



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Behoeften en ervaringen van mensen met **digitale zelfzorgprogramma's**

Verdiepend onderzoek naar digitale zelfhulp onder twee doelgroepen



Behoeften en ervaringen van mensen met digitale zelfzorgprogramma's

Verdiepend onderzoek naar digitale zelfhulp onder twee doelgroepen

RIVM-rapport 2024-0009

Colofon

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0009

B. Keij (projectleider), RIVM
R. van der Vaart (auteur), RIVM
L. van Deursen (auteur), RIVM
E.E. Alblas (auteur), RIVM
L.H.D. van Tuyl (auteur), Nivel
J.J. Aardoom (auteur), NeLL

Contact:

Brigitta Keij
Volksgezondheid & Zorg
healthmonitor@rivm.nl

Met dank aan de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen, Lucille Standaar, Sumit Mehra en Bianca Snijders vanuit het RIVM, Jelle Keuper vanuit Nivel en Anke Versluis vanuit NeLL, de leden van de klankbordgroep en Cindy Deuning voor het maken van de visualisaties.

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met het Nivel en het National eHealth Living Lab.



Publiekssamenvatting

E-healthmonitor 2023: Verdiepend onderzoek naar digitale zelfhulp onder twee doelgroepen

Sinds 2013 wordt elk jaar gemeten hoe het gaat met digitale zorg in Nederland. Ook wordt een onderdeel ervan uitgebreider onderzocht. In 2023 is gekeken naar hoe specifieke groepen mensen digitale zelfhulp kunnen gebruiken en ervaren. Het gaat om mensen met een grotere kans op diabetes type 2 (prediabetici) en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond.

Uit dit onderzoek blijkt dat mensen graag zelf aan de slag gaan voor hun gezondheid. Beide groepen zijn ook positief over de toevoeging van digitale zelfhulp aan de zorg. Wel is voor hen een aantal zaken belangrijk bij het gebruik van digitale programma's om leefstijl (eten, bewegen, stress en slapen) te veranderen of in de zorg na kanker. Zo moet het gebruik van digitale zelfhulp, bijvoorbeeld adviezen in een app, in verbinding staan met de sociale omgeving van die persoon, zoals familie of burens. Het is belangrijk dat de programma's gratis zijn of worden vergoed.

Beide groepen willen dat hun zorgverlener hen helpt bij een keuze te maken uit digitale programma's. Voor prediabetici zijn er zoveel leefstijlprogramma's dat mensen niet meer weten wat te kiezen. Overlevenden van kanker weten juist niet dat er digitale programma's voor nazorg bestaan en waar ze die kunnen vinden. Het is belangrijk dat zorgverleners daaraan meer aandacht besteden.

Wanneer mensen de juiste digitale programma's hebben gevonden, willen sommigen graag dat een ondersteuner hen helpt bij het gebruik ervan. Bij prediabetici kunnen dat bijvoorbeeld huisartsen, diëtisten en GLI (Gecombineerde Leefstijl Interventie)-coaches zijn. Bij de zorg na kanker kunnen dat oncologen, verpleegkundigen en de praktijk-ondersteuner van huisartsen-Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) zijn. Het is belangrijk dat ondersteuners de ruimte hebben om deze hulp te kunnen geven.

Het E-healthmonitor-onderzoek wordt gedaan op verzoek van het ministerie van VWS. RIVM doet dit onderzoek sinds 2020 met het Nivel en het National eHealth Living Lab (NeLL, LUMC). Zorgaanbieders, makers van digitale programma's, beleidsmakers en patiënten kunnen dit onderzoek gebruiken om de digitale zorg te verbeteren.

Kernwoorden: digitale zelfzorgprogramma's, prediabetici, overlevenden van kanker, leefstijl, nazorg, apps, huisarts, diëtist, GLI-coach, oncoloog, verpleegkundige, POH-GGZ

Synopsis

2023 eHealth Monitor: in-depth research into digital self-management applications among two target groups

Since 2013, the development of digital healthcare in the Netherlands has been monitored every year. Each year, a specific part of digital healthcare is examined in more detail. In 2023, we looked at how specific groups of people can use and experience digital self-management applications. We interviewed people who have an elevated risk of type 2 diabetes (prediabetics) and people who have completed cancer treatment.

This research shows that people are willing to take control of their own health. Additionally, both groups are positive about the addition of digital self-management applications to the healthcare system. However, a number of things are important to them when using digital applications to change their lifestyle (eating, physical activity, stress and sleep) or in post-cancer care. For example, when receiving advice in a lifestyle-app, this must be supported by people in that person's social environment, such as family or neighbours. It is also important that the applications are free to use or reimbursed by their health insurance.

Both groups want their healthcare provider to help them choose digital applications. For prediabetics, there are so many lifestyle-apps that people no longer know what to choose. By contrast, cancer survivors do not know that digital post-cancer care applications exist and where they can find them. It is important that care providers issue more guidance on this.

Some people who have found the right digital-self management applications would like support to help them use them. For prediabetics, this could be general practitioners, dietitians and Combined Lifestyle Intervention (CLI) coaches, for example. For people in post-cancer care, this could include oncologists, nurses and general practice mental health nurses (*praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg, POH-GGZ*). It is important that support staff have the time to provide this help.

The eHealth Monitor is conducted at the request of the Ministry of Health, Welfare and Sport. RIVM has been conducting this study since 2020, in partnership with Nivel and the National eHealth Living Lab (NeLL, LUMC). Care providers, developers of digital applications, policymakers and patients can use this research to improve digital healthcare.

Keywords: digital self-management applications, prediabetics, post-cancer care, lifestyle, general practitioners, dieticians, CLI coaches, oncologists, nurses, mental health nurses (POH-GGZ)

Inhoud

Samenvatting	11
Inleiding	13
Resultaten	19
Casus 1: Digitale leefstijlprogramma's voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2	19
<i>Deel A: Kennis en vaardigheden</i>	19
<i>Deel B: Houding en motivatie ten opzichte van digitale leefstijlprogramma's</i>	21
<i>Deel C: Mogelijkheden en hulpbronnen voor het gebruik van digitale leefstijlprogramma's</i>	23
Casus 2: Digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond	25
<i>Deel A: Behoeften aan en kennis van digitale nazorgprogramma's</i>	25
<i>Deel B: Houding en motivatie ten opzichte van digitale nazorgprogramma's</i>	26
<i>Deel C: Mogelijkheden en hulpbronnen voor het gebruik van digitale nazorgprogramma's</i>	28
Beschouwing	29
Beschouwing casus 1	29
Beschouwing casus 2	30
Sterkte punten & beperkingen	31
Aanbevelingen	32
Bijlage 1. Interviewleidraden	33
Interviewleidraad casus 1	33
Interviewleidraad casus 2	37

Samenvatting

Digitale zorg is een middel dat kan helpen bij het vergroten van de eigen regie van zorggebruikers en bij het ontlasten van de gezondheidszorg. Zo kunnen digitale toepassingen zoals applicaties, websites en draagbare technologieën (wearables), zorggebruikers helpen bij het vergaren van informatie, inzicht te krijgen in hun gezondheid en welzijn, en hen ondersteunen bij klachten en uitdagingen en het maken van gezonde(re) keuzes. Digitale toepassingen kunnen ook bijdragen aan de preventie van ziekte en het voorkomen van meer (na)zorg door meer focus op zelfmanagement.

Dit rapport is onderdeel van de E-healthmonitor en betreft kwalitatief onderzoek naar digitale zelfzorgprogramma's aan de hand van twee casussen: digitale leefstijlprogramma's voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 (DT2) en digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond. Onder digitale leefstijl- en nazorgprogramma's verstaan we in dit rapport: zelfstandig te gebruiken digitale programma's of applicaties op de computer, tablet of smartphone, die zijn ontworpen om mensen te helpen bij het verbeteren van hun leefstijl, gezondheid en welzijn.

De vraag die centraal staat in dit rapport is *'wat is er nodig voor passend gebruik van digitale leefstijl- en nazorgprogramma's door mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 (DT2) en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond?'*.

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van interviews met mensen met een verhoogd risico op DT2 en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond. Deelnemers zijn

op gestructureerde wijze gevraagd naar hun ervaringen en behoeften op het gebied van digitale zelfzorgprogramma's, in het bijzonder op het gebied van kennis en vaardigheden, houding en motivatie, en mogelijkheden en hulpbronnen (zoals tijd, geld en ondersteuning). Vervolgens zijn de hoofdbevindingen ter reflectie voorgelegd aan (zorg) professionals in het veld.

In het kort spelen bewustwording, ondersteuning voor digitale vaardigheden, vergoeding van digitale zelfzorgprogramma's, en de noodzaak van personalisatie bij de ontwikkeling van deze programma's een belangrijke rol bij het passend gebruik van deze programma's door de twee bevroegde doelgroepen. In het bijzonder wijst dit onderzoek op de uitdagingen in het vinden, gebruiken en financieren van digitale zelfzorgprogramma's. Zo ontbreekt een toegankelijk centraal overzicht van het beschikbare aanbod van digitale zelfzorgprogramma's: in het geval van leefstijlondersteuning bij DT2 is het aanbod zo overweldigend dat mensen moeite hebben de juiste keuze te maken; in het geval van kankernazorg blijkt dat men vaak niet op de hoogte is van het bestaan van digitale nazorgprogramma's. Naast hulp met selecteren en opstarten, is er behoefte aan passende professionele ondersteuning, vooral voor mensen met beperkte digitale vaardigheden.

De gezamenlijke inzet van zorgverleners, ontwikkelaars, overheid en andere belanghebbenden is essentieel. Het rapport geeft enkele aanbevelingen die aansluiten bij deze kernboodschappen.

Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg staat onder druk¹. Door de vergrijzing, oplopende personeelstekorten en de toename van het aantal chronisch zieken worden onderwerpen als preventie en zelfmanagement binnen de zorg steeds belangrijker. Hierbij is de veronderstelling dat een focus op preventie en zelfmanagement leidt tot minder ziekte en minder zorggebruik. Het is daarom van belang dat zorggebruikers in toenemende mate zelf aan de slag gaan met klachten en uitdagingen waar ze tegenaan lopen, waarbij ze (nog) meer regie nemen over hun gezondheid en zorg, en zelfredzamer worden. Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) ziet het stimuleren van preventie en ondersteuning op het gebied van gezondheid en welzijn daarom als een van de centrale opgaven om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed, en betaalbaar te houden².

Digitale zelfzorg is een middel dat kan helpen bij het vergroten van de eigen regie van zorggebruikers en bij het ontlasten van de gezondheidszorg. Onder digitale zorg verstaan wij zorg die digitaal aangeboden wordt voor het verbeteren en ondersteunen van de gezondheid en gezondheidszorg. Digitale zorgtoepassingen zoals applicaties, websites en wearables kunnen zorggebruikers helpen om informatie te vergaren, inzicht te krijgen in hun gezondheid en welzijn, en hen ondersteunen bij klachten en uitdagingen en het maken van gezonde keuzes.

Digitale programma's kunnen de zorg ondersteunen of (gedeeltelijk) vervangen. Ze kunnen daarnaast bijdragen aan het vergroten van het zelfmanagement van zorggebruikers. Dit rapport beschrijft onderzoek naar digitale zelfzorgprogramma's aan de hand van twee casussen, namelijk: digitale leefstijlprogramma's voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 (DT2) en digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond. Deze casussen

zijn gekozen, omdat de incidentie van beide aandoeningen hoog is, de kosten van de zorg voor deze patiëntengroepen hoog zijn³ en de aandoeningen aanzienlijke impact hebben op de kwaliteit van leven van deze mensen.

In 2022 had ongeveer 1 op de 14 Nederlanders DT2⁴. Dit zijn ongeveer 1,1 miljoen Nederlanders, een ruime verdubbeling ten opzichte van twintig jaar geleden⁵. Puur op basis van de te verwachten demografische ontwikkeling van de Nederlandse populatie, is de prognose dat het aantal type 2 diabetespatiënten verder zal stijgen: van 1,14 miljoen in 2025 naar 1,33 miljoen in 2040⁶. Met deze stijging zullen vanzelfsprekend ook de zorgkosten meestijgen. Het diabetesfonds schat dat er zo'n 1,1 miljoen Nederlanders met prediabetes zijn, een voorfase van DT2. Bij mensen met een migratieachtergrond of met een lage sociaaleconomische status komt DT2 naar verhouding vaker voor. Bovendien hebben mensen met DT2 een grotere kans op andere aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, stofwisselingsstoornissen en aandoeningen aan de luchtwegen⁷. Ook het aantal mensen dat een kankerdiagnose krijgt, blijft stijgen. In Nederland is dat gestegen van 74.500 twintig jaar geleden tot 124.100 in 2022⁸. Deze groei gaat gepaard met stijgende zorgkosten; in 2040 wordt naar verwachting ruim viermaal zoveel uitgegeven aan de behandeling van nieuwvormingen als in 2015⁹. Ook zijn er – mede dankzij verbeterde behandel mogelijkheden en screening – steeds meer mensen die leven met de gevolgen van de ziekte of een behandeling¹⁰. In 2032 zijn er naar verwachting ongeveer 1,4 miljoen mensen die ooit de diagnose kanker hebben gehad en nog in leven zijn¹¹. Veel van deze mensen ervaren klachten en uitdagingen na het afronden van de behandeling, zoals vermoeidheid, angst voor de terugkeer van kanker, leefstijlgerelateerde uitdagingen en pijnklachten¹².

¹ Stand van de zorg 2022, NZa-magazines 04, 2022.

² Rijksoverheid: Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg, 2022.

³ <https://www.vzinfo.nl/kosten-van-ziekten/overzicht-kvz-cijfers-op-vzinfo>

⁴ <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-algemeen>

⁵ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260322004>

⁶ Nielen, M., Poos, R., Korevaar, J. Diabetes mellitus in Nederland. Prevalentie en incidentie: heden, verleden en toekomst. Utrecht: Nivel, 2020. 16 p.

⁷ <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-algemeen/diabetes-in-cijfers>

⁸ NKR: NKR cijfers, 2023; van: <https://iknl.nl/nkr-cijfers>.

⁹ [Zorguitgaven | Volksgezondheid Toekomst Verkenning \(vtv2018.nl\)](https://www.vzinfo.nl/zorguitgaven-volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv2018.nl).

¹⁰ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=1698159008561>

¹¹ [Kanker in 2032 \(iknl.nl\)](https://www.iknl.nl)

¹² Van Deursen, L., Versluis, A., Van der Vaart, R., Standaar, L., Struijs, J., Chavannes, N., & Aardoom, J. J. (2022). eHealth Interventions for Dutch Cancer Care: Systematic Review Using the Triple Aim Lens. *JMIR cancer*, 8(2), e37093.

Digitale zelfzorgprogramma's kunnen bijdragen aan de preventie van ziekte en het voorkomen van meer (na)zorg door meer focus op zelfmanagement. Digitale leefstijl- en nazorgprogramma's zijn zelfstandig te gebruiken digitale programma's of applicaties op de computer, tablet of smartphone, die zijn ontworpen om mensen te helpen bij het verbeteren van hun leefstijl, gezondheid en welzijn. Voor mensen met (een verhoogd risico op) DT2 kunnen deze programma's variëren van losse apps, gericht op specifieke aspecten van leefstijl, zoals fysieke activiteit, voeding, slaap, stressbeheersing of algehele gezondheid,

tot programma's waarin meerdere van deze aspecten in samenhang worden behandeld. Voor mensen met kanker ligt de focus op klachten of uitdagingen die mensen met kanker kunnen tegenkomen na afronding van de behandeling. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat dit soort programma's kunnen bijdragen aan (initiële) leefstijlverandering^{13,14} en positieve effecten kunnen hebben op bijvoorbeeld fysieke activiteit, slaapkwaliteit en het verminderen van depressieve symptomen^{12,15,16}. Tekstbox 1 geeft een uitgebreide omschrijving van beide soorten programma's.

Tekstbox 1. Omschrijving programma's, zoals gepresenteerd in de interviews

Casus 1: Digitale leefstijlprogramma's voor mensen met een verhoogd risico op DT2

Digitale leefstijlprogramma's voor mensen met (een verhoogd risico op) DT2 kunnen variëren van individuele apps gericht op specifieke aspecten van leefstijl (zoals voeding, beweging, slaap) tot geïntegreerde programma's waarin deze aspecten van leefstijl worden gecombineerd. Deze programma's bieden doorgaans de mogelijkheid om dagelijks leefstijlaspecten en/of gezondheidswaarden te registreren en bij te houden en ze bieden waardevolle informatie of tips om aan de slag te gaan met de eigen gezondheid. Bij dit soort programma's gaat het erom dat men het eigen gedrag monitort ten opzichte van de persoonlijke doelen die zijn opgesteld. Ook zijn er programma's die gebruikt kunnen worden ter vergaring van kennis en inzicht, bijvoorbeeld over de slaaphygiëne of stressniveaus, met behulp van voorbeelden of instructievideo's.

Casus 2. Digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond

Digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond, zijn gericht op klachten of uitdagingen waarmee mensen die klaar zijn met de behandeling te maken kunnen hebben. Voorbeelden hiervan zijn vermoeidheid, angst voor de terugkeer van kanker en beweging/lichamelijke activiteit. Dit soort programma's bestaan vaak uit modules met schriftelijke informatie, video's en opdrachten. Voorafgaand kunnen deelnemers een vragenlijst invullen om advies te krijgen over welke modules relevant zijn. Een gebruiker kan inloggen in een beveiligde omgeving op zijn of haar computer, tablet of smartphone.

¹³ Romeo A, Edney S, Plotnikoff R, Curtis R, Ryan J, Sanders I, Crozier A, Maher C. Can Smartphone Apps Increase Physical Activity? Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2019 Mar 19;21(3): e12053. doi: 10.2196/12053. PMID: 30888321; PMCID: PMC6444212.

¹⁴ Schoeppe, S., Alley, S., Van Lippevelde, W. et al. Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 13, 127 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0454-y>.

¹⁵ Kanera IM, Bolman CA, Willems RA, et al: Lifestyle-related effects of the web-based Kanker Nazorg Wijzer (Cancer Aftercare Guide) intervention for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal of cancer survivorship* 10:883-897, 2016.

¹⁶ Willems RA, Bolman CA, Mesters I, et al: Short-term effectiveness of a web-based tailored intervention for cancer survivors on quality of life, anxiety, depression, and fatigue: randomized controlled trial. *Psychooncology* 26:222-230, 2017.

Er bestaan diverse digitale programma's voor deze doelgroepen, maar deze worden door weinig mensen (langdurig) gebruikt^{17,18}. Onderzoek naar het gedrag van mensen, en factoren waarvan we uit de wetenschappelijke literatuur weten dat zij gedrag kunnen verklaren, is nodig om te begrijpen wat ervoor nodig is om het gebruik van deze zelfzorgprogramma's te bevorderen. De motivatie van mensen, hun capaciteiten en omgeving spelen hierin een belangrijke rol¹⁹. In dit rapport presenteren we de bevindingen van een kwalitatieve studie waarin onderzoek is gedaan naar het huidige gebruik van digitale leefstijl- en nazorgprogramma's, en wat ervoor nodig is om het gebruik van deze programma's te bevorderen. Hiervoor zijn mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2²⁰ (casus 1) en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond (casus 2) geïnterviewd. Tekstbox 2 geeft meer informatie over de gebruikte methodiek tijdens het onderzoek.

Tijdens de interviews stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Wat is er nodig voor passend gebruik van digitale leefstijl- en nazorgprogramma's door mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond?”

Ook zijn de hoofdbevindingen uit de interviews met zorggebruikers besproken met zorgverleners, om zo goed zicht te krijgen op het huidige gebruik en de toekomstige mogelijkheden voor bevordering van gebruik van zelfzorgprogramma's in de twee onderzochte doelgroepen.

Tekstbox 2. Gebruikte methodiek in het huidige onderzoek

In dit onderzoek zijn individuele interviews afgenomen met mensen met een verhoogd risico op DT2 (casus 1) en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond (casus 2). De deelnemers zijn geworven via meerdere kanalen. Er is een oproep gedaan via de LinkedIn- en Facebook-kanalen van het RIVM, Nivel, het NeLL en de betrokken onderzoekers. Verder zijn potentieel relevante deelnemers benaderd door de onderzoekers via individuele e-mails en LinkedIn-berichten. Voor casus 2 zijn panelleden van Kanker.nl benaderd met de vraag of zij mee wilden doen aan het onderzoek. Tenslotte zijn enkele zorgorganisaties gevraagd of ze een oproep voor deelname wilden verspreiden in hun netwerk. De interviews vonden digitaal plaats in april en mei 2023 via MS Teams. Er is met schriftelijke toestemming van de deelnemers een video-opname gemaakt van de interviews. Elk interview duurde ongeveer één uur. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd en thematisch geanalyseerd met behulp van het programma MAXQDA 2022.

Voor casus 1 zijn tien semigestructureerde interviews afgenomen, waarvan zeven met vrouwen en drie met mannen, in de leeftijd van 29 tot 72 jaar (gemiddeld

54 jaar). De hoogst afgeronde opleiding varieerde van voortgezet onderwijs (1), mavo (1) en hbo (5) tot universiteit (3). De deelnemers waren geselecteerd op basis van zelfrapportage: negen deelnemers hadden van de huisarts gehoord dat zij een verhoogd risico op DT2 hadden, van wie drie die dit korter dan zes maanden geleden, en zes die het langer dan een jaar geleden hadden gehoord. Een andere respondent viel in de doelgroep omdat zij overgewicht had, in combinatie met erfelijke belasting. Voor casus 2 zijn 14 semigestructureerde interviews afgenomen, waarvan zeven met vrouwen en zeven met mannen, in de leeftijd van 35 tot 77 jaar (gemiddeld 62 jaar). De hoogst afgeronde opleiding varieerde van voortgezet onderwijs (3), mavo (1), mbo (5) en hbo (3) tot universiteit (2). De deelnemers hadden de behandeling minder dan één jaar geleden (3), één tot twee jaar geleden (5), drie tot vier jaar geleden (4), of vijf jaar of langer geleden afgerond (2). Ze hadden de volgende diagnoses: borstkanker (4); huidkanker (3); darmkanker (2); blaaskanker (2); lymfeklierkanker (1); longkanker (1) en prostaatkanker (1). Voor beide casussen is data-saturatie bereikt en kwamen er in de laatste interviews geen nieuwe thema's meer naar voren. >>

¹⁷ Van Deursen L, Aardoom JJ, Alblas EE, et al: Exploring colorectal cancer survivors' perspectives on improving care delivery and the role of e-health technology: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer* 31:544, 2023.

¹⁸ <https://www.rivm.nl/documenten/monitor-gecombineerde-leefstijlinterventie-2023>

¹⁹ West R, Michie S: A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation [v1]. Qeios, 2020.

²⁰ Een verhoogd risico op DT2 is gedefinieerd als zijnde ernstig overgewicht i.c.m. risicofactor, of een door de arts vastgestelde voorfase van diabetes type 2, waarbij het lichaam al minder goed reageert op insuline.

De casussen gebruikten een vergelijkbare interview-leidraad (zie [Bijlage 1](#)). Deze leidraad bestond uit vragen rondom drie thema's die bepalend zijn voor gedrag: A. Kennis en vaardigheden, B. Houding en motivatie, en C. Mogelijkheden en hulpbronnen (zoals tijd, geld en ondersteuning)²¹. Het interview begon met een uitleg van de onderzoeker over het interviewdoel en de inhoud van digitale leefstijlprogramma's en nazorgprogramma's (zie Tekstbox 1), die visueel werd gepresenteerd aan de hand van een fictieve casus (zie Figuur 1). Daarna werden de participanten aan de hand van een semigestructureerd format vragen gesteld over het (eventuele) huidige gebruik van dergelijke programma's en wat zij nodig hebben om deze (passend) te (gaan) gebruiken.

Na afloop van de interviews werd samen met relevante (zorg)professionals binnen de diabetes- en oncologische

zorg gereflecteerd op de hoofdbevindingen. Er werd onder andere gesproken over: 1. Herkent men de resultaten die zijn opgehaald vanuit hun (dagelijkse) praktijk als zorgverlener?; en 2. Welke rol zien zij voor zichzelf in het stimuleren van het gebruik van dergelijke programma's? De uitkomsten van deze gesprekken dienden ter ondersteuning voor het formuleren van maatschappelijke aanbevelingen (zie de beschouwing van dit rapport). Voor casus 1 vond dit plaats via een focusgroep met acht stakeholders. Dit waren: eigenaars van GLI-programma's (2), huisartsen (2), Orthomoleculair therapeuten (2), Diëtist (1) en een POH die betrokken is bij diabeteszorg (1). Voor casus 2 zijn er drie individuele gesprekken gevoerd; twee met verschillende praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) en een met een verpleegkundig specialist gastro-enterologische oncologie, die ook werkzaam is als medisch manager.

Dit onderzoek is onderdeel van het E-healthmonitor-project. Tekstbox 3 geeft een toelichting op dit project.

Tekstbox 3. De E-healthmonitor toegelicht

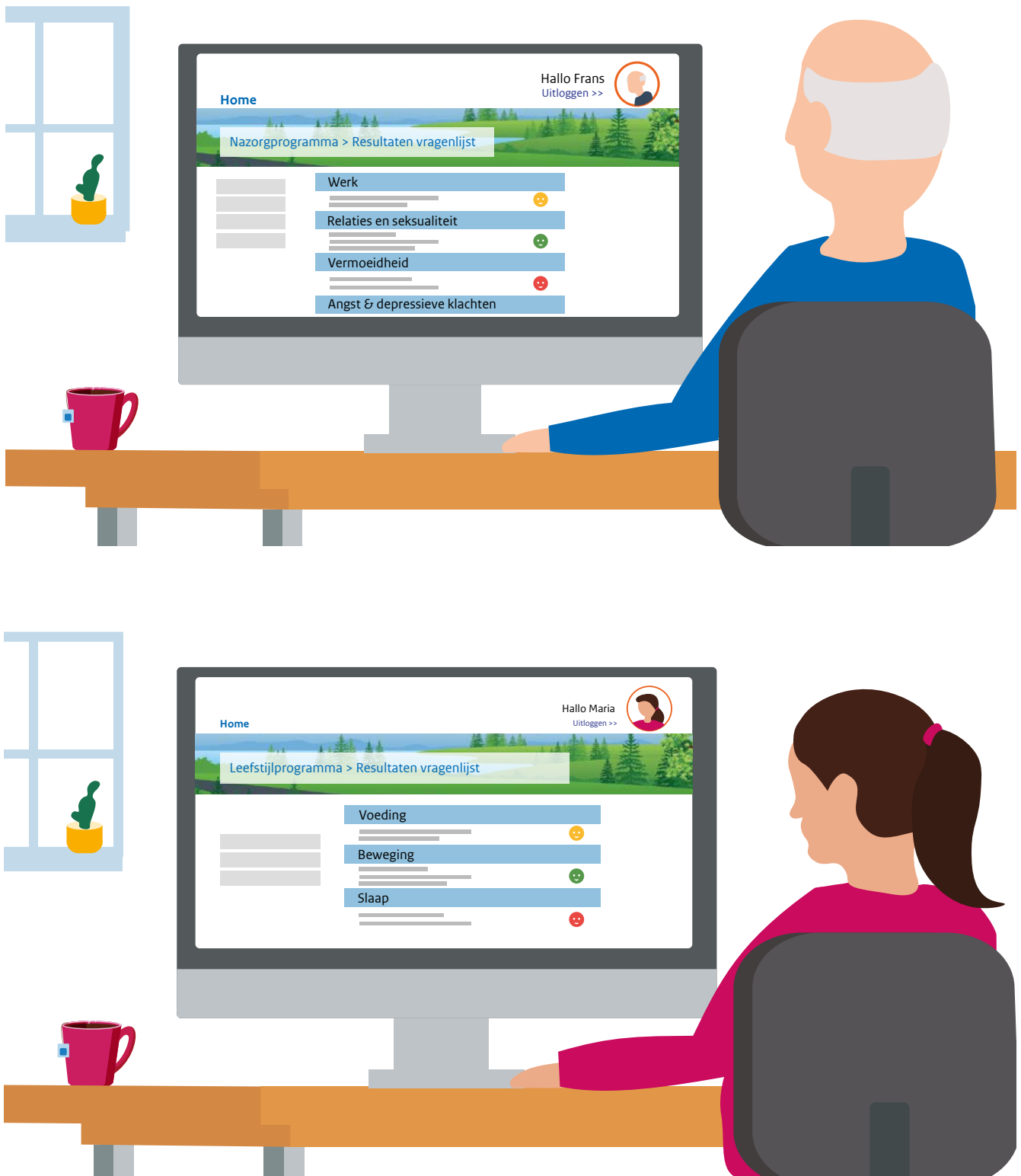
Dit rapport is onderdeel van de E-healthmonitor. Sinds 2020 voert het RIVM samen met het Nivel en het National eHealth Living Lab (NeLL) de E-healthmonitor uit. In de uitvoering hiervan worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Met behulp van panelonderzoek wordt jaarlijks in kaart gebracht wat het gebruik van digitale zorg door zorgverleners en zorggebruikers is. Ook wordt de rol van de digitale zorg voor een aantal relevante maatschappelijke uitdagingen in de zorg belicht. Daarnaast vindt er jaarlijks via kwalitatief onderzoek een verdieping

op een maatschappelijk relevant thema plaats. Het huidige rapport beschrijft de bevindingen hiervan. Tussen 2013 en 2019 werd de beschikbaarheid en het gebruik van e-health in Nederland inzichtelijk gemaakt door Nictiz en het Nivel²². De boodschappen van de E-healthmonitors 2013-2019 door de jaren heen illustreren de ontwikkelingen op het gebied van e-health: van experimentele nieuwigheid naar een steeds doelgerichtere integratie van e-health in het zorgproces. In 2024 gaat de E-healthmonitor verder onder de naam Monitor Digitale Zorg.

²¹ Deze factoren worden uitgebreid beschreven in het wetenschappelijk onderbouwde gedragsmodel COM-B van Michie, Stalen & West (2011). Zie ook: West R, Michie S: A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation [v1]. Qeios, 2020.

²² <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260322004>

Figuur 1. Visuele ondersteuning bij uitleg inhoud digitale leefstijl- en nazorgprogramma's



Resultaten

Casus 1: Digitale leefstijlprogramma's voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2

Deel A: Kennis en vaardigheden

Diverse (digitale) toepassingen zijn bekend en worden gebruikt. Dit geldt minder voor integrale leefstijlprogramma's.

Alle deelnemers kenden en gebruikten digitale middelen ter ondersteuning van leefstijlverandering (zie Figuur 2). Ze noemden als voorbeelden het raadplegen van gezondheidsinformatie op internet, het gebruik van meetapparaten met een digitale component (voor bijvoorbeeld het meten en bijhouden van bloedsuikerwaarden), of deelname aan online lotgenotengroepen (*communities*) via bijvoorbeeld Facebook. Daarnaast noemden ze enkele apps die betrekking hebben op beweging of op voeding. Deze laatste apps worden gebruikt ter ondersteuning bij verschillende diëten, zoals koolhydraat-arm eten, een ketogeen dieet of *intermittend fasting*. Digitale leefstijlprogramma's waarin ondersteuning op meerdere facetten van leefstijl met elkaar samenhangen (integrale leefstijlprogramma's), zijn minder bekend en worden (nog) niet gebruikt.

Daarnaast hadden alle deelnemers ervaring met reguliere, niet-digitale ondersteuning op het gebied van leefstijl, in de vorm van (groeps)ondersteuning door de praktijkondersteuner, huisarts, psycholoog, fysiotherapeut, (sport)coach of diëtist. Ook benoemden ze de meerwaarde van (kook)boeken en beweegprogramma's op televisie.

'Voorkomen is beter dan genezen' is belangrijkste aanleiding.

Een belangrijke aanleiding om op zoek te gaan naar digitale leefstijlprogramma's, wat door het merendeel van de deelnemers werd genoemd, is dat men niet ziek, of niet zieker wil worden. Velen gaven aan niet in aanmerking te komen voor regulier zorgaanbod, waardoor zij zelf/zelfstandig op zoek zijn gegaan naar digitaal aanbod. Daarnaast gaven zes deelnemers aan dat zij specifiek op zoek gingen naar digitaal aanbod, omdat ze ontevreden waren met het reguliere niet-digitale zorgaanbod.

Figuur 2. Gebruikte digitale ondersteuning ter verbetering van leefstijl



Men gaat vaak zelf op zoek, maar door het brede aanbod is een passende keuze lastig.

Hoewel alle deelnemers bekend zijn met digitale middelen ter ondersteuning van leefstijlverandering, gaven zij aan dat ze niet goed weten welke programma's het beste bij hen passen. Deelnemers gaven aan dat ze het lastig vinden om te bepalen waar betrouwbare informatie over digitale leefstijlprogramma's te vinden is. Door het grote aanbod wat (op internet) te vinden is, zien zij door de bomen het bos niet meer. Zij zouden graag op weg willen worden geholpen door advies te krijgen over kwalitatief goede programma's, zonder duidelijk commercieel belang.

“Qua programma's nog niet echt [bekend met specifieke digitale leefstijlprogramma's]. Je hebt er zoveel, maar ik heb niet zo één twee drie van: dit is die of dat is die. Ja je hebt er zoveel. Ik heb nog niet een favoriet.” (Interview 1, man, 40)

Men gaat dus grotendeels zelf op zoek naar digitale programma's voor hulp bij leefstijlverandering. Geen van de deelnemers werd hierop proactief gewezen door hun zorgverlener. Wel gaven enkele deelnemers aan dat hun zorgverzekeraar hen via nieuwsbrieven wijst op het belang van een gezonde leefstijl, en hiervoor apps aanbiedt. Deelnemers zien de zorgprofessional in de huisartsenzorg als de meest aangewezen zorgverlener om informatie op dit gebied te verschaffen. Ook noemden ze: de psycholoog en de diëtist, en via informatie op scholen, in de apotheek en via de werkgever.

“Op [televisie], dan kom je wel eens iets tegen over leefstijl, maar ik vind het toch nooit zo uitnodigend hoe het wordt gebracht. Er wordt nou nooit eens gezegd van: goh, lijkt het iets voor u, ga eens naar uw huisartsenpraktijk, misschien is bij u in de wijk ook wel zoiets bezig.” (Interview 6, vrouw, 72)

Betrokkenheid zorgprofessional cruciaal.

Betrokkenheid van een professional bleek voor de meesten een cruciale voorwaarde om alles uit een dergelijk programma te kunnen halen. Er is behoefte aan de optie om laagdrempelig vragen te kunnen stellen. Bijvoorbeeld over het gebruik van de app, maar ook om hulp te krijgen bij het formuleren van doelen, de interpretatie van de meetwaarden en met eventuele bijsturing na verloop van tijd (zodat de doelen aangepast worden aan de hand van de voortgang). Kortom, er is behoefte aan iemand die meekijkt en meedenkt met de gebruiker bij het selecteren, opstarten en gebruiken van digitale leefstijlprogramma's.

“Bij iedere app kan je inderdaad zien wat je eet en hoeveel voedingswaarde en weet ik veel wat, maar ja. Kijk, nou wat ik even als voorbeeld wil geven van vanmorgen waar ik dan van schrik, is dat mijn suiker zo hoog is, terwijl ik denk: al zou ik dit in de voedingswijzer invullen, dan zou dat goed zijn. Ik bedoel, ik eet vezels, ik eet melkproduct, ik eet fruit. Weet je, maar wat mij nou, waar het aan ontbreekt, is eigenlijk iemand die daarachter zit, die met mij meedenkt van goh hè, waarom werkt dat nou niet, want ik, voor mijn gevoel eet ik best wel gezond, maar ik val bijvoorbeeld niet af.” (Interview 2, vrouw, 61)

Deel B: Houding en motivatie ten opzichte van digitale leefstijlprogramma's

Digitale leefstijlondersteuning biedt laagdrempelig inzicht en bewustwording.

De meeste deelnemers staan over het algemeen positief tegenover het gebruik van digitale middelen, en denken dat leefstijlprogramma's hen kunnen ondersteunen bij het verbeteren van hun gezondheid en levensstijl.

Belangrijk hierbij is dat dergelijke programma's hen helpen om inzicht in hun eigen (gewenste) gedrag te krijgen. De andere genoemde voordelen van het gebruik van digitale leefstijlprogramma's staan hieronder samengevat in Tabel 1.

Tabel 1. Ervaren voordelen van digitale leefstijlprogramma's

	Kennis
	Er wordt veel kennis en informatie aangeboden. Via 'lotgenoten' krijgen gebruikers praktisch toepasbare tips en tricks.
	Tijd
	Het bijhouden van gezondheidswaarden gedurende de dag wordt gemakkelijker. Het gebruik is efficiënt, omdat invoeren snel gaat en er geen reistijd wordt gemaakt.
	Motivatie
	Het gebruik bevordert zelfredzaamheid, terwijl er toch ondersteuning is. Inzicht krijgen in de eigen gezondheid is leuk. Inzicht krijgen in vooruitgang werkt motiverend. Automatische reminders helpen gebruikers om het (ermee bezig zijn) niet te vergeten. Spelelementen zoals bonuspunten of competities maken het leuk.
	Sociaal
	Het ontmoeten van 'lotgenoten' heeft meerwaarde.
	Financieel
	Er zijn veel gratis mogelijkheden beschikbaar.

Het aanbod is versnipperd en vaak te algemeen voor mensen met een verhoogd risico op DT2.

De deelnemers noemden ook een aantal aspecten dat het gebruik van digitale leefstijlprogramma's bemoeilijkt. Een van de nadelen die de deelnemers vaak noemden is

dat zij moeite hebben met het stellen van doelen en het interpreteren van de resultaten, als ze geheel zelfstandig met digitale leefstijlprogramma's aan de gang gaan. Zie Tabel 2 voor een overzicht van de genoemde nadelen.

Tabel 2. Ervaren nadelen van digitale leefstijlprogramma's



Scope

Gezondheid is integraal, maar de diverse apps zijn dat meestal niet. Gebruikers moeten waarden en inzichten zelf met elkaar verbinden.



Kennis / Techniek

Niet iedereen heeft de benodigde digitale vaardigheden.

Ondanks voldoende digitale vaardigheden kan het moeilijk zijn om:

- doelen te formuleren;
- resultaten goed te interpreteren.

Personalisatie is vaak niet mogelijk.



Sociaal

'Lotgenoten' wonen vaak niet in de buurt, waardoor verdiepend contact uitblijft.



Motivatie

Gebruikers missen een spreekwoordelijke 'stok achter de deur'.

Spelelementen kunnen leiden tot prestatiedwang door de vergelijking met anderen.



Financieel

Extra features kosten vaak extra geld.

Doorgaans wordt de sociale steun bij het gebruik van digitale leefstijlondersteuning niet binnen het eigen sociale netwerk gezocht.

Deelnemers gaven aan dat sociale steun bij gedragsverandering onmisbaar is. Sociale steun voor het (blijven) gebruiken van digitale leefstijlondersteuning is echter niet iets wat deelnemers vaak zoeken binnen hun eigen sociale omgeving (familie, vrienden en collega's). Daarom is het belangrijk om groepsvorming (online communities) te faciliteren binnen digitale leefstijlprogramma's, in de vorm van Facebookgroepen, chatgroepen, fora of buddy's. Groepsvorming binnen deze programma's geeft sociale steun van lotgenoten. Daarnaast kunnen lotgenoten een waardevolle informatiebron zijn, door het uitwisselen van goede en praktische voorbeelden.

"Als ik wil, kan ik een chat eruit gooien van: ik zit er doorheen of het is zo moeilijk of wat doe ik met zus en zo situatie... [bijvoorbeeld] je komt bij de buurvrouw en die zegt: ik heb speciaal voor jou een suikervrij gebakje gehaald. En dan moet je eigenlijk zeggen: dat is nog niet goed, want suikervrij appelgebak is één en al koolhydraat. Dat soort dingen, hoe ga je ermee om? En zo kan je met elkaar wel een beetje sparren. En daar heb ik ook mijn maatje voor... [of] toen het zo koud was: wat een koud rotweer, ik heb toch geen zin om naar buiten te gaan, ik heb alleen zin om hele dikke soep te eten. Dat soort dingen. En dan komt er iemand van: wij zijn lekker buiten geweest en ik zou het maar doen. Nou ja, weet je, zo'n beetje een pepchat." (Interview 6, vrouw, 72 jaar)

Deel C: Mogelijkheden en hulpbronnen voor het gebruik van digitale leefstijlprogramma's

Geïnterviewden voelen zich digivaardig, maar twijfelen of dat ook voor anderen geldt.

Voor de geïnterviewden zijn digitale vaardigheden doorgaans geen probleem. Sommigen gaven aan een computer nog wel lastig te vinden en geven de voorkeur aan een tablet of smartphone. Men noemde vaak dat men verwacht dat het voor anderen, voornamelijk ouderen, wel ingewikkeld zou zijn om dit soort programma's zelfstandig te gebruiken, en dat ze hierdoor benadeeld zouden worden, waardoor gezondheidsverschillen ontstaan, of verder toenemen. De genoemde manieren van ondersteuning voor digitale vaardigheden zijn het persoonlijke sociale netwerk (zoals de partner en kinderen) en het sociale domein (zoals de thuiszorg, buurthuizen, bibliotheken).

"Ik denk dat je het als aanbieder van zo'n programma ook niet te ingewikkeld moet maken voor de mensen [...] Maak het ook begrijpelijk voor mensen die bijvoorbeeld moeite hebben met de techniek, oudere mensen bijvoorbeeld. Zelf ben ik best wel technisch vaardig, laat ik het zo zeggen, met websites. Dus ik denk dat je het ook niet te ingewikkeld moet maken voor de mensen." (interview 2, man, 40)

Geïnterviewden beschikken over de apparatuur en tijd, maar financiële situaties verschillen.

Deelnemers gaven aan dat zij over het algemeen voldoende beschikken over de benodigde middelen voor het gebruik van digitale leefstijlprogramma's (waaronder internet, een laptop of een smartphone) en deze ook gebruiken voor het volgen of verbeteren van hun gezondheid. Slechts een klein deel van de geïnterviewden heeft (behoefte aan) een smartwatch. Ze gaven aan dat het tijd kost om te monitoren en voldoende te bewegen, wat vooral in combinatie met betaald werk soms lastig is. De meeste deelnemers gaven echter aan dat als men gezondheid prioriteit geeft, hiervoor dus best tijd vrijgemaakt kan worden. De financiële situatie van deelnemers verschilt en daarmee ook de door hen ervaren financiële drempels. Vanwege de prioriteit die deelnemers aan hun gezondheid geven, zijn de meesten bereid ook financieel bij te dragen aan digitale gezondheidsondersteuning.

"Ik denk bijvoorbeeld zelf dat ik binnenkort wel een keer weer zo'n meeting bestel, die kost volgens mij iets van €70,-. Dat doe je dan veertien dagen, dan krijg je wat meer inzicht. Het is ook maar net: wat betaal je ervoor? En kun je dat betalen natuurlijk, dat is een tweede. Maar ja, als je een Netflix-abonnement hebt, dat moet je ook betalen." (Interview 7, vrouw, 49)

De meeste deelnemers gaven echter aan het vreemd te vinden dat het lastig is om (reguliere) programma's vergoed te krijgen via de zorgverzekering. Deze zou de kosten vaak niet dekken, omdat zij 'slechts' in het voorstadium zitten, en nog geen diabetes hebben. Zij vinden dat er te weinig focus is op preventie. Dit zien ze als een gemiste kans, omdat de behandeling van DT2 financieel vele malen kostbaarder is voor de maatschappij – en henzelf – vergeleken met de kosten van preventie hiervan. Ook vinden zij dat mensen die dit zelf niet kunnen bekostigen hierdoor benadeeld worden.

"Als ik aanklop van: 'Ik ben zwaar obese', dan kan ik een maagverkleining, medicijnen en hulp krijgen, dan kan het wel. Maar als ik zeg van 'Ik wil aan de vooravond iets gaan doen [ter preventie van DT2], zodat het niet zover hoeft te komen', dat kan niet. Ja, dat kan wel, maar dan moet je dat maar zelf uitzoeken en ook maar zelf betalen. Dat vind ik echt zo'n krom systeem." (Interview 5, vrouw, 57)






Tot slot gaven deelnemers aan dat fysieke klachten vaak geen belemmering vormen bij het gebruik van digitale middelen. Twee deelnemers gaven aan dat fysieke klachten beperkend kunnen zijn. Dit ging met name over de leesbaarheid van de tekst en de hoeveelheid prikkels op het scherm.

Samenvattend blijkt uit de gevoerde gesprekken dat mensen het moeilijk vinden om passende digitale leefstijlprogramma's te vinden.

Alle deelnemers gaven aan dat zij de meerwaarde van digitale programma's zien, en denken dat deze hen kunnen ondersteunen bij het veranderen van leefstijl om zo (verdere) klachten en ziekte te voorkomen. Coaching en ondersteuning zijn daarbij belangrijk voor blijvende motivatie. Een breed programma dat kan worden aangepast op de behoeften en voorkeuren van

de gebruiker, met ondersteuning van een zorgverlener en lotgenoten, is het ideale plaatje. De losse apps die nu door de deelnemers worden gevonden en gebruikt, sluiten vaak nog onvoldoende aan bij hun wensen en behoeften. Onderstaande Tabel 3 geeft een overzicht van concrete adviezen op ontwerpvorm en inhoud om aan deze genoemde wensen tegemoet te komen, zodat zij optimaal gebruik kunnen (gaan) maken van digitale leefstijlprogramma's.

Tabel 3. Samenvatting van gewenste aspecten op ontwerpvorm en -inhoud

	Kennis
	Goede en informatieve content, toegankelijk en zonder commercieel belang.
	Ervaringen en tips van lotgenoten.
	Motivatie
	Voortgang is visueel inzichtelijk, ook door middel van stuurinformatie (dit gaat goed, dat niet).
	Automatische herinneringen kunnen worden ingesteld.
	Optie om spelelementen, zoals bonuspunten of competities toe te voegen.
	Sociaal
	Contact met lotgenoten, middels een forum of chatgroep(en).
	Maak het mogelijk om vragen stellen, bijvoorbeeld over het gebruik van het programma.
	Contact met een professional bijvoorbeeld over doelen stellen en bijhouden van de voortgang.
	Scope
	Diverse aspecten van leefstijl komen in het programma aan bod en kunnen met elkaar interacteren.
	Het programma faciliteert personalisatie, bijvoorbeeld op het gebied van het formuleren en bijstellen van doelen.
	Techniek
	Toegankelijk ontwerp, bijvoorbeeld door het aanpassen van voorkeurstaal, lettergrootte, en het aanbieden van een voorleesfunctie.
	Gebruikersvriendelijk, zodat ook mensen met beperkte digitale vaardigheden ervan gebruik kunnen maken, bijvoorbeeld door een eenvoudige structuur aan te houden, en functionaliteiten aan te bieden, zoals het koppelen aan smartwatch en scannen van barcodes.

Casus 2: Digitale nazorgprogramma's voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond

Deel A: Behoeften aan en kennis van digitale nazorgprogramma's

Digitale nazorgprogramma's worden (nog) niet gebruikt.

Met de deelnemers aan de semigestructureerde interviews is gesproken over hun huidige gebruik van zowel offline als digitale nazorg(programma's). Een klein deel van de deelnemers had ervaring met direct offline contact met een zorgverlener zoals een fysiotherapeut, psycholoog of een diëtist. Sommigen zochten informatie via een patiëntvereniging of een inloophuis voor mensen met kanker. De helft van de mensen had online mogelijkheden gebruikt om in contact te komen met lotgenoten. De website www.kanker.nl is een belangrijke bron voor deze groep voor het vinden van informatie en om in contact te komen met lotgenoten. Ook websites van patiëntverenigingen en sociale media worden hiervoor gebruikt. Men vindt het prettig om ervaringen van anderen te lezen en herkenning te vinden via deze bronnen. Geen van de geïnterviewden had ervaring met digitale nazorgprogramma's zoals werd gepresenteerd in casus 2 (zie Tekstbox 3). Twee personen hadden wel ervaring met *blended*-nazorgprogramma's, waarbij gesprekken met een psycholoog werden aangevuld met online gesprekken of online modules.

“Maar dat [een online nazorgprogramma, red.] zou wel iets zijn wat mij aanspreekt in elk geval. Waar ik inderdaad op een gegeven moment wel behoefte aan heb gehad en ook op gezocht, maar niet goed gevonden.” (Interview 3, vrouw, 62 jaar)

Men is nog onbekend met digitale nazorgprogramma's, maar er is grote behoefte om erop gewezen te worden.

Digitale nazorgprogramma's bleken grotendeels onbekend bij de deelnemers; slechts één deelnemer was op de hoogte van het bestaan ervan. Veel deelnemers gaven aan dat ze het prettig hadden gevonden om op het bestaan hiervan gewezen te worden. Een groot deel van de deelnemers voelt zich na het afronden van hun behandeling namelijk aan hun lot overgelaten en mist ondersteuning bij het herstel. Men heeft de indruk dat digitale nazorgprogramma's hen (hadden) kunnen ondersteunen in deze fase. Deelnemers hebben wisselende opvattingen over wie hen op het bestaan van digitale nazorgprogramma's zou moeten wijzen. De meeste deelnemers zien een rol weggelegd voor het ziekenhuis, met bijvoorbeeld de arts of oncologisch verpleegkundige als informatieverstrekker. Een kwart van de deelnemers beschouwt dit als een taak voor de huisarts. Een paar deelnemers zouden erover willen horen via sociale media, bijvoorbeeld via (besloten) Facebookgroepen. Andere genoemde mogelijkheden om te horen over digitale nazorgprogramma's zijn middels een verwijzing via de casemanager of de polikliniek, of via tijdschriften van patiëntenverenigingen of inloophuizen voor mensen met kanker.

De voorkeur voor het moment waarop men over het bestaan van digitale nazorgprogramma's zou willen horen, is wisselend. Al had de meerderheid geen specifieke voorkeur voor een moment waarop ze erover hadden willen horen. Een paar deelnemers meldden dat ze graag voorafgaand aan de start van de behandeling erover hadden gehoord, om zo snel mogelijk te weten waaraan ze toe zouden zijn. Een paar anderen hadden graag direct na afronding van de behandeling erover gehoord, aangezien zij er vóór dit moment geen ruimte voor zouden hebben gehad.

“Ja, de bekendheid is het allerbelangrijkste. Dat mensen weten dat er meer hulp is dan alleen het ziekenhuis.” (Interview 14, vrouw, 56 jaar)

Deel B: Houding en motivatie ten opzichte van digitale nazorgprogramma's

Digitale nazorg biedt erkenning van klachten en uitdagingen in de nazorgfase.

De meest genoemde thema's waarmee mensen na afronding van de behandeling van kanker te maken hebben, zijn vermoeidheid en angst voor de terugkeer van kanker. Sommige deelnemers hebben moeite met de acceptatie en de verwerking van alles wat ze hebben meegemaakt rond de ziekte en de behandeling. Een paar mensen noemden omgaan met pijnklachten (neuropathie), voeding en beweging als thema's waarmee zij aan de slag willen. In hun sociale omgeving ervaren veel deelnemers regelmatig onbegrip en/of onwetendheid over het feit dat ze na afronding van de behandeling nog steeds klachten ervaren en bezig zijn met de verwerking van wat hen is overkomen. Zij missen hierin erkenning van hun klachten en ervaringen.

“En ook met die vermoeidheidsklachten, als daar een goed ding is om daar aan te werken, dan zou ik er beslist gebruik van maken.” (Interview 3, vrouw, 62 jaar)

De deelnemers staan over het algemeen open voor het gebruik van digitale nazorgprogramma's. Zij zien het als een hulpmiddel om met hun klachten en uitdagingen aan de slag te gaan en zouden het een waardevol onderdeel van het behandelaanbod vinden. Deelnemers zien digitale nazorgprogramma's als een middel dat past bij de huidige tijdsgeest. Daarnaast werd genoemd dat het bestaan van digitale nazorgprogramma's an sich ook een gevoel van erkenning geeft. Men verwacht dat digitale nazorgprogramma's hierop kunnen inspelen. Dit geeft legitimering aan de zaken die spelen in de nasleep van de ziekte. Een paar deelnemers staan kritischer tegenover digitale nazorgprogramma's en zien dit type interventie als inferieure zorg ten opzichte van fysieke zorg die een zorgverlener verleent. Vaak komt dit doordat zij verwachten dat digitale programma's minder effectief zijn in het aanpakken van hun klachten en uitdagingen.

Er zijn verschillende voor- en nadelen voor het gebruik van digitale nazorgprogramma's.

Deelnemers noemden verschillende voor- en nadelen van digitale nazorg. Het meest genoemde voordeel is dat het een laagdrempelige vorm van zorg is. Zo hoef je bijvoorbeeld niet naar een zorgverlener toe en zijn er geen wachtlijsten. Deelnemers vinden het prettig dat je in je eigen omgeving en op je eigen moment gebruik kan maken van het programma, waarbij het programma ook tussentijds te pauzeren is.

“Nou, dan kan ik het even wegzetten en dan kan ik erover nadenken. Dus dat is dan wel weer makkelijker dan als je met iemand zit te praten, want als je met iemand zit te praten wil je wel meteen antwoord kunnen geven en dat lukt dus echt niet altijd. Ik kan soms gewoon niet op dingen komen.” (Interview 14, vrouw, 56 jaar)

Andere voordelen die werden genoemd, waren dat het kan leiden tot preventie van meer zorg, dat het tijd- en kostenbesparend is voor de patiënt en dat het prettig is dat zaken zijn terug te lezen. Als nadeel noemden veel deelnemers dat het onpersoonlijk zou kunnen aanvoelen en dat fysiek contact als prettig wordt beschouwd, wat ook helpt om sociale isolatie te verminderen. Een paar deelnemers noemden als nadeel dat het discipline vraagt om blijvend aan de slag te gaan met digitale nazorgprogramma's. Op de vraag of de voordelen opwegen tegen de nadelen gaven veel mensen een positief antwoord. Enkele mensen gaven vanwege de afwezigheid van persoonlijk contact de voorkeur aan fysieke ondersteuning door een professional. Tegelijkertijd kunnen ze zich voorstellen dat anderen er wel de meerwaarde van inzien. Voor sommige deelnemers is hun wantrouwen over het aanbod dat afkomstig is van commerciële partijen een barrière om gebruik te maken van digitale nazorgprogramma's. Zij vrezen dat deze partijen het commercieel belang boven dat van hunzelf stellen en dat er niet goed wordt omgegaan met hun gegevens.

Wat betreft de inhoud van digitale nazorgprogramma's gaven de meeste deelnemers aan dat ze baat zouden hebben bij informatie, tips en adviezen over hoe ze met diverse aspecten van hun nazorg kunnen omgaan. Een aantal deelnemers zouden graag ervaringen van anderen lezen en een paar deelnemers hebben behoefte aan direct lotgenotencontact. Ook gaf een deel van de deelnemers aan dat ze het waardevol zouden vinden om met opdrachten aan de slag te gaan. Ten slotte zouden een aantal deelnemers graag doorverwijzingen naar aanvullende informatie of specifieke stichtingen in het programma zien terugkomen. Een algemene wens van veel deelnemers is dat de programma's zijn gepersonaliseerd en aansluiten bij hun persoonlijke situatie, bijvoorbeeld bij het type kanker en de specifieke klachten en uitdagingen.

“Kijk, als gaat over vermoeidheid dan is het aardig om tips te hebben. Dat je bijvoorbeeld weet van: nou, die oefeningen moet je doen, zolang moet je bezig zijn en, misschien, ook iets in de dieetsfeer. Dat je zegt van: nou, u kunt het best niet te veel van dat eten, maar vooral zorgen dat je, ja, fruit en groente krijgt.” (Interview 2, man, 62 jaar)

beloningssysteem in het programma zit, bijvoorbeeld in de vorm van een (visueel) compliment of het sparen van punten, heeft het merendeel geen behoefte hieraan. Een aantal mensen gaven aan dat het fijn zou zijn als het programma wordt aangepast op basis van de voortgang en resultaten van een deelnemer. Verder werd genoemd dat het belangrijk is dat het programma simpele taal gebruikt en dat men tussendoor wil kunnen pauzeren met het programma. Ondanks dat het doorgaans geen onderdeel van digitale nazorgprogramma's is, gaf bijna de helft van de deelnemers aan dat ze graag contact willen met een zorgverlener of een ervaringsdeskundige als onderdeel van het programma.

“Het moet allemaal niet te ingewikkeld zijn. Ik vind het moet laagdrempelig zijn. En van de andere kant ook niet simplistisch. Te belerend. Te simplistisch. Het moet inhoudelijk goed zijn, maar wel dat je daar iets mee kunt. Dat je handvaten krijgt om met dingen om te gaan.” (Interview 3, vrouw, 62 jaar)

Verschillende zaken in het ontwerp van digitale nazorgprogramma's kunnen motivatie voor gebruik stimuleren.

Vrijwel alle deelnemers hadden te maken met klachten of uitdagingen na afloop van de behandeling. Zij waren veelal intrinsiek gemotiveerd om met deze klachten of uitdagingen aan de slag te gaan om de impact ervan op hun dagelijks leven te verkleinen. Zij zagen de meerwaarde om hierbij ondersteund te worden door een online programma, en noemden een aantal zaken die hen zouden kunnen helpen om regelmatig met het programma aan de slag te (blijven) gaan. Vrijwel alle deelnemers zouden het prettig vinden om regelmatig een herinnering te krijgen om met het programma verder te gaan. Ook (automatische) feedback werd genoemd als motiverend, omdat het helpt om inzicht te hebben in de voortgang. Hoewel een deel van de deelnemers het fijn zouden vinden als er een

Deel C: Mogelijkheden en hulpbronnen voor het gebruik van digitale nazorgprogramma's

Niet iedereen heeft voldoende digitale vaardigheden voor het gebruik van digitale nazorgprogramma's.

Naar aanleiding van de vraag of zij voldoende digitale vaardigheden hadden, gaf ongeveer de helft van de deelnemers aan dat het gebruik van digitale nazorgprogramma's voor hen helemaal geen probleem zou zijn. Een aantal mensen gaf aan dat zij het gevoel hadden dat ze konden werken met een digitaal nazorgprogramma, mits het niet te ingewikkeld is. Velen van hen gaven aan dat ze in hun dagelijks werk ook computerwerk hadden gedaan of deden. Het merendeel merkte op dat het voor anderen in hun sociale omgeving wél een probleem kan vormen, omdat zij onvoldoende digitaal vaardig zijn. Deze deelnemers uitten de zorg dat deze mensen daardoor niet bereikt worden, of dat er een risico is dat ze vervroegd met het programma stoppen. Een paar mensen voelden zich niet digitaal vaardig genoeg om met een online nazorgprogramma te kunnen werken.

“Ik sprak zondag een vrouw van 74 met borstkanker, en zij voelt zich totaal in de steek gelaten. Maar die zoekt ook niet naar hulp zelf (...), omdat zij niet van de generatie is die de computer gebruikt.” (Interview 7, vrouw, 49 jaar)

Er werden een aantal mogelijke manieren genoemd om mensen die minder digitaal vaardig zijn te ondersteunen, zoals een heldere uitleg binnen het programma of een helpdesk. Daarnaast werden seniorenverenigingen, thuishulp of de bibliotheek genoemd als partijen die een rol zouden kunnen spelen bij de ondersteuning. Veel mensen noemden ook het sociale netwerk, zoals partners of kinderen als belangrijke hulpbron. Ten slotte werd er genoemd dat het belangrijk is dat het programma op zowel computers als tablets of smartphones te gebruiken is, en dat het laagdrempelig is en helder is vormgegeven.

Niet iedereen kan of wil betalen voor digitale nazorgprogramma's.

Deelnemers hadden een uiteenlopende kijk op het betalen voor digitale nazorgprogramma's. Ruim de helft van de deelnemers gaf aan bereid te zijn om te betalen voor digitale nazorgprogramma's en had daarvoor ook de financiële ruimte. Er werd door velen van hen wel benoemd

dat zij hiervoor alleen zouden betalen als het een bewezen effectief programma is. Een kleine minderheid gaf aan dat zij niet bereid is om geld uit te geven aan digitale nazorgprogramma's. Er werden hiervoor verschillende redenen genoemd, zoals een kleine beurs en dat het belangrijke zorg is die door de zorgverzekeraar vergoed zou moeten worden. Ook werd genoemd dat wanneer programma's gratis worden aangeboden, dit de drempel verlaagd om ze te gebruiken.

“Ik vind wel dat het vergoed moet worden. Want het is niet voor iedereen natuurlijk, het is echt voor specifieke groepen. En het is niet omdat ze een kalknagel hadden zeg maar. Er wordt al zoveel bezuinigd en je moet al zoveel zelf betalen. Ik vind dat dat soort dingen gewoon vanuit de zorgverzekering geregeld moeten worden.” (Interview 10, man, 42)

Er is ook gevraagd naar andere mogelijke beperkende factoren, zoals het ontbreken van ICT- middelen (een computer, smartphone of tablet), internet, en tijd. Voor de deelnemers in dit onderzoek waren dit geen beperkende factoren. Deelnemers benadrukten dat het een kwestie is van prioriteit geven; vaak willen ze tijd vrijmaken, omdat ze gemotiveerd zijn om hun klachten en uitdagingen aan te pakken. Voor een groot deel gold ook dat ze meer tijd hadden, aangezien ze niet meer (konden) werken.

De rol van de sociale omgeving in de keuze voor digitale nazorgprogramma's is beperkt.

Vrijwel alle deelnemers gaven aan dat hun directe omgeving over het algemeen erg betrokken is bij hun herstel en welzijn in de fase na afloop van de behandeling. Enkele deelnemers gaven aan dat hun directe omgeving hen zou stimuleren in het gebruik van digitale programma's. Voor het merendeel van de deelnemers lijkt het echter geen bepalende factor bij de keuze om digitale nazorg te gebruiken en om het programma goed te kunnen gebruiken. Geen enkele respondent noemde andere mensen in de sociale omgeving die gebruik hebben gemaakt van een digitaal nazorgprogramma. Het lijkt geen onderwerp van gesprek, bijvoorbeeld ook niet bij fysieke lotgenotengroepen.

Beschouwing

De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek laten zien dat er onder mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 (DT2) en mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond, motivatie is om aan de slag te gaan met het managen van de eigen gezondheid. Beide patiëntgroepen zien hierbij over het algemeen de potentie en toegevoegde waarde van digitale programma's. Voor (passend) gebruik van digitale leefstijl- en nazorgprogramma's zijn er echter nog aanzienlijke drempels te overwinnen.

Hieronder worden eerst de kernboodschappen per casus besproken, verrijkt met de reflectie van zorgprofessionals binnen respectievelijk de diabetes- en kankerzorg. Daarna volgt een samenvattende beschouwing en worden de sterke punten en beperkingen van het onderzoek uiteengezet. Ten slotte worden aanbevelingen die uit het onderzoek voortkomen, besproken.

Beschouwing casus 1

Kernboodschappen

1. Mensen met een verhoogd risico op DT2 hebben behoefte aan meer focus op preventie door zorgverleners en zorgverzekeraars.
2. Mensen met een verhoogd risico op DT2 hebben behoefte aan passende professionele ondersteuning bij het selecteren, opstarten en gebruiken van digitale leefstijlprogramma's.
3. Mensen met een verhoogd risico op DT2 hebben behoefte aan een digitaal leefstijlprogramma waarin verschillende aspecten van leefstijlverandering integraal en in samenhang aan bod komen.
4. Mensen met een verhoogd risico op DT2 hebben behoefte aan sociale steun, zowel live als digitaal, bij gedragsverandering in het algemeen en bij het gebruik van digitale leefstijlprogramma's.

Zowel onder mensen met een verhoogd risico op DT2 als onder zorgverleners die werken met deze groep mensen bestaat een grote behoefte aan **meer focus op preventie**. Velen van hen vinden het onbegrijpelijk dat het niet altijd even makkelijk is om hulp en vergoeding te krijgen voordat de diagnose diabetes mellitus een feit is. Zorgverleners benadrukken daarbij dat het een veel breder maatschappelijk probleem is. Overheid en gemeenten zouden burgers beter moeten beschermen door andere keuzes te maken in beleid. Bijvoorbeeld door geen toestemming te verlenen voor het openen van een fastfood-restaurant naast een middelbare school, middels het verlagen van het btw-tarief op groente en fruit, en het verhogen van de accijns op ongezonde voeding en dranken²³. Om mensen met een verhoogd risico op DT2 te stimuleren om aan hun leefstijl te werken, om zo de kans op DT2 te verkleinen, is het nodig dat wetenschappelijk bewezen effectieve digitale zelfzorgprogramma's (erkende interventies) vergoed wordt zonder zeer strenge toegangscriteria. Dit zodat mensen die gemotiveerd zijn om hun leefstijl aan te passen, niet belemmerd worden door financiële barrières. Volgens de geïnterviewden zijn de zorgverzekeraars hiervoor aan zet. Daarnaast is er een rol weggelegd voor zorgaanbieders. Huisartsen zijn aan zet om mensen (sneller) te verwijzen. Dit geldt ook voor verwijzingen naar bijvoorbeeld een POH of andere ondersteuner, in het kader van preventie. Overigens hebben GGD'en ook een belangrijke rol in preventie, wat nu ook vanuit het Gezond & Actief Leven Akkoord (GALA) wordt gestimuleerd. Mogelijk kan deze partij hierin ondersteunen. Om de huisartsen en eventueel de GGD'en goed te ondersteunen in hun rol als verwijzer, is het van belang dat aanbieders van (digitale) ondersteuning hun aanbod, de voordelen en toegangscriteria bekend(er) maken bij deze partijen in hun regio, zodat deze (nog) beter op de hoogte zijn van de mogelijkheden. De ontwikkeling van een breed gedragen, landelijk toetsingskader voor gezondheidsapps zou hiervoor een waardevolle oplossing kunnen bieden. In samenwerking met diverse veldpartijen, en in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), heeft het National eHealth Living Lab (NeLL) al een evaluatiekader opgesteld en aanbevelingen gedaan voor een gefaseerde implementatie daarvan²⁴.

²³ <https://www.kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/potentieel-van-preventie>

²⁴ <https://nell.eu/upload/pdf/service-article/Rapport%20Landelijk%20Toetsingskader%20Gezondheidsapps.pdf>

Om effectief gebruik te kunnen maken van digitale leefstijlprogramma's is **passende professionele ondersteuning bij het selecteren, opstarten en gebruiken** van digitale leefstijlprogramma's noodzakelijk, in het bijzonder voor mensen met beperkte digitale vaardigheden. Dit is in lijn met de voorlopige bevinding dat digitale programma's als onderdeel van een behandeling effectiever zijn dan als *stand-alone*-aanbod²⁵. Dit biedt niet alleen ruimte voor ondersteuning door zorgverleners, maar ook door bibliotheken en andere organisaties die mensen kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van digitale vaardigheden²⁶. Dit onderzoek laat zien dat er veel digitaal aanbod is, en dat een handzaam overzicht van bestaande, effectieve digitale leefstijlprogramma's mensen met een verhoogd risico op DT2 kan helpen de juiste keuzes te maken. Dit is ook behulpzaam voor zorgverleners, die mensen zo beter op weg kunnen helpen.

Ook is er behoefte aan **een toegankelijk digitaal leefstijlprogramma**, waarin verschillende aspecten van leefstijlverandering in **samenhang** aan bod komen. Uit onderzoek is bekend dat een combinatie van een gezond voedingspatroon, meer bewegen en de toepassing van gedragsveranderingstechnieken bij volwassenen met overgewicht tot de beste resultaten rond gewichtsverlies leidt²⁷. Momenteel zijn er verschillende Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)²⁸ programma's die leefstijlverandering op een dergelijke manier aanpakken, maar deze werken nog (meestal) slechts deels digitaal. Deze rapportage biedt inzicht in de behoeften van mensen in het ontwerp van digitale applicaties. Hier ligt een uitdaging voor ontwikkelaars, om in samenwerking met zorgprofessionals en mensen met (een verhoogd risico op) DT2 te zorgen dat vraag en aanbod (nog) beter op elkaar aansluiten, om in de behoefte te voorzien. Dit is ook in lijn met kernboodschap 1; het aanbod op een laagdrempeligere manier beschikbaar te stellen.

Sociale steun bij het gebruik van digitale leefstijlondersteuning, **zowel fysiek als digitaal**, wordt als een belangrijke stimulans van langdurige leefstijlverandering ervaren. Deze bevinding is passend bij het voornemen om in de komende jaren steeds meer zorg op **hybride** wijze aan te bieden. Een cruciaal aspect van de GLI's, zowel fysiek als digitaal aangeboden, is groepsvorming, zodat men steun ervaart van lotgenoten. Enkele zorgprofessionals gaven aan dat juist dit groepsaspect van GLI's als drempel kan

worden ervaren, waardoor mensen met een verhoogd risico op DT2 zich niet, of pas op een later moment, aanmelden. De ervaring leert echter dat men na slechts één of enkele sessies de meerwaarde hiervan bemerkt. Betere communicatie over sociale steun kan mogelijk leiden tot hogere acceptatie van dergelijke programma's.

Beschouwing casus 2

Kernboodschappen

1. Mensen met kanker hebben na de behandeling een grote behoefte aan ondersteuning. Digitale nazorg kan een waardevol hulpmiddel zijn bij het bieden van ondersteuning en erkenning voor klachten in de nasleep van de ziekte.
2. Bestaande digitale nazorgprogramma's zijn grotendeels onbekend, maar kankerpatiënten willen wel graag dat hun zorgverlener hen hiernaar verwijst. Zorgverleners erkennen het belang van zo'n navigerende rol, maar hebben behoefte aan een wetenschappelijk onderbouwde lijst van geschikt aanbod om de rol als verwijzer adequaat te kunnen vervullen.
3. Belangrijke obstakels voor het inzetten van digitale nazorgprogramma's zijn de betaling en beperkte digitale vaardigheden bij een deel van de patiënten.
4. Digitale nazorgprogramma's als vorm sluiten aan bij fysieke beperkingen van mensen met kanker.

Onder mensen die genezen zijn van kanker (in remissie) is **grote behoefte aan ondersteuning** bij het omgaan met de klachten en uitdagingen in de nasleep van de ziekte, zoals vermoeidheid en angst voor de terugkeer van kanker. Erkenning vanuit de omgeving van het feit dat met het optreden van remissie diverse gezondheidsklachten niet verdwijnen speelt hierin mee. Hoewel er verschillende digitale programma's beschikbaar zijn, vindt de doelgroep deze niet en weten veel mensen niet van het bestaan

²⁵ Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review | International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity | Full Text (biomedcentral.com).

²⁶ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0155.pdf>

²⁷ Bos V, Van Dale D, Leenaars K. Werkzame elementen van gecombineerde leefstijlinterventies. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2019.

²⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>

ervan af. Dit onderzoek laat zien dat hier een **belangrijke navigerende rol voor zorgverleners** ligt in het stimuleren van het passend gebruik van digitale nazorgprogramma's, mogelijk als onderdeel van een individueel nazorgplan. Vanuit de stakeholders werd erkend dat huisartsen, medisch specialisten en (specialistisch) verpleegkundigen in ziekenhuizen, een cruciale rol kunnen vervullen in het creëren van bewustwording en het normaliseren van klachten na de behandeling. Tegelijkertijd kunnen zij informatie verschaffen en specifieke aanbevelingen doen over digitale nazorgprogramma's vanuit hun vertrouwensrelatie met de zorggebruiker, waarbij de nazorg als verlengstuk van de behandeling wordt gepresenteerd. Zorgverleners gaven aan dat zij behoefte hebben aan een erkend en duidelijk overzicht van wetenschappelijk onderbouwde programma's, om mensen goed te kunnen informeren en adviseren. De geïnterviewde zorgprofessionals gaven tevens aan dat bewustwordingsinitiatieven en campagnes helpend zouden kunnen zijn om de bekendheid met dergelijke programma's te bevorderen, en het gesprek hierover aan te moedigen en de drempel om hulp te vragen te verlagen.

Naast dat beschikbare digitale programma's niet worden gevonden, spelen ook andere obstakels een rol. Zo is het voor velen belangrijk dat de digitale nazorgprogramma's gratis beschikbaar zijn. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat mensen niet willen betalen, bijvoorbeeld omdat zij principieel vinden dat de zorgverzekeraar het moet vergoeden en anderzijds omdat mensen niet de financiële middelen hebben om ervoor te kunnen betalen. Ook zijn er zorgen dat niet iedereen de digitale vaardigheden bezit om effectief gebruik te kunnen maken van deze vorm van nazorgverlening. Stakeholders erkennen kansen voor het sociaal domein, zoals bibliotheken, welzijnscentra of welzijnsloketten, om ondersteuning te bieden bij het verbeteren van digitale vaardigheden. Het is van belang dat het sociaal domein zodanig georganiseerd wordt dat het mensen met minder digitale vaardigheden goed op weg kan helpen. Tegelijkertijd sluit het gebruik van digitale nazorgprogramma's wel aan bij fysieke en cognitieve beperkingen van mensen met kanker, bijvoorbeeld omdat men informatie kan teruglezen en de programma's kan pauzeren. Stakeholders erkennen dit. Zij gaven echter ook aan dat digitale nazorgprogramma's zonder ondersteuning

van een zorgverlener niet voor iedereen toereikend zullen zijn, en dat voldoende motivatie en discipline vanuit de gebruikers een vereiste zullen zijn voor het starten met, en blijven gebruiken van, zulke programma's.

Sterkte punten & beperkingen

In dit onderzoek zijn zowel de perspectieven van zorggebruikers als de reflectie daarop vanuit 'het veld' (e.g. zorgverleners) opgehaald en meegenomen. Door het gebruik van twee zeer vergelijkbare casussen (een per doelgroep) werd iedere deelnemer op dezelfde manier geïntroduceerd met het onderwerp 'digitale zelfzorg'. Ook kreeg elke deelnemer dezelfde informatie om op te reflecteren, wat meer vergelijkbare resultaten oplevert. Hierdoor konden ook mensen die niet of minder bekend zijn met de digitale leefstijl- of nazorgprogramma's hun mening geven.

Er is vanuit het oogpunt van diversiteit gestreefd naar het includeren van deelnemers van verschillende leeftijden en geslacht, om een zo rijk mogelijk beeld te krijgen. Desalniettemin is de groep mensen die is geïnterviewd relatief klein, en niet geheel representatief voor beide doelgroepen. Bovendien kan, vanwege de gehanteerde wervingstechnieken, een selectie-bias zijn ontstaan. Het aantal hoogopgeleiden was relatief hoog en de deelnemers beschikten in het algemeen over voldoende digitale vaardigheden, waardoor het gebruik van digitale leefstijl- en nazorgprogramma's doorgaans niet als een probleem werd ervaren. Mogelijk is hun houding ten aanzien van digitale programma's positiever dan doorgaans binnen de totale doelgroepen, wat de resultaten kan hebben beïnvloed. Ook waren de meeste geïnterviewden erg gemotiveerd om aan hun gezondheid te werken, terwijl de motivatie van mensen in de werkelijkheid sterk kan variëren tussen individuen, evenals iemands gezondheidsvaardigheden.

Toch komen deze bevindingen overeen met vergelijkbaar onderzoek onder mensen met andere medische aandoeningen, waarbij personalisatie, ondersteuning en motivatie bij het gebruik op het gebied van zelfmanagement met behulp van digitale tools belangrijke thema's vormden^{29,30}.

²⁹ Safiee L, Rough DJ, Whitford H. Barriers to and Facilitators of Using eHealth to Support Gestational Diabetes Mellitus Self-management: Systematic Literature Review of Perceptions of Health Care Professionals and Women with Gestational Diabetes Mellitus. *J Med Internet Res*. 2022 Oct 27;24(10):e39689. doi: 10.2196/39689. PMID: 36301613; PMCID: PMC9650580.

³⁰ Svendsen MJ, Wood KW, Kyle J, Cooper K, Rasmussen CDN, Sandal LF, Stochkendahl MJ, Mair FS, Nicholl BI. Barriers and facilitators to patient uptake and utilisation of digital interventions for the self-management of low back pain: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. 2020 Dec 12;10(12):e038800. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038800. PMID: 33310794; PMCID: PMC7735096.

Aanbevelingen

De resultaten leiden tot een aantal concrete aanbevelingen die het gebruik van digitale zelfzorgprogramma's verder kunnen stimuleren:

- Om het digitale zelfzorgaanbod effectief te benutten, is het noodzakelijk dat mensen zich bewust worden van het bestaan ervan, en dat zij worden ondersteund bij het zoeken van de voor hen geschikte mogelijkheden. Zorgverleners zijn cruciale spelers in het stimuleren van (passend) gebruik hiervan. Een actueel overzicht van wetenschappelijk bewezen effectieve digitale zelfzorgprogramma's (erkende interventies) per patiëntgroep, is onmisbaar om hen in staat te stellen de zorggebruiker op weg te helpen, bijvoorbeeld via initiatieven zoals Loket Gezond Leven³¹ en de Kanker.nl Appstore³². Per patiëntgroep moet worden gekeken wie hen het best op het aanbod attent kan maken en welk moment in het ziekteproces hiervoor de optimale gelegenheid biedt.
- Om het digitale zelfzorgaanbod passend te gebruiken, hebben zorggebruikers baat bij verschillende ondersteuningsvormen tijdens het gebruik hiervan: door ondersteuning op het gebied van digitale vaardigheden (bijvoorbeeld vanuit het sociaal domein); door inhoudelijke ondersteuning op het gebied van de betreffende klacht/aandoening vanuit de zorgverlener; en door sociale ondersteuning vanuit de omgeving.
- Het is van belang dat wetenschappelijk bewezen effectieve digitale zelfzorgprogramma's (erkende interventies), ook op het gebied van preventie, door

de zorgverzekering worden vergoed/dan wel gratis beschikbaar worden gesteld. Dit aangezien er sterke aanwijzingen zijn dat de kosten van preventieve interventies, zeker op het gebied van overgewicht-reductie, hogere zorgkosten kunnen voorkomen³³. Verder onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van specifieke programma's is daarvoor noodzakelijk.

- Voor de ontwikkeling van digitale zelfzorgprogramma's is personalisatie door het betrekken van patiënten bij het ontwerp van belang voor de gebruiksvriendelijkheid en het blijvend gebruik. Ook het betrekken van de zorgverlener is van belang voor het waarborgen van de betrouwbaarheid van de informatie en de motivatie voor langdurig gebruik.

Digitale zelfzorgprogramma's, – van individuele apps gericht op een specifiek onderdeel van leefstijl tot geïntegreerde leefstijlprogramma's – hebben veel potentie om uiteenlopende groepen burgers en patiënten te ondersteunen bij klachten en uitdagingen op het gebied van leefstijl, en bieden kansen in het kader van de uitvoering van het Integraal Zorg Akkoord en het Gezond en Actief Leven Akkoord. Mensen moeten wel geholpen worden dergelijke programma's te vinden en leren gebruiken. Daarnaast is er aandacht nodig rondom de financiering van deze meer preventief-georiënteerde zorg. Hier ligt een opdracht voor zorgaanbieders, softwareontwikkelaars, de overheid, zorgverzekeraars en belangenorganisaties om (verder) mee aan de slag te gaan en te komen tot toekomstbestendige oplossingen.

³¹ <https://www.loketgezondleven.nl/>

³² [Appstore | Kanker.nl](#)

³³ <https://europepmc.org/article/MED/15738451>

Bijlage 1. Interviewleidraden

Interviewleidraad casus 1

Digitale hulp bij een gezonde leefstijl voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2.

Inleiding en context

Allereerst hartelijk bedankt dat u wilt meedoen aan dit gesprek. Ik zou dit gesprek willen starten door mijzelf voor te stellen en de aanleiding en het doel van het onderzoek toe te lichten. Daarna hoor ik graag wat meer over u.

[slide 1: E-healthmonitor]

Mijn naam is [naam interviewer] en ik ben werkzaam als onderzoeker voor de E-healthmonitor. De E-healthmonitor is een gezamenlijk project van het RIVM, NeLL en Nivel dat we in 2021 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport zijn gestart.

Het project heeft als doel om de inzet van digitale zorg in kaart te brengen. Met digitale zorg bedoelen we het gebruik van ICT in de zorg, bijvoorbeeld beeldbellen of het gebruik van een patiëntportaal. Met dit project willen we vooral leren over hoe digitale zorg kan bijdragen aan het verbeteren van de zorg.

We gaan het in dit gesprek hebben over een specifieke vorm van digitale zorg, namelijk digitale hulp bij een gezonde leefstijl. Daar kom ik later op terug.

Wat we belangrijk vinden om te noemen, is dat digitale zorg geen doel op zich is – het is een manier, een middel, om de zorg anders aan te bieden. Dit kan verschillende voordelen hebben, bijvoorbeeld het verminderen van (reis)tijd, het verminderen van de werkdruk van zorgverleners, of het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het kan echter ook nadelig werken, omdat niet iedereen even goed overweg kan met een computer of smartphone, of omdat er minder persoonlijk contact is.

Graag zou ik nu de opname willen starten. Is dat ok?

[start opname]

Ik heb me net al even voorgesteld. Zou u zich ook in een paar zinnen willen voorstellen, en kort iets vertellen over uw gezondheid met betrekking tot het verhoogde risico op diabetes? Bijvoorbeeld hoe u hierachter bent gekomen, en sinds wanneer u dit weet.

Urgentie zorg

[slide 2: krantenkoppen]

Ik wil graag starten met een aantal algemene vragen over hoe het nu gaat in de zorg. Deze slide geeft het al weer: De Nederlandse zorg staat onder druk. Dit betekent dat de zorgkosten oplopen en de personeelstekorten blijven groeien.

1. **Herkent u dit nieuws? Heeft u het idee dat er echt iets moet veranderen in de zorg om alle Nederlanders van goede zorg te blijven voorzien? Of denkt u dat het wel zal loslopen?**

Het gevolg van de druk op de zorg, is dat er wordt nagedacht over hoe we de zorg slimmer kunnen organiseren, waarbij de kwaliteit van zorg behouden blijft.

De manier waarop zorg wordt geleverd, moet dus worden veranderd.

Dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van digitale zorg. Daarnaast vraagt het ook wat van patiënten/mensen die zorg ontvangen of nodig hebben; van hen wordt verwacht dat zij meer eigen regie gaan nemen, bijvoorbeeld door meer zelfstandig aan de slag te gaan met hun gezondheid en leefstijl, zoals gezonder eten en voldoende beweging.

2. **Wat vindt u van het idee dat patiënten meer eigen regie krijgen of zouden moeten nemen over een deel van hun ziekteproces?**

Prompt: wat merkt u hiervan in jouw eigen omgeving?

Doelgedrag

Nu zou ik het graag over uw situatie willen hebben.

Uit eerder onderzoek weten we dat er onder veel mensen met een verhoogd risico op diabetes een grote behoefte is aan meer ondersteuning bij het aanpassen van de leefstijl. Uit eerder onderzoek weten we dat zeker een gedeelte hiervan heel goed digitaal kan, bijvoorbeeld door middel van digitale leefstijlprogramma's. In dit gesprek willen we erachter komen hoe u aankijkt tegen het gebruik van digitale hulp bij een gezonde leefstijl, en wat u kan helpen of juist kan tegenhouden om deze digitale leefstijlprogramma's te gebruiken.

Om een beeld te geven van wat digitale leefstijlprogramma's kunnen inhouden, geven we enkele voorbeelden hiervan.

[slide 3: casus]

Casus

Als een (huis)arts heeft vastgesteld dat er een verhoogd risico op diabetes is, dan is het mogelijk om deze diagnose om te keren door de leefstijl aan te passen.

Men kan eerst, bijvoorbeeld door het invullen van vragenlijsten, hierin inzicht krijgen. Vervolgens kan men samen met een of meerdere professionals, zoals de, huisarts, diëtist, POH of fysiotherapeut, persoonlijke doelen opstellen. Dit kunnen bijvoorbeeld doelen zijn op het gebied van voedingspatroon, beweging, ontspanning, slaap en stemming. Vervolgens kunnen digitale leefstijlprogramma's hiermee verder ondersteunen.

U kunt hierbij denken aan leefstijlprogramma's die zich voornamelijk richten op het voedingspatroon. Dit zijn apps die gebruikt kunnen worden als voedingslogboek, waarbij inname van voeding kan worden bijgehouden. Deze apps geven vaak zinvolle informatie over gezonde voeding en je kunt met sommige apps bijvoorbeeld ook per voedingsmiddel zien welke voedingswaarden er in zitten. Ook zijn er apps waarmee eigen sport(activiteiten)/beweging kan worden ingevoerd, of kunt registreren d.m.v. wearables. Ook dit helpt om inzicht te krijgen, bijvoorbeeld wat goed werkt voor u om uw verbranding optimaal te krijgen. Deze apps kunnen helpen om de motivatie hoog te houden, bijvoorbeeld door opdrachten of boosters te geven, of door herinneringen/push-berichten te sturen.

Bij dit soort apps gaat het erom dat men het eigen gedrag monitort en bijhoudt, ten opzichte van de persoonlijke doelen.

Ook zijn er apps die gebruikt kunnen worden ter ondersteuning op andere gebieden, zoals ontspanning, slaap en stemming. Vaak helpen ze om inzicht te krijgen in de eigen situatie/gedrag, en geven ze tips die kunnen helpen, d.m.v. sprekende voorbeelden of instructievideo's.

Doelgedrag: gebruik van digitale hulp bij een gezonde leefstijl

Allereerst ben ik benieuwd:

1. Kunt u aangeven op welke thema's u ondersteuning hebt, of behoefte aan hebt?

Prompt: thema's: Voedingspatroon, Beweging, Ontspanning, Slaap en Stemming

2. Om een algemene indruk te krijgen van uw ervaring wil ik graag weten in hoeverre u al gebruikmaakt van digitale leefstijlprogramma's?

Prompt: Voeding, Beweging, Ontspanning, Slaap en Stemming
Prompt: in welke vorm: websites, online programma's, apps, et cetera

Als iemand hier al ervaring mee heeft:

3. Wat vindt u fijn aan deze programma's?

4. Wat mist u, of zou u graag anders willen zien? (Zijn er andere behoeftes die u nu nog hebt, waaraan digitale middelen zouden kunnen bijdragen?)

A. Reflectieve motivatie – Overtuigingen over capaciteiten en gevolgen, rollen, identiteit, intenties, doelen, optimisme

Ik zou nu graag met u in gesprek willen over uw bereidheid en motivatie om digitale leefstijlprogramma's te gebruiken voor welzijn en gezondheid.

1. U gaf eerder aan dat u vooral behoefte heeft aan [antwoord vraag 1]. Denkt u dat digitale leefstijlprogramma's u hierbij kunnen helpen, en/of dat u dit nodig heeft? Op welke manier kan dit helpen?

Prompt: Heeft u het gevoel dat u het zou moeten gebruiken?

Prompt: Draagt het bij aan uw gezondheid en welzijn?

Prompt: Denkt u dat digitale leefstijlprogramma's bij u passen?

Prompt: Zou u openstaan voor het gebruik van digitale leefstijlprogramma's?

2. Is het gebruik van digitale leefstijlprogramma's voor u iets normaal/allegaags? Waarom wel/niet?

3. Welke voordelen ziet u in het gebruik van digitale leefstijlprogramma's?

Prompt: Wat zou er gebeuren als u geen gebruikmaakt van digitale leefstijlprogramma's?

4. Welke nadelen ziet u van het gebruik van digitale leefstijlprogramma's? Wegen de voordelen voor u op tegen de nadelen?

Prompt: nadelen i.v.m. offline leefstijlprogramma's.

Prompt: bijvoorbeeld; aan je lot overgelaten, of juist fijn om zelf de regie te hebben.

B. Psychologisch vermogen – Kennis, geheugen, aandacht, beslissingsprocessen, gedragsregulatie

Dan zou ik het nu graag met u hebben over in hoeverre u al bekend bent met specifieke digitale leefstijlprogramma's.

1. Kunt u iets vertellen over in hoeverre u voor dit gesprek al bekend was met digitale leefstijlprogramma's? Wat weet u ervan?

Prompt: zo ja, welke gebruikt u dan?

2. Weet u waar u deze digitale leefstijlprogramma's kunt vinden? Zo niet; hoe zou u op deze mogelijkheden gewezen willen worden?

Prompt: bijvoorbeeld via internist, huisarts, sociale media, et cetera.

Prompt: u gaf net aan dat u X al heeft gebruikt. Hoe kwam u daarbij terecht?

3. Hebben anderen u gewezen op de mogelijkheden voor digitale leefstijlprogramma's?

4. < Als bij vraag "nee" wordt gezegd>: Van wie zou u deze informatie willen ontvangen, zodat u hiervan ook echt gebruik gaat maken? En op welk moment wil zou u deze informatie het best kunnen ontvangen?

Prompt: zijn uw zorgverleners er over begonnen?

Prompt: Of mensen uit uw netwerk?

C. Fysieke bekwaamheid – Vaardigheden, capaciteiten of bekwaamheden verworven door oefening

Niet iedereen kan zomaar gebruikmaken van digitale leefstijlprogramma's. Men heeft bepaalde vaardigheden nodig.

1. Hoe makkelijk of moeilijk zou u het vinden om digitale leefstijlprogramma's te gebruiken?

Prompt: digitale vaardigheden (hoe makkelijk vindt u het om in te loggen op websites bijvoorbeeld voor internetbankieren)?

Prompt: Wat zou u hierin helpen?

2. Heeft u hier hulp bij nodig?

Prompt: bijvoorbeeld van familie of vrienden of een ICT-helpdesk, of bijvoorbeeld een (instap)cursus?

3. Van wie/door wie zou een cursus nuttig zijn?

4. Wat zou u hierin helpen?

Prompt: bijvoorbeeld een duidelijk zichtbare knop/optie om hulp te vragen in het programma zelf?

Prompt: duidelijke(re) handleidingen?

D. Fysieke mogelijkheden – Omgevingscontext en middelen

Naast vaardigheden vraagt het gebruik van digitale hulp bij een gezonde leefstijlprogramma ook andere zaken van patiënten. Men moet er zelf en in de eigen tijd mee aan de slag en heeft bepaalde middelen nodig, zoals een computer en betrouwbare wifi. Daar wil ik het nu graag met u over hebben.

1. Heeft u de tijd om gebruik te maken van digitale leefstijlprogramma's?

2. Bent u bereid om er zelf voor te betalen of zou dit (deels) voor u betaald moeten worden?

3. Heeft u de juiste apparatuur en faciliteiten om gebruik te maken van digitale leefstijlprogramma's?

Prompt: ICT; stabiele wifi, maar ook bijvoorbeeld wearables.

4. Zijn er andere zaken in uw omgeving die u (zouden kunnen) helpen of hinderen om gebruik te maken van digitale leefstijlprogramma's?

Prompt: bijvoorbeeld automatische herinneringen.

5. [Indien ja op vraag 4:] Heeft u er vertrouwen in dat er wat kan worden gedaan om deze belemmeringen op te lossen?

E. Sociale mogelijkheden – Sociale invloeden zoals sociale normen, -druk, -conformiteit, -vergelijkingen

Nu zou ik graag verder praten over hoe uw omgeving tegen het gebruik van digitale leefstijlprogramma's aankijkt. Met uw omgeving bedoel ik zowel familie en vrienden, als de zorgverleners met wie u in aanraking bent (geweest) voor uw behandeling.

1. Hoe kijkt uw omgeving aan tegen het gebruik van digitale leefstijlprogramma's (schat u in)? In hoeverre beïnvloedt dit uw keuze om hier wel of geen gebruik van te maken?

Prompt: bijvoorbeeld zorgverleners, familie/vrienden.

2. En m.b.t. uw leefstijl en welzijn? Hebben jullie het hierover? Steunen ze u hierin?

3. In hoeverre denkt u dat uw omgeving u zou helpen/steunen bij het toepassen van de geleerde lessen uit een digitaal leefstijlprogramma?

Prompt: Kan u het er met hen over hebben? Zouden ze u eraan herinneren?

4. Kent u andere mensen die gebruikmaken van digitale leefstijlprogramma's?

F. Automatische motivatie – Emoties, versterkingen zoals beloningen, straffen, prikkels

Ten slotte zou ik het nog willen hebben over hoe digitale leefstijlprogramma's er voor u uit zou moeten zien om het goed te kunnen gebruiken.

1. Welke zaken in het ontwerp van een digitaal leefstijlprogramma zouden u helpen om er gebruik van te maken?

Prompt: Bijvoorbeeld: met het oog op het design, bepaalde beloningen als u het gebruikt, manieren om u te herinneren dat u het moet gebruiken?

Prompt: Of kunnen samenwerken of competitie met anderen.

Prompt: Of kunnen communiceren met anderen, bijvoorbeeld in een forum.

Prompt: Ervaringen van anderen.

Prompt: Of de mate waarin u persoonlijke doelen kan invoeren en hieraan kunt werken (dus de mate van personalisatie).

2. Wat heeft u ervoor nodig om het in te bedden in het dagelijks leven?

Prioriteiten

We hebben het net in het laatste blok gehad over hoe zo'n leefstijlprogramma eruit zou kunnen zien. Maar we hebben het ook gehad over zaken als bekendheid en kennis, motivatie en mogelijkheden, en ondersteuning en sociale invloeden. [Noem hierbij een aantal voorbeelden die uit het interview komen].

Ten slotte wil ik u vragen -terugkijkend op al deze onderwerpen van dit gesprek-: als u zou moeten zeggen wat voor u de 2 – 3 belangrijkste dingen zijn om digitale leefstijlprogramma's te gebruiken, wat zouden dat dan zijn?

Prompt: u heeft natuurlijk heel veel genoemd, maar wat zijn echt de 2 belangrijkste dingen.

Afsluiting

Hartelijk dank voor het gesprek. We zullen de gesprekken anoniem gaan verwerken en analyseren. De resultaten worden gepubliceerd in een rapport voor VWS. De cadeaubon zullen we u binnenkort toesturen via de mail.

Als u nog vragen of inhoudelijke toevoegingen achteraf hebt, mag u altijd contact met ons opnemen. Mijn mailadres heeft u.

Interviewleidraad casus 2

Digitale hulp bij nazorg voor mensen die de behandeling van kanker hebben afgerond.

Inleiding en context

Allereerst hartelijk bedankt dat u wilt meedoen aan dit gesprek. Ik zou dit gesprek willen starten door mijzelf voor te stellen en de aanleiding en het doel van het onderzoek toe te lichten. Daarna hoor ik graag wat meer over u.

[slide 1: E-healthmonitor]

Mijn naam is *[naam interviewer]* en ik ben werkzaam als onderzoeker voor de E-healthmonitor. De E-healthmonitor is een gezamenlijk project van het RIVM, NeLL en Nivel, allen organisaties die landelijk onderzoek doen naar de gezondheidszorg. In 2021 zijn we met dit project gestart, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Het project heeft als doel om de inzet van digitale zorg in kaart te brengen en te leren over hoe digitale zorg kan bijdragen aan het verbeteren van de zorg. Met digitale zorg bedoelen we het gebruik van ICT in de zorg, bijvoorbeeld beeldbellen of het gebruik van een patiëntportaal. We gaan het in dit gesprek hebben over een specifieke vorm van digitale zorg, namelijk online nazorg. Daarop kom ik later terug.

Wat we belangrijk vinden om te noemen, is dat digitale zorg geen doel op zich is – het is een manier, een middel, om de zorg anders aan te bieden. Dit kan verschillende voordelen hebben, bijvoorbeeld het verminderen van (reis)tijd, het verminderen van de werkdruk van zorgverleners, of het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het kan echter ook nadelig werken, omdat niet iedereen even goed overweg kan met een computer of smartphone, of omdat er minder persoonlijk contact is.

Graag zou ik het gesprek opnemen. Is dat ok voor u?

[start opname]

Nu ben ik benieuwd naar u. Zou u mij kort kunnen vertellen wie u bent en kunt u iets vertellen over waar u staat in het ziekteproces?

Urgentie zorg

[slide 2: krantenkoppen]

Ik wil graag starten met een aantal algemene vragen over hoe het nu gaat in de zorg. Ik laat u nu een slide zien. U ziet het al; personeelstekorten, oplopende kosten...

1. Herkent u dit nieuws? Heeft u het idee dat er echt iets moet veranderen in de zorg om alle Nederlanders van goede zorg te blijven voorzien? Of denkt u dat het wel zal loslopen?

Deze slide geeft het al weer: De Nederlandse zorg staat onder druk. Dit betekent dat de zorgkosten oplopen en de personeelstekorten blijven groeien. Het gevolg is dat er wordt nagedacht over hoe we de zorg slimmer kunnen organiseren, waarbij de kwaliteit van zorg behouden blijft.

De manier waarop zorg wordt geleverd moet dus worden veranderd.

Bijvoorbeeld door het inzetten van digitale zorg. Daarnaast vraagt het ook wat van patiënten; van hen wordt verwacht dat zij meer eigen regie gaan nemen, bijvoorbeeld door meer zelfstandig aan de slag te gaan met hun herstel in de nazorgfase na de behandeling.

2. Wat vindt u van het idee dat patiënten meer eigen regie krijgen of zouden moeten nemen over een deel van hun ziekteproces?

Prompt: Wat merkt u hiervan in uw eigen omgeving?

Nu zou ik het graag over uw situatie als patiënt willen hebben.

Uit eerder onderzoek weten we dat er onder veel mensen met kanker een grote behoefte is aan meer ondersteuning na de behandeling, oftewel in de nazorg en dat dit heel goed digitaal kan door online nazorg. In dit gesprek willen we graag met u spreken over hoe u aankijkt tegen het gebruik van online nazorg en wat u kan helpen of juist kan tegenhouden om deze programma's te gebruiken.

[slide 3: casus]

Casus

Om een beeld te geven van wat online nazorgprogramma's kunnen inhouden, geven we een voorbeeld van zo'n programma.

Via een online nazorgprogramma kunnen mensen met kanker **die hun behandeling hebben afgerond** via een website een korte vragenlijst invullen over hoe het met hen gaat. Op deze manier wordt bekeken wat er goed gaat en waar zij nog hulp bij nodig hebben of last van hebben. Bijvoorbeeld, op basis van de vragenlijst kan men zien dat iemand nog veel last heeft van vermoeidheid. Maar ook onderwerpen als; weer aan het werk gaan, relaties met anderen (inclusief seksualiteit en intimiteit), angst en sombere gevoelens, omgaan met pijn, beweging, voeding en stoppen met roken komen aan de orde.

O.b.v. de vragenlijst geeft het programma advies over welke modules het meest waardevol zijn voor een deelnemer. Stel iemand heeft vermoeidheidsklachten, dan kan men de module Vermoeidheid volgen. Deze bestaat uit:

- Iemand die zich vermoeid voelt, zou in het programma **informatie** kunnen vinden over hoe om te gaan met vermoeidheid, slaap-waak ritme, en gedachten over vermoeidheid.
- Over dit thema zijn ook **video's** beschikbaar over de ervaringen van mensen met kanker, en een video met advies van een klinisch psycholoog.
- Ten slotte krijgt een deelnemer **opdrachten**, zoals het dagelijks bijhouden van een activiteitendagboek om inzicht te krijgen in welke activiteiten vermoeiend of juist ontspannend zijn.

Graag zou ik het nu uitgebreid met u willen hebben over online nazorg, hoe u hierover denkt en wat u kan helpen of juist tegenhouden om het te gebruiken. U kunt daarbij het voorbeeldprogramma in gedachte houden.

Doelgedrag: gebruik van online nazorg

Allereerst ben ik benieuwd:

1. **U heeft bij uw aanmelding voor dit gesprek aangegeven dat u behoefte heeft, of behoefte gehad heeft, aan ondersteuning in uw herstel en welzijn in de nazorgfase. Kunt u aangeven op welk vlak dat lag?**
Thema's: Leefstijl, Relaties en Seksualiteit...
2. **Om een algemene indruk te krijgen van uw ervaring, wil ik graag weten in hoeverre u al gebruikmaakt van online nazorgprogramma's?**

Als iemand al ervaring hiermee heeft:

- Wat vindt u fijn aan deze programma's
- Wat mist u, of zou u graag anders willen zien?

B. Psychologisch vermogen – Kennis, geheugen, aandacht, beslissingsprocessen, gedragsregulatie

Dan zou ik het nu graag met u hebben over in hoeverre u al bekend bent met specifieke online nazorgprogramma's.

1. **Kunt u iets vertellen over in hoeverre u voor dit gesprek al bekend was met online nazorgprogramma's? Wat weet u ervan?**
2. **Welke (digitale) mogelijkheden kent u om zelf actief aan de slag te gaan met uw eigen welzijn en herstel?**
3. **In hoeverre weet u waar u deze programma's kunt vinden? Zo niet; hoe zou u op deze mogelijkheden gewezen willen worden?**
Prompt: bijvoorbeeld via oncoloog, huisarts, sociale media et cetera.
Prompt: U gaf net aan dat u X al heeft gebruikt, hoe kwam u daarbij terecht?
4. **Hebben anderen u gewezen op de mogelijkheden voor digitale ondersteuning bij uw herstel in de nazorg?**
Prompt: Zijn uw zorgverleners er over begonnen?
Prompt: Of medepatiënten?
5. **< Als bij vraag 4 'nee' >: Van wie zou u deze informatie willen ontvangen, zodat u ook echt gebruik gaat maken van online nazorg? En op welk moment wilt u deze informatie ontvangen?**
Prompt: Timing; wanneer in het proces zou u deze informatie willen ontvangen?

A. Reflectieve motivatie – Overtuigingen over capaciteiten en gevolgen, rollen, identiteit, intenties, doelen, optimisme

Ik zou nu graag met u in gesprek willen over uw bereidheid en motivatie om online nazorg te gebruiken voor uw welzijn en herstel.

6. **U gaf eerder aan dat u vooral behoefte heeft aan < antwoord vraag 1 > als het gaat om nazorg. Denkt u dat een online nazorgprogramma u hierbij kan helpen, en/of dat u dit nodig heeft? Zo ja, bij wat/hoe kan het u helpen?**
Prompt: Heeft u het gevoel dat u het zou moeten gebruiken?
Prompt: Draagt het bij aan uw herstel en welzijn?
Prompt: Denkt u dat een online nazorgprogramma bij u past?
Prompt: Zou u openstaan voor het gebruik van online nazorg?

7. **Is het gebruik van online nazorg programma's voor u iets normaals/alledaags? Waarom wel/niet?**

8. **Welke voordelen ziet u van het gebruik van online nazorgprogramma's?**

Prompt: Wat zou er gebeuren als u geen gebruikmaakt van (online) nazorgprogramma's?

9. **Welke nadelen ziet u van het gebruik van online nazorgprogramma's? Wegen de voordelen voor u op tegen de nadelen?**

Prompt: Nadelen i.v.m. offline nazorgprogramma's.

10. **Hoe denkt u dat u zich zou voelen bij het gebruik van online nazorgprogramma's?**

Prompt: Bijvoorbeeld; aan je lot overgelaten, of juist fijn om zelf de regie te hebben.

Prompt: Welke emoties zou het kunnen oproepen?

C. Fysieke bekwaamheid – Vaardigheden, capaciteiten of bekwaamheden verworven door oefening

Niet iedereen kan zomaar gebruikmaken van online nazorgprogramma's. Men heeft bepaalde vaardigheden en capaciteiten nodig en u moet lichamelijk ertoe in staat zijn.

1. **Hoe makkelijk of moeilijk zou u het vinden om online nazorgprogramma's te gebruiken?**

Prompt: Digitale vaardigheden (hoe makkelijk vindt u het om in te loggen op websites bijvoorbeeld voor internetbankieren)?

Prompt: Wat zou u hierin helpen?

2. **Heeft u hierbij hulp nodig?**

Prompt: Bijvoorbeeld van familie of vrienden, een ICT helpdesk of een (instap)cursus.

3. **Denkt u dat u lichamelijk in staat bent om gebruik te maken van online nazorg?**

Prompt: Heeft u bijvoorbeeld tijdens het herstel van de behandeling voldoende energie, uithoudingsvermogen en concentratie om er gebruik van te maken?

4. **Wat zou u hierin helpen?**

D. Fysieke mogelijkheden – Omgevingscontext en middelen

Naast vaardigheden vraagt het gebruik van online nazorgprogramma ook andere zaken van patiënten. Men moet er zelf en in de eigen tijd mee aan de slag en heeft bepaalde middelen nodig, zoals een computer en betrouwbare wifi. Daar wil ik het nu graag met u over hebben.

1. **Heeft u de tijd om gebruik te maken van online nazorgprogramma's?**

2. **Bent u bereid om er zelf voor te betalen of zou een online nazorgprogramma (deels) voor u gefinancierd moeten worden?**

3. **Heeft u de juiste apparatuur en faciliteiten om gebruik te maken van online nazorgprogramma's?**

Prompt: ICT; stabiele wifi.

4. **Zijn er andere zaken in uw omgeving die u (zouden kunnen) helpen of hinderen om gebruik te maken van online nazorgprogramma's?**

Prompt: Bijvoorbeeld automatische herinneringen.

5. **Heeft u er vertrouwen in dat er wat kan worden gedaan om uw belemmeringen op te lossen?**

E. Sociale mogelijkheden – Sociale invloeden zoals sociale normen, -druk, -conformiteit, -vergelijkingen

Nu zou ik graag met u verder praten over hoe uw omgeving tegen het gebruik van online nazorg aankijkt. Met uw omgeving bedoel ik zowel uw familie en vrienden als de zorgverleners met wie u in aanraking bent (geweest) voor uw behandeling.

1. **Hoe kijkt uw omgeving aan tegen:**

- Het gebruik van online nazorgprogramma's (schat u in)? In hoeverre beïnvloedt dit uw keuze om wel of niet gebruik te maken van online nazorgprogramma's?
Prompt: Bijvoorbeeld zorgverleners, familie/vrienden
- Uw herstel en welzijn? Hebben jullie het hierover? Steunen ze u hierin?

2. **In hoeverre denkt u dat uw omgeving u zou helpen/steunen bij het toepassen van de geleerde lessen uit een online nazorgprogramma?**

Prompt: Kunt u het er met hen over hebben? Zouden ze u eraan herinneren?

3. **Kent u andere mensen die gebruikmaken van online nazorgprogramma's?**

F. Automatische motivatie – Emoties, versterkingen zoals beloningen, straffen, prikkels

Ten slotte zou ik het nog willen hebben over hoe een online nazorgprogramma voor u eruit zou moeten zien om het goed te kunnen gebruiken.

1. Welke zaken in het ontwerp van een online nazorgprogramma zouden u helpen om er gebruik van te maken?

Prompt: Bijvoorbeeld met het oog op het design, bepaalde beloningen als u het gebruikt, manieren om u te herinneren dat u het moet gebruiken?

2. Denkt u dat u er een gewoonte van kunt maken om online nazorgprogramma's te gebruiken? Wat zou u hierbij kunnen helpen?

Prompt: In hoeverre denkt u dat u in uw dagelijks leven eraan zou denken om gebruik te maken van online nazorgprogramma's?

3. Wat heeft u ervoor nodig om het in te bedden in uw dagelijks leven?

Prioriteiten

Ik zou het gesprek nu graag willen afsluiten. Ten slotte wil ik u vragen – terugkijkend op dit gesprek – : als u zou moeten zeggen wat voor u de 2 – 3 belangrijkste dingen zijn om online nazorg te gebruiken, wat zouden dat voor u zijn?

Prompt: U hebt natuurlijk heel veel genoemd, maar wat zijn echt de 2 belangrijkste dingen?

Afsluiting

Hartelijk dank voor het gesprek. We zullen de gesprekken anoniem gaan verwerken en analyseren. De resultaten worden gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel. De cadeaubon zullen we u binnenkort toesturen via de mail.

Als u nog vragen of inhoudelijke toevoegingen achteraf heeft, mag u altijd contact met ons opnemen. Mijn mailadres heeft u.

B. Keij | R. van der Vaart | L. van Deursen |
E.E. Alblas | L.H.D. van Tuyl | J.J. Aardoom

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

april 2024

De zorg voor morgen
begint vandaag

In samenwerking met:

