

GOEDE DIGITALE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR THUISWONENDE OUDEREN

ETHISCH-JURIDISCHE LEIDRAAD



Inhoudsopgave

1.	INLEIDING	3
1.1	Over de leidraad	4
1.2	Waarom deze leidraad?	5
1.3	Goede digitale zorg vanuit een mensenrechtenperspectief	5
1.4	Goede digitale zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen: de leidraad	7
2.	INTERPRETATIE EN IMPLICATIES	10
2.1	Fase 1: Algemene verkenning	11
2.1.1	<i>Inleiding en betrokkenen fase 1</i>	11
2.1.2	<i>Verkenning potentiële opbrengsten van nieuwe zorgtechnologie</i>	12
2.1.3	<i>Passende zorgtechnologie en consulteren van cliënten</i>	13
2.2	Fase 2: Vóór individuele inzet	16
2.2.1	<i>Inleiding en betrokkenen fase 2</i>	16
2.2.2	<i>Individuele aanpak zorgtechnologie</i>	18
2.2.3	<i>Verschuivingen in verantwoordelijkheid</i>	20
2.2.4	<i>Geïnformeerde toestemming</i>	21
2.3	Fase 3: Tijdens inzet	24
2.3.1	<i>Inleiding en betrokkenen fase 3</i>	24
2.3.2	<i>Evalueren van ervaringen, ondersteuning bij inzet of stoppen inzet</i>	26
2.4	Concluderende boodschap aan de lezer	27
	Bijlagen	28
Bijlage A	Overzichtstabel belangrijkste implicaties	28
Bijlage B	Tijdslijn belangrijkste implicaties	29
Bijlage C	Ervaren voordelen en nadelen bij inzet van de technologie	30
Bijlage D	Gebruikte bronnen ter onderbouwing leidraad	31
	Colofon	32

1. Inleiding



1.1 Over de leidraad

Deze leidraad ondersteunt thuiszorgorganisaties bij het verantwoord inzetten van digitale zorg- en ondersteuningstechnologieën voor thuiswonende ouderen. Het doel is om organisaties handvatten te bieden om bewuste keuzes te maken over digitale zorg en ondersteuning, zodat deze bijdraagt aan goede zorg. Daarbij is er niet alleen aandacht voor de mogelijke voordelen van digitale zorg- en ondersteuningstechnologieën, maar ook voor de risico's en randvoorwaarden die van invloed zijn op een passende inzet. Meer informatie over de totstandkoming van deze leidraad is opgenomen in **kader 1.1**.

KADER 1.1 : INFORMATIE OVER TOTSTANDKOMING LEIDRAAD

Deze leidraad is ontwikkeld door onderzoekers van het **Amsterdam UMC** in het kader van het **onderzoeksproject MOVUS** ([Mechanisms of vulnerability and resilience \(MOVUS\): \(Re\)designing the organization of digital care and housing for older persons. | NWO](#)). Dit project is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) binnen de **Nationale Wetenschapsagenda**. Het MOVUS-project is uitgevoerd door de School of Business and Economics van de Vrije Universiteit Amsterdam en de afdeling Ethiek, Recht & Humaniora van Amsterdam UMC, in nauwe samenwerking met de praktijkpartners Thebe, 't Heem, Vitalis, ZuidOostZorg en Woonzorg.

Binnen het MOVUS-project is onderzocht hoe digitalisering samenhangt met de kwetsbaarheid en weerbaarheid van thuiswonende ouderen. Op basis van dit onderzoek is deze leidraad ontwikkeld om thuiszorgorganisaties te ondersteunen bij het bieden van goede digitale zorg en ondersteuning.

De leidraad is gebaseerd op een [systematische literatuurstudie](#) en een [interviewstudie](#). Voor de leidraad zijn de bevindingen uit beide onderzoeken geïnterpreteerd vanuit een mensenrechtenperspectief op goede zorg en aangevuld met inzichten uit de medische ethiek en het Nederlandse gezondheidsrecht.

Voor de literatuurstudie hebben we de wetenschappelijke literatuur systematisch doorzocht naar studies over de ervaringen van zelfstandig wonende ouderen met digitale zorg en ondersteuning. In totaal zijn 31 studies geïnccludeerd. Voor de interviewstudie zijn 27 thuiswonende ouderen die thuiszorg ontvingen geïnterviewd over hun ervaringen met digitale zorg en ondersteuning.

Een conceptversie van de leidraad is besproken in twee workshops met zorgprofessionals en zorgmanagers van thuiszorgorganisaties, en in een focusgroep met ethici, gezondheidsjuristen en sociaal wetenschappers gespecialiseerd in zorg en technologie. Op basis van deze sessies is de leidraad verder aangescherpt, zowel inhoudelijk als qua bruikbaarheid voor de praktijk.



1.2 Waarom deze leidraad?

De Nederlandse bevolking vergrijst. Daardoor neemt de vraag naar ouderenzorg toe, terwijl de zorgkosten stijgen en de druk op de beschikbaarheid van zorg groter wordt. Digitale zorg- en ondersteuningstechnologieën kunnen helpen om de ouderenzorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Ze kunnen ouderen ondersteunen bij dagelijkse activiteiten, bijdragen aan hun veiligheid en hen helpen langer zelfstandig thuis te wonen.

In deze leidraad staat een aantal veelgebruikte digitale zorg- en ondersteuningstechnologieën centraal, waaronder persoonlijke alarmering, GPS-trackers, bewegingssensoren, gezondheidstrackers, medicijndispensers, (sociale) ondersteuningsrobots, spraakassistenten en smart-hometoepassingen. In het vervolg van deze leidraad gebruiken we hiervoor de verzamelterm **zorgtechnologie** (Zie ook kader 1.3).

Zorgtechnologie kan bijdragen aan goede zorg. Zo kan het de toegankelijkheid en veiligheid van zorg vergroten en ouderen ondersteunen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Tegelijkertijd brengt de inzet van zorgtechnologie ook uitdagingen met zich mee. **Wanneer een technologie onvoldoende aansluit bij de behoeften, mogelijkheden of waarden van een oudere, kan dit juist goede zorg verhinderen.** Denk bijvoorbeeld aan verminderde toegang tot zorg, onveilige situaties door minder menselijk contact, of risico's voor de privacy.

Een zorgvuldige afweging is daarom essentieel. **Door steeds te kijken of een zorgtechnologie past bij de persoonlijke situatie van een cliënt, kunnen thuiszorgorganisaties zorg bieden die niet alleen passend en persoonsgericht is, maar ook doelmatig en veilig.**

Uit ons onderzoek bleek dat de inzet van zorgtechnologie in de thuiszorg vaak goed gaat. Tegelijkertijd zagen we ook situaties waarin de beoogde voordelen uitbleven. Zorgtechnologie werd bijvoorbeeld organisatiebreed ingezet zonder voldoende aandacht voor de vraag of deze aansloot bij de individuele situatie van een cliënt. Daardoor werd de technologie soms niet of niet goed gebruikt en leverde deze minder op dan verwacht.

Met deze leidraad willen we thuiszorgorganisaties ondersteunen bij een bewuste en zorgvuldige inzet van zorgtechnologie. Daarbij staat steeds de individuele situatie van de cliënt centraal. Dat is niet alleen belangrijk voor de cliënt zelf, maar ook voor de betaalbaarheid en beschikbaarheid van de ouderenzorg. Zorgtechnologie draagt immers alleen bij aan efficiëntere zorg wanneer zij daadwerkelijk goed gebruikt wordt. Hiervoor is het belangrijk dat de inzet goed aansluit bij de individuele context van cliënten.

1.3 Goede digitale zorg vanuit een mensenrechtenperspectief

Deze leidraad benadert goede zorg vanuit een mensenrechtenperspectief. Goede zorg is daarbij meer dan een technische handeling. Het gaat om zorg van goede kwaliteit, waarbij cliëntgerichtheid, ondersteuning, toegankelijkheid en autonomie belangrijke uitgangspunten zijn.



Vanuit dit perspectief kan goede zorg worden gezien als onderdeel van het **recht op gezondheid** (zie kader 1.2). Dit betekent niet dat iedereen recht heeft op een goede gezondheid, maar wel op de best mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid. Om dit recht in de praktijk vorm te geven, worden vier samenhangende elementen onderscheiden:

- **Beschikbaarheid:** er zijn voldoende gezondheidsvoorzieningen, hulpmiddelen en zorgdiensten beschikbaar.
- **Toegankelijkheid:** iedereen kan hiervan gebruikmaken, zonder belemmeringen.
- **Aanvaardbaarheid:** zorg sluit aan bij de behoeften, waarden en voorkeuren van mensen en wordt verleend met respect voor onder meer privacy, vertrouwelijkheid en geïnformeerde toestemming.
- **Kwaliteit:** zorg is veilig, cliëntgericht, effectief, doelmatig en tijdig.

Deze vier elementen zijn algemeen geformuleerd en gaan niet specifiek over zorgtechnologie. Toch zijn zij juist ook daarvoor van belang. De inzet van zorgtechnologie kan immers invloed hebben op de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van zorg. Een technologie kan deze elementen versterken, maar ook onder druk zetten wanneer de inzet onvoldoende aansluit bij de situatie van de cliënt.

In deze leidraad gebruiken we de vier elementen van het recht op gezondheid als uitgangspunt voor goede digitale zorg. Ze vormen samen een praktisch kader dat thuiszorgorganisaties kan helpen om bewust keuzes te maken over de inzet van zorgtechnologie. In hoofdstuk 2 werken we deze elementen verder uit en vertalen we ze naar concrete aandachtspunten voor de dagelijkse praktijk.

KADER 1.2: JURIDISCHE INBEDDING VAN HET RECHT OP GEZONDHEID

Het **recht op gezondheid** werd in 1946 voor het eerst erkend in het oprichtingsverdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Sindsdien is dit recht opgenomen in verschillende internationale verdragen en in Nederlandse wet- en regelgeving.

Internationaal is het recht op gezondheid vastgelegd in **artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (VN, 1966)**. In *General Comment No. 14* heeft de VN vier kerncriteria geformuleerd waaraan dit recht moet voldoen: **beschikbaarheid (Availability)**, **toegankelijkheid (Accessibility)**, **aanvaardbaarheid (Acceptability)** en **kwaliteit (Quality)**. Deze vier elementen – ook wel de AAAQ-principes genoemd – vormen het uitgangspunt van deze leidraad.

Voor mensen met een beperking is het recht op gezondheid daarnaast opgenomen in **artikel 25 van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN, 2006)**. Dit verdrag benadrukt dat iedereen, zonder discriminatie, recht heeft op goede gezondheidszorg. Ook kwetsbare ouderen kunnen bescherming ontleen aan het VN-verdrag Handicap.



In Nederland is het recht op gezondheid verankerd in **artikel 22 van de Grondwet**. Dit artikel bepaalt dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Aspecten van het recht op gezondheid zijn verder uitgewerkt in verschillende zorgwetten, waaronder de **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)** en de **Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)**.

Deze wet- en regelgeving brengt niet alleen verantwoordelijkheden met zich mee voor de overheid, maar ook voor zorgaanbieders en zorgverleners. Op grond van de Wkkgz moeten zorgaanbieders bijvoorbeeld zorg leveren die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en aansluit bij de reële behoeften van de cliënt.

1.4 Goede digitale zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen: de leidraad

In deze leidraad werken we de vier elementen van het recht op gezondheid – **beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit** – verder uit voor de inzet van zorgtechnologie in de thuiszorg. Daarbij combineren we inzichten uit empirisch-ethisch onderzoek, de medische ethiek en het Nederlandse gezondheidsrecht. Een overzicht van de geraadpleegde bronnen is in **bijlage D** te raadplegen.

De leidraad is opgebouwd rond drie opeenvolgende fasen:

1. **Algemene verkenning:** het verkennen van de mogelijkheden en de toegevoegde waarde van verschillende zorgtechnologieën.
2. **Vóór individuele inzet:** het maken van een zorgvuldige afweging of een zorgtechnologie passend is voor een specifieke cliënt.
3. **Tijdens inzet:** het begeleiden, evalueren en waar nodig bijstellen van het gebruik van de zorgtechnologie.

Per fase werken we uit wat de vier elementen vragen van thuiszorgorganisaties om zorgtechnologieën in te zetten op een manier die bijdraagt aan goede zorg voor thuiswonende ouderen. Aangezien de vier elementen met elkaar samenhangen en deels overlappen, vragen verschillende elementen deels om eenzelfde aanpak. Waar passend werken we de elementen gezamenlijk uit. Dit doen we niet als een van de elementen iets specifiek vraagt in relatie tot goede zorg tijdens een specifieke fase.

De uitwerking van de vier elementen per fase mondt uit in een tabel waarin de belangrijkste implicaties voor thuiszorgorganisaties zijn terug te vinden (**bijlage A**). In deze samenvattende tabel houden we de volgorde van elementen zoals uitgewerkt door de VN aan, te weten 'Beschikbaarheid, Toegankelijkheid, Aanvaardbaarheid, Kwaliteit'. Deze volgorde geeft geen rangorde aan; alle vier de elementen zijn even

belangrijk voor goede digitale zorg. De belangrijkste implicaties zijn ook, zonder onderscheid in elementen, terug te vinden in een overzichtelijke tijdslijn (**bijlage B**).



Per fase beschrijven we ook een casus waarin we ‘een valkuil’ uitlichten: voorbeelden van de inzet van zorgtechnologie op een manier die goede zorg voor thuiswonende ouderen belemmert. De casussen komen voort uit interviews met thuiswonende ouderen over hun ervaringen met digitale zorg en ondersteuning. We maken gebruik van gefingeerde namen, maar de casussen zijn echte voorbeelden uit de praktijk. De casussen kunnen helpen om de interpretatie en implicaties van de elementen en fases in deze leidraad beter te plaatsen in de dagelijkse praktijk. Ze geven inzicht in waarom het belangrijk is om bewust om te gaan met de inzet van zorgtechnologieën voor thuiswonende ouderen en vooral wat er mis kan gaan als dit niet het geval is.

Deze leidraad is bedoeld als hulpmiddel voor thuiszorgorganisaties bij het verantwoord inzetten van zorgtechnologie. De leidraad biedt geen vaste voorschriften of een blauwdruk voor de praktijk. Goede zorg vraagt altijd om een afweging die past bij de specifieke situatie van een cliënt en de context waarin zorg wordt verleend. De leidraad biedt ondersteuning bij het voeren van het gesprek over een zorgvuldige inzet van zorgtechnologie voor thuiswonende ouderen. Zij kan worden gebruikt bij het ontwikkelen van organisatiebeleid, bij de implementatie van zorgtechnologie en als hulpmiddel bij de afweging om een specifieke technologie in te zetten bij een individuele cliënt. De leidraad is bedoeld voor managers, beleidsmedewerkers en zorgprofessionals in de thuiszorg (**zie ook kader 1.4**).

KADER 1.3: ZORGTECHNOLOGIEËN IN DEZE LEIDRAAD

Zorgtechnologie is een breed begrip dat verschillende hulpmiddelen en toepassingen omvat. **Deze leidraad richt zich op digitale zorg- en ondersteuningstechnologieën die in de thuiszorg worden ingezet om ouderen te ondersteunen om zelfstandig, veilig en prettig thuis te wonen.**

De leidraad bespreekt zowel algemene aandachtspunten voor een verantwoorde inzet van zorgtechnologie, als voorbeelden van specifieke technologieën. Op basis van het MOVUS-onderzoek ligt de focus op de volgende technologieën:

- Persoonlijke alarmering
- GPS-trackers
- Bewegingssensoren
- Gezondheidstrackers en monitoring
- Medicijndispensers
- (Sociale) ondersteuningsrobots
- Spraakassistenten
- Smart-hometoepassingen

KADER 1.4: HOE GEBRUIKT U DEZE LEIDRAAD?

Deze leidraad is bedoeld als naslagwerk én als hulpmiddel voor gesprek, besluitvorming en reflectie. U kunt hem gebruiken op verschillende momenten in het proces van selectie, inzet en evaluatie van zorgtechnologie. U hoeft deze leidraad niet van begin tot eind te lezen.

Afhankelijk van uw vraag kunt u direct naar het onderdeel gaan dat voor u relevant is. U kunt de leidraad op verschillende manieren gebruiken:

- **Bij het ontwikkelen of actualiseren van beleid** over de inzet van zorgtechnologie binnen uw organisatie.
- **Ter voorbereiding op de inzet van een zorgtechnologie** bij een individuele cliënt.
- **Als hulpmiddel voor reflectie en gesprek** tussen zorgprofessionals, beleidsmedewerkers en managers.
- **Bij de evaluatie van bestaande toepassingen** van zorgtechnologie en het verbeteren van de dagelijkse praktijk.

De **casussen** en de **tijdslijn (bijlage B)** helpen bij het toepassen van de leidraad in de dagelijkse zorgpraktijk:

- **Gebruik de casussen** om te zien hoe dilemma's zich in de praktijk voordoen en bespreek deze bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg of intervisie.
- **Raadpleeg de tijdslijn** voor een beknopt overzicht van de belangrijkste aandachtspunten voor een zorgvuldige inzet van zorgtechnologie in de thuiszorg.

2. Interpretatie en implicaties



2.1 Fase 1: Algemene verkenning



2.1.1 Inleiding en betrokkenen fase 1

Bij de inzet van zorgtechnologie begint goede zorg met een zorgvuldige verkenning. **In deze fase onderzoekt de thuiszorgorganisatie welke zorgvragen er bestaan, welke doelen met de inzet van zorgtechnologie worden nagestreefd en welke voorwaarden er bestaan voor succesvolle inzet.** Het doel is niet om zorgtechnologie als uitgangspunt te nemen, maar om te bepalen welke vorm van ondersteuning het beste aansluit bij de behoeften van cliënten én bij de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Betrokkenen: De algemene verkenning vindt voornamelijk plaats op organisatieniveau. **Bestuurders, zorgmanagers, beleidsmedewerkers, innovatieadviseurs, inkopers en ICT-professionals** onderzoeken gezamenlijk welke zorgvragen spelen en welke zorgtechnologieën daarvoor geschikt kunnen zijn. Hoewel individuele cliënten in deze fase nog niet centraal staan, is het belangrijk dat hun ervaringen, behoeften en voorkeuren als uitgangspunt dienen voor de algemene verkenning. Het is dan ook essentieel om het cliëntperspectief te includeren tijdens deze algemene verkenning, bijvoorbeeld via **cliëntenraden** of **ervaringsdeskundigen**.

2.1.2 Verkenning potentiële opbrengsten van nieuwe zorgtechnologie (Beschikbaarheid, Toegankelijkheid, Aanvaardbaarheid en Kwaliteit)

Interpretatie:

Door de inzet van zorgtechnologie kan de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de ouderenzorg worden bestendig of zelfs verbeterd. Zorgtechnologie kan namelijk bijdragen aan de efficiëntie van de thuiszorg, doordat minder personeel nodig is zonder dat dit noodzakelijkerwijs ten koste gaat van de kwaliteit of veiligheid van zorg. Zorgtechnologie kan tegelijkertijd ook bijdragen aan het welzijn van thuiswonende ouderen, bijvoorbeeld door hun autonomie te ondersteunen.

Het is van belang dat thuiszorgorganisaties expliciet stilstaan bij de beoogde opbrengsten van zorgtechnologie en de wijze waarop deze gerealiseerd kunnen worden. Is het doel bijvoorbeeld om de toegankelijkheid van zorg te vergroten, de autonomie van de cliënt te versterken, het welzijn te verhogen, veilige zorg te bieden, of een combinatie hiervan? Wanneer deze beoogde opbrengsten impliciet blijven, vergroot dit de kans op een gebrekkige afstemming tussen de ingezette zorgtechnologie en wat van belang is voor de cliënt. Expliciet geformuleerde beoogde opbrengsten dragen bovendien bij aan een gerichte evaluatie na inzet.

Hetzelfde geldt voor de risico's die gepaard gaan met de inzet van zorgtechnologie. Kan de technologie leiden tot onveilige situaties? Wat zijn de implicaties voor de privacy van de cliënt? Kan de toegankelijkheid van zorg voor bepaalde cliënten worden verminderd? Door voorafgaand aan de implementatie van zorgtechnologie hierover expliciet te reflecteren, kunnen ook strategieën worden ontwikkeld om deze risico's te beperken tijdens de inzet.

Implicatie:

Dit betekent dat **bestuurders, zorgmanagers, beleidsmedewerkers, innovatieadviseurs, inkopers en ICT-professionals** gezamenlijk verkennen welke zorgtechnologieën mogelijk ingezet kunnen worden in de thuiszorg. Zowel zorgtechnologieën die bijdragen aan de efficiëntie van de thuiszorg als aan de kwaliteit van ondersteuning worden hierbij overwogen.

In deze verkenning worden de beoogde opbrengsten expliciet benoemd, zodat een gerichte afweging over inzet kan worden gemaakt. Daarbij worden gezamenlijk de verwachte voordelen afgewogen tegen de mogelijke nadelen voor thuiswonende ouderen.

Zie bijlage C voor een overzicht uit de wetenschappelijke literatuur van ervaren voordelen en nadelen. Dit overzicht kan het gesprek over beoogde en onbedoelde effecten ondersteunen en helpen bij het identificeren van maatregelen om nadelen te beperken en voordelen beter te realiseren.



In de Wkkgz is vastgelegd dat zorgaanbieders goede zorg moeten leveren. 'Goede zorg' houdt in dat zorg veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en afgestemd op de persoonlijke situatie van de cliënt is. 'Veilig' betekent dat risico's voor de cliënt zoveel mogelijk worden voorkomen. Dit betekent niet dat risico's ten koste van alles moeten



worden vermeden. Belangrijk is dat de risico's weloverwogen worden genomen en afgestemd zijn met de cliëntenraad. 'Doeltreffend en doelmatig' houdt in dat de zorg bijdraagt aan het beoogde resultaat en op een efficiënte en betaalbare wijze wordt ingezet. Voor de inzet van zorgtechnologie betekent dit dat deze aantoonbaar moet bijdragen aan goede zorg. De zorgaanbieder is daarbij verantwoordelijk voor een veilige en verantwoorde toepassing.

2.1.3 *Passende zorgtechnologie en consulteren van cliënten* (Aanvaardbaarheid)

Interpretatie:

Het is essentieel om tijdens de algemene verkenning het cliëntperspectief mee te nemen. **Alleen als een zorgtechnologie aansluit bij de behoeften, mogelijkheden en waarden van thuiswonende ouderen, ervaren zij deze als goede zorg (zie kader 2.1).**

KADER 2.1: GOEDE ZORG SLUIT AAN BIJ BEHOEFTE, MOGELIJKHEDEN EN WAARDEN

Uit de interviews met thuiswonende ouderen kwam naar voren dat zij zorgtechnologieën alleen als goede zorg ervaren wanneer deze aansluiten bij hun (1) behoeften en gewoonten, hun (2) vaardigheden en mogelijkheden, en hun (3) waarden. Wanneer zorgtechnologie niet aansluit bij een van deze gebieden, ervaren zij dat deze goede zorg juist belemmert in plaats van ondersteunt.

Voorbeeld van gebrekkige aansluiting bij behoeften: Persoonlijke alarmsystemen worden vaak standaard ingezet in de thuiszorg terwijl veel thuiswonende ouderen geen behoefte hebben aan een alarm. Bovendien willen sommige ouderen juist een alarm met GPS-functie om hun veiligheid buitenshuis te vergroten terwijl zij een alarm krijgen dat alleen binnenshuis functioneert.

Voorbeeld van gebrekkige aansluiting bij mogelijkheden: Sommige thuiswonende ouderen zijn te kwetsbaar om een zorgtechnologie te gebruiken. Een medicijndispenser vraagt bijvoorbeeld aan de gebruiker om de medicatie zelfstandig in te nemen. Sommige thuiswonende ouderen zijn te vergeetachtig om dit zorgvuldig te doen. Ook ontbreekt het sommige thuiswonende ouderen aan een informeel netwerk dat hen kan ondersteunen bij het gebruik van een zorgtechnologie die zij zelf niet goed begrijpen.

Voorbeeld van gebrekkige aansluiting bij waarden: Sommige thuiswonende ouderen ervaren zorgtechnologie als vervreemdend. Zij missen menselijk contact en ervaren weerstand bij de inzet van zorgtechnologieën zoals een sociale zorgrobot.



Een technologie-gedreven implementatieaanpak, m.a.w. het organisatiebreed implementeren van zorgtechnologieën omdat ze beschikbaar zijn of efficiëntie kunnen opleveren, kan organisatorische en financiële voordelen hebben. Tegelijkertijd leidt deze benadering ertoe dat een deel van de cliënten de zorgtechnologie niet als goede zorg ervaart. Dit kan resulteren in niet-gebruik of verkeerd gebruik van de zorgtechnologie, wat kan leiden tot onveilige situaties of frustraties, maar ook de potentiële efficiëntiewinst ondermijnt (zie ook casus 1). **Zorgtechnologieën kunnen dus alleen bijdragen aan de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de ouderenzorg als de aanvaardbaarheid hoog is.**

Implicatie:

Dit betekent dat de aanvaardbaarheid van zorgtechnologie in een vroeg stadium dient te worden verkend door als thuiszorgorganisatie in gesprek te gaan met cliënten over de mate waarin technologie aansluit bij hun behoeften, gewoonten en waarden.

CASUS 1: VALKUIL IN DE FASE 'VERKENNING'

Persoonlijk alarm als standaardzorg

Zorgorganisatie A kan een voordelige deal sluiten met een aanbieder van persoonlijke alarmen. Als zij de persoonlijke alarmen groot inkopen, dan betalen zij slechts de helft van de normale kosten. Zorgorganisatie A besluit de persoonlijke alarmen organisatiebreed in te zetten voor hun cliënten in de thuiszorg. Ze nemen het alarm op als standaardzorg in het zorgcontract. Dit zal de veiligheid voor hun cliënten verhogen en dit kost de cliënten niet veel extra.

Het alarm werkt alleen binnenshuis. Als cliënten op de alarmknop drukken, worden zij verbonden met een centrale. De telefonist van de centrale vraagt de cliënt, via verschillende luidsprekers die in huis zijn geïnstalleerd, wat er aan de hand is. De telefonist schakelt de oudere zo nodig door met de thuiszorgorganisatie of het nationale alarmnummer.

Een jaar na de implementatie van het persoonlijk alarm evalueert thuiszorgorganisatie A de opbrengst. Hieruit blijkt dat veel cliënten het alarm niet gebruiken. Sommige cliënten geven aan geen behoefte te hebben aan een alarm, omdat zij zich niet kwetsbaar voelen of niet bang zijn om te vallen. Anderen wandelen regelmatig buitenshuis en hadden liever een alarm met GPS-functie gehad. Weer anderen gebruiken het alarm niet omdat zij het ervaren als een zichtbaar teken van ouderdom en kwetsbaarheid.

Deze casus laat zien dat een zorgtechnologie die op organisatieniveau logisch of efficiënt lijkt, niet automatisch passend is voor iedere cliënt. Het opnemen van een zorgtechnologie als standaardzorg resulteert dan ook in veel niet-gebruik, waardoor de beoogde winst in efficiëntie uitblijft. Door ouderen actief te betrekken bij de verkenning van mogelijk in te zetten zorgtechnologieën, kan deze valkuil voorkomen worden en kan het aanbod en de werkwijze beter afgestemd worden op de behoeften, mogelijkheden en waarden van thuiswonende ouderen.



Zorgmanagers, beleidsmedewerkers en innovatieadviseurs voeren hiervoor periodiek gesprekken met cliënten, cliëntenraden en ervaringsdeskundigen over ondersteuningsbehoeften, de mogelijke rol van technologie daarin en voorwaarden voor succesvolle inzet (zie kader 2.2). Deze gesprekken vormen een belangrijke input voor beleid rondom de inzet van zorgtechnologie.

KADER 2.2: BETREKKEN VAN CLIËNTEN BIJ BELEID RONDOM ZORGTECHNOLOGIE

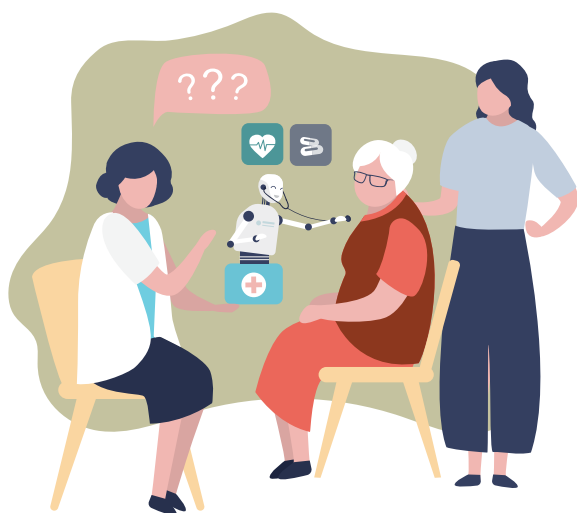
Het is van belang dat cliënten vroegtijdig worden betrokken bij de afweging of een bepaalde zorgtechnologie passend kan zijn in de thuiszorg. Dit maakt een beter onderbouwde besluitvorming over inzet in de praktijk mogelijk. Daarnaast kunnen cliënten meedenken over **randvoorwaarden voor succesvolle implementatie**, zoals ondersteuning bij gebruik en het wegnemen van misverstanden over de werking van technologie.

Bij het betrekken van cliënten is het essentieel om een **diverse groep** ouderen te includeren. Factoren zoals digitale vaardigheden, opleidingsniveau, gezinssituatie, financiële situatie en culturele achtergrond beïnvloeden hoe zorgtechnologie wordt ervaren. Door deze diversiteit mee te nemen in beleidsontwikkeling worden blinde vlekken verminderd en wordt beter zichtbaar welke voorwaarden nodig zijn voor succesvolle implementatie.



Inspraak en medezeggenschap van cliënten in zorgbeleid is vastgelegd in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (2018). De Wmcz geeft cliëntenraden invloed op besluiten rondom zorgtechnologie. Bij technologische veranderingen die ingrijpen in de wijze van zorgverlening (bijv. overgang van fysiek toezicht naar digitale monitoring) heeft de raad instemmingsrecht. Bij strategische keuzes rond ICT en zorginnovatie (bijv. aanschaf van zorgrobots) moet de zorgaanbieder de raad vooraf om advies vragen. De cliëntenraad toetst de technologie hierbij op criteria als zelfstandigheid en privacy, toegankelijkheid en menselijkheid, en kwaliteit en veiligheid. Zorgaanbieders zijn verplicht om de raad tijdig en proactief te informeren over nieuwe technologieën en de bijbehorende kosten en risico's. Daarnaast kan de cliëntenraad ook ongevraagd advies geven over de inzet van zorgtechnologie.

2.2 Fase 2: Vóór individuele inzet



V o o r i n z e t

Wijkverpleegkundige, Cliënt, Naasten

2.2.1 Inleiding en betrokkenen fase 2

Na de eerste verkenning door de thuiszorgorganisatie in samenwerking met de cliëntenraad is het tijd om in gesprek met een individuele cliënt te verkennen of een specifieke zorgtechnologie bij de cliënt past. Hierbij wordt onder andere besproken wat een specifieke zorgtechnologie zou kunnen opleveren voor de cliënt, wat de inzet ervan betekent voor de zorg en het zorgproces, en hoe onveilige situaties zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen.

Betrokkenen: In deze fase is de **wijkverpleegkundige** (of mogelijk een **zorgconsulent** of andere zorgmedewerker) verantwoordelijk om met **de cliënt**, en waar nodig of wenselijk **diens naasten**, samen te inventariseren of een specifieke technologie past bij de cliënt.

CASUS 2: VALKUIL IN DE FASE 'VOOR INZET'

Valalarm of anders...

Barbara (84 jaar) leeft met postpoliosyndroom en is al jaren rolstoelgebonden. Met enkele woningaanpassingen en haar trippelstoel kan zij zich nog redelijk zelfstandig in huis verplaatsen. Vorige maand is zij een keer gevallen toen zij zich vanuit haar trippelstoel op het bed liet zakken. Dit incident bleef beperkt tot enkele blauwe plekken; zij kon zelfstandig opstaan door zich aan het bed op te trekken. Voor de wijkverpleegkundige vergrootte deze val echter de zorgen over de veiligheid van zelfstandig wonen.

Naar aanleiding van de val adviseert de wijkverpleegkundige het gebruik van een valalarm. Barbara geeft aan dit niet nodig te vinden: "Het gaat toch prima zo." In een vervolgesprek, waarbij ook een manager van de thuiszorgorganisatie aanwezig is, wordt opnieuw het belang van een valalarm benadrukt. Daarbij wordt aangegeven dat zelfstandig wonen zonder valalarm mogelijk niet langer verantwoord is en dat een verhuizing naar een verpleeghuis ter overweging staat indien zij het alarm weigert. Een verhuizing naar het verpleeghuis is voor Barbara een nachtmerrie en ze stemt in met het valalarm. "Dan hang ik dat stomme alarm toch lekker aan de kapstok," denkt ze.

In deze casus ontstaat druk vanuit de zorgorganisatie om het valalarm te accepteren, met als doel de veiligheid van Barbara te vergroten en verantwoorde zorg te leveren. Tegelijkertijd heeft Barbara het recht om een dergelijke voorziening te weigeren en daarmee de bijbehorende risico's van zelfstandig wonen te accepteren. De ervaren druk leidt in dit geval tot formele acceptatie, maar niet tot daadwerkelijk gebruik van het valalarm. Hierdoor wordt de beoogde verbetering van veiligheid niet gerealiseerd.

Deze casus laat zien dat een eenzijdige focus op veiligheid kan leiden tot interventies die onvoldoende aansluiten bij de beleving en voorkeuren van de cliënt. Wanneer niet wordt onderzocht waarom een cliënt een technologie afwijst, bestaat het risico dat er een oplossing wordt gekozen die niet wordt gebruikt.

Een zorgvuldigere benadering zou zijn om te verkennen welke overwegingen ten grondslag liggen aan de afwijzing van het valalarm. Gaat het om een gebrek aan vertrouwen in de werking van het systeem? Wordt het alarm ervaren als een zichtbaar teken van kwetsbaarheid? Zijn er alternatieve vormen van alarmering die beter aansluiten bij haar voorkeuren? Of accepteert zij bewust bepaalde risico's die verbonden zijn aan zelfstandig wonen?

Door deze verkenning kan gezamenlijk worden gezocht naar een oplossing die beter aansluit bij wat Barbara belangrijk vindt en nodig heeft. Mogelijk zou een minder opvallend of anders vormgegeven alarm voor haar wel acceptabel zijn.



2.2.2 *Individuele aanpak zorgtechnologie* (Toegankelijkheid, Aanvaardbaarheid en Kwaliteit)

Interpretatie:

Waar tijdens de verkenningsfase al globaal is nagedacht over passende zorgtechnologie, is het van belang om voorafgaand aan de inzet op individueel niveau expliciet te toetsen of een specifieke technologie aansluit bij de cliënt. **De mate waarin een zorgtechnologie past bij de behoeften, mogelijkheden en waarden van de individuele cliënt is bepalend voor de aanvaardbaarheid ervan als vorm van goede zorg.** Gebrekkige afstemming verlaagt deze aanvaardbaarheid en vergroot de kans op niet-gebruik of verkeerd gebruik van de technologie. Dit kan vervolgens leiden tot verminderde toegankelijkheid van zorg en onveilige situaties, bijvoorbeeld door verminderde medicatietrouwheid of omdat alarmeringssystemen niet worden gebruikt.

Implicatie:

Dit betekent dat de **wijkverpleegkundige** of **zorgconsulent** in een individueel gesprek met de **cliënt** verkent in hoeverre een specifieke technologie aansluit bij diens behoeften, mogelijkheden en waarden.

Een eerste stap is het expliciet maken van de **beoogde opbrengst** van de technologie vanuit het perspectief van de cliënt. Door deze gezamenlijk te definiëren, kan deze na implementatie ook worden gebruikt als basis voor evaluatie. Dit voorkomt dat effecten impliciet blijven of als vanzelfsprekend worden aangenomen (zie kader 2.3).

Vervolgens wordt besproken wat nodig is om de beoogde opbrengst te realiseren en mogelijke nadelen te voorkomen. Het is van belang om daarbij aandacht te hebben voor de benodigde **ondersteuning van de cliënt bij het gebruik** van de technologie en de mogelijke rol van naasten hierbij.

KADER 2.3: INDIVIDUELE GESPREKKEN MET CLIËNTEN

Individuele gesprekken worden gevoerd door een wijkverpleegkundige, zorgconsulent of vergelijkbare zorgprofessional. De organisatie dient te borgen dat deze gesprekken structureel worden uitgevoerd, bijvoorbeeld door gespecialiseerde functies zoals eHealth-verpleegkundigen.

Tijdens deze gesprekken wordt vastgelegd welke technologie is besproken, wat de beoogde opbrengst is, in hoeverre de technologie passend lijkt en welke ondersteuning een cliënt nodig heeft voor gebruik. Deze informatie wordt opgenomen in het cliëntdossier en vormt de basis voor evaluatie na implementatie.



Tot slot wordt verkend in hoeverre de inzet van technologie invloed heeft op **wat de cliënt belangrijk vindt** in de zorg. Indien nodig worden aanpassingen aan technologie of zorgproces overwogen om beter aan te sluiten bij deze waarden (zie kader 2.4).

KADER 2.4: AANPASSINGEN AAN TECHNOLOGIE OF ZORGPROCES

In sommige gevallen kan een beperkte aanpassing van technologie of zorgproces ervaren nadelen aanzienlijk verminderen. Zo kan duidelijke informatie over gegevensregistratie bijdragen aan het gevoel van privacy, en kan uitleg of gezamenlijk oefenen het vertrouwen in technologie vergroten. Verminderd persoonlijk contact kan waar nodig worden gecompenseerd met aanvullende sociale activiteiten of een maatje. Ook de esthetische voorkeuren van een cliënt kunnen een rol spelen in acceptatie van technologie.

Bij een gebrekkige aansluiting tussen cliënt en technologie is het belangrijk om te beoordelen of verkeerd of niet gebruiken van de technologie kan leiden tot onveilige situaties. De wijkverpleegkundige of zorgconsulent inventariseert expliciet of de cliënt in staat en bereid is de technologie te gebruiken.

Wanneer er sprake is van verhoogd risico op onveilig gebruik, zoals verminderde medicatietrouwheid of onvoldoende alarmering in noodsituaties, worden maatregelen getroffen om veiligheid van het zorgproces te borgen. Daarnaast vindt monitoring en evaluatie van risico's na implementatie plaats (zie 2.3.2).

Dat de inzet van zorgtechnologie naast voordelen ook kan resulteren in nadelen voor een cliënt, maakt dat inzet een **proportionaliteitsafweging** vereist. Inzet is alleen gerechtvaardigd wanneer de verwachte voordelen opwegen tegen de mogelijke nadelen. Naarmate de ernst en waarschijnlijkheid van risico's toenemen en de verwachte baten afnemen, neemt de rechtvaardiging voor inzet af (zie kader 2.5).

KADER 2.5: PROPORTIONELE INZET VAN ZORGTECHNOLOGIE

De voordelen van een zorgtechnologie kunnen in sommige gevallen niet opwegen tegen de nadelen voor de cliënt. Bij deze afweging is zowel de kans op negatieve effecten als de ernst ervan relevant. Zo kan het herhaaldelijk vergeten van medicatie ernstige gevolgen hebben. Indien wordt verwacht dat een cliënt moeite heeft met het correct gebruiken van een medicijndispenser, is dit reden om het gebruik intensief te monitoren of om af te zien van inzet.



Daarnaast kan de meerwaarde van een zorgtechnologie beperkt zijn wanneer een cliënt over alternatieve middelen beschikt om dezelfde doelen te bereiken. Bijvoorbeeld: wanneer een cliënt al effectief gebruikmaakt van een agenda, heeft een spraakassistent beperkte toegevoegde waarde. In dergelijke gevallen is inzet ook niet proportioneel, omdat de baten niet opwegen tegen de kosten en mogelijke nadelen.



Een belangrijk uitgangspunt van de Wkkgz is dat zorg cliëntgericht moet zijn. 'Cliëntgericht' houdt in dat de zorg aansluit bij de wensen, behoeften en persoonlijke situatie van de cliënt; de cliënt staat centraal, niet het systeem of de planning van de zorgaanbieder. Voor de inzet van zorgtechnologie betekent dit dat een technologie niet blindelings als standaardoplossing of bezuinigingsmaatregel mag worden ingezet. De technologie moet de zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de cliënt vergroten en de cliënt moet goed worden geïnformeerd over de inzet ervan en kunnen meebeslissen.

In de Wgbo is de norm van goed hulpverlenerschap vastgelegd. 'Goed hulpverlenerschap' houdt in dat zorgverleners handelen volgens de professionele standaard, de belangen van de cliënt vooropstellen en dat ze voldoen aan specifieke wettelijke en ethische normen. In relatie tot de inzet van zorgtechnologie betekent dit dat er een balans moet worden gevonden tussen weldoen en niet-schaden en dat een technologie alleen mag worden ingezet als de voordelen voor de cliënt opwegen tegen de nadelen.

2.2.3 *Verschuivingen in verantwoordelijkheid* (Kwaliteit)

Interpretatie:

Bij de inzet van zorgtechnologie is het van belang stil te staan bij mogelijke **verschuivingen in verantwoordelijkheden**. De inzet van technologie kan ertoe leiden dat verantwoordelijkheden verschuiven van zorgmedewerker naar cliënt of naasten, of van zorgmedewerker naar de technologie zelf. Dit is niet per definitie onwenselijk en kan in sommige gevallen juist bijdragen aan de beschikbaarheid en doelmatigheid van zorg. Een voorbeeld hiervan is de inzet van een medicijndispenser, waarbij verantwoordelijkheden rondom medicatie-inname deels worden overgenomen door technologie.

Ook verschuivingen van verantwoordelijkheden richting de cliënt of naasten hoeven de kwaliteit van zorg niet te ondermijnen. In sommige gevallen kan dit juist bijdragen aan een verdeling van taken die beter aansluit bij de draagkracht van betrokkenen. **Wanneer dergelijke verschuivingen echter niet expliciet worden herkend en besproken, kan dit leiden tot onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, of tot een toename van ervaren belasting bij de cliënt of diens naasten.**



Implicatie:

Dit betekent dat de **wijkverpleegkundige** of **zorgconsulent** bij de inzet van zorgtechnologie met zowel de **cliënt** als diens **naasten** expliciet bespreekt wat de technologie doet en welke gevolgen dit heeft voor rollen en verantwoordelijkheden. **Er worden duidelijke afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden binnen het zorgproces, inclusief verantwoordelijkheid voor het correct functioneren en gebruik van de technologie. Dit is essentieel om onveilige situaties te voorkomen**



De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om de zorgverlening zo te organiseren dat dit leidt tot goede zorg. Dit betekent ook dat er duidelijke afspraken moeten zijn over taken en verantwoordelijkheden en de verdeling daarvan.

Vanuit de Wgbo zijn zorgverleners verplicht om gemaakte keuzes en afspraken over de zorgverlening vast te leggen in het cliëntdossier. Dit geldt dus ook voor afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de inzet van een zorgtechnologie.

2.2.4 *Geïnformeerde toestemming* (Aanvaardbaarheid en Kwaliteit)

Interpretatie:

Voor passende zorg is het essentieel dat cliënten de werking, voordelen, beperkingen en gevolgen van een zorgtechnologie begrijpen. Alleen wanneer cliënten beschikken over voldoende en begrijpelijke informatie kunnen zij een weloverwogen keuze maken die aansluit bij hun behoeften en voorkeuren. Niet alleen is dit als centraal uitgangspunt van het Nederlands gezondheidsrecht verankerd in de Wgbo, maar dit draagt ook bij aan effectief en passend gebruik van zorgtechnologie.

In dit verband is het relevant dat sommige zorgorganisaties werken met een ‘digitaal, tenzij’ beleid, waarbij digitale zorg en zorgtechnologie de standaard vormen bij nieuwe zorgvragen. Alleen wanneer technologie aantoonbaar niet passend of uitvoerbaar is, wordt overgestapt op traditionele, fysieke zorg. In sommige gevallen worden specifieke technologieën, zoals een persoonlijk valalarm, zelfs opgenomen als standaardzorg binnen het zorgcontract.

Het inzetten van zorgtechnologie als standaardzorg zonder voldoende aandacht voor de individuele behoeften en situatie van de cliënt kan de ervaren kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ondermijnen en leiden tot niet-gebruik of verkeerd gebruik van technologie (zie ook casus 1). Daarnaast beperkt het de feitelijke keuzevrijheid van cliënten om een technologie te weigeren. **Een dergelijke beperking van de keuzevrijheid van cliënten vraagt vanuit ethisch oogpunt om een zware rechtvaardiging en is alleen te verdedigen wanneer een zorgtechnologie noodzakelijk wordt geacht om goede zorg te kunnen leveren (zie kader 2.6).**



KADER 2.6: IS ZORGTECHNOLOGIE ALS STANDAARDZORG TE RECHTVAARDIGEN?

Het opnemen van een digitaal hulpmiddel als standaardzorg is juridisch gezien geen vorm van dwang. Een cliënt kan er immers voor kiezen geen zorg af te nemen bij de betreffende aanbieder en een andere aanbieder te selecteren. In de praktijk is deze keuze echter niet altijd vrij: wanneer meerdere aanbieders dezelfde technologie als standaard hanteren, wordt de feitelijke mogelijkheid tot weigeren beperkt, met name voor bestaande cliënten die minder eenvoudig van aanbieder kunnen wisselen.

Hoewel dit niet onder de reikwijdte van de Wzd valt—omdat het hier geen gedwongen zorg betreft en de meeste thuiswonende ouderen niet onder deze wet vallen—kunnen de uitgangspunten van de Wzd wel behulpzaam zijn bij het zorgvuldig afwegen van dergelijke situaties. In de Wzd geldt dat onvrijwillige zorg alleen is toegestaan bij ernstig nadeel en wanneer vrijwillige alternatieven ontbreken, en dat deze zorg doelmatig, proportioneel en subsidiair moet zijn.

Toegepast op zorgtechnologie als standaardzorg zou dit betekenen dat zulke standaardinzet alleen te rechtvaardigen is wanneer essentiële zorg zonder de zorgtechnologie niet geleverd kan worden, bijvoorbeeld bij ernstige personele tekorten, en wanneer het uitblijven van zorg leidt tot ernstig nadeel, zoals het niet tijdig innemen van cruciale medicatie of het niet kunnen signaleren van valincidenten.

Zelfs in dergelijke gevallen blijft de cliënt het recht behouden om geen zorgovereenkomst aan te gaan of deze te beëindigen.

Implicatie:

Dit betekent dat bij de inzet van zorgtechnologie de voorkeur uitgaat naar **individuele procedures voor geïnformeerde toestemming**. De **wijkverpleegkundige** of **zorgconsulent** informeert de cliënt over werking, gevolgen en implicaties van de technologie. Cliënten behouden te allen tijde het recht om zorgtechnologie te weigeren, ook wanneer dit leidt tot minder optimale zorguitkomsten.

Het gezamenlijk uitproberen van de zorgtechnologie kan bijdragen aan vertrouwen en effectief gebruik. Wanneer inzet gevolgen heeft voor naasten of wanneer sprake is van mogelijke verminderde wilsbekwaamheid, worden naasten betrokken in de besluitvorming. Waar mogelijk worden verschillende varianten van de zorgtechnologie aangeboden om keuzevrijheid te ondersteunen. Bij een 'digitaal, tenzij'-beleid moet expliciet bezwaar mogelijk zijn en dienen alternatieve zorgvormen beschikbaar te blijven.

Hoewel het juridisch mogelijk is om bepaalde zorgtechnologieën als standaardzorg te hanteren, dient hier terughoudend mee te worden omgegaan, aangezien dit de ervaren kwaliteit van zorg kan ondermijnen



en de keuzevrijheid van cliënten beperkt. **Naarmate de keuzevrijheid van cliënten verder wordt beperkt, neemt bovendien de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie toe om cliënten te ondersteunen bij het effectief kunnen gebruiken van de zorgtechnologie (zie kader 2.7).**

KADER 2.7: VERMINDERDE KEUZEVRJHEID EN VERANTWOORDELIJKHEID

Wanneer de keuzevrijheid van een cliënt om een zorgtechnologie te weigeren wordt beperkt, ontstaat een verhoogde verantwoordelijkheid voor de thuiszorgorganisatie om te zorgen voor adequate ondersteuning bij het gebruik ervan. Omdat de zorgtechnologie in dat geval cruciaal wordt geacht voor het zorgproces, moet de organisatie actief bijdragen aan veilig en effectief gebruik.



Geïnformeerde toestemming en het recht van een cliënt om zorg te weigeren zijn centrale uitgangspunten van de Wgbo.

De Wgbo gaat uit van gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming verwijst naar een proces waarbij de zorgverlener actief overleg met de cliënt voert, de persoonlijke voorkeuren van de cliënt inventariseert en respecteert en samen met de cliënt beslist over het zorgtraject.

Het bieden van ondersteuning voor kwetsbare groepen om zo volledig en zelfstandig mogelijk deel te kunnen nemen aan de samenleving is een centraal uitgangspunt in het VN-verdrag handicap.

2.3 Fase 3: Tijdens inzet



T i j d e n s i n z e t

Wijkverpleegkundige, Cliënt, Naasten,
Management, Beleid

2.3.1 Inleiding en betrokkenen fase 3

Als een zorgtechnologie eenmaal ingezet wordt bij een cliënt, is het belangrijk om periodiek **te evalueren in hoeverre deze goede zorg ondersteunt of verhindert**. Bespreek in het evaluerende gesprek met de cliënt wat de ervaren voordelen en nadelen zijn van het gebruik van de zorgtechnologie en wat manieren zijn om de doelmatigheid van inzet te verhogen.

Betrokkenen:

In deze fase is de **wijkverpleegkundige** (of zorgconsulent of andere zorgmedewerker) verantwoordelijk om met **de cliënt**, en eventueel betrokken **naasten**, te evalueren of de zorgtechnologie bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning of dit juist verhindert. Bij een negatieve evaluatie wordt samen met de betrokken **zorgmanager** nagedacht of (verdere) ondersteuning bij gebruik een optie is, of dat de inzet van de technologie gestopt moet worden.

CASUS 3: VALKUIL IN DE FASE 'TIJDENS INZET'

Te vergeetachtig voor medicijndispenser

Jan (92 jaar) gebruikt dagelijks verschillende medicijnen, waaronder bloeddrukverlagers, bloedverdunners, statines, maagzuurremmers en pijnstillers. Vanwege zijn vergeetachtigheid hielpen wijkverpleegkundigen hem voorheen tweemaal per dag met het innemen van zijn medicatie. Sinds een maand maakt Jan gebruik van een medicijndispenser. Voor de thuiszorgorganisatie werd het steeds lastiger om dagelijks tweemaal een wijkverpleegkundige langs te sturen. De medicijndispenser moest Jan meer zelfstandigheid geven en tegelijkertijd de zorg ontlasten.

Wanneer de wijkverpleegkundige tijdens een huisbezoek vraagt hoe het gaat, vertelt Jan enthousiast dat hij de medicijndispenser “een geinig robotje” vindt. Er lijken dan ook geen problemen te zijn. Enkele dagen later ontdekt Jans buurvrouw, die hem ondersteunt met huishoudelijke taken, echter dat zijn borstzakje vol zit met medicatie. Jan vertelt dat hij de medicatie uit de dispenser haalt zodra deze een signaal geeft, maar de zakjes vervolgens in zijn borstzakje stopt om ze later bij de maaltijd in te nemen. Dat vergeet hij vervolgens regelmatig. Bij nader onderzoek blijken ook in andere kledingstukken ongebruikte medicatiezakjes te zitten. Het wordt duidelijk dat Jan gedurende de afgelopen maand een groot deel van zijn medicatie niet heeft ingenomen.

Deze casus onderstreept het belang van evaluatie van de ingezette zorgtechnologie met de cliënt en naasten. Waar in het meest ideale geval vóór de inzet al was nagedacht over de mogelijkheid dat effectief gebruik van de medicijndispenser moeilijk haalbaar was voor Jan vanwege zijn vergeetachtigheid, en hier duidelijke afspraken over waren gemaakt met zorgverleners en naasten, zijn uiteraard niet alle moeilijkheden vooraf te voorzien. Door met Jan en naasten expliciet te evalueren hoe het zit met zijn medicatietrouwheid na inzet van de dispenser had eerder duidelijk kunnen worden dat de medicijndispenser goede zorg belemmert voor Jan. Dat Jan te vergeetachtig is om de medicijndispenser effectief te gebruiken, betekent dat er extra controle plaats moet vinden op inname. Afhankelijk van zijn situatie kunnen hier afspraken over gemaakt worden met zijn naasten (bijv. de buurvrouw) of met de wijkverpleegkundigen.

De casus onderstreept ook het belang van periodieke evaluaties, want zelfs als een technologie goed aansluit bij de situatie van een cliënt wil dat nog niet zeggen dat dit altijd zo blijft. Uiteraard kan de situatie veranderen, bijvoorbeeld door cognitieve achteruitgang of het wegvallen van naasten.

2.3.2 *Evaluëren van ervaringen, ondersteuning bij inzet of stoppen inzet* (Beschikbaarheid, Toegankelijkheid, Aanvaardbaarheid en Kwaliteit)

Interpretatie:

De inzet van zorgtechnologie is geen eenmalige beslissing, maar onderdeel van een **cyclisch implementatieproces**. Nadat een zorgtechnologie in gebruik is genomen door een cliënt, blijft het noodzakelijk om te **monitoren of de technologie in de praktijk daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning**.

Daarom is het van belang om als thuiszorgorganisatie te evalueren in hoeverre de inzet van de zorgtechnologie heeft geleid tot de **beoogde opbrengst**, en welke (beoogde en niet-beoogde) **voordelen en nadelen** door de cliënt worden ervaren. Wanneer een zorgtechnologie niet goed aansluit bij de behoeften, mogelijkheden of waarden van de cliënt, kan dit leiden tot niet-gebruik of verkeerd gebruik. Dit kan niet alleen resulteren in onveilige situaties, maar zorgt er ook voor dat de beoogde efficiëntieslag nooit wordt gerealiseerd. Naast het inventariseren van ervaringen is het daarom van belang om samen met de cliënt te verkennen hoe de effectiviteit van de inzet kan worden verbeterd. Aangezien thuiswonende ouderen cognitief achteruit kunnen gaan en de betrokkenheid van naasten kan veranderen na verloop van tijd, is het belangrijk om deze evaluaties **periodiek te herhalen**.

Implicatie:

Dit betekent dat de ervaren effecten van zorgtechnologie periodiek worden **geëvalueerd met de cliënt** door de **wijkverpleegkundige** of **zorgconsulent**, eventueel samen met een betrokken **zorgmanager**. Hiervoor zijn geen uitgebreide meetinstrumenten nodig; een **gestructureerd gesprek** is in veel gevallen voldoende.

In dit gesprek wordt gezamenlijk beoordeeld **in hoeverre de beoogde opbrengst is gerealiseerd en of de voordelen opwegen tegen de nadelen** voor de cliënt. **Als vuistregel geldt dat wordt nagegaan of de cliënt door de inzet van technologie beter af is dan voorheen**, binnen zijn of haar persoonlijke context. Wanneer dit niet het geval is, wordt gezamenlijk onderzocht hoe verbetering mogelijk is en welke (verdere) ondersteuning nodig is. Indien wenselijk worden naasten betrokken, zowel om te ondersteunen tijdens het gesprek als om te verkennen in hoeverre zij een ondersteunende rol kunnen vervullen bij het effectiever gebruiken van de zorgtechnologie.

Als verbetering niet mogelijk is of de cliënt geen gebruik (meer) wil maken van de technologie, wordt de inzet beëindigd. Vervolgens wordt samen verkend hoe de beoogde opbrengst op een andere manier kan worden gerealiseerd, al dan niet met alternatieve vormen van zorgtechnologie.

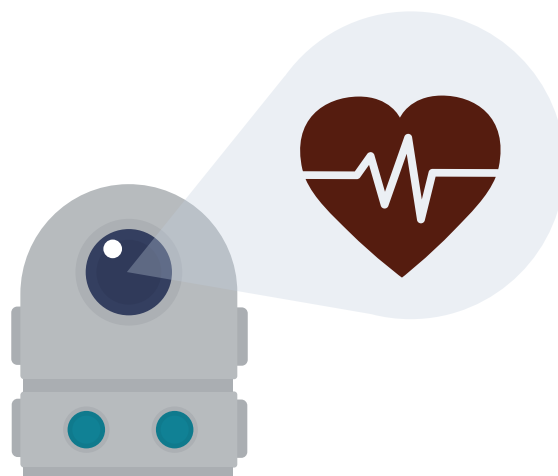


De norm van goed hulpverlenerschap, verankerd in de Wgbo, brengt met zich mee dat zorgverleners de inzet van zorgtechnologie blijven evalueren en de inzet stoppen wanneer deze niet langer bijdraagt aan goede zorg.

Het recht van de cliënt om zorg te weigeren vloeit voort uit het grondwettelijke recht op bescherming van de lichamelijke integriteit en de toestemmingsvereiste uit de Wgbo.



2.4 Concluderende boodschap aan de lezer



Deze leidraad laat zien hoe de inzet van zorgtechnologie zich verhoudt tot goede zorg en de mensenrechten van thuiswonende ouderen. Er bestaat geen standaardoplossing die voor iedere cliënt passend is. **Goede inzet van zorgtechnologie vraagt om voortdurende afwegingen over hoe deze aansluit bij de behoeften, mogelijkheden en waarden van de cliënt.** Door een algemene verkenning van mogelijk in te zetten zorgtechnologieën en door vóór en tijdens de individuele inzet van een zorgtechnologie samen met de cliënt stil te staan bij de (mogelijke) voordelen en nadelen, kan een thuiszorgorganisatie beter afwegen of een technologie daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg in de specifieke situatie van de cliënt.

De leidraad ondersteunt u bij deze afweging door handvatten te bieden voor reflectie, gezamenlijke besluitvorming en evaluatie. Sommige onderwerpen zullen herkenbaar zijn, terwijl andere minder relevant kunnen zijn voor uw organisatie of de situatie van een specifieke cliënt. **Wij hopen dat deze leidraad u inspireert om bewust en zorgvuldig met de inzet van zorgtechnologie om te gaan en u praktische handvatten biedt die toepasbaar zijn in de dagelijkse zorgpraktijk.**

De belangrijkste aandachtspunten uit deze leidraad zijn samengevat in **bijlage A** (overzichtstabel) en **bijlage B** (tijdslijn), zodat u deze eenvoudig kunt raadplegen tijdens de voorbereiding, inzet en evaluatie van zorgtechnologie.

Bijlagen

Bijlage A OVERZICHTSTABEL BELANGRIJKSTE IMPLICATIES

	Beschikbaarheid <i>Zorgtechnologie & beschikbare thuiszorg</i>	Toegankelijkheid <i>Zorgtechnologie & toegankelijke thuiszorg</i>	Aanvaardbaarheid <i>Zorgtechnologie & passende thuiszorg</i>	Kwaliteit <i>Zorgtechnologie & veilige thuiszorg</i>
1. Verkenning van technologie <i>Management, beleid, cliëntenraad</i>	Welke zorgtechnologieën dragen bij aan de beschikbaarheid van thuiszorg? (2.1.2) Denk aan: personeel/kosten.	Welke zorgtechnologieën dragen bij aan de toegankelijkheid van thuiszorg? Of hebben andere opbrengsten zonder de toegankelijkheid te belemmeren? (2.1.2) Denk aan: digitale vaardigheden.	Welke zorgtechnologieën sluiten aan bij de leefwereld van thuiswonende ouderen? (2.1.3) Denk aan: behoeften, mogelijkheden, waarden.	Welke zorgtechnologieën vergoten de veiligheid van thuiswonende ouderen? Of hebben andere opbrengsten zonder onveiligheid te vergroten? (2.1.2) Denk aan: minder contactmomenten, verschuivingen verantwoordelijkheden.
2. Vóór inzet technologie <i>Wijkverpleegkundige, cliënt, naasten</i>	Implementeer alleen zorgtechnologie vanuit efficiëntie overwegingen als deze niet de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van thuiszorg (substantieel) vermindert. (2.2.2)	Verken met cliënt de benodigde vaardigheden en ondersteunings-behoefte m.b.t. de zorgtechnologie. (2.2.2) Oefen en test gebruik van de technologie met cliënt. (2.2.2)	Verken met cliënt of de technologie aansluit bij diens leefwereld, en leg de beoogde opbrengst vast. (2.2.2) Bied zo mogelijk verschillende opties, en respecteer het recht om te weigeren. (2.2.4)	Besprek met cliënt en naasten de verschuiving van verantwoordelijkheden door inzet van de technologie. (2.2.3) Verken veiligheidsrisico's met cliënt en naasten en maak afspraken over de waarborging van veiligheid. (2.2.3)
3. Tijdens inzet technologie <i>Wijkverpleegkundige, cliënt, naasten, management, beleid</i>	Inventariseer of er sprake is van niet of verkeerd gebruik van de technologie en of dit de beoogde efficiëntiewinst belemmert. Bied ondersteuning ÓF stop met de inzet als de technologie efficiëntie voor de organisatie niet verhoogt én geen andere opbrengst voor de cliënt heeft. (2.3.2)	Evalueer met de cliënt of de ingezette technologie de toegankelijkheid van de thuiszorg vermindert. Bied ondersteuning ÓF stop met de inzet als de toegankelijkheid van zorg voor de cliënt is verminderd t.o.v. voor de inzet. (2.3.2)	Evalueer met de cliënt of de beoogde opbrengst is gerealiseerd en of de ervaren voordelen opwegen tegen de ervaren nadelen. Bied ondersteuning ÓF stop met de inzet als de opbrengsten voor cliënt niet opwegen tegen de schades. (2.3.2)	Evalueer of de inzet van de technologie, bijv. door niet-gebruik of verkeerd gebruik, leidt tot onveilige situaties voor de cliënt. Bied ondersteuning ÓF stop met de inzet als het leidt tot een onaanvaardbaar risico voor cliënt. (2.3.2)





Verkenning

Management, Beleid, Cliëntenraad

- Welke zorgtechnologieën kunnen bijdragen aan goede zorg voor thuiswonende ouderen?
- Denk aan de invloed van de technologie op de zorg:
 - Beschikbaarheid?
 - Toegankelijkheid?
 - Aanvaardbaarheid?
 - Kwaliteit?
- Betrek een diverse groep cliënten bij de verkenning van zorgtechnologieën.



Voor inzet

Wijkverpleegkundige, Cliënt, Naasten

- Stel de beoogde opbrengst van de inzet van de technologie vast.
- Informeer over de werking van de technologie en bied verschillende opties.
- Sluit de technologie aan bij de behoeften, mogelijkheden en waarden van de cliënt?
- Verken hoe verantwoordelijkheden mogelijk verschuiven bij inzet technologie.
- Verken of de cliënt ondersteuning nodig heeft bij gebruik van de technologie.



Tijdens inzet

Wijkverpleegkundige, Cliënt, Naasten, Management, Beleid

- Inventariseer of er sprake is van niet of verkeerd gebruiken van de technologie, en wat nodig is voor doelmatig gebruik.
- Inventariseer de ervaren opbrengsten en de eventuele ervaren nadelen van de ingezette technologie.
- Bied ondersteuning of stop met de inzet van de technologie als de ervaren opbrengsten niet opwegen tegen de nadelen.

Zorgtechnologie	Ervaren voordelen oudere	Ervaren nadelen oudere
GPS-trackers en bewegingssensoren	Veiligheid: snellere reactie op crisissituaties Gezondheid: voorspellen van achteruitgang op basis van data Autonomie en zelfstandigheid: langer zelfstandig wonen	Gevoel tot last te zijn: ondersteuningsbehoefte bij gebruik Privacy: gevoel bekeken en gecontroleerd te worden Stigma en verlies waardigheid: gezien worden als hulpbehoevend
Persoonlijk alarm (met alarmknop, zonder GPS)	Veiligheid: snellere reactie op crisissituaties Autonomie en zelfstandigheid: langer zelfstandig wonen	Stigma en verlies waardigheid: gezien worden als hulpbehoevend Stress/bezorgdheid: per ongeluk indrukken alarm
Smarthome-toepassingen (licht, deur, fornuis)	Veiligheid: voorkomen gevaarlijke situaties Autonomie en zelfstandigheid: langer zelfstandig wonen	Stress/bezorgdheid: plotselinge / onverwachte geluiden Onveiligheid: kwetsbaarheid apparaten bij internet issues
Medicijndispenser (bijv. Medido)	Veiligheid en gezondheid: medicatietrouwheid Zelfstandigheid: minder menselijke ondersteuning	Stigma en verlies waardigheid: gezien worden als hulpbehoevend Verminderd welzijn: minder menselijk contact Afname medicatietrouwheid: te kwetsbaar voor gebruik
(Sociale) ondersteuningsrobot (bijv. Tessa)	Veiligheid en gezondheid: medicatietrouwheid Zelfstandigheid: minder menselijke ondersteuning Welzijn: gezelschap en entertainment	Stigma en verlies waardigheid: gezien worden als hulpbehoevend Stress/bezorgdheid: plotselinge / onverwachte geluiden
Spraakassistent (bijv. Google Home of Alexa)	Veiligheid en gezondheid: medicatietrouwheid Zelfstandigheid: minder menselijke ondersteuning Welzijn: gezelschap en entertainment Toegankelijkheid: stemaansturing	Privacy: angst om afgeluisterd te worden Gevoel tot last te zijn: ondersteuningsbehoefte bij gebruik
Gezondheidstrackers en monitoring	Gezondheid: persoonlijke gezondheidsdata Motivatie: persoonlijke gezondheidsdoelen	Stress/bezorgdheid: grote hoeveelheid gezondheidsdata Schaamte: inadequaar voelen door gezondheidsdata

Wetenschappelijke artikelen MOVUS-project (inclusief onderliggende literatuur)

- Kruithof K, Ruehle RC, Dörenberg V, Van Etten-Jamaludin F, Frederiks B. Digital assistive technologies to support community-dwelling older adults: interpretative synthesis of experienced benefits and harms. *SSM Qual Res Health*. 2025;8. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100584>
- Kruithof K, Dörenberg V, Frederiks B. What is required for digital care and support technologies to be experienced as good care by community-dwelling older adults? A qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2026 <https://doi.org/10.1186/s12913-026-15255-x>

Internationale Verdragen

- Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, 1946. [wetten.nl - Regeling - Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie-BWBV0005804](https://wetten.nl/Regeling-Statuut-van-de-Wereldgezondheidsorganisatie-BWBV0005804)
- IVESCR, 1966. [wetten.nl - Regeling - Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten - BWBV0001016](https://wetten.nl/Regeling-Internationaal-Verdrag-inzake-economische-sociale-en-culturele-rechten-BWBV0001016)
- General Comment no. 14, 2000. [General comment No. 14: The right to the highest attainable](https://www.unhcr.org/refugees/article/43c37061)
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Guiding principles on business and human rights. New York: United Nations; 2011.
- CRPD, 2006. [Convention on the Rights of Persons with Disabilities | OHCHR](https://www.unhcr.org/refugees/article/43c37061)

Nederlandse Wetgeving:

- Nederlandse Grondwet, artikel 22. [wetten.nl - Regeling - Grondwet - BWBR0001840](https://wetten.nl/Regeling-Grondwet-BWBR0001840)
- WGBO, 1995. [wetten.nl - Regeling - Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek, enz. \(geneeskundige behandelingsovereenkomst\) - BWBR0007021](https://wetten.nl/Regeling-Wijzigingswet-Burgerlijk-Wetboek-enz-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-BWBR0007021)
- Wkkgz, 2016. [wetten.nl - Regeling - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg - BWBR0037173](https://wetten.nl/Regeling-Wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg-BWBR0037173)
- Wmcz, 2018. [wetten.nl - Regeling - Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 - BWBR0042294](https://wetten.nl/Regeling-Wet-medezeggenschap-cliënten-zorginstellingen-2018-BWBR0042294)

Colofon

Betrokken onderzoekers:	Dr. Kasper Kruithof, Mr. Dr. Vivianne Dörenberg en Mr. Dr. Brenda Frederiks, allen Amsterdam UMC (Afdeling Ethiek, Recht & Humaniora).
Betrokken partners:	VU School of Business & Economics, Thebe, 't Heem, Vitalis, ZuidOostZorg, Woonzorg.
Financier:	Deze publicatie maakt deel uit van het MOVUS project met dossiernummer NWA.1540.21.002 van het onderzoeksprogramma NWA Synergie dat is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).
Design:	Catalina Feres Favi
Met speciale dank aan:	Karin Vink, Yoni Rijcken, Arianne Hendriks, Marit Blom, Jirza Zwerver, Suzanne Keizer, Leden van de onderzoeksgroep Technologie & Goede Zorg
Contact:	Kasper Kruithof, k.kruithof@amsterdamumc.nl

