

Het belang van taalverzorging en doelgroepafstemming voor de teksten op Kanker.nl

Het effect van schrijfstijl op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de
affectieve respons en de overtuigingen van lezers

Naam: Tessa van Hees

ANR-nummer: 622307

Masterscriptie

Communicatie- en Informatiewetenschappen

Specialisatie Bedrijfscommunicatie en Digitale Media

Faculteit Geesteswetenschappen

Universiteit van Tilburg, Tilburg

Begeleiders: Prof. Dr. E.J. Kraahmer en Dr. H. Tates

Tweede lezer: Dr. C. H. van Wijk

April, 2016

Abstract

In dit onderzoek is onderzocht wat het effect van schrijfstijl is op de evaluatie van de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl. Er werd verwacht dat een leesbare schrijfstijl een positief effect heeft op de tekstbeoordeling en het tekstbegrip en dat een aanvaardbare schrijfstijl een positief effect heeft op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de affectieve respons en de overtuigingen. Daarnaast werd verwacht dat gezondheidsvaardigheid bovenstaande effecten beïnvloedt. De participanten lasen twee originele teksten, twee teksten met een leesbare schrijfstijl of twee teksten met een aanvaardbare schrijfstijl met de thema's 'Doel van bestraling' en 'Hormonale therapie'. Uit de resultaten blijkt dat schrijfstijl een beperkt effect had op het tekstbegrip. Enkele begripsvragen werden significant meer correct beantwoord bij de tekst bij een aanvaardbare schrijfstijl ten opzichte van de twee andere schrijfstijlen. Daarnaast was men bij de tekst met een aanvaardbare schrijfstijl zekerder over de gegeven antwoorden dan bij de twee andere teksten. Gezondheidsvaardigheid had geen invloed op het effect van schrijfstijl. Bij het tekstbegrip liet schrijfstijl echter wel een interactie effect zien met geslacht, opleidingsniveau en de tijd dat participanten Kanker.nl gebruiken. Een verklaring voor het feit dat schrijfstijl geen effect had op de overige factoren is wellicht te vinden in de samenstelling van de steekproef. De participanten hadden een grote betrokkenheid bij Kanker.nl en veel kennis van en interesse in de twee thema's. Dit kan ertoe hebben geleid dat participanten sociaalwenselijke antwoorden hebben gegeven bij de subjectieve metingen van de tekstbeoordeling, de affectieve respons en de overtuigingen. Ook is het mogelijk dat de participanten te bekend waren met de thema's, waardoor de begripsvragen te makkelijk voor hen waren. Dit verklaart de hoge scores bij het tekstbegrip en het beperkte effect van schrijfstijl hierop. Voor toekomstig onderzoek wordt dan ook aangeraden minder betrokken participanten te selecteren en hen een tekst met een onbekend thema te laten evalueren.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Theoretisch Kader	7
2.1	Informatiebehoeftes van patiënten met kanker	7
2.2	Online gezondheidsinformatie	9
2.3	Taalverzorging en de leesbaarheid van een boodschap	12
2.3.1	De leesbaarheid van teksten op Kanker.nl	12
2.3.2	Het vocabulaire	14
2.3.3	De syntax	14
2.4	Doelgroepafstemming en de aanvaardbaarheid van een boodschap	15
2.4.1	De aanvaardbaarheid van teksten op Kanker.nl	15
2.4.2	Versterking van de band met de lezer	16
2.4.3	Consistente informatie	19
2.5	Hypotheses	19
3	Methode	21
3.1	Design	21
3.2	Materiaal	21
3.3	Instrumentatie	23
3.4	Samenstelling van de steekproef	26
3.5	Procedure	27
3.6	Statistische verwerking van de gegevens	28
4	Resultaten	29
4.1	Effect op de tekstbeoordeling	29
4.2	Effect op het tekstbegrip	30
4.3	Effect op de affectieve respons	33
4.4	Effect op de overtuigingen	33
4.5	Tevredenheid over de teksten	34
5	Discussie	36
6	Aanbevelingen	38
7	Conclusie	39
	Referenties	41
	Appendices	49

1 Inleiding

Eén op de drie Nederlanders krijgt ooit kanker, waardoor vrijwel iedereen direct of indirect met deze ziekte te maken krijgt (<https://kwf.nl>). Patiënten met kanker hebben veel behoefte aan informatie over hun ziekte. Vroeger verkreeg men deze informatie vooral via de arts, maar tegenwoordig is veel informatie over kanker ook op het internet te vinden (Rutten, Arora, Bakos, Aziz & Rowland, 2005). Een voorbeeld van een website waarop patiënten deze informatie kunnen vinden, is de website Kanker.nl. Deze website is een initiatief van KWF Kankerbestrijding, Patiëntenvereniging Levenmetkanker en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en dient als online informatie- en ontmoetingsplatform voor patiënten met kanker en hun naasten. Op de website kan men in contact komen met lotgenoten via discussiegroepen, ervaringen delen via blogs en informatie vinden over kanker in een uitgebreide bibliotheek. Deze bibliotheek heeft als belangrijkste doel om betrouwbare, actuele, volledige en begrijpelijke informatie te leveren (<http://kanker.nl>).

Goede gezondheidsinformatie op zowel papier als het internet kan positieve gevolgen hebben voor patiënten. Het is een aanvulling op informatie die door zorgverleners wordt verschaft. Het geeft patiënten meer kennis over hun ziekte of over een behandeling of medicijn (Barlow & Wright, 1998; Bhopal, Gilmour, Fallon, Bhopal & Hamilton, 1990; Boundouki, Humphris & Field, 2004; Garrud, Wood & Stainsby, 2001). Daarnaast vermindert deze informatie vaak negatieve gevoelens zoals angst en zorgt het voor geruststelling (Abuksis et al., 2001; Barlow & Wright, 1998; Boundouki et al., 2004; Eberhardt, Wersch, Schaik & Cann, 2006; Garrud et al., 2001; Humphris, Ireland & Field, 2001). Uit onderzoek is zelfs gebleken dat men na het lezen van gezondheidsinformatie over een behandeling positiever gaat denken over deze behandeling. Zelfs overtuigingen zijn dus te beïnvloeden door middel van geschreven gezondheidsinformatie (Boundouki et al., 2004). Voor het beste effect is het belangrijk dat teksten die gezondheidsinformatie bevatten leesbaar zijn voor iedere patiënt. Dit is zeker het geval bij online gezondheidsinformatie, omdat patiënten in steeds grotere mate het internet raadplegen om informatie over hun ziekte te vinden (James, Daniels, Rahman, McConkey, Derry & Young, 2007; McMullan, 2006; Rutten et al., 2005). Patiënten verschillen op basis van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, maar ook op het gebied van gezondheidsvaardigheid. Dit begrip verwijst naar de vaardigheden die bepalend zijn voor iemands motivatie en capaciteit om gezondheidsinformatie te verzamelen, begrijpen en gebruiken voor het verbeteren of behouden van een goede gezondheid (Nutbeam, 2008). Het is uitermate belangrijk dat gezondheidsinformatie ook voor minder gezondheidsvaardige patiënten leesbaar is, zodat hun gezondheid niet lijdt onder hun lage gezondheidsvaardigheid.

Om de gezondheidsvaardigheid van patiënten te verbeteren en online en offline gezondheidsinformatie leesbaarder te maken, bestaan verschillende initiatieven. Zo wordt met het project ‘Taal maakt gezonder’ van Stichting Lezen & Schrijven de laaggeletterdheid binnen de zorg aangepakt (<http://lezenenschrijven.nl>) en onderzoekt de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) hoe teksten in een aantal maatschappelijke domeinen, waaronder de gezondheidszorg, leesbaarder kunnen worden gemaakt (Sanders, Spooren, Jansen, Lentz & De Vreese, 2010). Om ervoor te zorgen dat een tekst voor iedereen leesbaar is, is het volgens BureauTaal mogelijk te meten welke kenmerken een tekst moeilijk maken en deze aan te passen. Zo ontstaat een tekst die is geschreven in eenvoudig Nederlands (<http://bureautaal.nl>). Hiervoor zijn richtlijnen opgesteld, die door veel organisaties worden gebruikt om leesbare teksten te schrijven. Ook Kanker.nl hanteert richtlijnen die zijn gebaseerd op het principe van BureauTaal (Taalfirma, 2015).

Er zijn echter enkele zaken betreffende de leesbaarheid, waarin Kanker.nl nog verbetering kan aanbrengen. Dit betreft met name de taalverzorging. Volgens Oakland en Lane (2004) zijn er vier factoren die de begrijpelijkheid van een tekst beïnvloeden: de informatiedichtheid, de cognitieve belasting, het vocabulaire en de syntax. Een aanpassing van de laatste twee factoren kan bijdragen aan de leesbaarheid en daardoor leiden tot een positievere tekstbeoordeling en meer tekstbegrip. Zo draagt makkelijk, bekend en duidelijk vocabulaire bij aan de tekstbeoordeling en het tekstbegrip (Baker, Newton & Bergstresser, 1981; Bjørn, Rossel & Holm, 1999; Ley, 1998; Rosemblat, Logan, Tse & Graham, 2006; Tutty & O’Connor, 1999). Daarnaast bevorderen ook korte en eenvoudige zinnen de tekstbeoordeling en het tekstbegrip (Baker et al., 1981; Bjørn et al., 1999; Hansberry, John, John, Agarwal, Gonzales & Baker, 2013; Ley, 1998; Pander Maat & Lentz, 2010), als ze actief zijn geschreven (Jefford & Tattersall, 2002; Leroy, Helmreich & Cowie, 2010; Ley, 1998; Pander Maat & Lentz, 2010; Rosemblat et al., 2006; Tutty & O’Connor, 1999) en als ze duidelijke hoofdgedachtes bevatten (Rosemblat et al., 2006; Tutty & O’Connor, 1999). Ten slotte draagt ook een cohesieve structuur bij aan zowel de tekstbeoordeling als het tekstbegrip (Rosemblat et al., 2006; Whittingham, Ruiter, Castermans, Huiberts & Kok, 2008).

Naast de leesbaarheid van gezondheidsinformatie is ook de aanvaardbaarheid van belang. Hiervoor is doelgroepafstemming noodzakelijk. Steeds vaker wordt gezondheidsinformatie afgestemd op een bepaalde groep personen of zelf op één specifiek persoon (Kreuter, Bull, Clark & Oswald, 1999; Kreuter & Wray, 2003). Wanneer gezondheidsinformatie op één specifiek persoon wordt afgestemd, wordt deze informatie vaak beter beoordeeld en toegepast. Zo leidt het vaak tot positievere intenties wat betreft de eigen

gezondheid, wat in het positiefste geval leidt tot gezonder gedrag (Kreuter, Farrell, Olevitch & Brennan, 2000; Kreuter et al., 1999; Kroeze, Werkman & Brug, 2006; Revere & Dunbar, 2001; Skinner, Campbell, Rimer, Curry & Prochaska, 1999). Wanneer gezondheidsinformatie op meerdere personen moet worden afgestemd, is het lastiger de intenties of het gedrag van een persoon te veranderen (Kreuter & Wray, 2003). Kanker.nl probeert de aanvaardbaarheid van de teksten in de bibliotheek in beperkte mate te vergroten. Zo gebruiken zij soms eufemismen of abstracte omschrijvingen, zodat een tekst niet te direct overkomt. Kanker is immers een gevoelig onderwerp voor de doelgroep van Kanker.nl en daar moet bij het schrijven van de teksten rekening mee worden gehouden.

Er zijn meerdere manieren mogelijk waarop Kanker.nl de aanvaardbaarheid van de teksten in de bibliotheek kan vergroten. Deze hebben allen te maken met doelgroepafstemming. Een manier om online en offline gezondheidsinformatie beter af te stemmen, is het versterken van de band met de lezer (Berry, Michas & Bersellini, 2003; Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999). Hierbij gaat het om het gebruik van betrokken en geruststellende taal, die niet te betuttelend is (Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999), een positief perspectief (Wells & Kaptchuk, 2012), eerlijke taal zonder te veel details prijs te geven (Harp & Mayer, 1998; Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999) en het persoonlijk aanspreken van de lezer door 'jij' en 'u' te gebruiken (Berry et al. 2003). Dit draagt niet alleen bij aan de tekstbeoordeling en het tekstbegrip, maar de lezer ervaart hierdoor ook positievere emoties en overtuigingen na het lezen van de informatie (Berry et al., 2003; Harp & Mayer, 1998; Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999). In e-commerce en crisiscommunicatie wordt in dit geval vaak gesproken over het gebruik van een *conversational human voice* (Kelleher, 2009; Kelleher & Miller, 2006). Dit wordt onder andere gedefinieerd door het tonen van empathie, een informele schrijfstijl en een persoonlijk taalgebruik (Hornikx, Akpinar, Boerhof, Van Bun, Dunnewind, Haukes en Pham, 2015; Huibers & Verhoeven, 2014; Kelleher, 2009; Kelleher & Miller, 2006; Sparks, Bradley & Callan, 1997). Het draagt bij aan het vertrouwen in, de tevredenheid over en de betrokkenheid bij een organisatie (Kelleher, 2009). In het personeelsmanagement wordt dit motiverend taalgebruik genoemd (Sullivan, 1988; Simmons & Sharbrough, 2013). Dit leidt onder andere tot een betere tekstbeoordeling (Loorbach, Steehouder & Taal, 2006; Karreman, Loorbach & Steehouder, 2013). Ten slotte is het belangrijk dat een tekst consistente informatie bevat en dat er geen tegenstrijdige standpunten aanwezig zijn. Dit kan de tekstbeoordeling en het tekstbegrip negatief beïnvloeden (Van der Mast, 1999; Van der Mast, Janssen & Verhagen, 1994).

De huidige teksten in de bibliotheek van Kanker.nl zijn nog niet eerder geëvalueerd. Het huidige onderzoek probeert in deze lacune te voorzien door te onderzoeken wat het effect is van schrijfstijl op de evaluatie van de teksten. Deze evaluatie bestaat uit vier onderdelen. Er wordt onderzocht wat het effect is van schrijfstijl op de tekstbeoordeling (OZ1), het tekstbegrip (OZ2), de affectieve respons (OZ3) en de overtuigingen (OZ4). Participanten wordt gevraagd originele teksten of teksten met een aangepaste schrijfstijl te beoordelen. Het aanpassen van de schrijfstijl gebeurt op twee verschillende manieren. Eerst worden de teksten verbeterd op basis van taalverzorging en vervolgens worden de teksten beter afgestemd op de doelgroep. Daarnaast wordt onderzocht of leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, de tijd dat men Kanker.nl gebruikt en gezondheidsvaardigheid invloed hebben op dit effect (OZ5). Dit wordt onderzocht met behulp van een vragenlijst die wordt afgenomen onder bezoekers van Kanker.nl.

In het volgende hoofdstuk wordt de relevante literatuur besproken en worden de hypothesen genoemd. Daarna wordt de gehanteerde onderzoeksmethode besproken en worden de resultaten gerapporteerd. De scriptie wordt afgesloten met een discussie, een aantal aanbevelingen en een algemene conclusie.

2 Theoretisch Kader

2.1 Informatiebehoeftes van patiënten met kanker

Per jaar worden ruim 100.000 Nederlanders gediagnosticeerd met kanker (<https://kwf.nl>). Het is van groot belang dat zorgverleners zich bewust zijn van de behoeftes die patiënten met kanker hebben. Northouse en Northouse (1988) onderscheiden vier belangrijke communicatie-gerelateerde behoeftes: het behouden van de controle, het zoeken naar informatie, het uiten van gevoelens en het zoeken naar betekenis in hun leven. Wanneer wordt voorzien in de behoefte aan informatie kan dit vele voordelen met zich meebrengen. Zo leidt voldoende informatie over de ziekte tot meer betrokkenheid van de patiënt bij het nemen van beslissingen; meer tevredenheid over de behandeling; een groter vermogen om de diagnose, behandeling en post-behandeling aan te kunnen; een afname van angst en stemmingswisselingen en een verbeterde communicatie met familieleden (Rutten et al., 2005).

De meeste patiënten willen zoveel mogelijk informatie over hun ziekte en de behandeling ervan, ongeacht of deze positief of negatief is (Cox, Jenkins, Catt, Langridge & Fallowfield, 2006). Onderzoeken naar de invloed van bepaalde demografische variabelen op de informatiebehoefte van patiënten met kanker tonen tegenstrijdige resultaten. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat jongere patiënten meer behoefte hebben aan informatie over hun ziekte dan oudere patiënten (Ankem, 2006; Jenkins, Fallowfield & Saul, 2001; McIlmurray et al., 2001). Cox et al. (2006) vonden in hun onderzoek echter geen effect van leeftijd op de informatiebehoefte. Daarnaast tonen enkele onderzoeken aan dat vrouwen vaker naar informatie zoeken over hun ziekte dan mannen (Jenkins et al., 2001; McIlmurray et al., 2001). Onderzoek van Ankem (2006) toont echter aan dat geslacht geen invloed heeft op de informatiebehoefte. Het onderzoek naar verschillen in informatiebehoefte op basis van opleidingsniveau laat bovendien ook geen consistent beeld zien. Eakin en Strycker (2001) geven aan dat hoogopgeleiden vaker naar informatie over hun ziekte zoeken dan laagopgeleiden, terwijl Ankem (2006) in haar onderzoek geen effect van opleidingsniveau op de informatiebehoefte vond. Daarnaast blijkt dat patiënten die een actieve rol prefereren in de behandeling een grotere informatiebehoefte hebben (Ankem, 2006). De informatiebehoefte wordt daarentegen niet beïnvloed door de tijd die is verstreken sinds de patiënt de diagnose heeft gehad (Ankem, 2006). Resultaten van onderzoeken zijn daarentegen wel eensluidend wat betreft de invloed van gezondheidsvaardigheid op de informatiebehoefte van patiënten met kanker. Gezondheidsvaardigheid verwijst naar de vaardigheden die bepalen in hoeverre iemand de motivatie en capaciteit heeft om gezondheidsinformatie te verzamelen, begrijpen en gebruiken om zo een goede gezondheid te verbeteren of behouden (Nutbeam, 2008). In

meerdere onderzoeken is aangetoond dat patiënten met een lage gezondheidsvaardigheid minder behoefte hebben aan informatie over hun ziekte dan patiënten met een hoge gezondheidsvaardigheid (Diviani, Van den Putte, Meppelink & Van Weert, 2016). Naast de mate waarin men naar gezondheidsinformatie zoekt, beïnvloedt gezondheidsvaardigheid ook de mate waarin men de informatie begrijpt. Een lage gezondheidsvaardigheid leidt vaak tot minder begrip van gezondheidsinformatie (Davis, Williams, Marin, Parker & Glass, 2002; Diviani et al., 2016; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Veel onderzoeken naar de informatiebehoefte van patiënten met kanker richtten zich op een specifieke kankersoort, op een bepaalde fase van het ziekteproces of op een specifieke groep patiënten. Rutten et al. (2005) hebben geprobeerd een groot aantal van deze onderzoeken samen te voegen om tot een aantal algemene conclusies te komen. Rutten et al. (2005) destilleren uit deze onderzoeken tien algemene informatiebehoeftecategorieën (met in totaal 64 subcategorieën):

1. De kankersoort;
2. De behandeling;
3. De prognose;
4. Het herstel;
5. De controle;
6. De manier waarop men om moet gaan met kanker;
7. De sociale aspecten;
8. De financiële aspecten;
9. Het medische systeem;
10. Het lichaamsbeeld en seksualiteit.

De mate waarin een patiënt behoefte heeft aan bepaalde informatie is afhankelijk van de ziektefase waarin hij of zij zich bevindt. In de diagnose- en behandelingsfase zoekt men vooral naar informatie over de kankersoort en de behandeling, terwijl men in de post-behandelingsfase vaker zoekt naar informatie over de behandeling en het herstel (Rutten et al., 2005). De meeste patiënten zien zorgverleners nog altijd als de eerste bron voor informatie (James et al., 2007; McMullan, 2006; Rutten et al., 2005). Daarnaast worden enkele andere bronnen veelvuldig geraadpleegd. Hieronder zijn de bronnen op een rij gezet die patiënten het vaakst gebruiken om informatie over kanker te vinden (James et al., 2007; McMullan, 2006; Rutten et al., 2005):

1. Zorgverleners, zoals artsen of verpleegkundigen.
2. Geprint materiaal, zoals boeken en brochures.

3. Media, zoals tv en internet.
4. Personen, zoals familie, vrienden of andere patiënten.
5. Organisatorische of wetenschappelijke bronnen, zoals organisaties als het KWF of wetenschappelijke tijdschriften.

In de afgelopen tijd is het gebruik van het internet voor het zoeken van gezondheidsinformatie sterk toegenomen onder patiënten (McMullan, 2006). Internet wordt niet gebruikt als vervanging van zorgverleners, maar als toevoeging (McMullan, 2006). Patiënten zoeken over het algemeen informatie op het internet, omdat ze ontevreden zijn over de informatie die zij hebben gekregen van zorgverleners of omdat ze er zeker van willen zijn dat ze alle beschikbare informatie gezien hebben (McMullan, 2006).

2.2 Online gezondheidsinformatie

Gezondheidsinformatie is steeds vaker geschreven. Bij geschreven gezondheidsinformatie kan een onderscheid worden gemaakt tussen offline en online gezondheidsinformatie. Beide vormen vergroten de kennis van patiënten (Barlow & Wright, 1998; Boundouki et al., 2004; Garrud et al., 2001). Daarnaast zijn patiënten vaak minder angstig en meer gerustgesteld na het lezen van gezondheidsinformatie (Abuksis et al., 2001; Barlow & Wright, 1998; Bhopal et al. 1990; Boundouki et al., 2004; Eberhardt et al., 2006; Garrud et al., 2001). Mede dankzij de geruststellende werking van geschreven gezondheidsinformatie is men bovendien sneller overtuigd van de positieve effecten van een behandeling of medicijn (Boundouki et al., 2004). In het meest positieve geval leidt dit tezamen tot gezonde intenties, wat vervolgens leidt tot gezonder gedrag (Bhopal et al., 1990; Humphris et al., 2001). De mogelijkheid om deze informatie online te leveren heeft nog een aantal extra voordelen met zich meegebracht. Zo is het internet op vele plaatsen beschikbaar en op ieder moment bereikbaar (McMullan, 2006). Daarnaast kan men anoniem blijven op het internet. Vooral bij gevoelige onderwerpen is het daarom een uitkomst om de gewenste informatie via het internet op te zoeken (Cline & Haynes, 2001; McMullan, 2006). Bovendien is online gezondheidsinformatie makkelijker te personaliseren dan offline gezondheidsinformatie (Cline & Haynes, 2001). Dat maakt het mogelijk informatie op maat of gerichte informatie te leveren. Dit is informatie die is afgestemd op één persoon of op een bepaalde groep in de samenleving (Kreuter et al., 1999; Kreuter & Wray, 2003). Daarnaast zijn patiënten dankzij online gezondheidsinformatie beter in staat goed voor hun eigen gezondheid te zorgen en hebben zij meer kennis over hun ziekte en de behandeling ervan (McMullan, 2006)

Er zitten echter ook nadelen aan deze ontwikkeling: informatie is moeilijk te vinden

door een *information overload* en de ongeorganiseerde structuur van het internet; personen bezitten onvoldoende vaardigheden om bekwaam naar informatie te zoeken; gezondheidswebsites zijn vaak gebruiksonvriendelijk; de informatie wordt dikwijls niet op tijd geüpdatet en de informatie is vaak niet gecontroleerd op het gebied van kwaliteit en juistheid (Cline & Haynes, 2001; Morahan-Martin, 2004). Om deze nadelen zoveel mogelijk te beperken, hebben Cline en Haynes (2001) op basis van wetenschappelijk onderzoek criteria opgesteld waaraan online gezondheidsinformatie moet voldoen. Dit zijn criteria die grotendeels ook voor offline gezondheidsinformatie gelden en zijn gerelateerd aan de bron, de boodschap en de afstemming op de doelgroep (Cline & Haynes, 2001).

Het belangrijkste criterium voor de bron is geloofwaardigheid (Cline & Haynes, 2001; Jin, Yan, Li & Li, 2015; Morahan Martin, 2004). De bron moet in de eerste plaats bekend zijn. Veel internetgebruikers geven aan gezondheidsinformatie niet te gebruiken wanneer zij niet weten van wie of wat de informatie afkomstig is (Morahan-Martin, 2004). Daarnaast moet een bron autoriteit bezitten. De autoriteit geeft aan in welke mate een bron in de positie is om te weten of iets correct is of niet. Zorgverleners worden vaak beschouwd als autoriteiten op het gebied van gezondheidsinformatie (Cline & Haynes, 2001; Kim, Eng, Deering & Maxfield, 1999). De bron moet ook betrouwbaar zijn, wat inhoudt dat de bron de motivatie moet hebben om de waarheid te spreken (Cline & Haynes, 2001). De criteria van geloofwaardigheid gelden voor zowel online als offline gezondheidsinformatie. Voor online gezondheidsinformatie gelden daarnaast de criteria betreffende de populariteit van boodschappen van een bepaalde bron, eventuele interacties van de bron met anderen op de website en (indien aanwezig) het online profiel van de bron (Jin et al., 2015). Doordat het internet voor vrijwel iedereen toegankelijk is en informatie makkelijk geplaatst kan worden zonder dat het gecontroleerd is, is de bron bij online gezondheidsinformatie een extra belangrijk criterium om de kwaliteit en juistheid te kunnen bepalen (Cline & Haynes, 2001; Morahan-Martin, 2004).

Naast de bron is ook de boodschap zelf belangrijk. Deze moet in de eerste plaats actueel zijn. Dit is makkelijk te beoordelen door te kijken wanneer de website voor het laatst is geüpdatet (Cline & Haynes, 2001; Kim et al., 1999; Morahan-Martin, 2004; O'Mahony, 1999). Ook moet de boodschap accuraat zijn en overeenkomen met wat algemeen bekend is (Berland et al., 2001; Cline & Haynes, 2001; Eysenbach, Powell, Kuss & Sa, 2002). Daarnaast is de informatie van betere kwaliteit wanneer deze logisch en geordend is gepresenteerd in de boodschap (Cline & Haynes, 2001; Eysenbach et al., 2002). Bovenstaande criteria hebben met name betrekking op de uitstraling van de boodschap, maar

de inhoud is minstens even belangrijk. Volgens Eysenbach et al. (2002) is de inhoud zelfs het belangrijkste criterium bij het beoordelen van online gezondheidsinformatie. Deze moet bovenal voor iedereen begrijpelijk zijn (Appleby, 1999; Eysenbach et al., 2002; Kim et al., 1999).

Ten slotte is het belangrijk dat de online gezondheidsinformatie goed is afgestemd op de doelgroep. Hiervoor moet de schrijver duidelijk voor ogen hebben wat de doelgroep, het onderwerp en het doel van de boodschap zijn. Ten eerste moeten de lay-out en inhoud voldoen aan de wensen van de doelgroep (Eysenbach et al., 2002; Kim et al., 1999). Daarnaast is het belangrijk dat de doelgroep de informatie als begrijpelijk, relevant en bruikbaar ervaart (Berland et al., 2001; Cline & Haynes, 2001; Eysenbach et al., 2002; Kim et al., 1999). De afstemming op de doelgroep is extra moeilijk wanneer het gaat om gezondheidsinformatie over kanker. Zowel online als offline informatie over kanker roept vaak negatieve gevoelens op bij de patiënt. Het is dan ook een grote uitdaging om de informatie op een manier over te brengen, waarbij de patiënt geen of zo min mogelijke negatieve gevoelens ervaart na het lezen (Beckjord, Finney Rutten, Arora, Moser & Hesse, 2008). Een eerlijke en gepaste schrijfstijl is zowel bij online als offline gezondheidsinformatie vereist als men dit wil bewerkstelligen (Cline & Haynes, 2001; Tutty & O'Connor, 1998).

De beoordeling van gezondheidsinformatie kan worden beïnvloed door bepaalde aspecten. Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met een lage gezondheidsvaardigheid gezondheidsinformatie vaker negatief beoordelen dan patiënten met een hoge gezondheidsvaardigheid (Diviani, Van den Putte, Giani & Van Weert, 2015). Er is verder geen wetenschappelijk bewijs dat er andere aspecten, zoals demografische factoren, invloed hebben op de beoordeling van gezondheidsinformatie.

Bij de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl staat de bron vast. De autoriteit en betrouwbaarheid van de bron zijn daarom niet te manipuleren in dit onderzoek. De taalverzorging van de teksten en de afstemming op de doelgroep kunnen daarentegen wel aangepast worden. In de volgende paragrafen wordt toegelicht wat de belangrijkste kenmerken zijn van een leesbare en aanvaardbare schrijfstijl en wat voor voordelen deze met zich meebrengen. Op basis daarvan worden aan het einde van dit hoofdstuk enkele hypothesen opgesteld.

2.3 Taalverzorging en de leesbaarheid van een boodschap

2.3.1 De leesbaarheid van teksten op Kanker.nl

Het is belangrijk dat een tekst met gezondheidsinformatie leesbaar is voor alle patiënten. Volgens BureauTaal zijn er bepaalde kenmerken die bepalen hoe moeilijk een tekst is. Wanneer deze kenmerken op de juiste manier worden aangepast, zal de tekst voor iedereen leesbaar zijn. Schrijven op deze manier wordt ook wel schrijven in eenvoudig Nederlands of schrijven op B1-niveau genoemd (<http://bureautaal.nl>). Deze werkwijze wordt toegepast door Kanker.nl om de leesbaarheid van de teksten te vergroten. De term B1-niveau is afkomstig van de Europese taalniveaus. Om het leren van talen te stimuleren binnen Europa richtte de Raad van Europa het *Common European Framework of Reference (CEFR)* op. Het *CEFR* heeft vijf domeinen van taal gedefinieerd: luisteren, lezen, gesproken interactie, gesproken productie en schrijven. Met behulp van het *CEFR* kan worden bepaald op welk niveau men een tweede taal kan verstaan, lezen, spreken en schrijven. Er bestaan zes verschillende niveaus waarop men kan worden ingedeeld, variërend van een basis taalniveau (A1 en A2) tot een onafhankelijk taalniveau (B1 en B2) tot een vaardig taalniveau (C1 en C2) (Broeder & Van Wijk, 2009). Tegenwoordig worden deze niveaus ook toegepast op moedertaalsprekers. In dat geval wordt gekeken naar de mate waarin iemand informatie in een bepaalde taal begrijpt, een taal spreekt en in een taal kan schrijven (Van der Heide & Rademakers, 2015). Een overzicht van de leesvaardigheid die men bezit bij ieder taalniveau is te zien in Kader 1.

Kader 1. Een overzicht van de zes taalniveaus van het *CEFR* toegepast op moedertaalsprekers.

A1-niveau	De lezer begrijpt vertrouwde woorden en kan korte teksten lezen en begrijpen
A2-niveau	De lezer begrijpt korte eenvoudige teksten die zijn geschreven in alledaagse taal
B1-niveau	De lezer begrijpt teksten over bekende en vertrouwde onderwerpen
B2-niveau	De lezer begrijpt veel soorten teksten makkelijk en snel
C1-niveau	De lezer begrijpt lange en ingewikkelde teksten, zoals specialistische artikelen
C2-niveau	De lezer begrijpt in principe iedere vorm van geschreven taal meteen

Ruim 95% van de Nederlanders begrijpt teksten op B1-niveau, gevolgd door het B2-niveau (25%) en het A2-niveau (15%) (Jansen, 2013). BureauTaal ontwikkelde een manier om naast personen ook teksten in te delen op de Europese taalniveaus. Wanneer een tekst op B1-niveau is geschreven, moet iemand met een taalniveau B1 (of hoger) deze tekst begrijpen (Jansen,

2013). Een tekst op B1-niveau wordt gekenmerkt door een logische opbouw; korte, persoonlijke en actieve zinnen en alledaagse woorden. Taalfirma heeft deze kenmerken verwerkt in veertien richtlijnen om een tekst op B1-niveau te schrijven (Taalfirma, 2015). Deze worden opgesomd in Kader 2.

1. Houd de zinnen kort, gemiddeld twaalf woorden per zin. Houd ook de tekst zo kort mogelijk.
2. Zet het belangrijkste (de hoofdgedachte) aan het begin. Beperk je tot één hoofdgedachte per zin.
3. Houd zinnen eenvoudig. Vermijd tangconstructies. Gebruik geen dubbele ontkenningen en niet meer dan één bijzin met een hoofdzin.
4. Schrijf actief en vermijd de lijdende vorm. Gebruik geen nominalisaties (naamwoordstijlen).
5. Gebruik zo min mogelijk hulpwerkwoorden (zoals zullen, kunnen, etc.).
6. Schrijf eenduidig en consistent.
7. Gebruik zoveel mogelijk woorden die veel voorkomen (hoogfrequente woorden).
8. Vermijd jargon.
9. Gebruik geen ouderwetse, formele, ambtelijke of 'dure' woorden en uitdrukkingen.
10. Gebruik concrete taal. Vermijd abstracte woorden en abstract taalgebruik.
11. Vermijd figuurlijke taal, dus geen beeldspraak, uitdrukkingen en eufemismen.
12. Omschrijf nieuwe of moeilijke begrippen duidelijk.
13. Zorg voor duidelijke verwijzingen (die, dat, etc.) en structuuraanduiders (omdat, hoewel, etc.). Dat brengt samenhang oftewel coherentie in de tekst.
14. Breng structuur in de tekst met tussenkopjes en alinea's. maak alinea's niet onnodig lang.

Kader 2. De richtlijnen om op B1-niveau te schrijven volgens Taalfirma.

Bovenstaande richtlijnen komen gedeeltelijk overeen met de factoren die volgens Oakland en Lane (2004) belangrijk zijn voor een begrijpelijke tekst: de informatiedichtheid, de cognitieve belasting, het vocabulaire en de syntax. De eerste twee factoren hebben betrekking op de mate waarin een lezer moet nadenken en de hoeveelheid voorkennis die vereist is om de tekst te kunnen begrijpen. Hierbij gaat het er met name om dat de besproken concepten duidelijk en

bekend moeten zijn (Oakland & Lane, 2004). De laatste twee factoren richten zich op de taalverzorging en worden afzonderlijk besproken.

2.3.2 Het vocabulaire

Zowel voor online als offline gezondheidsinformatie geldt dat het vocabulaire van een tekst makkelijk, bekend en concreet moet zijn. Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van het vocabulaire op de leesbaarheid van teksten in het algemeen. Zowel bij online als offline teksten geldt dat moeilijke en onbekende woorden, zoals jargon, moeten worden vermeden. Deze maken een tekst moeilijker te begrijpen (Oakland & Lane, 2004). Daarnaast is het belangrijk om concreet taalgebruik te hanteren om de begrijpelijkheid van een tekst te verbeteren (Oakland & Lane, 2004). Ook bij geschreven online en offline gezondheidsinformatie is het van belang dat er makkelijke en bekende woorden en concrete taal worden gebruikt (Baker et al., 1981; Bjørn et al., 1999; Ley, 1998; Rosemblat et al., 2006; Tutty & O'Connor, 1999). Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat het aanpassen van het vocabulaire kan bijdragen aan de tekstbeoordeling en het tekstbegrip van offline gezondheidsinformatie. Het vervangen van moeilijke en onbekende woorden door makkelijkere en bekendere synoniemen leidt tot een positievere beoordeling van de begrijpelijkheid en leesbaarheid van de gezondheidsinformatie (Baker et al., 1981; Bjørn et al., 1999; Tutty & O'Connor, 1999). Ook leidt het tot meer tekstbegrip (Baker et al., 1981). Rosemblat et al. (2006) toonden aan dat bij online gezondheidsinformatie het gebruik van makkelijk en bekend vocabulaire eveneens bepalend is voor de begrijpelijkheid en leesbaarheid van de informatie.

2.3.3 De syntax

Ook de syntax moet zowel voor online als offline gezondheidsinformatie aan bepaalde eisen voldoen. De syntax kan worden opgedeeld in de zinsbouw en de structuur van een tekst (Oakland & Lane, 2004). Ten eerste geldt dat de zinnen in een tekst niet te complex of te lang mogen zijn (Oakland & Lane, 2004). Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat ook bij geschreven offline gezondheidsinformatie de waargenomen begrijpelijkheid en leesbaarheid van de informatie verbetert wanneer zinnen worden ingekort en vereenvoudigd (Baker et al., 1981; Bjørn et al., 1999; Ley, 1998; Pander Maat & Lentz, 2010; Tutty & O'Connor, 1999). Daarnaast wordt het tekstbegrip groter door zinnen in te korten en te vereenvoudigen (Baker et al., 1981). Bij online gezondheidsinformatie geldt eveneens dat de waargenomen begrijpelijkheid en leesbaarheid toenemen wanneer korte en eenvoudige zinnen worden gebruikt (Hansberry et al., 2013). Daarnaast wordt afgeraden een lijdende vorm te gebruiken (Ferreira & Stacey, 2001). Meerdere onderzoeken tonen aan dat de begrijpelijkheid en

leesbaarheid van offline gezondheidsinformatie positiever wordt beoordeeld wanneer men actieve taal gebruikt (Jefford & Tattersall, 2002; Leroy et al., 1998; Pander Maat & Lentz, 2010; Tutty & O'Connor, 1999). Leroy et al. (2010) verwachtten ook dat het tekstbegrip zou toenemen door actief taalgebruik, maar deze verwachting kwam niet uit. Rosemblat et al. (2006) gingen ervanuit dat het gebruik van actieve taal ook bij online gezondheidsinformatie zou bijdragen aan de waargenomen begrijpelijkheid en leesbaarheid, maar zij vonden geen significant effect van actief taalgebruik hierop. Ten slotte moet iedere zin een duidelijke hoofdgedachte hebben (Oakland & Lane, 2004). Tutty en O'Connor (1999) constateerden dat een duidelijke hoofdgedachte bij offline gezondheidsinformatie bijdraagt aan de waargenomen begrijpelijkheid en leesbaarheid van offline gezondheidsinformatie. Rosemblat et al. (2006) vonden hetzelfde resultaat voor online gezondheidsinformatie.

Naast de zinsbouw is ook de structuur van een tekst een belangrijk onderdeel van de syntax (Oakland & Lane, 2004). Een goed gestructureerde tekst wordt gekenmerkt door een grote mate van coherentie. Dit is de samenhang tussen de verschillende eenheden in een tekst en deze is vooral belangrijk voor de tekstrepresentatie. Als er te weinig coherentie is, zal de lezer een tekst minder goed begrijpen (Land, Sanders & Van den Bergh, 2008; Land, Sanders & Van den Bergh, 2009). Een goede structuur is ook van belang voor geschreven offline en online gezondheidsinformatie. Meerdere onderzoeken tonen aan dat het verbeteren van de structuur bijdraagt aan de tekstbeoordeling. Pander Maat en Lentz (2010) en Whittingham et al. (2008) tonen met hun onderzoeken aan dat de begrijpelijkheid en leesbaarheid van geschreven offline gezondheidsinformatie positiever werden beoordeeld wanneer de structuur was verbeterd. Whittingham et al. (2008) verwachtten dat het tekstbegrip hier ook positief door zou worden beïnvloed. Deze verwachting kwam echter niet uit en Whittingham et al. (2008) wijten dit aan de *illusion of knowing*: men denkt een tekst goed te begrijpen, terwijl dit eigenlijk niet het geval is. Rosemblat et al. (2006) gingen ervanuit dat het gebruik van structuurmarkeerders ook zou bijdragen aan de waargenomen begrijpelijkheid en leesbaarheid van online gezondheidsinformatie. Hun verwachting kwam echter niet uit. Structuur is dus niet in alle gevallen van doorslaggevend belang voor de tekstbeoordeling.

2.4 Doelgroepafstemming en de aanvaardbaarheid van een boodschap

2.4.1 De aanvaardbaarheid van teksten op Kanker.nl

Naast de leesbaarheid van een boodschap is het ook belangrijk dat de boodschap aanvaardbaar is voor de doelgroep. Om de aanvaardbaarheid te vergroten is het belangrijk eerst te bepalen wat de doelgroep, het onderwerp en het doel van de tekst zijn. Voordat de doelgroep bepaald

wordt, moet men eerst een strategie kiezen. Zo is het mogelijk de gezondheidsinformatie te richten op één persoon of op meerdere personen. Wanneer gezondheidsinformatie wordt gegeven die is samengesteld op basis van bepaalde kenmerken die typerend zijn voor één specifiek persoon, wordt gesproken van *tailored health communication* (Kreuter & Wray, 2003). Vaak wordt gezondheidsinformatie niet op één specifiek persoon afgestemd, maar op een bepaald deel van de samenleving. In dit geval wordt gesproken van *targeted health communication* (Kreuter & Wray, 2003). Op Kanker.nl wordt gebruik gemaakt van *targeted health communication*. De teksten worden niet afgestemd op iedere bezoeker afzonderlijk, maar wel op een bepaald deel van de samenleving: (ex)kankerpatiënten en hun naasten (<http://kanker.nl>). De besproken onderwerpen op Kanker.nl zijn altijd kanker-gerelateerd. Omdat deze onderwerpen makkelijk negatieve gevoelens oproepen bij de doelgroep gebruikt Kanker.nl in sommige gevallen eufemismen en abstracte omschrijvingen, ondanks dat het in strijd is met de richtlijnen voor het schrijven op B1-niveau. Sommige teksten zijn echter te hard van toon wanneer Kanker.nl zich aan deze richtlijnen houdt (Taalfirma, 2015). Naast de doelgroep en het onderwerp wordt ook het doel gedefinieerd. Om het doel van de tekst te bepalen, moet men rekening houden met een aantal aspecten. Iedere communicatieve uiting heeft vier aspecten: het zakelijke, het expressieve, het relationele en het appellerende. Ten eerste bevat een boodschap altijd zakelijke informatie. Daarnaast bevat een boodschap informatie over de zender. Ook wordt informatie gegeven over de wijze waarop de zender tegenover de ontvanger staat. Ten slotte heeft vrijwel iedere boodschap het doel invloed uit te oefenen op de zender. Een zender moet alle vier aspecten van de boodschap goed leren beheersen om goed te kunnen communiceren (Schulz von Thun, 2010). Om een tekst goed op de doelgroep af te stemmen moet deze een zakelijk, expressief, relationeel en appellerend aspect bevatten. Zo is het op Kanker.nl belangrijk om niet alleen zakelijke informatie te geven, maar is het ook van belang om rekening te houden met de gevoelens van de lezer. Dit is mogelijk door taal te gebruiken die ervoor zorgt dat de band met de lezer wordt versterkt. De doelgroepafstemming wordt daarnaast verbeterd wanneer consistente informatie wordt geleverd. Deze factoren worden hieronder afzonderlijk besproken.

2.4.2 Versterking van de band met de lezer

Bij alle vormen van gezondheidsinformatie is het tonen van betrokkenheid zeer belangrijk. Dit geldt voor de gezondheidsinformatie die zorgverleners mondeling overdragen, maar ook voor geschreven informatie. Volgens het adagium van Rümke wordt een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener gekenmerkt door maximale toenadering met behoud van distantie (Schmitz, 2001). Dit geldt ook voor schrijvers van online en offline gezondheidsinformatie.

Dit houdt in dat men betrokkenheid mag tonen, maar geen betuttelende taal moet gebruiken (Jefford & Tattersall, 2002). Daarnaast is het belangrijk om zowel online als offline gezondheidsinformatie niet op een verontrustende of zorgwekkende wijze over te brengen om te voorkomen dat men negatieve emoties ervaart na het lezen van de informatie. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van een positief perspectief in plaats van een negatief perspectief (Wells & Kaptchuk, 2012). Het is echter wel belangrijk om eerlijk te zijn en geen belangrijke informatie weg te laten (Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999). Toch is het beter niet te veel details over bijvoorbeeld bijwerkingen van een medicijn te bespreken. Details leiden af van de hoofzaken en zorgt zelfs voor minder tekstbegrip (Harp & Mayer, 1998). Het is tevens aan te raden niet alleen procedurele informatie te geven, maar ook informatie over de gevoelens die de patiënt zou kunnen ervaren door een behandeling of het gebruik van een medicijn (Tutty & O'Connor, 1999). Bovendien zorgt het persoonlijk aanspreken van de lezer door het gebruik van 'jij' of 'u' voor een betere tekstbeoordeling en een groter tekstbegrip van offline gezondheidsinformatie (Ley, 1998; Berry et al., 2003). Daarnaast zorgt het ervoor dat men na het lezen positievere emoties ervaart. Zo is men meer gerustgesteld en minder angstig wanneer persoonlijke taal wordt gebruikt (Berry et al., 2003; Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999). Ook is men meer overtuigd van de positieve gevolgen van een behandeling of medicijn dat in de tekst aan bod kwam (Berry et al., 2003). Onderzoek naar de effecten van persoonlijk taalgebruik op online gezondheidsinformatie ontbreekt. Wel is onderzoek gedaan naar persoonlijk taalgebruik in de online communicatie van organisaties in het algemeen. In de e-commerce in crisiscommunicatie wordt tegenwoordig steeds vaker gesproken over het gebruik van een *conversational human voice* in plaats van persoonlijke taal (Kelleher, 2009; Kelleher & Miller, 2006). Steeds meer organisaties gebruiken deze manier van communiceren om hun consumenten op een persoonlijke manier aan te spreken. Het kan hierbij gaan om het leveren van online gezondheidsinformatie, maar ook om het verstrekken van informatie via een online helpdesk. Een *conversational human voice* wordt vaak gekenmerkt door het gebruik van dialoog, emoties, humor, het verwelkomen van conversatie en het toegeven van fouten (Huibers & Verhoeven, 2014). Daarnaast is het voor een organisatie belangrijk om te letten op het uiten van voldoende sympathie, het gebruik van spreektaal en een persoonlijke adressering (Sparks, Bradley & Callan, 1997). Hornikx et al. (2015) hebben de belangrijkste aspecten van een *conversational human voice* grofweg ingedeeld in drie strategieën die organisaties kunnen gebruiken. Ten eerste is empathie belangrijk. Een organisatie kan laten zien dat het meeleeft met de lezer door middel van zinnen, zoals 'dat is erg vervelend voor u'. Daarnaast kan het

nuttig zijn een informele schrijfstijl te hanteren. In dit geval spreekt de organisatie de lezer aan met ‘je’ in plaats van ‘u’. Ten slotte kan het vermelden van de naam van de schrijver ook bijdragen aan een menselijke manier van communiceren. Zo krijgt de organisatie een gezicht (Hornikx et al., 2015). Een *conversational human voice* correleert volgens onderzoek positief met het vertrouwen in, de tevredenheid over en de betrokkenheid bij een organisatie (Kelleher, 2009). Er is nog geen onderzoek gedaan naar het effect van het gebruik van een *conversational human voice* in online gezondheidsinformatie, maar bovenstaande correlaties kunnen ook verwacht worden wanneer gezondheidsorganisaties deze manier van communiceren toepassen bij het leveren van informatie.

In het personeelsmanagement wordt niet zozeer gesproken van een *conversational human voice*, maar van *motivational language* (Sullivan, 1988; Simmons & Sharbrough, 2013). Uit onderzoek blijkt onder andere dat het bijdraagt aan het werkklimaat, de tevredenheid over de baan en de motivatie (Alqahtani, 2015; Simmons & Sharbrough, 2013; Sullivan, 1988). Ook helpt het personen meer zelfredzaam te worden (Mayfield & Mayfield, 2012). Ook in gezondheidsinformatie kan motiverend taalgebruik worden gebruikt. Zo hebben sommige teksten op Kanker.nl naast een informerend doel ook een motiverend doel. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de schrijver de lezer wil overhalen een behandeling te ondergaan of een medicijn te gebruiken. Er zijn drie vormen van motiverend taalgebruik. De eerste vorm is het gebruik van richting gevende taal. Door middel van deze vorm van communicatie worden onzekerheid, ambiguïteit en twijfel verkleind. De tweede vorm van motiverend taalgebruik is het gebruik van empathische taal, wat ervoor zorgt dat de schrijver en lezer(s) worden verbonden. Ten slotte kan men betekenisgevende taal gebruiken om te motiveren. Hiermee worden de normen en cultuur van een organisatie weergegeven. Dit wordt vaak gedaan met behulp van verhalen, metaforen, symbolen of rituelen (Holmes, 2012; Sullivan, 1988). Motiverend taalgebruik kan een positief effect hebben op de beoordeling van de manier van communiceren (Simmons & Sharbrough, 2013). Zo zet een tekst met motiverend taalgebruik de lezer niet alleen aan tot het uitvoeren van een bepaalde handeling (bijvoorbeeld het ondergaan van een behandeling of het gebruiken van een medicijn), maar zorgt er ook voor dat de tekst beter wordt beoordeeld (Loorbach et al., 2006; Karreman et al., 2013). Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van het gebruik van motiverende taal bij offline en online gezondheidsinformatie. Op basis van resultaten uit eerder onderzoek kan echter worden verwacht dat motiverend taalgebruik ook hierbij positieve effecten heeft op de tekstbeoordeling.

2.4.3 Consistente informatie

Bij Kanker.nl is sprake van *collaborative writing*, ofwel collaboratief schrijven. Dit houdt in dat twee of meer personen aan een zelfde tekst werken, Het grootste deel van de teksten die door organisaties worden opgesteld, is op deze manier tot stand gekomen (Tammaro, Mosier, Goodwin & Spitz, 1997). Collaboratief schrijven wordt vaak gezien als iets positiefs, omdat de verschillende inzichten en vaardigheden van meerdere personen de beperkingen van één persoon aanvullen (McCarthy, Miles & Monk, 1991). Bij Kanker.nl worden daarom medische deskundigen voortdurend betrokken bij het schrijven van de teksten op Kanker.nl (<http://kanker.nl>). Dit zorgt voor meerdere inzichten en draagt bij aan de betrouwbaarheid en autoriteit van Kanker.nl als bron. Het brengt echter ook negatieve gevolgen met zich mee. Het kan namelijk leiden tot inconsistentie in de tekst, omdat de artsen andere zaken willen benadrukken dan de schrijvers. Volgens Van der Mast (1999) en Van der Mast, Janssen en Verhagen (1994) bevat een tekst die door meerdere schrijvers is geschreven polyfonie. Iedere taaluiting draagt verschillende gekristalliseerde dialogen in zich. Dit houdt in dat naast het standpunt van de schrijver ook andere standpunten worden gepresenteerd in een tekst. Op zinsniveau is polyfonie gemarkeerd door concrete tekstkenmerken. Zo kan een woord als 'hoewel' erop duiden dat de schrijver een dergelijk standpunt heeft, maar dat er een ander standpunt is dat in strijd is met het eerste standpunt (Van der Mast, 1999; Van der Mast, Janssen & Verhagen, 1994). Het hoeft niet altijd storend te zijn dat er meerdere standpunten zijn. Wanneer er echter te veel polyfonie aanwezig is, kan dit verwarrend zijn voor de lezer. Het leidt tot inconsistentie in de tekst, waardoor niet langer duidelijk is welk standpunt het belangrijkste is en daardoor zal de lezer de tekst minder goed begrijpen. Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar de invloed van polyfonie op de evaluatie van offline en online gezondheidsinformatie. Het is echter te verwachten dat ook hierbij geldt dat consistente informatie beter wordt beoordeeld en begrepen dan informatie waarin veel polyfonie aanwezig is.

2.5 Hypotheses

Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat taalverzorging bijdraagt aan zowel de tekstbeoordeling als het tekstbegrip (Baker et al., 1981, Bjørn et al., 1999; Hansberry et al., 2013; Jefford & Tattersall, 2002; Leroy et al., 1998; Ley, 1998; Pander Maat & Lentz, 2010; Rosemblat et al., 2006; Tutty & O'Connor, 1999; Whittingham et al., 2008). Daarnaast verbetert doelgroepafstemming ook de tekstbeoordeling en het tekstbegrip (Ley, 1998; Berry et al., 2003; Karreman et al., 2013; Ley, 1998; Loorbach et al., 2006; Van der Mast, 1999;

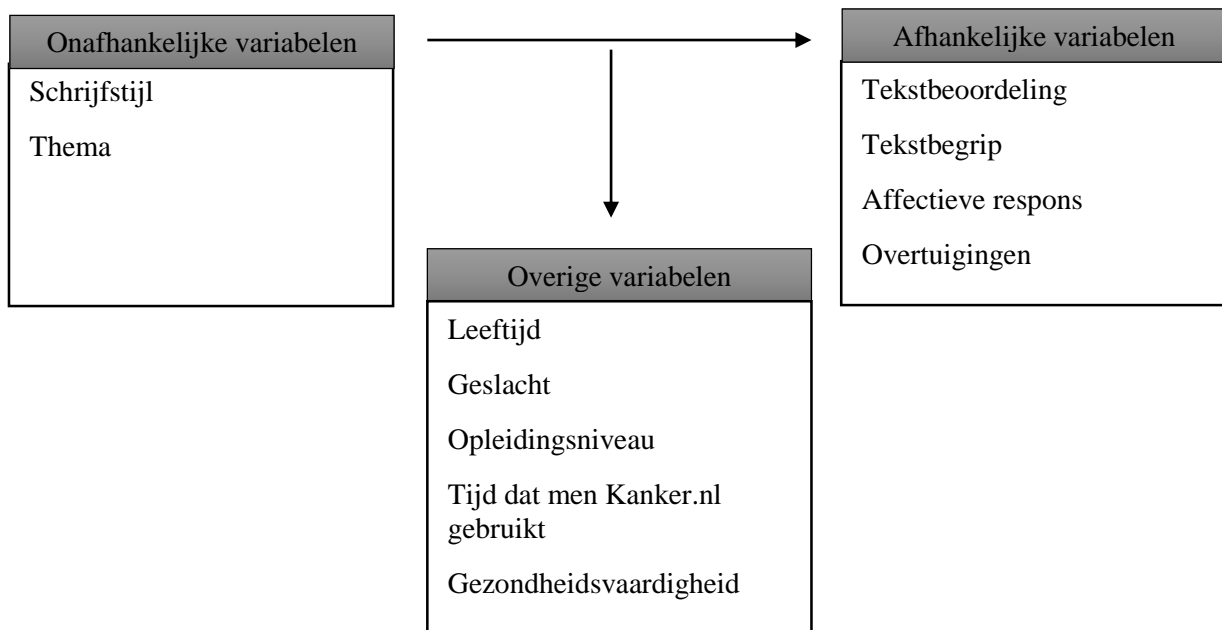
Van der Mast, Janssen & Verhagen, 1994). Doelgroepafstemming leidt tevens tot een positievere affectieve respons en positievere overtuigingen na het lezen van een tekst (Berry et al., 2003; Jefford & Tattersall, 2002; Tutty & O'Connor, 1999). Het effect van taalverzorging en doelgroepafstemming op de evaluatie van teksten kan worden beïnvloed door de gezondheidsvaardigheid van de lezer (Diviani et al., 2015). Op basis van bovenstaande kunnen een aantal hypothesen worden opgesteld wat betreft de eerder genoemde onderzoeksvragen. De hypothesen luiden als volgt.

- H1 De beoordeling van de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl wordt positiever door taalverzorging en doelgroepafstemming.*
- H2 Het begrip van de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl neemt toe door taalverzorging en doelgroepafstemming.*
- H3 De affectieve respons na het lezen van de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl wordt positiever door doelgroepafstemming.*
- H4 De overtuigingen na het lezen van de teksten in de bibliotheek op Kanker.nl worden positiever door doelgroepafstemming.*
- H5 Het effect van schrijfstijl op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de affectieve respons en de overtuigingen wordt beïnvloed door gezondheidsvaardigheid.*

3 Methode

3.1 Design

Twee factoren zijn onafhankelijk van elkaar gevarieerd: Schrijfstijl en Thema. Schrijfstijl was een tussenproefpersoon factor met drie niveaus: een originele tekst, een tekst met een leesbare schrijfstijl en een tekst met een aanvaardbare schrijfstijl. Het Thema was een binnenproefpersoon factor met twee niveaus: een tekst over het doel van bestraling en een tekst over hormonale therapie. Het onderzoek had drie condities: één waarin de participant twee originele teksten las, één waarin de participant twee leesbare versies las en één waarin de participant twee aanvaardbare versies las. Dit onderzoek had een drie (Schrijfstijl: *origineel*, *leesbaar* en *aanvaardbaar*) x twee (Thema: *doel van bestraling* en *hormonale therapie*) gemengd design. Er waren vier afhankelijke variabelen: tekstbeoordeling (opgedeeld in twee categorieën: een rapportcijfer en tekstwaardering), tekstbegrip (opgedeeld in twee categorieën: de correctheid van de antwoorden en de zekerheid hierover), affectieve respons (opgedeeld in twee categorieën: negatieve affectieve respons en positieve affectieve respons) en overtuigingen. In Figuur 1 is het conceptueel model van dit onderzoek te zien.



Figuur 1. Het conceptueel model van dit onderzoek.

3.2 Materiaal

Het materiaal dat is gebruikt in dit onderzoek is afkomstig van Kanker.nl. Er zijn twee teksten van de website gehaald: een tekst over het doel van bestraling en een tekst over hormonale therapie. De originele versies zijn gebruikt in de eerste conditie van dit onderzoek en zijn te

zien in Appendix 1 en 2. De teksten zijn vervolgens eerst herzien op het gebied van taalverzorging. De teksten die hieruit zijn ontstaan, zijn te zien in Appendix 3 en 4. Daarna zijn de teksten ook herzien op het gebied van doelgroepafstemming. Deze teksten zijn te zien in Appendix 5 en 6. De tekstherzieningen moeten bijdragen aan de leesbaarheid en aanvaardbaarheid van de teksten. Er is een lijst gemaakt van de tekstaspecten die zijn aangepast. Deze lijst is te zien in Appendix 7. Om aan te tonen op welke manier de teksten zijn veranderd is in Kader 3 per schrijfstijl de tweede alinea van de tekst over hormonale therapie te zien. Zo is duidelijk zichtbaar dat de teksten in meerdere opzichten van elkaar verschillen.

Kader 3. Per Schrijfstijl de tweede alinea van de tekst over hormonale therapie.

Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar
<p>Hormonen Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen. Een aantal klieren en organen maakt hormonen, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de schildklier • de zaadballen • de eierstokken <p>Hormonen worden uitgescheiden in het bloed en vinden zo hun weg door het lichaam naar de plek waar ze hun werking zullen hebben. Daar beïnvloeden ze organen of processen door het afgeven van signalen. Hormonen zorgen er bijvoorbeeld voor dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bepaalde organen goed functioneren • de stofwisseling en de menstruatiecyclus goed werken • bepaalde organen of weefsels groeien of zich ontwikkelen. 	<p>Hormonen Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen. Hormonen worden gemaakt door een aantal klieren en organen zoals de schildklier, de zaadballen en de eierstokken. De hormonen komen in het bloed terecht. Zo vinden ze hun weg door het lichaam naar de plek waar ze hun werk gaan doen. Hormonen geven signalen af die de werking van organen en processen beïnvloeden. Hormonen zorgen bijvoorbeeld voor een goed verloop van stofwisseling en menstruatiecyclus.</p>	<p>Hormonen Hormonen zijn een soort verkeersregelaars. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen en weefsels. Ons lichaam maakt zelf alle hormonen. Die aanmaak gebeurt onder andere in de schildklier, de zaadballen en de eierstokken. De hormonen komen in het bloed terecht. Zo vinden ze hun weg door het lichaam. Hormonen zorgen ervoor dat organen en lichaamsprocessen goed werken. Hormonen zijn bijvoorbeeld belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering en de menstruatiecyclus.</p>

3.3 Instrumentatie

De vragenlijst bestond uit zes onderdelen: de persoonsgegevens, enkele persoonlijke kenmerken, de affectieve respons, de tekstbeoordeling, de overtuigingen en het tekstbegrip.

Persoonsgegevens

Er is gevraagd naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Persoonlijke kenmerken

Er is gevraagd waarom men belangstelling had voor Kanker.nl en hoe lang men Kanker.nl al raadpleegt. Daarnaast zijn voor de gezondheidsvaardigheid drie items (zie (1) tot (3)) ontleend aan de *Set of Brief Screening Questions* (Fransen, Van Schaik, Twickler, & Essink-Bot, 2011). Hier is een vierde item aan toegevoegd (zie (4)). Men reageerde op een zeven-punts *oneens/eens*-schaal. De betrouwbaarheid van de schaal was matig (Cronbach's α .619).

- (1) Wanneer ik een brief of folder krijg van mijn huisarts, het ziekenhuis of een andere zorginstelling, dan heb ik hulp nodig om die te lezen
- (2) Als ik zelf medische formulieren invul, dan doe ik dit zonder fouten
- (3) Geschreven gezondheidsinformatie begrijp ik niet zo goed
- (4) Het kost mij weinig moeite om zelf vragen te stellen aan mijn arts

Affectieve respons

De items voor de affectieve respons zijn gebaseerd op de *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. Dit is een zelfbeoordelingslijst bestaande uit twintig items (tien voor negatieve affectiviteit en tien voor positieve affectiviteit) waarop men de intensiteit van bepaalde gevoelens aangeeft (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Er zijn zes items gebruikt om de affectieve respons te meten: drie negatieve (Neg1-3) en drie positieve (Pos1-3). Men reageerde op een zeven-punts *oneens/eens*-schaal. De complete lijst is te zien in Tabel 1. Een factoranalyse leverde twee factoren op die 79.95 procent van de variantie verklaarden en overeenkwamen met de a priori-indeling. De items zijn samengenomen tot schaalcores. De betrouwbaarheid van de schalen was goed (negatieve affectieve respons: Cronbach's α .907, positieve affectieve respons: Cronbach's α .816).

Tabel 1 Factorladingen van de affectieve respons items na varimax-rotatie

		Negatieve affectieve respons	Positieve affectieve respons
Neg1	Door deze tekst voel ik mij van streek	.935	-.138
Neg2	Door deze tekst voel ik mij in de war	.914	-.158
Neg3	Door deze tekst voel ik mij zenuwachtig	.877	-.082
Pos1	Door deze tekst voel ik mij opgelucht	.054	.880
Pos2	Door deze tekst voel ik mij zeker	-.192	.828
Pos3	Door deze tekst voel ik mij gerustgesteld	-.247	.827
	Percentage verklaarde variantie	43.01	36.56

Tekstbeoordeling

De tekst is op twee manieren beoordeeld: globaal met een rapportcijfer op een schaal van één tot en met tien en analytisch aan de hand van zes criteria: begrijpelijk (Beg1-3), toegankelijk (Toeg1-3), informatief (Info1-3), hartelijk (Hart1-3), aangenaam (Aang1-3) en betrokken (Betr1-3). Men reageerde op een zeven-punts *oneens/eens*-schaal. De complete lijst is te zien in Tabel 2. Een factoranalyse toonde aan dat er vier factoren kunnen worden gevormd die 68.63 procent van de variantie verklaarden. De factor ‘houding zender’ is opgedeeld in twee categorieën, omdat deze zowel positieve als negatieve items bevat. De overgebleven items ‘is moeizaam te lezen’, ‘is slecht te lezen’ en ‘vervelend te lezen’ vormden op basis van de factoranalyse samen geen factor, maar vielen gedeeltelijk onder ‘informativiteit’ en ‘houding zender’. Er is besloten deze drie items toch samen te voegen tot één factor: ‘toegankelijkheid’. Vervolgens zijn alle items samengenomen tot schaalcores. De betrouwbaarheid van de schalen was goed (begrijpelijk: Cronbach’s α .856, aangenaam: Cronbach’s α .824, informatief: Cronbach’s α .885, houding zender: Cronbach’s α .856, toegankelijk: Cronbach’s α .723).

Tabel 2 Factorladingen van de tekstbeoordelingsitems na varimax-rotatie

		Begrijpelijk	Aangenaam	Informatief	Houding zender
Begr1	is helder opgebouwd	.862	.178	-.190	-.071
Begr2	is duidelijk opgebouwd	.805	.168	-.186	-.126
Begr3	is overzichtelijk opgebouwd	.792	.192	-.157	-.071
Aang1	komt prettig over	.198	.777	-.042	-.158
Aang2	komt plezierig over	.167	.777	-.082	-.045
Aang3	komt aardig over	.204	.767	-.105	-.039
Betr1	houdt rekening met mijn gevoelens	-.016	.763	-.039	-.005
Info1	geeft soms te specifieke informatie	-.163	-.073	.866	.128
Info2	gaat soms te veel in detail	-.253	-.076	.852	.106
Info3	geef soms te veel informatie	-.192	-.082	.844	.167
Hart1	is hard van toon	-.143	-.240	.263	.737
Betr2	speelt in op mijn gevoelens	-.065	-.256	.047	.734
Hart2	is koud van toon	-.204	-.317	.166	.731
Hart3	is kil van toon	-.270	-.321	.219	.670
Betr3	gaat in op mijn gevoelens	.065	.510	.029	.611
Toeg1	is moeizaam te lezen	-.584	-.087	.486	.340
Toeg2	is slecht te lezen	-.503	.060	.451	.355
Toeg3	is vervelend te lezen	-.465	-.151	.431	.412
	Percentage verklaarde variantie	17.81	17.30	17.09	16.43

Noot Ieder predikaat is voorafgegaan door *Deze tekst*

Overtuigingen

De items voor de overtuigingen na het lezen ((5) tot (8)) hadden betrekking op de kans op genezing en de mate waarin men bijverschijnselen krijgt bij een behandeling. Men reageerde op een zeven-punts *oneens/eens*-schaal.

- (5) Bestraling geeft een grote kans op genezing
- (6) Bestraling geeft minder last van bijverschijnselen dan andere vormen van behandeling
- (7) Hormonale therapie geeft een grote kans op genezing
- (8) Hormonale therapie geeft minder last van bijverschijnselen dan andere vormen

Tekstbegrip

Het tekstbegrip werd gemeten op twee manieren: de correctheid van de antwoorden op acht begripvragen (zie (9) en (16)) en de zekerheid over de antwoorden. Men reageerde op een zeven-punts *oneens/eens*-schaal.

- (9) Bij een ‘flare-up’ neemt de pijn eerst toe en daarna af
- (10) Een adjuvante bestraling wordt toegepast na een ander type behandeling
- (11) Palliatieve bestraling geeft nog een redelijke kans op genezing
- (12) Bij bestraling van strottenhoofdkanker gaat de stem vaak verloren
- (13) Hormonen worden met het bloed door het lichaam verspreid
- (14) Hormonen zijn belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering
- (15) Hormonale therapie stimuleert de aanmaak van hormonen
- (16) Bij vrouwen stopt na de overgang de aanmaak van geslachtshormonen

3.4 Samenstelling van de steekproef

295 participanten zijn met de vragenlijst begonnen, waarvan 227 personen de vragenlijst volledig hebben ingevuld. 73 personen lazen de originele tekst, 71 de leesbare tekst en 83 de aanvaardbare tekst. Maar liefst 89% van de participanten had zelf kanker. 10% was een naaste van iemand met kanker en 1% was een zorgverlener. De verdeling op basis van redenen van belangstelling voor Kanker.nl is te zien in Tabel 3. De reden van belangstelling verschilde niet met Schrijfstijl ($\chi(4) = 5.214, p = .266$).

Tabel 3 Per Schrijfstijl de reden van belangstelling voor Kanker.nl (in percentages)

	Origineel (n=73)	Leesbaar (n=71)	Aanvaardbaar (n=83)	Totaal (n=227)
Ik heb kanker	92	83	93	89
Ik ben naaste van iemand met kanker	7	16	7	10
Ik ben zorgverlener	1	1	0	1

46.7% van de participanten was man en 53.3% was vrouw. De verdeling op basis van geslacht is te zien in Tabel 4. Het geslacht verschilde niet met Schrijfstijl ($\chi(2) = .069, p = .966$).

Tabel 4 Per Schrijfstijl het geslacht (in percentages)

	Origineel (n=73)	Leesbaar (n=71)	Aanvaardbaar (n=83)	Totaal (n=227)
Man	47	48	46	47
Vrouw	53	52	54	53

Leeftijd varieerde van 22 tot 77 jaar met een gemiddelde van 57.16 jaar ($SD=10.138$). Er is een onderverdeling gemaakt naar leeftijdscategorie: tot en met 55 jaar en 56 en ouder. De verdeling hiervan verschilde niet met Schrijfstijl ($\chi(2) = 5.703, p = .058$). Tabel 5 geeft hiervan de resultaten.

Tabel 5 Per Schrijfstijl de leeftijd (in percentages)

	Origineel (n=73)	Leesbaar (n=71)	Aanvaardbaar (n=83)	Totaal (n=227)
Tot en met 50 jaar	51	32	36	40
56 jaar en ouder	49	68	64	60

0.4% van de participanten had als hoogst afgeronde opleiding het basisonderwijs, 15.0% het voorbereidend middelbaar onderwijs, 4.8% het algemeen voortgezet onderwijs, 3.5% het voorbereidend wetenschappelijk onderwijs, 29.5% het middelbaar beroepsonderwijs, 31.3% het hoger beroepsonderwijs en 15.4% de universiteit. Hieruit zijn twee categorieën gevormd: laag opleidingsniveau en hoog opleidingsniveau. De verdeling hiervan verschilde niet met Schrijfstijl ($\chi(2) = .436, p = .804$). De resultaten hiervan zijn te zien in Tabel 6.

Tabel 6 Per Schrijfstijl het opleidingsniveau (in percentages)

	Origineel (n=73)	Leesbaar (n=71)	Aanvaardbaar (n=83)	Totaal (n=227)
Laag opleidingsniveau	56	51	53	53
Hoog opleidingsniveau	44	49	47	47

11.5% van de participanten gebruikte de website minder dan drie maanden, 16.3% sinds drie tot zes maanden, 18.1% sinds zes tot twaalf maanden en 54.2% meer dan twaalf maanden. Er is een onderverdeling gemaakt naar de tijd dat men Kanker.nl gebruikt: minder dan een jaar en meer dan een jaar. De verdeling op basis van de tijd dat men Kanker.nl gebruik is te zien in Tabel 7. Deze verschilde niet met Schrijfstijl ($\chi(6) = 2.084, p = .912$).

Tabel 7 Per Schrijfstijl de tijd dat men Kanker.nl gebruikt (in percentages)

	Origineel (n=73)	Leesbaar (n=71)	Aanvaardbaar (n=83)	Totaal (n=227)
Minder dan een jaar	45	48	45	46
Meer dan een jaar	55	52	55	54

3.5 Procedure

De vragenlijst is afgenomen met het programma Qualtrics. De participanten zijn per mail benaderd door Kanker.nl. Door op een link in de mail te klikken startte men de vragenlijst. De instructie staat in Appendix 8. Nadat men deze had gelezen, begon men met de vragenlijst. Eerst beantwoordde men enkele vragen over de persoonsgegevens en een aantal vragen over

enkele persoonlijke kenmerken. Vervolgens las men de eerste tekst. Daarna gaf men aan hoe de affectieve respons was, hoe men de tekst waardeerde en welk rapportcijfer men de tekst gaf. Hetzelfde deed men bij de tweede tekst. De vragenlijst eindigde met vier items over de overtuigingen na het lezen van de teksten en acht items om het tekstbegrip te meten. Na het invullen van de vragenlijst werd men bedankt voor de deelname. Het draaiboek van de vragenlijst is te zien in Appendix 9.

3.6 Statistische verwerking van de gegevens

Het effect van Schrijfstijl op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip en de affectieve respons is gemeten met behulp van een ANOVA met herhaalde metingen met als binnenproefpersoon factor het thema en als tussenproefpersoon factor schrijfstijl, geslacht, opleidingsniveau en tijd dat men Kanker.nl gebruikt. Gezondheidsvaardigheid en leeftijd zijn in de analyse meegenomen als covariabelen, omdat zij beiden geen invloed hadden op het effect van Schrijfstijl. Bij het tekstbegrip is daarnaast gebruik gemaakt van een Friedman Test om de scores te rangordenen en op deze manier het patroon van de resultaten na te gaan. Om te meten of Schrijfstijl invloed had op de overtuigingen is een MANOVA gebruikt met opnieuw schrijfstijl, geslacht, opleidingsniveau en tijd dat men Kanker.nl gebruikt als factoren en gezondheidsvaardigheid en leeftijd als covariabelen.

4 Resultaten

4.1 Effect op de tekstbeoordeling

Tabel 8 geeft per thema het rapportcijfer in relatie met Schrijfstijl. In beide gevallen liet Schrijfstijl geen effect zien (F 's < 1). De scores waren in alle gevallen gemiddeld ruim voldoende, rond de 7½.

Tabel 8 Per thema het rapportcijfer in relatie met Schrijfstijl (score is minimaal 1, maximaal 7)

	Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar
<i>Doel van bestraling</i>	7.55 (0.99)	7.52 (1.07)	7.47 (0.82)
<i>Hormonale therapie</i>	7.44 (1.18)	7.37 (1.16)	7.26 (1.15)

Tabel 9 geeft per thema de tekstwaarderingen in relatie met Schrijfstijl. Bij geen van de tekstwaarderingen trad een effect van Schrijfstijl op (toegankelijk: $F(2,203)=1.90$, $p=.153$; hartelijk: $F(2,203)=1.26$, $p=.285$; alle overige aspecten: $F < 1$). Er werden geen interactie-effecten gevonden. Met name de scores wat betreft de inhoud van de tekst (begrijpelijk, toegankelijk en informatief) zijn vrij hoog (niet lager dan 4.92). De scores wat betreft de houding van de zender en de manier waarop deze de informatie overbrengt (hartelijk, aangenaam en betrokken) zijn lager (variërend van 3.21 tot 5.30).

Tabel 9 Per thema tekstwaarderingen in relatie met Schrijfstijl (score is minimaal 1, maximaal 7)

		Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar
<i>Doel van bestraling</i>	Begrijpelijk	5.60 (0.84)	5.67 (1.18)	5.59 (1.10)
	Toegankelijk	5.31 (1.17)	5.55 (1.08)	5.63 (1.08)
	Informatief	5.17 (1.35)	4.93 (1.21)	5.18 (1.24)
	Hartelijk	5.06 (1.12)	5.15 (1.18)	5.18 (1.31)
	Aangenaam	4.07 (0.88)	4.02 (0.92)	3.96 (1.11)
	Betrokken	3.27 (1.19)	3.28 (1.27)	2.99 (1.22)
<i>Hormonale therapie</i>	Begrijpelijk	5.38 (1.08)	5.36 (1.15)	5.32 (1.31)
	Toegankelijk	5.26 (1.19)	5.28 (1.40)	5.47 (1.12)
	Informatief	4.94 (1.67)	4.92 (1.57)	5.00 (1.54)
	Hartelijk	4.99 (1.22)	5.11 (1.19)	5.30 (1.10)
	Aangenaam	3.92 (0.89)	3.98 (0.94)	3.97 (1.19)
	Betrokken	3.21 (1.24)	3.29 (1.34)	3.27 (1.28)

4.2 Effect op het tekstbegrip

Tabel 10 geeft per thema de correctheid van de antwoorden in relatie met Schrijfstijl. Univariate analyses lieten zien dat er een algemeen effect van Schrijfstijl was bij één item ‘Hormonen zijn belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering’, $F(2,201)=6.97$, $p=.001$, $\eta^2=.065$. Paarsgewijze vergelijkingen wezen uit dat *leesbaar* lager scoorde dan de beide andere schrijfstijlen. Die vergelijkingen lieten ook zien dat bij het item ‘Hormonale therapie stimuleert de aanmaak van hormonen’ *origineel* lager scoorde dan *leesbaar*. *Origineel* en *leesbaar* verschilden daarentegen niet van *aanvaardbaar*, dus er was geen algemeen effect van Schrijfstijl bij dit item, $F= 2.32$, $p=.101$, $\eta^2=.023$. Bij de overige items was er geen effect van Schrijfstijl ($F<1$) en ook geen interactie van Schrijfstijl met Thema ($F<1$). Het patroon in de resultaten is nagegaan door per item de scores te rangordenen van 1 tot en met 3. Over de acht items genomen was het gemiddelde rangnummer het laagst bij *origineel* en het hoogst bij *aanvaardbaar* ($\chi^2(2)=0.45$, $p=.798$). De verschillen tussen *origineel*, *leesbaar* en *aanvaardbaar* waren echter niet significant.

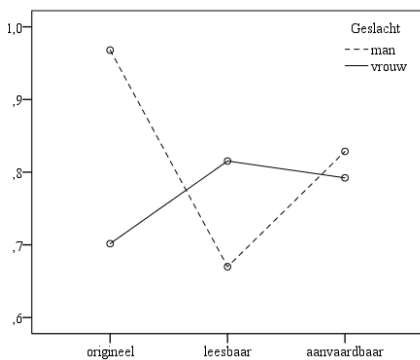
Tabel 10 Per thema correctheid van antwoorden in relatie met Schrijfstijl (in proporties)

		Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar	F	p	η^2
<i>Doel van bestraling</i>	Palliatieve bestraling en genezing	.90 (.03)	.91 (.04)	.88 (.03)	< 1	-	-
	Flare-up en afname pijn	.90 (.04)	.91 (.04)	.91 (.03)	< 1	-	-
	Adjuvant is andere behandeling	.84 (.05)	.74 (.05)	.81 (.04)	< 1	-	-
	Strottenhoofdtkanker en verlies stem	.71 (.06)	.77 (.06)	.72 (.05)	< 1	-	-
<i>Hormonale therapie</i>	Hormonen met bloed verspreid	.90 (.04)	.87 (.04)	.87 (.04)	< 1	-	-
	Aanmaak hormonen na overgang	.27 (.06)	.36 (.06)	.34 (.05)	< 1	-	-
	Stimulatie aanmaak hormonen	.73 (.05)*	.88 (.05)	.83 (.04)	2.32	.101	.023
	Hormonen en verloop spijsvertering	.43 (.06)*	.26 (.06)	.55 (.05)*	6.97	.001	.065
Gemiddeld rangnummer		1.88	1.94	2.19			

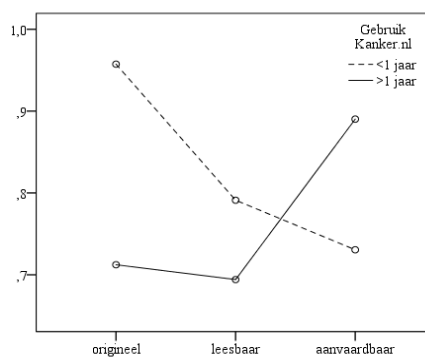
Noot. Indien de scores van de originele tekst of de aanvaardbare tekst significant verschillen van de leesbare tekst is dit gemarkeerd door middel van een asterisk.

Schrijfstijl liet drie keer een interactie zien bij het item ‘Een adjuvante bestraling wordt toegepast na een ander type behandeling’: met geslacht ($F=4.70$, $p =.010$, $\eta^2=.045$), met de

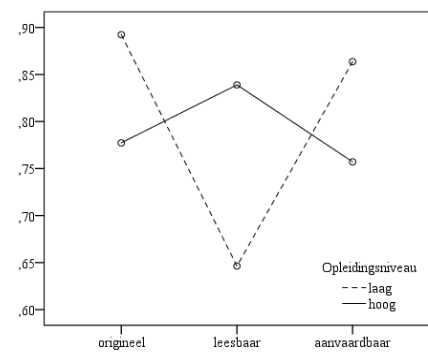
tijd dat men Kanker.nl gebruikt ($F=5.151$, $p = .007$, $\eta^2=.049$) en met opleidingsniveau ($F=3.43$, $p=.034$, $\eta^2=.033$). Figuur 2 geeft de interactie weer met geslacht. Mannen gaven beduidend vaker correcte antwoorden bij *origineel* ten opzichte van vrouwen, die dit het juist het minst deden bij *origineel*. Figuur 3 geeft de interactie weer met de tijd dat men Kanker.nl gebruikt. Participanten die Kanker.nl minder dan een jaar gebruikten, hadden de meeste antwoorden correct bij *origineel*, terwijl participanten die Kanker.nl meer dan een jaar gebruiken juist de meeste correcte antwoorden gaven bij *aanvaardbaar*. Figuur 4 geeft de interactie weer met opleidingsniveau. Hoogopgeleiden gaven het vaakst correcte antwoorden bij *leesbaar*, terwijl laagopgeleiden daarbij juist hem minst correcte antwoorden gaven.



Figuur 1. Interactie van Schrijfstijl met geslacht



Figuur 2. Interactie van Schrijfstijl met gebruik



Figuur 3. Interactie van Schrijfstijl met opleiding

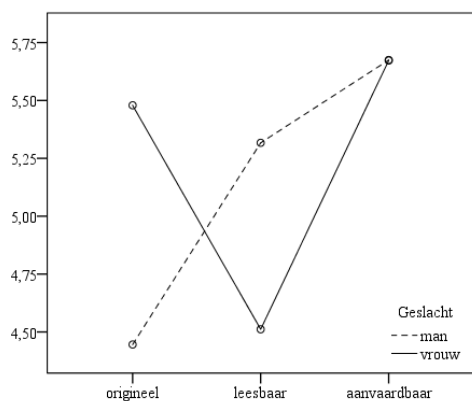
Tabel 11 geeft per thema de zekerheid over de antwoorden in relatie met Schrijfstijl. Uit univariate analyse bleek dat er een effect van Schrijfstijl was bij één item: ‘Hormonen zijn belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering’ ($F=7.24$, $p=.001$, $\eta^2=.067$). paarsgewijze vergelijkingen toonden aan dat *aanvaardbaar* hoger scoorde dan de beide andere schrijfstijlen. Bij de overige items was er geen effect van Schrijfstijl (Bij bestraling van strottenhoofd kanker gaat de stem verloren: $F=1.12$, $p=.330$; Bij vrouwen stopt na de overgang de aanmaak van geslachtshormonen: $F=1.24$, $p=.292$; Hormonale therapie stimuleert de aanmaak van hormonen, $F=1.57$, $p=.211$; overige aspecten: $F<1$) en ook geen interactie van Schrijfstijl met Thema ($F<1$). Het patroon in de resultaten is nagegaan door per item de scores te rangordenen van 1 tot en met 3. Het gemiddelde rangnummer over de acht items genomen was het laagst bij *origineel* en het hoogst bij *aanvaardbaar* ($\chi^2(2)=07.55$, $p=.023$).

Tabel 11 Per thema zekerheid in relatie met Schrijfstijl (score is minimaal 1, maximaal 7)

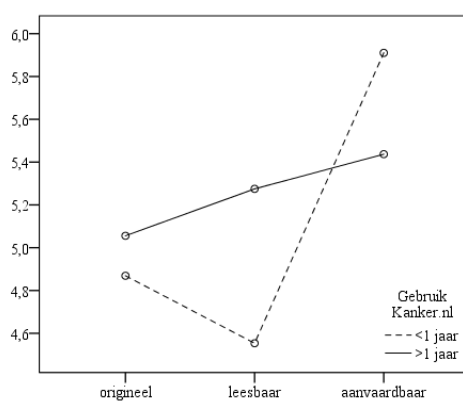
		Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
<i>Doel van</i>	Palliatieve bestraling en genezing	5.35 (.17)	5.64 (.18)	5.76 (.16)	< 1	-	-
<i>bestraling</i>	Flare-up en afname pijn	5.39 (.21)	5.46 (.21)	5.64 (.19)	< 1	-	-
	Adjuvant is andere behandeling	5.24 (.18)	5.45 (.18)	5.46 (.16)	< 1	-	-
	Strottenhoofdkanker en verlies stem	5.42 (.19)	5.67 (.20)	5.28 (.18)	1.12	.330	.011
<i>Hormonale</i>	Hormonen met bloed verspreid	5.41 (.18)	5.36 (.18)	5.49 (.16)	< 1	-	-
<i>therapie</i>	Aanmaak hormonen na overgang	5.14 (.17)	5.38 (.18)	5.51 (.16)	1.24	.292	.012
	Stimulatie aanmaak hormonen	5.35 (.17)	5.64 (.18)	5.76 (.16)	1.57	.211	.015
	Hormonen en verloop spijsvertering	4.97 (.16)	4.93 (.17)	5.66 (.15)*	7.24	.001	.067
	Gemiddeld rangnummer	1.25	2.19	2.56	7.55	.023	

Noot. Indien de scores van de originele tekst of de aanvaardbare tekst significant verschillen van de leesbare tekst is dit gemarkeerd door middel van een asterisk.

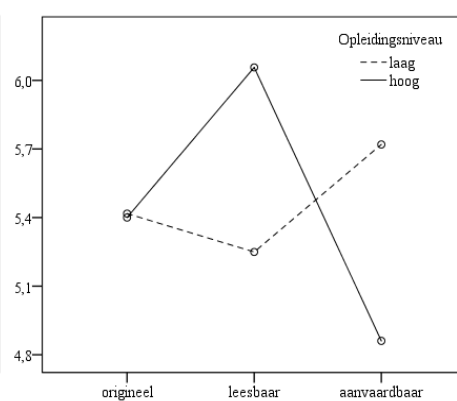
Bij het item ‘Hormonen zijn belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering’ liet schrijfstijl twee keer een interactie zien: met geslacht ($F=7.83$, $p=.001$, $\eta^2=.072$) en met de tijd dat men Kanker.nl gebruikt ($F= 3.76$, $p=.025$, $\eta^2=.036$). In Figuur 5 is de interactie met het geslacht te zien. Vrouwen zijn beduidend minder zeker van hun antwoorden bij *leesbaar* dan mannen. Beiden zijn het meest zeker van hun antwoorden bij *aanvaardbaar*. Figuur 6 geeft de interactie met de tijd dat men Kanker.nl gebruikt weer. Participanten die Kanker.nl meer dan een jaar gebruiken, waren bij alle schrijfstijlen ongeveer even zeker over hun antwoorden, terwijl participanten die Kanker.nl minder dan een jaar gebruiken het meest zeker waren bij *aanvaardbaar* en het minst zeker bij *leesbaar*. Bij het item ‘Bij bestraling van strottenhoofdkanker gaat de stem vaak verloren’ liet schrijfstijl een interactie zien met opleidingsniveau ($F=5.02$, $p=.007$, $\eta^2=.048$). Figuur 7 geeft deze interactie weer. Hoogopgeleiden waren het minst zeker over hun antwoorden bij *aanvaardbaar*, terwijl laagopgeleiden bij dezelfde schrijfstijl juist het meest zeker waren over hun antwoorden.



Figuur 4. Interactie van Schrijfstijl met geslacht



Figuur 5. Interactie van Schrijfstijl met gebruik



Figuur 6. Interactie van Schrijfstijl met opleiding

4.3 Effect op de affectieve respons

Tabel 12 geeft per thema de affectieve respons in relatie met Schrijfstijl. Voor beide typen respons liet Schrijfstijl geen effect zien ($F's < 1$). De scores voor negatieve affectieve respons waren vrij laag (niet hoger dan 2.85) en de scores voor positieve affectieve respons waren vrij hoog (niet lager dan 4.09).

Tabel 12 Per thema de affectieve respons in relatie met Schrijfstijl (score is minimaal 1, maximaal 7)

		Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar
<i>Doel van bestraling</i>	Negatieve respons	2.83 (1.31)	2.79 (1.48)	2.57 (1.25)
	Positieve respons	4.46 (1.20)	4.51 (1.19)	4.39 (1.19)
<i>Hormonale therapie</i>	Negatieve respons	2.85 (1.24)	2.85 (1.42)	2.73 (1.42)
	Positieve respons	4.35 (0.99)	4.14 (1.02)	4.09 (1.27)

4.4 Effect op de overtuigingen

Tabel 13 geeft per thema de overtuigingen in relatie met Schrijfstijl. Voor geen enkele overtuiging liet Schrijfstijl een effect zien ($F's < 1$). De scores voor de overtuigingen wat betreft de kans op genezing waren vrij hoog (niet lager dan 4.46). De scores voor de overtuigingen over de mogelijke bijverschijnselen van een behandeling waren lager (variërend van 3.59 tot 4.95).

Tabel 13 Per thema overtuigingen in relatie met Schrijfstijl (score is minimaal 1, maximaal 7)

		Origineel	Leesbaar	Aanvaardbaar
<i>Doel van bestraling</i>	Grote kans op genezing	4.72 (1.12)	4.58 (1.38)	4.46 (1.53)
	Minder last van bijverschijnselen	4.78 (1.39)	4.93 (1.60)	4.95 (1.68)
<i>Hormonale therapie</i>	Grote kans op genezing	4.55 (1.16)	4.61 (1.56)	4.63 (1.46)
	Minder last van bijverschijnselen	3.84 (1.32)	3.90 (1.47)	3.59 (1.50)

4.5 Tevredenheid over de teksten

Dit onderzoek heeft niet alleen als doel om het effect van Schrijfstijl te meten, maar dient ook als tevredenheidsonderzoek. De scores voor de tekstbeoordeling, de affectieve respons en de overtuigingen tonen aan hoe tevreden men is over de teksten van Kanker.nl. De tekstbeoordeling was over het algemeen vrij goed. Vooral de inhoud van de tekst (begrijpelijk, toegankelijk en informatief) kreeg hoge scores toegewezen. De scores voor de houding van de zender en de manier waarop deze de informatie overbrengt (hartelijk, aangenaam en betrokken) lagen lager. Dit is dus een mogelijk verbeterpunt voor Kanker.nl. De negatieve affectieve respons was vrij laag en de positieve affectieve respons was gemiddeld tot hoog. Ook hier is dus een verbetering mogelijk. De overtuigingen waren gemiddeld tot hoog, met de hoogste scores voor de overtuigingen over de kans op genezing en de laagste scores voor de overtuigingen over de mogelijke bijverschijnselen van een behandeling. Tabel 14 toont een overzicht van alle gemiddelde scores. Deze zijn door middel van een formule (zie (17)) omgezet naar scores op een tien-puntsschaal.

$$(17) \quad \text{Score op tien-puntsschaal} = 1.5 * \text{score op zeven-puntsschaal} - 0.5$$

Tabel 14 Tevredenheid op basis van de tekstbeoordeling, affectieve respons en overtuigingen

		Gemiddelde (score is minimaal 1, maximaal 7)	Gemiddelde (score is minimaal 1, maximaal 10)
<i>Tekstbeoordeling</i>	Rapportcijfer	-	7.44
	Begrijpelijk	5.49	7.74
	Toegankelijk	5.42	7.63
	Informatief	5.02	7.03
	Hartelijk	5.13	7.20
	Aangenaam	3.99	5.49
	Betrokken	3.22	4.33
<i>Affectieve respons</i>	Negatief	2.77	3.66
	Positief	4.32	5.98
<i>Overtuigingen</i>	Kans op genezing	4.59	6.39
	Minder last van bijverschijnselen	4.33	6.00

5 Discussie

In dit onderzoek is onderzocht wat het effect is van schrijfstijl op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de affectieve respons en de overtuigingen. Daarnaast werd onderzocht of leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, de tijd dat men Kanker.nl gebruikt en gezondheidsvaardigheid invloed hebben op dit effect. Hiervoor zijn twee teksten gebruikt van Kanker.nl met de thema's 'Doel van bestraling' en 'Hormonale therapie'. Er werd verwacht dat de scores voor de tekstbeoordeling (H1) en het tekstbegrip (H2) toenemen dankzij taalverzorging en doelgroepafstemming. Daarnaast werd verwacht dat de affectieve respons (H3) en de overtuigingen (H4) toenemen dankzij doelgroepafstemming. Ten slotte werd verwacht dat gezondheidsvaardigheid invloed heeft op het effect van schrijfstijl op bovenstaande factoren (H5). Uit de resultaten blijkt dat H1, H3, H4 en H6 niet kunnen worden bevestigd. Er blijken geen significante verschillen te bestaan op basis van schrijfstijl. Ook had gezondheidsvaardigheid geen invloed op het effect van schrijfstijl. Schrijfstijl heeft daarentegen wel een significant effect op het tekstbegrip bij enkele items. Bij enkele items zijn de correctheid en zekerheid hoger bij de aanvaardbare versie ten opzichte van de leesbare versie en de originele versie. Het effect is echter niet bij elk item gevonden, dus H2 kan niet volledig worden bevestigd. In tegenstelling tot gezondheidsvaardigheid blijken geslacht, opleidingsniveau en de tijd dat men Kanker.nl gebruikt wel lichte invloed te hebben op het effect van schrijfstijl op het tekstbegrip. Bij drie items over het tekstbegrip zijn interactie-effecten gevonden van schrijfstijl met geslacht, opleidingsniveau en de tijd dat men Kanker.nl gebruikt (zowel bij de correctheid als de zekerheid). Dit zijn zeer opvallende bevindingen en er moet een verklaring worden gezocht voor het ontbreken van een significant effect van schrijfstijl. Daarnaast was het opmerkelijk dat de scores die werden gegeven voor de tekstbeoordeling, de affectieve respons, de overtuigingen en de zekerheid bij het tekstbegrip vrij hoog waren. Ook dit resultaat vraagt om een verklaring.

Een verklaring voor deze twee opvallende bevindingen kan wellicht worden gevonden in de samenstelling van de steekproef. In veel onderzoeken waarbij een leesbare schrijfstijl wel een effect had op de tekstbeoordeling en het tekstbegrip hadden de participanten niets met de besproken ziekte, behandeling of medicijnen te maken in het dagelijkse leven (Baker et al., 1981; Bjørn et al., 1999; Leroy et al., 2010; Pander Maat & Lentz, 2010; Whittingham et al., 2008). Hetzelfde geldt voor onderzoeken waaruit is gebleken dat een aanvaardbare schrijfstijl bijdraagt aan de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, een positieve affectieve respons en positieve overtuigingen (Berry et al., 2003). In het huidige onderzoek werd daarentegen gebruik gemaakt van een panel, bestaande uit actieve bezoekers van Kanker.nl. Zij vullen

regelmatig vragenlijsten in voor Kanker.nl. Hun betrokkenheid bij het platform is dus zeer groot. Vaak zijn participanten hierdoor zeer gemotiveerd vragenlijsten in te vullen, maar doen zij dit niet altijd op de meest objectieve manier (Karreman et al., 2013). Dit kan leiden tot het geven van sociaalwenselijke antwoorden. Sociale wenselijkheid verwijst naar de neiging van mensen om zichzelf op de meest gunstige manier te presenteren en de neiging om te voldoen aan sociale normen. Onderzoek heeft aangetoond dat dit de resultaten in wetenschappelijk onderzoek kan beïnvloeden. In zo'n geval is sprake van sociale wenselijkheid bias (King & Bruner, 2000). De kans dat participanten sociaalwenselijke antwoorden geven, kan groter worden als gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage (subjectieve metingen), als gevraagd wordt naar zeer persoonlijke of gevoelige zaken, als er een gebrek is aan anonimiteit, als er normatieve of evaluatie consequenties zijn en bij bepaalde steekproeven. Zo gaven King & Bruner (2000) aan dat ouderen sneller geneigd zijn sociaalwenselijke antwoorden te geven dan jongeren. In het huidige onderzoek lijkt het erop dat niet alleen de leeftijd van de participanten, maar ook de betrokkenheid van de participanten heeft geleid tot het geven van sociaalwenselijke antwoorden. Daarnaast kan een grote betrokkenheid ervoor zorgen dat iemands bestaande overtuigingen al vrij positief zijn en niet makkelijk meer te veranderen zijn (Den Ouden & Doorschot, 2010). Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat men bij beide thema's vrij overtuigd was van de kans op genezing en de mogelijkheid op het optreden van bijverschijnselen bij de besproken behandeling. Naast een grote betrokkenheid kunnen ook de kennis en interesse invloed hebben op de manier waarop lezers een tekst evalueren (Meade, & Smith, 1990). In paragraaf 2.3.1 werd aangegeven dat er vier tekstfactoren zijn die de begrijpelijkheid van een tekst beïnvloeden: de informatiedichtheid, de cognitieve belasting, het vocabulaire en de syntax. Naast deze factoren kunnen echter ook kennis over en interesse in het thema van een tekst invloed hebben op de mate waarin de lezer een tekst begrijpt (Oakland & Lane, 2004). De participanten in dit onderzoek hadden veel kennis van en interesse in de besproken thema's. De meeste participanten hadden zelf kanker, waren een naaste van iemand met kanker of waren zorgverlener. De participanten in dit onderzoek zullen dus door hun directe ervaringen met kanker meer kennis van en interesse in de besproken thema's hebben dan de gemiddelde Nederlander. Dit kan verklaren waarom zij (ongeacht welke schrijfstijl werd gebruikt) vrij hoge scores gaven voor de tekstbeoordeling, de affectieve respons, de overtuigingen en de zekerheid over hun tekstbegrip. Ook kan het verklaren waarom ze een groot aantal vragen correct beantwoordden (ongeacht welke schrijfstijl werd gebruikt). Bovendien bleek de steekproef te homogeen wat betreft de gezondheidsvaardigheid. Bijna 80% van de participanten had gemiddeld een score van vijf of

hoger bij de vragen over de gezondheidsvaardigheid (op een schaal met een minimale score van één en een maximale score van zeven). Dit houdt in dat ruim drie vierde van alle participanten een zeer hoge motivatie en een goede capaciteit heeft om gezondheidsinformatie te verzamelen, te begrijpen en te gebruiken. Er is hier sprake van een plafondeffect: een zeer groot deel van de participanten scoort zeer hoog. Zo'n plafondeffect maakt het onmogelijk om te onderzoeken of de desbetreffende variabele invloed heeft op datgene wat werd onderzocht. Het is door het plafondeffect van gezondheidsvaardigheid dus niet met zekerheid te zeggen of dit echt geen invloed heeft op het effect van schrijfstijl. Om dit zeker te kunnen weten, moet de respondentgroep in toekomstig onderzoek meer heterogeen zijn.

Ten slotte waren de thema's van de teksten in dit onderzoek wellicht te bekend bij de participanten, waardoor de teksten zeer makkelijk te begrijpen waren. Dit verklaart ook waarom men zeer veel correcte antwoorden gaf bij de begripsvragen. In dit geval was het eerder het reproduceren van bestaande kennis dan het onthouden en begrijpen van nieuwe kennis. Dit is te vergelijken met het resultaat in het onderzoek van Baker et al. (1981). Zij onderzochten of een begrijpelijke schrijfstijl invloed had op het tekstbegrip. In het onderzoek namen twee groepen participanten deel: studenten en patiënten. Het bleek dat het verschil in tekstbegrip ten gevolge van een begrijpelijke schrijfstijl groter was bij de studenten dan bij de patiënten. Dit kan zijn veroorzaakt door het feit dat de patiënten vooraf al meer kennis hadden over het thema dan de studenten. In toekomstig onderzoek is het dan ook aan te raden teksten te gebruiken met minder bekende thema's. Een voorbeeld op Kanker.nl is de tekst met als thema 'Hyperbare zuurstoftherapie'. Dit is een vrij onbekend thema, waar ook de meeste patiënten met kanker niet mee te maken krijgen. Op die manier is de kans op te makkelijke begripsvragen veel kleiner. De gehele tekst over hyperbare zuurstoftherapie is te zien in Appendix 10.

6 Aanbevelingen

Uit de discussie kan worden geconcludeerd dat de samenstelling van de steekproef in dit onderzoek niet heterogeen genoeg was. De participanten waren te betrokken bij Kanker.nl, ze hadden meer kennis, interesse en motivatie dan gemiddeld en de gezondheidsvaardigheid van de participanten was vrij hoog. Dit is nadelig voor de externe validiteit van het onderzoek. De resultaten zijn nu niet te generaliseren. Voor toekomstig onderzoek is aan te raden hetzelfde onderzoek af te nemen bij een meer heterogene groep participanten. Deze participanten mogen ten eerste niet te betrokken zijn bij Kanker.nl. Daarnaast is het wenselijk dat zij een gemiddelde kennis van en interesse hebben in de besproken thema's. Bovendien is het

verstandig ook minder gezondheidsvaardige participanten te selecteren bij een nieuw onderzoek. Op deze manier wordt de externe validiteit sterk verbeterd en zullen de scores voor de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de affectieve respons en de overtuigingen wellicht gevarieerder zijn en het effect van schrijfstijl groter. Het effect van schrijfstijl op tekstbegrip kan in de toekomst daarnaast beter worden onderzocht door te kiezen voor een vrij onbekend thema, zodat de informatie nieuw is voor de participanten. Zo wordt het risico dat men enkel bestaande kennis reproduceert verkleind en kan men daadwerkelijk het tekstbegrip meten.

Dit onderzoek had niet alleen een wetenschappelijk doel, maar diende ook als een tevredenheidsonderzoek voor Kanker.nl. De resultaten tonen aan dat de participanten de huidige teksten van Kanker.nl zeer positief waarderen, deze goed begrijpen en positieve gevoelens en overtuigingen hebben na het lezen ervan. De gebruikers uit het panel zijn op dit moment dus zeer tevreden over de teksten op Kanker.nl. Vooral de inhoud van de teksten werd positief beoordeeld. Zaken die te maken hebben met de houding van de zender en de manier waarop deze de informatie overbrengt, werden minder positief beoordeeld. Kanker.nl kan het imago dat zij heeft onder haar bezoekers dus nog verbeteren. Mijn aanbeveling voor de redactieleden van Kanker.nl is dan ook om door te gaan met de strategie die zij nu hanteren, maar met name de herzieningen op basis van doelgroepafstemming in het achterhoofd te houden bij het schrijven van nieuwe teksten. Zoals al eerder werd aangegeven maakt online gezondheidsinformatie personaliseren makkelijker (Cline & Haynes, 2001). Het is dus vrij eenvoudig voor Kanker.nl meer gerichte informatie of informatie op maat te leveren. Dit zal zeer waarschijnlijk in positieve zin bijdragen aan het imago en de beoordeling van de hartelijkheid, aangenaamheid en betrokkenheid van de schrijver van de teksten op Kanker.nl. Ook kan het wellicht leiden tot een positievere affectieve respons en positievere overtuigingen na het lezen van de teksten op Kanker.nl.

7 Conclusie

Kort samengevat, is er onderzocht of schrijfstijl een effect heeft op de evaluatie van teksten op Kanker.nl. Verwacht werd dat schrijfstijl een effect zou hebben op de tekstbeoordeling, het tekstbegrip, de affectieve respons en de overtuigingen. Daarnaast werd verwacht dat gezondheidsvaardigheid het effect van schrijfstijl zou beïnvloeden. Dit werd onderzocht met behulp van een vragenlijst die werd afgenomen onder huidige bezoekers van Kanker.nl. Zij lazen twee teksten met de thema's 'Doel van bestraling' en 'Hormonale therapie'. Zij beoordeelden de teksten en gaven aan hoe hun affectieve respons en overtuigingen waren na het lezen van de teksten. Daarnaast beantwoordden ze begripsvragen en gaven ze aan hoe

zeker zij waren over hun antwoorden. Uit de resultaten bleek dat er een effect was van schrijfstijl op het tekstbegrip bij enkele items. Bij enkele items waren de correctheid van de antwoorden en de zekerheid hierover hoger bij de tekst met een aanvaardbare schrijfstijl, ten opzichte van de originele tekst en de tekst met een leesbare schrijfstijl. Het tekstbegrip was daarnaast de enige factor waarbij enkele interactie-effecten werden gevonden. Tegen de verwachting in had gezondheidsvaardigheid geen invloed. Geslacht, opleidingsniveau en de tijd dat men Kanker.nl gebruikt beïnvloedden daarentegen wel het effect van schrijfstijl op zowel de correctheid als de zekerheid. Dit was echter niet bij alle items het geval, dus er zijn geen algemene interactie-effecten. Het gebrek aan significante effecten kan zijn veroorzaakt door de samenstelling van de steekproef. De participanten in dit onderzoek hadden een grote betrokkenheid bij Kanker.nl en zeer veel kennis en interesse van de besproken thema's. Dit kan geleid hebben tot het geven van sociaalwenselijke antwoorden, wat verklaart waarom de scores zo hoog zijn en niet worden beïnvloed door schrijfstijl. Om dit bij vervolgonderzoek te voorkomen, is aan te raden het onderzoek te herhalen met participanten die nog geen enkele ervaring hebben met Kanker.nl. Daarnaast waren de besproken thema's wellicht te bekend, waardoor men de begripsvragen zeer vaak correct beantwoordde en hier zeer zeker over was. In toekomstig onderzoek is het dan ook verstandig een tekst te kiezen met een vrij onbekend thema. Het huidige onderzoek kan als leidraad dienen voor volgend onderzoek met een nieuwe steekproef en een nieuw thema. Daarnaast kan op basis van dit onderzoek worden geconcludeerd dat de bezoekers van Kanker.nl zeer tevreden zijn over de teksten die op dit moment op de website staan. Wel kan Kanker.nl het imago nog verder oppoetsen, zodat de bezoekers nog tevredener worden. Op deze manier kan Kanker.nl niet alleen tegemoetkomen aan een goede informatiebehoefte, maar ook bijdragen aan de kwaliteit van leven voor hun bezoekers.

Referentias

- Abuksis, G., Mor, M., Segal, N., Shemesh, I., Morad, I., Plaut, S., ... & Niv, Y. (2001). A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *The American Journal of Gastroenterology*, *96*(6), 1786-1790. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2001.03872.x
- Alqahtani, A. A. (2015). Teachers' perceptions of principals' motivating language and public school climates in Kuwait. *Management in Education*, *29*(3), 125-131.
- Ankem, K. (2006). Factors influencing information needs among cancer patients: A meta-analysis. *Library & Information Science Research*, *28*(1), 7-23. DOI: 10.1016/j.lisr.2005.11.003
- Appleby, C. (1999). Net gain or net loss? Health Care Consumers Become Internet Savvy. *Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards*, *52*(2), 20-23.
- Baker, G. C., Newton, D. E., & Bergstresser, P. R. (1988). Increased readability improves the comprehension of written information for patients with skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *19*(6), 1135-1141. DOI: 10.1016/S0190-9622(88)70280-7
- Barlow, J. H., & Wright, C. C. (1998). Knowledge in patients with rheumatoid arthritis: a longer term follow-up of a randomized controlled study of patient education leaflets. *Rheumatology*, *37*(4), 373-376. DOI: 10.1093/rheumatology/37.4.373
- Beckjord, E. B., Finney Rutten, L. J., Arora, N. K., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2008). Information processing and negative affect: evidence from the 2003 Health Information National Trends Survey. *Health Psychology*, *27*(2), 249. DOI: 10.1037/0278-6133.27.2.249
- Berland, G. K., Elliott, M. N., Morales, L. S., Algazy, J. I., Kravitz, R. L., Broder, M. S., ... & Watkins, K. E. (2001). Health information on the Internet: Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish. *Jama*, *285*(20), 2612-2621. DOI: 10.1001/jama.285.20.2612
- Berry, D. C., Michas, I. C., & Bersellini, E. (2003). Communicating Information About Medication: The Benefits of Making it Personal. *Psychology & Health*, *18*(1), 127-139, DOI: 10.1080/0887044031000080683
- Bhopal, R. S., Gilmour, W. H., Fallon, C. W., Bhopal, J. S., & Hamilton, I. (1990). Evaluation of a practice information leaflet. *Family Practice*, *7*(2), 132-137. DOI: 10.1093/fampra/7.2.132

- Bjørn, E., Rossel, P., & Holm, S. (1999). Can the written information to research subjects be improved? - an empirical study. *Journal of Medical Ethics*, 25(3), 263-267. DOI: 10.1136/jme.25.3.263
- Boundouki, G., Humphris, G., & Field, A. (2004). Knowledge of oral cancer, distress and screening intentions: longer term effects of a patient information leaflet. *Patient Education and Counseling*, 53(1), 71-77. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00118-6
- Broeder, P., & van Wijk, C. (2009). Diversiteit in het Europese talenonderwijs: Over praktische noodzaak en theoretische verdieping. In D. Tuin, & R. de Graaff (Eds.), *De toekomst van het talenonderwijs: Nodig? Anders? Beter?* (pp. 37-54). Enschede/Utrecht: NaB- MVT&IVLOS.
- Cline, R. J., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671-692. DOI: 10.1093/her/16.6.671
- Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C., & Fallowfield, L. (2006). Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 263-272. DOI: 10.1016/j.ejon.2005.10.007
- Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *Cancer Journal for Clinicians*, 52(3), 134-149. DOI: 10.3322/canjclin.52.3.134
- Den Ouden, H., & Doorschot, M. (2010). Overheidscommunicatie afstemmen op jongeren: experimentele evaluatie van een aansporing om te gaan stemmen. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 32(3), 242-257. DOI: 10.5117/TVT2010.3.OVER384
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5). DOI: 10.2196/jmir.4018
- Diviani, N., van den Putte, B., Meppelink, C. S., & van Weert, J. C. (2016). Exploring the role of health literacy in the evaluation of online health information: Insights from a mixed-methods study. *Patient Education and Counseling*. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.007
- Eakin, E. G., & Strycker, L. A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psycho-Oncology*, 10(2), 103-113. DOI: 10.1002/pon.500

- Eberhardt, J., Wersch, A., Schaik, P., & Cann, P. (2006). Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *British Journal of Health Psychology, 11*(4), 551-559. DOI: 10.1348/135910705X72514
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E. R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama, 287*(20), 2691-2700. DOI: 10.1001/jama.287.20.2691
- Ferreira, F., & Stacey, J. (2000). The Misinterpretation of Passive Sentences. *Michigan State University*. Geraadpleegd op <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.31.7728&rep=rep1&type=pdf>
- Fransen, M. P., Van Schaik T. M., Twickler T.B., & Essink-Bot M. L. (2011). Applicability of Internationally Available Health Literacy Measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication, 16*(3), 134-150. DOI: 10.1080/10810730.2011.604383
- Garrud, P., Wood, M., & Stainsby, L. (2001). Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Education and Counseling, 43*(3), 303-306. DOI: 10.1016/S0738-3991(00)00168-3
- Hansberry, D. R., John, A., John, E., Agarwal, N., Gonzales, S. F., & Baker, S. R. (2014). A critical review of the readability of online patient education resources from RadiologyInfo. Org. *American Journal of Roentgenology, 202*(3), 566-575. DOI: 10.2214/AJR.13.11223
- Harp, S. F., & Mayer, R. E. (1998). How seductive details do their damage: A theory of cognitive interest in science learning. *Journal of Educational Psychology, 90*(3), 414. DOI: 10.1037/0022-0663.90.3.414
- Holmes, W. T. (2012). *The Motivating Language of Principals: A Sequential Transformative Strategy* (UNLV Theses/Dissertations/Professional Papers/Capstones. Paper 1740). Geraadpleegd op <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/1740>
- Hornikx, J., Akpinar, M., Boerhof, R., Van Bun, M., Dunnewind, M., Haukes, R., & Pham, D. (2015). Menselijk communiceren in 140 tekens: Webcare op Twitter door Nederlandse bedrijven. *Tekstblad, 21*(4), 28-31.
- Huibers, J., & Verhoeven, J. (2014). Webcare als online reputatiemanagement. *Tijdschrift voor Communicatiewetenschap, 42*(2), 165.
- Humphris, G. M., Ireland, R. S., & Field, E. A. (2001). Randomised trial of the psychological effect of information about oral cancer in primary care settings. *Oral Oncology, 37*(7), 548-552. DOI: 10.1016/S1368-8375(01)00017-3

- James, N., Daniels, H., Rahman, R., McConkey, C., Derry, J., & Young, A. (2007). A study of information seeking by cancer patients and their carers. *Clinical Oncology*, *19*(5), 356-362. DOI: 10.1016/j.clon.2007.02.005
- Jansen, C. (2013). De nieuwste kleren van de keizer. 'Teksten op B1-niveau' als leeg begrip. *Onze Taal*, *82*(2), 56-57.
- Jefford, M., & Tattersall, M. H. (2002). Informing and involving cancer patients in their own care. *The Lancet Oncology*, *3*(10), 629-637. DOI: 10.1016/S1470-2045(02)00877-X
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers. *British Journal of Cancer*, *84*(1), 48. DOI: 10.1054/bjoc.2000.1573
- Jin, J., Yan, X., Li, Y., & Li, Y. (2016). How users adopt healthcare information: An empirical study of an online Q&A community. *International Journal of Medical Informatics*, *86*, 91-103. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2015.11.002
- Karreman, J., Loorbach, N., & Steehouder, M. (2013). Effecten van motiverende elementen in instructieve teksten. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, *35*(2), 144-159. DOI: 10.5117/TVT2013.2.KARR
- Kelleher, T. (2009). Conversational voice, communicated commitment, and public outcomes in interactive online communication. *Journal of Communication*, *59*(1), 172-188. DOI: 10.1111/j.1460-2466.2008.01410.x
- Kelleher, T., & Miller, B. M. (2006). Organizational blogs and the human voice: Relational strategies and relational outcomes. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *11*(2), 395-414. DOI: 10.1111/j.1083-6101.2006.00019.x
- Kim, P., Eng, T. R., Deering, M. J., & Maxfield, A. (1999). Published criteria for evaluating health related web sites: review. *BMJ*, *318*(7184), 647-649. DOI: 10.1136/bmj.318.7184.647
- King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, *17*(2), 79-103. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2%3C79::AID-MAR2%3E3.0.CO;2-0
- Kreuter, M. W., Bull, F. C., Clark, E. M., & Oswald, D. L. (1999). Understanding how people process health information: a comparison of tailored and non-tailored weight-loss materials. *Health Psychology*, *18*(5), 487. DOI: 10.1037/0278-6133.18.5.487
- Kreuter, M. W., Farrell, D., Olevitch, L., & Brennan, L. (2000). Tailoring health messages: Customizing communication with computer technology. Mahwah, NJ: Erlbaum

- Kreuter, M. W., & Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27(3), S227-S232. DOI: 10.5993/AJHB.27.1.s3.6
- Kroeze, W., Werkman, A., & Brug, J. (2006). A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 205-223. DOI: 10.1207/s15324796abm3103_2
- Land, J., Sanders, T., & Bergh, H. V. D. (2009). Duidelijke leerteksten in het vmbo. *Levende Talen Tijdschrift*, 10(4), 3-13.
- Land, J., Sanders, T., & van den Bergh, H. (2008). Effectieve tekststructuur voor het vmbo Een corpus-analytisch en experimenteel onderzoek naar tekstbegrip en tekstwaardering van vmbo-leerlingen voor studieteksten. *Pedagogische Studiën*, 85(2), 76-94.
- Leroy, G., Helmreich, S., & Cowie, J. R. (2010). The influence of text characteristics on perceived and actual difficulty of health information. *International Journal of Medical Informatics*, 79(6), 438-449. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2010.02.002
- Ley, P. (1998). The use and improvement of written communication in mental health care and promotion. *Psychology, Health & Medicine*, 3(1), 19-53. DOI: 10.1080/13548509808400589
- Loorbach, N., Steehouder, M., & Taal, E. (2006). The Effects of Motivational Elements in User Instructions. *Journal of Business and Technical Communication*, 20(2), 177-199. DOI: 10.1177/1050651905284404
- Mayfield, J., & Mayfield, M. (2012). The Relationship Between Leader Motivating Language and Self-Efficacy A Partial Least Squares Model Analysis. *Journal of Business Communication*, 49(4), 357-376. DOI: 10.1177/0021943612456036
- McCarthy, J. C., Miles, V. C., & Monk, A. F. (1991, April). An experimental study of common ground in text-based communication. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 209-215). ACM.
- McIllmurray, M. B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., & Al Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 261-269. DOI: 10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x

- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1), 24-28. DOI: 10.1016/j.pec.2005.10.006
- Meade, C. D., & Smith, C. F. (1991). Readability formulas: cautions and criteria. *Patient Education and Counseling*, 17(2), 153-158. DOI: 10.1016/0738-3991(91)90017-Y
- Morahan-Martin, J. M. (2004). How internet users find, evaluate, and use online health information: a cross-cultural review. *CyberPsychology & Behavior*, 7(5), 497-510. DOI: 0.1089/cpb.2004.7.497
- Northouse, P. G., & Northouse, L. L. (1988). Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 17-46. DOI: 10.1300/J077v05n03_02
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. DOI: 10.1007/s00038-009-0050-x
- Oakland, T., & Lane, H. B. (2004). Language, reading, and readability formulas: Implications for developing and adapting tests. *International Journal of Testing*, 4(3), 239-252. DOI: 10.1207/s15327574ijt0403_3
- O'Mahony, B. (1999). Irish Health Care Web Sites: a Review. *Irish Medical Journal*, 92(4), 334-337.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19-S26. DOI: 10.5993/AJHB.31.s1.4
- Pander Maat, H., & Lentz, L. (2010). Improving the usability of patient information leaflets. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 113-119. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.030
- Revere, D., & Dunbar, P. J. (2001). Review of computer-generated outpatient health behavior interventions: Clinical encounters “in absentia”. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8, 62–79. DOI: 10.1136/jamia.2001.0080062
- Rimer, B. K., & Glassman, B. (1999). Is there a use for tailored print communications in cancer risk communication. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25(25), 140-148. DOI:10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a024190
- Rosemblat, G., Logan, R., Tse, T., & Graham, L. (2006). Text features and readability: Expert evaluation of consumer health text. In *Mednet 2006: 11th World Congress on Internet in Medicine the Society for Internet in Medicine*.

- Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*, 57(3), 250-261. DOI:10.1016/j.pec.2004.06.006
- Sanders, T., Spooren, W., Jansen, C., Lentz, L., & De Vreese, C. (2010). Begrijpelijke Taal: Fundamenten en toepassingen van effectieve communicatie. Geraadpleegd op <http://www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/programmas/begrijpelijke+taal>
- Schmitz, M. (2001). Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid. *Huisarts en Wetenschap*, 44(12), 118-122.
- Schulz von Thun, F. (2010). *Hoe bedoelt u? Een psychologische analyse van menselijke communicatie* (derde, herziene druk). Groningen: Noordhoff.
- Simmons, S. A., & Sharbrough III, W. C. (2013). An analysis of leader and subordinate perception of motivating language. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 10(3), 11-27.
- Skinner, C. S., Campbell, M. K., Rimer, B. K., Curry, S., & Prochaska, J. O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 290-298. DOI: 10.1007/BF02895960
- Sparks, B. A., Bradley, G. L., & Callan, V. J. (1997). The impact of staff empowerment and communication style on customer evaluations: The special case of service failure. *Psychology & Marketing*, 14(5), 475-493. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6793(199708)14:5<475::AID-MAR3>3.0.CO;2-5
- Sullivan, J. J. (1988). Three roles of language in motivation theory. *Academy of Management Review*, 13(1), 104-115. DOI: 10.5465/AMR.1988.4306798
- Taalfirma (2015). Schrijven in eenvoudig Nederlands. Training voor het redactieteam van KankerNL.
- Tammaro, S. G., Mosier, J. N., Goodwin, N. C., & Spitz, G. (1997). Collaborative writing is hard to support: A field study of collaborative writing. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 6(1), 19-51. DOI: 10.1023/A:1008636321493
- Tutty, L., & O'Connor, G. (1999). Patient information leaflets: some pertinent guidelines. *Radiography*, 5(1), 11-14. DOI: 10.1016/S1078-8174(99)90003-2
- Van der Heide, I., & Rademakers, J. (2015). "Laaggeletterdheid en Gezondheid." Geraadpleegd op <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-laaggeletterdheid-en-gezondheid.pdf>.

- Van der Mast, N. (1999). *Woordenwisselingen. Een onderzoek naar de manier waarop schrijvers consensus over beleidsteksten bewerkstelligen*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Van der Mast, N., Janssen, D., & Verhagen, A. (1994). Interactionele schrijfprocessen en tekst- kenmerken. In A. Maes, P. van Hauwermeiren & L. van Waes (red.), *Perspectieven in Taalbeheersingsonderzoek* (pg. 412-420). Dordrecht: ICG.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063. DOI: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Wells, R. E., & Kaptchuk, T. J. (2012). To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent. *The American Journal of Bioethics*, 12(3), 22-29. DOI: 10.1080/15265161.2011.652798
- Whittingham, J. R., Ruiter, R. A., Castermans, D., Huiberts, A., & Kok, G. (2008). Designing effective health education materials: experimental pre-testing of a theory-based brochure to increase knowledge. *Health Education Research*, 23(3), 414-426. DOI: 10.1093/her/cym018

Appendices

Appendix 1: Originele versie van Tekst 1 – Doel van bestraling

Doel van bestraling

Laatst herzien op: 30 april 2015

U kunt bestraling als genezende, aanvullende of palliatieve behandeling krijgen. Uw arts bespreekt met u het doel van de behandeling met bestraling.

Genezende bestraling

Een behandeling met alleen bestraling kan bij sommige soorten kanker genezend zijn. Een in opzet genezende behandeling heet een curatieve behandeling.

De arts kan bestraling adviseren als de kans op genezing na bestraling net zo groot is als na een andere behandeling. Maar de kans op bijwerkingen kleiner is. Bijvoorbeeld bij:

- huidkanker in het gezicht: opereren laat vaak lelijker littekens achter dan bestraling.
- strottenhoofdkeuter: bij een operatie verliest iemand zijn stem, bij bestraling niet.
- anuskanker (bij een kleine tumor): bij bestraling kan de functie van de kringpijp gespaard worden. De kringpijp is nodig voor het ophouden van ontlasting. Na een operatie is meestal een stoma nodig.
- prostaatkanker (in een vroeg stadium): bij een operatie is er risico op plasklachten en erectiestoornissen, bij bestraling is dit risico lager. Vooral bij inwendige bestraling.
- longkanker (bij een kleine tumor): bestraling is veel minder ingrijpend dan een operatie.

Ook kan de arts bestraling adviseren als:

- de ziekte te uitgebreid is om met een operatie te genezen. Maar bestraling wel genezend kan zijn.
- een operatie om andere redenen niet kan, bijvoorbeeld door een andere ziekte.

Aanvullende bestraling

Bestraling kan een aanvullende behandeling zijn. Het is dan een onderdeel van een in opzet genezende behandeling.

Een aanvullende behandeling die u krijgt ná een eerdere behandeling heet een adjuvante behandeling. Deze behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken. Soms krijgt u een bestraling na een operatie. De aanvullende bestraling vernietigt kankercellen die mogelijk zijn achtergebleven. Mensen met slokdarmkanker of borstkanker kunnen bijvoorbeeld een adjuvante bestraling krijgen.

U kunt ook vóór een operatie bestraling of een combinatie van bestraling en chemotherapie krijgen. Het doel hiervan is de tumor kleiner te maken. Dan kan de chirurg deze makkelijker verwijderen. Bijvoorbeeld bij endeldarmkanker of slokdarmkanker. Een aanvullende behandeling vóór de andere behandeling heet een neo-adjuvante behandeling. Deze behandeling is ook gericht op een beter eindresultaat.

Palliatieve bestraling

Is de ziekte niet meer te genezen, dan krijgt u soms een palliatieve bestraling. Deze is gericht op het bestrijden of uitstellen van klachten die door de ziekte zijn veroorzaakt, bijvoorbeeld:

- pijn, bij uitzaaiingen in de botten bijvoorbeeld
- bloedingen
- als de tumor een doorgang blokkeert, bijvoorbeeld in de slokdarm
- als de tumor drukt tegen een zenuw waardoor pijn ontstaat of uitval van een zenuw dreigt. Een voorbeeld hiervan is een uitzaaiing in een wervel die op het ruggenmerg drukt waardoor er een kans is op een (gedeeltelijke) dwarslaesie. Een dwarslaesie is een verlamming.

U krijgt bestraling op de plek waar de tumor of uitzaaiingen zitten.

Vaak krijgt u dan een korte behandeling: 1 bestraling of een korte serie van bijvoorbeeld 5 tot 10 bestralingen in 1 of 2 weken. Dit verbetert de kwaliteit van uw dagelijks leven. Soms voor langere tijd.

Resultaat palliatieve bestraling

De verlichting van klachten door palliatieve bestraling verschilt per patiënt. Sommige mensen hebben direct minder last van de klacht. Vaak duurt het een aantal weken voor u de volledige verbetering ervaart.

Soms is er bij bestraling van uitzaaiingen in de botten de eerste dag of dagen een verergering van de pijn, voordat het afzakt. Dit heet een flare-up.

Wordt de pijn niet minder na de behandeling, ook niet na een paar weken? Neem dan contact op met uw bestralingsarts.

Appendix 2: Originale versie van Tekst 2 – Hormonale therapie

Hormonale therapie

Laatst herzien op: 17 juli 2014

Hormonale therapie is de behandeling van kanker met hormonen. Dit wordt ook wel hormoontherapie, hormonale behandeling of hormoonbehandeling genoemd. Hormonale therapie is eigenlijk een antihormoon therapie. U krijgt namelijk medicijnen die de werking van hormonen verminderen. De behandeling heeft alleen nut bij hormoongevoelige tumoren. Hormonale therapie wordt vooral toegepast bij borstkanker en prostaatcancer. En in mindere mate bij baarmoederkanker, eierstokkanker en NET (neuro-endocriene tumoren). Bij deze vormen van kanker is vaak een combinatie van behandelingen nodig. De specialisten gaan na welke aanpak voor u de beste resultaten geeft.

Hormonen

Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen. Een aantal klieren en organen maakt hormonen, bijvoorbeeld:

- de schildklier
- de zaadballen
- de eierstokken

Hormonen worden uitgescheiden in het bloed en vinden zo hun weg door het lichaam naar de plek waar ze hun werking zullen hebben. Daar beïnvloeden ze organen of processen door het afgeven van signalen. Hormonen zorgen er bijvoorbeeld voor dat:

- bepaalde organen goed functioneren
- de stofwisseling en de menstruatiecyclus goed werken
- bepaalde organen of weefsels groeien of zich ontwikkelen.

Geslachtshormonen

Een belangrijke groep hormonen die ons lichaam aanmaakt, zijn de vrouwelijke en mannelijke geslachtshormonen. Mannelijke geslachtshormonen worden ook wel androgenen genoemd. Het belangrijkste androgeen is testosteron. Dit hormoon wordt hoofdzakelijk door de zaadballen aangemaakt. Een deel wordt door de bijnierschors aangemaakt. De hormoonproductie in de zaadballen staat onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen.

Er zijn 2 soorten vrouwelijke geslachtshormonen: een groep van oestrogenen en progesteron. Het belangrijkste oestrogeen is oestradiol. De productie van deze hormonen vindt hoofdzakelijk in de eierstokken plaats. Een deel wordt door de bijnieren en in onderhuids vetweefsel aangemaakt. De hormoonproductie in de eierstokken staat onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen. Na de overgang stopt de productie van geslachtshormonen in de eierstokken. De productie in de bijnieren en in vetweefsel gaat wel door na de overgang.

Hormoongevoelig

De borsten en het baarmoederslijmvlies bij vrouwen en de prostaat bij mannen hebben geslachtshormonen nodig voor hun groei en functioneren. Als in de borst of de prostaat kanker ontstaat, zijn de kankercellen voor hun groei vaak (deels) afhankelijk van de aanwezigheid van die geslachtshormonen. Als dat zo is, wordt de tumor ‘hormoongevoelig’ genoemd.

Zolang het lichaam zelf geslachtshormonen maakt, kunnen de kankercellen zich delen en kan de tumor blijven groeien. Zonder die ‘eigen’ hormonen overleven de kankercellen minder goed of helemaal niet. De groei van de tumor of van eventuele uitzaaiingen neemt dan af. In het gunstigste geval kunnen de kankercellen zelfs helemaal verdwijnen. Hormonale therapie maakt van dit principe gebruik. De hormonale therapie beperkt de productie van bepaalde eigen hormonen of vermindert de invloed ervan.

Appendix 3: Leesbare versie van Tekst 1 – Doel van Bestraling

Doel van bestraling

Laatst herzien op: 30 april 2015

U kunt bestraling als genezende, aanvullende of palliatieve behandeling krijgen. Uw arts bespreekt met u het doel van de behandeling met bestraling.

Genezende bestraling

Bij sommige soorten kanker kan een behandeling met alleen bestraling genezend zijn. Een in opzet genezende behandeling heet een **curatieve behandeling**.

De arts kan bestraling adviseren in plaats van een ander type behandeling. De kans op genezing is dan even groot. Maar bij bestraling is de kans op bijwerkingen kleiner. Bijvoorbeeld bij:

- huidkanker: in het gezicht laat opereren vaak lelijker littekens achter dan bestraling,
- strottenhoofdkanker: bij een bestraling verliest iemand niet zijn stem, bij een operatie wel,
- anuskanker: als de tumor nog klein is, kan bij bestraling de kringspier gespaard worden en daarmee ook het normale vasthouden van ontlasting. Na een operatie is meestal een stoma nodig,
- prostaatkanker: in een vroeg stadium is er bij een operatie risico op plasklachten en erectiestoornissen. Vooral bij inwendige bestraling is dit risico lager,
- longkanker: bij een kleine tumor is bestraling veel minder ingrijpend dan een operatie.

Ook kan de arts bestraling adviseren wanneer bestraling wel genezend kan zijn, maar de ziekte te uitgebreid is voor een operatie of wanneer een andere ziekte opereren onmogelijk maakt.

Aanvullende bestraling

Bestraling kan een aanvullende behandeling zijn. De bestraling is dan een onderdeel van een in opzet genezende behandeling. Deze aanvullende behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken.

Soms krijgt u een bestraling na een operatie. Dat heet een **adjuvante behandeling**. Zo'n bestraling kan bijvoorbeeld gebeuren na een operatie voor slokdarmkanker of borstkanker. De aanvullende bestraling vernietigt kankercellen die mogelijk zijn achtergebleven.

U kunt ook vóór een operatie bestraling of een combinatie van bestraling en chemotherapie krijgen. Dit heet een **neo-adjuvante behandeling**. Zo'n behandeling maakt de tumor kleiner. Dan kan de chirurg de tumor gemakkelijker verwijderen. Bijvoorbeeld bij endeldarmkanker of slokdarmkanker.

Palliatieve bestraling

Als de ziekte niet meer te genezen is, dan wordt soms een palliatieve bestraling gegeven. Deze behandeling is gericht op het bestrijden of uitstellen van klachten die door de ziekte zijn veroorzaakt. Dit gebeurt onder andere:

- bij het opkomen van pijn, bijvoorbeeld door uitzaaiingen in de botten,
- bij het ontstaan van bloedingen,
- bij het blokkeren van een doorgang zoals in de slokdarm,
- bij het beklemd raken van een zenuw met pijn of verlamming als gevolg. Bijvoorbeeld wanneer een uitzaaiing in een wervel op het ruggenmerg drukt met kans op een (gedeeltelijke) dwarslaesie. Een dwarslaesie is een verlamming.

De bestraling is gericht op de plek waar de tumor of uitzaaiingen zitten. De behandeling is vaak kort: één bestraling of een korte serie, bijvoorbeeld 5 tot 10 bestralingen in 1 of 2 weken. Zo verbetert de kwaliteit van het dagelijks leven. Soms voor langere tijd.

Resultaat palliatieve bestraling

De verlichting van klachten door palliatieve bestraling verschilt per patiënt. Sommige mensen hebben direct minder last van de klacht. Maar vaak duurt het een aantal weken voor de volledige verbetering merkbaar is.

Soms leidt bestraling van uitzaaiingen in de botten de eerste dag of dagen tot een verergering van de pijn, voordat de pijn afzakt. Dit heet een flare-up. Wordt de pijn niet minder na de behandeling, ook niet na een paar weken? Neem dan contact op met de bestralingsarts.

Appendix 4: Leesbare versie van Tekst 2 – Hormonale therapie

Hormonale therapie

Laatst herzien op: 17 juli 2014

Hormonale therapie is de behandeling van kanker met hormonen. Andere namen zijn hormoontherapie, hormonale behandeling of hormoonbehandeling.

Eigenlijk is hormonale therapie een antihormoon therapie. U krijgt namelijk medicijnen die de werking van hormonen verminderen. De behandeling heeft alleen nut bij hormoongevoelige tumoren. De bekendste gevallen zijn borstkanker en prostaatkanker. Bij aandoeningen zoals baarmoederkanker, eierstokkanker en neuro-endocriene tumoren (NET) is het vaak nodig om hormonale therapie te combineren met andere behandelingen. De specialisten gaan na welke aanpak voor u de beste resultaten geeft.

Hormonen

Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen. Hormonen worden gemaakt door een aantal klieren en organen zoals de schildklier, de zaadballen en de eierstokken. De hormonen komen in het bloed terecht. Zo vinden ze hun weg door het lichaam naar de plek waar ze hun werk gaan doen. Hormonen geven signalen af die de werking van organen en processen beïnvloeden. Hormonen zorgen bijvoorbeeld voor een goed verloop van stofwisseling en menstruatiecyclus.

Geslachtshormonen

Een belangrijke groep hormonen die ons lichaam aanmaakt, zijn de geslachtshormonen.

Vrouwelijke geslachtshormonen bestaan uit twee soorten: progesteron en een groep van oestrogenen. Het belangrijkste oestrogeen is oestradiol. Deze hormonen worden hoofdzakelijk in de eierstokken aangemaakt. Voor een kleiner deel gebeurt dit in de bijniere en het onderhuids vetweefsel. Na de overgang stopt de productie van geslachtshormonen in de eierstokken. De productie in de bijniere en in vetweefsel gaat altijd door.

Mannelijke geslachtshormonen noemen we ook wel androgenen. Het belangrijkste androgeen is testosteron. Dit hormoon wordt voornamelijk door de zaadballen aangemaakt en voor een deel ook in de bijnierschors.

Zowel in de zaadballen als de eierstokken staat de hormoonproductie onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen.

Hormoongevoelig

Om te kunnen groeien en om goed te functioneren zijn geslachtshormonen nodig. Bij vrouwen voor de borsten en het baarmoederslijmvlies, bij mannen voor de prostaat. Als in die lichaamsdelen kanker ontstaat, hebben de kankercellen voor hun groei vaak dezelfde geslachtshormonen nodig. Zo'n tumor noemen we 'hormoongevoelig'.

Zolang het lichaam zelf geslachtshormonen maakt, kunnen de kankercellen zich blijven delen en kan de tumor dus groeien. Zonder die 'eigen' hormonen overleven de kankercellen minder goed of helemaal niet. De groei van de tumor of van eventuele uitzaaiingen neemt dan af. In het gunstigste geval verdwijnen de kankercellen zelfs helemaal.

Hormonale therapie maakt van dit principe gebruik. De behandeling beperkt de productie van lichaamseigen hormonen of vermindert de invloed ervan.

Appendix 5: Aanvaardbare versie van Tekst 1 – Doel van Bestraling

Doel van bestraling

Laatst herzien op: 30 april 2015

Een bestraling roept vragen op. Bespreek daarom vooraf met uw arts het doel van de behandeling. Dat doel kan genezend, aanvullend of palliatief zijn.

Genezende bestraling

Bij sommige soorten kanker kan alleen bestraling **al** genezend zijn. Zo'n behandeling heet dan **curatief**. In nogal wat gevallen kan de arts bestraling zelfs adviseren in plaats van een ander type behandeling. De kans op genezing is dan steeds even groot. Maar bij bestraling is de kans op bijwerkingen beduidend kleiner. Hierbij kunt u denken aan:

- huidkanker: bestraling laat in het gezicht meestal minder lelijke littekens achter dan een operatie,
- strottenhoofdkanker: bij bestraling blijft de stem behouden, bij een operatie gaat die verloren,
- anuskanker: als de tumor nog klein is, kan bij bestraling de kringspier gespaard worden en daarmee ook het normale vasthouden van ontlasting. Na een operatie is meestal een stoma nodig,
- prostaatkanker: bij behandeling in een vroeg stadium geeft met name inwendige bestraling een kleinere kans op plasklachten en erectiestoornissen dan een operatie,
- longkanker: bij een kleine tumor is bestraling veel minder ingrijpend dan een operatie.

Ook kan de arts bestraling adviseren wanneer bestraling nog wel genezend kan zijn, maar de ziekte te uitgebreid is voor een operatie of wanneer een andere ziekte opereren onmogelijk maakt.

Aanvullende bestraling

Bestraling kan aanvullend zijn. De bestraling is dan een onderdeel van een behandeling die gericht is op genezing. De bestraling geeft de mogelijkheid om een nog beter eindresultaat te krijgen.

Een bestraling wordt regelmatig toegepast *nadat* een ander type behandeling is gegeven. Dat noemen we een **adjuvante** behandeling. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren na een operatie voor slokdarmkanker of borstkanker. De aanvullende bestraling kan kankercellen vernietigen die mogelijk zijn achtergebleven.

Vóór een operatie kan ook een bestraling worden gegeven, eventueel in combinatie met chemotherapie. Dat noemen we een **neo-adjuvante** behandeling. De bestraling maakt de tumor kleiner. De chirurg kan de tumor dan gemakkelijker verwijderen. Bijvoorbeeld bij endeldarmkanker of slokdarmkanker.

Palliatieve bestraling

Bestraling is palliatief, wanneer de ziekte op zich niet meer te genezen is. Door de behandeling proberen we dan wel om bijkomende klachten zo veel mogelijk te bestrijden of uit te stellen. Dit gebeurt onder andere:

- bij het opkomen van pijn, bijvoorbeeld door uitzaaiingen in de botten,
- bij het ontstaan van bloedingen,
- bij het blokkeren van een doorgang zoals in de slokdarm,
- bij het beklemd raken van een zenuw met pijn of mogelijk verlamming als gevolg. Bijvoorbeeld wanneer een uitzaaiing in een wervel op het ruggenmerg drukt.

De bestraling is gericht op de plek waar de tumor of uitzaaiingen zitten. Deze behandeling is vaak kort: één enkele bestraling of een korte serie, bijvoorbeeld zo'n 5 tot 10 bestralingen in 1 of 2 weken. Zo verbetert de kwaliteit van het dagelijks leven. Soms zelfs voor langere tijd.

Bij een palliatieve bestraling hebben sommige patiënten direct minder last van de klacht. Maar vaak duurt het een aantal weken voor de volledige verbetering merkbaar is. Bij uitzaaiingen in de botten is er kans op een 'flare-up': de pijn verergert eerst en zakt na een aantal dagen echt af. Soms neemt na de behandeling de pijn niet genoeg af, ook niet na een paar weken. Neem dan altijd contact op met de bestralingsarts.

Appendix 6: Aanvaardbare versie van Tekst 2 – Hormonale therapie

Hormonale therapie

Laatst herzien op: 17 juli 2014

Hormonale therapie is de behandeling van kanker met hormonen. Eigenlijk is hormonale therapie een antihormoon therapie. U krijgt namelijk medicijnen die de werking van hormonen juist verminderen. Daarom heeft de behandeling alleen nut bij hormoongevoelige tumoren. De bekendste gevallen zijn borstkanker en prostaatkanker. Bij aandoeningen zoals baarmoederkanker, eierstokkanker en neuro-endocriene tumoren (NET) is het vaak nodig om hormonale therapie te combineren met andere behandelingen. De specialisten bespreken met u welke aanpak voor u de beste resultaten geeft.

Hormonen

Hormonen zijn een soort verkeersregelaars. Zij spelen een belangrijke rol in de functie, groei en ontwikkeling van organen en weefsels. Ons lichaam maakt zelf alle hormonen. Die aanmaak gebeurt onder andere in de schildklier, de zaadballen en de eierstokken. De hormonen komen in het bloed terecht. Zo vinden ze hun weg door het lichaam. Hormonen zorgen ervoor dat organen en lichaamsprocessen goed werken. Hormonen zijn bijvoorbeeld belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering en de menstruatiecyclus.

Geslachtshormonen

Een belangrijke groep hormonen zijn de geslachtshormonen.

Vrouwelijke geslachtshormonen bestaan uit twee soorten: progesteron en een groep van oestrogenen. Het belangrijkste oestrogeen is oestradiol. Deze hormonen worden hoofdzakelijk in de eierstokken aangemaakt. Voor een kleiner deel gebeurt dit in de bijnieren en het onderhuids vetweefsel. Na de overgang stopt de productie van geslachtshormonen in de eierstokken. De productie in de bijnieren en in vetweefsel gaat altijd gewoon door.

Mannelijke geslachtshormonen noemen we ook wel androgenen. Het belangrijkste androgeen is testosteron. Dit hormoon wordt voornamelijk door de zaadballen aangemaakt en voor een deel ook in de bijnierschors.

Hormoongevoelig

Om te kunnen groeien en om goed te functioneren hebben wij geslachtshormonen nodig. Vrouwen voor hun borsten en baarmoederslijmvlies, mannen voor hun prostaat. Maar in die lichaamsdelen kan helaas ook kanker ontstaan. Voor hun groei hebben de kankercellen dan vaak dezelfde geslachtshormonen nodig. Zo'n tumor noemen we 'hormoongevoelig'.

Zolang het lichaam zelf geslachtshormonen maakt, kunnen de kankercellen zich ook blijven delen. De tumor kan dus doorgroeien. Die groei moeten we proberen te blokkeren. Zo'n blokkade kunnen we maken door de 'eigen' hormonen weg te nemen. De kankercellen overleven dan minder goed of zelfs helemaal niet. De tumor en de eventuele uitzaaiingen kunnen minder groeien. In het gunstigste geval verdwijnen de kankercellen zelfs helemaal.

Hormonale therapie gaat op deze manier te werk. Deze behandeling beperkt de productie van lichaamseigen hormonen. Zo'n aanpak verhindert hopelijk ook de aanmaak van zieke cellen.

Appendix 7: Toelichting bij de tekstherzieningen

Een tekstherziening verloopt stapsgewijs volgens een algemeen plan van aanpak. Tabel 1 geeft dit schematisch weer.

Stap 1 De veranderingen betreffen de inhoudsselectie en beogen de informativiteit van het bericht te vergroten.

Deze stap kan niet gemaakt worden zonder voorafgaand en uitvoerig overleg met materiedeskundigen van de organisatie. Daarom is besloten om haar niet toe te passen en de herziening te beperken tot de twee vervolgstappen die vooral op stilistische aspecten gericht zijn.

Stap 2 De veranderingen betreffen de taalverzorging en beogen de leesbaarheid van het bericht te vergroten.

Stap 3 De veranderingen betreffen de doelgroepafstemming en beogen de aanvaardbaarheid van het bericht te vergroten.

Door deze aanpak bevatten de berichten op een aantal plaatsen een invulling die minder adequaat is dan dat mogelijk zou zijn. Bijvoorbeeld, het bericht ‘Doel van bestraling’ geeft onder de kop *Genezende bestraling* geen informatie over wanneer bestraling genezend is, maar wel over waarom bestraling de voorkeur heeft boven opereren.

Samengevat, de tekstherzieningen blijven beperkt tot de presentatiestijl van de informatie (Stap 2) en de inkadering van de informatie (Stap 3) zonder iets te veranderen aan de oorspronkelijke inhoud van de berichten (Stap 1).

Bij de inventarisatie van de herzieningspunten is uitgegaan van twee webpagina’s: *Hormonale therapie* en *Doel van bestraling*. Alleen de opmerkingen die bij deze teksten gemaakt konden worden, komen in dit verslag terug. Er is niet gestreefd naar een beschrijving van alle mogelijke herzieningen.

Tabel 1 Stapsgewijze uitvoering van een tekstherziening

	Object	Doel	Verantwoordelijke partij
Stap 1	inhoudsselectie	vergroot informativiteit	materiedeskundigen
Stap 2	taalverzorging	vergroot leesbaarheid	communicatie-experts
Stap 3	doelgroepafstemming	vergroot aanvaardbaarheid	communicatie-experts

Stap 2: Herzieningen op gebied van taalverzorging

De herzieningen vallen in twee groepen uiteen: zij hebben een globaal of een lokaal karakter. Beide groepen kunnen met een aantal kenmerkende gevallen worden gespecificeerd.

Deze herzieningen hebben vooral tot doel de leesbaarheid van de tekst te vergroten. Onder de noemer leesbaarheid vallen primair de toegankelijkheid en de begrijpelijkheid van de tekst (als beoordelingen van de online en offline aspecten van het leesproces). Op de tweede plaats komt de correctheid van het taalgebruik (spel- en formuleerfouten). En op de derde plaats gaat de aandacht uit naar de stilistische kwaliteiten van gehanteerde termen en zinswendingen. Bij de selectie van hier opgenomen gevallen is uitgebreid gebruik gemaakt van de bekende taaladviesboeken voor het Nederlands (Burger & de Jong, 2009; Klein & Visscher, 2002; Moerdijk & Sluimer, 1989; Renkema, 2012). Voor een verdere toelichting en verantwoording wordt daarnaar verwezen.

A *Globale herzieningen*

A.1 Orden informatie overzichtelijk

Laat zinnen logisch op elkaar volgen. In (1) verwacht je dat de tekst verder gaat over hormoongevoelige tumoren en niet over de behandeling. In (2) is de mededeling duidelijker wanneer het doel eerst genoemd wordt.

- (1) De behandeling heeft alleen nut bij hormoongevoelige tumoren. Hormonale therapie wordt vooral toegepast bij borstkanker en prostaatcancer.
→ De behandeling heeft alleen nut bij hormoongevoelige tumoren. De bekendste gevallen zijn borstkanker en prostaatcancer.
- (2) De borsten en het baarmoederslijmvlies bij vrouwen en de prostaat bij mannen hebben geslachtshormonen nodig voor hun groei en functioneren.
→ Om te kunnen groeien en om goed te functioneren zijn geslachtshormonen nodig. Bij vrouwen voor de borsten en het baarmoederslijmvlies, bij mannen voor de prostaat.

A.2 Blijf ‘geactiveerde’ informatie niet herhalen

Wanneer een bericht over ‘bestraling’ gaat, is het niet nodig om dat begrip te blijven noemen. In (3) spreekt het voor zich dat de ‘*behandeling*’ staat voor ‘*bestraling*’.

- (3) Uw arts bespreekt met u het doel van de behandeling ***met bestraling***.

A.3 Comprimeer herhaling van informatie

Wanneer eenzelfde opmerking meer dan eens gemaakt wordt, presenteer die dan in één keer. (4) is een voorbeeld van een simpel geval. (5) is iets gecompliceerder te herschrijven en heeft het bijkomend probleem dat het geheel onduidelijk is waarom deze informatie in de tekst zou moeten staan. Deze toevoeging dient op geen enkele wijze de uitleg.

- (4) Deze behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken. ... Deze behandeling is ook gericht op een beter eindresultaat.

→ Iedere aanvullende behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken.

(5) De hormoonproductie in de zaadballen staat onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen. ... De hormoonproductie in de eierstokken staat onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen.

→ Zowel in de zaadballen als de eierstokken staat de hormoonproductie onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen.

→ De productie van geslachtshormonen staat onder invloed van hormonen afkomstig uit de hersenen.

B Lokale herzieningen

B.1 Houd de zinnen licht

Vermijd inbedding van informatie (zie (6)) en aaneenrijging van bijzinnen (zie (7)). Knip zinnen vaker in tweeën (zie (2)) en een bepaling zoals '*als dat zo is*' laat zich ook uitdrukken met '*in zo'n geval*'.

(6) een in opzet genezende behandeling → een behandeling die gericht is op genezing

(7) De arts kan bestraling adviseren als de kans op genezing na bestraling net zo groot is als na een andere behandeling.

→ De arts kan bestraling adviseren in plaats van een ander type behandeling. De kans op genezing is dan even groot.

B.2 Begin met een kapstok

Haal inperkende informatie bij voorkeur naar voren (zie (8) en (9)).

(8) Hormonale therapie is eigenlijk... → Eigenlijk is hormonale therapie...

(9) Een behandeling met alleen bestraling kan bij sommige soorten kanker genezend zijn.

→ Bij sommige soorten kanker kan een behandeling met alleen bestraling genezend zijn.

B.3 Maak van een opsomming geen warwinkel

Geef de leden van een opsomming eenzelfde vorm, streef naar parallelie in de formulering. Bij (10) zijn de leden de namen van de aandoeningen, in (11) situaties die kunnen voorkomen. Hou de leden gelijk wat betreft hun invulling. Ga niet in bepaalde gevallen allerlei aanvullende informatie toevoegen. Zorg ervoor dat de leden syntactisch niet afhankelijk zijn van de introducerende matrix-zin.

(10) Bijvoorbeeld bij:

- huidkanker in het gezicht: opereren laat vaak lelijker littekens achter dan bestraling
- strottenhoofdkanker: bij een operatie verliest iemand zijn stem, bij bestraling niet
- anuskanker (bij een kleine tumor): bij bestraling kan de functie van de kringspier gespaard worden. De kringspier is nodig voor het ophouden van ontlasting. Na een operatie is meestal een stoma nodig.
- prostaatkanker (in een vroeg stadium): bij een operatie is er risico op plasklachten en erectiestoornissen, bij bestraling is dit risico lager. Vooral bij inwendige bestraling.
- longkanker (bij een kleine tumor): bestraling is veel minder ingrijpend dan een operatie.

→ Hierbij kunt u denken aan:

- huidkanker: bestraling laat in het gezicht meestal minder lelijke littekens achter dan een operatie,
- strottenhoofdkanker: bij bestraling blijft de stem behouden, bij een operatie gaat die verloren,
- anuskanker: als de tumor nog klein is, kan bij bestraling de kringspier gespaard worden en daarmee ook het normale vasthouden van ontlasting. Na een operatie is meestal een stoma nodig,
- prostaatcancer: bij behandeling in een vroeg stadium geeft met name inwendige bestraling een kleinere kans op plasklachten en erectiestoornissen dan een operatie,
- longkanker: bij een kleine tumor is bestraling veel minder ingrijpend dan een operatie.

(11) Bijvoorbeeld bij:

- pijn, bij uitzaaiingen in de botten bijvoorbeeld
- bloedingen
- als de tumor een doorgang blokkeert, bijvoorbeeld in de slokdarm
- als de tumor drukt tegen een zenuw waardoor pijn ontstaat of uitval van een zenuw dreigt. Een voorbeeld hiervan is een uitzaaiing in een wervel die op het ruggenmerg drukt waardoor er een kans is op een (gedeeltelijke) dwarslaesie. Een dwarslaesie is een verlamming.

→ Dit gebeurt onder andere:

- bij het opkomen van pijn, bijvoorbeeld door uitzaaiingen in de botten,
- bij het ontstaan van bloedingen,
- bij het blokkeren van een doorgang zoals in de slokdarm,
- bij het beklemd raken van een zenuw met pijn of mogelijk verlamming als gevolg. Bijvoorbeeld wanneer een uitzaaiing in een wervel op het ruggenmerg drukt.

B.4 Vermijd lege verwijzingen

Herformuleer de zinnen met een loos onderwerp (*'Er zijn twee soorten vrouwelijke geslachtshormonen'*) en die met een voorlopig onderwerp (*'Het is bekend dat...'*). Zie ook (19).

B.5 Maak verwijzingen zo expliciet mogelijk.

Vervang pronominale anaforen zoveel mogelijk door lexicaal anaforen.

(12) **Het** is dan een onderdeel van... → **De bestraling** is dan een onderdeel van...

Dan kan de chirurg **deze** gemakkelijker verwijderen → Dan kan de chirurg **de tumor** gemakkelijker verwijderen

.... voordat **het** afzakt → ... voordat **de pijn** afzakt

B.6 Vermijd te algemene termen

Herformuleer zinnen zodanig dat allerlei vage, algemene termen eruit verdwijnen. Denk daarbij aan begrippen als *maatregelen, processen, werking, signalen, redenen, stoffen, aanwezigheid* en *gevallen*.

B.7 Wees wijs met voegwoorden

Twee voegwoorden vallen op, mede door hun frequent gebruik: *of* en *als*.

Bij opsommingen staat tussen de leden meestal *of*. Dit moet echter *en* zijn wanneer in de zin reeds een woord staat dat aangeeft dat er sprake is van kiezen of van varianten (zie (13)). Het gebruik van *of* maakt dat de keuze dubbelop wordt uitgedrukt (http://taaladvies.net/taal/advies/vraag/1497/kiezen_tussen_koffie_of_thee_kiezen_tussen_koffie_en_thee/).

Schrijvers blijken een voorliefde te hebben voor het voegwoord *als*, ook als daarmee een temporele relatie wordt uitgedrukt. (14) illustreert het verschil tussen causaal en temporeel gebruik. Over de duidelijkheid van dit betekenisverschil is de nodige discussie (zie (16)). Wat daarin echter onvoldoende wordt meegenomen, is dat *als* temporeel meerduidig is. (15) laat zien dat *als* niet alleen een tijdsmoment kan uitdrukken maar ook een vervolg (*nadat*) en gelijktijdigheid (*terwijl*). In een tekst waarin de informatie op een tijdsgeorganiseerd is, kan *als* beter vervangen worden door meer betekenisvolle verbindingswoorden. Gebruik *als* alleen wanneer er sprake is van een duidelijk voorwaardelijke relatie.

- (13) Andere namen zijn hormoontherapie, hormonale behandeling **en** hormoonbehandeling
Er zijn twee mogelijkheden: met eigen vervoer **en** met de ambulance.
U krijgt de keuze uit aardappels **en** rijst

- (14) Neem één pil in **als** u pijn voelt = indien / op voorwaarde dat u pijn voelt
Neem één pil in **wanneer** u pijn voelt = op het moment dat u pijn voelt

- (15) **Als** u zich heeft aangemeld, gaat u naar de behandelkamer. **Als** u daar aankomt, begint de behandeling direct. **Als** het infuus loopt, worden uw gegevens gecontroleerd.
→ **Nadat** u zich heeft aangemeld, gaat u naar de behandelkamer. **Wanneer** u daar aankomt, begint de behandeling direct. **Terwijl** het infuus loopt, worden uw gegevens gecontroleerd.

- (16) “Sommige taalgebruikers maken een strikt onderscheid tussen *als* en *wanneer*. Ze gebruiken *wanneer* als het om een tijdstip gaat en *als* wanneer het om een voorwaarde gaat” (<http://www.vrt.be/taal/als-toen-wanneer>). “Over het gebruik van *wanneer* als voegwoord van voorwaarde/veronderstelling zijn de naslagwerken het overigens niet helemaal eens: *Het groene woordenboek* (2002), de *Algemene Nederlandse Spraakkunst* (ANS, 1997) en de woordenboeken van Koenen (2006) en *het Witte Woordenboek* (2007) vermelden het zonder enig voorbehoud. De grote Van Dale (2005) vermeldt alleen *als* en *indien* als voegwoord van voorwaarde of veronderstelling. Zo streng willen wij niet zijn: ook *wanneer* kan zonder bezwaar als voegwoord van voorwaarde of veronderstelling gebruikt worden” (<https://onzetaal.nl/taaladvies/advies/als-wanneer-indien>). “In sommige contexten worden zinnen met *als* toch eerder als voorwaardelijk en zinnen met *wanneer* als temporeel geïnterpreteerd, waardoor er een betekenisverschil kan zijn” (<http://taaladvies.net/taal/advies/vraag/892/>).

B.8 Maak zinnen af

Formuleringen kunnen op twee manieren onvolledig zijn: als zinsfragment waarin een bepaling apart geplaatst is (zie (17)) en als bijzin die van de hoofdzin losgemaakt is

(zie (18)). Het laatste geval is vooral problematisch omdat door samentrekking het onderschikkend voegwoord is verdwenen; eigenlijk staat er ‘*Maar als*’.

(17) Vooral bij inwendige bestraling. Soms voor langere tijd. En in mindere mate bij....

(18) Maar bestraling wel genezend kan zijn. Maar de kans op bijwerkingen kleiner is.

B.9 Druk causaliteit met het werkwoord uit

Probeer om zoveel mogelijk sprekende werkwoorden te gebruiken die oorzakelijke verbanden expliciet uitdrukken (‘*leidt tot / geeft / veroorzaakt*’). Vermijd omslachtige beschrijvingen van het type ‘*het doel van X is...*’; zet hiervoor in de plaats zoiets als ‘*X maakt... / X zorgt ervoor... / X beoogt...*’

(19) Soms **is er** bij bestraling een verergering van de pijn → Soms **leidt** bestraling tot

(20) Het doel hiervan is de tumor kleiner te maken → Zo’n behandeling maakt de tumor kleiner

B.10 Markeer zo expliciet mogelijk.

Vermijd elliptische vormen bij de markering van samenhangen. Noem het voegwoord steeds expliciet (zie (21); zie ook (18)). Gebruik voor voegwoorden niet de vorm van het voorzetsel (zie (22)).

(21) **Is** de ziekte niet meer te genezen... → **Als** de ziekte niet meer te genezen is ...

(22) ...**voor** u de volledige verbetering ervaart → ...**voordat** u de volledige verbetering ervaart

B.11 Formuleer actief

Passiefzinnen hebben meerdere bezwaren. Op de eerste plaats dat de actor, de handelende partij, niet genoemd hoeft te worden (zie (23)). Hier is vooral van belang dat de zin er traag door wordt, en dat het hoofdwerkwoord naar het eind van de zin verhuist (zie (24)). Hoofdwerkwoorden fungeren als *as* van de zinsbetekenis; probeer ze daarom altijd zoveel als mogelijk vooraan in de zin te plaatsen.

(23) Hormonen worden uitgescheiden in het bloed → De hormonen komen in het bloed terecht

(24) Mannelijke geslachtshormonen **worden** ook wel androgenen genoemd

→ Mannelijke geslachtshormonen **noemen we** ook wel androgenen

→ Mannelijke geslachtshormonen **heten** ook wel androgenen

→ **Een andere naam** voor mannelijke geslachtshormonen is androgenen

B.12 Zeg het niet te moeilijk

Zinnen met nuanceringen en bijkomstigheden lijden nogal eens aan een moeizame formulering. Probeer daar een vloeiender variant op te vinden (zie (25) en (26)). Een verwant advies is gegeven bij B.1, alleen ging het daar om de zinsbouw en hier om de zinsinhoud.

(25) Kankercellen zijn voor hun groei vaak (deels) afhankelijk van ...

→ Kankercellen hebben voor hun groei vaak ... nodig

- (26) als een operatie om andere redenen niet kan, bijvoorbeeld door een andere ziekte.
→ wanneer een andere ziekte opereren onmogelijk maakt.

Stap 3: Herzieningen op gebied van doelgroepafstemming

De herzieningen vallen in twee groepen uiteen: zij hebben te maken met – wat in technische termen heten - polyfonie en *human voice*. Beide groepen kunnen met een aantal kenmerkende gevallen worden gespecificeerd.

Deze herzieningen hebben vooral tot doel de aanvaardbaarheid van het bericht te vergroten. Om dat te doen worden op de eerste plaats, waar maar mogelijk is, toedekkingen en uitwijdingen verwijderd. Deze ingrepen dienen om de boodschap zo herkenbaar en eensluidend mogelijk te maken. Op de tweede plaats worden in woordgebruik en formuleringen elementen opgenomen waarmee de betrokkenheid met de lezer beter tot uitdrukking komt.

C *Verwijder geluiden van polyfonie*

Het begrip *polyfonie* wordt gebruikt om aan te geven dat in een tekst het geluid van meerdere partijen doorklinkt (van der Mast, Janssen & Verhagen, 1994; van der Mast, 1999). Dit fenomeen wordt in literaire werken op artistiek verantwoorde wijze ingezet, maar het kenmerkt – op een heel wat minder prijzenswaardige manier – ook veel teksten uit het bestuurlijk/organisatorische domein. In deze bedrijfsdocumenten wil iedereen een bijdrage leveren en vooral ook de eigen positie terugvinden. Polyfonie komt in niet-literaire handen feitelijk neer op het ”poldermodel van de communicatie”. Twee manifestaties zijn ook relevant in de context van medische voorlichting.

C.1 ‘Ga je niet verschuilen’

Informatie voor leken kenmerkt zich maar al te vaak door pogingen om de reikwijdte van bepaalde uitspraken te minimaliseren. Men dekt in, zwakt af en houdt slagen om de arm. Deze verdedigende bewegingen worden door materiedeskundigen in de regel op inhoudelijke gronden gemotiveerd; je mag immers niet onnodig generaliseren of zekerheid bieden. Soms is dit inderdaad zo, maar te vaak klinken ‘professionele’ geluiden door waar de lezer geen boodschap aan heeft. Ze maken eerder wantrouwig dan dat ze het begrip vergroten.

Als een behandeling “op zich genezend” is, wat voegt dat ‘op zich’ dan toe? Als er geen toelichting volgt (“maar ...”), dan roept het eerder achterdocht op. Wanneer een medicijn werkt “bij bepaalde lichaamseigen hormonen”, wat voegen dan ‘bepaalde’ en ‘lichaamseigen’ toe? Is het echt niet genoeg om alleen te weten dat het om hormonen gaat?

Is het nodig om voortdurend het hulpwerkwoord “kunnen” toe te voegen? Het lijkt er te vaak op dat niets mogelijk *is*, alles *kan* slechts mogelijk *zijn*. Opvallend is vooral dat deze modaliteiten stapelen. In een frase als “je kunt er op zich mogelijk beter van worden” is sprake van drie dubbelop indekken. Waarom niet “je wordt er

mogelijk beter van” of “je kunt er beter van worden”? Een voorbeeld van dubbelop markeren is “in het gunstigste geval kunnen verdwijnen”. Maak er “in het gunstigste geval verdwijnen” van of “kunnen verdwijnen”.

En hoe zit het met de selectie van frequentie-aanduidingen? Waarom kan het een ‘niet altijd’ zijn en het andere ‘vaak’? Zit er een verschil tussen “niet”, “altijd” en “vaak?”

C.2 ‘Vlieg niet uit de bocht’

Informatie door professionals kenmerkt zich maar al te vaak door wijdlopiegheid; men gaat onnodig op details in en slaat even onnodig zijwegen in. Deze breedsprakigheid wordt in de regel ook op inhoudelijke gronden gemotiveerd; men geeft zo achtergrondinformatie die nodig is voor een goed begrip van de gehele boodschap. En voegt men daar dan publieksgericht aan toe, het gaat om informatie die patiënten in hun behandeltraject toch tegen gaan komen; ze kunnen er daarom maar beter nu al vertrouwd mee raken. Uit onderzoek blijkt echter dat details ‘*seductive*’ zijn, ze leiden af van de hoofdzaken en verslechteren juist het begrip (zie bijvoorbeeld Harp & Mayer, 1998).

Waarom dat ‘*vaak (deels)*’ erbij in “Kankercellen zijn voor hun groei vaak (deels) afhankelijk van ...”? Dient deze toevoeging het begrip van de lezer? Bij (5) zagen wij een ander voorbeeld van een te ver doorgeschoten poging tot uitleg. En waarom moet je weten dat een verlamming kan komen doordat er een dwarslaesie is ontstaan? Het feit op zich is genoeg; een mogelijk oorzaak noemen voegt niets toe aan de uitleg. Langs deze weg redenerend kunnen er ook veel vraagtekens gezet worden bij het gebruik van medisch jargon en de definities die daaraan gehecht worden.

Let er bij het geven van voorbeelden goed op dat lezers er in het algemeen bekend mee is. Waarom de nogal abstracte term ‘*stofwisseling*’ gebruiken wanneer de uitleg ook kan met de meer concrete term ‘*spijsvertering*’? Vervang een vage beschrijving als “Hormonen beïnvloeden organen of processen door het afgeven van signalen” door een meer sprekende vergelijking “Hormonen zijn verkeersregelaars”. Het is jammer, maar om door een leek begrepen te worden hoeft een boodschap niet voor de academicus te kloppen.

D *Versterk de band met de lezer*

De laatste jaren hebben schrijvers er steeds meer een opdracht bijgekregen: het in de tekst tot uitdrukking brengen van publieksbesef (*audience awareness*). Deze interesse komt in het werkveld terug onder verschillende namen. In de wereld van de e-commerce en de crisiscommunicatie benadrukt men de noodzaak van een *conversational human voice* (Kelleher, 2009), in de wereld van het personeelsmanagement (HRM) opteert men voor *motivating language* (Sullivan, 1988; Simmons & Sharbrough, 2013). Deze publieksgerichte aanpassingen blijken positief uit te werken: er worden effecten gerapporteerd op terreinen zo verschillend als stimulering van werksatisfactie, vermindering van ziekteverzuim en vergroting van zelfredzaamheid (Alqahtani, 2015; Kelleher & Miller 2006; Mayfield &

Mayfield, 2012). Veel van de voorgestelde verbale strategieën blijken reeds te vinden te zijn in een veel ouder theoretisch kader, de beleefdheidstheorie van Brown en Levinson (1987).

D.1 Neem de patiënt als uitgangspunt

Presenteer de informatie vanuit het perspectief van de lezers. Die maken als het ware een reis door een behandeltraject; kijk dan ook door hun ogen. Een zin als ‘*Uw arts bespreekt met u het doel van de behandeling*’ kan gemakkelijk 180 graden gedraaid worden: ‘*Bespreek met uw arts het doel van de behandeling*’. Belangrijk is om hierbij op te merken dat perspectiefname niet impliceert dat de lezer expliciet genoemd moet worden.

D.2 Geef blijk van betrokkenheid met de patiënt

Toon begrip voor de situatie van patiënten door hun twijfels en zorgen aan te kaarten. Anticipeer op gedachten en gevoelens door een alinea te beginnen met een zin als ‘*een bestraling roept vragen op*’ of door tijdens een uitleg toe te voegen ‘*dat zal niet gemakkelijk zijn*’.

D.3 Hou rekening met subjectieve lasten

Een behandeling, en zeker een medische, vraagt het nodige van de patiënt. Toon daar begrip voor door de last te erkennen (“*Dat is best wel moeilijk. Vraag dan gerust om een extra verdoving.*”) en door die te verzachten (“*Het doet even pijn. Het gaat al snel weer over*”). Het verschil met C.1 is dat een situatie niet hypothetisch gemaakt wordt (‘*kunnen*’), en ook dat de kernbegrippen niet verzwakt worden (‘*gevoelig*’ in plaats van ‘*pijnlijk*’).

(27) het bestrijden van klachten	→ het <i>zo veel mogelijk</i> bestrijden van klachten
één bestraling of een korte serie	→ één <i>enkele</i> bestraling of een korte serie
kan genezend zijn	→ kan <i>al</i> genezend zijn
bijvoorbeeld 5 tot 10 bestralingen	→ bijvoorbeeld <i>zo ’n</i> 5 tot 10 bestralingen
soms voor langere tijd	→ soms <i>zelfs</i> voor langere tijd
met verlamming als gevolg	→ met <i>mogelijk</i> verlamming als gevolg
voordat de pijn afzakt	→ voordat de pijn <i>echt</i> afzakt
de kans op bijwerkingen is kleiner	→ de kans op bijwerkingen is <i>beduidend</i> kleiner
om een beter eindresultaat te krijgen	→ om een <i>nog</i> beter eindresultaat te krijgen

D.4 Kijk (bijna) altijd van de zonnige kant

Een toestand kan altijd van twee kanten worden benaderd of, in moderner jargon, worden geframed. Je kunt hetzelfde feit negatief brengen (‘*bijwerkingen zijn mogelijk*’) of positief (‘*bijwerkingen komen zelden voor*’). In het geval van medische voorlichting gaat het om de vrij fundamentele keuze of je bij de informatie de nadruk legt op het ‘*verlies*’-perspectief of op het ‘*kunnen behouden*’-perspectief (zie (28)).

Wanneer het jezelf aangaat, lijkt een positief perspectief te verkiezen te zijn boven een negatief. Of je dit als schrijver ook gaat doen, hangt van meer factoren af; een keuze heeft altijd de nodige ethische implicaties (Wells, 2012). Je kunt ‘*X is*

lelijker dan Y gemakkelijk vervangen door ‘*Y minder lelijk dan X*’. Maar of je daar ook ‘*Y is mooier dan X*’ van gaat maken, is de vraag.

Een geval apart zijn beschrijvingen met een nogal negatieve strekking. In die gevallen kun je de informatie beter onpersoonlijk geven, dus ‘*in geval van overlijden*’ in plaats van het nogal directe ‘*als u dood gaat*’. In (29) en (30) staan typerende voorbeelden uit de bestralingstekst.

(28) Bij een operatie verliest iemand zijn stem, bij bestraling niet.

→ Bij bestraling blijft de stem behouden, bij een operatie gaat die verloren.

(29) Is de ziekte niet meer te genezen, dan **krijgt u** soms een palliatieve bestraling. ... **U krijgt** bestraling op de plek waar de tumor of uitzaaiingen zitten.

→ Is de ziekte niet meer te genezen, dan *wordt* soms een palliatieve bestraling *gegeven*.
... De bestraling *is gericht* op de plek waar de tumor of uitzaaiingen zitten.

(30) Vaak **krijgt u** dan een korte behandeling. ... Dit verbetert de kwaliteit van **uw** dagelijks leven. ... Vaak duurt het een aantal weken voordat **u** de volledige verbetering ervaart.

→ De behandeling *is* vaak kort. ... Zo verbetert de kwaliteit van *het* dagelijks leven. ... Vaak duurt het een aantal weken voordat de volledige verbetering *merkbaar is*.

D.5 Neem soms het voortouw

Met verbindingswoorden zoals ‘*dus*’, ‘*want*’ en ‘*echter*’ moet doordacht worden omgegaan. Een overdaad kan bij redeneerstappen gemakkelijk nogal betuttelend overkomen. Op het handelingsniveau, wanneer het bijvoorbeeld een advies betreft, kan een kleine aansporing geen kwaad: ‘*Een bestraling roept vragen op. Bespreek daarom vooraf met uw arts*’

Referenties

- Alqahtani, A. (2015). Teachers' perceptions of principals' motivating language and public school climates in Kuwait. *Management in Education*, 29, 125–131.
- Brown, P., & Levinson, S. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burger, P., & Jong, J. de (2009). *Handboek Stijl; adviezen voor aantrekkelijk schrijven*. Houten: Noordhoff.
- Harp, S., & Mayer, R. (1998). How seductive details do their damage: a theory of cognitive interest in science learning. *Journal of Educational Psychology*, 90, 414–434. DOI: 10.1037/0022-0663.90.3.414
- Kelleher, T. (2009). Conversational voice, communicated commitment, and public relations outcomes in interactive online communication. *Journal of Communication*, 59, 172–188. DOI: 10.1111/j.1460-2466.2008.01410.x
- Kelleher, T., & Miller, B. (2006). Organizational blogs and the human voice: relational strategies and relational outcomes. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11, 395–414. DOI: 10.1111/j.1083-6101.2006.00019.x
- Klein, M., & Visscher, M. (2002). *Handboek verzorgd Nederlands: spellingregels, schrijfadviezen*. Amsterdam: Contact.
- Mast, N. van der, Janssen, D., & Verhagen, A. (1994). Interactionele schrijfprocessen en tekst- kenmerken. In A. Maes, P. van Hauwermeiren & L. van Waes (red.), *Perspectieven in taalbeheersingsonderzoek* (pg. 412-420). Dordrecht: ICG.
- Mast, N. van der (1999). *Woordenwisselingen; een onderzoek naar de manier waarop schrijvers consensus over beleidsteksten bewerkstelligen*. Ongepubliceerd academisch proefschrift, Faculteit der Letteren, Universiteit Utrecht.
- Mayfield, J., & Mayfield, M. (2012). The relationship between leader motivating language and self-efficacy: A partial least squares model analysis. *Journal of Business Communication*, 49, 357-376. DOI: 10.1177/0021943612456036
- Moerdijk, J., & Sluimer, P. (1989). *Taalgids voor de ambtenaar*. Culemborg: Lemma.
- Renkema, J. (2012). *Schrijfwijzer*. Amsterdam: Boom.
- Simmons, S., & Sharbrough, W. (2013). An analysis of leader and subordinate perception of motivating language. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 10(3), 11-27.
- Sullivan, J. (1988). Three roles of language in Motivation Theory. *Academy of Management Review*, 13(1), 104-115. DOI: 10.5465/AMR.1988.4306798
- Wells, R. (2012). To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent. *The American Journal of Bioethics*, 12(3), 22–29. DOI: 10.1080/15265161.2011.652798

Appendix 8: Instructie vragenlijst

Kanker.nl en Tilburg University vragen uw medewerking aan een onderzoek naar de kwaliteit van de online bibliotheek op kanker.nl.

Doel van het onderzoek

Wij onderzoeken hoe de huidige teksten uit de online bibliotheek worden gewaardeerd, en hoe deze eventueel verbeterd kunnen worden. Met uw deelname aan dit onderzoek helpt u ons om deze vragen te beantwoorden.

Opzet van het onderzoek

Voor dit onderzoek vragen wij u zich voor te stellen dat u een patiënt bent die informatie leest over mogelijke behandelingen die u moet ondergaan vanwege uw ziekte. De vragenlijst begint met enkele algemene vragen. Daarna krijgt u twee teksten te lezen. Bij iedere tekst geeft u op een aantal beoordelingsvragen uw reactie. Denk bij iedere reactie niet te lang na. Het gaat om uw eerste indruk. De vragenlijst sluit af met enkele inhoudelijke vragen over de teksten. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Alle antwoorden worden anoniem verwerkt.

U begint met de vragenlijst door op de knop rechts onderin te klikken.

Wij stellen uw medewerking zeer op prijs en danken u voor uw moeite.

Appendix 9: Draaiboek vragenlijst

Deel 1: Persoonsgegevens

- lft Mijn leeftijd is jaar
- sekse Ik ben een
- man
 - vrouw
- opl De hoogste opleiding die ik reeds heb afgerond, of waar ik nog mee bezig ben, is
- basisonderwijs
 - voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo, mavo, mulo, LTS, LHNO)
 - algemeen voortgezet onderwijs (havo)
 - voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (atheneum, gymnasium, HBS)
 - middelbaar beroepsonderwijs
 - hoger beroepsonderwijs
 - universiteit

Deel 2: Persoonlijke kenmerken

Gebruikersgegevens

- geb1 Ik heb belangstelling voor kanker.nl, want
- ik ben gediagnosticeerd met kanker
 - ik ben een naaste (familielid, partner) van iemand die kanker heeft
 - ik ben een zorgverlener
- geb2 Ik bezoek de website van kanker.nl
- sinds de laatste 3 maanden
 - sinds 3 tot 6 maanden
 - sinds 6 tot 12 maanden
 - al meer dan 12 maanden

Gezondheidsvaardigheid

Bij gez1 tot gez4 loopt iedere schaal van negatief naar positief: van “zeer mee oneens” naar “zeer mee eens”.

- gez1 Wanneer ik een brief of folder krijg van mijn huisarts, het ziekenhuis of een andere zorginstelling, dan heb ik hulp nodig om die te lezen
- gez2 Als ik zelf medische formulieren invul, dan doe ik dit zonder fouten
- gez3 Geschreven gezondheidsinformatie begrijp ik niet zo goed
- gez4 Het kost mij weinig moeite om zelf vragen te stellen aan mijn arts

Deel 3: Affectieve respons

Bij aff1 tot aff6 loopt iedere schaal van negatief naar positief: van “zeer mee oneens” naar “zeer mee eens”.

Positieve affectieve respons

aff1	Door deze tekst voel ik mij gerustgesteld	+
aff3	Door deze tekst voel ik mij opgelucht	+
aff4	Door deze tekst voel ik mij zeker	+

Negatieve affectieve respons

aff2	Door deze tekst voel ik mij zenuwachtig	-
aff5	Door deze tekst voel ik mij van streek	-
aff6	Door deze test voel ik mij in de war	-

Deel 4: Tekstbeoordeling

Tekstwaardering

Bij tw1 tot tw18 loopt iedere schaal van negatief naar positief: van “zeer mee oneens” naar “zeer mee eens”.

Begrijpelijkheid

tw01	Deze tekst is duidelijk opgebouwd	+
tw07	Deze tekst is helder opgebouwd	+
tw14	Deze tekst is overzichtelijk opgebouwd	+

Toegankelijkheid

tw02	Deze tekst is vervelend te lezen	-
tw16	Deze tekst is slecht te lezen	-
tw11	Deze tekst is moeizaam te lezen	-

Informativiteit

tw06	Deze tekst gaat soms te veel in detail	-
tw08	Deze tekst geeft soms te specifieke informatie	-
tw13	Deze tekst geeft soms te veel informatie	-

Hartelijkheid

tw03	Deze tekst is kil van toon	-
tw12	Deze tekst is hard van toon	-
tw15	Deze tekst is koud van toon	-

Aangenaamheid

tw05	Deze tekst komt aardig over	+
tw09	Deze tekst komt plezierig over	+
tw17	Deze tekst komt prettig over	+

Betrokkenheid

tw04	Deze tekst speelt in op mijn gevoelens	+
tw10	Deze tekst gaat in op mijn gevoelens	+
tw18	Deze tekst houdt rekening met mijn gevoelens	+

Rapportcijfer

Ik geef deze tekst het rapportcijfer

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Deel 5: Overtuigingen

Bij ov1 tot ov4 loopt iedere schaal van negatief naar positief: van “zeer mee oneens” naar “zeer mee eens”.

- ov1 Hormonale therapie geeft een grote kans op genezing
- ov2 Bestraling geeft minder last van bijverschijnselen dan andere vormen van behandeling
- ov3 Bestraling geeft een grote kans op genezing
- ov4 Hormonale therapie geeft minder last van bijverschijnselen dan andere vormen

Deel 6: Tekstbegrip

Correctheid en zekerheid

Bij ken1_1, ken2_1, ken3_1, ken4_1, ken5_1, ken6_1, ken7_1 en ken8_1 zijn er twee antwoordmogelijkheden: “ja” en “nee”.

Bij ken1_2, ken2_2, ken3_2, ken4_2, ken5_2, ken6_2, ken7_2, ken8_2 loopt iedere schaal van negatief naar positief: van “zeer mee oneens” naar “zeer mee eens”.

- ken1_1 Hormonale therapie stimuleert de aanmaak van hormonen
- ken1_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken2_1 Palliatieve bestraling geeft nog een redelijke kans op genezing
- ken2_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken3_1 Hormonen worden met het bloed door het lichaam verspreid
- ken3_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken4_1 Bij bestraling van strottenhoofdkeuter gaat de stem vaak verloren
- ken4_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken5_1 Bij een ‘flare-up’ neemt de pijn eerst toe en daarna af
- ken5_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken6_1 Bij vrouwen stopt na de overgang de aanmaak van geslachtshormonen
- ken6_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken7_1 Een adjuvante bestraling wordt toegepast na een ander type behandeling
- ken7_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?
- ken8_1 Hormonen zijn belangrijk voor een goed verloop van de spijsvertering
- ken8_2 Hoe zeker bent u van dit antwoord?

Appendix 10: Voorgestelde tekst voor toekomstig onderzoek

Hyperbare zuurstoftherapie

Laatst herzien op: 19 maart 2015

Mensen die in het verleden bestraald zijn voor kanker en late bestralingsschade hebben, kunnen baat hebben bij hyperbare zuurstoftherapie. Hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) is een erkende behandeling waarbij patiënten in een drukcabine bij een omgevingsdruk van 2,5 atmosfeer 100% zuurstof inademen. De behandeling wordt volledig vergoed uit het basispakket van uw zorgverzekering.

Late bestralingsschade

Late bestralingsschade ontstaat in gezond weefsel dat bestraald is bij de radiotherapeutische behandeling voor kanker. Klachten kunnen vanaf 3 tot 6 maanden tot zelfs jaren na de bestraling ontstaan. Deze klachten worden langzaam erger en gaan meestal niet vanzelf over.

Bij bestralingsschade zijn de allerkleinste bloedvaatjes beschadigd. Ook de stamcellen in het bestraalde gebied die nodig zijn voor herstel en onderhoud van weefsel werken niet meer. Hierdoor kan het weefsel zich niet goed herstellen en ontstaat er toenemende verharding (verbindweefseling) van het weefsel. Dit heet fibrose. De klachten ontstaan vaak na een operatie in weefsel dat ooit bestraald is. Bijvoorbeeld het plaatsen van gebitsimplantaten in een bestraalde kaak. Of een reconstructie van een geamputeerde borst na bestraling. Late bestralingsschade kan de volgende klachten geven:

- pijn
- oedeem (bijvoorbeeld in de borst)
- fibrosering (verharding van huid en onderhuids weefsel) waardoor er niet goed meer bewogen kan worden
- wonden die niet genezen: zowel in de huid als in slijmvlies van mond, neus of keel
- heesheid
- moeite met slikken
- droge mond
- bloed plassen
- bloed bij de ontlasting

Effecten van hyperbare zuurstoftherapie

Bij hyperbare zuurstoftherapie ademt u 100% zuurstof in onder verhoogde druk. U ademt 12 ½ maal zoveel zuurstof als normaal. Het zuurstofgehalte in het bloedplasma wordt daardoor ruim 18 keer hoger dan bij gewone omgevingsdruk. De hoge concentratie zuurstof in het bloed heeft een positief effect op het bestraalde weefsel:

- Er groeien nieuwe bloedvaatjes.
- Stamcellen verplaatsen zich vanuit het beenmerg naar het bestraalde gebied.
- Afweer- en genezingscellen werken beter.
- Sommige antibiotica gaan beter werken.
- Stug littekenweefsel kan soepeler worden
- Wonden genezen beter.
- Bloedingen, bijvoorbeeld van de blaas, stoppen.

De een zal een groter effect ondervinden van hyperbare zuurstoftherapie dan de ander. Dit verschil in effect heeft onder andere te maken met:

- de aard en ernst van de aandoening
- medicijngebruik
- de voedingstoestand
- roken

U beïnvloedt het genezingsproces positief door te stoppen met roken en op uw gewicht te letten (u mag niet afvallen).