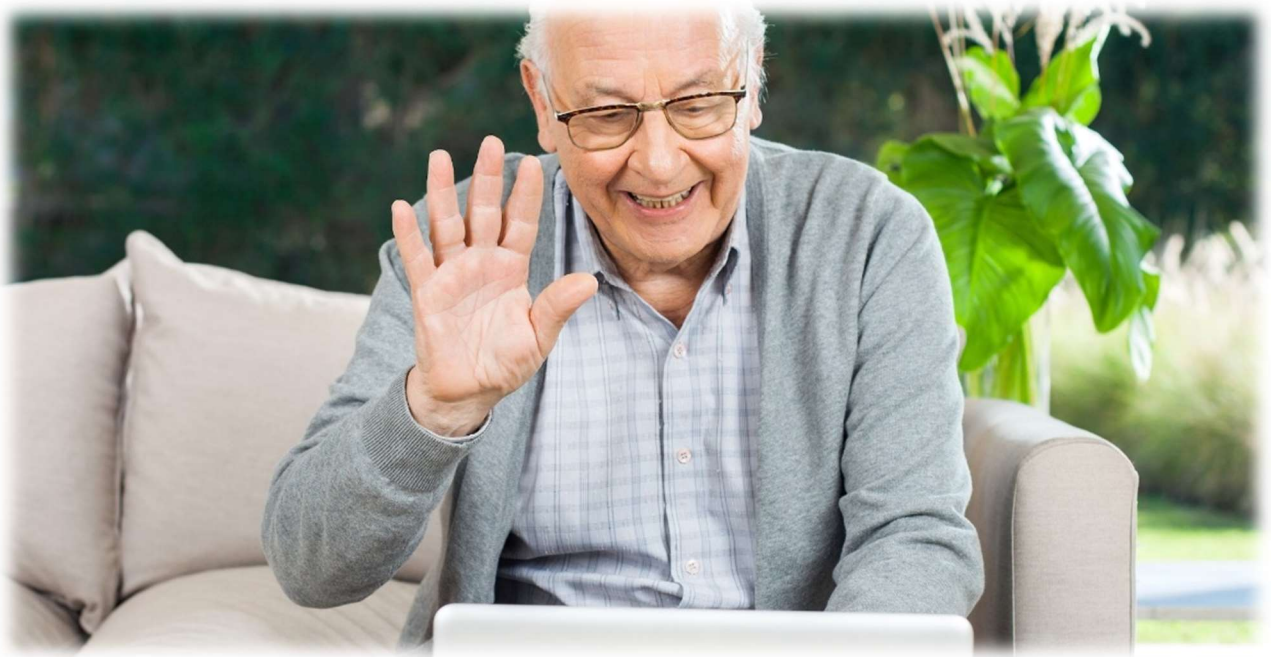


AAL technologie, preventieve ICT hulpmiddelen voor ouderen



Leanne Maathuis & Aniek Snijders
Bachelorrapport SPH
Academie Mens en Maatschappij
Saxion, Enschede

AAL technologie, preventieve ICT hulpmiddelen voor ouderen

*Werkt implementatie van AAL in een "alleen als het moet"
maatschappij?*

Door: Leanne Maathuis (328469) en Aniek Snijders (324475)
Bachelor begeleider: Geke Flier
Opdrachtgever: Lectoraat Technology Health and Care, Saxion.
Praktijkbegeleider: Christina Jaschinski
Sociaal Pedagogisch Hulpverlening
Academie Mens en Maatschappij
Saxion Hogeschool, te Enschede
Enschede, 7 juni 2016

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoek naar de mening van 55-plussers over de acceptatie en implementatie van AAL technologie in Enschede. Wij hopen met dit rapport een bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling en implementatie van AAL technologie binnen Nederland. Tevens hopen wij dat de resultaten ondersteunend kunnen zijn voor breder onderzoek binnen dit kader.

Via deze weg willen wij graag een aantal personen bedanken voor de medewerking, begeleiding en de stimulans die wij tijdens de ontwikkeling en uitvoering van dit onderzoek hebben mogen ontvangen. Allereerst willen wij onze dank en waardering uitspreken voor de goede begeleiding van onze opdrachtgever, Christina Jaschinski. Dank voor je expertise en feedback. Samen met de fijne ondersteuning van onze vakkundig docent Geke Flier hebben wij dit onderzoek in de juiste banen kunnen leiden.

Daarnaast willen wij onze dank en waardering uitspreken voor de respondenten die deel hebben genomen aan de interviews. Zij hebben een grote bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de resultaten van dit onderzoek. Ook willen wij de Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen bedanken, in het bijzonder voorzitter ANBO Enschede Hanny Flore, voor de samenwerking en het in contact brengen met de doelgroep.

Tijdens het schrijven van dit bachelor rapport hebben wij, met hulp van onze vrienden en familie, op moeilijke momenten het vertrouwen in elkaar niet verloren en stresssituaties overwonnen. In het bijzonder willen wij onze partners bedanken. Niek de Jonge, die ondanks zijn eigen strijd altijd met een lach op zijn gezicht mogelijkheden heeft gecreëerd zodat Leanne in het Antoni van Leeuwenhoek een plek had om te werken. En Willem Vaneker, steunpilaar van Aniek.

Iedereen bedankt voor sparren en meedenken!

Leanne Maathuis en Aniek Snijders

juni, 2016

Samenvatting

De zorg is aan het veranderen. Was het enkele jaren geleden nog het geval dat men op een oudere leeftijd naar een verzorgingstehuis ging, is het nu de bedoeling dat deze ouderen langer thuis blijven wonen. Een verandering die overigens aansluit bij de behoefte van de 'oudere van nu'. Wel zijn zij hierdoor bang dat hun veiligheid en sociale netwerk wegvalt. ICT toepassingen die zich specifiek richten op het behoud van zelfstandigheid in de woonsituatie van de ouderen, worden met de term Ambient Assisted Living (AAL) omschreven. SONOPA (SOcial Networks for Older Adults to Promote an Active Life) is een voorbeeld van een ICT toepassing die zich richt op de brede behoeften van de ouderen zoals veiligheid, onafhankelijkheid en behoudt/vergroten sociaal netwerk. SONOPA bestaat uit drie verschillende onderdelen: een tablet, het sociaal netwerk en sensoren. De meningen van de betrokken partijen (de ouderen, mantelzorgers en de professionals) over AAL technologie zoals het SONOPA project was onvolledig onderzocht. Dit vormde voor projectleiders Jachinski en Allouch de aanleiding van drie onderzoeken, waar dit afstudeeronderzoek een deel van uitmaakt. In dit onderzoek staat de doelgroep ouderen centraal. Bij eerdere onderzoeken naar het SONOPA project is de minimale leeftijd gezet op 55 jaar, gekozen voor ouderen die actief in de samenleving staan en zo zelfstandig mogelijk wonen. Het SONOPA project is in dit onderzoek als voorbeeldcase gebruikt, daarom is ook in dit onderzoek gekozen om diezelfde doelgroepseisen aan te houden. Er is kwalitatief onderzoek gedaan naar de mogelijkheden/barrières van AAL technologie zoals SONOPA en de intentie van gebruik door 55-plussers in Enschede. Deze inventarisatie is tot stand gekomen middels literatuurstudie en twintig individuele semigestructureerd interviews. De verscheidenheid en diversiteit in factoren die een bijdrage leveren aan het intentie van gebruik zijn te zien in de resultaten. Deze zijn gecategoriseerd weergegeven in het codeerschema. Uit de resultaten bleek dat alle respondenten AAL technologie zoals SONOPA zien als veiligheid vergrotend. Velen van hen zijn van mening dat het de zelfstandigheid en sociale netwerk kan behouden/vergroten. Daartegenover vonden bijna alle respondenten dat deze technologie de gebruiker berooft van zijn/haar privacy. Tevens is de oudere generatie van nu terughoudend over AAL technologie zoals SONOPA door het gebrek aan kennis in de omgang met de technologie. Ook de afhankelijkheid aan de technologie (indien uitval van het systeem) en de mantelzorgers (als alarmering) worden benoemd als barrières. Toch kan uit de resultaten van dit onderzoek geconcludeerd worden dat mits ouderen enige controle hebben over systemen, zij het gevoel van veiligheid verkiezen boven de meeste genoemde barrières. Een onverwachte conclusie uit dit onderzoek, was dat eenzaamheid als 'eigen schuld' wordt gezien. Veel ouderen nemen geen initiatief, iets waar volgens de geïnterviewde AAL technologie zoals SONOPA niets aan kan veranderen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de geïnterviewde 55-plussers open staan voor het gebruik van AAL technologie wanneer zij dit echt nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven, er geen visuele sensoren geplaatst worden en zij enige controle houden over het systeem. Om generaliseerbare resultaten te verkrijgen, zal de intentie van 55-plussers om AAL technologie te gebruiken breder onderzocht moeten worden. Hierbij zal men aandacht moeten hebben voor het bereiken van de juiste doelgroep. Voordat de vitale oudere gebruik gaat maken van AAL technologie is er waarschijnlijk eerst een cultuur- en gedragsverandering nodig. Want, werkt implementatie van AAL in een "alleen als het moet" maatschappij?

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Hoofdstuk 1 – Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Doelstelling	4
1.2.1 Korte termijn doelstelling	4
1.2.2 Lange termijn doelstelling	4
1.3 Onderzoeksvraag	4
1.3.1 Hoofdvraag	4
1.3.2 Deelvragen	4
1.4 Leeswijzer	5
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	6
2.1 Kenmerken van 55-plussers	6
2.1.1 Doelgroep ouderen	6
2.1.2 Behoeften ouderen	6
2.2 De relatie tussen deze kenmerken en de kwaliteit van leven	7
2.3 Huidig technologie gebruik onder 55-plussers in Nederland	9
2.3.1 Huidig ICT gebruik	9
2.3.2 Wanneer gaan ouderen gebruik maken van technologie?	10
2.4 Wat is AAL technologie	11
2.4.1 AAL technologie	11
2.4.2 SONOPA	11
2.5 Mogelijkheden en barrières op acceptatie van AAL technologie	12
2.5.1 Mogelijkheden en barrières	12
2.6 Conclusie theoretische deelvragen	14
Hoofdstuk 3 – Methode van onderzoek	16
3.1 Onderzoekstype- en methode	16
3.2 Populatie	16
3.2.1 Doelgroep analyse	16
3.3 Steekproef	17
3.4 Onderzoeksinstrument	18
3.4.1 Procedure	19
3.5 Validiteit	19
3.6 Betrouwbaarheid	20
3.7 Ethische overwegingen	20

3.8 Samenvatting	20
Hoofdstuk 4 – Resultaten	22
4.1 Kenmerken respondenten	22
4.2 Deel 1: Ervaring thuiszorg en technologie	24
4.3 Deel 2: Evaluatie SONOPA	25
4.4 Deel 3: Acceptatie en intentie tot gebruik.....	28
Hoofdstuk 5 – Conclusie	30
5.1 Conclusie praktische deelvraag 1	30
5.2 Conclusie praktische deelvraag 2	30
5.3 Conclusie praktische deelvraag 3	32
5.4 Conclusie hoofdvraag	32
5.5 Aanbevelingen	34
5.6 Sterktes en zwaktes	35
5.7 Discussie.....	37
Nawoord	40
Bibliografie	41
Bijlage 1: Schematische weergave Hervorming Langdurige Zorg	
Bijlage 2: Operationalisering	
Bijlage 3: Interviewformat	
Bijlage 4: Schematische weergave resultaten achtergrondgegevens	
Bijlage 5: Codeerschema	
Bijlage 6: Overeenkomst onderzoeksopdracht	
Bijlage 7: Schematische weergave sociaal-, fysiek- gezondheidsscore per respondent	

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming en de doel- en vraagstellingen van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 1.1 is de aanleiding van dit onderzoek beschreven. De doelstellingen komen in paragraaf 1.2 aan bod, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen korte- en lange termijn doelstellingen. Aan de hand van deze doelstellingen zijn de hoofd- en deelvragen geformuleerd, deze zijn terug te vinden in paragraaf 1.3. Paragraaf 1.4 sluit dit hoofdstuk af met de leeswijzer.

1.1 Aanleiding

“Aging seems to be the only available way to live a long time.”- Daniel-Francois-Esprit Auber (z.j.).

Het inwonersaantal van Nederland groeit. In Nederland wonen zo’n 16.9 miljoen inwoners volgens de bevolkingsteller van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2016). Dit zijn 100.000 inwoners meer dan in 2015. Naast het feit dat de Nederlandse bevolking groeit door geboorteoverschot, toename van levensverwachting en toestroom van immigranten en asielzoekers, neemt tegelijkertijd de vergrijzing in Nederland toe. Uit onderzoek van het CBS blijkt dat Nederland begin 2015 ongeveer 3 miljoen 65-plussers telde, waarvan 0.7% miljoen 80-plussers. Dit aandeel zal de komende jaren snel toenemen. Naar verwachting zal Nederland in 2040 ongeveer 18.1 miljoen inwoners tellen, waarvan 4,7 miljoen 65-plus zal zijn. Dit is 26% van de totale Nederlandse bevolking (CBS, 2016). De levensverwachting van de Nederlandse bevolking is in vergelijking met vorig jaar gemiddeld 0,3% verhoogd: mannen worden gemiddeld 78,8 jaar en vrouwen 82,7 jaar (Smits, van den Beld, Aartsen & Schroots, 2014). Uit het onderzoek van Rashidi en Mihailidis (2013) blijkt dat de toenemende vergrijzing impact heeft op de samenleving: toename van mensen met ziekten zoals Alzheimer of Parkinson; verhoging van kosten voor gezondheidszorg en tekort aan professionele zorgverleners waardoor meer zorg op familie of kennissen rust. De Nederlandse samenleving is op dit moment in de overgang van een demografisch jonge verzorgingsstaat naar een vergrijzende samenleving met toenemende individuele verantwoordelijkheid (Smits et al., 2014).

In reactie op de genoemde ontwikkelingen met betrekking tot vergrijzing en de daarbij horende stijging in ouderen met cognitieve en/of fysieke aandoeningen, is per 1 januari 2015 de organisatie van de zorg veranderd. Na 1 januari 2015 zijn gemeenten, zorgverzekeraars en het rijk samen verantwoordelijk voor de zorg. De zogenoemde ‘transities’. Dit vanuit de overtuiging dat als je de zorg en dienstverlening allemaal op gemeentelijk niveau organiseert, de kwaliteit en efficiëntie omhoog gaat (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014). De ouderenzorg die tot en met 2014 geregeld werd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), wordt vanaf 2015 geregeld onder de nieuwe WMO en de Zorgverzekeringswet. De naam van de AWBZ is per 1 januari 2015 veranderd in WLZ. WLZ staat voor: Wet Langdurige Zorg. Deze regelt per 1 januari 2015 de opvang in een zorginstelling (Movisie, 2015). Bij deze wijzigingen moet gedacht worden aan dat mantelzorg, zelfredzaamheid en het voorkomen van opname in een instelling speerpunten zijn van het overheidsbeleid (Movisie, 2015). In bijlage 1 is een schematische weergave van de wetsverandering te zien. De belangrijkste verandering die betrekking heeft op de ouderenzorg in de praktijk, is dat de mantelzorg een veel grotere rol gaat spelen en dat professionele zorg veel meer bij de ouderen thuis in plaats van bij een zorginstelling plaatsvindt (Rijksoverheid, 2015). Het is dus de bedoeling dat de ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Uit onderzoek van Sun, Florio, Gui en Blonia (2009) blijkt ook dat ouderen thuis blijven wonen verkiezen boven het verhuizen naar een verzorgingstehuis. Echter gaven respondenten in dit onderzoek aan, bang te zijn voor sociale verwaarlozing en het ontbreken van een ‘vangnet’ (Sun et al., 2009).

De verandering in de zorg en de daarbij veranderde zorgbehoeften, heeft geleid tot een ontwikkeling in het zorgaanbod: EHealth. Zorg moet goedkoper en efficiënter, EHealth kan daarvoor een oplossing zijn (Leeuwen, 2015). Minister Schippers en staatssecretaris van Rijn geven beide aan dat de

mogelijkheden van EHealth beter moeten worden benut. *“Online een afspraak maken met het ziekenhuis of een behandeling via EHealth. Mantelzorg organiseren via sociale media of contact met de wijkverpleegkundige via beeldbellen. Dat moet de gewoonste zaak van de wereld worden.”*(KNMG, 2015).

EHealth is een breed begrip. Het gaat over digitale toepassingen in de zorg: het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg. Patiënten en artsen kunnen zo via de computer uitslagen communiceren, diagnoses stellen en informatie uitwisselen. Denk aan het online doorgeven van bloedstollingswaarden naar patiënten, videocontact met thuiszorg, teleconsultatie tussen artsen en telemonitoring van patiënten met chronische aandoeningen (KNMG, 2015). Digitalisering en nieuwe technologieën spelen niet alleen een rol in de brede zorgcontext, maar ook in de zorg voor ouderen. Toepassingen die zich specifiek richten op het langer zelfstandig functioneren van ouderen worden ook met de term Ambient Assisted Living omschreven (C. Jaschinski, persoonlijke communicatie, 9 maart 2016). Deze term verwijst naar elektronische systemen die (onopvallend) integreren in onze dagelijkse omgeving, ingebed in alledaagse objecten zoals mobieltjes, huishoudelijke apparaten en Televisies. Het is een nieuwe manier om om te gaan met de behoeften van ouderen voor een veilige omgeving en een onafhankelijke manier van leven (Sun et al., 2009).

Ambient Assisted Living, ook wel afgekort AAL, is gebaseerd op het principe van Ambient Intelligence. Ambient Intelligence is een principe dat onder andere, maar niet uitsluitend gebruikt wordt voor Ambient Assisted Living toepassingen (C. Jaschinski, persoonlijke communicatie, 9 maart 2016). Met Ambient Intelligence wordt een toekomstvisie aangeduid. In plaats van dat wij bewust zijn van de aanwezigheid van apparaten, is in deze visie de omgeving bewust van de aanwezigheid van personen, hun gedrag, of zelfs intenties. Deze ‘bewuste systemen’ zijn bewust van bepaalde situaties en zijn in staat om hierop te reageren (Lectoraat Ambient Intelligence, z.j.).

De visie van Ambient Assisted Living is om geavanceerde ICT-oplossingen te ontwikkelen die de autonomie, gezondheid, zelfvertrouwen, mobiliteit en maatschappelijke participatie van ouderen bevordert. Het algemene doel is om onafhankelijk ouder worden te bevorderen, het ondersteunen en ontlasten van het zorgnetwerk en uiteindelijk controle te krijgen over de uitgaven van gezondheidszorg en sociale zorg (Rashidi & Mihailidis, 2013). Enkele voorbeelden van AAL technologie zijn: (visuele)sensoren, robots en betere alarmsystemen.

Door de invoering van de transitie in 2015 is de rol van zorgverleners veranderd. Door deze verandering krijgen instellingen een minder prominente plek. Intelligente systemen kunnen niet alle zorg van mensen over nemen, sociaal contact is belangrijk. Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014) krijgen zorgverleners dankzij deze technologie juist meer tijd voor de menselijke kant van de zorg: persoonlijke aandacht en een luisterend oor. Daarmee zal deze omslag ouderen veel opleveren, namelijk: een betere kwaliteit van leven. Uit verschillende onderzoeken van Peek et al. (2014), Sun et al. (2009) en van Hoof, Kort, Rutten en Duijnste (2011) is gebleken dat men tijdens het ontwikkelen van AAL technologie te maken krijgt met de volgende kritische punten: kosten, risico op sociaal isolement en de benadering van ouderen: men moet rekening houden met de mogelijkheden, verlies mentaal kunnen van de ouderen, ‘angst’ voor technologie en acceptatie van technologische hulpmiddelen.

Het Lectoraat Technology Health and Care van Hogeschool Saxion is voornamelijk geïnteresseerd in hoeverre ouderen, professionals en mantelzorgers open staan voor ontwikkeling en implementatie van AAL technologie en het in kaart brengen van barrières tijdens dit acceptatieproces. Jaschinski is onderzoeker binnen Saxion University of Applied Sciences en Research Group Technology Health & Care, op Saxion Hogeschool te Enschede. Zij heeft samen met S. Allouch in 2013 onderzoek gedaan naar AAL technologie en is mede oprichtster van het project SONOPA. SONOPA

staat voor SOcial Networks for Older Adults to Promote an Active Life en behoort onder de AAL technologie. Het is een sociaal netwerk voor senioren zodat ze verbonden zijn/blijven met familie en vrienden, om een actieve levensstijl te hebben en ondersteuning te krijgen in hun dagelijkse activiteiten (Jaschinski & Allouch, 2015).

Uit onderzoek van Sun et al. (2009) is gebleken dat: onafhankelijkheid, privacy, veiligheid en het gevoel van eigenwaarde belangrijke factoren zijn die meespelen bij de keuze van de oudere om thuis te blijven wonen, of om te verhuizen naar een verzorgingstehuis. Factoren die wellicht de kwaliteit van leven kunnen vergroten. Wouters en Carters (2011) omschrijven de kwaliteit van leven als het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de ervaringen hiervan. In hoofdstuk 2.1 en 2.2 is hier dieper op ingegaan. AAL technologie als SONOPA spelen in op deze behoeften van 'kwaliteit van leven'. In hoeverre ouderen in hun dagelijks leven gebruik willen maken van AAL technologie, is echter nog steeds niet bekend. Daarom gaat onderzocht worden in hoeverre ouderen 'hulp' van AAL technologie accepteren. Met dit onderzoek wordt beoogd een beeld te schetsen van de mening en behoeften van ouderen uit Enschede over AAL technologie, waarna aanbevelingen worden gemaakt ter bevordering van inzet van AAL technologie. Er zal rekening worden gehouden met zowel technische-, psychologische- en sociale factoren, de verschillende mogelijkheden en (eventuele) culturele verschillen. Op verzoek van de opdrachtgever zal het SONOPA project in dit onderzoek dienen als voorbeeld case. Met de resultaten die voortkomen uit dit onderzoek kan een bijdrage worden geleverd aan de ontwikkeling en implementatie van AAL technologie binnen Nederland. Tevens kunnen de resultaten ondersteunend zijn bij het SONOPA project en voor verdere onderzoeken binnen dit kader.

Projectkader:

De opdracht voor dit onderzoek is gegeven door Christina Jaschinski, onderzoeker binnen Hogeschool Saxion. Dit afstudeeronderzoek is een onderdeel van het vierde leerjaar, Sociaal Pedagogisch Hulpverlening. Dit onderzoek richt zich op de mening en behoeften van 'ouderen' over AAL technologie in hun eigen thuiscontext in Enschede. Naast dit onderzoek, zijn er op dit moment nog twee onderzoeken actief die de mening en behoeften van de professionals en mantelzorgers over AAL technologie gaan weergegeven. Deze onderzoeken worden uitgevoerd door studenten van de academie Mens en Maatschappij van Hogeschool Saxion onder leiding van dezelfde opdrachtgever.

De betrokkenen bij dit onderzoek zijn twintig respondenten (ouderen 55+ die nog zoveel mogelijk actief deelnemen aan de maatschappij en zelfstandig wonen in Enschede) en Christina Jaschinski. Zoals genoemd in de aanleiding, is dit onderzoek een onderdeel van een groter project. Dit project hanteert de leeftijdsgrens 55+. Door diezelfde leeftijdsgrens te hanteren, zullen de resultaten uit dit onderzoek beter aansluiten.

1.2 Doelstelling

Er wordt onderscheid gemaakt tussen korte en lange termijn doelstellingen. De kortetermijndoelstelling is de doelstelling die behaald wordt met het uitvoeren van het onderzoek. Het doel van de opdrachtgever is beschreven onder het lange termijn doel.

1.2.1 Korte termijn doelstelling

- Inzicht krijgen in welke mate en met welke intentie ouderen (55+) in Enschede gebruik willen maken van AAL technologie.
- Inzicht krijgen welke mogelijke voordelen, motivaties en barrières zij zien t.o.v. het gebruik van AAL technologie.

1.2.2 Lange termijn doelstelling

- De ontwikkeling en implementatie van AAL technologie in Nederland verbeteren.

1.3 Onderzoeksvraag

1.3.1 Hoofdvraag

Met welke intentie zullen 55-plussers AAL technologie gebruiken en welke mogelijkheden en barrières zien zij bij het inzetten van deze technologie om langer zelfstandig wonen te realiseren?

1.3.2 Deelvragen

De deelvragen worden onderverdeeld in theoretische deelvragen en praktische deelvragen, zodat duidelijk wordt hoe de deelvragen worden beantwoord.

Theoretische deelvragen

1. Wat zijn kenmerken van 55-plussers?
2. Wat is de relatie tussen deze kenmerken en de kwaliteit van leven?
3. Hoe ziet het huidige technologie gebruik onder 55-plussers in Nederland er uit?
4. Wat wordt er volgens de literatuur verstaan onder AAL technologie?
5. Wat zijn de mogelijke voordelen en barrières die invloed hebben op de acceptatie van AAL technologie?

Praktische deelvragen

6. In welke mate en op welke manier hebben 55-plussers ervaring met ICT?
7. Wat zijn de wensen en behoeften van 55-plussers m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA?
8. In hoeverre kan volgens de 55-plussers AAL technologie zoals SONOPA een bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven?

1.4 Leeswijzer

In dit onderzoek is toegewerkt naar het beantwoorden van de geformuleerde hoofdvraag. U heeft kunnen lezen dat hoofdstuk 1 de aanleiding, de doelstellingen op lange- en korte termijn en de hoofd- en deelvragen weergeeft. Hoofdstuk 2 geeft de uitkomsten van het literatuuronderzoek weer, waarvan deze hebben geleid tot de beantwoording van de theoretische deelvragen. In het derde hoofdstuk is de onderbouwing van de onderzoeksmethode beschreven. Hier komen de onderzoeksmethode en onderzoekstype naar voren en wordt uitleg gegeven over de procedure, onderzoekspopulatie, steekproef, betrouwbaarheid en validiteit. Tevens is hier de ethische overwegingen beschreven. Vervolgens is in hoofdstuk 4 de resultaten van dit onderzoek weergegeven. Tot slot staan in hoofdstuk 5 de conclusie beschreven, gericht op de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. Aan de hand van de conclusies worden de aanbevelingen geschreven. Tevens zijn hier de sterktes en zwaktes van het onderzoek weergegeven, en is dit afgesloten met een discussie.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de theoretische deelvragen middel literatuur beantwoord. In paragraaf 2.1 wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvraag ‘Wat zijn de kenmerken van 55-plussers?’ In paragraaf 2.2 zal de term ‘kwaliteit van leven’ worden verduidelijkt en wordt er gekeken naar de relatie tussen de kenmerken van 55-plussers en hun kwaliteit van leven. Paragraaf 2.3 geeft antwoord op de volgende deelvraag: ‘Hoe ziet het huidige technologie gebruik onder 55-plussers in Nederland er uit?’ Paragraaf 2.4 gaat in op de deelvraag: ‘Wat wordt volgens de literatuur verstaan onder AAL technologie?’ waar dieper in wordt gegaan op AAL technologie en het project SONOPA. Paragraaf 2.5 geeft antwoord op de volgende deelvraag: ‘Wat zijn mogelijke voordelen en barrières die invloed hebben op de acceptatie van AAL technologie?’ Ten slotte wordt in paragraaf 2.6 de conclusies van de theoretische deelvragen weergegeven.

2.1 Kenmerken van 55-plussers

2.1.1 Doelgroep ouderen

De doelgroep ouderen is een breed begrip. Men zegt wel eens: ‘je voelt je pas oud als je hiernaar leeft.’ Met andere woorden: zolang men zich jong voelt, zal het zich niet tot de doelgroep ouderen aangetrokken voelen. Ieder mens ontwikkelt zich anders en elk individu is weer verschillend. Toch zijn er bepaalde kenmerken die vallen onder het begrip ouderen. Zo treden volgens Tieleman (2011) door het verouderingsproces veranderingen op in het fysieke-, cognitieve en sociale aspect.

Fysieke verouderingsverschijnselen hebben te maken met de biologische veroudering. Dit leidt tot functieverlies van organen en zintuigen door beschadiging van cellen en weefsels. Dit proces neemt toe met leeftijd en hierdoor treedt ook verlies binnen het functioneren op. Men kan zich minder goed aanpassen aan veranderde omstandigheden, ze zijn minder flexibel. Voorbeelden van fysieke verouderingsverschijnselen zijn: het gerimpelder en dunner worden van de huid, het afnemen van lichaamslengte en het afnemen van zicht en gehoor. Daarnaast neemt het hersenvolume gemiddeld met 10 tot 15% af ten gevolge van de afname van het aantal cellen van het centraal zenuwstelsel en functioneren het hart en de longen minder op hogere leeftijd (Tieleman, 2011).

Bij cognitieve ontwikkelingen staat centraal dat de oudere persoon meer tijd nodig heeft om informatie te verwerken en te coderen tot een zinnig geheel. Het kortetermijngeheugen gaat gemiddeld minder goed functioneren. Men kan minder goed informatie onthouden. Om die reden is het belangrijk dat ouderen meer tijd krijgen om de informatie te verwerken en dat de informatie gedoseerd wordt gegeven (Tieleman, 2011).

Tijdens het verouderingsproces verandert er ook veel op het sociale vlak. Ouderen gaan met pensioen en verliezen daardoor vaak veel sociale contacten. De vrije tijd neemt toe, waardoor nieuwe zinvolle activiteiten gevonden moeten worden. Daarnaast verandert de rol van ouderen binnen het gezin. Vroeger konden zij steun en hulp bieden, nu moeten zij met de tijd steeds meer steun en hulp zelf ontvangen. Sommige ouderen hebben hier moeite mee. Hun eigen kinderen zijn meestal het huis uit en er zijn kleinkinderen waarop gepast moet worden. Daarnaast moet er vaker afscheid genomen worden van bekenden, die door dementie of ouderdom opgenomen worden in een verzorgingstehuis, of overlijden. Tieleman (2011) geeft aan dat veel ouderen te maken krijgen met eenzaamheid en een klein sociaal netwerk. De eenzaamheid en het verkleinen van het sociale netwerk kan tegengegaan worden door ouderen zoveel mogelijk te stimuleren om zich bezig te houden met nieuwe activiteiten en contacten te leggen met nieuwe mensen, zoals (eventuele) medebewoners.

2.1.2 Behoeften ouderen

De behoeften van Nederlandse ouderen zijn de afgelopen jaren meerdere keren onderzocht. Zo is in de aanleiding al het onderzoek van Sun et al. (2009) genoemd. Hieruit kwamen verschillende factoren voort die meespelen bij de keuze van ouderen om zelfstandig thuis te blijven wonen of te

kiezen voor een zorginstelling. De wens van ouderen om zelfstandig thuis te blijven wonen is groot. Dit blijkt wel uit het vragenlijstonderzoek van het Nederlands Instituut Voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. 79% van de zelfstandig wonende ouderen wil thuis blijven wonen, ook als de behoefte aan zorg toeneemt (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Deze bevindingen komen ook overeen met de gegevens van Het Woononderzoek Nederland: zeven van de tien 75-plussers willen het liefst 'tot de dood' in hun eigen woning blijven wonen (van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Tot slot geeft ook een onderzoek van Lahuis en Blokland (2012) een groot percentage weer van ouderen die het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Ruim 80% van de ondervraagde 70-plussers wil in hun eigen vertrouwde omgeving in huis blijven wonen. De meerderheid van hen is van mening dat thuistechnologie hierbij mogelijk kan helpen.

Uit onderzoek van Doekhie et al. (2014) blijkt dat ouderen ook een grote behoefte hebben aan zelfregie. Vrijheid om je eigen leven in te kunnen richten wordt van 'onschatbare waarde' genoemd. Eigen regie is welzijn verhogend, in veel gevallen bevordert het ook de zelfredzaamheid. Volgens Doekhie et al. (2014) moeten mensen meer dan nu het geval is, de mogelijkheid krijgen om eigen regie over hun leven te hebben, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de samenleving.

Zelfstandig wonen valt samen met zelfredzaamheid en daarom is het van belang dat zoveel mogelijk zorg dicht bij de mensen wordt georganiseerd. Een sociaal netwerk speelt een grote rol bij het gevoel van onafhankelijkheid van ouderen. Voornamelijk bij ouderen waar het welzijn bij achteruit gaat (Doekhie et al., 2014). Het sociale netwerk kan de ouderen de nodige zorg bieden die wenselijk is. Ondersteuning van familie/vrienden wordt tot nu toe sneller geaccepteerd dan ondersteuning van professionals. Uit een behoefteonderzoek van de gemeente Grave komt naar voren dat het gevoel van onveiligheid, eenzaamheid en kwetsbaarheid met name gevolgen zijn van de vaak voorkomende en meervoudige gezondheidsproblemen. En dat ouderen deze gevoelens veel sneller ervaren dan bijvoorbeeld jongeren met gezondheidsproblemen (Kardol, 2013).

Door stimulatie van het sociale netwerk kan dit gevoel worden verminderd en kan het welzijn verhogend werken. Actieve deelname in de samenleving kan deze stimulatie teweeg brengen. Hierdoor wordt ingespeeld op de mobiliteit en veiligheid die een belangrijke rol spelen binnen de maatschappelijke participatie. Het zelfstandig blijven wonen, het hebben van een sociaal netwerk en de daarbij horende ervaring van een onafhankelijk gevoel, vergroten het welbevinden van de oudere en de kwaliteit van leven (Doekhie et al., 2014).

2.2 De relatie tussen deze kenmerken en de kwaliteit van leven

De behoeften van de ouderen kunnen gekoppeld worden aan de kwaliteit van leven. De ervaring van kwaliteit van leven beïnvloed namelijk de behoeften die ouderen voelen. Kwaliteit van leven betekent het functioneren van personen op fysiek-, psychisch- en sociaal domein en de evaluatie daarvan. Daarnaast kan kwaliteit van leven ook naar objectieve aspecten verwijzen, bijvoorbeeld naar de objectieve beperkingen die iemand heeft als gevolg van zijn ziekte. Kwaliteit van leven gaat dus om de mogelijkheden en barrières die iemand ziet in het leven, en hoe dit wordt ervaren. Omdat de doelgroep ouderen door het verouderingsproces sneller veranderingen ervaren in het fysieke-, cognitieve- en sociale aspecten, beoordelen zij hun kwaliteit van leven vaak lager dan jongere mensen (Wouters & Carters, 2011).

Kwaliteit van leven bestaat uit meerdere domeinen: het lichamelijke-, psychische- en sociale domein.

- Het lichamelijke domein van kwaliteit van leven bestaat bijvoorbeeld uit het lichamelijk functioneren en symptomen zoals pijn.
- Het psychische domein omvat psychische klachten, zoals angstige of depressieve gevoelens of positieve gevoelens.
- Het sociale domein omvat bijvoorbeeld het aantal en de kwaliteit van de sociale contacten (Wouters & Carters, 2011).

Mensen met dezelfde gezondheidsproblemen hoeven niet hetzelfde oordeel over hun kwaliteit van leven te hebben. Hoe de kwaliteit van leven door mensen wordt ervaren, wordt bepaald door de wisselwerking met een groot aantal (erfelijke) factoren. Factoren zoals: persoonsgebonden stressoren (verlies van een naaste of van een baan), maatschappelijke omgevingsfactoren, persoonsgebonden kenmerken (sociaal economische status, persoonlijkheid, doelen, normen en waarden, vaardigheden), kenmerken van de sociale relaties zoals hoeveel steun iemand kan bieden, en het omgaan met stress om bijvoorbeeld hulp te zoeken (Sanderman, Arrindell & Ranchor, 1995). Uit onderzoek van Wagner-Johnston (2013) blijkt dat aandoeningen van het bewegingsstelsel het grootste negatieve effect heeft op de kwaliteit van leven. Psychische stoornissen waarbij de geestelijke gezondheid wordt aangetast, wordt als minder belastend ervaren dan een aandoening binnen het bewegingsstelsel. Dus het niet goed lichamelijke functioneren wordt als meer belastend ervaren dan het niet goed psychisch functioneren. Ook chronische (ouderdom)ziekten als: dementie, Parkinson, nierziekten of het krijgen van een beroerte zijn sterk van invloed op de kwaliteit van leven (Van Schoor, Smit, Twisk & Lips, 2005). De chronische aandoeningen die relatief het vaakst voorkomen in de gezondheidsenquête van het CBS en die het meeste invloed hebben op de kwaliteit van leven zijn: artrose of chronische gewrichtsontsteking, ernstige of hardnekkige rug aandoening, een ernstig of hardnekkige aandoening aan de nek, schouder, elle boog, pols of hand en astma of COPS (CBS, 2013).

Bij kwetsbare ouderen is de kwaliteit van leven minder hoog dan bij niet-kwetsbare ouderen (Puts, Shekary, Widdershoen, Lips & Deeg, 2007). De kwetsbare ouderen beschouwen 'sociale contacten' als belangrijkste factor, terwijl niet-kwetsbare ouderen 'gezondheid' als belangrijkste factor beschouwen. Een kleine 30% van de Nederlandse ouderen geldt als kwetsbaar, zo blijkt uit een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). Onder de kwetsbare ouderen behoren de 75-plussers, alleen staande vrouwen met een laag sociaaleconomische status en ouderen met meerdere kwalen. Het verkrijgen van sociale steun heeft een positief effect op de kwaliteit van leven. Dit is tevens een van de behoeften beschreven in paragraaf 2.1.2. Hoe groter het sociale netwerk, hoe meer bereikbare steun verkregen kan worden. Sociale steun kan de moeheid van patiënten verminderen na een ziekte, kan steun bieden in moeilijke tijden en kan stress verminderen (Wagner-Johnston, 2013). Ook goede medische zorg, een gezond dieet, lichamelijke activiteiten en gebruik van hulpmiddelen bij het lopen zijn belangrijke factoren voor een goede kwaliteit van leven (Puts et al., 2007).

Om kwaliteit van leven te meten zijn verschillende methoden beschikbaar: een interview met de cliënt; afname van een schriftelijke vragenlijst bij de cliënt; afname van een interview of vragenlijst bij vertegenwoordigers of verzorgenden van de cliënt; en observaties door onderzoekers of personen in de omgeving van de cliënt (Poortvliet, van Beek, De Boer, Gerritsen & Wagner, 2006). Deze meetinstrumenten kunnen in drie hoofdgroepen worden verdeeld: generiek-, ziekte- en domein specifiek. Generieke instrumenten meten de kwaliteit van leven in termen die voor iedereen relevant zijn, dus ongeacht de aan- of aanwezigheid van ziekten. Ziekte specifieke instrumenten meten de gevolgen van een specifieke ziekte. Domein specifieke instrumenten omvatten één bepaald domein van kwaliteit van leven, bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Om de kwaliteit van leven te behouden of te vergroten, is soms (professionele) ondersteuning nodig. Volgens Timmermans (2003) kan ondersteuning in de volgende vier taakgebieden worden verdeeld:

- Huishoudelijke hulp (schoonmaak);
- Persoonlijke verzorging (wassen, kleden, eten, verplaatsen);
- Medische verzorging (wondverzorging, injecties, medicatie);
- Psychosociale ondersteuning (administratie).

Deze taakgebieden zijn in het onderzoek aangehouden om een scheiding te leggen tussen de verschillende ondersteuning.

2.3 Huidig technologie gebruik onder 55-plussers in Nederland

2.3.1 Huidig ICT gebruik

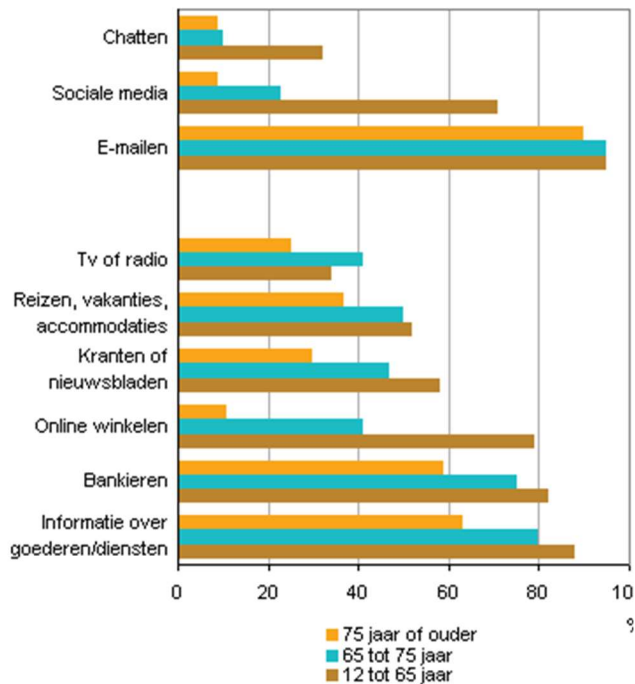
Ouderen kunnen naast ondersteuning van het professionele en/of sociale netwerk verwachten dat, door de groeiende opkomst, de techniek een inzetbaar hulpmiddel zal worden. De gezondheidszorg zal door de opkomst van de toepassing zoals ICT, het elektronisch patiënten dossier, EHealth, zorg op afstand via moderne communicatiemiddelen en de vorming van zorg- en sociale netwerken (online) erg gaan veranderen. ICT Innovaties in de zorg lijken elkaar in een hoog tempo op te volgen (Peeters, Wiegers, de Bie & Friele, 2013). Uit het onderzoek van Lahuis en Blokland (2012) blijkt dat een derde van de ondervraagde 70-plussers bekend is met (thuis)technologie of domotica. De meerderheid dus niet. Al maken de 70-plussers in de praktijk vaak wel gebruik van afzonderlijke technische toepassingen. Hierbij gaat het met name om automatische verlichting bij voor- of achterdeur, een programmeerbare thermostaat of personenalarmering met opvolging door de thuiszorg. Domotica is de integratie van technologie en diensten om de kwaliteit van wonen en leven te verbeteren (Zatacom, 2016). Door de ontwikkelingen rondom EHealth en technologie nemen de mogelijkheden om meer eigen regie en zelfstandigheid te houden toe. Behoeften die, omschreven in paragraaf 2.1.2, bij veel ouderen hoog op de lijst staan.

De technologie is te verdelen in twee groepen: high- en low tech. High tech is technologie op het hoogste niveau van de ontwikkeling, aangepast op de tijd van nu. Met andere woorden: hypermoderne technologie. Enkele voorbeelden van high-tech-oplossingen in de zorg zijn: toepassing van beeld- of bewegingssensoren of een Smartwatch. Low tech is technologie die al langer bekend is, vaak toegepast om simpelere taken te volbrengen (Encyclo, 2016). Maar ook low tech kan toegepast worden om zorgproblemen op te lossen. Bij low-tech-oplossingen voor alledaagse problemen in de zorg kan technologie voor het aan- en uitkleden, zich wassen, huishoudelijke handelingen en het zich verplaatsen in en om het huis als voorbeeld worden genomen (Willemse & van Bodegom, 2015).

Maar wanneer willen ouderen mogelijk gebruik maken van deze zorgtechnologie en wat vinden zij belangrijk in hun keuze? Uit onderzoek van Kokkeler (2015) blijkt dat bij de keuze en het gebruik van technologie mentale conditie en leervermogen van groot belang zijn. Het is daarom belangrijk dat ouderen tijdig met technologie om leren gaan. Daarnaast wordt de keuze van mensen in hoge mate bepaald door emotie en smaak (Tiemeijer, 2011). Men moet dus een goed gevoel hebben bij het gene wat ze aanschaffen. Wat aangeschaft wordt, wordt in de meeste gevallen wel gebruikt. Dit geldt ook voor domotica en zal waarschijnlijk ook gelden voor AAL technologie. In Nederland blijkt de kijk op domotica minder positief is dan bijvoorbeeld in Duitsland. Kokkeler (2015) zegt: *“In Duitsland wordt domotica al jarenlang als voorwaarde voor woon- en leefcomfort gezien: techniek is er om het welzijn te ondersteunen. Op die manier ga je domotica zien als iets plezierigs, als een kans, als iets dat je zou willen leren gebruiken. Zo zien wij dat in Nederland (nog) niet.”* Uit het onderzoek blijkt dat Nederlanders domotica vaak aanschaffen omdat het ‘moet’, meestal als de gezondheid al achteruit gaat en dit zal dan als gevolg hebben dat het (te) laat is om er spelenderwijs mee om te leren gaan en er letterlijk plezier van te hebben. Kokkeler (2015) geeft aan dat een toenemende trend te zien is van draadloze, kleine apparaten die via het internet met elkaar (en zo nodig met familie en zorgverleners) verbonden zijn. Deze ontwikkeling sluit aan bij de behoefte aan sociaal contact en bij de bevindingen uit het onderzoek van Wagner-Johnston (2013): Het verkrijgen van sociale steun heeft een positief effect op het ervaren van kwaliteit van leven. Sociale steun kan de moeheid van patiënten verminderen na een ziekte, kan steun bieden in moeilijke tijden en kan stress verminderen.

Sleijpen (2013) geeft aan dat het aantal ouderen die gebruik maken van internet stijgt. In 2012 gebruikte één op de drie 75-plussers internet. E-mailen en online informatie opzoeken zijn populair, sociale media minder. Bij de doelgroep 65 t/m 75 jaar is het internet gebruik meer: 74% internette hiervan in 2012, in 2006 was dit nog maar 42%. Onder de 65 jaar internet bijna iedereen. Het gebruik van internet onder ouderen in Nederland neemt dus snel toe. Hieronder staat een schematische weergave van de activiteiten van internetgebruikers en hun leeftijden in 2012 (CBS, 2012).

Activiteiten van internetgebruikers, 2012



Bron: CBS

Afbeelding 1: Schematische weergave activiteiten internetgebruikers.

2.3.2 Wanneer gaan ouderen gebruik maken van technologie?

Calvert, Kayeb, Leahyc, Hexemb en Carlson (2009) beschrijven dat ervaring erg belangrijk voor ouderen is. Hoe meer ervaring ouderen hebben met een technologie, hoe groter de acceptatie is van de desbetreffende techniek. Ouderen gebruiken vaak technologie als radio of televisie, technologie die al lang bestaat en als low tech bestempeld kan worden. Calvert et al. (2009) geven aan dat er vier belangrijke stappen te maken zijn om de acceptatiedrempel te doen verlagen: 1. Tevredenheid met de technologie. 2. Gebruik of adoptie van de technologie 3. Efficiënt of effectief gebruik van de technologie 4. Intentie of bereidwilligheid om de technologie te gaan gebruiken. Ouderen zijn niet opgegroeid met technologie, maar de technologie van vandaag is ook niet afgestemd op ouderen. Dus gebruik technologie die zij kennen en gebruik technologie die zij gebruiken om alledaagse taken uit te voeren: pas niet de leefstijl van ouderen aan, maar speel hier op in.

Technologie wordt volgens Lahuis en Blokland (2012) onder de 70-plussers vooral aangeschaft vanwege behoefte aan ondersteuning door zorg (gezien als noodzakelijk), als compensatie van een verminderende mobiliteit en het vergroten van veiligheid.

Tijdens deze aanschaf van technologie is het creëren van een veilig gevoel bij ouderen ook belangrijk. Dit kan bereikt worden met ondersteuning van partner of kinderen. Door stimulatie van partner of kind bij het gebruik van technologie, kan mogelijk het gevoel van veiligheid gecreëerd worden, zonder ouderen uit hun comfortzone te halen (Honig, 2010).

2.4 Wat is AAL technologie

2.4.1 AAL technologie

De Europese samenleving veroudert en hierdoor neemt het aantal (chronische) aandoeningen toe. ICT kan bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken die samenhangen met de vergrijzing, zoals eenzaamheid onder ouderen, stijgende zorgvraag en zorgkosten en personeelstekorten. AAL technologie, omschreven als Ambient Assisted Living, is ontwikkeld in de vorm van ICT en is een nieuwe manier om om te gaan met de behoeften van ouderen, voor een veilige omgeving en een onafhankelijke manier van leven (Smits et al., 2014). AAL maakt het mogelijk dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat.

Om ICT oplossingen te stimuleren, is het Ambient Assisted Living Joint Programme (AALJP) opgezet. Het is een samenwerkingsprogramma met 23 Europese landen, waaronder Nederland, en de Europese Commissie. Het programma stimuleert het Europese bedrijfsleven om in AAL oplossingen voor ouderen te investeren. Hiervoor is jaarlijks een subsidiebedrag van circa €55 miljoen beschikbaar. Vanuit Nederland draagt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport jaarlijks bijna €2 miljoen aan het programma, in opdracht vanuit ZonMw (ZonMw, 2016).

In diverse onderzoeken binnen het domein van AAL zijn verschillende ICT oplossingen naar voren gekomen. Zoals het SONOPA project dat hieronder in paragraaf 2.3.2 staat beschreven. Daarnaast zijn er meer AAL technologieën in ontwikkeling, zoals het project 'Care@Home'. Project 'Care@Home' gaat over het inschakelen van empowerment, welzijn en sociale zorg in het huis van ouderen door middel van interactieve multimedia: de Smart TV. Het is een gepersonaliseerd service kanaal, die zorgt voor een tweeweg communicatie voor familie, vrienden en zorgverleners. En daarbij ook zorgt voor inkomende informatie over afspraken en ander belangrijke informatie (Care@Home, 2013). Naast dit project, bestaat er het 'FOOD' project, behorende onder de AAL technologie. Het 'FOOD' project is er gespecialiseerd in om ouderen te ondersteunen bij het uitvoeren van voedsel gerelateerde dagelijkse activiteiten en de daar bijhorende omgang met huishoudelijke apparaten. Hierdoor wordt de omgeving veel eenvoudiger, veiliger en wordt autonomie gestimuleerd. Het behoudt en/of vergroot onafhankelijkheid van ouderen in alle aspecten van het dagelijkse leven doormiddel van de geplaatste sensoren en het draadloos netwerk waarmee het in verbinding staat. Er kan hierdoor hulp en ondersteuning worden geboden bij het bereiden van voedsel en keukenapparatuur kan bijvoorbeeld op afstand worden bediend (Food, 2014). Een ander voorbeeld van de vele ontwikkelingen binnen AAL technologie is het Fit4Work project. Het 'Fit4Work' project stimuleert het zelfmanagement van lichamelijk en geestelijke gesteldheid van oudere werknemers doormiddel van een Smartphone uitgebreid met sensoren in bijvoorbeeld een Smartwatch (horloge) of elektronisch overhemd. Het systeem is verbonden met de werkomgeving en ondersteunt oudere werknemers. Het vermindert werk gerelateerde mentale en fysieke stress. De sensoren geven namelijk een signaal af en geven en gepersonaliseerde aanbevelingen om het gedrag op het werk en/of de werkplek aan te passen. Het geeft aanbevelingen en houdt met de eisen die gesteld worden, rekening met de leeftijd van de werknemer (Fit4Work, 2014).

2.4.2 SONOPA

In de aanleiding staat het SONOPA project, de voorbeeldcase in dit onderzoek, al kort beschreven. SONOPA staat voor SOcial Networks for Older Adults to Promote an Active Life. Het is een onderdeel van AAL technologie. Dit project is opgezet onder leiding van Jachinski en Allouch. Het is een onderdeel van hun onderzoek om senioren te verbinden met familie en vrienden, een actieve levensstijl te bevorderen en hen bij dagelijkse activiteiten te ondersteunen (Jaschinski & Allouch, 2015).

De doelen van SONOPA zijn als volgt:

- Ervoor zorgen dat ouderen actief, zelfstandig en sociaal redzaam zijn;
- Familie ontlasten en ondersteunen;
- Ouderen helpen langer en veiliger thuis te blijven;
- Contact tussen ouderen en andere generaties te onderhouden (kinderen, kleinkinderen);
- Ouderen te ondersteunen om nieuwe contacten op te bouwen;
- Communicatie tussen zorggevers en zorgnemers te onderhouden.

SONOPA bestaat uit drie verschillende onderdelen: een tablet, het sociaal netwerk en de sensoren.

Tablet

De gebruiker krijgt via de tablet belangrijke informatie te zien. Denk bijvoorbeeld aan een herinnering voor afspraken, verjaardagen, aanbevelingen voor activiteiten en nieuws uit het sociale netwerk. Familieleden of zorgverleners kunnen ook zelf berichten naar de tablet sturen. De gebruiker van SONOPA staat via het systeem in contact met zijn/haar mantelzorger. Deze mantelzorger kan ook afspraken aan de digitale agenda van de gebruiker toevoegen.

Sociaal netwerk

Via het sociale netwerk (met functies zoals chat, berichten, interessegroepen, beeldbellen) kan de oudere makkelijk in contact blijven met familie, vrienden en eventueel zorgverleners. Er kunnen ook nieuwe contacten worden gelegd via bijvoorbeeld de interessegroepen. Het is een online platform waarmee de oudere in contact staat met zelf uitgekozen personen.

Sensoren

SONOPA maakt gebruik van verschillende sensoren die in de thuisomgeving van de oudere geïnstalleerd worden, zoals bewegingssensoren en visuele sensoren met lage resolutie. Deze sensoren registreren de aanwezigheid en de activiteiten binnenshuis en laten de oudere zelf (en desgewenst de verzorgers/familieleden) zijn/haar activiteitsniveau in de gaten houden. Op basis van deze sensoren data ontvangt de oudere ook gepersonaliseerde aanbevelingen, bijvoorbeeld om een nieuw recept te proberen, zijn/haar medicijnen in te nemen of een wandeling te ondernemen. Wanneer de sensoren patronen registreren die niet normaal zijn, bijvoorbeeld bij het overslaan van maaltijden of het niet uit bed kunnen komen, kan SONOPA de verzorger/familie lid inschakelen via het online platform. De verzorger/familie lid krijgt hiervan een melding op zijn/haar mobiel of tablet (C. Jaschinski, persoonlijke communicatie, 14 april 2016).

2.5 Mogelijkheden en barrières op acceptatie van AAL technologie

2.5.1 Mogelijkheden en barrières

Zoals in de aanleiding is uitgelegd, is AAL technologie een vorm van EHealth. EHealth wordt gezien als een variant van bestaande zorg en moet, net zoals 'normale' zorg, voldoen aan bestaande wetten. Als een zorgverlener een patiënt behandelt, is er op grond van een onderdeel van het Burgerlijk Wetboek sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dit onderdeel van het Burgerlijk Wetboek wordt ook wel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) genoemd. In de WGBO staan allerlei rechten en plichten die bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst horen. De zorgverlener en de patiënt moeten zich hier aan houden. Naast de WGBO zijn er bijvoorbeeld nog de BIG wet, deze beschermt bij het gebruik van EHealth toepassingen en bij zorg op afstand de patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners, de Kwaliteitswet Zorginstelling (KWZ) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), waar deze variant van zorg aan moet voldoen (Ekker, Burghouts, Hutink, Uitendaal, Golyardi & Veereschild, 2013).

De bovengenoemde wetten stellen eisen aan de manier waarop zorginstellingen omgaan met persoonsgegevens en hoe deze worden beschermd en beveiligd. Zoals gezegd, zijn deze wetten een eis waar zorginstellingen en zorg aan moeten voldoen. Een specifieke wet- en regelgeving voor EHealth ontbreekt nog. Er is wel wet- en regelgeving die voorwaarden stelt aan het digitale karakter van EHealth. Deze wetten zijn echter niet specifiek van toepassing op de gezondheidszorg, maar gelden voor alle digitale omgang met vertrouwelijke informatie.

Daarnaast zijn professionals en beroepsgroepen bezig met het opstellen van aanvullende richtlijnen (KNMG, 2016). Een voorbeeld hiervan is 'online arts-patiënt contact'. Deze richtlijn is opgesteld door de landelijke artsenfederatie KNMG en gaat in op de vraag: Onder welke voorwaarden artsen online contact met patiënten kunnen onderhouden (van Meersbergen, 2007).

Op dit moment is het wel duidelijk dat er een gebrek is aan regelgeving voor EHealth in Europa. De meeste oplossingen voor e-gezondheidszorg in de Unie zijn door kleine en middelgrote bedrijven ontworpen of intern door specifieke zorgorganisaties ontwikkeld (EUmonitor, 2004). In de mededeling van de Europese commissie aan de Raad in 2004 staat dat door het ontbreken van normen, erkenning van producten en verschillen in de nationale regelgeving, de kosten van ontwikkeling en specifieke aanpassingen zijn opgevoerd. Of dit nu nog het geval, is niet bekend. Dit heeft in 2004 echter wel de sector e-gezondheidszorg ervan weerhouden op grotere schaal in oplossingen voor e-gezondheidszorg te investeren.

Binnen EHealth en dus ook binnen AAL technologie zijn bepaalde factoren erg belangrijk: vertrouwelijkheid, beveiliging en, zo blijkt, duidelijkheid. In de eerste plaats gelden voor de vertrouwelijkheid en bescherming van gegevens over patiënten de algemene voorschriften van de Europese Unie. De eis van vertrouwelijkheid maakt de beveiliging van zorginformatiesystemen cruciaal. Er is een bepaling in de algemene richtlijn gegevensbescherming dat er voor speciale gebieden als de zorg een gedragscode moet worden gecreëerd. Een ander belangrijk juridisch aspect is de aansprakelijkheid bij problemen (zoals technische storingen van het systeem, het netwerk of de verstrekking van de dienst zelf) die bij een patiënt ernstige schade kunnen veroorzaken (EUmonitor, 2014).

Helemaal wet-loos is het natuurlijk niet geweest. De richtlijn elektronische handel, die een rechtskader creëert voor het verstrekken van diensten van de informatiemaatschappij, is namelijk ook van toepassing op het verstrekken van online-zorgdiensten. Met name de bepalingen inzake voorschriften voor informatie en transparantie, commerciële communicatie, de aansprakelijkheid van dienstverleners die als tussenpersoon optreden, en de grondbeginselen voor langs elektronische weg gesloten contracten, zorgen voor hoge normen voor het verstrekken van online-diensten in alle lidstaten van de EU (EUmonitor, 2014).

De informatiemaatschappij is een maatschappij waarin het creëren, verspreiden, gebruiken en integreren van informatie onmisbaar is. Vooral internet en mobiele telefonie worden steeds belangrijker in de hedendaagse maatschappij (Europa Decentraal, 2016). Het opbouwen van vertrouwen is een eerste vereiste voor de ontwikkeling van een informatiemaatschappij en dit geldt waarschijnlijk meer voor EHealth dan waar ook. Op dit moment ervaren mensen EHealth vaak nog als onoverzichtelijk. Dit maakt dat EHealth oplossingen bij zorgverleners nog geen grote vlucht nemen en voor technologie aanbieders is het dus een moeilijke markt (Schoone, 2016). Burgers geven aan de voorkeur te hebben voor diensten die aangepast zijn op hun eisen en behoeften en hun recht op privacy beschermd (Europese Commissie, 2004).

Het feit dat EHealth soms nog op een grijs gebied bevindt, zoals hier boven uitgelegd, vele barrières. Met name de onduidelijkheid. Het brengt echter ook vele mogelijkheden met zich mee. Men weet dat mensen open staan voor deze technologie en aan welke eisen ze moeten voldoen.

Daarnaast geven de onderzoeken die genoemd zijn in de vorige paragrafen vele inzichten in de meningen van ouderen m.b.t. dit onderwerp. Zelfredzaamheid, onafhankelijkheid, een sociaal netwerk en het langer thuis blijven wonen worden als onschatbare waarde gezien (Doekhie et al., 2014, Smits et al., 2014 & Sun et al., 2009). Punten waar EHealth zoals SONOPA of andere AAL technologie ondersteuning bij kunnen bieden. Men moet echter niet de atechnische oudere vergeten en rekening houden met de fysiologische en cognitieve mogelijkheden van ouderen. Eén belangrijk blijft nu in het midden en is nog niet beantwoord: wanneer schaf je wat aan. Wanneer is het te vroeg en wanneer is het te laat?

2.6 Conclusie theoretische deelvragen

In dit hoofdstuk is belangrijke theorie beschreven die ondersteunend is voor de beantwoording van de theoretische deelvragen. In bijlage 2 staat de operationalisering van belangrijke begrippen uit de theorie weergegeven, deze waren ondersteunend voor de praktische deelvragen. Hieronder volgen de conclusies per theoretische deelvraag.

Conclusie theoretische deelvraag 1: ‘Wat zijn kenmerken van 55-plussers?’

Door het verouderingsproces treden er volgens Tielemans (2011) bij ouderen veranderingen op in het fysieke-, cognitieve en sociale aspect. Deze veranderingen zorgen voor een verandering in behoeften van de 55-plussers. Zelfstandigheid en zelfregie zijn belangrijke aspecten voor de huidige oudere. Uit onderzoeken van Doekhie et al. (2014), van Iersel en Leidelmeijer (2010) en Lahuis en Blokland (2012) komt voort dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Het sociale netwerk kan ondersteunend werken om deze zelfstandigheid te behouden en de sociale contacten werken daarnaast ook welzijn verhogend (Doekhie et al., 2014).

Conclusie theoretische deelvraag 2: ‘Wat is de relatie tussen deze kenmerken en de kwaliteit van leven?’

Deze behoeften zijn gekoppeld aan de kwaliteit van leven. De ervaring van de kwaliteit van leven beïnvloed namelijk deze behoeften. Volgens van Schoor et al. (2005) ervaren veel ouderen een minder goed kwaliteit van leven omdat ze één of meerdere chronische ziekten hebben. Dit beïnvloed het lichamelijke kwaliteit van leven, dat als meer belastend wordt ervaren dan psychisch functioneren. Ook wordt bij kwetsbare ouderen de kwaliteit van leven minder goed ervaren dan niet-kwetsbare ouderen. Een kleine 30% van de Nederlandse ouderen is volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (2011) kwetsbaar. De kwetsbare ouderen zouden doormiddel van sociale steun, goede medische zorg, lichamelijke activiteiten en gebruik van hulpmiddelen bij het lopen de ervaring op kwaliteit van leven kunnen behouden/vergroten.

Conclusie theoretische deelvraag 3: ‘Hoe ziet het huidige ICT gebruik onder 55-plussers in Nederland er uit?’

In Nederland blijkt de kijk op domotica niet zo positief. Aanschaf is meestal alleen ‘omdat het moet’ (Kokkeler, 2015). Volgens Calvert et al. (2009) wordt de acceptatie van techniek groter als men hiermee meer ervaring heeft. Bij de doelgroep ouderen gebeurt dit nog te weinig: twee derde van de ondervraagde 70-plussers weet geen antwoord te geven op de vraag wat (thuis)technologie of domotica inhoudt (Lahuis & Blokland, 2012). Al maken de 70-plussers in de praktijk vaak wel gebruik van afzonderlijke technische toepassingen. Bijvoorbeeld: automatische verlichting bij voor- of achterdeur, een programmeerbare thermostaat of personenalarmering met opvolging door de thuiszorg. De behoefte om langer zelfstandig thuis te blijven wonen kan ondersteund worden met behulp van het sociale netwerk of technologie. Bij de keuze voor ICT hulpmiddelen moet rekening gehouden worden met het cognitieve conditie en leervermogen (Kokkeler, 2015). En tevens moet rekening gehouden worden met een positieve benadering. Keuzes worden namelijk in hoge mate bepaald door emotie en smaak (Tiemeijer, 2011). Een duidelijk beeld van het ICT gebruik onder ouderen is er niet echt. Hun internetgebruik blijkt wel te stijgen volgens Sleijpen (2013). Dit wekt de

suggestie dat de meeste ouderen in het bezit zijn van een computer, laptop of tablet met internettoegang (of hierop toegang hebben bij hun omgeving).

Conclusie theoretische deelvraag 4: ‘Wat wordt volgens de literatuur verstaan onder AAL technologie?’

AAL kan worden omschreven als Ambient Assisted Living, en is ontwikkeld in de vorm van ICT om om te gaan met de behoeften van ouderen. AAL technologie maakt het mogelijk dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij (Smits et al., 2014). Er zijn al tientallen projecten in ontwikkeling om AAL technologie te realiseren, waaronder het SOcial Networks for Older Adults to Promote an Active Life project dat binnen dit onderzoek centraal staat. Het SONOPA project is ontwikkelt om ouderen te verbinden met familie en vrienden, een actieve levensstijl te bevorderen en hen bij dagelijkse activiteiten te ondersteunen. Het bestaat uit drie delen: een tablet, het sociaal netwerk en de sensoren (Jaschinski & Allouch, 2015).

Conclusie theoretische deelvraag 5: ‘Wat zijn de mogelijke voordelen en barrières die invloed hebben op de acceptatie van AAL technologie?’

Mogelijkheden die invloed hebben op de acceptatie van AAL technologie worden gezien in de vertrouwelijkheid van de technologie en de beveiliging. Hoe beter dit is geregeld volgens de wet, hoe sneller men technologie zal accepteren. Een specifieke wet- en regelgeving voor EHealth ontbreekt nog. Er is wel wet- en regelgeving die voorwaarden stelt aan het digitale karakter van EHealth. Deze wetten zijn echter niet specifiek van toepassing op de gezondheidszorg, maar gelden voor alle digitale omgang met vertrouwelijke informatie. Hier is de EU ook druk mee bezig. De Europese Commissie weet dat mensen de voorkeur hebben voor diensten die aangepast zijn op hun eisen en behoeften, terwijl zij weten dat hun recht op privacy wordt beschermd (Europese Commissie, 2004).

Het feit dat EHealth soms nog op een grijs gebied bevindt, biedt zoals hier boven uitgelegd, barrières met zich mee. Met name de onduidelijkheid. Zelfredzaamheid, onafhankelijkheid, een sociaal netwerk en het langer thuis blijven wonen worden als onschatbare waarden gezien. Punten waar EHealth zoals SONOPA of andere AAL technologie ondersteuning bij kunnen bieden. Men moet echter niet de atechnische oudere vergeten en rekening houden met de fysiologische en cognitieve mogelijkheden van ouderen.

Hoofdstuk 3 – Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt het onderzoekstype- en methode uitgewerkt. Tevens worden de populatie, steekproef, onderzoeksinstrument, validiteit en betrouwbaarheid weergegeven. Tot slot worden de ethische overwegingen en een samenvatting van het hoofdstuk beschreven.

3.1 Onderzoekstype- en methode

De onderzoeksvraag is gericht op meningen, motieven en achterliggende argumenten m.b.t. acceptatie en implementatie van AAL technologie. De belevenis/betekenis die de onderzochte ouderen aan situaties geven, staan in dit onderzoek centraal. Hierop zal met behulp van kwalitatieve methoden antwoord op worden gegeven. Zowel de informatie uit interviews als literatuuronderzoek zullen geen cijfermatige informatie bevatten, waardoor dit een kwalitatief onderzoek betreft (Verhoeven, 2011).

Er zijn verschillende methodes om een onderzoek uit te voeren. Elk methode heeft eigen kenmerken en eigen doelen. Dit onderzoek kan verkennend of inventariserend genoemd worden. Bij een inventariserend onderzoek gaat het om een behoefte aan informatie over hoe een situatie in elkaar zit of wat er speelt. Ook kan het kort gaan om wat er aan een probleem dat zichtbaar wordt, gedaan kan worden (Migchelbrink, 2007). In dit onderzoek bestaat er de behoefte aan informatie over de mening en motieven van 55-plussers over het langer zelfstandig thuis blijven wonen met behulp van AAL technologie. Om dit te meten is in dit onderzoek de dataverzamelmethode semigestructureerd interviews. De keuze hiervoor staat beschreven in paragraaf 3.4, onderzoeksinstrument.

3.2 Populatie

Onderzoekseenheden zijn de personen of objecten waarover in de specifieke onderzoeksvragen een uitspraak wordt gedaan en die in een onderzoek worden betrokken. Kenmerken of variabelen zijn eigenschappen van deze personen of objecten (Baarda & Goede, 2006). De onderzoekseenheden worden ook wel de populatie van het onderzoek genoemd. De populatie betreft een ruime doelgroep: vrouwen en mannen met de minimale leeftijd van 55 jaar die zelfstandig wonen in Enschede. Om dit onderzoek zo goed mogelijk uit te voeren is er voor gekozen om een uitgebreide doelgroep analyse te maken, deze staat hieronder weergegeven.

3.2.1 Doelgroep analyse

In dit onderzoek wordt gericht op 55-plussers die behoren onder de actieve ouderen. Ouderen van begin 60 kunnen hele andere problemen ervaren of ideeën hebben over AAL technologie dan ouderen van bijvoorbeeld 80 jaar. Volgens Nitsche, Scholten en Visser (2004) moet onder de term ouderen worden verstaan: diegenen die aan de laatste fasen van hun levensloop bezig zijn. Hiermee wordt bedoeld: de actieve ouderdom en de hoge ouderdom. Men veronderstelt dat mensen vanaf hun 55^{ste} levensjaar aan de laatste levensfasen beginnen. Bij de actieve ouderdom worden mensen beschreven die meestal nog gezond en actief bezig zijn in hun leven (Nitsche et al., 2004).

Uit onderzoek blijkt dat de meeste senioren van 50-64 jaar nog fulltime werken en vaak thuiswonende kinderen hebben. Door de latere leeftijd waarop mensen kinderen krijgen, zal men ook steeds later in de “emptynest” fase belanden. De mensen die al gestopt zijn met werken hebben de meeste vrije tijd, ruim acht uur per dag. Zij besteden de helft van deze vrije tijd aan mediaconsumptie: televisie kijken, radio luisteren, krant/tijdsschrift lezen. De 50-plussers kijken gemiddeld 20 uur per week televisie. Na de 65-jarige leeftijd loopt dit op naar 24 uur (Jaarsma & Overbeek, 2011). Verder komt uit het onderzoek van Wiegman (2005) naar voren dat een ruime

meerderheid van de ouderen tussen de 60 en 75 jaar te kwalificeren is als 'actief'. Bij de 75-plussers voldoen een derde niet meer aan dat beeld.

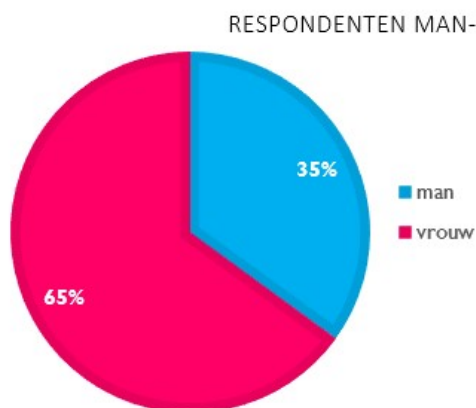
Het SONOPA project, beschreven in paragraaf 2.4.2, is in dit onderzoek als voorbeeldcase gebruikt. Bij het SONOPA project is de minimale leeftijd gezet op 55 jaar. Tevens is bij dit project, en daarom ook in dit onderzoek, gekozen voor de doelgroep die actief in de samenleving staat en zo zelfstandig mogelijk woont. Dit betekent dat zij zo min mogelijk hulp in huis mogen ontvangen van derden. Daarbij mogen de respondenten zo min mogelijk lichamelijke- of fysieke beperkingen hebben. Verwacht wordt dat afhankelijke ouderen niet of weinig hebben aan AAL technologieën zoals SONOPA. Deze technologie werkt namelijk preventief en is niet van toepassing bij die doelgroep. Naast het gegeven dat de respondenten 55-plussers zijn en een zelfstandig en actief leven leiden, zijn zij allen woonachtig in Enschede. De keuze voor deze stad is gemaakt om de populatie te verkleinen, zodat het onderzoek meer diepgang krijgt. Tevens is deze stad makkelijk toegankelijk voor de onderzoekers. Vanwege het beperkte tijdslimiet voor dit onderzoek, zijn er twintig 55-plussers uit Enschede geïnterviewd.

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) woonden in 2013 25.079 65-plussers in Enschede. Dit is ongeveer 16% van de Enschedese bevolking. Volgens het CBS zal naar verwachting in 2040 de bevolking in Enschede, in vergelijking met 2013, met ongeveer 800 personen zijn gegroeid (CBS, 2016).

3.3 Steekproef

Er zijn twintig ouderen tussen de 55 en +- 90 jaar, die zelfstandig wonen in Enschede geïnterviewd. In dit onderzoek is sprake van een gedeeltelijk gerichte steekproef, omdat gericht wordt op de volgende inhoudelijke aspecten: de leeftijdsgrens, woonplaats en 'actieve ouderdom' (Migchelbrink, 2007). Verder kan iedereen die binnen deze redeneringen valt, worden geïnterviewd. Afkomst, geslacht, cultuur etc. maakt niets uit. De werving van de respondenten is aangevuld met de quotasteekproef. Bij quotasteekproeven wordt er een selectie gemaakt van bepaalde subgroepen, zoals: mannen en vrouwen, 55 t/m 70 jaar, 70 t/m 90 jaar etc. etc. In dit onderzoek is geprobeerd zo veel mogelijk mannen als vrouwen te interviewen. Hoe de respondenten zijn geworven is te lezen in paragraaf 3.4.1, de procedure.

Voor dit onderzoek zijn twintig ouderen geïnterviewd. Zeven mannen, tussen de 57 en 88 jaar oud en dertien vrouwen tussen de 55 en 84 jaar oud. De exacte verdeling man/vrouw is hieronder schematisch weergegeven. De jongste respondent is 55 jaar en de oudste 88 jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 69,2 jaar. Alle respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit.



Afbeelding 2: schematische weergave geslacht respondenten.

3.4 Onderzoeksinstrument

De kwalitatieve data is verzameld door het afnemen van twintig face-to-face interviews. De interviews zijn individueel en mondeling afgenomen. Om de beleving van ouderen over de acceptatie van AAL technologie te onderzoeken, is data verzameld aan de hand van een weloverwogen interviewformat (zie bijlage 3). Er is gekozen voor een semigestructureerd open interview. Dit betekent dat de inhoud en volgorde van de open vragen aan de hand van een vragenlijst zijn vastgesteld, maar waarbij de interviewers de vragen mogen herfraseren als een vraag niet goed begrepen is, of wanneer een half of ontwijkend antwoord wordt gegeven (Migchelbrink, 2007). Hierdoor kan een beter beeld worden gecreëerd van de beleving van de geïnterviewde en wordt verdieping opgezocht. De kans op miscommunicatie wordt hierdoor kleiner. Tevens worden de deelvragen doormiddel van de vaststaande interviewvragen voldoende onderzocht (Migchelbrink, 2007). Hoe de interviewvragen tot stand zijn gekomen, wordt hieronder uitgelegd.

De opdrachtgever kwam, in het begin van dit onderzoek, met een heldere en concrete onderzoeksvraag. Hier is in het proces weinig aan veranderd, de veranderingen die zijn uitgevoerd zijn goedgekeurd door de opdrachtgever. Vanuit deze hoofdvraag is er gebrainstormd en zijn begrippen geformuleerd die nodig zijn om deze vraag te beantwoorden. Uit deze begrippen zijn vragen ontstaan. Om de uiteindelijke resultaten zo meetbaar mogelijk te maken, is begonnen met het definiëren van de begrippen: AAL technologie; Mogelijkheden/barrières; Behoeften doelgroep en kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is bijvoorbeeld gesplitst in drie verschillende domeinen. Daarna is er gekeken welke deelvragen beantwoord kunnen worden d.m.v. theorie. In samenwerking met de procesbegeleider en opdrachtgever zijn de uiteindelijke theoretische deelvragen geselecteerd. Aan de hand van literatuur is elk begrip in het theoretische kader gedefinieerd. De theoretische deelvragen zijn beantwoord door middel van nationale- en internationale vakliteratuur. Uit de theorie kwamen verschillende factoren zoals veiligheid en sociaal contact naar voren. De meest voorkomende begrippen uit de conclusie theoretische deelvragen (paragraaf 2.6) zijn genoteerd. Uit deze begrippen zijn eventuele praktische deelvragen geformuleerd (zie bijlage 2, operationalisering). Uiteindelijk is er goed gekeken naar de koppeling beantwoording hoofdvraag en beantwoording praktische deelvragen. Uit de operationalisering zijn veertien open gestructureerde interviewvragen tot stand gekomen en enkele doorvraag vragen. In overleg met de opdrachtgever is het interview opgedeeld in drie delen: Ervaring thuiszorg en technologie; Evaluatie SONOPA; Acceptatie en intentie tot gebruik. Door deze driedeling te gebruiken, kan de opdrachtgever de resultaten uit dit onderzoek makkelijker koppelen met de resultaten van de overige twee onderzoeken die zijn benoemd in het projectkader. Daarnaast zorgt deze driedeling automatisch voor een logische opbouw van het interview. Het uiteindelijke interviewformat is te zien in bijlage 3. In deze bijlage is ook de uitleg over AAL technologie en SONOPA en het filmpje die de respondenten te zien hebben gekregen toegevoegd.

Elke respondent heeft een schema ingevuld waar o.a. geslacht, leeftijd, woonsituatie, opleidingsniveau en mogelijke ervaring met thuishetchnologie ter sprake kwam. Tevens staan hier drie vragen in over hun ervaring van nu op fysiek-, sociaal- en gezondheidsdomein. Hiervoor staan zeven vakjes waarvan de respondent er één moet aankruisen waarvan hij/zij van mening is dat dit het beste weergeeft hoe het wordt ervaren. Het invullen van het schema diende als verzamelmethode van de achtergrondgegevens, om een algemene indruk te krijgen van de startsituatie van de respondent. De resultaten van de achtergrondgegevens zijn te vinden in bijlage 4.

De hieruit volgende resultaten zijn meetbaar gemaakt door deze te coderen. Voorafgaand aan de interviews was een start-codeerschema samengesteld. De patronen uit de theorie vormden hiervoor een beginpunt (deductie), de uiteindelijke codes zijn voortgekomen uit de patronen uit de data (Saunders, Lewis & Thornhill, 2006). Bij het vergelijken van de codes zijn hoofd-, sub- en sub-sub codes geformuleerd. Tijdens het codeerproces zijn deze weer aangevuld, samengevoegd of weggehaald (inductief). Het codeerschema is te zien in bijlage 5.

3.4.1 Procedure

De afspraken die zijn gemaakt met de opdrachtgever staan in de Overeenkomst Onderzoeksopdracht, te zien in bijlage 6. Tijdens de begripsbepaling en vorming van hoofd- en deelvragen was er nauw overleg met de opdrachtgever. De concrete en heldere onderzoekspopulatie is gevormd door de kenmerken van de voorbeeldcase en veelvuldig overleg met de opdrachtgever.

De respondenten zijn op verschillende manieren geworven. Na een gesprek met de voorzitter van de ANBO locatie Enschede H. Flore, is de beslissing gemaakt om een oproep te plaatsen in het lokale krantje voor ouderen. In deze advertentie stonden ook onze contactgegevens, ouderen hebben op die manier zelf contact met ons opgenomen. Daarnaast is er een senioren flat bezocht. Een onderzoeker heeft hier bij bewoners aangebeld. Tevens hebben respondenten ons in contact gebracht met ouderen in hun eigen netwerk, of hebben zij onze contactgegevens aan anderen doorgegeven. Het zogenoemde snowball effect (Migchelbrink, 2007). De werving van de respondenten is aangevuld met de quotasteekproef. Dit is te lezen in paragraaf 3.3. Tijdens het werven van de respondenten is het voorgekomen dat men aangaf niet deel te willen nemen aan het onderzoek. Dit wordt ook wel non-respons genoemd (Verhoeven, 2011). Er was met name sprake van directe non-respons tijdens het bezoek aan een seniorenflat. Velen gaven aan niet deel te willen nemen, omdat het thema 'technologie' hen afschrikte. Ze dachten hier niet veel over te kunnen vertellen. Daarnaast zijn diverse organisaties in Enschede benaderd. Van de meeste organisaties kwam weinig tot geen respons. In verband met privacy van de organisaties worden deze niet genoemd. Vaak was de reden dat men het te druk had, de leden niet wilden 'belasten', of dat ze al met een ander onderzoek betrokken waren.

Met de respondenten zijn de volgende afspraken gemaakt: het interview zal bij hen thuis plaatsvinden; dit zal worden opgenomen met audioapparatuur, er zal dus geen beeldmateriaal worden gemaakt; de audio-opnames worden gedeeld met de opdrachtgever; er zullen geen namen worden genoemd tijdens en na het interview (anoniem); het interview zal ongeveer driekwartier in beslag nemen; en ze mogen vrij antwoorden geven, niets is fout.

3.5 Validiteit

Met validiteit wordt bedoeld: je meet wat je beoogt te meten. Volgens Migchelbrink (2007) zijn verzamelde gegevens, resultaten en de onderzochte werkelijkheid valide als ze de werkelijkheid weerspiegelen. Gezien dit onderzoek een kwalitatief onderzoek betreft, mag er ook gesproken worden van 'geloofwaardigheid'. De geloofwaardigheid van een onderzoek is zeer belangrijk en betreft het vertrouwen van de inhoud van de gegevens die worden weergegeven.

In dit onderzoek is sprake van interne validiteit. Interne validiteit houdt volgens Verhoeven (2011) in, dat de conclusies van dit onderzoek geldig zijn voor een specifieke onderzoeksgroep (dus niet voor een bredere doelgroep). Dit onderzoek is intern valide omdat, de respondenten binnen de gegeven kaders vallen, de resultaten van dit onderzoek de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beantwoorden en het interviewformat voldoet aan de eisen van de onderzoekers en de opdrachtgever. In paragraaf 3.4 is de procedure van het ontstaan van dit format en het proces van het coderen uitgelegd. Uit het uitgebreide codeerschema zijn heldere resultaten ontstaan, hieruit is de conclusie geschreven. De respondenten verschillen echter niet in culturele afkomst en één onderzoeker is vier keer interviewvraag 4b uit het interviewformat vergeten te stellen. Deze vraag is achteraf wel gesteld aan de vier respondenten. Dit maakt het onderzoek minder valide dan dat wij zelf graag hadden gewild. Door de tijdsbeperking zijn er twintig respondenten uit Enschede geïnterviewd. Een populatie te klein om generaliseerbare conclusies te presenteren. Regionaal kan er mogelijk verschil getoond worden, waardoor er geen sprake is van externe validiteit. Toch kunnen de interviewvragen wel als voorbeeld worden genomen bij een breder soort gelijk onderzoek, omdat deze vragen niet specifiek gericht zijn op de doelgroep die woont in Enschede.

3.6 Betrouwbaarheid

Het is belangrijk om na te gaan of een meting betrouwbaar is (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid van dit onderzoek is op verschillende manieren beïnvloed. Om de betrouwbaarheid te vergroten, zijn er diverse maatregelen getroffen. Zo is in dit onderzoek verantwoord op welke manier er onderzoek is gedaan en is de voortgang van het onderzoek via mail- en fysiekcontact besproken met de docent en de opdrachtgever. De interviewvragen zijn gebaseerd op de kenmerken van de doelgroep actieve 55-plussers en het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Daarom is dit onderzoek niet alleen uitvoerbaar in deze periode, maar kan in een andere periode, met andere respondenten en met andere onderzoekers worden uitgevoerd. Vereiste is, dat men dezelfde leeftijdsgrens en soort gelijke hoofd- en deelvragen hanteert. De periode zal wel beperkt zijn, omdat technologie zich blijft ontwikkelen. Men zou hier in de toekomst kritisch naar moeten kijken. Omdat dit onderzoek niet alleen uitvoerbaar is in deze periode betekent dit dat het onderzoek voldoet aan de herhaalbaarheidseis (Verhoeven, 2011). Dit is een onderzoekseis om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen testen.

Voorafgaand aan het interview hebben alle respondenten dezelfde informatie ontvangen. Om dit te garanderen is bij elk interview dezelfde informatie over AAL technologie en SONOPA geprint meegenomen en hebben alle respondenten het zelfde introductiefilmpje gezien. De interviews zijn opgenomen met audioapparatuur en zijn achteraf uitgeschreven. Zo kan de informatie in de resultaten als volledig worden beschouwd en is alle informatie terug te vinden. De opdrachtgever zal mogelijk de conclusie gebruiken voor eigen onderzoek/artikelen. De audio-opnames zullen eventueel gebruikt worden door de opdrachtgever om de betrouwbaarheid van deze documenten te garanderen. De respondenten zijn hiervan op de hoogte gesteld voordat het interview is gestart. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen is de afspraak gemaakt om vanaf moment van opname geen namen meer te noemen. Daarnaast was er tijdens de interviews sprake van een open sfeer en is er meerdere keren aangegeven dat foute antwoorden niet bestaan. De interviews zijn afgenomen in hun eigen huis en in een ruimte waar de geïnterviewde vrij kan spreken. Dit bevorderde de vertrouwelijke sfeer. Ook zorgde dit ervoor dat men tijdens het interviewen minder snel gestoord is. Daarnaast hebben de interviewers zo min mogelijk normen/waarden/meningen gegeven, om zo de mening van de geïnterviewde niet te beïnvloeden. In paragraaf 5.6 zijn de sterktes en zwaktes beschreven. Deze sterktes kunnen de betrouwbaarheid vergroten, maar de zwaktes kunnen deze ook verkleinen. De interviewers hebben tijdens het afnemen van interviews wel eens meningen gegeven, een factor die eventueel een (negatieve) invloed heeft gehad op de resultaten.

3.7 Ethische overwegingen

Tijdens het gehele proces zijn de gegevens van de respondenten gewaarborgd. In paragraaf 3.6 is te lezen hoe met de privacy van de respondenten is omgegaan. Het interview is op geheel vrijwillige basis afgenomen. Door voor de start van het interview kort over onszelf te vertellen, toestemming te vragen voor audio-opname, de context en doel van het onderzoek te benoemen, uitleg te geven over de verdeling van de interviewvragen (in drie delen) en tijdsaanduiding aan te geven, werd de geïnterviewde zo volledig mogelijk op de hoogte gesteld. Natuurlijk was er voor, tijdens en na het interview ruimte voor de geïnterviewde om vragen te stellen. Met de informatie uit de interviews wordt zorgvuldig, vertrouwelijk en anoniem omgegaan. Zodat deze informatie niet herleidbaar is. De resultaten van het onderzoek zijn na de hand aan de opdrachtgever overhandigd, zodat geen beïnvloeding kon ontstaan door derden. Dit bevordert de kwaliteit van het onderzoek.

3.8 Samenvatting

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarbij inventariserend te werk is gegaan. De mening van zelfstandig wonende 55-plussers uit Enschede staan hierin centraal. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van nationale- en internationale literatuur om de theoretische deelvragen te beantwoorden. De praktische deelvragen zijn middels semigestructureerde interviews beantwoord. Het ontstaan van de interviews is doormiddel van de operationalisering gedaan. Door de

semigestructureerde interviews zijn de deelvragen voldoende onderzocht en is er de mogelijkheid geweest om door te vragen bij onduidelijkheden. De respondenten met behulp van de ANBO locatie Enschede, door het aanbellen bij mensen in een seniorenflat en middels het snowball effect geworven. De validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot doormiddel van het semigestructureerde interview, de interne validiteit, het voldoen aan de herhaalbaarheidseis, de verantwoording op welke manier te werk is gegaan, het opslaan van gegevens en audio-opname en het zo min mogelijk uiten van eigen mening/normen/waarden om beïnvloeding te voorkomen. Tevens staat privacy, anonimiteit en deelname op vrijwillige basis hierbij centraal. Er is zorgvuldig, vertrouwelijk en anoniem met de informatie omgegaan.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

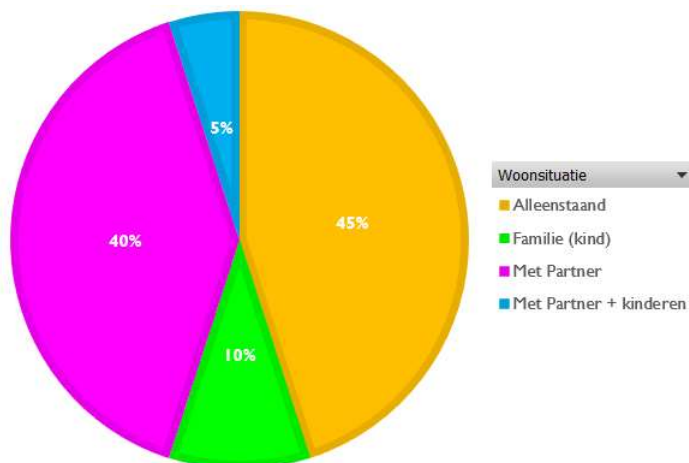
In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de praktische deelvragen beschreven. Eerst wordt in paragraaf 4.1 de kenmerken van de respondenten beschreven, gehaald uit het begin schema van het interviewformat. Daarna wordt in paragraaf 4.2 de resultaten van deel 1 van het interviewformat uitgewerkt. Paragraaf 4.3 en 4.4 geven de resultaten van deel 2 en 3 van het interviewformat weer. Met deel 1, 2 en 3 van het interviewformat kunnen de praktische deelvragen beantwoord worden. Het gaat hier om de volgende deelvragen: 'In welke mate en op welke manier hebben 55-plussers ervaring met ICT?' 'Wat zijn de wensen en behoeften van 55-plussers m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA?' En 'In hoeverre kan volgens de 55-plussers AAL technologie zoals SONOPA een bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven?' Zoals beschreven in paragraaf 3.2 zijn de hieronder genoemde interviewvragen voortgekomen uit de conclusies van het literatuuronderzoek, de begripsbepaling en de operationalisering. De uitkomst van de interviews zijn gecodeerd in het codeerschema, te zien in bijlage 5. Aan de hand van dit codeerschema zijn de resultaten geschreven.

4.1 Kenmerken respondenten

Voordat de interviewvragen werden gesteld, hebben de respondenten een schema ingevuld. Met vragen over socio- demografische en andere achtergrond gegevens (zie bijlage 3 voor het interviewformat en het schema). Dit is gedaan om een algemene indruk te wekken van de startsituatie waarin de respondenten zich bevinden. De resultaten van dit schema zijn hieronder uitgelegd. Een schematische weergave van alle achtergrondgegevens zijn te vinden in bijlage 4.

Resultaten schema:

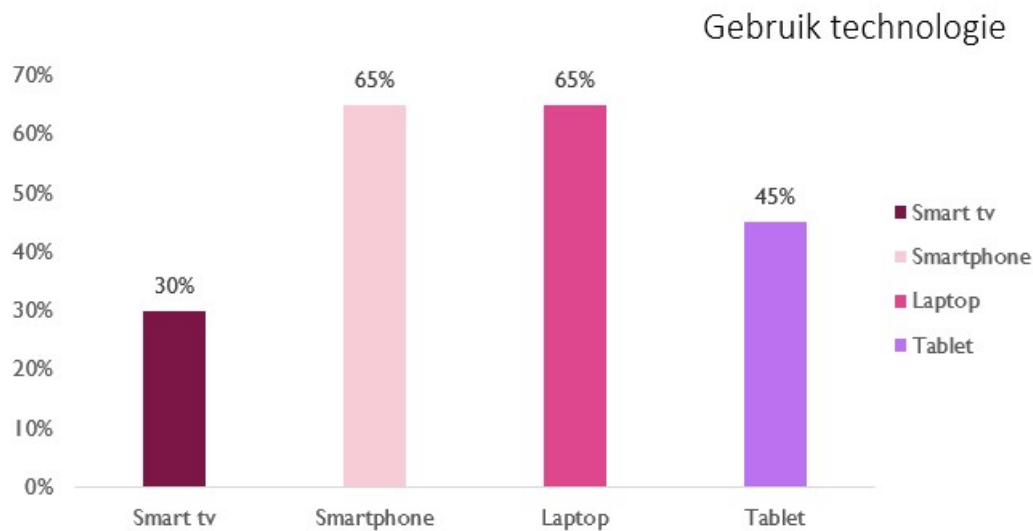
Er is al eerder benoemd dat zeven mannen en dertien vrouwen deel hebben genomen aan het interview. De woonsituatie van deze respondenten is in de afbeelding hieronder schematisch weergegeven. Van de twintig respondenten wonen er acht samen met hun partner, één samen met partner en kinderen, twee samen met familie (kinderen) en zijn negen van de respondenten alleenstaand.



Afbeelding 3: Schematische weergave woonsituatie respondenten.

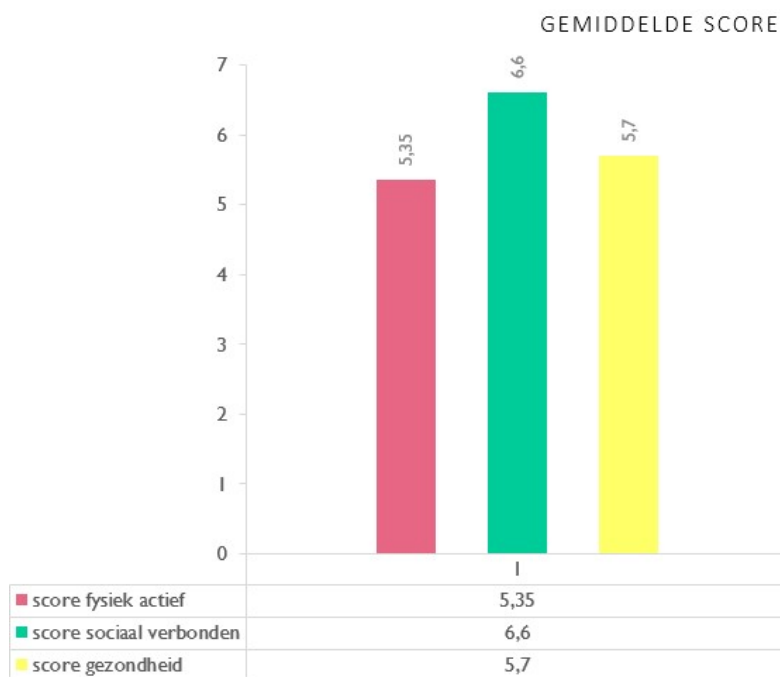
Naast de woonsituatie, is er ook gekeken naar de werksituatie. Van de twintig respondenten zijn er twaalf met pensioen. Van deze twaalf hebben vijf respondenten vrijwilligerswerk. Eén respondent heeft een deeltijdbaai en is daarnaast nog vrijwilliger. Eén respondent is huisvrouw en vrijwilliger, één respondent zit in de bijstand, één heeft een deeltijd baan, twee respondenten hebben een voltijd baan, één respondent zit in de ziektewet en één respondent heeft een AOW.

Daarnaast hebben alle twintig respondenten aangegeven van welke technologie zij op dit moment gebruik maken. Hieronder is de schematische weergave van het technologie gebruik onder de respondenten te vinden. Uit het schema komt naar voren dat zes van de twintig respondenten gebruik maken van een Smart Tv, de oudste gebruiker is 65 jaar. Dertien van de twintig maken gebruik van een Smartphone, de oudste gebruiker is 76 jaar. Dertien van de twintig maken gebruik van een laptop of computer, de oudste gebruiker is 80 jaar. Negen van de twintig respondenten hebben een tablet, de oudste gebruiker is 76 jaar.



Afbeelding 4: schematische weergave gebruik technologie respondenten.

Ook hebben de respondenten een score gegeven aan hun gezondheid, sociaal verbondenheid en de mate waarin zij fysiek actief zijn. Deze score was op een schaal van 7-1, waarbij 7 het hoogst haalbare was. De gemiddelde scores zijn hieronder weergegeven. In bijlage 7 zijn alle ingevulde scores per respondent te zien.



Afbeelding 5: schematische weergave gemiddelde score.

4.2 Deel 1: Ervaring thuiszorg en technologie

In het begin van het interview zijn vier vragen gesteld, met bijpassende doorvraag vragen. Deze vragen behoren onder deel 1 van het interview. De vragen zijn gesteld om een eerste indruk te krijgen van de respondenten over hun ervaring met ondersteuning en ICT hulpmiddelen in de thuiszorg. De resultaten van deze vier interviewvragen worden hieronder weergegeven.

Op de vraag of de respondenten op dit moment ondersteuning ontvangen, beantwoordden elf respondenten 'nee'. Zij gaven aan dit (nog) niet nodig te hebben. Negen respondenten ontvangen wel ondersteuning. Het ontvangen van huishoudelijke hulp één of tweemaal per week is vaak benoemd. Tevens ontvangt één respondent naast hulp bij het huishouden, hulp van een mantelzorger bij het strijken en de boodschappen doen. Eén respondent ontvangt naast huishoudelijke hulp, hulp bij de persoonlijke verzorging van Livio waarbij het gaat om het wassen, en diegene ontvangt ook enkele dagen in de week medische verzorging van Livio (aantrekken van steunkousen). Een andere respondent ontvangt enkel en alleen medische verzorging van Livo voor het prikken van haar suiker en de toename van de medicatie. Over het algemeen wordt de ondersteuning op dit moment positief ervaren. Drie mensen hebben in het verleden negatieve ervaring(en) gehad met het ontvangen van ondersteuning. Respondent zeventien benoemde dat het feit dat je afhankelijk bent van iemand, niet altijd even goed werkt: *"Je bent wel afhankelijk ook van afspraken. Wij hadden ooit een jonge meid gehad en die belde zo maar af. Je kon er weinig op vertrouwen. En we hebben er ook al 1 gehad die was al moe voordat ze kwam."*

Op de vraag wat de ervaring van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg is, antwoordden drie respondenten dat zij hiervan gebruik maken. Respondent twee heeft een elektrische keuken, omdat dit functioneel nodig is. Respondenten negentien en twintig hebben beide licht sensoren die er voor zorgen dat alle lampen in de kamers op de zelfde tijd aan/uit gaan. Verder gaven twaalf respondenten aan geen ervaring te hebben met ICT hulpmiddelen, naar eigen zeggen omdat het "nog niet nodig is". Respondent één gaf aan: *"We redden ons. We vullen elkaar aan, helpen elkaar."* Vier respondenten gaven een soortgelijke reactie.

Tien respondenten gaven aan op dit moment niet te beschikken over ICT hulpmiddelen, maar hiermee wel ervaring te hebben via andere mensen in hun omgeving. Zes van de tien respondenten spraken over een positieve ervaring. Hierbij werden de volgende low tech middelen genoemd: een elektrische keuken (rolstoelkeuken), een gehoorapparaat, tilliften en een babyfoon als alarmsysteem. De volgende high tech middelen zijn als voorbeeld genoemd: op afstand openen van deuren, bewegingssensoren en een alarm op afstand dat afgaat bij thuiszorg als het noodzakelijk is. Verder gaven vier respondenten aan dat zij door ervaring van anderen niet altijd positief zijn over ICT hulpmiddelen in de thuiszorg. Zo werd gezegd: *"Als er iets gebeurt hebben ze de knop niet om of kunnen ze niet drukken"* of *"Dat het dan een half uur duurt voor ze er zijn."*

Op de vraag wat men vindt van de ontwikkelingen in ICT hulpmiddelen, benoemden drie respondenten deze ontwikkeling als voordeel. Volgens hen kan het de veiligheid vergroten (code: 'vergroot veiligheid gebruiker'). Zes benoemden de ontwikkelingen als negatief, waarbij de code: 'minder persoonlijk contact' voorbij kwam. En twee respondenten waren aan het twijfelen over het kostenplaatje, dat behoort onder code: 'financieel'.

Tot slot werd bij deel 1 antwoord gegeven op de vraag welke veranderingen men verwacht door de invoering van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg. Respondent twintig benoemde het volgende: *"Straks kom er een robot en die zegt zou ik eten voor je maken of koffie zetten. Je krijgt alleen maar mensen, tenminste zoals ik het zie, die luier worden."* Respondent elf en zeventien hebben het ook over een robot, maar dan in de vorm van gezelschap. Respondent acht verwacht: *"De trend is dat mensen ook steeds langer thuis blijven/moeten wonen."* Dit verwachten meer respondenten. Tevens worden de

codes: 'minder persoonlijk contact' en 'geen kennis omgang techniek' benoemd. De verwachting is dat het allemaal steeds technischer wordt.

4.3 Deel 2: Evaluatie SONOPA

Dit deel geeft een overzicht weer van de mogelijkheden en barrières die respondenten zien in AAL technologie zoals SONOPA. Ook wordt in dit deel gevraagd naar hun ervaring van kwaliteit van leven.

Na het laten zien en uitleggen van het SONOPA project (voorbeeldcase), gaven twaalf respondenten aan dat hun eerst indruk van SONOPA positief is. Drie respondenten gaven aan dat hun eerste indruk negatief is. Zes respondenten geven aan dat het twee kanten heeft: het kan positief zijn, maar met bepaalde risico's. De meningen van de respondenten zijn meegenomen in de mogelijkheden en barrières die hieronder staan beschreven.

Mogelijkheden AAL technologie zoals SONOPA

De mogelijkheden staan op volgorde van frequentie.

Vergroot veiligheid gebruiker

Alle respondenten zien het gebruik van AAL technologie als een kans om de veiligheid van henzelf te vergroten, doordat er sociale controle wordt uitgeoefend. Een reden als: *"Dat er sneller iets gedetecteerd wordt, dat er sneller hulp kan komen als iemand is gevallen"* is vaak benoemd. Zeven respondenten gaven aan dat zij het een fijn idee vinden dat men niet één week (dood) in huis ligt terwijl er allerlei hulp had kunnen komen. Dit is gericht op de bewegingssensoren van SONOPA. Respondenten twaalf gaf aan: *"als iemand komt die niet binnen hoort te komen, ben je daar ook snel achter"*. Zoiets soortgelijks benoemde ook respondent zestien.

Sociaal verbonden

Zeventien respondenten gaven aan dat AAL technologie het sociale netwerk kan behouden/vergroten. Vijf respondenten gaven hiervan aan dat zij voordeel zien van de online community van SONOPA waar je van alles mee kunt doen. Te denken valt aan facebook en skype. Hierbij werden antwoorden genoemd als: *"Je kunt elkaar niet aanraken, maar je ziet wel emotie. Ben je slecht ter been, kun je ook zo met je arts praten"* en: *"Mijn moeder was bijna 80 en die zat ook op facebook en daar ging een wereld voor haar open, dat dat kon en dat dat bestond"*.

Vergroot onafhankelijkheid gebruiker

Zestien van de twintig respondenten zien dit als een kans om de eigen zelfstandigheid te vergroten. Er wordt benoemd: *"Er kan hulp ingeroepen worden wanneer wij dat willen."*

Biedt een vangnet

Zestien respondenten gaven aan AAL technologie zoals SONOPA te zien als vangnet. Dit kan gekoppeld worden aan de code: 'vergroot veiligheid gebruiker'. AAL technologie biedt volgens hen ondersteuning, bijvoorbeeld als iemand vergeetachtig wordt. Respondent achttien geeft aan: *"ik zit er wel aan te denken. Om een alarm bij mij te hebben. Als er toch iets gebeurd, kun je misschien niet bij de telefoon komen. Als je zo'n ding om hebt kun je dat wel gebruiken."*

Voordeel voor alleenstaanden

Tien respondenten gaven aan dat AAL technologie zoals SONOPA voornamelijk voor mensen die alleenstaand zijn een uitkomst kan zijn: *"Als mensen alleenstaand zijn en niemand anders in huis hebben."* Dit kan gekoppeld worden aan de code 'sociale verbondenheid' en de codes 'veiligheid' en 'vangnet'.

Behoudt/vergroot gezondheid gebruiker

Acht respondenten gaven aan dat zij dit zien als een manier om de gezondheid te behouden of te vergroten. Een respondenten benoemt: *"Als iemand heel gauw depressief is of in huis blijft zitten, die kun je activeren."* Een andere respondenten gaf aan: *"Dat als iemand medicijnen nodig heeft, dat je melding kunt maken."* Respondent dertien denkt dat het zelfs de levensverwachting zal verlengen. *"Omdat ze actiever zijn, meer beleven, meer leven daardoor. Ze hebben sneller in de gaten of er iets aan de hand is, daardoor zal je langer leven denk ik."*

Werklast vermindering professionals

Zeven respondenten zien de mogelijkheid dat AAL technologie de werklast van professionals kan

verminderen. Zoals: *“De hele dag is er controle, bespaard veel manuren.”* en *“Met één knop weet het ziekenhuis welke medicijnen iemand slikt”*. Respondent acht zegt: *“Een huisarts kan meekijken hoe het gaat. Verzorgenden kunnen extern kijken hoe het er voor staat.”*

Contact gaat sneller

Zes respondenten gaven aan dat het contact maken sneller gaat. Hierbij kan een koppeling gemaakt worden met de code ‘behoudt/vergroot sociale contacten’. Respondent zestien zei het volgende voorbeeld: *“Dat je veel sneller en makkelijker contact maakt. Laten we het zo zeggen als je een beetje slecht ter been bent, hoef je niet een heel eind te lopen.”*

Gebruiksgemak.

Drie respondenten gaven aan dat ‘alles in één systeem’ overzichtelijk is en dat het fijn is om alles op één apparaat te hebben. Iemand benoemde dat een tablet makkelijker mee te nemen is dan een laptop. Respondent zestien zei: *“Iets eenvoudiger en makkelijker toegankelijk maken. Het aantal handelingen die je moet uitvoeren om ergens te komen worden beperkt.”*

Ontlasting mantelzorger

Eén respondent ziet AAL technologie als de mogelijkheid om de mantelzorg te ontlasten: *“Het is zinvol, vooral als je je kinderen niet wilt belasten.”*

Barrières m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA

De barrières staan op volgorde van frequentie.

Privacy inbreuk

Zestien respondenten gaven aan dat zij AAL technologie zien als privacy inbreuk, waarbij hierop voornamelijk bedoeld wordt op de beweging sensoren van SONOPA. *“Moet iemand anders weten wat ik altijd doe?”* en: *“Big brother is watching you”* is meerder malen genoemd. Vijf respondenten gaven aan de beweging sensoren alleen te accepteren als deze beweging detecteren en geen beeld.

Geen kennis omgang techniek

Veertien respondenten gaven aan dat ze geen kennis hebben met de omgang van techniek. Er is benoemd: *“Ik moet dus ook nog onderwijs krijgen in de computer. Ik vind dit alleen maar iets voor iemand die daar vertrouwd mee is.”* En: *“Als ouderen niet mee zijn gegaan met de computer etc. dan snappen ze de tablet ook niet en willen ze er ook niet aan.”*

Minder persoonlijk contact

Het benoemen dat het persoonlijk contact minder wordt, is door negen respondenten gedaan. *“Mensen kunnen het ervaren als onpersoonlijk”* en zo geeft respondent veertien aan: *“Er zit alleen maar een draadje tussen.. er is geen warmte.”*

Vergroot afhankelijkheid van gebruiker

Acht respondenten gaven aan dat AAL technologie de afhankelijkheid kan vergroten. Vijf van de acht respondenten gaven het volgende aan: techniek kan ook uitvallen, dus je ben hiervan afhankelijk. Respondent twintig benoemt: *“Maar dan moet je hem wel aan hebben staan. Ik ben zo’n dommerd.. dan vergeet ik hem uit te doen en dan is hij weer leeg.”* Verder is benoemd dat je afhankelijk bent van de tijdsduur dat de hulpmiddelen worden geleverd. Iemand benoemt: *“Je wordt afhankelijk van anderen, zij maken een direct deel uit van je leven.”* Tot slot gaf respondent vijftien aan: *“Ik vind het een beetje klein houden van volwassen mensen. Alsof wij domme ouderen worden.”*

Belasting mantelzorger

Zeven respondenten benoemden dat AAL technologie de mantelzorger belast. Men moet tijd hebben om elke dag mee te kijken, wordt door vier van de zeven respondenten genoemd. Drie respondenten gaven aan de mantelzorger niet ongerust te willen maken. Zoals respondent twintig benoemd: *“Want stel je voor, ik kan ook lekker op het balkon gaan zitten en als ik daar een uur zit dan kunnen ze ook denken, gut is er wat met der. Je kunt ook een foute melding krijgen.”* Eén respondent zegt het volgende hierover: *“Je hebt ook als nadeel, de mensen die eenzaam zijn en die krijgen dit in huis, dat ze dan aandacht gaan vragen.”* Respondent veertien spreekt uit eigen ervaring dat mantelzorg verlenen een zware taak is en dat niet iedereen dat zo maar kan opbrengen. Hij zegt: *“Ik ben wel heel lang mantelzorger geweest voor mijn vrouw he. Als dat voor een ander geweest zou zijn, had ik het nooit opgebracht.”*

Controleverlies

Zeven respondenten gaven aan dat ze bepaalde controle kwijt zouden raken. Vier van de zeven respondenten benoemden dat ze de regie over het systeem kwijt zijn doordat anderen bijvoorbeeld door bewegingssensoren kunnen zien in welke kamer zij zich bevinden. Of doordat het systeem (SONOPA) anderen de mogelijkheid biedt om zaken voor ze te regelen of in te voeren. Respondent vijftien: *"Kijk als ik dingen niet opschrijf vergeet ik ook wel eens wat. Dus dat het dan even terug komt, prima. Maar dan wil ik het zelf ingevoerd hebben."* Deze respondent zei ook: *"Ik wil niet dat er een berichtje komt bij mijn mantelzorger, voor er contact met mij opgenomen wordt."* En een andere respondent gaf aan over de mogelijkheid dat de tablet aangeeft welke activiteiten in de buurt op het programma staan: *"Voor sommige mensen zou het leuk zijn, voor mij hoeft dat niet zo. Ik heb genoeg te doen zelf. Ik zoek zelf dingen op die ik zelf leuk vind."*

Financieel bereikbaar?

Zeven respondenten vroegen zich af of het financieel betaalbaar blijft om (AAL) techniek te kopen. Blijft het voor iedereen financieel toegankelijk of wordt het vergoed door de verzekering?

Vergroot onveiligheid gebruiker

Zes respondenten denken dat AAL technologie de onveiligheid van gebruikers juist vergroot. Hierover zei respondent drie het volgende: *"Er kan misbruik van worden gemaakt. Bijvoorbeeld valse berichten die worden verstuurd. Of het kan gehackt worden."* Een ander benoemde: *"Je weet niet met wie je praat."* Respondent acht gaf aan: het moet niet zo zijn dat iedereen mee kan kijken. Dit om te voorkomen dat dieven kunnen zien of iemand in huis aanwezig is of niet. Dit laatste is gericht op de bewegingssensoren van SONOPA.

Techniek kan opdringerig zijn

Dat AAL technologie zoals SONOPA opdringerig kan zijn benoemden zes respondenten in de interviews. Iemand zei: *"Het kan overprikkelen. Dat er dingen van je worden verwacht, waar je geen behoefte aan hebt. Je tegen je zin een afspraak maakt, want je hebt het systeem; dus moet je er ook wat mee."*

Geen behoefte

Naast de respondenten die mogelijkheden en barrières opnoemden, zijn ook zes respondenten die geen behoefte hebben aan AAL technologie. Twee respondenten benoemden dat zij geen behoefte hebben omdat zij nog met hun partner wonen, die helpen elkaar. Vier respondenten zijn tevreden met het sociale netwerk en hebben geen behoefte om dit te vergroten. Het volgende wordt genoemd door een respondent: *"Sommige mensen zitten niet te wachten op nieuwe contacten. Ik heb contacten genoeg. Je moet je contacten ook kunnen bijbenen."*

Initiatief-loze ouderen:

Vijf respondenten gaven aan dat dergelijke hulpmiddelen waarschijnlijk niet zullen helpen bij het wegnemen van eenzaamheid bij ouderen. Zo gaf respondent achttien aan: *"Eenzaamheid he.. wat je zei. Toen wij begonnen met de huiskamer bij de posten, is maar 10% van de buurt komen opdagen. Je kunt mensen niet over een bepaalde drempel duwen. Als ik 15 mensen bij de koffieochtend heb, dat is dan veel! Je krijgt ze het huis niet uit. Dat is echt een probleem."* En respondent vijftien en negentien benoemden dat het 'de schuld van de oudere zelf is'.

Ontbreken mantelzorger

Naast het belasten van de mantelzorger, benoemden vier van de twintig respondenten het ontbreken van een mantelzorger als barrière. Het volgende werd gezegd: *"Wie heeft er nog familie, welke familie wil dit, welke familie heeft daar tijd voor?"* Respondent veertien zei daarover: *"En het probleem daarbij is, maar dat zei ik al, waar vind je een mantelzorger voor jou die dat op zich wil nemen."*

Benodigdheden

Drie respondenten benoemden dat de benodigde middelen aanwezig moeten zijn om bijvoorbeeld SONOPA te kunnen bedienen: men is afhankelijk van de levering, aanschaf en aansluiting van het systeem. Respondent twintig gaf aan dat AAL technologie niet alleen in, maar ook buitens huis zal moeten worden geïnstalleerd: *"Wij hadden een tuin van 12 meter diep. 'Middags zaten wij dan achterin, stel je voor dat je zo'n situatie hebt.. dan zie je niks"*

Kwaliteit van leven

Zestien respondenten gaven aan dat AAL technologie zoals SONOPA wel een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven. Elf daarvan gaven aan het hun kan ondersteunen bij het lichamelijke aspect, om de zelfstandigheid te vergroten (code: 'vergroot onafhankelijkheid gebruiker'). Bij het psychisch aspect noemden acht respondenten mogelijkheden om hun kwaliteit van leven te vergroten of te behouden. Hier werd voornamelijk genoemd dat de sociale controle door de bewegingssensoren een gevoel van veiligheid vergroot (code 'vergroot veiligheid gebruiker'). Ook benoemde iemand: *"De kwaliteit en kwantiteit van het leven wordt rijker. Rijker in de zin van: invulling, aanvulling, opvulling van hoe actief je bent."* De tablet die het activiteiten niveau aangeeft en aanbevelingen geeft voor evenementen kan volgens twee respondenten een positief effect hebben op de gezondheid en het welbevinden. Eén van deze twee respondenten geeft aan: *"Dat kan al door iemand een beetje in beweging te krijgen. Buiten zijn in sowieso altijd goed, ook voor de hersenen. En als mensen dan een beetje meer plezier in hun leven hebben."* Tot slot benoemden zeven respondenten dat hun kwaliteit van leven vergroot kan worden door AAL technologie op het gebied van sociale verbondenheid. Het kan sociale contacten behouden/vergroten. Respondent twaalf gaf aan: *"Je kwaliteit van leven wordt alleen maar beter als je je sociale leven onderhoudt."* (code: 'sociaal verbonden'). De vier respondenten die aangaven geen behoefte te hebben aan het behouden/vergroten van hun kwaliteit van leven d.m.v. AAL technologie, benoemden dat het leven zo goed genoeg is.

4.4 Deel 3: Acceptatie en intentie tot gebruik

Deel 3 geeft antwoord op de vraag of respondenten op dit moment of in de toekomst gebruik zouden willen maken van AAL technologie zoals SONOPA. Tevens wordt in dit deel beantwoord wat zij belangrijk vinden in de ontwikkeling van AAL technologie.

Twee respondenten gaven aan nu wel gebruik te willen maken van AAL technologie zoals SONOPA. Respondent dertien: *"Ja, een elektrische deurdranger, omdat het functioneel nodig is."* Respondent achttien gaf aan dat ze op dit moment alleen gebruik wil maken van de alarmknop, maar *"Ik wil wel proefkonijn zijn."*

Voor het gebruik in de toekomst gaven zeventien respondenten aan open te staan voor AAL technologie zoals SONOPA. Hierbij werden aspecten van de codes 'vergroot onafhankelijkheid gebruiker', 'vergroot veiligheid gebruiker' en 'vangnet' benoemd. Ook zeiden twee respondenten dat ze dit alleen wilden als het echt nodig is, als het moet. Vijf respondenten gaven aan dat het de toekomst is. Er werd benoemd: *"Je ontkomt er niet meer aan."*

In totaal gaven drie respondenten aan om nu en in de toekomst geen gebruik te willen maken van AAL technologie zoals SONOPA. Een respondent gaf aan dat ze later, indien het nodig is, naar een verzorgingstehuis wil. De inzet van AAL technologie zoals SONOPA in haar eigen huis heeft dan geen zin. Respondent vijftien gaf aan: *"Ik heb zelf zoiets van als ik oud wordt, en dat alles op afstand bekeken en geregeld wordt, dat hoop ik zelf niet mee te maken."*

Acht respondenten gaven aan dat in de ontwikkeling van AAL technologie belangrijk is dat de technologie blijft ontwikkelen. Respondent zestien benoemde specifiek voor SONOPA: *"Dat ze het systeem beter ontwikkelen. Dat als er echt een kritische situatie is, dat iemand dan ook echt weet dat het een kritische situatie is."* Zeven personen benoemden dat de menselijke kant benadrukt moet worden. *"Het moet niet vervangend zijn"* en *"ik heb in mijn beroep als verpleging gemerkt hoe belangrijk contact is"* wordt door meerdere mensen genoemd. Vier respondenten benoemden dat het zich goed moeten richten op de veiligheid/beveiliging van het systeem. Tevens zeiden zeven respondenten dat het belangrijk is om de veiligheid van de gebruiker en het vangnet van de

mantelzorger mee te nemen in de ontwikkeling, gericht op SONOPA. Drie van deze zeven respondenten gaven aan dat meerdere mensen een melding binnen moeten krijgen indien het alarm afgaat. *“Voor als de mantelzorger geen mogelijkheid heeft om te kijken.”* Dit kan gekoppeld worden aan het volgende antwoord van een respondent: *“Dat als er geen reactie komt, er dan een melding gaat naar een professional.”* Respondent vijftien noemde daarbij: *“Dan zou ik er een schakel tussen willen. Voordat eerst de paniek komt bij de familie.”* Twee respondenten benoemden dat er een opvang moet zijn van het systeem indien het uitvalt. En twee respondenten gaven aan dat men technische hulpmiddelen in theorie als praktijk goed onder de knie moeten hebben voordat dit ingezet kan worden. Tot slot betrokken drie respondenten het volgende aspect: alle hulpmiddelen moeten voor iedereen toegankelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan de financiën, maar ook aan de ouderen die mogelijk niet snappen hoe ze met de technologie om moeten gaan.

Hoofdstuk 5 – Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek beschreven. In paragraaf 5.1 wordt praktische deelvraag één beantwoord: 'In welke mate en op welke manier hebben 55-plussers ervaring met ICT?' In paragraaf 5.2 wordt praktische deelvraag twee beantwoord: 'Wat zijn de wensen en behoeften van 55-plussers m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA?' Paragraaf 5.3 beantwoord praktische deelvraag drie: 'In hoeverre kan volgens de 55-plussers AAL technologie zoals SONOPA een bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven?' De beantwoording van de praktische- en theoretische deelvragen vormen samen de conclusie op de hoofdvraag van dit onderzoek. Dit staat in paragraaf 5.4 weergegeven. Vervolgens worden in paragraaf 5.5 aanbevelingen gedaan. Daarna worden in paragraaf 5.6 de sterktes en zwaktes van dit onderzoek beschreven en sluit paragraaf 5.7 af met een discussie.

5.1 Conclusie praktische deelvraag 1

Deelvraag 1: 'In welke mate en op welke manier hebben 55-plussers ervaring met ICT?'

Een enkeling maakt gebruik van ICT hulpmiddelen zoals een elektrische keuken en lichtsensoren. Meer dan de helft gaf aan geen ervaring te hebben met deze hulpmiddelen, omdat zij dit nog niet nodig hebben.

De helft van de respondenten gebruiken zelf geen ICT hulpmiddelen in de thuiszorg, maar kennen wel gebruikers. Hier verschilt het in positieve en negatieve ervaringen. Bij negatieve ervaring wordt niet negatief over het systeem zelf gesproken, maar over de werking en het niet reageren door zorgverleners op alarmen.

5.2 Conclusie praktische deelvraag 2:

Deelvraag 2: Wat zijn de wensen en behoeften van 55-plussers m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA?'

Meer dan de helft van de respondenten hebben in het algemeen een positieve indruk over de voorbeeldcase. Zes respondenten vinden het idee goed, maar zien nu (nog) te veel risico's. Bijvoorbeeld de beveiliging en uitval van het systeem. Twee respondenten vinden het niet fijn dat ze bekeken zouden worden en dat alles geregeld wordt. Hun eerste indruk van SONOPA is daarom negatief.

De werklastvermindering van professionals is door meerdere respondenten genoemd als mogelijkheid. Een voorbeeld hiervan is de controle op afstand en dat professionals in verbinding staan met het systeem i.p.v. mantelzorgers.

AAL technologie zoals SONOPA is mede ontwikkeld ter ontlasting van de mantelzorger. Dit benoemen ook Rashidi en Mihailidis (2013). Zij stellen dat het algemene doel is om onafhankelijk ouder worden te bevorderen, het ondersteunen en ontlasten van het zorgnetwerk en uiteindelijke controle te krijgen over de uitgaven van gezondheidszorg en sociale zorg. Wat opvalt is, dat slechts één respondent heeft aangegeven dat AAL technologie zoals SONOPA de mantelzorger kan ontlasten. Daar tegenover staan meer respondenten die benoemden dat het juist een belasting is van de mantelzorger. Zij gaven de volgende voorbeelden: de mantelzorger moet de hele tijd meekijken; wat als iemand 's nachts valt; wat als ik één uur in de tuin zit en de mantelzorger denkt 'gut er is iets met der'; ze kunnen een foute melding krijgen; ik wil mijn mantelzorger niet (onterecht) ongerust maken; mensen die eenzaam zijn gaan heel veel aandacht van de mantelzorger vragen; mantelzorg verlenen is heel heftig en dit zou ik niet zo maar voor iemand kunnen opbrengen.

Tenminste, als de gebruiker eerst een mantelzorger vindt. Vier respondenten gaven expliciet aan dat zij niet verwachten dat zij, of iemand anders, makkelijk een mantelzorger vinden die bereid is om deze taak op zich te nemen. Want, wie heeft er iemand die dit wil en wie heeft hier tijd voor?

Alle respondenten gaven aan dat AAL technologie zoals SONOPA een bijdrage levert aan het gevoel van veiligheid. Opvallend is, dat meerdere respondenten hiervan aangaven dat bij gebruik van bijvoorbeeld SONOPA, mensen niet meer weken (dood) in huis hoeven te liggen. Veel respondenten gaven aan geen fan te zijn van de sensoren in verband met privacy, enkele respondenten zeiden: "Big brother is watching you". Diverse respondenten gaven wel aan alleen bewegingssensoren in huis te accepteren, geen beeld.

De helft van de respondenten zien AAL technologie als SONOPA als uitkomst voor alleenstaande ouderen en de meerderheid vinden het ideaal inzetbaar bij vergeetachtig wordende ouderen. Naast veiligheid wordt het woord "vangnet" vaak gebruikt. Meer dan de helft benoemden dit. Het is dus ook niet raar dat dit begrip bij de beantwoording van de hoofdvraag terug komt. Naast het vangnet voor de gebruiker, gaven acht respondenten aan dat er ook behoefte is aan een vangnet voor de mantelzorger en voor het systeem. Enkele respondenten benoemden het volgende: Als het systeem werkt is het heel mooi, maar de vraag is: zo gauw als het systeem niet meer werkt (denk aan bijvoorbeeld stroomuitval), wat voor een opvangnet heb je dan?

Dat AAL technologie zoals SONOPA wel een bijdrage levert aan de zelfstandigheid, werd door bijna de helft van de respondenten genoemd. De meerderheid van de respondenten gaven aan dat AAL technologie als SONOPA kan bijdragen aan het behouden/vergroten van de sociale contacten. Er kan een koppeling worden gemaakt naar zes respondenten die zeiden dat men hierdoor makkelijker en sneller contact maakt. Breek je een heup? Dan hoef je het huis niet meer uit om te weten wat er in de buurt gebeurt. Tieleman (2011) geeft aan dat veel ouderen te maken krijgen met eenzaamheid en een klein sociaal netwerk. Dat een aanzienlijk groot aantal respondenten noemden dat zelfstandigheid en het vergroten en/of behouden van het sociale netwerk belangrijk is, is om die redenen niet vreemd. Dat tevens de veiligheid door alle respondenten is benoemd als 'mogelijkheid van AAL technologie' lijkt ook logisch. Uit een onderzoek van Kardol (2013) komt naar voren dat een gevoel van onveiligheid, eenzaamheid en kwetsbaarheid met name gevolgen zijn van de vaak voorkomende en meervoudige gezondheidsproblemen bij ouderen. Diverse respondenten gaven echter aan dat AAL technologie zoals SONOPA geen effect heeft op het sociale netwerk en/of sociale actieve bijdrage. Als je eenzaam bent is dat volgens hen je 'eigen schuld'. Deze ouderen nemen zelf geen initiatief om hun huis uit te gaan of contact op te nemen, geen enkele technologie zou daar iets in kunnen veranderen.

Bij de wensen en behoeften van 55-plussers m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA staan bij de respondenten drie termen centraal: veiligheid, zelfstandigheid en sociale contacten. Deze termen zijn door de meeste respondenten genoemd en terug te vinden in de resultaten. Drie termen die in dit onderzoek niet onbekend zijn. Deze resultaten komen namelijk overeen met de resultaten uit de onderzoeken van Doekhie et al. (2014), Iersel en Leidelmeijer (2010) en Lahuis en Blokland (2012). Uit het onderzoek van Doekhie et al. (2014) blijkt ook dat ouderen een grote behoefte hebben aan zelfregie. Hierin staat de zelfstandigheid van ouderen centraal. Een sociaal netwerk speelt volgens Doekhie et al. (2014) een grote rol bij het gevoel van onafhankelijkheid van ouderen. Voornamelijk bij ouderen waarbij het welzijn achteruit gaat.

De resultaten zouden wellicht kunnen wijzen op het volgende: de meerderheid van de geïnterviewde ouderen in Enschede vinden voornamelijk het behouden/vergroten van de zelfstandigheid, veiligheid en het sociale netwerk als belangrijkste punten bij AAL technologie zoals SONOPA. Echter, zo blijkt ook uit de resultaten, niet alle ouderen zijn het daarmee eens.

5.3 Conclusie praktische deelvraag 3

Deelvraag 3: 'In hoeverre kan volgens de 55-plussers AAL technologie zoals SONOPA een bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven?'

Een grote meerderheid van de respondenten gaven als antwoord onomwonden "ja". Slechts enkele respondenten vonden van niet. Van onze steekproef gaf maar liefst 80% aan AAL technologie als mogelijkheid te zien om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dit kan er op wijzen dat vier van de vijf ouderen in Enschede wel een mogelijkheid zien in AAL technologie om een bijdrage te leveren aan hun kwaliteit van leven.

Kwaliteit van leven is onderverdeeld in het lichamelijk-, psychisch- en sociale domein (Wouters & Carters, 2011). Elf respondenten vonden dat AAL technologie als SONOPA een mogelijkheid biedt om het lichamelijke domein te verbeteren en zo kwaliteit van leven te behouden/vergroten. Via de tablet afspraken maken om samen boodschappen te doen, te wandelen, herinnering van medicijn inname etc. Diverse respondenten gaven aan dat door iemand te activeren om dingen te doen, je ze laat genieten van het leven en dat daarnaast AAL technologie zoals SONOPA het gevoel van veiligheid kan vergroten. Met andere woorden, je kunt iemands psychisch welbevinden vergroten. Enkele respondenten benoemden dat hun kwaliteit van leven zou verbeteren als zij een groot en actief sociaal netwerk hebben. AAL technologie zoals SONOPA zou hier volgens hen een bijdrage aan kunnen leveren.

Het merendeel van de deelnemende ouderen zouden meer belemmeringen ervaren als hun fysieke gesteldheid achteruit zouden gaan. Meerdere respondenten gaven aan AAL technologie zoals SONOPA als een uitkomst te zien wanneer het lichamelijk functioneren verslechterd. Dit komt overeen met de bevindingen van Wagner-Johnston (2013). Hij zegt dat het niet goed lichamelijk functioneren als meer belastend wordt ervaren dan het niet goed psychisch functioneren. Dit zou wellicht kunnen verklaren waarom het merendeel van de respondenten aangaf het lichamelijke domein als belangrijk deel te zien binnen het behouden en/of vergroten van kwaliteit van leven door middel van AAL technologie. Het zou de suggestie kunnen wekken dat de gebruiker AAL technologie zal inzetten als deze last krijgt van lichamelijke klachten en niet zo snel bij het ervaren van psychische- en of cognitieve klachten. De respondenten zien ook weldegelijk dat AAL technologie zoals SONOPA hun sociale netwerk kan verbeteren/vergroten. Hier verwijzen zij echter wel naar situaties waarbij zij fysiek niet meer in staat zijn zelf erop uit te gaan.

Enkele Respondenten gaven aan geen behoefte te hebben in het vergroten van hun kwaliteit van leven. Zij geven in het schema (zie bijlage 7) aan tevreden te zijn over hun sociale verbondenheid, gezondheid en het fysieke domein. De uitkomsten kunnen wellicht te maken hebben met hun keuze om geen behoefte te hebben aan AAL technologie.

5.4 Conclusie hoofdvraag

De beantwoording van de praktische- en theoretische deelvragen vormen samen de conclusie op de hoofdvraag van dit onderzoek. Het gaat hierbij om de volgende hoofdvraag: 'Met welke intentie zullen 55-plussers AAL technologie gebruiken en welke mogelijkheden en barrières zien zij bij het inzetten van deze technologie om langer zelfstandig wonen te realiseren?'

Wat opvalt is dat de geïnterviewde ouderen meer barrières (13) zien dan mogelijkheden (10). De barrières lijken minder zwaar te wegen dan de mogelijkheden. Het gevoel van veiligheid, het hebben van een vangnet en sociale verbondenheid zijn redenen waarom bijna alle respondenten wel gebruik zouden willen maken van AAL Technologie zoals SONOPA. De ouderen in Enschede zien AAL technologie zoals SONOPA vooral als uitkomst voor de alleenstaande of vergeetachtige oudere. Toch gaven diverse respondenten aan dat AAL technologie zoals SONOPA eenzaamheid bij ouderen niet

weg zal nemen. De bewegingssensoren van SONOPA stimuleren het behoudt/vergroot van de veiligheid in huis en de zelfstandigheid van de oudere. In 2012 is door Lahuis en Blokland onderzoek gedaan onder 70-plussers over de reden van aanschaf van technologie. Hieruit kwam naar voren dat men zorgtechnologie alleen aanschaf uit noodzaak, als compensatie van een verminderde mobiliteit en het vergroten van veiligheid. De uitkomsten van dat onderzoek komen grotendeels overeen met de benoemde intentie tot gebruik door ouderen in Enschede in dit onderzoek. Een van de bevindingen van dit onderzoek is ook dat men technologie aanschaf als het genoodzaakt is. Met andere woorden: alleen als het moet, anders niet. Men blijft ook terughoudend, omdat het niet duidelijk is hoe AAL technologie zoals SONOPA betaald moet worden. Wordt dit (deels) gefinancierd of moet dit uit eigen zak komen? En deze terughoudendheid wordt tevens gestimuleerd doordat vele ouderen de omgang met (AAL) technologie als barrière zien. Ook blijkt dat AAL technologie zoals SONOPA toch ook, in tegenstelling tot de mogelijkheid, de onveiligheid van de gebruiker kan vergroten. Diverse malen is benoemd dat valse berichten gestuurd kunnen worden, het systeem gehackt kan worden en je in contact kunt komen met kwaadwilligen.

De helft van de respondenten gebruiken zelf geen ICT hulpmiddelen in de thuiszorg, maar kennen wel gebruikers. Hier verschilt het in positieve en negatieve ervaringen. Wat opvalt is dat er niet negatief over het systeem zelf wordt gesproken, maar over de (niet)werking en het niet reageren door zorgverleners op alarmen. Bij de barrières die ouderen in Enschede zien in AAL technologie zoals SONOPA staat de privacy op nummer één. De 55-plussers gaven aan het lastig en beperkend te vinden dat hun privacy wordt verminderd. Zij zijn echter wel bereidt dit op te geven als dit betekent dat zij zelfstandig kunnen blijven wonen. De ouderen gaven aan (beweging)sensoren te accepteren, mits deze geen beeld, maar beweging detecteren. Naast dat AAL technologie zoals SONOPA de zelfstandigheid behoudt/vergroot, gaf men ook aan dat de gebruiker juist afhankelijk kan worden van de technologie (denk aan uitval van het systeem) of van de mantelzorger.

Wat opvalt is, dat slechts één respondent heeft aangegeven dat AAL technologie zoals SONOPA de mantelzorger kan ontlasten. Daar tegenover staan meerdere respondenten die benoemden dat het juist een belasting is voor de mantelzorger. Zij gaven de volgende voorbeelden gericht op SONOPA: de mantelzorger moet de hele tijd meekijken; wat als iemand 's nachts valt; wat als ik één uur in de tuin zit en de mantelzorger denkt 'gut er is iets met der'; ze kunnen een foute melding krijgen; ik wil mijn mantelzorger niet (onterecht) ongerust maken; mensen die eenzaam zijn kunnen veel aandacht van de mantelzorger vragen. Deze belasting is er wellicht, als de gebruiker überhaupt eerst een mantelzorger vindt. Meerdere respondenten gaven expliciet aan dat zij niet verwachten dat zij, of iemand anders, makkelijk een mantelzorger vinden die bereid is om deze taak op zich te nemen. Want, wie heeft er iemand die dit wil en wie heeft hier tijd voor?

De barrières die ouderen in Enschede noemden wijken niet veel af van de kritische punten waarmee de ontwikkeling van AAL technologie te maken krijgt. Deze komen uit onderzoeken van Peek et al. (2014), Sun et al. (2009) en van Hoof, Kort, Rutten en Duijnste (2011) voort. De vraag naar de kosten, en vaak de acceptatie en angst voor technologie bij ouderen komen hierbij overeen.

De geïnterviewde Enschedese ouderen zien wellicht diverse mogelijkheden in het gebruik van AAL technologie, waaraan het intentie tot gebruik gekoppeld kan worden. Maar er zijn ook diverse barrières die de acceptatie en intentie tot gebruik van AAL technologie op dit moment mogelijk belemmeren bij de ouderen in Enschede. Omdat AAL technologie zoals SONOPA nu in ontwikkeling is, kunnen de mogelijkheden en barrières wellicht in verdere ontwikkelingen worden meegenomen. Voor een betrouwbaar en generaliseerbare kijk op de mogelijkheden en barrières zal er een onderzoek moeten plaatsvinden met een brede populatie.

5.5 Aanbevelingen

Hieronder worden zeven aanbevelingen beschreven aan de hand van de conclusies. Deze aanbevelingen kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van AAL technologie zoals SONOPA.

Aanbevelingen AAL technologie zoals SONOPA

Aanbeveling 1: omgang techniek ouderen

Een barrière binnen de acceptatie en intentie van AAL technologie die voortkomt uit dit onderzoek, is de omgang met techniek. De ouderen van nu hebben vaak geen kennis en ervaring met (AAL) technologie, dus het gebruiksgemak van de technologie moet zo eenvoudig mogelijk zijn. Een aanbeveling hiervoor is simpele bediening en zo weinig mogelijk knoppen/keuzes waar ouderen uit kunnen kiezen.

Aanbeveling 2: betaalbaarheid

Een tweede aanbeveling die voortkomt uit dit onderzoek, is de toegankelijkheid van AAL technologie. Elke ouder die gebruik moet maken van AAL technologie zoals SONOPA, ongeacht hoog of laag inkomen, zou deze mogelijkheid wellicht moeten krijgen. Hoe gaat het kostenplaatje er uit zien en wordt het (deels) vergoed? Dit is een punt wat onderzocht zal moeten worden. Als de ontwikkelaars van AAL technologie zoals SONOPA deze dienst als 'luxe product' zien, zal dit ook duidelijk moeten worden aangegeven.

Aanbeveling 3: opvang indien technologie uitvalt

Uit het onderzoek blijkt dat de opvang van AAL technologie zoals SONOPA bij uitval een belangrijk punt is. Een aanbeveling is om een vangnet te creëren, zodat de gebruiker geen risico loopt tijdens het disfunctioneren van het systeem. Hoe men dit vangnet zou kunnen creëren, zal verder onderzoek kunnen uitwijzen.

Aanbeveling 4: vangnet mantelzorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat ouderen SONOPA vaak zien als een belasting voor de mantelzorger. Dit zal wellicht kunnen gelden voor meerdere AAL technologie waarbij monitoring een taak is van de mantelzorger. Daarbij wordt een verbinding met meerdere zorggevers/mantelzorgers als vereiste gezien. Een aanbeveling hiervoor is dat als iemand niet binnen een bepaalde tijd reageert op een melding, deze door wordt geschakeld naar iemand anders. Daarnaast achten de 55-plussers uit Enschede de kans op het vinden van een mantelzorger heel klein. Om erachter te komen of het daadwerkelijk voor vele ouderen een probleem zal zijn om een mantelzorger te vinden, is onze aanbeveling dat dit landelijk getoetst moet worden. Mocht dit zo zijn, bestaat er wellicht de mogelijkheid om deze taak door te schuiven naar professionals die speciaal zijn opgeleid in het bieden van hulp in combinatie met (AAL) technologie. Of dit daadwerkelijk het geval kan zijn, zou verder onderzocht kunnen worden.

Aanbeveling 5: beveiliging systeem

Meerdere respondenten uit dit onderzoek gaven aan dat de beveiliging van SONOPA belangrijk is. Mogelijk geldt dit voor meerdere AAL technologieën. Een aanbeveling is om te onderzoeken welke maatregelen er getroffen kunnen worden om de beveiliging van het systeem en de gebruiker te waarborgen. Respondenten legden de nadruk op het onmogelijk maken van hacken en gegevensverspreiding.

Aanbevelingen toekomst

Aanbeveling 6: toekomst Social Work

Uit het onderzoek komt naar voren dat men bang is dat AAL technologie het persoonlijk contact (te veel) zal vervangen. De nadruk wordt gelegd op contact tussen zorggever en zorgvrager (gebruiker) of mantelzorger en zorgvrager. Er is verder onderzoek nodig om de balans tussen hulp op afstand en

persoonlijk contact af te stemmen naar behoefte. Daarnaast zal onderzocht kunnen worden hoe men de omgang met systemen kan optimaliseren.

Aanbeveling 7: breder onderzoek met herhaalbaarheidseis

Voor een specifiekere beantwoording van de intentie, de mogelijkheden en barrières die Nederlandse ouderen in AAL technologie zien, zal een bredere onderzoek moeten plaatsvinden met een landelijke populatie. Technologie blijft in ontwikkeling en de generatie ouderen verandert steeds, en zo ook hun meningen over technologie. Daarom lijkt het ons verstandig om dit onderzoek om de zo veel jaar te herhalen.

5.6 Sterktes en zwaktes

In deze paragraaf worden de sterktes en zwaktes van dit onderzoek toegelicht, welke tijdens de uitvoering van dit onderzoek zichtbaar zijn geworden.

STERKTES	ZWAKTES
- STEEKPROEF	- GEBRUIK VAN INTERPRETATIES
- BENADERING RESPONDENTEN	- UITEN VAN MENING/NORMEN/WAARDEN
- INTRODUCTIE INTERVIEW SCHEMA	- VOOROORDELEN
- FILMPJE SONOPA ALS VOORBEELDCASE	- VRAAG ACHTERAF GESTELD
- POWERPOINT MET INTERVIEWVRAGEN	- ONDUIDELIJKE BEANTWOORDING
- GEPRINTE VERSIE INTERVIEWVRAGEN	- APART INTERVIEWS AFGENOMEN
- INTERVIEWAFNAME IN THUISITUATIE	- GEEN CULTURELE VERSCHILLEN
COMPETENTIE ONDERZOEKERS	

Afbeelding 6: sterktes en zwaktes onderzoek

Sterktes

Steekproef: de respondenten zijn zoveel mogelijk aselekt gekozen, alhoewel ze wel aan de voorwaarden van dit onderzoek moeten voldoen. Het gaat hierbij om 55-plussers die zelfstandig wonen in Enschede. Wij hebben geprobeerd zoveel mogelijk verschillen in respondenten op te zoeken. Verschil in geslacht, leeftijd en vooropleiding zijn hiervan voorbeelden. Dit vergroot de diversiteit in de beantwoording van de interviewvragen en daarbij ook de betrouwbaarheid.

Veel respondenten hebben zelf contact met ons opgenomen. Wij hebben namelijk een oproep geplaatst in het lokale krantje van de ouderenbond. Zij hebben dus zelf het initiatief genomen. Wij hebben waarschijnlijk veelal te maken gehad met initiatief nemende en actieve ouderen, die zich niet kunnen voorstellen dat het voor iemand lastig is om een telefoon op te pakken of om er 'op uit te gaan'. Daarnaast zullen deze respondenten zich wellicht minder snel onveilig voelen. Dit kan wellicht de resultaten hebben beïnvloed.

Benadering respondenten: het werven van de respondenten is gedaan middels het benaderen van diverse organisaties die activiteiten organiseren voor ouderen in Enschede, door langs de deuren te gaan bij een seniorenflat en door het snowball effect waardoor via respondenten nieuwe contacten zijn geworven. De respondenten zijn hierbij via fysiek en telefonisch contact benaderd. De deelname is geheel op vrijwillige basis en anoniem. Dit is tijdens het werven van de respondenten ook aan hen verteld waardoor men niet genooddaakt voelde om deel te nemen aan het interview.

Introductie interview schema: voor de start van het interview is er door de respondenten een kort schema ingevuld. Hierop staan basisgegevens die een algemene indruk wekken over de persoon zelf. Hierbij valt te denken aan gegevens als: geslacht, leeftijd, vooropleiding, werk, thuissituatie,

ervaring/bezit technologie in huis, en een korte indruk over hun ervaring in mobiliteit en de sociale contacten. Dit geeft de onderzoekers een algemene indruk over de persoon en de startsituatie.

Filmpje SONOPA als voorbeeldcase: tijdens het interview is het SONOPA project als voorbeeldcase gebruikt. Hierover gaan diverse interviewvragen. Om het SONOPA project duidelijk weer te kunnen geven hebben de interviewers dit uitgebreid uitgelegd en is er een kort filmpje van ongeveer twee minuten laten zien. Dit bood de respondent een beter beeld van SONOPA en verduidelijkte de achterliggende gedachten van de makers.

PowerPoint met interviewvragen: om de respondent een duidelijk en overzichtelijk beeld te geven over de interviewvragen, zijn de veertien hoofdvragen op een PowerPoint weergegeven. Dit bood de respondent een houvast en geeft duidelijkheid over het verloop van het interview. Ten tijde van de interviews zijn de interviewvragen inclusief doorvraag vragen geprint meegenomen. Dit bood de interviewer houvast bij het vragen stellen en doorvragen. Deze doorvraag vragen stonden niet in de PowerPoint.

Interviewafname in thuissituatie: de interviews vonden plaats in de thuissituatie van de respondent. Dit geeft de respondent een veilig en vertrouwd gevoel, deze vertrouwde omgeving zou wellicht voor eerlijkere beantwoording van de interviewvragen kunnen zorgen.

Competenties onderzoekers: de onderzoekers hebben zich goed voorbereid door zich in te lezen en colleges te volgen voor de gesprekken plaatsvonden.

Zwaktes

Gebruik van interpretaties: tijdens het interviewen hebben de interviewers enkele keren gebruik gemaakt van interpretaties. Zoals: 'Dus dat vind u een voordeel?' of 'En hier heeft u last van?' Dit kan de respondent nadelig beïnvloeden in zijn/haar beantwoording.

Uiten van mening/normen/waarden: tijdens het afnemen van de interviews is voorgekomen dat de mening en/of normen/waarden tot uiting zijn gebracht door de interviewers. Meningeën als: 'Dat vind ik ook' en 'Mijn oma zou hier geen gebruik van kunnen maken.' Dit kan de respondent beïnvloeden in de beantwoording van de interviewvragen.

Vooroordelen: allebei de interviewers waren over het filmpje van SONOPA niet al te positief, omdat het snelle fragmenten zijn die worden laten zien en er Engels wordt gesproken. Er is Nederlandse ondertiteling, maar veel ouderen kunnen dit niet zo snel lezen en tegelijkertijd de fragmenten bekijken. Het filmpje geeft een beter overzicht, maar kan ook als nadeel worden gezien omdat het vaak niet in een keer duidelijk is en de interviewers hierover uitleg moeten geven. Het vooroordeel werd hierbij soms geuit door de manier waarop wij over het filmpje hebben gepraat. De iets wat negatievere stemtoon kan vooroordelen wekken bij de respondenten.

Vraag achteraf gesteld: tijdens het interviewen heeft een interviewer bij de laatste vier interviews de volgende vraag vergeten te stellen: 'Welke veranderingen verwacht u door de invoering van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg?' Deze vraag is achteraf, op dezelfde dag, gesteld aan de vier respondenten die deze vraag niet gekregen hadden. De interviewer heeft deze antwoorden op papier geschreven. Toch kan het na de hand stellen van deze vraag van invloed zijn op de beantwoording doordat de respondenten een indruk hadden gekregen van AAL technologie en SONOPA doormiddel van de andere vragen. Het antwoord van de respondent kan hierdoor mogelijk verschillen van het antwoord dat eerder geuit zou zijn indien de vraag op volgorde gesteld zou zijn.

Onduidelijke beantwoording: bij enkele antwoorden van respondenten had na de tijd meer doorgevraagd moeten worden om het antwoord duidelijker te krijgen. Dit betekent dat er nu antwoorden bestaan die geen duidelijke beantwoording zijn van de gestelde vragen. Zoals bijvoorbeeld het antwoord van een respondent op de volgende vraag: 'Kent u leeftijdsgenoten die gebruik maken van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg?' De respondent heeft hierop geantwoord dat hij/zij wel burens kennen die hulp krijgen van thuiszorg bij het wassen of bij de ogen druppelen. Maar dit antwoord geeft geen antwoord over de vraag of ICT hulpmiddelen gebruikt worden. Hier had dus achteraf meer doorgevraagd moeten worden. Door deze onduidelijkheid kan deze vraag niet in de resultaten worden meegenomen.

Apart interviews afgenomen: om aan de tijdsplanning te voldoen is besloten om de interviews op te splitsen. Onderzoeker één interviewt tien personen en onderzoeker twee interviewt tien personen, ieder individueel. Het nadeel hieraan is dat de onderzoekers elkaar niet kunnen ondersteunen, aanvullen of kunnen wijzen op leerpunten. Leerzame feedback kan zodoende niet aan elkaar worden gegeven.

Geen culturele verschillen: alle respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit. Er is dus geen diversiteit in culturele verschillen en dit kan de uitkomst van het onderzoek wellicht beïnvloeden. Bepaalde generalisaties zullen minder goed onderbouwd zijn door het missen van inzichten uit andere culturen.

5.7 Discussie

Dit onderzoek heeft zich gericht op het achterhalen van de meningen van ouderen over de intentie van gebruik en de mogelijkheden/barrières van AAL technologie zoals SONOPA. Maar willen ouderen van nu überhaupt AAL technologie? De waarde van persoonlijk contact kwam in elk gesprek weer naar boven. Het lijkt alsof de 55-plussers AAL technologie zoals SONOPA zien als extra, i.p.v. vervanging. Het is een heel mooi programma, 24 uur per dag iemand die op je let, meldingen van evenementen/agenda punten, melding voor medicijnname, maar: mensen moeten nog steeds blijven langskomen. Persoonlijke zorg mag niet wegvallen. Wat opvalt is dat wij niet de enige zijn die met deze bevinding komt. Verberk (2016) geeft aan dat EHealth de huidige zorg zou moeten vervangen, maar dat het tot nu toe bovenop het gewone werk komt. Past dit bij de intentie en de doelen van AAL technologie? En past dit bij de kijk op de huidige zorg?

Het is voor de ouderen niet duidelijk wanneer zij deze technologie eventueel zouden moeten aanschaffen en hoe zij er mee om zouden moeten gaan. Veel ouderen gaven in dit onderzoek aan dat AAL technologie zoals SONOPA heel handig is voor vergeetachtige of alleenstaande ouderen. Wat als men onverwacht hulpbehoevend wordt en de AAL technologie te laat wordt aanschaf? Kan iemand die vergeetachtig is, een systeem zoals SONOPA bedienen en wie is dan eigenlijk de 'perfecte gebruiker'? Dit is een vraag die ons ook bezig houdt. Wanneer is het beste moment om AAL technologie aan te schaffen, wat is de geschikte doelgroep en hoe verloopt deze aanschaf? Veel Nederlandse ouderen hebben het niet breed. 16% van de Nederlandse 65-plussers blijkt geregeld niet uit te komen met hun geld. Ruim de helft van de 65-plussers kijkt erg negatief tegen de financiële toekomst aan (Nationaal Ouderen Fonds, 2016). In het onderzoek komt vaak naar voren dat de Enschedese oudere niet weet wat de kosten van AAL technologie zijn en of deze wellicht worden vergoed door de verzekering. AAL technologie speelt in op de veranderende behoeften van de ouderen, maar met welke intentie? Ondersteunen of geld verdienen? Met andere woorden: het doel van AAL technologie zoals SONOPA is duidelijk, maar de intentie niet. Deze onduidelijkheid heeft op de ouderen een terughoudend effect.

Wij kregen de indruk dat respondenten vooral bezig waren met het verwerken van de schrik, dat de mogelijkheid bestaat dat zij in de toekomst wel eens hulpbehoevend zouden kunnen zijn. En dat zij

minder bezig waren met de mogelijkheden die AAL technologie biedt, als deze ‘hulp’ nog niet nodig is. Met andere woorden: dat AAL technologie zoals SONOPA een preventieve rol kan hebben in de levens van de nog gezonde en levensenergieke ouderen. Wij vragen ons af hoe deze ‘vitale ouderen’ bereikt kunnen worden en daarnaast dan ook bereid zijn om hier voor op te staan (van der Zwet & van de Maat, 2009). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft jaarlijks bijna 2 miljoen euro aan AALJP. Dit programma stimuleert de investering in AAL oplossingen voor ouderen (ZonMw, 2016). Uit onderzoek van Kokkeler (2015) en uit onze conclusie blijkt, dat Nederlanders domotica (technologie) vaak alleen aanschaffen als het écht moet. Respondenten gaven aan zoiets alleen te willen gebruiken als zij geen andere mogelijkheid meer zien. Dus i.p.v. te investeren in AAL oplossingen, zal men wellicht eerst in de kijck op AAL technologie kunnen investeren: de oudere spelenderwijs met AAL oplossingen om te leren gaan en zo mogelijk een positief gevoel te creëren. Positieve gevoelens kunnen wellicht resulteren tot meer ouderen die openstaan voor technische hulpmiddelen. Een bevinding die aansluit bij J. Tas, CAO Connected Care & Health Informatics van Philips. Tas (2016, p.34) stelt:

EHealth toepassingen kunnen het leven van de patiënt en onze zorg enorm verbeteren. Maar als wij onvoldoende kijken naar de verandering die de inzet van deze toepassingen vraagt van patiënten, zorgverleners en organisaties, halen we nooit de maximale voordelen en kansen uit vernieuwende digitale technologie.

De Enschedese ouderen zijn zich bewust dat de zorg verandert. Uit onderzoek van de Rijksoverheid (2015) blijkt dat mantelzorgers een grotere rol krijgen en ouderen langer thuis blijven wonen. De onderzoeken van bijvoorbeeld Doekhie et al. (2014), Iersel en Leidelmeijer (2010) en Lahuis en Blokland (2012) sluiten aan bij deze gedachtegang: de behoefte van de oudere om daadwerkelijk langer en zelfstandiger thuis te blijven wonen. Daarnaast geven ouderen te kennen juist informele hulp te verkiezen boven professionele hulp. Terwijl in gesprek blijkt dat men toch behoefte heeft aan persoonlijke en professionele zorg: zorg ontvangen van iemand die bekwaam is. Wij vragen ons af of ‘de ouderen van nu’ gewend zijn aan, of aan het idee van, persoonlijke zorg? De ‘ouderen van de toekomst’ maken namelijk veel meer gebruik van Facebook, Face-time en WhatsApp. Zij zijn wellicht gewend aan het contact op afstand of contact via Social Community. Roelofsen, Boersma, Verberk en Engelen (2016) zien dit ook als probleem. Zij geven aan dat een cultuurverandering nodig is. Die er volgens hen met de tijd vanzelf komt, als men maar ziet dat EHealth werkt. Onduidelijk is hier wanneer deze verandering plaats zal vinden.

Hoewel AAL technologie zoals SONOPA in ontwikkeling is om de ouderen te ondersteunen bij het behouden/vergroten van hun sociale netwerk en daarbij eenzaamheid te verminderen, lijken de geïnterviewde ouderen het daar niet helemaal mee eens te zijn. Opvallend waren de opmerkingen over de ‘luie oudere’. “Eenzaamheid is je eigen schuld” is genoemd. Bij een grootschalig onderzoek met een diverse populatie, zal wellicht een genuanceerder beeld kunnen ontstaan. Wij kunnen ons namelijk niet voorstellen dat er veel ouderen zijn die bewust kiezen voor eenzaamheid. Programma’s als ‘Geer en Goor: Zoeken Een Hobby’ geven een hele andere kant van het ouder worden weer. Het Nationale Ouderen Fonds (2016) geeft aan dat Nederland ongeveer 200.000 extreem eenzame ouderen telt. Zij constateren het volgende: “Om lekker in je vel te zitten heb je sociale contacten nodig. Die zijn goed voor je gezondheid en welzijn. Sociale netwerken zoals Facebook helpen je om snel en makkelijk contact te hebben met vrienden en familie, ook al wonen ze ver weg. Maar veel ouderen in Nederland hebben geen computer of internet, laat staan een profiel op social media. Hun sociale kring wordt steeds kleiner en de eenzaamheid neemt toe.” Veel respondenten hebben voor dit onderzoek zelf contact met ons opgenomen, zij hebben dus zelf het initiatief genomen. Wij hebben waarschijnlijk veelal te maken gehad met initiatief nemende en actieve ouderen. Ouderen die zich niet kunnen voorstellen dat het voor iemand lastig is om een telefoon op te pakken of om er ‘op uit te gaan’ en die nog meedraaien in de (online)maatschappij. Wat wel een belangrijk punt is, is de drempelvrees. Er zijn veel eenzame ouderen die hun huis niet uit gaan, niet meedoen met koffie ochtenden en wijkbijeenkomsten. Volgens het onderzoek zal AAL technologie zoals SONOPA hierin

niets kunnen veranderen, ongeacht bereidheid van de oudere om dit aan te schaffen. Heeft AAL technologie zoals SONOPA dan wel een meerwaarde voor de eenzame oudere? Terugkomend op de vraag: willen ouderen dit überhaupt?

Wij zijn van mening dat er goed gekeken moet worden naar wie geschikte kandidaten zijn voor AAL technologie zoals SONOPA en dat de financiële situatie van ouderen niet moet worden vergeten. Wij vinden dat AAL technologie zoals SONOPA over het algemeen niet past bij de 65-plussers van nu. De 55 tot 65-plussers zijn over het algemeen wel bekend met technologie. De kans is echter niet zo groot dat deze categorie behoefte hebben aan AAL ondersteuning. De meerderheid staat nog actief in het leven (van der Zwet & van de Maat, 2009). De ouderen van de toekomst zullen minder moeite hebben met het bedienen van eventuele apparaten en de koppeling naar het sociale netwerk. Daarnaast zal het de eenzame oudere waarschijnlijk niet helpen, maar het zou wellicht preventief kunnen werken: zorgen dat ouderen hun netwerk makkelijker kunnen onderhouden en daarom minder snel eenzaam zullen zijn.

Dit brengt ons echter nog naar één punt, een punt waar wij beide sterk achter staan. AAL technologie zoals SONOPA maakt gebruik van mantelzorgers. Veel respondenten zijn van mening – wij sluiten ons daar bij aan – dat het vinden van mantelzorgers die bereid zijn en de tijd hebben om er veel energie in te steken, lastig zal zijn. Uit onderzoek van USP Marketing Consultancy blijkt dat slechts één op de vijf (37%) vitale ouderen denken iemand te kennen die mantelzorg zou kunnen geven. Van de ouderen met gezondheidsproblemen geven meer dan de helft aan niemand in hun omgeving te hebben die eventueel mantelzorg zou kunnen geven (Slotwijk, 2016). Wij zien hierin echter wel een nieuwe functie ontstaan voor de toekomstige Social Worker. Saxion Hogeschool (z.j.) geeft aan Social Workers op te leiden tot sleutelfiguur die de mensen vooruit helpt, in veranderende zorgsituatie waar mensen veel meer verantwoordelijk zijn voor hun eigen leven. Wellicht zouden Social Workers de plek van de mantelzorgers deels kunnen overnemen. Dat zij in verbinding staan met AAL technologie zoals SONOPA, wanneer bijvoorbeeld de mantelzorger wegvalt of wanneer een oudere geen mantelzorger kan vinden. Iets wat wellicht niet aansluit bij de visie van AAL, maar wel bij de visie van de geïnterviewde oudere. De vraag is alleen, wie betaald dat?

Nawoord

Het schrijven van dit bachelor rapport heeft ons veel geleerd. Het was voor ons beide een nieuwe ervaring. Naast de kennis die wij door het proces hebben opgedaan, heeft het blanko naar iemand toe gaan voor een interview, telkens nieuwe mensen, nieuwe situaties, nieuwe verhalen en nieuwe manieren van benaderingen ons zelfstandiger gemaakt en zelfs zelfvertrouwen gegeven.

Het moeizame proces van respondenten werven heeft een creatieve kant in ons los gemaakt. Zo hebben wij om de tafel gezeten met de voorzitter van de ANBO, iets wat wij een half jaar geleden nooit hadden verwacht te doen.

De samenwerking verliep anders dan gepland. Tijdens het proces werd de vriend van een van de onderzoekers erg ziek. Hierdoor kreeg Aniek automatisch de Leidersrol. Een rol die zij overigens goed aankon. Wij zijn blij dat deze moeilijke situatie geen negatieve invloed heeft gehad op de samenwerking en trots op het eindresultaat.

Bibliografie

Baarda, D., & Goede, M.D. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Calvert Jr, J. F., Kaye, J., Leahy, M., Hexem, K., & Carlson, N. (2009). Technology use by rural and urban oldest old. *Technology and Health Care*, 17(1), 1-11.

Care@Home. (2013). *Ambient Assisted Living Technologie*. Verkregen via:
<http://www.careathome-project.eu/>

CBS. (2016). *Bevolkingsomvang Nederland*. Verkregen via:
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/default.htm>

CBS. (2013). *Gezondheidsenquête*. Verkregen via:
<https://www.cbs.nl/nl-nl/onzere%20diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende%20onderzoeksbeschrijvingen/vragenlijsten-gezondheidsenquête-2010-t-m-2013>

Doekhie, K. D., de Veer, A. J., Rademakers, J. J., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2014). Ouderen van de toekomst. *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel)*.

Ekker, A., Burghouts, A., Hutink, H., Uitendaal, P., Golyardi, S., & Veereschild, S. (2013). Wet en regelgeving in de zorg. *Een overzicht voor ICT en eHealth (Nictiz)*.

Encyclo. (2016). *High tech*. Verkregen via:
<http://www.encyclo.nl/begrip/hightech>

Encyclo. (2016). *Low tech*. Verkregen via:
<http://www.encyclo.nl/begrip/Low%20tech>

Encyclo. (2016). *Mogelijkheden en beperkingen*. Verkregen via:
<https://encyclo.nl/begrip/mogelijkheid/beperkingen>

Europa Decentraal. (2016). *Informatie maatschappij*. Verkregen via:
<https://www.europadecentraal.nl/onderwerp/informatiemaatschappij/>

Fit4Work. (2014). *Ambient Assisted Living Technologie*. Verkregen via:
<http://www.fit4work-aal.eu/>

Food. (2014). *Ambient Assisted Living Technologie*. Verkregen via:
<http://www.food-aal.eu/>

Honig, M. (2010). *Ouderen en Technologie*. Universiteit van Amsterdam: Faculteit Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica. Opgeroepen op 28 maart via:
<http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=224295>

Jaarsma, S., & Overbeek, K. (2011). 55Plus Toolbox: Context doelgroep 50+ Werk, vrije tijd, vakantie en beleavingswereld. *Saxion, januari 2011*.

Jaschinski, C., & Ben Allouch, S. (2015). Understanding the User's Acceptance of a Sensor-Based Ambient Assisted Living Application. In A.A. Salah, B.J.A. Kröse, D.J. Cook (Eds.), *Proceedings of the 6th International Workshop on Human Behavior Understanding, LNCS*, vol. 9277, pp. 13-25. Switzerland: Springer International Publishing.

Kardol, M.J.M. (2013). *Behoeftedonderzoek senioren Grave*. Brussel: Vrije universiteit Brussel.

KNMG. (2015). *EHealth*. Verkregen via:
<http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/ICT-in-de-zorg-1/eHealth.htm>

KNMG. (2016). *Richtlijnen beroepsgroep*. Opgeroepen op 7 april, via: <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/ICT-in-de-zorg-1/Online-contact.htm>

Kokkeler, B. (2015). *Hoe kiezen ouderen in Enschede voor domotica?* Enschede: Saxion hogeschool, Kenniscentrum Leefomgeving

Lahuis, A. & Blokland, A. (2012). *Verkennd onderzoek bekendheid en behoefte thuistechnologie in Zwolle en Kampen*. Houten: Atrivé. Opgeroepen op 23 maart 2016, via:
<http://www.panteia.nl/Projecten-AZW/Oplossingen-discrepanties/Bedrijfsvoering-Innovatie/~media/8%20AZW/Atrive%202012%20%20Verkennd%20onderzoek%20bekendheid%20en%20behoefte%20thuistechnologie%20in%20Zwolle%20en%20Kampen.ashx>

Lectoraat Ambient Intelligence. (z.j.). *Ambient Intelligence*. Verkregen via:
<https://www.saxion.nl/designentechnologie/site/over/lectoraten/ambient/>

Leeuwen, B. (2015). *Wat is EHealth?* Verkregen via:
<http://redmax.nl/nieuws/wat-is-ehealth/>

Commissie, E (2004). Mededeling van de commissie aan het Europees parlement, de raad, het Europees economisch en sociaal comité en het comité van de regio's. *Een betere gezondheidszorg voor de burgers van Europa: een actieplan voor een Europese ruimte voor e-gezondheidszorg*.

Migchelbrink, F. (2007). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: SWP

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?* Den Haag: Nederland.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *De zorg verandert*. Verkregen via:
www.rijksoverheid.nl/hlz

Movisie. (2015). *Wijzigingen AWBZ en Wmo: een overzicht*. Verkregen via:
<https://www.movisie.nl/artikel/wijzigingen-awbz-wmo-overzicht>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* Verkregen via: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/>

Nationaal Ouderen Fonds. (2016). *Cijfers eenzaamheid ouderen Nederland*. Opgeroepen op 26 mei, via: <https://www.ouderenfonds.nl/>

Nationaal Ouderen Fonds. (2016). *Resultaten onderzoek financiële situatie ouderen 2016*. Opgeroepen op 26 mei, via: <https://www.ouderenfonds.nl/deelnemen/ouderenpanel/resultaten-ouderenpanel/>

Nitsche, B., Scholten, C., & Visser, G. (2004). *Factsheet vergrijzing en Informele Zorg. De toenemende druk op mantelzorg en vrijwilligerswerk*. Utrecht: Kenniscentrum Ouderen (KCO) / Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW kZorg.

Peeters, J., Wiegers, T., Bie, de J., & Friele, L. (2013). Technologie in de thuiszorg. *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel)*.

Poortvliet, M.C., van Beek, A.P.A., De Boer, M.E., Gerritsen, D.L., & Wagner, C. (2006). Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel)*.

Puts, M.T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D.J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Qual Life Res*, 16(2): 263-77

Rashidi, P., & Mihailidis, A. (2013). A survey on ambient-assisted living tools for older adults. *Biomedical and Health Informatics, IEEE Journal of*, 17(3), 579-590.

Rijksoverheid. (2015). *Langer zelfstandig wonen ouderen*. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg/inhoud/ouderen-langer-zelfstandig-wonen>

Rijksoverheid. (2015). *Hervorming langdurige zorg* [figuur]. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/organisatie-zorg-en-ondersteuning-per-2015>

Roelofsen, J., Boersma, G., Verbeek, I. & Engelen, L. (2016) Interview: EHealth door de ogen van de zorgverlener. *ICT&Health april 2016 (2)*

Sanderman, R., Arrindell, W.A., & Ranchor, A.V. (1995). Het meten van persoonlijkheidskenmerken met de Eysenck personality questionnaire (EPQ)[Measuring personality aspects with the Eysenck personality questionnaire (EPQ)]. *Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken*.

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2006). *Methode en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux

Saxion Hoge School. (z.j.) *Opleiding Social Work*. Verkregen via: saxion.nl/studeren/kiezen_en_kennismaken/Studiekiezer/amm/social-work/social-work/

Schoone, M. (2016). eLabel. Het antwoord voor geïntegreerde EHealth voor zelfmanagement. *ICT&Health, april 2016 (2)*, p.38/39

Serge. (2016, 21 januari) .*Sonopa AAL Demo*. [Videobestand]. Geraadpleegd op 18 februari 2016, van <https://youtu.be/s-VfZ0CGhHw>

Peek, S. T., Wouters, E. J., van Hoof, J., Luijkx, K. G., Boeije, H. R., & Vrijhoef, H. J. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. *International journal of medical informatics*, 83(4), 235-248.

Sleijpen, G. (2013). *Internetgebruik ouderen*. Verkregen via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/21/een-derde-van-de-75-plussers-gebruikt-internet>

Slotwijk, E. (2016). *Senioren weinig vertrouwen in mantelzorg*. Verkregen via: <http://www.usp-mc.nl/wonen/senioren-weinig-vertrouwen-in-mantelzorg-2/>

Smits, C.H., van den Beld, H.K., Aartsen, M.J., & Schroots, J.J. (2014). Aging in the Netherlands: State of the art and science. *The Gerontologist*, 54(3), 335-343.

Sun, H., Florio, V. D., Gui, N., & Blondia, C. (2009, April). Promises and challenges of ambient assisted living systems. In *Information Technology: New Generations, 2009. ITNG'09. Sixth International Conference on* (pp. 1201-1207). Ieee.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). *Kwetsbare ouderen in de praktijk, landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Tas, J. (2016). Nieuwe zorg vraagt om technologie, gedrags- én cultuurverandering. *ICT&Health, april 2016 (2)*, p.34

Tieleman, M. (2011). *Levensfasen, de psychologische ontwikkeling van de mens*. Den Haag: Boom Lemma

Tiemeijer, W. L. (2011). *Hoe mensen keuzes maken: de psychologie van het beslissen*. Amsterdam University Press.

Timmermans, J.M. (2003). *Mantelzorg, over de hulp van en voor mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

van Hoof, J., Kort, H.S.M., Rutten, P.G.S., & Duijnste, M.S.H. (2011). Ageing-in-place with the use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users. *International journal of medical informatics*, 80(5), 310-331.

van der Zwet, R., & van de Maat, J.W. (2009). Het stimuleren van maatschappelijke inzet door vitale ouderen. *Verkenning. Utrecht: Movisie*.

van Iersel, J. van, K. Leidelmeijer & A. Buys (2009). *Senioren op de woningmarkt, achtergrondrapportage*. Amsterdam: RIGO.

van Meersbergen, D.Y.A. (2007). *Richtlijn online arts-patiënt contact*. Utrecht: KNMG

van Schoor, N.M., Smit, J.H., Twisk, J.W., & Lips, P. (2005). Impact of vertebral deformities, osteoarthritis, and other chronic diseases on quality of life: a population-based study. *Osteoporos Int*, 16(7): 749-56

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma

Verschuren, P., & Doorewaard, J. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek* (4 ed.). Den Haag: Boom Lemma

Verwerk, I. (2016). Interview: E-health door de ogen van de zorgverlener. *ICT&health april 2016 (2)*

Wagner-Johnston, N. (2013). *Mediated social support for cancer-related fatigue*. University School of Medicine, Washington. Opgeroepen op 25 maart 2016, via: <http://www.jnccn.org/content/11/10/1211.abstract>

Wiegman, P. (2005). *Een aantal feiten over senioren*. Verkregen via:
www.mediaonderzoek.nl/338/een-aantal-feiten-over-senioren/

Willemse, E., & van Bodegom, L. (2015). *Beter?! Toekomstbeelden van technologie in de zorg*. *Stichting toekomstbeeld der techniek*. Den Haag.

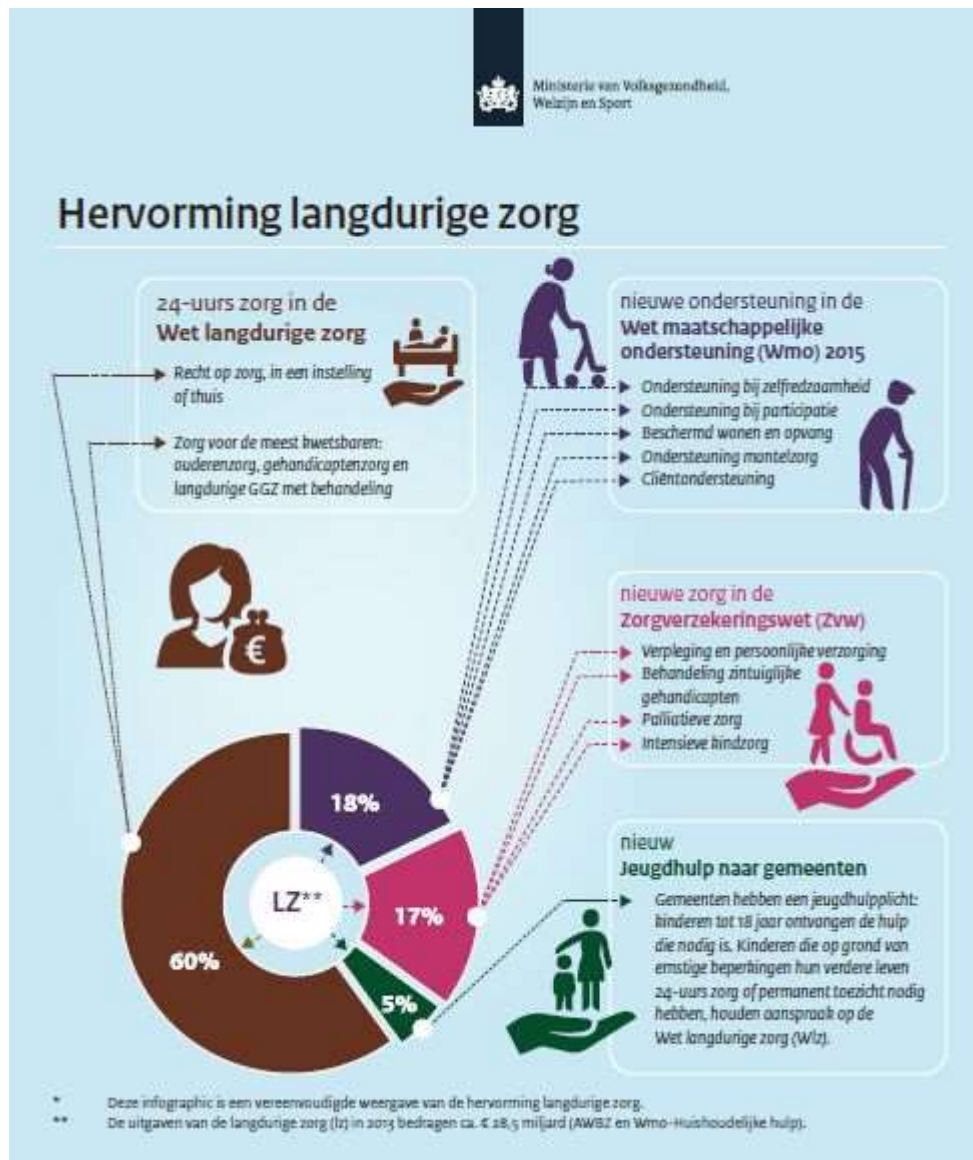
Wouters, E., & Carters, N. (2011). *Kwaliteit van leven*. Den Haag: Boom Lemma

Zatacom. (2016). *Domotica*. Opgeroepen op: 28 maart, via
<http://www.zetacom.nl/zorgsystemen/domotica/?gclid=CP7AlJupyswCFYpAGwod4QUMWQ>

ZonMw. (2016). *Ambient Assisted Living*. Verkregen via:
<http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/ambient-assisted-living-aal/algemeen/>

Zorg Voor Innoveren. (z.j.) *Wetten e-health*. Opgeroepen op 20 maart, via:
<http://www.zorgvoorinnoveren.nl/kennisbank/e-health-financiering/voorwaarden-voor-e-health/#>

Bijlage 1: Schematische weergave Hervorming Langdurige Zorg



(Rijksoverheid, 2015)

Bijlage 2: Operationalisering

In overleg met de opdrachtgever is de hoofdvraag ontstaan. Vanuit deze vraag zijn wij gaan brainstormen en gekomen tot begrippen die nodig zijn om deze vraag te beantwoorden. Uit deze begrippen zijn deelvragen ontstaan. Daarna is gekeken welke vragen beantwoord kunnen worden d.m.v. theorie en welke deelvragen eventueel gebruikt kunnen worden als praktische deelvragen. In samenwerking met de procesbegeleider en opdrachtgever zijn de uiteindelijke theoretische deelvragen geselecteerd. De meest voorkomende begrippen uit de conclusie theoretische deelvragen (paragraaf 2.6) zijn genoteerd. Uit deze begrippen zijn eventuele praktische deelvragen geformuleerd (zie hieronder).

Hoofdvraag: Met welke intentie zullen 55-plussers AAL technologie gebruiken en welke mogelijkheden en barrières zien zij bij het inzetten van deze technologie om langer zelfstandig wonen te realiseren?

Theoretische deelvragen

1. Wat zijn kenmerken van 55-plussers?
2. Wat is de relatie tussen deze kenmerken en de kwaliteit van leven?
3. Hoe ziet het huidige technologie gebruik onder 55-plussers in Nederland er uit?
4. Wat wordt er volgens de literatuur verstaan onder AAL technologie?
5. Wat zijn de mogelijke voordelen en barrières die invloed hebben op de acceptatie van AAL technologie?

Begrippen uit theorie -> praktische deelvragen

Begrip	Indicatoren	vraag
Kwaliteit van leven	Psychisch	- Bent u tevreden over uw leven/welbevinden - Voelt u zich goed over uw gezondheid? - Hoe ervaart u gezondheid, geluk, genieten, levenslust.
	Fysiek	- Bent u nog actief? Waarom wel/niet - Tevreden over fysieke.... - Fysieke beperking? Ziekte/aandoening? Klachten of pijn?
	Sociaal	- Dag invulling? Netwerk? Werk/vrijwilligerswerk? Participatie? - Bent u tevreden over netwerk? - Hoe ziet het netwerk er uit - Misschien een schema 1-10 score?

Begrip	Indicatoren	vraag
Ervaring technologie	Ervaring technologie gebruik ouderen	- Beantwoorden a.d.h.v. een schema; waar maakt u gebruik van en hoe vaak. - Mobiele telefoon (smartphone), tablet, laptop/computer, smart tv, overig,?
	Ervaring via anderen (verhalen).	- in omgeving iemand de het gebruikt? - verhalen gehoord via via? - gehoord in de media?
	Negatief/positief	- Negatieve verhalen? Waarom - Positieve verhalen? Waarom
Behoefte technologie nu	Gebruik 'hulpmiddelen'	- bent u bekend met ict hulpmiddelen op gebied van thuiszorg? (voorbeelden noemen)

		- Maakt u op dit moment gebruik van ict hulpmiddelen. - wat vind u er van dat ict hulpmiddelen meer gebruikt zullen worden in de zorg.
--	--	---

AAL	Sensoren Alarm Electrische systemen Robot SONOPA	- Wat doen deze sensoren precies en vinden mensen die wel goed? - Hoe werkt het alarm? - Wat vinden ze van de techniek? - Eerste indruk SONOPA: wat vinden ze hiervan, willen ze dit wel?
	Kennismaking AAL (Voorafgaand vragen stellen eerst AAL uitleggen)	- Bent u bekend met AAL technologie en SONOPA? (uitleg en SONOPA) - Eerste indruk? - Is de uitleg duidelijk?
	welke factoren hebben indruk gemaakt	- Waar zou u AAL technologieën bij inzetten? - Zijn er bepaalde dingen die u mist, waarbij SONOPA kan inspelen?
Huidig gebruik	Nu gebruik van technische hulpmiddelen i.p.v. thuiszorg.	- Zijn er aspecten die u bekend voorkomen. - Zijn er aspecten waar u nu al gebruik van maakt. - Kan techniek uw huidige ondersteuning vervangen?
Behoeftetechnologie toekomst	Behoefteverwachting toekomst	- Zijn er dingen waar u in de toekomst denkt gebruik van te willen maken - Hoe denkt u over de ontwikkeling in de toekomst? - Wat is de behoefte/verwachting? -
Behoeftetechnologie	Veiligheid Zekerheid Onafhankelijkheid Zelfstandig Sociaal actief	- Komt dit overeen met de behoefte van de geïnterviewde?: <i>vragen om koppeling theorie te maken.</i> - Koppeling praktijk. -

Begrip	Indicatoren	vraag
Veiligheid	NU	- voelt u zich nu veilig in uw eigen huis - Wat zou u kunnen doen om het gevoel van veiligheid te vergroten en welk aandeel kan SONOPA hier bij hebben.
	Toekomst	- Wat zou u in de toekomst kunnen doen om het gevoel van veiligheid te vergroten en welk aandeel kan SONOPA hier bij hebben.
Actieve sociale bijdrage	nu	- Hoe ziet uw sociale leven er uit. -> contacten - Doet u mee met verschillende activiteiten in of buitenshuis. - Wat zou u kunnen doen om de actieve sociale bijdrage te vergroten en welk aandeel kan SONOPA hier bij hebben.
	toekomst	- Wat zou u in de toekomst kunnen doen en welk aandeel kan SONOPA hier bij hebben.
Onafhankelijkheid	nu	- Vragen naar het huidige gevoel van onafhankelijkheid en waar dit op wordt gebaseerd. - Heeft u behoefte aan het behouden/vergroten van een onafhankelijk gevoel in uw thuissituatie? Waarom wel/niet

	Toekomst	Zou u hier in de toekomst behoefte aan hebben? Waarom wel/niet
--	----------	--

Begrip	Indicatoren	vraag
Aanbevelingen	Positief	- Welke mogelijkheden ziet u in AAL technologie?
	Negatief	- Welke barrières ziet u in AAL technologie?

Bijlage 3: Interviewformat

Achtergrondgegevens (schema)

Respondentnummer:

Geslacht:

Leeftijd:

Nationaliteit:

Hoogst behaalde opleiding:

Werk situatie: voltijd/deeltijd/zelfstandig/met pensioen/werkloos/vrijwilligerswerk/huisman of vrouw.

Laatste beroep:

Woonplaats:

Woonsituatie: alleenstaand/met partner/met familie/ anders namelijk:

Van welke technologie maakt op u op dit moment gebruik? Omcirkel waar en hoe vaak u er gebruik van maakt.				
Smart tv	Smartphone	Laptop/pc	Tablet	Overig:
Dagelijks	Dagelijks	Dagelijks	Dagelijks	Dagelijks
wekelijks	Wekelijks	Wekelijks	Wekelijks	Wekelijks
Maandelijks	Maandelijks	Maandelijks	Maandelijks	Maandelijks
Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit

Over het algemeen voel ik mij ...

Fysiek actief ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ fysiek niet actief.

Over het algemeen voel ik mij ...

Sociaal verbonden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sociaal geïsoleerd.

Over het algemeen voel ik mij ...

Goed over mijn gezondheid ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ niet goed over mijn gezondheid.

DEEL 1. Ervaring thuiszorg en technologie

1. In hoeverre ontvangt u ondersteuning van derden in uw dagelijks leven?
 - a. Met welke taken ontvangt u ondersteuning en door wie?
 - b. Hoe ervaart u deze ondersteuning?
 - c. Wat zou u hierin willen veranderen?
2. Wat is uw ervaring met ICT hulpmiddelen in de thuiszorg? (Voorbeelden noemen)
 - a. Waarom maakt u er wel/geen gebruik van?
 - b. Zo ja, welke ICT hulpmiddelen gebruikt u en waarvoor?
3. Kent u leeftijdsgenoten die gebruik maken van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg?
 - a. Zo ja, welke ICT hulpmiddelen gebruiken zij en waarvoor?
4. Wat vindt u er van dat er meer ICT hulpmiddelen gebruikt zullen worden in de thuiszorg?
 - a. Wat zijn volgens u voor- en nadelen van ICT hulpmiddelen binnen de thuiszorg?
 - b. Welke veranderingen verwacht u door de invoering van ICT hulpmiddelen in de thuiszorg?

DEEL 2. Evaluatie SONOPA

Uitleg AAL technologie en filmpje SONOPA laten zien -> staat hieronder weergegeven.

5. Wat is uw eerste indruk van SONOPA?
 - a. Wat zijn volgens u de voordelen van SONOPA?
 - b. Wat zijn volgens u de nadelen van SONOPA?
6. Wat vindt u van de sensoren die activiteitendata registreren?
 - a. Wat zijn volgens u de positieve aspecten hiervan?
 - b. Wat zijn volgens u de negatieve aspecten hiervan?
7. Wat vindt u van de tablet die u bijvoorbeeld herinnert aan afspraken, aanbevelingen geeft voor evenementen of feedback geeft op de activiteitendata?
 - a. Wat zijn volgens u de positieve aspecten hiervan?
 - b. Wat zijn volgens u de negatieve aspecten hiervan?
8. Wat vindt u van het gebruik van een online community, zodat u sociale contacten kunt onderhouden of nieuwe contacten kunt vinden?
 - a. Wat zijn volgens u de positieve aspecten hiervan?
 - b. Wat zijn volgens u de negatieve aspecten hiervan?
9. In hoeverre denkt u dat SONOPA u kan ondersteunen in uw dagelijkse leven?
10. Welke bijdrage zou SONOPA kunnen leveren aan uw kwaliteit van leven? Denk bijvoorbeeld aan uw gezondheid, gevoel van veiligheid / onafhankelijkheid en uw actieve sociale bijdrage op dit moment?

11. Welke verbeterpunten heeft u voor SONOPA?

DEEL 3. Acceptatie en intentie tot gebruik

12. Zou u op dit moment zelf gebruik willen maken van AAL technologie zoals SONOPA?
 - a. Waarom wel of niet?
 - b. Zou u AAL technologie zoals SONOPA aanraden aan iemand in uw omgeving?

c. Waarom wel of niet?

13. Zou u over enkele jaren zelf gebruik willen maken van AAL technologie zoals SONOPA?

a. Waarom wel of niet?

b. Zo ja; in hoeverre moet uw huidige situatie dan veranderen?

14. Wat vindt u belangrijk in de ontwikkeling van AAL technologie?

Afsluiting

Uitleg AAL technologie en SONOPA (met filmpje)

AAL technologie, omschreven als Ambient Assisted Living, is ontwikkeld in de vorm van ICT en is een nieuwe manier om om te gaan met de behoeften van senioren voor een veilige omgeving en een onafhankelijke manier van leven (zelfstandigheid behouden/vergroten). Om ICT oplossingen te stimuleren, is het Ambient Assisted Living Joint Programme (AALJP) opgezet. Het is een samenwerkingsprogramma met 23 Europese landen, waaronder Nederland, en de Europese Commissie. Het SONOPA project staat voor Social Networks for Older adults to Promote an Active Life. Het SONOPA project is onderdeel van de 5^e ronde van het Ambient Assisted Joint Program. SONOPA is gericht op het verbinden van senioren met familie en vrienden, een actieve levensstijl te bevorderen en hen bij dagelijkse activiteiten te ondersteunen in de thuissituatie (C. Jaschinski, persoonlijke communicatie, 14 april 2016).

Doelen van SONOPA zijn om:

- Ervoor zorgen dat senioren actief, zelfstandig en sociaal redzaam zijn
- Familie ontlasten en ondersteunen
- Senioren helpen langer en veiliger thuis te blijven wonen
- Contact tussen senioren en andere generaties te onderhouden (kinderen, kleinkinderen)
- Senioren te ondersteunen om nieuwe contacten op te bouwen
- Communicatie tussen zorggevers en zorgnemers te onderhouden

Met behulp van een YouTube-video is laten zien hoe SONOPA gebruikt zou kunnen worden:

<https://youtu.be/s-VfZ0CGhHw> (Serge, 2016).

SONOPA bestaat uit verschillende onderdelen: de tablet, de online community en de sensoren. Uitleg over deze onderdelen staan in paragraaf 2.4.2 beschreven. Tijdens het interview is dit uiteraard duidelijk uitgelegd, inclusief afbeeldingen.

Bijlage 4: Schematische weergave resultaten achtergrondgegevens

Dit schema is overigens terug te vinden in het bijgevoegde Excel bestand, blad 1.

Resp.	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Werk situatie	Laatste beroep	Woonsituatie	Smart tv	Smartphone	Laptop/lpc	Tablet	overig	score fysiek actief	score sociaal verbonden	score gezondheid
1	Man	88	Lager onderwijs	Pensioen	Landbouwer	Met partner	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	7	7	7
2	Man	60	MBO	WAO	Uitvaartverzorging	Alleenstaand	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	7	7	7
3	Vrouw	58	MBO	Bijstand	Verzoring/Podologe	Alleenstaand	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	7	7	7
4	Man	83	ATS	Pensioen	Medewerker in de hoogspanning	Alleenstaand	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	4	7	7
5	Vrouw	73	Lager onderwijs	Pensioen	Inpakker Hartman	Alleenstaand	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	2	7	4
6	Vrouw	84	Lager onderwijs	Pensioen	Textiel fabriek	Alleenstaand	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	1	7	2
7	Vrouw	63	Lager onderwijs	Huisvrouw + vrijwilliger	Confectie medewerker	Met partner	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	7	7	7
8	man	65	MTS	Pensioen	Brandweerman	Met partner	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	6	6	6
9	Vrouw	61	MBO	Deeltijd	Verkoopster	Alleenstaand	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	7	7	7
10	Vrouw	79	HBO	Pensioen	Lerares basisonderwijs	Alleenstaand	Nee	Nee	Nee	Nee	E-reader	6	7	5
11	Vrouw	55	MBO	Voltijd ZZP	Schoonheidssalon	Familie (kind)	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	6	6	6
12	Vrouw	67	Lager onderwijs	Pensioen	Kinderoppas	Met partner	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	7	6	7
13	Man	57	HBO	Voltijd ZZP	Verzekeringsadviseur	Met partner + kinderen	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	7	7	7
14	Man	76	HBO	Pensioen + vrijwilliger	Logistiek manager	Met partner	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	7	7	7
15	Vrouw	57	Havo	Deeltijd + vrijwillig	Administratief medewerker	Met partner	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	4	7	7
16	Man	58	MTS	(ziekte wet) ZZP	Garagehouder	Familie (kind)	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	4	6	4
17	Vrouw	80	MBO	Pensioen + vrijwilliger	Pedicure + verpleging	Met partner	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	6	7	4
18	Vrouw	71	MBO	Pensioen + vrijwilliger	Receptioniste	Alleenstaand	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	4	7	5
19	Vrouw	74	Huishoudschool	Pensioen + vrijwilliger	Huisvrouw	Met partner	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	4	4	4
20	Vrouw	75	Huishoudschool	Pensioen + vrijwilliger	Kinderverzorging Roessingh	Alleenstaand	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	4	6	4

Bijlage 5: Codeerschema

Voor een overzichtelijke weergave van het codeerschema, zie bijgevoegd Excel bestand blad 2.

Hoofdlabel	Sub-label	Sub sub-label	Fragment nummer	Fragment
Ondersteuning	Geen ondersteuning		3.1 + 4.1 + 7.1 + 8.1 + 9.1 + 10.1+11.1 + 14.1 + 15.1 + 16.1 + 18.1	(Nog) geen ondersteuning nodig.
	Wel ondersteuning	Huishoudelijke hulp	1.1 + 2.2 + 6.1+ 12.1 + 13.1 + 19.1	Een maal per week huishoudelijke hulp.
			17.1	<i>“Wij hebben 1x in de 14 dagen een hulp voor 3 uur.”</i>
			20.1	Mantelzorger: <i>“bijna niet. Alleen 1x in de week komt een kleindochter van mij stofzuigen en wat dweilen”</i>
			2.1	Mantelzorger: hulp bij het strijken en de boodschappen doen.
		Persoonlijke verzorging	6.2	Hulp bij het wassen van Livio.
		Medische verzorging	5.1	Elke dag ondersteuning van Livio bij het prikken van haar suiker en de medicatie.
			6.2	Enkele dagen in de week ondersteuning van Livio, voor het aantrekken van steunkousen.
		ICT hulpmiddelen	2.5 Low tech	Een elektrische keuken zodat het voor hem rolstoeltoegankelijk is.
			19.7 + 20.4 High tech	<i>“Wij hebben zelf sensoren van het licht maar dat is niet van de thuiszorg”</i>

Ervaring ondersteuning	Positief	1.3 + 5.2 + 6.4 + 12.2 + 13.2 + 17.2 + 19.3 + 20.2 2.3	De hulp wordt prima ervaren. <i>“Sinds 4 jaar ben ik afhankelijk geworden van bepaalde hulp, ik kan de dingen nu steeds beter een plek geven, begin het te accepteren”</i>
	Negatief	2.3 4.2 17.14	<i>“Heb iemand gehad die hier thuis voorheen heeft schoongemaakt, maar mij niet beviel. Ze had overal commentaar op.”</i> Één persoon uit het Livio team vindt zij minder, maar hier heeft ze nu weinig contact mee. Diegene komt niet vaak bij haar langs. <i>“Je bent wel afhankelijk ook van afspraken. Wij hadden ooit een jonge meid en die belde zo maar af. Je kon er weinig op vertrouwen. En we hebben er ook al 1 gehad die was al moe voordat ze kwam”</i>
Ervaring ICT hulpmiddelen en andere hulpmiddelen	Positief	3.2 Low tech 7.2 + 8.3 Low tech 2.6/2.7+11.5/11.6 + 13.4 + 15.3 + 17.7 + 18.3	Een kennis van haar heeft een elektrische keuken die omhoog en omlaag kan. Zo is het rolstoeltoegankelijk. Mijn (schoon) moeder heeft een gehoorapparaat. Daarnaast gebruik van tilliften in het verzorgingstehuis. Hij kent buurtgenoten, familie en vrienden die

		High tech 17.5 Low tech	gebruik maken van ICT hulpmiddelen. Bijv.: op afstand openen van deuren, bewegingssensoren, alarm op afstand. <i>“Dat als ik savonds wegging dan had ik een babyphone in huis en de burens hadden de andere. Dan wist ik, als in huis kwam was er niemand of niks gebeurd, anders was de buurman er al wel geweest”</i>
	Negatief	20.5 11.20 + 12.9/12.10 + 16.5	<i>“Een vriendin die heeft die dingen. Maar die is ook wel eens wakker gemaakt door iemand en die zei dan jij hebt op die alarmknop gedrukt. Dat had ze dan in haar slaap gedaan. En dat gebeurde een paar keer.”</i> Als er iets gebeurd hebben ze de knop niet om of kunnen ze niet drukken. <i>“Dat het dan een half uur duurt voor ze er zijn. Dus dat het systeem op zich wel goed werkt maar dat diegene die dan opgeroepen word, dat als de oproep wel overkomt maar dat die niet in staat is om te reageren. “</i>
	Geen ervaring	1.5 + 7.2 + 12.5 + 14.2 + 19.6	Geen ervaring: <i>“We redden ons. We vullen elkaar aan, helpen elkaar”</i>

			2.5 + 4.2 + 5.4 + 6.6 + 8.2 + 9.2 + 10.2 + 11.4 + 12.4	Geen ervaring. Het is nog niet nodig.
SONOPA	Eerste indruk SONOPA	Positief	1.14 + 2.12 + 4.8 + 5.10 + 6.12 + 7.8 + 9.8 + 10.8 + 11.17 + 12.13 + 17.18 + 19.15 +	<i>"Je hebt zo toch het gevoel van je niet meer helemaal alleen in huis bent"</i> <i>"Nou, voor de toekomst lijkt mij dit heel goed"</i>
		Negatief	15.18 14.12 20.12	Negatief en wil dit ook niet gebruiken. <i>"Nogal idealistisch is mijn eerste indruk"</i> Niet iedereen heeft tijd om telkens te kijken op het scherm hoe het gaat.
		Positief maar met bepaalde risico's	3.9 + 8.8 + 13.12 + 4.14 + 5.16 + 18.18 +	<i>"Het is heel mooi, maar zo gauw je een storing hebt, dan heb je niks meer aan het systeem"</i>
Wensen en behoeften m.b.t. AAL technologie zoals SONOPA	Mogelijkheden	Werklast vermindering professional	3.5/3.6 + 16.13 + 17.11 + 20.8 1.8 + 6.9 8.4	<i>"De hele dag is er controle, bespaard veel manuren."</i> Het gaat allemaal veel sneller dan vroeger. VB: Met één knop weet het ziekenhuis welke medicijnen iemand slikt etc. <i>"Een huisarts kan meekijken hoe het gaat. Verzorgenden kunnen extern kijken hoe het er voor staat."</i>
		Ontlasting mantelzorg	2.12	<i>"Het is zinvol, vooral als je je kinderen niet wilt belasten"</i>
		Vergroot onafhankelijkheid gebruiker	1.14 / 1.26 + 2.9 / 2.14 / 2.29 / 2.30 + 3.10 / 3.21 / 3.26 + 4.20 / 4.25 + 5.11 / 5.27 + 6.24 + 7.5 / 7.7 / 7.21 / 7.25 + 8.5/8.20 / 8.25 + 9.5 / 9.7 / 9.20 / 9.25 + 10.7 / 10.20 / 10.25 + 11.34/11.38/	Het is makkelijk en zorgt voor zelfstandigheid of het behouden van. Kunnen hulp inroepen wanneer zij dat willen. <i>"Kunnen hulp inroepen"</i>

	11.42/11.43 + 13.31/ 13.32/ 13.39/ 13.40 + 14.3 + 15.35 + 16.34 + 19.9/19.32	<i>wanneer wij dat willen"</i>
Vergroot veiligheid gebruiker	1.14 / 1.17 + 2.14 + 8.5 + + 3.10 / 3.13 + 4.9 + 5.14 + 6.13 / 6.16 + 7.9 / 7.12 / 7.20 + 8.12 + 9.11 / 9.12 / 9.20 + 10.12 + 20.15 + 12.13 / 12.25 + 13.17/13.36 + 15.36 + 16.28 + 17.8 + 18.7 / 18.40 + 19.37/19.38 7.8 12.15 + 16.23 11.11 1.13 + 10.12 + 11.19 / 11.34 / 11.43 / 11.45 + 12.8 + 13.33 / 13.34 + 14.28/14.33 + 19.15 / 19.31	Het wordt veiliger doordat er (sociale) controle wordt uitgeoefend. <i>"Ik vind het heel handig, dat je door die sensoren wel een beetje controle krijgt. Maar niet met camera's dat je echt beeld hebt"</i> <i>"Als iemand komt die niet binnen hoort te komen, ben je daar ook snel achter"</i> <i>"Dat er sneller iets gedetecteerd wordt, dat er sneller hulp kan komen als iemand is gevallen. Zoals bij mijn vader, dan raakte hij in paniek maar voor hij in paniek kon raken was er al iemand. Dat is dan wel heel fijn."</i> (bewegingssensor) <i>"Ik denk dat het met veiligheid te maken heeft. Dat je niet zo maar 1 week in huis ligt terwijl er misschien van allerlei hulp had kunnen komen, maar dat je na een week gevonden word en dood bent. Dat dat voorkomen kan worden"</i>

Sneller contact maken	$1.9 + 1.23 + 11.29 + 13.7 + 20.41$ $7.18 + 16.7$	Het contact gaat sneller. <i>“Dat je natuurlijk veel sneller en makkelijker contact maakt. Laten we zo zeggen als je een beetje slecht ter been bent, je hoeft niet heel eind te lopen.”</i>
Sociaal verbonden	$1.14 / 1.25 + 2.22 + 3.19 + 5.20 + 6.13 / 6.22 / 6.25 + 7.20 + 8.5 / 8.18 / 8.21 + 9.18 + 10.18 / 10.21 + 11.28 + 12.7 / 12.12 + 14.25 + 16.24 + 17.21 + 18.33$ 18.10 $12.8 / 12.34 + 13.23 / 13.24 / 13.27 + 15.22$ $11.16 + 11.47 + 13.41 + 14.6$	Behouden / vergroten sociaal netwerk. Bereikbaar zijn. <i>“Alleen het idee al dat ze weten; als ik op die knop druk, horen ze mij. Dat is al belangrijk”</i> Goede zaak. Wij hebben nu al facebook etc. Dat zijn ook online community waar je van alles mee kunt doen Gebruik van skype is een goede ontwikkeling. Je kunt elkaar niet aanraken, maar je ziet wel emotie. Ben je slecht te been, kun je ook zo met je arts praten.
Geschikt voor alleenstaanden	$5.20 + 6.13 + 7.20 + 9.9 / 9.11 + 10.20 + 11.18 + 12.14 / 12.21 / 12.32 + 14.29 + 17.4 / 17.41 + 19.28$ 17.8	Als mensen alleenstaand zijn en niemand anders in huis hebben. <i>“Ik weet wel dat mensen ze bij voorbaard hebben, omdat ze alleen wonen. Voor als er wat komt of er is wat dan kan ik mensen</i>

		<i>oproepen. Dat geeft een veilig gevoel"</i>
Gezondheid gebruiker	2.27 12.19 + 14.13/14.30 + 19.20 + 20.46/20.21 13.12/13.13/13.14 16.22 + 19.30	Het is functioneel nodig (zoals een elektrische keuken) <i>"Als iemand heel gauw depressief is of in huis blijft zitten, die kun je activeren. "</i> <i>"Omdat ze actiever zijn, meer beleven, meer leven daardoor. Ze hebben sneller in de gaten of er iets aan de hand is daardoor zul je langer leven denk ik."</i> <i>"Naja enige voorbeeld wat ik mij kan bedenken dat als iemand medicijnen nodig heeft dat je melding kunt maken."</i>
Vangnet	2.16 + 11.46 + 12.30 + 14.34 2.19 + 3.16 + 4.15 + 5.17 + 6.19 + 7.15 + 8.15 + 9.15 + 10.15+20.32 + 17.29 / 17.33 + 18.19 + 19.11/19.22 11.34 18.4	Bied ondersteuning in een vorm van vangnet. Bied ondersteuning als iemand vergeetachtig wordt. <i>"In de toekomst het vangnet. Ik denk dat als ik 80 zou zijn, ik nog best een uitgebreid sociaal leven zou hebben en dan niet door dit systeem dat hoeft uit te breiden."</i> <i>"Ik zit er echt wel aan te denken. Om een alarm bij mij te hebben. Als er toch iets gebeurd, kun je misschien niet bij de</i>

			<i>telefoon komen. Als je zon ding om hebt kun je dat wel gebruiken"</i>
	Kennis van technologie.	12.34 + 13.27 6.20	<i>"Mijn moeder was bijna 80 en die zat ook op facebook en daar ging een wereld voor open dat dat kon en dat dat bestond."</i> <i>"Je kunt alles leren, je bent nooit te oud om te leren."</i>
	Gebruiksgemak.	11.27 16.21 20.6	Tablet is makkelijker meenemen/gebruiken dan laptop. <i>"Iets eenvoudiger en makkelijker toegankelijk te maken. Aantal handelingen die je moet uitvoeren om ergens te komen, beperken."</i> <i>"Als ik zo iets zou willen dan neem ik liever een alarmknop om de arm dan een om de nek. Veel mensen vinden zo'n ding om de nek lastig en die doen ze af. En dan als je valt heb je dat ding niet bij je."</i>
Barrières	Privacy inbreuk	1.10 + 2.10 + 4.13 + 8.10 + 9.13 + 5.15 + 2.20+20.18/20.23+11.20 + 13.16/13.17 + 14.16/14.17 + 15.17 + 17.15 + 19.18/19.21 11.25 + 14.18 + 15.18 7.8 + 11.24 + 12.16 + 16.12 + 17.26	<i>"Als iemand op mijn vingers zou kijken nu, dan zou ik denken: bekijk het maar"</i> <i>"Moet iemand anders weten wat ik altijd doe?"</i> <i>"Big brother is watching you"</i> Acceptatie als het alleen beweging is en geen beeld.

Vergroot onveiligheid gebruiker	1.10 + 3.11 / 3.14 + 12.17/12.18/12.22 + 16.16 + 19.29 8.10	Er kan misbruik van worden gemaakt. VB: valse berichten die worden verstuurd. Of het kan gehackt worden. Je weet niet met wie je praat. Het moet niet zo zijn dat iedereen mee kan kijken. Dit om te voorkomen dat dieven kunnen zien of iemand in huis aanwezig is of niet.
Initiatief-loze ouderen.	12.28 + 17.23 15.14/15.15/15.16 19.35 18.17/18.18 + 19.34	<i>“Maarja dat moet ook vanuit haarzelf gaan natuurlijk en als ze dat niet wil dan is ze alleen. Maar dat zal veel vaker gaan voorkomen denk ik. Niet elke oudere is ondernemend.”</i> Er zijn eenzame ouderen. Dat ligt aan hunzelf. Als jij zelf ondernemend bent en niet een ouwe zeur wordt, dan heb jij genoeg mensen om je heen. Zo niet, ga iets doen. Zoiets is op te vragen bij de gemeente en dan maak jij je kring wel weer groter. <i>“Eenzaamheid he.. wat je zei. Toen wij begonnen met de huiskamer bij de posten, is maar 10% van de buurt komen opdagen. Je kunt mensen niet over een bepaalde drempel duwen. Als ik 15 mensen bij de koffieochtend heb, dat is dan veel! Je krijgt ze</i>

		<i>het huis niet uit. Dat is echt een probleem"</i>
Vergroot afhankelijkheid van gebruiker	2.10 + 3.2 / 3.7 + 15.21 + 16.4/16.7/16.25 + 19.17	Afhankelijkheid van techniek, die ook kan uitvallen.
	20.28	<i>"Maar dan moet je hem wel aan hebben staan. Ik ben zo'n dommerd .. dan vergeet ik hem uit te doen en dan is hij weer leeg "</i>
	4.6	Tijdsduur levering hulpmiddelen.
	2.14 + 2.17 + 16.10/16.11	Je wordt afhankelijk van anderen, zij maken een direct deel uit van je leven.
	15.11 + 18.22	<i>"Ik vind het een beetje klein houden van volwassen mensen. Alsof wij domme ouderen worden."</i>
Medische kennis	4.10	Je moet iemand kunnen sturen als alarm afgaat die medische kennis heeft. <i>" Stel dat er iemand wordt gestuurd als het alarm afgaat doordat iemand door de sensoren ziet dat iemand nog steeds in de slaapkamer bevindt, wie komt er dan? Stel dat iemand wat ergs heeft, dan stuur je gewoon maar iemand ernaartoe? Iemand zonder kennis en ervaring? Je moet kunde hebben voordat je kunt helpen, en dat is het probleem. Het is leuk dat iemand kan</i>

		<i>komen, maar wat als er iets ernstigs gebeurt, dan weet diegene niet wat er moet gebeuren."</i>
Financieel	1.31+ 2.11 + 7.7 + 12.33 + 13.15 + 18.6 + 20.54	Blijft het betaalbaar?
Benodigdheden	1.13 + 19.10+ +20.26	De benodigde middelen moeten aanwezig zijn om SONOPA te kunnen bedienen.
Minder persoonlijk contact	3.8 + 1.11/11.14 + 14.4/14.7 +15.5/15.6 + 16.6 + 17.13/17.16 11.9 13.8 + 15.9/15.10 + 19.13/19.14 14.5/14.8	Persoonlijk contact wordt minder. <i>"Het moet niet in de plaats komen van de mensen van medewerkers BVB: dat ze er op gaan vertrouwen dat iemand geen hulp nodig heeft, omdat hij of een knopje of een bewegingssensor heeft dat daarom geen mensen meer over de vloer komen. Zou het heel triest vinden als dat zou gebeuren."</i> <i>"Mensen kunnen het ervaren als onpersoonlijk. "</i> <i>"Er zit alleen maar een draadje tussen.. er is geen warmte."</i>
Belasting mantelzorger	8.10 + 14.10 + 18.24 + 20.48/20.55 20.47 20.24	Men moet tijd hebben op elke dag mee te kijken. Wat als iemand 's nachts valt? <i>"Want stel je voor, ik kan ook lekker op het balkon gaan zitten en als ik daar een uur zit</i>

	11.21 + 15.30 13.19 14.37	<i>dan kunnen ze ook denken, gut is er wat met der. Je kunt ook een foute melding krijgen”</i> <i>Ik wil mijn mantelzorger niet ongerust maken.</i> <i>“Je hebt ook als nadeel, de mensen die eenzaam zijn en die krijgen dit in huis, dat ze dan aandacht gaan vragen”</i> <i>“Ik ben wel heel lang mantelzorger geweest voor mijn vrouw he. Dat heb ik als dat voor een ander geweest zou zijn, had ik het nooit opgebracht. Het was zo intens heftig.”</i>
Ontbreken mantelzorger	8.2+14.9/14.11 + 18.13+20.13/20.49 + 14.12	<i>“Wie heeft er nog familie, welke familie wil dit, welke familie heeft daar tijd voor?”</i> <i>“Er is pas uit onderzoek gebleken dat heel veel mensen niet eens echt een mantelzorger kunnen vinden. Want de sociale cohesie, samenhang ook in de buurt, wordt minder en minder. Nogal idealistisch is mijn eerste indruk. En het probleem daarbij is, maar dat zei ik al, waar vind je een mantelzorger voor jou die dat op zich wil nemen.”</i>
Geen kennis omgang techniek	1.34 + 6.8 / 6.20 + 8.6 / 8.7 / 8.19 + 9.7 + 10.16 / 10.26+11.39/	<i>“Ik moet dan dus ook nog onderwijs krijgen in de computer. Ik vind</i>

	11.41 + 14.21 + 15.24 +17.24 + 18.28 + 19.38/19.39+20.9/20.10/ 20.11/20.59/20.61 11.40 + 12.31 + 13.28/13.29 + 18.31	<i>dit alleen maar iets voor iemand die daar vertrouwd mee is."</i> <i>"Als ze niet mee zijn gegaan met de computer etc. dan snappen ze de tablet ook niet en willen ze er ook niet aan"</i>
Geen behoefte	1.5 + 7.2 4.17 + 5.19 + 19.28 20.16/20.37	Partners helpen elkaar. Tevreden met het sociaal netwerk. <i>"Sommige mensen zitten niet te wachten op nieuwe contacten. Ik heb contacten genoeg. Je moet je contacten ook kunnen bijbenen"</i>
Opdringerig; Lastige contacten	2.23 + 11.31/11.30/11.32 + 15.23 12.20 + 14.22 + 20.31	Kan overprikkelen. Dat er dingen van je worden verwacht, waar je geen behoefte aan hebt. Je tegen je zin een afspraak maakt, want je hebt het systeem; dus moet je er ook wat mee. <i>"Ja het kan opdringerig zijn. Vind ik wel."</i>
Controleverlies	20.14 4.11	<i>"Ik heb bijvoorbeeld snachts de telefoon op mijn kastje en als er iets is zou ik zelf opbellen"</i> <i>"Dat is precies hetzelfde dan dat mijn buurman mij uit bed zou halen. Ik zou het niet zo snel in mijn huis toelaten"</i>

		4.13 + 11.22/11.23 + 17.40 + 18.22 15.19 15.29 19.25	Regie over systeem. <i>“Kijk als ik dingen niet opschrijf vergeet ik ook wel eens wat. Dus dat het dan even terug komt, prima. Maar dan wil ik het zelf ingevoerd hebben.”</i> <i>“Ik wil niet dat er een berichtje komt bij mijn mantelzorger, voor er contact met mij opgenomen word.”</i> <i>“Dat zou voor sommige mensen wel leuk zijn, voor mij hoeft dat niet zo. Ik heb genoeg te doen zelf. Ik zoek zelf dingen op die ik zelf leuk vind”</i>
Verwachtingen	Toekomst leven	20.64 7.7 + 8.2 + 9.7	<i>“Je hebt technologie dat mensen de gordijnen open kunnen doen, de lampen aan kunnen doen, maar als mensen nog wel kunnen wonen dan is het belangrijk dat als zij de gordijnen dicht willen hebben, dat ze dat doen. Voor de tv hoef je ook niet meer op te staan om op een andere zender te zetten, je wordt er luier van”.</i> <i>“De trend is dat mensen ook steeds langer thuis blijven/moeten wonen”</i>
	Toekomst techniek + zorg	3.8 11.14 + 17.15	<i>“Wij worden geldlustig”</i> Robot als gezelschap.

	20.65	<i>“Straks kom er een robot en die zegt zou ik eten voor je maken of koffie zetten. Je krijgt alleen maar mensen, tenminste zoals ik het zie, die luier worden..”</i>
	8.7 + 9.7	<i>“Het wordt steeds technischer”</i> Je moet wel om kunnen gaan met de techniek.
	11.14 + 11.15/11.47 + 17.16	<i>“Negatief. omdat ik gewoon menselijk contact te belangrijk vind ten opzichte van het koude van de robot”</i>
	12.11	<i>“Nou ik denk dat het ook via de computer gaat, via webcam. Dat je dan een oproep kan doen en kan zeggen wat er is.”</i>
	13.10 + 13.11	<i>Met camera en middelen op je lijf wordt je in de gaten gehouden. Lichaamstemp, hartslag etc. als er iets is begint ie te piepen.</i>
	13.11 + 17.16	<i>“Of een sensor in je lichaam die begint te piepen als er iets mis is. “</i>
	1.11 + 3.8 + 14.7/14.36 + 15.6/15.7 + 16.6 + 17.13	<i>“Negatief. Ik verwacht dat wij heel veel zullen gaan leunen op die hulpmiddelen en dat de echte persoonlijke zorg meer en meer op de achtergrond verdwijnt.”</i>
	2.11 + 7.7	De vraag is of zorg / midden betaalbaar

				blijft? <i>"Ik vraag mij af of het allemaal wel betaalbaar kan blijven voor diegene die zorg nodig heeft"</i>
Intentie tot gebruik AAL technologie zoals SONOPA	Nu	Functioneel nodig	2.27 18.35 18.36	<i>"Ja, een elektrische deurdranger, omdat het functioneel nodig is"</i> <i>"Ik wil wel proefkonijn zijn"</i> <i>"Alleen een alarmknop. Ik doe alles zelf, de tuin alles nog zelf. Je moet willen he, en durven. Ik woon hier prima ik heb het reuze naar mijn zin."</i>
	In de toekomst	Behoud zelfstandigheid	2.29 + 3.26 + 4.25 + 5.27 + 7.25 + 8.25/8.26 + 9.25 + 10.25+11.34/11.38/ 11.42/11.43 + 13.31/13.32 + 16.34 + 19.9 13.36/13.17 + 14.28 + 16.28 + 18.40 + 19.37/19.38 11.46 + 12.30 + 14.34 + 17.33 18.36 + 20.60	Mogelijk wel gebruik van maken om zodoende zelfstandig te kunnen blijven wonen. Vangnet. Je word ouder, minder gezond, kan alles niet meer alleen. Lichamelijker slechter. Stukje veiligheid. <i>"Ik denk dat het het gevoel is, wat je hebt, in de richting van heb je een vangnet nodig ja/nee. Wanneer beslis je dat? Ja waarschijnlijk eerder als je alleen woont dan dat je met je partner woont. Ik denk dat dat een groot verschil is"</i> <i>"Als het nodig is, Maar dan moet het. Alleen als het moet, anders niet"</i>

		8.26	<i>“Je kunt meekijken, meedenken met personen. Dat is helemaal prima. Ik zou het wel willen als het nodig is”</i>
	Ontwikkeling ontkom je niet aan	1.7+11.47 8.4 + 10.4 + 1.20 + 13.6/13.9 8.2	<i>“Je kunt je haast niet meer voorstellen dat het er niet meer is”</i> <i>“Ja het is de toekomst. Je ontkomt er niet meer aan”</i> <i>“Gezien de ontwikkelingen in de hele zorg, ontkom je niet aan ICT hulpmiddelen. Want de zorg die mijn moeder nu krijgt, en de zorg die ik ga krijgen, en die jij in de toekomst mogelijk krijgt, dat is gewoon nul. Heel weinig relatief gezien. Je moet zo lang mogelijk thuis blijven wonen”</i>
Niet		1.33 / 1.34 15.27 15.18	<i>Nee, geen gebruik van maken. Is er niet mee opgegroeid. ““Als je er in zit, en ermee opgegroeid bent, dan kan ik het snappen. Voor ons is het te veel”</i> <i>“En als ik dat niet zou kunnen om welke reden dan ook.. dan ga ik nu iets heel raars zeggen maar.. dan hoeft het van mij niet meer”</i> <i>“Ik heb zelf zoiets van als ik oud wordt, en dat alles op afstand bekeken en geregeld wordt, dat hoop ik zelf niet mee te maken.”</i>

			6.29/6.30	Ze wil, als het nodig is, later naar een verzorgingstehuis dus dan heeft de inzet van SONOPA geen zin.
Bijdrage kwaliteit van leven	Geen bijdrage		5.23 + 9.21 4.21 + 2.24 + 4.20 + 5.22	Het leven is zo goed genoeg. Geen mening/ nu niet, omdat het nog niet nodig is.
	Wel bijdrage	Lichamelijk	4.20 + 8.20 + 9.20 + 7.21 + 1.26 + 15.35 19.32 3.21 + 6.24 + 8.20 + 10.20 + 13.39/13.40	Vergroot zelfstandigheid <i>“Je krijgt dan wel bericht, maar verder ben je wel zelfstandig”</i> Ondersteuning bij alledaagse, simpele dingen. Zoals boodschappen doen, hulp vragen van een ander.
		Psychische	9.20+11.34 + 12.25 + 13.34 +19.31 3.22 12.26/12.34 + 14.31 17.36	(Sociale) controle door de bewegingssensoren vergroot een gevoel van veiligheid. <i>“De kwaliteit en kwantiteit van het leven wordt rijker. Rijker in de zin van: invulling, aanvulling, opvulling van hoe actief je bent”</i> <i>“Dat kan al door iemand een beetje in beweging te krijgen. Buiten zijn is sowieso altijd goed, ook voor de hersenen. En als mensen dan een beetje meer plezier in hun leven hebben. “</i> <i>“Maar het is net zoals met een hondje; dat houdt je op de been. Als je het gevoel hebt</i>

				<i>dat je met iemand kan praten en bezig bent, dat dat toch anders is. Dan krijg je niet zo snel dat mensen zeggen "laat maar jongens het hoeft van mij niet meer" want dat kom je ook wel tegen"</i>
		Sociaal	1.25 + 7.20 + 1.27 + 6.25 + 10.21 + + 12.12/12.24 8.21 19.33	Vergroten / onderhouden contacten <i>"Je kwaliteit van leven wordt alleen maar beter als je je sociale leven onderhoudt"</i> <i>"Je kunt het via dat ding doen, maar je kunt er ook uit gaan"</i>
Belangrijk in ontwikkeling AAL	Aanbevelingen	Blijvende ontwikkeling	1.35 + 7.27 + 8.27 + 9.27 + 10.27 20.52 13.38 16.30 8.27	Het moet blijven ontwikkelen. <i>"Dat als de voetjes naast het bed staan dat de lampen aan gaan"</i> <i>"Je zou het kunnen uitbreiden door weet ik veel, mensen die in de buurt wonen die niet meer gezond zijn en het dak lek hebben: goh, is er iemand in de buurt die het dak kan maken? noaberschap!"</i> <i>"Dat ze het systeem beter ontwikkelen. Dat als er echt een kritische situatie is, dat iemand dan ook echt weet dat het een kritische situatie is."</i> <i>"Je moet zulke dingen door blijven ontwikkelen. En tijdens het ontwikkelen loop je</i>

				<i>vaak wel ergens tegenaan"</i>
		Menselijke kant benadrukken	3.28 + 11.9 + 15.28 + 16.31 14.26 + 16.33 17.43 18.43	De menselijke kant benadrukken. Persoonlijk contact. <i>"Het moet niet vervangend zijn"</i> <i>"Ik heb in mijn beroep als verpleging gemerkt hoe belangrijk contact is"</i> <i>"Wel in hun waarde laten, ook met de hulp erbij. Niet alles over willen nemen, laat ze de zelfstandigheid houden. Dat is echt heel belangrijk."</i>
		Veiligheid systeem	3.23 + 8.22 + 6.31 + 13.43	Beveiliging van het systeem.
		Veiligheid gebruiker/ vangnet mantelzorger	11.35/11.36+11.45 + 12.29 + 17.34 3.2 20.53 15.12 15.34	Meerdere een melding/verbinding. Voor als de mantelzorger geen mogelijkheid heeft om te kijken. <i>"Ik vind heel goed dat ze er zijn, maar aan de andere kant, als de stroom uitvalt dan kunnen ze niets meer. En wat gebeurd er dan?"</i> <i>"Dat als er geen reactie komt, er dan een melding gaat naar een professional"</i> <i>"Dan zou ik er een schakel tussen willen. Voor dat eerst de paniek komt bij de familie"</i> Een professional kijkt mee. Die beoordeeld

			16.8/16.36 18.8 + 18.9	de eventuele melding en als er iets is, belt mij op en dan pas wordt de mantelzorger gebeld met de vraag of ze er naar toe kunnen. <i>“Als het systeem werkt is heel mooi maar de vraag is, zo gauw als het systeem niet meer werkt, wat voorn opvang net heb je dan?”</i> Vrijwilligers inzetten helpt niet. Die mogen niks anders dan rolstoel duwen.
		Gebruiksgemak	3.28 + 12.23 4.22 + 4.26 + 11.13 + 17.35	Je moet technische hulpmiddelen in theorie als praktijk goed onder knie hebben voordat je dit kunt inzetten. Dat alle hulpmiddelen voor iedereen toegankelijk is. Kwalijk als het te geraffineerd is en dat oudere mensen niet meer snappen hoe ze er mee om moeten gaan.
	Geen mening		5.28	<i>“Dat betreft weet ik het niet. Maak het zelf niet mee, dus dan weet ik ook niet wat belangrijk is voor de ontwikkeling”</i>

Bijlage 6: Overeenkomst onderzoeksopdracht

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Leanne Maathuis & Aniek Smijders
Adres	Kuipersdijk 200
Postcode/woonplaats	7512 CM Enschede
Telefoonnummer	0642742479/0621482451
Mobiel	
Email	anieksmijders_1@hotmail.com
Opleiding	SPH
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Lectoraat TH&C / AMT
Eindverantwoordelijke onderzoek	Christina Jaschinski
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Geke Fiers
Adres	Saxion Enschede
Postcode/woonplaats	
Telefoonnummer	0681729167
Email	c.jaschinski@saxion.nl
De organisatie geeft wel/ niet toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871...
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	AAL technologie
Doelstelling/vraagstelling	De interviewmogelijkheden/horizonten van
Projectomschrijving	
Werkwijze	kwalitatief onder interview
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	overlegtijd
Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	Start februari, eindtijd juli
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	
Beoogde tussenproducten	
Producten ter beschikking	
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	

Enschede
SS-plaatsen
over AAL

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij";
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

Alle ruwe data (audio+transcripts) wordt gedeeld met de opdrachtgever C. Jaschinski.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding



- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling



- Handtekening Student(en)



Datum en Plaats *15-3-'16 Enschede*
Evt. Bijlagen

Bijlage 7: Schematische weergave sociaal-, fysiek- gezondheidsscore per respondent

