

Open Universiteit-hoogleraar Catherine Bolman:

# “E-health bij kwetsbare groepen verdient extra aandacht”

E-health kan gezondheidsverschillen tussen lager- en hogeropgeleiden verkleinen. Maar door vaak onbegrijpelijke gezondheidsinformatie en gebrek aan digitale vaardigheden stopt het gebruik van e-health bij laagopgeleide burgers. En daarmee komt de zorgvraag van kwetsbare groepen in de knel, waarschuwt prof. Catherine Bolman, sinds 2019 hoogleraar e-healthtoepassingen aan de Open Universiteit (OU).

**Tekst** Loek Kusiak

**Beeld** De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

“Nederlanders zijn op veel gebieden digitaal actiever dan ooit. Maar slechts een beperkte groep patiënten, meestal goed opgeleid, profiteert van digitale toepassingen in de zorg”, constateert professor Bolman. Zij doet onderzoek naar het bereik en het gebruik van e-healthtoepassingen bij kwetsbare doelgroepen. Denk daarbij aan lageropgeleiden, verstandelijk gehandicapten, arbeidsmigranten en ouderen met een of meerdere chronische ziekten bij tegelijk afnemende mantelzorg. “Allemaal groepen die het qua gezondheid en digitale vaardigheden slecht doen”, meent Bolman. “Daarnaast zijn vergrijzing en toenemende armoede verzwarende factoren. De grote uitdaging is hoe we deze mensen in de digitale zorgtransitie meenemen en zelfredzamer maken als straks het face-to-facecontact met zorgverleners zal afnemen.”

Volgens het CBS (2019) maakt slechts 30 procent van de laagopgeleide mensen gebruik van e-healthplatforms, tegenover 78 procent van de hogeropgeleiden. Onder 65-plussers is het gebruik van digitale tools het minst populair. Ongeveer 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd. Zij kunnen medicijnbijsluiters of gezondheidsbrochures vaak niet goed

lezen en hebben moeite met het gebruik van smartphone, tablet of computer.

“We moeten ervoor zorgen dat de gezondheidskloof tussen hoger- en lageropgeleiden door de inzet van digitale tools niet groter wordt”, is de boodschap van Bolman aan bestuurders, beleidsmakers en zorgverzekeraars. “Lageropgeleiden dreigen buiten de boot te vallen als ze niet met online tools kunnen omgaan. Terwijl juist zij van online hulp zouden kunnen profiteren.”

## Weinig tekst

Bolman noemt enkele voorwaarden om e-healthinterventies kansrijk te laten landen bij kwetsbare groepen en lageropgeleiden: “Allereerst ontwikkel je apps en andere digitale tools altijd in co-creatie met de eindgebruikers. Je bouwt een eerste prototype en kijkt steeds weer met patiënten wat er moet veranderen. Sowieso moet de informatie die de app of website verstrekt makkelijk te begrijpen zijn. Met weinig tekst dus. De informatie moet bovendien betrouwbaar zijn en de privacy van de gebruiker waarborgen. En dat kan van veel online tools helaas nog niet gezegd worden.”

## Geestdrift

Of kwetsbare groepen zoals laagopgeleiden zich tot e-health laten verleiden, wordt

volgens Bolman mede bepaald door de geestdrift en de motivatie van zorgprofessionals om e-health in hun dagelijkse praktijk in te zetten. “Als zorgverleners er zelf niet in geloven, of niet de tijd nemen om patiënten te overtuigen van de voordelen, blijven nuttige digitale toepassingen liggen. Neem patiënten met hartfalen, voor wie online monitoring al beschikbaar is. Ze hoeven minder vaak de deur uit voor ziekenhuisbezoek. Wie wil dat gemak niet? Dat is passende zorg, en tegen lagere kosten.”

Bolmans onderzoeksgroep deed voor de platforms Minddistrict en Therapieland ook onderzoek naar de inzet van e-mentalhealth door de praktijkondersteuner (POH) die bij de huisarts verantwoordelijk is voor de geestelijke gezondheidszorg. Bolman: “We zien dat de stap naar een digitaal aanbod sterk afhangt van het enthousiasme van de POH. Hoe bezielder de POH, des te eerder is iemand voor online therapie te motiveren.”

## Betaalmuur

Paradoxaal genoeg wordt acceptatie en grootschalige implementatie belemmerd door de wildgroei aan online tools en platforms, meent Bolman: “Dat versnipperde aanbod komt door de marktwerking in de zorg. Er zijn veel e-healthplatforms en ziekenhuizen die vergelijkbare toepassingen en online diensten aanbieden. Maar mensen met lage vaardigheden kunnen hierdoor niet of moeilijk beoordelen wat nu bij hen past.” Bolman signaleert nog een hindernis om met e-health aan de slag te gaan: “Dat is de betaalmuur waar commerciële partijen hun digitale zorgtools achter zetten. Openbronsoftware (*‘open source’*) kan een deel van de oplossing zijn. Onderzoekers kunnen namelijk moeilijk voldoende financiering bij de overheid vinden om een online tool samen

## VOORBEELDEN ONLINE TOOLS

Een voorbeeld van een veel geraadpleegde interventie die Bolmans onderzoeksgroep ontwikkelde is de KankerNazorgWijzer. Dit online programma ondersteunt mensen in de herstelfase van kanker, bijvoorbeeld bij somberheid en vermoeidheid. OU-onderzoekers ontwikkelden ook een beweeginterventie voor mensen met prostaat- en darmkanker en verrichtten studies naar online stoppen met roken. Tijdens corona was Bolman lid van de Taskforce Digitale Ondersteuning die het ministerie adviseerde over de ontwikkeling van de coronamelder-app.

Met Luscii, het zorgplatform van zorg-ICT-pionier Daan Dohmen, onderzoekt een promovendus van Bolman of en hoe apps voor zelfmanagement bij COPD-patiënten gebruiksvriendelijker gemaakt kunnen worden. “Dat moet ook wel, net zoals ook beeldbellen meer nodig is”, onderstreept Bolman. “Door de toename van het aantal COPD-patiënten kunnen artsen live controlebezoeken van twee keer per jaar niet meer aan. Door het personeelstekort moet de zorg meer op afstand en kosteneffectiever worden ingericht.”



**“Lageropgeleiden dreigen buiten de boot te vallen als ze niet met online tools kunnen omgaan. Terwijl juist zij van online hulp zouden kunnen profiteren”**

met een commerciële partij te ontwikkelen. Is de tool eenmaal *evidence based* effectief dan is het logisch - gezien de ontwikkelbijdrage van de overheid - om zo'n tool ook breed beschikbaar te maken. En niet alleen voor de abonnees of klanten van die ene partij.”

### Laagdrempeliger

Ook medisch-ethische toetsingscommissies werpen onnodig drempels op, constateert Bolman: “Dan gaat het om zogeheten inclusiviteit van onderzoek, oftewel participatie van lageropgeleiden aan onderzoek naar de bruikbaarheid van online tools. Deelnemers moeten door zo'n commissie zeer uitgebreid geïnformeerd worden, maar dat gebeurt vaak in onbegrijpelijke informatiebrieven. Deelnemers haken dan al op voorhand af. De overheid kan stimuleren dat dit allemaal veel laagdrempeliger wordt. De innovatie van digitale tools gaat immers snel. Steeds komt er iets nieuws bij. Ook dat maakt het zeer urgent om laagopgeleide patiënten hier tijdig in te betrekken.” ●