

MET E-HEALTH DE PREVENTIEPARADOX VOORBIJ

Van nazorg naar voorzorg

Het potentieel van e-health wordt breed onderkend, maar onvoldoende benut. De nadruk ligt op toepassingen die de bestaande zorg effectiever en (vooral) goedkoper moeten maken. *Dit terwijl e-health burgers en hun zorgverleners in staat stelt om proactief te zijn, juist gezondheidsproblemen voor te blijven.*

tekst Thomas Ploch en Nick Guldemond
beeld Xavier Arnau/Getty Images/iStock

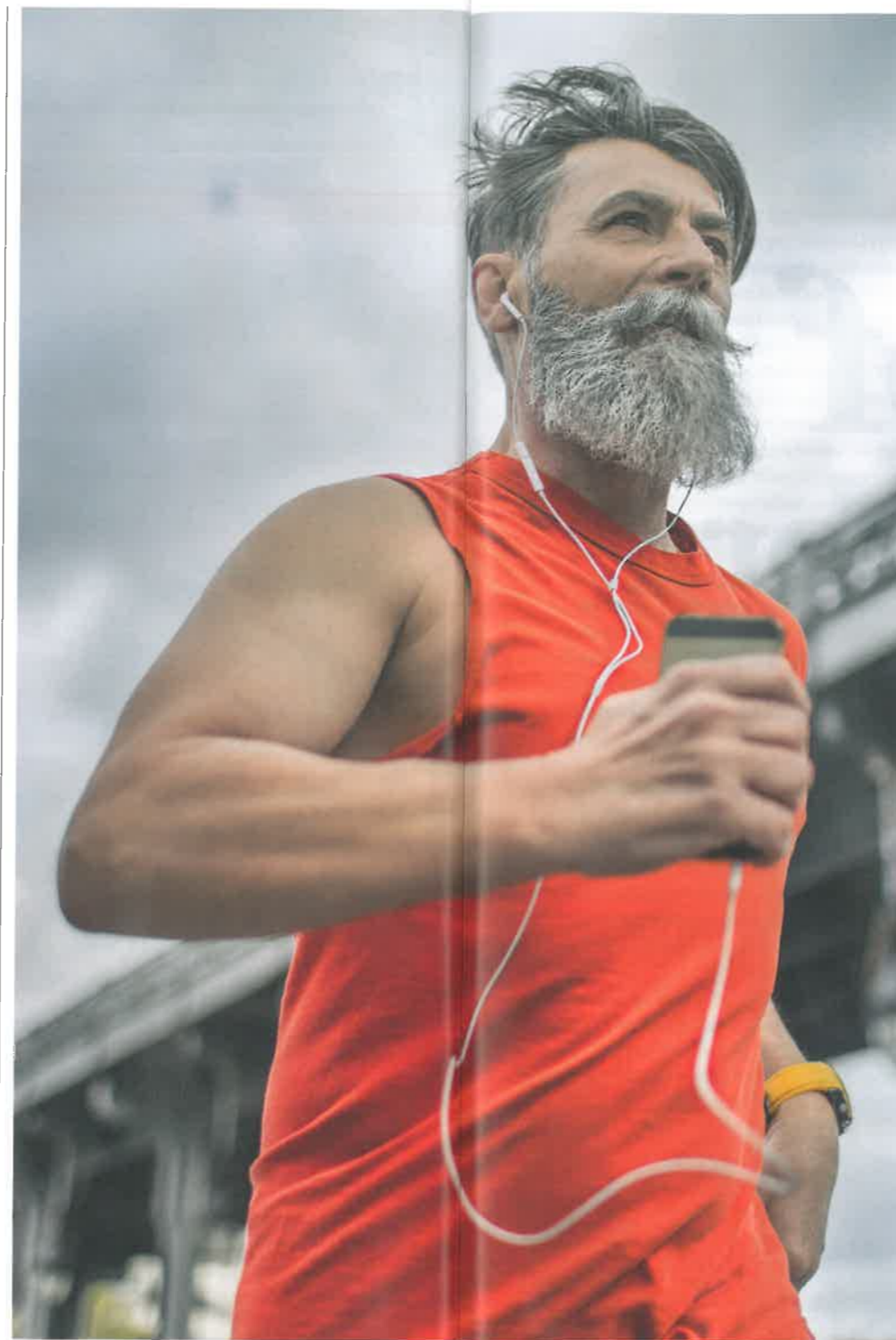
E-HEALTHTOEPASSINGEN worden ontwikkeld voor een gezondheidszorg die zichtbaar verandert. Als de grote veranderingen in de zorg doorzetten – en veel wijst daarop – zal de nadruk verder verschuiven naar integrale zorg. Waarbij meer plaats is voor: 1. anticiperen op en voorkómen van (verergering van) ziekte, 2. begeleiding van mensen met meerdere chronische ziekten gericht op behoud van functioneren en optimale participatie in de samenleving, 3. bevordering van gezond leven en een gezonde omgeving alsook 4. maximale regie in handen van burgers en patiënten. De huidige e-healthagenda is te beperkt. Enerzijds is het te veel gericht op consumentenoplossingen (apps) die geen onderdeel zijn van een omvattend geheel van functionele gezondheidsinformatie. Anderzijds is er veel aandacht voor het digitaliseren van ziekenhuizen en daarmee optimaliseren van de bestaande ziektezorg, ofwel nazorg.

E-health moet breder worden ingezet: als een katalysator van de beweging van nazorg naar voorzorg. Of nog beter, e-healthtoepassingen zouden strategisch en coherent ingezet moeten worden voor het gehele gezondheidscontinuüm binnen de sociale context van de gebruiker. Pas dan zal e-health haar belofte kunnen waarmaken: een fundamentele bijdrage leveren aan een toekomstbestendige gezondheidszorg.

De preventieparadox

De potentie van preventie en gezondheidsbevordering is hoog. Door bijvoorbeeld het zoutgehalte in bewerkte voedingsmiddelen te verlagen, kan het aantal hartinfarcten en beroertes worden verlaagd. Maar de moeilijkheid is om het benodigde politieke en maatschappelijke draagvlak voor invoering van dit soort collectieve maatregelen te verkrijgen. Dit komt doordat voor individuele mensen het verband tussen minder zoutinname en een hartinfarct of beroerte op latere leeftijd zelden of nooit te leggen is. Deze zogeheten preventiepara-

dox ondermijnt de effectiviteit van preventie en gezondheidsbevordering. Epidemiologieprofessor Geoffrey Rose, omschreef in 1981 in *the British Medical Journal* de preventieparadox als de schijnbare tegenstelling dat een preventie-interventie die grote volksgezondheidswinst kan opleveren, voor ieder afzonderlijk individu vaak weinig voordeel heeft. De motivatie voor deelname ontbreekt door gebrek aan concreet zichtbare baten voor het individu. De onderwaardering van preventie en gezondheidsbevordering in de samenleving is voor een belangrijk deel terug te



voeren op deze paradox. Vanwege het ontbreken van een individuele vraag is een consumentenmarkt voor preventie nagenoeg afwezig. De (lokale) overheid is momenteel de enige klant die preventie wil kopen. Maar dit is aan het veranderen.

Quantified self-beweging

Steeds meer mensen gebruiken technologie met het doel informatie over zichzelf te verzamelen en hiervan te leren, ook wel de *quantified self*-beweging genoemd. Mensen delen informatie via websites en internet, maar ook via senso-

ren in apparaten als smartphones, tablets, *activity trackers* en *sport watches*. Met deze zelf gegenereerde data kan steeds meer. Door middel van contextuele informatie uit de omgeving (via gps), uit de elektronische agenda en zelfs uit berichten in de *cloud* (zoals door andere gedeelde informatie op Twitter) kunnen individuele data beter geduid en begrepen worden. Deze technologische ontwikkelingen bieden het individu een preventief handelingsperspectief. De informatie en feedback die veel gezondheidsapps bieden, helpen om het effect of resultaat zichtbaar te maken, zowel op collectief als individueel niveau. Bovendien kan de koppeling van apps aan sociale netwerken of toegevoegde contacten, bijvoorbeeld een hardloop-app als Strava of RunKeeper, ervoor zorgen dat de deelnamebereidheid en deelname aan preventieprogramma's toenemen. Op deze manier toegepast lost e-health de preventieparadox deels op. Mensen ervaren direct het voordeel om aan de preventie-interventie mee te doen. Ze krijgen een handelingsperspectief dat ze vroeger niet hadden. Ze hebben nu iets concreets in handen om bewuster gedurende hun leven met eten om te gaan en dus vitaler en gezonder te blijven. Met andere woorden e-health is een middel om gezondheid samen met anderen te realiseren, als het ware te coproduceren.

Coproductie van gezondheid

Bovengenoemde ontwikkeling kan bijdragen aan de transitie van nazorg naar voorzorg. Echter, de beoogde e-healthtoepassingen zijn geen diensten of producten die gezondheid of vitaliteit produceren. Of een individu de Eetmeter op zijn smartphone heeft staan, zegt niets over zijn werkelijke eetpatroon of gezondheid. Laat staan of, en zo ja hoe, de (sociale) omgeving daaraan bijdraagt. Het is uiteindelijk de eigenaar van de smartphone die gezonder moet eten, die zijn gezondheid en vitaliteit dus moet coproduceren met anderen. Het onderscheid tussen het consumeren en coproduceren van gezondheid is wezenlijk. Veel bestaande e-healthtoepassingen gaan uit van een te consumeren product of dienst met een vooraf bewezen toegevoegde waarde. Bovendien wordt deze toegevoegde waarde veelal gezocht in het bewerken en analyseren van data; niet in het creëren van waarde voor de gebruiker in termen

van gezondheid en vitaliteit. Veel verdienmodellen voor big data en e-health zijn gebaseerd op het doorverkopen van de data aan derden, *niet* aan het creëren van waarde voor de eindgebruiker. Als dat de dominante stroom is, dan gaat het straks goed mis. Om e-health dienstbaar te maken aan de transitie van nazorg naar voorzorg, zou het zwaartepunt moeten liggen op de ontwikkeling van e-healthtoepassingen die gezondheid coproduceren. Burgers, overheid en publieke organisaties zouden dat moeten afdwingen. Anders leiden e-healthtoepassingen misschien tot *'Big Brother is watching you'*-achtige situaties. Denk aan zorgverzekeraars die in polisvoorwaarden opnemen dat hun verzekerden e-healthapplicaties moeten downloaden om voor vergoeding van ziektekosten in aanmerking te kunnen komen of om korting op hun eigen risico te krijgen. Dit is niet ondenkbeeldig, gezien het plan van verzekeraars om kastjes in auto's te bouwen om het rijgedrag te monitoren. De stap naar de zorgverzekeringsmarkt is zo gemaakt. De zorgen om privacy hangen hiermee samen. Als burgers de primaire gebruikers zijn van de e-health-applicaties ligt het ook in lijn om hen eigenaar van de data te laten zijn. Zolang de burger eigenaar blijft van zijn eigen *quantified self*, kan hij bepalen wie toegang krijgt tot zijn gezondheidsdata. Daarom hecht de NPHF Federatie voor Gezondheid eraan dat er publiek-private partnerships komen waarin burgers, zorgprofessionals en e-healthbedrijven vanuit de coproductie nieuwe e-healthtoepassingen ontwikkelen. Digitale innovaties, gericht op de ondersteuning van mensen om samen met hun omgeving langer gezond en vitaal te blijven. Pas dan zal e-health haar potentie écht waar kunnen maken. ■

Thomas Ploch is directeur van NPHF Federatie voor Gezondheid en tevens als gezondheidswetenschapper werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afdeling Sociale Geneeskunde.

Nick Guldemond is verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam en het European Health Futures Forum, Isle of Wight, UK.