

EMPOWERCARE

Individen en gemeenschappen in staat stellen hun eigen zorg te beheren



EVALUATIERAPPORT



Canterbury
Christ Church
University



2 Seas Mers Zeeën
EMPOWERCARE

European Regional Development Fund

Professor Eleni Hatzidimitriadou
Dr Toni Wright
Michelle England
Thomas Thompson

**Faculteit Geneeskunde, Gezondheid en Sociale
Zorg, Canterbury Christ Church University**

Professor Mary Lynch

**School voor Gezondheids- en Levenswetenschap-
pen, University of The West of Scotland**

ERKENNINGEN

Allereerst willen wij alle deelnemers aan de evaluatiecomponent van het project, zowel eindgebruikers als personeelsleden, bedanken voor hun belangrijke bijdragen aan de feedback die ons heeft geholpen om de impact van het project op hun persoonlijke en beroepsleven te begrijpen.

Wij erkennen de inbreng van het team van adviseurs van de Canterbury Christ Church Universiteit dat bij de evaluatie betrokken was: professor Chris Burton, dr. Pat Chung, Paula Kuzbit, dr. Ann Price en dr. Gemma Wells. Wij danken ook Victoria Stirrup, Canterbury Christ Church University, die als onderzoeker heeft meegewerkt aan eerdere fasen van de projectevaluatie.

Professor Mary Lynch, University of The West of Schotland, gaf deskundig advies over het economische en kosten-batenanalyse-element van de evaluatie.

Algemeen statistisch advies werd verstrekt door Dr. Sabina Hulbert, University of Kent.

Onze dank gaat uit naar alle bij de gegevensverzameling betrokken projectpartners voor hun doorzettingsvermogen, geduld en reactievermogen bij het verzamelen van evaluatiegegevens tijdens de moeilijke tijden van de COVID-19-beperkingen. Bijzondere dank gaat uit naar Petra de Braal, directeur en oprichtster van de Solidarity University, voor haar ondersteuning tijdens de gegevensverzameling ter plaatse in België en Nederland.

Wij danken onze hoofdpartner, het Centrum voor gezondheid en Europa, en in het bijzonder Thomas Molloy voor zijn nauwgezette toezicht op en coördinatie van het project.

Tot slot willen we erkennen dat het project financiering heeft ontvangen van het Interreg 2 Zeeën programma 2014-2020, medegefinancierd door het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling onder subsidiecontract nr. EMPOWERCARE 2 2S07-018.

INHOUDSOPGAVE

1	Erkenningen
4	Algemene samenvatting
7	1. Inleiding
7	1.1. Het EMPOWERCARE-project
8	2. Aanpak van de evaluatie
8	2.1. Doel en vragen van de evaluatie
8	2.2. Evaluatiemethodologie
10	2.3. Evaluatiemethoden
10	2.3.1. Kwantitatieve metingen
14	2.3.2. Kwalitatieve methoden
15	2.3.3. Economische evaluatie en kosten-batenanalyse
17	3. De casestudielocaties
17	3.1. Technologie versus filosofische initiatieven
17	3.2. Verenigd Koninkrijk
18	3.3. Frankrijk
18	3.4. Nederland
19	3.5. België
21	4. Bevindingen
21	4.1. Demografische kenmerken van de deelnemers aan de evaluatie
21	4.1.1. Eindgebruikers
23	4.1.2. Personeel
25	4.2. Doeltreffendheid van de initiatieven
25	4.2.1. Zelfredzaamheid van de eindgebruikers
26	4.2.2. Emotioneel en sociaal welzijn van de eindgebruikers
29	4.2.3. Digitale geletterdheid van eindgebruikers
31	4.2.4. Persoonsgerichte zorg door het personeel
33	4.2.5. Gebruik van technologie door het personeel
34	4.2.6. Personeelstraining en tevredenheid
36	4.2.7. Langetermijndenken en duurzaamheid
38	5. Resultaten kosten-batenanalyse
38	5.1. Resultaten van de contingente waarderingsmethode voor de bereidheid om voor het EMPOWERCARE-initiatief te betalen
39	5.2. Keuzes en voorkeuren begrijpen
40	5.3. Kosten van levensonderhoud
38	5.4. Binair regressiemodel om de effecten op de betalingsbereidheid te voorspellen
43	6. Conclusies
45	7. Bronvermelding

LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN

8	Figuur 1. Het ontwerp van de EMPOWERCARE-evaluatiestudie
9	Tabel 1. Doel- en werkelijke steekproeven per deelnemersgroep
10	Tabel 2. Criteria voor deelname en betrokkenheid bij de evaluatie per deelnemersgroep
17	Tabel 3. Soorten initiatieven per activiteit en omvang van de locatie
21	Tabel 4a. Demografische kenmerken van de eindgebruikers per land
22	Tabel 4b. Demografische kenmerken van de eindgebruikers per land
23	Tabel 5a. Demografische kenmerken van het personeel per land
24	Tabel 5b. Demografische kenmerken van het personeel per land
25	Figuur 2. Zelfredzaamheid – Gemiddelde scores bij aanvang en aan het einde van het initiatief*
25	Afbeelding 1. Franse eindgebruiker van Du Nord, Photovoice-afbeelding van blauw vierkant
25	Afbeelding 2. Britse eindgebruiker van Kent County Council, Photovoice-afbeelding van Tabelt
26	Figuur 3. Fysieke en mentale gezondheid – Gemiddelde scores bij aanvang en aan het einde van het initiatief
26	Figuur 4. Fysieke en mentale gezondheid – Gemiddelde scores bij aanvang en aan het einde van het initiatief (alleen filosofisch initiatief)
27	Figuur 5. Gemiddelde scores van mentaal welzijn bij aanvang en aan het einde van het initiatief
27	Figuur 6. Gemiddelde scores van mentaal welzijn bij aanvang en aan het einde van het initiatief voor deelnemers aan filosofische initiatieven
27	Afbeeldingen 3a & 3b. Belgische eindgebruikers H.Hart, Photovoice-afbeelding van bewegingsspellen voor groepen
28	Figuur 7. Gemiddelde eenzaamheidsscores bij aanvang en aan het einde van het initiatief
28	Figuur 8. Gemiddelde score van eenzaamheid bij aanvang en aan het einde van het initiatief voor eindgebruikers die deelnamen aan filosofische initiatieven*
28	Afbeelding 4. Nederlandse eindgebruiker van SWVO, Photovoice-afbeelding van blij emoji
29	Figuur 9. Gemiddeld internetzoekgedrag bij aanvang en aan het einde van het initiatief
29	Figuur 10. Gemiddeld internetzoekgedrag bij aanvang en aan het einde van het initiatief voor eindgebruikers die deelnamen aan technologiegerichte initiatieven
30	Afbeelding 5. Britse eindgebruiker Kent County Council, Photovoice-afbeelding van mobiele telefoon
30	Afbeelding 6. Belgische eindgebruiker H.Hart, Photovoice-afbeelding van vergrootglas om te lezen
30	Figuur 11. Gemiddelde tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en aan het einde van het initiatief
30	Figuur 12. Gemiddelde tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en aan het einde van het initiatief voor eindgebruikers die hebben deelgenomen aan technologiegerichte initiatieven
31	Afbeelding 7. Britse eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van laptop
30	Figuur 13. Gemiddelde algemene scores voor persoonsgerichte kwaliteit van de omgeving bij aanvang en aan het einde van het initiatief
32	Figuur 14. Gemiddelde subschalen op de schaal voor persoonsgerichte omgevingskwaliteit bij aanvang en aan het einde van het initiatief
33	Figuur 15. Gemiddelde scores voor de houding van het personeel ten opzichte van technologie bij aanvang en aan het einde van het initiatief
33	Figuur 16. Gemiddelde scores voor de houding van het personeel tegenover technologie bij aanvang en aan het einde van het initiatief voor eindgebruikers die deelnamen aan technologiegerichte initiatieven
34	Figuur 17. Gemiddelde scores voor arbeidstevredenheid bij aanvang en aan het einde van het initiatief
35	Figuur 18 Gemiddelde scores voor elke NoMad-subschaal
39	Tabel 6 Beschrijvende statistieken over het bedrag dat men bereid is te betalen in euro's
39	Figuur 19. Bereidheid om in euro's te betalen.
40	Tabel 7. Resultaten van keuze en voorkeuren
40	Tabel 8. Kosten van levensonderhoud, cijfers en percentages
41	Tabel 9. Logistische regressie die de betalingsbereidheid voorspelt
42	Tabel 10. Verwachte bevolking boven de 65 jaar en investeringen in preventieve gezondheidsmaatregelen

ALGEMENE SAMENVATTING

Individen en gemeenschappen in staat stellen hun eigen zorg te beheren (EMPOWERCARE) was een driejarig sociaal innovatieproject waarbij 13 Europese partners betrokken waren. EMPOWERCARE ontwikkelde een holistische aanpak van het gemeenschapsgoed om de huidige lacunes in de zorg voor mensen in de doelgroep (65-plussers en 50-plussers met ten minste één chronische aandoening) aan te pakken. Het was gericht op de uitdagingen waarmee onze samenleving wordt geconfronteerd met betrekking tot de zorg voor onze vergrijzende bevolking en wanneer ouderen niet worden betrokken bij beslissingen over hun eigen gezondheid en welzijn. Het project zorgde ervoor dat ouderen vanuit hun gemeenschap het voortouw namen bij verbeterde technologie en betere zorg. Hiermee werd getracht hun situatie te verbeteren, maar ook de financiële problemen van een vergrijzende bevolking aan te pakken en de sociale cohesie te verbeteren.

De evaluatie van EMPOWERCARE werd opgezet als een Realistische Evaluatie (Pawson & Tilley, 2004) waarbij gebruik werd gemaakt van een casestudy site design (Yin, 2003). Realistische evaluatie was nuttig voor de EMPOWERCARE-evaluatie omdat het kan omgaan met complexe initiatieven door gebruik te maken van meerdere perspectieven en gegevensbronnen, waardoor patronen kunnen worden geïdentificeerd voor een verklarende evaluatie. De complexiteit voor EMPOWERCARE was dat er 7 verschillende casestudielocaties in 4 landen waren en het feit dat zij initiatieven hadden die individueel verschillend van elkaar waren, hoewel zij alle werden ondersteund door de EMPOWERCARE-strategie en in meer of mindere mate het gebruik van zorgtechnologieën.

De evaluatie was bedoeld om de veranderingen te beoordelen en lessen te trekken uit de 7 casestudielocaties door casestudies en verhalen over veranderingen te genereren. Daartoe identificeerden we gemeenschappelijke patronen binnen of verschillen tussen de locaties en analyseerden we meerdere gegevensreeksen om ons te vertellen:

- Wat de resultaten zijn (kwantitatieve gegevens)
- Hoe, waarom en voor wie de resultaten werken (kwalitatieve gegevens)

Voordat de primaire gegevens werden verzameld, werden op activa-gebaseerde benaderingen van ouderenzorg onderzocht.

De primaire gegevensverzameling vond plaats op drie tijdstippen (zie ook figuur 1):

- **Aanvang (T0):** Gegevens over de huidige gezondheidstoestand werden verzameld vóór het EMPOWERCARE-initiatief (kwantitatieve gegevens) met behulp van een online enquête-instrument dat een samenvoeging was van gevalideerde schalen voor gezondheidsonderzoek.
- **Halverwege (T1):** Beschrijvende en conceptuele gegevens (kwalitatief) werden verzameld om te informeren hoe, waarom, voor wie en onder welke omstandigheden de EMPOWERCARE-initiatieven werken (kwalitatieve gegevens) met behulp van een Photovoice-onderzoeksmethode.
- **Einde (T2):** Na het EMPOWERCARE-initiatief werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld. De T0- en T2-datasets over de huidige gezondheidstoestand werden vergeleken om te zien welke veranderingen er waren opgetreden tijdens de duur van de initiatieven. De T1 en T2 beschrijvende en conceptuele gegevens consolideerden en ontwikkelden verder wat uit de kwantitatieve gegevens was geleerd.

De gegevens uit zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevensverzameling vormden de basis voor de kosten-batenanalyse van de evaluatie. Bij dit aspect van de evaluatie werden vastgestelde voorkeurstechieken voor contingente waardering en schatting van de betalingsbereidheid toegepast.

De evaluatiegegevens werden verzameld in een periode waarin alle deelnemende landen werkten binnen de beperkingen van de door de overheid voorgeschreven sociale maatregelen om de verspreiding van COVID-19 te voorkomen.

De belangrijkste boodschappen van de evaluatie van de projectinitiatieven waren:

Zelfredzaamheid – Op alle locaties vertoonden de ‘inactieve’ deelnemers bij aanvang een statistisch aanzienlijke toename van de zelfredzaamheid aan het einde van het initiatief. Kwalitatieve gegevens bevestigden dat de eindgebruikers meer zelfvertrouwen en zelfredzaamheid hadden bij het nemen van maatregelen met betrekking tot hun eigen gezondheid.

Emotioneel en sociaal welzijn – Wanneer alle projectlocaties overwogen worden, was er geen aanzienlijke afname van het niveau van gerapporteerde eenzaamheid, in het algemeen en per type (emotioneel en sociaal), voor deelnemers die aan het begin van het initiatief aangaven zich eenzaam te voelen. In het algemeen was er geen afname, maar bij de filosofisch gerichte initiatieven was er een negatieve trend. Uit kwalitatieve gegevens bleek dat de initiatieven een positief effect hadden op de eenzaamheid van de eindgebruikers.

- **Digitale geletterdheid** – Bij de analyse van de antwoorden op de enquête van alle locaties meldden de eindgebruikers dat hun gedrag bij het zoeken naar gezondheid via internet aan het eind van het initiatief was veranderd. Voor de locaties die zich meer op technologie richtten, nam het internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid echter toe vanaf de aanvang tot aan het einde van het initiatief, hoewel de positieve verandering statistisch niet aanzienlijk was. Kwalitatieve gegevens van eindgebruikers bevestigen de onderzoeksresultaten dat de deelnemers aan de initiatieven zich meer digitaal geletterd voelden en meer vertrouwen hadden in het gebruik van technologie voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheidsbehoeften en om in contact te blijven met hun sociale netwerken.
- **Gedrag bij het zoeken naar gezondheid via internet** – Er was geen aanzienlijke verandering op dit gebied voor de eindgebruikers. Dit kan worden verklaard doordat zij persoonlijk hulp kregen en daarom minder behoefte hadden om online hulp te zoeken voor hun gezondheid. Voor technologiegerichte initiatieven was er nog steeds geen aanzienlijke verandering, maar er was wel een positieve trend in het enthousiasme voor technologie. De angst voor het gebruik van technologie bleef bestaan en uit de kwalitatieve gegevens hierover bleek dat er ruimte was om te werken aan technologische vaardigheden.
- **Persoonsgerichte zorg** – Op alle locaties, voor degenen die een basisniveau van onder gemiddelde persoonsgerichtheid of lager hadden, stegen de gemiddelde scores vanaf de aanvang tot aan het einde van het initiatief, en deze verbetering was statistisch aanzienlijk, wat aangeeft dat de projectinitiatieven de persoonsgerichtheid van het personeel aanzienlijk verhoogden. Er waren ook vergelijkbare belangrijke verbeteringen op de specifieke gebieden van deze schaal van Veiligheidsklimaat, Alledaagsheidsklimaat, Gemeenschapsklimaat en Begrijpelijkheidsklimaat. Dit geeft aan dat de projectinitiatieven het gevoel van de werknemers dat de werkplek een plaats is waar de patiënten in veilige handen zijn, waar het personeel taal gebruikt die de patiënten kunnen begrijpen, waar het gemakkelijk is voor patiënten om met het personeel te praten en waar de patiënten iemand hebben om mee te praten als zij dat wensen, aanzienlijk hebben vergroot. Kwalitatieve gegevens weerspiegelden deze resultaten en spraken over de verandering in het leven van mensen die mogelijk was door zich te richten op de behoeften van het individu en wat voor die persoon van belang is.
- **Gebruik van technologie door het personeel** – Op alle locaties lieten de enquêteresultaten van de houding van het personeel tegenover technologie geen verandering zien vanaf de aanvang tot aan het einde van het initiatief. Ook was er geen verschil tussen werknemers die deelnamen aan technologiegerichte en filosofische initiatieven. Uit kwalitatieve gegevens van de werknemers bleek dat zij de noodzaak inzagen om technologie

in hun werk te omarmen en dat een deel van de impuls voor die noodzaak voortkwam uit de invoering van de COVID-19-beperkingen.

- **Arbeidstevredenheid en invoering van personeelsopleidingen** – Voor arbeidstevredenheid was er geen aanzienlijke verandering, hoewel er een positieve trend was voor degenen die onder de top 15% begonnen. De context van het werken tijdens de coronacrisis kan een negatieve invloed hebben gehad op de arbeidstevredenheid. Op alle locaties waren er hogere gemiddelde scores op bepaalde gebieden van doeltreffendheid in verband met de opleiding van het personeel bij de uitvoering, verankering en integratie van een complex zorginitiatief, zoals reflectieve monitoring en collectieve actie in vergelijking met coherentie, en de bevindingen inzake cognitieve participatie suggereren dat de personeelsleden in het algemeen op alle locaties bereid waren tot reflexieve monitoring en collectieve actie – ze waren dus bereid om zichzelf te controleren en de tijd te nemen om na te denken over hun gedrag en samen actie te ondernemen. Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat de invoering van opleiding het personeel in staat heeft gesteld de waarde te begrijpen van tijd nemen, nadenken en verbinding maken, wat enkele van de belangrijkste persoonsgerichte competenties en eigenschappen zijn die men zou willen zien in een getransformeerd personeelsbestand.

De kosten-batenanalyse toonde aan:

- Uit de evaluatie van de contingente waarderingmethode blijkt dat individuen bereid zijn gemiddeld €10,31 per maand uit eigen zak te betalen (betalingsbereidheid) om de gezondheidsvoordelen en welzijnseffecten van deelname aan het EMPOWERCARE-initiatiefen te gebruiken en te verkrijgen.
- De betalingsbereidheid wordt positief beïnvloed door de waarde die individuen hechten aan de technisch gerichte initiatieven, de bereidheid om deel te nemen aan een alternatief initiatief en de verbeteringen die het EMPOWERCARE-initiatief oplevert op het gebied van emotionele en sociale eenzaamheid.
- De in deze evaluatie vastgestelde schattingen van de betalingsbereidheid bieden besluitvormers en opdrachtgevers in de gezondheidszorg belangrijke inzichten in de waarde die eerdere deelnemers hechten aan de diensten die via het EMPOWERCARE-initiatiefen in lokale gemeenschappen worden verleend.
- Inzichten uit de 'Good Ancestor'-principes in focusgroepgesprekken bevorderen de deliberatie van langetermijndenken die kan leiden tot de kracht van verandering, waarbij beslissingen opnieuw worden vormgegeven om rekening te houden met toekomstige generaties, terwijl duurzaamheid met respect voor toekomstige generaties wordt bevorderd en aangemoedigd.

1. INLEIDING

1.1 Het EMPOWERCARE-project

Het EMPOWERCARE-partnerschap is een door de Europese Unie gefinancierd sociaal innovatieproject waarbij 13 partners uit 4 landen betrokken zijn: België, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk (VK). De projectpartners introduceerden een reeks projectinitiatieven, die werden getest en geëvalueerd, met als doel een nieuwe aanpak te ontwikkelen, met de nadruk op persoonsgerichte benaderingen en zorgtechnologieën om het zelfstandig wonen van een steeds ouder wordende bevolking mogelijk te maken en te ondersteunen (Wereldgezondheidsorganisatie [WGO], 2017). Een aantal van de projectpartners verleent momenteel al diensten die erop gericht zijn ouderen en hun gemeenschappen mondiger te maken. De bestaande filosofieën en zorgmodellen die de partners al gebruiken, werden verder ontwikkeld door de EMPOWERCARE-strategie, wat resulteerde in verbeterde initiatieven met meer kracht en effectiviteit. De projectinitiatieven raakten de kern van 'wat het belangrijkste is' voor gemeenschappen door de vaardigheden en expertise van lokale 65-plussers en 50-plussers met ten minste één chronische aandoening om een verschil te maken voor gezondheid en welzijn en te reageren op de huidige lacunes in de zorg voor ouderen.

Bij de evaluatie van de projectinitiatieven werd onderzocht hoe deze initiatieven effectief waren voor eindgebruikers en personeel. Er werd een realistische aanpak toegepast die de evaluatie in staat stelde vast te stellen 'wat werkt, voor wie, in welke context en waarom' (Pawson & Tilley 2004). Vanwege de verscheidenheid aan initiatieven die tijdens het project werden geïntroduceerd, werd gekozen voor een beschrijvende casestudie (Yin, 2003) die het gebruik van meerdere methoden voor het verzamelen van evaluatiegegevens mogelijk maakte; namelijk een enquête met een reeks kwantitatieve metingen van de resultaten voor en na het project, gecombineerd met kwalitatieve gegevens die werden gegenereerd via een visuele methode, Photovoice (Wang & Burris, 1997), en focusgroepgesprekken ter ondersteuning van de procesevaluatie en de kosten-batenanalyse. Zeven casestudielocaties in 4 landen namen deel aan de evaluatie: één in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Nederland en 4 in België.

De projectinitiatieven liepen van januari 2020 tot maart 2023, waarbij het overgrote deel op afstand plaatsvond vanwege de reis- en contactbeperkingen van COVID-19.

2. AANPAK VAN DE EVALUATIE

2.1. Doel en vragen van de evaluatie

Het doel van de evaluatie was het effect van de EMPOWERCARE-initiatieven te onderzoeken op 7 proeflocaties in de 4 deelnemende landen. De evaluatievragen luiden als volgt:

1. Wat waren de ervaringen van de deelnemers, hun gemeenschappen en het betrokken personeel bij de initiatieven?
2. Wat was het effect van de initiatieven op de deelnemers, hun gemeenschappen en werknemers met betrekking tot persoonsgerichtheid, isolatie, eenzaamheid en solidariteit?
3. Wat werkte, voor wie, waarom en in welke omstandigheden voor elke proeflocatie?

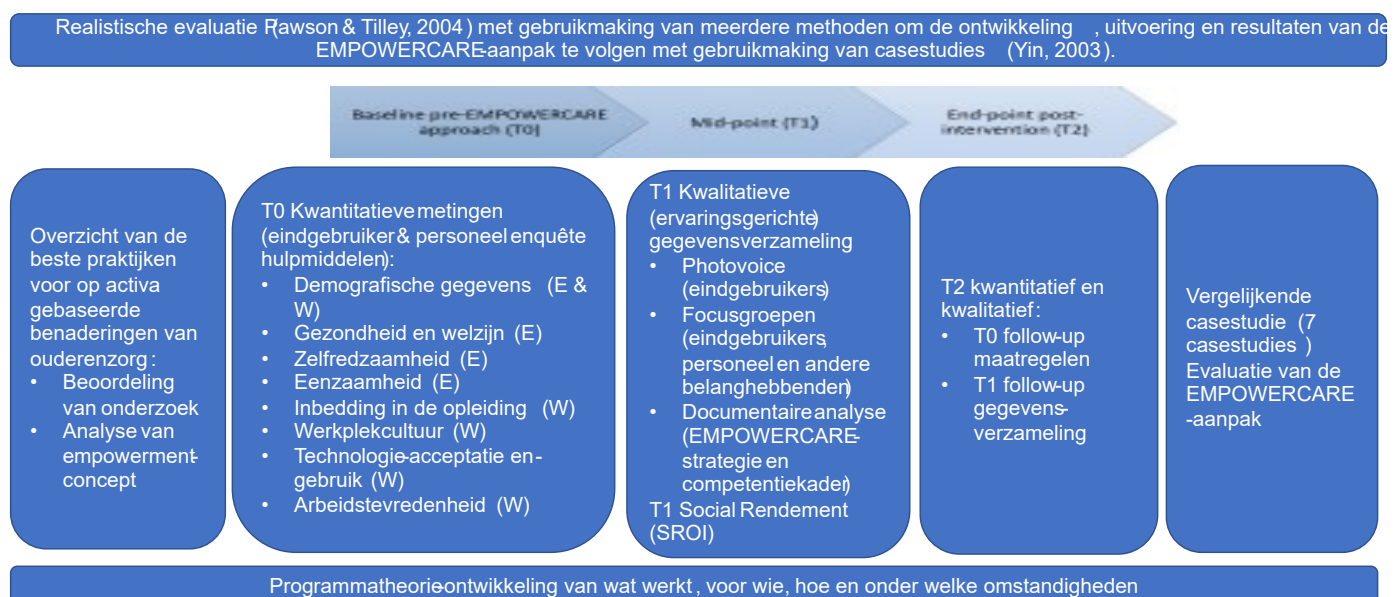
2.2. Evaluatiemethodologie

Er werd gekozen voor een realistische evaluatie als leidraad voor de evaluatie binnen een beschrijvend casestudie-ontwerp (Yin 2003), omdat daarmee de strategieën die binnen en tussen de verschillende casestudielocaties de meeste invloed hadden, konden worden geïdentificeerd en gekoppeld aan specifieke resultaten. 'Realisme maakt gebruik van contextueel denken om na te gaan 'voor wie' en 'in welke omstandigheden' een programma zal werken' (Pawson & Tilley 2004:7). Een kosten-batenanalyse werd ook gebruikt om een veranderingstheorie op initiatiefniveau te ontwikkelen om vast te stellen hoe inputs (bijv. kosten, personeel) worden omgezet in outputs (bijv. aantal deelnemers), en vervolgens in uitkomsten die van belang zijn voor deelnemers aan de EMPOWERCARE-initiatieven (bijv. verbeterd geestelijk welzijn, verminderd sociaal isolement, verbeterd vermogen om de eigen zorg te beheren).

Elk locatie-initiatief werd geanalyseerd als een onafhankelijke casestudie en aan het eind van het project werden overeenkomsten en verschillen tussen initiatieven gedestilleerd en gekoppeld aan de verschillende contexten van organisaties en landen. Deze aanpak maakt het mogelijk te erkennen dat de verschillende locatieorganisaties uiteenlopende doelstellingen en kenmerken hebben en binnen verschillende contexten opereren, zodat wat in de ene context werkt, misschien niet werkt in de andere, terwijl strategieën die in sommige contexten wel werken, overdraagbaar kunnen zijn naar andere contexten.

Ethische goedkeuring voor de evaluatie werd verleend door de Health Research Authority (HRA) voor de Britse locatie en een combinatie van de Research Ethics Committee van de Faculteit Geneeskunde, Gezondheid en Sociale Zorg van Canterbury Christ Church University en goedkeuringen van het organisatiemanagement.

De opzet van het evaluatieonderzoek omvatte drie tijdstippen waarop gegevens werden verzameld door de twee deelnemersgroepen, eindgebruikers en personeel..



Figuur 1 Het ontwerp van de EMPOWERCARE-evaluatiestudie

Voor het enquête-instrument bedroeg het totale aantal eindgebruikers dat op T0 was geworven 187, maar het aantal eindgebruikers dat het EMPOWERCARE-instrument op beide tijdstippen heeft ingevuld was in totaal 105. Het aantal personeelsleden dat op T0 deelnam bedroeg 174, maar het totale aantal respondenten dat op beide tijdstippen het EMPOWERCARE-instrument invulde bedroeg 98.

Het evaluatieteam adviseerde de partners om op elke locatie meer dan 30 evaluatiedeelnemers te werven voor het invullen van de enquête, hoewel dit slechts een deel was van degenen die deelnamen aan de algemene EMPOWERCARE-locatie-initiatieven. Het aantal deelnemers aan de evaluatie was een aanbeveling om zinvolle kwantitatieve gegevensreeksen mogelijk te maken en rekening te houden met uitval, en een aantal partners had moeite om dit aantal te werven. Kwesties van werving en verzachtende omstandigheden die het aantal deelnemers verklaren zijn te vinden in de afzonderlijke verslagen van de casestudies. Tabel 1 toont het aantal deelnemers per locatie en tijdstip.

Tabel 1 Participant recruitment

Partner	Land	Deelnemers-groep	Werving voor evaluatie vóór het initiatief	Werving voor evaluatie aan het einde van het initiatief
Kent County Council	VK	Eindgebruiker	29	21
		Personeel	35	18
Du Nord Department Council	FR	Eindgebruiker	33	25
		Personeel	20	17
Holy Hart	BE	Eindgebruiker	20	13
		Personeel	30	23
Provincie Antwerpen	BE	Eindgebruiker	29	24
		Personeel	5	6
Non-profit Wieltjesgracht	BE	Eindgebruiker	35	0
		Personeel	36	16
Boone N.V.	BE	Eindgebruiker	20	13
		Personeel	18	5
SWVO	NL	Eindgebruiker	28	9
		Personeel	33	15

In totaal namen 18 eindgebruikers deel aan de kwalitatieve Photovoice-gegevensverzameling: 16 vrouwen en 2 mannen.

Bij de focusgroepgesprekken waren ongeveer 74 deelnemers betrokken op de twee tijdstippen van de evaluatie, meestal een mix van mannen en vrouwen, hoewel er over het algemeen meer vrouwelijke deelnemers waren. Halverwege waren 61 deelnemers betrokken bij de focusgroepgesprekken (32 eindgebruikers, 19 personeelsleden, 7 vrijwilligers en 3 belanghebbenden uit de gemeenschap). Wanneer het geslacht werd vermeld, waren er 33 vrouwen en 13 mannen. Aan het einde van het initiatief waren 68 deelnemers betrokken bij de focusgroepgesprekken (33 eindgebruikers, 25 personeelsleden, 5 vrijwilligers en 2 belanghebbenden uit de gemeenschap). Waar gerapporteerd, was de uitsplitsing naar geslacht 26 vrouwen en 18 mannen. De mix van eindgebruikers en werknemers was redelijk evenwichtig, maar er waren zeer weinig belanghebbenden uit de gemeenschap. Sommige van dezelfde deelnemers namen deel aan de focusgroepgesprekken van zowel T1 als T2.

Aan het kwalitatieve element van de kosten-batenanalyse van de evaluatie (de T2-focusgroepgesprekken) namen 32 mensen deel. Het betrof 19 eindgebruikers, 9 personeelsleden en 4 vrijwillige personeelsleden. Bij de vermelding van het geslacht ging het om 10 vrouwen en 10 mannen.

2.3. Evaluatiemethoden

De evaluatiestudie maakte gebruik van meerdere perspectieven en gegevensbronnen, zowel kwantitatief als kwalitatief. Vanwege de reis- en personele beperkingen van COVID-19 werden alle evaluatiegegevens ter plaatse verzameld door personeelsleden die op de casestudielocaties werkten. De medewerkers kregen van het evaluatieteam richtlijnen en online training in gegevensverzamelingsstechnieken. Kwantitatieve gegevens werden verzameld met behulp van een door het evaluatieteam ontworpen enquêtehulpmiddel dat een reeks vooraf gevalideerde psychometrische schalen bevatte, en kwalitatieve gegevens werden verzameld via Photovoice (Wang & Burris, 1997) en focusgroepgesprekken. Photovoice is een op gemeenschappen gebaseerde participatieve visuele methode die gebruik maakt van door deelnemers genomen en geselecteerde foto's om over hun ervaringen na te denken (Wang & Burris, 1997). Door gebruik te maken van meerdere perspectieven en gegevensbronnen kunnen patronen worden geïdentificeerd voor een verklarende evaluatie.

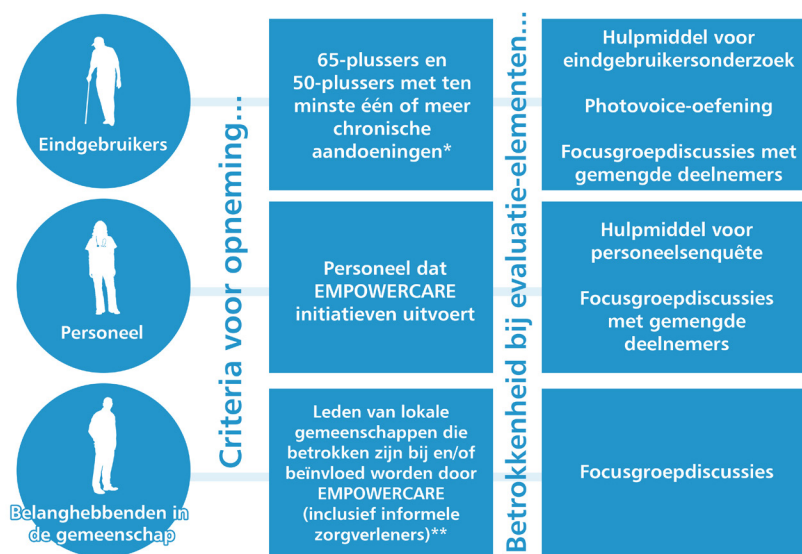
2.3.1 Kwantitatieve metingen

Evaluatiehulpmiddel

Het team heeft een evaluatiehulpmiddel ontworpen om de resultaten voor en na de partnerinitiatieven vast te leggen. Voor deze aanpak werden gegevens verzameld op twee tijdstippen, Bij aanvang (T0) of vóór het initiatief en eindpunt (T2) of einde van het initiatief. Deze tijdstippen waren de belangrijkste onafhankelijke (of voorspellende) variabele en vormen de eerste basis voor vergelijkende analyse waarbij de mate van samenhang binnen elk van de twee tijdstippen en de grootte/richting van de samenhang worden gemeten. Aanvullende blootstellingsvariabelen waren het land (VK, Frankrijk, Nederland of België), het type dienst (lokale overheid of kleine organisatie), het type initiatief (groep of individueel) en het leveringsmodel (face-to-face of digitaal).

De partners werd gevraagd om deelnemers van eindgebruikers en werknemers te werven die betrokken waren bij een aantal evaluatie-elementen. Het hulpmiddel voor eindgebruikers werd ingevuld door ouderen die betrokken waren bij het EMPOWERCARE-initiatief en het hulpmiddel voor werknemers werd ingevuld door werknemers of vrijwilligers die het EMPOWERCARE-initiatief beheerden of uitvoerden. Tabel 2 toont de deelnemersgroepen voor de evaluatie en het element van de evaluatie waaraan zij deelnamen.

Tabel 2 Inclusion/exclusion criteria for participation and involvement in evaluation by participant group



* Er werden geen mensen opgenomen die als kwetsbaar werden beschouwd, d.w.z. mensen met ernstige psychische aandoeningen, dementie of mensen die niet in staat waren hun toestemming te geven.

** De definitie van wie de belanghebbenden in de gemeenschap waren, verschilde per locatie.

T0-gegevens van eindgebruikers werden verzameld tussen 30/7/21 en 16/02/22 en T2 gegevens werden verzameld tussen 10/6/22 en 26/10/22. T0-gegevens van werknemers werden verzameld tussen 31/08/21 en 20/06/22 en T2-gegevens werden verzameld tussen 06/06/22 en 11/1/23.

Eindgebruikers

Effect van de gezondheidstoestand op het dagelijks leven

De effecten van de gezondheidstoestand op het dagelijks leven werden gemeten via de SF-12-gezondheidsenquête (Ware, Kosinski, & Keller, 1996). Dit is een gezondheidsgerelateerde vragenlijst over de kwaliteit van leven met 12 vragen verdeeld over 8 gezondheidsdomeinen die betrekking hebben op lichamelijke en geestelijke gezondheid. De fysieke gezondheidsdomeinen bestaan uit algemene gezondheid, fysiek functioneren, lichamelijke rol en lichaamspijn. De geestelijke gezondheidsdomeinen omvatten vitaliteit, sociaal functioneren, emotionele en geestelijke gezondheid.

De SF-12 genereert twee subschaal scores, een mentale component samenvatting (MCS) en een fysieke component samenvatting (PCS).

Onderzoek naar het gebruik van de SF-12 als maat voor depressieve stoornissen in de algemene bevolking suggereert dat een MCS-score van minder dan 45,6 indicatief is voor een depressieve stoornis (Vilagut et al., 2013). Ook is gerapporteerd dat de gemiddelde samenvatting van de fysieke component verschilt naar leeftijd in de algemene bevolking (45-54 M= 50, 55-64 M = 47, 65-74 M = 44, >75 M= 39) (Mols et al., 2009). Deze grenswaarden werden gebruikt in de analyse van de evaluatieresultaten voor MCS en PCS om na te gaan hoe de initiatieven de door de deelnemers zelf gerapporteerde gezondheidsstatus heeft kunnen beïnvloeden..

Mentaal welzijn

Het welzijn werd gemeten aan de hand van de verkorte zevendelige versie van de Warwick Edinburgh Mentale Welzijnsschaal (SWEMWBS) (Stewart-Brown et al, 2009). De Warwick Edinburgh Mentale Welzijnsschaal werd ontwikkeld om de monitoring van het geestelijk welzijn in de algemene bevolking en de evaluatie van projecten, programma's en beleid ter verbetering van het geestelijk welzijn mogelijk te maken. Deze zelf gerapporteerde schaal is vertaald, wordt veel gebruikt in internationale studies en is gevalideerd voor gebruik bij diverse populaties (Fat et al., 2017). De verkorte zevendelige versie van de Warwick Edinburgh Mentale Welzijnsschaal heeft 7 stellingen die meer betrekking hebben op het functioneren dan op gevoelens van mentaal welzijn. Deelnemers wordt gevraagd de stellingen te beantwoorden die betrekking hebben op een beoordelingsperiode die de voorgaande twee weken omvat, tot aan het invullen van de schaal.

De verkorte zevendelige versie van de Warwick Edinburgh Mentale Welzijnsschaal wordt gescoord op een metrische schaal, deze scores worden ofwel vergeleken met nationale normen of hoge (15%), gemiddelde en lage (15%) grenswaarden voor het mentale welzijn. Zo worden deelnemers met een score van 28 of meer geacht een hoog geestelijk welzijn te hebben, terwijl een score van >18-20 wijst op een mogelijke lichte depressie en een score van 18 of minder wijst op een waarschijnlijke klinische depressie. In het kader van deze evaluatie werd een analyse uitgevoerd voor deelnemers die bij aanvang >18-20 of lager scoorden, wat wijst op tekenen van lichte of klinische depressie, om na te gaan welk effect de projectinitiatieven kunnen hebben gehad op degenen die bij aanvang een lager geestelijk welzijn hadden.

Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid werd gemeten met het dertiendelige Patiënt Activatie Meetinstrument (PAM-13) (Hibbard et al., 2005), dat het actieve gedrag van patiënten bij hun zelfmanagement van een chronische ziekte beoordeelt. Deze dertiendelige schaal heeft een 5-punts Likert-antwoord (helemaal mee oneens, mee oneens, mee eens, helemaal mee eens, n.v.t.). Het Patiënt Activatie Meetinstrument (PAM-13) levert ruwe scores op een schaal van 1-100, waarbij 100 de hoogste mate van activatie is.

Het Patiënt Activatie Meetinstrument (PAM-13) bevat grenswaarden die variëren van 1 tot 4. Niveau 1 (47 of minder) geeft aan dat een persoon nog niet gelooft dat zijn rol belangrijk is en zich niet verantwoordelijk voelt voor zijn eigen gezondheid en zorg, en geen vertrouwen heeft in zijn vermogen om zijn gezondheid te beheren. Niveau 2 (47,1 - 55,1) geeft aan dat een persoon onvoldoende vertrouwen en kennis heeft om actie te ondernemen en weinig ervaring of

succes heeft met gedragsverandering. Niveau 3 (55,2 - 67,0) geeft aan dat een persoon enig vertrouwen heeft in het omgaan met beperkte aspecten van zijn gezondheid en aangeeft dat de persoon actie begint te ondernemen. Niveau 4 (67,1 of hoger) geeft aan dat een persoon de meeste van de nodige gedragsveranderingen heeft doorgevoerd, maar moeite kan hebben om die veranderingen na verloop van tijd of in tijden van stress vol te houden.

In het kader van de evaluatieanalyse hebben wij de veranderingen in de tijd onderzocht voor deelnemers met lagere niveaus (niveau 1 en niveau 2 samen) bij aanvang.

Eenzaamheid

De emotionele en sociale eenzaamheid van de deelnemers werd gemeten door middel van een verkorte versie van de De Jong Gierveld-eenzaamheidsschaal (De Jong Gierveld & Kamphuis 1985). De zesdelige schaal blijkt emotionele en sociale eenzaamheid goed te meten in meerdere Europese landen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010).

De schaal heeft een algemene eenzaamheidsscore en emotionele en sociale subscores. De antwoorden staan op een 5-punts Likertschaal ('nooit' tot 'altijd'). De emotionele eenzaamheidsscore heeft een bereik van 0 (niet emotioneel eenzaam) tot 3 (intens emotioneel eenzaam), terwijl de sociale eenzaamheidsscore een bereik heeft van 0 tot 3 (intens sociaal eenzaam). De algemene eenzaamheidsscore heeft een bereik van niet eenzaam (0-1) tot eenzaam (2-6).

Internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid

Het internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid werd gemeten via de zelf gerapporteerde e-HEALS-schaal (Norman & Skinner, 2006). Deze achtdelige schaal van gezondheidsvaardigheden meet de ervaren kennis, het comfort en de vaardigheden van de respondenten bij het vinden, evalueren en toepassen van elektronische gezondheidsinformatie bij gezondheidsproblemen. De totale scores voor de eHEALS hebben een bereik van 8 tot 40, waarbij hogere scores wijzen op een grotere ervaren gezondheidsvaardigheid.

Technofilie

De houding en het enthousiasme van ouderen ten opzichte van technologie werden gemeten met behulp van de achtdelige Technofilie of TechPH-schaal (Anderberg et al., 2019). Technofilie verwijst naar iemands enthousiasme en positieve gevoelens ten aanzien van hun technologiegebruik en afwezigheid van de angsten en twijfels die sommige ouderen kunnen hebben over hun vermogen om het gebruik van nieuwe technologie te beheersen. Deze schaal omvat twee subschalen met betrekking tot tech-enthousiasme en tech-angst. De TechPH-index is een score die is afgeleid van 8 delen. Elk deel werd gewogen met zijn lading voordat de somscores werden gecreëerd, het gemiddelde van de scores werd berekend en de scores werden gestandaardiseerd tot een schaal van 1 tot 5. Gestandaardiseerde scores werden geïnterpreteerd op een 5 puntsschaal, gaande van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens), waarbij een hogere index wijst op een hoger niveau van tech-enthousiasme in vergelijking met tech-angst of technofilie.

Factorladingen voor de TechPH-schaal werden afgeleid uit de resultaten van een principale componentenanalyse met varimax rotatie en eigenwaarden groter dan 1 als uitdrijvingscriteria. De ladingen werden vervolgens gebruikt als gewichten bij het berekenen van de scores van de subschalen; elke antwoordwaarde werd derhalve vermenigvuldigd met het overeenkomstige itemgewicht en vervolgens werden de drie producten voor elke TechPH-subschaal opgeteld om de score voor tech-enthousiasme en tech-angst te verkrijgen.

Gebruiksfrequentie van technologie

De verwachte projectoutput O3 voor de projectevaluatie was een empowermentstrategie om individuen en gemeenschappen te bieden wat van belang is om hun eigen zorg te beheren. Een van de verwachte specifieke resultaten voor deze output was een toename van 15% in het gebruik en de gebruiksfrequentie van technologie in vergelijking met een reeks gegevens bij aanvang. De partners werd gevraagd gegevens te verzamelen om dit verwachte resultaat te evalueren aan de hand van een eHealth-meter. Deze meter bestond uit een formulier waarmee de ID-code van een deelnemer, het type technologie dat de deelnemer gebruikte, de datum waarop de technologie werd gebruikt en de gebruiksminuten werden verzameld. Deze formulieren moesten worden ingevuld bij aanvang, halverwege en aan het eind van het initiatief. De meeste projectlocaties waren niet in staat deze gegevens te verzamelen, daardoor is er onvoldoende gegevens om over te rapporteren.

Personeel

Persoonsgerichte kwaliteit van de omgeving

De mate waarin medewerkers verschillende zorginstellingen als persoonsgericht ervaren werd gemeten met behulp van de vragenlijst Persoonsgerichte klimaatschaal (PCQS) (Edvardsson et al., 2008). De schaal bevat veertien punten over persoonsgerichtheid en omgeving en bevat vier subschalen. Het klimaat van veiligheid verwijst naar hoe welkom, erkend en aanvaard iemand zich voelt omdat hij of zichzelf is. Het klimaat van alledaagsheid verwijst naar hoe huiselijk, esthetisch aangenaam, rustig, vredig, netjes en schoon een werkplek aanvoelt. Het klimaat van gemeenschap heeft betrekking op de vraag of een werkplek ontspannend is, of het voor de patiënten gemakkelijk is om contact te houden met hun dierbaren en of de patiënten gemakkelijk bezoek kunnen ontvangen. Tot slot verwijst het klimaat van begrijpelijkheid naar de vraag of de deelnemer vindt dat de werkplek een plaats is waar de patiënten in veilige handen zijn, het personeel taal gebruikt die de patiënten kunnen begrijpen, het gemakkelijk is voor patiënten om met het personeel te praten en waar de patiënten iemand hebben om mee te praten als zij dat willen.

Grenswaardescores voor persoonsgerichtheid waren: ≤ 49 ('ruim onder het gemiddelde'), 50-56 ('onder het gemiddelde'), 57-62 ('boven het gemiddelde') en ≥ 63 ('ruim boven het gemiddelde') (Edvardsson et al., 2015). Deze grenswaarden worden gerapporteerd in studies met gescheiden steekproeven in groepen die een gevarieerde waargenomen arbeidstevredenheid, sociale steun en gewetenstress hadden. Voor het doel van deze evaluatie was de focus van de analyse gericht op deelnemers die lagere niveaus in persoonsgerichtheid rapporteerden om te onderzoeken hoe de EMPOWERCARE-initiatieven van invloed waren geweest op deze personeelsleden.

Aanvaarding van technologie

Aanvaarding van technologie binnen het personeelsbestand werd gemeten met behulp van de UTAUT-schaal van 32 delen (Venkatesh et al., 2003), een algemeen model voor technologieaanvaarding. Deze psychometrische schaal vereist dat respondenten een bepaalde technologie of een bepaald systeem dat zij gebruiken in overweging nemen, en meet prestatieverwachting, inspanningsverwachting, houding, sociale invloed, faciliterende voorwaarden, zelfredzaamheid, angst en gedragsintentie. De prestatieverwachting geeft aan in welke mate respondenten geloven dat het gebruik van de technologie of het systeem hen zal helpen hun werk beter te doen. De inspanningsverwachting weerspiegelt de mate van gemak waarmee het gebruik van de technologie of het systeem gepaard gaat. Sociale invloed heeft betrekking op de mate waarin een individu het belangrijk vindt dat anderen geloven dat hij of zij de nieuwe technologie of het nieuwe systeem moet gebruiken. Faciliterende omstandigheden verwijst naar de mate waarin een individu gelooft dat er een organisatorische en technische infrastructuur bestaat om het gebruik van de technologie of het systeem te ondersteunen. Houding ten opzichte van het gebruik van technologie gaat over de algemene affectieve reactie van een individu op het gebruik van een technologie of systeem. Zelfredzaamheid heeft betrekking op het vertrouwen van het individu in zijn of haar vermogen om het voor de technologie of het systeem benodigde gedrag uit te voeren. Angst verwijst naar de gevoelens van angst van een deelnemer in verband met het gebruik van de technologie of het systeem. Tot slot gaat gedragsintentie over de intentie van een deelnemer om de technologie of het systeem te gebruiken.

Voor deze schaal werd de deelnemers gevraagd te antwoorden op basis van de technologie of het systeem waarmee zij tijdens het initiatief kennismaakten. Dit verschilde echter per initiatief, zodat de invulling van deze schaal beïnvloed zou kunnen worden door deze uiteenlopende ervaringen.

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid werd gemeten met de vragenlijst over arbeidstevredenheid van Andrews en Withey (Andrews & Withey, 1976). Deze schaal is significant gerelateerd aan werkprestaties, organisatorische betrokkenheid en verloopintenties (Rentsch & Steel, 1992). De delen worden gescoord op een 7-punts Likert-schaal van 1-7, waar 1 "zeer tevreden" en 7 "verschrikkelijk" is.

Inbedding van personeelstrainingen

Om de doeltreffendheid te meten van de training van het personeel bij de implementatie, inbedding en integratie van een complex zorginitiatief, werd de vragenlijst Normalisatie Ontwikkelingsmeting (NoMAD) (Finch et al., 2018) overgenomen. Dit 23-delig hulpmiddel beoordeelt de implementatieprocessen vanuit het perspectief van medewerkers die betrokken zijn bij het implementatiewerk. Het is gebaseerd op de Normalisatie Proces Theorie (NPT)

die samenhang, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring meet. De normalisatieprocestheorie is een handelingstheorie, wat betekent dat zij zich bezighoudt met het verklaren van wat mensen doen in plaats van hun houdingen of overtuigingen.

2.3.2 Kwalitatieve methoden

Photovoice

Drie casestudielocaties hebben de Photovoice-gegevens halverwege (T1) verzameld. Eindgebruikers werd gevraagd maximaal drie foto's te maken en bij elke foto een verhaal/toelichting te geven. De foto's en bijschriften, gemaakt door de eindgebruikers, werden gebruikt om een fototentoonstelling te maken op elke locatie halverwege (T1) het initiatief. De fototentoonstelling vormde de basis voor focusgroepgesprekken over het effect van de EMPOWERCARE voor degenen die bij het initiatief betrokken waren. Photovoice-gegevens werden geanalyseerd met behulp van summatieve inhoudsanalyse, waarbij het voorkomen van bepaalde woorden, thema's en concepten werd geïdentificeerd en de inhoud vervolgens werd geïnterpreteerd op onderliggende betekenis (Hsieh & Shannon, 2005).

Focusgroepgesprekken

Op vijf projectlocaties werden halverwege (T1) en aan het eind (T2) focusgroepgesprekken gehouden. Op alle locaties werden twee focusgroepgesprekken gehouden, behalve op twee locaties, waar er slechts één werd gehouden. De analyse van de gegevens van de focusgroep gesprekken verliep in twee fasen. Aanvankelijk gaven de projectpartners een samenvatting van de gegevens in antwoord op elke vraag van het focusgroepgesprek, waarbij ze directe citaten gaven ter ondersteuning van de samenvatting. Na afloop werd een summatieve inhoudsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005) uitgevoerd. Niet alle locaties leverden ondersteunende citaten voor al hun samenvattende gegevens.

Langetermijndenken en duurzaamheid

Het is belangrijk te begrijpen welke waarde de burgers van de wereld van vandaag hechten aan de toegang tot en het gebruik van de huidige beschikbare hulpbronnen, maar ook welke waarde zij zouden hechten aan het garanderen dat deze hulpbronnen beschikbaar zijn voor toekomstige generaties en duurzaamheid op lange termijn. Dit wordt niet-gebruikswaarde genoemd en is het concept van een vooruitziende blik om rechtvaardigheid ten opzichte van toekomstige generaties te waarborgen, waarbij de huidige mensen de verantwoordelijkheid dragen voor een "ontwikkeling die voorziet in de behoeften van het heden zonder het vermogen van toekomstige generaties om in hun eigen behoeften te voorzien in gevaar te brengen" ("Wereldcommissie voor Milieu en Ontwikkeling & Brundtland, 1987").

Om deze evaluatie om te bouwen aan de duurzame ontwikkeling van gezonde, veerkrachtige gemeenschappen en duurzaamheid op lange termijn van het EMPOWERCARE-initiatiefen werd een coproducerende duurzame aanpak gebruikt om welzijnsbehoeften en -strategieën op lange termijn te identificeren (Spencer et al., 2021).

Kortetermijndenken gaat over het omgaan met gezondheids- en welzijnsdiensten nu, en niet over duurzaamheid voor de toekomst. Toekomstig altruïsme (Inoue et al., 2023) en het hanteren van een langetermijndenkwijze is het beseft dat de huidige burgers moeten denken aan toekomstige generaties en ervoor moeten zorgen dat middelen over de generaties worden verdeeld zodat mondiale problemen kunnen worden aangepakt.

De vragen die voor het focusgroepgesprek bij het eindpunt (T2) werden gebruikt, omvatten de "Good Ancestor"-principes (Krznaric, 2020). Dit betekent dat de aanpak was ontworpen met het oog op een langetermijnbenadering om na te denken over het welzijn van toekomstige mensen en duurzaamheid. Omdat Krznaric (2020) begrijpt dat acties die vandaag worden ondernomen de levenskwaliteit van toekomstige generaties beïnvloeden, bevordert hij collectief langetermijndenken en -plannen. De filosofie van de zes 'Good Ancestor'-principes geeft vorm aan overleg om het langetermijndenken te vergemakkelijken en ideeën te genereren over hoe een welvarende nalatenschap kan worden achtergelaten ten behoeve van toekomstige generaties. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van een langetermijnbenadering voor het ontwerpen van zorgvuldige overweging adviezen voorstelt in het belang van toekomstige generaties, wat zorgt voor gelijkheid tussen de generaties (Spencer et al., 2023). Het doel van het toepassen van de 'Good Ancestor'-benadering was het evalueren van de impact van het EMPOWERCARE-initiatiefen over 6 proeflocaties in de vier deelnemende landen. De 'Good Ancestor'-benadering paste de 6 principes toe en houdt rekening met intergenerationele rechtvaardigheid, het denken over nalatenschap en erfenis voor

toekomstige generaties, diepgaande nederigheid en het in stand houden van middelen voor de toekomst, samen met langetermijndenken ten voordele van toekomstige generaties, holistische prognose, het transcendente doel en het uiteindelijke doel van het EMPOWERCARE-initiatiefen voor de gezondheid en het welzijn van toekomstige generaties.

2.3.3 Economische evaluatie en kosten-batenanalyse

Kosten-batenanalyse (KBA) heeft aan belang gewonnen bij de waardering van volksgezondheidsinitiatieven en wordt gebruikt om veranderingen/verbeteringen en voordelen van verandering te evalueren voor goederen of diensten die niet op open markten worden verhandeld, met als doel een monetaire waardering toe te kennen aan de levering van collectieve goederen (Mitchell en Carson, 1989). In dit evaluatieonderzoek is gekozen voor de vastgestelde voorkeurstechnieken voor contingente waardering (contingente waarderingsmethode), omdat deze techniek kan worden gebruikt om inzicht te krijgen in de waarde die individuen aan de diensten hechten, en in hun bereidheid om te betalen voor het gebruik van het EMPOWERCARE-initiatiefen. De waarde en voordelen in verband met verandering en gebruik van het EMPOWERCARE-initiatiefen kunnen worden gedefinieerd als gebruikswaarde en niet-gebruikswaarde. Gebruikswaarde is het voordeel dat een individu toekent aan het feitelijke of potentiële gebruik van een product of dienst.

Contingente waarderingsmethode

De contingente waarderingsmethode is een eenvoudige, flexibele niet-marktwaarderingmethode die veel wordt gebruikt in KBA. De toepassing van de contingente waarderingsmethode in de gezondheidszorg heeft in de loop der jaren belangstelling gewonnen als een intuïtieve methode om de kosten-batenanalyse voor de vraag naar gezondheidszorg en de toewijzing van schaarse middelen te kwantificeren. De contingente waarderingsmethode wordt als benadering steeds vaker gebruikt in de gezondheidseconomie voor de waardering van voorkeuren voor door de overheid gefinancierde gezondheidszorginitiatieven. De contingente waarderingsmethode is een techniek om een monetaire waarde toe te kennen aan gezondheidsresultaten (Drummond et al., 1987) en een populaire benadering voor het schatten van geldwaarden voor gezondheidszorgprogramma's door middel van in enquêtes opgenomen vragen over betalingsbereidheid (O'Brien & Gafni, 1996). Bij onderzoek naar gezondheid en economie kunnen de vragen van de contingente waarderingsmethode gericht zijn op de gebruikers van een gezondheidsprogramma, waarbij de vragen zo zijn geformuleerd dat individuen wordt gevraagd hoeveel zij bereid zouden zijn te betalen om een positieve verandering in de gezondheidstoestand te verkrijgen als gevolg van een bepaalde verandering. Met de contingente waarderingsmethode kan zowel de technische als de allocatieve efficiëntie worden beoordeeld en met deze methode kunnen de voordelen eenvoudig worden samengevoegd. In deze evaluatie zijn de enquêtetool vragen opgenomen om de respondenten te vragen naar de waarde die zij toekennen aan de gezondheidsvoordelen en de waarde die zij toekennen aan het EMPOWERCARE-initiatiefen. De reden voor deze methodologische aanpak is dat het mogelijk is de mate van bereidheid op een monetaire schaal te evalueren en dat de resultaten logischer en herkenbaarder kunnen zijn voor besluitvormers.

De economie gaat ervan uit dat individuen rationele keuzes maken bij het nemen van beslissingen en economische waarderingstechnieken weerspiegelen de werkelijke waarde die respondenten aan bepaalde goederen toekennen. In deze contingente waarderingsmethode werden op onderzoek gebaseerde vragen geïntegreerd in de vragenlijst aan het einde van de EMPOWERCARE-initiatieven bij T2. De vragen waren bedoeld om inzicht te krijgen in de keuzes en voorkeuren van de deelnemers voor de EMPOWERCARE-initiatieven en om de bereidheid van de respondenten te peilen om in geldelijke termen voor de initiatieven te betalen. De waarde die via de contingente waarderingsmethode wordt verkregen, is afhankelijk van de hypothetische markt die aan de respondenten wordt overgebracht. De contingente waarderingsmethode bestaat normaal gesproken uit drie hoofdonderdelen: (1) een beschrijving van het scenario van het beleid of het initiatief en de wijze waarop het product of de dienst zal worden verstrekt (2) de waarderingsmethode, en (3) de sociaaleconomische en demografische kenmerken van personen en hun omgeving die van invloed kunnen zijn op de waarde die zij aan het product of de dienst zouden toekennen (Mitchell en Carson, 1989).

In de enquête moeten de respondenten vragen beantwoorden over de contingente waarderingsmethode, waarbij hen wordt gevraagd een hypothetisch scenario te overwegen. De respondenten werden verzocht te overwegen of zij bereid zouden zijn aan het alternatieve initiatief deel te nemen als de huidige EMPOWERCARE-initiatieven zouden aflopen en niet langer beschikbaar zouden zijn, maar er een nieuw en vergelijkbaar initiatiefen gratis beschikbaar zou zijn in hun plaatselijke omgeving. De respondenten werd gevraagd ja of nee aan te geven.

Vervolgens werd de respondenten gevraagd na te denken over de veronderstelling dat dit nieuwe initiatief niet langer gratis kon worden aangeboden en dat het niet beschikbaar was via de nationale gezondheidsdienst/zorgverzekering of partnerorganisaties. Wat is dan het maximale bedrag dat zij bereid zouden zijn maandelijks voor eigen rekening te nemen? De respondenten werd gevraagd na te denken over wat zij zich realistisch gezien zouden kunnen veroorloven gezien hun huidige financiële situatie.

Na de weergave van dit hypothetische scenario werd de respondenten een exponentiële betalingsladder voorgelegd met 13 bedragen variërend van 0,10 euro tot 50 euro per maand en werd hen gevraagd hun maximale betalingsbereidheid en de optie om niets te betalen aan te geven. Dit maakt het mogelijk hun betalingsbereidheid te schatten voor een alternatief initiatiefen dat de gezondheidsvoordelen van deelname aan het EMPOWERCARE-initiatiefen simuleert, alsmede een schatting van de gezondheidsvoordelen van deelname aan het EMPOWERCARE-initiatiefen. Na de waarderingstaak kregen de respondenten een debriefingsvraag waarin hen werd gevraagd na te denken over stellingen die de eerder gemaakte keuzes het best verklaren. Deze vragen waren opgenomen in het ontwerp van de enquête tool om informatie te verzamelen die de motivatie van de respondenten in verband met hun voorkeurskeuze zou kunnen verklaren, teneinde de waarde die de respondenten toekennen aan initiatieven ter verbetering van hun gezondheids- en welzijnsresultaten vast te stellen. Na de waarderingstaak werd de respondenten gevraagd een debriefingsvraag te beantwoorden waarin hen werd gevraagd na te denken over uitspraken die de keuzes die zij eerder hadden gemaakt het best verklaarden. Deze vragen werden in het ontwerp van de vragenlijst opgenomen om informatie te verzamelen die de motivatie van de respondenten in verband met hun voorkeurskeuze zou kunnen verklaren, zodat de waarde die de respondenten toekennen aan initiatieven ter verbetering van de gezondheids- en welzijnseffecten van het EMPOWERCARE-initiatiefen kon worden vastgesteld.

3. DE CASESTUDIELOCATIES

3.1 Technologie versus Filosofische Initiatieven

Elke projectlocatie volgde een andere aanpak voor de implementatie van EMPOWERCARE in hun initiatieven. Deze initiatieven worden meer in detail beschreven in de projectverslagen over de strategie en de technologische blauwdruk (O2.1 EMPOWERCARE Competentiekader, O1.1 EMPOWERCARE Strategie en O3.1 Technologische blauwdruk over initiatieven en technologie die de activering op individueel en gemeenschapsniveau ondersteunen). De verschillende benaderingen kunnen worden samengevat in twee verschillende categorieën: Filosofisch en technologie. Deze categorieën kwamen voort uit de analyse van organisatorische gegevens over de achtergrondcontext die bij de start van het EMPOWERCARE-project over de initiatieven van de casestudielocaties werden verzameld, en geven aan op welk gebied elke casestudielocatie zich voor haar initiatief concentreerde. In het Verenigd Koninkrijk introduceerde de partnerlocatie bijvoorbeeld een op technologie gebaseerd initiatief, waarbij tablets werden geleend en mensen in het gebruik daarvan werden getraind, terwijl het door de Franse partnerlocatie ontwikkelde REPRISE-model meer gericht was op de verbetering van het welzijn en de autonomie van ouderen. Tabel 3 toont de indeling van de locaties naar type initiatief en omvang van de initiatieven per land.

Tabel 3 Soorten initiatieven per activiteit en omvang van de locatie

	Filosofisch	Training in technologie/hulpmiddelen
Eén locatie 	Le Nord (Frankrijk)	Wieltjesgracht (België) Kent County Council (VK) H.Hart (België)
Meerdere Locaties  	Boone International & Family Help NPO (België) Province of Antwerp (België)	SWVO (Nederland)

Het was belangrijk om tijdens de analyse rekening te houden met het type initiatief van elke casestudielocatie om het aandachtsgebied voor hun eigen interpretatie van het EMPOWERCARE-initiatief te weerspiegelen, aangezien de locaties op verschillende gebieden verbetering lieten zien, afhankelijk van het aandachtsgebied van hun initiatief.

3.2 Verenigd Koninkrijk

In het VK voerde Kent County Council (KCC) twee initiatieven uit als onderdeel van hun lokale EMPOWERCARE-initiatieven, het Digital Ambassador Volunteer Scheme en het Technology for Independent Living Facilitator Programme.

Het Digital Ambassadors-programma bood vrijwilligers de mogelijkheid om eindgebruikers te trainen in digitale vaardigheden via groeps- en een-op-een sessies. Het programma liep van juni 2021 tot juni 2022. Het was zo opgezet dat eindgebruikers niet alleen digitale vaardigheidstraining kregen om e-mail, Zoom enz. te gebruiken, maar dat ze desgewenst ook gebruik konden maken van een uitleenregeling voor technologie. Zij konden gedurende drie maanden verschillende digitale apparaten lenen om te testen en uit te proberen, waaronder een Samsung-tablet, een KARA Carephone en apparaten met Alexa. In totaal waren er 20 tablets en 10 Alexa-apparaten beschikbaar via het leenprogramma. De uitleenperiode duurde van juni 2021 tot september 2022. Digital Ambassadors-vrijwilligers werden via een videotrainingspakket geleerd hoe zij digitale vaardigheden kunnen overbrengen.

Het Technology for Independent Living Facilitator Program liep van september 2021 tot september 2022. Er waren 2 facilitators in dienst die de teams van Kent County Council Adult Social Care training gaven over de rol van facilitator en hen een overzicht gaven van beschikbare ondersteunende technologieën die zij op hun beurt konden aanbevelen om de behoeften van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben te ondersteunen, zodat zij langer zelfstandig en in hun eigen huis konden blijven wonen. Het doel van het programma was om meer dan 200 personeelsleden te bereiken.

3.3 Frankrijk

Het door de Franse partner (Le Nord) geïntroduceerde initiatief heette het REPRISE-model (een Frans acroniem). Het was speciaal ontwikkeld voor ouderen en was een aangepaste versie van Family Group Conferencing. Het model was een methode die gericht was op:

- Inzicht krijgen in de behoeften van ouderen die mogelijk hun autonomie verliezen, om hun welzijn te bevorderen.
- De sociale netwerken van ouderen mobiliseren om te helpen in hun behoeften te voorzien.

Het gerichte effect van REPRISE was:

- Innovatieve en ondersteunende antwoorden ontwikkelen om de uitdagingen van de vergrijzing in onze samenleving aan te gaan.
- De vermindering van het verlies aan autonomie voor ouderen ondersteunen.
- Ouderen bij het initiatief betrekken, begrijpen wat hun behoeften zijn en wat voor hen van belang is, een beter gevoel van welzijn bevorderen en vergemakkelijken, en isolement en eenzaamheid bestrijden.
- Steun voor plaatselijke verzorgers vergemakkelijken om hen te verlossen van een deel van hun zware mentale en emotionele last.

REPRISE was een coproductie van Le Nord-professionals, lokale partners, burgers en onderzoekers die gebruik maakten van een collaboratieve en participatieve onderzoeksplan. Het actieonderzoeksproces vond plaats tussen de zomer van 2020 en de herfst van 2022. Het REPRISE-initiatief werd tussen oktober 2021 en augustus 2022 uitgevoerd met eindgebruikers. Het was gericht op menselijke en technische ondersteuning voor een beter emotioneel en psychologisch welzijn van ouderen. Het model omvatte de volgende domeinen: netwerken, wederzijdse hulp, nabijheid, realisatie, innovatie, ondersteuning, behoeften en verlangens. Het belangrijkste principe van het model was om ouderen in het middelpunt van het initiatief te plaatsen en de mogelijkheden van het individu te mobiliseren. Le Nord-professionals, partners, verzorgers, onderzoekers en technologieleveranciers waren allen betrokken bij het actieonderzoek om ouderen te helpen goed ouder te worden. Het gebruik van de digitale tool was gericht op het bevorderen van empowerment en synergie tussen eindgebruikers en de bredere gemeenschap. De aanpak van het actieonderzoek vergemakkelijkt de ontwikkeling van de eerste versie van de digitale applicatie die werd gebouwd door het technologiebedrijf Wello. Het proces omvatte gesprekken met verschillende belanghebbenden en de identificatie van de behoeften van ouderen. Medewerkers kregen training en de technologie werd getest door ouderen, ondersteund door verzorgers en professionals. Op basis van de resultaten van de tests werd de technologische applicatie verfijnd. Het actieonderzoek leidde tot de creatie van een referentiekader voor sociale actie en er werd nieuw opleidingsmateriaal over de methode gecreëerd voor het personeel en het grote publiek.

3.4 Nederland

Digitaal Actief Zeeland, Digitaal Thuis in Zeeland (DTiZ) en Tuus in Smerdiek waren de 3 EMPOWERCARE-initiatieven van het SWVO (Samenwerkingsverband Oosterschelderegio). Digitaal Actief Zeeland had een looptijd van 1,5 jaar, vanaf mei 2021. Dit was een nieuw geïntroduceerd online platform dat digitale dagzorg voor ouderen en gehandicapten aanbood. Via het online platform boden verschillende zorgorganisaties digitale activiteiten aan voor thuiswonende eindgebruikers. Het personeel, de vrijwilligers en de verzorgers werden elk naar behoren opgeleid in het gebruik van het digitale platform. Het initiatief was bijzonder nuttig als reactie op de beperkingen van de COVID-19-pandemie, aangezien in die periode veel ouderen en gehandicapten geen toegang hadden tot fysieke dagopvangfaciliteiten. Het was de bedoeling ongeveer 40 eindgebruikers van verschillende zorgverleners te bereiken. In Digitaal Thuis konden ouderen profiteren van technologische hulpmiddelen. 64 mensen experimenteerden gedurende een half jaar met verschillende hulpmiddelen thuis. Coaching op afstand was beschikbaar voor eindgebruikers via een welzijns- of lifestyle coach. iPads/smartphones boden videobelfuncties voor eindgebruikers en konden op persoonlijk niveau worden geconfigureerd. Technologie voor monitoring en slimme alarmering omvatte zorghorloge Vivago, GPS-horloges, medische wearable SiDLY-polsband, Apple Watch, Fitbit, Whittings en Sensara. Tuus in Smerdiek was een gemeenschapsinitiatief gericht op de dorpsgemeenschap Smerdiek. Het initiatief was erop gericht om samen met bewoners en lokale organisaties te werken aan oplossingen die comfortabel ouder worden in het dorp mogelijk

maken. Er werden een aantal virtuele en persoonlijke ontmoetingen en interviews met de bewoners georganiseerd en als resultaat van het initiatief werd een gemeenschapsmagazine Tuus in Smerdiek geproduceerd.

3. 5 België

H.Hart

Een van de projectpartners in België, H.Hart, bood 'gerichte' kortdurende zorg voor ouderen in twee van hun voorzieningen, Woon en Zorg. Het 'kamer met zorg'-pakket omvatte kort verblijf georiënteerd op zorgverlening volgens de EMPOWERCARE. De 'kamer met zorg' werd aangeboden als eenmalige kostenpost. Naast dit pakket werd ook een initiatief voor technologische toolboxes geïntroduceerd, waarbij dozen met handmatige en digitale hulpmiddelen voor een proefperiode tegen een eenmalige betaling aan eindgebruikers ter beschikking werden gesteld. De technologische pakketten bevatten voorwerpen zoals bekervullers en mobiele telefoons.

H.Hart zette het initiatief "focus op zelfredzaamheid" op. Zorgmedewerkers kregen een immersieve ervaring in hoe het voelt om een oudere te zijn en hoe digitale en mechanische hulpmiddelen dit kunnen ondersteunen. Ook vrijwilligers, studenten, bewoners en hun netwerk werden ondergedompeld in deze methodieken vanuit een vaardigheden-lab dat voor een "huiselijke en gezellige" sfeer zorgde. Anderzijds werd de methode van multidisciplinair overleg verder uitgerold. Het doel van de toepassing van deze multidisciplinaire overlegstructuur en bewustmakingstraining was dat de totale zorg voor de zorgontvanger anders zou worden georganiseerd, namelijk dat eindgebruikers meer betrokken zou worden bij hun zorgplanning en dat hun gevoel van eigenwaarde en zelfredzaamheid zou toenemen doordat het zorgpersoneel de zorg efficiënter zou organiseren. De partnerlocatie van het project wilde dat het initiatief ingebed zou blijven in de belangrijkste dienstverlening van de organisatie. De bewustmakingstraining voor zorgpersoneel werd ook uitgebreid tot alle drie locaties van H.Hart en het tijdens het project geïntroduceerde vaardigheden-lab bleef in gebruik, terwijl de pakketten zouden worden aangevuld met extra innovatieve instrumenten.

Provincie Antwerpen

Twee initiatieven werden uitgevoerd door een andere Belgische projectpartner bij de provincie Antwerpen. De projectpartner koppelde de EMPOWERCARE-strategie aan zijn aanpak en traject van een nieuw ingevoerde aanpak genaamd 'Zorgzame Dorpen', waarbij de provincie Antwerpen gemeentes, dorpen, gemeenschappen en zorgorganisaties begeleidde en ondersteunde bij het ontwikkelen van duurzame Zorgzame Dorpen, gericht op geïntegreerde gemeenschapszorg. Tijdens EMPOWERCARE werd het Zorgzame Dorpen-initiatief geïmplementeerd in de dorpen Gierle en Morkhoven. De dorpen werden beschreven als achterstandswijken met enige recente gentrificatie. Er was een algemeen gebrek aan gemeenschapsinfrastructuur, zoals jonge diensten, plaatselijke winkels enz. Veel mensen in deze gebieden hadden zorgbehoeften en eenzaamheid was een probleem, vooral voor oudere bewoners omdat de huizen ver uit elkaar lagen. De dorpen hadden veel groene ruimten en waren divers qua leeftijd, etniciteit en handicap. Het initiatief richtte zich op de buurtgemeenschap om de levenskwaliteit van de bewoners te verbeteren en sterkere en veerkrachtigere gemeenschappen op te bouwen. De nadruk lag met name op het vergroten van de empowerment van oudere en kwetsbare mensen in de gemeenschappen. Na het vaststellen van prioritaire doelstellingen, breidde het initiatief het Dorpshuis uit met als doel eenzaamheid te bestrijden en informatie te verstrekken over diensten aan huis. Er werd ook een minimarkt ontwikkeld waar basisvoorzieningen zoals fruit, groenten, vlees en vis werden verkocht, in combinatie met een lokaal café om de samenhang te ondersteunen. Zorgzame Dorpen wilde in elk van de dorpen 12-15 eindgebruikers bereiken en 8-10 andere belanghebbenden in de gemeenschap, zoals opbouwwerkers, vrijwilligers, huisartsen en personeel van lokale organisaties.

Het tweede initiatief ontwikkelde een trainingsprogramma gericht op multidisciplinaire zorg- en welzijnsprofessionals en lokale organisaties die actief zijn in de dorpen, om buurtgerichte empowerment en daarmee empowerment van kwetsbare mensen, zoals oudere volwassenen, aan te moedigen. De training omvatte een online module en twee collectieve workshops en werd georganiseerd in vier verschillende wijken. Onderdelen van de module en de workshops hadden betrekking op definities van empowerment, hoe professionals anderen kunnen empoweren en het begrijpen van de rol van de buurt in het empoweren van de gemeenschap. De training liep van maart tot mei 2022. Na de eerste opzet plande de provincie Antwerpen een tweede reeks opleidingen in dec 2022-jan 2023. De oproep hiervoor leverde meer dan 40 geïnteresseerde reacties op uit verschillende buurten.

Boone International en Familiehulp NPO

Boone International leidde, in samenwerking met Familiehulp NPO, het PRoF-ervaringscentrum in de vestiging van de organisatie in Poperinge waar het derde initiatief in België, Zorgen is Delen, werd uitgevoerd. Het initiatief was gericht op technologische tests van smartphones en tablets en demonstraties van technologische oplossingen voor eindgebruikers. In het kader van Zorgen is Delen voerde de NPO Familiehulp haar project Hybride Familiezorg uit, waarbij eindgebruikers op afstand en persoonlijk werden ondersteund om verschillende technologische oplossingen te gebruiken, sociale contacten te bevorderen, eenzaamheid te verminderen en de digitale geletterdheid te vergroten. Het Hybride Familiezorg-project maakte gebruik van het multidisciplinaire Europese samenwerkingsplatform eMEN dat zich richtte op het bevorderen van de praktische toepassing van digitale technologie om preventie, diagnose en behandeling in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Het was een oplossing om geestelijke gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden naarmate de vraag naar diensten en de kosten stegen.

Wieltjesgracht

Het initiatief Wieltjesgracht (WZC) was erop gericht ouderen die het ziekenhuis verlieten te ondersteunen om het aantal opnames te verminderen, zodat zoveel mogelijk mensen naar hun eigen huis zouden kunnen terugkeren. Dit gebeurde in de vorm van begeleid wonen voor kort verblijf, waarbij de nadruk lag op de beoordeling van het vermogen van patiënten om terug te keren naar een zelfstandig leven. WZC introduceerde ook een videocommunicatiemiddel, dat sterk lijkt op Skype, in zijn serviceflats om de ondersteuning van de bewoners te verbeteren. Het was de bedoeling dat deze technologie na afloop van het EMPOWERCARE initiatief zou worden uitgerold naar de grotere wijk. Er werd een training ontwikkeld voor het gebruik van het systeem en andere technologie zoals computers, laptops en tablets en deze werd gegeven aan zowel eindgebruikers als vrijwilligers en niet-betaalde verzorgers. De training maakte deel uit van het initiatief voor activiteiten- en communicatiecentra. Het initiatief was gericht op jongere en oudere mensen en vrienden en familie van eindgebruikers. Het was de bedoeling dat het centrum een plaats van kennisuitwisseling tussen de generaties zou worden. Er waren activiteiten om eenzaamheid te bestrijden en educatieve sessies die financieel advies en praktische training boden. Regionale dienstverleners zoals sociale diensten faciliteerden de opleiding en de activiteiten, maar ook andere gespecialiseerde dienstverleners zoals huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, "meals on wheels", mobiliteitscentra en thuisverzorgers waren betrokken bij het faciliteren van professionele ronde-tafelsessies. De lokale overheid gaf advies over de beschikbare sociale en financiële voordelen.

4. BEVINDINGEN

4.1 Demografische kenmerken van de deelnemers aan de evaluatie

4.1.1 Eindgebruikers

De demografische gegevens van de deelnemers aan het eindgebruikersonderzoek omvatten geslacht, leeftijd, etniciteit¹, seksuele gerichtheid², woonstatus, onderwijsniveau en werkstatus. De demografische verdeling van de eindgebruikers per land staat in de tabellen 4a en 4b.

Tabel 4a Demografische kenmerken van de eindgebruikers per land

		Land								Totaal
		België		Frankrijk		Nederland		Verenigd koninkrijk		
		N=104		N=33		N=28		N=30		
Leeftijd (groepen)	50-59	6	6%	-	-	7	25%	-	-	13
	60-69	18	17%	10	30%	6	21%	14	47%	48
	70-79	30	29%	11	33%	10	36%	11	37%	62
	80-89	35	34%	8	24%	5	18%	2	7%	50
	90-100	15	14%	4	12%	-	-	2	7%	21
	Prefer not to say	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Geslacht	Vrouw	72	69%	20	61%	17	61%	21	70%	130
	Man	32	31%	12	36%	11	39%	8	27%	63
	Trans	-	-	1	3%	-	-	-	-	1
	Zegt liever niet	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Ethniciteit*	Blanke Europeaan	55	53%	-	-	27	96%	28	93%	110
	Overig	1	1%	-	-	1	4%	1	3%	3
	Zegt liever niet	48	46%	33	100%	-	-	1	3%	82
Seksuele gerichtheid*	Heteroseksueel/Hetero	47	45%	-	-	24	86%	29	97%	100
	Zegt liever niet	8	8%	-	-	3	11%	1	3%	12
	Niet geantwoord	49	47%	33	100%	1	4%	-	-	83
Burgerlijke staat	Partner	36	35%	8	24%	11	39%	10	33%	65
	Kinderen	5	5%	1	3%	-	-	1	3%	7
	Aileen	58	56%	20	61%	15	54%	19	63%	112
	Overig	5	5%	4	12%	2	7%	-	-	11

¹ Deze demografische eigenschap was niet opgenomen in het onderzoek voor Franse deelnemers, in lijn met lokale ethische onderzoeksvereisten.

² Ibid

Tabel 4b Demografische kenmerken van de eindgebruikers per land

		Land								
		België		Frankrijk		Nederland		Verenigd koninkrijk		Totaal
		N=104		N=33		N=28		N=30		N =195
Hoogste opleidingsniveau	Geen middelbare-schoolopleiding	4	4%	1	3%	5	18%	11	37%	21
	Middelbare school voltooid	68	65%	24	73%	16	57%	15	50%	123
	Hogeschool voltooid	17	16%	6	18%	5	18%	-	-	28
	Universiteit voltooid	15	14%	2	6%	2	7%	3	10%	22
	Zegt liever niet	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Heeft u ooit betaald werk	Ja	89	86%	31	94%	21	75%	29	97%	170
	Nee	15	14%	2	6%	7	25%	-	-	24
	Zegt liever niet	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Wat is/was uw hoofdberoep?	Manager (bijv. algemeen directeur CEO, administratief manager)	7	7%	4	12%	-	-	2	7%	13
	Deskundige (bijv. wetenschap en techniek, gezondheid, onderwijs)	14	13%	1	3%	5	18%	6	20%	26
	Technicus/geassocieerd deskundige (bijv. deskundige op het gebied van wetenschap en techniek)	5	5%	1	3%	1	4%	1	3%	8
	Medewerker administratieve ondersteuning (bijv. algemeen medewerker en computergebruiker, medewerker klantenservice)	10	10%	9	27%	1	4%	11	37%	31
	Dienstverlenend en verkoopmedewerker (bijv. medewerker persoonlijke verzorging, verkoopmedewerker)	11	11%	5	15%	6	21%	4	13%	26
	Geschoolde arbeider in de landbouw, bosbouw en visserij	4	4%	2	6%	-	-	-	-	6
	Ambachtelijke en gerelateerde beroepen	8	8%	3	9%	2	7%	3	10%	16
	Fabrieksarbeider, machinebediener en monteur	5	5%	4	12%	2	7%	1	3%	12
	Beroep met minder vereiste vaardigheden en kwalificaties	15	14%	3	9%	5	18%	-	-	23
	Huisvrouw/huisman	19	18%	1	3%	5	18%	-	-	25
	Militaire defensie	2	2%	-	-	-	-	-	-	2
	Overig	-	-	-	-	1	4%	1	3%	2
	Zegt liever niet	4	4%	-	-	-	-	1	3%	5

4.1.2 Personeel

De demografische gegevens van de deelnemers aan de personeelsenquête omvatten geslacht, leeftijd, etniciteit³, seksuele gerichtheid⁴, woonstatus, opleidingsniveau en werkstatus. De demografische verdeling van de werknemers per land is te zien in de tabellen 5a en 5b.

Tabel 5a Demografische kenmerken van het personeel per land

		Land								
		België		Frankrijk		Nederland		Verenigd koninkrijk		Totaal
Totaal		N=98		N=21		N=35		N=35		189
Leeftijd (groepen)	Onder 20	1	1%	-	-	1	3%	-	-	2
	20-29	18	18%	4	19%	4	11%	2	6%	28
	30-39	34	35%	4	19%	4	11%	8	23%	50
	40-49	24	24%	5	24%	6	17%	4	11%	39
	50-59	14	14%	4	19%	10	29%	6	17%	34
	60-69	7	7%	3	14%	6	17%	-	-	16
	Over 70	-	-	1	5%	4	11%	1	3%	6
	Zegt liever niet	-	-	-	-	-	-	14	40%	14
Geslacht	Vrouw	84	86%	19	90%	19	54%	12	34%	134
	Man	13	13%	2	10%	14	40%	9	26%	38
	Zegt liever niet	1	1%	-	-	2	6%	14	40%	17
Etniciteit*	Blanke Europeaan	97	99%	-	-	32	91%	-	-	129
	Gemengd/meervoudig blank en zwart Afrikaans	1	1%	-	-	-	-	-	-	1
	Arabisch Midden-Oosten	-	-	-	-	1	3%	-	-	1
	Overig	-	-	-	-	2	6%	1	3%	3
	Zegt liever niet	-	-	21	100%	-	-	34	97%	55
Seksuele gerichtheid*	Heteroseksueel/Hetero	91	93%	-	-	29	83%	-	-	120
	Biseksueel	1	1%	-	-	-	-	-	-	1
	Homo/Lesbisch	2	2%	-	-	3	9%	-	-	5
	Zegt liever niet	4	4%	-	-	2	6%	1	3%	7
	Overig	-	-	-	-	1	3%	1	3%	2
	Niet geantwoord	-	-	21	100%	-	-	33	94%	54

³ ibid
⁴ ibid

Tabel 5b Demografische kenmerken van het personeel per land

		Land								
		België		Frankrijk		Nederland		Verenigd koninkrijk		Totaal
Totaal		N=98		N=21		N=35		N=35		189
Hoogste opleidingsniveau	Geen schoolopleiding	2	2%	-	-	-	-	-	-	2
	Middelbare school voltooid	21	21%	2	10%	6	17%	2	6%	31
	Hogeschool voltooid	64	65%	9	43%	15	43%	5	14%	93
	Universiteit voltooid	8	8%	10	48%	8	23%	13	37%	39
	Overig	3	3%	-	-	6	17%	14	40%	23
Werknemer Type	Betaald personeelslid	94	96%	18	86%	23	66%	35	100%	170
	Vrijwillig personeelslid	4	4%	3	14%	12	34%	-	-	19
Rol	Beheer van of toezicht op de EMPOWERCARE-aanpak	12	12%	15	71%	7	20%	14	40%	48
	Het leveren van de EMPOWERCARE-aanpak	86	88%	6	29%	28	80%	20	57%	140
Jaren bij de organisatie	Minder dan 1 jaar	5	5%	2	10%	2	6%	2	6%	11
	1-2 Jaar	5	5%	3	14%	3	9%	2	6%	13
	3-5 Jaar	2	2%	5	24%	2	6%	1	3%	10
	6-10 Jaar	8	8%	2	10%	1	3%	6	17%	17
	11-15 Jaar	2	2%	-	-	4	11%	4	11%	10
	Meer dan 15 jaar	9	9%	-	-	2	6%	2	6%	13
	Niet geantwoord	-	-	5	24%	-	-	-	-	5

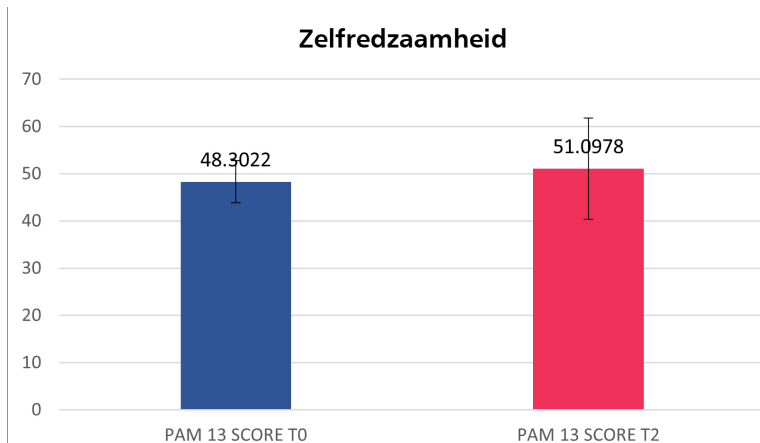
4.2 Doeltreffendheid van de initiatieven

De doeltreffendheid van de initiatieven op de projectlocatie wordt gepresenteerd per deelnemersgroep en per thema dat tijdens het project werd geëvalueerd.

4.2.1 Zelfredzaamheid van de eindgebruikers

Voor de analyse van zelfredzaamheid zoals gemeten met de PAM-13, gebruikten we de aanbevolen aanpak om scores van niveau 1 en 2 (die wijzen op inactiviteit) en scores van niveau 3 en 4 (die wijzen op activatie) te combineren, om de veranderingen bij aanvang tot het einde van het initiatief te beoordelen. Voor alle locaties geldt dat 'inactieve' deelnemers bij aanvang ($M = 48,30$, $SD = 4,44$)⁵ aan het einde van het initiatief een statistisch significante toename in zelfredzaamheid vertoonden ($M = 51,10$, $SD = 10,72$); ($t = -1,909$, $df = 44$, $p < ,05$).

Uit de kwalitatieve feedback halverwege en aan het einde van het initiatief bleek ook een grotere zelfredzaamheid, uitgedrukt als meer vertrouwen en capaciteit.



Figuur 2 Self efficacy mean scores pre and end of initiatives



Afbeelding 1 (Franse eindgebruiker, Photovoice-beeld van blauw vierkant)

Een illustratief voorbeeld is te zien in afbeelding 1, een foto van een Franse eindgebruiker. De eindgebruiker licht het beeld toe: "Dit blauw symboliseert de zee die de afgunst oproept om weer te gaan vissen en opnieuw contact te maken met mijn vroegere hobby". Deze verklaring geeft aan dat de eindgebruiker in staat was zich zijn verleden voor te stellen en zich opnieuw te verbinden met zijn vroegere hobby vissen, wat een geloof illustreert in de potentiële capaciteit om te handelen, om terug te keren naar de vroegere activiteit.



Afbeelding 2 (Britse eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van tablet)

In afbeelding 2 vertelt een Britse eindgebruiker over zijn ervaring met het Digital Ambassador Program:

"Ik vond de sessies echt nuttig. Ze hebben me meer vertrouwen gegeven om nieuwe apps op mijn telefoon uit te proberen. Ik geniet van het gebruik van de tablet die ik te leen heb gekregen. Ik heb ook geleerd hoe ik zwendel kan herkennen en wat ik moet doen als ik scam via e-mail of een phishingbericht op Facebook ontvang."(Britse eindgebruiker)

Dit is een concreter voorbeeld van hoe een eindgebruiker vertrouwen heeft gekregen in zijn technologische vaardigheden.

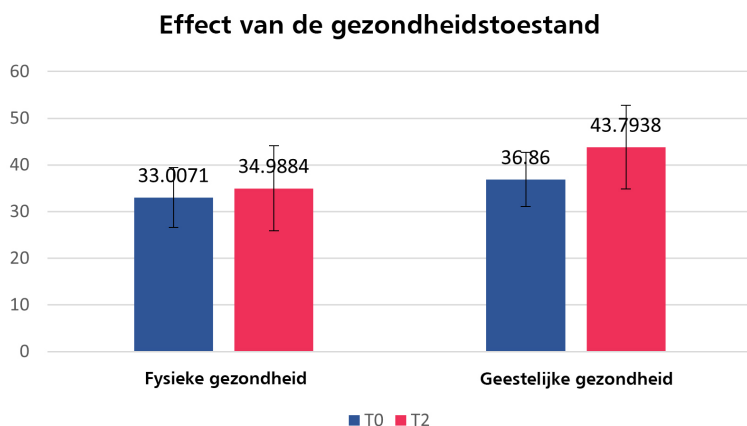
⁵ Cases warden aangepast voor inclusie-/exclusiecriteria, wat een totale steekproef van $n=45$ opleverde

4.2.2 Emotioneel en sociaal welzijn van de eindgebruikers

Effect van de gezondheidstoestand op het dagelijks leven

Op alle locaties⁶, was er voor de deelnemende eindgebruikers van wie de mentale gezondheidsscore bij aanvang (M = 21,93, SD = 3,05) duidde op een depressieve stoornis, een statistisch significante verbetering aan het einde van de initiatieven (M = 36,86, SD = 5,82) ($t = -5,271$, $df = 49$, tweezijdige $p < ,001$). Ook voor de deelnemende eindgebruikers

die een voor hun leeftijd onder gemiddelde fysieke gezondheidsscore rapporteerden, namen de gemiddelde scores toe vanaf aanvang (T0) (M = 33,01, SD = 6,43) tot het einde van de initiatieven (M = 34,99, SD = 9,11), maar de verbetering was niet statistisch significant ($t = -1,961$, $df = 62$, $p > ,05$). Zoals blijkt uit figuur 3 rapporteerden de eindgebruikers dus een statistisch significante verbetering van de geestelijke gezondheid en een positieve verbetering van de lichamelijke gezondheid aan het einde van de initiatieven.

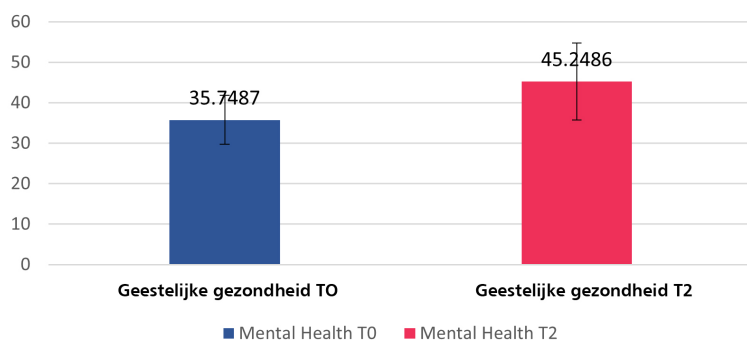


Figuur 3 Gemiddelde scores fysieke en mentale gezondheid vóór en na afloop van het initiatiefen

name gerapporteerd door deelnemers aan filosofische initiatieven ($n = 31$). Voor degenen van wie de score laag was en indicatief voor een depressieve stoornis bij aanvang (T0) (M = 35,74, SD = 6,05), was er een statistisch significante verbetering aan het einde van de initiatieven (T2) (M = 45,24, SD = 9,55) ($t = -5,569$, $df = 30$, $p < ,001$). Deelnemers aan op technologie gebaseerde

initiatieven vertoonden ook een verbetering van de mentale gezondheidsscores aan het einde van de initiatieven, maar dit is niet statistisch significant (zie figuur 4 voor de gemiddelde scores van fysieke en mentale gezondheid bij aanvang en einde van het initiatief voor eindgebruikers die deelnamen aan filosofische initiatieven).

Effect van de gezondheidstoestand (filosofische interventie)



Figuur 4 Physical and mental health mean scores baseline and end of initiatives (philosophical initiatives only)

*Note: Error bars represent Standard Deviation.

De feedback van de gesprekken in de focusgroepen bevestigde de verbeteringen op dit gebied. Hieronder volgt een illustratie van de positieve verandering in de richting van een betere lichamelijke gezondheid, zoals gerapporteerd door de eindgebruikers:

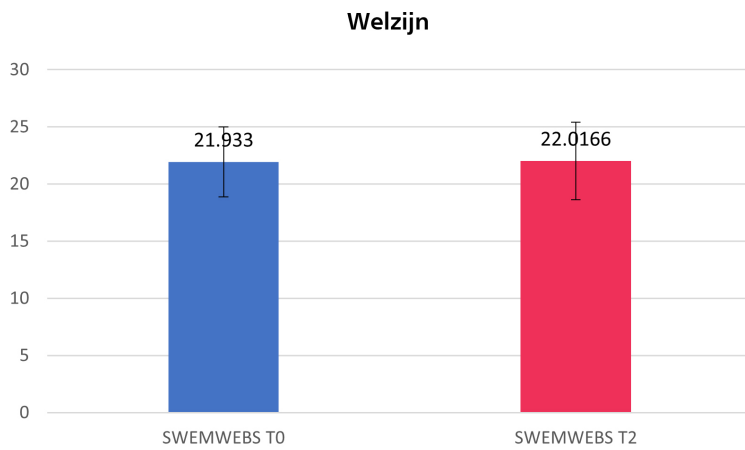
Ik vind het moeilijk om tijd te nemen en ik realiseerde me dat ik dat nodig had. Dit was voor mij een moment om uit te zoeken wat we konden doen. Sporten is goed voor je. Ik doe niet meer aan sport omdat ik er geen zin in heb, maar de activiteiten van (geanonimiseerd) hebben de vonk weer aangewakkerd en ik ben weer gaan zwemmen op hetzelfde tijdstip als (geanonimiseerd). Als hij lacht, lach ik.' (Franse eindgebruiker)

Mentale welzijn

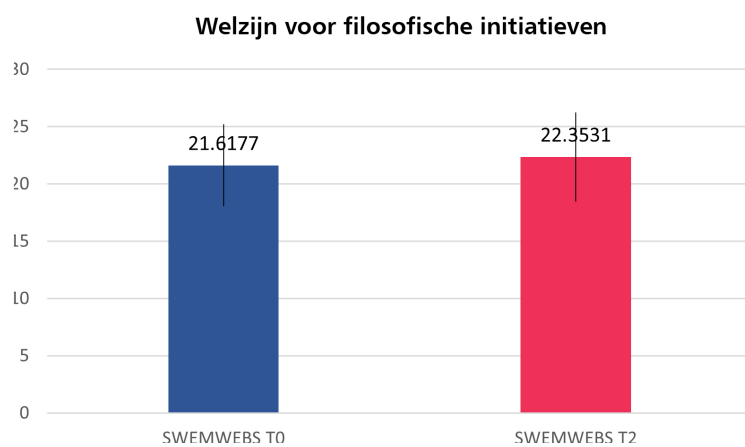
Op alle locaties⁷ nam de gemiddelde score voor mentaal welzijn van deelnemers die ofwel een gemiddeld ofwel een laag mentaal welzijn rapporteerden, toe vanaf aanvang (T0) (M = 21,93, SD = 3,05) tot het einde van het initiatiefen

6 Cases werden aangepast voor inclusie-/exclusiecriteria, met een totale steekproef van 50 voor de MCS en 63 voor de PCS.

7 Cases werden aangepast voor inclusie-/exclusiecriteria, wat een totale steekproef van ($n=83$) opleverde



Figuur 5 Gemiddelde scores van mentaal welzijn bij aanvang en na afloop van het initiatiefen



Figuur 6 Gemiddelde scores van mentaal welzijn bij aanvang en einde van het initiatiefen voor deelnemers aan filosofische initiatieven

woonkamer, ik heb veel daglicht nodig. In de winterperiode geeft dit een donkere indruk die mijn stemming beïnvloedt. (Belgische eindgebruiker)

(T2) ($M = 22,02$, $SD = 3,37$), hoewel deze positieve trend niet statistisch significant was ($t = -0,261$, $df = 82$, $p = ,795$) (zie figuur 5 voor de gemiddelde scores voor mentaal welzijn bij aanvang en het einde van de initiatieven).

Op alle locaties met een filosofisch initiatief ($n=48$) namen de gemiddelde scores voor mentaal welzijn van deelnemers die ofwel een gemiddeld ofwel een laag mentaal welzijn rapporteerden, toe vanaf aanvang (T0) ($M = 21,62$, $SD = 3,58$) tot het einde van het initiatiefen (T2) ($M = 22,35$, $SD = 3,87$), hoewel deze positieve trend statistisch significant was ($t = -1,559$, $df = 47$, $p > ,05$) (zie figuur 6 voor de gemiddelde scores voor mentaal welzijn bij aanvang en het einde van de initiatieven voor deelnemers aan filosofische initiatieven).

De focusgroepgesprekken in België verschaften inzicht in het mentaal welzijn van de eindgebruikers. Een eindgebruiker die over de Photovoice-tentoonstelling nadacht, merkte op dat een foto onduidelijk en donker was en negatieve gedachten oproep die zijn welzijn aantastten:

'Ik heb graag veel natuurlijk licht/lichtsterkte in de woonkamer van mijn verdieping, het heeft een grote invloed op mijn stemming. Ik vind dat er weinig licht is in de woonkamer op verdieping 2. Het is vaak donker in mijn



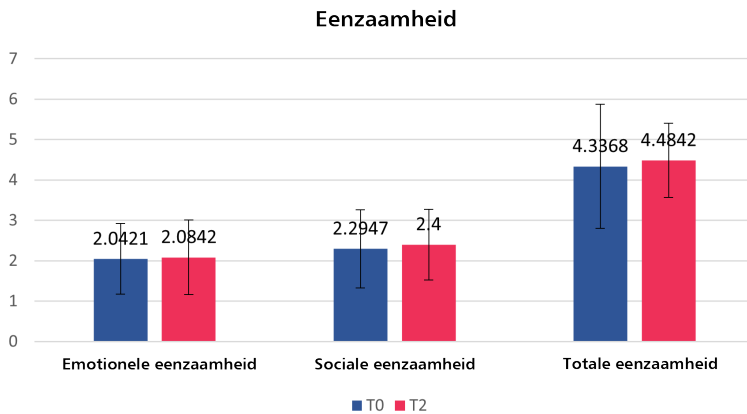
Afbeelding 3a en 3b (Belgische eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van groep bewegingsspel)

For those who participated in group activities (Images 3a & 3b) however:

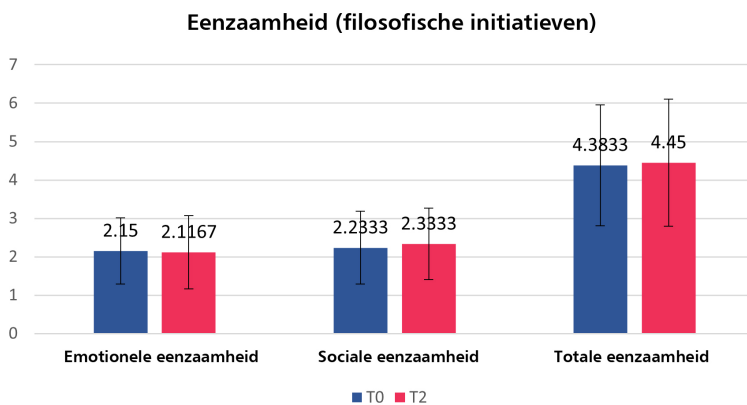
Voor degenen die deelnamen aan groepsactiviteiten (afbeeldingen 3a en 3b) echter:

“De combinatie tussen sociaal contact en bewegen, en medebewoners op een andere manier leren kennen door te bewegen in een groep geeft mij energie en doorzettingsvermogen.” (Belgische eindgebruiker)

Een andere eindgebruiker zei over het initiatief in België: *“Ik voel me gelukkiger en kan meer zelfstandig doen.”*



Figuur 7 Gemiddelde eenzaamheidsscores bij aanvang en einde van de initiatieven



Figuur 8 Gemiddelde eenzaamheidsscores bij aanvang en einde van de initiatieven voor eindgebruikers in filosofische initiatieven

De kwalitatieve gegevens wezen voor het grootste deel op positieve resultaten voor het mentale welzijn van de eindgebruikers wanneer zij meer autonomie en vrijheid kregen, hoewel dit niet altijd het geval was omdat sommige eindgebruikers vonden dat er soms meer gedaan kon worden om hen te ondersteunen.

Eenzaamheid

Wanneer alle projectlocaties⁸ worden bekeken, was er geen significante afname van het niveau van gerapporteerde eenzaamheid, in het algemeen en per type (emotioneel en sociaal), voor deelnemers die aan het begin van de initiatieven aangaven zich eenzaam te voelen (zie figuur 7 voor de gemiddelde eenzaamheidsscores bij aanvang en het einde van de initiatieven).

Voor deelnemers aan filosofische initiatieven (n=60) die aan het begin van de initiatieven aangaven eenzaam te zijn, was er een lichte afname in emotionele eenzaamheid vanaf aanvang (T0) (M = 2,15, SD = ,86) tot het einde van de initiatieven (T2) (M = 2,11, SD = ,96), hoewel deze verandering statistisch niet significant was (t = -,314, df = 59, p > ,05) (zie figuur 8 voor gemiddelde scores van eenzaamheid bij aanvang en einde van de initiatieven voor eindgebruikers in filosofische initiatieven).

De bevindingen van de kwalitatieve gegevensanalyse gaven een ander inzicht in de eenzaamheidservaringen van de deelnemers tijdens de initiatieven. In feite toonde de analyse aan hoe de initiatieven een positieve invloed hadden op het verminderen van eenzaamheid bij de eindgebruikers. Een Nederlandse eindgebruiker koos bijvoorbeeld een emoji-afbeelding (afbeelding 4) met een tekst die zich laat vertalen als “Dit vind ik leuk”, waarbij hij naast zijn keuze verklaarde:

“Ik heb niet echt een persoonlijk doel. Deelnemen aan de digitale activiteiten is voor mij recreatief. Ik vind het leuk om andere mensen te ontmoeten, daar heb ik behoefte aan. Soms is het thuis erg stil.” (Nederlandse eindgebruiker)



Afbeelding 4 (Nederlandse eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van gelukkige emoji)

Ook een Franse eindgebruiker gaf tijdens een focusgroepgesprek een diepgaand inzicht op dit gebied, door te verklaren:

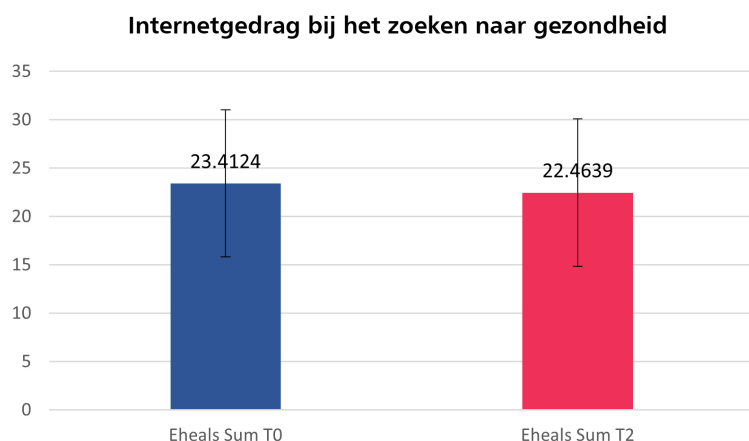
“Het hielp me om uit mijn eenzaamheid te komen. Mijn dokter zei me ‘Je moet zo niet blijven’, maar hij vertelde me niet wat ik moest doen. Ik dacht zelfs aan zelfmoord. Misschien had ik dat wel gedaan. Ik zou hier vandaag niet zijn. Nu weet ik dat ik op iemand kan rekenen; het doorbreekt mijn isolement. Ik kan mijn verpleegster bellen, de jongeren van Unicity, mijn huishoudster. Ik kan op deze mensen rekenen. Ik heb een lijstje in mijn notitieboekje.” (Franse eindgebruiker)

Het Franse citaat is zeer treffend en illustreert de ernst van de eenzaamheid die de deelnemers ervoeren. Beide getuigenissen gaan over het gevoel van eenzaamheid dat eindgebruikers vóór het initiatief voelden en het positieve effect dat het initiatief had op de aanpak ervan.

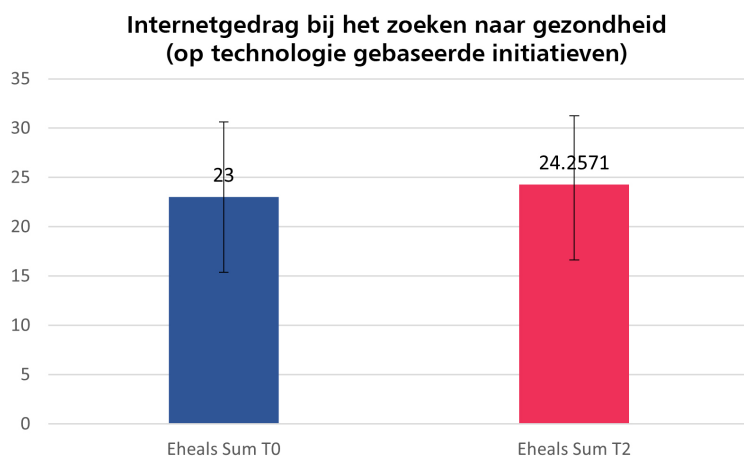
In het algemeen bevestigden de kwalitatieve gegevens over sociaal en emotioneel welzijn dat de projectinitiatieven een positief effect hadden op de eindgebruikers. De volgende citaten geven dat weer en zijn afkomstig uit de gesprekken in de focusgroepen:

“Ik heb veel dingen in gang gezet. Ik heb een leven voor mezelf opgebouwd, relaties met de buitenwereld, mensen die me hebben geholpen me open te stellen, mensen te ontmoeten.” ((Franse eindgebruiker)

“Ik zorg samen met mijn zus. Sinds ze hier is, is de zorg beter en bloeit ze weer op, durft ze zelf dingen te doen die ze thuis niet meer deed.” (Belgische buurtbewoner)



Figuur 9 Gemiddeld internetzoekgedrag bij aanvang en einde van de initiatieven



Figuur 10 Gemiddelde scores van internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid bij aanvang en aan het einde van de initiatieven voor eindgebruikers in technologiegerichte initiatieven

4.2.3 Digitale geletterdheid van eindgebruikers

Internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid

Bij de analyse van de antwoorden op de enquête van alle locaties⁹ veranderde het gerapporteerde internetgedrag van de eindgebruikers bij het zoeken naar gezondheid aan het einde van het initiatiefen (zie figuur 9 voor de gemiddelde scores van het internetgedrag bij aanvang en einde van het initiatief).

Voor de locaties die zich richten op technologie (n = 35) nam het internetgedrag bij het zoeken naar gezondheid echter toe vanaf aanvang (T0) (M = 23,00, SD = 7,62) tot het einde van het initiatiefen (T2) (M = 24,26, SD = 6,99), hoewel de positieve verandering statistisch niet significant was (t = -1,223, df = 34, p > ,05) (zie figuur 10 voor de gemiddelde scores van internetzoekgedrag bij aanvang en einde van het initiatiefen voor eindgebruikers in technologiegerichte initiatieven).

Kwalitatieve gegevens van eindgebruikers bevestigden de onderzoeksresultaten met betrekking tot degenen die deelnamen aan technologiegerichte initiatieven. Zij gaven aan zich meer digitaal geletterd te voelen en vertrouwen te hebben in het gebruik van technologie voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheidsbehoeften en om in contact te blijven met hun sociale netwerken.

Een Britse eindgebruiker koos afbeelding 5 tijdens de Photovoice-oefening en verklaarde daarover:

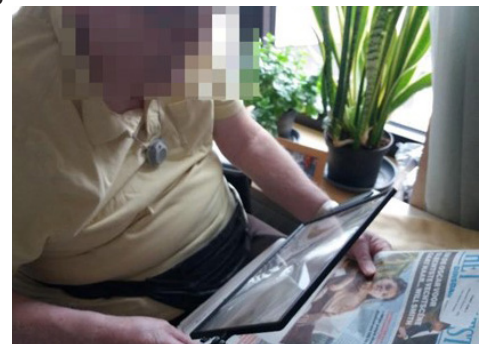
“Ik voel me zekerder bij het gebruik van de telefoon en ik heb veel geleerd, bijvoorbeeld om hoofdletters te gebruiken, en de zaklamp. Dat was echt goed de avond dat we naar het concert gingen. Vertrouwen in het ontvangen en verzenden van sms’jes. Ik wist vroeger niet dat berichten in de outbox wachtten – dat ik naar beneden moest scrollen en op verzenden moest drukken, dus ik had berichten waarvan ik dacht dat ik ze had verzonden, maar ze waren niet weg. Maar nu weet ik wat ik moet doen. Ik kon niet lezen wat ik had verzonden, maar nu kan ik dat wel.” (Britse eindgebruiker)



Afbeelding 5 (Britse eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van mobiele telefoon)

Een Franse eindgebruiker in een focusgroep gesprek verklaarde: “Mensen in mijn omgeving waren blij dat ik belangstelling kreeg voor digitale technologie en dat ik foto’s nam en ze deelde via de applicatie.”

De kwalitatieve gegevens over digitale geletterdheid tonen aan dat de digitale geletterdheid van de eindgebruikers is verbeterd en hoe zij dankzij die verbetering hun ervaringen met anderen konden delen, zich onafhankelijk en autonoom konden voelen en in contact konden komen met andere mensen.



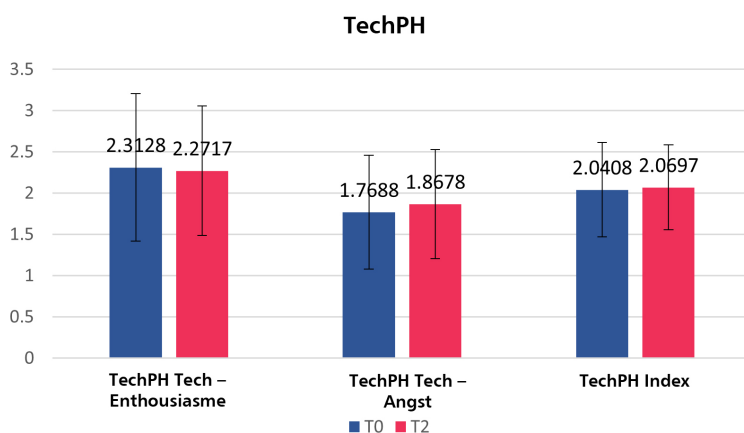
Afbeelding 5 (Belgische eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van een vergrootglas om te lezen)

Technofilie

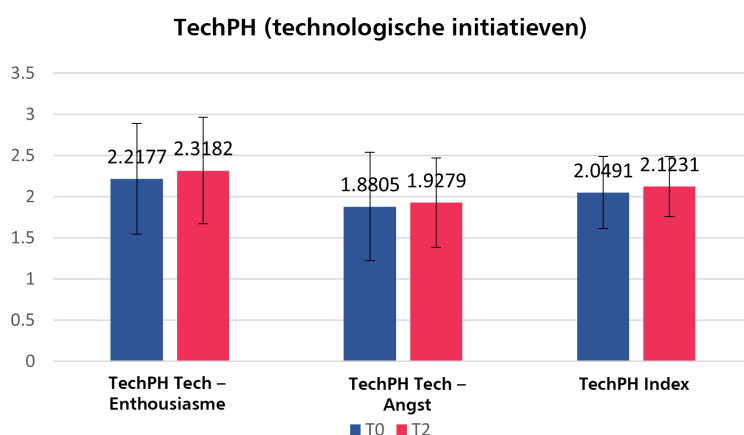
Bij het analyseren van de scores van alle locaties¹⁰ waren er geen significante veranderingen in gemeld enthousiasme of angst voor technologie van

eindgebruikers (zie figuur 11 voor gemiddelde scores van tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en het einde van initiatieven).

Niettemin rapporteerden deelnemers aan initiatieven gericht op technologie (n = 35) een toename van de algemene Tech Index-scores vanaf aanvang (T0) (M = 2,05, SD = ,44) tot het einde van de initiatieven (T2) (M = 2,12, SD = ,37), hoewel de verandering niet statistisch significant was (t = -1,009, df = 34, p > ,05). Evenzo nam angst voor technologie toe vanaf aanvang (T0) (M = 1,88, SD = ,66) tot het einde van de initiatieven (T2) (M = 1,93, SD = ,54), maar de toename was niet statistisch significant (t = -,369, df = 34, p > ,05). Het enthousiasme voor technologie nam toe vanaf aanvang (T0) (M = 2,21, SD = ,67) tot het einde van de initiatieven (T2) (M = 2,31, SD = ,65), maar de verandering was niet statistisch significant (t = -,842, df = 34, p > ,05). Dit betekent dat voor eindgebruikers die zich bezighielden met een technologiegericht initiatief de verschillen tussen zowel tech-enthousiasme als tech-angst niet groot genoeg waren om statistisch significant te worden geacht, hoewel tech-enthousiasme een positieve



Figuur 11 Gemiddelde scores van tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en einde van de initiatieven



Figuur 12 Gemiddelde score van tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en einde van de initiatieven voor eindgebruikers in technologiegerichte initiatieven.

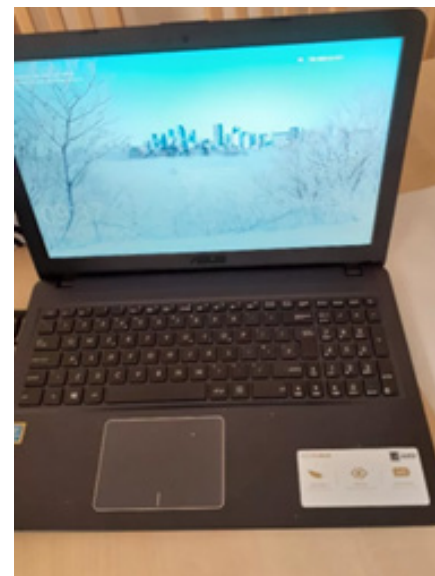
¹⁰ Cases werden aangepast voor inclusie-/exclusiecriteria, wat een totale steekproef van 97 opleverde

trend vertoonde. Voor eindgebruikers van filosofische initiatieven verschilden tech-enthousiasme en tech-angst opnieuw niet significant (zie figuur 12 voor gemiddelde scores van tech-enthousiasme en tech-angst bij aanvang en einde van de initiatieven voor eindgebruikers in technologiegerichte initiatieven).

Photovoice-gegevens boden inzicht in de houding van eindgebruikers tegenover technologie. Een eindgebruiker uit VK koos een afbeelding van een laptop (afbeelding 7) en gaf als bijschrift de volgende tekst mee:

“Gedurende mijn tijd bij jullie heb ik gewerkt aan e-mails met extra foto’s en met Microsoft Office, en ik heb kolommen gemaakt voor bibliotheekwerk. Ik heb het gevoel dat het computerwerk moeilijker wordt en dat ik de gestelde taken niet kan uitvoeren. Ik heb nog steeds zo weinig vertrouwen en dat baart me zorgen.”

(Britse eindgebruiker)



Afbeelding 7 (Britse eindgebruiker, Photovoice-afbeelding van laptop)

De meeste eindgebruikers die deelnamen aan de Photovoice-oefening gaven aan dat ze meer vertrouwen hadden gekregen door meer te leren over het gebruik van technologie, maar er waren er ook die vonden dat het vertrouwen nog moest worden opgebouwd. Het bijschrift bij foto 7 is een uiting van vrees die een interessant inzicht geeft in de betekenis van gevoelens van angst voor het leven in een digitaal/computertijdperk voor ouderen. Het is ook vermeldenswaard dat het navigeren met een laptop complexer kan zijn dan het gebruik van een niet-slimme mobiele telefoon of een vergrootglas om te lezen, zodat het leren gebruiken daarvan een afschrikwekkender vooruitzicht kan zijn. Een personeelslid van het VK wees in een focusgroep gesprek op de oplossing: “Het gaat erom het vertrouwen van de persoon te vergroten en de angst voor technologie te verminderen zodat mensen het omarmen”. De uiting van bezorgdheid van de eindgebruiker is wat realistische benaderingen gouden nuggets noemen (klompjes wijsheid die gevonden kunnen worden in beperkte datasets) (Pawson, 2006). Deze verhalen vertellen ons over mogelijk diepere inzichten in wat al bekend is uit de onderzoeksliteratuur over digitale apparaten en processen van dataficatie die de sociale wereld van mensen op latere leeftijd steeds meer vorm geven.

In het algemeen werd in de kwalitatieve gegevens melding gemaakt van de voordelen voor het welzijn en de onafhankelijkheid van een groter technologisch zelfvertrouwen en kennis bij de eindgebruikers. Twee Franse eindgebruikers illustreren dit,

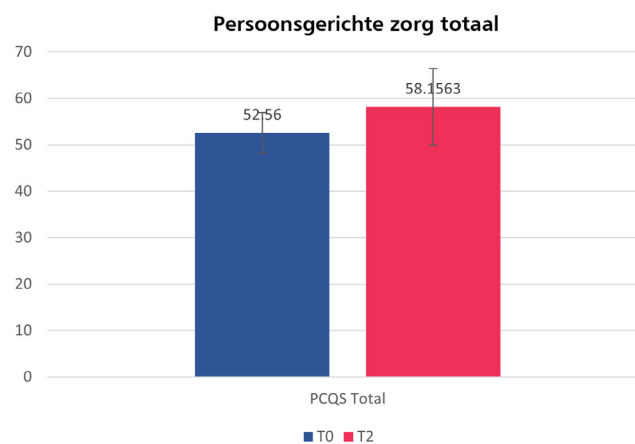
“Ik durfde mijn zoon niet te vertellen dat ik niet in orde was. Mijn zoon voelde dat er iets mis was. Ik vond het moeilijk om het te vragen; ik wilde hem niet storen. Uiteindelijk heb ik het hem verteld en nu sms’t hij me of hoor ik mijn achterkleindochter aan de telefoon “areuh” zeggen en dat fleurt mijn hele week op.” (Franse eindgebruiker)

“Mijn tablet is een drug aan het worden. Elke dag stuur ik een briefje naar mijn kleinzoon. Mijn wens was om naar Montreal te gaan om mijn kleinzoon te zien, wat in september met mijn zoon zal gebeuren.” (Franse eindgebruiker)

4.2.4. Persoonsgerichte zorg door het personeel

Persoonsgerichte kwaliteit van de omgeving

Op alle locaties¹¹, voor degenen die bij aanvang minder dan gemiddelde persoonsgerichtheid of lager



Figuur 13 Gemiddelde scores van de algemene persoonsgerichte kwaliteit van de omgeving bij aanvang en einde van de initiatieven

¹¹ Cases werden aangepast voor inclusie-/exclusiecriteria, wat een totale steekproef van 32 opleverde

hadden, stegen de gemiddelde scores vanaf aanvang (T0) ($M = 52,56$, $SD = 4,38$) tot aan het einde van het initiatief (T2) ($M = 58,16$, $SD = 8,26$), en deze verbetering was statistisch significant ($t = -3,529$, $df = 31$, $p < ,001$), wat erop wijst dat de projectinitiatieven de persoonsgerichtheid van het personeel significant verhoogden (zie figuur 13 voor de gemiddelde scores van de algemene persoonsgerichte kwaliteit van de omgeving bij aanvang en einde van de initiatieven).

Ook op de specifieke gebieden van deze schaal waren er soortgelijke significante verbeteringen.

De scores voor klimaat van veiligheid stegen van aanvang (T0) ($M = 12,16$, $SD = 1,61$) tot het einde van de initiatieven (T2) ($M = 13,66$, $SD = 1,81$), en deze verbetering was statistisch significant ($t = -4,349$, $df = 31$, $p < ,001$), wat aangeeft dat de projectinitiatieven het gevoel van de werknemers dat ze welkom zijn, erkend en geaccepteerd worden omdat ze zichzelf zijn, significant verhoogden.

De scores voor klimaat van alledaagsheid stegen van aanvang (T0) ($M = 14,56$, $SD = 1,43$) tot het einde van de initiatieven (T2) ($M = 15,75$, $SD = 3,03$), wat statistisch significant was ($t = -2,178$, $df = 31$, $p < ,05$), wat aangeeft dat de projectinitiatieven het gevoel van de werknemers over hoe huiselijk, esthetisch aangenaam, rustig en vredig en netjes en schoon een werkplek aanvoelt significant verhoogden.

De scores voor klimaat van de gemeenschap stegen van aanvang (T0) ($M = 10,81$, $SD = 1,55$) tot het einde van de initiatieven (T2) ($M = 11,72$, $SD = 2,29$), hoewel deze verandering niet statistisch significant was ($t = -1,879$, $df = 31$, $p > ,05$).

De scores voor klimaat van de begrijpelijkheid namen toe vanaf aanvang (T0) ($M = 15,03$, $SD = 2,36$) tot het einde van de initiatieven (T2) ($M = 17,03$, $SD = 2,61$), wat statistisch significant was ($t = -3,134$, $df = 31$, $p < ,05$). Dit geeft aan dat de projectinitiatieven het gevoel van de werknemers dat de werkplek een plaats is waar de patiënten in veilige handen zijn, waar het personeel taal gebruikt die de patiënten kunnen begrijpen, waar het gemakkelijk is voor patiënten om met het personeel te praten en waar de patiënten iemand hebben om mee te praten als ze dat willen, aanzienlijk hebben vergroot (zie figuur 14 voor de gemiddelde scores van de subschalen op de schaal voor persoonsgerichte omgevingskwaliteit bij aanvang en aan het einde van het initiatiefen).

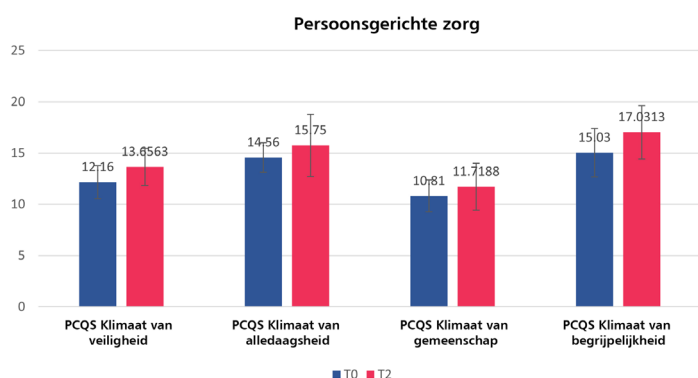
Gegevens uit de focusgroep gesprekken bevestigen de toename van het persoonsgericht werken. Een Britse vrijwilliger bevestigde:

“Contact hebben met iemand die geïsoleerd is, maakt zo’n verschil in leven en welzijn. Als digitaal ambassadeur leer je de persoon die je ondersteunt kennen en bouw je een band op. Soms kom je uiteindelijk veel meer te weten over de persoon en diens behoeften. Je herkent niet altijd hoeveel verschil je hebt gemaakt in iemands leven en de impact die je hebt gemaakt.” (Brits lid van het vrijwilligersbestand)

Een lid van het Belgische personeel gaf in zijn werk vorm aan wat het betekent om de mens centraal te stellen, zo getuigde hij:

“Ik hou van mijn werk hier, waar ik echt de tijd kan nemen om samen met anderen te kijken naar de meerwaarde van zelfredzaamheid. Wat dit ook mag zijn voor die persoon. Want zelfredzaamheid is voor iedereen anders.” (Belgisch personeelslid)

Bovenstaande citaten gaan over de transformatie in het leven van mensen die mogelijk is door gericht te zijn op de behoeften van het individu.

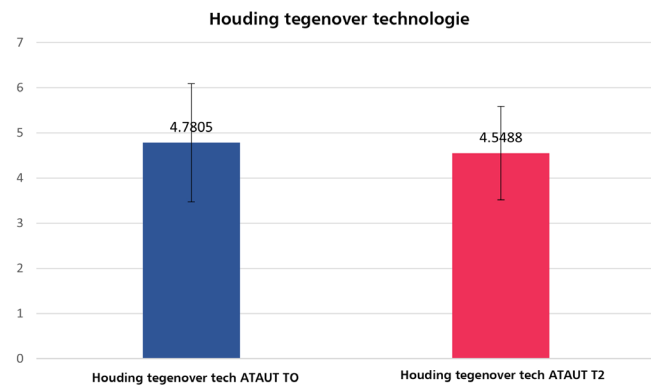


Figuur 14 Gemiddelde subschalen op de schaal voor persoonsgerichte omgevingskwaliteit bij aanvang en na afloop van de initiatieven.

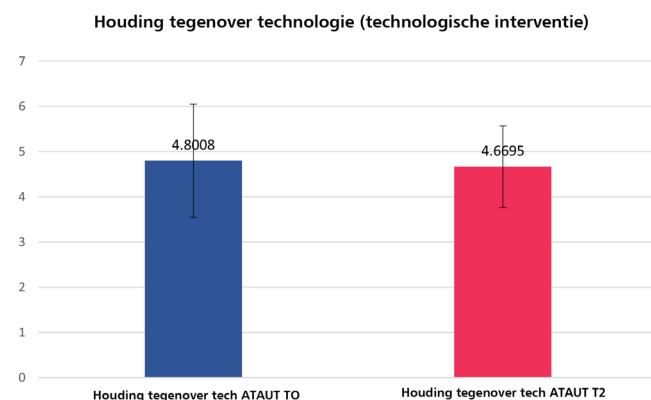
4.2.5. Gebruik van technologie door het personeel

eHealth-meter

Met een contactformulier van de e-Health-meter werden T0 en T2 vergeleken en werd gemeten of het gebruik van technologie door personeelsleden is toegenomen. Twee locaties konden gegevens voor deze maatregel verstrekken. Hoewel er niet veel uit kan worden afgeleid, konden toch enkele opkomende thema's worden vastgesteld. Er was een grote daling in het technologiegebruik nadat een initiatief was voltooid. Op één locatie was er op T1 tijdens het initiatief een toename van 86,7% in het aantal minuten dat technologie werd gebruikt in vergelijking met de aanvang bij T0. Zie figuur 15 voor het totale aantal minuten over de evaluatietijdstippen. Bij vergelijking van de op T0 en T2 verzamelde gegevens was er een afname van 29,87% in het gebruik en de gebruiksfrequentie van technologie. Dit betekent een afname van 116,7% tussen het moment dat de deelnemers aan het initiatief deelnamen en het einde van het initiatief. Hoewel er geen basisgegevens waren om T0 en T1 te vergelijken, was er na het initiatief op één locatie een daling van 47,37% in het gebruik en de frequentie van het lenen van technologie op T1 vergeleken met T2. Zie figuur 16 voor het totale aantal keren dat apparaten werden geleend gedurende de evaluatiemomenten.



Figuur 15 Gemiddelde scores voor de houding van het personeel ten opzichte van technologie, bij aanvang en aan het einde van de initiatieven



Figuur 16 Gemiddelde scores voor de houding van het personeel tegenover technologie bij aanvang en einde van de initiatieven voor eindgebruikers die deelnamen aan technologiegerichte initiatieven.

Een Nederlands personeelslid vertelde: "COVID dwong ons om online te werken. We wilden onze klanten meenemen in deze ontwikkeling".

Een personeelslid in het VK merkte op:

"Sinds de lockdown zijn we afhankelijk van alles wat digitaal is – dus stel je voor hoe onze cliënten ervan zouden profiteren, bijvoorbeeld apparaten om hen eraan te herinneren medicijnen in te nemen. Ons team moet zich ervan bewust zijn en er niet bang voor zijn, technologie moet deel uitmaken van de cultuur van het team, het is aan de BDU [een organisatorische afdeling] om op de hoogte te zijn van nieuwe technologie en het team zover te krijgen dat ze deze omarmen. Het is een onrechtvaardigheid dat cliënten niet altijd weten wat er beschikbaar is." (VK personeelslid)

Ook merkte een lid van het vrijwilligerspersoneel in het VK op dat:

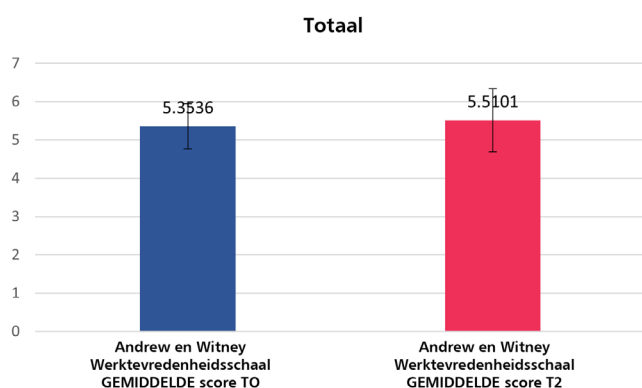
“De Samsung-tablet was nieuw voor mij. Ik was gewend een iPad te gebruiken, wat betekende dat ik mezelf moest omscholen in het gebruik van Samsung-apparaten. De mensen die ik ondersteunde werden erg goed in het gebruik van de tablets, en kregen ook meer vertrouwen in het gebruik van hun mobiele telefoon” (VK-lid van het vrijwilligerspersoneel)

In het algemeen bleek uit de kwalitatieve gegevens dat het personeel de voordelen van de invoering van technologie voor de eindgebruikers begreep en erkende, maar ook inzag dat zij steun nodig hadden om hun vertrouwen en acceptatie te verbeteren. Leden van het personeel in het VK lieten dit goed zien omdat er een specifiek initiatief was om hen technologische vaardigheden te geven op hun locatie. Zij gaven aan:

“Technologie is een empowerment ervaring.” (Brits personeelslid)

“Sinds de invoering van EMPOWERCARE begint het personeel technologie voorop te zetten.” (Britse werknemer)

“Doordat er iemand is op wie je kunt vertrouwen en die contact opneemt om ondersteuning te bieden, bouw je aan je eigen vertrouwen en bereidheid om nieuwe dingen te proberen die je kunt delen met de mensen die je ondersteunt.” (VK personeelslid)



“De waarde van het programma ‘Technologie voor begeleiders van zelfstandigwonen’ is verbazingwekkend, fundamenteel voor het uitrollen van een cultuurverandering.” (Britse werknemer)

4.2.6 Personeelstraining en tevredenheid

Arbeidstevredenheid

Op alle locaties¹³ was er geen statistisch significante verandering in de gerapporteerde arbeidstevredenheid

Figuur 17 Gemiddelde scores voor arbeidstevredenheid bij aanvang en einde van de initiatieven

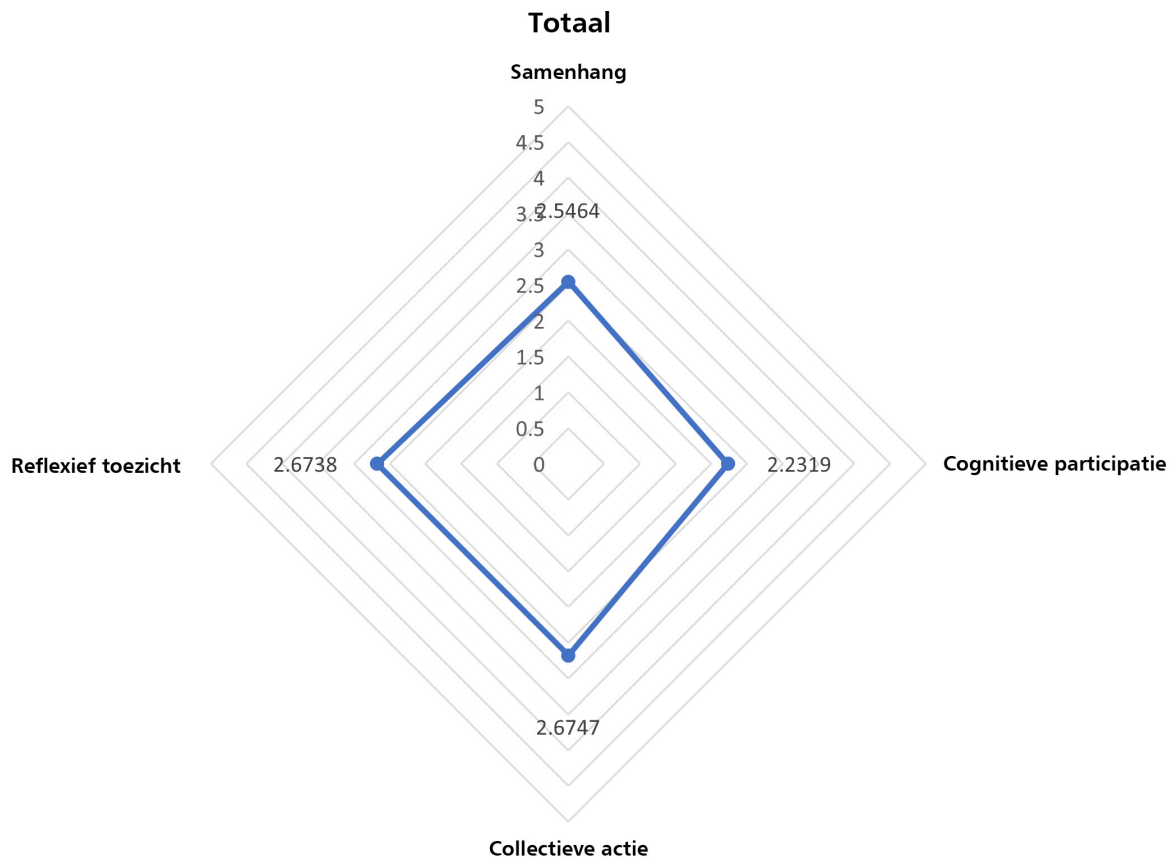
van het personeel van de initiatieven.

Ook in de Photovoice- en focusgroepgesprekken werd weinig aandacht besteed aan arbeidstevredenheid. Toch leverde de fototentoonstelling in het VK enige feedback over dit onderwerp op. Een vrijwillig personeelslid zei:

“Het was een hele uitdaging om met COVID tijd te vinden. De regeling is een goed idee en ik heb het gevoel dat ik de persoon die ik heb ondersteund heb geholpen. Je hoeft alleen te delen wat je wilt op Facebook. COVID heeft voor een echte uitdaging gezorgd, maar het is een lonende ervaring geweest.” (Brits lid van het vrijwilligersbestand)

Effect van de personeelstrainingen

Het effect van de training van het personeel werd alleen aan het eind van het initiatief gemeten met behulp van de NoMAD-schaal. Op alle locaties (n = 105) waren er hogere gemiddelde scores op bepaalde NoMAD-subschalen zoals reflectieve monitoring (M = 2,67, SD = 1,02) en collectieve actie (M = 2,67, SD = ,70) in vergelijking met coherentie (M = 2,55, SD = 1,02), en cognitieve participatie (M = 2,23, SD = ,95) (zie figuur 18 voor gemiddelde scores op elke NoMAD-subschaal).



Figuur 18 Gemiddelde scores op elke NoMAD-subschaal

Een aantal Belgische personeelsleden wezen op de positieve impact die de opleiding van het personeel op hun praktijk had. De volgende citaten illustreren hoe reflexieve monitoring en collectief werken in het bijzonder deel uitmaakten van hun praktijk. Een Belgisch personeelslid zei dat ze:

“Luistert, tijd neemt en nadenkt over mijn gedrag.” (Belgisch personeelslid)

Een ander merkte op dat:

“We hebben het erg druk, maar toch merken we hoe belangrijk het is om de tijd te nemen om hierin te investeren en zo het zelfleren te vergroten.” (Belgisch personeelslid)

En een derde merkte op:

“Het is niet moeilijk om tijd te nemen om gesprekken op te zetten, om samen met de bewoner en familie nieuwe dingen op te zetten. Dit project maakt daar ruimte voor en de meerwaarde is voelbaar.” (Belgisch personeelslid)

Deze gegevens tonen aan dat verankering van opleiding het personeel in staat heeft gesteld de waarde in te zien van tijd nemen, nadenken en contact leggen, wat enkele belangrijke persoonsgerichte competenties en eigenschappen zijn die vereist zijn als bewijs van een veranderd personeelsbestand.

4.2.7 Langetermijndenken en duurzaamheid

Thematische analyse van de ‘Good Ancestor Principles’

Het evaluatieproces omvatte focusgroepgesprekken. Bij de T2-focusgroepgesprekken werd gegevensverzameling over een nieuwe aanpak waarbij de beginselen van de “Good Ancestor” (Krznaric, 2020) werden toegepast, geïntegreerd in de evaluatie na de initiatieven. Dit werd gedaan om de deelnemers te stimuleren en aan te moedigen hun keuzes en voorkeuren voor de beslissingen die zij nemen vanuit een langetermijnperspectief te bekijken. De reden hiervoor was dat de respondenten hadden deelgenomen aan het EMPOWERCARE-initiatief en op basis van hun ervaringen zou deze aanpak hun inzichten en visies vastleggen en met een uitgebreide lens kijken naar de behoeften van toekomstige

generaties. Op basis van de zes principes werd de thematische narratieve analyse van de "Good Ancestor" uitgevoerd en in de volgende thema's gepresenteerd:

Intergenerationele rechtvaardigheid; denkwijze van nalatenschap, diepgaande nederigheid; langetermijndenken ten voordele van toekomstige generaties; holistische prognose en transcendent doel.

Intergenerationele rechtvaardigheid

De gesprekken spitsten zich toe op krachtige redenen om te zorgen voor de toekomstige generaties die na het leven van de deelnemers in de lokale gemeenschap zullen leven. De meest dwingende motivatie was de noodzaak om te zorgen voor toekomstige generaties na het leven van de deelnemers. Daarbij ging het vooral om de voortzetting van contacten en banden tussen de generaties en de negatieve gevolgen voor het welzijn als toekomstige generaties geen steun krijgen.

"Er zal enige ondersteuning nodig zijn; we kunnen het niet verwijderen. We staan nog maar aan het begin van de digitale reis. Als mensen geen ondersteuning krijgen met digitaal, zal de bezorgdheid over bescherming toenemen." (Brits personeelslid)

Bovendien werd in de besprekingen benadrukt hoe belangrijk het is dat de banden tussen de generaties in stand worden gehouden om de sociale cohesie van de gemeenschap te behouden.

"De band tussen de twee generaties die dankzij de technologie is ontstaan, maakt het mogelijk een sociale band te creëren." (Franse eindgebruiker)

Denkwijze van nalatenschap

Via de vraag hoe de deelnemers willen dat de toekomstige generaties zich deze generatie herinneren, richtten de gesprekken zich op wat voor soort gemeenschap de deelnemers willen dat de toekomstige generaties erven. De gesprekken leverden inzichten op over hoe men zichzelf in de toekomst zorgbehoevend acht, over de noodzaak om een einde te maken aan digitale armoede en om ervoor te zorgen dat de volgende oudere generatie veel meer digitaal bewust en technologisch vaardig is.

"Over 20 jaar zit ik aan de ontvangende kant en hoop ik dat er nieuw bloed doorkomt om mij te leren! EMPOWERCARE zal nooit eindigen, de behoefte zal er altijd zijn." (Brits lid van het vrijwilligersbestand)

"We moeten ervoor zorgen dat we geen digitale armoede meer hebben en dat het voor mensen betaalbaar is om technologie te gebruiken voor zaken als het openen van hun gordijnen." (Britse medewerker)

"De huidige oudere generatie vindt technologie moeilijk, maar dit zal veranderen als de huidige 65-plussers ouder worden, zij, niet allemaal, maar velen, zullen meer vertrouwen hebben in het gebruik van technologie." (Brits lid van het vrijwilligerspersoneel)

Diepgaande nederigheid

De gesprekken over wat de moeite waard werd geacht om voor te vechten teneinde de gezondheid en het welzijn van de toekomstige generatie veilig te stellen, waren buitengewoon overvloedig. Dit bood namelijk ruimte voor discussie over het aanpakken van belemmeringen en uitdagingen in de samenleving, evenals tijd en aandacht voor het bestaan. De belangrijkste determinanten die essentieel werden geacht om voor de toekomstige generaties te strijden, waren de prevalentie van sociaal isolement en eenzaamheid in de samenleving en de voordelen van het behoud van sociale en gemeenschapscohesie.

Een Belgische eindgebruiker zei over het mogelijke verlies van het initiatief: "Ik zou het echt missen. Ik hou van zingen en samenkomen". Een Britse deelnemer toonde zich bezorgd over de gevolgen voor het welzijn in de toekomst als de belangrijkste lessen niet worden geleerd en toegepast.

"Ik maak me zorgen over sociaal isolement en dat we technologie gebruiken voor sociale interactie, zoals we hebben geleerd van de pandemie." (Brits personeelslid)

Tijdens de besprekingen werden mogelijkheden besproken om te blijven investeren in het EMPOWERCARE-initiatieven,

“Dit project [EMPOWERCARE-initiatief] heeft een nieuwe arm toegevoegd aan wat we in de sociale zorg kunnen bieden. De waarde van interactie tussen mensen is eindeloos.” (Brits personeelslid)

Er is gesproken over hoe de middelen precies in stand kunnen worden gehouden en hoe ervoor kan worden gezorgd dat zij aan toekomstige generaties worden doorgegeven, over de voortzetting van de initiatieven met de nadruk op besluitvorming op gemeenschapsniveau en digitale integratie.

“Zeker, sommige initiatieven voortzetten en ruimte laten voor nieuwe, zoals computerlessen. Met als achterliggend doel dat mensen meer voor hun naasten zorgen [en] elkaar helpen en leren kennen in de huidige drukke maatschappij, het buurtbudget voortzetten.” (Belgische deelnemer)

“Digitale dienstverlening aansluiten, met oog voor de meest kwetsbaren. Ouderen hebben soms geen vangnet... daarom een punt in elke dorpscentrum... een mobiel punt dat buurten kan aantrekken om mensen op een laagdrempelige manier in contact te brengen met digitaal.” (Belgische deelnemer)

Langetermijndenken ten voordele van toekomstige generaties

Het overleg over welke langetermijninitiatieven samen met andere zouden kunnen worden ontplooid om het welzijn van toekomstige generaties veilig te stellen, leverde opmerkelijke inzichten op. De deelnemers dachten na over hoe de meest kwetsbare gemeenschappen te bereiken, ideeën over interacties tussen generaties, het verbeteren van verbindingen in bestaande omstandigheden en het versterken van de groei van lokale infrastructuur.

“We bereiken de meest kwetsbare mensen nog niet; de uitdaging is hoe we hen gaan bereiken. Daar moeten we zeker over nadenken. Ik denk niet dat we die nu bereiken.” (Belgische deelnemer)

“Aan de ene kant vergrijzing, maar ook veel nieuwe wijken in de afgelopen jaren met veel jonge gezinnen. We moeten zien dat we de voordelen uit die mix kunnen halen en de verbinding daartussen wat meer faciliteren. Ik kan niet zeggen of er behoefte is aan de intergenerationeel, maar ik denk wel dat er mogelijkheden zijn. [naam dorp] leent zich er ook perfect voor omdat iedereen elkaar kent, en iedereen elkaar gemakkelijk aanspreekt.” (Belgische deelnemer)

“Ik zie veel mogelijkheden door het tweede dienstencentrum in [naam dorp]. Een uitdaging zal zijn om onze diensten daar bekend te maken. Als we daar zijn, kan het spontaan komen, maar we moeten er zeker ook op inzetten.” (Belgische deelnemer)

Holistische prognose

Het gesprek spitste zich toe op het anticiperen op een ander traject voor holistische gezondheids- en welzijnsinitiatieven of -diensten in lokale gemeenschappen. De gesprekken waren filosofisch van aard en minder gericht op concrete ideeën en oplossingen. De gesprekken gingen vooral over samenwerking tussen diensten, participatieve benaderingen bij het verlenen van diensten en aandacht voor kwetsbare groepen in lokale gemeenschappen.

“We willen dit op een zeer participatieve manier aanpakken. Wat willen de inwoners zelf qua aanbod?” (Belgische deelnemer)

“De samenwerking tussen sectoren is nog voor verbetering vatbaar. De interactie zou goed zijn.” (Belgische deelnemer)

“Ik denk ook aan een kwetsbare groep alleenstaanden, mensen die hun partner verloren hebben. Dat we daar iets aan kunnen doen, om die mensen bij elkaar te brengen.” (Belgische deelnemer)

Transcendent doel

De besprekingen concentreerden zich op wat moet worden beschouwd als het uiteindelijke doel van het EMPOWERCARE-initiatiefen inzake gezondheid en welzijn voor toekomstige generaties. De besprekingen spitsten zich toe op het belang van diensten die originele intergenerationele voordelen bieden.

“Binnen de welzijnsafdeling... dat je daar bent, verbindt met elkaar, maar ook met andere diensten. Niet alleen bank en bomen [verwijzend naar een initiatief in het park], maar ook iets extra's om bijv. psychologisch welzijn van kinderen te verbinden, dan heb je er twee in één. Maak bruggen!” (Belgische deelnemer)

“Goed opletten dat we heel zichtbaar en toegankelijk zijn, dat we alle verschillende groepen binnen [naam dorp] bereiken en heel goed nadenken over welke diensten er nodig zijn. Dat we hier geen kopie worden van [naam ander initiatief]. Hoe bereiken we de mensen het beste? Hoe werken we het meest verbindend?” (Belgische deelnemer)

“Alle dorpen kunnen betrokken worden bij het project en mensen kunnen samen zijn in netwerken. Mensen moeten [dat] hebben en krijgen daartoe de kans. Concreet: mensen via technologie dichter bij elkaar brengen. Jong en oud op deze manier met elkaar verbinden.” (Belgische deelnemer)

5. RESULTATEN KOSTEN-BATENANALYSE

5.1 Resultaten van de contingente waarderingsmethode voor de bereidheid om voor het EMPOWERCARE-initiatief te betalen

Hieronder worden de antwoorden verspreid op de vragenlijst van de contingente waarderingsmethode, ingevuld door (n=105) deelnemers.

Stel dat het EMPOWERCARE-initiatief afliep en niet langer beschikbaar was, maar dat er een nieuw en vergelijkbaar initiatief gratis beschikbaar was in uw plaatselijke gemeenschap. Zou u bereid zijn aan dit alternatieve initiatief deel te nemen?

Deze vraag was bedoeld om te begrijpen of deelnemers die betrokken waren bij de EMPOWERCARE-initiatieven er baat bij hadden om er toegang toe te krijgen. Uit de resultaten blijkt dat (n=81) deelnemers of 73% bereid zou zijn deel te nemen aan een soortgelijk initiatief en de daaruit voortvloeiende gezondheids- en welzijnseffecten. De resultaten geven ook aan dat (n=24) deelnemers of 27% aangaf dat als EMPOWERCARE-initiatieven zouden eindigen, zij niet bereid zouden zijn aan een soortgelijk initiatief deel te nemen.

Om inzicht te krijgen in de waarde die deelnemers hechtten aan toegang tot en deelname aan de EMPOWERCARE-initiatieven, werd deelnemers die aangaven bereid te zijn deel te nemen aan een alternatief initiatief gevraagd een waarderingsvraag te beantwoorden.

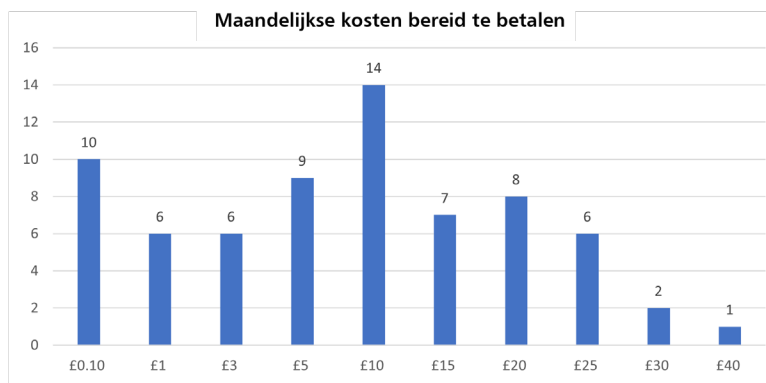
Stel nu dat dit nieuwe initiatief niet langer gratis kon worden aangeboden en stel dat het niet beschikbaar was via de nationale gezondheidsdienst/zorgverzekering of partnerorganisatie. Wat is het maximale bedrag dat u bereid zou zijn maandelijks voor eigen rekening te nemen?

Uit de resultaten blijkt dat de (n=81) deelnemers of 73% van de respondenten die bereid waren deel te nemen aan een soortgelijk alternatief initiatief, bereid zouden zijn om tussen **0,10 euro en 40 euro per maand uit eigen zak te betalen**. Gemiddeld zijn de deelnemers bereid om **10,31 euro per maand (SD = 9,83) uit eigen zak te betalen** om de gezondheidsvoordelen van deelname aan de EMPOWERCARE-initiatieven te verkrijgen. Toen de deelnemers werd gevraagd de reden voor de keuze van hun betalingsbereidheid aan te geven, gaven de deelnemers aan dat de gekozen schattingen de waarde weerspiegelden die de deelnemers hechtten aan de effecten op gezondheid en welzijn die zij door de initiatieven waarnamen, zoals blijkt uit tabel 6. Uit de resultaten blijkt dat de betalingsbereidheid van de respondenten varieerde van minimaal **0,10 euro** tot maximaal **40 euro per maand**, met een mediaan van **10 euro** en een **gemiddelde betalingsbereidheid van 10,31 euro uit eigen zak** van de respondenten voor deelname aan de

EMPOWERCARE-initiatieven, zoals weergegeven in figuur 19 voor de betalingsbereidheid in euro.

Tabel 6 Beschrijvende statistieken over het bedrag dat men bereid is te betalen in euro's

Bereidheid om te betalen	Euro
Minimaal	€0.10
Maximaal	€40.00
Mediaan	€10.00
Gemiddelde	€10.31



Figuur 19 Bereidheid om te betalen in euro's.

Deze schattingen van de betalingsbereidheid zijn een weerspiegeling van de ervaringen van de deelnemers met de EMPOWERCARE-initiatieven. Om inzicht te krijgen in de beweegredenen voor de selectie van de waardeschattingen werd de deelnemers bovendien gevraagd de redenen aan te geven die het best hun bereidheid weerspiegelen om te betalen voor de gezondheids- en welzijnsresultaten van de EMPOWERCARE-initiatieven.

5.2 Keuzes en voorkeuren begrijpen

Naar aanleiding van de schattingen van de betalingsbereidheid van de deelnemers werd hen gevraagd één of meer antwoorden te geven die het best de reden(en) weergeven voor hun bereidheid om te betalen voor toegang tot de EMPOWERCARE-initiatieven.

Alle geselecteerde deelnemers hadden de mogelijkheid om één of meer antwoorden te kiezen die het best hun eerdere antwoorden en schattingen van de betalingsbereidheid weergaven. De meerderheid van de deelnemers (n=49) of 47% van de respondenten gaf aan dat de gekozen waardeschattingen overeenkwamen met "de waarde die zij aan het initiatief hechtten". Nog eens (n = 26) van de deelnemers of 25% gaf aan niet bereid te zijn voor een soortgelijk initiatief te betalen omdat zij zich geen extra belasting konden veroorloven.

In overeenstemming met de richtsnoeren van de National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) voor beste praktijken bij de uitvoering van studies met een contingente waarderingsmethode (Arrow et al., 1993) werd aan alle respondenten een vervolgvraag gesteld. Deze vraag vroeg de respondenten naar hun betalingsbereidheid voor de hypothetische initiatieven en de respondenten werd verzocht opties te selecteren die hun antwoorden het best verklaarden. Deze debriefingvraag is gebruikt om protestantwoorden te onderzoeken en de redenen te identificeren waarom respondenten niet bereid zijn te betalen voor de hypothetische initiatieven; de resultaten (N=105) zijn weergegeven in tabel 7.

Respondenten die zich niet met het hypothetische scenario hebben beziggehouden, staan bekend als protesteerdere. Protesteerdere zijn respondenten die aangaven niet geïnteresseerd te zijn in schijninitiatieven, niet te geloven in schijninitiatieven en vinden dat de overheid moet voorzien. Uit de resultaten blijkt dat (n=42) of 40% van de respondenten protesteerdere waren bij het voorgelegde hypothetische scenario. De respondenten gaven aan dat uit hun antwoorden bleek dat zij niet geïnteresseerd waren in schijninitiatieven (n=12) of 11%; niet geloven in schijninitiatieven (n=4) of 4% en (n=28) of 27% van de deelnemers meldden dat zij niet bereid waren te betalen voor een soortgelijk initiatief omdat de overheid de door de initiatieven beschreven voordelen zou moeten bieden zonder extra kosten voor de belastingbetalers.

Tabel 7 Resultaten van keuze en voorkeuren

	n	%
Waarde van initiatif's	49	47%
Kan zich geen extra belasting veroorloven	26	25%
Niet geïnteresseerd in schijninitiatif's	12	11%
Gelooft niet in schijninitiatif's	4	4%
Overheid zou moeten voorzien	28	27%
Protesteerd (respondenten die niet geïnteresseerd waren in schijninitiatif's; geloven niet in schijninitiatif's en de regering zou moeten voorzien)	42	40%

De antwoorden en waardeschattingen op de vragen van de contingente waarderingmethode weerspiegelen de waarde die de deelnemers aan de EMPOWERCARE-initiatieven toekennen.

5.3 Kosten van levensonderhoud

De respondenten (N=105) werd gevraagd na te denken over de kosten van levensonderhoud en het effect daarvan op henzelf en hun huishouden, 4 stellingen te overwegen en aan te geven welke stelling hun situatie op dat moment het best beschreef. Uit de resultaten in tabel 8 blijkt dat (n=2) of 2% van de respondenten het moeilijk vindt om van week tot week rond te komen en dat (n=69) of 66% van de respondenten aangeeft dat zij voorzichtig met geld moeten omgaan. Nog eens (n=23) of 22% van de respondenten geeft aan dat zij het zonder veel problemen kunnen redden en (n=11) of 11% van de respondenten geeft aan dat zij het redelijk goed hebben.

Tabel 8 Kosten van levensonderhoud, cijfers en percentages.

	n	%
Ik vind het een opgave om van week tot week rond te komen	2	2%
Ik moet voorzichtig zijn met geld	69	66%
Ik kan me zonder veel moeite rond komen	23	22%
Ik zit vrij comfortabel financieel	11	11%

5.4 Binair regressiemodel om de effecten op de betalingsbereidheid te voorspellen

Een binaire logistische regressie werd uitgevoerd om de effecten na te gaan van de waarde die de deelnemers hechten aan het initiatief, de bereidheid om deel te nemen aan een alternatief initiatief, de deelname aan het technische initiatief, het in goeden doen zijn, de totale eenzaamheid (gecombineerde emotionele en sociale eenzaamheid), hoe nuttig zij het internet vinden bij het nemen van beslissingen over gezondheid en hoe belangrijk het is om toegang te hebben tot gezondheidsmiddelen op het internet op basis van de waarschijnlijkheid dat de deelnemers bereid waren te betalen voor een soortgelijk alternatief initiatief.

In de logistische regressieanalyse bepaalt de Wald-test de statistische significantie voor elk van de onafhankelijke variabelen, zoals weergegeven in tabel 9. De resultaten geven aan dat de volgende variabelen statistisch significant zijn: waarde die deelnemers hechten aan het initiatief ($p = ,000$), bereidheid om deel te nemen aan een alternatief initiatief ($p = ,000$) in goeden doen zijn ($p = ,041$), deelnemen aan de technisch gerichte initiatieven ($p = ,027$) en totale eenzaamheid ($p = ,002$) hebben allemaal significant bijgedragen aan het model/voorspelling. De variabelen hoe nuttig het internet is bij het nemen van gezondheidsbeslissingen ($p = ,169$) en hoe belangrijk het is om toegang te hebben tot gezondheidsbronnen op het internet ($p = ,052$) droegen echter niet significant bij aan het model.

Tabel 9 Logistische regressie die de betalingsbereidheid voorspelt

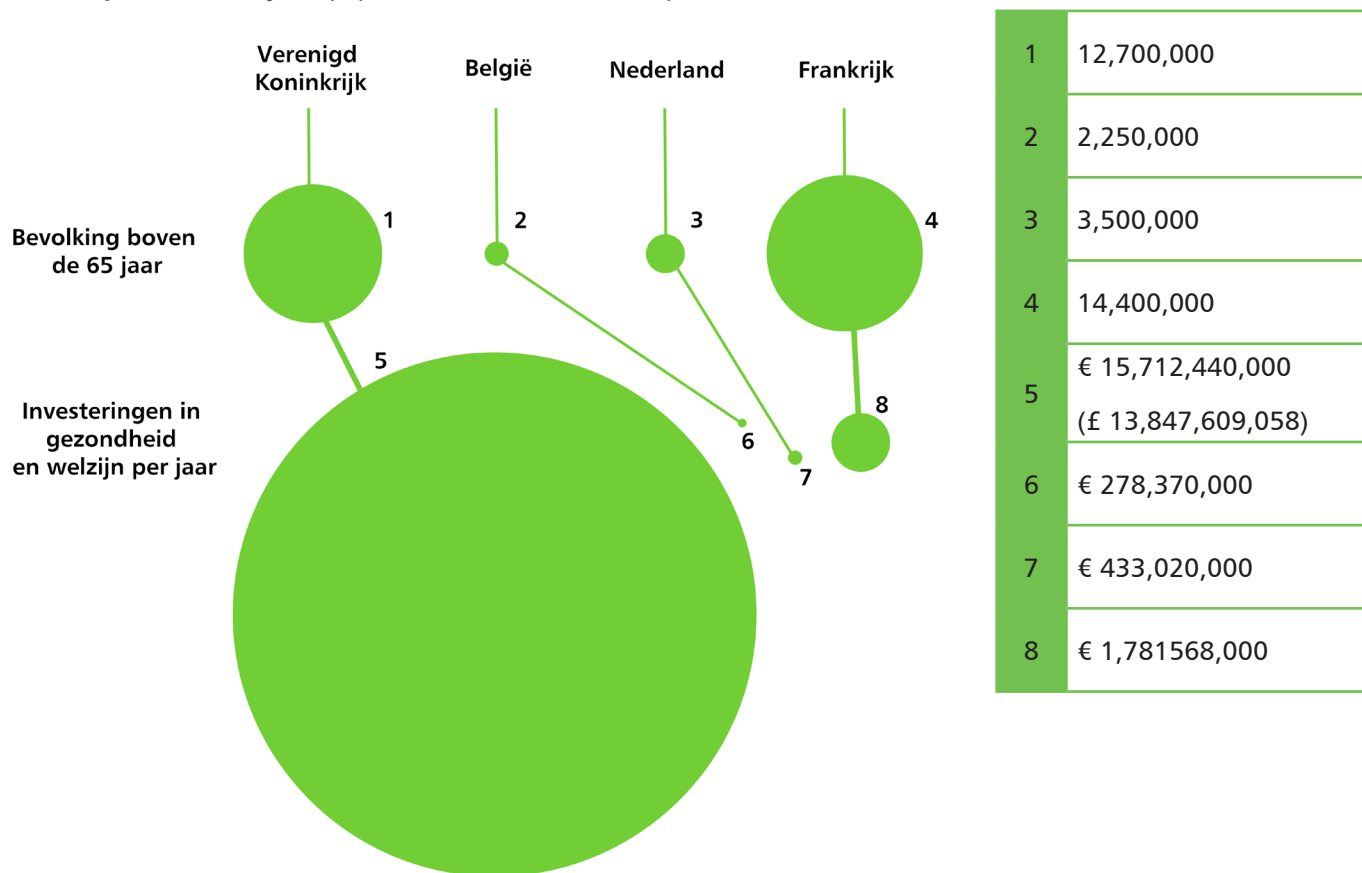
Variabel	B	Wald χ^2	p	Kansverhouding
Waarde die deelnemers aan het initiatief hechten	-5.217	12.389	.000	.005
Bereidheid om deel te nemen aan een alternatief initiatief	4.010	12.131	.000	55.12
Comfortabel zonder	3.3.08	4.163	.041	27.3
Deelname aan de technische initiatief	1.979	4.861	.027	7.24
Eenzaamheid	1.191	9.677	.002	3.29
Hoe nuttig is het internet bij het nemen van gezondheidsbeslissingen	-.773	1.895	.169	.46
Hoe belangrijk is het voor u om toegang te hebben tot gezondheidsmiddelen op het internet	1.303	3.782	.052	3.7
Constant (WTP)	-13.489	12.821	.000	.000

Het algemene model is statistisch significant, $\chi^2(7) = 63,362$, $p < ,05$ en verklaart de 69% (Nagelkerke R2) variantie onder deelnemers en de verschillen in hun bereidheid om te betalen voor een alternatief initiatief. Verder gaf het model correct aan dat er 91,4% kans bestaat dat dit zal gebeuren. Bovendien is de bereidheid om te betalen 55 keer groter als de respondenten bereid zijn deel te nemen aan een alternatief initiatief en 27 keer groter als de respondenten in goeden doen zijn. Daarnaast was het voorspellende model voor de betalingsbereidheid voor een alternatief initiatief significant als de emotionele en sociale eenzaamheid van de respondenten werd verbeterd door deelname aan de technisch gerichte initiatieven en werd beïnvloed door de waarde die de respondenten hechtten aan deelname aan de EMPOWERCARE-initiatieven.

De resultaten van deze contingente waarderingmethode geven aan dat deelnemers die ervaring hebben met de EMPOWERCARE-initiatieven waarde hechten aan toegang tot en betrokkenheid bij de initiatieven. De schattingen van de waarde suggereren dat deelnemers bereid zijn tussen 0,10 euro en 40 euro per maand uit eigen zak te betalen. Logistische regressieresultaten geven aan dat respondenten 55% meer bereid zijn om te betalen voor de gezondheids- en welzijnseffecten van een alternatief initiatief en dat dit 27% meer waarschijnlijk is als respondenten in goeden doen zijn. Bovendien zijn de deelnemers gemiddeld bereid 10,31 euro per maand uit eigen zak te betalen om gebruik te maken van de EMPOWERCARE-initiatieven en de gezondheids- en welzijnseffecten ervan te benutten. Bij extrapolatie van deze gemiddelde schatting van de betalingsbereidheid van elke deelnemer blijkt dat elke deelnemer die zich bereid heeft verklaard per maand te betalen, derhalve bereid is 123,72 euro per persoon per jaar uit eigen zak te betalen om van de EMPOWERCARE-initiatieven te profiteren. Als deze schatting wordt toegepast op alle deelnemers die bereid zijn gemiddeld 10,31 euro per maand te betalen ($n=81$), zijn de deelnemers gezamenlijk bereid 10.021,32 euro uit eigen zak te betalen voor de voordelen van de EMPOWERCARE-initiatieven op het gebied van gezondheid en welzijn. Deze schattingen van de waardering zijn representatief voor een kleine populatie ($n=81$) in deze evaluatie en niet representatief voor de gehele bevolking van 65-plussers in de vier onderzochte landen: VK, België, Nederland en Frankrijk. Prognoses voor de behoeften van dit deel van de bevolking in elk van de vier landen en onderzoek van de huidige bevolkingsgegevens van de Wereldbank (2021) wijzen erop dat dit segment van de bevolking, 65 jaar en ouder, gestaag toeneemt, zoals blijkt uit tabel 10. Investeren in preventieve gezondheidsmaatregelen zoals de EMPOWERCARE-initiatieven zou de resultaten op het gebied van gezondheid en welzijn kunnen verbeteren, evenals de gezondheid op het gebied van sociale en emotionele eenzaamheid onder dit deel van de bevolking, dat vaak kwetsbaar is en te maken heeft met isolement binnen gemeenschappen. Op basis van de schattingen van de betalingsbereidheid van 123,72 euro per persoon per jaar (gebaseerd op de betalingsbereidheid van de respondenten) en geëxtrapolerd voor elk van de vier landen in deze evaluatie worden in tabel 10 voorzichtige investeringen in initiatieven zoals

de EMPOWERCARE-initiatieven voor elk van de landen aangegeven. Deze preventieve gezondheidsinvesteringen op basis van de voorzichtige schattingen in deze evaluatie moeten de regeringen enige duidelijkheid geven over investeringen in lokale gemeenschapsvoorzieningen die erop gericht zijn personen van 65 jaar en ouder binnen hun lokale gemeenschap te houden en zorg dicht bij huis te verlenen.

Tabel 10 Projected over 65 years populations and investment in preventative health initiatives



Deze waardeschattingen weerspiegelen het belang dat de deelnemers hechten aan de EMPOWERCARE-initiatieven en de bereidheid om bij te dragen aan toegang tot en betrokkenheid bij deze initiatieven. De deelnemers gaven aan dat dit de waarde was die werd geassocieerd met de gezondheids- en welzijnsinitiatieven die via EMPOWERCARE beschikbaar zijn. Deelnemers gaven echter aan dat zij het zich niet konden veroorloven extra belastingen te betalen om dergelijke gezondheids- en welzijnsinitiatieven die via de EMPOWERCARE-initiatieven worden geleverd te ondersteunen.

In deze evaluatie wordt erkend dat de respondenten hebben aangegeven dat zij bereid waren om uit eigen zak te betalen voor de EMPOWERCARE-initiatieven, maar dat ze bij het beantwoorden van de debriefingvragen aangaven dat deze initiatieven zouden moeten worden verstrekt door overheidsdiensten. Deze schattingen van de betalingsbereidheid bieden belangrijke inzichten voor beleidsmakers en zorginstanties over de waarde die eerdere deelnemers hechten aan de diensten die via de EMPOWERCARE-initiatieven in lokale gemeenschappen worden geleverd. Uit deze waarderingsschattingen blijkt dat de toewijzing van een vergelijkbaar niveau van financiering per persoon een nuttig gebruik van lokale gemeenschapsmiddelen zou kunnen zijn om de gezondheids- en welzijnsresultaten te verbeteren.

6. CONCLUSIES

Uit de evaluatie is gebleken dat de EMPOWERCARE-initiatieven in alle casestudielocaties met succes zijn uitgevoerd, hoewel er enkele uitdagingen waren.

- De evaluatiegegevens werden verzameld in een periode waarin alle deelnemende landen werkten binnen de beperkingen van de door de overheid voorgeschreven sociale maatregelen om de verspreiding van COVID-19 te voorkomen.
- Het EMPOWERCARE-initiatieven waren niet gestandaardiseerd en werden in elke casestudielocatie anders geïnterpreteerd en uitgevoerd.
- Het verzamelen van demografische gegevens van eindgebruikers en werknemers was een uitdaging. Met casestudielocaties in meerdere landen waren er enkele lokale zorgen over de rol van de AVG (GDPR) bij het verzamelen van persoonsgegevens.
- Het feit dat de leveringslocaties de gegevens zelf verzamelden in opdracht van het evaluatieteam leidde ook tot problemen bij het waarborgen dat de gegevens volgens het gegevensverzamelingsplan werden verzameld. Het werken op afstand en het aansturen van internationale locaties die geen ervaren onderzoekers waren, betekende dat er veel verduidelijking nodig was en dat taalbarrières een efficiënte gegevensverzameling soms in de weg stonden.

Ondanks de uitdagingen betekende het gebruik van de realistische aanpak dat de complexiteit van de gegevens van verschillende initiatieven uit 7 casestudielocaties de bevindingen niet beperkte. Integendeel, de vele perspectieven en gegevensbronnen verrijkten het begrip en de verklarende evaluatie van de EMPOWERCARE-initiatieven.

De kwantitatieve en kwalitatieve gegevens vulden elkaar aan en leverden belangrijke gebieden op waarop de EMPOWERCARE-initiatieven een positief effect hadden.

Voor eindgebruikers waren de belangrijkste gebieden:

- Grotere zelfredzaamheid, inclusief een gevoel van vermogen om actie te ondernemen met betrekking tot hun eigen gezondheid en welzijn en vertrouwen in hun technologische vaardigheden.
- Verminderde eenzaamheid, met sterke getuigenissen over het positieve effect van de initiatieven om isolement en eenzaamheid aan te pakken.
- Meer online zoeken naar gezondheid, digitale geletterdheid en vertrouwen in het gebruik van technologie voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheidsbehoeften en om in contact te blijven met hun sociale netwerken.

Voor het personeel waren de belangrijkste gebieden:

- Toename in persoonsgerichtheid, samen met uitingen van erkenning rond positieve veranderingen in de werkpraktijk.
- Inbedding in de training van het personeel, vooral wat betreft de bereidheid tot reflexieve controle en collectieve actie, met getuigenissen van het nemen van tijd om na te denken over gedrag en acties in de praktijk.

Geïntegreerd in het evaluatieontwerp was de contingente waarderingsmethode en de principes van de "Good Ancestor" om langetermijndenken en duurzaamheid te onderzoeken. Deze gecombineerde benaderingen werden gebruikt om de gezondheids- en welzijnsvoordelen te onderzoeken en in te schatten in hoeverre men bereid is te betalen voor de gezondheids- en welzijnseffecten van deelname aan de EMPOWERCARE-initiatieven. De resultaten wijzen erop dat deelnemers bereid zijn te betalen. Uit de economische resultaten blijkt dat financiering per persoon een nuttig gebruik van lokale gemeenschapsmiddelen zou kunnen zijn om de gezondheids- en welzijnsresultaten onder ouderen te verbeteren. Uit de thematische analyse van de focusgroepgesprekken bleek dat sociale cohesie in de gemeenschap en duurzame contacten tussen de generaties essentieel zijn en dat het welzijn negatief kan worden beïnvloed als toekomstige generaties niet worden ondersteund. Uit de bevindingen bleek dat er in de toekomst zorg nodig is om

een einde te maken aan digitale armoede en ervoor te zorgen dat de volgende oudere generaties veel meer digitaal bewust en technologisch vaardig zijn. Daarnaast suggereren de resultaten dat het essentieel is dat sociaal isolement en eenzaamheid in de samenleving worden aangepakt en dat ervoor wordt gezorgd dat de voordelen van het behoud van sociale en gemeenschapscohesie inherent zijn aan gemeenschappen, nu en voor toekomstige generaties. Uit de bevindingen blijkt ook dat samenwerking tussen diensten, participatieve benaderingen bij de verlening van diensten met de nadruk op kwetsbare groepen noodzakelijk zijn voor holistische voorspellingen voor toekomstige generaties, alsmede het belang van diensten die oorspronkelijke voordelen voor de verschillende generaties opleveren.

Met betrekking tot de gezondheidsbehoeften van oudere bevolkingsgroepen is gevraagd om meer en relevanter onderzoek van goede kwaliteit ter onderbouwing van het gezondheidsbeleid, betere sectoroverschrijdende geïntegreerde zorg en financiële modellen om deze en toekomstige generaties ouderen zorg te bieden. Op gemeenschapsniveau wordt mobilisatie die is gericht op het aanpakken van de toegenomen levensverwachting en groeiende ouderenzorg die de autonomie, onafhankelijkheid en mogelijkheden voor ouderen vergroot, beschouwd als de sleutel om te voorkomen dat de gezondheidsbehoeften van ouderen over het hoofd worden gezien en onvoldoende worden vervuld (Wereldgezondheidsorganisatie, 2017). Dit is een wereldwijde uitdaging en iets dat meer samenwerking vereist tussen organisaties, landen, regio's en gemeenschappen.

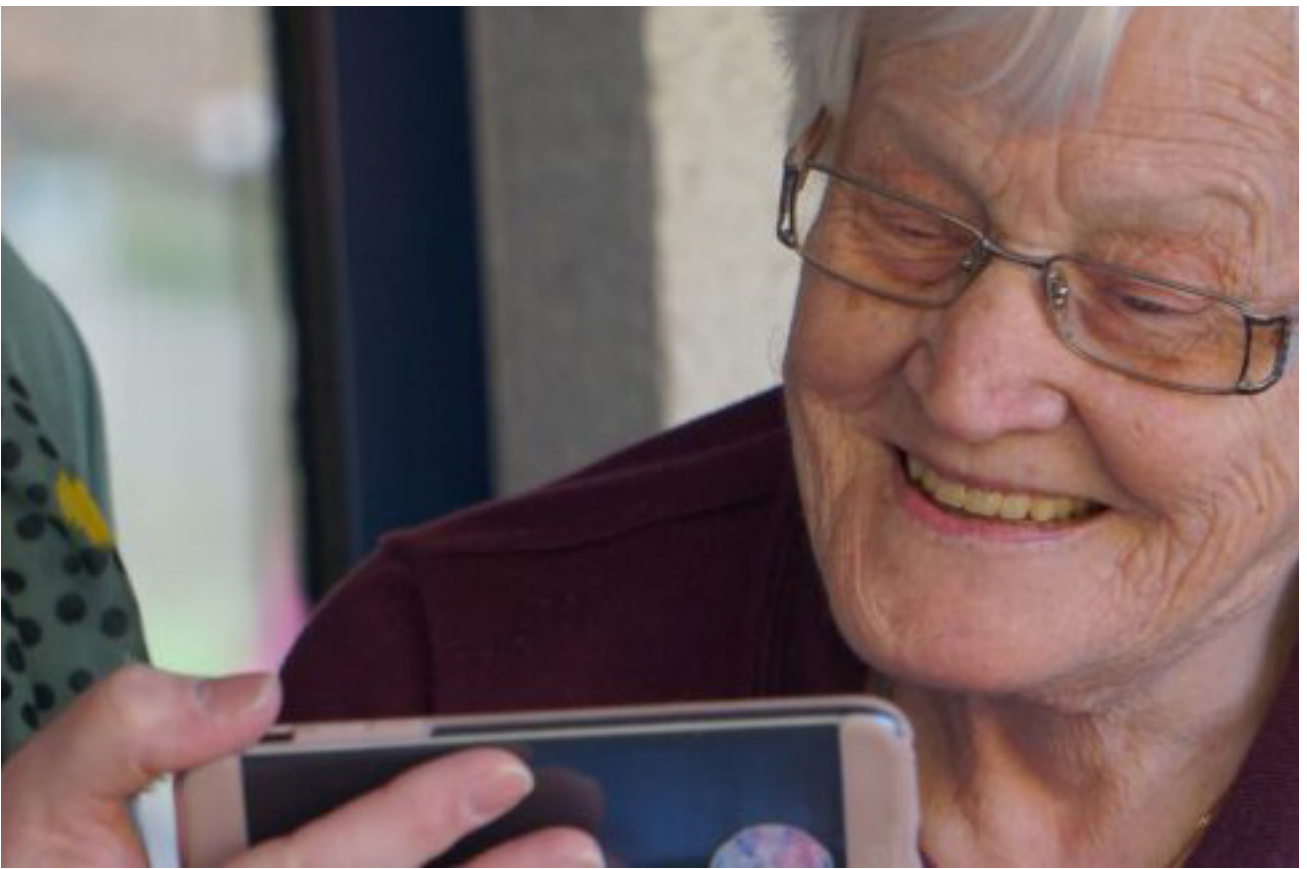
In op activa gebaseerde benaderingen, zoals het EMPOWERCARE-initiatieven, worden activa beschouwd als sociaal kapitaal, eigenwaarde en sterke gemeenschappen. Zorgverleners zijn een hulpbron en kunnen individuen en gemeenschappen ondersteunen bij het herkennen en ondernemen van actie door gebruik te maken van activa, samen met vaardigheden en capaciteiten om vermijdbare ziekten, sterfgevallen en riskant gezondheidsgedrag te verminderen en zo voor betere gezondheid, beter welzijn en sterkere, meer verbonden en mondige gemeenschappen te zorgen (Foot & Hopkins, 2010). Voor een relatief lange periode is er een aanzienlijk gebrek aan sterk bewijs dat ze effectief zijn (Daly & Westwood, 2017).

De EMPOWERCARE-evaluatie, waarin het op activa gebaseerde werk van een aantal bestaande en geteste partnerinitiatieven uit heel België, Frankrijk, Nederland en het VK wordt gecombineerd, heeft aangetoond dat de personeelsleden ouderen beter kan verzorgen vanuit hun gemeenschap door persoonsgerichtheid, de juiste training en de integratie van zorgtechnologieën in de praktijk. Door te zorgen voor wat belangrijk is voor ouderen kunnen zij hun gezondheid en welzijn verbeteren, kunnen zij meer verantwoordelijkheid nemen voor hun zorg door gebruik te maken van technologieën en lokale diensten die hen gemotiveerd houden om controle te hebben over beslissingen die van invloed zijn op hun gezondheid en welzijn, wordt de sociale en gemeenschapscohesie verbeterd en wordt een oplossing geboden voor de financiële gevolgen van de stijgende zorgkosten voor ouderen.

De evaluatieresultaten leveren een aantal positieve resultaten op over het succes van de EMPOWERCARE-initiatieven in de vier landen. Per locatie is meer analyse verricht om inzicht te krijgen in de verschillende aspecten van de EMPOWERCARE-strategie, het pakket voor de transformatie van het personeelsbestand en de technologische blauwdruk die een positief verschil hebben gemaakt voor de eindgebruiker en de personeelsleden. Deze verdere analyses zullen een vollediger beeld geven van het effect van het EMPOWERCARE-initiatieven, en informatie verschaffen voor de volgende werkfasen.

7. REFERENCES

- Anderberg, P., Eivazzadeh, S., & Berglund, J. S. (2019). A novel instrument for measuring older people's attitudes toward technology (TechPH): Development and validation. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e13951.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Plenum Press.
- Arrow, K., Solow, R., Portney, P., Leamer, E., Radner, R. (1993). Report of the NOAA panel on Contingent Valuation. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4473366/mod_folder/intro/Arow_WTP.pdf
- Daly, M., & Westwood, S. (2017) Asset based approaches, older people and social care: an analysis and critique. *Ageing and Society*, 38(6): 1-13. DOI:10.1017/S0144686X17000071
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7, 121-130.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- Drummond, M.F., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (1987). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Edvardsson D., Sandman P.O. & Rasmussen B. (2008a) Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-Centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management* 17, 790–795.
- Fat, L., Scholes, S., Boniface, S., Mindell J., & Stewart-Brown S. (2017) Evaluating and establishing the national norms for mental well-being using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Quality of Life Research*, 26(5), 1129-1144.
- Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., ... & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex initiatives: part 2-validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-13.
- Foot, J. & Hopkins, T. (2010) A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. [Report] Improvement and Development Agency. <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Inoue, Y., Mifune, N., Saijo, T. (2023) Positive reputation for altruism toward future generations regardless of the cost for current others. *Front. Psychol.* 13:895619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895619>
- Mitchell, R. C., Carson, R. T. (1989). *Using surveys to value public goods. The Contingent Valuation Method*. Resources for the Future Press, Washington. <https://doi.org/10.4324/9781315060569>
- Mols, F., Pelle, A. J., & Kupper, N. (2009). Normative data of the SF-12 health survey with validation using postmyocardial infarction patients in the Dutch population. *Quality of life Research*, 18, 403-414.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507.
- O'Brien B, Gafni A. (1996). When Do the "Dollars" Make Sense?: Toward a Conceptual Framework for Contingent Valuation Studies in Health Care. *Medical Decision Making*;16(3):288-299. doi:10.1177/0272989X9601600314
- Pawson, R. & Tilley, N. (2004) *Realist Evaluation*. Sage. [Online] Available at: http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf Accessed 14/12/20
- Pawson, R. (2006) Digging for Nuggets: How 'Bad' Research Can Yield 'Good' Evidence. *International Journal of Social Research Methodology*. 9:2:127-142. DOI: 10.1080/13645570600595314
- Reeve, J., Cooper, L., Harrington, S., Rosbottom, P., & Watkins, J. (2016). Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the co-production of a new complex initiative. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-13.
- Rentsch, J. R., & Steel, R. P. (1992). Construct and concurrent validation of the Andrews and Withey job satisfaction questionnaire. *Educational and psychological measurement*, 52(2), 357-367.
- Spencer, L.H., Lynch, M., Thomas, G. (2021). Developing a conversation about identifying community needs to embrace wellbeing through social prescribing interventions: a qualitative study. *The Lancet Public Health*, 82. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)02625-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)02625-8.pdf)
- Spencer, L.H., Lynch, M., Thomas, G.M., Edwards, R. T. (2023). Intergenerational Deliberations for Long Term Sustainability. *Challenges* 2023, 14(1), 11; <https://doi.org/10.3390/challe14010011>
- Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, et al. (2009) Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*, 7(1), 1-8.
- The World Bank (2022). Population ages 65 and above, total - France, United Kingdom, Belgium, Netherlands. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?end=2021&locations=FR-GB-BE-NL&start=1960&view=chart> Accessed 27/02/2023
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., De Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMEd Investigators. (2013). The mental component of the short-form 12 health survey (SF-12) as a measure of depressive disorders in the general population: results with three alternative scoring methods. *Value in Health*, 16(4), 564-573.
- Wang, C. & Burris, M. A. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health Education & Behavior*. 1997;24(3):369-387. doi:10.1177/109019819702400309
- Ware, Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.
- World Health Organisation (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K., (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.



Interreg



EUROPEAN UNION

2 Seas Mers Zeeën

EMPOWERCARE

European Regional Development Fund