u op deze website naar het antwoord op uw vraag kunt zoeken? Vindt u dat u makkelijk kunt verdwalen in de site?
Hoe zou u het gebruik van de website waarderen in relatie tot uw tijd (waardeloos, minder waard dan de tijd die het kostte, evenveel waard, iets meer waard dan de tijd die het kostte, meer waard dan de tijd die het kostte)? Zijn er ook vragen of problemen die u niet op de website zou opzoeken, maar op een andere manier beantwoord zou hebben (arts, microbioloog, GGD, folder)?
Mist u een vraag, een (deel van een) antwoord, of is u iets opgevallen dat niet juist is?
Weet u van wie deze website afkomstig is (wie zijn de auteurs, van wie komt het advies)? Wat denkt u over de makers van de site? Zijn zij bijv. professioneel of amateuristisch? Zijn de adviezen opgesteld door een expert? Vertrouwt u de adviezen die worden gegeven? Wilt u nog adviezen of meningen van andere personen zien (zo ja, wie?)?

BIJLAGE 3. Schriftelijke vragenlijst

U krijgt nu een vragenlijst met een aantal meerkeuzevragen. De bedoeling is dat u uw mening geeft over de verschillende zoekmogelijkheden en de website in het algemeen door aan te kruisen in hoeverre u het eens bent met de gegeven stelling. Deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.



'Stel een vraag-functie'

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik vind het gemakkelijk om met de 'Stel een vraag-functie' te zoeken. (EASE OF USE : Davis, 1989; Venkatesh, 2003; Nielsen, 2003; Guenther, 2003; Hornbaeck, 2006; Elling et al., 2007; Pearson & Pearson, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik ben goed in staat mijn vraag om te zetten in de juiste zoektermen voor de 'Stel een vraag-functie'. (EASE OF USE)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik vind dat de gevonden resultaten van de 'Stel een vraag-functie' op een overzichtelijke manier worden gepresenteerd. (COMPREHENSIBILITY : Muylle et al., 2004; Hornbæck, 2006; Nielsen & Loranger, 2006; Kerr, 2006; Elling et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik vind het aantal gevonden resultaten bij de 'Stel een vraag-functie' te veel. (COMPREHENSIBILITY)	☐	☐	☐	☐	☐

5. Ik vind dat het systeem mijn ingetypte trefwoorden bij de 'Stel een vraag-functie' goed begrijpt. (EASE OF USE)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ik vind dat de gevonden resultaten van de 'Stel een vraag-functie' een compleet antwoord op mijn vraag geven (COMPREHENSIVENESS: Saracevic, 2000; Marchionini, 2000; Eysenbach, 2002; Muylle, 2004; Xie, 2006; Kerr et al., 2006; Elling et al. 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ik vind dat de 'Stel een vraag-functie' veel onrelevante resultaten geeft (RELEVANCE: mate van vervulling behoefte: Muylle, 2004; Van Weert et al, 2007; Elling et.al, 2007).	☐	☐	☐	☐	☐
8. De 'Stel een vraag-functie' helpt mij snel een antwoord op mijn vraag te vinden. (TIME: Hornbæck, 2006)	☐	☐	☐	☐	☐

Informatie over:

- MRSA algemeen
- Oplopen van MRSA
- Testen
- Behandeling
- In het ziekenhuis
- Hygiëne en schoonmaken
- Contact met anderen
- Zwangerschap en baby
- Dieren en varkenshouderij
- MRSA en mijn beroep
- Nederland en andere landen

'Informatie over-functie'

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
9. Ik vind het gemakkelijk om met de categorieën van de 'Informatie over- functie' te werken. (EASE OF USE)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ik vind het aantal gevonden resultaten bij de 'Informatie over-functie' onvolledig. (COMPREHENSIVENESS)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ik vind dat de gevonden resultaten van de 'Informatie over-functie' op een duidelijke manier worden gepresenteerd. (COMPREHENSIBILITY)	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ik kan de menustructuur van de 'Informatie over-functie' goed begrijpen. (EASE OF USE)	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ik ben goed in staat mijn vraag in te delen in een categorie uit de 'Informatie over' functie. (EASE OF USE)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ik vind dat ik middels de 'Informatie over-functie' snel een antwoord op mijn vraag heb. (TIME)	☐	☐	☐	☐	☐

Meest gestelde vragen

- Hoe kan MRSA aangetoond worden?
- Welke maatregelen moet ik als MRSA-drager thuis nemen, nadat ik ontslagen ben uit het ziekenhuis?
- Is MRSA te behandelen?

Meer vragen »

'Meest gestelde vragen'

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
15. Ik vind het gemakkelijk om met de 'Meest gestelde vragen' te werken. (<i>EASE OF USE</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ik vind dat zoeken via de 'Meest gestelde vragen' nuttige informatie oplevert. (<i>RELEVANCE</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ik vind dat de gevonden resultaten van de 'Meest gestelde vragen-functie' op een duidelijke manier worden gepresenteerd. (<i>COMPREHENSIBILITY</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ik ben goed in staat te beoordelen of mijn vraag tussen de 'Meest gestelde vragen' staat. (<i>EASE OF USE</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ik vind dat ik middels de 'Meest gestelde vragen-functie' snel een antwoord op mijn vraag heb. (<i>TIME</i>)	☐	☐	☐	☐	☐



Vragen website in het algemeen

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
20. Ik vind dat de informatie op de website mij goed helpt om in de praktijk met MRSA om te gaan. (RELEVANCE - <i>vervulling behoefte</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
21. Met de informatie op de website kan ik mijn vragen omtrent MRSA oplossen. (RELEVANCE - <i>vervulling behoefte</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
22. Door de informatie op deze website leer je MRSA beter te begrijpen. (RELEVANCE - <i>vervulling behoefte</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ik vind de informatie op website onvolledig (COMPREHENSIVENESS)	☐	☐	☐	☐	☐
24. Deze website biedt mij voldoende informatie. (COMPREHENSIVENESS)	☐	☐	☐	☐	☐
25. De website biedt up-to-date informatie omtrent MRSA. (COMPREHENSIVENESS : Eysenbach, 2002; Kerr, 2006)	☐	☐	☐	☐	☐
26. De informatie op de website is in lijn met de huidige medische stand van zaken. (COMPREHENSIVENESS : Eysenbach, 2002; Kerr, 2006)	☐	☐	☐	☐	☐

27. Ik vind de structuur van de website duidelijk. (NAVIGATION STRUCTURE: Guenther, 2003; Kassenaar & Rijswijk, 2003; Muyllé et al., 2004; Elling et al., 2007; Pearson & Pearson, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ik weet waar ik op de website moet zijn om de informatie te vinden die ik zoek. (NAVIGATION STRUCTURE)	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ik raak tijdens het zoeken van informatie vaak de weg kwijt.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ik vind het gemakkelijk om te schakelen tussen de 'Stel een vraag-functie', de 'Informatie over-functie' en de 'Meest gestelde vragen-functie'. (NAVIGATION STRUCTURE)	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ik vind het zinvol dat ik op deze website op meerdere manieren antwoord op mijn vraag kan vinden. ((Ease of use)	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ik vind de informatie op de website goed te begrijpen. (COMPREHENSIBILITY)	☐	☐	☐	☐	☐
33. Ik vind dat er op deze website veel moeilijke woorden gebruikt worden. (COMPREHENSIBILITY)	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het laden van een nieuwe pagina snel gaat. (DOWNLOAD SPEED: Dumas & Redish, 1993; Bevan, 1995 & 1999; Palmer, 2002; Nielsen, 2003; Guenther, 2003; Hornbæck, 2006; Pearson & Pearson, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ik vind dat deze website snel werkt. (DOWNLOAD SPEED)	☐	☐	☐	☐	☐
35. De informatie op de website komt van een deskundige bron. (CREDIBILITY: Briggs et al., 2002; Nielsen en Loranger, 2006; Sillence et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐

36. Ik vind de informatie op de website geloofwaardig (Briggs et al., 2002) (CREDIBILITY)	☐	☐	☐	☐	☐
37. De website is gemaakt door een betrouwbare organisatie (TRUSTWORTHINESS: Kerr et al., 2006; Sillence et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
38. De website is niet betrouwbaar (TRUSTWORTHINESS : Briggs et al., 2002)	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ik vind de website gemakkelijk in het gebruik. (EASE OF USE: Elling et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ik vind het lastig om met deze website te werken. (EASE OF USE: Elling et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ik vind dat de website er aantrekkelijk uitziet (LAY-OUT: (Briggs et al., 2002; Muylle et al., 2004; Kerr et al,2006; Elling et al., 2007;).	☐	☐	☐	☐	☐
42. De vormgeving van de website irriteert me. (LAY-OUT: Elling et al., 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
43. De website ziet er professioneel uit. (LAY-OUT: Briggs et al., 2002)	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben van plan in de toekomst terug te komen op deze website. (INTENTIE)	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben van plan deze website aan anderen aan te bevelen (INTENTIE)	☐	☐	☐	☐	☐

BIJLAGE 4. Codeboek

Weergave van de gebruikte codes, omschrijving van de inhoud en verwijzing naar de bron op basis waarvan deze zijn opgesteld.

Code	Omschrijving	Literatuurverwijzing
Person in context		
1. P1a	meer dan een jaar geleden	o.b.v. de interviews
2. P1b	Een half jaar tot een jaar geleden	o.b.v. de interviews
3. P1c	Korter dan een half jaar geleden	o.b.v. de interviews
4. P2a	Geen (drager)	o.b.v. de interviews
5. P2b	Huidaandoeningen: Zweren, abscessen, ontstekingen, bulten, wondjes	o.b.v. de interviews
6. P2c	Pijn	o.b.v. de interviews
7. P2d	Koorts	o.b.v. de interviews
8. P2e	Anders	o.b.v. de interviews
9. P3a	Vaststelling MRSA: moest getest worden omdat persoon behoort tot risicogroep en een ziekenhuisgreep moest ondergaan.	o.b.v. de interviews
10. P3b	Vaststelling MRSA: moest getest worden vanwege MRSA besmetting in ziekenhuis/verpleeghuis (werkvloer)	o.b.v. de interviews
11. P3c	Vaststelling MRSA: had zelf symptomen (zonder bewust te zijn van MRSA) en ging naar huisarts/ ziekenhuis	o.b.v. de interviews
12. P4a	Hygiënist	o.b.v. de interviews
13. P4b	Huisarts	o.b.v. de interviews
14. P4c	Anders	o.b.v. de interviews
15. P4d	Geen idee	o.b.v. de interviews
16. P5a	Gezinsleden ook besmet	o.b.v. de interviews
17. P5b	Collega's ook besmet	o.b.v. de interviews
18. P5c	Alleen besmet	o.b.v. de interviews
19. P6a	Positief	o.b.v. de interviews
20. P6b	Negatief	o.b.v. de interviews
21. P6c	Geen idee	o.b.v. de interviews
Stress ¹		
22. S1 +/-	Macroniveau: Ervaringen vanuit de omgeving die leiden tot stress	Wilson (1981)
23. S2 +/-	Mesoniveau: Ervaringen vanuit interpersoonlijk contact/de sociale rol die tot stress leiden	Wilson (1981)
24. S3F +/-	Microniveau: Persoonlijke fysieke ervaringen	Wilson (1981)
25. S3A +/-	Microniveau: Persoonlijke affectieve ervaringen	Wilson (1981)
26. S3C +/-	Microniveau: Persoonlijke cognitieve ervaringen/mate van kennis die leiden tot stress	Wilson (1981)
Coping		
27. Ce1	Emotion-focused: Sociale steun	Brehm, Kasson, Fein (2002)
28. Ce2	Emotion-focused: Venting feelings/gevoelens uiten	Brehm, Kasson, Fein (2002)
29. Ce3	Emotion-focused: Afleiding/ontsnapping	Brehm, Kasson, Fein (2002)
30. Ce4	Emotion-focused: onderdrukking/ontkenning	Brehm, Kasson, Fein (2002)
31. Cp1	Problem-focused: Behoeftte aan algemene informatie over MRSA	Criddle en Potter (2006)
32. Cp2	Problem-focused: Behoeftte aan praktische informatie	Criddle en Potter (2006)
33. Cp3	Problem-focused: Behoeftte aan hulp	Folkman en Lazarus (1988)
34. Cp4	Problem-focused: Behoeftte aan informatie rondom het MRSA-beleid	o.b.v. de interviews
35. Cp5	Problem-focused: Geheimhouding van MRSA	o.b.v. de interviews + Kelly (1999)
Informatievoorziening		
36. V1a t/m V1c	Algemene informatiefolder	o.b.v. de interviews
39. V2	Geen informatie	o.b.v. de interviews
40. V3a t/m V3d	Schriftelijke handelingstoelichting/maatregelen (welke en hoe te nemen)	o.b.v. de interviews
44. V4a t/m	Mondelinge informatie	o.b.v. de interviews

V4e		
Informatiebronnen		
45. I1	Interpersoonlijke, informele bron	o.b.v. de interviews
46. I2a t/m I2j	Interpersoonlijke, formele bronnen	o.b.v. de interviews
56. M1 t/m M 4	Massamedia bronnen: internet (1), TV (2), krant (3), (vak)bladen (4), DKS (Dokumentatiesysteem, 5)	o.b.v. de interviews
Bronkenmerken ¹		
60. B1 t/m B5 +/-	Bronkenmerken; deskundig/betrouwbaar (1), bereik (2), vertrouwd (3), begrip (4), duidelijk (5)	Brehm, Kassin, Fein (2002), Fauconnier (1986)
Informatieverwerking en gebruik ¹		
64. G1 t/m G3	Informatieverwerking en gebruik: gerustgesteld (1), duidelijkheid voor de praktijk (2), tevreden (3)	o.b.v. de interviews
INFORMATIEZOEKPROCES		
67. V1 -/+	Respondent is wel/niet in staat structuur of informatie van de site te onthouden wat hem of haar helpt bij het sneller vinden van het antwoord, heeft wel/geen internetervaring (herkent bijv. niet wat ze aan kan klikken) etc. <i>Fase: Define problem</i>	o.b.v. de websitetest Marchionini (1995)
68. D1	Definiëren van de zoekopdracht/vraag	Marchionini (1995)
69. Dm	Moeite met het duiden van de zoekopdracht/vraag <i>Fase: Select source</i>	o.b.v. de websitetest Marchionini (1995)
70. SS1	Kiezen van de informatiebron (hier: Publiek resp. Personeel)	Marchionini (1995)
71. SSm	Problemen met het kiezen van de informatiebron (hier: Publiek resp. Personeel) <i>Fase: Choose strategy</i>	o.b.v. de websitetest
72. FD1	Choose strategy: Directed: Teleporting	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
73. FD1m	Choose strategy: Directed: Teleporting: matchingsproblemen	o.b.v. de websitetest
74. FD2	Choose strategy: Directed: Orienteering	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
75. FD2m	Choose strategy: Directed: Orienteering: matchingsproblemen/opzoekproblemen	o.b.v. de websitetest
76. FS1	Choose strategy: Semi-directed: Teleporting	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
77. FS1m	Choose strategy: Semi-directed: Teleporting: matchingsproblemen	o.b.v. de websitetest
78. FS2	Choose strategy: Semi-directed: Orienteering	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
79. FS2m	Choose strategy: Semi-directed: Orienteering: matchingsproblemen	o.b.v. de websitetest
80. FU1	Choose strategy: Undirected: Teleporting	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
81. FU1m	Choose strategy: Undirected: Teleporting: matchingsproblemen	o.b.v. de websitetest
82. FU2	Choose strategy: Undirected: Orienteering	Teevan et al. (2004), Marchionini (1995)
83. FU2m	Choose strategy: Undirected: Orienteering: matchingsproblemen <i>Fase: Examine results</i>	o.b.v. de websitetest (Marchionini 1995)
84. E1	Lezen van de vragen in de resultatenlijst	Marchionini (1995)
85. Eh	Problemen met herkennen /interpreteren van relevante informatie in de lijst of antwoord	o.b.v. de websitetest
86. EE1a/b	Examine results: Effectiviteit: Relevance: Goed/niet goed	
88. EE2a/b	Examine results: Effectiviteit: Comprehensiveness: Goed/niet goed	
90. EI4a/b	Examine results: Efficiency: Comprehensibility: Goed/niet goed <i>Fase: Reflect/iterate/stop</i>	Marchionini (1995)
91. R1	Lezen van het antwoord van een vraag	o.b.v. de websitetest

92. Rh	Problemen met het herkennen/interpreteren van relevante informatie in het antwoord	o.b.v. de websitetest
93. RE1a/b	Reflect/iterate/stop: Effectiviteit: Relevance: Goed/niet goed	Davis (1989), Saracevic (2000), Muylle (2004), Elling et.al (2007), Kim (2007), Chen (2008)
94. RE2a/b	Reflect/iterate/stop: Effectiviteit: Comprehensiveness: Goed/niet goed	Eysenbach et al. (2002), Muylle et al. (2004), Kerr et al. (2006), Elling et al. (2007)
95. RI1a/b	Reflect/iterate/stop: Efficiency: Navigation structure: Goed/niet goed	Guenther (2003). Kassenaar & Rijswijk (2003), Muylle et al., (2004), Elling et al. (2007), Pearson & Pearson (2007)
96. RI2a/b	Reflect/iterate/stop: Efficiency: Download speed: Goed/niet goed	Dumas & Redish (1993), Bevan (1995,1999) Palmer (2002), Nielsen (2003), Guenther (2003), Hornbæck (2006), Pearson & Pearson (2007)
97. RI3a/b	Reflect/iterate/stop: Efficiency: Time: Niet goed	Hornbæck (2006)
98. RI4a/b	Reflect/iterate/stop: Efficiency: Comprehensibility: Goed	Muylle et al. (2004), Hornbæck (2006), Kerr et al. (2006), Nielsen & Loranger (2006), Elling et al. (2007)
99. RT1a/b	Reflect/iterate/stop: Tevredenheid: Ease of use: Goed/niet goed	Davis (1989), Venkatesh (2003), Hornbaeck (2006) Elling et al. (2007), Nielsen (2003), Guenther (2003), Pearson & Pearson (2007), Kim (2007), Chen (2008)
100. RT2a/b	Reflect/iterate/stop: Tevredenheid: Lay-out: Goed/niet goed	Muylle et al. (2004), Elling et al. (2007), Kerr et al. (2006)
101. RT3a/b	Reflect/iterate/stop: Tevredenheid: Trustworthiness: Goed/niet goed	Nielsen en Loranger (2006), Sillence (2007), Eysenbach & Köhler (2002), Kerr et al. (2006)
102. RT4a/b	Reflect/iterate/stop: Tevredenheid: Credibility: Goed/niet goed	Eysenbach & Köhler (2002), Sillence (2007a), Kerr et al. (2006)

Verklaring gebruik zoekfuncties

103.FZ1	Zoekmachine snelste/makkelijkste manier informatie vinden	o.b.v. de websitetest
104.FZ2	Zoekmachine handig bij precieze zoekvraag	o.b.v. de websitetest
105.FZ3	Zoekmachine handig bij ontbreken precieze zoekvraag	o.b.v. de websitetest
106.FZ4	Zoekmachine omslachtige manier informatie zoeken	o.b.v. de websitetest
107.FZ5	Zoekmachine alternatief indien men niet slaagt met de categorieën	o.b.v. de websitetest
108.FC1	Categorieën snelste/makkelijkste manier informatie vinden	o.b.v. de websitetest
109.FC2	Categorieën handig door zoekvraag in breder kader te plaatsen.	o.b.v. de websitetest
110.FC3	Categorieën handig als je alles wilt weten over onderwerp	o.b.v. de websitetest
111.FC4	Categorieën omslachtige manier informatie zoeken	o.b.v. de websitetest
112.FC5	Categorieën alternatief indien de zoekmachine niks oplevert	o.b.v. de websitetest
113.FM1	Meest gestelde vragen snelste/makkelijkste manier informatie vinden	o.b.v. de websitetest
114.FM2	Meest gestelde vragen voor vinden standaard- of basisvragen in beginstadium MRSA-besmetting	o.b.v. de websitetest
115.A	AANBEVELINGEN	o.b.v. de websitetest

¹Deze codes kunnen zowel positief als negatief voorkomen. M.b.t. stress +/- geldt: + = negatieve ervaring die leidt tot stress; - = positieve ervaring die niet leidt tot stress.

M.b.t. bronkenmerken en informatieverwerking en gebruik geldt: + = positieve waardering; - = negatieve waardering.

BIJLAGE 5. Aanbevelingen

Citaat	Aanbeveling	Resp	Type
	Bepaalde dingen is inderdaad gewoon theorie. Maar als je dat afweegt naar de praktijk. Dit is theorie dit is protocol en zo hoort het. Maar dat komt niet altijd overheen met hoe het in de praktijk werkt.	Hilma	
	Ik zit alleen te kijken, dat staat er volgens mij niet op. Dat is volgens mij nog wel fijn, als je zo'n antwoord hebt, dat je hieronder zo nog, ah ja wel daar staat het wel, hier had ik nog niet gekeken. Die vragen. Maar het staat er nog wel bij, ik had niet meer onder dit gekeken, ik dacht dat het hier eindigde. Maar dat is dus ook heel fijn. Ik heb heel vaak, had ik dat voor school, dan dacht je ja daar kan ik ook wel eens kijken. (gaat over de 'gerelateerde vragen'). Ja, want vaak doe je dit als allerlaatste. Zo een paar vragen stellen. Daar doe ik dan vaak niet aan mee, dus dan stop ik al met zoeken, daardoor heb ik dat natuurlijk nog niet gezien.	Rachelle	
1713	Ja ich würde sagen, das ist eine indirekte Antwort und keine direkte Antwort (loopt 30 sec de resultaten door). Die Frage war, soll ich mich vor jeder OP testen lassen.. Sondern ich kann daraus sehen, aus der ersten Frage der kann ich entnehmen, dass man das in Holland macht. Und daraus kann ich schließen, das sollte man in Deutschland auch machen lassen. Für Leute die das nicht können, könnte das ein bisschen einfacher formuliert werden. Es wäre empfehlenswert oder so, könnte man dann ja schreiben.	Zach	Aanpassen antwoord ('Warum sich deutsche Patienten bei der Aufnahme in ein niederländisches Krankenhaus auf MRSA testen lassen müssen'),
1786	<i>Zou je dat er wel bij willen hebben, bij het antwoord? Want hier gaan ze uit wat je bij je huidige werk zou kunnen gaan doen. Want dat is meer van buiten je omgeving, had je dat erbij willen hebben?</i> Ja, dus echt meer administratie en keuken enzo. Dit is niet echt wat je nog naast, nu werk je met ouderen, wat je naast de zorg nog kunt doen. <i>Dat mag beter? Ja.</i>	Marieke	Aanpassen antwoord (mbt vraag: 'wat voor werk mag ik nog doen als ik zelf mrsa-drager ben en in de zorg werk, maar niet mag werken op afdelingen waar patiënten verblijven')
2105	<i>Ontbrak er nog informatie in je antwoord?</i> Ja, ik denk wel over de tussenliggende periode tussen dat je wel getest bent, maar dat je nog geen uitslag hebt. Wat je dan het beste kan doen. Of je dat dan beter kan vermijden of... Dat lijkt mij wel logisch, gewoon vermijden en er niet naar toe gaan. <i>Zou dat dan nog wat stilliger kunnen zijn?</i> Ja, dat heb ik dan inderdaad gewoon liever. Ja dat heb ik dan gewoon liever dat ze gewoon zeggen neem het risico niet en doe het gewoon niet. <i>Jij zou dat wel prettig vinden?</i> Ja.	Sandra	Aanpassen antwoord (vraag: 'Mag ik als MRSA-drager andere zorginstellingen bezoeken?')
679	[8 seconden stilte.] Kijk, hier is ook al weer een verschillend antwoord. Hier praten ze ook van kweken van neus, keel, eventuele wonden en andere huidafwijkingen. Terwijl net, bijvoorbeeld perineum erbij stond. Weet je wel, bij die ene... <i>O, ja.</i> Dus daar zit ook alweer verschil in. En dat zijn dingen waar je heel erg tegenaan loopt. Dan denk je: Ja, wat is het nou? Is het dit, of moet dat andere ook. <i>Oké, een verschil in antwoord. Goed dat je het aangeeft hoor.</i>	brigitte	Aanpassen antwoord (vraag: 'Hoe en hoe vaak bij een patiënt een kweek afgenomen moet worden')
683	<i>Vind je het antwoord goed of niet? Stond het erbij?</i> Nee, niet of je het op de post moet doen. Kijk, van je werk krijg je ook wel antwoorden, maar dat zijn wel dingetjes om er gewoon even bij te zetten, gewoon tussen haakjes. Je moet natuurlijk ook niet té veel informatie, dat is wat overdreven misschien, maar sommige dingen moeten er wel bij vind ik.	brigitte	Aanpassen antwoord (vraag: 'Hoe en hoe vaak bij een patiënt een kweek afgenomen moet worden')

1011	alleen met die link (doelt op link vd WIP>> de richtlijnen!!), is misschien makkelijk als er een klein samenvattinkje van staat. <i>Welke bedoel je?</i> Hier bij het antwoord <i>Zou misschien ook wel logischer zijn.</i>	joyce	<i>Aanpassen antwoord (staat in vraag 'wat ik wel en niet mag doen met patiënten die mrsa hebben als ik in de thuiszorg werk')</i>
1277	maar daar heb ik een kanttekening bij, want dit is natuurlijk ook best wel specifiek bij mn oma. En er staan wat puntjes van als mensen geen wonden hebben dat en dat. En misschien als iemand anders dit leest, die denkt misschien 'ja allemaal leuk en aardig, maar ik weet niet of mijn oma wonden heeft, ik weet niet of mijn oma gezond is. En dan zou je dat er misschien nog specifiek in moeten zetten, van eh 'stel je wilt bij je oma of opa op bezoek, ga dan eerst maar een gesprekje met ze aan over deze punten'. <i>Oké, dus jij denkt dat dat er wel specifiek erbij gezet moet worden, dat mensen dat dus niet uit zichzelf zullen gaan doen.</i> Nee, ik denk niet dat iedereen weet wat voor gezondheid hun opa of oma hebben. Ik weet dat wel, maar een leek die niet in de zorg werkt die denkt misschien iets van 'ja dat zal mij een zorg zijn', je kunt niet zomaar in iemands gedachten kijken. Dus dan kun je misschien een aangrijpingspunt doen van 'als je het niet zeker weet, praat er dan over'.	birgit	<i>Aanpassen antwoord (vraag: De risico's van mijn MRSA-dragerschap voor de mensen om mij heen (huisgenoten, familie, vrienden)')</i>
2023	Door dat 'in principe' kan het antwoord alle kanten op, het is geen ja en tis geen nee. Ik zou dat weghalen. <i>En als het nou zou zijn 'Ja, maar de kans is aanzienlijk kleiner'?</i> Ja, inderdaad. <i>En als het nou bij de opmerkingen zou staan?</i> Ja dat kan ook. Maar op deze manier is het niet concreet.	marcel	<i>Aanpassen antwoord (vraag: 'Kan ik MRSA overbrengen door iemand in het gezicht te blazen?')</i>
384	Het antwoord is heel uitgebreid en op het eind één zin 'Op de lange termijn kan dit zelfs betekenen dat u uw baan verliest'. Daar is dus een zinnetje waar ik heel bang voor ben dat dat mij gebeurt, en dan vind ik een zinnetje voor zulke grote gevolgen gewoon veel te weinig. En dan is het af, maar volgens mij begint het dan pas.	judith	<i>Aanpassen antwoord (vraag: 'Ik heb zelf MRSA en de kweekuitslagen blijven steeds positief. Wat zijn voor mij de gevolgen op de lange termijn.')</i>
	Dat sommige vragen wat concreter worden beantwoord.	Bart	Aanpassen antwoord
	Misschien van de verschillende vormen over MRSA, dat je die bij Personeel wel wat breder op ingaat. Want dan heb je dat je alles een beetje binnen deze site houdt. Voor Publiek is dat niet echt relevant, die hoeven toch niet alles te weten, al die termen of dingen. En ook over die antibiotica om daar wat meer over uit te wijden, dus de informatie wat vollediger.	Birgit	AANPASSEN ANTWOORD
	Niet dat ik zo gauw zie nee. Nou, wat minder in de ik-vorm. Wat meer ingaan op de omgeving, meer op de bescherming van je gezin.	Fer	AANPASSEN ANTWOORD
	Ja, sommige dingen staan er te beknopt in, dat het iets uitgebreid kan. Vooral voor mensen die niet weten wat het is en alles. Dadelijk geef ik te veel kritiek (<i>sociaal wenselijk antwoorden</i>)	marieke	AANPASSEN ANTWOORD
108	Alleen in combinatie met de vorige vraag. (op vraag of de betekenis van 'MRSA-verdacht' toegevoegd moet worden).	bart	<i>Aanpassen antwoord (vraag 'Moeten uw huisgenoten bij opname in het ziekenhuis ook geïsoleerd verpleegd worden als u MRSA heeft?')</i>
1041	<i>Wat ontbreekt er dan precies</i> Ja, hoeveel dagen, want er stond enkele dagen en dan weet je nooit precies hoeveel dat is.	joyce	<i>Aanpassen antwoord aan</i>

	En stel dat er staat het kan 2 tot 5 dagen duren, had je dat een beter antwoord gevonden? Ja.		(vraag: 'Waarom het zolang duurt voor kweekuitslagen bekend zijn'?)
91/108	Kijk, de vraag is 'Moeten uw huisgenoten bij opname in het ziekenhuis ook geïsoleerd verpleegd worden als u MRSA heeft?'. Er staat wel dat ze mogelijk MRSA-positief kunnen zijn. Selecteert dat stukje tekst. Oja, dan moet ik natuurlijk... ach, ik zie het al, ik ben ook een beetje traag. Het gaat hier helemaal niet om die huisgenoot, maar om die patiënt. Als ze naar het ziekenhuis gaan, hoeven ze niet geïsoleerd verpleegd, maar moeten ze het wel aangeven. Ik dacht dat het alleen maar over de patiënt ging. Ik las het gewoon niet goed.	bart	Aanpassen antwoord: ONDERZOEKER
2046	Ja, maar dan had je bij Informatie over, dat je die dus niet aanklikte. Want je pakte alleen MRSA algemeen en Contact met anderen en niet Testen zeg maar. Is het voor jou dan, als iemand van het zorg- of ziekenhuispersoneel meer kweken en niet zozeer testen de term die gehanteerd wordt? Ja, het is echt het kweken. Ja precies, jij keek er overheen of? Ja je denkt daar niet aan, nee, ik zou hier niet naartoe gaan. En stel dat er nou testen zou staan en tussen haakjes kweken, zou je er dan wel heengaan? Ja, zeker voor het personeel: wij testen niet, wij kweken, dat is ons ehh. Net als dat jij het hebt over pneumonie ipv een longontsteking. Ja, dat is onze... Ja dat is jullie jargon. Ja, dat zou je dan testen-kweken.	marcel	Begrip (taal) Aanpassen benaming categorieën
433	Ze geeft aan dat er uitleg bij zou moeten staan over wat met de uitslag vd enquête gedaan wordt, want nu 'heeft ze het nooit ingevuld omdat ze niet wist waar het voor was'.	judith	Begrip (doel): Aanpassen enquête
1684	. Vielleicht könnte die Einführung auch einladend sein, indem man merkt es kommt aus einer medizinischen Forschung, das sollte man wissen. Vor allem wenn man damit zum Arzt geht und er fragt woher ich das habe. Also es müsste schon in der Vorschau deutlich werden, das es ein medizinisches Forschungsprojekt ist zwischen Holland und Deutschland. Und das Holland weiter ist als Deutschland.	Zach	Begrip (doel): Aanpassen tekst selectiepagina
1686	Gut, man sieht hier Ärzte, Klinikum. Zumindest hier, dieses hier (doelt met muis op EUREGIO logo) sollte erst kommen. Das man weiß was ist das überhaupt. Und da könnte dann stehen, ein Wissenschaftsprojekt zwischen Deutschland und Holland in Bezug auf... Das sieht man so nicht. Es ist für mich nicht einladend. Denken Sie, dass es für andere Deutsche auch so gilt? Denke ich schon. Also es ist schon schön, dass man es nicht rein versachlicht und Menschen da mit reinbringt. Und hier das kann ja nur bedeuten, dass kann die ganze Familie betreffen. Und hier wäre vielleicht der Arzt, ist ja deutlich erkennbar. Aber es sollte noch mehr Labor erkennbar sein. Wir sind das Personal, das forscht und zwar Deutschland und Holland. Sowas sollte da stehen. Und auch sowas wie, wir forschen da und da.	zach	Begrip (doel) Aanpassen tekst selectiepagina
1688	Öffentlichkeit ist zu distanziert, das ist ja der persönliche Befall. Das spricht mich nicht an. Öffentlichkeit, das passt nicht. Öffentlichkeit, ich was gemeint ist, aber es trifft nicht. Publikum ist besser. Öffentlichkeit ist zu sachlich. Sie haben ja an mir gesehen, was es für eine persönliche Erschütterung ist. Und auch ein persönlicher Prozess. Und Öffentlichkeit interessiert mich nicht, an der bin ich ja auch gescheitert. Das Wort ist nicht treffend, das passt nicht. Das Personal ist gut getroffen, das sieht man schon. Hier müsste dann ein Wissenschaftler stehen mit einem Labor vielleicht.	zach	Begrip (taal) Aanpassen tekst selectiepagina
1689	Und in Deutschland ist es üblich Aufreise zu machen, wie 'Es kann Sie auch treffen' oder 'Wussten Sie schon?', mit solchen Sprüchen. Dann griff es dich mal an.	Zach	Begrip (taal) Aanpassen tekst selectiepagina?idem 1684
	Aan de zoekmachine vond ik slecht dat antwoorden naar mijn idee niet helemaal volledig waren.		Relevance: Aanpassing zoekfuncties
	Slecht: de zoekmachine geeft slechte resultaten, die niet goed passen bij de vraag die je stelt.		Relevance: Aanpassing zoekfuncties
	Ik had bij Meest gestelde vraag, hier heb je dan 3 (klikt op Meer vraag), hier heb je dan 4, had ik dus		Relevance:

	veel meer verwacht.		Aanpassing zoekfuncties
	<i>En wat vond je van de zoekmachine?</i> Nou, als je een woord intoetste ging het wel snel, maar ik kreeg geen gericht antwoord, ja op één maar.		Relevance: Aanpassing zoekfuncties
	Ik mis een lotgenotencontact, bijvoorbeeld via mail of forum op de site.	Judith	Comprehensiveness: AANVULLING ONDERDELEN
	Misschien ook dat je met andere mensen kan mailen ofzo? Dat je het met iemand kan bespreken als je dat fijn vind.	Joyce	AANVULLING ONDERDELEN
	Ik denk verhalen van mensen die het meegemaakt hebben, ervaringen van anderen. En eventueel een link naar een patient- of hulpvereniging, als die er is.	marcel	AANVULLING ONDERDELEN
369	Ik denk dat het heel belangrijk is dat huisartsen hiervan te horen krijgen. (de website)	Judith	Communicatie rond website
836	Dat is ook wel handig geweest als het ziekenhuis had gezegd van hé kijk daar eens op. <i>Intermezzo over totstandkoming website.</i> nee maar ja, wanneer ben ik overgegaan, begin maart, dus toen was hij er blijkbaar al wel, ja want begin maart ben ik van de verloskundige naar de gynaecoloog gegaan. <i>Nou, dan wisten ze er waarschijnlijk ook niet van. Dat is wel even een belangrijk punt trouwens ja.</i>	Irma	Communicatie website
2008	Wat ik gewoon in het algemeen vind, is dat deze site gewoon beter bekend moet worden gemaakt. Want dat is ie nu niet. Ik heb er nog nooit van gehoord, ik heb collega's er nog over gesproken, ook nog nooit van gehoord. Dus ik denk dat je qua PR, dat je... <i>Ja, maar je moet wel begrijpen dat we nu nog in de ontwikkelingsfase zitten, vandaar ook dit onderzoek..</i>	marcel	Communicatie website
2009	Ja, dat begrijp ik, maar waarom ga je niet op tv, in zo'n spotje van Postbus 51? Het kost een paar duizend euro maar dan heb je wel wat. <i>Ja, maar dat is toch van de overheid?</i> Maar het kost de overheid uiteindelijk toch ook klauwen met geld? Zoiets van 'Heeft u vraag over MRSA? Dan is er nu de website, blablabla' Elise legt de situatie uit van de UT, dat we geen overheid zijn, en dat zijn aanbeveling mee zal worden genomen in het onderzoek. <i>Maar jij vindt dat het grote publiek van de website moet weten?</i> Ja, laat het maar bekend worden, want op het journaal horen we dat een ziekenhuis MRSA heeft en dat de afdeling wordt gesloten. Mensen denken meteen dat iedereen doodgaat. Dat komt door onwetendheid en juist dit soort websites neemt dat weg.	Marcel	Communicatie website
2010	Want je hoort enkel maar slechte dingen he. <i>Precies, en ook de hele terminologie eromheen, van UITBRAAK en zo. Inderdaad, uitbraak en IC, want als je op de IC ligt ben je ook al praktisch dood. Dan denk ik van neee... bekendheid bekendheid.</i>	marcel	Communicatie website
95	<i>En waarom?</i> Omdat die huisgenoten dat zijn zeg maar (stond in vorige antwoord). En wat is de consequentie van MRSA verdacht zijn. (loopt de vraag bij langs, staat er niet precies in).	Bart	IDEM no. 108
1550	Ja, de huis-tuin- en keuken-dingetjes, zoals de griep. Het zou een hoop zorgen weg kunnen nemen, bijv. in een klein zinnetje.	Fer	Idem no. 1545
1665	Wenn eine Website eine Aussage machen sollte über Infektionen, über das Bakterium, über Verlauf, über Therapien. Dann muss dabei eine Info sein für Kliniken, Laboratorien und Ärzte, die diese Leute auch beruhigen und untersuchen und sagen wir gucken mal nach. Denn man muss, dass wenn man nur die Informationen liest, das ist ungefähr wie in der deutschen Medizin.	zach	Idem no. 1652
1263	<i>Dus de vraag luidt:</i> 'Als je student bent in de zorg en je er dus ook in stage loopt, en je bent MRSA-drager, mag ik dan wel contact hebben met andere medestudenten die ook in de zorg stage lopen'. Want je kunt het er wel uit afleiden hoor, maar je moet er wel bij nadenken. <i>Ja, en de ene doet dat misschien niet zo snel als jij.</i> Ja, precies misschien denkt die wel nee dat past helemaal niet bij mij en die kan dat dan net niet afleiden of zo.	Birgit	Idem vorige aanbeveling no. 1262
1886	Als dat ene leesverder nou hier zou staan. Dan zou je denken he, waarom moet ik nou één of de ander. Nou ik	Kees	Navigation structure:

	heb niet gekeken naar personeel of publiek. Ik keek naar lees verder. Kijk dat is natuurlijk mijn voordeel, ik kan niet een heel stuk lezen, omdat de verschillende delen van mijn ogen niet kunnen zien, vanwege die druk heb ik een soort van tunnelvisie. Dus als ik zo zit te lezen, zie ik de bovenste stukken niet meer. Dus ik zie hier lees verder en dan druk je daarop. Als ze boven elkaar zouden staan zou het een stuk beter zijn. Dat zou ik zeggen		Indeling selectiepagina
255	<i>Nou, dan mag je weer terug naar home></i> ze klikt terug tot aan de selectiepagina!	Miranda	Begrip (taal) Indeling/benaming
1993	Dus toen ben ik hiernaartoe gegaan. Maar dat vond ik een beetje verwarrend, ik zou eerder dit (onder) Home zetten (<i>zweeft met muis boven de selectiepagina</i>). Want als je opkomt is dit je eerste blik en vandaar uit ga je dan verder dus ik zou dit mijn Home maken, persoonlijk.	marcel	Begrip (taal) Indeling/benaming
1441	<i>Maar zou je in het dagelijks leven, zelf ook zo lang hebben gezocht naar zo'n vraag?</i> Jazeker. Als je het echt wilt weten, dan blijf je wel zoeken. En ja, je zou de blokjes ook om kunnen draaien. Want de Meest gestelde vraag is toch het eerste waar je naar gaat kijken. <i>Ja want je gaf eerder aan dat je in het begin geen concrete vraag had toen je op internet ging kijken, en gewoon nieuwsgierig was, en dan dus ook eerst naar zo'n blokje zou gaan.</i> ja maar ik had het nou dus niet gezien, vandaar. Tja, misschien moet ik wel een bril, ik zeg maar wat, maar ik had dat blokje gewoon niet gezien, anders had ik het zó gedaan.	fer	Nav. Structure: Opbouw (zoekfuncties) aanpassen
1680	<i>Finden Sie, dass die Informationen übersichtlich präsentiert werden?</i> Ich würde zum Beispiel, wenn ich diese Seite hätte, dann würde ich die allgemeinen Informationen links außen und die Meist gestellte Fragen müssten nach oben. Denn dann konnte ich mich mal ansehen was die anderen Leuten für Fragen gehabt haben.	Zach	Nav. Structure: Opbouw aanpassen
260	(gaat over het begin van de vraag heen) Dit gaat voornamelijk over varkens en het houden van varkens. Ik denk niet dat ik hier mijn antwoord kan vinden. Even kijken (kijkt de categorieën door).	miranda	Comprehensibility: overzicht: Opbouw resultaten
1883	Waarom moeten er eigenlijk zoveel Engelse woorden in gebruikt worden. Welkom op de web-based MRSA learning tool. Volgens mij snappen heleboel mensen niet wat hier mee bedoeld wordt. Mensen van mijn leeftijd kunnen geen Engels. Ik heb natuurlijk het geluk dat ik in het buitenland gewoond heb. Maar ook jongeren kunnen er moeite mee hebben. <i>Hoe zou u het dan vertalen?</i> Weet ik niet, gewoon webgebaseerde informatie of leerinstrument. Maar daar is volgens mij een heel gemakkelijk Nederlands woord voor te verzinnen.	kees	Begrip (taal) Taalgebruik aanpassen
1888	En hier, ik snap precies wat er bedoeld wordt. Als ik nou aan mijn man zou vraag van wat bedoelen ze hier nou mee, de consequentere ziekenhuishygiëne, is dat nou nodig om zo'n moeilijk woord te gebruiken. Ja sorry hoor. De bewoording van dit soort dingen moet makkelijker zijn, er worden veel te veel grote woorden gebruikt die je moet opzoeken in het woordenboek.	kees	Begrip (taal) Taalgebruik aanpassen
1932	het leukste vind ik alleen, je kan ook geen andere naam krijgen voor community required. Het is de officiële taal maar je kan het toch ook gewoon in het Nederlands neerzetten. We zijn dan 50 jaar weggeweest maar toch. Bijvoorbeeld waarom het woord live, gewoon rechtstreeks. Hetzelfde als een browser.	kees	Begrip (taal) Taalgebruik aanpassen
1916	Ik wil weten hoe je je moet beschermen hiertegen [MRSA] in andere landen.	kees	Toevoegen vraag
859	Ik denk alleen nu, met antibiotica wordt je weer negatief gemaakt, maar dat doen ze dan bij de varkenshouders volgens mij weer niet. <i>nee, klopt omdat je natuurlijk zo vaak aan bloot staat.</i> Nee daar staat dan niks van in. <i>Ooh dat mist u wel een beetje?</i> Ja nou dat ik er over aan het nadenken ben, van hé dat van neuszalf en zeepoplossing, maar er staat dan eigenlijk niet bij van als je agrariër ben of op een boerderij. Volgens mij doen ze dat vaak niet. <i>Nee dat klopt. Nou dat is een hele goede op mee te nemen.</i> Ja.	irma	Toevoegen vraag
974	, ik zou alleen wel willen weten als ik nu bij iemand op bezoek zou komen in het ziekenhuis. Of dat mag en of ik dan eerst getest moet worden. <i>Dus of jij omdat je moeder, soort van huisgenoot, die heeft dan mrsa, jij niet, of jij dan nog naar iemand toe mag gaan. Of heb je zoiets, omdat jij nog in het traject zit, dat je daarom onzeker bent?</i> Ja, omdat ik nog niet uit het traject ben. <i>Is dat voor jou ook een bekend woord traject? Deze periode van kweken.</i>	Joyce	Toevoegen vraag

	<i>Of hoe zou je dat zelf noemen?</i> Ja, ik denk wel traject.		
1262	<i>Zou het voor jou prettiger zijn, als je zo'n specifieke vraag krijgt. Want je bent natuurlijk echt niet de enige die eh, ik bedoel jij doet HBO-v, en dan heb je nog op MBO-niveau, en das natuurlijk ook allemaal werken en leren. Wat voor vraag zou je dan stellen zeg maar? Iets met de zorgopleiding erin, of...</i> Ik denk het wel. Want dit zijn allemaal vraag 'wat mag wel en niet, bij mensen op bezoek', dat zijn allemaal mensen die in de zorg werken en ik denk misschien specifiek eh 'ik ben een studente voor in de zorg; mag ik wel naar school waar studenten rondlopen die ook in de zorg stage lopen'. Ik denk, dan heb je echt een specifieke vraag voor een doelgroep. Want je vindt je antwoord wel, maar je moet echt afleiden: past deze situatie wel of niet bij mij. Want hier staat 'met mensen in de zorg kun je beter geen contact hebben', ja oké dan zijn dus ook studenten die stage lopen inde zorg, dat kun je er wel uit afleiden, maar het is misschien handiger en makkelijker zodat je nog sneller een antwoord op je vraag hebt, als die vraag ook specifiek op 1 doelgroep gericht is.	birigt	Toevoegen vraag
1418	Leest voor 'of ik minder kans heb op MRSA als ik een mondkapje draag', ik heb MRSA en ik wil mn familieleden beschermen; moet ik dan een mondkapje dragen? Dat. <i>JA precies, jij vindt het te veel vanuit de patiënt bekeken, terwijl de patiënt veel meer zorgen heeft om zijn omgeving.</i> De omgeving! Ja, want als het bij jezelf geconstateerd is, en bij mijn geval zelfs geïnfecteerd, dan wil je bij wijze van zelfs geïsoleerd zitten als je je omgeving maar beschermt. En daar kunnen ze je bijna nooit mee helpen. Dat heb ik eigenlijk op alle sites gemist. Alles is geschreven vanuit een MRSA-patiënt en hoe die van zn MRSA afkomt, terwijl dat een vraag is, tenminste bij mij, niet zozeer leefde. (gaat ondertussen met muis de vraag bij langs).	fer	Toevoegen vraag
1425	Maar het is zo'n vraag die zo hoog leeft, dat je er eigenlijk niet zo goed naar zou moeten zoeken. Ja, als je bescherming of familieleden intoetst, dan zou die al naar voren moeten komen omdat het een vraag is die heel sterk leeft. Loopt ondertussen met muis vraag langs. <i>Ja oké, maar met de Stel uw vraag komen maar 10 resultaten naar voren, in totaal.</i> Dan zou de vraagstelling anders moeten zijn, misschien? <i>Dat zou kunnen, maar ik mag jou niet sturen?</i> Ja, dat voel ik.	fer	Toevoegen vraag
1971	<i>Je hebt het dus al een keer gebruikt.</i> Ja. Wat ik miste was wat voor rechten je hebt in je vakantieweek. Heeft het ziekenhuis de plicht om al je vakantiedagen terug te geven. Of omdat je in principe vrij bent om te gaan niet. Die heb ik niet gevonden. Misschien kun je deze vraag breder trekken als 'verpleegkundige heeft in zijn/haar vakantie te horen gekregen dat hij/zij MRSA heeft. Wat gebeurt er nu met de vakantiedagen?'	Marcel	Toevoegen vraag
1973	En het ziekenhuis wilde ook dat ik zelf de medicijnen ging halen bij de huisarts. Toen heeft de intensivist ingegrepen en gezegd dat het ziekenhuis dat moest betalen omdat ik het immers op het werk had opgelopen. Dat staat er dus ook niet in (op de website): wie zorgt voor personeel, wie betaalt de medicijnen'. Ik kan wel mn medicijnen halen, maar dan mis ik mn vergoeding. <i>Eigenlijk is het een bedrijfsrisico.</i> Ja, inderdaad.	marcel	Toevoegen vraag
1998	Leest de vraag voor. Leest eerste regel opnieuw voor. Je weet dus niet of je baby gezond is, want de baby is nog niet geboren. (...) Je zou je kunnen afvragen of het via de placenta wordt doorgegeven, dat wordt hier niet beantwoord, VRAAGJE!	Marcel	Toevoegen vraag
387	Vraag als 'wat kun je dan doen? Wat gaat er dan gebeuren als je niet meer in de zorg kunt werken? Waar kun je dan hulp zoeken, bij welke instanties kun je terecht?'	Judith	Toevoegen vraag
392	<i>Maar wilde je dan erin hebben waarom het slecht is?</i> Nou, maar dan kunnen ze er beter inzetten dat wissen of dweilen beter is dan stofzuigen. En dat gladde vloeren ook beter zijn. Ik was ook alles aan het stofzuigen, bijna het hele huis dagelijks.	judith	Toevoegen vraag
802	Maar ja. stel dat je nog een keer weer er heen moet, hoe gaat het dan. Ik ben nou. (<i>ondanks het feit dat u varkensboer bent</i>) Ja, ik was dus positief. En nou ben ik elke keer negatief getest, hoe gaat dat nu als ik nog ene keer naar het ziekenhuis moet. Moet je dan net weer 3x getest worden, voordat je in het ziekenhuis mocht komen of is het nu dat je eenmaal negatief bent, dat je altijd negatief blijft. Dat zal denk ik wel niet maar (<i>okay</i>). <i>Nou dat is wel een hele goede, dat is wel een belangrijke vraag. En als u hem niet kan vinden, dan eh. Dat ga ik even opschrijven hoor, want dat je weet maar nooit.</i>	irma	Toevoegen vraag
1616	terwijl hij denkt dat dit soort vraag de meest belangrijke vraag zijn die iemand met MRSA kan hebben. (vraag: <i>Wie schütze ich meine Familie?</i>)	werner	Toevoegen vraag

	Het is voornamelijk voor volwassenen maar dat er misschien ook een kinder... Nou heb ik gelukkig geen kind gehad die informatie opzocht ofzo maar ik denk inderdaad dat voor hen misschien bepaalde pagina's ook wel fijn zouden zijn. Schoolgaande kinderen denk ik voornamelijk. Die zitten ook wel met hun probleem. Dat ze iedere keer gescreend moeten worden en decontaminatierondes moeten doorstaan. Juffen moet ingelicht worden, vriendjes en vriendinnetjes die toch op een bepaalde manier naar ze gaan kijken. Ik denk dat die inderdaad ook wel tegen problemen aan lopen.	Miranda	TOEVOEGEN VRAAG
1652	Ich denke es ist wichtig das man auch als Patient, wenn man heutzutage kein Gespräch mehr mit Arzt bekommt, das man zumindest, auch für Sie ganz interessant wenn Sie eine Website öffnen möchten, dass man Antworten bekommt. Worauf der achten muss, oder wo vielleicht noch eine Nachkontrolle sein kann.	zach	Toevoegen vraag (hier: info over hulp/instanties)
1545	Maar denk je dat het een toegevoegde waarde zou zijn als een vraag als deze er tussen zou zitten? Ja, dat denk ik wel, want ik lees tussen de regels door en trek mn conclusies hier uit. Maar daar kun je als maker van zo'n site eigenlijk niet van uit gaan, aangezien veel mensen dat niet doen en willen gewoon letterlijk zien wat er staat. (eigen vraag 'Kan ik bij huisgenoten/familieleden met griep op bezoek?'bijk. toevoegen griep)	fer	Toevoegen vraag/aanpassen
	Ja, wat we net hadden dat ziekenhuisgerichte. En dan woonzorgcentra en thuis, dat kun je dan wel onder één noemer pakken hoor.	Brigitte	IDEM no. 766 uitbreiding
	Een betere indeling van de antwoorden onder de categorieën.	werner	IDEM no. 1619 Uitbreiding > antwoord en resultaten opsplitsen!!
766	? Bijvoorbeeld een splitsing ziekenhuis/woonzorgcentrum? Ja, inderdaad verschillende zorginstelling eh ziekenhuis en woonzorgcentra of verpleeghuis, alhoewel dat ook meer neigt naar een ziekenhuis. Want hier hebben ze toch hun eigen meubeltjes, hun eigen bed. Zoals die bewoner had ook zo'n ouderwets dik kleed, dat vonden we natuurlijk ook echt een bron van bacteriën, zo'n stofnest. Die is uiteindelijk wel naar de stomerij gegaan, maar daarvoor elke dag met de stofzuiger, maar dan hoor je dus vn dr. Hendrix dat een stofzuiger heel slecht is. Oké, maar zouden dan de tips voor jullie thuis dan ook voor jullie in het woonzorgcentrum kunnen gelden? Ja, want die neigt meer naar de thuissituatie. Omdat het toch iets minder steriel is. Een ziekenhuis is alleen een bed en nachtkastje, zeil op de grond, is standaard hetzelfde, dus ik denk wel dat je het uit kunt splitsen. En woonzorgcentra is dat een bekende term? Ja, woonzorgcentrum is een verzorgingshuis, maar dat hoor je steeds meer nu. En eerder heette het bejaardentehuis he. Scrollt naar beneden, leest verder. Ja want hier staat ook iedere keer 'elk ziekenhuis' (ze doelt op de 'Let op:').	brigitte	Comprehensibility (overzicht): Uitbreiding zorgverleners in antwoord?
1393	het zou misschien kunnen dat ze dan een splitsing maken van oké ziekenhuis en thuiszorg, dat is misschien wel handig... Maar ik vind het opzich niet raar; ik kom het vaker tegen dat ziekenhuis voorop staat. Dat wordt denk ik veroorzaakt omdat het in de thuissituatie niet zo vaak voorkomt, het komt omdat mensen in het ziekenhuis liggen en daar MRSA oplopen en daar dan ook blijven. Oké en jij mist het zelf ook niet, je vindt het niet storend? Nee.	Birgit	Comprehensibility (overzicht) : Uitbreiding zorgverleners in antwoord?
1619	Respondent vond de indeling niet helemaal goed: hij zou een indeling naar 'algemene beroepsgroepen' en 'de zorg' beter vinden. (van categorie 'MRSA en mijn beroep')	werner	Comprehensibility (overzicht): Uitbreiding zorgverleners in indeling resultaten