

DOMOTICA IN DE GEZONDHEIDSZORG



Een content analyse van krantenartikelen

Domotica als antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing.

Rachelle Reijnders

Thesis, Master Communication, Health & Life Sciences

Mei 2018

Wageningen University

Een content analyse van krantenartikelen over domotica in de gezondheidszorg. Domotica als antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing.

Thesis

Rachelle Reijnders

Studentnummer: 920530690040

Begeleider: dr. Ir. MG Bulkens

Tweede beoordelaar: dr. HHS Moerbeek

Master Communication, Health & Life Sciences

Wageningen University

Inhoud

Hoofdstuk1: Inleiding.....	3
1.1 Probleemstelling.....	3
1.2 Relevantie.....	6
1.3 Onderzoeksdoel.....	7
1.4 Onderzoeksvragen.....	8
1.5 Leeswijzer.....	8
Hoofdstuk 2: Methode.....	10
2.1 Inleiding.....	10
2.2 Dataverzameling.....	13
2.3 Methode van analyse.....	14
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader.....	19
3.1 Zelfzorgtheorie.....	20
3.2 Zorgethiek.....	23
3.3 Salutogenese.....	27
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	29
4.1 Presentatie van de inhoud.....	29
4.2 Analyse van de resultaten.....	44
Hoofdstuk 5: Conclusie.....	57
Hoofdstuk 6: Discussie.....	62
Bronnenlijst Rapport.....	68
Bronnenlijst Krantenartikelen.....	72
Appendix.....	76

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Probleemstelling

1.1.1 Demografische veranderingen

In december van 2017 is er door het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe bevolkingsprognose gepubliceerd. Deze prognose beschrijft de verwachte ontwikkeling van de Nederlandse bevolkingsaantallen tussen 2017 en 2060. Er wordt door het CBS een bevolkingsgroei verwacht. De bevolking bestond op het einde van 2017 uit iets meer dan 17 miljoen mensen (Stoeldraijer, et al., 2017). In 2031 wordt er een groei van één miljoen mensen verwacht. Dit betekent dat Nederland dan 18 miljoen inwoners zal hebben. Als het CBS een inschatting maakt voor het jaartal 2060 dan wordt er een bevolkingsaantal van 18,4 miljoen Nederlanders verwacht (Stoeldraijer, et al., 2017). Er zijn volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek twee belangrijke oorzaken voor de verwachte bevolkingsgroei van Nederland, namelijk migratie en vergrijzing (Stoeldraijer, et al., 2017). In de hierop volgende alinea's zal ik verder ingaan op het fenomeen vergrijzing alsmede de oorzaken en gevolgen hiervan. Dit zal worden gedaan omdat vergrijzing relevant is voor dit onderzoek. Dit is relevant omdat de focus binnen dit onderzoek op ouderen ligt.

1.1.2 Vergrijzing

Vergrijzing is een aspect van een verandering in de bevolkingssamenstelling. Het aantal ouderen in de bevolking stijgt en dit zorgt ervoor dat de gemiddelde bevolkingsleeftijd stijgt. In de tabel hieronder wordt het verwachte aantal mensen van 65 jaar of ouder in Nederland weergegeven in de periode 2018 tot 2060. Ook zijn de relatieve cijfers in percentages van het aandeel ouderen ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking zichtbaar.

Jaartal	2018	2030	2040	2050	2060
Groep 65+ in aantallen	3 239 530	4 226 706	4 791 306	4 754 131	4 786 826
Groep 65+ relatief	18,9	23,6	26,2	25,9	26,0

Tabel 1: Groep 65+ in Nederland (CBS, 2018)

1.1.2.1 Oorzaken van vergrijzing

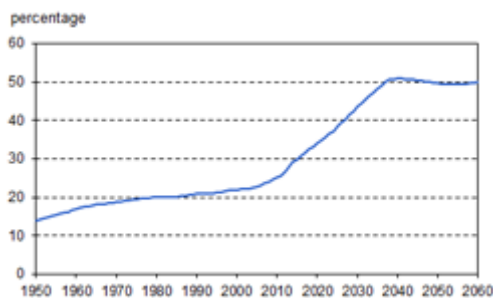
Een belangrijke oorzaak van de vergrijzing van de Nederlandse samenleving is de babyboom direct na de tweede wereldoorlog. De kinderen die toen geboren werden zijn de ouderen van nu. Dit leidt er toe dat er relatief veel ouderen zijn in vergelijking met het aantal Nederlanders van onder de 65 jaar. Een andere oorzaak van vergrijzing is dat de levensverwachting steeds langer wordt, ofwel mensen worden ouder (Stoeldraijer, et al., 2017). De belangrijkste oorzaak voor de stijgende levensverwachting is de daling van sterfte aan hart- en vaatziekten. De daling van deze sterfte wordt veroorzaakt door medische

voortgang, maar ook door een verbeterde leefstijl (De Beer, 2017). Kortom, door deze ontwikkelingen kent de Nederlandse bevolking een relatief groot aantal ouderen.

1.1.2.2 Gevolgen van vergrijzing

1.1.2.2.1 Grijsz druk

Zoals in de vorige alinea beschreven staat, is de verhouding tussen de leeftijdsgroepen in Nederland veranderd. Door deze demografische veranderingen stijgt de grijze druk. De grijze druk is een maatstaaf die aangeeft hoe de groep bewoners van 65+'ers binnen een land zich verhoudt tot de beroepsbevolking. In figuur 1 is de stijging van deze grijze druk zichtbaar tussen de jaren 1950 en 2060. De percentages geven de verhouding 65+ ten opzichte van de bevolking 15 tot en met 64 jaar weer.



Figuur 1: Grijsz druk in Nederland tussen 1950-2050 (CPB, 2011)

Het is relevant om de grijze druk in kaart te brengen, omdat de grijze druk in verband staat met het sociale systeem van Nederland. In Nederland hebben mensen met een leeftijd van boven de 65 jaar recht op een algemene ouderdomswet-uitkering. Dit is de leeftijd waarop mensen met pensioen gaan en over het algemeen dus geen inkomen meer ontvangen voor het verrichten van arbeid. De AOW-uitkering wordt gefinancierd door premiebetalers die jonger zijn dan 65 jaar. Jongeren zijn in dit systeem solidair aan ouderen doordat een deel van hun inkomen besteed wordt aan AOW-uitkeringen (Badir, 2014). Ouderen zelf betalen wel mee aan de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Maar ook hier bestaat een vorm van solidariteit omdat jongeren dezelfde premie als ouderen betalen aan zorg maar dat het gebruik van de zorgverzekeringen aanzienlijk hoger is bij ouderen dan bij jongeren (Badir, 2014). Een stijging van de groep bewoners van 65+'ers heeft invloed op de stijging van de zorgkosten. Deze stijging wordt veroorzaakt doordat mensen met een hogere leeftijd steeds meer zorg nodig zullen hebben. Zij zullen vaker een beroep doen op een zorgverlener en ook zullen de ouderen eerder gebruik maken van intramurale zorg. De (hogere) gezondheidszorgkosten zullen dus door een relatief kleinere groep mensen moeten worden gefinancierd. Het draagvlak is dus kleiner. Om de zorg voor de Nederlandse samenleving betaalbaar te houden is het mogelijk zinvol om te zoeken naar nieuwe efficiënte zorg van hoge kwaliteit.

1.1.2.2.2 Druk op de gezondheidszorg

Naast de uitdaging die de Nederlandse samenleving heeft rondom de financiering van de gezondheidszorg, zijn er uitdagingen rondom de druk op de gezondheidszorg die veroorzaakt wordt door de stijgende zorgvraag. Een belangrijke vraag is hierbij: wie kan de toegenomen zorgvraag leveren? De vraag naar zorgverlening stijgt, dit zou logischerwijs moeten betekenen dat het aanbod van zorgverlening ook zou moeten stijgen. Een stijging in zorgverleners blijft echter uit omdat de Nederlandse politiek bezuinigt op de zorgkosten (De Gier, 2010). De Nederlandse politiek is van mening dat de gezondheidszorgkosten te hoog worden en hierdoor vinden er veel ontslagen en een krimp van personeel plaats binnen de gezondheidszorg. Met name de jonge werknemers zijn hier de dupe van. Als gevolg hiervan ontstaat er dus ook vergrijzing binnen het zorgpersoneel (CBS, 2013). De oudere groep hulpverleners gaan bijna met pensioen en jongeren worden niet aangetrokken tot opleidingen voor een baan in de gezondheidszorg, omdat zij weten dat de baankansen op dit moment slecht zijn. Doordat een kleiner wordende groep zorgverleners een groter aantal zorgvragers moet verzorgen stijgt de werkdruk (Maurits, de Veer & Francke, 2012). De stijgende werkdruk heeft invloed op de geboden zorg, zo heeft zorgpersoneel bijvoorbeeld minder tijd en dit merkt de zorgvrager op. Van de tehuisbewoners vindt 40% dat de verzorging gehaast gebeurt. Ook geeft dit deel van de zorgvragers aan dat zorgverleners onvoldoende tijd hebben voor persoonlijk contact. Ook zorgverleners zijn van mening dat er te weinig tijd is om hun zorgtaken goed uit te kunnen voeren (Tummers, Groeneveld & Lankhaar, 2012). Om de toegenomen vraag naar gezondheidszorg (veroorzaakt door vergrijzing) op te kunnen vangen, kan er worden gezocht naar mogelijkheden voor, innovaties in en veranderingen van de huidige zorg. Het doel hiervan is het creëren van betaalbare en kwalitatief goede zorg die toegankelijk is voor iedereen die hulpbehoevend is. In deze scriptie wordt er ingezoomd op een nieuwe manier van zorg bieden namelijk het betrekken van domotica in de zorg. Er wordt onderzocht hoe domotica wordt beschouwd als een oplossing voor de toenemende vraag naar gezondheidszorg die wordt veroorzaakt door vergrijzing volgens de media. Maar eerst zal er uiteengezet worden wat domotica is, welke verschillende soorten domotica er zijn en wat er vanuit de literatuur reeds bekend is over domotica.

1.1.3 Domotica

1.1.3.1 Definitie

De term ‘domotica’ kent veel verschillende definities. In dit onderzoek wordt de definitie gehanteerd die is ontwikkeld door het kenniscentrum voor wonen en zorg. Deze definitie is als volgt:

‘Domotica is een systeem dat is aangebracht in de eigen woning of in de kamer van een verpleeghuis, verzorgingshuis, instelling voor gehandicaptenzorg of kleinschalig groepswonen. Bestaande uit een combinatie van verschillende, met elkaar communicerende technische componenten. Domotica wordt ingezet met als doel de veiligheid van de cliënt te borgen, ter ondersteuning van de zelfredzaamheid, de communicatie en om het comfort en gemak te verhogen’ (KCWZ, 2012).

1.1.3.2 Toezichthoudende en ondersteunende domotica

Domotica kan onderscheiden worden in toezichthoudende en ondersteunende domotica. Toezichthoudende technologie bestaat uit alarmerings-, signalerings- en beveiligingssystemen. Voorbeelden hiervan zijn: alarmknoppen, uitluistersystemen, valdetectoren, drukmatten, bewegingsmelders en radiografische identificatie chips voor tracering en elektronische toegangsregelingen (Hilbers- Modderman & de Bruijn, 2013). Doordat toezichthoudende domotica wordt gebruikt kunnen patiënten worden gemonitord en hierdoor kan er op een andere manier met insluiting of fixatie van patiënten worden omgegaan. Deze verandering is mogelijk omdat er betere controle plaats kan vinden en er hierdoor minder preventieve middelen vereist zijn. De tweede soort domotica is ondersteunende domotica. Ondersteunende technologie zorgt dat de omgeving actief of passief aangestuurd, bediend of gecontroleerd kan worden en hierdoor kunnen mensen, ondanks een eventuele beperking zelfstandig blijven wonen (Hilbers- Modderman & de Bruijn, 2013). Verschillende taken die voorheen door zorgverleners zouden moeten worden uitgevoerd, kunnen dan door domotica worden uitgevoerd.

1.2 Relevantie

Uit een literatuurstudie van het RIVM bleek dat er in het verleden veel wetenschappelijke onderzoeken zijn gepubliceerd rondom toepassingsmogelijkheden van domotica, zoals pilot studies en onderzoeken naar de effecten en kosteneffectiviteit van domotica (RIVM, 2013). De focus ligt in deze onderzoeken op de ontwikkeling van de technologieën en verlaging van de kosten voor gezondheidszorg door het gebruik van domotica (De Jong & Kunst, 2005). In dit onderzoek wordt echter vanuit een ander perspectief naar domotica in de langdurige zorg gekeken. Er wordt naar langdurige zorg gekeken omdat de focus in dit onderzoek ligt op ouderen en dit vooral de doelgroep is die gebruik maakt van langdurige zorg. De focus ligt meer op de toepasbaarheid van domotica in plaats van op productontwikkeling en informatievoorziening volgens de producent.

Enkele onderwerpen die in het onderzoek nader worden belicht zijn:

- Hoe zal de langdurige zorg door inzet van domotica veranderen?
- Op welke manier zijn ouderen, als belangrijkste doelgroep, betrokken in het veranderproces van de zorg en introductie van domotica?
- Heeft de introductie van domotica in de zorg gevolgen voor de privacy van de ouderen?

Het is belangrijk om te bekijken hoe verschillende belanghebbenden domotica zien en ervaren omdat zij de intrede van domotica in de zorg sterk kunnen beïnvloeden. Belanghebbenden zijn onder andere, ouderen, familie, verzorgend personeel, overheid en producent. Dit zal gedaan worden door krantenartikelen waarin geschreven wordt over domotica te analyseren. Momenteel volgen de ontwikkelingen in de domotica zich snel op en wordt het belang van domotica voor ons als totale samenleving door de producenten sterk benadrukt (De Jong & Kunst, 2005). Het probleem dat ik zie in

deze benaderingswijze is dat de perceptie van domotica door direct belanghebbenden, zoals ouderen en verzorgend personeel onderbelicht blijft. Daarom richt ik me in dit onderzoek speciaal op de wijze waarop media domotica beschrijven als zorgproduct. Dit onderzoek kan dan verschillende perspectieven over domotica in kaart brengen en punten van discussie uitlichten. Hoe zien en ervaren verschillende direct belanghebbenden domotica als product binnen de ouderenzorg? Pas als de vraag naar domotica vanuit de groep ouderen ontstaat en het belang wordt onderkend, zal domotica in de langdurige zorg onderdeel kunnen worden van de Nederlandse gezondheidszorg. Vervolgens kan een goede afweging plaats vinden of de problemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg verkleind kunnen worden en de kosten van de zorg gaan afnemen door gebruikmaking van domotica binnen de langdurige zorg. Er wordt gebruik gemaakt van media omdat dit een middel is die mensen gebruiken om op de hoogte te blijven van maatschappelijke ontwikkelingen en omdat berichtgeving in de media invloed kan hebben op de beeldvorming van lezers (Koopmans, 2016).

1.3 Onderzoeksdoel

In de inleiding is beschreven hoe vergrijzing van de maatschappij invloed heeft op de Nederlandse gezondheidszorg. De grijze druk neemt toe waardoor problemen ontstaan bij het in stand houden van het huidige sociale systeem (Garssen & van Duin, 2007). De stijgende grijze druk wordt veroorzaakt door een toename van het aantal 65+'ers ten opzichte van de groep 20- tot 64-jarigen. Deze laatste groep zal een onevenredig groot deel van de zorgkosten moeten gaan dragen (Badir, 2014). Daarnaast neemt het aanbod van zorgpersoneel steeds verder af als gevolg van een krimpende arbeidsmarkt en besparing op personele kosten in de zorg (De Beer, 2008). Daarom is het van belang dat er aandacht is voor nieuwe manieren van zorg. Een belangrijke, nieuwe toepassing in de zorg zou domotica kunnen zijn. In dit onderzoek wordt de perceptie van verschillende belanghebbenden ten aanzien van domotica belicht. Dit inzicht wordt verkregen door een selectie van krantenartikelen over domotica te verzamelen, te categoriseren en per categorie de belangrijkste conclusies te formuleren en presenteren. Kranten zijn belangrijke communicatiemiddelen en kunnen veel informatie over de toepassingsmogelijkheden van domotica (als antwoord op de problemen binnen de zorg) verstrekken. Vanwege de aard van het medium kunnen lezers door de wijze van berichtgeving ook beïnvloed worden over de toepassing van domotica (Koopmans, 2016). Vanwege de mogelijk gekleurde informatieverstrekking worden de gepresenteerde conclusies uit de verschillende kranten artikelen nader onderzocht en geanalyseerd aan de hand van een vooraf opgesteld theoretisch kader. Het uiteindelijke doel is om een zo compleet en divers mogelijk beeld over domotica in de zorg te presenteren, waarbij kritisch gekeken wordt naar de berichtgeving over domotica door de media. Op deze manier zal uiteindelijk de volgende hoofdvraag beantwoord worden:

Hoe wordt domotica beschouwd als een antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing volgens de media?

Het antwoord op de hoofdvraag zorgt ervoor dat een aspect van domotica (de perceptie van belanghebbenden) wordt belicht dat nog niet eerder uitvoerig belicht is, en dit kan later bruikbaar zijn wanneer in een vervolgonderzoek naar domotica een deelaspect nader en specifiek wordt onderzocht. Met behulp van inzicht in de perceptie ten aanzien van domotica in de zorg kunnen er bewustere keuzes gemaakt worden rondom de intrede van domotica. Er kan beter ingespeeld worden op de vraag naar domotica vanuit ouderen.

1.4 Onderzoeksvragen

Om dit onderzoeksdoel te bereiken zullen er onderzoeksvragen worden beantwoord. De manier waarop de vragen tot stand zijn gekomen zal in de onderzoeksmethode worden beschreven. De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord in dit onderzoek:

Hoofdvraag: Hoe wordt domotica beschouwd als een antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing volgens de media?

1. Welke verschillende meningen van belanghebbenden zien we terug in de media als het gaat om domotica?
2. In welke mate worden de zorgontvanger en zorgverlener door de media betrokken in het verhaal rondom domotica?
3. Hoe veranderen volgens de media de verantwoordelijkheden binnen de zorg als gevolg van de introductie van domotica?
4. Wordt domotica in verband gebracht met de stijgende kosten binnen de zorg, en zo ja hoe?
5. Wordt domotica door de media beschreven als een oplossing voor de toenemende problemen in de langdurige zorg, of wordt de nadruk gelegd op de negatieve kanten van domotica?

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is de inleiding geschreven voor dit onderzoek. In de inleiding wordt de probleemstelling beschreven. Vervolgens wordt de relevantie van het onderzoek benoemd. Ten slotte worden in dit hoofdstuk het onderzoeksdoel en de onderzoeksvragen vermeld.

Daarna volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van het theoretisch kader. In dit hoofdstuk worden verschillende zorgtheorieën besproken.

Hoofdstuk 3 biedt inzicht in de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd en welke onderzoeksmethode is gebruikt.

Hoofdstuk 4 zal de resultaten van het onderzoek weergeven. Dit hoofdstuk zal worden opgesplitst in een presentatie van resultaten alsmede de analyse hiervan.

Vervolgens wordt er in hoofdstuk 5 per deelvraag een conclusie gegeven van de resultaten.

Ten slotte zal er in hoofdstuk 6 een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Daarnaast zal het onderzoek worden geëvalueerd, zullen er suggesties voor vervolgonderzoek worden gegeven en zullen er aanbevelingen worden gedaan.

Hoofdstuk 2: Methode

2.1 Inleiding

2.1.1 *Context van de onderzoeksvraag*

Omdat domotica nog volop in de ontwikkelingsfase zit, is het relatief onbekend (Küsterson, 2016). Toch is wetenschappelijk onderzoek daarover nu al belangrijk. Meer kennis over domotica kan namelijk leiden tot bewuster gebruik ervan in de gezondheidszorg (Hamers, 2011). Het doel van dit onderzoek is dan ook inzicht geven hoe domotica een antwoord kan bieden op de problemen in de gezondheidszorg die veroorzaakt worden door vergrijzing. Om dit doel te bereiken zal er een methode van onderzoek worden gebruikt die aansluit bij de onderzoeksvraag.

De al eerder genoemde onderzoeksvraag luidt: Hoe wordt domotica beschouwd als een antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing volgens de media?

De vraagstelling impliceert dat een methode moet worden gebruikt die uiteindelijk de rol van domotica in de gezondheidszorg kan beschrijven. Omdat wordt gezocht naar een beschrijving van verschillende aspecten binnen domotica, zal kwalitatief onderzoek plaatsvinden, te weten ontdekkend of exploratief onderzoek. Explorerend/verkennd onderzoek is onderzoek dat frequenties, samenhangen en verschillen exploreert (Baarda, et al., 2009). Dit type onderzoek wordt vaak toegepast om nieuwe relaties te ontdekken of nieuwe feiten aan het licht te brengen. Dit sluit goed aan bij het onderwerp van deze scriptie omdat domotica ook een relatief nieuw onderwerp is waar nog niet veel over bekend is. Vooraf aan dit onderzoek waren er dan ook geen theorieën of geformuleerde hypothesen ten aanzien van domotica voorhanden. Door middel van dit onderzoek wordt er dan ook geprobeerd om kennis te vergroten over een maatschappelijke ontwikkeling. Een overkoepelende vraag is bijvoorbeeld hoe domotica een rol kan (gaan) spelen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Doordat er weinig bekend is over de domotica binnen de zorg is het van belang om kleinere onderdelen binnen dit onderwerp te onderzoeken. In dit onderzoek is er voor gekozen om te verkennen welk beeld er vanuit de media wordt gegeven over domotica in gezondheidszorg. Door explorerend onderzoek zal er uiteindelijk een zo compleet en divers mogelijk beeld worden gegeven rondom domotica. De uitkomsten van dit onderzoek zouden aanknopingspunten kunnen bieden voor verder onderzoek. Door voort te bouwen op voorgaande onderzoeken kan de kennis alsmaar worden vergroot en uiteindelijk zal er gewerkt kunnen worden aan het beantwoorden van belangrijke vraagstukken rondom domotica zoals welke rol domotica binnen de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten hebben. Besloten is om binnen dit onderzoek een methode te gebruiken die kwalitatief van aard is, waarna bedacht is hoe benodigde data verzameld kunnen worden. Er is gekozen voor een kwalitatieve methode omdat dit onderzoek een verkennend onderzoek is waarbij er wordt gezocht naar verschillende meningen en percepties van belanghebbenden. Er wordt een beschrijving gegeven van de inhoud van krantenberichten en deze berichten worden geanalyseerd aan

de hand van verschillende theorieën. Verschillende meningen en percepties worden in kaart gebracht en er wordt geprobeerd hier betekenis aan te geven door de inhoud te analyseren. Het is daarom belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan op een manier waarbij er ruimte is voor interpretaties en waarbij er wordt gezocht naar betekenissen van inhoud. Kortom, door kwalitatief onderzoek uit te voeren kan er verkennend worden gekeken naar een relatief nieuw onderwerp en is er ruimte voor het interpreteren van de verkregen informatie. Hierdoor kan er een compleet beeld worden geschetst van verschillende perspectieven van belanghebbenden over domotica.

2.1.2 Onderzoeksmethode

Maatschappelijke ontwikkelingen komen vaak in de media aan bod. Mensen maken gebruik van de media om van ontwikkelingen binnen de maatschappij op de hoogte te blijven. Een vorm van media die met name door ouderen vaak wordt gebruikt is de krant. In deze scriptie wordt er daarom gericht op krantenartikelen. Het is belangrijk dat er naar de media wordt gekeken omdat de manier waarop berichtgeving plaats vindt invloed kan hebben op de beeldvorming van ouderen op dit onderwerp (Koopmans, 2016). In krantenartikelen wordt regelmatig geschreven over domotica in de zorg. Deze krantenartikelen worden dan met name gelezen door de groep 50-plussers in Nederland. De groep ouderen houdt vast aan de klassiekere verschijningsmiddelen van mediagebruik terwijl jongeren tegenwoordig meer aandacht besteden aan sociale media. Van de 65-plussers leest 8 op de 10 mensen de krant (Sonck & Haan, 2015). Krantenartikelen zijn een gestructureerd en overzichtelijk soort onderzoeksmateriaal (Wester, 2003). Krantenartikelen geven informatie weer, geschreven door Nederlandse auteurs, die wordt gelezen door Nederlandse personen. De artikelen hebben invloed op de perceptie en evaluatie van lezers (Sanders, 2010). Dus als mensen krantenartikelen over domotica lezen dan zal dit hun perceptie ten aanzien van domotica beïnvloeden. Een reden waarom mensen meer beïnvloed worden door berichtgeving in kranten is een verandering in de wijze van berichtgeving ofwel, de informalisering van nieuws (Vis, 2011). Vis (2011) concludeerde dat er sprake is van informalisering door de subjectiviteit in krantenartikelen te bestuderen. De informalisering was volgens haar vooral zichtbaar aan de citaten uit krantenartikelen, deze komen steeds meer uit allerlei verschillende lagen van de bevolking. Door deze informalisering komt 'de gewone mens' in het nieuws meer centraal te staan. Door het centraal stellen van de lezer wordt de betrokkenheid vergroot, doordat zij zich meer met het nieuws kunnen identificeren (RMO, 2003). Daarnaast is de berichtgeving in krantenartikelen veranderd door het ontstaan van een andere verwachting over journalisten. Er wordt van hen een rapportage van nieuwsfeiten en een interpretatie hiervan verwacht. Hierbij verschuift het referentiepunt van het object, het nieuws, naar het subject, namelijk de journalist en zijn bronnen (Johnson, 1971). De veranderende verwachting van de journalist en de informalisering van het nieuws zijn beide gegevens die tevens zichtbaar zullen zijn in de artikelen in dit onderzoek. Berichten zullen meer interpretaties van journalisten bevatten en ook zal de betrokkenheid van de gewone burger groter zijn geworden (RMO, 2003). Het is belangrijk dat er bewustwording wordt gecreëerd over de wijze waarop lezers

geïnformeerd worden via krantenberichten en dat er kritisch gekeken wordt waar subjectiviteit van berichtgeving zichtbaar is en waarom er bijvoorbeeld citaties van bepaalde actoren worden gebruikt, omdat dit een manier is waarop mensen worden beïnvloed en dit invloed kan hebben op de perceptie van lezers over domotica. Lezers en luisteraars verbinden continu informatie-eenheden, die afkomstig zijn van andere sprekers aan hun eigen percepties en evaluaties (Sanders 2010). Journalisten hebben dan ook invloed op percepties en evaluaties van lezers door de manier waarop zij informatie verzamelen, bewerken en verspreiden (Van Gorp, 2004). De journalist en de redactie van de krant bepalen mede de identiteit van een artikel. Zo zijn er kwaliteitskranten en populaire kranten, die beiden op verschillende manieren hetzelfde nieuws publiceren. Geconcludeerd kan worden, dat verschillende media op verschillende wijze nieuws presenteren, waardoor verschillen in beeldvorming bij lezers ontstaan (Asscher, et al., 2006).

In dit onderzoek zal er een content analyse worden uitgevoerd. Door op basis hiervan een content analyse te maken, kan op een empirische manier onderzoek worden gedaan naar de rol van domotica volgens de media. Een content analyse is een onderzoeksmethode voor het bestuderen van documenten. In deze interpretatieve methode staat de reconstructie van de betekenisstructuur centraal. Er wordt getracht te achterhalen welke betekenis een bepaalde tekst heeft. Bij een content analyse ontstaan de data buiten de onderzoeker om. Bij interviews heeft een onderzoeker invloed op het gesprek, maar bij krantenartikelen is daarvan geen sprake (Neuendorf, 2016). Door krantenartikelen als data te gebruiken heeft de onderzoeker dus geen invloed op het ontstaan van de data omdat die door journalisten tot stand zijn gekomen. De consequentie hiervan is dat er vanuit de onderzoeker geen controle over de totstandkoming van de data heeft. Bij een content analyse van mediamateriaal gaat het niet om het onderzoek naar de juiste betekenis van de inhoud. Het uitgangspunt is een bepaalde onderzoeksvraagstelling. Een inhoudsanalyse is dus een selectieve lezing van materiaal vanuit een bepaalde vraagstelling (Wester, 2003). In deze scriptie is de hoofdvraag: Hoe wordt domotica beschouwd als een antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing volgens de media? Ik kijk hierbij naar vier verschillende aspecten. Na het bekijken van de vier verschillende aspecten zal er in de vijfde deelvraag een overkoepeling van de resultaten worden gegeven. Het eerste aspect zal gaan over verschillende meningen die beschreven staan in de krantenartikelen over domotica. Er wordt hierbij gekeken naar meningen van verschillende belanghebbenden. Door dit aspect zal helder worden welke opinies er zijn ten aanzien van domotica. Het tweede aspect waarnaar wordt gekeken in de krantenartikelen is de betrokkenheid bij domotica van ouderen en zorgverleners. Er zal in de krantenartikelen worden gekeken op welke manier er geluisterd wordt naar deze belanghebbenden, welke activiteiten er worden uitgevoerd om deze belanghebbenden te betrekken bij het onderwerp en in welke mate er op dit moment betrokkenheid is van ouderen en zorgverleners. Het derde aspect waar naar wordt gekeken omvat veranderingen van de zorg door domotica en verschuivingen van verantwoordelijkheden. Er zal gekeken worden in krantenartikelen

welke praktische veranderingen er volgens belanghebbenden plaats zullen vinden bij de intrede van domotica in de zorg. Daarnaast zal er worden gekeken hoe verantwoordelijkheden voor het leveren en ontvangen van zorg veranderen. Het laatste perspectief dat wordt bekeken in de krantenartikelen is gericht op economische gevolgen die domotica zal hebben op de gezondheidszorgkosten. Nadat de inhoud van de krantenartikelen bekeken is aan de hand van de verschillende perspectieven zullen zij betekenis krijgen door ze te verbinden met een interpretatiekader. Dat is in dit onderzoek het hierna te bespreken theoretisch kader. Op deze manier wordt gereconstrueerd hoe domotica in krantenartikelen wordt beschouwd als een oplossing voor de problemen binnen de gezondheidszorg en vertaald naar wetenschappelijke kennis. Deze reconstructie ontstaat door het analyseren van berichtgeving op een gestructureerde manier. Er wordt bewust naar kenmerken binnen een bericht gekeken (Wester, 2003). In dit onderzoek wordt er zoals hiervoor genoemd gekeken naar vier verschillende aspecten in de krantenartikelen. Om deze aspecten te herkennen in de krantenartikelen zijn er kernwoorden gebruikt die als aanknopingspunt voor het aspect kunnen dienen. Hieronder zal er per perspectief worden aangegeven welke kernwoorden ze bevatten.

Perspectief 1: Meninge, opinies, standpunten, visies en denkbelden.

Perspectief 2: Betrokkenheid, participatie.

Perspectief 3: Veranderingen, verschuivingen, verantwoordelijkheden, aanpassing, hervorming, verplaatsing, verbetering, overgang, aansprakelijkheid, schuld, verantwoording.

Perspectief 4: Economie, financieel, kosten, opbrengsten, gevolgen, efficiëntie.

Zoals beschreven komt het materiaal buiten de onderzoeker tot stand. De onderzoeker verzamelt bestaande data. Dit heeft als voordeel dat de onderzoeker geen invloed heeft op de data. Een nadeel hiervan is dat de onderzoeker geen invloed heeft op de hoeveelheid berichtgeving, waarin het onderwerp wordt beschreven. Als onderzoeker ben je afhankelijk van de hoeveelheid berichtgeving die in kranten wordt geplaatst (Wester, 2003).

Een ander voordeel van krantenartikelen is dat het een product is van de Nederlandse samenleving en voor deze samenleving is bedoeld. Daardoor zegt het iets over de sociaal-culturele situatie van een land. Doordat krantenartikelen worden opgeslagen in archieven, kan ook naar sociale en culturele veranderingen en verschuivingen worden gekeken (Wester, 2003).

2.2 Dataverzameling

In dit onderzoek worden krantenartikelen over domotica in de gezondheidszorg geanalyseerd. In krantenartikelen is een grote hoeveelheid data beschikbaar over domotica. Zoals eerder uitgelegd worden in kranten onderwerpen op verschillende wijzen gepresenteerd en er in dit onderzoek een compleet beeld over domotica tot stand moet komen is het belangrijk dat er verschillende soorten kranten meegenomen worden in dit onderzoek. Voor een compleet beeld, waarbij verschillende soorten

kranten en nieuwsbladen betrokken zijn, is het belangrijk dat er toegang is tot een groot aantal artikelen uit verschillende kranten. Lexis Nexis is een databank die alle artikelen van verschillende kranten, weekbladen en berichten van persbureaus online verzamelt en deze databank wordt in dit onderzoek gebruikt. Binnen de databank kan systematisch gezocht worden naar bepaalde artikelen. Dit onderzoek omvat uitsluitend Nederlandse artikelen, die terug te vinden zijn in Lexis Nexis, omdat de onderzoeksvraag over domotica alleen de Nederlandse gezondheidszorg betreft. Nadat een eerste zoekopdracht uitwees dat maar een beperkt aantal artikelen was terug te vinden, is er uiteindelijk geen grens aan de publicatiedatum gesteld zodat een groter aantal artikelen kan worden geanalyseerd. Binnen Lexis Nexis is op 17 oktober 2016 een zoekopdracht gegeven met de zoektermen: Domotica en gezondheidszorg. De zoekopdracht heeft 125 artikelen opgeleverd, die alle secuur zijn doorgelezen. Dubbele artikelen en artikelen zonder samenhang tussen domotica en gezondheidszorg zijn verwijderd. Uiteindelijk zijn 61 verschillende artikelen geanalyseerd, afkomstig uit Algemeen Dagblad, het ANP, BN de Stem, Brabants Dagblad, Cobouw, Dagblad De Limburger, Dagblad van het Noorden, De Gelderlander, De Gooi- en Eemlander, De Stentor, De Volkskrant, Eindhovens Dagblad, Elsevier, Het Financiële Dagblad, Het Parool, Leidsch Dagblad, Nederlands Dagblad, Noord-Hollands Dagblad, Provinciale Zeeuwse Courant, Reformatorisch Dagblad, De Telegraaf, Trends, Trouw, Twentse Courant Tubantia, Veluws Dagblad, Weijers en de Provinciale Zeeuwse Courant. In de appendix is een overzicht gegeven van de in het onderzoek betrokken artikelen. Hierbij zijn de auteur, naam van de krant, de datum van publicatie en de titel van het artikel zichtbaar.

2.3 Methode van analyse

Nadat de dataverzameling compleet was (stap 1), zijn de verzamelde teksten systematisch doorgenomen. Vervolgens is door het nemen van drie vervolgstappen dit onderzoek tot stand gekomen. De stappen 2, 3 en 4 worden in de volgende sectie uitvoerig beschreven. In het kort bestaat stap 2 uit het labelen van de inhoud van de artikelen aan de hand van de uitgangspunten van Semetko en Valkenburg (2011). Deze uitgangspunten zullen in de alinea hierna worden uitgelegd. Stap 3 zal bestaan uit het analyseren van de inhoud die in stap 2 is vergaard. In deze fase zal de inhoud van de krantenartikelen geanalyseerd worden aan de hand van verschillende theorieën die worden beschreven in het theoretisch framework. In de laatste stap zal er worden gereflecteerd op deze analyse en zal er een evaluatie van de onderzoekswijze worden gedaan.

- **Stap 2: Labelen van inhoud aan de hand van de frames van Semetko en Valkenburg (2012).**

De gevonden artikelen zijn doorgenomen en handmatig gelabeld door het arceren van stukken tekst in diverse kleuren. Om de grote hoeveelheid tekst te kunnen labelen is er gebruik gemaakt van de vijf frames van Semetko en Valkenburg (2012). Er is gekeken welke inhoud van de artikelen passend is bij de verschillende frames. De vijf frames van Semetko en Valkenburg zijn: conflict,

human interest, responsibility, economic consequences en morality (2012). Er is voor deze frames gekozen omdat deze vaak worden gebruikt bij onderzoeken naar maatschappelijk ontwikkelingen (Gorp, 2006). In de tabel hieronder zijn de frames opgesomd en is er een omschrijving van het frame gegeven.

Tabel 2: Vijf uitgangspunten met bijbehorende stellingen (Semetko en Valkenburg, 2011).

<p>Conflict</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het artikel geeft onenigheid tussen partijen/individuen/groepen/landen weer. - De partijen/individuen/groepen/landen in het artikel verwijten elkaar. - Het artikel geeft meerdere kanten van eenzelfde probleem/onderwerp weer. - Het artikel spreekt over winnaars en verliezers.
<p>Human interest</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het artikel geeft een menselijk voorbeeld bij ‘een menselijk’ gezicht aan het onderwerp. - Het artikel maakt gebruik van bijvoeglijke naamwoorden of persoonlijke kenschetsten die betrekking hebben op belediging, empathie, sympathie of medelijden. - Het artikel legt nadruk op hoe het probleem/ onderwerp individuen of groepen raakt. - Het artikel duikt in het privéleven of de persoonlijke omstandigheden van de actoren. - Het artikel bevat visuele informatie die gevoelens van belediging, empathie, sympathie of medelijden kan opwekken.
<p>Responsibility</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het artikel suggereert dat (een onderdeel van) de overheid het probleem kan verzachten. - Het artikel suggereert dat (een onderdeel van) de overheid verantwoordelijk is voor het onderwerp/probleem. - Het artikel veronderstelt dat het probleem dringend om actie vraagt.
<p>Economic Consequences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het artikel refereert aan financiële winst of financieel verlies, recent of in de toekomst. - Kosten en investeringen worden behandeld in dit artikel. - Het artikel bevat de economische gevolgen van het wel of niet vervolgen van de handelswijze.
<p>Morality</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het artikel bevat sociale voorschriften over gewenst gedrag. - Het artikel bevat een morele boodschap - Het artikel refereert op moraal, God, of andere religieuze leiders en concepten/grondinstellingen.

De frames van Semetko en Valkenburg zijn gebruikt omdat ze goed aansluiten bij de onderzoeksvragen. De vijf deelvragen sluiten aan bij de vijf verschillende frames. Het is hierdoor mogelijk om verschillende aspecten van domotica zoals, het kostenaspect en verantwoordelijkheidsaspect te betrekken in dit

onderzoek. Het is waardevol dat er verschillende aspecten van domotica worden belicht door het gebruik van de frames omdat dit een compleet en divers beeld zal opleveren en dat er veel informatie uit de krantenartikelen kan worden gebruikt doordat de tekstfragmenten dan sneller binnen een frame passen. In tabel 3 is zichtbaar hoe de verbinding van de deelvragen aan de frames is gemaakt. Naast de goede aansluiting van de frames op de deelvragen, zijn de frames van Semetko en Valkenburg generiek, wat betekent dat ze te gebruiken zijn bij verschillende onderwerpen in mediaberichtgeving (De Boer & Brennecke, 2014). Het is dan ook mogelijk om de domotica-berichtgeving te plaatsen binnen deze frames. De berichten zijn geanalyseerd op vooraf vastgestelde frames en daarom is er sprake van deductief framing onderzoek (Van Gorp, 2004, 2007). Bij een deductieve methode wordt er gefocust op wat er rechtstreeks in de teksten waarneembaar is. Een voordeel van de deductieve methode is dat het onderzoek hierdoor bij verschillende onderzoekers dezelfde resultaten zou moeten opleveren (Gorp, 2006). Nadat de artikelen zijn ondergebracht bij één van de vijf frames, wordt gestart met het axiaal labelen. Hierbinnen worden de fragmenten binnen dezelfde labels met elkaar vergeleken. Er worden overeenkomsten en verschillen gezocht binnen de artikelen (Van Staa & Evers, 2010). Dit deel van de analyse zal inzichtelijk gemaakt worden in het hoofdstuk waarin de resultaten worden gepresenteerd.

Tabel 3: Koppeling van frame Semetko en Valkenburg (2012) aan deelvragen van dit onderzoek.

Frame Semetko en Valkenburg (2012)	Bijbehorende deelvraag
Conflict	Deelvraag 1 Welke verschillende meningen van belanghebbende zien we terug in de media als het gaat om domotica?
Human interest	Deelvraag 2 In welke mate worden zorgontvanger en zorgverlener door de media betrokken in het verhaal rondom de media?
Responsibility	Deelvraag 3 Hoe veranderen verantwoordelijkheden binnen de zorg volgens de media?
Economic Consequences	Deelvraag 4 Wordt domotica in verband gebracht met de stijgende kosten binnen de zorg, en zo ja, hoe?
Morality	Deelvraag 5 Wordt domotica door de media beschreven als een oplossing voor de ontwikkelingen, of wordt de nadruk gelegd op de negatieve kanten van domotica?

- **Stap 3: Analyse van de resultaten.**

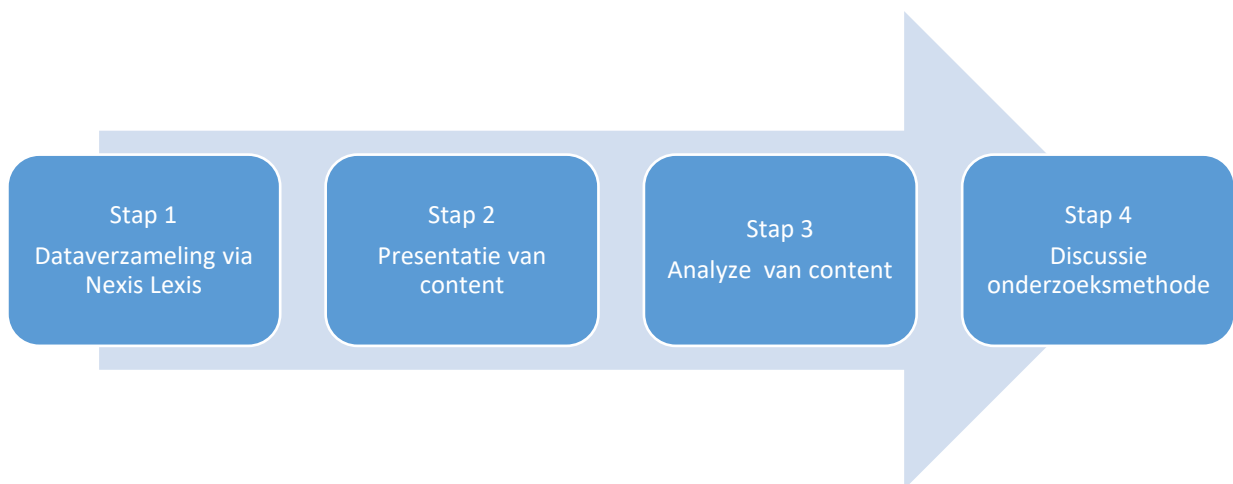
Er wordt een analyse gemaakt van de bevindingen op basis van de krantenartikelen. Hierin wordt een koppeling gemaakt tussen de artikelinhoud en het theoretisch kader van dit onderzoek. Bekeken wordt hoe verschillende concepten uit de zelfzorgtheorie, zorgethiek en de salutogenese benadering aansluiten op de artikelen. Door deze theorieën te betrekken, kan er kritisch gekeken worden naar de mate waarin domotica als oplossing beschouwd zou kunnen worden volgens de media. Daarnaast wordt in deze stap kritisch gereflecteerd op de manier waarop de teksten gekaderd zijn. Hierbij wordt naar samenhang gekeken tussen auteurs, kranten en inhoud, bijvoorbeeld welke onderwerpen krijgen binnen domotica veel aandacht, welke citaten worden geplaatst en van wie zijn deze afkomstig.

Kortom, de resultaten van dit onderzoek worden op 2 manieren beschreven in dit onderzoek; een presentatie van de inhoud van de artikelen aan de hand van de vijf frames/onderzoeksvragen, en een

analyse van deze bevindingen aan de hand van het theoretisch kader, waarbij kritisch wordt gekeken naar percepties en meningen die worden weergegeven in de krantenartikelen. Hierdoor kan de hoofdvraag worden beantwoord.

- **Stap 4: Discussie onderzoek(methode).**

Binnen deze stap wordt er gericht op een evaluatie van het onderzoek. Ten eerste zal de onderzoeksvraag worden beantwoord. Vervolgens zal de manier van onderzoek doen worden geëvalueerd. Hierbij zal een beschouwing worden gemaakt van de kwaliteit van dit onderzoek. Er zal worden ingegaan op de reproduceerbaarheid van het onderzoek en ook worden er aandachtspunten beschreven die de resultaten van dit onderzoek beïnvloed zouden kunnen hebben. Vervolgens worden er aanbevelingen tot vervolgonderzoek geschreven. Ten slotte zullen er aanbevelingen worden gedaan die betrekking hebben op de onderzoeksresultaten. In de figuur hieronder zijn de verschillende onderdelen van dit onderzoek op chronologische volgorde weergegeven.



Figuur 2: Vier stappen die in het onderzoek genomen zijn tot het eindproduct.

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden verschillende theorieën en ideeën over zorg en gezondheid beschreven. Een beschrijving van deze theorieën en ideeën is zinvol omdat deze de wetenschappelijke basis vormt voor dit onderzoek (Van Zwieten & Willems, 2004). Dit zorgt ervoor dat de analyse van de resultaten wetenschappelijk verantwoord is en dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Van Zwieten & Willems, 2004). Het doel van dit theoretisch kader is het bieden van een wetenschappelijk fundament dat bruikbaar is voor het analyseren van de resultaten. In dit theoretisch kader worden de volgende drie theorieën/benaderingen uitgewerkt:

3.1 Zelfzorgtheorie

3.2 Zorgethiek

3.3 Salutogenese

Gezondheid en zorg zijn onderwerpen waar veel onderzoek naar wordt gedaan (Nivel, 2017). Tevens is onderzoek verricht naar de samenhang tussen gezondheid en zorg (Van Oers, 2002). Er zijn verschillende theorieën bekeken die betrekking hebben op gezondheid en zorg. Er is hierbij gekeken welke theorieën bruikbaar zouden kunnen zijn binnen dit onderzoek en hoe deze gereflecteerd zouden kunnen worden op domotica. Uiteindelijk is er gekozen om de zelfzorgtheorie, zorgethiek en salutogenese op te nemen in deze scriptie omdat het op verschillende manieren raakvlakken zou kunnen hebben met domotica en omdat de theorieën verschillend van elkaar zijn waardoor het meer verschillende aanknopingspunten zou kunnen hebben met domotica en hierdoor iedere theorie een verschillende functie zou kunnen hebben binnen dit onderzoek. Door het opnemen van de zelfzorgtheorie (Orem, 1995) wordt ingezoomd op de totstandkoming van een zorgvraag. Bij de beschrijving van de totstandkoming van een zorgvraag komen begrippen zoals zelfzorg en zelfzorgbehoeften aan bod. In de zelfzorgtheorie wordt ook gekeken naar de verantwoordelijkheid rondom het herkennen en kenbaar maken van behoefte aan zorg. Ten slotte komt de fase aan bod waarin er tot actie wordt overgegaan door zorgverleners. Dit wordt het verpleegkundig handelen genoemd in de theorie. Nadat de zorgvraag en verantwoordelijkheid beschreven zijn in deze scriptie, wordt er gekeken in hoeverre domotica in lijn is met het geïntegreerd zorgproces van Tronto. Er wordt gekeken naar de voorwaarden waar goede zorg aan zou moeten voldoen. Om de voorwaarden van goede zorg weer te geven, wordt de zorgethiek van Tronto beschreven (Tronto, 1993). Deze stroming binnen de ethiek richt zich op de manier waarop het zorgproces zou moeten verlopen. Het proces begint met het herkennen van de zorgvraag en eindigt met de evaluatie van de geboden zorg. Een centrale vraag binnen deze theorie is: wat is goede zorg? Ten slotte wordt het inzicht in de zorgvraag en het zorgproces gekoppeld aan salutogenese. Salutogenese is een benadering ten aanzien van gezondheid die op dit moment veel aandacht krijgt. Binnen deze benadering wordt op zoek gegaan naar de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en naar de factoren die het zogenaamde goede leven

bevorderen (Vaandrager & Koelen, 2011). Uiteindelijk zal het theoretisch kader wetenschappelijke kennis vergaren over vragen zoals:

- Wat leidt ertoe dat er zorgbehoeften zijn?
- Wie moet deze behoeften naar zorg herkennen/ kenbaar maken?
- Wie is verantwoordelijk voor de actie op de zorgvraag?
- Wat zijn voorwaarden voor goede zorg?

Antwoorden op deze vragen bieden inzicht in gezondheid en zorg benaderingen. Dit inzicht is belangrijk omdat er in dit onderzoek naar domotica binnen de zorg wordt gekeken. Er kan door het gebruik van theorieën kritisch worden gereflecteerd op berichtgeving over domotica. Door tekstfragmenten uit de krantenartikelen te verbinden met de theorieën kan er een analyse worden gemaakt. Er kan worden gekeken in hoeverre uitspraken in krantenartikelen in lijn zijn met de bestaande theorieën die worden besproken in dit hoofdstuk. Iedere theorie zou aan kunnen sluiten bij verschillende aspecten binnen domotica. De zelfzorgtheorie zou ondersteuning kunnen bieden bij het analyseren van aspecten zoals zelfredzaamheid, zelfstandigheid en de opvang van zelfzorgtekorten door domotica. De zorgethiek zou bruikbaar kunnen zijn bij de toetsing in hoeverre domotica als goede zorg zou kunnen worden beschouwd en in hoeverre het zorgproces vervangbaar kan zijn door domotica. Verder kunnen begrippen vanuit de zorgethiek zoals: vertrouwen, privacy, gelijkheid, autonomie en de erkenning van een uniek individu worden betrokken bij het analyseren van de krantenartikelen. Ten slotte zou de salutogenese benadering bruikbaar kunnen zijn bij de beschouwing van aspecten zoals positieve gezondheid, bevordering van eigen regie en optimale benutting van eigen krachten.

3.1 Zelfzorgtheorie

Autonomie en zelfbeschikking worden tegenwoordig als waarden beschouwd die belangrijk zijn om na te streven in het leven (De Duin, 2010). Niemand is graag afhankelijk van andere mensen (Orem, 1995). Vanwege gezondheidsredenen kan het echter lastig zijn om als een autonoom persoon door het leven te gaan. De wens om als een autonoom en zelfstandig persoon door het leven te gaan, wordt dan moeilijk te verwezenlijken en hierdoor ontstaat er mogelijk een innerlijk conflict. Het innerlijke conflict zal moeten worden omgevormd naar een vorm van acceptatie van hulpbehoevendheid (Orem, 1995). Men zal moeten accepteren dat een zelfstandig leven niet meer mogelijk is en dat er zorg gevraagd moet worden. In de zelfzorgtheorie van Dorothea Orem wordt er gefocust op zelfzorg (Orem, 1995). In deze theorie wordt de vraag gesteld wat ervoor zorgt dat iemand zorg nodig heeft en hoe een zorgvraag ontstaat.

De zelfzorgtheorie bestaat uit drie concepten die in deze paragraaf zullen worden beschreven, namelijk:

3.1.1. Zelfzorg

3.1.2. Zelfzorgtekort

3.1.3. Verpleegkundig handelen

3.1.1. Zelfzorg

Bij zelfzorg wordt ervan uitgegaan dat mensen een gezond leven nastreven. Er wordt binnen dit concept gekeken naar de behoeften voor een goed leven waarin men zich kan ontwikkelen. Om ontwikkeling plaats te laten vinden is zelfzorg vereist. Zelfzorg kan in drie categorieën van zelfzorgbehoeften worden onderscheiden. De eerste zijn de universele zelfzorgbehoeften (Orem, 1995). Dit zijn de voor ieder mens geldende behoeften zoals lucht, voedsel, vocht en uitscheiding. De tweede categorie zijn de ontwikkelingsbepaalde zelfzorgbehoeften. Deze worden bepaald door de levensfase waarin iemand zich bevindt en de ontwikkeling die in deze fase wordt doorgemaakt. De derde zijn de gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften (Orem, 1995). Dit zijn behoeften die samenhangen met ziekte en medische zorg en behandeling. Een voorbeeld is het leren omgaan met een handicap of ziekte. De gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften zijn tijd- en context gebonden (Evers, 1998). Een gebroken arm of zwangerschap kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat iemand tijdelijk niet in staat is voor zichzelf te zorgen. De zorgbehoefte is in dat geval tijdelijk en wordt als het ware aangepast aan wat men op dat moment kan. Door een specifieke invulling te geven aan de zorgbehoeften, kan er worden beoordeeld of dit zelfstandig haalbaar is (Brouns, 1996). Het gaat om de vraag welke zorg iemand zichzelf moet geven en of deze persoon hiertoe in staat is. Dit wordt aangeduid met het begrip zelfzorgvermogen.

Zelfzorgvermogen kan worden onderverdeeld in twee hoofdonderdelen. De hoofdonderdelen zijn vermogen en zelfzorgverrichtingen (Evers, 1998). Vermogen bestaat uit de volgende tien componenten (Evers, 1998):

1. Aandacht en waakzaamheid
2. Kennisverwerving
3. Redeneren
4. Motivatie
5. Besluitvorming
6. Gecontroleerd gebruik van energie
7. Lichaamscontrole
8. Repertoire van vaardigheden
9. Prioritering
10. Integratie

Het tweede onderdeel is zelfzorgverrichtingen. Orem onderscheidt hierin drie groepen: beoordelen, beslissen en uitvoeren (Orem, 1995). Beoordelen is gericht op het onderzoeken van interne en externe condities die van belang zijn voor zelfzorg. Met interne condities worden condities bedoeld die bij het individu zelf aanwezig zijn. Externe condities richten zich op milieu en omgeving. Er moet worden beoordeeld wat de betekenis is van deze condities en hoe belangrijk de condities zijn voor het overleven, gezondheid, welbevinden en ontwikkeling. Ten slotte moet bepaald worden hoe de condities in stand kunnen worden gehouden of worden verbeterd. Bij het beslissen moet er worden gekozen welke zelfzorg er wordt uitgevoerd en in welke volgorde. Het laatste onderdeel is de uitvoering (Evers, 1998). Hier wordt de zelfzorgverrichting uitgevoerd en wordt er gekeken naar het effect. Ten slotte wordt er gekeken of moet worden doorgedaan met de verrichting of dat deze wordt gestopt. Samengevat kan het zelfzorgvermogen worden beschouwd als het kunnen zorgen voor zichzelf. In dit kunnen zijn factoren verweven die aangeleerd zijn. Zo is er in de lijst hierboven bijvoorbeeld het begrip vaardigheden en kennis opgenomen. Vaardigheden en kennis zijn niet aangeboren, deze zijn aangeleerd. De mogelijkheden en het in staat zijn om dingen aan te leren, zijn voor iedereen verschillend. Daarom kan het zelfzorgvermogen per persoon anders zijn en ontstaan verschillen tussen mensen. Voor bijvoorbeeld het verzamelen van kennis is educatie belangrijk. De toegang tot educatie is niet voor iedereen gelijk. Dit leidt er toe dat er door ongelijke toegang tot educatie gezondheidsverschillen kunnen ontstaan. Naast dat zelfzorgvermogen persoon en omgeving gebonden is, is het ook context gebonden. Het zelfzorgvermogen kan tijdelijk veranderen doordat een persoon voor een bepaalde periode zijn zelfzorgvermogen heeft verloren. Er kan dan bijvoorbeeld worden gedacht aan een zwangerschap of gebroken arm (Evers, 1998). Tijdens deze periode zal het zelfzorgvermogen worden beïnvloed. Nadat de desbetreffende persoon bevallen is of is hersteld van de blessure zal het zelfzorgvermogen weer worden vergroot.

3.1.2 Zelfzorgtekort

Er is sprake van een zelfzorgtekort als de zelfzorgbehoefte groter is dan het zelfvermogen. Dit houdt in dat het vermogen om zelfzorg te verrichten niet groot genoeg is om de behoefte te vervullen. De kloof tussen zelfzorgbehoefte en het vermogen zal moeten worden gedicht. Volgens Orem (1995) kan dit zelfzorgtekort ontstaan door zelfzorgbeperkingen. Een beperking in de zelfzorg is een belemmering voor iemand om iets voor elkaar te krijgen. In deze beperkingen zijn drie categorieën te onderscheiden. Er kunnen beperkingen zijn in het kennen en weten, in oordeel- en besluitvorming en in resultaat opleverend of productief gedrag (Orem, 1995). Als er een zelfzorgtekort is, dan dit kan vervolgens worden opgevangen door zorg van anderen. Het is hierbij belangrijk dat er een diagnose gesteld wordt waarbij de zelfzorgtekorten worden omschreven, zodat bepaald kan worden hoe iemand verzorgd moet worden. Hierin kunnen de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van verpleegkundigen verschillende vormen aannemen. Orem (1995) spreekt voornamelijk over verpleegkundigen als

zorgverlener. Echter ligt in dit onderzoek de focus niet alleen op verpleegkundigen maar op zorgverleners in het algemeen.

3.1.3 Verpleegkundig handelen

Wanneer verpleging wordt ingeschakeld om het zelfzorgtekort op te vangen, kan dit op verschillende niveaus worden gedaan (Orem, 1995). Het kan zijn dat een ondersteunende rol van verpleging genoeg is om het zelfzorgtekort te compenseren. In andere gevallen is er een groot zelfzorgtekort en zal ondersteuning niet genoeg zijn. Een verpleegkundige zal dan taken overnemen en tijdelijk zal een deel van de zelfzorg in handen van de verpleging komen. Nadat geconstateerd is dat iemand zorg nodig heeft en op welke manier, is het belangrijk dat er actie wordt ondernomen. Er zal een plan moeten worden gemaakt voor wanneer er welke zorg wordt geleverd. Wanneer deze zorg van goede kwaliteit is, kan het zelfzorgtekort goed opgevangen worden door verpleging.

Toepassing op dit onderzoek

De reden om de zelfzorgtheorie op te nemen in dit theoretisch kader is de manier waarop zelfzorg binnen het zorgproces wordt geplaatst. Zelfzorg wordt als basis en centraal kernpunt gezien van een zorgproces. Zelfzorg wordt in deze theorie belangrijk gevonden omdat de mens gezien wordt als een wezen die van nature voor zichzelf wil en kan zorgen (Orem, 1995). Het beoogde doel van domotica in de zorg is het uitbreiden van zelfstandigheid. Door domotica zouden mensen minder zorgafhankelijk moeten worden en langer een zelfstandig leven kunnen leiden (Van der Gugten & Noorderruimte, 2017). Hierdoor lijkt het erop dat domotica aansluiting vindt bij de zelfzorgtheorie, omdat domotica gericht is op het optimaliseren van zelfzorg en zelfstandigheid. In dit onderzoek zal worden gekeken in hoeverre de media domotica presenteren als een type zorg dat aansluit bij de kernwaarden van de zelfzorgtheorie. Er zal worden gekeken hoe domotica in de media wellicht bruikbaar kan zijn bij het signaleren van een zelfzorgtekort. Tevens kan worden gekeken naar de invloed die domotica op het zelfzorgtekort kan hebben volgens de media en hoe domotica gezien kan worden binnen het concept van verpleegkundig handelen.

3.2 Zorgethiek

3.2.1 Inleiding

Zorgethiek is een onderdeel van ethiek die de zorg voor mensen en zorg voor elkaar centraal zet en hierbij kijkt naar wat het goede is. Een bekende zorgethicus is Tronto. Zij heeft een eigen definitie gegeven aan het begrip zorg. Deze definitie luidt als volgt: “alle handelingen die er gedaan worden om deze wereld te behouden, voort te zetten en te repareren” (Tronto, 1993, p.19). Hierbij wordt het begrip wereld breed beschouwd. Het behelst onze lichamen, onszelf en onze omgeving. Volgens Tronto (1993) worden lichaam en omgeving door elkaar geweven en dit leidt tot een levensverlengend web. De wereld wordt binnen de zorgethiek gezien als een groot netwerk waarbij zorgen voor elkaar centraal staat. Het is hierbij belangrijk dat er goede relaties ontstaan tussen de zorgontvanger en zorgverlener (Tronto,

1993). Zorgethiek kan worden gebruikt om kritisch te oordelen en te bepalen wat goede zorg inhoudt. Kritisch oordelen of zorg goed is, kan worden gedaan door de kernwaarden en belangrijke voorwaarden voor zorg volgens de zorgethiek, te relateren aan zorgondersteuning door inzet van domotica. Omdat de zorgethiek voorwaarden beschrijft waaraan goede zorg zou moeten voldoen, is het mogelijk deze voorwaarden te gebruiken als het gaat om het analyseren van een manier waarop zorg wordt geleverd.

3.2.2 Basisprincipes

Binnen de zorgethiek zijn er een aantal fundamentele principes die nageleefd zouden moeten worden. Baart en Vosman (2011) zijn ethici die zich hebben verdiept in deze fundamentele principes voor de zorg. Een van deze fundamentele principes is het gelijkheidsprincipe (Vosman & Baart, 2011). Het gelijkheidsprincipe houdt binnen de zorgethiek in dat er voor iedereen gelijke mogelijkheden tot het ontvangen van zorg en gelijke toegang tot zorg zouden moeten zijn (Held, 2006). Gelijkheid in mogelijkheden tot zorg en behandeling staat niet gelijk aan zorg die voor iedereen hetzelfde is. De mogelijkheden moeten gelijk zijn maar de invulling van de zorg moet per persoon worden bekeken. Dit is belangrijk omdat volgens de ethiek ieder persoon uniek is en ook als een uniek wezen zou moeten worden beschouwd (Van Heijst, 2011). Ieder individu heeft een andere zorgvraag en daarbij is het belangrijk dat een zorgverlener een goede inschatting kan maken van hoe moet worden omgegaan met een persoon (Van Heijst, 2011). Hierbij moet gekeken worden naar specifieke situaties en moet de zorg een context gebonden karakter hebben. Een zorgverlener moet zorg op maat kunnen leveren en zich ervan bewust zijn dat iedere situatie en persoon anders is. Het is daarom belangrijk dat een zorgverlener eigen inzicht, ervaring en kennis gebruikt om steeds opnieuw een inschatting te kunnen maken welke zorg het beste past op een bepaald moment (Van Heijst, 2011). Het inschatten van passende zorg vereist een erkenning van de rol van intuïtie (Vosman & Baart, 2011).

Ten slotte is erkenning van de medemens en de daarbij horende problemen belangrijk. Erkenning van de zorgvrager is een basisvoorwaarde waarbij de zorgvrager het gevoel moet hebben er daadwerkelijk toe te doen (Van Heijst, 2008). Van Heijst ziet erkenning als de basisvoorwaarde voor zorg waarvoor een aandachtig zorgen nodig is (Heijst, 2008). Daarbij spelen aandacht en vertrouwen, telkens weer een belangrijke rol bij het tot stand komen van goede zorg. Wanneer de zorgvrager zich vertrouwd voelt met de zorgverlener en zich serieus genomen voelt, zal dit het zorgproces positief beïnvloeden en zal de zorgontvanger zorg positief beschouwen.

3.2.3 Vier fases van een geïntegreerd zorgproces

Zorg kan volgens de zorgethiek als een proces worden beschouwd. Dit proces kan worden opgedeeld in vier fases. Deze noemt Tronto: caring about, taking care of, giving care en receiving care. Wanneer deze vier fases vloeiend in elkaar overgaan, leidt dit volgens Tronto tot een geïntegreerd zorgproces (Tronto, 1993). De vier fases waaruit het zorgproces bestaat, worden hier besproken.

1. De eerste fase van het proces bevat het opmerken dat er een zorgvraag is. Zowel bij de zelfzorgtheorie als bij de zorgethiek wordt er geschreven over het opmerken van een zelfzorgtekort. Behoeften zijn niet altijd goed zichtbaar en het is belangrijk dat zorgverleners signalen goed oppikken en herkennen. Een voorwaarde hierbij is oplettendheid (Tronto, 1993). Men moet zich zorgen maken over een ander en identificeren wat er aan de hand is. Hier kan worden opgemerkt dat dit verschillend is ten opzichte van de zelfzorgtheorie. In de zelfzorgtheorie wordt het kenbaar maken van een zorgvraag als verantwoordelijkheid van het individu beschouwd (Orem, 1995). Het signaleren van zorgbehoeften hoeven mensen niet voor elkaar te doen. De mens is een zelf zorgend wezen die zelf kan aangeven wanneer er vraag naar zorg is (Orem, 1995).

2. Nadat er opgemerkt is dat iemand zorg nodig heeft, moet in fase twee besloten worden iets met de situatie te doen. Hiervoor is het belangrijk dat iemand de verantwoordelijkheid neemt om in actie te komen (Tronto, 1993). Iemand moet zich geroepen voelen om te reageren op de situatie waarin opgemerkt is dat iemand zorg nodig heeft.

3. De derde fase van het proces bestaat uit de uitvoering van de zorg. Dit is het fysieke werk en het contact met de zorgontvanger. Hierbij is het belangrijk dat degene die zorg verleent in staat is tot verzorging. Hij of zij moet de competentie hebben om zorg te bieden (Tronto, 1993).

4. De vierde en laatste fase is het evalueren en feedback geven door de zorgontvanger aan de zorgverlener (Tronto, 1993). De zorgontvanger moet hierbij in staat zijn om feedback te geven over de wijze waarop hij/zij zorg heeft ontvangen. Door duidelijke communicatie over kwaliteiten en verbeterpunten van de zorgverlener kan gewerkt worden aan verbetering van het zorgproces. Van Heijst (2008) toonde het belang van evaluatie en feedback van een zorgproces aan in haar onderzoek. Door de evaluatie en feedback kunnen de wensen van de zorgvrager uiteindelijk optimaal worden vervuld, volgens Van Heijst (2008).

Uit de vier fases die hiervoor beschreven staan, kan worden opgemaakt dat de zorgverlener een belangrijke rol heeft in het zorgproces. Dit is degene die de behoefte aan zorg moet herkennen, er actie op moet ondernemen en de zorg moet verlenen. De belangrijke rol die voor de zorgverlener weggelegd is, zorgt ervoor dat mensen eerder afhankelijk van elkaar zijn (Tronto, 1993). Mensen zullen eerder afhankelijk van elkaar worden doordat het zorgen voor elkaar centraal staat. De uitdaging om zo lang mogelijk voor zichzelf te blijven zorgen wordt niet aangegaan doordat het vertrouwen en de verantwoordelijkheid sneller bij andere wordt gelegd. Tronto geeft hierbij aan dat afhankelijkheid van

anderen niet negatief beschouwd hoeft te worden. Wanneer er op jonge leeftijd zorg geboden wordt, zal deze op latere leeftijd terugontvangen worden.

De vier fases samen zorgen voor een geïntegreerd zorgproces. Zoals eerder beschreven zijn er bepaalde capaciteiten en vaardigheden die een zorgverlener moet hebben om dit proces vloeiend te laten verlopen. Voorbeelden hiervan zijn het signaleren van de zorgbehoefte en in staat zijn om verzorgend te werken. Daarnaast liggen er verantwoordelijkheden bij de zorgverlener en ontvanger als duo om de zorgverlening een succes te maken (Tronto, 1993). Om het zorgproces optimaal te laten verlopen, is het noodzakelijk dat er een goede relatie ontstaat tussen de ontvanger en gever waarbij er wordt samengewerkt. De wijze van communiceren binnen deze samenwerking is hierbij een belangrijke factor (Tronto, 1993). Goede communicatie is noodzakelijk omdat hierdoor de zorg kan aansluiten bij de behoeften van de patiënt (Goossensen, 2014). Wensen en verwachtingen tussen zorgverlener en ontvanger moeten helder worden uitgewisseld (Goossensen, 2014).

Toepassing op dit onderzoek

Zoals in de inleiding van deze sectie is beschreven zal de zorgethiek in dit onderzoek worden gebruikt om kritisch te oordelen en te bepalen wat goede zorg inhoudt. Kritisch oordelen of zorg goed is, kan worden gedaan door de kernwaarden en belangrijke voorwaarden voor zorg volgens de zorgethiek te relateren aan zorgondersteuning door inzet van domotica. Een van de dingen die naar voren kwam in deze paragraaf waren verschillende basisprincipes van zorgethiek. Het gelijkheidsprincipe is hier een voorbeeld van. In dit onderzoek zal er worden gekeken hoe de media gelijke toegang tot domotica ziet. Een vraag die gesteld kan worden is in hoeverre domotica toegankelijk zal zijn voor iedereen ongeacht educatie en inkomen. Ook is er in deze paragraaf beschreven dat ieder mens als uniek wezen beschouwd moet worden. Zorg leveren op maat is belangrijk. Een zorgverlener moet inzicht, ervaring en kennis gebruiken om een inschatting te kunnen maken wat passende zorg voor iemand is (Van Heijst, 2011). Ook intuïtie wordt binnen de zorgethiek belangrijk gevonden bij het maken van een inschatting voor zorg (Vosman & Baart, 2011). In dit onderzoek zal er worden gekeken of er in de media vanuit wordt gegaan dat domotica zorg op maat kan leveren. Daarnaast zal er worden gekeken of domotica volgens de media in staat is om een inschatting te maken voor passende zorg zonder het gebruik van intuïtie van de mens. Vervolgens zullen de stappen uit het geïntegreerd zorgproces gekoppeld worden aan de berichtgeving van de media. Hoe kan domotica volgens de media passen binnen de vier verschillende fases van het geïntegreerd zorgproces? Kan domotica volgens de media een schakeling maken tussen fase een (signaleren van zorgvraag) en twee (actie ondernemen op de zorgvraag) in het proces? In hoeverre is domotica volgens de media competent om zorg te verlenen? En worden zorgvragers en hun problemen erkent door domotica volgens de media?

3.3 Salutogenese

3.3.1 Inleiding

In de inleiding is beschreven dat een gevolg van vergrijzing is, dat er meer mensen met een chronische ziekte zijn in Nederland. Tussen leeftijd en chronische ziektes is namelijk een positief verband gevonden (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). In de traditionele manier van het beschouwen van gezondheid zouden deze mensen niet gezond zijn want gezondheid werd gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte (Huber, et al., 2011). In 1948 erkende de World Health Organization echter dat gezondheid meer was dan de afwezigheid van ziekte. De WHO gaf een vernieuwde definitie van gezondheid: het vermogen van mensen om lichamelijk, geestelijk en sociaal optimaal te functioneren in de samenleving (WHO, 1986). Door het vaststellen van deze definitie ontstonden nieuwe benaderingen ten aanzien van gezondheid. Een van deze benaderingen van gezondheid is de salutogenese. De salutogenese benadering is opgenomen in dit theoretisch kader omdat een veranderende kijk op gezondheid invloed kan hebben op hoe mensen zorg wensen (Van Oers, 2002). Door de huidige visie van gezondheid in kaart te brengen kan er beschouwd worden of domotica passend hierop zou kunnen zijn. Er is gekozen voor salutogenese omdat de maatschappij verweven is in deze benadering. Dit is relevant omdat er in dit onderzoek wordt gezocht naar een antwoord op een maatschappelijk probleem namelijk, de uit de hand lopende gezondheidszorgkosten en personeelstekorten binnen deze sector.

3.3.2 Oorsprong van gezondheid

Salutogenese richt zich niet op hoe ziektes ontstaan zoals de pathogenese, maar gaat op zoek naar de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en naar de factoren die het goede leven bevorderen (Vaandrager, Koelen, 2011). Het richt zich daarmee niet op het ontstaan van ziektes, maar op het bevorderen van gezondheid (Antonovsky, 1996). Antonovsky (1996) ontdekte dat een goede gezondheid vooral te maken heeft met aanwezige interne en externe hulpbronnen en hoe mensen deze hulpbronnen weten te benutten. Interne bronnen hebben te maken met eerdere ervaringen, karakter en kennis. Externe bronnen zijn bronnen die buiten de persoon zelf ontstaan, oftewel bronnen die er zijn vanuit de omgeving (Antonovsky, 1996). Hierbij kan gedacht worden aan sociale zekerheid, groene omgeving en onderwijs. De focus ligt dan ook op de capaciteiten van individuen en op de mogelijkheden in de sociale en fysieke omgeving die mensen in staat stellen om, ondanks allerlei stressvolle gebeurtenissen, gezondheid te ontwikkelen en te behouden (Vaandrager & Koelen, 2011). Met deze verandering in benadering is de beschouwing van gezondheid ten aanzien van chronisch zieken/gehandicapten ook veranderd. Chronisch zieken/gehandicapten zouden volgens de pathogenese benadering niet als gezond kunnen worden beschouwd. Binnen het perspectief salutogenese kunnen chronisch zieken/gehandicapten als gezond beschouwd worden, op voorwaarde dat ze optimaal kunnen functioneren in een samenleving. Wanneer dit doorgetrokken wordt naar de manier waarop zorg geboden moet worden, zou dit betekenen dat de focus niet op de gebreken moet liggen maar juist op krachten en kwaliteiten.

3.3.3 Empowerment

Binnen het salutogenese perspectief moeten eigen krachten en kwaliteiten benut worden en barrières vanuit de samenleving moeten verdwijnen (Wallerstein, 1992). Hierbij sluit het begrip empowerment goed aan. Empowerment van een patiënt is het proces waarbij zeggenschap over het eigen leven een kernbegrip is. Dit kan vertaald worden naar het recht om mee te beslissen over de eigen zorg en de manier van leven. Dit houdt in dat er een gelijkwaardige positie is tussen de patiënt en de zorgverlener (Wallerstein, 1992). Wanneer er een dialoog is tussen deze partijen, wordt in overleg besloten wat goed is voor een patiënt. Zo ontstaat zorg die aangepast is op het individu, ofwel vraag gestuurde zorg. De patiënt wordt als ervaringsdeskundige beschouwd en bepaalt zelf wat voor soort zorg er nodig is om zijn of haar gezondheid optimaal te bevorderen. Salutogenese en het begrip empowerment komen grotendeels overeen met de theorie van Orem (1995). Bij beide ligt de focus op het individu zelf. Zowel binnen de zelfzorgtheorie als binnen salutogenese wordt het streven naar een zelfstandig leven beschreven. Pas zodra er tekorten in zelfzorg ontstaan, moet gekeken worden hoe dit opgelost zou kunnen worden. De focus wordt gelegd op eigen kracht en die zou optimaal benut moeten worden volgens de zelfzorgtheorie en de salutogenese benadering.

Toepassing op dit onderzoek

Binnen salutogenese wordt er op zoek gegaan naar de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. Het richt zich op het bevorderen van gezondheid. Eigen kracht en kwaliteiten moeten worden benut om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden. Zeggenschap over het eigen leven is hierbij belangrijk. In dit onderzoek wordt er gekeken hoe domotica volgens de media bijdraagt aan het behouden van de kwaliteit van leven. Tevens wordt er gekeken hoe domotica volgens de media bijdraagt aan een zelfstandig leven en hoe het eigen regie over het leven bevordert.

Hoofstuk 4: Resultaten

4.1 Presentatie van de inhoud

In de presentatie van de inhoud wordt de inhoud van de krantenartikelen per deelvraag weergegeven. Een analyse van deze inhoud zal vervolgens in 4.2 zichtbaar zijn.

4.1.1 Deelvraag 1: Welke verschillende meningen van belanghebbenden zien we terug in de media als het gaat om domotica?

In de artikelen zijn er verschillende meningen van belanghebbenden beschreven. Om de resultaten van deze deelvraag overzichtelijk te kunnen presenteren zijn de meningen van de verschillende belanghebbenden in groepen opgedeeld. De verschillende groepen zijn gebaseerd op de artikelen.

De volgende groepen komen aan bod:

- 4.1.1.1 Zorgexperts & zorgverleners
- 4.1.1.2 Commerciële bedrijven binnen de gezondheidszorg
- 4.1.1.3 Zorgverzekeraars
- 4.1.1.4 Overheid
- 4.1.1.5 Zorgontvangers
- 4.1.1.6 Journalisten

4.1.1.1 Zorgexperts & zorgverleners

Er zijn verschillende docenten en hoogleraren aan het woord gekomen over het onderwerp domotica. Een docent die zijn mening gegeven heeft over dit onderwerp is de heer Ruijken, hij geeft aan dat domotica het welzijn van mensen en de hygiëne in huis kan verbeteren (Abcouwer, 2006, p.2).

Ruijken: "Domotica, de automatisering binnen het huishouden, is wat dat betreft een goede ontwikkeling. Als mensen via de computer de boodschappen kunnen bestellen en laten bezorgen en de koelkast aangeeft dat een product over de houdbaarheidsdatum heengaat, komt dat uiteindelijk het welzijn van mensen en de hygiëne in huis ten goede."

Ook komt hoogleraar telemedicine aan de Universiteit Twente en directeur telemedicine van het onderzoeks- en revalidatiecentrum Roessingh in Enschede Hermens aan het woord. Hij is positief over domotica omdat hij verwacht dat domotica de mantelzorgers gerust kan stellen (Engels, 2013, p.8).

"Slimme sensoren kunnen veel nuttige informatie geven en daarmee mantelzorgers geruststellen", zegt Hermens. "Melden ze een tijdlang geen activiteit, dan is de persoon wellicht gevallen. Als iemand 's nachts door het huis loopt te spoken, is het dag-nacht-ritme verstoord en dat is vaak een teken van beginnende dementie."

De hoogleraar ziet nog wel verbeterpunten in domotica. Op dit moment vindt hij domotica nog te gestandaardiseerd. Dit maakt hij duidelijk door het voorbeeld te noemen dat domotica op dit moment een systeem is dat 's avonds op een vast tijdstip de gordijnen dicht doet en de lampen aan zet (Engels, 2013, p.8), maar dat niet iedereen dit wil. Hermens is van mening dat de techniek dienend moet zijn en dat er dus niet doorgeslagen moet worden naar de technologie (Engels, 2013, p.8). Andere experts geven aan dat ze verwachten dat patiënten beter op hun gezondheid zullen letten omdat ze zelf de metingen elke dag kunnen volgen (Degans, et al., 2009, p.9). In het artikel van Smits (2003) komt directeur Brons aan het woord. Hij is directeur van een verpleeghuis en omschrijft een toekomstscenario van zijn verpleeghuis. De heer Brons geeft aan dat de functie van een verpleeghuis zal blijven veranderen. Een zelfstandig leven is volgens hem het streven. Maar hierbij merkt hij op dat er een moment ontstaat waarop een zelfstandig leven niet meer haalbaar is en dat er dan verpleeghuizen moeten zijn. Deze complexen zouden volgens hem dan modern vormgegeven moeten worden en voorzien zijn van alle gemakken waaronder domotica. Er kan zorg worden geboden en helemaal toegesneden zijn op de behoefte en de wensen van elk individu (Smits, 2003).

De Nederlandse vereniging van ziekenhuizen geeft aan twijfels te hebben bij domotica (Auteur onbekend, 2012, p.28). Zaken als veiligheid en privacy moeten worden vastgelegd. Dit zijn zaken die zorgverleners kunnen weerhouden om met domotica aan de slag te gaan. Zorgverleners en zorgvragers moeten vertrouwen hebben in het systeem. Dit vertrouwen zal ontstaan als de kwaliteitseisen rondom domotica verder zijn ontwikkeld. Er is volgens deze vereniging nog te weinig vastgelegd over privacy en verantwoordelijkheden van domotica.

4.1.1.2 Commerciële bedrijven in de gezondheidszorg

Er zijn een groot aantal meningen beschreven van eigenaren en directeuren van bedrijven die investeren in zorgdomotica. Een veel te lezen/terugkomende mening onder deze eigenaren en directeuren is dat domotica veel mogelijkheden biedt. Zo stelt bijvoorbeeld Meneer Kijk in de Vegt, eigenaar van een bedrijf dat is gespecialiseerd in domotica, dat domotica in staat is om het gevoel van welzijn en veiligheid te vergroten. Ook geeft hij aan dat de zorgbehoefte kan worden verkleind door de inzet van domotica (Auteur onbekend, 2010, p.20).

"Het gevoel van welzijn en veiligheid is onbetaalbaar, of je nu 20 of 80 bent", weet Kijk in de Vegt. Zijn bedrijf heeft zich gespecialiseerd in slimme ict voor woon- en zorgomgeving. "De juiste glasvezelbekabeling en de toepassing van domotica (huisautomatisering, red.) voorziet daarin, maar verlicht ook de zorgbehoefte", aldus Kijk in de Vegt (Auteur onbekend, 2010, p.20).

Eenzelfde mening heeft Daan Dohmen, die in meerdere artikelen aan bod komt. Daan Dohmen is de directeur van FocusCura, Focus Cura is een bedrijf die zorginnovaties ontwikkelen met als doel de zelfstandigheid te vergroten. Hij geeft aan een voorbeeld te zijn voor innovatieland binnen de zorg (Olsthoorn & Betlem, 2015, p.17). Er zijn volgens hem veel mooie mogelijkheden in de toekomst

weggelegd voor domotica. Dohmen geeft aan dat dat bijvoorbeeld iPads een belangrijke rol zullen spelen in de zorg van de toekomst. Volgens hem zal domotica eenzaamheid bestrijden. Dohmen geeft ook zijn mening over de implementatie van domotica in de zorg. Hij vindt dat zorgaanbieders en hun patiënten nog onvoldoende op de hoogte zijn van wat er allemaal mogelijk is binnen domotica (Van Eijck, 2007, P.7). Naast de onbekendheid rondom domotica ziet hij problemen rondom de financiering van domotica. Hij benoemt hierbij het voorbeeld dat ziekenhuizen kunnen besparen door domotica maar dat zij afgerekend worden per behandeling en dat door zulke situaties de invoering van domotica niet wordt gestimuleerd (Van Eijck, 2007, P7). De ondernemersorganisatie voor de technologische industrie (FME) geeft aan dat er geen angst is voor technische mankementen en risico's van domotica. Domotica zou altijd goed worden getest en er is vanuit deze groep vertrouwen dat domotica goed werkt. Het personeel dat moet werken met domotica wordt volgens hen heel goed getraind (Jansen, 2011, p.?). Lauwers (directeur Farmaceutisch bedrijf) gaat in op de privacy van domotica. Hij geeft aan dat informatie van zorgvragers zo anoniem mogelijk moet blijven. Echter vindt hij dat privacy geen barrière mag zijn om gezondheidszorg betaalbaar en beter te maken via domotica (Lauwers, 2010, p.38).

"Uiteraard moet die informatie anoniem gestockeerd worden, maar privacy mag geen barrière zijn om gezondheidszorg betaalbaar en beter te maken" (Lauwers, 2010, p. 38)

Ten slotte komt er een ontwikkelaar van verpleeghuizen aan het woord, meneer Schols. Dit is de enige commerciële partij die sceptisch is over domotica in de zorg. Hij geeft aan sceptisch te zijn over de visie van het kabinet om domotica in te zetten voor hulpbehoevende bejaarden. Hij vraagt zich af hoeveel technologie de oudere generatie op dit moment aan kan (Duk, 2008, p.24).

4.1.1.3 Zorgverzekeraars

In de artikelen komen verschillende vertegenwoordigers van zorgverzekeringen aan het woord. Menzis, Achmea en VGZ zijn verzekeringen die zich uitlaten over de invoering van domotica binnen de zorg. De verschillende zorgverzekeraars zijn het unaniem met elkaar eens dat domotica een belangrijke rol in de toekomst gaat hebben. Vertegenwoordigers van Menzis geven aan dat slimme toepassingen van informatie- en communicatietechnologie de dragers zijn voor innovatie binnen de zorg (Bakkeren & de Vries, 2006, p.9). Ook vanuit zorgverzekeraar Achmea wordt het geloof in digitale zorg aangegeven. De zorgverzekeraar gelooft heilig in zorg op afstand. Directeur van Achmea, Roelof Konterman, geeft aan e-health op alle mogelijke manieren te faciliteren (Vos, 2010,?).

"Zorg op afstand is hét antwoord op het arbeidsmarktprobleem en de verwachte groei van het aantal chronische patiënten. Bovendien biedt het de patiënt veel gemak" (Vos, 2010,?).

VGZ manager Pieter van Haren geeft aan dat zorg op afstand een mooi middel is als het gaat om het bevorderen van zelfmanagement bij de patiënt. Van Haren nuanceert zijn enthousiasme door aan te geven dat er veel cowboys zijn binnen de digitale zorgverlening. Door deze reden geeft hij aan dat zorg

op afstand eerst bewezen zal moeten worden voordat de zorgverzekeraar het zal vergoeden (Auteur onbekend, 2012, p.28). ‘

4.1.1.4 Overheid

Binnen de overheid worden er ook uitspraken gedaan over de toekomst van domotica. Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport komen aan het woord, maar ook worden er uitspraken in krantenartikelen opgenomen die gedaan zijn door het kabinet in het algemeen. Ten slotte worden er ook uitspraken gedaan die betrekking hebben op gemeentelijke niveau. Ab Klink en Edith Schippers zijn beide voormalige ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ab Klink is dit geweest in de periode 2007-2010. In de periode 2010-2017 was dit Edith Schippers. Beide ministers zijn ondervraagd over domotica en dit is terug te lezen in verschillende artikelen. Zowel Klink als Schippers zijn vol lof over domotica in de gezondheidszorg (Van den Nouweland, 2015, p.2). Klink ziet het gebruik van robots als noodzaak vanwege de personeelstekorten. Hij geeft aan enthousiast te worden van plannen die gericht zijn op robots, domotica en andere technologische vernieuwingen in de zorg. Ook voormalig minister Schippers noemt zichzelf groot voorstander van innovatie in de medische sector. Schippers geeft aan dat nieuwe technologieën een vervanging van de bestaande manier van zorg moeten worden en dat de nieuwe technologieën dus niet bovenop de bestaande kosten moeten komen (Jansen, 2011, ?). Dit standpunt geeft zij aan vanuit economisch perspectief.

“Anders blijft innovatie een kostenpost. Dat is niet de bedoeling”, aldus Schippers maandag (Jansen, 2011, ?).

Er worden ook uitspraken gedaan door het kabinet in het algemeen. Zo is er omschreven dat het kabinet de ambitie oplegt dat er meer gebruik moet kunnen worden gemaakt van thuismeetapparatuur en dat ouderen binnen vijf jaar toegang moet krijgen tot virtuele zorg. Daarnaast heeft het kabinet aangegeven te streven naar een langer zelfstandig leven voor senioren door middel van aanpassingen in huis (Olsthoorn & Betlem, 2015, p.17). Ten slotte wordt er in de visie van het kabinet beschreven dat hulpbehoevende bejaarden in de toekomst veel meer keuzemogelijkheden krijgen. Er moet volgens het kabinet een keuze zijn om geholpen te worden door de toepassing van domotica (Duk, 2008, p.24). Een gedeputeerde van de Sociaal Economische Raad geeft aan dat er binnen de zorg een culturomslag moet worden gemaakt. Domotica moet er volgens hem voor zorgen dat mensen langer thuis kunnen wonen (Gelderlander, 2012, ?). Ook op gemeentelijk niveau wordt domotica besproken. Door de gemeente Tilburg wordt aangegeven dat gebruikers en gebruik van domotica centraal moeten staan. Er wordt in dit artikel aangegeven dat er technologie beschikbaar is om het veiligheidsgevoel te vergroten, maar dat er onduidelijkheid is over het huidige gebruik van deze technologieën in het dagelijks leven (Vermeulen, 2011, ?). Ten slotte geeft de secretaris generaal van de Socialistische Mutualiteiten aan dat er meer domotica gebruikt moet worden in de thuisverpleging. Het leven voor huisartsen zou hiermee vereenvoudigd kunnen worden (Piryns & Van Humbeeck, 2008, p.38).

4.1.1.5 Ouderen

De mening van ouderen ten aanzien van domotica komt niet aan bod in de artikelen. Er wordt alleen gespeculeerd over deze mening door derden. Zo geeft Dohmen, eigenaar Focus Cura, aan dat ouderen zelf om domotica vragen. Dohmen geeft aan dat ouderen ook zo lang mogelijk voor zichzelf willen blijven zorgen (Olsthoorn & Betlem, 2015, P.17). Ook Ron Spatjens, van het Oogheelkundig Medisch Centrum, laat zich uit over de mening van ouderen over domotica. Hij geeft aan dat ouderen tevreden zijn over domotica omdat de patiënttevredenheid toegenomen is door het comfort en omdat de patiënt nu zelf regie heeft over zijn leefomgeving (Leijnse, 2010, p.50).

4.1.1.6 Journalisten

In de artikelen is ook meerdere keren de mening van de journalist leesbaar. Hans de Moor is één van de journalisten die zijn mening geeft over domotica. Hij is bang voor een toename in sociaal isolement door het scheiden van wonen en zorg. Sensoren en applicaties zullen in en rondom het huis als persoonlijk assistent functioneren. Hij verwacht dat dit mensen zal weg doen kwijnen in een comfortabele woning. De Moor is van mening dat mensen die veel zorg nodig hebben, beter tot hun recht komen in een collectieve omgeving waarbinnen zij nog een individu kunnen zijn (De Moor, 2015, p?). Steven van Eijck is een andere journalist met een duidelijke visie op domotica. Hij is van mening dat domotica perspectieven voor de toekomst kan bieden. Van Eijck geeft hierbij aan dat de overheid wel het nodige moet doen, tenzij het kabinet van mening is dat vrijemarktwerking de problemen binnen de zorg automatisch oplost. Vrijemarktwerking is volgens van Eijck niet wenselijk omdat dit er voor zorgt dat de toegang tot zorg ongelijk wordt tussen mensen. Van Eijck is van mening dat de burger moet worden beschermd tegen commercieel opererende partijen in de gezondheidszorg (Van Eijck, 2007, p.7). Een andere journalist geeft een tegenovergestelde mening. Deze journalist geeft juist aan dat het bedrijfsleven, de thuiszorg en ziekenhuizen domotica moeten aanjagen in het belang van productiviteit (Mulder, Schnerr, Wiggers, 2007, p.6). Dat de productiviteit vergroot kan worden door de inzet van domotica is ook de mening van journalist genaamd, Izaks. Ook geeft deze journalist aan dat de wens van ouderen is steeds langer thuis te wonen vervuld kan worden door domotica (Izaks, 2008, p.6). Geconcludeerd kan worden dat er met name positieve meningen ten aanzien van domotica worden weergegeven in de krantenartikelen. Commerciële bedrijven, verzekeraars en de overheid zijn partijen die positief tegen domotica aankijken. Zij zien domotica als oplossing voor huidige problemen binnen de gezondheidszorg en vinden dat er een duidelijke focus op domotica moet liggen in de toekomst. Experts zijn gematigd positief. Zij geven aan dat domotica voordelen kan hebben maar ook kijken zij kritisch naar de onduidelijkheden over verschillende aspecten van domotica zoals, veranderende verantwoordelijkheden en privacy. De mening van de ouderen komt niet aan bod in de artikelen. Er wordt wel een invulling gegeven door anderen hoe deze mening zou (kunnen) zijn. Ten slotte komt de mening van journalisten aan bod. Het merendeel van de journalisten geeft aan twijfels te hebben bij de implementatie van domotica in de gezondheidszorg. Zij zijn angstig voor het creëren van een sociaal

isolement bij ouderen en zijn bang voor negatieve gevolgen van een vrijemarktwerking in de gezondheidszorg.

4.1.2 Deelvraag 2: In welke mate worden de zorgontvanger en zorgverlener door de media betrokken in het verhaal rondom domotica?

In de resultaten van deelvraag 1 is zichtbaar dat de mening van ouderen over domotica nauwelijks aan bod komt in de artikelen. Voldoende betrokkenheid van ouderen is volgens verschillende partijen echter wel van belang om domotica op een goede manier te kunnen implementeren. De vraag naar domotica vanuit ouderen wordt dus uit het oog verloren. In het eerste gedeelte van deze deelvraag zal er ingezoomd worden op deze vraag vanuit ouderen. In de daarop volgende alinea komen er praktijkvoorbeelden aan bod van activiteiten die worden uitgevoerd met betrekking tot het vergroten van betrokkenheid van ouderen. Ten slotte wordt er geschreven over het gebrek aan betrokkenheid onder ouderen volgens de media. Dit zijn dan ook de kopjes van de resultaten voor deze deelvraag:

4.1.2.1 Vraag naar domotica

4.1.2.2 Praktijkvoorbeelden van activiteiten ter bevordering van betrokkenheid

4.1.2.3 Gebrek aan betrokkenheid

4.1.2.1 Vraag naar domotica

De betrokkenheid van zorgverleners binnen verpleeghuizen is klein. Dit geeft een trainer aan die zich richt op het omscholen van medewerkers binnen verpleeghuizen. Deze trainer, genaamd Loose, geeft aan dat zorgverleners moeten wennen aan domotica. Er is wantrouwen in de belofte dat zij door domotica meer tijd krijgen om een praatje met bewoners te maken bijvoorbeeld (Loose, 2012,?). De vraag naar domotica groeit volgens de Nederlandse Patiënt en Consument federatie (VNO, 2012,?). Volgens Dohmen, eigenaar Focus Cura, wordt er niet altijd goed geluisterd naar deze vraag vanuit de patiënt. Volgens hem zouden patiënten eerder bij het proces moeten worden betrokken (VNO, 2012,?). In een ander artikel geeft Dohmen aan dat zorgverleners meer bereid moeten zijn om samen te werken om nieuwe technieken te ontwikkelen en minder focus leggen op een concurrentiestrijd (Auteur onbekend, 2012, p.28). Naast Dohmen, zijn er andere uitspraken gedaan waarin wordt aangegeven dat ouderen meer betrokken en gehoord moeten worden. Zo wordt er in het artikel van Engels (2013) aangegeven dat techniek een dienende functie heeft. Ook Jan Vermeulen, expert zorg en innovatie, laat zich hierover uit. Hij zegt hierover het volgende.

“Gebruikers en 'gebruik' moeten centraal staan bij die innovaties. Er is nu al technologie beschikbaar om het veiligheidsgevoel te vergroten. Vergelijkbaar met de safety app kunnen burgers met één druk op de knop in beeldcontact komen met burens, kinderen, vrienden, zorgcentrale of meldkamer. Helaas weten we niet hoe die innovaties in het dagelijkse leven worden gebruikt”(Vermeulen, 2011).

Ten slotte wordt er in het artikel van Voorde (2013) geschreven over het belang van betrokken ouderen. In dit artikel geeft een projectleider van innovatie in de zorg aan dat de cliënt centraal hoort te staan. Hij geeft aan dat de implementatie van domotica moeizaam verloopt. Dit wordt verklaard doordat de welzijnsvraag niet centraal staat. Volgens hem mag de techniek niet leidend zijn. Om de implementatie van domotica te verbeteren moet er volgens deze projectleider een nauwere betrokkenheid zijn van de eindgebruiker. De eindgebruiker zou betrokken moeten worden bij het testen van domotica (Van de Voorde, 2013). De vraag van zorgverleners komt verschillende keren aan bod in artikelen. Niek Brandenburg is een huisarts. Hij geeft aan dat domotica nooit de activiteiten van een huisarts kan vervangen. Daarnaast geeft hij aan dat domotica online besteld kan worden en dat hierdoor de kwaliteit van zorg in gevaar kan komen omdat controle hierop lastig is (VNO, 2012). Dit is volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een kwalijke zaak om het juist belangrijk dat zorgverleners en zorgontvanger vertrouwen hebben in de veiligheid van domotica (VNO, 2012). Ook ouderen lijken lastig te overtuigen zijn. Dit wordt geschreven in het artikel van Engels (2013). Vooral ouderen die nog geen enkele klacht hebben zijn lastig te betrekken (Engels, 2013, p.8). Er zijn ook twijfels aanwezig over de vraag naar domotica vanuit ouderen bij Victor Pop. Pop is hoogleraar eerstelijns gezondheidszorg. Hij geeft aan dat het lastig is om domotica kwijt te raken aan de mensen voor wie het is bedoeld (Schrijver, 2007, p.12). In het artikel van Straatsma (2015) komt de betrokkenheid van ouderen ten aanzien van domotica ook negatief in het nieuws door De inspectie voor de gezondheidszorg. Deze inspectie geeft namelijk aan dat er zes klachten zijn gedaan over domotica. De klachten gingen over de zorgen over invoering van zogeheten domotica (Straatsma, 2015).

4.1.2.2 Praktijkvoorbeelden van activiteiten ter bevordering van betrokkenheid

In de artikelen worden verschillende acties en activiteiten beschreven die het doel hebben om ouderen te betrekken bij domotica. In het artikel van Smits (2003) komt Peter Veldhuijzen aan het woord. Hij is manager van een gezondheidsinstelling. Veldhuijzen geeft aan dat er driedimensionale folders zijn gemaakt om ouderen een visie te laten vormen over domotica. Dit komt doordat ze dan ook daadwerkelijk de mogelijkheden van domotica kunnen zien. Ook organiseert de instelling seminars om informatie te verstrekken over domotica (Smits, 2003). Peter Portheine, directeur en programmamanager van Slimmer Leven 2020, heeft een expositie gehouden om zorg van de toekomst te tonen. In deze expositie wordt domotica getoond en wordt er getoond hoe domotica een oplossing kan zijn voor de maatschappelijke opgaven waar Nederland voor staat (Nieuwenhof, 2014,?). Een ander project dat gericht is op het bevorderen van betrokkenheid van ouderen bij domotica is een Health project in Den Helder. In dit project worden ouderen betrokken bij de evaluatie van domotica. Door te luisteren naar de visie van ouderen ten aanzien van domotica wordt geprobeerd ouderen bij het ontwikkelingsproces te betrekken (Vos, 2010,?). In het artikel van Weijers (2011) wordt geschreven over een open dag in de gezondheidszorg. Het doel van de open dag is vooroordelen over ouderenzorg wegnemen (Weijers, 2011). Ook in verpleeghuis De Sterrenlanden werd een informatiebijeenkomst georganiseerd. Deze

bijeenkomst was gericht op familie van ouderen (Oerlemans, 2009, p.4). Een andere manier die gebruikt is om ouderen te introduceren met domotica is het spelen van bingo via een virtual scherm. Zo kunnen ouderen via een laagdrempelig middel vertrouwd raken met domotica. Dit is een initiatief genomen door Dohmen (Olsthoorn & Betlem, 2015, p17).

4.1.2.3 Onwetendheid

In de artikelen komt meerdere keren naar voren dat er onwetendheid is bij ouderen als het gaat om domotica. In een van de artikelen komt de innovatiemanager van Uneto aan het woord. Hij geeft aan dat de onbekendheid van consumenten ervoor zorgt dat domotica nog maar beperkt wordt toegepast. Hij verwacht dat de oorzaak hiervan is dat voorbeelden van domotica vaak beperkt toegankelijk zijn voor ouderen (Auteur onbekend, 2012, p. 28). Ook Daan Dohmen heeft het over de onwetendheid van ouderen. Hij vindt het jammer dat veel zorgaanbieders en hun patiënten nog onvoldoende op de hoogte zijn van wat er allemaal mogelijk is binnen domotica. Ten slotte wordt er in het artikel van Coenradie (2015) aan ouderen het advies gegeven zij bij onduidelijkheden rondom domotica maar eens bij familie om uitleg moeten vragen (Coenradie, 2015, p. 8).

Samengevat kan er worden gesteld dat zorgverleners volgens de media afstand houden van domotica. Zij moeten wennen aan de nieuwe manier van zorg bieden en hebben wantrouwende gevoelens erbij. Dit wordt ook aangegeven door een zorgverlener. Een arts geeft aan dat het onmogelijk is om domotica te controleren en dat zorgverleners niet vervangbaar zijn. Commerciële bedrijven haken hierop in en geven aan dat zorgverleners meer bereid zouden moeten zijn tot samenwerken. Over de ouderen geven zij aan dat er onvoldoende betrokkenheid is maar dat zij wel centraal horen te staan binnen domotica. Er worden in de artikelen dan ook verschillende activiteiten besproken die worden uitgevoerd om ouderen proberen te betrekken bij de introductie van domotica. Voorbeelden die genoemd worden zijn: informatieavonden, folders, open dagen en virtual bingo.

4.1.3 Deelvraag 3: Hoe veranderen volgens de media de verantwoordelijkheden binnen de zorg als gevolg van de introductie van domotica?

Als domotica gebruikt zal worden binnen de zorg, dan kan dit gevolgen hebben voor de huidige zorg. Taken van zorgverleners kunnen veranderen, de omgeving waar verzorging wordt geboden verandert en er ontstaan nieuwe belanghebbenden door de commerciële sector te betrekken bij de zorg. De zorg in de praktijk verandert en ook kunnen verantwoordelijkheden van belanghebbenden veranderen. Een verandering in de praktijk kan bijvoorbeeld de werkplek zijn. Door domotica zouden ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, verzorging van zorgverleners zal dan ook meer plaats vinden bij mensen thuis. Een andere verandering van zorg in de praktijk is dat het takenpakket van zorgverleners zou kunnen veranderen. Zorgverleners zullen om moeten kunnen gaan met domotica en daarnaast zullen zij steeds vaker zorg op afstand moeten kunnen bieden. Naast veranderingen die ervaren zouden kunnen worden door zorgpersoneel zullen er veranderingen plaats vinden bij overige stakeholders. Er ontstaat

een nieuwe groep belanghebbenden doordat technische bedrijven betrokken raken bij zorg. Zij zullen input brengen in de zorg maar zullen hier ook opbrengsten uit verwachten. Daarnaast zullen zij verantwoordelijkheden krijgen doordat zij een aanbieder van zorg worden. In deze deelvraag zal eerst gekeken worden naar veranderende verantwoordelijkheden van belanghebbenden. In het tweede gedeelte zal worden gekeken naar veranderingen die er plaatsvinden rondom de verantwoordelijkheid van de financiering van domotica. De volgende sub aspecten zullen dus worden opgenomen binnen deze deelvraag:

4.1.3.1 Veranderende verantwoordelijkheden van belanghebbenden

4.1.3.2 Veranderingen in verantwoordelijkheden rondom de financiering van domotica

4.1.3.1 Veranderende verantwoordelijkheden van belanghebbenden

Ouderen

De veranderende verantwoordelijkheden voor de ouderen komen veel aan bod. Zo stelt psychiater, Marijke van Putten, dat zelfredzaamheid een belangrijke factor gaat zijn bij domotica (Vos, 2010,?). Ook directeur en programmanager van Slimmer Leven 2020 geeft aan dat er van burgers wordt verwacht dat zij meer zorgtaken op zich nemen (Van Nieuwenhof, 2014). Daarnaast is Focus Cura eigenaar, Dohmen, van mening dat ouderen naar eigen regie ook leeftijdsgenoten moeten helpen met domotica. Focus Cura leidt daarom door het hele land senioren op als coach voor anderen (Coenradie, 2015, p.8). Toch worden er ook ethische vragen gesteld bij de verschuiving van verantwoordelijkheden. Vragen die vanuit een zorgverlener in een artikelen naar voren komt zijn bijvoorbeeld: Is een videonetwerk in de zorg in strijd met privacy regels? Wie is er verantwoordelijk als het systeem het laat afweten en iemand daardoor overlijdt? Dat is nu nog nergens vastgelegd (Auteur onbekend, 2012, p.28).

Zorgverleners

Naast de andere verantwoordelijkheden die ouderen krijgen, worden ook veranderingen in verantwoordelijkheden voor zorgpersoneel beschreven. Een belangrijke verandering is de verschuiving van de plek waar de werkzaamheden worden verricht. Verpleegkundigen komen steeds vaker in een huiselijke setting terecht doordat mensen minder lang in een ziekenhuis verblijven volgens Saxion Deventer. Door deze verandering worden er andere bekwaamheden verwacht. Daarom is het volgens de hogeschool belangrijk dat opleidingen in de zorg zich richten op het oefenen om in huiskamersetting gesprekken te doen, technologische handelingen te kunnen verrichten en te leren werken met domotica (Rondhuis, 2017, p.7). Daarnaast verwacht voorzitter directieteam van Saxion Deventer, Blonk, dat domotica deels het werk van mbo'ers gaat overnemen (Evert van Dijkhuizen, 2012, p.1).

Internet

Omdat domotica voor veel mensen nieuw terrein is, zijn veel ouderen onvoldoende op de hoogte over functies die domotica kunnen vervullen. In het artikel van Bakkeren en De Vries (2006, p.9) wordt geschreven zou internet een belangrijke rol in de voorlichting zou kunnen hebben. Er wordt in dit artikel

voorgesteld een Zorg Wiki te ontwikkelen. Via de Wiki die gericht is op ICT in de zorg zouden ervaringen beschreven kunnen worden en informatie worden gegeven over domotica (Bakkeren, De Vries, 2006, p.9).

Overheid

In het artikel van Olsthoorn en Betlem wordt aangegeven dat het kabinet de verantwoordelijkheid voor ouderenzorg heeft overgedragen aan gemeenten (Olsthoorn & Betlem, 2015, p.17). Gemeenten zullen dus zelf ouderenzorg moeten organiseren en financieren. Volgens Mulder, Schnerr en Wiggers worden de machtsposities binnen de gezondheidszorg aangetast door domotica. Dit ontstaat doordat een politieke megadeal tussen zorg, bedrijfsleven en het nieuwe kabinet nodig is om domotica te laten slagen. (Mulder, Schnerr, Wiggers, 2006, p.7).

4.1.3.2 Veranderingen in verantwoordelijkheden rondom de financiering van domotica

Wanneer er naar veranderende verantwoordelijkheden wordt gekeken, komt snel het vraagstuk rondom de financiering van domotica naar voren. De intrede van domotica binnen de gezondheidszorg zou invloed kunnen hebben op de manier waarop zorg op dit moment wordt gefinancierd. Volgens meneer Kijk in de Vegt (Niko projects) is de vraag naar domotica gegroeid maar wordt er geen actie ondernomen doordat er onduidelijkheid is over de verantwoordelijkheid rondom de financiering (Auteur onbekend, 2010, p.20). De mening van de voorzitter van de branchevereniging voor domotica is dat de overheid stimuleringsmiddelen moet bieden aan projectontwikkelaars om domotica van de grond te krijgen (Auteur onbekend, 2010, p.20). Echter heeft voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft hier andere opvattingen over. Zij geeft aan dat zorgverzekeraars met name moeten gaan kijken hoe de vergoeding in elkaar steekt. Schippers noemt hierbij het voorbeeld dat er gekeken moet worden welke vergoedingen ziekenhuizen nog moeten krijgen als mensen meer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen (Jansen, 2011, ?). Eigenaar van Focus Cura, Dohmen, geeft ook aan dat de herverdeling van geld opnieuw zal moeten worden bekeken. Op dit moment ziet hij problemen rondom de financiering. Dit komt volgens hem doordat investeerders in domotica op dit moment geen opbrengsten uit domotica krijgen (Auteur onbekend, 2012, p.28). Verder vindt Dohmen het belangrijk dat zorgverzekeraars betrokken worden in de financiering van domotica. Doordat mensen leven in woningen met domotica zijn de kansen kleiner op ongelukken, dat scheelt in ziektekosten voor verzekeraars. Dit geld zou volgens Dohmen kunnen worden gebruikt om woningen aan te passen en domotica te plaatsen (Auteur onbekend, 2012, p.28).

Samengevat kan er worden gesteld dat verantwoordelijkheden veranderen bij ouderen en zorgverleners. De grootste verandering bij ouderen is volgens de media dat de zelfredzaamheid zou worden vergroot. Er wordt van ouderen verwacht dat zij hun eigen regie terug zullen krijgen en nemen en dat zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen en leven. Ook de werkzaamheden van zorgverleners zouden kunnen veranderen door domotica. De zorgverleners zullen bijvoorbeeld meer in huiselijke setting komen te

werken. Er zal worden verwacht dat zorgverleners om kunnen gaan met techniek. De competenties die een zorgverlener moet hebben om goede zorg te kunnen verlenen zullen dus veranderen. Ook moeten zij gewend raken aan het bieden van zorg op afstand waarbij persoonlijk contact verandert. Het grootste vraagstuk rondom veranderende verantwoordelijkheden ligt bij de financiering. Commerciële bedrijven zien een belangrijke verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars als het gaat om de financiering van domotica. Zorgverzekeraars zullen volgens hen door domotica kunnen besparen op hoge intramurale zorgkosten en daarom zou het volgens commerciële bedrijven terecht zijn als verzekeraars ook hun steentje bijdrage bij de ontwikkeling van domotica. Ook wordt de overheid aangewezen om te investeren in domotica. Er wordt aangegeven, door Commerciële bedrijven, dat het op dit moment niet aantrekkelijk is om te investeren in domotica omdat de opbrengsten er van bij andere partijen terecht komen.

4.1.4 Deelvraag 4: Wordt domotica in verband gebracht met de stijgende kosten binnen de zorg, en zo ja hoe?

In de artikelen is meerdere keren het kostenaspect aan bod gekomen. Het (mogelijke) effect van de invoering van domotica op de gezondheidszorgkosten wordt dan beschreven. Verschillende belanghebbenden hebben uitspraken gedaan over het kosteneffect. De verschillende groepen die hier beschreven worden zijn gebaseerd op de artikelen.

De volgende groepen zullen worden beschreven:

- 4.1.4.1 Zorgexperts & zorgverleners
- 4.1.4.2 Commerciële bedrijven binnen de gezondheidszorg
- 4.1.4.3 Zorgverzekeraars
- 4.1.4.4 Overheid
- 4.1.4.5 Journalisten

4.1.4.1 Zorgexperts / Zorgverleners

Hermens, hoogleraar telemedicine, geeft aan dat het aantal gezondheidsklachten toeneemt. Door deze toename moet er volgens hem efficiënter om worden gegaan met de zorgvraag. Hij is van mening dat iedereen zoveel mogelijk zelfstandig moet leven en dat dit door domotica kan worden ondersteund. Hij maakt hierbij de nuance dat intramurale zorg duur is maar dat extramurale zorg vaak langdurig is (Engels, 2013, p.8). Ook Teerink, sociaal gerontoloog, is van mening dat er veel kosten bespaard zouden kunnen worden door domotica. Hij benoemt er een voorbeeld bij die gericht is op dementie. Instellingen waar demente mensen wonen zijn volgens hem erg kostbaar. Als demente mensen langer thuis kunnen blijven door domotica dan ziet hij dit als sleutel voor de oplossing van de hoge gezondheidszorgkosten (Teerink, 2009). Meneer Pop, hoogleraar eerstelijns gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg, geeft aan dat domotica een oplossing is voor het personeelstekort in de zorg. Door domotica kunnen mensen langer voor zichzelf blijven zorgen. Om de toegang tot domotica te vergroten is het volgens hem noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars ouderen gratis internet les moeten geven of zelfs

gratis computers. Hij is van mening dat door deze gratis lessen uiteindelijk kosten worden bespaard (Schrijver, 2012, p.7). Dit verwoordt Pop door de volgende quote in het artikel van Schrijver (2012):

“Om nieuwe medische technologie toch toegankelijk voor ouderen te maken zijn volgens hem drastische maatregelen nodig. "De overheid of zorgverzekeraars moeten ouderen gratis internet les geven, of zelfs gratis computers. Uiteindelijk bespaar je daar kosten mee" (Schrijver, 2012, p.7).

Een andere manier waarop kosten kunnen worden bespaard is door de mogelijkheid om personeel efficiënter in te zetten. Domotica kan verschillende taken overnemen van verplegend personeel. De besparing op personeel is belangrijk volgens Veldhuijzen omdat dit de grootste post aan kosten is. Veldhuijzen maakt een berekening op welke manier er kosten zouden kunnen worden bespaard. Deze berekening is leesbaar in het volgende citaat:

“Hij [Veldhuijzen] rekent voor: aan bouwkosten zijn we de komende jaren circa twee miljard kwijt, aan personeelslasten veertig miljard. "Als je dan door vernuftig te bouwen de personeelsbelasting omlaag kan brengen, sla je twee vliegen in een klap”” (Smits, 2003, p.?).

Marijke van Putten, psychiater, heeft een andere verklaring voor de dalende gezondheidszorgkosten door domotica. Zij geeft aan dat domotica er voor zorgt dat mensen langer zelf verantwoordelijk blijven voor hun gezondheid. Door deze verantwoordelijkheid leven mensen gezonder en doen ze minder beroep op de zorg. Dit zal uiteindelijk zorgen voor lagere zorgkosten. Het onderzoeksbureau APE en de Erasmus Universiteit verwacht een productiviteitswinst van 1 miljard euro door het gebruik van domotica. Bijvoorbeeld als mensen thuis bloedwaardes kunnen bepalen. Zij kunnen dan de bloedwaarden doormailen aan de arts en dit bespaart zorgkosten (Vos, 2010, p.?).

4.1.4.2 Commerciële bedrijven in de gezondheidszorg

Ook geeft eigenaar van Niko Projects, meneer Kijk in de Vegt, aan dat er op dit moment veel geld wordt verspild aan huisarts bezoeken die niet nodig zijn. Van de huisartsenbezoekjes zou tachtig procent ook kunnen worden afgehandeld door zorg op afstand systemen (Auteur onbekend, 2010, p.20). Innovatiemanager bij de organisatie van installateurs UNETO-VNI, Helmink, ziet het nut van domotica zeker in als het gaat om kostenbesparing binnen de zorg. Echter geeft hij aan dat er problemen zijn rondom de invoering van domotica. Bewoners hebben vaak niet het geld om domotica aan te schaffen. Maar woningcorporaties zitten er ook niet op te wachten om dit te betalen omdat zij de investering niet terugzien in de huuropbrengst (Auteur onbekend, 2012, p.28).

4.1.4.3 Zorgverzekeraars

Twee vertegenwoordigers van Menzis, Van Boxtel en Nienhuis, beschrijven domotica als drager voor innovatie van de zorg. Zij zijn van mening dat innovatie er voor zorgt dat zorg toegankelijk en betaalbaar blijft en dat er bij ongewijzigd beleid de gezondheidszorg onbetaalbaar zal worden (Bakkeren & De Vries, 2006, p.9).

4.1.4.4 Overheid

Vanuit de overheid wordt domotica als mogelijkheid gezien die kan leiden tot besparingen. Voormalig minister, Edith Schippers, geeft aan de manier waarop domotica wordt gebruikt invloed heeft op de kosten van de gezondheidszorg. Schippers verwacht dat domotica besparingen in de zorg kan opleveren. Ze noemt hierbij het voorbeeld dat mensen thuis zelfmetingen kunnen gebruiken waardoor ze niet meer naar het ziekenhuis hoeven. Zij geeft aan dat het echter belangrijk is dat nieuwe technologieën niet bovenop de bestaande zorg moeten komen. Innovatie moet ter vervanging van de oude zorg gaan komen. Anders blijft innovatie een kostenpost volgens Schippers (Jansen, 2011).

Voormalig ChristenUnie-Tweede Kamerlid, Wiegman, is van mening dat de mogelijkheden zoals domotica onbegrensd lijken. Ze geeft aan dat iedereen ouder en gezonder wordt en dat dit invloed heeft op de hoeveelheid zorg die iemand nodig heeft. Wiegman verklaart ook dat de kosten zullen stijgen doordat er betere apparatuur wordt gebruikt in de zorg (Wiegman, 2009, p.7).

4.1.4.5 Journalisten

In het artikel van Mulder, Schnerr en Wiggers (2006) wordt aangegeven dat de arbeidsproductiviteit in de zorg sterk kan toenemen als er wordt geïnvesteerd in domotica. Dit zou komen doordat domotica het zorgpersoneel zou kunnen ondersteunen. Een andere journalist geeft aan dat domotica de kostenexplosie in de zorg kan voorkomen (Auteur onbekend, 2012, p.28). De daling in kosten verklaart hij door een langer zelfstandig bestaan. Doordat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, kost het de gemeenschap minder geld (Auteur onbekend, 2012, p.28). Samengevat kan er worden gesteld dat domotica volgens diegene die aan bod komen in de media invloed kan hebben op de gezondheidszorgkosten. Rondom de kosten wordt unaniem aangegeven dat domotica de kosten van de gezondheidszorg zal laten dalen. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn dat er efficiënter met zorgpersoneel omgegaan zal worden, de intramurale zorgkosten kleiner worden en dat er minder beroep op zorg zal worden gedaan doordat mensen zelf langer verantwoordelijk blijven voor hun gezondheid. Ten slotte wordt er vanuit de overheid een voorwaarde aangegeven vanuit de overheid dat domotica een vervanging van de huidige zorg zou moeten zijn. Het zou volgens Schippers geen aanvulling op zorg moeten worden omdat dan de zorgkosten alleen maar zullen stijgen.

4.1.5 Deelvraag 5: Wordt domotica door de media beschreven als een oplossing voor de toenemende problemen in de langdurige zorg, of wordt de nadruk gelegd op de negatieve kanten van domotica?

In deze deelvraag worden de resultaten van de vorige deelvragen samen genomen om een antwoord te kunnen geven op de vraag of domotica volgens de media als oplossing wordt gezien voor problemen in de langdurige zorg. Uit de resultaten van deelvraag 1 blijkt dat het merendeel van de experts en zorgverleners enthousiast is over de opkomst van domotica in de zorg. Hoogleraar Hermens geeft hier echter wel bij aan dat op dit moment domotica nog niet in staat is om zorg op maat te leveren (Engels, 2013). Hij vindt domotica nog te gestandaardiseerd. Verder geeft een directeur van een verpleeghuis aan dat domotica toepasbaar is binnen verpleeghuizen maar dat het bestaan van verpleeghuizen noodzakelijk blijft (Smits, 2003). Commerciële bedrijven binnen de gezondheidszorg zijn ook enthousiast over domotica. Zij promoten domotica en zien domotica als een middel dat de zelfraadzaamheid vergroot. Mogelijke kanttekeningen bij domotica worden ontkracht. Zo wordt er aangegeven dat er geen angst nodig is voor technische mankementen en risico's van domotica omdat er goede testen worden gedaan (Jansen, 2011, ?). Ook het begrip privacy komt aan bod in de artikelen. De directeur van een commercieel bedrijf, Lauwers, geeft aan dat privacy geen barrière mag zijn om gezondheidszorg betaalbaar en beter te maken (Lauwers, 2010, p. 38). Zorgverzekeraars geven aan dat zij goede verwachtingen van domotica hebben. De directeur van Achmea geeft bijvoorbeeld aan dat zorg op afstand het antwoord is op het arbeidsmarktprobleem en de verwachte groei van het aantal chronische patiënten (Vos, 2010, p.?). Er wordt aangegeven dat verzekeraars domotica zeker een kans willen geven maar dat zij vooraf aan de financiering bewijs willen hebben dat domotica effectief is. Vanuit de overheid worden er ook uitspraken over domotica gedaan. Voormalig ministers Volksgezondheid, Welzijn en Sport geven aan vol lof te zijn over domotica. Zij zien de zorg graag veranderen. Schippers voegt hieraan toe dat domotica als vervanging van de huidige zorg moet komen zodat het geen extra kostenpost gaat worden. Ook wordt er in het kabinet aangegeven dat de veranderende zorg gepaard moet gaan met keuzemogelijkheden.

Het is opvallend dat de groep ouderen zelf niet aan het woord komen in de artikelen. Er wordt door derden een inschatting gemaakt op welke manier ouderen tegen domotica aan kijken. De gebruiker van domotica komt dus niet aan het woord. Ook zorgverleners worden in de media nauwelijks gehoord. Ten slotte zijn de meningen van journalisten wisselend. Verschillende journalisten zien domotica als oplossing voor problemen binnen de gezondheidszorg. Maar er worden ook gevaren van domotica benoemd. Zo verwacht De Moor (2015) dat domotica sociaal isolement aanwakkert en geeft Van Eijck aan dat vrijemarktwerking vermeden moet worden in de zorg en dat burgers dus beschermd moeten worden tegen commercie in de zorg (Van Eijck, 2007, p.7). Uit de artikelen blijkt dat gebruik en gebruikers volgens commerciële bedrijven centraal horen te staan bij domotica. Domotica moet dienend zijn en daarom is het belangrijk dat de vraag van ouderen bekend is (Engels, 2013, p.8). Om de

implementatie van domotica te verbeteren moet er volgens de projectleider van Impuls een nauwere betrokkenheid zijn van de eindgebruiker. De eindgebruiker zou betrokken moeten worden bij het testen van domotica (Van de Voorde, 2013). In de artikelen wordt aangegeven dat het lastig is de groep ouderen en zorgverleners te bereiken (Engels, 2013, p.8). Ouderen hebben weinig kennis over domotica en dit zorgt er voor dat ze lastig te betrekken zijn bij deze vorm van zorg (Coenradie, 2015, P. 8).

Als domotica ingezet gaat worden binnen de gezondheidszorg, dan zullen er verschillende veranderingen plaats vinden. Voor de zorgverleners betekent het volgens journalist Rondhuis dat zorgverleners voortaan vaker in thuissituaties zullen werken en dat zij om moeten kunnen gaan met techniek (Rondhuis, 2017, p.7). Een verandering die bij zorgontvangers zal plaatsvinden volgens diegene die aan het woord komen in de media is dat zij meer eigen regie zullen krijgen (Van Nieuwenhof, 2014). Het behouden van eigen regie wordt positief beschouwd. Echter roept het van de andere kant ook de volgende vragen op in een artikel: in hoeverre is een videonetwerk in de zorg in strijd met privacy regels? En wie is er verantwoordelijk als het systeem het laat afweten en iemand daardoor overlijdt?

Ten slotte zal de financiering van domotica veranderen volgens diegene die aan het woord komen in de media. Er zijn verschillende actoren betrokken bij deze verandering. Voorbeelden hiervan zijn zorgverzekeraars, commerciële bedrijven en de overheid. Ook zijn er verschillende meningen over hoe de financiering geregeld zou moeten worden. Op dit moment zijn investeerders in domotica niet degenen die opbrengsten uit domotica genereren. Ook zorgverzekeraars moeten verschuiving van geldstromingen goed in kaart kunnen brengen en vergoedingen heroverwegen, zodat het interessant is om domotica op een goede manier te implementeren in de zorg. In de artikelen komt meerdere keren naar voren dat de huidige gezondheidszorg financieel gezien onhoudbaar wordt. De uitspraken over de invloed van domotica op de gezondheidskosten waren allen gelijk gestemd. Domotica zorgt er voor dat zorgpersoneel efficiënter ingezet kan worden en dat de hoge kosten aan intramurale zorg kunnen worden verkleind). Echter plaatst voormaling minister, Schippers, hierbij wel de kritische opmerking dat domotica geen extra kostenpost zou moeten worden (Jansen, 2011).

4.2 Analyse van de resultaten

In de analyse van de resultaten zal de inhoud van de krantenartikelen die weergegeven is in 4.2 worden geanalyseerd. Dit zal per deelvraag worden weergegeven. De analyse is gebaseerd op de inhoud van de krantenartikelen en de theorieën die beschreven zijn in het theoretisch kader.

4.2.1 Deelvraag 1: Welke verschillende meningen van belanghebbenden zien we terug in de media als het gaat om domotica?

In de presentatie van de resultaten voor de deelvraag één komen er verschillende meningen over domotica van belanghebbenden aan bod. In deze analyse zal er kritisch worden gereflecteerd op deze meningen en zal er worden geanalyseerd aan de hand van de eerder besproken theorieën. Gekeken naar de resultaten van mijn onderzoek blijkt dat binnen de groep experts vooral hoogleraren en directies van zorginstellingen aan het woord komen. Er komen dus met name mensen aan het woord die niet dagelijks zorg in de praktijk verlenen of ontvangen. Doordat hoogleraren en directies van zorginstellingen op een andere manier in contact komen met zorg, zal hun visie ook anders gevormd worden. De hoogleraren die aan het woord komen in de krantenartikelen zijn Ruijken en Hermens. Ruijken en Hermens zijn beide positief over domotica. Zij verwachten dat domotica het welzijn zal vergroten en dat de hygiëne bij mensen zal verbeteren (Abcouwer, 2006, p.2). Een gebrek aan welzijn en hygiëne zou kunnen duiden op een zelfzorgtekort. Zelfzorgtekorten zouden volgens de experts deels opgevangen kunnen worden door domotica. Door het zelfzorgtekort te verkleinen zou dit kunnen leiden tot een kleinere vraag van verpleegkundig handelen doordat zij langer in staat zijn om voor zichzelf te zorgen. Domotica zou er dan voor kunnen zorgen dat de zorgvraag naar zorgpersoneel kleiner wordt omdat er een kleiner zelfzorgtekort is dat moet worden opgevangen. Welzijn en hygiëne kunnen impact hebben op de universele zelfzorgbehoeftes en het zelfzorgtekort, zoals omschreven in de zelfzorgtheorie van Orem. In de zelfzorgtheorie is namelijk naar voren gekomen dat schone lucht en goede voeding gezien kunnen worden als universele zelfzorgbehoeftes. Deze behoeftes zijn voor iedereen geldend. Bevordering van hygiëne zou invloed kunnen hebben op deze behoeftes omdat een goede hygiëne de luchtkwaliteit in huis en voeding kan verbeteren. De voeding kan worden verbeterd doordat er dan bijvoorbeeld een beter toezicht is op houdbaarheidsdata. Als de hygiëne wordt bevorderd door domotica dan zullen verschillende universele zelfzorgbehoeftes zoals lucht en voeding makkelijker kunnen worden bereikt doordat mensen worden ondersteund met het streven naar goede lucht en voeding. Een ander positief effect van domotica die wordt benoemd door de experts is het geruststellen van mantelzorgers. Dit is in lijn met stap 1 van de vier fases van Tronto (Tronto, 1993). In deze stap moet een noodvraag worden herkend. Domotica zou in staat kunnen zijn om een noodvraag te herkennen en erkennen. Domotica zou dan ondersteuning kunnen bieden aan de mantelzorger. De overgang naar fase 2 van het geïntegreerd zorgproces van Tronto zal echter wel opgepakt moeten worden door mantelzorgers/zorgverleners omdat dit niet mogelijk is voor domotica. In stap 2 is het belangrijk dat iemand de verantwoordelijkheid neemt

om in actie te komen. Iemand moet zich geroepen voelen om te reageren op een noodsituatie (Tronto, 1993).

Domotica zal geen verantwoordelijkheidsgevoel hebben en daarom zullen hier mantelzorgers en zorgverleners onmisbaar zijn. Domotica kan mantelzorgers in die zin dus alleen geruststellen doordat noodsituaties opgemerkt kunnen worden door techniek.

Mantelzorgers zullen wel de verantwoordelijkheid moeten blijven nemen om in te grijpen bij noodsituaties die zijn opgemerkt door toezichhoudende domotica. De uitspraak die in het krantenartikel over mantelzorgers wordt gedaan geeft aan dat er wordt gewenst dat mantelzorgers domotica als een hulpmiddel gaan zien. Het ontlast de mantelzorger doordat domotica extra toezicht biedt op de patiënt. Er wordt dus mogelijk vanuit gegaan dat mantelzorgers aanwezig en betrokken blijven bij het zorgproces. Door de betrokkenheid van mantelzorgers blijft het zorgen voor elkaar centraal staan. Domotica kan in die zin gezien worden als een hulpmiddel om de rol van de zorgverlener te verlichten. De zorg die in het artikel van Engels (2013) wordt omschreven waarbij mantelzorgers een rol blijven hebben in het zorgproces zou dus aansluiten bij de zorgethiek van Tronto omdat er in de zorgethiek ook focus ligt op het zorgen voor elkaar en verantwoordelijkheid nemen om voor elkaar te zorgen (1993). Het zorgen voor elkaar gaat volgens de zorgethiek gepaard met het creëren van een goede relatie tussen de zorgontvanger en de verlener. Ook daarom is het van belang dat er mensen betrokken blijven bij de zorg en dat er dus persoonlijk contact mogelijk blijft binnen de zorg. In het krantenartikel van Degans et al. wordt beschreven dat mensen beter op hun eigen gezondheid zullen blijven letten door domotica (Degans, et al., 2009, p.9). Deze uitspraak sluit aan bij empowerment van de patiënt en zelfzorg. In het artikel wordt aangegeven dat mensen langer inzicht houden in hun eigen gezondheid status doordat zij zelf iedere dag metingen kunnen doen (Degans, et al., 2009, p.9). Door mensen zelf meer te laten doen in het zorgproces zullen hun eigen krachten dus beter benut worden. De patiënt heeft meer eigen verantwoordelijkheid en bepaald zelf wat voor zorg er nodig is. Door patiënten zelf metingen te laten doen blijven zij dichter betrokken bij hun eigen ziekteproces, er is meer eigen regie en er wordt gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid (Wallerstein, 1992). Ook sluit de uitspraak in het artikel van Degans aan bij de zelfzorgtheorie van Orem (1995). In deze theorie wordt er van uit gegaan dat mensen een gezond en zelfstandig leven nastreven. Door de mogelijkheid om zelf gezondheidsmetingen uit te voeren wordt het zelfzorgvermogen vergroot. Mensen worden dan in staat gesteld om zelf hun gezondheidsstatus te monitoren en uitgedaagd om zo gezond mogelijk te leven. Doordat het zelfzorgvermogen wordt vergroot zal de zelfzorg toenemen. In de zelfzorgtheorie wordt er vanuit gegaan dat ieder mens streeft naar een zelfstandig bestaan waarin er voor zichzelf wordt gezorgd. Door zelf gezondheidsmetingen te kunnen uitvoeren wordt zelfstandigheid bevorderd omdat er minder afhankelijkheid naar zorgverleners is. Een risico van de zelfstandige gezondheidsmetingen kan hier echter bij zijn dat de gezondheidsmetingen niet goed worden uitgevoerd en dat dit niet wordt opgemerkt door een gebrek aan controle vanuit de zorgverlener. Uiteindelijk kan dit er voor zorgen dat de gezondheid wordt verwaarloosd en er intramurale zorg nodig is om de situatie te herstellen.

Geconcludeerd kan worden dat zelfstandige gezondheidsmetingen mensen uitdaagt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid maar dat dit ook negatieve gevolgen kan hebben.

Er zijn vanuit de groep experts ook twijfels geuit over de huidige domotica. Een kritische opmerking van hoogleraar Hermens is dat domotica op dit moment nog te gestandaardiseerd is (Engels, 2013, p.8). Hermens geeft aan dat techniek dienend moet zijn. Dat gestandaardiseerde zorg niet wenselijk is wordt ondersteund door de zorgethiek. Binnen de zorgethiek wordt aangegeven dat een persoon uniek is en ook als een uniek wezen zou moeten worden beschouwd (Van Heijst, 2011). Ieder individu heeft een andere zorgvraag. Het is volgens van Heijst (2011) belangrijk dat een zorgverlener een goede inschatting kan maken van de vraag naar zorg. Er moet rekening gehouden worden met specifieke situaties en zorg moet een context gebonden karakter hebben. Om een goede inschatting te kunnen maken van de vraag naar zorg is het belangrijk dat een zorgverlener eigen inzicht, ervaring en kennis gebruikt (Van Heijst, 2011). Het is onmogelijk voor domotica om inzicht, ervaring en kennis te gebruiken bij de zorgverlening omdat dit vooraf geprogrammeerde systemen zijn. Domotica kan niet luisteren naar een specifieke zorgvraag. Het functioneert bij iedereen op een zelfde manier. De mens wordt op deze manier dus niet als uniek individu beschouwd zoals dat wel zou moeten volgens een van de principes van de zorgethiek (Tronto, 1993).

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen geeft aan dat er meer vastgelegd dient te worden over privacy, veiligheid en verantwoordelijkheden. Zij zijn van mening dat het vastleggen van deze aspecten op dit moment onvoldoende wordt gedaan, terwijl dit wel belangrijk is om vertrouwen te creëren onder zorgverleners en ouderen (of zorgvragers). Dit sluit aan bij de zorgethiek, waarbij Baart et al. (1993) stellen dat aandacht en vertrouwen essentieel zijn voor het vormgeven van goede zorg. Kortom, als de hierboven beschreven punten van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen niet in acht worden genomen bij het introduceren van domotica, en daardoor het vertrouwen bij zorgverleners en ouderen afneemt, dan zal dit mogelijk een negatief effect hebben op wat binnen de zorgethiek goede zorg genoemd wordt.

De tweede groep belanghebbenden die een duidelijke mening over domotica heeft zijn de commerciële bedrijven in de gezondheidszorg. Commerciële bedrijven zijn het meest enthousiast als het gaat om domotica. Zij investeren in domotica en proberen domotica te implementeren in de gezondheidszorg. Bedrijven hebben een tegenovergestelde mening wat betreft veiligheid en privacy bij domotica ten opzichte van experts. Het begrip privacy komt aan bod in het artikel van Lauwers (2010). Directeur van een farmaceutisch bedrijf, Lauwers, geeft aan dat er veilig met gegevens van patiënten moet worden omgegaan, maar dat privacy geen barrière mag zijn voor de ontwikkeling van betaalbare zorg (Lauwers, 2010, p. 38). Eigenaar van een innovatie bedrijf, Kijk in de Vegt, geeft wat betreft veiligheid aan dat domotica juist in staat is om veiligheid te vergroten (Auteur onbekend, 2010, p.20). Deze uitspraak

wordt ondersteund in het artikel van Jansen (2011). Hier geeft de ondernemersorganisatie voor de technologische industrie aan dat er geen angst is voor onveilige situaties. Domotica zou volgens deze ondernemersorganisatie altijd goed worden getest en er is vanuit deze organisatie dan ook vertrouwen dat domotica altijd goed werkt. Het personeel dat moet werken met domotica wordt heel goed getraind (Jansen, 2011, p.?). Uit deze uitspraken blijkt dat ontwikkelaars van domotica er vertrouwen in hebben dat domotica de veiligheid vergroot. Volgens de zorgethiek is het echter belangrijk dat juist de zorgontvanger vertrouwen heeft in de zorg omdat een zorgontvanger een belangrijke actor binnen het zorgproces is (Tronto, 1993). Veiligheid zou een aspect kunnen zijn die het vertrouwen in domotica kan beïnvloeden. Een goed vertrouwen in de manier van zorg bieden en erkenning van problemen bij patiënten zijn volgens de zorgethiek belangrijke voorwaarden om goede zorg te kunnen creëren (Van Heijst, 2008). Kortom, het vertrouwen in domotica dat er op dit moment is binnen de commerciële sector zou ook moeten ontstaan bij zorgontvangers en zorgverleners omdat dit een van de voorwaarden is volgens de zorgethiek om goede zorg te ontwikkelen.

Zorgverzekeraars komen verschillende keren aan het woord in de artikelen. Vertegenwoordigers van VGZ, Menzis en Achmea stellen, net zoals de commerciële sector binnen de gezondheidszorg, vertrouwen te hebben in domotica. Een verklaring voor de positieve attitude ten aanzien van domotica is het financiële effect van domotica. Als zorgverzekeraars minder zorgkosten hoeven te betalen aan zorginstellingen, dan zullen zij minder kosten hoeven door te berekenen aan hun klanten (patiënten), en hierdoor kunnen zij dus lagere premies aanbieden aan hun klanten. VGZ manager Pieter van Haren geeft wel aan dat domotica zichzelf eerst moet bewijzen voordat ze het vergoeden. Kortom, met name het financiële aspect is hier belangrijk.

Ab Klink en Edith Schippers, beide voormalig ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zien domotica graag een rol spelen in de gezondheidszorg. Ab Klink geeft hiervoor als verklaring dat domotica noodzakelijk is vanwege de personeelstekorten. Edith Schippers geeft aan dat domotica kosten in de zorg kan drukken als het een vervanging van de huidige zorg is (Jansen, 2011, p.?). Of de huidige zorg compleet vervangbaar is door domotica is twijfelachtig. Aan de hand van de vier fases uit de zorgethiek zou kunnen worden afgeleid dat zorgverleners onmisbaar zijn in het zorgproces (Tronto, 1993). Domotica is wellicht in staat om nood te herkennen en erkennen maar dit is pas stap één uit het zorgproces. De verantwoordelijkheid voelen om in actie te komen ontbreekt nog bij domotica. Dit is stap twee in het zorgproces. Hier zal dus altijd de aanwezigheid van een zorgverlener noodzakelijk zijn. De fysieke uitvoering van de zorg zou in de toekomst wellicht overgenomen kunnen worden door domotica. Echter zal het persoonlijke gedeelte van zorg bieden en mentale steun onvervangbaar zijn door domotica. Het intermenselijke contact zal minder worden door domotica doordat er verschillende contactmomenten met zorgverleners kunnen wegvallen. Dit zullen de momenten zijn tijdens de verzorging bijvoorbeeld. De verzorging die door domotica opgevangen kan worden zal er voor zorgen dat er contactmomenten met zorgverleners verloren zullen gaan. Dit is volgens de zorgethiek een

kwelijke zaak omdat persoonlijk contact volgens dit perspectief erg belangrijk is binnen een zorgrelatie. Ten slotte kan het geven van feedback over de zorg lastig zijn via domotica. Het geven van feedback heeft als doel het optimaliseren van zorg. Door het geven van feedback kan zorg worden aangepast aan de wensen van de patiënt en zo ontstaat er vraag gestuurde zorg (Tronto, 1993). Om deze stap te kunnen maken van feedback naar vraag gestuurde zorg zal de feedback geïnterpreteerd moeten worden door de zorgverlener. Domotica zou feedback kunnen registreren maar het is onmogelijk dat domotica een interpretatie geeft aan de feedback. Het beoogde doel van feedback ontvangen gaat dan verloren omdat het registreren van feedback niet het einddoel van deze fase van Tronto is. Om het doel van deze fase binnen het geïntegreerd zorgproces van Tronto te kunnen behalen zullen er mensen nodig blijven die het interpretatiegedeelte van de feedback kunnen realiseren.

De mening van ouderen ten aanzien van domotica komt niet aan bod in de artikelen. Dit is opvallend omdat zij een belangrijk groep gebruikers van domotica zijn. Domotica wordt ontwikkeld om ouderen te helpen. Het is tegenstrijdig dat ouderen niet worden gehoord in de media omdat er door verschillende belanghebbenden in krantenartikelen wordt aan gegeven dat de visie van ouderen centraal dient te staan. Ook vanuit de zorgethiek wordt er aangegeven dat het belangrijk is dat gebruikers van de zorg vertrouwen hebben in de zorg en dat er aandacht voor hen moet zijn (Baart, et al., 1993). Het is dus belangrijk dat ouderen vertrouwen en aandacht vertrouwen om een goede betrokkenheid te kunnen creëren. Zorgverzekeraars, commerciële bedrijven binnen de gezondheidszorg en de overheid geven aan dat de vraag vanuit de ouderen centraal dient te staan bij de ontwikkeling van domotica. De techniek zou dienend moeten zijn en niet leidend. Dit is volgens de zorgethiek dus een goed uitgangspunt omdat er binnen de zorgethiek wordt aangegeven dat zorg niet gestandaardiseerd moet worden geleverd en dat de feedback van de (toekomstige) zorggebruiker mee betrokken moet worden bij het leveren van zorg. Echter wordt er tegelijkertijd aangegeven dat er onduidelijkheid is over de vraag van ouderen. Met name commerciële bedrijven binnen de gezondheidszorg geven aan dat ouderen onvoldoende betrokken zijn bij domotica. Concluderend kan er worden gesteld dat de mening van ouderen niet wordt gehoord in krantenartikelen maar dat het volgens verschillende partijen belangrijk wordt geacht dat de betrokkenheid van ouderen moet worden vergroot en dat hun mening en wensen gehoord zouden moeten worden. Ook volgens de empowerment benadering is dit belangrijk omdat hierin staat dat mensen mee moeten kunnen beslissen over de manier waarop zij zorg wensen te ontvangen. Hierbij moet er een gelijke verstandhouding zijn tussen de zorgontvanger en zorgverlener. De ouderen weten uit ervaring wat hen kan helpen als het om zorg gaat. Vraag gestuurde zorg is dan dus belangrijk om het optimale te bereiken.

Ten slotte zijn er artikelen geschreven waarin journalisten hun eigen mening verwoord hebben ten aanzien van domotica. Hans de Moor is één van de journalisten die zijn mening geeft over domotica. Hij geeft aan bang te zijn voor een toename in sociaal isolement bij ouderen door het scheiden van wonen en zorg. “Mensen dreigen weg te kwijnen in een comfortabele woning” (De Moor, 2015, p?).

Door mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen zijn zij zelf verantwoordelijk voor het onderhouden van hun sociale contacten. Dit kan lastig zijn omdat de mobiliteit van ouderen niet altijd goed is. Zij zullen dan moeten hopen dat er familie en vrienden zijn die hen thuis komen opzoeken omdat de ouderen door domotica mogelijk minder snel in verpleeghuizen komen te wonen. Binnen de intramurale zorg worden ouderen automatisch omgeven door mensen doordat zij samen binnen een instelling of verpleeghuis verblijven. Dit zou het voor ouderen makkelijker kunnen maken om in contact te blijven met mensen. Als domotica intrede zou doen in de gezondheidszorg dan is het dus belangrijk dat er toezicht wordt gehouden op het voorkomen van een sociaal isolement. Wanneer er vanuit de zorgethiek naar het sociale aspect wordt gekeken, dan geeft Tronto aan dat zorgen voor elkaar centraal dient te staan (Tronto, 1993). Mensen horen zich te bekommeren over elkaar en noden van elkaar te herkennen (Tronto, 1993). Volgens het krantenartikel van De Moor (2015) wordt dit niet gedaan als er gebruikt wordt gemaakt van domotica. Het verantwoordelijkheidsgevoel die mensen naar elkaar horen te hebben wordt volgens hem dan verkleind. Ook de intuïtie die mensen hebben bij het herkennen van eenzaamheid en sociaal isolement wordt dan buiten beschouwing gelaten. Dit is volgens Vosman en Baart een kwalijke zaak omdat intuïtie een belangrijke factor is om passende zorg te kunnen inschatten (Vosman & Baart, 2011). Domotica kan dan ook niet registreren of een zorgvragen behoefte heeft aan sociale contacten om zich heen.

Kortom, door mensen langer thuis te laten wonen met mogelijk een verslechterde mobiliteit ligt eenzaamheid en een sociaal isolement op de loer. Het kan dan zijn dat mensen weinig sociale contacten hebben. In een instelling of verzorgingshuis zou er dan eerder contact mogelijk zijn met anderen doordat er medebewoners aanwezig zijn. Het is volgens de zorgethiek een kwalijke zaak als iemand in een sociaal isolement kan raken omdat zorgen voor elkaar centraal dient te staan en daarnaast zou een sociaal isolement moeten worden opgemerkt door de intuïtie van mensen (Tronto, 1993).

4.2.2 Deelvraag 2: In welke mate worden de zorgontvanger en zorgverlener door de media betrokken in het verhaal rondom domotica?

In deelvraag twee wordt er ingezoomd op de betrokkenheid van de zorgontvanger en zorgverlener bij de bespreking van domotica door de media. In het krantenartikel van Loose (2012) wordt aangegeven dat er wantrouwen vanuit zorgpersoneel is ten aanzien van domotica. Zorgpersoneel geeft aan weinig geloof te hebben in de belofte dat er door domotica meer tijd over blijft om persoonlijk contact te hebben. Hiermee geven zij aan dat persoonlijk contact volgens hen belangrijk is. Het belang van persoonlijk contact wordt ook aangegeven binnen de zorgethiek. In de zorgethiek staat beschreven dat een goede communicatie tussen zorgverleners en zorgontvangers belangrijk is (Tronto, 1993). De angst van het zorgpersoneel is begrijpelijk omdat zorgverzekeraars, commerciële bedrijven en de overheid hameren op het terugdringen van de gezondheidszorgkosten. Het terugdringen van de personeelskosten binnen de gezondheidszorg strookt dan niet met de belofte dat er extra tijd zal komen om persoonlijk contact te

hebben met de zorgvrager. Als het doel van domotica volgens vele krantenartikelen het terug dringen van de zorgkosten blijkt te zijn, dan kan er afgevraagd worden in hoeverre er extra ruimte komt om persoonlijk contact met de zorgvrager uit te breiden. Tevens kan deze belofte in twijfel worden gesteld omdat de krantenartikelen het beeld schetsen dat zorgpersoneel vervangt worden door domotica. Extra persoonlijk contact zou dan de gewenste besparingen tegenwerken. Er zou dan moeten worden gekeken wat domotica kan opvangen binnen het zorgproces zodat er ruimte ontstaat die benut kan worden door extra persoonlijk contact.

Eigenaar van een innovatief bedrijf, Focus Cura, geeft aan dat er niet altijd goed geluisterd wordt naar de vraag van de patiënt. Hij is van mening dat ouderen te laat in het proces worden betrokken (VNO, 2012,?). Het is volgens de zorgethiek belangrijk dat er nauwe betrokkenheid is met de zorgvrager omdat iedere zorgvrager een andere zorgvraag kan hebben. Er moet volgens de theorie van Van Heijst worden gekeken naar specifieke situaties en er moet op maat zorg kunnen worden geleverd (Van Heijst, 2011). Als er te weinig wordt geluisterd naar de vraag van de ouderen dan is het onmogelijk om zorg te kunnen leveren op maat. Er ontstaat dan een standaard zorg die niet in iedere situatie wenselijk is. Kortom, bekeken vanuit een zorgethisch perspectief is het belangrijk dat er zorg op maat wordt geleverd en dat er hierbij is geluisterd naar de wensen van de zorgvrager. Vanuit zorgethisch perspectief is het daarnaast ook belangrijk dat ieder individu een uniek wezen is en dat hier de zorg op aan moet sluiten. Als er wordt geluisterd naar de wensen van de zorgvrager dan ontstaat er zorg die past in specifieke situaties en die aansluiten bij de individuele zorgvraag. Ook expert in zorg en innovatie, Jan Vermeulen, geeft aan dat het huidige gebruik van innovaties door ouderen onbekend is. Hij geeft aan dat er domotica beschikbaar is die er voor zorgt dat het veiligheidsgevoel wordt vergroot. Tegelijkertijd geeft hij aan dat het onduidelijk is hoe dit in het dagelijks leven wordt gebruikt (Vermeulen, 2011). Dit komt overeen met de analyse van deelvraag 1. Veiligheid kan vergroot worden door het gebruik van domotica, alleen er ontbreekt vertrouwen vanuit de ouderen. Het winnen van vertrouwen is volgens de zorgethiek belangrijk omdat ouderen dan eerder in staat zullen zijn de zorg door domotica te accepteren. Dat de zorgvraag vanuit de ouderen centraal dient te staan komt ook overeen met empowerment van de patiënt. Uit de theorie bleek dat bij empowerment wordt aangegeven dat de zeggenschap van een patiënt over het eigen leven een kernbegrip is. De patiënt moet mee kunnen beslissen over de zorg die er wordt ontvangen. Er hoort volgens deze theorie ook een gelijkwaardige positie te zijn tussen de ouderen en de zorgverleners (Wallerstein, 1992). Als er volgens de krantenartikelen te weinig wordt geluisterd naar de vraag van ouderen dan beslissen zij niet mee in de ontwikkeling van de zorg. Daarnaast wordt er dan niet uit gegaan van een gelijkwaardige positie doordat ontwikkelaars van domotica bepalen wat er op de markt komt en zorgvragers hier geen invloed op hebben. Er is geen dialoog tussen de verschillende partijen en daardoor kan zorg niet worden aangepast op het individu. Er is dan aanbod gestuurde zorg in plaats van vraag gestuurde zorg. Hierbij worden de wensen van ouderen dus mogelijk te weinig in beschouwing genomen bij de ontwikkeling van domotica. In het krantenartikel van Engels (2013) wordt

ook aangegeven dat de vraag naar domotica vanuit ouderen niet groot is. Met name de ouderen die geen gezondheidsklachten hebben zijn lastig te betrekken bij domotica (Engels, 2013). Dit is in lijn met de zelfzorgtheorie en salutogenese. In beide benaderingen ligt de focus op het individu. Uit de zelfzorgtheorie komt naar voren dat een individu er naar streeft om voor zichzelf te zorgen (Orem, 1995). Mensen hebben de behoeften om voor zichzelf te zorgen en een gezond leven te leiden. Zo lang dit mogelijk is zullen zij niet afhankelijk van anderen willen zijn. Zo lang ouderen geen gezondheidsproblemen ervaren en in staat zijn om voor zichzelf te zorgen zal er geen interesse zijn voor domotica. Mensen zorgen volgens de zelfzorgtheorie van Orem (1995) van nature het liefst voor zichzelf. Zo lang er geen problemen zijn waardoor de zelfzorg in gevaar komt, dan zal er ook niet naar alternatieven worden gekeken die de zelfzorg (deels) over kunnen nemen en zou het dus lastig kunnen zijn om ouderen te enthousiasmeren voor domotica. Vanuit de salutogenese benadering is het begrijpelijk dat er geen gehoor aan domotica wordt gegeven zo lang ouderen gezond zijn. Dit komt doordat de focus in deze benadering ligt op het positieve. Er wordt gekeken naar waar het individu toe in staat is en wat zijn of haar kwaliteiten en krachten zijn. Gebreken of ziektes krijgen hierbij weinig aandacht. Zo lang ouderen een zelfstandig leven kunnen leiden zal er weinig aandacht worden gelegd op het negatieve of de gebreken (Vaandrager & Koelen, 2011).

Ten slotte komt er meerdere keren in krantenartikelen aan bod dat er onvoldoende kennis over domotica is bij ouderen. Er is bij ouderen onduidelijkheid over de mogelijkheden die er zijn als het over domotica gaat en de functie die domotica kan hebben. Kennisverwerving is volgens de zelfzorgtheorie van Orem onderdeel van zelfzorgvermogen (Orem, 1995). Als er duidelijkheid is over hoe domotica kan worden gebruikt, dan kan dit het zelfzorgvermogen vergroten. Mensen zijn dan door domotica langer in staat om zelfstandig te leven en zo lang mogelijk te blijven doen waar ze toe in staat zijn. De focus wordt dan op het positieve van gezondheid gelegd en dit is in lijn met de salutogenese. De manier waarop mensen worden voorgelicht heeft invloed op de kennis die wordt vergaard door ouderen. Mensen moeten voldoende en accurate kennis kunnen vergaren over domotica en die toegang tot de kennis moet gelijk zijn tussen mensen volgens de basisprincipes van de zorgethiek. Het is dus volgens de zorgethiek belangrijk dat de kennis voor iedereen toegankelijk is zodat er geen ongelijkheid kan ontstaan. Er zou ongelijke toegang tot zorg kunnen ontstaan als een deel van de ouderen andere/minder voorlichting krijgt over de mogelijkheden van domotica.

4.2.3 Deelvraag 3: Hoe veranderen volgens de media de verantwoordelijkheden binnen de zorg als gevolg van introductie van domotica?

In deelvraag 3 is er gekeken naar de veranderingen die er plaats vinden als domotica wordt geïmplementeerd. In verschillende artikelen wordt aangegeven dat domotica er voor zorgt dat de zelfredzaamheid onder ouderen wordt vergroot, een van die krantenartikelen waar er over zelfredzaamheid wordt gesproken is Van Nieuwenhof (2014). Ook wordt er geschreven over een langer behoud van eigen regie over het leven door de inzet van domotica (Vos, 2010). Dit is in lijn met de

zelfzorgtheorie van Orem (1995). De focus ligt binnen deze theorie op zorgen voor zichzelf. Als mensen eigen regie houden en zelfredzamer worden dan worden zij uitgedaagd om zo lang mogelijk voor zichzelf te zorgen. Het zelfzorgvermogen kan worden vergroot door ondersteuning van domotica omdat zij in staat zijn om met hulp van domotica langer voor zichzelf te kunnen blijven zorgen. Het zo lang mogelijk zorgen voor zichzelf zorgt er tevens voor dat mensen worden uitgedaagd om zo lang mogelijk hun eigen kwaliteiten en krachten te gebruiken. Dit kan worden aangeduid met het empowerment van de patiënt. Ouderen proberen dan mogelijk de focus te leggen op wat zij nog wel kunnen in plaats van waartoe zij niet meer in staat zijn. Dit sluit aan bij de salutogenese benadering omdat er hier ook wordt gezocht naar de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en naar de factoren die het goede leven bevorderen (Vaandrager, Koelen, 2011). Deze quote uit de salutogenese benadering kan als volgt worden gekoppeld aan domotica. Door het gebruik van domotica zouden mensen langer in staat kunnen zijn om thuis te blijven wonen, hierdoor worden zij uitgedaagd om zo lang mogelijk zelfstandig te leven. Dit is een manier om zo lang mogelijk gebruik te maken van de gezondheid die nog wordt ervaren. Daarnaast zou een autonoom en zelfstandig bestaan voor mensen kunnen bijdrage aan het behouden van kwaliteit van leven. Mensen kunnen het waardevol vinden om een leven te leiden waarbij zij onafhankelijk van anderen zijn. Daarnaast ligt er vanuit de salutogenese een focus op de mogelijkheden in de fysieke omgeving die mensen in staat stellen om, ondanks allerlei stressvolle gebeurtenissen, gezondheid te ontwikkelen en te behouden (Vaandrager & Koelen, 2011). Domotica zou onderdeel kunnen worden van een fysieke omgeving omdat het geplaatst zou kunnen worden in thuissituaties. Daarnaast kan domotica invloed hebben op de gezondheid van mensen doordat het een gezondheid status kan registreren en invloed kan hebben op een leefstijl. Dit kan dan bijvoorbeeld doordat domotica eet en slaapgewoontes kan registreren en monitoren. Domotica kan dus in een fysieke leefomgeving de gezondheid van mensen op een positieve manier beïnvloeden en daarom zou domotica volgens de salutogenese benadering mogelijk een goede manier van zorg bieden kunnen zijn.

Een belangrijke verandering voor zorgpersoneel is dat zij een andere werkomgeving krijgen en andere taken. Zorgpersoneel zal voornamelijk aan het werk zijn in een thuissituatie omdat mensen langer thuis kunnen blijven wonen doordat hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid wordt vergroot. Ook zullen zij om moeten leren gaan met domotica en zullen zij moeten leren op afstand zorg te verlenen. Doordat zorg op afstand gegeven zal worden zal de communicatie veranderen tussen zorgontvanger en zorgverlener. Dit kan invloed hebben op de relatie tussen de verschillende actoren. Tronto geeft in de zorgethiek (1993) aan dat zorgen voor elkaar centraal staat en dat het hierbij belangrijk is dat er een goede relatie ontstaat tussen de zorgontvanger en zorgverlener. Van Heijst (2008) voegt hieraan toe dat erkenning binnen deze relatie belangrijk is. De patiënt moet voelen dat zijn of haar gezondheidsproblemen worden erkent en serieus worden genomen (Van Heijst, 2008). Erkenning wordt gecreëerd als er voldoende aandacht is voor de patiënt en er vertrouwen in de zorg is. Zorg op afstand kan er voor zorgen dat een zorgverlener meer op de achtergrond raakt. Het persoonlijke contact tussen mensen zal veranderen en de zorgverlener kan minder zichtbaar worden voor de patiënt, ook kan de

patiënt minder zichtbaar worden voor de zorgverlener. Het is volgens de zorgethiek belangrijk dat de patiënt zich erkent blijft voelen. De patiënt moet het idee hebben aandacht te blijven krijgen en te kunnen vertrouwen op de zorg. Het is belangrijk dat deze aspecten terug blijven komen als zorg via domotica wordt verleend. In stap 3 van het geïntegreerd zorgproces van Tronto komt de fase aan bod waar zorg wordt verleend. Als voorwaarden worden hier genoemd de capaciteiten die een zorgverlener heeft om fysieke zorg te geven, maar ook het contact met de patiënt. Volgens de zorgethiek van Tronto is het dus belangrijk dat er contact blijft tussen de zorgverlener en de zorgontvanger (Tronto, 1993). Bij de inzet van domotica kan het zijn dat er verschillende persoonlijke contactmomenten tussen de zorgverlener en de zorgontvanger weg vallen. Als voorbeeld kan worden genoemd het gebruik van sensoren in koelkasten die het eetgedrag van iemand registreren. Indien er gebruik wordt gemaakt van deze domotica dan is het voor de zorgverlener niet meer nodig om in huis te komen checken hoe het met het eetgedrag van de persoon is gesteld. Doordat zulke contactmomenten wegvallen, kan het zijn dat het persoonlijk contact wordt verminderd. Volgens de zorgethiek van Tronto (1993) is het belangrijk dat er voldoende persoonlijk contact blijft bestaan tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. Bij de inzet van domotica zou er dus vanuit een zorgethisch perspectief moeten worden gewaakt voor een tekort aan persoonlijk contact.

4.2.4 Deelvraag 4: Wordt domotica in verband gebracht met de stijgende kosten binnen de zorg, en zo ja hoe?

In de presentatie van de resultaten van deelvraag 4 is er gekeken naar de effecten die domotica kan hebben op de gezondheidszorguitgaven. Volgens de experts die hun mening verwoorden in krantenartikelen gaat domotica er voor zorgen dat de gezondheidszorgkosten kunnen worden verlaagd. Intramurale zorg wordt als kostbaar beschouwd in de media en daarom moet er worden gestreefd naar extramurale zorg (Engels, 2013 & Teerink, 2009). Ook wordt domotica gezien als de oplossing voor het personeelstekort in de zorg (Schrijver, 2012). Veel werk kan door domotica worden bespaard en dit zorgt er voor dat er minder zorgpersoneel nodig is volgens een zorgexperts uit een krantenartikel (Smits, 2003). Er kan dus op basis van de geanalyseerde krantenartikelen geconcludeerd worden dat domotica de kosten van de gezondheidszorg kan verlagen, doordat domotica verschillende taken van zorgpersoneel over kan nemen, en er mogelijk minder zorgpersoneel nodig blijft. Echter kan er worden afgevraagd of het personeel werkelijk vervangbaar is door domotica. Hierbij is de belangrijkste vraag of domotica als zorgverlener kan worden gezien. Als er naar de vier fases van het geïntegreerd zorgproces van Tronto (1993) wordt gekeken, dan lijkt fase één voor een deel vervangbaar te zijn door domotica. Domotica zou in staat kunnen zijn om noodgevallen te herkennen. Hier is toezichthoudende domotica voor bedoeld. Als er een noodsituatie erkent is zal er actie op ondernomen moeten worden. In deze tweede fase zal er ingegrepen moeten worden door zorgverleners of mantelzorgers. De uitvoerbaarheid van deze fase door domotica is nog niet mogelijk, omdat domotica nog niet de schakeling kan maken tussen het registreren van nood en het participeren op deze situatie. In fase drie

zal de zorg verleend moeten worden. Domotica kan delen van verzorging overnemen van zorgpersoneel. Zo is het bijvoorbeeld al mogelijk om verschillende zware fysieke verzorgingstaken voor zorgpersoneel te laten doen door robots en is het mogelijk om registratie en gezondheidsmetingen te doen door domotica. Zoals in de vorige deelvraag beschreven is, is het volgens de zorgethiek echter wel belangrijk dat er ook persoonlijk contact blijft tussen de zorgontvanger en verlener (Tronto, 1993). Een andere kritische opmerking die wordt gemaakt door een zorgverlener in een krant is dat verschillende taken niet op afstand kunnen worden gedaan. Het voorbeeld dat hierbij genoemd wordt is het voelen aan organen. Nadat er verzorging is geleverd gaat de laatste fase van het zorgproces van start. In de laatste fase van het geïntegreerd zorgproces van Tronto (1993) wordt er feedback gegeven vanuit de zorgontvanger op de zorg die is ontvangen. De registratie van deze feedback zou elektronisch kunnen worden gedaan. Om deze feedback effectief te kunnen gebruiken is het echter nodig een interpretatie te geven aan de geregistreerde feedback omdat er dan aanpassingen kunnen worden gemaakt aan de zorg. Het interpreteren van de feedback is op dit moment nog niet mogelijk door domotica. Om het doel van de vierde fase van het zorgproces van Tronto (1993) niet uit het oog te verliezen zal er daarom zorgpersoneel betrokken moeten blijven. Aan de hand van de vier fases uit de zorgethiek van Tronto (1993) zou het dus onmogelijk zijn om zorgpersoneel volledig te vervangen door domotica. Een andere verklaring voor de dalende zorgkosten is de grotere zelf verantwoordelijkheid. Verwacht wordt dat de grotere verantwoordelijkheid er voor zorgt dat mensen langer gezond zullen leven en minder beroep doen op de zorg. Dit is in lijn met salutogenese om een aantal redenen.

De verwachting is dat ouderen de focus zullen leggen op de bronnen die er voor zorgen dat zij gezond blijven. Zij zullen zich richten op factoren die hun welzijn bevorderen, wat aansluit bij het salutogenese perspectief. De focus ligt binnen de salutogenese benadering namelijk op de capaciteiten van individuen waaruit zij gezondheid kunnen ontwikkelen (Vaandrager & Koelen, 2011). Het kan zijn dat er door de inzet van domotica minder snel een beroep wordt gedaan op de zorg omdat mensen langer hun kwaliteiten en bronnen gebruiken die er voor zorgen dat zij in optimale gezondheid zelfstandig kunnen leven. Ook sluit deze verklaring aan bij empowerment. Ouderen worden mogelijk door domotica uitgedaagd om op eigen kracht een zelfstandig leven te leiden. Er kan dan gebruik worden gemaakt van de eigen kracht en ervaring van de patiënt om te bepalen welke zorg er nodig is voor een individu omdat een persoon zelf bepaald aan welke domotica technieken iemand behoefte heeft. Vanuit de zorgverlening word er vertrouwd op het vermogen van de patiënt om op basis van ervaringen te bepalen welke zorg goed zou passen. Er is dan spraken van een gelijkwaardige positie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. Uiteindelijk kan dit er mogelijk voor zorgen dat er alleen zorg nodig is die met eigen kracht niet kan worden gerealiseerd en ontstaat er vraag gestuurde zorg, echter blijkt uit de resultaten ook dat domotica op dit moment nog erg gestandaardiseerd is. Aanbieders van zorg bepalen op dit moment nog het aanbod van domotica zonder dat zij precies de vraag van ouderen in kaart hebben gebracht. De aanbieders van domotica zijn op dit moment vaak commerciële technische bedrijven. Zij

worden dus een stakeholder binnen de gezondheidszorg. De intrede van een nieuwe actor kan problemen met zich mee brengen. Een probleem die ervaren wordt door de gezondheidssector heeft te maken met de financiering van domotica. Innovatiemanager bij de organisatie van installateurs UNETO-VNI, Helmink, beschrijft in een artikel problemen te ervaren bij de invoering van domotica omdat ouderen domotica vaak niet kunnen bekostigen. Volgens de zorgethiek is zorg goed als het aansluit bij de fundamentele principes uit de zorgethiek. Een van die principes is het gelijkheidsprincipe. Er moet voor iedereen gelijke toegang en gelijke mogelijkheden zijn voor het ontvangen van zorg (Held, 2006). Als domotica alleen voor welvarende ouderen toegankelijk is, is er dus geen gelijke toegang tot domotica. De financiering van domotica zou op een manier moeten worden geregeld waarbij alle ouderen de mogelijkheid hebben om domotica te gebruiken, ongeacht inkomen. Pas als dat gerealiseerd is zou domotica voldoen aan het gelijkheidsprincipe. Het gelijkheidsprincipe is één van de voorwaarden waar aan voldaan moet worden om goede zorg te bereiken volgens de zorgethiek.

4.2.5 Deelvraag 5: Wordt domotica door de media beschreven als een oplossing voor de toenemende problemen in de langdurige zorg, of wordt de nadruk gelegd op de negatieve kanten van domotica?

Zoals uit de presentatie van de inhoud blijkt, is deelvraag 5 een overkoepelende vraag van de vier voorafgaande deelvragen. Ook in dit deel van de analyse kunnen dus delen overeenkomen met vorige deelvragen. Verschillende groepen belanghebbenden zijn erg enthousiast over de opkomst van domotica. Met name de overheid, de zorgverzekeraars en de commerciële sector binnen de gezondheidszorg publiceren enthousiaste krantenartikelen. Zij geloven dat domotica tot een efficiënt zorgaanbod leidt en de problemen die worden veroorzaakt door personeelstekorten kan oplossen. Dit wordt ook letterlijk gezegd door de directeur van Achmea (Vos, 2010, ?). Ook wordt door de commerciële sector aangegeven dat de veiligheid goed is gewaarborgd (Lauwers, 2010, p.38). Hierbij wordt aangegeven dat er veel testen op domotica zijn uitgevoerd en het risico van mankementen klein is. Veiligheid is binnen de zorg een belangrijk aspect. Echter, de angst bij ouderen voor onveilige situaties en het wantrouwen in domotica blijft een belangrijk punt, en dit zal volgens verschillende krantenartikelen moeten veranderen. Volgens het zorgethisch perspectief is het belangrijk dat er vertrouwen is van de zorggebruiker en dat problemen moeten worden onderkend (Van Heijst, 2011). Ook ouderen zullen dus vertrouwen moeten krijgen in de veiligheid van domotica.

Experts in de zorg zijn gematigd positief. Er wordt beweerd dat domotica op dit moment nog te gestandaardiseerd wordt aangeboden. Dat gestandaardiseerde zorg niet wenselijk is, wordt bevestigd binnen het zorgethisch perspectief. Binnen de zorgethiek wordt aangegeven dat een persoon uniek is en als een uniek wezen moet worden beschouwd (Van Heijst, 2011). Ieder individu heeft weer een andere zorgvraag. Het is volgens van Heijst (2011) belangrijk dat een zorgverlener een goede inschatting kan maken van de zorgvraag en hierbij is intuïtie belangrijk. Er moet rekening gehouden worden met

specifieke situaties, en de zorg moet een context gebonden karakter hebben. Uit krantenartikelen blijkt echter dat er aanbodgerichte zorg geboden wordt en er dus niet naar specifieke situaties wordt gekeken. De markt bepaalt wat er wordt aangeboden en domotica wordt dan niet op individueel niveau ontwikkeld. Hierdoor wordt de mens als uniek individu dus niet erkend. Daarnaast is het voor domotica op dit moment onmogelijk om op basis van intuïtief vermogen te beslissen welke zorg passend is voor een individu. Een ander argument dat vaak wordt genoemd in krantenartikelen over domotica is het bevorderen van zelfredzaamheid. Mensen blijven dankzij domotica mogelijk langer in staat om zelfzorg te verrichten. Echter, men kan zich afvragen in hoeverre ouderen zelfredzaamheid ervaren als de samenleving sturend is in het aanbod van domotica. Een vorm van zelfredzaamheid en zelfstandigheid zou ook kunnen worden gezien als de mogelijkheid tot het nemen van eigen beslissingen over de wijze waarop men zorg ontvangt. Het gebruik van eigen krachten is ook volgens empowerment belangrijk. Er moet worden vertrouwd op de ervaringsdeskundigheid van de ouderen en zij moeten dus kunnen aangeven wat er zal helpen om hun gezondheid zo lang mogelijk optimaal te houden. Hierbij kan ook de vraag worden gesteld of er als samenleving bij voorbaat uit kan worden gegaan dat iedereen streeft naar een zo lang mogelijk behoud van zelfstandigheid.

Om zulke vragen te kunnen beantwoorden is het belangrijk dat ouderen betrokken worden bij domotica. De betrokkenheid van ouderen bij domotica is vooralsnog niet groot. De mening van ouderen komt in de media nauwelijks aan bod. Ook is te lezen dat het onbekend is hoe groot de vraag van ouderen naar domotica is. Door ouderen meer bij domotica te betrekken, kan inzicht worden verkregen in de werkelijke vraag vanuit ouderen. Er kan dan worden gekeken of ouderen überhaupt behoefte hebben aan het vergroten van hun zelfstandigheid en of domotica op een bepaalde manier aan de wensen van ouderen kan voldoen. In een van de artikelen stond een ander punt van kritiek op domotica; domotica zou tot een sociaal isolement kunnen leiden (De Moor, 2015). Als dit het gevolg zou zijn van domotica, dan is dit vanuit zorgethisch perspectief een kwalijke zaak, omdat volgens deze stroming mensen voor elkaar zouden moeten zorgen. Zorg voor elkaar staat centraal en noden moeten worden erkend door de medemens (Tronto, 1993). Als domotica tot een sociaal isolement zou leiden, kan dit betekenen dat mensen onvoldoende betrokken zijn bij elkaar en dat noden onopgemerkt blijven.

Een ander kritiekpunt is de vrijemarktwerking, die volgens een krantenartikel in de zorg vermeden zou moeten worden (Van Eijck, 2007, p.7). Door de betrokkenheid van de commerciële sector ontstaat een winstoogmerk in de zorg. Volgens dit artikel moeten ouderen hiertegen worden beschermd (Van Eijck, 2007, p.7). Marktwerking in de zorg kan er volgens de kranten toe leiden dat de toegankelijkheid tot de zorg in het gedrang komt. De zorg moet op basis van het gelijkheidsprincipe van de zorgethiek voor iedereen gelijke mogelijkheden en dus gelijke toegang bieden (Vosman & Baart, 2011). Wanneer de zorg zonder bemoeienis van de overheid georganiseerd wordt, ontstaat zorg die via marktwerking wordt aangeboden. De regulering rondom zorg zou dan kunnen veranderen en de toegankelijkheid kan kleiner worden. Iedereen zou gelijke mogelijkheden moeten hebben in het gebruik van domotica. Het is dus

belangrijk dat er toezicht blijft op het aanbod van domotica en dat deze manier van zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. Dan heeft iedereen gelijke toegang tot domotica.

Kortom, in antwoord op deze deelvraag kan worden gesteld dat verschillende belanghebbenden volgens de krantenartikelen verwachten dat domotica de zorg efficiënter maakt. De problematische personeelstekorten zouden kunnen worden verkleind door ouderen zelfredzamer te maken met het gebruik van domotica. Echter, er wordt kritiek geuit op verschillende aspecten van domotica. Kritiekpunten uit de krantenartikelen die met name van experts en zorgverleners afkomstig zijn, luiden dat domotica te gestandaardiseerd is en dus geen rekening houdt met het individu als uniek wezen. Er wordt dan te weinig geluisterd naar de wensen van een individu. Daarnaast wordt er vanuit zorgverleners aangegeven dat verschillende taken die zij uitvoeren niet vervangbaar zijn door domotica. De aanname dat domotica een vervanging is van zorgpersoneel lijkt hierdoor onhaalbaar. Ook wordt gezegd dat er door de marktwerking in de zorg ongelijke toegang tot domotica kan ontstaan. Deze marktwerking zou kunnen ontstaan zodra commerciële bedrijven een actor binnen de zorg worden omdat zij zich richten op het behalen van winst. Ten slotte zou er een sociaal isolement op de loer kunnen liggen en ontbreekt het vertrouwen van ouderen in domotica. Dit gebrek aan vertrouwen wordt in krantenartikelen in verband gebracht met het feit dat ouderen nauwelijks betrokken worden bij domotica. Dit komt ook tot uiting in de media, aangezien hun mening en perceptie hierin niet wordt belicht. Echter wordt er door verschillende belanghebbenden aangegeven dat het belangrijk is dat er inzicht in de vraag van ouderen gaat komen en dat zij betrokken raken bij domotica. De verschillende belanghebbenden lijken van mening dat de ouderen centraal horen te staan en dat domotica een dienende functie zou moeten hebben.

Hoofdstuk 5: Conclusie

In dit hoofdstuk zal er een conclusie worden gegeven van iedere deelvraag. Uiteindelijk zal dit samen het antwoord vormen op de hoofdvraag. Het overkoepelende antwoord op de hoofdvraag zal worden beschreven in de discussie.

5.1 Welke verschillende meningen van belanghebbenden zien we terug in de media als het gaat om domotica?

Verschiede meningen over domotica komen in de media aan bod. Er komen met name belanghebbenden aan het woord die economische voordelen kunnen vergaren bij de implementatie van domotica. Een mening die dan ook vaak aan bod komt is dat domotica er voor gaat zorgen dat de zorg weer betaalbaar wordt en dat de personeelstekorten door domotica kunnen worden opgevangen. De mening van ouderen en zorgverleners in de media blijft onderbelicht in de krantenartikelen terwijl commerciële bedrijven en zorgverzekeraars aangeven dat zij dienende zorg willen leveren en niet leidende zorg. Zij geven aan dat het belangrijk is dat de mening van ouderen moet worden gehoord. Andere meningen die naar voren kwamen zijn dat domotica er voor zorgt dat noodsituaties kunnen

worden opgemerkt door domotica en dat dit mantelzorgers gerust zou kunnen stellen. Ook wordt er aangegeven dat domotica ouderen uitdaagt om zo lang mogelijk eigen verantwoordelijkheid te nemen voor het leven. Bij de groep experts werden kritische vragen gesteld over de controle op privacy en veiligheid bij de inzet van domotica. Ook werd er aangegeven dat domotica te gestandaardiseerd zou zijn. Domotica zou geen zorg op maat kunnen geven en er zou niet worden geluisterd naar wensen van een individu. Ervaringsdeskundigheid en intuïtie zijn factoren die volgens de zorgethiek belangrijk zijn bij het inschatten van de zorgvraag. Dit zijn factoren die domotica niet bevatten. Volgens de zorgethiek is het daarnaast belangrijk dat zorg wordt aangepast aan een individu omdat ieder persoon uniek is (Tronto, 1993). Om domotica volgens het zorgethisch perspectief als goede zorg te kunnen beschouwen is het dus belangrijk dat domotica in de toekomst minder gestandaardiseerd wordt geleverd zodat er ruimte is voor individuele wensen en de mens als uniek wezen wordt erkent. Kortom, in antwoord op deze deelvraag kan er worden gesteld dat er in de media veel aandacht wordt besteed aan meningen die een focus hebben op economische aspecten. De mening van de groep ouderen en zorgverleners wordt hierbij onderbelicht. Daarnaast komt de mening vaak terug waarbij de aandacht wordt gelegd op het bevorderen van zelfredzaamheid door domotica. Ten slotte is meerdere keren een bekritiserende mening te lezen waarbij wordt aangegeven dat domotica te gestandaardiseerd is.

5.2 In welke mate worden de zorgontvanger en zorgverlener door de media betrokken in het verhaal rondom domotica?

Ouderen en zorgverleners komen nauwelijks aan bod in de krantenartikelen die zijn geanalyseerd. De kijk op domotica door ouderen wordt verwoord door derden. Het is opmerkelijk dat ouderen niet aan het woord komen in de media omdat overige belanghebbenden juist geïnteresseerd zijn in de mening en behoefte van gebruikers. Op dit moment is er onduidelijkheid over de manier waarop ouderen tegen domotica aan kijken door een gebrek aan betrokkenheid. Op de markt wordt domotica aangeboden zonder dat er goed in kaart is gebracht welke vraag er is naar domotica. Commerciële bedrijven, zorgverzekeraars en overheden investeren dus in domotica zonder inzicht te hebben in hoeverre dit wenselijk is bij ouderen. Er wordt de aanname gedaan dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen leven en zo veel mogelijk verzorging zelf willen doen. Dit is in lijn met de zelfzorgtheorie van Orem (1995). In deze theorie komt naar voren dat een persoon van nature onafhankelijk van anderen wil zijn en probeert zo lang mogelijk voor zichzelf te zorgen. In hoeverre ouderen naar zelfzorg streven door behulp van domotica is onbekend. Er ontbreekt dus de regie bij ouderen om zelf keuzes te maken voor welk type zorg is gewenst. Door een betere dialoog tussen de zorgvrager en aanbieders van zorg zou deze betrokkenheid van ouderen groter kunnen worden. Ouderen worden volgens krantenartikelen op dit moment te laat in het proces betrokken en er wordt aangegeven dat het als lastig wordt ervaren om bij ouderen interesse te wekken voor domotica. Het zou kunnen zijn dat interesse lastig gewekt kan worden bij ouderen omdat zij de focus leggen op waar zij nog wel toe in staat zijn en dat de gezonde ouderen op dit moment dus nog niet verder zoekende zijn naar mogelijkheden. Dit zou in lijn zijn met

de salutogenese benadering waarbij de focus op het positieve van gezondheid moet liggen in plaats van focus op ziekte (Vaandrager & Koelen, 2011). Ook wordt er in krantenartikelen aangegeven dat ouderen niet genoeg kennis hebben over de mogelijkheden die domotica kan hebben (Orem, 1995). Vanuit zorgpersoneel wordt er aangegeven dat zij afstand van domotica houden omdat er een gebrek aan vertrouwen is en er ongelooft is bij de belofte dat er door domotica meer tijd voor persoonlijk contact ontstaat. Dit persoonlijke contact en het belang van een goede zorgrelatie komt naar voren in de zorgethiek (Tronto, 1993). Het persoonlijk contact zou minder kunnen worden doordat er contactmomenten tussen zorgverlener en ontvanger weg zouden kunnen vallen doordat domotica taken zou gaan overnemen. Kortom, in antwoord op deze vraag kan er worden gesteld dat ouderen en zorgverleners nauwelijks aan bod komen in krantenartikelen. Er wordt vanuit gegaan dat ouderen streven naar zelfstandigheid en er wordt domotica aangeboden zonder dat de vraag vanuit ouderen duidelijk in beeld is gebracht. Hierbij gaat het begrip eigen regie dus deels verloren.

5.3 Hoe veranderen volgens de media de verantwoordelijkheden binnen de zorg als gevolg van de introductie van domotica?

In de krantenartikelen komen meerdere veranderingen in verantwoordelijkheden aan bod voor verschillende belanghebbenden. Een veel genoemde verandering die volgens zorgverzekeraars, commerciële bedrijven en de overheid zal plaatsvinden bij de intrede van domotica is dat ouderen meer eigen verantwoordelijkheden voor hun eigen gezondheid behouden. Volgens deze belanghebbenden zou de zelfredzaamheid van ouderen groter worden en zouden zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Deze verwachting zou in lijn zijn met de salutogenese benadering waarbij wordt aangegeven dat de focus op gezondheid moet liggen in plaats van ziekte en dat er dus bronnen gebruikt moeten worden die gezondheid ondersteunen. Voor de groep zorgverleners zullen er mogelijk verschillende veranderingen plaats vinden. Door domotica blijven mensen mogelijk langer thuis wonen dus de werkomgeving van zorgpersoneel zou kunnen verplaatsen van een instelling naar een thuisadres. Ook zou de invulling van het takenpakket van zorgverleners kunnen veranderen. Verschillende taken zouden mogelijk deels kunnen worden overgenomen door domotica en daarnaast zal zorgpersoneel meer zorg op afstand leveren en hierdoor zal zorgpersoneel dus andere competenties moeten gaan bezitten. Een voorbeeld van een consequentie van een veranderend takenpakket is dat zorgpersoneel om zal moeten leren gaan met techniek hiervan. Ook de communicatie en relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger zal veranderen doordat er techniek wordt betrokken binnen het bestaande zorgproces. Het intermenselijk contact zou minder kunnen worden door domotica. Dit zou kunnen doordat domotica verschillende taken deels over zou kunnen nemen van zorgverleners. Doordat deze taken worden overgenomen kunnen er contact momenten tussen de zorgverlener en zorgontvanger wegvallen. Ten slotte zullen er veranderingen plaatsvinden doordat de commerciële sector betrokken zal raken binnen de zorg. Bedrijven die winst mogelijkheden zien bij de afzet van domotica kunnen domotica gaan ontwikkelen. Domotica kan dan aangeboden worden via de vrije marktwerking. Er kan vraag en aanbod ontstaan op

de markt voor domotica. Doordat commerciële bedrijven betrokken raken bij de zorg zullen zij ook verantwoordelijkheden op zich moeten nemen. Zij zullen verantwoordelijk worden voor de werking van hun geleverde zorgproducten. Bij falen van apparatuur zouden zij verantwoordelijk kunnen worden gesteld. Er veranderen dus verantwoordelijkheden doordat er een nieuwe actor bij het zorgproces wordt betrokken. Kortom, in antwoord op deze deelvraag kan er worden gesteld dat het takenpakket en de werkomgeving van zorgverleners zou kunnen veranderen. Daarnaast kunnen commerciële bedrijven een rol krijgen binnen de organisatie van gezondheidszorg. Hierdoor kunnen verantwoordelijkheden binnen de zorg verschuiven.

5.4 Wordt domotica in verband gebracht met de stijgende kosten binnen de zorg, en zo ja hoe?

In de krantenartikelen wordt het kostenperspectief als belangrijk argument aangehaald voor de implementatie van domotica. Er wordt verwacht dat de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen door de implementatie van domotica. Er worden hiervoor verschillende redenen aangehaald. Een van de redenen is dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid zullen krijgen als zij thuis blijven wonen met ondersteuning van domotica. Hierdoor kan het zijn dat mensen automatisch gezonder zullen gaan leven omdat zij minder controle waarnemen van zorgpersoneel. Een gezonder leven zorgt er voor dat er minder vraag naar zorg zou kunnen ontstaan. Een andere reden die genoemd wordt voor de besparingen is dat intramurale zorg erg duur is. Door domotica te gebruiken bij mensen thuis zullen de kosten van de intramurale zorg dalen en dit zorgt er mogelijk voor dat de totale gezondheidskosten dalen. Ten slotte wordt als belangrijk argument voor de daling van gezondheidszorgkosten door domotica aangehaald dat personeel efficiënter kan worden ingezet doordat domotica verschillende taken van zorgverleners deels zou kunnen overnemen en dat er zorg op afstand kan worden geboden dus zorgverleners geen onnodige bezoeken hoeven te doen. Verschillende onderdelen van het geïntegreerd zorgproces van Tronto (1993) kunnen worden overgenomen door domotica. Dit zorgt er voor dat het takenpakket van zorgverleners kan worden verkleind. Hierdoor kan er worden bespaard op personeelskosten. Echter kan hierbij de opmerking worden geplaatst dat een complete vervanging van zorgpersoneel door domotica onmogelijk is aan de hand van de zorgethiek van Tronto gezien (1993). Dit is onmogelijk omdat verschillende handelingen binnen dit proces onvervangbaar zijn door techniek. Bijvoorbeeld: het vermogen om actie te ondernemen bij een erkende noodsituatie en het maken van aanpassingen van de zorg aan de wens van de patiënt. Ook geven zorgverleners aan dat bepaalde taken van zorgverlening niet kunnen worden gedaan op afstand, zoals het voelen aan organen. Bij het gebruik van domotica zal er dus gekeken moeten worden welke onderdelen van het zorgproces vervangbaar zijn. Er zal dan een mix ontstaan tussen domotica en zorgpersoneel. Voormalig minister Schippers heeft echter aangegeven dat domotica als vervanging zou moeten dienen en niet als aanvulling omdat hierdoor de zorgkosten alleen maar zouden stijgen. Het zou dus mogelijk kunnen zijn dat de inschattingen die zijn gemaakt rondom de besparingen die domotica zou kunnen opleveren overschat zijn doordat

domotica niet in staat is om de hele zorgverlening over te nemen. De wens van voormalig minister Schippers zou dus wellicht niet haalbaar zijn waardoor domotica meer als ondersteuning zou gaan fungeren en de besparingen tegen zouden kunnen vallen. Kortom, in antwoord op deze deelvraag kan er worden gesteld dat de mogelijkheid er is dat zorgpersoneel efficiënter kan worden ingezet door de intrede van domotica. Daarnaast zouden mensen langer thuis kunnen blijven wonen waardoor er bespaard zou kunnen worden op intramurale zorg. Echter wordt er vanuit zorgpersoneel en experts aangegeven dat zij niet vervangbaar zijn voor domotica. Ook vanuit zorgethisch perspectief wordt hierbij aangesloten.

5.5 Wordt domotica door de media beschreven als een oplossing voor de toenemende problemen in de langdurige zorg, of wordt de nadruk gelegd op de negatieve kanten van domotica?

Op deze deelvraag is het op dit moment onmogelijk om een eenduidig antwoord te geven. Enerzijds wordt er in de krantenartikelen aangegeven dat domotica verschillende problemen in de langdurige zorg zou kunnen verkleinen. Het zijn met namen zorgverzekeraars, commerciële bedrijven en de overheid die enthousiast zijn over de intrede van domotica in de Nederlandse gezondheidszorg. Argumenten die worden genoemd door deze belanghebbenden zijn vaak gericht op het kostenaspect. In krantenartikelen komt dan vaak naar voren dat zorgpersoneel efficiënter ingezet kan gaan worden zodra domotica onderdeel van de zorg zou worden. Daarnaast zou er mogelijk minder intramurale zorg nodig zijn door de opkomst van domotica, doordat domotica de zelfstandigheid van mensen vergroot en hierdoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Dit is volgens de salutogenese benadering een goede ontwikkeling doordat mensen dan zo lang mogelijk worden uitgedaagd om eigen krachten te gebruiken en de nadruk te leggen op bronnen die gezondheid bevorderen (Vaandrager & Koelen, 2011). Echter zijn er in de artikelen ook veel aandachtspunten genoemd bij de implementatie van domotica. Een belangrijk argument dat vaak naar voren komt is dat domotica te gestandaardiseerd is. Volgens de zorgethiek (Tronto, 1993) is het belangrijk dat de mens als uniek wezen wordt beschouwd die specifieke wensen kan hebben rondom zorg. In de toekomst zou het dus belangrijk zijn dat domotica zich ontwikkelt op een manier waarbij er kan worden geluisterd naar specifieke wensen en behoeftes. Hierdoor wordt een individu als uniek wezen erkent. Het is hierbij belangrijk dat bedrijven zich richten op een vraag gestuurd aanbod. Een ander kritische opmerking die wordt gemaakt in de krantenartikelen is dat domotica er voor zou kunnen zorgen dat mensen in een sociaal isolement raken. Dit zou dan komen doordat mensen zelfstandig blijven wonen maar niet altijd meer in staat zijn om buiten de deur te komen door verslechterde mobiliteit. Dit zou volgens de zorgethiek van Tronto (1993) een kwalijke zaak zijn omdat mensen voor elkaar moeten zorgen en een sociaal isolement is hierbij dus niet wenselijk. Een andere negatieve kant die wordt belicht in de krantenartikelen is de vrijemarktwerking van de zorg die zou kunnen ontstaan bij de implementatie van domotica. Domotica wordt ontwikkeld door de

commerciële sector, waarbij mogelijk het maken van winst een leidend principe wordt. Dit is volgens de media een kwalijke zaak en hiervoor moeten ouderen worden beschermd. Een andere kritische opmerking die wordt geplaatst in de krantenartikelen is de onterechte aanname dat domotica het hele zorgproces zou kunnen overnemen. Dit is volgens zorgverleners niet mogelijk doordat verschillende onderdelen van het zorgproces niet uitvoerbaar zijn door domotica. Er kan hierbij worden gedacht aan handelingen zoals het voelen aan organen. Het is dan ook van belang dat domotica niet als vervanging van huidig personeel gezien kan worden maar als ondersteunende werking. Dit zou vanuit het zorg ethisch perspectief gezien ook worden ondersteund, omdat de verschillende fases uit het geïntegreerd zorgproces op dit moment nog niet compleet uitvoerbaar lijken te zijn door domotica.

Hoofdstuk 6: Discussie

6.1 Nieuwe inzichten

De hoofdvraag van deze scriptie was als volgt: Hoe kan domotica een antwoord zijn op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing? In de krantenartikelen wordt een beeld geschetst dat domotica een antwoord kan geven op de problemen die het gevolg zijn van de toenemende vraag naar gezondheidszorg. Onder deze problemen worden de betaalbaarheid van de zorg en de personeelstekorten verstaan. Volgens de media zorgt domotica er voor dat de eigen regie en verantwoordelijkheid van ouderen wordt vergroot en dat dit leidt tot een kleinere vraag naar zorg. Domotica zorgt er volgens de media voor dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en dit kan er voor zorgen dat zij meer verantwoordelijkheid voelen voor hun eigen gezondheid. Hierdoor kunnen ouderen gezonder gaan leven en zullen zij zo lang mogelijk hun eigen krachten en kwaliteiten benutten. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van domotica zou de eigen regie en zelfredzaamheid dus kunnen worden vergroot. Echter kunnen er vraagtekens gesteld worden bij het bevorderen van eigen regie als de keuze tot deze manier van zorg niet vrijwillig is. Doordat de gezondheidszorgkosten uit de hand dreigen te lopen wordt er in Nederland gezocht naar vernieuwingen binnen de zorg. De intramurale zorg kan niet langer georganiseerd worden op een manier waarop ouderen binnen een instelling of verzorgingshuis voldoende en kwalitatief goede zorg kunnen ontvangen. Op dit moment biedt de Nederlandse samenleving aan ouderen de mogelijkheid aan om intramurale zorg te nemen waarbij de kwaliteit van de zorg in het geding zou kunnen zijn door een tekort aan personeel is. Ook bieden commerciële bedrijven al domotica aan voor ouderen. Als Nederlandse samenleving kunnen wij ons dus de vraag stellen in hoeverre wij goede opties voor zorg aanbieden aan ouderen en in hoeverre ouderen zelf hierin een keuze kunnen maken. Daarom is het belangrijk dat er op zijn minst wordt geluisterd naar de mening, behoeften en wensen van de ouderen ten aanzien van domotica. Dit is dan ook een van de aanbevelingen die later zal worden besproken. Zoals eerder in deze discussie is aangegeven wordt domotica gezien als een oplossing voor problemen binnen de huidige zorg wegens het kostenaspect. De besparingen die door domotica gedaan kunnen worden komen vaak aan bod in de krantenartikelen. Zo

zou personeel efficiënter kunnen worden ingezet, zijn mensen langer verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid wat leidt tot een gezonder leven en lagere zorgvraag en zou de dure intramurale zorg plaats maken voor extramurale zorg. Echter kunnen er verschillende kritische vragen worden gesteld bij deze benadering van gezondheidszorg. Zo kan er worden afgevraagd of het ethisch gezien terecht is om het kostenperspectief zo zwaar mee te laten wegen in een vraagstuk dat over gezondheid gaat. Het kostenperspectief wordt vaak aangehaald in de krantenartikelen. Dit is dan ook met name de reden dat zorgverzekeraars, de overheid en de commerciële sector enthousiast zijn ten aanzien van domotica. Toch kunnen er twijfels ten aanzien van domotica ontstaan als er beargumenteerd wordt vanuit het ethisch perspectief. Domotica is tot nu toe namelijk alleen in staat om gestandaardiseerde zorg te bieden, heeft nog niet het vertrouwen van huidige zorgverleners en zorgontvangers om het als goede zorg te beschouwen en ten slotte zal domotica er mogelijk voor zorgen dat verschillende contactmomenten verdwijnen tussen zorgverleners en ontvangers. Hierbij kan het dus zijn dat het individu als uniek wezen niet wordt erkent. Het zorgen voor elkaar kan uit het oog worden verloren en de toegang tot zorg kan verslechteren. Deze kritische kanttekeningen kunnen er voor zorgen dat er discussie ontstaat bij de invoering van domotica. Het zou in mijn opinie waardevol zijn om te kijken of het terecht is om het kosteneffect doorslaggevend te laten zijn om te beslissen of domotica ingezet moet worden om de zorgkosten te verlagen, aangezien mijn onderzoek laat zien dat domotica niet perse leidt tot wat in de literatuur als goede zorg wordt beschouwd. Op basis van de krantenartikelen lijkt het er op dat de kosteneffecten een zware weging zullen hebben bij beslissingen over zorg. Een andere vraag die kan worden gesteld bij dit kostenperspectief is de haalbaarheid van de verwachtingen. Verschillende belanghebbenden zijn het in de krantenartikelen er unaniem over eens dat het kostenprobleem zal worden opgelost door domotica. Echter wordt hier ook meerdere keren bij aangegeven dat domotica als vervanging voor de huidige zorg moet worden gezien. Vanuit zorgethisch perspectief kan er afgevraagd worden of deze verwachting haalbaar is. Verschillende fases binnen dit geïntegreerd zorgproces lijken tot op heden onmogelijk vervulbaar door domotica. Er kan dus worden afgevraagd of domotica als zorgverlener beschouwd zou moeten worden of als hulpmiddel voor zorgverlening. Domotica zou als hulpmiddel de werkdruk bij zorgverleners kunnen verkleinen doordat het verschillende taken zou kunnen overnemen. Het probleem rondom personeelstekorten zou dan minder groot kunnen worden doordat er minder personeel nodig is omdat zij beter worden ondersteund door domotica. Echter, als de conclusie wordt getrokken dat domotica niet als vervanging van huidig personeel kan dienen, dan zal domotica als ondersteuning voor personeel leiden tot extra kosten. Domotica als ondersteunend hulpmiddel zal de gezondheidskosten dan niet doen laten verkleinen. Domotica zou dan een extra kostenpost worden. Een weerlegging op deze kanttekening zou kunnen zijn dat zorgpersoneel in combinatie met domotica er voor kan zorgen dat er betere en constante toezicht mogelijk is. Hierdoor kunnen valpartijen bijvoorbeeld voorkomen worden die voorheen zouden kunnen plaatsvinden. Ongelukken of onopgemerkte verwaarlozing kunnen dan voorkomen worden en dit zal er toe leiden dat er besparingen mogelijk zijn voor de kosten die deze situaties tot gevolg zouden hebben. Kortom

domotica is in staat om verschillende zorgtaken van zorgpersoneel over te nemen. Met namen het herkennen van noodsituaties en het monitoren van gezondheid. In dat opzicht kan domotica dus een ondersteuning zijn voor zorgpersoneel. Op deze manier kan domotica de werkdruk bij zorgverleners verkleinen en kunnen de problemen die veroorzaakt worden door personeelstekorten deels worden opgevangen. Echter, domotica is tot op heden niet in staat het totale zorgproces te doorlopen. Dit komt dan met name doordat domotica signalen van zorgvragers niet kan interpreteren en nog niet in staat is om te reageren op registraties die worden gedaan rondom gezondheid. Domotica kan in dat opzicht dus nog niet worden gezien als vervanging van zorgpersoneel. Tevens zijn er volgens de zorgethiek nog een aantal anderen aspecten die goed beschouwd moeten worden voordat domotica intrede doet in de gezondheidszorg. Uit de analyse blijkt dat er een vermindering van sociaal contact zou kunnen zijn doordat verschillende taken van zorgpersoneel vervangen kunnen worden door domotica en hierdoor persoonlijke contactmomenten wegvallen. Daarnaast blijken er twijfels te zijn in de mate waarin domotica in staat is om maatwerk te leveren aan een uniek persoon en het vertrouwen en de erkenning die er vanuit de zorgvrager moet zijn ten aanzien van zorgverlening.

Kortom, in antwoord op de hoofdvraag van deze scriptie: Hoe wordt domotica beschouwd als een antwoord op de toenemende vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt door vergrijzing volgens de media? kan er momenteel geen eenduidig antwoord worden gegeven. De belangrijkste reden hiervoor is de ontbrekende betrokkenheid van ouderen tot domotica in de media. Ondanks dat domotica de belofte lijkt te hebben om verschillende problemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg te kunnen verkleinen, zijn er verschillende aspecten van domotica die er toe leiden dat er op dit moment kan worden getwijfeld of domotica een goede manier van zorg is. Belangrijke punten die hierbij naar voren komen uit dit onderzoek zijn: dat domotica te gestandaardiseerd wordt aangeboden en er dus onvoldoende wordt geluisterd naar de wensen van de gebruikers en dat de verwachting dat zorgpersoneel vervangbaar is door domotica mogelijk onhaalbaar is.

6.2 Evaluatie van het onderzoek

In dit onderzoek is voor de data verzameling gebruik gemaakt van de database Nexis Lexis. Dit is een databank waarin minder specifiek gezocht kan worden dan in wetenschappelijke databanken. Doordat de zoekopdracht niet erg specifiek gemaakt kan worden is er geen andere optie dan algemene zoektermen te gebruiken. Hierdoor zijn er artikelen in zoekresultaten gekomen waarvan te betwijfelen valt of deze precies de zoekvraag bevatten. De onderzoeker interpreteert dan of bepaalde artikelen binnen het onderzoek passen. Dit was dan met name rond het begrip domotica. Het is lastig om hier betekenis aan te geven doordat het breed kan worden opgepakt. Doordat het een relatief nieuw begrip is binnen de gezondheidszorg is, is er nog geen duidelijke definitie van wat domotica nu precies behelst. Een ander nadeel van dit onderzoek is dat er geen direct contact is met de onderzoekseenheden. Uitspraken die in de artikelen gedaan worden zijn uit tweede hand. De journalisten die de artikelen hebben geschreven hebben dus al interpretaties gedaan bij het schrijven van het krantenartikel. Hierbij

kan het zijn dat er informatie is weggelaten of anders geïnterpreteerd wordt. Daarnaast is het lastig om dit onderzoek te herhalen omdat domotica in een ontwikkelingsfase zit. De ontwikkeling van domotica gaat erg snel. Hierdoor zal de berichtgeving rondom dit onderwerp ook snel vernieuwen. Ook kunnen de interpretaties die zijn gedaan over de mogelijkheden van domotica snel veranderen doordat domotica over een aantal jaar anders is vormgegeven of tot meer dingen in staat is. Ten slotte kan er achteraf de vraag worden gesteld in hoeverre het theoretisch kader dekkend is voor dit onderzoek. Tijdens het analyseren van de resultaten kwam ik tot het inzicht dat het financiële aspect rondom domotica veel ter sprake kwam. Een theorie met focus op economische gevolgen had waardevol kunnen zijn bij het maken van de analyse. Wat sterk is aan dit onderzoek is de relevantie van het onderwerp. Het is een nieuw onderwerp waar snel ontwikkeling in plaats vindt. Het is hierbij belangrijk dat er niet constant wordt doorontwikkeld maar dat er ook gekeken wordt naar de manier waarop de samenleving hierover wordt geïnformeerd. Dit is belangrijk omdat dit de beeldvorming en acceptatie rondom maatschappelijke ontwikkelingen kan beïnvloeden. Ook is het een relevant onderwerp omdat Nederland problemen ervaart binnen de huidige zorg. Om tot goede oplossingen te komen is het belangrijk dat er goede afwegingen kunnen worden gemaakt voor mogelijke oplossingen van deze problemen. In dit onderzoek is er in kaart gebracht hoe er verschillend tegen domotica wordt aangekeken en wordt er aangetoond dat er nog geen algehele acceptatie rondom domotica is. Er zijn nog twijfels vanuit verschillende belanghebbenden en ook zijn er discussies gaande over de intrede van domotica binnen de gezondheidszorg. Hier zal rekening mee moeten worden gehouden als domotica geïmplementeerd zou worden in de toekomst. Krantenartikelen zijn een gestructureerd en overzichtelijk soort onderzoeksmateriaal die zijn ontstaan buiten de onderzoeker om. De onderzoeker heeft dus geen invloed gehad op de inhoud van de krantenartikelen (Wester, 2003). Dit houdt in dat de gebruikte data voor dit onderzoek al bestond voor het begin van dit onderzoek en dat de onderzoeker hier dus niet sturend in kan zijn geweest. Maar van de andere kant heeft de onderzoeker dus ook geen controle op de totstandkoming van de data. Ten slotte is er in dit onderzoek een groot aantal artikelen van verschillende kranten meegenomen. Dit gecombineerd met een gestructureerde manier van onderzoek doen en goede documentatie hiervan, maakt het onderzoek reproduceerbaar. Bij het volgen van de stappen die in de methode uitvoerig zijn beschreven zou dit onderzoek dezelfde resultaten opleveren.

6.3 Vervolgonderzoek

In dit onderzoek is er geprobeerd een compleet beeld te geven van de berichtgeving in krantenartikelen over domotica in de zorg. Uit dit beeld is opgemerkt dat verschillende belanghebbenden onderbelicht blijven in krantenartikelen. Het is daarom interessant om specifiek onderzoek te doen naar deze belanghebbenden. Met name onderzoek naar ouderen en zorgverleners zou dan zeer waardevol kunnen zijn. Dit zou dan bijvoorbeeld gedaan kunnen worden door in gesprek te gaan met deze groepen of interviews af te nemen. Tevens zou het interessant zijn om te kijken wat het beeld dat de media schetst voor invloed heeft op de beeldvorming van ouderen. De impact van de krantenartikelen kan dan worden

bepaald. Daarnaast zou het interessant zijn om te kijken hoe het huidige beeld dat nu in de media wordt geschetst over domotica in de zorg tot stand is gekomen. Waarom wordt de nadruk in de krantenartikelen op het kostenperspectief gelegd en wat zijn de redenen om ouderen weinig te betrekken in de media? Ook zou het interessant zijn om op een specifieke manier naar domotica te kijken. Bijvoorbeeld door een onderzoek te doen naar de mate waarin domotica fases van het geïntegreerd zorgproces van Tronto (1993) kan overnemen van zorgverleners. Ten slotte zou het interessant zijn om andere doelgroepen dan ouderen te betrekken in onderzoek rondom de implementatie van domotica, bijvoorbeeld de ouderen van de toekomst. Dit zou relevant zijn omdat deze groep mensen mogelijk op een andere manier tegen techniek aankijken en omdat het tijd kost om domotica verder te ontwikkelen en eventueel te implementeren.

6.4 Aanbevelingen

Om een goede overweging te kunnen maken of domotica zou kunnen werken binnen de Nederlandse gezondheidszorg is het belangrijk dat er duidelijkheid komt over de visie van ouderen en zorgverleners op domotica. Uit de krantenartikelen blijkt dat ontwikkelaars van zorg graag dienende zorg willen leveren en dat er daarom behoefte is om de mening van ouderen duidelijk in kaart te krijgen. Echter ontbreekt de betrokkenheid van ouderen. Dit is ook zichtbaar in de krantenartikelen doordat de gebruikers van domotica niet aan bod komen. Om de betrokkenheid van ouderen ten opzichte van domotica te vergroten zal de dialoog tussen de organisatoren van zorg en ouderen moeten verbeteren. De wens van ouderen zou meer moeten worden gehoord, de kennis zou moeten worden vergroot en er moet worden gewerkt aan het vergroten van het vertrouwen in domotica bij ouderen en zorgverleners. Een andere aanbeveling die ik graag zou willen doen gaat over de benaderingswijze van ouderen in de media. Op dit moment worden verschillende aspecten benadrukt in de krantenartikelen. Met name het kostenaspect wordt belicht en het behouden van eigen regie door domotica. Om ouderen op een goede manier te betrekken bij domotica dan zou het kostenaspect in mijn opinie minder benadrukt moeten worden in de media. De inzet van domotica wegens financiële noodzaak is een reden waar ouderen minder snel enthousiast van zullen worden. De voordelen van het gebruik van domotica lijken dan voor de samenleving te zijn in plaats van voor de ouderen. Ten slotte zou het goed zijn als de eigen regie rondom het maken van beslissingen over zorg van ouderen wordt uitgebreid. Op dit moment wordt er aangegeven dat ouderen langer eigen regie zullen houden doordat domotica zelfredzaamheid en zelfstandigheid vergroot. Echter gaat de eigen regie voor ouderen naar mijn mening al deels verloren op het punt waarbij de zorg wordt aangeboden. De manier waarop domotica nu wordt gepresenteerd geeft weinig ruimte voor ouderen om zelf te beslissen in hoeverre zij openstaan voor het gebruik hiervan. Er wordt als het ware een gestandaardiseerde vorm van zorg aangeboden die noodzakelijk lijkt te zijn uit financieel oogpunt. Ouderen worden in krantenartikelen te veel als collectieve groep benaderd en als veroorzakers van de stijgende zorgkosten. De mens als uniek individu wordt hierbij uit het oog verloren. De groep ouderen zou naar mijn mening in krantenartikelen meer moeten worden benaderd als losse

individuen die ruimte krijgen om eigen keuzes rondom zorg te maken. Ook zou er dan ruimte moeten zijn voor ouderen om te beslissen in hoeverre zij streven naar een zelfstandig en zelfredzaam bestaan. Hier zou dan een passende mogelijkheid tot zorg voor beschikbaar moeten zijn.

Bronnenlijst

Bronnenlijst Rapport

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. *Groningen: Noordhoff*.
- Badir, M. (2014). Huidige Nederlandse zorgstelsel. Kennis en Economisch onderzoek. *Rabobank*.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31,285-293.
- Brouns, G. (1996). Zelfzorgtheorie van Orem, *Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah*
- CBS (2013) www.cbs.nl geraadpleegd op 06-07-2013
- CPB. (2011). Financiering onder druk. Verkregen op 11-12-2017 van <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-policy-brief-2011-11-trends-gezondheid-en-zorg.pdf>
- De Beer, P. T. (2008). Krimpende arbeidsmarkt: nieuw perspectief, oude problemen. *B en M: Tijdschrift voor Beleid, Politiek en Maatschappij*, 35(4), 278-288.
- De Beer, J. O. O. P. (2017). Anderhalve eeuw stijging van de levensduur: een succesverhaal. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*, 33(4), 1-3.
- De Gier, H. G. (2010). De zorgarbeidsmarkt in spagaat? Tussen een toenemende vraag naar arbeid en collectieve bezuinigingen.
- De Jong, C. & Kunst, G. (2005). Onderzoek stand van zaken en ontwikkeling van Domotica in de zorg.
- Garssen, J., & Van Duin, C. (2007). Grijs druk zal verdubbelen. *Sociaal Economische trends*. 2e.
- Evers, G. C. M. (1998). Meten van zelfzorg. Verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk. *Maesschalck De, L., Crampe, H., and Neyens, M. Assen, Van Gordum & Comp. B.V.*
- Goossensen, A. (2014). Schetsen van mismatch: Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek. *Utrecht: Movisie*.
- Gorp, B. V. (2006). Een constructivistische kijk op het concept framing.

- Hamers, J. P. H. (2011). De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen. *Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford: Oxford University Press
- Hilbers-Modderman, E. S. M., & de Bruijn, A. C. P. (2013). Domotica in de langdurige zorg- Inventarisatie van technieken en risico's: Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders. *RIVM rapport 080117001*.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 343.
- Jansen, S. J. (2011). Domotica technologie in de intramurale ouderenzorg: Inventarisatie van Domotica technologie en de invloed van deze technologie op de inzet van personeel.
- Johnson, M. (1971). *The new journalism: the underground press, the artists of nonfiction, and changes in the established media*. University Press of Kansas
- KCWZ. (2012, december 10). www.kcwz.nl. Verkregen op 17 mei 2013 van http://www.kcwz.nl/toolkit_zorg_met_ict/ict_in_de_zorg__waarover_hebben_we_het
- Koelen, M. (2011). Van pathogenese naar salutogenese.. *TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(7), 350-351.
- Koopmans, E. P. H. (2016). De kracht van het geschreven woord. Media-invloed op beeldvorming bij lezerspubliek door framing.
- Maurits, E. E. M., de Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2012). Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen.
- Media: tijd (2014). Marketingfacts. Verkregen op 21-09-2016 van <http://www.marketingfacts.nl/berichten/mediabesteding-hoeveel-tijd-besteden-we-aan-tv-lezen-internet-en-andere-med>
- Ministerie VWZ. (2016). Monitor langdurige zorg. Verkregen op 24-10-2016 van <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg>
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. [RMO] (2003). *Medialogica*. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek. *Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling*.
- Neuendorf, K. A. (2016). *The content analysis guidebook*.
- Nivel. (2017). Kwaliteit van zorg. Verkregen op 23-04-2017 van <https://www.nivel.nl/nl/kwaliteit-van-zorg-0>

- Orem, D.E. (1995), *Nursing: concepts of practice*. St. Louis
- Peeters, J., Wiegers, T., Bie, J. de., & Friele, R. (2013). *Overzichtstudies: Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen! Utrecht: NIVEL*.
- Rijksoverheid (2012) *De zorg: Hoeveel extra is het ons waar? Verkregen op 21-2-2017 van file:///C:/Users/Rachelle/Downloads/rapport-de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard.pdf*
- RIVM (2013). *Domotica in de langdurige zorg - Inventarisatie van technieken en risico's*. Verkregen op 27-09-2016 van http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:209115&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
- Sanders, J. (2010). *Intertwined Voices. Journalists' Mode of representing source information in journalistic subgenres*. In: Dancygier, B., Sanders, J. & Vandelanotte, L. (Ed.) (2012). *Textual Choices in Discourse: A View from Cognitive Linguistics*. John Benjamins B.V.
- Semetko, H.A., & Valkenburg, P.M. (2000). *Framing European politics: A content analysis of press and television news*. *Journal of Communication*, 93-109.
- Sonck, N., & de Haan, J. (2015). *Media: Tijd in beeld. Dagelijkse tijdbesteding aan media en communicatie, Den Haag: SCP*.
- Spijker, J., & Macinnes, J. (2014). *Hoe grijs is Nederland eigenlijk*. *Demos*, 30(4), 1-4.
- Stavenuitem, M., Nederland, T., Chorus, A. (2016). *Toekomstgerichte vernieuwing in zorg en welzijn*. Verkregen op 24 januari 2018 van <file:///C:/Users/Rachelle/Downloads/Toekomstgerichte+vernieuwing+in+zorg+en+welzijn+%2528rapport+Verwey-Jonker+Instituut%2529.pdf>
- Stoeldraijer, L., van Duin, C., & Huisman, C. (2017). *Bevolkingsprognose 2017-2060: 18.4 miljoen inwoners in 2060. Technical Report December, CBS Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Psychology Press.
- Tummers, L., Groeneveld, S., & Lankhaar, M. (2012). *Binding en diversiteit van zorgmedewerkers. Een grootschalige analyse binnen de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg*. *Tijdschrift voor HRM*, 15(3), 32-55.
- Vaandrager, L., & Koelen, M. (2011). *Van pathogenese naar salutogenese..TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(7), 350-351.
- Valkenburg, P.M., Semetko, H.A., & de Vreese, C.H. (1999). *The effects of news frames on readers' thoughts and recall*. *Communication Research*, 26(5), 550-569.

- Van der Gugten, C. J., & Noorderruimte, K. (2017). Preventieve domotica voor zelfstandige ouderen.
- Van Heijst, A. (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. *Kampen: Klement*.
- Van Gorp, B. (2004). Framing en het interpreteren van nieuws. *Antwerpen, Universiteit Antwerpen, Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen*.
- Van Heijst, A. (2011). Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector. *Leuven: Uitgeverij Peeters*.
- Van Oers, J. A. M. (2002). *Gezondheid Op Koers?: Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2002* (Vol. 270551001). *Bohn Stafleu Van Loghum*.
- Van Staa, A., & Evers, J. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 43(1), 5-12.
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(13), 38-43.
- Vis, K. (2011). Subjectivity in news discourse: A corpus linguistic analysis of informalization. *Academisch proefschrift aan de Vrije Universiteit Amsterdam*.
- Baart, A., & Vosman, F. (2011). Relationship based care and recognition. Part one: sketching good care from the theory of presence and five entries.
- Vries, G. D. (1999). Wordt gezondheid een verdienste?. *Amsterdams sociologisch tijdschrift*, 26(3), 423-431.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*, 6(3), 197-205.
- Wester, F. (2003). Lessen uit lezen. *Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen*.

Bronnenlijst Krantenartikelen

Auteur onbekend. (2008, 4 september). Minder eenzaam door contact via tv. ANP.

Auteur onbekend. (1998, 16 september). Hypermoderne snuffjes in verzorgingshuis Oss. Brabants Dagblad.

Auteur onbekend. (2009, 18 april). De onbetaalbare ouderdom. De Gooi- en Eemlander.

Aarsen, A. (2012, 10 februari). Topaz gaat verder dan de Zweedse band. Leidsch Dagblad.

Abcouwer, C. (2006, 14 maart). Huishouden, wie vindt er nog wat aan? Het Parool. P2.

Bakkeren, H., Vries de, G. (2006, 14 september). Zorg-Wiki is kwestie van doen . Het financieel dagblad. P9.

Bechtold, K. (2012, 16 juni). Zorgeconomie – Brabant wil proeftuin Europa zijn. Brabants Dagblad.

Byl, R. (2015, 26 augustus). De lokroep van de zorgeconomie; Digitalisering in de zorg is meer dan e-gezondheid. Trends. P58.

Coenradie, K. (2015, 24 januari). Zoek een iPadcoach! Telegraaf. P. 8

Degens, H., Parton, E., Gyselinckx, B. (2009, 21 april). Mobieltjes waarschuwen voor epilepsieaanval. Het financiële Dagblad. P9.

Dijkhuizen, E. (2012, 10 december). Hoornbeecker gewild als werknemer. Reformatorisch Dagblad. P1.

Doodeman, M. (2007, 3 november). Gedateerde woonvisioenen. Het Financiële Dagblad. P24.

Duk, W. (2008, 4 oktober). Nooit meer met z'n vieren op een kamer. Ouderenzorg heeft slechte reputatie, maar innoveert ook genoeg? Elsevier. P24.

Engelen van, G. (2014, 5 juni). Slimmere zorg via prijsvraag. Noord-Hollands Dagblad.

Engels, J. (2013, 28 december). Geen stress met slimme sensoren. Trouw. P8.

Haaksbergen, R. (2011, 29 april). PvdA blij dat er ook geld beschikbaar komt voor zorg - Toch Essent-geld voor meer gemak in huis. Twentsche Courant Tubantia.

Eenennaam, A. (2009, 29 oktober). IGZ: voorzichtig met technische snuffjes. ANP.

Eijck van, S. (2007, 8 januari). Motto voor nieuwe kabinet: de patiënt staat centraal. Het financiële dagblad.P7.

Epevaasen. (2010, 29 september). Veluwe in 2040 aan kop in zorg. De stentor.

Ham van den, H. (2007, 7 maart). Confrontatie met tradities. AD. P8.

Haselhoef, A. (2009, 17 februari). Hele huis in mobieltje. AD. P23.

Hoek, H. (2010, 26 april). Zie economische waarde zorgsector. Het financiële dagblad. P7.

Izaks, B. (2008, 11 juli). Vergrijzing: meer dan pillen. P6.

Jansen, J. (2011, 29 augustus). Maak snel werk van technologie in de zorg. ANP.

Laan, J., van Jong, W. (2002, 13 april). Met de gsm het koffiezetapparaat aan. Het Parool. P9.

Kok, A. (2001, 17 december). De bevrijding van de ouderen ; Zorgexperiment; Het werd steeds stiller en grijzer op het platteland. Trouw. P11.

Küsters, I. (2016). *Technologie op maat: De cliënt voorop bij domotica in de zorg*

Lucassen, C. (2007, 2 februari). Van maximalisatie naar optimalisatie. Het financiële Dagblad. P8.

Meeuwen, D., Nentjes, S. (2016, 11 oktober). *Mbo vraagt om andere benadering nieuwe media*. Reformatorisch dagblad.

Kamerbeek, H. (2009, 22 augustus). In Holland staat een huis met slimme afstandsbediening. Het financiële dagblad. P21.

Kooijmans, W. (2010, 29 september). Veluwe koploper in gezondheidszorg. Veluws Dagblad.

Laan, M. (2012, 14 januari). Chinees ict-bedrijf Huawei breidt fors uit in Amsterdam- Zuidoost. Het Parool. P29.

Lauwers, B. (2010, 23 december). De vele vreemde vriendjes van farma; Sector kan zijn eigen boontjes niet meer doppen.. Trends.

Leijnse, B. (2010, 11 maart). UZ Leuven wil terminal aan elk bed. Trends. P50.

Meijerink, J. (2012, 7 september). Wie zal er voor mij zorgen, als ik straks oud ben... Dagblad de Limburger. P2.

Moor de, H. (2015, 28 februari). Scheiden van wonen en zorg leidt tot isolement. Cobouw.

Nieuwenhof van den, H. (2014, 4 november). Design voor gezondheid naar Taiwan. Eindhovens Dagblad.

Mulder, E., Schnerr, J., Wiggers, C. (2006, 8 augustus). Pas op voor doemdenken in zorg; Foute inschattingen. Het financiële dagblad. P7.

Nouweland van den, T. (2015, 15 oktober). Feestje met minister. Provinciale Zeeuwse Courant.

Oerlemans, A. (2009, 28 augustus). Proefproject vastbinden ouderen in verpleeghuizen weldra voorbij. AD. P4.

Olsthoorn, S., Betlem R. (2015, 29 januari). Gereedschap om langer zelfstandig te wonen; Virtuele bingo om te leren omgaan met een iPad. Een virtueel consult met een arts. Als het aan Focus Cura ligt, kan de ouderenzorg niet zonder dit soort slimmigheidjes. Het financiële dagblad. P17.

Ootjers, F. (2014, 25 maart). Een veranderende zorgvraag vraagt om innovaties. Dagblad van het Noorden. P 10.

Pauli, B. (2012, 19 juni). Brabant: proeftuin 'slimme' zorg. De Gelderlander.

Piryns, P., Humbeeck, H. (2008, 26 november). Er zullen verscheurende keuzes moeten worden gemaakt. P 38.

Putters, K. (2015, 27 mei). Deel de macht! Het financiële dagblad. P9.

Rondhuis, A. (2016, 2 augustus). Saxion bouwt medische huiskamer. De Stentor. P7.

Roularta Media Group. (2010, 17 november). Hierarchie belemmering bouw slimme woningen. De Telegraaf. P 20.

Roularta Media Group. (2009, 30 oktober). Inspectie waarschuwt voor techniek in zorg. BN de stem.

Santen van, C. (2006, 23 december). Verkerk weet wat de klant wil. AD. P9.

Schrijver, F. (2007, 1 februari). Medisch 'huis van de toekomst' zorgt voor zelfstandige ouderen. Trouw. P12.

Smit, H. (2005, 28 oktober). Knip open voor innovaties! Brabant Dagblad. P 22. Straatsma, E. (2015, 25 februari). Mariënhaven doet het goed. Leidsch Dagblad.

Smits, P. (2003, 13 september). Weekend – Het verstelbare verpleeghuis. De Gelderlander.

Thooft, F.. (2009, 27 mei). In de zorgsector is er nog werk zat. De Gelderlander.

Verkerk. (2003, 7 augustus). Grote belangstelling voor woonhuisautomatisering. ANP.

Vermeulen, J. (2011, 25 juni). Leg controle over veiligheid bijburger. Brabants Dagblad.

Volkerts, N. (2014, 25 augustus). Senioren bouwen eigen huis; Woonstede Nesland bewijs van mogelijkheden voor zelfbouw particulieren. Noordhollands Dagblad.

Voorde van de, H. (2013, 16 november). Zeeuwse huiskamer uniek project. Zeeuwse Courant.

Vos, C. (2010, 6 mei). Zorg op afstand is het nieuwe toverwoord. De Volkskrant.

Weijers, J. (2011, 12 maart). Zorg laat zich zien. De Gelderlander.

Wester, F. P. J. (2003). *Lessen uit lezen*

Wiegman, E. (2009, 22 januari). Mensen in de zorg zijn schadelijker dan fusies. Nederlands Dagblad. P 7.

Woudt, J. (2014, 19 december). Dokter Apple en dokter Philips wijzen de weg. Het Financiële Dagblad. P93.

Appendix

Schrijver	Krant	Datum	Titel
Auteur onbekend	ANP	September 2008	Minder eenzaam door contact via tv.
Auteur onbekend	Brabants Dagblad	September 1998	Hypermoderne snufjes in verzorgingshuis Oss.
Auteur onbekend	De Gooi –en Eemlander.	April 2009	De onbetaalbare ouderdom.
Aarsen, A.	Leidsch Dagblad	Februari 2012	Topaz gaat verder dan de Zweedse band.
Abcouwer, C.	Het Parool	Maart 2006	Huishouden, wie vindt er nog wat aan?
Bakkeren, H., Vriese, G.	Financieel Dagblad	September 2006	Zorg-Wiki is kwestie van doen.
Bechtold, K.	Brabants Dagblad.	Juni 2012	Zorgeconomie – Brabant wil proeftuin Europa zijn.
Byl, R.	Trends	Augustus 2015	De lokroep van de zorgeconomie; Digitalisering in de zorg is meer dan e-gezondheid.
Coenradie, K.	Telegraaf	Januari 2015	Zoek een iPadcoach!
Degens, H., Parton, E., Gyselinckx, B.	Het financiële dagblad	April 2009	Mobieltjes waarschuwen voor epilepsieaanval.
Dijkhuizen, E.	Reformatorisch dagblad	December 2012	Hoornbeecker gewild als werknemer.
Doodeman, M.	Het Financiële Dagblad	November 2007	Gedateerde woonvisioenen.
Duk, W.	Elsevier	Oktober 2008	Nooit meer met z'n vieren op een kamer. Ouderenzorg heeft slechte reputatie, maar innoveert ook genoeg?
Engelen van, G.	Noord-Hollands Dagblad	Juni 2014	Slimmere zorg via prijsvraag.
Engels, J.	Trouw	December 2013	Geen stress met slimme sensoren.

Haaksbergen, R.	Twentsche Courant Tubantia.	April 2011	PvdA blij dat er ook geld beschikbaar komt voor zorg - Toch Essent-geld voor meer gemak in huis.
Eenennaam, A.	ANP	Oktober 2009	IGZ: voorzichtig met technische snufjes.
Eijck van, S.	Het financiële dagblad.	Januari 2007	Motto voor nieuwe kabinet: de patiënt staat centraal.
Epevaasen.	De stentor.	September 2010	Veluwe in 2040 aan kop in zorg.
Ham van den, H.	Algemeen Dagblad	Maart 2007	Confrontatie met tradities
Haselhoef, A.	Algemeen Dagblad	Februari 2009	Hele huis in mobieltje
Hoek, H.	Het financiële dagblad	April 2010	Zie economische waarde zorgsector.
Izaks, B.	?	Juli 2008	Vergrijzing: meer dan pillen.
Jansen, J.	ANP	Augustus 2011	Maak snel werk van technologie in de zorg.
Laan, J., van Jong, W.	Het Parool	April 2002	Het de gsm het koffiezetapparaat aan.
Kok, A.	Trouw	December 2001	De bevrijding van de ouderen ; Zorgexperiment; Het werd steeds stiller en grijzer op het platteland.
Lucassen, C.	Het financiële dagblad	Februari 2007	Van maximalisatie naar optimalisatie.
Meeuwen, D., Nentjes, S.	Reformatorisch dagblad	Oktober 2016	<i>Mbo vraagt om andere benadering nieuwe media.</i>
Kmaerbeek, H. P21.	Het financiële dagblad	Augustus 2009	In Holland staat een huis met slimme afstandsbediening.
Kooijmans, W.	Veluws Dagblad	September 2010	Veluwe koploper in gezondheidszorg.
Laan, M.	Het Parool	Januari 2012	Chinees ict-bedrijf Huawei breidt fors uit in Amsterdam-Zuidoost.

Lauwers, B.	Trends	December 2010). De vele vreemde vriendjes van farma; SECTOR KAN ZIJN EIGEN BOONTJES NIET MEER DOPPEN.
Leijnse, B.	Trends	Maart 2010	UZ Leuven wil terminal aan elk bed.
Meijerink, J.	Dagblad de Limburger	September 2012	Wie zal er voor mij zorgen, als ik straks oud ben.
Moor de, H.	Cobouw	Februari 2015	Scheiden van wonen en zorg leidt tot isolement.
Nieuwenhof van den, H.	Eindhovens Dagblad.	November 2014	Design voor gezondheid naar Taiwan.
Mulder, E., Schnerr, J., Wiggers, C.	Het financiële dagblad	Augustus 2006	Pas op voor doemdenken in zorg; Foute inschattingen.
Nouweland van den, T.	Provinciale Zeeuwse Courant	Oktober 2014	Feestje met minister.
Oerlemans, A.	Algemeen Dagblad	Augustus 2009	Proefproject vastbinden ouderen in verpleeghuizen weldra voorbij.
Olsthoorn, S., Betlem R.	Het financiële dagblad.	Januari 2015	Gereedschap om langer zelfstandig te wonen; Virtuele bingo om te leren omgaan met een iPad. Een virtueel consult met een arts. Als het aan Focus Cura ligt, kan de ouderenzorg niet zonder dit soort slimheidjes.
Ootjers, F.	Dagblad van het Noorden.	Maart 2014	Een veranderende zorgvraag vraagt om innovaties.
Pauli, B.	De Gelderlander.	Juni 2012	Brabant: proeftuin 'slimme' zorg.
Piryns, P., Humbecck, H.	?	November 2008	Er zullen verscheurende keuzes moeten worden gemaakt

Putters, K.	Het financiële dagblad.	Mei 2015	Deel de macht!
Rondhuis, A.	De Stentor	Augustus 2016	Saxion bouwt medische huiskamer.
Roulerta Media Group	Telegraaf	November 2010	Hierarchie belemmering bouw slimme woningen.
Roularta media Group	BN de stem	Oktober 2009	Inspectie waarschuwt voor techniek in zorg.
Santen van, C.	Algemeen Dagblad	December 2006	Verkerk weet wat de klant wil.
Schrijver, F.	Trouw	Februari 2007	Medisch 'huis van de toekomst' zorgt voor zelfstandige ouderen.
Smit, H.	Brabants Dagblad.	Oktober 2005	Knip open voor innovaties!
Straatsma, E.	Leidsch Dagblad.	Februari 2015	Mariënhaven doet het goed.
Smits, P.	De Gelderlander	September 2003	Weekend – Het verstelbare verpleeghuis.
Thooft, F.	De Gelderlander	Mei 2009	In de zorgsector is er nog werk zat.
Verkerk.	ANP	Augustus 2003	Grote belangstelling voor woonhuisautomatisering.
Vermeulen, J.	Brabants Dagblad	Juni 2011	Leg controle over veiligheid bijburger.
Volkerts, N.	Noordhollands Dagblad.	Augustus 2014	Senioren bouwen eigen huis; Woonstede Nesland bewijs van mogelijkheden voor zelfbouw particulieren.
Voorde van de, H..	Zeeuwse Courant.	November 2013	Zeeuwse huiskamer uniek project.
Vos, C.	De Volkskrant	Mei 2010	Zorg op afstand is het nieuwe toverwoord.
Weijers, J.	De Gelderlander	Maart 2011	Zorg laat zich zien.
Wiegman, E.	Nederlands Dagblad.	Januari 2009	Mensen in de zorg zijn schadelijker dan fusies.
Woudt, J.	Het financiële Dagblad.	December 2014	Dokter Apple en dokter Philips wijzen de weg.