



DOOR EVELINE WOUTERS, FABIENNE REINERS, LISETTE BOUW EN JANIEKKE STURM

## Ongelijk gebruik e-health:

# Betekenis sociaal-demografische factoren

In een wereld waarin de gemiddelde leeftijd hoger is dan ooit tevoren en er meer mensen met een (en vaak meer dan één) chronische aandoening leven, heeft e-health de belofte om de zorg te verbeteren, duurzaam (inclusief betaalbaar) te houden en toegankelijk te maken, ook in afgelegen gebieden. We hebben een literatuurstudie uitgevoerd om wat meer te weten te komen over hoe het, wereldwijd, gesteld is met deze belofte. Zijn de mensen, die het grootste voordeel zouden kunnen hebben van e-health, ook de meest frequente gebruikers? En wat zeggen verschillende studies over mogelijke verbeterpunten hierin? De achterliggende gedachte is te bepalen of inderdaad de juiste (e-health) zorg op de juiste plek komt, of dat er mogelijk sprake is van een zorgongelijkheid vanwege digitale ongelijkheid.

Wereldwijd is het percentage 60-plussers fors gestegen. Daarmee samenhangend is de ziektelast door chronische aandoeningen ook fors gestegen en zijn chronische aandoeningen wereldwijd inmiddels goed voor 71 procent van de sterfgevallen<sup>1</sup>. E-health wordt beschouwd als een kans om, juist voor chronische aandoeningen, kwalitatief goede zorg efficiënter, effectiever en toegankelijker te maken, ook voor verafgelegen gebieden.

### Digitale ongelijkheid, doel onderzoek

Om optimaal te profiteren van e-health, zouden dergelijke toepassingen dan ook met name veel gebruikt moeten worden door mensen bij wie chronische aandoeningen relatief het vaakst voorkomen. Zoals door ouderen, lager opgeleiden en mensen in slechtere sociaal-economische omstandigheden.

Als zulke omstandigheden er echter juist toe leiden dat mensen minder gebruik maken of kunnen maken van e-health, dan is er sprake van 'digitale ongelijkheid'<sup>2</sup>. Dat leidt indirect tot zorgongelijkheid. Dit literatuuronderzoek richtte zich op sociaal-demografische factoren die van invloed zijn op het gebruik van e-health, evenals op mogelijke oplossingsrichtingen om de ongelijkheid in het gebruik te verminderen.

### Uitvoering onderzoek

In diverse databanken hebben we gezocht naar artikelen op basis van het voorkomen van vier clusters van trefwoorden:

- Sociaal-demografische factoren.
- Chronische aandoeningen.
- E-health.
- Voorgestelde oplossingsrichtingen.

De artikelen, die maximaal 10 jaar oud waren, werden steeds gelezen door twee onderzoekers. Zij beoordeelden de artikelen op methodologische kwaliteit en analyseerden ze inhoudelijk op de vier clusters.

Dit leverde uiteindelijk 22 bruikbare en relevante artikelen op, waarvan het resultaat hier kort gepresenteerd wordt. Het onderzoek in de artikelen was een evenwichtige afspiegeling qua herkomst (uit diverse werelddelen), vormen van e-health die werden gebruikt en chronische aandoeningen waarvoor e-health werd toegepast.

### E-health gebruik ongelijk verdeeld

Diverse sociaal-demografische factoren kwamen aan bod in de verschillende studies. De belangrijkste en meest bestudeerde factoren laten we hier de revue passeren.

### Leeftijd

De meeste studies geven aan dat hogere leeftijd leidt tot minder gebruik van e-health. Over het algemeen weten ouderen minder over het bestaan van e-health en gebruiken zij het minder vaak en graag. Een belangrijk argument daarvoor is dat ze graag een 'echte' persoon hebben als informatiebron en te weinig zelfvertrouwen ervaren om data te kunnen interpreteren. Een bijzondere bevinding was dat, als ouderen eenmaal e-health gebruiken, zij uiteindelijk trouwer zijn in het gebruik in vergelijking met jongere gebruikers<sup>3</sup>.

### Geslacht

Over de invloed van geslacht op het gebruik van e-health lopen de studies uiteen: het merendeel toont geen verschil tussen geslachten. Sommige studies laten meer gebruik door vrouwen zien en andere studies juist meer door mannen. Al met al lijkt geslacht geen belangrijke factor te zijn.

### Inkomen

Veelal blijkt dat mensen met een lager inkomen minder vaak gebruik maken van e-health. Dit heeft soms met de toegang tot internet te maken, soms met de kosten voor aanschaf van digitale technologie. Wel werd - net als bij ouderen - gevonden dat als mensen er gebruik van maken, ze even tevreden zijn als mensen uit een hogere inkomensklasse.

### Opleiding

Mensen met lagere opleidingsniveaus blijken om drie redenen minder gebruik te maken van e-health: zij hebben minder kennis over e-health, ze zijn er minder in geïnteresseerd én ze haken sneller af in vergelijking met hoger opgeleide mensen. Dat laatste is, in vergelijking met de factoren 'leeftijd' en 'inkomen' dus een extra reden voor gering gebruik.

### Werk

De invloed van het doen van betaald werk is weinig onderzocht in de studies. Slechts twee onderzoeken keken naar het al dan niet hebben van werk en/of gepensioneerd zijn en het gebruik van e-health. Daar bleek geen verband tussen te zijn.

### Etniciteit

De onderzoeken waarin etniciteit aan bod kwam, bleken met name over jongeren te gaan. Niet-blanke jongeren bleken minder vaak mee te doen aan e-health programma's. Dit had ook weer te maken met minder toegang tot internet en digitale technologie (deels door financiën), maar ook met de manier waarop e-health werd vormgegeven. Zo bleek het sturen van sms-berichten bij niet-blanke jongeren veel minder aan te slaan dan bij blanke jongeren. Opvallend was opnieuw dat niet-blanke jongeren die eenmaal aangehaakt waren, vervolgens even enthousiast waren als blanke jongeren.

### Woonplaats

Opvallend blijkt uit veel studies dat juist mensen in afgelegen landelijke gebieden minder vaak e-health gebruiken dan mensen in stedelijke gebieden. Dit heeft veelal te maken met minder toegang tot internet, minder moeite die gestoken wordt in implementatie in die gebieden en een gemiddeld lagere sociaaleconomische status van de bewoners.

### Oplossingsrichtingen

Sociaal-demografische factoren beïnvloeden dus het gebruik van e-health. Omdat de studies laten zien dat juist de mensen die er het meest van kunnen profiteren, er het minst gebruik van (kunnen) maken, gaven zij vaak ook oplossingsrichtingen of interventies aan om het gebruik van e-health te bevorderen. We bespreken de belangrijkste ervan in vogelvlucht.

### Toegankelijkheid e-health algemeen

Omdat financiën een issue lijken te zijn voor wijdverbreid gebruik, stellen sommige auteurs voor om de technologie en internet gratis beschikbaar te stellen waar nodig of om programma's downloadbaar te maken voor offline gebruik. Ook zijn sommige diensten (zoals sms-berichten) kosteloos, terwijl (gewone) telefoongesprekken geld kosten. Dit moet mede de keuze bepalen voor het ontwerp of gebruik van bepaalde diensten.

Toegankelijkheid heeft behalve met het bezit van de hardware en internettoegang, ook te maken met de voorkeur voor bepaalde devices. Zo gebruiken ouderen vaker een computer of tablet, terwijl jongeren liever met hun mobiele telefoon werken. Programma's moeten dus op voorkeur van de gebruiker beschikbaar zijn. Voor jongeren kan ook de inzet van sociale media de toegankelijkheid vergroten.

### Toegankelijkheid programma zelf

Om e-health breed te gebruiken, zou de inhoud aansprekend moeten zijn voor verschillende doelgroepen. Ook hier is het toverwoord maatwerk en oog voor diversiteit: mensen voelen zich meer aangesproken en zullen programma's eerder omarmen als ze zich kunnen identificeren met de inhoud van het materiaal, zoals in filmpjes of op foto's.

Meer ondersteuning voor sommige (bijvoorbeeld oudere) gebruikers wordt aanbevolen. Dat kan zowel in de vorm van tutorials als in de vorm van coaches. Ook wordt aanbevolen de inhoud eenvoudig en tijd efficiënt te houden: lange teksten werken vaak averechts, zeker bij mensen die niet graag of goed kunnen lezen.

Voordat e-health gebruikt wordt, moeten potentiële gebruikers er mee in aanraking komen. Oudere gebruikers maken bijvoorbeeld nog veel gebruik van conventionele media zoals krant, radio en televisie. Daarom is het belangrijk hen ook via deze kanalen te informeren over het bestaan en de mogelijkheden van e-health.

Tot slot wordt aanbevolen bij elk e-health ontwerp de doelgroep te betrekken. Een e-health programma dat samen met de beoogde gebruikers is ontworpen, zal uiteindelijk beter gebruikt worden.

### Overige tips and tricks

Familie komt op verschillende manieren terug in de studies. Bij ouderen zijn jongere familieleden (kinderen en vooral kleinkinderen) van groot belang voor het enthousiasmeren en gebruiken van technologie in het algemeen en e-health in het bijzonder. Maar ook andersom: kinderen en jonge-

ren zullen e-health beter toepassen als hun ouders er actief bij betrokken zijn.

Ook wordt genoemd dat de mogelijkheid om tijdens het gebruik van e-health data te verzamelen en zo bij te dragen aan betere zorg voor de doelgroep, motiverend kan zijn voor het gebruiken van e-health door de individuele gebruiker.

Last but not least: eigenlijk alle artikelen geven aan dat e-health een geïntegreerd onderdeel moet zijn van 'normale' zorg, en niet in plaats van normale zorg moet komen: opnieuw een pleidooi voor maatwerk.

### Conclusie

Op dit moment is er ongelijkheid op basis van sociaal-demografische factoren wat betreft het gebruik van e-health. Er is dus nog veel verbetering mogelijk om met e-health de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen, en maatwerk is hierbij het sleutelwoord.

We bevelen dan ook aan om meer empirisch onderzoek te verrichten naar de oplossingsrichtingen om e-health toegankelijker te maken voor iedereen. ■

### Referenties

1. World health organization Noncommunicable diseases (NCDs) and mental health challenges and solutions Verkregen maart 2019, op: <https://www.who.int/beat-ncds/en/>
2. Graetz, I.; Gordon, N.; Fung, V.; Hamity, C.; Reed, M.E. The Digital divide and patient portals: Internet access explained differences in patient portal use for secure messaging by age, race, and income. *Med. Care* 2016, 54, 772-779.
3. Goyal, S.; Morita, P.P.; Picton, P.; Seto, E.; Zbib, A.; Cafazzo, J.A. Uptake of a consumer-focused mHealth application for the assessment and prevention of heart disease: The <30 days study. *JMIR mHealth and uHealth* 2016, 4, e32.



**Eveline Wouters**, Fontys Paramedische Hogeschool, lectoraat Health Innovations and Technology (e.wouters@fontys.nl); **Tranzo**, Tilburg School of Social and Behavioral Science, Tilburg University.  
**Fabienne Reiners**, Fontys Paramedische Hogeschool, lectoraat Health Innovations and Technology.  
**Lisette Bouw**, Fontys Paramedische Hogeschool, lectoraat Health Innovations and Technology.  
**Janienke Sturm**, Fontys Hogeschool HRM en Psychologie, lectoraat Mens en Technologie.

*Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van het F+ project 'Close the Gap - Health for all', waarbij, samen met studenten, enerzijds digitale vaardigheden van burgers worden bevorderd en anderzijds de 21st century skills van studenten in de praktijk worden geoefend.*



Het volledige onderzoek is open access gepubliceerd en te vinden op via deze link.