

Een zorgethisch perspectief op goede thuiszorg in een tijd waarin technologie is verweven met ons bestaan



Bryce Widom, The Biological and Social Evolution of Healthcare: Rube Goldberg and Time, 2013

Naam: Elmyn Brands

Examinator: Prof dr Carlo Leget

Begeleidend docent: Dr. Alistair Niemeijer

Tweede lezer: Dr. Inge van Nistelrooij

Eindopdracht: Masterthesis ZEB

Universiteit voor Humanistiek

Utrecht, 03 maart 2020

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis ter afronding van de master Zorgethiek en Beleid. Als verpleegkundige werd mijn interesse voor zorgtechnologie al eerder gewekt. Tijdens mijn premaster deed ik conceptueel onderzoek naar zorgtechnologie in de intramurale ouderenzorg. De thuiszorg vormt vanwege het chaotische en ongestructureerde karakter in mijn ogen een extra uitdaging voor het gebruik van zorgtechnologie. Toen ik de mogelijkheid kreeg om mijn masterthesis in deze setting uit te voeren, maakte ik hier dankbaar gebruik van.

Ik wil een aantal mensen bedanken voor hun steun tijdens de voorbereiding, uitvoering en afronding van dit onderzoek. Allereerst ben ik de cliënten en mantelzorgers die deel hebben genomen aan dit onderzoek erg dankbaar voor hun openheid en het delen van hun ervaringen. Ik waardeer het dat ze mij hebben toegelaten in hun vertrouwde omgeving en een kijkje hebben gegeven in hun leefwereld met betrekking tot zorgtechnologie. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tevens gaat mijn dank uit naar de verpleegkundigen en leidinggevenden van Thebe die deel hebben genomen aan de focusgroep. Zij waren, ondanks de hoge werkdruk, bereid om bijeen te komen en hun ervaringen te delen op het gebied van zorgtechnologie in de thuiszorg. Zij maakten het mogelijk om inzicht in de organisatiecultuur te krijgen, waardoor mijn onderzoek rijk is aan verschillende perspectieven.

Speciale dank gaat uit naar mijn begeleider Alistair Niemeijer. Ondanks verschillende obstakels op werk en privé gebied, waardoor ik mijn onderzoek niet uit kon voeren in het tempo dat ik in eerste instantie voor ogen had, wist hij mij vertrouwen en motivatie te geven om door te gaan. Naast zijn betrokkenheid heeft zijn kennis en ervaring op het gebied van technologie in de zorg fijne begeleidingsmomenten opgeleverd. Daarnaast ben ik Inge van Nistelrooij dankbaar voor haar feedback als tweede lezer.

Familie en vrienden wil ik bedanken voor de steun en afleiding die ze mij hebben geboden tijdens mijn afstudeerproces. Mijn vriendinnen en mijn vriend hebben mij geholpen de kracht te vinden om alle ballen in de lucht te houden.

Deze master heeft mijn professionele blik als verpleegkundige verbreed en verrijkt met vele nieuwe inzichten en perspectieven. Daarnaast ben ik als persoon ook meermaals uitgedaagd om buiten mijn eigen referentiekader te denken.

Veel plezier met het lezen van mijn thesis!

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Maatschappelijk probleem.....	1
1.3 Wetenschappelijk probleem	3
1.4 Vraagstelling	5
1.5 Doelstelling	5
2. Theoretisch kader.....	6
2.1 Conceptuele verkenning	6
Een zorgethisch perspectief op goede zorg met technologie.....	6
Drijfveren van de maatschappelijke en technische versnelling.....	9
Versnelling leidt tot vervreemding.....	10
Een nieuwe maatstaf voor het geslaagde leven	11
Technologie als morele bemiddelaar.....	13
2.2 Sensitizing concepts	16
2.3 Deelconclusie	17
3. Methode.....	18
3.1 Onderzoeksbenadering	18
3.2 Onderzoeksmethode	18
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	18
3.4 Dataverzameling.....	19
3.5 Data-analyse	19
3.6 Ethische overwegingen.....	20
4. Resultaten empirisch onderzoek	21
4.1 Resultaten van de interviews.....	21
Behoud van woonsituatie	22
Angst voor incidenten	23
Het zelf willen doen	24
Technologie ontzorgt.....	26
Technologische beperkingen.....	27
Kunnen omgaan met technologie	29
Beperkte afstemming tijdens de besluitvorming	30
4.2 Resultaten van de focusgroep.....	32
Behoud van woonsituatie	33
Technologie ontzorgt.....	33

Angst voor incidenten	34
Kosten en baten	35
Kunnen omgaan met technologie	36
Zorgtechnologie als standaard dienstverlening	38
4.3 Deelconclusie	40
5. Discussie	41
5.1 Een kritische verbinding tussen empirie en theorie.....	41
6. Conclusie en aanbevelingen.....	46
6.1 Conclusie.....	46
6.2 Aanbevelingen.....	47
6.3 Beperkingen.....	48
7. Kwaliteit van het onderzoek.....	49
8. Literatuur.....	50
Bijlage 1 Fasering.....	54
Bijlage 2 Toelichtingsbrief.....	55
Bijlage 3 Toestemmingsformulier.....	56
Bijlage 4 Topiclijst interview kwetsbare ouderen	57
Bijlage 5 Topiclijst focusgroep	58

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding, de maatschappelijke- en wetenschappelijke probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling beschreven.

1.1 Aanleiding

Als verpleegkundige maak ik veranderingen in de zorg van dichtbij mee, waaronder de snelle opkomst van zorgtechnologie. Vanaf december 2018 ben ik werkzaam als wijkverpleegkundige bij Thebe. Ook hier wordt toenemend gebruik gemaakt van technologie zoals elektronische medicijnen-dispensers of lifestylemonitoring bij thuiswonende kwetsbare ouderen. Steeds meer tablets, sensoren en robots doen hun intrede en veel fysiek menselijk contact wordt vervangen door digitaal contact. Ik vraag me af wat de gevolgen van dergelijke ontwikkelingen in de zorg zijn voor de zorgbeleving door de cliënt. En welke rol spelen de organisatie, de zorgverleners en de mantelzorgers bij deze ontwikkelingen? De ontegenzeggelijke voordelen van zorgtechnologie worden tijdens het werken in de wijk snel duidelijk. Echter, de mogelijke belemmeringen die het met zich mee kan brengen komen ook aan het licht. In het kader van de master Zorgethiek en Beleid ga ik mijn thesis aan dit onderwerp wijden.

1.2 Maatschappelijk probleem

Tijdens de afgelopen decennia is de thuiszorg beïnvloed door verschillende veranderingen, waaronder een vergrijzende bevolking en crises bij het werven van verplegend personeel (Melby, Obstfelder & Hellesø, 2018). Naarmate de bevolking veroudert en mensen langer leven, zal het aantal afhankelijke ouderen toenemen (Cochrane et al., 2016). De zorgkosten voor 65-plussers zullen tegen 2050 verdubbelen of zelfs verdrievoudigen (Oliveira Martins & De la Maisonneuve, 2006). Het Nederlandse overheidsbeleid is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (Bijl, Boelhouwer, Pommer & Sonck, 2013). Dit is niet alleen een financieel duurzamere manier om aan de zorgbehoeften te voldoen, maar ook conform de wens van de meeste ouderen om zolang mogelijk actief, autonoom en onafhankelijk te blijven (Rostgaard et al., 2011). Er is dan ook een duidelijke verschuiving van zorg met verblijf naar zorg zonder verblijf zichtbaar (Zantinge, Van der Wilk, Van Wieren & Schoemaker, 2011).

Naast verzorging en verpleging kan de inzet van technologie helpen om mensen met een verzorgings- of verpleeghuisindicatie zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Er is de afgelopen jaren dan ook veel tijd en aandacht besteed aan de ontwikkeling van zorgtechnologie. In januari 2019 werd de start van De Stimuleringsregeling E-Health Thuis (SET) aangekondigd. Dit programma stelt 90 miljoen euro beschikbaar voor de opschaling van zorgtechnologie in de thuiszorg (Rijksoverheid, 2019). Er zijn al veel bruikbare technologische ontwikkelingen in de zorg voor ouderen in de thuissituatie. Hierbij valt te denken aan valsensoren, elektronische sleuteloplossingen en technologie die mantelzorgers op afstand inzicht geeft in de gezondheid van hun naasten. Volgens Hugo de Jonge, de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), is de volgende stap dat deze technologie onderdeel wordt van de reguliere zorg en daarmee beschikbaar wordt voor meer cliënten (Rijksoverheid, 2019).

Momenteel volgen technologische vindingen elkaar in hoog tempo op en overspoelen de wereld met een permanente innovatiedwang (Schnitzler, 2015, p.46). Innovatie kan nodig zijn, maar noopt ook tot voorzichtigheid. Niet alle innovatieprojecten leiden per definitie tot (morele) verbetering (Van den Borre, 2016). Ondanks de toename van het aantal technologische ontwikkelingen, bestaan er in de praktijk barrières voor zowel professionals als ouderen om zorgtechnologie op grote schaal te gaan gebruiken (Rijksoverheid, 2019). Volgens Eveline Wouters, hoogleraar succesvolle innovaties in de zorg, heeft dit niet te maken met de technische mogelijkheden, maar meer met de menselijke wensen en behoeften (Wouters, 2018). Zorgtechnologie is vaak vanuit technisch oogpunt ontwikkeld (*technology push*) in plaats vanuit een (zorg)vraag. De technologie sluit hierdoor vaak niet aan bij de behoeften van de gebruikers. Een goede afstemming tussen de behoeften van eind- en andere gebruikers en de functionele uitkomsten (wat levert het voor wie op?) heeft een positief effect op de acceptatie van zorgtechnologie en het uiteindelijke gebruik ervan (Van Hoof & Wouters, 2012, p.231).

Actuele maatschappelijke debatten laten zien dat er reden is om de dominante rol van technologie in de zorg kritisch onder de loep te nemen en zo te voorkomen dat de menselijke maat uit het oog wordt verloren (Beijer, Greefhorst, Kruijk & Sasse, 2014). Daarnaast moet er volgens Wouters (2018) meer en beter worden geëvalueerd, zo zegt ze: “Juist in een tijd waarin hollen de norm is, is stilstaan bijzonder belangrijk”.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Ons dualistische wereldbeeld, hier mensen en daar dingen, heeft het zicht op de verstrengeling tussen de mens en techniek vertroebeld. Hieruit ontstaat namelijk de misvatting dat techniek neutraal zou zijn of slechts een middel om een welbepaald doel mee te bereiken (Schnitzler, 2015, p.12). Terwijl ze hun functie vervullen, doen technologieën veel meer: ze geven vorm aan wat we doen en hoe we de wereld ervaren of beleven (Aydin, Woge & Verbeek, 2018). De relatie tussen de mens en technologie en hoe hier mee om te gaan wordt in de literatuur op verschillende manieren beschreven.

Sociologen hebben uitgebreid stilgestaan bij het veranderende tijd- en ruimtebesef door technologie (Schnitzler, 2015, p.38). Socioloog Hartmut Rosa (2016) schrijft over de toenemende snelheid waarmee technologie ontwikkeld wordt en hoe maatschappelijke posities en waarden in hoog tempo mee veranderen. Rosa stelt dat deze versnellingen tot een bepaalde vervreemding leiden: we raken volgens hem meer en meer van onszelf verwijderd. De hieruit volgende kritiek is ethisch van aard, omdat vervreemding mensen verhindert om een goed leven te leiden (Rosa, 2016, p.68-69). Critici wijzen er op dat veel vormen van vervreemding nu eenmaal onvermijdelijk zijn en deel uitmaken van elk mensenleven. Rosa pleit dan ook niet voor een volkomen vervreemdingloos leven, maar naar momenten van niet-vervreemde menselijke ervaring (Rosa, 2016, p.9). Dit is volgens hem mogelijk door middel van ‘resonantie’, waarbij we open moeten staan voor nieuwe ervaringen voor een geslaagde relatie van de mens en de (technische) wereld (Rosa, 2016, p.135).

Techniekfilosoof Peter-Paul Verbeek beschrijft dat de invloed van technologie op ons bestaan altijd aanwezig is (Verbeek, 2014). Volgens hem moeten de grenzen tussen de mens en techniek vervagen om de onderlinge relatie te begrijpen. Techniek staat niet tegenover de mens, maar is een ‘medium’ voor ons bestaan: techniek bemiddelt onze waarnemingen, onze handelingen, onze manier van denken en doen (Verbeek, 2014, p.11). Technologie helpt de mens om de realiteit op een bepaalde manier te interpreteren en om specifieke (zorg)praktijken te organiseren (Verbeek, 2011, p.139). Volgens Verbeek ligt de aandacht in de huidige literatuur echter te veel op ‘*what things do*’ en te weinig op hoe mensen betekenis geven aan de bemiddelende rol van techniek (Verbeek, 2015). Ook hoogleraar Sociale Theorie, Humanisme en Materialiteit, Jeanette Pols (2013), schrijft over de verstrengelingen tussen waarden, kennis en technologie. Het gebruik van technologie in de thuissituatie is een

goed voorbeeld van deze verstrengeling omdat hier, in tegenstelling tot een intramurale setting, meer chaos en minder structuur is (Lindberg, Nilsson, Zotterman, Söderberg & Skär, 2013). Om kwesties als dit beter te begrijpen moet men zich volgens Pols (2013) verplaatsen tussen enerzijds alledaagse zorgpraktijken, en anderzijds techniekonderzoek. Volgens haar is het dan ook tijd om het veld in te gaan en te kijken hoe mensen zorgpraktijken vormgeven met technologie en welke waarden hierbij betrokken zijn (Pols, 2013).

Gebrek aan literatuur met betrekking tot technologische ontwikkelingen in de zorg is er niet. Verschillende kritische inzichten op het gebied van technologie in relatie tot de mens en zijn ervaringen, waarnemingen en handelingen passeren de revue. In situ onderzoek binnen de specifieke context is echter schaars. Dit soort onderzoek is juist nodig om een goed begrip te krijgen van wat de implementatie en uitbreiding van verschillende soorten technologie die een rol spelen bij het zelfstandig leven van ouderen, vergemakkelijkt of juist belemmert (Peek et al., 2016). Om innovaties écht te faciliteren is continue aandacht en betrokkenheid nodig en moet worden ingespeeld op wat de betrokkenen als goede zorg zien (Janssen & Wallenburg, 2017). Dit houdt in dat niet zozeer het product of de dienst centraal staat, maar de hiermee geassocieerde beleving (Van Hoof & Wouters, 2012, p.286).

Binnen de zorgethiek wordt dit uitgangspunt gedeeld. Om deze reden is een zorgethisch perspectief belangrijk binnen dit onderzoek. De zorgethiek bekijkt wat het moreel goede is, vanuit het perspectief van zorg, gegeven die specifieke situatie die men wil beoordelen. Daarnaast richt het zich op het verantwoordelijk handelen in reactie op de zorgbehoefte van mensen (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019). De zorgethiek heeft echter een aanvulling op het gebied van de sociale- en technologische versnelling en technologische bemiddeling die samenhangt met de onophoudelijke dynamisering van de moderne samenleving (Pols, 2012 ; Vosman & Niemeijer, 2017). Rosa en Verbeek worden niet direct geïdentificeerd als zijnde zorgethische denkers, maar hun inzichten zijn mogelijk van toegevoegde waarde voor de zorgethiek door te onderzoeken wat de bemiddelende rol van technologie en de bijbehorende vervreemdingservaring voor (het denken over) goede zorg aan kwetsbare ouderen betekenen. Tenslotte is empirisch onderzoek naar de ervaringen van kwetsbare thuiswonende ouderen met betrekking tot zorgtechnologie nodig voor de acceptatie en het uiteindelijke gebruik ervan (Pols, 2013; Van Hoof & Wouters, 2012, p.231).

1.4 Vraagstelling

Voorgaande heeft geleid tot de volgende hoofdvraag en de daarbij behorende deelvragen:

Hoe ervaren kwetsbare ouderen en mantelzorgers zorgtechnologie in de thuissituatie en op welke manier kunnen de visies van Rosa en Verbeek bijdragen aan (het denken over) goede zorg met technologie vanuit organisatorisch en zorgethisch perspectief?

1. Welke inzichten bieden de visies van Rosa en Verbeek met betrekking tot zorgtechnologie in de thuissituatie van kwetsbare ouderen?
2. Wat is de geleefde ervaring van kwetsbare ouderen en mantelzorgers ten aanzien van zorgtechnologie in de thuissituatie?
3. Welke organisatorische invloeden zijn er te ontwaren rondom zorgtechnologie in de thuissituatie?
4. Wat betekenen deze inzichten vanuit zorgethisch perspectief voor (het denken over) goede zorg met zorgtechnologie in de thuissituatie van kwetsbare ouderen?

1.5 Doelstelling

Het doel van deze masterthesis is om middels empirisch onderzoek inzicht te krijgen in de ervaringen en behoeften van thuiswonende kwetsbare ouderen en mantelzorgers met betrekking tot zorgtechnologie. Ook wordt getracht inzicht te verkrijgen in de organisatorische invloeden rondom zorgtechnologie in de thuiszorg. In combinatie met de kritische inzichten van Rosa en Verbeek, wordt met dit onderzoek beoogd om handvatten op het gebied van het accepteren en implementeren van zorgtechnologie in de thuissituatie te bieden. Dit alles met als einddoel het verlenen van goede zorg in een tijd waarin technologie verweven is met ons leven.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een verkenning beschreven van te gebruiken kritische inzichten die een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de eerste deelvraag: ‘Welke inzichten bieden de visies van Rosa en Verbeek met betrekking tot zorgtechnologie in de thuissituatie van kwetsbare ouderen?’ Om tot een antwoord op de deelvraag te komen wordt zorgethische, sociologische en filosofische literatuur gebruikt. Allereerst wordt het belang van een zorgethisch perspectief op goede zorg met zorgtechnologie toegelicht. Vervolgens worden de versnellingstheorie van Rosa en de bemiddelingstheorie van Verbeek weergegeven en gepositioneerd ten opzichte van de zorgethiek.

2.1 Conceptuele verkenning

Een zorgethisch perspectief op goede zorg met technologie

Grote (ethische) concepten als kwetsbaarheid, afhankelijkheid en autonomie compliceren het ethisch debat met betrekking tot technologie in de thuiszorg eerder dan dat ze het verhelderen, omdat ze onderliggende en dubbelzinnige concepten en aannames bevatten (Zwijzen, Niemeijer & Hertogh, 2011). De zorgethiek is ook kritisch ten opzichte van deze abstracte ethische concepten. Daarnaast wordt er vanuit de zorgethiek kritisch gekeken naar de moderne opvatting dat mensen autonome, onafhankelijke en gelijkwaardige individuen zijn, omdat het uitgaat van principes die onafhankelijk zijn van maatschappelijke of contextuele omstandigheden. Er is binnen de zorgethiek niet zozeer focus op universaliseerbaarheid, maar op de specifieke context. Men moet dan ook rekening houden met de mogelijke invloed van de setting (Vosman & Niemeijer, 2017, p.468). Het gaat binnen de zorgethiek om tijd, plaats en geleefde ervaringen. Bevindingen zijn om deze reden altijd relatief en context gebonden (Stewart, 2010). Contextualiteit kan op verschillende niveaus worden begrepen, te weten: de fysieke context, de sociale context en de historische context (Klaver, Elst & Baart, 2014).

Binnen dit onderzoek speelt de (laat-)moderniteit als historische context een belangrijke rol. De onophoudelijke dynamisering van de moderne samenleving heeft volgens Vosman en Niemeijer (2017, p.466) invloed op de concepten ‘relationaliteit’ en ‘macht’. Een zorgethisch perspectief biedt ruimte voor het overdenken van deze concepten in het kader van zorg met technologie. Als relationele ethiek erkent de zorgethiek de rol van zowel de zorgverlener als zorgvrager, bij het vestigen en onderhouden van de zorgrelatie. Volgens de zorgethisch

georiënteerde filosofe Noddings moet een zorgverlener attent zijn, open staan voor de mogelijkheid om affectief te worden en reageren op de behoeften van de zorgvrager om de zorgzame relatie te onderhouden. De zorgvrager voltooit de relatie door de inzet van de zorgverlener te erkennen. De rol van de zorgvrager is essentieel en de erkenning ervan staat centraal binnen de zorgethiek (Noddings, 2015, p.73). Dit relationele aspect is op elke zorgpraktijk van toepassing. Zorgpraktijken impliceren interactie met anderen, ingebed in sociale instellingen en structuren (Van Nistelrooij, Schaafsma & Tronto, 2014). Wanneer de zorgrelatie wordt beïnvloed door de aanwezigheid van zorgtechnologie, komt deze wederkerigheid ook aan het licht. Zo beschrijft Pols (2012, p.37) dat gebruikers van technologie worden uitgenodigd om goed voor hun zorgverleners te zorgen. Dit is niet enkel door hen te ontlasten, maar ook door ze van informatie te voorzien, zodat de zorg tijdig en goed kan worden ingericht. Zo zorgen cliënten door het gebruik van zorgtechnologie ook voor professionals en mantelzorgers. Goede zorg met zorgtechnologie vereist om deze reden aandacht voor de wederkerige relatie tussen zorgvrager en zorgverlener.

Een zorgethisch perspectief op goede zorg met zorgtechnologie aan kwetsbare ouderen onderstreept tevens de invloed van machtsposities. Zo wijst Tronto op het machtsverschil dat inherent is aan beleid in de zorgsector. Beleidsmakers bevinden zich in een positie van autoriteit, terwijl zorgbehoevenden doorgaans weinig macht hebben om hun situatie te veranderen (Tronto, 1993). Beleidsmakers zijn vaak gefocust op theoretische argumenten om hun standpunten te verdedigen, waardoor de behoeften van zorgvragers het risico lopen verwaarloosd te worden. Tevens is er vaak sprake van een aanzienlijk verschil tussen het verbale en schriftelijke uitdrukkingsvermogen van twee partijen (Noddings, 2015). Volgens Noddings zal beleidsvoering over zorg met zorgtechnologie altijd op enige afstand van de zorgvragers blijven. Het hoeft zich echter niet te concentreren op het goedkeuren of veroordelen van standpunten met betrekking tot de rol van technologie in het welzijn. Het doel moet zijn om samen te werken om het leven van zorgvragers te verbeteren en mantelzorgers te ondersteunen (Noddings, 2015, p.79). Tronto (1993) stelt dat ‘goede zorg’ het resultaat is van ‘*caring for*’ en ‘*caring about*’. Bij ‘*caring for*’ gaat het om het uitvoeren van een handeling en bij ‘*caring about*’ gaat het om een houding, een gevoel of een gemoedstoestand. Noddings (2015) betoogt dat het voor grote organisaties aandacht vereist om de vertaalslag te kunnen maken van hun zorgende beleid (*caring about*) naar echte zorg

voor de cliënten (*caring for*). Er moeten voorwaarden worden geboden waarin de werknemers zorg kunnen dragen voor de zorg. Hierbij is de dialoog met zorgvragers noodzakelijk. Tronto (2013, p.140) voegt hier aan toe dat er naast '*caring about*' en '*caring for*' ook sprake moet zijn van '*caring with*'. Dit houdt in dat er gebouwd moet worden richting een democratische samenleving waarin zorg centraal staat en waarbij beleid wordt gemaakt in overeenstemming met degenen over wie het beleid gaat. Er is pas echt sprake van een zorgzame samenleving wanneer er niemand genegeerd wordt bij het nemen van beslissingen (Tronto, 2013, p.164). Charlton (2000) omschreef dit in het kader van mensen met een beperking als '*Nothing about us without us*'. Goede zorg met zorgtechnologie kan vanuit zorgethisch perspectief dan ook enkel worden bewerkstelligd wanneer kwetsbare thuiswonende ouderen worden betrokken bij de beleidvorming omtrent zorgtechnologie. Tronto heeft de rol van technologie en de verstengeling en vervreemding die hiermee samen hangen echter niet voldoende doordacht in haar werk. Het werk van Pols (2012) biedt hier de nodige aanvulling.

Pols (2012) sluit zich aan bij de zorgethiek voor wat betreft het belang van het relationele aspect, zoals hierboven beschreven. Tevens is het volgens Pols (2012, p.72) van belang om er achter te komen hoe zorgtechnologieën in wisselende contexten en relaties op verschillende manieren betekenis krijgen. Pols (2012, p.30) benadrukt de noodzaak om de toenemend technologisch bemiddelde zorg te gaan bekijken vanuit een perspectief op de dynamische samenhang tussen mensen en technologie. Pols pleit voor een manier van onderzoek waarbij de complexiteit van de door technologie bemiddelde zorgpraktijken niet vanaf een afstand wordt bekeken, maar van binnenuit. Hiermee hangt samen dat het bij nieuwe technologieën niet zozeer gaat om het 'toepassen' ervan, maar om het op een juiste manier 'inpassen'. Er zou volgens Pols (2012) meer ruimte moeten zijn voor creatieve verandering, in plaats van het kant en klaar invoeren in de praktijk. Waarden omtrent goede zorg, moeten in de zorg met nieuwe technologie opnieuw worden uitgevonden en op elkaar worden aangesloten.

De visies van Rosa en Verbeek bieden op hun beurt weer een aanvulling op het werk van Pols en op de zorgethiek door dieper in te zoomen op de technologische versnelling en bemiddeling. Dit wordt in het vervolg van deze paragraaf nader toegelicht.

Drijfveren van de maatschappelijke en technische versnelling

Hartmut Rosa (1965) is een van de meest spraakmakende sociologen van Duitsland op dit moment. Hij wordt ook wel de ‘onthaastingsgoeroe’ genoemd aangezien hij zich bezighoudt met het verhoogde levenstempo van de moderne mens. Rosa besteedt in zijn werk aandacht aan de vraag naar het goede leven in een wereld waarin alles steeds sneller gaat. Fastfood, speeddaten, powernaps en drive-in begrafenissen laten zien hoe vastberaden we zijn om het tempo van onze dagelijkse handelingen te verhogen (Rosa, 2016, p.16). Techniek speelt hierbij een grote rol. Echter, in tegenstelling tot wat velen denken is techniek volgens Rosa niet de oorzaak van deze maatschappelijke versnelling, maar een gevolg. In de huidige kapitalistische economie wordt gestreefd naar winst. Het besparen van arbeidstijd door de inzet van technologie is een eenvoudige manier om minder kosten te maken en concurrentievoordeel te behalen. Om deze reden is de technische versnelling volgens Rosa een logisch gevolg van het kapitalistische systeem van de markt (Rosa, 2016, p.32).

Ook in de zorgsector werd begin deze eeuw marktlogica geïntroduceerd. De achterliggende gedachte was dat er niet genoeg tegemoetgekomen werd aan de vraag van cliënten en dat concurrentie tussen zorgaanbieders ertoe zou leiden dat de zorg op een doelmatige en kostenbewuste manier werd ingericht (Tonkens, 2013, p.307). De afgelopen jaren is in de thuiszorg met name aandacht voor *efficiency* en doelmatigheid om concurrentievoordeel te behalen. De zoektocht naar een voortdurende verhoging van de *efficiency* is daarbij vooral gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Dit is niet enkel om de personeelskosten te drukken, maar ook met het oog op de personeelsschaarste, de hoge werkdruk en het relatief hoge ziekteverzuim in de thuiszorg. Verbetermogelijkheden liggen vaak in de logistiek en de planning, maar in toenemende mate ook in het benutten van technologische ontwikkelingen, zoals het kunnen leveren van zorg op afstand. Dergelijke vernieuwingen lijken echter eerder ingegeven door kostenbesparingen dan om nieuwe producten en diensten op de cliënten af te stemmen (Prince, Bruins & Van der Zeijden, 2005). Zorgethica Joan Tronto (2013) problematiseert in haar boek ‘*Caring Democracy*’ het feit dat de waarde van marktwerking en economische productie meer invloed hebben op beleid en besluitvorming dan de zorgvraag van belanghebbenden (Tronto, 2013, p.156). Volgens haar heeft marktwerking in de zorg een ondermijnd effect op de noodzaak van de zorgvraag.

Naast concurrentie is cultuur een belangrijke drijfveer van de maatschappelijke versnelling. In moderne seculiere samenlevingen wordt een centraal belang gehecht aan het leven vóór de dood. Dit wil zeggen dat er naar wordt gestreefd om een leven te leiden dat rijk is aan ervaringen en waarin alle mogelijkheden zo optimaal mogelijk worden benut (Rosa, 2016, p.35-37). Ook de Belgische filosoof Ignaas Devisch (2016) beschrijft het idee dat dit leven een interval tussen onze geboorte en de dood is als typisch kenmerk van de moderne seculiere samenleving. Onze zelfrealisatie staat in het teken van een gemaximaliseerd leven. Pas wanneer we alles uit het leven halen wat er uit te halen valt, hebben we geleefd (Devisch, 2016, p.17-19). Een versnelling van het levenstempo heft het probleem van het gebrek aan tijd (gedeeltelijk) op. Hiervoor zijn nieuwe technologische ontwikkelingen nodig, die onvermijdelijk een reeks veranderingen in de maatschappelijke praktijk met zich meebrengen. De maatschappelijke versnelling vraagt op zijn beurt om versnelling van het levenstempo. Hiervoor zijn weer nieuwe technologische ontwikkelingen nodig, enzovoorts. Volgens Rosa spreken we hier van een versnellingskringloop (Rosa, 2016, p.37-40). Technische versnelling zou logisch gezien moeten leiden tot het vrijkomen van tijd, waardoor het levenstempo zou verlangzamen, of in elk geval het tijdgebrek kon worden overwonnen of verlicht. Echter, het tegenovergestelde lijkt het geval te zijn, namelijk dat tijd steeds schaarser wordt (Rosa, 2016, p.27). We hebben hier met een paradoxaal effect te maken.

De versnelling op zich is volgens Rosa noch goed noch slecht te noemen, maar het wijst ons op een ontwikkeling die tot op heden grotendeels is genegeerd door de sociale filosofie. Dergelijke ingrijpende veranderingen gaan gepaard met het risico op sociale pathologieën en brengen ethische zorgen met zich mee (Rosa, 2016, p.60). Hier wordt in de volgende paragraaf dieper op ingegaan.

Versnelling leidt tot vervreemding

In deze thesis wordt ingezoomd op de ethische kritiek van Rosa, die zich baseert op het idee van het goede of geslaagde leven. Het gaat hierbij om de mogelijkheid tot geluk in een moderne, naar innovatie verlangende maatschappij (Rosa, 2016, p.68). Voor de moderne mens is het de belangrijkste taak geworden het leven zo te leiden en in te richten dat men in staat is 'mee te kunnen' en niet uit de tredmolen te vallen (Rosa, 2016, p.85-88). Zolang het leiden van een maximaal leven als ideaal geldt, spiegelen wij ons volgens Rosa aan technologische vooruitgang, ook al lijden we eronder. Verandering is beter dan stilstaan, en

wie niet met veranderingen meegaat, wordt verweten ‘in de comfortzone’ te blijven (Devisch, 2016). Deze manier van leven, waarbij ons handelen veelal in het teken staat van zoveel mogelijk productie en consumptie, en niet van het beschermen van wat voor ons wezenlijk is, zoals zingeving en ontspanning, heeft volgens Rosa ‘vervreemding’ als noodlottig gevolg (Rosa, 2016, p.77). Vervreemding is een relatiemodus waarin het zelf en wereld tegenover elkaar staan zonder innerlijk verbonden te zijn, een modus waarin het zich eigen maken van een deel van de wereld mislukt. In deze relatiemodus is de wereld vijandig, afstotelijk of een bedreiging (Rosa, 2016, p.136). Onze verhouding tot de materiële wereld is volgens Rosa door de toegenomen snelheid van de moderne tijd fundamenteel veranderd (Rosa, 2016, p.57). In dit tijdperk van digitale globalisering breidt het zelf zich uit over de wereld van de dingen, de dingen worden al het ware ‘bewoners’ van het zelf. Echter, naarmate de technologie steeds *smarter* wordt, wordt de kloof tussen die dingen en het zelf onherroepelijk steeds groter (Rosa, 2016, p.94-97).

Ondanks dat men in een toestand van vervreemding wel uit vrije wil handelt, is datgene wat men doet niet in lijn met wat men daadwerkelijk wil. De ‘retoriek van het moeten’ is een treffende uitdrukking van Rosa om dit diffuse gevoel van vervreemding te beschrijven (Rosa, 2016, p.102). In de zorgsector is deze ‘retoriek van het moeten’ bijvoorbeeld terug te vinden in het moeten vastleggen van allerlei zaken in het elektronisch dossier van de cliënt. Dit is gericht op het zo goed mogelijk zorgen voor de cliënt, maar het zorgt voor een tegengesteld gevoel bij de zorgverlener, namelijk dat er niet genoeg tijd en ruimte is om te zorgen (Schnitzler, 2015). Er is als het ware sprake van vervreemding van de oorspronkelijke intentie en taak. Volgens Rosa zou het kunnen dat deze vervreemding het vermogen om tot essentiële (technische) innovaties te komen, ondergraaft (Rosa, 2016, p.77).

In het vervolg van deze paragraaf wordt toegelicht hoe we ons volgens Rosa tot de technische versnelling en de bijkomende vervreemdingservaringen moeten verhouden om tot een geslaagd leven in de (laat-)moderne tijd te komen.

Een nieuwe maatstaf voor het geslaagde leven

Een van de fundamentele inzichten van de fenomenologie is dat het mens-zijn altijd en onherroepelijk betekent *in een wereld te zijn* (Heidegger, 1927), *ten opzichte van de wereld te zijn* (Merleau-Ponty, 1986) of onszelf in een wereld te vinden die voor ons *betekenis heeft*

(Taylor, 1989). Volgens Rosa bestaan er in onze relatie tot de wereld drie basale modi, namelijk: resonantie, onverschilligheid en afstoting (Rosa, 2016, p.131). De Amerikaanse filosoof Albert Borgmann sprak tientallen jaren geleden al over het verlies van diepe relaties met de realiteit, veroorzaakt door technologie (Borgmann, 1987, p.13). Als we werkelijk vervreemd zijn geraakt van de ruimte, van de handelingen, ervaringen en interactiepartners van ons leven, is een gevoel van zelfvervreemding volgens Rosa waarschijnlijk nauwelijks te vermijden. Een zelfgevoel en identiteit ontstaan namelijk juist uit waar we staan in de sociale wereld, maar ook in de wereld van de dingen (Rosa, 2016, p.110-111). Volgens Rosa zijn het met name deze vervreemdingservaringen die ons verhinderen een goed leven te leiden. Rosa schetst een resonantietheorie als alternatief voor het goede leven (Rosa, 2016, p.114). Door het vestigen en veiligstellen van resonantieruimtes kunnen we ons volgens hem weer deel voelen van de wereld waarin we leven (Rosa, 2016, p.130). Resonantie is niet alleen een emotionele toestand, maar een relatievorm waarin het subject en de wereld antwoordend tegenover elkaar staan. Erkenning is een belangrijk onderdeel van resonantierelaties, het dekt de sociale dimensie van ontmoetingen in de wereld. Resonantie is in conceptueel opzicht een ontmoeting met een constitutief ander, daarom is de verhouding tussen vervreemding en resonantie dialectisch. Resonantierelaties worden gevonden in de liefde, in vriendschap en in het democratische politieke handelen: subjecten ontmoeten elkaar op een niet-instrumentele manier, gericht op een antwoordrelatie, het gaat over het over en weer bereiken van elkaar. Dit zijn horizontale resonantierelaties, ze ontstaan tussen gelijkwaardige of vergelijkbare entiteiten. Rosa stelt dat we uiteindelijk ook met objecten en artefacten een dergelijke resonantierelatie kunnen ontwikkelen, de zogeheten diagonale resonantierelaties (Rosa, 2016, p.133-134).

Wanneer zich in de moderne tijd een versnelling voordoet, leidt dit vrijwel altijd tot scepsis of zelfs tot vijandigheid. Echter, in geen van die gevallen is de tegenbeweging succesvol gebleken (Levine 1997 & Schivelbusch 2000 in Rosa, 2016, p.47). Om deze reden stelt Rosa dan ook dat strijden om resonantie geen zin heeft, integendeel, want het vernietigt precies datgene wat men wil bereiken. Resonantierelaties kunnen nooit worden afgedwongen of geïnstitutionaliseerd. Het concept van resonantie moet worden gezien als het contrast of het tegenovergestelde van vervreemding (Rosa, 2016, p.135). Resonantie impliceert openheid ten opzichte van de wereld, dat veronderstelt dat men bereid is om andere stemmen te horen en zich erdoor te laten raken, ook al zijn het vervelende stemmen. Dat betekent ook dat men

bereid is zich kwetsbaar op te stellen en het vooral ook aandurft om zich te laten veranderen, zonder dat van tevoren duidelijk is wat het resultaat van die verandering zal zijn (Rosa, 2016, p.141-142). Het concept van resonantie op zich vormt nog geen oplossing voor de pathologieën van de toename en de vermeerdering die de moderne tijd kenmerken, maar ze moeten volgens Rosa richting geven bij het zoeken naar een uitweg (Rosa, 2016, p.144).

Waar Rosa (2016) de moderne samenleving en de hiermee gepaarde versnelling als belemmering voor het leiden van een goed leven ziet, stelt Ignaas Devisch (2016) dat tijdsdruk juist een positieve bijdrage kan leveren in ons leven, omdat het volgens hem een belangrijke drijfveer is voor onze verlangens, creativiteit en passies. Het is volgens Devisch inderdaad een feit dat veel zaken uit ons dagelijks leven sneller verlopen dan enkele eeuwen terug. Echter, in weerwil van allerlei pleidooien voor verlangzaming of meer evenwicht in ons leven, breekt Devisch een lans voor passie, creativiteit en verlangen. Eerder dan rust en evenwicht te bereiken, komt het er volgens Devisch op aan een verhouding te vinden met een onstilbare, maar tegelijkertijd positieve drang tot zelfrealisatie en alle passie die daarmee gepaard kan gaan. Dat betekent niet dat we niet op moeten passen voor te hard werken of een burn-out, of voor maatschappelijke en economische processen die het leven drukker maken.

Voor een geslaagd leven met technologie zou dit betekenen dat mensen het aan moeten durven om zich te laten veranderen door de technologie, ook al is het niet vooraf duidelijk wat deze verandering precies inhoudt. In plaats van onverschillig of afstotend dient men volgens Rosa een open houding aan te nemen ten opzichte van nieuwe technologie. Evenals Devisch, pleit ook Pols voor creativiteit rondom de hiervoor genoemde verandering, in plaats van het kant en klaar invoeren van nieuwe technologieën in de praktijk. Wat hier echter nog ontbreekt, is een visie op de waarden omtrent goede zorg, die in de zorg met nieuwe technologie opnieuw moeten worden uitgevonden en op elkaar worden aangesloten. Hier wordt in het laatste deel van deze paragraaf dieper op ingegaan met behulp van de bemiddelingstheorie van Verbeek.

Technologie als morele bemiddelaar

Techniekfilosoof Verbeek (2014) is net als Rosa (2016) van mening dat technologie ons leven beïnvloedt en dat we ons niet aan deze invloed kunnen onttrekken. Verbeek (2014) betoogt net als Rosa in zijn werk dat de morele lading van technologie op een andere manier

geconceptualiseerd dient te worden dan volgens de meeste auteurs wordt gedaan. Tegenover het sombere vervreemdingsdenken van de klassieke techniekfilosofie moet volgens Verbeek plaats komen voor een benadering waarin technologie juist ook nieuwe relaties met de werkelijkheid mogelijk maakt (Verbeek, 2014, p.66-67). Ook Rosa wil uitzicht bieden op nieuwe relatiemogelijkheden tussen de mens en technologie. Evenals Rosa (2016, p.114) haalt Verbeek (2014, p.160) de ethiek van het 'goede leven' aan, om op die manier niet enkel een open of afwijzende houding richting technologie aan te nemen, maar te kijken hoe een goed leven er met die technologie uit moet zien. Verbeek bekritiseert echter de positie van 'vervreemding' waaruit Rosa vertrekt om de nieuwe relaties met de werkelijkheid te overdenken. Verbeek vertrekt liever vanuit 'bemiddeling'. De vraag naar het goede leven kan volgens hem namelijk niet worden beantwoord vanuit een scheiding tussen mens en technologie, maar enkel vanuit het verweven karakter van de twee (Verbeek, 2011, p.31).

Er zijn twee extreme houdingen die men in de techniekethiek moet zien te vermijden volgens Verbeek. Enerzijds is er de conservatieve houding om de grenzen van de mens zoals we die kennen te bewaken en alle technologische bemiddeling als bedreiging te zien. Anderzijds is er het radicale verlangen om de mensheid te verbeteren door middel van technologie of zelfs voorbij het menselijke kunnen te gaan (Verbeek, 2011, p.157). Huijjer en Smits (2010) omschrijven de groepen mensen met deze houding ook wel als respectievelijk 'techno-pessimisten' en 'techno-optimisten'. Verbeek problematiseert deze ethische 'verschraling' en positioneert zich tussen deze twee extremen in. Hij biedt met de bemiddelingstheorie mogelijkheden om nader te onderzoeken hoe het menselijk bestaan kan worden vormgegeven in interactie met technologie (Verbeek, 2014, p.15). In de bemiddelingstheorie van Verbeek staat de gedachte centraal dat de grenzen tussen technologie en de mens moeten vervagen om de onderlinge relatie beter te kunnen begrijpen. De twee kunnen niet los van elkaar worden gezien. Mensen zijn technische wezens en technologieën zijn sociale entiteiten (Verbeek, 2011, p.4). Technologie helpt ons om morele vragen te formuleren en hier een antwoord op te vinden, terwijl het tegelijkertijd onze acties in een bepaalde richting leidt (Verbeek, 2011, p.52). Wanneer technologie wordt gebruikt, worden morele beslissingen niet enkel door de gebruikers gemaakt. Echter, het is ook niet zo dat de technologie de gebruikers dwingt tot bepaalde beslissingen. Morele acties en besluiten zijn het gevolg van een hybride relatie tussen mens en technologie (Verbeek, 2011, p.54). Alleen binnen die relatie treedt

bemiddeling op. Dat betekent dat de mensen die deel uitmaken van deze relatie ook altijd een kritische positie in kunnen nemen ten opzichte van de bemiddelende rol van technologie. Een belangrijke gedachte binnen de bemiddelingstheorie van Verbeek is dat mensen niet de illusie moeten hebben dat hun kritische positie los staat van de techniek die bekritiseerd wordt (Verbeek, 2014, p.14).

Opvallend is dat Verbeek zich overwegend positief uitlaat over de vormgeving van een goed leven met technologie. De problematische dimensies (zoals vervreemding) van technologie als morele bemiddelaar blijven buiten beeld. Verbeek maakt gebruik van voorbeelden van concrete interacties tussen mens en technologie om de technologische bemiddeling in kaart te brengen. Deze concrete technieken zijn echter niet geïsoleerd van culturele en maatschappelijke invloeden. Waar de klassieke techniekfilosofie voorbij gaat aan de verhouding tussen de mens en concrete technieken, lijkt Verbeek zich te focussen op (te) concrete mens-techniek relaties, waardoor er geen ruimte is voor nuances op sociaal en cultureel vlak. Zo spreekt hij nergens van de sociaal-politieke context waarin technologie de menselijke ervaring bemiddelt. Ook het economische systeem waarin marktwerking voor een groot deel bepaalt welke technologische ontwikkelingen worden uitgewerkt, komt in het werk van Verbeek niet aan bod. De Koreaanse techniekfilosoof Wha-Chul Son (2008) zegt hierover het volgende:

“By concentrating on the ethical conduct of individual engineers in particular circumstances, one can lose sight of the larger context and social responsibility of the given technology or technology as a whole.”

De aandacht die Verbeek heeft voor het individuele en particuliere wordt vanuit zorgethisch perspectief gewaardeerd (Vosman & Niemeijer, 2017). Het gebrek aan aandacht voor de sociale-, culturele- en historische context is vanuit zorgethisch perspectief een tekortkoming (Klaver et al., 2014). Hier is het werk van Rosa (2016) een gewenste aanvulling, aangezien hij uitgebreid stil staat bij de sociale, culturele en economische implicaties van de technologische versnelling. Het werk van Verbeek biedt op zijn beurt aanvulling op de ethische kritiek van Rosa door hier een moreel element aan toe te voegen. Pas wanneer men zich bewust is van de door technologie beïnvloedde morele acties en besluiten, kan reflectie op goede zorg met technologie starten.

Ike Kamphof houdt zich als universitair docente filosofie bezig met de ethiek van nieuwe technologieën, met name op het gebied van zorg. Volgens haar zijn de extreme houdingen ten opzichte van technologische ontwikkelingen, die in de sociale- en techniekfilosofie door onder andere Verbeek (2014) en Rosa (2016) worden afgewezen, in het maatschappelijke debat nog springlevend. Waar de ene partij technologie als noodzakelijk antwoord op de financiële uitdaging van de gezondheidszorg met een vergrijzende samenleving ziet, vreest de andere partij voor verschraling van zorg door de inzet van zorgtechnologie (Kamphof, 2014, p.412). Volgens Pols (2012) is dit de wijten aan het speculatieve karakter van het maatschappelijke debat. Volgens haar weten we helemaal nog niet hoe zorgtechnologie écht werkt, in de praktijk en als resultaat van die praktijk (Pols, 2012, p.15).

Leget et al. (2019) benadrukken het belang van een dialectische relatie tussen theoretische reflectie en empirisch onderzoek om de theorie te blijven vernieuwen met inzichten uit de directe praktijk. In het kader van dit onderzoek kan de bemiddelende rol van zorgtechnologie pas goed worden begrepen vanuit de relatie met kwetsbare ouderen en diens omgeving, zoals mantelzorgers en zorgmedewerkers. Wanneer men gaat onderzoeken hoe technologische bemiddeling helpt bij het construeren van een zorgpraktijk, is fenomenologie volgens Verbeek (2011, p.16) bij uitstek de methode om de morele relevantie van technologie te achterhalen. In hoofdstuk 3 wordt nader toegelicht op welke manier gebruik is gemaakt van een fenomenologische onderzoeksmethode.

2.2 Sensitizing concepts

Het onderscheidende van *sensitizing concepts* is dat ze richting geven om op een bepaalde manier te kijken. Ze schrijven niet voor hoe je het moet zien, zoals definitieve concepten doen (Bowen, 2006). De *sensitizing concepts* helpen tijdens het analyseproces te zien wat normaal gesproken niet gezien wordt. Binnen dit onderzoek zijn de *sensitizing concepts* voortgekomen uit de conceptuele verkenning, te weten: ‘macht en positie van zorgverleners en cliënten’, ‘zorgrelaties’, ‘laat-moderniteit’, ‘kwetsbaarheid’, ‘afhankelijkheid’, ‘technologische versnelling’ en ‘technologische bemiddeling’.

2.3 Deelconclusie

Rosa beschrijft dat technologische versnelling veroorzaakt wordt door concurrentie en cultuur. De inzet van technologie is een eenvoudige manier om kosten te besparen en concurrentievoordeel te behalen in het huidige kapitalistische systeem van de markt, zo ook in de thuiszorg. De belangrijkste ethische zorg die deze versnelling met zich meebrengt is het risico op vervreemding. Vervreemding houdt een relatiemodus in waarbij het zelf en de wereld tegenover elkaar staan, zonder innerlijke verbinding. Deze vervreemding ondergraaft volgens Rosa het vermogen om tot essentiële technologische innovaties te komen. Een alternatief voor de onvruchtbare vervreemdingsrelatie is resonantie. Dit is een relatievorm waarbij het zelf en de wereld antwoordend tegenover elkaar staan. Om tot resonantie te komen is het volgens Rosa van belang dat men zich openstelt voor het 'andere' in de wereld en zich hierdoor te laten raken. Wat ervoor nodig is om je daadwerkelijk open te stellen voor het andere, in dit geval technologie, wordt niet concreet uitgewerkt.

Verbeek besteedt in zijn werk eveneens aandacht aan de relatie tussen de mens en technologie. De vervreemding waar Rosa over spreekt, is volgens Verbeek echter precies die conservatieve houding waarbij technologie als bedreiging wordt gezien en die men moet zien te vermijden. Verbeek houdt een pleidooi voor technologische bestaanskunst, waarbij men uitgaat van het idee dat mens en technologie intrinsiek met elkaar verweven zijn. Verbeek sluit zich wel aan bij de open houding die Rosa aanbeveelt ten opzichte van technologische ontwikkelingen. Hij voegt hieraan toe dat de grenzen tussen de mens en technologie eerst moeten vervagen. Willen we verantwoordelijk omgaan met techniek, dan moet de verwevenheid tussen mens, ethiek en techniek eerst erkend worden. Ethiek en techniekfilosofie zijn niet langer grenswachters voor technologische ontwikkelingen, maar richten zich op de kwaliteit van leven met die technologie.

Voorgaande inzichten zijn van toegevoegde waarde voor de zorgethiek door te onderzoeken wat de bemiddelende rol van technologie en de vervreemdingservaring betekent voor (het denken over) goede zorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen. De zorgethiek biedt op haar beurt ruimte voor de reflectie op goede zorg met technologie door de aandacht te schenken aan thema's als contextualiteit, relationaliteit, macht en positie, kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven van deze masterthesis. Ook wordt de onderzoekseenheid en de manier van dataverzameling en -analyse nader toegelicht.

Tenslotte worden de ethische overwegingen uiteengezet.

3.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek is zorgethisch van aard, het bestaat uit zowel conceptueel als empirisch onderzoek, twee vormen die elkaar in dialoog verrijken. De kritische inzichten uit de literatuurstudie worden bevraagd en verrijkt door empirisch onderzoek en vice versa (Leget, Borry & De Vries, 2009 ; Leget et al., 2019). Binnen de zorgethiek wordt aandacht besteed aan de perspectieven van alle betrokkenen. Het belangrijkste argument voor deze manier van onderzoek is dat morele opvattingen sociaal en cultureel ingebed zijn (Vosman & Niemeijer, 2017). De verschillende perspectieven binnen dit onderzoek zijn die van kwetsbare ouderen, mantelzorgers, verpleegkundigen en managers.

3.2 Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor een fenomenologische onderzoeksmethode. Fenomenologisch onderzoek beschrijft de gezamenlijke betekenis van de geleefde ervaring door verschillende individuen met betrekking tot een concept of fenomeen (Creswell, 2013). In dit onderzoek werd data verzameld van kwetsbare ouderen die ervaren hoe het is om thuis te wonen en zorg te krijgen met behulp van zorgtechnologie. Ook werd onderzocht hoe mantelzorgers van deze kwetsbare ouderen de inzet van zorgtechnologie ervaren. Uiteindelijk werd een beschrijving van de essentie van de ervaring beschreven. Tevens werd middels een institutioneel etnografische onderzoeksmethode de organisatiecultuur ten opzichte van zorgtechnologie in de thuiszorg in kaart gebracht.

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Het onderzoek vond plaats in de regio Midden-Brabant, bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie. De onderzoekseenheid bestond uit vijf kwetsbare ouderen en twee mantelzorgers voor het fenomenologische gedeelte. In eerste instantie zouden de mantelzorgers betrokken worden bij de focusgroep, maar wegens logistieke problemen bleek dit niet mogelijk.

Vanwege de toegevoegde waarde van het perspectief van de mantelzorgers is daarom besloten

om hen apart te interviewen en te betrekken bij het fenomenologische gedeelte. Daarnaast werden twee managers en drie verpleegkundigen onderzocht voor het etnografische gedeelte. Op deze manier was er aandacht voor de perspectieven en ervaringen van verschillende betrokken partijen, zodat een contextueel en relationeel beeld van de werkelijkheid kon worden gecreëerd met betrekking tot zorgtechnologie in de thuiszorg.

3.4 Dataverzameling

Binnen dit onderzoek werd allereerst een literatuurstudie gedaan waarin de inzichten van Rosa en Verbeek werden betrokken om na te gaan wat deze betekenen voor het denken over goede zorg met zorgtechnologie vanuit zorgethisch perspectief. Om inzicht te krijgen in de ervaringen van kwetsbare ouderen, zijn vijf semi-gestructureerde interviews afgenomen. Dit betreft een vorm van interviewen, waarbij geen volledig vooraf vastgestelde structuur aanwezig is (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009). Daarnaast werden de ervaringen van twee mantelzorgers in kaart gebracht middels semi-gestructureerde interviews. Tenslotte heeft er een focusgroep plaatsgevonden met twee managers en drie verpleegkundigen. Tijdens de interviews en de focusgroep werd gebruik gemaakt van een topiclijst, welke thema's uit de probleemstelling en de literatuurstudie bevat.

3.5 Data-analyse

De semigestructureerde interviews en de focusgroep zijn allereerst getranscribeerd. Voor de fenomenologische analyse werd binnen de transcripten van de interviews met de cliënten en mantelzorgers gezocht naar belangrijke uitspraken die hielpen hun ervaringen te begrijpen. Vervolgens werden clusters gemaakt van deze uitspraken in de vorm van thema's om te komen tot een tekstuele beschrijving van wat de participanten hebben ervaren (Creswell, 2013, p. 207, figuur 8.5). De context en setting die mogelijk invloed hebben gehad op de ervaringen van de participanten werden tevens in beeld gebracht. Op het transcript van de focusgroep werd een institutioneel etnografische analyse toegepast, om de heersende organisatiecultuur rondom technologie in de thuiszorg in kaart te brengen.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van een Grounded Theory benadering waarbij meerdere stadia werden doorlopen (Charmaz & Belgrave, 2007). Allereerst zijn door middel van open codering de relevante fragmenten gelabeld. De gekozen codenamen zijn dicht bij het taalgebruik van de respondenten gebleven. Vervolgens zijn de verschillende codes middels

axiale codering gesplitst, samengesteld en werden enkele nieuwe codes gevormd om zo tot een meer valide en uniforme codering te komen (Boeije, 2008). Tenslotte is selectief gecodeerd om tot onderlinge relaties en conclusies voor de beschrijving te komen. Het analyseprogramma Atlas.ti werd gebruikt om de data op ordelijke wijze te kunnen coderen en makkelijker verbanden te kunnen leggen tussen de verschillende codes. Tijdens het coderen werd steeds een diepere en abstractere betekenis gezocht achter de verkregen data.

3.6 Ethische overwegingen

Er is een datamanagementplan opgesteld (bijlage 6), waarin wordt toegelicht hoe is voldaan aan het datamanagementbeleid van de UvH. Uitnodigingen voor de interviews en de focusgroep zijn telefonisch en per mail gedaan. Alle deelnemers hebben een toelichtingsbrief (bijlage 2) ontvangen waarin de aanleiding, het doel en de aard van het onderzoek werd beschreven. Op deze brief stonden contactgegevens van de onderzoeker, zodat eventuele vragen voorafgaand aan het onderzoek konden worden gesteld. In de uitnodiging en de toelichtingsbrief werd duidelijk vermeld dat deelname aan het onderzoek niet verplicht was en dat men zich te allen tijde terug kon trekken uit het onderzoek.

De audiobestanden werden binnen twee dagen na de interviews getranscribeerd en opgeslagen op een daarvoor bestemde en beveiligde netwerkschijf. Alle betrokkenen zijn bij de verwerking van de data geanonimiseerd en de gegevens zijn dusdanig verwerkt dat deze niet herleidbaar zijn. Tenslotte werd middels een aparte brief (bijlage 3) *informed consent*, oftewel een bewuste bereidheidsverklaring om deel te nemen aan het onderzoek verkregen (Creswell, 2013).

4. Resultaten empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt een overzicht van de empirische resultaten gepresenteerd. In het eerste gedeelte wordt antwoord gegeven op de deelvraag: ‘Wat is de geleefde ervaring van kwetsbare ouderen en mantelzorgers ten aanzien van zorgtechnologie in de thuissituatie?’ In het tweede gedeelte wordt antwoord gegeven op de deelvraag: ‘Welke organisatorische invloeden zijn er te ontwaren rondom zorgtechnologie in de thuissituatie?’ Aan het einde van het hoofdstuk worden deze twee deelvragen met elkaar verbonden.

4.1 Resultaten van de interviews

De essentie van de geleefde ervaring van kwetsbare ouderen en mantelzorgers ten aanzien van zorgtechnologie in de thuissituatie bestaat uit verschillende bestanddelen. De essentie kan als volgt worden beschreven: ‘Zorgtechnologie draagt vanwege het ontzorgende karakter en de vermindering van angst voor incidenten bij aan de wens van kwetsbare ouderen (en mantelzorgers) om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en zoveel mogelijk zelf te blijven doen. Er wordt een beperkte afstemming ervaren tijdens de besluitvorming en cliënten lijken onzeker over technische storingen en het kunnen omgaan met technologie’ (Figuur 1).



Figuur 1. Bestanddelen van de geleefde ervaring

Per bestanddeel van de essentie zullen de ervaringen van de cliënten (C) en mantelzorgers (M) nader worden toegelicht en onderbouwd met uitspraken uit de interviews.

Behoud van woonsituatie

Uit de resultaten blijkt het niet enkel een wens van de overheid te zijn om ouderen steeds langer thuis te laten wonen. Alle respondenten benadrukten het belang van het behoud van hun eigen woonsituatie. Een mantelzorger legde uit dat het de wens van haar moeder was om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ondanks dat er argumenten waren om voor een intramurale woonplaats te kiezen.

“Het was een heel optimistisch mens, als ze half kon dan deed ze heel. Gevaarlijke situaties, maar het was haar ding. Ze was erg valgevaarlijk, daarbij had ze dus harten longklachten, ze was diabeet. Weet je, het was eigenlijk een vrouw die in een verpleeghuis thuis hoorde, maar door haar wilskracht en de mantelzorg kon zij zo thuis blijven wonen.” (M2)

Een honderdjarige cliënt geeft aan waarom verhuizen naar een verzorgings- of verpleeghuis voor hem geen optie is.

“Ja ik moet er niet aan denken dat ik ergens op zo 'n kamertje zit hoor, potverdomme. Je hebt hier ook zo 'n huis met kamers waar die ouderen op zitten, maar dat vind ik helemaal niks nee.” (C2)

Een andere cliënt vertelt dat haar partner haar gemotiveerd heeft om na zijn overlijden thuis te blijven wonen.

“Mijn man is al tweeëntwintig jaar geleden overleden, dus dat is al lang. En hij zei altijd tegen mij van: blijven zitten daar, gewoon blijven zitten.” (C3)

Om de wens om thuis te blijven wonen te kunnen bewerkstelligen is de ondersteuning van mantelzorgers van groot belang. Dit werd door een cliënt bevestigd.

“Je moet mensen hebben die als een vangnet om je heen kunnen staan en eventueel aanwijzingen kunnen geven, of bijstaan als het nodig is.” (C1)

Dat deze ondersteuning niet beperkt blijft tot het uitvoeren van zorgtaken, blijkt wanneer een mantelzorger vertelt over het beschikbaar stellen van haar woning om haar moeder thuis te kunnen laten wonen.

“Mijn moeder woonde bij mij in de woning, wij hadden een verbouwde boerderij, een kangoeroe woning.” (M2)

De wens op de eigen woning te kunnen behouden kan niet altijd in vervulling worden gebracht. Zo vertelde een echtpaar dat pas verhuisd is naar een aanleunwoning, wegens fysieke achteruitgang het volgende:

“Nee we zeiden altijd we verhuizen niet meer. Maar ja, in zo ’n geval als het niet meer gaat dan moet je wel verhuizen he. Daar hebben we geen spijt van, we zitten hier heel goed.” (C4)

De inzet van zorgtechnologie speelt een belangrijke ondersteunende rol bij het behouden van de woonsituatie, zoals gewenst door de cliënten en mantelzorgers. Zo vertelt een mantelzorger over de inzet van bewegingssensoren.

“Daardoor kon ze ook vrij zelfstandig blijven leven, want er was altijd controle als ze gevallen was. (...) als er iets gebeurt worden wij gebeld of als ze valt, dan kan ze nooit langer liggen dan zoveel tijd.” (M2)

De angst voor incidenten met nadelige gevolgen blijkt niet alleen bij deze mantelzorger te spelen. Dit wordt hierna verder toegelicht.

Angst voor incidenten

Het verminderen van angst voor incidenten blijkt voor zowel cliënten als mantelzorgers een belangrijke aanleiding te zijn voor de inzet van zorgtechnologie in de thuissituatie. Zo vertelt een mantelzorger over de angst voor valincidenten en de mogelijke gevolgen.

“Ja eigenlijk precies waar het ooit, waar we het ooit voor begonnen zijn is dat wij niet willen dat zij ergens op de grond ligt en dan de dag erna gevonden wordt. (...) Ze is toch een alleenstaande oudere.” (M1)

De inzet van zorgtechnologie om de angst voor incidenten te verminderen blijkt vrijwel altijd naar aanleiding van een eerder voorval of incident te zijn. Een cliënt vertelde over het gebruik van een belcamera en automatische deuropening.

“Ik wilde ook niet meer, want eerst had ik die loopdeur altijd open. Maar ik zat constant te denken hoor ik nou iets? Hoor ik niks? Ja ik vertrouwde het niet he, dus dan ga je naar die deur toe. Maar dat was niet om te doen.” (C1)

Een andere cliënt met de Medido als elektronische medicijndispenser vertelt dat het vergeten om medicatie in te nemen de aanleiding was voor de inzet van de technologie.

“Ik heb heel veel medicijnen. Eerst hield mijn vrouw dat dus bij, maar in de tijd dat zij uitviel ben ik dat gaan doen. Maar het was nog wel eens een keer dat ik dat vergat en dat was niet goed natuurlijk he.” (C5)

Een cliënt heeft regelmatig last van valincidenten waarbij ze ineens wegvalt. Hier is een alarmeringssysteem voor in huis gekomen.

“Bijvoorbeeld toen ik gevallen was, toen hadden we het alarm nog niet. Toen zeiden ze je moet zo 'n alarm hebben.” (C4)

Een mantelzorger vertelde dat eerdere valincidenten van haar moeder tijdens het bereiden van de maaltijd een aanleiding zijn geweest om sensoren van Sensara juist op deze handelingen af te stemmen. Op deze manier was er zicht op afwijkend gedrag rondom de voedselbereiding.

“Dan ging ze lopen naar de koelkast en met één hand en de rollator en kopjes thee (...) Ze is ook verschillende keren gevallen op die momenten, dat is ook de reden waarom we die momenten ook hadden afgewogen.” (M2)

De zorgtechnologie werkt voor alle respondenten dus geruststellend en ter preventie van (nieuwe) incidenten.

Het zelf willen doen

De cliënten die mede door ondersteuning van zorgtechnologie thuis kunnen blijven wonen, hechten veel waarde aan hun vermogen om zoveel mogelijk zelf te blijven doen.

“Nou, ik kan goed voor m'n eigen zorgen, ja. Maar ik ben wel honderd, hoeveel mensen van honderd zijn er die nog kunnen zorgen voor d'r eigen?” (C2)

De andere cliënten benadrukken tevens wat ze nog zelf kunnen.

“Ik kan eigenlijk nog alles zelf, ook autorijden eigenlijk en fietsen.” (C3)

“Ik kan mezelf nog goed douchen en zo lang ik het zelf nog goed kan, doe ik het zelf.” (C4)

Een mantelzorger vertelt dat zorgtechnologie een stuk structuur terug kan geven aan thuiswonende kwetsbare ouderen, waardoor ze minder bemoeienis van buitenaf nodig hebben en meer zelf kunnen blijven doen.

“Ik denk dat dat gewoon echt heel veel winst kan zijn, om structuur in je leven te hebben en dat niet heel de wereld zich met jou bemoeit.” (M2)

Dat deze mantelzorger een juiste inschatting maakt van de toegevoegde waarde van zorgtechnologie bij het beperken van de afhankelijkheid van kwetsbare ouderen, wordt door de cliënten bevestigd. Zo omschrijft een cliënt die gebruik maakt van de Medido als elektronische medicijn dispenser het volgende:

“Als je de Medido niet hebt, dan moet je iemand hebben die komt zeggen dat je de pillen in moet nemen.” (C2)

Een andere cliënt met de Medido vertelt hierover het volgende.

“Wij zijn altijd zelfstandig geweest, wij hadden niemand nodig. Wij zijn het niet gewend om iets aan anderen te vragen. Ja zo 'n Medido is een geruststelling he. Morgenvroeg om acht uur komen ze die nieuwe rol er in zetten, ze blijven niet lang maar dat geeft niet.” (C5)

De inzet van zorgtechnologie gaat nooit helemaal zonder bemoeienis van buitenaf. Professionals en mantelzorgers zijn vrijwel altijd betrokken bij het gebruik van de technologie. Uit de interviews bleek dat de mantelzorgers de privacy schending door de inzet van toezichthoudende zorgtechnologie niet noemenswaardig vinden. Ze legden uit dat ze er wel degelijk over na hebben gedacht.

“Want dat hebben wij natuurlijk ook overwogen als kinderen he, met privacy en is dat dan fijn, maar hij registreert alleen beweging he, dus ja. (...) Dus hoeveel schending van privacy is dat?”(M1)

Een van de mantelzorgers legt uit dat het van belang is om zelf goed na de blijven denken bij toezichthoudende zorgtechnologie zoals de Sensara. Men moet volgens haar niet onnodig gaan controleren.

“... En ik kon ook kijken, maar je moet je eigen gezonde verstand ook gebruiken. Ik ging dat ding niet als ik eenmaal geluiden hoorde van wie zit er bij ons thuis binnen? Dan denk ik dat zou ik normaal ook niet doen.” (M2)

Een cliënt met bewegingssensoren en camera's van Sensara in huis geeft haar perspectief op privacy met technologie. De toezichthoudende technologie beperkt haar niet in haar dagelijks leven.

“Ik heb gezegd tegen de kinderen moet je eens goed luisteren ik heb geen geheimen dus je kunt gewoon alles neerzetten wat je maar wilt. Dus dat is wat dat betreft helemaal geen punt, ik doe toch wat ik zelf wil.”(C3)

Een cliënt met de Medido vertelt over de alarmering die bij de thuiszorg komt wanneer hij zijn medicatie niet op tijd uit het apparaat haalt en wat dit voor zijn gevoel van privacy betekent.

“Nee, als je zo oud bent als wij dan heb je geen geheimen meer. Sommigen hebben dat wel ja, maar mij kan het niet veel schelen. Ik denk ja, het hoort er allemaal bij.” (C5)

De mogelijkheid die zorgtechnologie biedt om zoveel mogelijk zelf te blijven doen blijkt dan ook zwaarder te wegen dan de gevolgen die het heeft op het gebied van privacy.

Technologie ontzorgt

Zorgtechnologie blijkt voor alle cliënten en mantelzorgers binnen dit onderzoek een ontzorgend effect te hebben. Door de inzet van zorgtechnologie zijn er minder zorgmomenten nodig en daarnaast maken cliënten en mantelzorgers zich minder zorgen om mogelijke incidenten. Een cliënt met de Medido geeft aan dat het zorgen scheelt om niet zelf aan de medicatie te hoeven denken.

“Maar de Medido geeft een sein, dus ik hoef me er niet druk over te maken. Dan en dan, dat scheelt zorgen.” (C2)

Een cliënt waarbij de bewegingssensoren van Sensara worden ingezet, zodat mantelzorgers een seintje krijgen bij afwijkende signalering, maakt zich dankzij de technologie minder zorgen om de opvolging van incidenten.

“... Ik weet dat ze me in de gaten houden en dat vind ik prettig, omdat ik dan weet dat als er iets is dat er ook iets gebeurt snap je.” (C3)

Een andere cliënt legt uit dat het gebruik van zorgtechnologie ervoor zorgt dat er letterlijk minder zorg nodig is van verschillende professionals. Dit is voor haar een positief gevolg.

“Van de week heb ik heel veel mensen om me heen gehad en nog zo 'n mevrouw van de thuiszorg. Dat vind ik onrustig.” (C3)

Voor mantelzorgers blijkt het krijgen van inzicht in het ziekteproces van hun naasten door middel van zorgtechnologie een afname van letterlijke en figuurlijke zorgen te bewerkstelligen.

“Ja, het is echt ontzorgen, want we krijgen een heel goed beeld van, uhm ja eigenlijk van de ontwikkelingen zeg maar ten aanzien van de ziekte.” (M1)

“Dus ja, ik ben wel een fan van technologie, zeker omdat het me als mantelzorger heel veel rust gaf, (...) dat je niet continu zelf hoeft te gaan kijken.” (M2)

Het wegnemen van zorg en ondersteuning door middel van zorgtechnologie, geeft mantelzorgers de ruimte om de tijd met hun naasten anders in te delen.

“Het geeft meer rust, dus je kunt ook zeggen van nou moeder ik ga lekker op mijn gemak krulletjes zetten en koffie drinken. Dat is beter dan vijf keer op een dag snel: alles goed?” (M2)

Technologische beperkingen

Naast het ontzorgende effect voor cliënten en mantelzorgers bij het gebruik van zorgtechnologie, brengen de technologische beperkingen op hun beurt nieuwe zorgen met zich mee. Met name de mate waarin men afhankelijk is van het functioneren van de apparatuur blijkt voor enkele respondenten een zorg te zijn.

“Ik vertrouw het helemaal niet. En als de elektriciteit uitvalt, dan is het ook helemaal.. dan kun je niks he, dan kan ik mijn bed nog niet eens verzetten.” (C1)

“Nu word je gewaarschuwd door de Medido, maar als die het niet doet dan blijven ze gewoon zitten. Ik krijg van niemand te horen dit medicijn moet je nu nemen en dat medicijn moet je dan nemen.” (C2)

Mantelzorgers worden naar aanleiding van storingen bij de zorgtechnologie regelmatig onterecht ingeschakeld.

“... Hij ving ook niet altijd het signaal goed op en dan kreeg ik melding dat er een storing was terwijl er niks aan de hand was. (...) maar ik moest wel van mijn werk weg en ik moest wel collega's gaan bellen.” (M2)

Het omgekeerde blijkt ook voor te komen. Een mantelzorger vertelde over het falen van zorgtechnologie tijdens de laatste levensfase van haar moeder.

“Uhm, we hadden ook een alarm op bed liggen, voor hart en longbewaking. Dus mocht ze onverwachts sterven, dat wij een melding zouden krijgen (...) maar er is gewoon niks gebeurd.(...) achteraf was ik wel heel teleurgesteld.” (M2)

Naast de mogelijke storingen lijkt zorgtechnologie uit te gaan van de ideale gebruiker en omstandigheden. Wanneer er geen sprake is van een ideale situatie, komen er storingen of vals positieve meldingen uit voort. Over de Medido vertelt een cliënt het volgende:

“Ja het zijn van die zakjes. (...) Hij maakt er een snipje in, maar als dat niet precies op zijn plek zit, dat zijn dan de problemen die je er mee hebt. Met het apparaat, je duwt ze er wel in, maar het minste dat het verkeerd zit dan komen ze er niet uit en dan begint hij te bellen.” (C5)

De toezichthoudende sensoren van Sensara zijn afgestemd op een cliënt die binnen verblijft.

“Het nadeel van die app is, hij werkt alleen binnenshuis, dus als zij naar buiten gaat...” (M1)

Tevens staat hetgeen dat de sensoren registreren niet altijd gelijk aan de handeling die hiermee geassocieerd wordt. De sensoren van Sensara geven inzicht in het eetpatroon door aan te geven hoe vaak de besteklade open en dicht wordt gedaan.

“...maar als zij koffie drinkt en ze pakt een koffielepeltje, dat is ook al de besteklade dus dat is wel een beetje...uhm een beetje vaag zeg maar.” (M1)

Een cliënt met een belcamera en automatische deuropening vertelt over problemen met de internetverbinding, waardoor de technologie regelmatig niet (goed) werkt.

“Toen heb ik eerst een ding gehad, dat dat niet met een lijn, maar via de lucht was. Maar dan werkte het hier niet, dan werkte het in de kamer niet, dan werkte de deur openen niet.” (C1)

De technologische beperkingen hebben dus wel degelijk invloed op de manier waarop ouderen en hun mantelzorgers het gebruik van zorgtechnologie ervaren.

Kunnen omgaan met technologie

Verwachtingen omtrent het vermogen van kwetsbare ouderen om goed om te kunnen gaan met technologie, blijken niet altijd kloppend te zijn. Zo vertelt een mantelzorger over haar verwachting met betrekking tot het gebruik van de elektronische medicijn dispenser Medido door haar moeder.

“Ik had eigenlijk verwacht dat zij op die piep niet zou reageren zeg maar, die van de Medido, maar wonder boven wonder is dat dus eigenlijk heel goed gelukt he.” (M1)

Om die goede omgang te kunnen borgen is het met name bij kwetsbare ouderen met dementiële klachten van belang om zorgtechnologie tijdig te introduceren.

“De monitoren hebben we aangevraagd toen mijn vader ziek werd, om al in die overgang te gaan (...) gewoon vooraf kijken, want bij licht dementerenden kun je best nog iets aanleren.” (M2)

Voor deze tijdige introductie is het volgens mantelzorgers van belang om ervaringen en kennis omtrent zorgtechnologie uit te wisselen. Ze zijn van mening dat er nog te weinig bekend is over zorgtechnologie en de effecten ervan.

“Ik denk dat het belangrijk is om door mantelzorgers zelf te laten uitdragen hoeveel rust het heeft opgeleverd.” (M2)

Dit werd door een andere mantelzorger bevestigd.

“Mijn moeder maakt gebruik van de Sensara, en ik moet zeggen dat ik daar echt zo tevreden over ben dat ik het belangrijk vind dat andere mensen het leren kennen, want het is eigenlijk geheel onbekend zeg maar.” (M1)

Tegelijkertijd lijken cliënten zelf onzeker of zelfs onverschillig te zijn ten opzichte van nieuwe vormen van (zorg)technologie.

“Wat ik nodig heb, heb ik en de rest interesseert me niet. Ik ga geen technologie meer proberen, ook niet iets uitproberen.” (C3)

“Dat gaat allemaal automatisch, ja ik snap er niks van hoe het kan hoor, maar dat hoeft ook niet.” (C5)

Het gebrek aan vertrouwen of interesse in (nieuwe vormen van) zorgtechnologie heeft mogelijk te maken met de manier waarop de cliënten betrokken worden bij het besluitvormingsproces.

Beperkte afstemming tijdens de besluitvorming

Uit de interviews bleek de zeer beperkte afstemming van de zorgtechnologie op cliënten. Een cliënt vertelt dat het tempo waarin de ontwikkelingen worden geïmplementeerd te hoog ligt en dat er een te grote afstand is tot de gebruikers.

“Het gaat voor mij veel te snel en over de mensen heen vind ik.” (C1)

De ervaring van cliënten is dat zij niet of nauwelijks betrokken worden bij de besluitvorming omtrent zorgtechnologie. Een cliënt waar de Medido wordt gebruikt als elektronische medicijndispenser vertelt:

“Ja Thebe heeft het aangedragen, ze hebben niks gevraagd van wilt u die krijgen, nee het komt hier. (...) Ja ze hebben niet gevraagd van wel nemen of niet nemen, nee.” (C2)

Een andere cliënt waar bewegingssensoren en camera's van Sensara zijn geplaatst zegt hierover:

“Dat hebben ze gewoon neergezet, de kinderen hebben daar voor gezorgd he.” (C3)

Wanneer de technologie eenmaal is geïntroduceerd blijkt afstemming op cliënten wel mogelijk te zijn. Een cliënt met de Medido vertelt dat er na overleg van de standaardtijden van medicatie uitgifte kon worden afgeweken.

“Het moest eigenlijk om acht uur, maar ik heb gevraagd of het om negen uur kon, anders moest ik zo vroeg op. Maar dan kon gewoon allemaal.” (C5)

Een mantelzorger vertelde vanuit haar perspectief als dochter van een dementerende moeder de reden van de beperkte afstemming.

“Want zij heeft mijn god niet, zij weet, wij hebben haar nooit verteld wat de app kan, nooit.(...) Ja dat vertel ik wel, maar dan vraagt ze drie minuten daarna van waarom ligt dat ding hier ook al weer? Dat heeft geen enkele zin” (M1)

4.2 Resultaten van de focusgroep

De organisatiecultuur rondom zorgtechnologie wordt beïnvloed door verschillende factoren op maatschappelijk (macro), organisatorisch (meso) en cliënniveau (micro). De dubbele vergrijzing en de daarbij behorende uitbreiding van zorgvragen spelen een grote rol bij het enthousiasme van professionals om zorgtechnologie in de thuissituatie in te zetten. Vanwege het ontzorgende karakter van zorgtechnologie kunnen meer cliënten van thuiszorg worden voorzien, waardoor ze vaak hun eigen woonsituatie kunnen behouden. Er blijken een aantal organisatorische invloeden in de weg te staan voor een bredere inzet van zorgtechnologie in de thuissituatie. Zo moet er te allen tijde een kosten en baten analyse worden gemaakt en bestaat er angst voor incidenten bij de inzet van zorgtechnologie op grote schaal. Als het aan de respondenten ligt zou het tempo waarin zorgtechnologie in de thuissituatie wordt ingezet vele malen hoger mogen. Zorgtechnologie zou volgens hen zelfs een onderdeel van de standaard dienstverlening moeten zijn. In deze paragraaf worden de verbale uitingen van institutionele sturing met betrekking tot zorgtechnologie beschreven met behulp van uitspraken van verpleegkundigen (V) en leidinggevenden (L) uit de focusgroep. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende thema's: behoud van de woonsituatie, technologie ontzorgt, kunnen omgaan met technologie, kosten en baten, zorgtechnologie als standaard dienstverlening en angst voor incidenten (Figuur 2).



Figuur 2. Organisationscultuur omtrent zorgtechnologie

Behoud van woonsituatie

Binnen de organisatie wordt een groot belang gehecht aan de mogelijkheid van cliënten om hun woonsituatie te behouden. Zorgtechnologie blijkt hier niet alleen een ondersteunende rol bij te spelen, maar in sommige gevallen zelfs een voorwaarde te zijn om de woonsituatie te kunnen behouden. Zo vertelt een verpleegkundige dat er bij een cliënt gebruik werd gemaakt van cameratoezicht. Dit was voor de betreffende cliënt een voorwaarde om thuis te blijven wonen.

“De situatie waar ik het had was een alleenstaande mevrouw die heel angstig was en die zwaaide ’s avonds naar de camera van ik ga nu slapen. Die was daardoor zo rustig dat ze thuis kon blijven wonen. Later is ze moeten verhuizen naar een aanleunwoning, omdat die technologie wegviel.” (V1)

Ondanks de maatschappelijke verschuiving waarbij steeds minder ouderen in intramurale woonvoorzieningen terecht komen en steeds meer mensen thuis blijven wonen, blijken bepaalde technologische ontwikkelingen wel intramuraal te worden ingezet, maar niet of nauwelijks in de thuissituatie.

“Ja nou goed, als ik naar de huidige tijd kijk wat betreft de robots. Ja op de afdelingen worden ze wel ingezet, maar in de thuiszorg ben ik ze nog steeds niet tegen gekomen.” (V3)

Technologie ontzorgt

Het is volgens de verpleegkundigen belangrijk om de beschikbare tijd zo efficiënt mogelijk in te delen, om zoveel mogelijk cliënten goed te kunnen helpen. Zorgtechnologie kan ondersteunend werken bij de zorgverlening en het kan letterlijk en figuurlijk leiden tot ‘ontzorgen’.

“Dus je bevordert én de zelfstandigheid van klanten, de zelfredzaamheid en je hebt minder zorgmomenten.” (V1)

Een andere verpleegkundige licht dit nader toe.

“Ja weet je, wij kunnen onze tijd ook maar een keer indelen. Dus als ik bij de ene cliënt niet drie keer voor medicijnen hoeft te komen, dan kan ik dat half uur of drie

kwartier besteden bij een andere cliënt voor iets wat niet overgenomen kan worden door zorgtechnologie.” (V2)

Voorbeelden waar men in de praktijk regelmatig mee te maken krijgt zijn zorgvragen die in de ogen van zowel de verpleegkundigen als de leidinggevendenden overgenomen zouden kunnen worden door zorgtechnologie.

“Nou, wij krijgen nog steeds heel vaak de vraag voor een inloophmoment of een controlemoment (...) en dan denk ik ja, dat is eigenlijk niet ons doel.” (V2)

Een leidinggevende deelt het idee van het overnemen van bepaalde zorgtaken door zorgtechnologie, om op die manier tijd vrij te maken voor andersoortige werkzaamheden.

“Want volgens mij hebben we niet het probleem dat er niet genoeg werk is, dus dat betekent dat je eigenlijk andere types van werk dat je mogelijk een verschuiving in werk gaat krijgen.” (L2)

Dit leidt tot enthousiasme bij verpleegkundigen om te gaan werken met nieuwe vormen van zorgtechnologie.

“Ja want nu zijn we dan bezig met digitaal aftekenen (...) ik heb er wel heel veel zin in, want ik denk dat het veel tijd op gaat opleveren en papier gaat opleveren.” (V1)

Angst voor incidenten

Een gedachte die enkel door de leidinggevendenden werd uitgesproken is de angst voor incidenten door het gebruik van zorgtechnologie in de thuissituatie bij kwetsbare ouderen.

“Daar zie ik nog wel eens een risico in, want stel dat zo’n bedrijf iets ontwikkelt en het zou niet voldoende werken of juist verkeerd beeld geven, ja dan heb je daar wel een risico op gezondheid in he. Die vind ik nog wel eens link.” (L1)

Voor één van de leidinggevendenden ligt name het dragen van de verantwoordelijkheid voor incidenten hier aan ten grondslag.

“Het gaat me niet zozeer om dat je risico loopt, maar wel wie draagt het risico. Daar zit het wel denk ik voor mij.” (L1)

Een andere leidinggevende legt zijn visie op de risicoafweging uit. Volgens hem gaat het er vooral om dat je met elkaar in gesprek blijft over de mogelijke risico's. Alleen op die manier kun je volgens hem een gedegen risico afweging maken.

“We hebben sommige locaties waarbij we de boel niet afsluiten, waarbij we ook beginnend dementerenden hebben die dus gewoon weg kunnen lopen. Dat is een risico dat je bespreekt met de cliënt en mantelzorg (...) Er zijn toch best veel mensen die zeggen van we vinden dat een klein risico, maar het voordeel dat er tegenover staat dat vinden we belangrijker.” (L2)

Daarnaast is het volgens hem van belang om te beseffen dat zorgen nooit vrij is van incidenten, ook niet door de inzet van zorgtechnologie.

“Zelfs als het niet altijd helemaal accuraat is, helpt het dan nog steeds voldoende zeg maar he, wetende dat het niet altijd honderd procent klopt zeg maar, ja dat is volgens mij een risicoafweging die je dan moet maken.” (L2)

Een van de verpleegkundigen draait dit zelfs om en benadrukt dat de menselijke maat ook niet altijd tot betrouwbare informatie leidt. Zo ook bij het beoordelen van wonden.

“Iedereen ziet het weer anders, hoe groot is een wond, ja de ene meet zo en de ander weer zo. De ene vindt het vuurrood, de ander vindt het rood en weer een ander vindt het blauw.” (V2)

Kosten en baten

Tijdens de focusgroep werd door de leidinggevenden aangegeven dat geld een belemmerende factor kan zijn bij het breder inzetten van zorgtechnologie bij thuiswonende kwetsbare ouderen.

“Ja de technieken zijn er allemaal al he, het is alleen de vraag hoe gaan we het slim inzetten. En daarnaast is het de vraag van is het ook betaalbaar, want dat is natuurlijk.” (L2)

Het zijn niet enkel de kosten die mee moeten worden genomen in de overweging om bepaalde technologische ontwikkelingen al dan niet te gaan gebruiken. Het gaat er vanuit organisatorisch perspectief ook om wat het uiteindelijk oplevert.

“Ik denk dat we ons als organisatie de vraag moeten stellen: wat kunnen we er aan doen, wat kost het in de zin van tijd, financiën enzovoorts en daar dan de balans uit opmaken.” (L2)

Een van de leidinggevenden opperde het idee om de rollen om te draaien en niet aan de slag te gaan met ontwikkelingen die vanuit de zorgverzekeraars worden gefinancierd, maar zelf als organisatie de zorgverzekeraar over te halen om het te gaan vergoeden.

“Kunnen we dat volgend jaar niet gewoon vrijmaken om gewoon eens een paar teams, uhm, met allerlei hulpmiddelen aan de gang te laten gaan bijvoorbeeld he. Die we dan gewoon maar eens even zelf aanschaffen en dan van daaruit te zorgverzekeraar gaan overhalen.” (L1)

De kosten die zorgtechnologie met zich meebrengt, hebben op deze manier invloed op de organisatiecultuur. Het geeft sturing aan de beslissingen die worden gemaakt op het gebied van zorgtechnologie.

Kunnen omgaan met technologie

Volgens één van de verpleegkundigen is de kennis van collega's met betrekking tot zorgtechnologie niet altijd voldoende om cliënten en mantelzorgers te ondersteunen bij een goede omgang met technologie.

“Dat merk ik nu ook dat soms collega's, dan moet je iets promoten waarvan je zelf eigenlijk helemaal niet weet wat het is en hoe het werkt. Dan is het ook moeilijk om het te verkopen.” (V2)

Een manier om de kennis van zorgverleners met betrekking tot zorgtechnologie binnen de organisatie te vergroten, is het digitaal DNA. Dit project is opgericht, omdat Thebe als organisatie van mening is dat overleven in dit digitale tijdperk alleen mogelijk is als de organisatie tot in de haarvaten digitaal wordt. Een leidinggevende vertelt hier over.

“Ja, maar daar komt dan ook de vraag naar boven van wat hebben onze medewerkers nodig om het orgaan te omarmen he. Dat is het digitaal DNA he (...) om tussen de oren te krijgen bij iedere medewerker om anders te gaan denken, dus ook digitaal te gaan denken.” (L1)

Niet alleen de organisatie heeft invloed op de motivatie van de verpleegkundigen om zorgtechnologie in te zetten en zich te verdiepen in de mogelijkheden. Eén verpleegkundige vertelt over haar eigen enthousiasme en initiatief op dit gebied.

“Ik zoek regelmatig zelf de ontwikkelingen op. Ik vind dat zelf wel heel interessant om dat een beetje bij te houden.” (V3)

Ondanks de aandacht voor zorgtechnologie blijkt het in de praktijk lastig om alle ontwikkelingen op dit gebied bij te houden.

“Ja weet je ik hoor ook lang niet alles, ik probeer alles bij te houden, maar in zo’n grote organisatie als Thebe is dat soms toch best lastig.” (L2)

Naast de kennis en vaardigheden van de verpleegkundigen binnen de organisatie, spelen de kennis en vaardigheden van cliënten en mantelzorgers ook een belangrijke rol bij de manier waarop verpleegkundigen met zorgtechnologie in de thuissituatie omgaan.

“De onwetendheid he, ze hebben de kennis niet en er is angst.” (V3)

Een verpleegkundige geeft aan dat het met name bij dementerende mensen van belang is om zorgtechnologie tijdig te introduceren. Dit werd eerder in dit onderzoek ook door mantelzorgers betoogd.

“Ik merk ook dat als bij ons iemand inderdaad voor medicatie komt en de diagnose dementie heeft, dat wij ook best wel snel de Medido stimuleren (...) dan zeggen de kinderen van dat is nu nog niet nodig. En dan denk ik nee nu nog niet, maar misschien volgend jaar of over twee jaar wel en dan zijn mensen niet meer in staat om het aan te leren en er mee om te kunnen gaan.” (V2)

De onwetendheid van cliënten en mantelzorgers leidt vaak tot een afwijzende houding ten opzichte van zorgtechnologie.

“Vaak weten mensen ook niet waar ze ja of nee tegen zeggen he, want het is bij hun helemaal niet bekend en het is al meteen een beetje afstand en van komen jullie maar, want dat is veilig en vertrouwd.” (V2)

Een van de verpleegkundigen geeft aan dan vaak toch aan de slag te gaan met de technologie, aangezien ze uit ervaring weet dat mensen er later wel tevreden mee zijn.

“Het geeft mantelzorgers ook vaak verlichting. In eerste instantie is het onbekend maakt onbemind, maar als je er eenmaal mee werkt en ze hebben het vertrouwen dat het werkt, dan geeft het ook hun rust.” (V1)

Een andere verpleegkundige bevestigt dit.

“Dat ze het eigenlijk niet eens willen proberen, omdat ze ook niet zo goed weten wat het inhoudt (...) en uiteindelijk als ze hem eenmaal hebben, dan zeggen ze oh ja dat hadden we eigenlijk misschien wel eerder moeten doen.” (V2)

Zorgtechnologie als standaard dienstverlening

De heersende gedachte om de rol van zorgtechnologie binnen de organisatie nog dominanter te maken dan deze momenteel al is, werd door de leidinggevenden besproken.

“Ik denk dat wij als Thebe daarin ook echt wel een standpunt mogen, al dan niet moeten gaan nemen (...) dat we eigenlijk niet de vraag moeten stellen van hé, zou u iets willen op dit gebied? Nee, het zou ik mijn ogen een deel van de standaard dienstverlening moeten zijn.” (L2)

Er werd gespeculeerd over de mogelijkheden om zorgtechnologie in de toekomst een verplicht onderdeel van de zorgverlening te maken.

“Dat zou ik nog verder willen trekken (...) net als dat er een zorgovereenkomst getekend moet worden om die zorg te kunnen gaan verlenen, moet daar naar mijn mening ook die zorgtechnologie als ondersteuning in zitten.” (L2)

Een andere leidinggevende sloot zich hier bij aan.

“Ja het moet gewoon in het pakket zitten en er moet niet over gesproken worden. Dit is wat wij leveren en daar zit het gewoon bij.” (L1)

Met name bij cliënten die reeds zorg ontvangen blijkt het lastig te zijn om veranderingen in de vorm van technologie aan te brengen. Het verplichte karakter zou dan ook gericht moeten zijn op nieuwe cliënten.

“Op het moment dat je bij nieuwe cliënten zegt van: nou dit is gewoon onze manier van werken, dan zal het veel makkelijker geaccepteerd worden van nou het is zo en daarmee gaan we het doen.” (L2)

De achterliggende gedachte van het verplichte karakter werd uitgelegd aan de hand van het tempo waarin de zorgtechnologie geaccepteerd wordt door zowel professionals als cliënten en mantelzorgers.

“Je kan nog jaren doorgaan tot het.. hè even tussen haakjes iedereen eindelijk die zorgtechnologie omarmd heeft, dan gaat het echt nog een tijd duren. Of we gaan zeggen: we gaan het doen (...) ik denk wel dat we daarin op die manier wel sneller stappen kunnen gaan maken.” (L2)

“Anders gaan mensen op voorbaat al nee zeggen, maar als ze geen andere keuze hebben dan moeten ze wel.” (L1)

Het maken van deze stappen is volgens de leidinggevenden nodig om een draagvlak te creëren voor de zorg aan een alsmaar groter wordende populatie thuiswonende kwetsbare ouderen.

4.3 Deelconclusie

Alle cliënten benadrukken het belang van het behouden van hun huidige woonsituatie. Zorgtechnologie is een onmisbare ondersteuning om dit te kunnen bewerkstelligen. Het gevoel van rust en ‘ontzorgen’ wat de inzet van zorgtechnologie met zich meebrengt blijkt tevens belangrijk te zijn voor zowel cliënten als mantelzorgers. Dit ontzorgen is zowel letterlijk als figuurlijk te begrijpen. Door de inzet van zorgtechnologie zijn er minder zorgmomenten nodig en daarnaast maken cliënten en mantelzorgers zich minder zorgen om mogelijke incidenten. Het verminderen van het aantal zorgmomenten draagt op haar beurt weer bij aan de wens van cliënten om ‘het zelf te willen doen’. Zorgtechnologie maakt cliënten minder afhankelijk van zowel mantelzorgers als professionele hulpverleners. Alle cliënten binnen dit onderzoek hebben een beperkte afstemming bij de besluitvorming ervaren. De zorgtechnologie wordt vaak ingezet door professionals of mantelzorgers zonder alvorens met de cliënten te overleggen. Er blijkt onder cliënten onzekerheid of zelfs onverschilligheid te heersen ten opzichte van (nieuwe) zorgtechnologie.

Uit de etnografische analyse kon een duidelijk techno-optimistische organisatiecultuur worden opgemaakt. Deze organisatiecultuur wordt beïnvloed door verschillende factoren op maatschappelijk- (macro), organisatorisch- (meso) en cliënteniveau (micro). De maatschappelijke invloed op de techno-optimistische cultuur binnen de organisatie is de groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen. Zorgtechnologie wint, met name vanwege de grote druk op personeelcapaciteit, enorm aan betekenis. Op organisatorisch vlak is ‘ontzorgen’ dan ook de belangrijkste invloed op de omarming van zorgtechnologie. De verpleegkundigen en leidinggevenden zouden zorgtechnologie als standaard en verplicht onderdeel van de dienstverlening willen zien. Verpleegkundigen ervaren dat cliënten en mantelzorgers in het begin vaak afwijzend, maar achteraf wel enthousiast zijn ten opzichte van zorgtechnologie. Dit werkt bevestigend op het idee om zorgtechnologie actief te blijven introduceren.

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt geprobeerd antwoord te geven op de vierde deelvraag: ‘Wat betekenen deze inzichten vanuit zorgethisch perspectief voor (het denken over) goede zorg met zorgtechnologie in de thuissituatie van kwetsbare ouderen?’ om vervolgens aan de hand hiervan in hoofdstuk 6 enkele aanbevelingen te kunnen doen.

5.1 Een kritische verbinding tussen empirie en theorie

Zoals Pols (2013) betoogt, moeten waarden omtrent goede zorg met zorgtechnologie opnieuw worden uitgevonden in de zorg met deze technologie. Om technologische innovaties écht te faciliteren is continue aandacht en betrokkenheid nodig en moet worden ingespeeld op wat de betrokkenen als goede zorg zien (Janssen & Wallenburg, 2017). In dit onderzoek werd de essentie van de geleefde ervaring van kwetsbare ouderen en mantelzorgers ten aanzien van zorgtechnologie onderzocht. Uit de empirische bevindingen bleken de belangrijkste bestanddelen van goede zorg met zorgtechnologie volgens cliënten en mantelzorgers ‘het zelf willen doen’, ‘verminderde angst voor incidenten’, ‘ontzorgen’, ‘goede afstemming’ en ‘behoud van woonsituatie’ te zijn. De kritische inzichten van Rosa (2016) en Verbeek (2014) helpen te reflecteren op deze bestanddelen en de organisatorische invloeden die hiermee gepaard gaan. De zorgethische concepten ‘relationaliteit’, ‘contextualiteit’ en ‘macht en positie’, ‘kwetsbaarheid’ en ‘afhankelijkheid’ worden meegenomen in het denken over goede zorg met technologie aan kwetsbare ouderen.

Technologie ontzorgt en vermindert angst voor incidenten

Het gevoel van ‘ontzorgen’ dat zowel cliënten als mantelzorgers blijken te ervaren, is zowel letterlijk als figuurlijk te begrijpen. Cliënten en mantelzorgers maken zich minder zorgen om mogelijke incidenten. Angst voor incidenten blijkt volgens alle respondenten de aanleiding te zijn om zorgtechnologie te gaan gebruiken. Dat het verminderde gevoel van angst voor incidenten niet per definitie gelijk staat aan werkelijk minder incidenten blijkt uit het werk van Niemeijer, Depla, Frederiks en Hertogh (2012). Zij stellen dat het kunnen signaleren van gevaar niet hetzelfde is als het voorkomen ervan. Vanuit dit perspectief zou het verminderde gevoel van angst voor incidenten door cliënten en mantelzorgers wellicht ook een vorm van ‘schijnveiligheid’ zijn. Naast deze figuurlijke vorm van ontzorgen zijn er door de inzet van technologie vaak letterlijk minder zorgmomenten nodig. Uit de literatuur blijkt dat techno-

pessimisten om deze reden vrezen voor verschraling van de zorg (Kamphof, 2014). Dit onderzoek wijst echter uit dat cliënten deze verschraling niet altijd als dusdanig ervaren. Twee cliënten beschreven zelfs expliciet de voordelen van minder zorgmomenten door de inzet van zorgtechnologie. Dit betekent niet dat de angst voor mogelijke verschraling onterecht is. Zo is het mogelijk dat zorgtechnologie in een andere setting of context juist wel tot onvrede op het gebied van sociale contacten leidt. Uit een systematisch literatuuroverzicht van Lindberg et al. (2013) blijkt dat cliënten bij voorkeur een combinatie van fysieke zorg en zorg op afstand door middel van technologie ontvangen. Men zal echter voor iedere specifieke zorgpraktijk na moeten denken over de waarde die gehecht wordt aan de aard en frequentie van persoonlijk contact (Verbeek, 2014).

Rosa beschrijft in zijn werk het paradoxale effect van de inzet van technologie, namelijk dat het logisch gezien zou leiden tot het vrijkomen van tijd, maar dat tijd steeds schaarser wordt (Rosa, 2016, p.27). Mantelzorgers gaven echter aan dat door de inzet van zorgtechnologie wel degelijk tijd vrijkomt. Tevens leggen ze uit dat hun tijd met de cliënten op een andere manier kan worden ingedeeld, waardoor er meer ruimte is voor het sociale aspect. Vanuit organisatorisch perspectief is het tevens gunstig dat de inzet van zorgtechnologie tot minder zorgmomenten leidt. Er zit echter verschil in de indeling van de vrijgekomen tijd. Verpleegkundigen gaven duidelijk aan dat ze de vrijgekomen tijd niet aan dezelfde cliënten besteden, maar gebruiken om meerdere cliënten van zorg te voorzien.

Kwetsbare ouderen willen het zelf doen

‘Het zelf willen doen’ blijkt voor de cliënten binnen dit onderzoek een belangrijke waarde te zijn als onderdeel van goede zorg met technologie. Zorgtechnologie biedt ondersteuning aan kwetsbare thuiswonende ouderen om zo lang mogelijk en zo veel mogelijk zelf te kunnen doen. Ook uit de literatuur blijkt dat het minimaliseren van afhankelijkheid en het behouden van autonomie een veelgebruikt argument is om zorgtechnologie in te zetten (Melby et al., 2018). Uit de etnografische analyse bleek dat binnen de organisatie tevens een groot belang wordt gehecht aan het vergroten van de autonomie en onafhankelijkheid van cliënten. Dit alles sluit aan bij de moderne opvatting dat mensen autonome, onafhankelijke en gelijkwaardige individuen zijn. Het vertrekpunt dat mensen onafhankelijk en zelfredzaam moeten zijn is volgens Zwijzen et al. (2011) echter weinig behulpzaam in het debat over zorgtechnologie bij kwetsbare ouderen. Ook Tronto (1993) en Van Heijst (2011)

problematiseren de centrale rol van een ideaal als autonomie in de samenleving, omdat het ertoe leidt dat afhankelijkheid als een zwakte of zelfs als taboe wordt gezien. Er zou eerder vertrokken moeten worden vanuit ‘kwetsbaarheid’ (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Zo stelt Kittay (2013) dat juist de meest kwetsbare en afhankelijke mensen uit de samenleving als uitgangspunt moeten gelden voor het denken over goede zorg. Zorgtechnologie wordt wel degelijk (deels) ingezet om ouderen zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten leven. Door de afhankelijke positie van de ouderen te erkennen en als uitgangspunt te nemen voor het denken over goede zorg met technologie, wordt de kans kleiner dat bepaalde kwetsbare ouderen uitzondering op de regel vormen omdat ze in grotere mate afhankelijk zijn dan anderen.

Een goede afstemming als voorwaarde voor resonantie?

Uit de literatuur blijkt dat technologische ontwikkelingen vaak vanuit technisch oogpunt worden ontwikkeld in plaats van uit een zorgvraag. Er zou sprake zijn van een ‘*technology push*’ (Prince et al., 2005). Volgens de verpleegkundigen binnen dit onderzoek wordt zorgtechnologie wel degelijk ontwikkeld vanuit een zorgvraag. Hieruit blijkt dat de huidige *technology push* er niet per definitie voor zorgt dat men voorbij gaat aan de zorgvraag van de cliënten. Kwetsbare ouderen hebben doorgaans echter weinig macht om hun situatie te veranderen en invloed te hebben op technologische ontwikkelingen (Tronto, 1993). Naast afstemming bij de ontwikkeling van technologie, is er ook afstemming nodig bij de besluitvorming. Door niemand te negeren bij het nemen van beslissingen, kan gewerkt worden richting een zorgzame en democratische organisatie waar naast *caring about* en *caring for* ook sprake is van *caring with* (Tronto, 2013). Uit dit onderzoek blijkt echter dat zorgtechnologie vaak wordt ingezet door professionals of mantelzorgers zonder alvorens met de cliënten te overleggen. Er is dus sprake van een beperkte afstemming bij de besluitvorming. De reden die door mantelzorgers en verpleegkundigen wordt aangedragen voor de beperkte afstemming is een gebrek aan kennis van de cliënten, waardoor ze een afwijzende houding aannemen ten opzichte van de technologie. Deze afwijzende houding wordt door Rosa (2016) beschreven als ‘vervreemding’. Vervreemding is een relatiemodus waarin het zelf en wereld tegenover elkaar staan zonder innerlijk verbonden te zijn. Volgens Rosa zou het kunnen dat deze vervreemding het vermogen om tot essentiële (technische) innovaties te komen, ondergraaft (Rosa, 2016). Volgens Rosa is resonantie nodig om een

goed leven in combinatie met technologie vorm te geven. Resonantie betekent dat men bereid is zich te laten veranderen door het ‘andere’ of het ‘onbekende’, zonder dat van tevoren duidelijk is wat het resultaat van die verandering zal zijn.

Deze openheid voor nieuwe ervaringen met technologie, blijkt bij cliënten en mantelzorgers binnen dit onderzoek in eerste instantie vaak niet aanwezig te zijn. Zoals meerdere verpleegkundigen omschreven: ‘onbekend maakt onbemind’. Cliënten ervaren onzekerheid met betrekking tot het kunnen omgaan met technologie. Dit leidt bij sommige cliënten zelfs tot onverschilligheid ten opzichte van nieuwe technologieën. Zo vertelde een cliënt: *“Wat ik nodig heb, heb ik en de rest interesseert me niet. Ik ga geen technologie meer proberen, ook niet iets uitproberen.”* Dit sluit aan bij de stelling van Rosa dat naarmate de technologie steeds *smarter* wordt, de kloof tussen die technologie en de gebruikers onherroepelijk steeds groter wordt. De onverschillige houding is volgens Rosa te positioneren tussen resonantie en vervreemding. Wanneer de verpleegkundigen cliënten en mantelzorgers overtuigen om de technologie een kans te geven, blijken ze later vrijwel altijd terug te komen op de onverschillige en afwijzende houding. Er wordt zelfs regelmatig uitgesproken dat men er eerder mee had willen beginnen. Dit is vanuit theoretisch oogpunt een interessant inzicht, aangezien Rosa (2016) stelt dat resonantierelaties nooit kunnen worden afgedwongen of geïnstitutionaliseerd. Vanuit zijn perspectief gezien heeft een assertieve houding van professionals met betrekking tot technologie juist precies het tegenovergestelde effect van openheid van cliënten en mantelzorgers.

Waar actuele maatschappelijke debatten laten zien dat er reden is om de dominante rol van technologie in de zorg kritisch onder de loep te nemen, blijkt uit dit onderzoek dat zowel leidinggevend als verpleegkundigen de noodzaak voelen om de rol van zorgtechnologie nog dominanter te maken dan deze momenteel binnen hun organisatie is. De voornaamste reden die hiervoor wordt gegeven is dat het anders te lang duurt voordat iedereen zorgtechnologie ‘omarmd’ heeft. Volgens de respondenten dienen er sneller stappen te worden gemaakt op het gebied van zorgtechnologie om de groeiende groep zorgvragers van zorg te kunnen voorzien. Vanuit organisatorisch perspectief zou technologie zelfs een standaard en verplicht onderdeel van de zorgverlening moeten zijn. De positieve uitwerking van het proactief introduceren van zorgtechnologie door professionals werkt bevestigend op dit idee. Vanuit zorgethisch perspectief valt hieraan toe te voegen dat goede zorg alleen kan worden bewerkstelligd

wanneer kwetsbare thuiswonende ouderen worden betrokken bij de beleidvorming en besluitvorming omtrent zorgtechnologie. Hierbij is de dialoog met cliënten noodzakelijk (Noddings, 2015).

Technologie als morele bemiddelaar

Cliënten en mantelzorgers geven aan dat storingen en technologische beperkingen regelmatig voorkomen. Uit de focusgroep bleek dat er binnen de organisatie angst is voor incidenten naar aanleiding van deze storingen en beperkingen. Opvallend hierbij is dat enkel leidinggevenden over deze angst spraken, verpleegkundigen leken deze gedachte niet te delen. De achterliggende gedachte van de leidinggevenden blijkt het dragen van verantwoordelijkheid te zijn. Verbeek (2014) besteedt hier in zijn werk ook aandacht aan. Volgens hem zou het namelijk bizar zijn om technologie de schuld te geven wanneer er iets immoreels gebeurt. Het zou daarentegen ook gek zijn om de technologie buiten beschouwing te laten. Hier biedt de bemiddelingstheorie van Verbeek handvatten. Verbeek stelt dat de grenzen tussen technologie en de mens moeten vervagen om de onderlinge relatie beter te kunnen begrijpen. De twee kunnen niet los van elkaar worden gezien. Wanneer technologie wordt gebruikt, worden morele beslissingen niet enkel door de gebruikers gemaakt. Het is echter ook niet zo dat de technologie de gebruikers dwingt tot bepaalde beslissingen. Morele acties en besluiten zijn het gevolg van een hybride relatie tussen mens en technologie (Verbeek, 2011). Mensen die deel uitmaken van deze relatie wel een kritische positie innemen ten opzichte van de bemiddelende rol van technologie, maar men moet niet de illusie hebben dat deze kritische positie los staat van de techniek die bekritiseerd wordt. Technologische ontwerpers spelen hier ook een belangrijke rol bij, aangezien zij verantwoordelijkheid moeten nemen voor onbedoelde effecten van de technologie. Volgens Verbeek is ieder technologisch ontwerp namelijk het begin van een artefact dat vormgeeft aan het morele handelen van de gebruikers (Verbeek, 2014). Zorgorganisaties zouden bij het gebruik van nieuwe zorgtechnologieën vooraf een verdeling van verantwoordelijkheden kunnen maken met verschillende betrokken partijen, zoals ontwerpers, zorgverleners, mantelzorgers en cliënten (Niemeijer et al., 2012). Het is daarbij van belang om rekening te houden met de bemiddelende rol van technologie.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: ‘Hoe ervaren kwetsbare ouderen en mantelzorgers zorgtechnologie in de thuissituatie en op welke manier kunnen de visies van Rosa en Verbeek bijdragen aan (het denken over) goede zorg met technologie vanuit organisatorisch en zorgethisch perspectief?’

6.1 Conclusie

Uit de resultaten is gebleken dat de essentie die als het ware als rode draad door de ervaringen van alle participanten heen loopt als volgt kan worden beschreven: ‘Zorgtechnologie draagt vanwege het ontzorgende karakter en de vermindering van angst voor incidenten bij aan de wens van kwetsbare ouderen (en mantelzorgers) om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en zoveel mogelijk zelf te blijven doen. Er wordt een beperkte afstemming ervaren tijdens de besluitvorming en cliënten lijken onzeker over technische storingen en het kunnen omgaan met technologie’. Er is binnen de organisatie sprake van een techno-optimistische cultuur. Zowel verpleegkundigen als leidinggevenden voelen de noodzaak om de rol van zorgtechnologie nog dominanter te maken. Een proactieve houding van professionals blijkt een positief effect te hebben op de openheid van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers ten aanzien van zorgtechnologie.

Uit de conceptuele bevindingen blijkt dat de bemiddelende rol van technologie, zoals beschreven door Verbeek, meegenomen dient te worden bij de beleidsvorming en besluitvorming ten aanzien van zorgtechnologie. Als aanvulling hierop staat Rosa stil bij de sociale, culturele en economische implicaties van technologie. Zo moet men als organisatie rekening houden met een mogelijk effect van vervreemding bij een toenemend dominante rol van technologie in de zorg. Ethiek is volgens Verbeek en Rosa niet langer een grenswachter voor technologische ontwikkelingen, maar richt zich op een goed leven met die technologie. Dit onderzoek maakt de belangrijkste onderdelen van goede zorg met zorgtechnologie voor kwetsbare ouderen inzichtelijk: ‘het zelf willen doen’, ‘verminderde angst voor incidenten’, ‘ontzorgen’, ‘goede afstemming’ en ‘behoud van woonsituatie’. Het is vanuit zorgethisch perspectief van belang om de afhankelijke positie van de kwetsbare ouderen te erkennen en als vertrekpunt te nemen bij de beleidsvorming omtrent zorgtechnologie.

6.2 Aanbevelingen

Het is voor de organisatie een uitdaging om een balans te vinden in het spanningsveld van de zorgvraag en de marktlogica. Om deze reden is het aan te bevelen om als zorgorganisatie in dialoog te blijven met kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. Het idee van cliënten als onderdeel van beleidsorganen wordt vaak als onhaalbaar beschouwd. Iemands aandoening of beperking leidt ertoe dat organisaties, vanuit een paternalistische reflex, niet na willen denken over hoe die vorm van betrokkenheid wél mogelijk is (Braes, 2017). Zorgorganisaties hebben volgens Braes (2017) de opdracht om participatie in zorg, de inspraak in wat er met en voor de cliënt gebeurt, toe te laten en mogelijk te maken. Een mogelijk manier om dit te bewerkstelligen is het organiseren van een cliëntenpanel met als onderwerp ‘zorgtechnologie’. Een breed cliëntenpanel kan een duurzaam platform vormen en zorgt voor representativiteit. Deelnemers worden op deze manier serieus genomen en betrokken bij de vormgeving van het beleid (Van der Gaag, Gilsing & Mak, 2013). Het uitgangspunt van een dergelijk cliëntenpanel zou, eerder dan zelfstandigheid, juist afhankelijkheid moeten zijn om te voorkomen dat bepaalde kwetsbare en afhankelijke ouderen ‘uitzondering op de regel’ vormen. De uitkomsten van een cliëntenpanel kunnen worden meegenomen in de beleidsvorming ten aanzien van zorgtechnologie. Zo kan men de vertaalslag maken naar een democratische organisatie waarin zorg centraal staat en waarbij beleid wordt gemaakt in overeenstemming met degenen over wie het beleid gaat.

Tevens is het aan te bevelen om cliënten meer te betrekken bij de besluitvorming rondom zorgtechnologie. Door bij aanvang goede informatie te geven kan de onzekerheid en onverschilligheid ten opzichte van technologie mogelijk worden weggenomen, of op zijn minst worden verminderd. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het van belang dat verpleegkundigen genoeg kennis en vaardigheden hebben om cliënten en mantelzorgers te ondersteunen in een goede omgang met technologie. Scholingen rondom zorgtechnologie bieden hier mogelijk handvatten voor. Ook het onderling uitwisselen van ervaringen werd door mantelzorgers aangedragen als manier om zorgtechnologie bredere bekendheid te geven.

Tenslotte is het de organisatie aan te bevelen om nieuwe technologieën kleinschalig in te kopen op basis van wensen en behoeften van cliënten en enthousiaste teams hiermee te laten experimenteren. Wanneer vervolgens een kosten-batenanalyse wordt opgesteld, kunnen zorgverzekeraars mogelijk worden overgehaald tot de financiering van deze technologieën.

6.3 Beperkingen

De werving van respondenten voor de interviews werd bemoeilijkt door de beschermende rol die verpleegkundigen aannamen ten opzichte van kwetsbare ouderen. Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat de thuiswonende kwetsbare ouderen niet geschikt waren om deel te nemen aan een interview vanwege hun kwetsbaarheid. Mogelijk spelen onterechte verwachtingen voor nadelige gevolgen van deelname hierbij een rol. Zoals Van der Meide, Leget en Olthuis (2013) in hun onderzoek beschrijven is het voor kwetsbare ouderen die zich verbaal niet goed meer uit kunnen drukken beter om observatieonderzoek te doen. De doelgroep binnen dit onderzoek was echter verbaal nog vaardig genoeg om deel te nemen aan een interview. Taal is een belangrijke manier om ervaringen te uiten en is de meest directe manier om er achter te komen hoe anderen een fenomeen ervaren. Vanuit de zorgethische opvatting dat de kwetsbaren juist als uitgangspunt voor het denken over goede zorg moeten gelden, is het uitsluiten van deze groep voor onderzoek dus onterecht. Het is juist van belang om de stem van deze kwetsbare doelgroep te laten horen, zodat hetgeen zij belangrijk vinden bij zorg met technologie beleid- en besluitvorming.

Er zijn naar aanleiding van beperkingen van dit onderzoek ook enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Zo was het in eerste instantie de bedoeling om mantelzorgers te betrekken bij de focusgroep. Toen dit wegens logistieke redenen niet haalbaar bleek te zijn, is besloten om de mantelzorgers apart te interviewen. Gezien de beschikbare tijd zijn er slechts twee mantelzorgers geïnterviewd. Het is aan te bevelen om de ervaringen van mantelzorgers op grotere schaal te onderzoeken, om zo meer generaliseerbare uitspraken te doen over de bevindingen. Daarnaast zou een vorm van observatieonderzoek als alternatief of aanvulling kunnen worden toegepast. Op deze manier wordt mogelijk een grotere groep deelnemers bereikt en kunnen ook de meest kwetsbare ouderen, die zich verbaal niet goed uit kunnen drukken, bijdragen aan de beeldvorming omtrent goede zorg met technologie.

7. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke maatregelen werden getroffen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

Tijdens dit onderzoek werd triangulatie toegepast door het combineren van verschillende onderzoeksmethoden. Allereerst werd een literatuurstudie gedaan, waarbij zowel zorgethische als filosofische en sociologische literatuur is gebruikt. Naar aanleiding van de kritische inzichten uit de literatuurstudie is een topiclijst opgesteld voor de interviews met cliënten en mantelzorgers. Er is gekozen voor een onderzoeksgroep van cliënten buiten mijn eigen werkgebied om mogelijke vooronderstellingen en sociaal wenselijke antwoorden te minimaliseren. Het eerste interview werd getranscribeerd en samen met mijn begeleider doorgenomen op gesprekstechnieken. Hieruit bleek dat ik geneigd was om samenvattende antwoorden te geven voor de respondenten, waardoor ik hen de mogelijkheid ontnam om dit zelf te doen. Gezien het belang van het in eigen woorden uitdrukken van de ervaringen door cliënten, ben ik me daar tijdens de volgende interviews extra bewust van geweest. Daarnaast werd de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot door na afloop van de dataverzameling bij een aantal deelnemers te controleren of de verkregen informatie juist geïnterpreteerd was, dit wordt ook wel *membercheck* genoemd (Baarda et al, 2009). De gegeven feedback werd meegenomen bij het analyseproces.

Naast de individuele interviews met cliënten en mantelzorgers is er een focusgroep georganiseerd voor verpleegkundigen en leidinggevenden. Op deze manier werd getracht inzicht te verkrijgen in de organisatiecultuur ten aanzien van zorgtechnologie. Tijdens de focusgroep werd gebruik gemaakt van stellingen uit de literatuurstudie. Tevens werden uitspraken uit de interviews met de cliënten gebruikt om het gesprek tussen verpleegkundigen en leidinggevenden richting te geven. Door de perspectieven van verschillende betrokkenen weer te geven werd een zo compleet mogelijk beeld geschetst van de setting en de context die mogelijk van invloed zijn op de ervaringen van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. Tijdens de data-analyse heb ik geprobeerd om een open houding ten aanzien van de data te behouden door de transcripten regelmatig terug te lezen en zo dicht mogelijk bij de uitspraken van de respondenten te blijven. Tijdens momenten van feedback en overleg werd duidelijk dat ik bij de beschrijving van de resultaten nog dichter bij de respondenten kon blijven door de gekozen thema's andere benamingen te geven.

8. Literatuur

- Aydin, C., Woge, M. & Verbeek, P. (2018). Technological Environmentalism: Conceptualizing technology as a mediating milieu. *Philosophy & Technology*, 1-18.
- Baarda, D., De Goede, M. & Teunissen, J. (2009). Basisboek Kwalitatiefonderzoek, tweede druk. *Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv*.
- Beijer, P., Greefhorst, D., Kruijk, R. & Sasse, M. (2014). Mens en organisatie in de ‘perfect storm’ van digitalisering.
- Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E. & Sonck, N. (2013). De sociale staat van Nederland [Elektronische versie]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Borgmann, A. (1987). *Technology and the character of contemporary life: A philosophical inquiry*. University of Chicago Press.
- Bowen, G. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.
- Braes, T. (2017). Het Zweedse Tubbemodel als ‘kapstok’ voor reflectie over cliëntenparticipatie. *Geron*, 19(4), 63-65.
- Charlton, J. (2000). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment*. University of California Press.
- Charmaz, K. & Belgrave, L. (2007). Grounded theory. *The Blackwell encyclopedia of sociology*.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry: Choosing among five approaches*. Los Angeles, CA.

- Devisch, I. (2016). Rusteloosheid. *Pleidooi voor een mateloos leven, De Bezige Bij, Amsterdam.*
- Huijjer, M. & Smits, M. (2010). Moralicide: Nieuwe morele vocabulaires voor technologie. Kampen: Klement.
- Janssen, M. & Wallenburg, I. (2017). We moeten anders gaan denken over innovatie. *TVZ-Tijdschrift voor verpleegkundige experts, 127(1), 40-41.*
- Kamphof, I. (2014). Zorg op afstand. *Sociologie, 10(3), 411-415.*
- Kittay, E. (2013). *Love's labor: Essays on women, equality and dependency.* Routledge.
- Klaver, K., Elst, E. & Baart, A. (2014). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article. *Nursing Ethics, 21(7), 755-765.*
- Leget, C., Borry, P. & De Vries, R. (2009). 'Nobody tosses a dwarf!' The relation between the empirical and the normative reexamined. *Bioethics, 23(4), 226-235.*
- Leget, C., Van Nistelrooij, I. & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics, 26(1), 17-25.*
- Lindberg, B., Nilsson, C., Zotterman, D., Söderberg, S. & Skär, L. (2013). Using information and communication technology in home care for communication between patients, family members, and healthcare professionals: a systematic review. *International journal of telemedicine and applications, 2013.*
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). "We Tie Up the Loose Ends": Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global qualitative nursing research, 5, 2333393618816780.*
- Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B. & Hertogh (2012). Toezichthoudende domotica. *Een handreiking voor zorginstellingen. Amsterdam: VUmc.*
- Noddings, N. (2015). Care ethics and "caring" organizations. *Care ethics and political theory, 72-83.*

- Oliveira Martins, J. & de la Maisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach.
- Peek, S., Luijkx, K., Rijnaard, M., Nieboer, M., van der Voort, C., Aarts, S. & Wouters, E. (2016). Older adults' reasons for using technology while aging in place. *Gerontology*, 62(2), 226-237.
- Pols, J. (2012). Care at a Distance. *On the Closeness of Technology*. Amsterdam.
- Pols, J. (2013). The chronification of illness. An empirical ethics in care.
- Rosa, H. (2016). Leven in tijden van versnelling. *Een pleidooi voor resonantie*.
- Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kroger, T., Osterle, A., Szebehely, M. & Vabo, M. (2011). LIVINDHOME: Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries.
- Son, W. (2008). Philosophy of technology and macro-ethics in engineering. *Science and Engineering Ethics*, 14(3), 405.
- Stewart, D. (2010). Researcher as instrument: Understanding "shifting" findings in constructivist research. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 47(3), 291-306.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Psychology Press.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.
- Van den Borre, A. (2016). Interacties tussen technologie, innovatie en veiligheid: in de greep van diverse krachten. *Het debat geopend*.
- Van der Gaag, R., Gilsing, R., & Mak, J. (2013). Participatie in zicht. *Gemeenten, jeugdigen, ouders en jeugdzorgcliënten in de transitie jeugdzorg*. Verwey-Jonker Instituut.

- Van der Meide, H., Leget, C. & Olthuis, G. (2013). Giving voice to vulnerable people: the value of shadowing for phenomenological healthcare research. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 731-737.
- Van Heijst, A. (2011). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Van Hoof, J. & Wouters, E. (2012). *Zorgdomotica*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Nistelrooij, I., Schaafsma, P. & Tronto, J. (2014). Ricoeur and the ethics of care.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A. & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of medical ethics*, 43(9), 637-644.
- Verbeek, P. (2011). *Moralizing technology: Understanding and designing the morality of things*. University of Chicago Press.
- Verbeek, P. (2014). Op de vleugels van Icarus: hoe techniek en moraal met elkaar meebewegen. Lemniscaat.
- Verbeek, P. (2015). Toward a theory of technological mediation. *Technoscience and postphenomenology: The Manhattan papers*, 189.
- Vosman, F. & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 465-476.
- Wouters, E. (2018). *Technologie: een zorg minder?*. Tilburg University.
- Zantinge, E., Van der Wilk, E., Van Wieren, S. & Schoemaker, C. (2011). Gezond ouder worden in Nederland.
- Zwijssen, S., Niemeijer, A. & Hertogh, C. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & mental health*, 15(4), 419-427.

Bijlage 1 Fasering

Fase 1: Schrijven van de onderzoeksopzet	
Datum	Actie
18-02-2019	Afspraak thesisbegeleider m.b.t. onderzoeksonderwerp
28-03-2019	Inleveren onderzoeksopzet eerste gelegenheid
04-10-2019	Inleveren onderzoeksopzet tweede gelegenheid
Fase 2: Schrijven van de masterthesis	
Datum	Actie
14-10-2019 t/m 20-10-2019	Werving en selectie van participanten.
07-10-2019 t/m 20-10-2019	Literatuur raadplegen en samenvatten.
Nog te plannen	Feedbackmoment thesisbegeleider
04-11-2019 t/m 24-11-2019	Uitvoeren van de interviews
25-11-2019 t/m 08-12-2019	Transcriberen en coderen van de interviews
Nog te plannen	Feedbackmoment thesisbegeleider
09-12-2019 t/m 20-12-2019	Resultaten beschrijven en koppelen aan literatuur
21-12-2019 t/m 05-01-2020	Vakantie
06-01-2020 t/m 26-01-2020	Vervolg resultaten beschrijven en koppelen aan literatuur
27-01-2020 t/m 10-02-2020	Begeleidingsafspraken en verwerken feedback op het theoretisch kader en de resultaten.
11-02-2020 t/m - 23-02-2020	Conclusie, discussie en aanbevelingen schrijven
17-02-2020	Inleveren concept masterthesis voor feedback
25-02-2020 t/m 01-03-2020	Aanpassingen aan de hand van de feedback van de thesisbegeleider.
02-03-2020	Masterthesis inleveren voor beoordeling

Bijlage 2 Toelichtingsbrief



Beste cliënten, mantelzorgers en medewerkers van Thebe wijkverpleging,

Mijn naam is Elmyr Brands, werkzaam als wijkverpleegkundige. Tijdens mijn werk maak ik de snelle opkomst van zorgtechnologie van dichtbij mee. Zo wordt toenemend gebruik gemaakt van ontwikkelingen zoals elektronische medicijnen-dispensers of lifestylemonitoring. De ontegenzeggelijke voordelen van zorgtechnologie worden snel duidelijk. Echter, de mogelijke belemmeringen die het met zich mee kan brengen komen ook aan het licht.

Naast mijn werk volg ik de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. De komende maanden staan in het teken van mijn afstudeeronderzoek, waarin ik inzicht wil krijgen in de ervaringen en behoeften van thuiswonende kwetsbare ouderen met betrekking tot zorgtechnologie. Tevens ben ik nieuwsgierig welke rol de organisatie, de zorgverleners en mantelzorgers hierbij spelen. Met dit onderzoek wordt beoogd om handvatten op het gebied van het accepteren en implementeren van zorgtechnologie in de thuissituatie te bieden. Dit alles met als einddoel het verlenen van goede zorg in een tijd waarin technologie verweven is met ons leven.

Om dit onderzoek tot stand te brengen heb ik minimaal vijf cliënten nodig die deel willen nemen aan een interview. Daarnaast zal er een focusgroep plaatsvinden, waarvoor ik twee managers, twee wijkverpleegkundigen en twee mantelzorgers nodig heb. Er is een vragenlijst opgesteld om de gesprekken richting te geven, maar hier kan van worden afgeweken. De interviews en de focusgroep duren maximaal 1 uur en zullen worden opgenomen en uitgetypt. De gegevens worden geanonimiseerd en bewaard op een beveiligde schijf. Na het uitwerken van het interview is er de mogelijkheid om feedback te geven. Ik ben bereid te allen tijde aanvullende informatie te geven.

Met vriendelijke groeten,

Elmyr Brands

Bijlage 3 Toestemmingsformulier



Middels dit formulier geef ik toestemming dat de verzamelde gegevens in de vorm van een audio opname mogen worden gebruikt als input voor het onderzoek: “Een zorgethisch perspectief op goede thuiszorg in een tijd waarin technologie is verweven met ons bestaan”. De gegevens worden anoniem verwerkt en opgeslagen op een speciaal hiervoor bestemde beveiligde schijf. Mijn persoonsgegevens zullen niet openbaar worden gemaakt.

Ik ben me ervan bewust dat ik geheel vrijwillig deelneem aan het onderzoek en dat ik het recht heb om mijn deelname op ieder moment in te trekken, zonder dat ik daar een reden voor hoef op te geven. Ik verklaar hierbij dat ik de toelichtingsbrief voor deelnemers heb gelezen en de mogelijkheid heb gekregen om vragen te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord en wanneer ik meer informatie over het onderzoek wil, heb ik hier te allen tijde recht op.

Ik begrijp de hierboven verstrekte informatie en ik stem in met deelname aan het onderzoek en het gebruik van mijn geanonimiseerde gegevens voor onderzoek- en onderwijs doeleinden.

- Ja
- Nee

Naam deelnemer :

Handtekening :

Ik heb de deelnemer geïnformeerd over de methode en het doel van het onderzoek, zoals beschreven in de informatiebrief. Ik ben bereid aanvullende informatie te verstrekken.

Naam onderzoeker :

Handtekening :

Bijlage 4 Topiclijst interview kwetsbare ouderen

Algemeen

- Leeftijd
- Burgerlijke staat (gehuwd, ongehuwd, gescheiden, weduwe)
- Leefeenheid (alleenstaand, samenwonend)

Maatschappelijke veranderingen en technologische versnelling

- Veranderende gezondheidszorg
*Wat vindt u ervan om **thuis** blijven wonen?*
- Beleid en financiering
*Welke rol speelt **geld** hierbij volgens u?*
- Versnelling en innovatie
*Hoe ervaart u het **tempo** waarin technologische veranderingen plaatsvinden?*

Thuiszorg en zorgtechnologie

- Thuiszorg
Hoe lang heeft u al thuiszorg en waarvoor precies?
- Inzet van zorgtechnologie
*Hoe kwam het **besluit** tot stand om zorgtechnologie in te zetten?*
*Wat waren uw **verwachtingen** voorafgaand aan de inzet van zorgtechnologie?*
*Kunt u me iets vertellen over uw **ervaring** met technologie?*
*Wat heeft het u **gebracht** of **opgeleverd**?*
*Tegen welke **belemmeringen** loopt u aan bij het gebruik?*
- Institutionele sturing
*Heeft de thuiszorgorganisatie **verwachtingen** van u rondom het technologiegebruik?*
*Wie is volgens u **verantwoordelijk** voor het juiste gebruik van de technologie en waarom?*

Contextualiteit en relationaliteit

- Sociaal netwerk/ Mantelzorg
Wie zorgen er naast de thuiszorg voor dat u thuis kunt blijven wonen?
*Heeft de zorgtechnologie invloed op uw **sociale contacten**?*
- Kwetsbaarheid
- Afhankelijkheid
*Wat betekent de zorgtechnologie voor uw **afhankelijkheid** van anderen?*
- Privacy

Afsluiting

Wat zou u nodig hebben om goede zorg met behulp van technologie te krijgen?

Bijlage 5 Topiclijst focusgroep

Introductie

- Welkom, bedanken
- Voorstellen
- Doel van de focusgroep
- Tijdsduur, opname, anonimiteit
- Afspraken over spreken (één tegelijkertijd, niet door elkaar)

Stellingen

1. Door de inzet van zorgtechnologie in de thuissituatie lost Nederland het probleem van de vergrijzende bevolking en het tekort aan verplegend personeel op.
2. Zorgtechnologie wordt vanuit technisch oogpunt ontwikkeld in plaats vanuit een (zorg)vraag.
3. Citaat cliënteninterview: “Ja Thebe heeft het aangedragen, ze hebben niks gevraagd van wilt u die krijgen, nee het komt hier. Ze weten dat ik een beetje secuur ben, maar uhm.. Ja ze hebben niet gevraagd van wel nemen of niet nemen, nee....”
4. Je kunt zorgtechnologie niet vroeg genoeg inzetten. Ook als het nog niet nodig is dienen zorgverleners initiatief te nemen om er vast mee te beginnen, zodat de cliënten er aan kunnen wennen.
5. Bepaalde technologische toepassingen veronderstellen een ideale situatie met een ideale gebruiker (werkt prima als de cliënt braaf op de bank zit). In de praktijk werkt dit anders. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de behoeften van de gebruikers.
6. De inzet van zorgtechnologie, gericht op het zo goed mogelijk zorgen voor de cliënt, heeft een tegengesteld effect, namelijk dat er niet genoeg tijd en ruimte is om te zorgen. Er is als het ware sprake van vervreemding van de oorspronkelijke intentie en taak.