

EHealth, leefstijl en lage sociaaleconomische positie in de eerstelijnszorg

Een "Klein maar Fijn" project, in het kader
van de Academische Werkplaats CEPHIR



CEPHIR

Maart 2023

Colofon

Opdrachtgever

Gemeente Rotterdam, cluster Maatschappelijke ontwikkeling

Opdrachtnemer

Erasmus MC, Maatschappelijke Gezondheidszorg, in het kader van CEPHIR, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid.

Auteurs

Adriana Israël
Dr. Mariëlle Beenackers

Vormgeving en lay-out

The Online Scientist

Fotografie

Pexels

Contact

cephir@erasmusmc.nl

© CEPHIR, Maart 2023

CEPHIR is onze Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid. CEPHIR doet onderzoek naar volksgezondheid en deelt deze kennis met de maatschappij om zo het beleid voor een gezonde gemeenschap te ondersteunen. Bij CEPHIR werkt de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC samen met gemeente Rotterdam en GGD-en en gemeentes uit de regio. Zij werken aan het onderbouwen van het beleid in de volksgezondheid. CEPHIR staat voor 'Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area'.

Voorwoord

Nederland is een digitaal actief land. Het gebruik van internet en smartphones door een heel groot deel van de bevolking roept de vraag op hoe daar in de gezondheidszorg (meer) gebruik van kan worden gemaakt. In deze rapportage wordt verslag gedaan van het Klein maar Fijn project 'EHealth, leefstijl en lage sociaaleconomische positie in de eerstelijnszorg'. Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is het verkennen van bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van zorg- en welzijnsprofessionals werkzaam in de eerstelijnszorg.

Dit project werd uitgevoerd in opdracht van de gemeente Rotterdam door de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van CEPHIR, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in de regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid. CEPHIR is het acroniem voor 'Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area'. We verbinden onderzoekers, beleidsmakers, bestuurders, hulpverleners en lokale professionals. Samen werken we aan een vitale samenleving en het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

CEPHIR is een samenwerking tussen de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC, de gemeente Rotterdam en de GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD Zeeland en GGD Zuid-Holland Zuid.

Het onderzoek is uitgevoerd door Adriana Israël, basisarts en onderzoeker eHealth en kwetsbare groepen, verbonden aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Het project werd begeleid door Dr. Mariëlle Beenackers, als onderzoeker verbonden aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg en tevens programmaleider van CEPHIR. Prof. Dr. Frank van Lenthe, hoogleeraar sociale epidemiologie, eveneens van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg heeft inhoudelijk advies gegeven.

We willen graag iedereen bedanken die aan dit onderzoek heeft meegewerkt. We willen expliciet de deelnemers aan de interviews bedanken voor het delen van hun ervaringen, uitdagingen, wensen en verwachtingen rondom het gebruik van eHealth in de praktijk. De inzichten zijn belangrijk, niet alleen voor de gemeente Rotterdam als opdrachtgever, maar ook voor de bredere inzet van eHealth nationaal.

Adriana Israël en Mariëlle Beenackers

Rotterdam, 14 maart 2023

Inhoud

Samenvatting	05
Inleiding	10
Onderzoeksmethode	14
Onderzoeksvragen	14
Werving	14
Data-verzameling	15
Data-analyse	15
Resultaten	17
Respondenten	17
Visie op leefstijl en eHealth	17
eHealth toepassingen gericht op gezondheidsgedrag	18
Bevorderende factoren voor de doelgroep, de organisatie en de professional	20
Bevorderende factoren voor mensen met een lagere sociaal-economische positie vanuit het perspectief van de professional	20
Bevorderende factoren voor de organisatie	24
Bevorderende factoren voor de professional	25
Belemmerende factoren voor de doelgroep, de organisatie en de professional	26
Belemmerende factoren voor mensen met een lagere sociaal-economische positie vanuit het perspectief van de professional	26
Belemmerende factoren voor de organisatie en de professional	28

Voordelen voor de doelgroep, de organisatie en de professional	33
Voordelen voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional	33
Voordelen voor de organisatie en de professional	34
Nadelen voor de doelgroep, de organisatie en de professional	36
Nadelen voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional	36
Nadelen voor de professional en de organisatie	37
Randvoorwaarden	38
Wensen	39
De GGD AppStore	40
Conclusie	44
Reflectie	45
Referenties	49
Bijlagen	52
Bijlage 1. Semigestructureerd interviewschema	52
Bijlage 2. Informatiebrief voor deelname aan onderzoek over eHealth	57

Samenvatting

Dit kwalitatieve onderzoek geeft inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren en voor- en nadelen volgens diverse eerstelijns zorg- en welzijnsprofessionals in Rotterdam over het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij de groep mensen met een lage(re) sociaaleconomische positie.

Visie en gebruik van eHealth toepassingen gericht op gezondheidsgedrag

De visie op het gebruik van eHealth liep uiteen tussen de verschillende professionals. Alle respondenten zagen de potentiële meerwaarde van eHealth als aanvulling op bestaande begeleiding. Daarnaast werd een focus op zelfredzaamheid van de patiënt, eHealth als innovatieve ontwikkeling en de digitale inclusie van de cliënten genoemd als visie.

Er werden verschillende aanleidingen genoemd om met een vorm van eHealth te starten: de COVID-19 pandemie die tot meer zorg en begeleiding op afstand heeft geleid, enthousiaste collega's met affiniteit voor eHealth en beschikbare financiering door subsidies of wetenschappelijk onderzoek. EHealth werd door de respondenten ingezet bij individuele begeleiding, in groepsprogramma's, aanvullend als blended care of als vervanging van bestaande zorg. De doelen waarvoor eHealth werd ingezet waren communicatie, voorlichting en informatievoorziening, motiveren en ondersteunen van gedragsverandering, telemonitoring, diagnostiek en behandeling.

Bevorderende factoren

De bespreking van de bevorderende en belemmerende factoren, voor- en nadelen wordt weergegeven op het niveau van de eindgebruiker (vanuit het perspectief van de professional), de professional zelf en van de organisatie waarin de professional werkt. Voor de eindgebruiker werd door de respondenten onderscheid gemaakt tussen bevorderende factoren die te maken hebben met de vormgeving van de eHealth toepassing en factoren met betrekking tot het gebruik van de eHealth toepassing door de eindgebruiker.

EHealth toepassing

Er werden bevorderende factoren gericht op de eHealth toepassing genoemd door respondenten, zoals het gebruik van eenvoudige taal (bijvoorbeeld op B1 niveau) en visualisatie van de informatie in de vorm van afbeeldingen en video's. Daarnaast werden een praktische insteek van de inhoud, de mogelijkheid om de theorie te leren door het zelf toe te passen, inhoud die te personaliseren is en inhoud die aansluit bij de culturele achtergrond van de eindgebruiker genoemd. De problematiek moet herkenbaar zijn voor de eindgebruiker. Functies zoals een voorleesfunctie, vertaalfunctie en een spel- of wedstrijdelement waarbij de eindgebruiker waardering of een beloning krijgt, werden gezien als positieve factoren. Het gebruikersgemak werd hoger ingeschat wanneer de eHealth toepassing van een simpele interface is voorzien zonder te veel verschillende opties.

De mogelijkheid tot het zelf registreren van gezondheidsgegevens en een overzicht van de voortgang kan helpen bij het bewustwordingsproces van de eindgebruiker. Een app werd gezien door respondenten als een laagdrempelig toegankelijke vorm van eHealth omdat het gebruik van een smartphone wijdverspreid is, ook onder deze doelgroep.

Eindgebruiker

Als bevorderende factoren voor de eindgebruiker van eHealth werden door de respondenten veelal vaardigheden genoemd zoals voldoende beheersing van de Nederlandse taal bij gebruik van Nederlandstalige eHealth toepassingen, voldoende digitale vaardigheden en gezondheidsvaardigheden en gebruik van digitale toepassingen of toepassingsvormen die de eindgebruiker al kent (bijvoorbeeld een app of website, YouTube of WhatsApp). Daarnaast werkt het bevorderend volgens respondenten als de eindgebruiker interesse heeft in digitalisering, intrinsiek gemotiveerd is te werken aan de eigen gezondheid en de toegevoegde waarde van een eHealth toepassing inziet. Hierbij kan persoonlijke begeleiding van een professional ondersteunend voor de eindgebruiker werken, om te enthousiasmeren en het zelfvertrouwen in het gebruik te stimuleren. Naast één-op-één begeleiding door een professional kan groepsbegeleiding een goed alternatief zijn volgens respondenten, doordat dit soort ondersteuning sociaal contact stimuleert waarbij deelnemers van elkaars ervaringen en vragen kunnen leren.

Professional

De bevorderende factoren die de respondenten aangaven voor de eindgebruikers komen deels overeen met wat ze als factoren aangeven voor henzelf als professionals. Ook voor de professional zijn voldoende digitale vaardigheden, affiniteit met eHealth en het inzien van de toegevoegde waarde van een eHealth toepassing bevorderende factoren voor het inzetten van eHealth binnen hun eigen werk. Daarnaast gaven de respondenten aan dat het positief is als de eHealth toepassing wetenschappelijk onderbouwd is en ze deze zelf hebben uitgetoetst. Ook vonden ze het belangrijk dat het aansluit bij de wensen en behoeften van hun cliënten of patiënten, bij de doelstellingen van hun werk en dat het gebruik van eHealth (gemakkelijk) geïntegreerd kan worden in hun werkprocessen. Daarnaast werd het van belang gevonden dat professionals voldoende tijd, goed werkende apparatuur, scholing en begeleiding vanuit hun organisatie krijgen om te leren werken met eHealth, hieronder valt ook een vorm van helpdesk (intern of extern). Als laatste werd benoemd dat het bevorderend kan werken als ze kunnen leren van collega's die eHealth (al dan niet succesvol) inzetten.

Organisatie

Bevorderende factoren op organisatieniveau die volgens respondenten intern een rol spelen voor het inzetten van eHealth, waren het hebben van een duidelijke en gedeelde visie en het doen van gedegen vooronderzoek naar welke eHealth toepassingen het meest geschikt zijn om in te zetten met inspraak van de werknemers.

Daarnaast werd het als essentieel ervaren dat er een goede implementatie van het gebruik van eHealth plaatsvindt, waarbij de beschikbaarheid van hardware en software, ondersteuning en borging van het gebruik van eHealth goed geregeld is. Respondenten vonden dat eHealth niet optioneel maar als standaardwerkwijze (indien van toepassing) gehanteerd moet worden, met koppeling van bestaande ICT (zorg)systemen waar mogelijk. Externe factoren die bevorderend werken volgens respondenten, waren financiële mogelijkheden zoals subsidies of gefinancierde onderzoeken die de initiële investering in eHealth mogelijk maken, een keurmerk van eHealth om de kwaliteit te duiden en waarborgen en een goede bekostigingsstructuur.

Belemmerende factoren

Eindgebruiker

Als belemmerende factoren voor de eindgebruiker werden door respondenten onvoldoende financiële middelen voor of beschikbaarheid van hardware, software of internet, onvoldoende (Nederlandse) taal- of digitale vaardigheden en (een oudere) leeftijd genoemd. Daarnaast zagen professionals dat het belemmerend werkt als de eindgebruiker stress ervaart door (psycho- of sociale) multiproblematiek, het aanpassen van hun gezondheidsgedrag geen prioriteit heeft of als de eindgebruiker de toegevoegde waarde van het gebruik van eHealth voor zichzelf niet ziet.

Wat betreft de eHealth toepassing zelf zijn door respondenten belemmerende factoren genoemd zoals twijfel bij de eindgebruiker over de waarborging van diens privacy of als de eHealth toepassing niet aansluit bij de belevingswereld (zoals culturele achtergrond, wensen en behoeften) van de eindgebruiker.

Professional/organisatie

Onvoldoende digitale vaardigheden of affiniteit met digitale zorg van de professional werd als belemmerend gezien voor het gebruik van eHealth door de respondenten. Ook de tijdsinvestering die nodig is kan belemmerend werken, waarbij het om zowel de tijdsinvestering van zelf leren omgaan met de eHealth toepassing als ook de cliënt of de patiënt hierin te ondersteunen gaat. Verder werkt het belemmerend als de professional geen toegevoegde waarde ziet of als eHealth onvoldoende passend voor het werk is. Daarnaast werden verschillende eHealth toepassingen of systemen die naast elkaar bestaan zonder koppeling en onvoldoende ICT-ondersteuning of toegang tot benodigde hardware, software of stabiel internet als belemmering ervaren. Al deze factoren speelden ook een rol op grotere schaal binnen een zorg- of welzijnsorganisatie, vandaar dat het onderscheid tussen de niveaus moeilijk te maken viel. Wat op organisatieniveau nog meespeelde als belemmering waren de beperkte bekostigingsmogelijkheden van eHealth en het ontbreken van best practices of een gouden standaard waardoor de organisaties zelf aan het pionieren zijn.

Voordelen en nadelen

Voordelen die de respondenten verwachtten bij het gebruik van eHealth gericht op leefstijl bij de doelgroep waren dat patiënten en cliënten meer zelfregie kunnen nemen en zelfredzaam kunnen worden. Door overzicht en inzicht in hun gezondheidsgedrag kan er meer bewustwording en ruimte voor gedragsverandering ontstaan bij patiënten en cliënten, was het idee van de respondenten. Daarnaast is eHealth laagdrempelig beschikbaar en kan het op de persoon afgestemd worden. Een toekomstig voordeel kan het bevorderen van digitale inclusie bij deze doelgroep zijn. De respondenten gaven in wisselende mate aan of deze voordelen verwacht of behaald waren. Voordelen die de respondenten voor zichzelf of hun organisatie zagen, waren tijdswinst bij begeleiding die ingezet kan worden bij personen die het harder nodig hebben, betere kwaliteit van zorg door betere diagnostiek en behandelingsopties, laagdrempelig contact en verlaagde werkdruk bijvoorbeeld door telemonitoring.

Er werden weinig evidente nadelen genoemd door de respondenten, naast de eerdergenoemde belemmerende factoren. Als mogelijk nadeel voor de doelgroep werd genoemd dat hun zelfvertrouwen geschaad kan worden als het niet lukt om eHealth te gebruiken of dat geboden informatie verkeerd gebruikt of geïnterpreteerd kan worden. Nadelen voor de professionals zelf kunnen zijn dat hun werk anders wordt ingericht (zoals meer laagdrempelig contact) en zij over andere vaardigheden moeten beschikken om eHealth goed in te kunnen zetten.

Daarnaast, wanneer ICT (zorg)systemen niet gekoppeld zijn, kan het ervoor zorgen dat ze onvoldoende overzicht houden op hun patiënten of cliënten. Als laatste is het huidige bekostigingssysteem dat weinig ruimte laat voor de inzet van eHealth zowel een belemmering als een nadeel voor professionals en hun organisaties.

GGD AppStore

Respondenten zijn tevens bevraagd op hun kennis van de GGD AppStore, een website van de GGD GHOR die sinds 2016 bestaat om houvast en ondersteuning te bieden voor het vinden van geschikte eHealth toepassingen gericht op leefstijl en welzijn. Slechts een klein deel van de respondenten was al bekend met de GGD AppStore, de rest heeft de website in het kader van dit onderzoek bekeken. Bij allen was de eerste indruk positief door een duidelijke interface en vormgeving. Respondenten vonden het positief en nuttig dat er een betrouwbaar overzicht bestaat van een instantie die ze vertrouwen. Hierbij hielp de weergave van een transparante testmethode. Daarnaast werd het brede aanbod op verschillende thema's en voor verschillende levensfasen gewaardeerd. Enkele verbeterpunten volgens de respondenten waren dat het niet duidelijk was wie de website als doelgroep beoogd (burgers of professionals) en het aanbod op culturele diversiteit uitgebreid kan worden. Daarnaast was het voor degenen die niet bekend waren met Positieve Gezondheid niet altijd even duidelijk wat inhoudelijk met de rubricering bedoeld werd.

Respondenten gaven aan dat ze collega's zouden attenderen op de website, maar liever gericht eHealth toepassingen afhankelijk van de hulpvraag zouden adviseren aan hun patiënten of cliënten. Daarbij suggereerden de respondenten dat er nog enige winst valt te behalen in de bekendheid van de GGD AppStore door bijvoorbeeld (opnieuw) te adverteren in de algemene en specifieke vakbladen.

Afsluitend

Digitale zorg of eHealth wordt makkelijk aangegrepen als oplossing voor rijzende kosten in de gezondheidszorg en als een laagdrempelig middel om gezondheidsge-drag te bevorderen. Het blijkt echter moeilijk om eHealth goed uit te voeren zodat verschillende groepen in de samenleving hiervan kunnen profiteren. Uit het huidige onderzoek blijkt dat er op verschillende vlakken behoefte is aan verbetering: goede scholing voor professionals, een adequate bekostigingsstructuur voor eHealth, koppeling van en aan bestaande ICT-systemen in de zorg, vergroten van digitale vaardigheden bij zowel de professional als cliënt of patiënt, in co-creatie ontwikkelde eHealth toepassingen die goed aansluiten bij specifieke doelgroepen en een blended care aanpak met persoonlijke begeleiding wanneer eHealth ingezet wordt voor de individuele patiënt of cliënt. Ontwikkelingen zoals een Europees keurmerk, wetenschappelijke evaluatieraamwerken voor eHealth en (inter)nationale regelgeving en beleid kunnen bijdragen aan een succesvolle bestendiging van eHealth gericht op gezondheidsgedrag in de zorg.

— Inleiding

Nederlanders zijn digitaal actiever dan ooit

Nederland is een digitaal actief land. We behoren tot de koplopers van Europa als het aankomt op internet gebruik: 97% van de huishoudens heeft toegang tot het internet (1). In 2021 maakte 88% van Nederlanders ouder dan 12 jaar (vrijwel) dagelijks gebruik van het internet; onder personen tussen de 25 en 45 jaar is dat zelfs 95%. Ook smartphone gebruik is populair en wijdverspreid onder Nederlanders vanaf 12 jaar: maar liefst 87% maakt gebruik van een smartphone voor mobiel internet.

EHealth maakt een opmars door

Het gebruik van internet en smartphones door een heel groot deel van de bevolking roept de vraag op of daar in de gezondheidszorg gebruik van kan worden gemaakt. Er is inderdaad sprake van een groeiende belangstelling voor eHealth binnen de Nederlandse zorg. Zo werd tijdens de COVID-19 pandemie het beeldbellen binnen de zorg massaal geïmplementeerd, waar het eerder slechts marginaal gebruikt werd (2-4). Zorgverleners maakten tevens meer gebruik van andere eHealth toepassingen zoals telemonitoring, teleconsultatie, het verkrijgen van herhaalrecepten, het e-consult en patiëntportalen (2, 4). De zorg lijkt verdere digitalisering te omarmen.

Ook burgers zijn online actief bezig met hun gezondheid, tot 77% van de totale bevolking in Nederland boven 16 en 75 jaar zoekt online naar gezondheidsinformatie (1). Onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening is het gebruik van digitale zelfhulp zelfs hoger (77-80%) (4). De meerwaarde van het gebruik van eHealth toepassingen wordt gezien door burgers; zij vinden dat de zorg dichterbij huis is, dat er meer controle over de eigen gezondheid is, de kosten van de gezondheidszorg er lager door zijn en het contact met de zorgverlener makkelijker is. Alleen het idee dat de kwaliteit van de zorg door eHealth wordt verbeterd, wordt niet in het algemeen gedeeld door hen (3).

Gebruik van digitale middelen en eHealth laat verschillen zien in opleidingsniveau

Alhoewel gebruik van digitale middelen wijdverspreid is onder Nederlanders, zijn er verschillen te zien per opleidingsniveau. In 2021 was 96% van de hogeropgeleiden en 76% van de lageropgeleiden dagelijks online (1). Dit verschil is overigens wel kleiner geworden: in 2016 was slechts 67% van de lageropgeleiden dagelijks online. Ook is er verschil in mobiel internetgebruik waarbij 76% van de lageropgeleiden een smartphone voor mobiel internet gebruikt en 95% van de hogeropgeleiden.

Deze verschillen worden ook gevonden in het gebruik van eHealth. Het percentage Nederlanders dat online zoekt naar gezondheidsinformatie neemt af met opleidingsniveau, van 84% bij hogeropgeleiden tot 53% bij lageropgeleiden (5). Internationaal wordt eenzelfde patroon gezien: lageropgeleiden zochten online minder vaak naar een zorgverlener, communiceerden minder vaak via internet met hun zorgverlener of keken online minder vaak naar hun persoonlijke gezondheidsinformatie vergeleken met hogeropgeleiden (6). Ook downloaden lageropgeleiden

minder snel gezondheidsinformatie op hun mobiele apparaat of hielden hun dieet, gewicht of fysieke activiteit online bij.

Factoren die vaker voorkomen onder mensen uit een lagere sociaaleconomische groep zoals mindere gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid en minder digitale vaardigheden kunnen een belemmering vormen voor het gebruik van eHealth en zo bijdragen aan de eerdere verschillen in gebruik. In Nederland is 24,5% van de volwassen Nederlanders onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig: voor lageropgeleiden loopt dit percentage op naar 38,1% en voor burgers met een slechte ervaren gezondheid naar 38,4% (7). Daarbij komt dat 21% van de Nederlanders onvoldoende digitale vaardigheden heeft (8).

Definities volgens de eHealth monitor van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (4)

“Digitale zelfhulp omvat mogelijkheden die mensen ondersteunen zelfstandig op zoek te gaan naar informatie en/of zelfstandig gegevens te meten en bij te houden over hun gezondheid.

Met telemonitoring wordt meten en monitoren op afstand bedoeld. De zorggebruiker meet in de thuissituatie eigen gezondheidswaarden en de zorgverlener ontvangt en monitort deze gegevens digitaal

Digitale communicatie omvat communicatie op afstand met behulp van digitale toepassingen en/of internet, zoals beeldbellen en digitaal schriftelijk contact (aangeduid als e-consult).”

EHealth voor een gezonde leefstijl

EHealth kan ingezet worden om een gezondere leefstijl te bevorderen. Onder eHealth wordt een breed aanbod verstaan: digitale communicatie, digitale zelfhulp, telemonitoring, domotica, patiëntportalen en persoonlijke gezondheidsomgevingen, beslissingsondersteunende software en medicatie-ondersteuning (4). Vooral digitale zelfhulp, telemonitoring en digitale communicatie kunnen worden ingezet om gezond gedrag te stimuleren. EHealth interventies hebben positieve effecten laten zien op overgewicht, beweging en zitgedrag (9-13).

Echter, eHealthinterventies gericht op het stimuleren van gezond gedrag hebben de potentie om gezondheidsverschillen te vergroten omdat deze interventies beter werken voor hogeropgeleiden dan lageropgeleiden (14, 15). Dit wordt grotendeels toegeschreven aan tekortkomingen van veel bestaande eHealth interventies in het bereiken en het betrekken van de doelgroep en onvoldoende aansluiting bij de situatie, wensen en behoeftes van deze doelgroep (16). Er blijkt maar weinig onderzoek te zijn naar eHealth interventies gericht op gezondheidsgedrag specifiek voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie (17).

De gezondheid van Rotterdammers

De gemeente Rotterdam heeft in ‘Gezond010: het akkoord’ de ambitie beschreven om alle Rotterdammers gezond en vitaal te laten zijn, passend bij hun situatie en vermogen: ze zijn actief, veerkrachtig en maken gezonde keuzes (18). Beleid dat voortvloeit uit het akkoord moet leiden tot gezondheidswinst voor álle Rotterdammers en in het bijzonder voor degenen waar het meeste gezondheidspotentieel zit. Inhoudelijke thema’s waar extra aandacht aan wordt besteed, zijn onder andere een gezonde leefstijl met en door het gebruik van eHealth.

In Rotterdam is bijna de helft van de volwassenen te zwaar: 32% heeft overgewicht en 15% obesitas (19). Tevens zijn er in Rotterdam grote verschillen tussen wijken in gezondheid (bv. in levensverwachting, levensverwachting in goed ervaren gezondheid en overgewicht), waarbij wijken met een groter percentage lager opgeleide Rotterdammers gemiddeld ook een lagere levensverwachting en minder gezonde jaren hebben, en de prevalentie van obesitas hoger ligt (19, 20). Mede met de inzet van eHealth wil de gemeente Rotterdam deze gezondheidsverschillen proberen terug te dringen.

Gebruik van eHealth in Rotterdam onder zorggebruikers

Gezien de mogelijke beperkingen van het huidige eHealth aanbod voor mensen in een kwetsbare positie (zoals een lagere sociaaleconomische positie maar ook anderszins), zijn er reeds enkele onderzoeken uitgevoerd in Rotterdam om de wensen en behoeften en bevorderende en belemmerende factoren voor de inzet van eHealth voor verschillende doelgroepen te identificeren (21, 22).

Het succes van eHealth is in de eerste plaats afhankelijk van het gebruik door de zorggebruiker. Hoewel personen met een lagere sociaaleconomische positie minder gebruik maken van digitale middelen en eHealth, blijkt uit recent onderzoek onder deze doelgroep uit Rotterdam dat er wel interesse is voor het gebruik ervan: 48% van de geïnterviewden was geïnteresseerd en enthousiast om aan de slag te gaan met eHealth, 38% stond hier aarzelend tegenover, mede door onvoldoende vertrouwen in eigen kunnen. Slechts een klein deel (14%) had helemaal geen interesse in eHealth (21).

Daarnaast heeft de gemeente Rotterdam onderzocht wat voor factoren meespelen in het gebruik van eHealth onder cliënten van zorg- en welzijnsorganisaties binnen de WMO. Dit onderzoek liet zien dat leeftijd, de eigen ervaren digitale of gezondheidsvaardigheden, houding en motivatie, en de verwachte en ervaren voor- en nadelen een rol spelen bij de mate van gebruik van eHealth. In aanvulling daarop bleken ook factoren gerelateerd aan de eHealth toepassing en de context waarin het aangeboden werd belangrijk, zoals het gebruikersgemak, waarborging van de privacy en ondersteuning bij het gebruik van eHealth (22).

De GGD AppStore

Sinds het gebruik van de smartphone is toegenomen, is het aanbod van gezondheidsapps explosief gestegen. Dit maakt het voor de gebruiker onduidelijk wat er op de markt is en van welke kwaliteit. De GGD AppStore is een website van de GGD GHOR die in 2016 is gelanceerd om uitkomst te bieden aan burgers en hulpverleners die hun weg willen vinden in het overweldigende aanbod van gezondheidsapps (destijds geschat op meer dan 100.000). De apps in de GGD AppStore worden uitvoerig getest door experts uit verschillende hoeken en voorzien van een waardering, expert oordeel en andere basisinformatie (23). Onbekend is of zorg- en welzijnsprofessionals de GGD AppStore weten te vinden en het een bruikbare tool vinden bij het begeleiden van leefstijlverandering. Dit wordt als expliciet vraagstuk meegenomen in dit onderzoek.

Factoren van belang voor het gebruik van eHealth onder hulpverleners

Wat betreft ondersteuning bij het gebruik van eHealth kan de hulpverlener een belangrijke rol spelen. Het gebruik van eHealth interventies is hoger naarmate er meer persoonlijke ondersteuning wordt geboden door een hulpverlener (24, 25). Bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie die over het algemeen minder vaak meedoen met preventieve gezondheidsprogramma's, kan dit doorslaggevend zijn als ze twijfelen over het gebruik van eHealth (21). Om het gebruik van eHealth verder effectief te kunnen stimuleren, is het daarom belangrijk te weten welke factoren van invloed zijn op de adoptie van eHealth bij hulpverleners.

De gemeente Rotterdam heeft ook onderzoek gedaan onder professionals van zorg- en welzijnsorganisaties betrokken bij de WMO (gericht op ouderen, verstandelijk gehandicapten, jeugd en ggz) (26). In dit onderzoek werden bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van eHealth vanuit het perspectief van de professional onderzocht, waarbij de nadruk lag op patiëntportalen, persoonlijke gezondheidsomgevingen, digitale communicatie, sociale platforms, robotica en domotica. Als bevorderende factoren gaven de professionals aan dat goede digitale vaardigheden, de beschikbaarheid van apparatuur en internet, affiniteit en ervaring met eHealth belangrijk zijn voor het daadwerkelijke gebruik. Op organisatieniveau werkt het bevorderend als eHealth geïntegreerd wordt in bestaande processen, wanneer er draagvlak is of wordt gecreëerd onder medewerkers, ze kunnen meedenken en -beslissen bij het aanbod en invoer ervan en er adequate training wordt aangeboden. Wat betreft de eHealth toepassing werd genoemd dat deze gebruiksvriendelijk en AVG-proof behoort te zijn en moet aansluiten bij de wensen en behoeften van (eind)gebruikers.

Naast bovenstaande eHealth toepassingen bestaat er een groot aanbod aan eHealth gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl zoals websites, platformen en apps die door hulpverleners kunnen worden ingezet. Factoren die van invloed zijn op het gebruik hiervan vanuit het perspectief van de zorg- en welzijnsprofessional in de eerstelijnszorg zijn nog niet onderzocht in de context van Rotterdam. Om het gebruik van eHealth voor de begeleiding van gezondheidsgedrag verandering te stimuleren bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie, is het belangrijk om helder te krijgen wat zorg- en welzijnsprofessionals in de eerstelijnszorg als belemmerende en bevorderende factoren zien. De hoofdvraag die dit onderzoek wil beantwoorden is:

Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het gebruik van eHealth gericht op de bevordering van gezondheidsgedrag bij Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van zorg- en welzijnsprofessionals in de eerstelijnszorg?



— Onderzoeksmethode

Voor deze rapportage zijn semigestructureerde interviews afgenomen met 14 zorg- en welzijnsprofessionals van 8 verschillende zorg- en welzijnsorganisaties.

Onderzoeksvragen

In deze interviews stonden de volgende deelvragen centraal over de bevorderende en belemmerende factoren en voor- en nadelen voor het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie:

- Wat is de [visie op leefstijl en het gebruik van eHealth](#) van de deelnemende zorg- en welzijnprofessionals?
- Welke [eHealth toepassingen gericht op gezondheidsgedrag](#) worden gebruikt door de deelnemende zorg- en welzijnprofessionals?
- Wat zijn de ervaren of verwachte [bevorderende factoren](#) voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor de professional en voor diens organisatie met betrekking tot gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag?
- Wat zijn de ervaren of verwachte [belemmerende factoren](#) voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor de professional en voor diens organisatie met betrekking tot gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag?
- Wat zijn de ervaren of verwachte [voordelen](#) voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor de professional en voor diens organisatie met betrekking tot gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag?
- Wat zijn de ervaren of verwachte [nadelen](#) voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor de professional en voor diens organisatie met betrekking tot gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag?
- Wat zijn de [wensen en randvoorwaarden](#) volgens zorg- en welzijnprofessionals voor eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie?
- In hoeverre wordt [de GGD AppStore](#) gebruikt en gewaardeerd onder zorg- en welzijnprofessionals die eHealth gericht op gezondheidsgedrag inzetten?

Deze deelvragen zijn onder andere gebaseerd op de eerder uitgevoerde QuickScan van de gemeente Rotterdam onder zorg- en welzijnsorganisaties gericht op algemeen gebruik van eHealth (26). De deelvragen zijn opgesteld in overeenstemming met de betrokken onderzoekers van het Erasmus MC (afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg) en medewerkers van de gemeente Rotterdam (afdelingen Onderzoek en Business Intelligence, Maatschappelijke Ontwikkeling).

Werving

De doelgroep van dit onderzoek betrof zorg- en welzijnprofessionals werkzaam in de eerstelijnszorg die in hun werk Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie begeleiden in gezond gedrag. Hieronder wordt mede verstaan: gezonde voeding, voldoende beweging, geen of matig alcoholgebruik, niet roken, niet te veel stress en voldoende kwalitatieve slaap. Zorg- en welzijnprofessionals die ervaring hebben in het begeleiden van Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie bij de bevordering van gezond gedrag kwamen in aanmerking voor deelname aan dit onderzoek. Ervaring met eHealth was geen vereiste.

Er zijn verschillende soorten eerstelijns zorg- en welzijnsprofessionals die zich bezighouden met gezondheidsgedrag, waaronder de huisarts, de praktijkondersteuner, de diëtiste, de fysiotherapeut, de leefstijlcoach, de leefstijlmakelaar, de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werker en meer. Er is getracht om bij de werving een brede selectie van professies te includeren.

Via het bestaande netwerk van de gemeente Rotterdam (o.a. Gezond010, DigiDeal) is gezocht naar zorg- en welzijnsprofessionals die in bovengenoemde categorieën vallen en werkzaam zijn in wijken waar een groot deel van de bewoners een lagere sociaaleconomische positie heeft (wijken zoals bijvoorbeeld Feijenoord, Charlois, Delftshaven). Tevens zijn er respondenten benaderd via de sneeuwbalmethode waarbij eerdere respondenten suggesties deden voor nieuwe respondenten.

Data-verzameling

In de periode van 16 november tot en met 23 december 2021 zijn 13 semigestructureerde interviews van 30-60 minuten afgenomen met 13 eerstelijns zorg- en welzijnsprofessionals. Daarnaast zijn nog 9 follow-up semigestructureerde interviews van 20-30 minuten afgenomen met geïnterviewde zorg- en welzijnsprofessionals die nog niet bekend waren met de GGD Appstore (in één geval met een collega van degene van het oorspronkelijke interview wat in totaal 14 respondenten maakt). Alle interviews hebben via beeldbellen of telefonisch plaatsgevonden.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een van tevoren uitgewerkt interviewschema (bijlage 1). Het interviewschema is gebaseerd op de deelvragen en afgestemd met de betrokken onderzoekers van het Erasmus MC (afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg) en medewerkers van de gemeente Rotterdam (afdelingen Onderzoek en Business Intelligence, Maatschappelijke Ontwikkeling).

Data-analyse

Van alle interviews is een audio-opname gemaakt die vervolgens woordelijk is getranscribeerd. De transcripten van de interviews zijn met NVivo 12 (QRS International's NVivo 12 software) gecodeerd en thematisch geanalyseerd zowel via deductieve als inductieve analyse. Hiervoor is in eerste instantie deductief een codeboom gemaakt gebaseerd op de thema's van de topiclijst en bestaande literatuur. Aan de hand van deze codeboom zijn de fragmenten gegroepeerd in categorieën. Vervolgens is per categorie de inhoud van elk fragment inductief gecodeerd met nieuwe codes waarbij de codeboom is aangevuld. Fragmenten die buiten een categorie vallen, zijn inductief gecodeerd. De codeboom is opgesteld, getest, aangevuld en gebruikt na overleg en consensus tussen de onderzoekers. Na de inductieve analyse is er gekeken naar de samenhang, overeenkomsten en verschillen van inhoud binnen een categorie. Resultaten zijn per thema weergegeven, aangevuld met representatieve quotes vanuit de interviews.

Afbakening definities

EHealth gericht op leefstijl

eHealth an sich is een breed begrip en omvat verschillende uiteenlopende vormen zoals digitale zelfhulp, digitale communicatie, telenotering, patiëntportalen of de persoonlijke gezondheidsomgeving. Daarnaast omvat leefstijl ook verschillende onderwerpen zoals stress, slaap, voeding, beweging, roken en alcoholgebruik. Deze combinatie maakt dat we over heel veel verschillende vormen van eHealth gericht op leefstijl kunnen spreken. Zodoende sprak geen enkele respondent over dezelfde eHealth toepassing (tenzij ze bij dezelfde organisatie werkten) en zullen de genoemde belemmerende en bevorderende factoren, voor- en nadelen meer relevant zijn voor de ene eHealth toepassing dan de andere.

Doelgroep lage(re) sociaaleconomische positie

Voorafgaand aan de interviews is aangegeven dat het onderzoek zich richt op mensen met een lage(re) sociaaleconomische positie, gedefinieerd als de groep mensen die minder geld te besteden hebben of minder jaren onderwijs hebben gevolgd (in vergelijking met de algemene bevolking). Verschillende respondenten gaven voorbeelden van andere doelgroepen zoals mensen met een migratie-achtergrond, laaggeletterdheid of ouderen die niet per definitie onder de doelgroep mensen met een lage(re) sociaaleconomische positie hoeven te vallen. De interpretatie van de doelgroep van interesse is overgeleverd aan de subjectiviteit van de respondenten.

Daarnaast kan de indeling voor sociaaleconomische positie op schaalniveau (laag-middel-hoog) bepaalde connotaties hebben, waarbij het gevolg is dat dit als waardeoordeel opgevat kan worden of mogelijk negatieve gevolgen heeft zoals uitsluiting. Dit is bij uitstek niet de bedoeling. Hoewel we zorgvuldig willen omgaan met het op deze manier benoemen van groepen, gebruiken we deze definitie om juist de toegankelijkheid en mogelijkheden van deze groep te waarborgen en is dit onderscheid belangrijk. Maar we erkennen dat er grote diversiteit bestaat in de groep die we hier definiëren als lage(re) sociaal economische positie.

Resultaten

Respondenten

Aan dit onderzoek hebben in totaal 14 eerstelijns zorg- en welzijnsprofessionals deelgenomen: een projectleider, projectcoördinator en welzijnscoach, 3 leefstijlcoaches, 2 diëtisten, 2 fysiotherapeuten, 2 huisartsen, een praktijkverpleegkundige en een praktijkondersteuner somatiek. Onder de participanten waren 11 vrouwen en 3 mannen.

Zij kwamen van 8 verschillende organisaties in Rotterdam: 1 welzijnsorganisatie met meerdere locaties, 1 fysiotherapiepraktijk met meerdere locaties, 2 diëtistpraktijken waarvan 1 met meerdere locaties, 2 leefstijlcoachpraktijken en 2 gezondheidscentra.

De organisaties waren werkzaam in Rotterdam in verschillende wijken: Overschie, Delfshaven, Stadscentrum, Feyenoord, Charlois, Rozenburg, IJsselmonde en/of in heel Rotterdam.

Visie op leefstijl en eHealth

Respondenten rapporteerden verschillende visies op leefstijl en het gebruik van eHealth. Een aantal respondenten werkzaam bij een grotere organisatie gaf aan dat hun organisatie ziet dat ongezonde leefstijl een groot maatschappelijk probleem is dat zij niet alleen kunnen oplossen, maar waar ze wel aandacht op willen vestigen om zo aan de oplossing bij te dragen. Ze geven aan cliënten te willen stimuleren ermee bezig te zijn en er vooral ook plezier in te hebben, waarbij de organisatie de visie niet alleen wil uitdragen maar ook het goede voorbeeld wil geven (bijvoorbeeld door een gezond voedingsaanbod in buurthuizen). Andere respondenten gaven aan dat leefstijl onderdeel is van de dagelijkse zorg die ze leveren. De visie van enkele respondenten werkzaam in hun eigen praktijk legde meer de nadruk op de kracht van de individuele cliënt of patiënt onder het motto “*elke Rotterdammer heeft recht op een gezonde leefstijl*”. Zo werd er door enkele respondenten geredeneerd vanuit het kader: waardoor ga je je fitter en fijner voelen en wat is daarvoor nodig. Specifiek voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie noemde een respondent dat “*grip op je gezondheid ook grip op je leven is*” waarmee werd bedoeld dat het (al dan niet zelf) aanpakken of oplossen van één probleemgebied kan leiden tot het oplossen van andere of meerdere probleemgebieden.

“Ik gun het iedereen dat je snapt hoe je, als je oog hebt voor je eigen leefstijl, je eigen kwaliteit van leven kan verbeteren. Kwaliteit van leven is wel mijn belangrijkste item. Hoe zit je fijner, prettiger, beter in je vel en wat levert jou dat op en hoe kan je daar mee aan de slag.”

Niet alle respondenten hadden een duidelijke visie op het gebruik van eHealth voor henzelf geformuleerd of vanuit de organisatie waar ze werkzaam zijn meegekregen. Bij de respondenten die dat wel hadden, gaven sommigen aan dat dit pas recent ontwikkeld was met een snelle uitrol vanwege de COVID-19 pandemie, terwijl anderen al geruime tijd hiervoor bezig waren met het inzetten van eHealth. Vrijwel alle respondenten met hun eigen praktijk gaven aan de meerwaarde te zien van eHealth als aanvulling op bestaande begeleiding, indien het past bij de cliënt of patiënt en er aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan. De visies van de respondenten verschilden van een gevoelde verantwoordelijkheid om de digitale wereld toegankelijk te maken

voor hun cliënten of het belang van vooruitgang en innovatie binnen het eigen vakgebied tot het faciliteren van de mogelijkheid om zelfregie bij de patiënt te leggen.

“Wij vinden het onze opdracht om bewoners in contact te brengen met eHealth, om hen daar ondersteuning bij te bieden en om die wereld toegankelijk te maken voor hen. [...] Als wij mensen niet helpen daar toegang toe te krijgen, dan zetten we ze al op achterstand.”

Begeleiding van leefstijl en gezondheidsgedrag

De verschillende professionals ondersteunden cliënten en patiënten met hun leefstijl op diverse aspecten. Binnen de leefstijlprogramma's van welzijn werd hulp geboden op het gebied van gezonde voeding, ontspanning, slaap en bewegen, maar ook op het gebied van empowerment, sociaal contact en omgaan met geld. Zowel de leefstijlcoaches als diëtistes boden begeleiding op alle aspecten van leefstijl, zoals gezond gewicht, voeding, beweging, ontspanning, stress, slaap en mentaal welzijn. De professionals werkzaam in de gezondheidscentra en de diëtisten boden leefstijlondersteuning voor specifieke ziektebeelden, zoals bij diabetes, hart- en vaatziekten, gastro-intestinale aandoeningen, medicatie en bariatrische chirurgie. Daarnaast hadden de praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuner-somatiek ook een rol bij patiënten als het gaat om sociaal-maatschappelijke problemen zoals financiële stress.

De respondenten gaven aan dat cliënten en patiënten met verschillende vragen over leefstijl en gezondheidsgedrag komen, maar de meest voorkomende vraag betreft het afvallen. Daarnaast werden gezonde voeding, ontspanning, beweging en slapen vaak genoemd. Meerdere respondenten gaven aan dat de behoefte vrijwel altijd bestaat uit simpele en praktische handvatten en tips. Zoals één respondent het verwoordde *“het liefst zouden mensen eigenlijk een soort gebruiksaanwijzing van zichzelf willen hebben”*.

“Ze vragen allemaal: ik wil afvallen. Hoe doe ik dat? En dat gaat er bij ons niet in, dus ze moeten echt een goede doelstelling hebben. Waarom wil je nou afvallen?”

eHealth toepassingen gericht op gezondheidsgedrag

De manier waarop eHealth gericht op leefstijl werd ingezet varieerde tussen de professionals. De respondenten zetten eHealth in bij individuele begeleiding van cliënten/patiënten, in leefstijlprogramma's in groepsverband en als vervanging van bestaande zorg met telemonitoring en begeleiding op afstand. Meerdere respondenten gaven aan een blended care aanpak te hanteren, waarbij eHealth aanvullend wordt ingezet naast begeleiding op locatie.

Ook de doelen om leefstijl gerelateerde eHealth in te zetten varieerden onder de respondenten; voor begeleiding op afstand door beeldbellen (individueel of in groepsverband), voor het bijhouden van gegevens door zelfregistratie en monitoring op afstand of als losstaande tool om mensen te motiveren thuis actief bezig te zijn.

De vorm waarin eHealth aangeboden werd, liep daarom ook uiteen. Binnen één van de genoemde leefstijlprogramma's in groepsverband werd eHealth middels een platform (website) aangeboden met gebruik van vragenlijsten wat een persoonlijk rapport genereerde. Een organisatie heeft een eigen app ontwikkeld waarin advies op maat kan worden gegeven en cliënten op afstand via de app kunnen worden gemonitord. Ook werden door een aantal respondenten apps

gebruikt specifiek voor mensen met een bepaald ziektebeeld zoals diabetes. In de individuele begeleiding werden veel los beschikbare apps gericht op voeding, ontspanning en beweging aangeraden door verschillende respondenten. Een overzicht van de genoemde eHealth toepassingen is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Gebruikte eHealth toepassingen met hun doel en vorm waarin ze worden aangeboden

Doel	Vormen	Voorbeelden
Communicatie	Software Apps Hardware	e-consult, Teams, Zoom, VIPlive, WhatsApp, KPN Zorgmessenger, Compaan
Voorlichting, informatie-voorziening	Websites Apps	Thuisarts.nl, YouTube, SmartVitaal, Kies ik gezond, Moet ik naar de dokter?
Stimuleren gezond gedrag	Websites Apps	De Beweegcoach, Ommetje, Actify, VGZ Mindfulness coach, Eetmeter
Metten	Hardware Apps	Stappenteller, Freestyle libre
Persoonlijke gezondheidsomgeving	Apps	MijnGezondheid.net
Behandelen	Apps	Huiswerkoefeningen, MiGuide, ACT guide, Monash Uni Low FODMAP
Logistiek	Apps	MedGemak

Op zoek naar eHealth

Niet alle respondenten gaven aan dat zij zelf op zoek gingen naar eHealth om in te zetten in hun werk. Zij die dat wel deden, gingen op verschillende manieren te werk. Allereerst zochten zij naar eHealth via de meest gangbare wegen op het internet zoals Google of een appstore. Verder haalden zij inspiratie uit vaktijdschriften (o.a. Arts en Auto van de VVAA) of (publicaties van) beroepsverenigingen (zoals LHV, NHG, NVD). Meerdere respondenten noemden daarnaast de nieuwsbrieven van de gemeente Rotterdam en de Rotterdam eHealth agenda als bron.

Bevorderende factoren voor de doelgroep, de organisatie en de professional

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de respondenten bevorderende factoren vonden voor het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor henzelf als zorg- en welzijnsprofessionals en voor de organisatie waarvoor ze werkzaam zijn.

Bevorderende factoren voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional

De respondenten noemden een aantal factoren waardoor het makkelijker wordt voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie om eHealth te gebruiken. Grofweg kunnen deze bevorderende factoren in twee groepen worden verdeeld: factoren die ingaan op hoe de eHealth toepassing is vormgegeven en factoren die te maken hebben met hoe de eHealth toepassing geïmplementeerd wordt.

Vormgeving en de beschikbaarheid van hardware en software

De respondenten gaven aan dat de beschikbaarheid van hardware belangrijk is. Hoewel de doelgroep vaak met een klein budget moet rondkomen, zien professionals dat smartphones over het algemeen wel veel gebruikt worden door de doelgroep en veel mensen deze tot hun beschikking hebben. Enkele respondenten gaven daarom aan dat eHealth in de vorm van een gratis app hierdoor goed kan werken, beter dan een website of platform. Een app is laagdrempelig en te allen tijde beschikbaar. Een andere respondent noemde de mogelijkheid hardware (langdurig) uit te lenen aan de doelgroep om de beschikbaarheid te vergroten.

"Mijn advies zou zijn om zoveel mogelijk met een app te werken. Nu kan je natuurlijk wel een website op iemand zijn startscherm zetten, maar wat je eigenlijk wilt, [...] is dat ze op een icoon kunnen drukken en ze eigenlijk in hun eigen omgeving zitten."

"Als er een soort uitgiftepunt zou zijn en, net als dat je bij de bieb boeken kan lenen, dat je vervolgens een tablet of een laptop zou kunnen lenen. [...] Maar dat zou ik wel heel mooi vinden, als daar de mogelijkheid voor is, zeker omdat we mensen hebben die maar net de eindjes aan elkaar kunnen knopen."

Audiovisuele ondersteuning en gebruikersgemak

De meerderheid van de respondenten benadrukte dat de eHealth toepassing niet te talig moet zijn en dat het visueel aantrekkelijk maken met plaatjes en animaties het gebruikersgemak verhoogd. Eén respondent noemde dat het eindgebruikers kan helpen als ze de tekst zowel kunnen lezen als gesproken horen.

"Als de toepassing goed is met makkelijke bewoording, rustig gesproken. Spreken is veel beter nog dan geschreven, want dat horen ze. Dat is eigenlijk altijd veel makkelijker. Of de keuze, dus eigenlijk dat ze èn kunnen lezen èn het kunnen laten zeggen. Want mensen kunnen vaak de Nederlandse taal moeizaam lezen, maar wel horen."

Ook werd door meerdere respondenten genoemd dat gebruiksvriendelijkheid een belangrijke factor is. De eHealth toepassing moet zo simpel en intuïtief mogelijk vormgegeven zijn. Het moet voor de eindgebruiker duidelijk zijn welke stappen diegene moet doorlopen.

"En dat het dusdanig is ingericht [...] dat het zo logisch wordt om het te volgen, dat het niet zoeken is. Maar dat het zo simpel is dat mensen zelf eigenlijk bijna niet na hoeven te denken over, oh ja, welke stap moest ik nu ook alweer nemen? En of dat dan een uitleg is of hoe een app is opgebouwd, dat maakt mij persoonlijk dan niet zo uit."

In het verlengde daarvan werd aangegeven dat het helpt als eindgebruikers slechts één eHealth toepassing hoeven te gebruiken in plaats van meerdere voor verschillende bezigheden.

"Het moet een makkelijke app zijn. [...] Dus ik denk [...] niet te veel losse apps, alles in één app en zo simpel mogelijk. Als mensen te veel moeten doen, dan haken ze af."

Spelelement

Daarnaast werd meermaals genoemd dat het goed werkt als eHealth leuk is om mee te werken. Dit kan worden vormgegeven door middel van een spel- of wedstrijdelement of een beloning om mensen langdurig geïnteresseerd en geëngageerd te houden. Een beloning kan variëren van positieve feedback en waardering via de eHealth toepassing of bijvoorbeeld korting op boodschappen.

"Als ze dan punten kunnen scoren omdat ze een rondje hebben gelopen met de buurtsportcoach en met die punten kunnen ze naar de plaatselijke groenteboer om daar wat groenten te halen met korting."

Meerdere respondenten gaven aan dat de app Ommetje een succesvol voorbeeld is van een eHealth toepassing gericht op het bevorderen van leefstijl. Het heeft een simpele boodschap: 'ga dagelijks wandelen' waar de deelnemer punten mee kan verdienen en positieve feedback over ontvangt. Ook is het mogelijk om in teams tegen elkaar te strijden

[Over de app Ommetje] "Het weet mensen aan zich te binden en iedere dag weer. Je kunt een reeks maken en ik onderbreek met een dag en dan ga ik al punten minderen, want er zit ook een wedstrijdelement in, er komen medailles en ballonnen en het is allemaal digitaal, en toch werkt het."

Leefwereld

Inhoudelijk is het belangrijk dat de eHealth toepassing bij de persoon en diens behoeften, wensen en culturele achtergrond aansluit. Er werd door verschillende respondenten genoemd dat het belangrijk is dat de inhoud qua problematiek die wordt aangehaald herkenbaar is voor de eindgebruiker, maar ook bijvoorbeeld dat de oplossingen passen bij hun leefwereld. Het personaliseren kan ook door de eHealth toepassing aan te passen op de wensen en behoeften van de eindgebruiker.

"Ik denk sowieso gericht op alle lagen van de bevolking en alle achtergronden. Ik weet hier op Zuid zit je met iets van minimaal 100 verschillende nationaliteiten bij wijze van spreken. Dat je daarop insteekt, hè?"

Er werd door de respondenten erkend dat dit niet altijd een makkelijk opgave is en dat het vinden van een passende eHealth toepassing best een zoektocht kan zijn.

"Het is gewoon maatwerk. Het moet bij iemand passen, qua visie, qua vorm, qua gebruiksmogelijkheden en ik denk dat daar een hele belangrijke opgave ligt."

Heldere boodschap

Daarnaast werd opgemerkt door de respondenten dat het helpt als de eHealth toepassing inhoudelijk een duidelijke, heldere boodschap heeft waarbij de basisinformatie bondig wordt overgebracht. Een praktische insteek kan hierbij ook helpen, waarbij de eindgebruiker spelenderwijs en door te doen leert, aldus één respondent. Verdiepende informatie kan dan beschikbaar worden gesteld als extraatje, indien de eindgebruiker dat wenst.

"Het moet een duidelijke boodschap hebben en misschien kun je nog een keer doorklikken naar nog wat meer achtergrondinformatie maar het moet eigenlijk heel simpel en laagdrempelig zijn."

Persoonlijke begeleiding

De respondenten gaven ook een aantal bevorderende factoren aan omtrent de inzet van een eHealth toepassing. Vrijwel allemaal noemden ze dat goede begeleiding van de eindgebruiker de belangrijkste bevorderende factor is. Deze begeleiding kan op verschillende manieren worden vormgegeven: één-op-één of binnen een groep, door de professional zelf of door middel van technische ondersteuning of helpdesk bijbehorend aan een eHealth toepassing. Voor henzelf zagen ze hierin een belangrijke rol weggelegd om de eindgebruiker te enthousiasmeren en stimuleren, ondersteunen en wegwijs te maken in een eHealth toepassing. Daaraan draagt bij dat ze een persoonlijke band met hun patiënt of cliënt hebben.

"Het is een mooie toepassing, maar ik merk in de praktijk dat eigenlijk de feedback en de ondersteuning van de zorgprofessional daarbij essentieel is om de toepassing zo optimaal mogelijk te krijgen."

Eén respondent gaf aan dat ze veel tijd besteden aan het goede verloop van de (eerste) kennismaking met eHealth zodat deelnemers niet bij voorbaat afknappen op het feit dat het niet lukt.

"Wij hebben iedereen die het nodig had individueel Zoomproof gemaakt. [...] We hadden ook iemand die ze daadwerkelijk van tevoren ging bellen. En de eerste keer dat ze online kwamen, hadden we iemand erbij die dan nog ter plekke mensen kon bellen om ze online te krijgen. Dus heel veel individuele aandacht om dat eerste moment goed te laten lukken. Dat mensen niet afknappen op het begin op de techniek en dan is het ook voor heel veel mensen echt een enorme overwinning. Of hebben ze iets van 'Jemig, ik kan dit gewoon.'"

Groepsbegeleiding

Respondenten die groepen begeleiden zagen dat een vroege introductie van eHealth een meerwaarde heeft omdat een groep elkaar kan enthousiasmeren, ondersteunen en dat het tevens zorgt voor sociaal contact. Daarbij zorgt herhaling ervoor dat de deelnemers meer wennen aan het idee van eHealth. Sommige respondenten gaven de groep inspraak over waar ze graag meer informatie over willen. Zij merkten dat dit zorgt voor meer interesse en motivatie om informatie over een gezonde leefstijl op te pakken.

"Als je dan iets doet met eHealth, zorg dat het er ook gewoon elke keer is. Zeg dan, wij maken gebruik van eHealth en elke les of elke bijeenkomst komt daar iets van terug, zodat mensen op die manier er ook aan wennen dat het er altijd is."

Intrinsieke motivatie en nut

Als laatste zagen veel respondenten dat intrinsieke motivatie een belangrijke bevorderende factor is. Dit uit zich in een leergierige houding van de eindgebruiker. Maar ook wanneer de eindgebruiker ziet wat de toegevoegde meerwaarde is van het gebruik van een eHealth toepassing, wordt het aantrekkelijker om deze (langdurig) te gebruiken. De professional zelf kan hier een rol in spelen door dit nadrukkelijk te benoemen aan de eindgebruiker. Maar ook het kunnen meten van de voortgang draagt bij aan bewustwording en kan daardoor intrinsieke motivatie bevorderen, zagen sommige respondenten.

"Het is niet dat mensen dat [eHealth] zomaar gaan doen. Alleen ik hou er wel van om in mogelijkheden te denken en ook om nieuwe technologie bij mensen te introduceren en juist te laten zien van: het is wel dege-lijk ook van toegevoegde waarde voor jou."

Sleutelfiguren

Meerdere respondenten noemden dat het gebruik van sleutelfiguren en vindplaatsen kan werken om eHealth succesvol te implementeren. De definitie van sleutelfiguur is niet éénduidig. Dit kan een bekend persoon zijn naar wie wordt opgekeken en geluisterd: twee voorbeelden die werden genoemd zijn Erik Scherder, wetenschapper, van de app Ommetje en Johan Cruijff, profvoetballer, die destijds werd ingezet voor een anti-roken reclame. Een andere respondent legde 'sleutelfiguur' uit als mensen die betrokken zijn in de buurt en wijk en daardoor bekend zijn en aanzien genieten, zoals de imam bij de moskee maar ook hulpverleners zoals maatschappelijk werk en de huisarts. Een derde respondent gaf aan dat ervaringsdeskundigen ook sleutelfiguren kunnen zijn voor hun omgeving, door te enthousiasmeren en een voorbeeld te zijn. Een respondent merkte op dat ze dit zelfs binnen haar groep ziet.

"Je merkt dat het heel belangrijk is dat één van de mensen van de groep in elk geval de stap zet om mee te doen. En als dat gebeurt, dan kun je wel verder werken. Maar als één iemand heel zwaar afhaakt en gaat protesteren en zuchten en opstaan, dan moet je van goeden huize komen om iedereen blij en actief te houden. Dus dat zijn heel veel andere factoren die niks te maken hebben met eHealth die je dan ook moet meenemen."

Bevorderende factoren voor de organisatie

De respondenten noemden een aantal bevorderende factoren voor het inzetten van eHealth gericht op leefstijl bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie voor de organisaties waar zij werkzaam zijn, waarbij visie en draagvlak, financiering en integratie in bestaande werkprocessen de belangrijkste zijn.

Visie en draagvlak

Op organisatieniveau werd vaak genoemd dat het belangrijk is dat de organisatie een visie op het gebruik van eHealth formuleert en dat deze visie gedeeld en uitgedragen wordt door alle medewerkers. Enkele respondenten benoemden dat een gedegen vooronderzoek naar de verschillende mogelijkheden van eHealth voor de beoogde doelstellingen hieraan kan bijdragen, zeker als medewerkers hier bij betrokken worden en hun input kunnen leveren. Zo ontstaat er draagvlak voor het gebruik ervan (bottom-up) in plaats van dat het opgelegd wordt (top-down).

Een enkele respondent noemde dat binnen een organisatie enthousiaste medewerkers met affiniteit voor eHealth ook als bevorderende factor kunnen worden gezien omdat zij het aandurven en willen om dit in hun werk te stimuleren en implementeren.

"Ik merk dat ik nu heel erg aan ga op dat eHealth. Ik ben een keer in het bibliotheektheater geweest. Daar werd een symposium gegeven over eHealth. [...] Toen dacht ik: dit is hartstikke leuk en dit is eigenlijk ook wat ik voor mijn ouderen wil en toen hebben we een workshop hier in een Huis van de Wijk georganiseerd voor ouderen."

Financiering

Een andere bevorderende factor die vooral op organisatieniveau werd genoemd, is het beschikbaar stellen van financiering bijvoorbeeld door subsidies maar ook via wetenschappelijke onderzoeksprojecten. Bij een van de organisaties is het beschikbaar stellen van subsidie voor eHealth door de gemeente Rotterdam van groot belang geweest voor hen om een eHealth programma te kunnen starten en uitproberen. Daarnaast noemden enkele respondenten dat een duidelijke financieringsstructuur voor het gebruik van eHealth onontbeerlijk is om de tijd die eraan besteed wordt ook te kunnen declareren.

Integratie in bestaande werkprocessen

Meerdere respondenten gaven aan dat het helpt als eHealth binnen bestaande werkprocessen wordt geïntegreerd, zodat er een duidelijke borging is en het gebruik ervan niet vrijblijvend of optioneel is. Ze zouden graag zien dat eHealth zo wordt ingezet dat het gebruik ervan vanzelfsprekend wordt. Om dit te kunnen realiseren werd genoemd dat eHealth, indien wenselijk, gekoppeld moet kunnen worden aan bestaande systemen, denk aan integratie met de bestaande systemen van huisartsen. Een andere respondent gaf aan dat het van groot belang is dat de hardware goed functioneert en beschikbaar is voor zowel de professional als de cliënt of patiënt.

Covid-19

Als laatste werd genoemd dat de covid-19 pandemie ook een belangrijke aanjager is geweest voor de ontwikkeling en het gebruik van verschillende soorten eHealth, waaronder begeleiding op afstand.

Bevorderende factoren voor de professional

Op het niveau van de individuele professional werden verschillende bevorderende factoren genoemd door de respondenten voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl. De belangrijkste zijn attitude en vaardigheden, begeleiding en scholing en best practices uit het werkveld.

Attitude en vaardigheden

Meerdere respondenten gaven aan dat wanneer medewerkers enthousiast zijn en zelf het voordeel inzien van het inzetten van eHealth bij hun cliënten of patiënten, dit het gebruik onder hun cliënten of patiënten verhoogt. Hier speelt intrinsieke motivatie en het niveau van digitale vaardigheden van de professional vaak ook een rol. Enkele respondenten noemden dat medewerkers sneller het voordeel inzien van eHealth wanneer deze goed aansluit bij de beoogde doelgroep en doelstellingen en tegelijkertijd gemakkelijk geïntegreerd kan worden in de werkprocessen.

Begeleiding en scholing

Enkele respondenten noemden dat adequate begeleiding vanuit de organisatie voor zowel werknemers als hun cliënten of patiënten een vereiste hiervoor is. Bij scholing over eHealth werd genoemd dat het duidelijk moet worden wat de impact van het werken met eHealth is, wat een medewerker zelf nodig heeft om ermee te kunnen werken (vaardigheden, hardware) en daarnaast wat een goede manier is om het te introduceren bij hun cliënten of patiënten.

"Bij een volgende keer, waarvan ik denk dat is wel handig dat we dat meer hebben, is dat wij als professionals er meer in geschoold worden van, wat voor impact heeft het werken met eHealth? Wat hebben wij er zelf voor nodig? Wat vraagt het ook van je benadering, als je zelf niet helemaal into eHealth bent? Hoe ga je dat dan leuk overbrengen op een ander? Hoe zorgen we dat we mensen erop gemotiveerd krijgen? Ik denk dat het wel heel belangrijk is dat we daar als professionals met elkaar ook op leren."

Naast scholing noemden enkele respondenten ook de noodzaak voor ondersteuning door middel van contact met een helpdesk wanneer er zich problemen voordoen en dat er tijd beschikbaar wordt gesteld om te leren omgaan met eHealth.

Ervaringen uit het werkveld

Door enkele respondenten werd genoemd dat zij eerder geneigd zijn eHealth toepassingen in gebruik te nemen wanneer er een gedegen wetenschappelijke basis voor bestaat en als ze de kans hebben gehad deze zelf uit te proberen. Een aantal respondenten van kleinere praktijken gaf aan eHealth niet aan te raden aan hun patiënten of cliënten, tenzij ze dit zelf eerst hadden uitgetoetst. Eén respondent noemde dat een keurmerk hierbij kan helpen, om tot de juiste keuze van beschikbare eHealth toepassingen te komen. Daarbij gaven respondenten aan te leren van goede voorbeelden van anderen door middel van samenwerking in netwerken: het delen van best practices en lessons learned werd hierin gezien als cruciaal.

Belemmerende factoren voor de doelgroep, de organisatie en de professional

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de respondenten belemmerende factoren vonden voor het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor henzelf als zorg- en welzijnsprofessionals en voor de organisatie waarvoor ze werkzaam zijn.

Belemmerende factoren voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional

De respondenten noemden verschillende factoren die zij als belemmerend zagen voor het gebruik van eHealth door mensen in een kwetsbare positie. Een aantal factoren waarvan bekend zijn dat ze een grote rol spelen bij het gebruik van eHealth, werden veelvuldig genoemd. De drie meest genoemde belemmerende factoren zijn weinig financiële middelen voor toegang tot digitale hulpmiddelen, lage operationele digitale vaardigheden en taalbarrières. Maar ook leeftijd en zorgen over waarborging van privacy spelen een rol.

Kosten hardware en software

Een meerderheid van de respondenten gaf aan dat de beschikbaarheid van hardware een belemmerende factor kan zijn, wanneer mensen niet beschikken over een smartphone, tablet of laptop. Dit kan simpelweg te duur zijn om aan te schaffen. Ditzelfde geldt voor toegang tot het internet: een internetabonnement voor thuis of op de smartphone zijn maandelijkse kosten die niet voor iedereen even goed te betalen zijn. Zo kunnen ook de kosten voor de aanschaf van betaalde apps of platforms extra uitgaven zijn die niet passen binnen het budget.

"Niet iedereen heeft een device tot zijn beschikking. Er waren mensen zonder smartphone, mensen met smartphone, maar die waren dusdanig verouderd dat dat hem ook niet ging worden. Dus dat is wel een uitdaging."

Digitale vaardigheden

Daarnaast ervoeren respondenten dat vaak bepaalde digitale vaardigheden ontbraken. Wat betreft operationele vaardigheden kan het gebruik van digitale middelen lastig zijn: mensen hebben geen emailadres wat nodig is om je te registreren op veel plekken. Of het lukt niet om in te loggen op hun (email)account omdat ze het wachtwoord kwijt zijn. Daarnaast kan de toegankelijkheid van eHealth te ingewikkeld zijn voor mensen die weinig ervaring met het gebruik van digitale middelen hebben.

"De korte vragenlijst zou je in vijf minuten moeten kunnen doen. Als ik naast hen zit, zie ik van hoe zij steeds opnieuw dat beeldschermje helemaal af moeten. Ik zie meteen, je moet daar klikken. Maar dat zegt wat over de hoeveelheid beeldschermen die ik al gezien heb. En zij zitten gewoon het hele beeldscherm af te turen van wat is hier de bedoeling van. Dan kan een vragenlijst van vijf minuten rustig 20 minuten duren."

Leeftijd

In de ervaring van de respondenten beschikten de oudere generaties in het algemeen over minder digitale vaardigheden dan de jonge(re) generaties (uitzonderingen daar gelaten). Een voorbeeld dat genoemd werd door een respondent, is dat zich dit uitte doordat ouderen soms geen tablet willen gebruiken omdat ze bang zijn dat ze iets verkeerd doen wat nare consequenties tot gevolg kan hebben.

"Die [ouderen] krijg je eigenlijk nauwelijks nog aan zo'n apparaat. Die mensen hebben zo'n vooroordeel over hoe gevaarlijk het is, want als je op één knop drukt, kan alles daar bij wijze van exploderen, hè? Vroeger had je ook echt computers dat als je op een knop drukt dan was je heel je bestanden kwijt. Dat is natuurlijk al lang niet meer zo, maar die ideeën zitten wel bij die mensen in hun hoofd."

Taal

Respondenten zagen dat taligheid op verschillende manieren een barrière kan zijn. De eHealth die door de respondenten gebruikt werd, is vaak beschikbaar in het Nederlands of Engels. Dit kan een extra barrière zijn voor mensen voor wie Nederlands niet de moedertaal is. Indien een app of website veel en moeilijke tekst (niet op B1 niveau of eenvoudiger) bevat, kan dit ook een grote barrière zijn voor mensen, in het bijzonder de groep mensen met laaggeletterdheid.

(Mis)interpretatie

Er werden ook belemmerende factoren specifiek voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl benoemd. De apps en websites werden als te ingewikkeld ervaren. Het kan ook voorkomen dat de resultaten niet altijd even eenduidig of goed te begrijpen zijn en daarmee een negatieve reactie van de deelnemers ontlokken. Dit kan voor frustratie zorgen.

"Ik heb ook gemerkt, die eHealth geeft feedback en niet voor iedereen is die feedback duidelijk. [...] Bijvoorbeeld: iemand die diabetes heeft, krijgt een negatieve smiley. Liever geen diabetes. 'Ja', zegt die mevrouw, 'dat heb ik zelf liever ook niet'. Zij zou meer gebaat zijn van 'wat naar dat u diabetes hebt. Misschien kunnen we er wat aan verbeteren'."

Dit heeft er in één van de aangeboden leefstijlprogramma's toe geleid dat er tijdens het programma werd overgestapt naar het gebruik van alternatieve vormen van begeleiding die laagdrempeliger waren (WhatsApp groepen in dit geval). Hierbij werd door de betreffende professional gelijk de kanttekening gemaakt dat dit suboptimaal is, omdat bijvoorbeeld deze applicaties niet wetenschappelijk bewezen zijn of voldoen aan de privacywetgeving (AVG).

Aansluiting bij culturele achtergrond

Enkele respondenten gaven aan dat ze er soms achter kwamen dat de eHealth toepassing niet goed aansluit bij de behoeften en wensen van de doelgroep. De beschikbare voorbeelden sluiten niet altijd aan bij de culturele achtergrond van de mensen. Dit bleek bij meerdere professionals een probleem, vooral in een multiculturele stad zoals Rotterdam.

"Ik vind het wel een gemis dat niet alle, dat bijvoorbeeld ook de Kies ik gezond app ook niet echt multicultureel is, dat je echt alles erin terug kan vinden, maar gelukkig kan je wel bepaalde dingen toevoegen. [...] Ik geef ze altijd wel een boekje mee van hun eigen cultuur, zoals ik deze dan heb gemaakt voor de mensen van de ABC-eilanden."

Multiproblematiek

Tenslotte noemden respondenten nog enkele persoonlijke factoren van cliënten of patiënten die belemmerend kunnen werken. Enkele respondenten gaven aan dat bij personen met psychosociale multiproblematiek het veranderen van gezondheidsgedrag of preventie minder tot geen prioriteit heeft. Bij deze personen ontbrak het aan de tijd of mentale bandbreedte om zich te verdiepen in een gezondere leefstijl en daarbij behorende eHealth toepassingen. Soms kon het ook zo zijn dat cliënten of patiënten simpelweg het nut ervan niet inzien voor henzelf. Dan ontbrak het aan de motivatie om eHealth in gebruik te nemen.

"Die sociale maatschappelijke problematiek is hier zo groot, dat je gewoon niet, dat mensen daar [gebruik van eHealth] niet eens over nadenken, die zijn allang blij als je gewoon je hoofd boven water kan houden."

Belemmerende factoren voor de organisatie en de professional

De respondenten noemden een aantal belemmerende factoren voor individuele zorg- en welzijnsprofessionals en voor hun organisaties. De factoren die genoemd werden, spelen zowel een rol bij de individuele professional alsmede op het niveau van de organisatie en worden daarom niet apart van elkaar besproken.

Affiniteit met digitalisering

Meerdere respondenten noemden als belemmerende factor het ontbreken van bepaalde (digitale) vaardigheden bij werknemers (bij collega's maar ook henzelf) en daarbij het ontbreken van enthousiasme en motivatie voor het gebruik van eHealth.

Respondent: "Wij gebruiken geen eHealth."

Interviewer: "Nee, en wat is de reden daarvoor?"

Respondent: "Ten eerste omdat we elke ochtend blij zijn als de computer opstart, zeg maar, dus wij zijn zo technisch als niks. [...] We hebben er niks mee, dus we doen er niks mee. Wij gaan het doen als het ons helpt [...], de tijd ontbreekt ons ook gewoon [...] Ik zou niet weten wanneer we het ook moeten ontdekken. Terwijl we wel heel erg zien van dat het zou kunnen."

Integratie in het werk vraagt andere houding en vaardigheden

De meeste respondenten waren het erover eens dat eHealth ingebed zou moeten worden in de manier van werken, maar erkenden dat dit niet altijd makkelijk is of vanzelf gaat. Dit vereist een positieve attitude jegens digitalisering die niet bij iedereen aanwezig is. Zelfs bij degenen die een vorm van eHealth aanbieden, was het nog niet altijd vanzelfsprekend.

"Onze professionals vinden het echt zoeken, die beginnen en die denken, goh dat is ontzettend leuk en vervolgens merken ze van oh, dat is toch wel even anders dan ik gewend ben. Er zijn ook professionals die zelf niet zo handig zijn op de telefoon en op de computer dus. Ga je natuurlijk niet direct zeggen van oh, ik vind het zelf ook een beetje eng. En hoe bied je dat op een goede manier aan jouw doelgroep. Dat speelt allemaal een rol."

Zo merkte een van de respondenten op dat het inbedden van eHealth in hun dagelijks werk de aard van hun werkzaamheden verandert. Dit vraagt soms om andere vaardigheden (buiten digitale vaardigheden om) om deze nieuwe manier van werken succesvol uit te voeren.

"Alleen je krijgt ook heel veel weerstand op dat soort dingen. [...] Vanuit fysiotherapeuten. Die zien in één keer hun vak [veranderen] waar ze natuurlijk aldoor gewend waren mensen te masseren en aan te raken. En nu wordt het veel meer coachend. En daar is natuurlijk niet iedereen voor in de wieg gelegd of opgeleid."

Tijdsinvestering

Vanuit meerdere respondenten werd aangegeven dat het inzetten van eHealth een tijdsinvestering is, vanuit de organisatie maar ook vanuit de medewerkers zelf, die zich pas op een later moment vertaalt naar positieve effecten dan wel tijdsbesparing. De respondenten erkenden dat begeleiding van de doelgroep bij implementatie van eHealth belangrijk is, maar gaven aan dat dat voor hen een extra tijdsinvestering betekende die ze soms niet kunnen waarmaken. De tijdsinvestering kan ook gaan zitten in het vinden van de juiste eHealth tool passend bij de patiënt of cliënt of in het controleren van de gegevens en registratie van een patiënt of cliënt.

"Het moet even geïmplementeerd worden [... De] huisarts die echt vooraan staat, zei: het is even investeren, even een lange adem. Het is even zaaien. Daarna kan je oogsten. Nu kan ik veel meer achterover [leunen], heel veel mensen gebruiken het. En nu zie ik echt de voordelen ervan in. Maar het is eventjes een investering doen en heel veel stimuleren van het gebruik van eHealth."

Monitoring op afstand

Eén respondent vertelde over haar angst dat patiënten uit beeld raken doordat ze zelf hun metingen kunnen doen en bijhouden in een app. Zij had geen inzicht in de gegevens van de app omdat deze (nog) niet gekoppeld was aan het patiëntenzorgdossier in het huisartsensysteem. Dat deze koppeling ontbrak, ervaarde zij als een belemmering in haar werk terwijl ze het nut van eHealth wel inzag.

"Ik ben toch altijd bang met eHealth van: dat ik die patiënten uit beeld raak en dat het misgaat. [...] Die MiGuide is bijvoorbeeld niet gekoppeld aan hun zorgdossier, dus ik heb daar geen inzicht in. Dus ik geeft echt nadrukkelijk mee op het moment dat het niet goed gaat: u heeft klachten of u ziet het gewicht neemt toe, het staat u altijd vrij tussendoor nog een afspraak te plannen."

Geen standaard onderdeel van de opleidingen

Eén respondent zag ook een rol weggelegd voor de (para)medische opleidingen om de toekomstige hulpverlener op te leiden in het gebruik van digitale zorg. Maar zolang dat niet gebeurde, was dit een belemmerende factor voor het gebruik van eHealth in de dagelijkse zorg.

"Je ziet dat opleidingen er nog niks mee doen. Dat zijn wel de grondleggers. De opleidingen geven aan van, onze contacturen worden al steeds minder. Wij vinden dat dit soort ontwikkelingen in de zorg eigenlijk op de stages moeten worden geleerd. Dat is eeuwige strijd die we hebben."

Bekostiging

Eén van de respondenten gaf aan dat bekostiging in zijn branche een belangrijke belemmerende factor is. Op dit moment is er geen goede bekostiging voor het inzetten van eHealth waardoor dit vooral neerkomt op dat de hulpverlener diens eigen tijd erin steekt.

"Ik zie eHealth nu echt als een prachtig aanvulling en strikt noodzakelijk ook echt iets dat moet. Alleen er moet ook een bekostiging komen voor eHealth."

Onbekend terrein

Meerdere respondenten en hun organisaties liepen tijdens het implementeren van eHealth tegen het feit aan dat dit voor hen eigenlijk helemaal nieuw terrein was. Ze waren aan het pionieren en voor henzelf aan het uitvinden wat wel en niet werkt. Zo moest er zowel een omslag plaatsvinden bij de professionals om eHealth structureel in te zetten als bij de deelnemers om eHealth te leren kennen en hiermee om te gaan. Daarnaast liep één organisatie ertegenaan dat het eHealth platform dat ze gebruikten weliswaar uitgebreide informatie kon verschaffen, maar deze eHealth tool ontwikkeld was voor een hele andere doelgroep en dus niet goed inspeelde op de doelstellingen en deelnemers waar zij mee te maken kregen.

"Het grote nadeel is nu [dat het nieuw is] zowel qua doelgroep als qua professionals als qua aanbod. Het is zo'n transitieperiode waarin je dus naar nieuwe programma's toe moet. En ik denk dat het een ontzettende kunst is om goede eHealth programma's aan te bieden, [...] voor professionals om daar goed mee te werken en dan nog de doelgroep goed mee te krijgen. [...] Ik vind het echt een pittig programma, voortdurend lopen we tegen dingen aan die we niet hadden voorzien. En tegelijkertijd denk ik: zo gaat het nou eenmaal en we weten al heel veel wat we een jaar geleden niet wisten. En als we d'r niet aan beginnen, dan komen we ook niet verder."

Tabel 2a en 2b geven een overzicht van bovenstaande genoemde belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl.

Tabel 2a Overzicht van genoemde bevorderende factoren

eHealth toepassing	Doelgroep	Professional	Organisatie
eHealth niet te talig, gebruik van gesproken tekst	Gebruik van beschikbare hardware of toegang verschaffen tot hardware	Positieve attitude en affiniteit met eHealth	Gezamenlijke visie en draagvlak creëren
Aantrekkelijke audiovisuele vormgeving met gebruik van animaties, video's, plaatjes	Gebruik van makkelijk toegankelijke software bijvoorbeeld apps zonder inloggen	Goede digitale vaardigheden	Financiering (en tijd) voor implementatie
Simpele en duidelijke boodschap	Geen kosten voor eHealth gebruik	Voldoende begeleiding bij ontwikkelen van nieuwe manier van werken	Duidelijke bekostigingsstructuur van gebruik eHealth
Makkelijke interface en duidelijke stappen voor gebruik van eHealth toepassing	Geen verschillende eHealth toepassingen naast elkaar gebruiken	Scholing in het werken met eHealth toepassing en ondersteuning bij hulpvragen/helpdesk	Integratie in bestaande werkprocessen zodat het de standaard wordt en niet extra is
Spel- en wedstrijdelement	Aansluiting bij leefwereld en culturele achtergrond	Keurmerk en wetenschappelijke onderbouwing	Ontwikkelingen door Covid-19 pandemie
Beloning en waardering	Persoonlijke begeleiding en ondersteuning	Goede ervaringen uit de praktijk/zelf uitproberen	Enthousiaste kartrekkers
	Groepsbegeleiding voor sociaal contact en enthousiasmeren	Meerwaarde inzien voor manier van werken	
	Intrinsieke motivatie en leergierige houding	eHealth die aansluit bij doelstellingen van werk en patiëntengroep	
	Toegevoegde waarde van eHealth inzien, affiniteit met digitale middelen		
	Sleutelfiguren inzetten		
	Aansluiten bij digitale middelen die al gebruikt worden		

Tabel 2b Overzicht van genoemde belemmerende factoren

eHealth toepassing	Doelgroep	Professional	Organisatie
Betaalde eHealth	Kosten hardware en software, weinig financiële middelen	Geen bekostigingsstructuur	Geen bekostigingsstructuur
Inloggen d.m.v. 1 of 2 stappenverificatie	Lage digitale vaardigheden bijvoorbeeld geen emailadres	Lage digitale vaardigheden	Lage digitale vaardigheden werknemers
Niet in eigen taal beschikbaar zijn	Taalbarrière	Tijdsinvestering	Tijdsinvestering
Te moeilijk en te veel functies, stappen of informatie	(Oudere) leeftijd	Leeftijd	eHealth niet in opleidingen
eHealth toepassing sluit niet aan bij wensen en behoeften van eindgebruiker	Multi psychosociale problematiek	Geen affiniteit met eHealth	Weerstand werknemers
	Meerwaarde van eHealth toepassing is niet duidelijk	Meerwaarde van eHealth voor werk niet duidelijk	Pionieren op onbekend terrein
	Voorkeur voor persoonlijk contact	Ontbreken koppeling met bestaande ICT (zorg)systemen	Ontbreken koppeling met bestaande ICT (zorg)systemen
	Zorgen over waarborging privacy en datagebruik	Ontbreken/veranderen benodigde vaardigheden om eHealth in te zetten in werk	

Voordelen voor de doelgroep, de organisatie en de professional

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de respondenten voordelen vonden van het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag, voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor henzelf als zorg- en welzijnsprofessionals en voor de organisatie waarvoor ze werkzaam zijn.

Voordelen voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional

De respondenten zagen een aantal (verwachte) voordelen voor de doelgroep bij het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag, namelijk meer eigen regie door inzicht, digitale inclusie, niet afhankelijk zijn van de hulpverlener, laagdrempelige beschikbaarheid en het personaliseren van eHealth.

Meer eigen regie

Wat de respondenten als het belangrijkste voordeel zagen, is dat eHealth de potentie heeft om de eindgebruiker (meer) zelfredzaam te maken en (meer) zelfregie en verantwoordelijkheid te geven. Dit lukt mede doordat de eindgebruiker meer inzicht krijgt in diens situatie. Wanneer dit goed lukt, kan dit ook zelfvertrouwen stimuleren. Maar niet alle respondenten zagen dat dit lukte in de praktijk.

"Ja, mensen zelf ook letterlijk zelfredzamer maken doordat ze zelf meer aan de gang zijn met zaken. Het is natuurlijk ook leuk als mensen op een gegeven moment ontdekken, hé, maar wacht even, ik kan dit inderdaad zelf."

Personaliseren

Enkele respondenten gaven aan dat de eindgebruiker bewustwording ervaart en inzicht krijgt in diens eigen gezondheidsgedrag doordat er gedetailleerde metingen mogelijk zijn. De professional krijgt dit overzicht te zien en kan daardoor de behandeling precies afstemmen op de persoon en de eindgebruiker helpen de betekenis van de metingen te duiden.

"Ik had tegen hem gezegd, zo veel mogelijk meten! Dan heb ik gewoon al die data, dan kan ik natuurlijk specifieker zeggen, oh nou, maar dan gaan we dit als plan inzetten en kijken wat daar dan de uitkomst van is. Dan gaat hij het ook veel beter voelen dan. En doordat hij zich fitter en fijner voelt, kan hij ook beter bewegen. [...] Dus eigenlijk meten helpt, meten is natuurlijk niet het enige, maar meten helpt wel en eigen registratie helpt ook. En als dat op een simpele manier kan waarbij de data goed bewaard blijft, dan kan je ook altijd verder terugkijken."

Laagdrempelige toegang en onafhankelijk van zorgverlener

Verschillende respondenten vanuit de eerstelijnszorg gaven aan dat eHealth patiënten helpt om zelfregie te nemen omdat ze continu eraan herinnerd worden of ermee bezig (kunnen) zijn. Eigenlijk functioneert eHealth als een laagdrempelige en continue stimulans om te denken aan hun gezondheidsgedrag, iets wat een zorgverlener niet zo regelmatig kan doen.

"Ik zeg ook heel vaak tegen de patiënten: mij zie 4 keer in het jaar, maar diabetes is 365 dagen bij je. Want dan soms zeg je, u moet weer echt denken aan de leefstijl. Dan is het misschien de eerste paar weken dat het goed gaat en dan haken mensen weer af. Maar met die applicatie kunnen ze het zelf bijhouden. [...] Ik denk dat dat het voordeel voor hen is dat het wat motiverender werkt en dat ze wat eerder kunnen ingrijpen als het niet goed gaat. [...] Je ziet wel dat mensen die stok achter de deur nodig hebben en dat is gewoon heel mooi, want die applicatie heb je constant bij je."

Ook noemden respondenten voordelen zoals dat eHealth geen kosten hoeft te hebben, het laagdrempelig ten alle tijden en plekken beschikbaar is voor de eindgebruiker en het op de persoon afgestemd kan worden qua tempo of inhoud.

"Dat je het op je eigen moment kan doen. Je kan altijd natuurlijk denken, al ben je midden in de nacht wakker, ga ik nu nog even naar het filmpje kijken om even ter inspiratie wat ik morgen zou kunnen eten, bijvoorbeeld. Dat is sowieso wel een heel groot voordeel. En sommige dingen kan je natuurlijk ook een beetje in je eigen tempo volgen. Dus je wordt wat minder vertraagd, of opgejaagd, door het tempo van de ander."

Digitale inclusie

Een aantal respondenten noemde dat door het gebruik van eHealth (met begeleiding) de eindgebruikers ook digitaal vaardiger kunnen worden. Dit is niet direct het doel maar is wel een bijkomend voordeel. Juist door de focus op iets anders zoals gezondheid te leggen, ligt de nadruk niet zozeer op de digitale vaardigheden of het gebrek hieraan en kan de doelgroep laagdrempelig in contact komen met verschillende digitale toepassingen. Eén respondent vertelde dat ze een van haar senioren liet spelen met een tablet en diegene ondanks eerder protest toch enthousiast werd van de mogelijkheden.

"Tegelijkertijd wil je natuurlijk ook, dat is natuurlijk ook wel als je het hebt over digivaardiger maken, je wil ook wel dat mensen aangesloten blijven op de maatschappij, dus dan is eHealth natuurlijk wel, dat heeft dan een mooi dubbele functie. Je werkt aan een doel én tegelijkertijd aan digivaardigheid, waardoor je mensen meer aangesloten houdt op de maatschappij."

Voordelen voor de organisatie en de professional

De respondenten zagen verschillende voordelen van het gebruik van eHealth voor henzelf en de organisatie, waarbij de belangrijkste waren tijdswinst, betere kwaliteit van zorg, laagdrempelig contact en minder werkdruk.

Tijdswinst

Meerdere respondenten die individuele begeleiding verzorgden, gaven aan dat eHealth voor hen tijdswinst oplevert (na de initiële tijdsinvestering), zelfs als niet iedereen dit in gebruik neemt. De tijdswinst die het de respondenten opleverde, gebruikten zij om extra tijd te investeren in de begeleiding van personen met complexere problematiek waar ze anders te weinig tijd voor zouden hebben. Dit helpt daarbij ook de werkdruk te verlagen. Voor de respondenten die bij cliënten langsgaan kan bijvoorbeeld begeleiding door videobellen op afstand de reistijd verminderen. Bij de respondenten die groepsbegeleiding doen, kwam dit voordeel minder duidelijk naar voren.

“Dat is eigenlijk om in te lopen met de tekorten die we al hebben. We hebben drie behandeluren voor de diëtetiek. [...] Dat is echt super weinig. [...] Dus door niet 1,5 uur te besteden aan je intake. [...] kan dat gesprek gewoon iets korter en kunnen we in een uur zorgen dat alles is afgerond en dat betekent dat ik nog een half uur extra behandeltime heb om het advies goed in te zetten.”

“Je weet op de lange termijn krijg je die tijd ervoor terug om je gewoon wel met andere dingen bezig te houden en wat meer tijd aan die kwetsbare te besteden. [...] Maar het is niet zo van wij hebben daar de tijd voor. Nee, het is echt tijdrovend, maar wij investeren die tijd.”

Betere kwaliteit van zorg

Een ander voordeel dat genoemd werd door respondenten werkzaam in de individuele patiëntenzorg was de betere kwaliteit van diagnostiek en behandeling. Door goede zelfregistratie van patiënten of cliënten kregen de respondenten een gedetailleerder en objectiever overzicht van het gezondheidsgedrag dan wanneer de persoon het zelf zou vertellen, wat helpt om vast te stellen waar een probleem zit of hoe de behandeling aangepast kan worden aan de persoonlijke situatie van hun patiënt of cliënt. eHealth helpt hierbij omdat het vaak laagdrempelig beschikbaar is, bijvoorbeeld in de vorm van een smartphone die over het algemeen altijd bij iemand gedragen wordt (bv. een stappenteller die automatisch registreert zonder dat iemand er iets voor hoeft te doen).

“Eigenlijk door zelfregistratie is er meer zelf bewustwording en door registratie kan ik als professional ook beter mijn werk doen. Dus is de uitkomst ook beter, kan ik sneller korter beter een diagnose stellen. [...] Ik denk dat het de kwaliteit van de zorgverlening dichterbij de klant [brengt], met meer bewustwording, betere diagnostiek en betere advisering. Dat zijn eigenlijk de values zeg maar van eHealth”

Laagdrempelig contact

Er werd ook genoemd door de respondenten dat door het gebruik van eHealth het contact laagdrempeliger kan worden onderhouden. Het werd makkelijker iemand door middel van geprogrammeerde reminders of door de professional zelf op afstand extra te stimuleren om met gezond gedrag bezig te zijn en daardoor gemotiveerd te houden tussen groepssessies of fysieke afspraken door. Een andere respondent noemde ook dat haar patiëntenpopulatie die stabiel is, begeleid kan worden met monitoring en communicatie op afstand en dat dat betekent dat iemand dan minder vaak naar het gezondheidscentrum hoeft te komen wat scheelt in de werkdruk.

“Dat mensen daar zelfstandig mee aan de slag gaan en niet van jou afhankelijk zijn van dat ene uurtje in de week, dat is natuurlijk een megagroot voordeel. En gedurende de week [...] kan je zo heel makkelijk contact hebben met iedereen. Zodat je zelf ook niet afhankelijk bent van die beperkte tijd die je hebt om die oppiepers te verschaffen.”

Nadelen voor de doelgroep, de organisatie en de professional

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de respondenten nadelen vonden van het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag, voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie, voor henzelf als zorg- en welzijnsprofessionals en voor de organisatie waarvoor ze werkzaam zijn.

Nadelen voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van de professional

Het merendeel van de respondenten antwoordden dat zij geen nadelen ondervonden bij het gebruik van eHealth voor deze doelgroep, slechts belemmerende factoren. Indien deze belemmeringen opgelost kunnen worden, zagen zij geen nadelen voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl voor deze doelgroep. Maar dat blijkt geen makkelijke opgave.

"Ik denk dat het onwijs moeilijk is om één app te maken die geschikt is voor Rotterdam, Rotterdam heeft zoveel culturen."

Niet voor iedereen

Meerdere respondenten gaven aan dat ze eHealth vooral aanvullend willen inzetten, maar dat de persoonlijke, actieve begeleiding belangrijk blijft. Respondenten merkten momenteel dat het lastig kan zijn voor de doelgroep om eHealth in gebruik te nemen (zoals eerder aangegeven) of te blijven gebruiken, zonder die begeleiding. Eén respondent gaf aan dat het een nadeel kan zijn als het iemand niet lukt om eHealth te gebruiken, omdat dit voor minder zelfvertrouwen kan zorgen. Een andere respondent merkte op dat niet iedereen op eHealth zit te wachten en sommige mensen het veel fijner vinden om het persoonlijk contact te houden. Daarbij merkte een derde respondent op dat het soms kan zorgen voor afstand tot participatie in de maatschappij, wanneer mensen niet mee (kunnen) gaan in de digitalisering dan wel gebruik van eHealth.

"Veel gaat nu natuurlijk online, bijvoorbeeld nieuwsbrieven gaan online en noem maar op. Terwijl ik denk er zijn gewoon mensen die gaan dat niet doen, maar daar creëer je wel afstand. Die gaan wel afstand ervaren van wat er allemaal gebeurt."

Omgaan met (mis)informatie

Een ander potentieel nadeel is hoe de patiënt of cliënt met de gegeven informatie omgaat. Eén respondent gaf aan dat onbedoeld de focus op zaken kan komen te liggen die niet van belang zijn. Een andere respondent benoemde dat de uitkomst van een eHealth toepassing niet per se de werkelijkheid weerspiegelt, al speelde dit voornamelijk bij zelfrapportage. Een derde respondent was bang dat als patiënten of cliënten zelfstandig eHealth in gebruik nemen ze misschien niet altijd de gegeven informatie op juistheid weten te beoordelen. Daarnaast merkte een respondent op dat ze ervaarde dat haar cliënten zich vaak niet goed bewust zijn van wat er met hun data gebeurt.

"Ik merk zelf als het alleen maar een registratie is, dat dat eigenlijk weinig doel heeft. Ik haal iedere dag tienduizend stappen. Ja, dat zegt nog helemaal niks. Maar dat is dan waar iemand zich op gaat focussen, dus eigenlijk focussen op een eindresultaat of einddoel, terwijl eigenlijk dat natuurlijk nooit het doel kan zijn en dat soms ook heel veel belemmering weer geeft. Ik moet dat en ik kan het niet."

Nadelen voor de professional en de organisatie

Ook voor de professional of organisatie zagen veel respondenten geen duidelijke nadelen, anders dan die genoemd in de belemmerende factoren. Echter zijn er nog hobbels in de transitie naar meer digitale zorg bij het personeel, de technologie en financiële prikkels.

(On)bereikbaarheid

Een nadeel voor de professional kan zowel hun eigen bereikbaarheid als de bereikbaarheid van de patiënt zijn. Een respondent vertelde dat ze bij collega's merkt dat niet iedereen zit te wachten op laagdrempelig contact dat op elk moment van de dag gegeven kan worden.

"Ik werk in drie gebieden, maar niet de leefstijlcoaches uit alle drie gebieden zitten in de WhatsApp groepen. Sommigen zitten erin, en anderen zeggen ik ga daar niet in, want ik wil niet dat iedereen mijn telefoonnummer heeft."

Andersom vertelde een andere respondent dat haar organisatie start met een eHealth toepassing die niet gekoppeld is aan het elektronisch patiëntendossier en ze daarom bang was om patiënten uit het oog te verliezen. Ook is er minder (toe)zicht en ruimte voor bijsturing als patiënten zelf aan de slag gaan met (verschillende) eHealth toepassing(en), indien die niet gekoppeld zijn of de respondent er geen toegang tot heeft.

"Mensen vinden de metingen belangrijk, hoe gaat hoe staat het er nu voor. En als zij dat ze zelf al thuis gaan doen en zelf meten en dat zelf bij gaan houden, dan is er geen behoefte om hier te komen voor de metingen."

Financiële drijfveren voor het inzetten van eHealth

Een respondent gaf aan dat eHealth een efficiëntieslag kan zijn die de ruimte voor behandeling op maat weg neemt. Hij ervaaarde momenteel dat de inzet van eHealth kan leiden tot afname van de kwaliteit van zorg door het huidige bekostigingsmodel via de zorgverzekeraars. Indien fysieke behandelingen vervangen kunnen worden door online begeleiding bij sommige patiënten of cliënten, zou dit ervoor kunnen zorgen dat dit de standaard zorg wordt waarbij er geen rekening wordt gehouden met de behoefte aan extra begeleiding voor mensen die dit nodig hebben.

"De zorgverzekeraar geeft aan je hebt 12 behandelingen. [...] [Als] de indicatie nu laat zien uit onderzoek dat je misschien maar 4 behandelingen fysiek nodig hebt, en de rest online. En als dat dan straks de benchmark wordt, dan krijg je geen 12 behandelingen meer maar dan krijg je er maar 4 en de rest zal je dan maar online moeten gaan aanbieden. Dus dat is het gevaar denk ik wel van eHealth in de ontwikkeling vanuit de gezondheidszorg."

Eén respondent zag wel als nadeel dat er door de politiek veel waarde wordt gehecht aan de inzet van digitale zorg en vroeg zich daarbij af om het om de juiste beweegredenen gaat.

"Het uitgangspunt van de gemeente [...] is niet persé hoe maak ik iemand gezond en digitaal vaardig in een combinatie. Maar daar zit nog een hele andere belangrijke drijfveer in. [...] De gemeente wil geld besparen op gezondheidszorg, bedenkt dan dat het inzetten van eHealth daar heel slim bij kan zijn, geeft subsidie om partijen te laten samenwerken om dit project te doen."

Randvoorwaarden

De respondenten zijn gevraagd naar wat zij de randvoorwaarden voor goed gebruik van eHealth gericht op leefstijl voor deze doelgroep vinden. Veel van de randvoorwaarden vloeiden voort uit de genoemde belemmerende of bevorderende factoren:

- Het moet leuk zijn om te gebruiken;
- Het moet passend zijn bij de doelgroep dan wel te personaliseren voor het individu. Ook moet het passen bij het beoogde doel van behandeling;
- Het moet eenvoudig te gebruiken zijn, dus ook qua installeren en inloggen;
- De eHealth toepassing moet langdurig gebruik stimuleren/faciliteren;
- Het liefst heeft de professional ook inzicht in de eHealth toepassing dan wel is het makkelijk te laten zien/overzichtelijk wat betreft voortgang;
- De eHealth toepassing moet niet te talig zijn, of een combinatie met gesproken tekst en veel visualisatie aanbieden;
- Het moet up to date worden gehouden;
- De privacy moet goed gewaarborgd zijn en helder zijn wat er met de data gebeurt;
- Er moet bij aanbieden en gebruik van eHealth de juiste hardware/internet beschikbaar zijn;
- Het liefst gebruik van één eHealth toepassing i.p.v. veel verschillende;
- Een goede koppeling van ICT(zorg)systemen en eHealth.

Andere randvoorwaarden die genoemd zijn voor de inzet van eHealth bij deze doelgroep waren:

- Geïntegreerd in de hulpverlening aanbieden, met een combinatie van persoonlijke begeleiding en eHealth (blended);
- De eindgebruiker heeft enige dan wel (voldoende) passende digitale vaardigheden;
- De eindgebruiker heeft (intrinsieke) motivatie voor gebruik en ziet de meerwaarde van de eHealth toepassing voor zichzelf in;
- Aansluiten bij bestaande groepen of sleutelfiguren gebruiken om eHealth in te zetten;
- Beschikbaarheid van gepaste scholing voor professionals en via geschoolde professionals eHealth inzetten;
- Tijd (en financiering) voor professionals om eHealth goed te kunnen inzetten;

Behoeftedoelgroep

Respondenten merkten over het algemeen weinig aan behoeften wat betreft het gebruik van eHealth gericht op leefstijl bij de doelgroep. Een respondent merkte op dat dat misschien komt doordat mensen niet zo bezig zijn met eHealth en eigenlijk niet goed weten wat er allemaal mogelijk is. Meerdere respondenten gaven aan dat er meer onderzoek nodig is om de behoefte van de doelgroep wat betreft eHealth goed in kaart te krijgen. Sommige respondenten hebben hiervoor plannen of gaan zelf al in gesprek met de doelgroep om hun behoefte uit te vragen. Daarnaast vond een aantal respondenten dat de doelgroep betrokken moet worden bij de ontwikkeling van eHealth om het echt goed te laten aansluiten.

“Ik denk dat wat interessant zou kunnen zijn, is dat je eens met de groep van deze mensen en zegt: we gaan dus een aantal van die dingen uit testen. En wat vinden we leuk en wat niet? En laat hier nou ook eens een ontwikkelaar meeluisteren. Ik denk dat zo veel geproduceerd wordt vanuit de slimme koppen en niet vanuit de doelgroep.”

Verder zagen een aantal respondenten in het algemeen tijdens de groepsbegeleiding dat er behoefte is aan sociaal contact, dat de mensen het prettig vinden om in groepsverband eHealth en leefstijl op te pakken en dat ze hierbij voornamelijk op zoek zijn naar laagdrempelige en praktische handvatten.

“Dat mensen vooral, toch wel wat je veel terug hoort, dat ze iets laagdrempelig willen. En een van de dingen die echt het meest terugkomt, is dat ze met elkaar iets willen doen rondom leefstijl. Ja, dat is vooral het samenzijn met elkaar in een groep dat dat zeker in deze tijd met corona en de maatregelen, dat dat gewoon heel erg gewaardeerd wordt door mensen.”

Wensen

De respondenten zijn gevraagd naar wat hun wensen zijn voor de toekomst m.b.t. het gebruik van eHealth (gericht op leefstijl) bij deze doelgroep. De wensen liepen uiteen van specifiek gericht op betere eHealth als ook de wens tot betere scholing en interprofessionele samenwerking.

- Een eHealth toepassing toegespitst op de behoefte van de doelgroep mensen met een lagere sociaaleconomische positie, het liefst in co-creatie met de doelgroep ontwikkeld en wetenschappelijk onderbouwd, gratis of gesubsidieerd, visueel en simpel in gebruik;
- Voor de professionals zelf is de wens dat de eHealth toepassing ondersteunend is en kan voorzien in voorlichting en informatievoorziening over gezonde leefstijl. Enkele respondenten gaven aan dat ze graag zouden zien dat ook professionals meedenken over de inhoud van eHealth toepassingen, maar dan wel samen met eHealth ontwikkelaars;
- Een keurmerk voor eHealth of categorisering van apps, om te laten zien dat ze geschikt zijn voor bepaalde doelgroepen (zoals anderstaligen, laaggeletterden etc.);
- Voor de welzijnsorganisatie een permanent aanbod gericht op leefstijl (dus geen projecten die weer eindigen);
- Een uitgiftepunt voor hardware voor mensen met een kleine portemonnee;
- Een database met een verzameling van goede eHealth toepassingen;
- Een voedingsapp waarbij levelsmiddelen gevisualiseerd worden, die gepersonaliseerd advies (o.b.v. behoefte en culturele achtergrond) geeft en een daarbij behorend boodschappenlijstje;
- eHealth die langdurig inzetbaar is voor fysiotherapeutische behandeling;
- Overstijgend betere interprofessionele samenwerking (tussen medisch, paramedisch en welzijn) op gebied van bevorderen van gezonde leefstijl waarbij eHealth ingezet kan worden;
- Interprofessionele voorlichting over ieders rol en taken in begeleiding van multiproblematiek;
- Hierbij een betere/andere manier van bekostiging die recht doet aan het inzetten van eHealth en de begeleiding die daarbij komt kijken;
- Financiering om cursussen met gebruik van eHealth voor de doelgroep te ontwikkelen;
- Scholing voor (welzijns)professionals om eHealth in te zetten in hun werk;
- Vergemakkelijken van (interprofessionele) warme overdracht via eHealth;

De GGD AppStore

Bekend met GGD AppStore

Van de 14 deelnemende zorg- en welzijnsprofessionals hadden slechts drie respondenten in het verleden gehoord van de GGD appstore en was er één respondent die de GGD AppStore eerder had gebruikt. Met 9 zorg- en welzijnsprofessionals is aanvullend over de GGD AppStore gesproken, tijdens het eerste gesprek over hun eigen ervaring (1 persoon) of in een tweede gesprek nadat zij de tijd hadden genomen de GGD AppStore te bekijken (8 personen). De respondenten hebben variërend van 7 minuten tot een uur de GGD AppStore bekeken, met een mediaan van 25 minuten en een modus van 30 minuten.

Eerste indruk

De eerste indruk was bij alle respondenten positief. Vooral de vormgeving beviel bij meerdere respondenten. Men merkte op dat de website er op het eerste gezicht gelijk volledig uitzag met een uitgebreid aanbod aan apps, maar ook overzichtelijk en helder. Het navigeren via verschillende categorieën werd gewaardeerd omdat dit overzicht schept. Slechts drie respondenten herkennen de categorieën van Positieve Gezondheid. Diegenen stonden positief tegenover het gebruik hiervan. Anderen die Positieve Gezondheid niet (her)kenden, vonden de namen van de categorieën te moeilijk geformuleerd of te veel zorgjargon. Ook was niet gelijk duidelijk voor de respondenten welke doelgroep met de website werd beoogd.

"Ik vond het mooi en overzichtelijk, met heldere kleuren. Het zag er qua graphics allemaal erg mooi uit. Ook wel makkelijk gerubriceerd dus dat vond ik eigenlijk allemaal heel oké"

"Ik twijfelde even van wie is nu de doelgroep voor de website. Dat was me niet in een keer duidelijk. Is het patiënt cliënt of hè, de Rotterdammer. Of is het de zorgverlener?"

Verwijzen van patiënten en cliënten

Op de vraag of de respondenten hun cliënten of patiënten zouden doorverwijzen naar de GGD AppStore waren de meningen verdeeld. De helft gaf aan dat ze hun patiënten of cliënten er wel op zouden attenderen of er naartoe verwijzen, maar vooral in specifieke gevallen. Er wordt een inschatting gemaakt van iemands digitale vaardigheden, interesse in gezondheid(sapps), kennisniveau en mate van zelfregie. Het belangrijkste bleek de hulpvraag waar iemand mee komt. Indien iemand een brede hulpvraag had, vonden de respondenten het passend om diegene zelf de GGD AppStore te laten ontdekken. Maar als iemand met een hulpvraag over een specifiek onderwerp kwam, zoals voeding of beweging, adviseerden zij liever een app die ze zelf hebben getest die past bij de hulpvraag. Het is belangrijk in de mening van de respondenten om vooral apps te adviseren die ze zelf kennen of het nadrukkelijk te benoemen indien ze deze niet zelf getest hebben. Sommige respondenten wilden de verwijzing naar GGD AppStore opnemen in hun standaardmaterialen zoals in adviesbrieven of op de schermen in een wachtkamer.

"Dat ligt ook weer aan wie ik voor me heb. Ik kan me wel voorstellen dat ik bij sommige mensen zeg joh [...] ik ga het één en ander aan informatie uitzoeken en dan kom ik bij u terug. Maar bij sommige mensen denk ik van nou, die kunnen dat best weleens zelf gaan zoeken en dan kunnen we nog altijd een nieuwe afspraak maken en zeggen, ik kom er nog een keer op terug of u het gevonden heeft. Dus ja, dat vind ik ook weer heel individueel."

Verwijzen van collega's

Alle respondenten waren voornemens hun collega's te wijzen op de GGD AppStore. Dit varieerde van het delen met collega's via de mail of tijdens een standaard teamoverleg tot het breed introduceren op een heidag van de organisatie of bij de beroepsvereniging. Hierbij werd wel opgemerkt dat het helpt als er een duidelijke vertaalslag is hoe de GGD AppStore in het eigen werk kan worden ingezet of wat het voordeel voor de professional is. Soms is niet alleen begeleiding van de patiënten of cliënten nodig, maar helpt het om ook hun medecollega's mee te nemen in het nut en de zin van zoiets als de GGD AppStore.

"Ik zou [ze er] zeker wel [op] attenderen maar dan heb ik, denk dat als mijn collega's hem echt willen gaan gebruiken, ja dan moet er toch iets meer informatie bij van hoe moet de huisarts hem gebruiken."

Bekendheid GGD AppStore

Op de vraag hoe de GGD AppStore beter onder de aandacht van zorg- en welzijnsprofessionals gebracht kan worden, werden een aantal verschillende suggesties gegeven. Deels houden deze verband met de plekken waarop de respondenten zelf op zoek gaan naar informatie over eHealth. Het onder de aandacht brengen van de GGD AppStore binnen vaktijdschriften en nieuwsbrieven van beroepsverenigingen was volgens meerdere respondenten een goede manier om de bekendheid te vergroten. Een veel genoemde kans was een koppeling met thuisarts.nl, een van de meest gebruikte websites binnen de zorg. De GGD werd geadviseerd via eigen netwerk op te halen bij de verschillende beroepsgroepen welke communicatiekanalen het meest gebruikt worden. Ook werd aangedragen dat meer informatie over de GGD AppStore op een intranet van grote zorgorganisaties (o.a. zorggroepen, UMC's, GGZ, thuiszorg) zou kunnen bijdragen aan bekendheid en vooral meer gebruik ervan.

Positieve punten

Respondenten benoemden meerdere positieve punten. De respondenten waardeerden het meest dat de GGD AppStore hen een overzicht bood van beschikbare en betrouwbare apps die kunnen worden ingezet in de begeleiding. De GGD werd gezien als een betrouwbare bron van informatie en toetsing door deze instantie sterkte de respondenten om zonder zorgen of eerst eigen (rigoureuze) toetsing deze apps te kunnen adviseren aan hun patiënten of cliënten. De transparantie omtrent de testmethode en de downloadbare testrapporten dragen hieraan bij. De GGD AppStore nam de respondenten werk uit handen, namelijk het zoeken en testen van apps, dat zij anders zelf al deden of moesten doen.

"Daar ga ik dus eigenlijk blind vanuit, omdat ik denk de GGD is wel echt een heel bekende, grote organisatie. [...] Ik merk dat ik daardoor vertrouwen heb van, dat moet wel goed zijn. Daar zitten vast mensen achter, die hebben het allemaal uitgeprobeerd en goed bekeken."

Meermaals werd genoemd dat er een uitgebreid en divers aanbod aan thematiek te vinden is, met aandacht voor verschillende levensfasen (kinderen, jongeren, zwangeren, ouderen). Ook de heldere en kleurrijke interface met duidelijke iconen en simpele navigatie vonden de respondenten een positief punt.

Verbeterpunten

Hoewel er veel positieve punten werden benoemd, werd er ook ruimte voor verbetering opgemerkt. De twee belangrijkste discussiepunten waren de gebruikte categorisering en onduidelijkheid over de doelgroep van de website.

Slechts drie van de negen respondenten herkenden de gebruikte rubricering van Positieve Gezondheid (hoewel er meerderen van het concept gehoord hadden). Men stond positief tegenover het gebruik van Positieve Gezondheid, echter de benaming van de categorieën zorgden voor enige verwarring: één noemde het te veel vakjargon, iemand anders merkte op dat het begrijpelijker wordt als de benamingen vanuit de eenvoudige versie worden aangehouden. Suggesties voor verbetering waren: een extra onderverdeling in de subcategorieën die bij de domeinen horen of een onderverdeling verder in leefstijl thema's (zoals voeding, beweging, roken, etc.); scherpere formulering van de categorieën met meer uitleg over de visie van Positieve Gezondheid en het tot stand komen van de categorieën. Daarnaast wenste één respondent dat ze dezelfde soort apps kon vergelijken met elkaar.

Tevens werd bij de respondenten niet helder wie de beoogde doelgroep van de website was: was dit de algemene bevolking (inclusief kwetsbare doelgroepen) of vooral zorg- en welzijnsprofessionals? Afhankelijk hiervan viel er nog een slag te slaan met eenvoudiger taalgebruik (door bijvoorbeeld Pharos of Stichting Lezen en Schrijven te betrekken) of een specifieke pagina voor hulpverleners in te richten.

"Als de doelgroep echt de patiënt is bij ons uit de wijk, dan moet dat [de taal] een stuk simpeler worden. Dan is de tekst te ingewikkeld, te wollig en te veel beeldspraak. Persoonlijk let ik op of er instanties betrokken zijn geweest voor laaggeletterden."

Verder gaven ze aan dat er winst viel te behalen door het aanbod uit te breiden met focus op culturele diversiteit. Een aanduiding van apps in verschillende talen zoals Engels maar ook Marokkaans of Turks zou helpen om deze website breder inzetbaar te maken.

Zoekfunctie

De zoekfunctie kan verbeterd worden, was de mening van respondenten. Over het algemeen werkte de zoekfunctie goed met de verschillende vaktermen maar het leek erop dat de zoekterm in de tekst moet voorkomen of dat de app anders niet gevonden werd. Dit leidde soms tot mismatch van de resultaten bij de zoekterm. Bijvoorbeeld: bij de term 'lopen' was het eerste resultaat SafeNoise, een app voor het meten van het geluidsniveau en vond de zoekfunctie één stappenteller. Bij de term 'stappenteller' werden er vier stappentellers gevonden. Een suggestie qua verbetering van de toegankelijkheid van de website voor alle lagen van de bevolking was om een dynamische zoekfunctie te introduceren, zoals een chat pop-up die vraagt waar de bezoeker mee geholpen kan worden.

"Je ziet vaker als je op zo'n site komt dat er zo'n banner onderop, kan ik je ergens mee helpen? En als je zo'n zoekfunctie die er weliswaar in zit maar een meer dynamische zoekfunctie. Van welkom op de site, kan ik je helpen, waar ben je naar op zoek. Nou, stoppen met roken. Dan zou die eigenlijk in mijn optiek moeten doorlinken naar stoppen met roken. Ik denk dat dat enorm zou kunnen helpen, [...] juist voor de mensen die er moeite mee hebben."

— Conclusie

Dit kwalitatieve onderzoek geeft inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren bij het gebruik van eHealth gericht op de bevordering van gezondheidsgedrag bij Rotterdammers met een lagere sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van zorg- en welzijnsprofessionals in de eerstelijnszorg. Vanuit de opgehaalde bevorderende en belemmerende factoren worden samenvattend onderstaande belangrijkste bevindingen geformuleerd op niveau van de eHealth toepassing, de eindgebruiker, de zorg- of welzijnsprofessional en de organisatie.

- De eHealth toepassing moet makkelijk te begrijpen en te gebruiken zijn: audio-visueel aantrekkelijk en niet te talig, praktisch en overzichtelijk, zonder bijkomende kosten voor de eindgebruiker. De eHealth toepassing moet aansluiten bij de (culturele) leefwereld van de eindgebruikers. Idealiter valt de eHealth toepassing te personaliseren wat betreft de inhoud, zowel op onderwerp als op niveau van diepgang van de geboden informatie.
- De eHealth toepassing moet aansluiten bij de vaardigheden van de eindgebruiker en diens wensen, behoeften en ervaring. Zelfregistratie en metingen kunnen helpen bij het bewustwordingspro-

ces van de eindgebruiker en inzicht geven in de eigen gezondheidssituatie.

Persoonlijke begeleiding of groepsbegeleiding door een zorg- of welzijnsprofessional kan helpen om de eindgebruiker te enthousiasmeren en te ondersteunen.

- Ook de zorg- of welzijnsprofessional moet beschikken over voldoende digitale vaardigheden dan wel de juiste scholing en ondersteuning vanuit hun organisatie krijgen. Het helpt als de zorg- of welzijnsprofessional overtuigd is van de (wetenschappelijke) kwaliteit en toegevoegde waarde van een eHealth toepassing om deze effectief in te kunnen zetten.
- Binnen een organisatie is een duidelijke visie nodig waar draagvlak voor is. Ook goede begeleiding en ondersteuning van medewerkers bij implementatie van een eHealth toepassing is nodig voor integratie in bestaande werkprocessen, het liefst met koppeling van (bestaande) ICT (zorg)systemen. Extern moet een goede bekostigingsstructuur beschikbaar zijn en kan een keurmerk helpen (wetenschappelijke) kwaliteit te waarborgen. Websites zoals de GGD App-Store hebben de potentie om zorg- of welzijnsprofessionals hierin te assisteren, mits ze genoeg bekend zijn en gebruikt worden.

Representativiteit

Een breed aanbod aan zorg- en welzijnsprofessionals werkzaam in de eerstelijnszorg heeft meegedaan aan dit onderzoek waardoor vanuit veel verschillende perspectieven informatie is opgehaald. Echter heeft dit ertoe geleid dat vanuit elke beroepsgroep er hoogstens twee respondenten hebben meegedaan. Zo zijn er ook meerdere medewerkers van één grote welzijnsorganisatie geïnterviewd waardoor het mogelijk werd om een beeld te krijgen van hetzelfde eHealth project uitgevoerd op verschillende locaties. Dit is slechts één voorbeeld en zijn er geen andere welzijnsorganisaties die operationeel zijn in Rotterdam meegenomen. Dit limiteert de mogelijkheid om de resultaten per beroepsgroep (arts, fysiotherapeut, diëtist, leefstijlcoach, welzijnsprofessional) of domein (sociaal, medisch) te kunnen weergeven of generaliseren. Daarentegen geeft dit onderzoek wel een beeld van wat er zoal leeft onder diverse hulpverleners in Rotterdam. Er is getracht een goede spreiding van zorg- en welzijnsprofessionals werkzaam in verschillende wijken van Rotterdam te verkrijgen. Rotterdam Zuid is goed vertegenwoordigd, maar wijken in het noorden en oosten gelegen zijn onder gerepresenteerd.

Reflectie

Het nieuwe Integraal Zorg Akkoord (IZA) zet onder andere in op het stimuleren van gezond leven en preventie en hybride zorg. Met dat laatste wordt een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid bedoeld, waar mogelijk gepersonaliseerd en op maat (27). Het IZA hoopt met technologische innovaties en meer zelfregie van burgers de werkdruk op hulpverleners behapbaar te houden. Het is een wens waarvan het de vraag is of dit een mogelijkheid is voor verschillende (kwetsbare) groepen in de samenleving.

Dit kwalitatieve onderzoek draagt bij aan het inzichtelijk te maken wat specifiek nodig is voor het gebruik van eHealth gericht op gezond leven en preventie bij mensen met een lage sociaaleconomische positie vanuit het perspectief van eerstelijnszorg (para)medici en welzijnsmedewerkers. Hoewel de focus ligt op eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij kwetsbare groepen, zijn de factoren die benoemd worden breder toepasbaar. Zo komen de bevindingen uit dit onderzoek overeen met bevindingen die eerder zijn gevonden in andere contexten zoals bij welzijnsorganisaties die gecontracteerde zorg verlenen voor jongeren, ouderen en GGZ-patiënten, bij beleidsmakers, managers en bestuurders in de zorg en in internationale wetenschappelijke literatuur (26, 28, 29). Een aantal belemmerende factoren speelt ook een rol bij leefstijlinterventies zónder eHealth bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie, zoals het (niet) aansluiten bij de culturele achtergrond en de wensen en behoeften van deelnemers, kosten, taalbarrière, lage gezondheidsvaardigheden en het bestaan van multiproblematiek (30).

Het huidige onderzoek levert gericht inzicht in factoren die een eHealth toepassing beter toegankelijk en inzetbaar kunnen maken bij het bevorderen van gezondheidsgedrag in de Rotterdamse situatie. Deze factoren, zoals aansluiten bij het niveau van taal, digitale vaardigheden en gezondheidsvaardigheden, gebruik van visualisatie, praktisch advies, zelfregistratie en persoonlijke begeleiding sluiten aan bij wat Al-Dhahir *et al.* (2022) vinden in de internationale literatuur als bevorderende en belemmerende factoren bij de doelgroep met een lage sociaaleconomische positie bij het gebruik van leefstijlinterventies met eHealth (16). De onderzoeksgroep van Al-Dahir *et al.* ontwikkelt momenteel een handzame website voor eHealth ontwikkelaars die specifiek inzicht geeft in ontwerpprincipes voor het ontwikkelen van eHealth gericht op kwetsbare groepen. De conclusies van dit onderzoek kunnen ondersteunen bij de ontwikkeling van deze leidraad.

Het gebruikersperspectief

Vanuit bovengenoemde verschillende invalshoeken keert een aantal zaken terug: het gebruikersperspectief, de toegankelijkheid en de bekostiging van eHealth.

Eén van de belangrijkste factoren die genoemd wordt binnen dit onderzoek (maar ook erbuiten) is het gebruikersperspectief. De focus behoort te liggen op hoe de eHealth toepassing aansluit bij de waarden en behoeften van de beoogde (eind)gebruiker, zowel de zorg- of welzijnsprofessional als de patiënt of cliënt, zodat het vraag gestuurd kan worden ingezet in plaats van aanbod gestuurd (28). Co-creatie, het proces om de beoogde eindgebruiker(s) actief te betrekken bij het ontwerpen van eHealth, kan een positieve invloed hebben op de attitude jegens acceptatie, toe-

gankelijkheid en adoptie van eHealth. Door de doelgroep met een lage sociaaleconomische positie te betrekken, kan ongelijkheid in het gebruik van eHealth worden teruggedrongen (29). Dit vraagt om een grotere samenwerking tussen burgers en zorggebruikers, hulpverleners en eHealth ontwikkelaars en vereist dat eHealth toepassingen niet alleen voor het grote publiek maar juist ook voor andere, kleinere, meer kwetsbare groepen ontwikkeld worden zoals laaggeletterden, ouderen of mensen die Nederlands niet als moedertaal hebben. Pharos, het kenniscentrum over gezondheidsverschillen, zet zich met het programma eHealth4all in om deze inhaalslag te bespoedigen en biedt ter ondersteuning bijvoorbeeld het wensenlijstje van taalambassadeurs (voormalig laaggeletterden) voor toegankelijke en begrijpelijke eHealth. Ook bestaat er de mogelijkheid tot het laten uitvoeren van een praktijkcheck waarbij een taalambassadeur de fysieke en digitale omgeving van een zorg- of welzijnsorganisatie bekijkt en aanbevelingen doet voor toegankelijke en begrijpelijke hulpverlening. Ervaringsdeskundigen kunnen op deze manier zowel bij de ontwikkeling van eHealth als bij het huidige gebruik van eHealth in de bestaande praktijk bijdragen.

De toegankelijkheid van eHealth

Hoe toegankelijk eHealth is, ligt aan de toepassing zelf maar ook aan de (eind)gebruiker zoals de professional en de patiënt of cliënt, diens attitude (acceptatiebereidheid) en digitale vaardigheden.

Bij het implementeren van eHealth binnen het werk behoort er ten eerste voldoende oog te zijn voor scholingsmogelijkheden en ondersteuning voor de hulpverleners. Dit is ook als doelstelling opgenomen in het IZA per 2025. Dit gebeurt in de praktijk nu al onder meer door Chief Medical Information Officers of digicoaches in te zetten. De positie van de professionals die tevens deze rol vervullen, kan versterkt worden in de organisatie door een duidelijk geformuleerde en breed gedragen visie of missie wat betreft eHealth. Ook zou regelgeving die zulke rollen verplicht binnen zorg- en welzijnsorganisaties kunnen bijdragen.

Daarnaast behoort er oog te zijn voor de digitale vaardigheden van de patiënt of cliënt. In het IZA wordt gesteld dat er ondersteuningsmateriaal zal worden ontwikkeld en vanaf 2025 zal worden aangeboden. Momenteel kan dit echter al gerealiseerd worden door een betere samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en openbare voorzieningen, zoals de openbare bibliotheek (31). De openbare bibliotheek krijgt steeds meer een maatschappelijke rol te vervullen waarbij zij bijdraagt aan de ondersteuning van de ontwikkeling van basisvaardigheden bij kwetsbare doelgroepen, waaronder digitale vaardigheden. Zij biedt specifiek ook ondersteuning door een cursus digitale vaardigheden in de zorg (DigiVitaler), die momenteel op 81 locaties wordt gegeven. Een goede samenwerking tussen de lokale zorg- en welzijnsorganisaties en maatschappelijke instellingen zoals (maar niet gelimiteerd tot) de openbare bibliotheek zal een belangrijke rol gaan spelen om burgers en zorggebruikers vraaggestuurd te helpen om de juiste digitale vaardigheden te ontwikkelen. Dit vereist echter nog veel werk waarbij vooral een goede verwijsstructuur en een stabiel, integraal en toegankelijk cursus- en ondersteuningsaanbod nodig zijn (31).

De bekostiging van eHealth

Eén van de genoemde barrières voor het goed laten landen van eHealth in de praktijk is de huidige bekostigingsstructuur. Momenteel loont het (bijna) niet om eHealth in te zetten, omdat de baten elders komen te liggen dan bij degene die de kosten voor de investering van eHealth draagt. Daarnaast is het huidige declaratiesysteem niet ingesteld op het vergoeden van 'blended care' (28, 29). Een bekostigingsstructuur waarbij innoveren loont en de bespaarde kosten terug worden gezien bij de hulpverlener in verlaagde werkdruk en beschikbare tijd zou het uitgangspunt moeten zijn, en werkt doorontwikkeling van beschikbare eHealth toepassingen in de hand. Dit is ook als doelstelling opgenomen in het IZA, maar zal nog vertaald moeten worden in concrete acties.

Een Europees keurmerk

Respondenten noemden dat zij het waardevol achten als eHealth toepassingen wetenschappelijk onderbouwd zijn en een keurmerk hierbij kan helpen dit inzichtelijk te maken. De GGD AppStore is een Nederlands initiatief dat in 2016 met dit doel is opgezet. Bij navraag reageerden de respondenten hier positief op, maar helaas blijkt dat het ontbreekt aan de nodige bekendheid om systematisch gebruikt te worden. In Europa bestonden meer van dit soort initiatieven en wet- en regelgeving op nationaal niveau waardoor er onduidelijkheid heerste over de kwaliteits-toetsing van eHealth toepassingen. Als antwoord is er op Europees niveau wet- en regelgeving ontwikkeld. In 2021 is door de International Organization for Standardization (ISO) de standaard-norm voor Health en wellness apps (ISO/TS 82304-2) gepubliceerd om een wetenschappelijk, internationaal raamwerk voor kwaliteitsbeoordeling te bieden (32). Er bestaan echter zorgen dat deze standaard onvoldoende rekening houdt met de diversiteit van eindgebruikers, waarbij de reële kans bestaat dat dit gezondheidsverschillen voor toegang tot eHealth toepassingen vergroot (33). In 2022 is het 2-jarige Europese Horizon project 'Label2Enable' van start gegaan onder leiding van het National eHealth Living Lab en Leiden Universitair Medisch Centrum (34). Het doel van dit project is passende toetsmethodes met accreditatie te ontwikkelen, het ISO-toetsingskader effectief te implementeren zodat het kan helpen in besluitvorming over vergoeding van eHealth, te achterhalen wat consumenten (met nadruk op mensen met lage gezondheidsvaardigheden) helpt om eHealth te gebruiken, en wat hulpverleners nodig hebben om eHealth effectief in hun werk in te zetten. Dit lijkt een goede stap in de richting om de versnippering binnen Nederland en Europa wat betreft het gebruik van eHealth recht te trekken en kaders te bieden voor de bekostiging van eHealth.

Evaluatie

Op organisatieniveau wordt een heldere en breed gedragen visie op eHealth genoemd als bevorderende factor. Een breed gedragen visie kan tot stand komen door gedegen vooronderzoek om te achterhalen welke eHealth toepassing(en) het meest geschikt zijn voor de beoogde doelgroep, doelstellingen en context van het werk. Een mogelijke aanpak hiervoor is het gebruik van een implementatieraamwerk. Het internationale NASSS (non-adoption, abandonment, scale-up, spread, sustainability) raamwerk is hier een bekend voorbeeld van. Het is ontwikkeld om het

succes van een zorg- of welzijnsprogramma met gebruik van eHealth te voorspellen of te evalueren (35). Op dit moment is er een Nederlandse vertaling in de maak waarbij het NASSS¹ raamwerk wordt vertaald naar een handzame toolkit om het gesprek aan te gaan voor, tijdens of na implementatie van eHealth ter evaluatie van (beoogd) succes. Naast de mogelijkheid voor het systematisch verkennen van verschillende eHealth opties, wordt aan de hand van dialoog ook duidelijk wat ieders attitude, wensen en behoeften zijn en biedt dit de kans om tot een gezamenlijk gedragen uitgangspunt te komen. Een ander voorbeeld van een vergelijkbaar hulpmiddel is de kortere, 18-punts checklist van het RIVM (36). Bij gebruik van beide (en soortgelijke) hulpmiddelen is het belangrijk voor een zo volledig mogelijk beeld om een goede weerspiegeling van de belangrijkste stakeholders te betrekken. In veel gevallen gaat het om zowel de betrokken professionals als de beoogde eindgebruikers.

EHealth makkelijker gezegd dan gedaan

Digitale zorg of eHealth wordt gemakkelijk aangegrepen als oplossing voor rijzende kosten in de gezondheidszorg en als laagdrempelig middel om gezondheidsgedrag te bevorderen. Het blijkt echter moeilijk om eHealth goed uit te voeren zodat verschillende groepen in de samenleving hiervan kunnen profiteren. Is het wel mogelijk om een eHealth toepassing te ontwikkelen die rekening houdt met alle bevorderende en belemmerende factoren? Wat is daarvoor nodig? Uit het onderzoek blijkt dat er op verschillende vlakken behoefte is aan verbetering: goede scholing voor professionals, een adequate bekostigingsstructuur voor eHealth, de koppeling van en aan bestaande ICT-systemen in de zorg, vergroten van digitale vaardigheden bij zowel de professional als cliënt of patiënt, in co-creatie ontwikkelde eHealth toepassingen die goed aansluiten bij specifieke doelgroepen en een blended care aanpak met persoonlijke begeleiding wanneer eHealth ingezet wordt voor de individuele patiënt of cliënt. Ontwikkelingen zoals een Europees keurmerk, wetenschappelijke evaluatieraamwerken voor eHealth en (inter)nationale regelgeving en beleid kunnen bijdragen aan een succesvolle bestending van eHealth gericht op gezondheidsgedrag in de zorg.

¹ Momenteel te vinden op www.pantontest.nl/nassstoolkit

Referenties

1. Arends J, Goedhart R, De Heij R, Kleingeld R, Pronk D, van Roekel R. ICT-gebruik bij personen. In: CBS: ICT, kennis en economie 2022. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2022. 40-72.
2. Meurs M, Keuper J, Sankatsing V, Batenburg R, Van Tuyl L. De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd: perspectieven van huisartsen, consumenten en patiënten. Utrecht: Nivel; 2020.
3. Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, De Groot J, Lamain A et al. Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag en Utrecht: Nictiz en Nivel; 2019.
4. Van der Vaart R, Van Deursen L, Standaar L, Wouters M, Suijkerbuijk A, Van Tuyl L et al. E-healthmonitor 2021: stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.
5. Rempelberg C, Suijkerbuijk A, Wouters M. Stand van zaken e-health 2020. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020.
6. Kontos E, Blake KD, Chou WYS, Prestin A. Predictors of ehealth usage: insights on the digital divide from the health information national trends survey 2012. J Med Internet Res. 2014; 16(7): 3117.
7. Willems AEM, Heijmans M, Brabers AEM, Rademakers J. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. Utrecht: Nivel, 2022.
8. Eurostat. Individuals' level of digital skills (from 2021 onwards). [Internet]. Beschikbaar via: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_sk_dskl_i21/default/table?lang=en [voor het laatst geraadpleegd op 22-02-2023]
9. Wieland LS, Falzon L, Sciamanna CN, Trudeau KJ, Brodney Folse S, Schwartz JE et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people (review). Cochrane Database Syst. Rev. 2012; 8: 1465-1858.
10. Stockwell S, Schofield P, Fisher A, Firth J, Jackson SE, Stubbs B et al. Digital behavior change interventions to promote physical activity and/or reduce sedentary behavior in older adults: a systematic review and meta-analysis. Exp. Gerontol. 2019; 120: 68-87.
11. Buckingham SA, Williams AJ, Morrissey K, Price L, Harrison J. Mobile health interventions to promote physical activity and reduce sedentary

- behaviour in the workplace: a systematic review. *Digit. Health.* 2019; 5: 1-50.
12. Liu F, Kong X, Cao J, Chen S, Changwei L, Huang J *et al.* Mobile phone interventions and weight loss among overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am. J. Epidemiol.* 2015; 181(5):337-348.
 13. Hutchesson MJ, Rollo ME, Krukowski R, Ells L, Harvey J, Morgan PJ *et al.* eHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis. *Obes. Rev.* 2015; 16: 376-392.
 14. Beenackers MA, Nusselder WJ, Oude Groeniger J, Van Lenthe FJ. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus Universitair Medisch Centrum. 2015.
 15. Western MJ, Armstrong M, Islam I, Morgan K, Jones UF *et al.* The effectiveness of digital interventions for increasing physical activity in individuals of low socioeconomic status: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2021; 18: 148-169
 16. Al-Dhahir I, Reijnders T, Faber JS, Van den Berg-Emons RJ, Janssen VR, Kraaijenhagen RA *et al.* The barriers and facilitators of eHealth-based lifestyle intervention programs for people with a low socioeconomic status: scoping review. *J Med. Int. Res.* 2022; 24(8):e34229
 17. Myers-Ingram R, Sampford J, Milton-Cole R, David Jones G. Effectiveness of eHealth weight management interventions in overweight and obese adults from low socioeconomic groups: a systematic review. *Research Square, Preprint.* 2022 13 juli.
 18. Gemeente Rotterdam. Gezond010: het akkoord. Rotterdam: gemeente Rotterdam; 2019.
 19. GGD Rotterdam-Rijnmond. Lichaamsgewicht in Rotterdam (GGD Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen 2020). [Internet] Beschikbaar via: <https://gezondheidinkaart.nl/dashboard/dashboard/li-chaamsgewicht> [voor het laatst geraadpleegd 27-02-2023]
 20. GGD Rotterdam-Rijnmond. Levensverwachting in Rotterdam (GGD Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen 2019). Beschikbaar via: <https://gezondheidinkaart.nl/dashboard/dashboard/levensverwachting-en-sterfte> [voor het laatst geraadpleegd 27-02-2023]
 21. Faber JS, Al-Dhahir I, Reijnders T, Chavannes NH, Evers AWM, Kraal JJ *et al.* Attitudes toward health, healthcare and eHealth of people with a low socioeconomic status: a community-based participatory approach. *Front. Digit. Health.* 2021; 3: 690182.
 22. Watzeels A, Boer S, Butte D. QuickScan eHealth onder cliënten van Rotterdamse zorg- en welzijnsorganisaties. Rotterdam: gemeente Rotterdam. 2021.
 23. GGD GHOR Nederland en 25 GGD'en. GGD AppStore [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.ggdappstore.nl/Appstore/Testmethode> [voor het laatst geraadpleegd op 23-02-2023]

24. Van Zelst CM, Kasteleyn MJ, Van Noort EMJ, Ruttern-van Molken MPM, Braunstahl G, Chavannes NH *et al.* The impact of the involvement of a healthcare professional on the usage of an eHealth platform: a retrospective observational COPD study. *Respir. Res.* 2021; 22: 88-95.
25. Graffigna G, Barelllo S, Bonanomi A, Menichetti J. The motivating function of healthcare professional in eHealth and mHealth interventions for type 2 diabetes patients and the mediating role of patient engagement. *J Diabetes Res.* 2016; 2974521.
26. Watzeels J, Boer S, Butte D. QuickScan eHealth onder Rotterdamse zorg- en welzijnsorganisaties. Rotterdam: gemeente Rotterdam; 2020.
27. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2022.
28. Van der Vaart R, Van Deursen L, Standaard L, Wouters M, Suijkerbuijk A, Van Tuyl L *et al.* E-healthmonitor 2021: ervaringen uit het zorgveld. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.
29. Lindenberg M, Nieuwenhuis B, van Gemert-Pijnen L. Digitalisering in de gezondheidszorg nader beschouwd. Enschede: Universiteit Twente; 2022.
30. Coupe N, Cotterill S, Peters S. Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2018; 18: 967-982.
31. Standaard L, Israel A, Suijkerbuijk A, van der Vaart R, Alblas EE, van Tuyl L *et al.* E-healthmonitor 2022: hulp bij digitale zorg vanuit de bibliotheek als onderdeel van het sociaal domein. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.
32. Hoogendoorn P, Versluis A, van Kampen S, McCay C, Leahy M, Bijlsma M *et al.* What makes a quality health app – developing a global research-based health app quality assessment framework for CEN-ISO/TS 82304-2: Delphi study. *JMIR Form Res.* 2023; 7: e43905.
33. Neal D, Engelsma T, Tan J, Craven MP, Marcilly R, Peute L *et al.* Limitations of the new ISO standard for health and wellness app – commentary. *Lancet Digit. Health.* 2022; 4(2): e80-82.
34. National eHealth Living Lab, Leiden University Medical Center. About Label2Enable. [Internet] Beschikbaar via: <https://label2enable.eu/about-the-project> [voor het laatst geraadpleegd op 27-02-2023].
35. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C *et al.* Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment and challenges to scale-up, spread and sustainability of health and care technologies. *J. Med Internet Res.* 2017; 19(11): e367.
36. Suijkerbuijk A, de Bruijn A, Stok M, Jansen M. Zorginnovaties: een checklist voor succesvolle implementatie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.

Bijlagen

Bijlage 1: Semigestructureerd interviewschema

Eindversie 16-11-2021

Inleidende tekst:

Hartelijk dank dat ik u mag interviewen over het gebruik van eHealth voor preventie en leefstijl binnen het zorg- en welzijnsdomein. Dit interview zal ongeveer 45 minuten tot 1 uur in beslag nemen.

Eerst wil ik graag wat achtergrondgegevens noteren. Daarna wil ik het kort over uw taken m.b.t. het begeleiden van patiënten/cliënten in verandering van gezondheidsgedrag en leefstijl hebben, voordat we uitgebreider ingaan op verschillende aspecten van het gebruik van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij achterstandsgroepen zoals positieve en negatieve aspecten.

Onder *gezondheidsgedrag en leefstijl* en preventie bedoelen we in dit interview gezondheidsge-
drag/leefstijlgewoontes zoals roken, alcoholgebruik, voeding, beweging, slaap, stress en ontspanning
en afvallen.

Onder *eHealth* verstaan we het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën om pa-
tiënten/cliënten en zorg- en welzijnsprofessionals te ondersteunen, in dit geval specifiek gericht op ge-
zondheidsgedrag bevordering en leefstijlverandering.

De doelgroep *achterstandsgroepen* waar het hier over gaat zijn mensen met een lagere sociaalecono-
mische positie, gedefinieerd als lager opgeleid (basisschool t/m vmbo, mbo1 of onderbouw havo/vwo
en entreeonderwijs) of weinig te besteden (maximaal 130% van de bijstandsnorm).

Ik zou het interview graag willen opnemen, zodat hiervan een transcript gemaakt kan worden om
nauwkeurig de bevindingen te noteren. De opname wordt na verwerking in het verslag gearcheveerd
en versleuteld bewaard in het Erasmus MC.

Al uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld door het onderzoeksteam. Alles wat wordt bespro-
ken, wordt anoniem in het verslag verwerkt en uw gegevens zullen niet herleidbaar terugkomen. Uw
gegevens worden los bewaard van het transcript en zijn alleen herleidbaar voor de junior en senior on-
derzoeker van het Erasmus MC die bij dit project betrokken zijn door middel van een versleuteld docu-
ment.

Algemeen:

1. Wat is uw functie?
2. In wat voor zorg- of welzijnsinstelling bent u werkzaam? Waar is dit?

Gezondheidsgedrag:

3. Hoe vaak begeleidt u patiënten of cliënten in leefstijlverandering?
4. Welke veranderingen in gezondheidsgedrag ondersteunt u? (Roken, alcoholgebruik, afval-
len, voeding, beweging, slapen, stress en ontspannen)
5. Wat zijn veel voorkomende vragen wat betreft leefstijl en preventie die u krijgt?
6. Welke interventies zet u in wat betreft het bevorderen van gezondheidsgedrag en leefstijl-
verandering?
7. Wat is de visie van de organisatie waar u werkzaam bent op gebied van leefstijl en preven-
tie? Wordt hier expliciet aandacht aan besteed?

EHealth algemeen:

8. Wat is de visie van de organisatie waar u werkzaam bent op het gebruik van eHealth?
9. Wordt het gebruik van eHealth gestimuleerd en gefaciliteerd? Zo ja, hoe? (bv. middelen,
training)
10. Wat is uw visie of mening over eHealth in het algemeen en specifiek gericht op leefstijl en
preventie?
11. Wat verstaat u onder eHealth in relatie tot leefstijl en preventie?

Er zijn verschillende vormen van eHealth die te maken hebben met leefstijl en preventie, bijvoorbeeld smartphone apps zoals Mijn Eetmeter van het Voedingscentrum om bij te houden wat je eet en drinkt, Persoonlijke Gezondheidscheck of Mijn Positieve Gezondheid wat online vragenlijsten die inzicht bieden in iemands eigen gezondheidssituatie en vervolgstappen. De bekendste is waarschijnlijk de website thuisarts.nl waar veel informatie en voorlichting op wordt gegeven.

Wat we niet bedoelen zijn op zichzelf staande technologieën die niet direct iets te maken hebben met leefstijl en preventie zoals digitale herhaalrecepten, e-consulten, videobellen tenzij dit gericht ingezet wordt voor ondersteuning van leefstijlverandering.

12. Zet u momenteel eHealth in die gericht is op leefstijl en preventie?
13. a) Zo ja, welke toepassingen gebruikt u? Voor welke doeleindes worden deze gebruikt?
b) Wat was de aanleiding om deze te gaan gebruiken?
c) Voor welke doelgroepen gebruikt u deze toepassingen?
14. a) Zo nee, waarom niet?
b) Heeft u in het verleden eHealth toepassingen gebruikt? Zo ja, welke en waarom nu niet meer?
c) Verwacht u in de toekomst er gebruik van te gaan maken? Waarom wel of niet? Voor wie wel of niet? Welke toepassingen wel of niet?

Positieve aspecten van eHealth:

15. Welke voordelen verwacht of ervaart u voor u **zelf of voor uw organisatie** bij het inzetten van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij deze doelgroep?

Met 'voordelen' wordt bedoeld voordelen gericht op de uitkomsten, gezondheidswinst en effectiviteit, bijvoorbeeld ten opzichte van usual care.

16. a) Welke voordelen verwacht of ervaart u bij het gebruik van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij **de doelgroep** patiënten met een lagere sociaaleconomische positie?
b) Verschilt dit van wat u verwacht of ervaart bij de algemene bevolking of bij patiënten met hogere sociaaleconomische positie?
17. Welke bevorderende factoren voor het inzetten van eHealth gericht op leefstijl en preventie verwacht of ervaart u voor u **zelf of voor uw organisatie** voor deze doelgroep?

Bij 'bevorderende factoren' wordt bedoeld factoren gericht op het implementatieproces, de logistiek en de praktische invulling.

18. a) Welke bevorderende factoren voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl en preventie ervaart of verwacht u voor **de doelgroep** patiënten met een lagere sociaaleconomische status?
b) Verschilt dit van wat u verwacht of ervaart bij de algemene bevolking of bij patiënten met hogere sociaaleconomische positie?

Negatieve aspecten van eHealth:

19. Welke belemmerende factoren verwacht of ervaart u voor u **zelf of voor uw organisatie** bij het inzetten van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij deze doelgroep?

Bij 'belemmerende factoren' wordt bedoeld factoren gericht op het implementatieproces, de logistiek en de praktische invulling.

20. a) Welke belemmerende factoren voor het gebruik van eHealth gericht op leefstijl en preventie verwacht of ervaart u bij **de doelgroep** patiënten met een lagere sociaaleconomische positie?
b) Verschilt dit van wat u verwacht of ervaart bij de algemene bevolking/patiënten met hogere sociaaleconomische positie?

21. a) Welke nadelen verwacht of ervaart u voor u **zelf of voor uw organisatie** voor het inzetten van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij deze doelgroep?
b) Als alle praktische belemmeringen worden weggenomen, verwacht of ervaart u dan nadelen ten opzichte van usual standard care?

Bij 'nadelen' wordt bedoeld nadelen gericht op de uitkomsten, gezondheidswinst en effectiviteit, bijvoorbeeld ten opzichte van usual care.

22. a) Welke nadelen verwacht of ervaart u bij het gebruik van eHealth gericht op leefstijl en preventie bij **de doelgroep** patiënten met een lagere sociaaleconomische positie?
b) Verschilt dit van wat u verwacht of ervaart bij de algemene bevolking/patiënten met hogere sociaaleconomische positie?

Randvoorwaarden

23. Wat zijn randvoorwaarden voor het gebruik van eHealth op leefstijl en preventie voor deze doelgroep?

Open vraag stellen en vervolgens zo nodig doorvragen: m.b.t. middelen, vaardigheden, kennis over aanbod, ondersteuning van zowel gebruiker als aanbieder en technische specificaties.

24. Wat zijn uw wensen ten aanzien van gebruik van eHealth voor leefstijl en preventie voor deze doelgroep?
25. Waar heeft deze doelgroep nog behoefte aan, volgens u? Wat zou in de toekomst nog kunnen worden ontwikkeld?

GGD appstore

26. Hoe gaat u op zoek naar vormen van eHealth gericht op leefstijl en preventie? Naar welke vorm gaat uw voorkeur uit, met welk doeleinde?

Denk bij 'vormen' aan websites, computerapplicaties, telefoonapps, digitale vragenlijsten, gepersonaliseerde modules, etc.

Denk bij 'doeleinde' aan kennisoverdracht, voorlichting, automatisch of door gebruiker bijhouden van gegevens mbt gezondheidsgedrag (stappenteller) en lichaamsmetingen, inzicht in eigen gezondheid, etc.

27. Bent u bekend met de GGD appstore?

Zo ja bij vraag 27, dan kunnen de vragen 28 – 36 gesteld worden.

28. Hoe vaak gebruikt u de GGD appstore?
29. Wat is uw indruk van de GGD appstore?
30. Verwijst u patiënten naar de GGD appstore? Zo ja, wat voor patiënten?
31. Welke apps uit de GGD appstore zet u in bij de patiëntenzorg?
32. Hoe ervaart u de informatievoorziening van de GGD appstore? Mist u nog informatie over de aangeboden apps?
33. Hoe ervaart u het gebruikersgemak? Kunt u gemakkelijk een app vinden in het thema waar u naar op zoek bent?
34. Wat zijn positieve aspecten van de GGD appstore?
35. Waar ziet u mogelijkheden voor verbetering van de GGD appstore?
36. Zou u de GGD appstore bij collega's aanbevelen?

Afsluiting:

37. Heeft u verder nog opmerkingen of vragen?

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw deelname aan dit interview. Heeft u interesse om het eindrapport te ontvangen wanneer deze gepubliceerd is?

Aanvullende vragen in follow-up interview:

Zo nee bij vraag 27, wordt deze vraag gesteld: Bent u bereid om in de komende twee weken naar de GGD appstore te kijken? Mag ik u nogmaals korter interviewen om te zien wat uw ervaring met de GGD appstore is?

Indien het antwoord hierop ja is, wordt deze vragenlijst afgenomen:

Bedankt dat u opnieuw de tijd voor ons wil nemen om een aantal vragen over de GGD appstore te beantwoorden.

1. U was nog niet bekend met de GGD appstore. Heeft u de tijd gehad om hier in de afgelopen één/twee weken naar te kijken?
2. Hoe lang heeft u besteed aan het bekijken van de GGD appstore?
3. Wat was uw eerste indruk van de GGD appstore?
4. Hoe ervaart u de informatievoorziening van de GGD appstore?
5. Mist u informatie over de aangeboden apps?
6. Hoe ervaart u het gebruikersgemak?
7. Kunt u gemakkelijk een app vinden in het thema waar u naar op zoek bent?
8. Wat zijn positieve aspecten van de GGD appstore?
9. Waar ziet u mogelijkheden voor verbetering van de GGD appstore?
10. Zou u patiënten verwijzen naar de GGD appstore? Zo ja, welke patiënten? (leeftijd, (culturele?) achtergrond, SEP, soort klacht)
11. Welke apps uit de GGD appstore zou u inzetten in de patiëntenzorg en waarom?
12. Zou u de GGD appstore bij collega's aanbevelen?
13. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of vragen?

Hartelijk dank voor het beantwoorden van deze aanvullende vragen!

Bijlage 2: Informatiebrief voor deelname aan onderzoek over eHealth

Officiële titel: Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van eHealth gericht op stimuleren van gezondheidsgedrag bij Rotterdammers met een lage(re) sociaaleconomische positie

1. Door wie wordt het onderzoek uitgevoerd?

Onderzoekers (Adriana Israël en Mariëlle Beenackers) van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC voeren dit onderzoek uit in opdracht van de gemeente Rotterdam binnen CEPHIR, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid van regio's Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid.

2. Wat is het doel en de achtergrond van dit onderzoek?

In dit onderzoek verkennen we wat bevorderende en belemmerende factoren zijn voor het gebruik van eHealth gericht op bevordering van gezondheidsgedrag door zorg- en welzijnsprofessionals in de eerstelijns zorg, met speciale aandacht voor mensen met een lage(re) sociaaleconomische positie (dat wil zeggen, laag opleidingsniveau of laag inkomen). De gemeente Rotterdam is geïnteresseerd in het verkleinen van de gezondheidsverschillen in Rotterdam en de rol die eHealth hierbij kan spelen.

3. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

We nodigen zorg- en welzijnsprofessionals uit die ervaring hebben met bevorderen van gezondheidsgedrag gericht op leefstijl. Ervaring met eHealth binnen uw werk is geen vereiste. Het onderzoek bestaat uit een éénmalig interview van 30 tot 60 minuten op een moment dat u uitkomt, via beeldbellen of op afspraak op een locatie die voor u handig is met Adriana Israël, arts-onderzoeker van het Erasmus MC. We zijn ook benieuwd naar uw ervaring met de GGD-appstore. Indien u nog niet bekend bent met de GGD appstore, nodigen wij u uit de GGD appstore te bekijken en een kort aantal vragen hierover te beantwoorden (schriftelijk of telefonisch) in een vervolg, indien u hier akkoord mee gaat (niet verplicht).

4. Welke gegevens verzamelen we?

Als u besluit om mee te doen met het onderzoek, gebruiken we uw contactgegevens om u uit te nodigen voor het interview. Onderzoeksgegevens zijn de audio opname van het interview & het transcript met de antwoorden die u geeft. Deze gebruiken we voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag. Hierbij noteren we uw functie en rol binnen uw organisatie en uw mening over het gebruik van eHealth gericht op gezondheidsgedrag bij zowel hoge als lage sociaaleconomische positie groepen. Uw naam en de naam van de organisatie worden niet gepubliceerd.

5. Hoe gaan we met uw gegevens om?

Alle gegevens worden vertrouwelijk en geanonimiseerd behandeld en bewaard in een beveiligde omgeving in het Erasmus MC. Uw contactgegevens worden apart bewaard van uw onderzoeksgegevens. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot uw contactgegevens en zien welke onderzoeksgegevens bij u horen. De onderzoeksgegevens krijgen een code, dus uw naam staat er niet op. Een kopie van uw toestemming en de onderzoeksgegevens worden minimaal 15 jaar bewaard. Het resultaat van dit onderzoek wordt in een rapport aan de gemeente Rotterdam aangeboden. Er worden geen individuele onderzoeksgegevens met derden gedeeld.

6. Heeft u vragen?

Vragen over het onderzoek kunt u telefonisch of via e-mail stellen aan Adriana Israël, arts-onderzoeker. Stoppen? U kunt zich op elk moment terugtrekken uit het onderzoek voor of na afname van het interview zonder opgaaf van reden. Wij horen dit graag telefonisch of via e-mail via onderstaande contactgegevens. Heeft u een klacht over het onderzoek? Bespreek dit met ons via de telefoon of email. Of bespreek uw klacht met de klachtenfunctionaris van het Erasmus MC. In de bijlage hieronder staat alle contactinformatie op een rijtje.

Bijlage: contactgegevens

Vragen over het onderzoek aan Adriana Israël, arts-onderzoeker E-mailadres: a.israel@erasmusmc.nl Telefoonnummer: 010-7041397 Bereikbaar op werkdagen tussen 09:00-17:30	Klachten via klachtenfunctionaris Erasmus MC Telefoonnummer: 010-70 33 198. Online via de website van het Erasmus MC kan ook een klachtenformulier worden ingevuld. Deze wordt verstuurd naar klachtenopvang@erasmusmc.nl.
Vragen of opmerkingen over de bescherming van uw <i>privacy</i> gaan via de Functionaris voor de Gegevensbescherming van het Erasmus MC Telefoonnummer: 010-70 349 86 E-mailadres: functionaris.gegevensbescherming@erasmusmc.nl	

Toestemmingsformulier onderzoek naar eHealth bij achterstandsgroepen

- Ik heb de informatiebrief over het onderzoek naar gebruik van eHealth bij achterstands-groepen gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen met het onderzoek. Of om ermee te stoppen. Ik hoef dan niet te zeggen waarom ik wil stoppen.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen, verwerken en bewaren van mijn gegevens door het Erasmus MC zoals omschreven in de informatiebrief.
- Ik weet dat sommige mensen al mijn persoonlijke gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in de informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor genoemde doeleinden.
- Ik geef toestemming om het interview op te nemen en hier een transcript van te maken.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens te bewaren om deze eventueel te kunnen gebruiken in toekomstig wetenschappelijk onderzoek, zoals in de informatiebrief staat.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens te delen met andere wetenschappelijke instellingen binnen de EU of daarbuiten, zoals in de informatiebrief staat.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Ik geef toestemming om mij eventueel na dit onderzoek te vragen of ik wil meedoen met een vervolgonderzoek.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Voornaam:

Achternaam:

Datum:

Handtekening:

Onderzoeksnummer (door onderzoeker in te vullen):

Maart 2023

www.cephir.nl

CEPHIR