Digital health literacy en rol van sociale media: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek in de Vlaamse huisartsenpraktijk

Auteurs: Dr. Jana Jacobs, KULeuven
Dr. Anna Ritzen, KULeuven

Promotor: Dr. Stefan Heytens, UGent

Co-promotoren: Dr. Jessica Tilley (UGent), Dr. Veerle Piessens (UGent)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Achtergrond & doelstelling

In het digitale tijdperk zoeken patiënten steeds vaker online naar gezondheidsinformatie, waarbij sociale media een groeiende rol spelen. De kwaliteit en betrouwbaarheid van deze informatie varieert echter sterk. Deze studie heeft als doel te onderzoeken hoe patiënten sociale media gebruiken om gezondheidsinformatie te verkrijgen, in welke mate zij hier actief naar zoeken of passief aan worden blootgesteld en welke waarde zij aan deze informatie hechten.

Methode

Er werd een mixed-methods studie uitgevoerd bestaande uit een kwantitatief en kwalitatief luik. In het kwantitatieve deel vulden 379 Vlaamse deelnemers een online vragenlijst in over hun digitaal gezondheidsgedrag. In het kwalitatieve deel werden tien semigestructureerde interviews afgenomen, die thematisch werden geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Resultaten

Uit de enquête blijkt dat 52,2% van de respondenten regelmatig tot vaak gezondheidsinformatie via sociale media raadpleegt. Er worden geen significante verbanden gevonden tussen dit zoekgedrag en geslacht, leeftijd of opleidingsniveau. De interviews tonen aan dat patiënten zowel actief zoeken naar informatie (via zoekfuncties of hashtags) als passief worden blootgesteld aan gezondheidscontent via algoritmes. De betrouwbaarheid van informatie wordt beoordeeld op basis van bron, vorm en herhaling, maar deze strategieën zijn niet altijd effectief. Patiënten waarderen de emotionele herkenning die sociale media bieden en passen opgedane informatie soms toe in de vorm van laagdrempelige gedragsaanpassingen zoals wijzigingen in voeding of supplementgebruik. Bij ernstigere gezondheidsproblemen blijft de arts de belangrijkste referentie. Daarnaast bleek dat patiënten informatie afkomstig van sociale media bewust achterhielden tijdens consultaties, uit schaamte of angst om niet serieus genomen te worden.

Conclusie

Sociale media spelen een niet te onderschatten rol in de manier waarop Vlaamse patiënten gezondheidsinformatie vergaren, ook wanneer zij dit zelf niet als actief zoekgedrag ervaren. De combinatie van passieve blootstelling via algoritmes, gebrekkige evaluatiestrategieën en bewuste bronverberging tijdens consultaties stelt de arts-patiëntcommunicatie voor concrete uitdagingen. Een eerste stap is het structureel bevragen van online zoekgedrag als onderdeel van de anamnese, bijvoorbeeld via de ICE-methode (Ideas, Concerns, Expectations), zodat de drempel voor patiënten om online gevonden informatie te bespreken wordt verlaagd. Door misvattingen te corrigeren en patiënten te verwijzen naar betrouwbare bronnen, kan de huisarts een brugfunctie vervullen tussen de digitale informatieomgeving en de klinische praktijk.

Inhoudsopgave

Inleiding 5

Methodologie 8

Studieopzet 8

Patiëntrekrutering 8

Kwantitatief onderzoek 8

Kwalitatief onderzoek 9

Data-analyse 9

Kwantitatief luik 9

Kwalitatief luik 9

Resultaten 11

Kwantitatief onderzoek 11

Demografische gegevens 11

Gebruik digitale tools 12

Gebruik sociale media 13

Kwalitatief onderzoek 16

1. Hoe informatie opzoeken 16
2. Passieve blootstelling aan gezondheidsinformatie op sociale media 17
3. Algoritmische versterking 17
4. (On)betrouwbaarheid sociale media 18
5. Gevoelens en bezorgdheden 19
6. Lotgenoten/community 19
7. Verificatie/ cross-checking 20
8. Beïnvloeden eigen handelen 20

Discussie 22

Beperkingen van de studie 25

Conclusie 26

Bibliografie 27

Bijlagen 31

Inleiding

Het tijdperk waarin de arts de enige bron van gezondheidsinformatie was en deze kennis uitsluitend uit boeken kwam, ligt al geruime tijd achter ons. Sinds de opkomst van de eerste internetbrowsers in het begin van de jaren 1990 werd het mogelijk om ook online informatie op te zoeken, en vandaag is het internet niet meer weg te denken uit onze samenleving (1). In 2025 had 96% van de Vlaamse huishoudens toegang tot het internet en gebruikte 96% van de Vlamingen van 18 jaar en ouder het internet minstens één keer per week (2,3).

Enkele jaren na het ontstaan van het wereldwijde web werden er ook sociale mediakanalen gelanceerd. In 2024 was Facebook nog steeds het meest gebruikte sociale medium in België, met 67,1% van de Belgen die hierop actief is. Daarnaast maakt 45,5% van de Belgen gebruik van Instagram en 24,7% van TikTok (4). We zien in België de laatste jaren een toename van het aantal gebruikers op beeld- en videogeoriënteerde sociale media, zoals Instagram, Snapchat en TikTok, waarbij TikTok de sterkste groei kende (4,5).

Het internet wordt tegenwoordig ook ingezet om gezondheidsinformatie op te zoeken. Zo blijkt uit cijfers van Eurostat dat 58,9% van de Belgen in 2025 gezondheidsinformatie heeft opgezocht op het internet (6). Deze actieve informatiezoekende houding past binnen een bredere tendens van toenemende patiëntbetrokkenheid. Artikel 7 van de Belgische Wet Patiëntenrechten benadrukt immers het recht van de patiënt om door de zorgverlener geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (7). Het online opzoeken van gezondheidsinformatie kan worden gezien als een aanvullende manier waarop patiënten dit informatierecht trachten te ondersteunen en hun begrip van medische informatie te verdiepen. Wanneer patiënten beter geïnformeerd zijn, leidt dit tot betere gezondheidsuitkomsten, een hogere therapietrouw en een grotere patiënttevredenheid (8).

Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met de *health literacy* of de gezondheidsgeletterdheid en/of -vaardigheden (9). Dit concept verwijst naar het vermogen van individuen om informatie te identificeren, begrijpen, evalueren en gebruiken om geïnformeerde beslissingen te nemen over gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Aanvullend hierop verwijst *digital health literacy* of digitale gezondheidsgeletterdheid naar het vermogen om gezondheidsinformatie uit elektronische bronnen te zoeken, vinden, begrijpen en beoordelen, en de verworven kennis toe te passen om een gezondheidsprobleem aan te pakken of op te lossen (10). Een gezondheidsenquête uit 2023-2024, uitgevoerd door Sciensano, toont dat 13,5% van de Belgen een beperkt niveau van gezondheidsvaardigheden heeft. Jongeren van 15 tot 24 jaar, mensen van 75 jaar en ouder en mensen met een laag opleidingsniveau hebben een grotere kans op beperkte gezondheidsvaardigheden. Online gezondheidsinformatie kan dus de toegang tot zorg vergroten, maar kan ook de kloof vergroten als mensen niet voldoende digitale vaardigheden hebben. Daarom is het belangrijk dat digitale gezondheidsinformatie eenvoudig, verstaanbaar en goed begeleid wordt aangeboden (11–13).

Tegenwoordig beschikken de meeste sociale-mediaplatformen over een zoekfunctie, waardoor gebruikers deze kanalen ook actief kunnen inzetten om gezondheidsinformatie op te zoeken. Een onderzoek in Saoedi-Arabië toonde aan dat 85% van de respondenten sociale media gebruikt voor het bekomen van gezondheidsinformatie (14). Vergelijkbare resultaten werden gevonden in de VS, waar 76% van de respondenten aangaf dat ze tijdens de COVID-19-pandemie minstens 'een beetje' op sociale media vertrouwden voor gezondheidsinformatie, en waar 59% aangaf wekelijks COVID-19-informatie op sociale media te lezen (15).

De betrouwbaarheid van deze informatie is echter niet altijd gegarandeerd en is niet steeds *evidence-based*. In een digitale omgeving waarin gezondheidsgerelateerde expertise wijdverspreid lijkt, wordt het voor de gebruiker steeds moeilijker om correcte informatie te onderscheiden van misinformatie (5,12,16,17). Uit een Amerikaanse studie uit 2023 bij TikTok-gebruikers blijkt dat 98% van hen beseft dat er misinformatie op het platform voorkomt. Ze denken echter wel dat anderen gevoeliger zijn voor misinformatie dan zijzelf, het zogenoemde *third-person effect (18).* TikTok brengt echter een bijkomend risico met zich mee. Het algoritme bepaalt op basis van gebruikersgedrag (zoals kijktijd, likes en interacties) welke content wordt getoond en is sterker dan dat van andere sociale media. Hierdoor kunnen gebruikers ongemerkt in een spiraal van misinformatie terechtkomen. Dit fenomeen wordt het *rabbit-hole-effect* genoemd (17,19). In een eerdere studie omschrijven adolescenten het vertrouwen in gezondheidsinformatie op sociale media als een samenspel van drie dimensies: vertrouwen in het platform (veiligheid en privacy), vertrouwen in andere gebruikers (vrienden, gelijken, influencers) en vertrouwen in de inhoud (toon, expertise, bronvermelding) (20).

Omwille van deze overvloed aan onjuiste informatie erkennen gezondheidsprofessionals de noodzaak om zelf actief correcte en wetenschappelijk onderbouwde gezondheidsinformatie te verspreiden via sociale media. Een voorbeeld hiervan is het initiatief van Gezondheid en Wetenschap, waarbij een arts en een apotheker meerdere keren per week gezondheidsinformatie delen via Instagram en TikTok, met expliciete verwijzingen naar betrouwbare bronnen (21).

Sociale media kunnen ook diverse voordelen bieden op het vlak van gezondheidsbevordering, mede door het grote publiek dat ermee bereikt kan worden, zoals het verspreiden van gezondheidscampagnes, het faciliteren van contact tussen lotgenoten en het doorbreken van maatschappelijke taboes. Gebruikers vinden gelijkenissen bij anderen waardoor er een nieuwe trend van s*elf-diagnosis communities* is ontstaan, waarbij jongeren zich, al dan niet correct, identificeren met aandoeningen zoals ADHD of depressie op basis van content die ze op deze platformen zien (16,17,22,23).

Uit een systematic review uit 2021 blijkt dat ongeveer 50% van de patiënten die online gezondheidsinformatie opzoekt, dit nadien ook met de huisarts bespreekt (24). Deze bespreking neemt extra tijd in beslag tijdens het consult en heeft een invloed op de arts-patiëntrelatie. Aan de ene kant kan het de patiëntbetrokkenheid versterken omdat de patiënt beter geïnformeerde vragen kan stellen en een meer actieve rol kan spelen in de zorg. Dit kan de communicatie en samenwerking tussen arts en patiënt verbeteren. Aan de andere kant kan het ook uitdagingen creëren, zoals wanneer patiënten verkeerde of onbetrouwbare informatie vinden en daardoor angstig of wantrouwig worden tegenover medische adviezen. Dit kan de relatie onder druk zetten, vooral als de arts moeite moet doen om misvattingen recht te zetten en het vertrouwen te herstellen (25–27). De Orde der Artsen vindt het toch een positieve evolutie dat patiënten geïnformeerd naar de consultatie komen, op voorwaarde dat dit gebeurt met behulp van betrouwbare bronnen: ”Zo kunnen artsen en patiënten elkaar benaderen als evenwaardige partners” (21).

In het afgelopen decennium is er uitgebreid onderzoek verricht naar het gebruik van het internet voor het verkrijgen van gezondheidsinformatie, vaak aangeduid als het raadplegen van “Dr Google”. Door het toenemende gebruik van sociale media is dit zoekgedrag echter aan het veranderen, met name bij jongvolwassenen, zo blijkt uit een recente review. Zij gebruiken naast de reguliere zoekmachines ook vaker sociale media, zoals Instagram, TikTok en YouTube, voor het bekomen van gezondheidsinformatie (28). Het is echter onduidelijk in welke mate deze internationale bevindingen ook van toepassing zijn op de Vlaamse context, die gekenmerkt wordt door een hoog internet- en sociale mediagebruik, en een goed uitgebouwd eerstelijnsgezondheidssysteem. Deze masterproef

onderzoekt daarom of de internationaal vastgestelde verbanden tussen demografische kenmerken en het gebruik van sociale media voor gezondheidsinformatie ook in Vlaanderen worden teruggevonden.

Deze studie heeft als doel inzicht te verkrijgen in hoe patiënten sociale media gebruiken voor het bekomen van gezondheidsinformatie, welke waarde zij hieraan toekennen en hoe zij deze informatie toepassen. Inzicht hierin is essentieel om te begrijpen hoe patiënten vandaag omgaan met gezondheidsinformatie op sociale media en welke impact dit heeft op de klinische praktijk. Dit onderzoek kan bijdragen aan een meer gerichte ondersteuning van patiënten in het kritisch evalueren van deze informatie.

Methodologie

Studieopzet

Het doel van deze studie is onderzoeken hoe patiënten sociale media gebruiken voor het opzoeken van gezondheidsinformatie. Daarnaast wordt nagegaan hoe frequent dit gebruik voorkomt, welke verbanden er bestaan met demografische kenmerken (zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau), hoe patiënten de betrouwbaarheid van informatie beoordelen, welke invloed sociale media hebben op hun gezondheidsgedrag en welke rol deze informatie speelt binnen de arts-patiëntrelatie. Hiervoor werd een mixed-methods studie uitgevoerd, bestaande uit een kwantitatief en kwalitatief luik. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent op 06/12/2024 (referentienummers THE-2024-0298) (bijlage 1).

Patiëntrekrutering

Voor dit onderzoek werden patiënten gerekruteerd door zes huisartsen in opleiding in de huisartsenpraktijken waar zij op dat moment werkzaam waren. De inclusiecriteria waren: patiënt zijn van de praktijk, het beheersen van de Nederlandse taal, meerderjarigheid en wilsbekwaamheid. Patiënten die de Nederlandse taal niet machtig waren, minderjarig waren of wilsonbekwaam waren, werden uitgesloten van deelname.

De rekrutering gebeurde via verschillende strategieën. Ten eerste werden flyers in de wachtzaal geplaatst met een QR-code die verwees naar een online vragenlijst op Qualtrics. Ten tweede waren papieren versies van de vragenlijst beschikbaar voor patiënten zonder smartphone of met beperkte digitale vaardigheden. Deze werden na invulling overhandigd aan de onderzoeker, die de antwoorden vervolgens in Qualtrics invoerde. Ten derde konden patiënten de vragenlijst mondeling beantwoorden met de onderzoeker tijdens de consultatie. Door gebruik te maken van meerdere rekruteringsstrategieën en de betrokkenheid van zes huisartsen in opleiding, werd gestreefd naar een brede en diverse steekproef op vlak van geslacht, leeftijd en locatie. De rekrutering liep van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025.

Kwantitatief onderzoek

De vragenlijst startte met een Informed Consent Form (ICF), waarin de patiënt werd geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de vrijwilligheid van deelname en de vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens. Hierbij werd vermeld dat deelname op elk moment kon worden stopgezet zonder gevolgen voor de zorg.

De vragenlijst bestond uit korte en eenvoudige meerkeuzevragen waarvoor geen specifieke voorkennis vereist was (zie bijlage 2). Voorafgaand aan de activatie werd de vragenlijst getest door vijf personen zonder medische achtergrond om de duidelijkheid te evalueren. Op basis hiervan werden enkele vragen verduidelijkt (bijvoorbeeld door het toevoegen van definities).

Aan het einde van de vragenlijst werd aan de patiënt gevraagd of hij of zij bereid was om deel te nemen aan een interview van 30 tot 60 minuten. Indien de patiënt hiermee instemde, kon hij of zij een e-mailadres en/of telefoonnummer achterlaten. Deze gegevens werden uitsluitend gebruikt voor het contacteren van de patiënt en werden na afloop van het onderzoek verwijderd.

Kwalitatief onderzoek

De dataverzameling voor het kwantitatieve luik gebeurde gezamenlijk door zes huisartsen in opleiding die samenwerkten rond het thema *digital health literacy*. Deelnemers die bereid waren om deel te nemen aan een interview, werden ingedeeld in drie groepen. De eerste groep bestond uit deelnemers die actief zijn op sociale media en deze regelmatig tot vaak gebruiken om gezondheidsinformatie op te zoeken. De tweede groep omvatte deelnemers die hun smartphone of smartwatch gebruiken in het kader van sport en beweging. De derde groep bestond uit deelnemers die digitale toepassingen gebruiken voor gezondheidsdoeleinden. Aangezien deze thesis focust op het gebruik van sociale media voor gezondheidsinformatie, werden voor het kwalitatieve luik uitsluitend deelnemers uit de eerste groep geselecteerd.

Deze deelnemers werden via e-mail gecontacteerd door één van de twee onderzoekers. In totaal werden 26 uitnodigingen verstuurd naar deelnemers die hadden aangegeven regelmatig of vaak gezondheidsinformatie op sociale media op te zoeken. De interviews werden ingepland in overleg met de deelnemers en vonden alle online plaats via Zoom.

Voorafgaand aan het interview werd de informatiebrief per e-mail aan de deelnemers bezorgd. De toestemmingsverklaring werd digitaal uitgewisseld en door beide partijen ondertekend. Na deze procedure kon het interview van start gaan. De audio van de interviews werd opgenomen en nadien getranscribeerd met behulp van Amberscript. De originele opnames op de smartphone werden nadien verwijderd.

De interviews werden afgenomen aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad (zie bijlage 3), met als doel diepgaand inzicht te verkrijgen in het zoekgedrag naar gezondheidsinformatie op sociale media. De duur van de interviews varieerde tussen 20 en 60 minuten. Na tien interviews werd door de onderzoekers geoordeeld dat datasaturatie bereikt was, aangezien de laatste interviews geen nieuwe relevante thema's of inzichten meer opleverden.

Data-analyse

Kwantitatief luik

De resultaten van de enquête werden verzameld in Qualtrics en geëxporteerd naar Microsoft Excel voor verdere analyse. In eerste instantie werd een beschrijvende analyse uitgevoerd, waarbij frequenties en percentages werden berekend voor de verschillende variabelen, zoals demografische kenmerken en het gebruik van sociale media voor gezondheidsinformatie.

Daarnaast werd een inferentiële analyse uitgevoerd om mogelijke verbanden te onderzoeken tussen het gebruik van sociale media voor gezondheidsinformatie en demografische variabelen zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Hiervoor werd gebruik gemaakt van chi-kwadraattoetsen. Een p-waarde van $< 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Kwalitatief luik

De geluidsopnames van de tien interviews werden getranscribeerd door de onderzoeker die het interview had afgenomen. Voor de analyse van de interviews werd de QUAGOL-methode gevolgd (29). In een eerste fase werden de transcripties grondig en herhaaldelijk gelezen om een goed inzicht te verkrijgen in de ideeën en perspectieven van de deelnemers.

Vervolgens stelde elke onderzoeker een narratief verslag op van het door haar afgenomen interview. Deze verslagen werden nadien nagelezen en aangevuld door de tweede onderzoeker. Op basis hiervan werden conceptuele schema's opgesteld, die vervolgens werden gecodeerd met behulp van het softwareprogramma NVivo.

In een volgende stap werden de interviews opnieuw geanalyseerd, waarbij relevante fragmenten aan de bijhorende codes werden gekoppeld. Deze codering werd uitgevoerd door beide onderzoekers. Tot slot werden de fragmenten per code opnieuw geëvalueerd, zowel om de correctheid van de toewijzingen te controleren als om overkoepelende thema's te identificeren en, indien nodig, de codes verder te verfijnen (bijlage 4).

Resultaten

Kwantitatief onderzoek

Demografische gegevens

In totaal namen 380 participanten deel aan het onderzoek door het invullen van de online vragenlijst. Na toepassing van de vooraf vastgestelde inclusiecriteria worden 379 participanten opgenomen in de analyse. Van deze participanten hebben 370 de vragenlijst volledig ingevuld. De negen participanten die de vragenlijst niet volledig hebben afgerond, lieten uitsluitend de laatste vraag met betrekking tot het opleidingsniveau onbeantwoord. Aangezien deze ontbrekende waarde enkel betrekking had op een demografische variabele en de overige gegevens volledig waren, worden deze participanten eveneens opgenomen in de analyses.

Binnen de steekproef zijn vrouwen relatief sterk vertegenwoordigd (60,9%), in vergelijking met mannen (38,8%) en één respondent die zich identificeert als niet-binair (zie tabel 1).

Geslacht	n	%
Vrouw	231	60,9%
Man	147	38,8%
Niet-binair/derde geslacht	1	0,3%

Tabel 1. Geslacht van de respondenten, percentages zijn gebaseerd op de totale steekproef (N=379).

De leeftijd van de respondenten varieert van 18 jaar tot 85 jaar en ouder (zie tabel 2). De grootste groep respondenten bevindt zich in de categorie 25-34 jaar (25,6%), gevolgd door 35-44 jaar (20,6%). Samen vertegenwoordigen deze groepen bijna de helft van de steekproef.

Leeftijdscategorie	n	%
18 - 24j	49	12,9%
25 - 34j	97	25,6%
35 - 44j	78	20,6%
45 - 54j	66	17,4%
55 - 64j	44	11,6%
65 - 74j	32	8,4%
75 - 84j	10	2,6%
85j of ouder	3	0,8%

Tabel 2. Leeftijdsverdeling van de respondenten, percentages zijn gebaseerd op de totale steekproef (N=379).

Tabel 3 geeft een overzicht van het hoogst behaalde diploma. Van alle deelnemers heeft 2,9% een diploma lager onderwijs als hoogst behaald diploma en 30,6% een diploma middelbaar onderwijs. Daarnaast heeft 35,9% een bacheloropleiding afgerond, 25,6% een masteropleiding en 2,6% heeft een doctoraat behaald. Er zijn negen deelnemers die deze vraag onbeantwoord lieten.

Opleidingsniveau	n	%
Lager onderwijs	11	2,9%
Middelbaar onderwijs	116	30,6%
Bachelor	136	35,9%
Master	97	25,6%
Doctor	10	2,6%
Onbekend	9	2,4%

Tabel 3. Opleidingsniveau van de respondenten, percentages zijn gebaseerd op de totale steekproef (N=379).

Van alle deelnemers heeft slechts één respondent geen smartphone en 47,2% geeft aan in het bezit te zijn van een smartwatch. De enquête werd voornamelijk ingevuld door deelnemers die hun smartphone hebben ingesteld op de Nederlandse taal (87,1%). Daarnaast gebruikt 10,8% een Engelse instelling, de overige respondenten rapporteren Frans (1,1%), Duits (0,3%) of een andere taal (0,8%) als taalinstelling (zie tabel 4).

Taalinstelling smartphone	n	%
Nederlands	330	87,1%
Engels	41	10,8%
Frans	4	1,1%
Duits	1	0,3%
Andere	3	0,8%

Tabel 4. Taalinstelling van de smartphone van de respondenten, percentages zijn gebaseerd op de totale steekproef (N=379).

Gebruik digitale tools

Tabel 5 geeft een overzicht van het gebruik van verschillende digitale tools. Een zeer groot deel van de deelnemers plant soms of vaak doktersafspraken online in (respectievelijk 31,1% en 59,1%). Slechts een kleine groep (9,8%) doet dit nooit. Ook het noteren van afspraken in een digitale agenda wordt door een grote groep (65,2%) vaak gedaan, tegenover 19,0% die dit soms doet en 15,8% die dit nooit doet. Het online raadplegen van onderzoeksresultaten gebeurt bij 49,3% vaak en bij 33,0% soms, terwijl 17,7% dit nooit doet. Voor het online bijhouden van parameters (bijvoorbeeld slaap of menstruatiecyclus) ligt het gebruik lager: 33,5% doet dit vaak, 24,5% soms en 42,0% nooit. Tot slot geeft 52,8% aan vaak online fysieke activiteit bij te houden, 29,6% doet dit soms en 17,7% doet dit nooit.

Gebruik digitale tool	Frequentie	n	%
Online doktersafspraak plannen	Nooit	37	9,8%
	Soms	118	31,1%
	Vaak	224	59,1%
Afspraken in digitale agenda noteren	Nooit	60	15,8%
	Soms	72	19,0%
	Vaak	247	65,2%
Online resultaten van onderzoeken raadplegen	Nooit	67	17,7%
	Soms	125	33,0%
	Vaak	187	49,3%
Online parameters bijhouden	Nooit	159	42,0%
	Soms	93	24,5%
	Vaak	127	33,5%
Online fysieke activiteit bijhouden	Nooit	67	17,7%
	Soms	112	29,6%
	Vaak	200	52,8%

Tabel 5. Frequentie van het gebruik van digitale tools door de respondenten, percentages zijn gebaseerd op totale steekproef (N=379).

Gebruik sociale media

Facebook is het meest gebruikte sociale mediaplatform, met 71,0% van de respondenten die hierop actief is. Dit wordt gevolgd door Instagram (68,1%) en LinkedIn (31,4%). Daarnaast is 26,4% actief op Strava en 19,8% op TikTok. Snapchat wordt gebruikt door 16,4% van de respondenten, terwijl 7,9% actief is op X. Verder maakt 11,1% gebruik van een ander sociaal mediaplatform. Tot slot is 7,9% van de deelnemers op geen enkel sociaal mediaplatform actief (zie tabel 6).

Sociale media	n	%
Facebook	269	71,0%
Instagram	258	68,1%
LinkedIn	119	31,4%
Strava	100	26,4%
Tiktok	75	19,8%
Snapchat	62	16,4%
Andere	42	11,1%
X	30	7,9%
Geen	30	7,9%

Tabel 6. Gebruik van sociale media door respondenten, meerdere antwoorden mogelijk, percentages zijn gebaseerd op totale steekproef (N=379).

Verband tussen geslacht en zoekgedrag op sociale media

In totaal geeft 52,2% van de respondenten aan minstens regelmatig sociale media te gebruiken om gezondheidsinformatie op te zoeken (40,1% regelmatig en 12,1% vaak), terwijl 47,8% dit nooit doet (zie tabel 7). Bij vrouwelijke deelnemers (N=231) zoekt 57,2% minstens regelmatig naar gezondheidsinformatie op sociale media (43,3% regelmatig en 13,9% vaak), terwijl 42,9% dit nooit doet. Bij mannelijke deelnemers (N=147) ligt dit aandeel lager, met 44,9% die minstens regelmatig zoekt (35,4% regelmatig en 9,5% vaak), tegenover 55,1% die dit nooit doet. Er was één respondent die zich identificeerde als niet-binair; deze gaf aan nooit naar gezondheidsinformatie te zoeken via sociale media.

Geslacht	**Zoekfrequentie sociale media**						
	Nooit		**Regelmatig**		**Vaak**		**Eindtotaal**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**
Vrouw	99	42,9%	100	43,3%	32	13,9%	231
Man	81	55,1%	52	35,4%	14	9,5%	147
Niet-binair	1	100%	0	0%	0	0%	1
Totaal	181	47,8%	152	40,1%	46	12,1%	379

Tabel 7. Frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media, weergegeven per geslacht. De weergegeven percentages zijn gebaseerd op het totale aantal respondenten binnen elke geslachtsgroep.

Het aandeel vrouwelijke deelnemers dat minstens regelmatig naar gezondheidsinformatie op sociale media zoekt (57,2%) ligt hoger dan bij mannelijke deelnemers (44,9%). Om te onderzoeken of dit verschil statistisch significant is, werd een chi-kwadraattoets uitgevoerd (zie tabel 8). De non-binaire categorie werd niet opgenomen in de analyse wegens een te laag aantal respondenten (n = 1). Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen geslacht en het gebruik van sociale media voor het opzoeken van gezondheidsinformatie (p = 0,060).

Test	**χ^2**	**df**	**N**	**p-waarde**
Chi-kwadraattoets (geslacht x zoekfrequentie)	5,612	2	378	0,060

Tabel 8. Resultaten van de chi-kwadraattoets voor het verband tussen geslacht en de frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media.

Verband tussen leeftijd en zoekgedrag op sociale media

Tabel 9 toont de verschillen in het zoekgedrag naar gezondheidsinformatie via sociale media in de leeftijdscategorieën. In de leeftijdsgroepen 18-24 jaar, 25-34 jaar en 45-54 jaar zoekt een meerderheid van de respondenten minstens regelmatig naar gezondheidsinformatie via sociale media. Bij 18-24-jarigen gaat het om 59,2% van de respondenten (51,0% regelmatig en 8,2% vaak), in de groep 25-34 jaar bedraagt dit 51,6% (42,3% regelmatig en 9,3% vaak) en bij de 45-54-jarigen om 57,6% (39,4% regelmatig en 18,2% vaak). In deze laatste groep is het aandeel dat vaak zoekt het hoogst. Opvallend is dat de leeftijdsgroep 35-44 jaar afwijkt van dit patroon, aangezien hier de meerderheid (55,1%) aangeeft nooit naar gezondheidsinformatie via sociale media te zoeken.

In de oudere leeftijdsgroepen neemt dit aandeel af. Bij de 65-74-jarigen zoekt nog de helft van de respondenten minstens regelmatig naar gezondheidsinformatie via sociale media (37,5% regelmatig en 12,5% vaak), terwijl in de groep van 85 jaar en ouder de meerderheid aangeeft nooit naar gezondheidsinformatie te zoeken via sociale media (66,7%).

Leeftijdscategorie	Zoekfrequentie sociale media						
	Nooit		Regelmatig		Vaak		Eindtotaal
	n	%	n	%	n	%	n
18 - 24j	20	40,8%	25	51,0%	4	8,2%	49
25 - 34j	47	48,5%	41	42,3%	9	9,3%	97
35 - 44j	43	55,1%	27	34,6%	8	10,3%	78
45 - 54j	28	42,4%	26	39,4%	12	18,2%	66
55 - 64j	21	47,7%	16	36,4%	7	15,9%	44
65 - 74j	16	50,0%	12	37,5%	4	12,5%	32
75 - 84j	4	40,0%	5	50,0%	1	10,0%	10
85j of ouder	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3

Tabel 9. Frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media, weergegeven per leeftijdscategorie. De weergegeven percentages zijn gebaseerd op het totale aantal respondenten binnen elke leeftijdscategorie.

Er werd een chi-kwadraattoets uitgevoerd om te onderzoeken of het gebruik van sociale media als informatiebron voor gezondheid samenhangt met leeftijd (zie tabel 10). Vanwege lage verwachte aantallen in de categorie 85 jaar en ouder werden de leeftijdsgroepen 75-84 jaar en 85 jaar en ouder samengevoegd. Hoewel er verschillen zichtbaar zijn tussen de leeftijdscategorieën, werd geen statistisch significant verband gevonden ($p = 0,758$).

Test	χ^2	df	N	p-waarde
Chi-kwadraattoets (leeftijd x zoekfrequentie)	8,339	12	379	0,758

Tabel 10. Resultaten van de chi-kwadraattoets voor het verband tussen leeftijd en de frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media.

Verband tussen opleidingsniveau en zoekgedrag op sociale media

Tabel 11 toont de zoekfrequentie naar gezondheidsinformatie via sociale media per opleidingsniveau. Bij respondenten met een opleidingsniveau lager onderwijs, middelbaar onderwijs en bachelor zoekt een meerderheid minstens regelmatig naar gezondheidsinformatie via sociale media. Bij lager onderwijs gaat het om 54,6% (36,4% regelmatig en 18,2% vaak), bij middelbaar onderwijs om 53,5% (41,4% regelmatig en 12,1% vaak) en bij bachelors om 53,7% (44,1% regelmatig en 9,6% vaak). Bij hogere opleidingsniveaus ligt dit aandeel lager. Bij masteropgeleiden geeft een kleine meerderheid (50,5%) aan nooit naar gezondheidsinformatie via sociale media te zoeken, tegenover 35,1% die dit regelmatig doet en 14,4% die dit vaak doet. Bij doctorandi is dit verschil erg uitgesproken: 70,0% zoekt nooit naar gezondheidsinformatie via sociale media en geen enkele respondent in deze groep geeft aan dit vaak te doen.

Opleidingsniveau	Zoekfrequentie sociale media						
	Nooit		Regelmatig		Vaak		Eindtotaal
	n	%	n	%	n	%	n
Lager onderwijs	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%	11
Middelbaar onderwijs	54	46,6%	48	41,4%	14	12,1%	116
Bachelor	63	46,3%	60	44,1%	13	9,6%	136
Master	49	50,5%	34	35,1%	14	14,4%	97
Doctor	7	70,0%	3	30,0%	0	0%	10
Eindtotaal	**178**	**48,1%**	**149**	**40,3%**	**43**	**11,6%**	**370**

Tabel 11. Frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media, weergegeven per opleidingsniveau. De weergegeven percentages zijn gebaseerd op het totale aantal respondenten binnen elk opleidingsniveau.

Er werd een chi-kwadraattoets uitgevoerd om te onderzoeken of het zoekgedrag naar gezondheidsinformatie via sociale media verschilt naargelang opleidingsniveau (zie tabel 12). Vanwege lage verwachte aantallen in de categorie doctorandi werd deze groep samengevoegd met de masteropgeleiden. Er werd geen statistisch significant verband gevonden tussen opleidingsniveau en zoekgedrag ($p = 0,793$).

Test	χ^2	df	N	p-waarde
Chi-kwadraattoets (opleidingsniveau x zoekfrequentie)	3,122	6	370	0,793

Tabel 12. Resultaten van de chi-kwadraattoets voor het verband tussen opleidingsniveau en de frequentie van het zoeken naar gezondheidsinformatie via sociale media.

Kwalitatief onderzoek

Uit de analyse komen acht thema's naar voren. Thema's 1, 2 en 3 beschrijven hoe informatie terechtkomt bij de gebruiker. Thema's 4, 5, 6 en 7 beschrijven hoe de gebruiker die informatie beoordeelt, ervaart en verwerkt. Thema 8 beschrijft de invloed op het verdere handelen.

1. Hoe informatie opzoeken

De meest gebruikte platforms voor het verkrijgen van gezondheidsinformatie bij de respondenten zijn Instagram, TikTok en Facebook. Daarnaast wordt ook Google vaak geraadpleegd als aanvullende of alternatieve bron naast sociale media, al valt dit buiten het bereik van dit onderzoek. Deelnemers zoeken op sociale media doorgaans doelgericht naar informatie, bijvoorbeeld via de zoekfunctie of door gebruik te maken van hashtags.

> *Respondent 9: Via Instagram bijvoorbeeld. Euh, over ja mijn symptomen van buikpijn of zo bijvoorbeeld... ik zoek meestal via hashtags. Dus uh, ik zoek mensen die dat eigenlijk ook hebben. Dan maak ik daar eigenlijk een verband van of een link en dan zoek ik eigenlijk via hun op.*

> *Respondent 10: Ja, vooral op TikTok denk ik, omdat mensen zelf hun ervaring daarop delen. Op Facebook hebt ge wel zo groepen, ik denk ook dat ik in zo'n groep zit. Maar ik merk eigenlijk als je die vraag stelt, dat ik vooral op TikTok op zoek. Allee in vorm van termen of symptomen of op aandoeningen voor mensen hun ervaring daarmee te horen. En dan vooral daar reacties eigenlijk op te lezen.*

In meerdere interviews wordt aangegeven dat gezondheidsinformatie vaak via influencers tot de deelnemers komt, met name via TikTok. Zo beschrijft een respondent informatie te verkrijgen over vruchtbaarheid bij PCOS via influencers die hun persoonlijke ervaringen delen op sociale media. Deze influencers worden gezien als laagdrempelige en persoonlijke informatiebronnen. Tegelijkertijd wordt er spontaan door een respondent verwezen naar mogelijke risico's, zoals influencers die zich voordoen als arts. Een voorbeeld hiervan is "Doctor Pimple", een persoon op TikTok die zichzelf als arts presenteert, maar waarbij in de reacties twijfel wordt geuit over de betrouwbaarheid en integriteit van deze zelfbenoemde dokter (interview 10).

Twee onafhankelijke deelnemers geven aan hetzelfde instagramaccount van een Vlaamse diëtiste te volgen, en noemen haar een positieve gezondheidsinfluencer. Ook andere respondenten vermelden het volgen van influencers die voornamelijk bezig zijn met het promoten van voeding en beweging.

2. Passieve blootstelling aan gezondheidsinformatie op sociale media

Met "passieve blootstelling aan gezondheidsinformatie" verwijzen we naar gezondheidsinformatie die op sociale media verschijnt zonder dat men er bewust naar op zoek gaat, bijvoorbeeld via gesponsorde berichten, video's of inhoud die door anderen wordt gedeeld. Alle tien de deelnemers geven aan op deze manier blootgesteld te worden aan gezondheidsinformatie. Veel van deze informatie wordt ervaren als reclame door onze respondenten. Ze noemen bijvoorbeeld afslankprogramma's, *seven-day challenges* en gesponsorde dieetadvertenties op Instagram. Deze advertenties worden soms aangeklikt, maar leiden meestal niet tot verdere actie. De meeste respondenten koppelen passieve gezondheidsinformatie dan ook sterk aan commerciële intenties.

Respondenten reageren uiteenlopend op deze ongevraagde gezondheidsinformatie. Sommige deelnemers ervaren dit als interessant (interview 3), terwijl anderen het storend of misleidend vinden. Zo omschrijft een respondent bepaalde gezondheidsinformatie expliciet als "bullshit", vooral wanneer het gaat om overdreven gezondheidsclaims (interview 5). Een andere deelnemer geeft dan weer aan dat dergelijke inhoud niet per se storend is, maar wel een negatieve invloed kan hebben op het zelfbeeld, met name bij reclames rond afvallen en diëten.

3. Algoritmische versterking

Zeven deelnemers merken op dat interactie met gezondheidsinformatie op sociale media, zoals klikken op gesponsorde advertenties of het bekijken en liken van content, leidt tot een toename van gelijkaardige informatie. Dit fenomeen wordt door hen beschreven als een vorm van algoritmische versterking, waarbij een thematische en gepersonaliseerde feed ontstaat. Zo geeft een respondent expliciet aan dat het bekijken van één video ertoe leidt dat nadien meer gelijkaardige video's verschijnen (interview 6). Een andere deelnemer merkt op dat het opzoeken van bepaalde informatie ervoor zorgt dat deze "direct meer" terugkomt (interview 3). Op TikTok wordt beschreven hoe men in een "feed vol problemen" terechtkomt doordat het algoritme eerdere interesses onthoudt (interview 10). Ook bij dieetgerelateerde advertenties op Instagram wordt aangegeven dat één klik resulteert in een toename van gelijkaardige content (interview 8).

De perceptie van deze algoritmische versterking varieert tussen deelnemers: sommigen ervaren dit als storend, terwijl anderen het als leerzaam beschouwen en het gevoel hebben deel uit te maken van een online gemeenschap.

> *Respondent 8: ... dat heb ik wel al gehad inderdaad dat k op den duur zat in een bepaalde feed (op tiktok) vol met medische problemen... ik denk onderliggend kan dat wel triggerend zijn? Omdat ge daar dan veel meer mee bezig zijt, want ge blijft naar die dingen ook kijken. Ge scrolt niet verder omdat ge wel ja, ge zijt geïnteresseerd en ge wilt weer die zijn gedacht van dat topic horen.*

4. (On)betrouwbaarheid sociale media

Alle tien de deelnemers geven aan zich bewust te zijn van de aanwezigheid van onjuiste gezondheidsinformatie op sociale media. In de interviews werd nagegaan hoe zij de betrouwbaarheid van deze informatie beoordelen, waarbij verschillende beoordelingscriteria naar voren kwamen:

- **Bron/spreker**: er wordt gelet op de achtergrond en expertise van de spreker (bv. diëtist, arts of wetenschapper). Als men deze mensen persoonlijk kent, worden zij als betrouwbaarder ingeschat.
- **Vorm**: audiovisuele content met “echte personen” wordt als betrouwbaarder ervaren dan louter tekst. Zo geeft een respondent aan dat ze TikTok aantrekkelijker vindt dan Facebook omdat men daar “een echt persoon ziet” in plaats van enkel geschreven informatie.
- **Herhaling**: informatie die vaker terugkomt, wordt als geloofwaardiger beschouwd.

> *Respondent 10: dezelfde informatie meerdere keren tegen te komen online, maakt het voor mij betrouwbaarder. Das een soort verificatie dat ge t meerdere keren tegenkomt of dat dat iemand gewoon heel enthousiast is.*

- **Reacties van anderen:** wanneer de eigen mening overeenkomt met reacties onder een bericht, wordt de informatie als betrouwbaarder ervaren.
- **Institutionele ankers:** informatie afkomstig van ziekenhuizen of officiële medische websites wordt als betrouwbaar beschouwd.
- **Lokale relevantie:** informatie binnen een Belgische context geniet de voorkeur boven buitenlandse (bv. Nederlandse) bronnen. Zo geven twee respondenten expliciet aan bewust te kiezen voor Belgische informatie.

> *Respondent 1: Ik kies vooral dan voor Belgische informatie, want vaak krijg je als eerste Nederlandse informatie uit Nederland. Dus ik zoek dan wel op Belgische informatie en bij voorkeur ook uit ziekenhuizen. Omdat de meeste ziekenhuizen die hebben toch wel heel veel informatie al op hun website staan en dan lees ik dat meestal wel.*

> *Respondent 2: bijvoorbeeld toen ik dan bij de specialist was en die dan mij uitleg gaf. Dan denk ik daarna oh, wat heeft die nu weer juist gezegd en dan probeer ik dat te noteren en dan heb ik ook effectief via google efkes opgezocht. En ja, dan kom ik op een website van een ziekenhuis en daar lees ik dan wel verder. Ik ga dan niet op pinterest of zo verder lezen, maar ja maar. Maar ik ben dus wel degelijk via het internet aan verdere info aan het zoeken in plaats van dan nog eens terug te bellen of zo. Omdat ik een paar dingen niet onthouden heb of of wat dan ook.*

5. Gevoelens en bezorgdheden

Sommige deelnemers uiten persoonlijke zorgen over het gebruik van sociale media. Zo brengt één respondent spontaan bezorgdheden rond privacy ter sprake.

> *Respondent 4: En als je dan ziet wat er allemaal kan gebeuren en dingen, heb ik er eigenlijk een beetje schrik van gekregen ... Oh ja, als het allemaal hoort, dat ge gehackt wordt. Of allemaal van die dingen. Dat uw foto's kunnen gebruikt worden voor andere dingen. Daar heb ik zo geen dingen in. Ik heb er ook geen nood aan. Zal het zo zeggen. Ik heb een sociaal netwerk.*
> *....*
> *Nee, als ik eigenlijk iets wil weten, denk ik altijd nog 'dan ga ik naar mijn dokter' daar hecht ik meer belang aan. Of ik zal naar mijn apotheker gaan of ik zal naar mijn dingen gaan... Ik ben zo niet direct iemand van ik ga mij nu iets bestellen via dingen ofzo, dat doe ik ook niet, dus ik probeer zo gezond mogelijk te leven, maar ik ben niet iemand om iets te bestellen voor te zeggen van een pilleke voor dit of een pilleke voor dat of zo dat doe ik dus niet. Dus als ik iets wil weten ga ik naar mijn huisarts of naar mijn apotheker, dat wel.*

Twee deelnemers (interview 5 en 6) uiten zorgen over de impact van sociale media op anderen, met name jongeren, vooral met betrekking tot afvallen, eetstoornissen en onrealistische lichaamsnormen.

> *Respondent 5: Ja, met m'n eigen vind ik dat nog niet zo erg, maar ik heb het over mijn kinderen, hoop ik dat die hun eigen d'r (sociale media) niet aan gaan spiegelen. Ik ben nu op een leeftijd gekomen dat ik zo vrede heb met hoe dat k eruit zie en dingen, maar dat is nu wel anders geweest en ik hoop gewoon dat mijn kinderen dat niet gaan krijgen. Dat die zo onrealistische...*
> *Interviewer: verwachtingen hebben door de sociale media?*
> *Respondent 5: Ja en toch door heel het internet gebeuren ook zo, waar ik ook schrik voor heb is zo het pesten. Je weet nooit dat de kinderen gepest gaan worden, dat dat dan ook niet gaat stoppen als die van school weg zijn omdat ze altijd bereikbaar zijn.*

6. Lotgenoten/community

Uit de interviews blijkt dat deelnemers sociale media gebruiken om contact te zoeken met lotgenoten. Dit gebeurt onder meer door het lezen van reacties of door zich aan te sluiten bij Facebookgroepen die mensen met gelijkaardige aandoeningen met elkaar verbinden. Zes deelnemers geven aan sociale media actief te gebruiken om contact met lotgenoten te leggen.

> *Respondent 10: En ik heb ook via TikTok uh al medelotgenoten gevonden. Dus ja, ik vind dat wel fijn omdat mensen hun kant vertellen. En ge vindt ook heel veel op tiktok, toch heel veel mensen delen heel veel daarover. Misschien niet altijd correct, maar ge krijgt toch wel uhm ja, ge ge geraakt heel snel in community van k zeg maar iets Cortisol problemen of uhm slaapproblemen of die dingen.Ge kunt heel snel heel veel vinden. En ik merk ook allee ik zeg het, die reacties gaan soms ver, maar soms zijn er wel goeie tips, ieders vrij keuze om dat te volgen natuurlijk.*

Ze geven aan dat deelname aan een online gemeenschap bijdraagt aan de normalisering van hun klachten (“ik ben niet alleen”), praktische copingstrategieën aanreikt en hen helpt een vocabularium te ontwikkelen om hun klachten te verwoorden. Deze verworven kennis en taalvaardigheid stellen hen bovendien in staat om gerichter en beter geïnformeerd het gesprek aan te gaan met een zorgverlener.

7. Verificatie/ cross-checking

Vier van de tien deelnemers geven aan dat zij gezondheidsinformatie afkomstig van sociale media soms verifiëren via andere bronnen, zoals zoekmachines of websites van artsen en ziekenhuizen, om onzekerheid te reduceren.

8. Beïnvloeden eigen handelen

Gezondheidsinformatie afkomstig van sociale media beïnvloedt het gezondheidsgedrag van de deelnemers.

Substitutie van doktersbezoek

In sommige gevallen leidt informatie van sociale media tot het aanpassen van gezondheidsgedrag zonder voorafgaand overleg met een arts, vooral bij lichte klachten of laag-risico onderwerpen. Zo geeft een respondent aan het gebruik van magnesium te hebben aangepast op basis van informatie via TikTok (interview 10). Daarnaast worden sportoefeningen of massages uitgeprobeerd na inspiratie op sociale media (interview 3), en wordt afslank- of fitnessinformatie soms bekeken en in beperkte mate toegepast zonder consultatie (interview 5).

> *Respondent 10: Sommige dingen vind ik ook die allee, ik heb zelf geen goeie huisarts. Uhm die drempel te groot of zo. Ik ga niet naar mijnen huisarts om te zeggen: moet ik voor cortisol, moet k ik magnesium pakken. Gaat dat mij helpen? Wat zijn tips die je mij kunt geven voor mijne cortisol te verlagen? Ja, ik weet dat ik zo'n antwoord ga krijgen. Allee, da's nu erg voor mijnen dokter, maar daar voel ik mij niet op mijn gemak bij. Daar had ik geen afspraak voor maken bij de dokter, dus dat zijn dingen dat ge dan wel meer sociale media voor opzoekt.*

Deze gedragsaanpassingen zijn vaak kleine aanpassingen, waarbij het risico door de deelnemer als laag wordt ingeschat. Dit gebeurt vaak zonder consultatie van een arts of zonder de informatie eerst te verifiëren bij een zorgverlener.

Bij ernstigere of medische problemen geven meerdere respondenten aan dat zij alsnog een arts raadplegen. Zo stelt een respondent expliciet dat zij bij klachten liever meteen naar de huisarts gaat dan online informatie op te zoeken (interview 8). Een andere deelnemer geeft aan meer vertrouwen te hechten aan de huisarts en apotheker dan aan informatie via sociale media (interview 4). Voor zwaardere beslissingen fungeert de huisarts als eerste aanspreekpunt (“dan ga ik naar de dokter”) (interview 10).

Arts als validatiebron

Sommige respondenten gebruiken sociale media als eerste informatiebron, maar zoeken nadien bevestiging bij een zorgverlener. Zo geeft een deelnemer aan informatie over PCOS die via Instagram werd gevonden, te bespreken en te verifiëren tijdens een consultatie (interview 9).

Betere voorbereiding en gerichtere vragen tijdens consultatie

Sommige deelnemers geven aan dat het opzoeken van gezondheidsinformatie via sociale media hen stimuleert om meer en gerichtere vragen te stellen tijdens het consult. Zo leidde voorafgaand opzoekwerk over een ruggenwervelbreuk tot een bijkomend gesprek met de arts. De deelnemer gaf aan zich beter voorbereid te voelen en het gesprek met de arts beter te begrijpen dankzij dit voorafgaand opzoekwerk.

Verwerken van informatie na de consultatie

Een deelnemer geeft aan informatie van de arts na de consultatie verder te verwerken via sociale media (interview 2). Zo noteert zij tijdens het consult bepaalde termen, die zij nadien opzoekt om bijkomende informatie te verkrijgen. Ze beschrijft dat ze niet alle informatie onmiddellijk kan verwerken en na de consultatie vaak nog met bijkomende vragen zit. Sociale media worden vervolgens gebruikt om een antwoord te vinden op deze vragen.

Bronverberging en schaamte

Drie deelnemers geven aan dat zij bewust niet vermelden dat bepaalde informatie afkomstig is van sociale media, hoewel deze wel een rol speelt tijdens de consultatie of in hun eigen denkproces. Opvallend is dat informatie dus wel wordt meegenomen, maar de herkomst ervan niet expliciet wordt benoemd. Zo geeft een respondent aan meestal niet te vermelden dat zij iets via Instagram heeft gelezen, omdat dit “raar klinkt” (interview 9). Een andere deelnemer geeft aan een formule rond ijzerinname die via Facebook werd gevonden niet te durven bespreken met de huisarts, uit vrees om niet serieus genomen te worden (interview 3).

> *Interviewer: En ga je soms ook met de informatie die je dan vindt, ga je daar soms ook mee naar naar een dokter om om daar eens over te babbelen?*
>
> *Respondent 3: Oh nee, ik denk dat de dokter zal zeggen: 'wat lees je?' Ja, ik denk dat. Nee, nee, ik durf dat niet. En soms ik denk ja, ik zou nu gaan. Ik zou zeggen ik heb ook bloedarmoede bijvoorbeeld. Ik heb op Facebook zo'n groepje gevonden, met allemaal mensen met bloedarmoede en daar staat hoe je moet optellen hoeveel ijzer je moet per dag innemen. Ja, dat is een formule. Ja je kan dat dus echt uittellen. En ik dacht laatste keer ik ga naar mijn huisarts en ik zal zeggen: 'je moet mij niet zomaar ijzer geven', maar ik krijg soms ja, ik weet het niet, soms twintig milligram pilletje of ik krijg soms honderd milligram pilletje. En hij geeft zomaar, maar hij kijkt niet naar mijn resultaten want goed, hij heeft zomaar. En ik denk: 'hoe geef je zomaar één keer twintig, één keer honderd. Ja, ik kan die verband niet maken en maar ik durf dat het niet zeggen. Ik durf dat echt niet zeggen, want ik heb die formule gevonden ergens op Facebook. Je moet kijken door die formule kijken en je moet zoveel ijzer geven. Ik durf dat niet te doen.*
>
> *Interviewer: Ja en waarom? Waarom durf je het niet? Waar ben je bang voor?*
>
> *Respondent 3: Ik denk dat hij zal lachen, ja uitgelachen worden. Dat hij zal zeggen: 'je hebt dat gelezen, dat is niet waar.'*
>
> *Interviewer: Dat dat dat ze jou niet serieus nemen daarover?*
>
> *Respondent 3: Of ja, en ik denk als ik zo één of een paar keer zou doen, dan zou hij mij nooit niet meer serieus nemen. Ja, ik weet het niet.*

Discussie

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop patiënten via sociale media gezondheidsinformatie verkrijgen en welke waarde zij hieraan hechten. De combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek biedt ons een eerste verkennend inzicht in digital health literacy met betrekking tot sociale media binnen de Vlaamse context.

De kwantitatieve resultaten tonen een zeer hoge digitale toegankelijkheid binnen de steekproef. Bijna alle deelnemers beschikken over een smartphone (99,7%), wat hoger ligt dan de Vlaamse cijfers uit 2025 (90%) (30), en ook het gebruik van smartwatches (47,2%) overstijgt de wereldwijd geschatte prevalentie (27,6%) (31). Daarnaast zijn jongvolwassenen, vrouwen en hoger opgeleiden oververtegenwoordigd in de steekproef. Deze kenmerken wijzen op een selectiebias en suggereren dat de onderzochte populatie mogelijk meer digitaal vaardig is dan de gemiddelde Vlaamse populatie (32–34).

Binnen onze sterk gedigitaliseerde steekproef is het gebruik van digitale toepassingen voor gezondheidsdoeleinden sterk aanwezig. Meer dan 80% van de respondenten gebruikt een smartphone voor onder andere het plannen van consultaties, het raadplegen van medische resultaten en het opvolgen van fysieke activiteit. Daarnaast monitort 58,0% gezondheidsparameters zoals slaap of menstruatiecyclus. Deze bevindingen sluiten aan bij de toenemende digitalisering van de gezondheidszorg en de brede internettoegang in Vlaanderen (2,16,24,35)**.** Gezien de eerder sterke digitale profielen in de steekproef kan het hoge gebruiksniveau van de smartphone voor gezondheidsdoeleinden een overschatting zijn van de werkelijke digitale vaardigheden van de algemene populatie (36).

De vastgestelde verschillen tussen de steekproef en de algemene Vlaamse bevolking kunnen deels verklaard worden door de gebruikte dataverzamelingsmethode, waarbij rekrutering via een online vragenlijst met QR-code voornamelijk digitaal vaardige respondenten lijkt te hebben bereikt. Daarnaast tonen eerdere studies aan dat jongere mensen, hoogopgeleiden en vrouwen vaker deelnemen aan onderzoek (37,38). Deze factoren dienen in rekening te worden gebracht bij de interpretatie van de resultaten.

Wat betreft het actief zoeken naar gezondheidsinformatie op sociale media geeft iets meer dan de helft van de respondenten (52,2%) aan dit regelmatig tot vaak te doen. Hoewel dit in lijn ligt met eerdere studies, ligt het gerapporteerde gebruik in de steekproef lager dan in voorgaand onderzoek (14,15). Op basis van internationaal onderzoek werd verwacht dat demografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau significante voorspellers zouden zijn van de frequentie waarmee Vlaamse patiënten sociale media raadplegen voor gezondheidsinformatie(14,15). Deze verwachting werd niet bevestigd: er werden geen statistisch significante verbanden gevonden tussen zoekgedrag en geslacht ($p=0,060$), leeftijd ($p=0,758$) of opleidingsniveau ($p=0,793$). Dit lijkt grotendeels verklaard te kunnen worden door methodologische beperkingen, zoals onvoldoende statistische power of beperkte subgroepgroottes. Daarnaast was de manier van het bevragen van de zoekfrequentie (in drie categorieën: ’nooit’, ’regelmatig’, ’vaak’) mogelijk onduidelijk voor de respondenten.

Het kwalitatieve luik biedt bijkomende verdieping in dit zoekgedrag en nuanceert deze bevindingen. Hoewel de geïnterviewde deelnemers in de vragenlijst aangaven actief naar gezondheidsinformatie te zoeken, bleek tijdens de interviews dat dit niet altijd het geval was. Wat bij alle tien geïnterviewden wel aanwezig bleek, was passieve blootstelling aan gezondheidsinformatie via algoritmes, ook bij wie

dit initieel ontkende. Pas wanneer concrete voorbeelden werden aangereikt, herkenden respondenten dit fenomeen.

Algoritmes spelen hierin een centrale rol. Zodra gebruikers interesse tonen in een bepaald onderwerp, worden zij geconfronteerd met een toenemende stroom van gelijkaardige content, het eerder vernoemde *rabbit-hole-effect*. Deze algoritmische sturing personaliseert enerzijds de gebruikservaring, maar aangezien misleidende berichten vaak een groter publiek bereiken dan berichten met correcte informatie, vergroot het anderzijds het risico op eenzijdige of onbetrouwbare informatie (39–41). Door deze sterke algoritmes speelt passieve blootstelling ook een niet te onderschatten rol in het bekomen van gezondheidsinformatie via sociale media.

Vervolgens tonen de interviews hoe respondenten de betrouwbaarheid van gezondheidsinformatie op sociale media beoordelen. Zo wordt geloofwaardigheid vaak gekoppeld aan de bron (bv. zorgprofessional), maar ook aan meer subjectieve elementen zoals de vorm van de boodschap (beeld versus tekst), herhaling van informatie en overeenstemming met reacties van anderen. Daarnaast worden ook institutionele bronnen, zoals ziekenhuiswebsites, als betrouwbaar beschouwd, met een voorkeur voor informatie binnen de Belgische context. Dit wijst erop dat de evaluatie van gezondheidsinformatie, ondanks een kritische houding, deels berust op eenvoudige beoordelingsstrategieën die niet noodzakelijk correcte informatie garanderen. In het bijzonder kan het betrouwbaarheidscriterium 'herhaling' gevaarlijk zijn gezien misinformatie zich juist sneller verspreidt (39–41). Het rabbit-hole-effect zorgt er bovendien voor dat iemand die één keer onjuiste informatie ziet, daarna systematisch meer van hetzelfde te zien krijgt. Herhaling is dus geen bewijs van betrouwbaarheid, maar net een symptoom van algoritmische versterking.

Hoewel alle deelnemers zich bewust zijn van de aanwezigheid van onjuiste informatie, denken zij dat vooral anderen hier vatbaar voor zijn, het *third-person effect* (42). Dit heeft tot gevolg dat patiënten niet snel geneigd zijn om spontaan hulp te vragen bij het evalueren van online gevonden gezondheidsinformatie.

De interviews leren ons ook dat sociale media op diverse manieren worden geïntegreerd in de eigen gezondheidszorg van deelnemers. Ze ondersteunen zowel de voorbereiding op consultaties als de verdere verwerking van informatie nadien. Bij milde klachten kunnen sociale media ook fungeren als alternatief voor een consultatie, wat soms leidt tot laagdrempelige aanpassingen in gezondheidsgedrag, zoals aanpassingen in voeding of supplementgebruik, waarbij het ingeschatte risico door de patiënt laag is. Voor ernstigere of meer complexe gezondheidsproblemen lijkt de huisarts echter het primaire aanspreekpunt te blijven. Tot slot bieden sociale media de mogelijkheid tot lotgenotencontact, wat kan bijdragen aan herkenning en het ontwikkelen van een taal om klachten te verwoorden.

Opvallend is dat deelnemers terughoudend zijn om het gebruik van sociale media te vermelden tijdens consultaties, uit schaamte of schrik voor de reactie van de arts. Dit kan een invloed hebben op de arts-patiëntrelatie. Enerzijds verhoogt het gebruik van sociale media de betrokkenheid van patiënten, anderzijds kan het niet meedelen van de informatiebron de open communicatie ondermijnen. Het erkennen en bespreekbaar maken van deze dynamiek lijkt dan ook essentieel (43).

Er kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd voor de huisartsenpraktijk. Artsen doen er goed aan om tijdens de consultatie actief te bevragen of patiënten online informatie hebben geraadpleegd en waar zij deze informatie hebben gevonden. Een concrete manier om dit structureel te integreren is het bevragen van online zoekgedrag als onderdeel van de ICE-anamnese (Ideas,

Concerns, Expectations). Bij het exploreren van de ideeën en bezorgdheden van de patiënt kan de arts gericht vragen of de patiënt hierover iets heeft opgezocht, en zo ja, waar. Dit verlaagt de drempel voor patiënten om online gevonden informatie spontaan te vermelden en gaat het patroon van bronverberging actief tegen. Op die manier kunnen ook eventuele misvattingen tijdig worden opgespoord en gecorrigeerd.

Aangezien misleidende gezondheidsinformatie wijdverspreid is op sociale media en moeilijk volledig te vermijden valt, ligt een belangrijke rol voor de huisarts in het sensibiliseren van patiënten. Hierbij kan worden ingezet op het aanleren van eenvoudige beoordelingsstrategieën, zoals aandacht voor de bron en het verifiëren van informatie via betrouwbare kanalen. Daarnaast kan de huisarts patiënten ondersteunen door hen te verwijzen naar kwalitatieve websites en sociale mediaprofielen van medische instellingen, bijvoorbeeld via de praktijkwebsite of via informatie in de wachtzaal (zoals posters of wachtzaalschermen). Door nieuwsgierigheid te tonen naar wat patiënten online tegenkomen en hen te ondersteunen in het correct interpreteren van deze informatie, kan de huisarts een brugfunctie vervullen tussen de digitale informatieomgeving en het klinisch consult. Dit draagt bij aan een beter geïnformeerde patiënt en kan de betrokkenheid en het zelfmanagement versterken. Kortom, de huisarts is niet langer de enige informatiebron, en dient daarom ook patiënten te ondersteunen in het navigeren door een complexe en vaak misleidende digitale informatieomgeving, met in het bijzonder sociale media die een steeds prominentere rol spelen.

Beperkingen van de studie

Deze studie kent enkele beperkingen die in rekening moeten worden gebracht bij de interpretatie van de resultaten. In de eerste plaats zijn er beperkingen verbonden aan de vragenlijst. Zo werd het begrip ‘actief zoeken naar gezondheidsinformatie’ niet gedefinieerd en kon er verwarring ontstaan met het fenomeen ‘passieve blootstelling aan gezondheidsinformatie’, wat mogelijk heeft geleid tot uiteenlopende interpretaties bij de respondenten. Het toevoegen van definities en het opnemen van een gerichte vraag naar deze passieve blootstelling had bijgevolg een meer volledig beeld kunnen opleveren van de manieren waarop gebruikers gezondheidsinformatie verwerven via sociale media. Dit had mogelijk geleid tot een bredere en meer representatieve selectie van deelnemers voor het kwalitatieve luik van de studie.

Een tweede methodologische beperking betreft de manier waarop de zoekfrequentie op sociale media werd bevraagd. In de vragenlijst werd gebruik gemaakt van ordinale antwoordcategorieën (‘vaak’, 'regelmatig', 'nooit'), wat een aantal nadelen met zich meebrengt. Deze categorieën zijn subjectief van aard: respondenten kunnen een sterk uiteenlopende interpretatie hebben van wat 'regelmatig' of 'vaak' betekent, waardoor de vergelijkbaarheid tussen deelnemers beperkt is. Bovendien laten ordinale schalen geen precieze kwantificering toe van de werkelijke zoekfrequentie. In toekomstig onderzoek zou de zoekfrequentie nauwkeuriger kunnen worden gemeten door gebruik te maken van concrete tijdsaanduidingen, zoals het aantal keer per week of per maand dat men online gezondheidsinformatie opzoekt (bv. *"Hoe vaak per maand zoekt u online naar gezondheidsinformatie?"* met antwoordopties zoals 'nooit', '1-3 keer per maand', '1-3 keer per week', 'dagelijks').

Daarnaast is de steekproef mogelijk niet representatief voor de algemene populatie, gezien de oververtegenwoordiging van jongvolwassenen, vrouwen en digitaal vaardige deelnemers. Deze vertekening kan deels verklaard worden door de gebruikte dataverzamelingsmethode. De rekrutering via een QR-code vereiste toegang tot een smartphone en voldoende digitale vaardigheden, wat kan hebben geleid tot een selectiebias in de richting van technologisch vaardigere respondenten. Hoewel alternatieve dataverzamelingsmethoden voorzien waren, werden deze vermoedelijk in beperkte mate benut.

Ten slotte kan binnen het kwalitatieve luik het beperkte ervaringsniveau van de onderzoekers in het afnemen van interviews een invloed hebben gehad op de diepgang van de dataverzameling. Hierdoor werden bepaalde thema’s mogelijk minder uitgebreid geëxploreerd, zoals de emotionele beleving van deelnemers en hun perceptie van het actief bevragen door de arts naar geraadpleegde sociale media, waardoor relevante nuances onderbelicht kunnen zijn gebleven.

Conclusie

Deze studie bevestigt een hoge mate van digitale toegankelijkheid en een frequent gebruik van digitale hulpmiddelen voor gezondheidsdoeleinden bij patiënten in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Sociale media spelen hierin een belangrijke rol: iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan regelmatig tot vaak gezondheidsinformatie via sociale media te raadplegen, zonder dat geslacht, leeftijd of opleidingsniveau hiermee significant verband houden.

Het kwalitatieve luik nuanceert dit beeld. Enerzijds zoeken patiënten actief via zoekfuncties of hashtags naar informatie, anderzijds worden zij ook passief blootgesteld aan gezondheidscontent via algoritmes, en deze passieve blootstelling bleek bij alle geïnterviewden aanwezig, ook bij wie dit initieel ontkende. Dit suggereert dat kwantitatief onderzoek dat enkel actief zoekgedrag bevraagt, de werkelijke blootstelling aan gezondheidsinformatie via sociale media structureel onderschat. Het *rabbit-hole-effect* versterkt dit: wie eenmaal bepaalde gezondheidscontent te zien krijgt, wordt via algoritmische sturing stelselmatig aan meer van hetzelfde blootgesteld.

De kwalitatieve bevindingen tonen ook aan dat patiënten de betrouwbaarheid van informatie beoordelen op basis van uiteenlopende en niet altijd effectieve criteria zoals herhaling, vorm en bron. Hoewel deelnemers zich bewust zijn van de aanwezigheid van misinformatie, schatten zij zichzelf kritischer in dan anderen, het zogenoemde *third-person effect*. Hierdoor zijn ze niet snel geneigd spontaan hulp te vragen bij het evalueren van online gevonden informatie. Toch waarderen patiënten wat sociale media bieden: emotionele herkenning, het tegenkomen van mensen met vergelijkbare klachten of ervaringen. Ook blijkt dat patiënten de opgedane informatie actief toepassen: naast het raadplegen ter voorbereiding op of verwerking na een consultatie, kan het soms tot laagdrempelige gedragsaanpassingen leiden zoals wijzigingen in voeding, supplementgebruik of beweging.

Daarnaast bleek dat patiënten informatie die zij via sociale media vonden bewust achterhielden tijdens consultaties, uit schaamte of angst om niet serieus genomen te worden. Dit heeft directe implicaties voor de arts-patiëntcommunicatie en verdient bijzondere aandacht in de huisartsenpraktijk.

Verder onderzoek is aangewezen, met name binnen een meer representatieve Vlaamse populatie. Speciale aandacht dient te gaan naar jongeren omdat zij vermoedelijk nog actiever zijn op sociale media, en het aannemelijk is dat zij in nog grotere mate sociale media gebruiken als informatiebron. Daarnaast is het relevant om de impact van passieve blootstelling verder te onderzoeken, evenals de manier waarop patiënten deze informatie integreren in hun beslissingsproces en bespreken met hun huisarts. Ook het perspectief van huisartsen op dit fenomeen verdient bijkomende aandacht.

Kortom, huisartsen spelen een cruciale rol in het begeleiden van patiënten binnen de complexe digitale informatieomgeving, waarin sociale media een prominente plaats innemen. Een concrete eerste stap is het structureel bevragen van online zoekgedrag als onderdeel van de anamnese, bijvoorbeeld door dit te integreren in de ICE-methode (Ideas, Concerns, Expectations), waarbij de ideeën en bezorgdheden van de patiënt worden geëxploreerd. Op die manier kan de drempel voor patiënten om online gevonden informatie te bespreken worden verlaagd, wat bronverberging tegengaat. Door daarnaast misvattingen te corrigeren en patiënten te leren betrouwbare bronnen te herkennen, kan dit zowel de kwaliteit van het consult als het zelfmanagement van de patiënt versterken.

Bibliografie

1. Belghmidi L. VRTNWS [Internet]. 2019. Het “world wide web” viert zijn 30e verjaardag: hoe een “vaag, maar opwindend” idee de wereld veranderde. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/03/11/computerwetenschapper-het-internet-is-een-datafabriek-geworden/

2. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2026. Huishoudens met internettoegang. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/digitale-economie/huishoudens-met-internettoegang

3. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2026. Internetgebruik naar gebruiksfrequentie. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/digitale-economie/internetgebruik-naar-gebruiksfrequentie

4. Centrum voor Informatie over de Media [Internet]. 2024. Mediaconsumptie in België. Available from: https://www.cim.be/resources/news_images/CIM_EstablishmentSurvey2024_NL.pdf

5. Lim MSC, Molenaar A, Brennan L, Reid M, McCaffrey T. Young Adults’ Use of Different Social Media Platforms for Health Information: Insights From Web-Based Conversations. J Med Internet Res. 2022 Jan 18;24(1):e23656. doi:10.2196/23656

6. Eurostat [Internet]. 2025. Individuals using the internet for seeking health-related information. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tin00101/default/table?lang=en&category=t_isoc.t_isoc_i.t_isoc_iiu

7. Wet betreffende de rechten van de patiënt [Internet]. België: Federale Overheidsdienst Justitie; 2002. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet

8. Alkhatib AJ, AlZoubi A, Alharoun M, Alawnah AB, Abu Aqoulah A, Mandili A. The Impact of Patient Engagement on Healthcare: A Systematic Review of Unveiling the Benefits of Patient Engagement in Healthcare. Multicriteria Algorithms with Applications. 2024 Mar 13;3:23–31. doi:10.61356/j.mawa.2024.311661

9. Rondia K, Adriaenssens J, Van den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2019. doi:10.57598/R322AS

10. Qiu CS, Lunova T, Greenfield G, Kerr G, Ergüven Ö, Beaney T, et al. Determinants of Digital Health Literacy: International Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2025 Jun 30;27:e66631. doi:10.2196/66631

11. Charafeddine R, Hermans L, Janssens M. Sciensano [Internet]. 2025. Gezondheidsenquête 2023-2024: Gezondheidsvaardigheden. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ql_nl_his_2023.pdf

12. Merga MK. TikTok and digital health literacy: A systematic review. IFLA Journal. 2025 Jun 6;51(2):490–501. doi:10.1177/03400352241286175

13. Rivera-Romero O, Gabarron E, Miron-Shatz T, Petersen C, Denecke K. Social Media, Digital Health Literacy, and Digital Ethics in the Light of Health Equity. Yearb Med Inform. 2022 Aug 2;31(01):082–7. doi:10.1055/s-0042-1742503

14. Marar SD, Al-Madaney MM, Almousawi FH. Health information on social media. Saudi Med J. 2019 Dec;40(12):1294–8. doi:10.15537/smj.2019.12.24682

15. Neely S, Eldredge C, Sanders R. Health Information Seeking Behaviors on Social Media During the COVID-19 Pandemic Among American Social Networking Site Users: Survey Study. J Med Internet Res. 2021 Jun 11;23(6):e29802. doi:10.2196/29802

16. Kanchan S, Gaidhane A. Social Media Role and Its Impact on Public Health: A Narrative Review. Cureus. 2023 Jan 13. doi:10.7759/cureus.33737

17. Baeyens N, Van Bakel L, Verheyden T. VRTNWS [Internet]. 2023. TikTok is de nieuwe dokter Google: hoe betrouwbaar zijn die duizenden gezondheidsvideo's? Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/06/22/onderzoek-medische-claims-tiktok/

18. Kirkpatrick CE, Lawrie LL. TikTok as a Source of Health Information and Misinformation for Young Women in the United States: Survey Study. JMIR Infodemiology. 2024 May 21;4:e54663. doi:10.2196/54663

19. Schillewaert N. VRTNWS [Internet]. 2024. Dokters verenigen zich op TikTok tegen desinformatie: "Haal geen medische informatie bij willekeurige influencers." Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/04/15/dokters-op-tiktok-tegen-desinformatie/

20. Freeman JL, Caldwell PHY, Scott KM. How Adolescents Trust Health Information on Social Media: A Systematic Review. Acad Pediatr. 2023;23(4):703–19. doi:10.1016/j.acap.2022.12.011 PubMed PMID: 36581098.

21. Vervliet K. VRTNWS [Internet]. 2025. Hoe betrouwbaar is dokter TikTok of dokter Instagram? "Check altijd wie de maker is, voor je hem gelooft." Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/01/06/dokter-gezondheid-tiktok-instagram/

22. Jeyaraman M, Ramasubramanian S, Kumar S, Jeyaraman N, Selvaraj P, Nallakumarasamy A, et al. Multifaceted Role of Social Media in Healthcare: Opportunities, Challenges, and the Need for Quality Control. Cureus. 2023 May 16. doi:10.7759/cureus.39111

23. Freeman JL, Caldwell PHY, Scott KM. Adolescents' Trust in Health Information in an Evolving Social Media Landscape. Acad Pediatr. 2025;25(7):102868. doi:10.1016/j.acap.2025.102868 PubMed PMID: 40513986.

24. Jia X, Pang Y, Liu LS. Online Health Information Seeking Behavior: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2021 Dec 16;9(12). doi:10.3390/healthcare9121740 PubMed PMID: 34946466.

25. Tan SSL, Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017 Jan 19;19(1):e9. doi:10.2196/jmir.5729

26. Nguyen AM, Rivera AM, Gualtieri L. A New Health Care Paradigm: The Power of Digital Health and E-Patients. Mayo Clinic Proceedings: Digital Health. 2023 Sep;1(3):203–9. doi:10.1016/j.mcpdig.2023.04.005

27. Sham S, Shiwlani S, Kirshan Kumar S, Bai P, Bendari A. Empowering Patients Through Digital Health Literacy and Access to Electronic Medical Records (EMRs) in the Developing World. Cureus. 2024 Apr 3. doi:10.7759/cureus.57527

28. Stifjell K, Sandanger TM, Wien C. Exploring Online Health Information–Seeking Behavior Among Young Adults: Scoping Review. J Med Internet Res. 2025 Sep 9;27:e70379. doi:10.2196/70379

29. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360–71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012 PubMed PMID: 21996649.

30. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2025. Mediabezit. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/media-en-mediagebruik/mediabezit

31. Kumar N. Demandsage [Internet]. 2026. Smartwatch Statistics (2026) – Global Users & Market Share. Available from: https://www.demandsage.com/smartwatch-statistics/

32. Statbel [Internet]. 2025. Structuur van de bevolking. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking

33. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2025. Bevolking naar onderwijsniveau (scholingsgraad). Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/onderwijs-en-vorming/bevolking-naar-onderwijsniveau-scholingsgraad

34. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2025. Bevolking naar leeftijd en geslacht. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht

35. Farnood A, Johnston B, Mair FS. A mixed methods systematic review of the effects of patient online self-diagnosing in the “smart-phone society” on the healthcare professional-patient relationship and medical authority. BMC Med Inform Decis Mak. 2020 Oct 6;20(1):253. doi:10.1186/s12911-020-01243-6 PubMed PMID: 33023577.

36. Statistiek Vlaanderen [Internet]. 2026. Digitale vaardigheden bij burgers. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/digitale-economie/digitale-vaardigheden-bij-burgers

37. Smith WG. Does Gender Influence Online Survey Participation?: A Record-linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior. San José State University ; 2008.

38. Spitzer S. Biases in health expectancies due to educational differences in survey participation of older Europeans: It’s worth weighting for. The European Journal of Health Economics. 2020 Jun 27;21(4):573–605. doi:10.1007/s10198-019-01152-0

39. Sun F, Zheng S, Wu J. Quality of Information in Gallstone Disease Videos on TikTok: Cross-sectional Study. J Med Internet Res. 2023 Feb 8;25:e39162. doi:10.2196/39162

40. Jiang G, Chen L, Geng L, Zhang Y, Chen Z, Zhu Y, et al. Quality of information in gestational diabetes mellitus videos on TikTok: Cross-sectional study. PLoS One. 2025 Feb 6;20(2):e0316242. doi:10.1371/journal.pone.0316242

41. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. Science (1979). 2018 Mar 9;359(6380):1146–51. doi:10.1126/science.aap9559

42. Yang J, Tian Y. “Others are more vulnerable to fake news than I Am”: Third-person effect of COVID-19 fake news on social media users. Comput Human Behav. 2021 Dec;125:106950. doi:10.1016/j.chb.2021.106950

43. Forgie EME, Lai H, Cao B, Stroulia E, Greenshaw AJ, Goez H. Social Media and the Transformation of the Physician-Patient Relationship: Viewpoint. J Med Internet Res. 2021 Dec 24;23(12):e25230. doi:10.2196/25230

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Huisartsengeneeskunde
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Jana Jacobs	10/12/2024	1/7
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2024-0298	B6702024000512	

Betreft:

Digital Health Literacy: (Hoe) gebruiken patiënten hun smartphone/smartwatch voor gezondheidsdoeleinden?

Betrokken student(en):
- Thomas Van Dam
- Jana Jacobs
- Anna Ritzen
- Hanne Uytterschaut
- Gill De Leeuw
- Jari Defreyne

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (10/12/2024): Positief advies

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Enquête vragen

Ik heb het document “Informatiebrief voor deelnemers aan een experiment” pagina 1 tot en met 6 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor huidig wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor toekomstig academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 7).

Vraag 1: Heb je een gsm?
Vraag 2: Heb je een smartwatch?
(Definitie: Een smartwatch is een draagbaar elektronisch apparaat in de vorm van een horloge dat meer functies biedt dan alleen tijdweergave. Het combineert de functionaliteiten van een horloge met die van een smartphone of een fitness tracker.)
Vraag 3: In welke taal staat uw mobiele telefoon ingesteld?
Vraag 4: Duid aan voor wat u uw smartphone gebruikt en de frequentie (Nooit – soms - vaak)

- Online doktersafspraak plannen
- Afspraken met zorgverleners in digitale agenda noteren
- Resultaten van onderzoeken raadplegen
- Parameters bijhouden (gewicht, water intake, slaap, menstruatiecyclus...)

Fysieke activiteit (stappen, sport)
Vraag 5: Op welke sociale mediaplatforms ben je actief?
Vraag 6: Hoe vaak gebruik je sociale media platformen om gezondheidsinformatie op te zoeken? (nooit – regelmatig – vaak)
Vraag 7: Wat is uw leeftijd?
Vraag 8: Wat is uw geslacht?
Vraag 9: Wat is uw opleidingsniveau?

In kader van het onderzoek zouden wij graag enkele interviews afnemen met vragen die dieper ingaan op het gebruik van de smartphone/smartwatch/computer met betrekking tot de gezondheid. Het interview bevat gemakkelijke vragen waarvoor geen voorkennis vereist is. Het interview kan zowel online als in de huisartsenpraktijk worden afgenomen en zal ongeveer 30-60 minuten van uw tijd in beslag nemen. Bent u bereid deel te nemen aan het interview?

Via welke methode mogen we jou hiervoor contacteren? Email of gsmnummer

Bijlage 3: Vragenlijst semigestructureerde interviews

- Zoek je soms actief naar gezondheidsinformatie op Facebook, Instagram of Tiktok?
  - Op welk platform zoek je dan het meeste?
  - Welke informatie zoek je dan op?
  - Wanneer ga je op zoek naar informatie?
- Kom je soms zaken tegen op sociale media met betrekking tot gezondheid zonder hier actief naar te zoeken?
    - Op welke platforms meestal?
    - Wat vind je daarvan?
- Heeft gezondheidsinformatie die je op sociale media hebt gevonden (actief of passief) ooit invloed gehad op beslissingen die je hebt genomen over je gezondheid of behandelingen? Zo ja, hoe?
- Welke eigenschappen of kenmerken van een post maken dat je deze vertrouwt als het gaat om gezondheidsinformatie?
- Volg je specifieke accounts of influencers die gezondheidsinformatie delen?
    - Zo ja, waarom?
    - Heb je vertrouwen in deze accounts? Waarom?
- Heb je al meegemaakt dat je tegenstrijdige informatie tegenkomt?
    - Kom je soms iets tegen dat anders is dan je eigen ideeën?
    - Wat doe je daar mee?

Bijlage 4: Codeboom

Code	Sources	References
Betrouwbaarheid en wantrouwen	6	15
Belgische bronnen zijn betrouwbaar	3	7
Betalende content is betrouwbaarder	1	1
Gezondheidszorgbeoefenaars op sociale media	2	2
Mensen die je persoonlijk kent zijn meer betrouwbaar	2	2
Onbetrouwbaar	5	10
Info van sociale media checken adhv comments	1	1
Informatie met verkoopdoel minder betrouwbaar	4	5
Onrealistische informatie	3	5
Opzoeken op internet geeft dramatische resultaten	1	1
Praktische toepasbaarheid	1	2
Titel (dokter, deskundige,..) in biografie geeft vertrouwen	2	2
Zelfde info meerdere keren tegenkomen	6	6
Gevolgen van online zoekgedrag	0	0
Gevoelens en bezorgdheden	2	3
Angst om te bespreken met arts	1	3
Bezorgd om medemens	2	4
Opzoeken uit interesse en verder geen gevolgen	1	1
Overvloed aan informatie, moeilijk om te differentiëren	1	1
Tegenstrijdige informatie	5	8
Invloed op doktersbezoek	0	0
Beinvloeden van medische beslissingen	5	7
Dokter is betrouwbaarder	2	7
Gevonden informatie aftoetsen bij gezondheidszorgbeoefenaars	6	9
Lange wachttijden overbruggen	1	1
Niet vertellen aan arts dat info komt van sociale media	2	2
Uitstellen doktersbezoek	2	3
Verwerking informatie na consultatie	2	5
Voorbereiding consultatie - meer vragen stellen aan dokter	3	5
Zelf diagnoses stellen	2	2

Invloed op lichaamsbeeld	1	4
Hoe gezondheidsinformatie bekomen	0	0
Gericht gezondheidsinformatie zoeken	0	0
Beroepsmatig informatie opzoeken	1	1
Contact met peers	5	7
Influencers volgen	1	1
Nooit actief zoeken op sociale media naar gezondheidszorginformatie	3	2
Reviews	1	1
Sport	1	3
Zoeken via hashtags	2	1
Toevallige blootstelling aan gezondheidsinformatie	4	5
Algoritme	5	5
Effect van cookies	2	2
Reclame op sociale media	1	1