

## **Képzési kurzus idősellátásban dolgozó szociális szakgondozóknak**

### **Támogatott környezeti életviteli szolgáltatások az otthonápolásban és közösségi környezetben idősek részére**

---

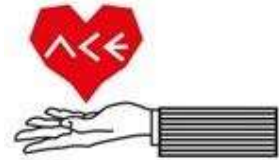
#### **A támogatott környezeti életviteli szolgáltatások (AAL) használata**

**2014-1-CZ01-KA202-002058**

#### **2. A támogatott környezeti életviteli szolgáltatások (AAL) használata**

Az Ambient Assisted Living (AAL) megoldásoknak köszönhetően az idős korú felhasználók

This communication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein



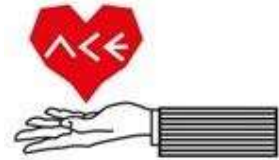
könnyebben és önállóbban élhetnek. A sikeres AAL megoldások fejlesztése az ICT-területen (Információs és kommunikációs technológiák) fontos és potenciálisan igen kifizetődő feladat, de lehet ijesztő probléma is: jutalmazó, mivel az AAL megoldások lehetővé teszik felhasználóiknak a függetlenséget vagy a támogatást, és a technológiai szolgáltatók gazdasági hasznot nyernek; és ijesztő, mert a technológiákat ritkán könnyű fejleszteni, és a különféle felhasználói igényeket gyakran túl nehéz kielégíteni egyetlen technológiával. Az AAL megoldások számos különböző felhasználói csoportot érintenek, néha AAL végfelhasználóknak vagy AAL-partnereknek hívják őket, és a felhasználói csoportok elsődleges, másodlagos és tercier felhasználókra oszthatók.

**1. Elsődleges végfelhasználók** azok az idős emberek, akik AAL megoldásokat használnak.

**2. Másodlagos végfelhasználók** olyan személyek (családok, barátok, szomszédok stb.), vállalatok vagy szervezetek, amelyek az elsődleges végfelhasználók javát szolgáló AAL-megoldásokat érnek el vagy használnak. Ez a csoport közvetlenül részesülhet az AAL termékekből vagy szolgáltatásokból, amikor használják ezeket (az elsődleges végfelhasználó otthonában vagy távolról), és közvetve, amikor az elsődleges végfelhasználók gondozási igényei csökkennek.

**3. Harmadlagos végfelhasználók** olyan intézmények, magán- vagy állami szervezetek, amelyek nem közvetlenül érintkeznek az AAL megoldásokkal, de akik szerepet játszanak a szolgáltatásukban, finanszírozásuk biztosításában, illetve lehetővé teszik számukra azt. Ez a csoport magában foglalja az állami szektor szervezőit, társadalombiztosítási rendszereit, biztosítótársaságokat. Az AAL megoldások hatékonyságának köszönhető költségcsökkentés, illetve a közép- és hosszú távú növekvő költségek elkerülése nyújtanak előnyöket ezen felhasználók számára.

A kategorizálás azonban az AAL megoldástól függ; például, amikor a megoldás olyan szoftver, amely összekapcsolja az orvosokat és az időseket, akkor mindketten elsődleges felhasználók, de amikor a szoftver az időseket másokkal kapcsolja össze, és lehetővé teszi számukra, hogy szocializálódjanak, akkor ők az elsődleges felhasználók. A fejlesztési folyamat nagyon korai szakaszában minden felhasználói csoport követelményeinek elemzése nagyon hasznos az AAL megoldás sikere érdekében. Ez történhet például a felhasználóknak a fejlesztési folyamatokba való integrálásával, de másodlagos adatokon



keresztül is megvalósítható (nincs szükség a munka reprodukálására és a felhasználói igények megismerésére minőségi kutatás révén, ha mások már elvégezték a munkát). Az egyes felhasználók megbízható ismerete nélkül a fontos követelmények negligálódhatnak (például mikor fizetnek a biztosító cégek a technológiáért?), ami később a rendszer piaci bevezetése során jelentős akadályt jelenthet.

## 2.1. Idős emberek, mint elsődleges AAL szolgáltatás végfelhasználók

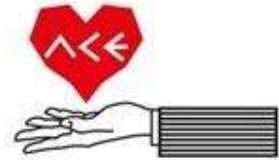
Az Ambient Assisted Living (AAL) megoldások célja az idősök életminőségének javítása. Az idősök életkorral kapcsolatos szükségleteit az egészségkárosodástól kezdve a szociális életben bekövetkező változásokig, a mobilitási igényektől a gondozás igényekig terjedően célozzák meg. Ugyanakkor, az idősök számára való AAL megoldások megítélése gyakran ferde képet mutat az idősokről - öreg, szegényes és magányos, gondozásra szoruló emberek, akik elutasítják a technológia használatát (kivéve a TV-t). Bár néhány időskorú ember szenved az életkorral összefüggő hiányosságok miatt, ez nem egy teljes kép az életükről. Az idős emberek (65 és 85 év közöttiekéről szólva) nagyon aktívak lehetnek:

- A 65 év feletti idősök 30-80% -a még mindig utazik.
- Átlagosan az időskorúak minden 7 napban 5-t töltenek otthonukon kívül.
- Az idősök 68% -ának saját autója van.
- Az idősök kétharmadának van partnere.
- Az idősök 75% -a nagyszülő.
- A gyermekekkel rendelkező időskorúak körülbelül 70% -a havonta vagy hetente többször is látja őket.
- Az idősök mindössze 4% -a érzi magányosnak magát (korrelációban az egészségügyi problémákkal és az egyedülálló státusszal).
- Az idősök 45% -a önkéntes tevékenységet folytat.
- Az idősök 42% -a egészséges vagy nagyon egészségesnek érzi magát.<sup>1</sup>

Néhány idős ember gondoskodik szüleiről, gyermekeik gyermekeiről, szomszédjairól vagy barátairól. Ez azt jelenti, hogy nemcsak ellátást igényelnek, hanem gondoskodnak is. Ezért

---

<sup>1</sup> Becker (2007). Living conditions and everyday activities of the elderly and their requirements concerning ambient assisted living



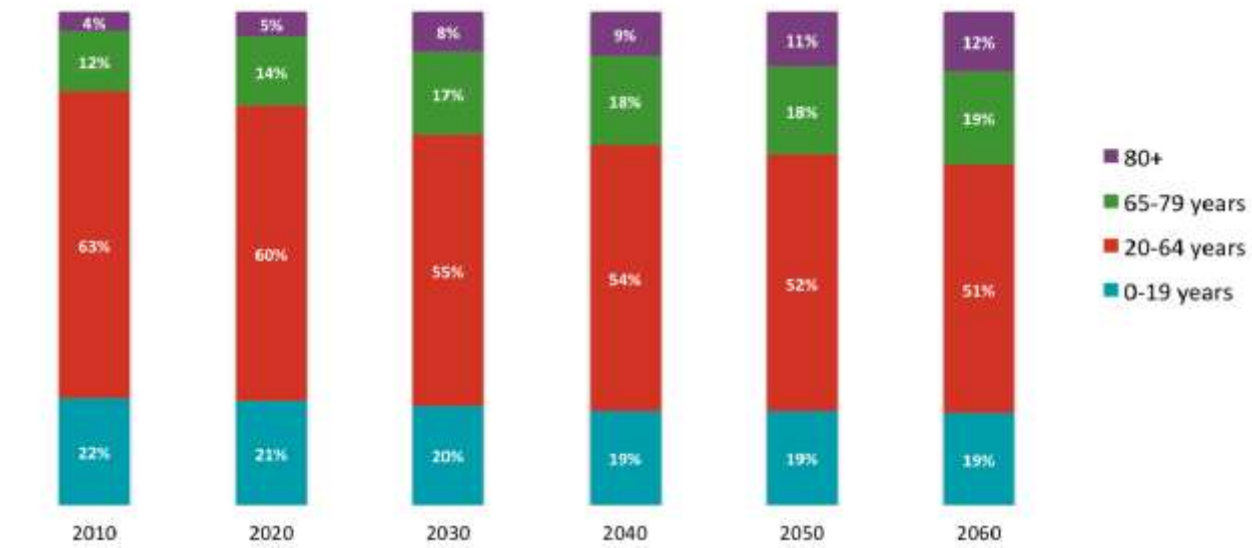
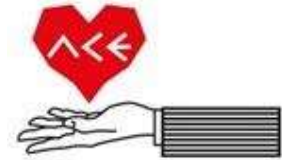
fontos megkérdőjelezni az idősekről alkotott sztereotipikus képet, és gondoskodni arról, hogy az AAL megoldások megtervezése új empirikus adatokon alapuljon, ne pedig irreális előítéletekre vagy a puszta találgatásra.

Az adatokat ellenőrizni kell az egyes AAL projektek országspecifikus különbségeit illetően, kiindulópontként meg kell értenünk az idősök életstílusának széles skáláját, a legsürgetőbb szükségleteiket, és hogy az AAL-megoldások hogyan tudnak hozzáadott értéket teremteni számukra. Szintén nagyon fontos szempont a mi esetünkben, hogy figyelembe vegyünk az idősök életétfázisait.

Az időskorú felhasználók számára készült termékek megtervezésekor fontos tudni, hogy az időseket nem lehet homogén népességnek tekinteni, hanem különböző alcsoportokat tartalmaznak. Az alapvető differenciálódás a harmadik és a negyedik korosztály között van, amint azt Laslett (1991) modellje mutatja:

**A harmadik korosztály** (idős korosztály) az idősebb felnőttek egészséges és aktív életszakaszát írja le, amely a korábbi életmód folytatása nyugdíjba vonulása után (kb. 65-80 év). Ennek a korszaknak a következményei meglehetősen pozitívak és a személyes teljesítmény és önmegvalósítás határozza meg.

**A negyedik korosztály** (legidősebb korosztály), amely nagyjából 80 éves korban kezdődik, a hanyatló egészséggel és függetlenséggel hozható kapcsolatba. A magas életkor gyakran súlyvesztést, lassú mozgásokat, gyorsabb kifáradást és a testmozgás csökkenését eredményezi. A komorbiditás (vagyis több betegségtől egyidejűleg való szenvedés), intézményi feltételek szükségessége és az orvosi és gondozási szolgáltatások iránti igény növekszik. A harmadik korosztálytól eltérően ennek az életszakasznak a jellemzője a biológiai és pszichológiai diszfunkciók, a függőség, kiszolgáltatottság és a közeledő halál. Az 1. ábra azt mutatja, hogy a következő évtizedekben az EU-27 államokban folyamatosan emelkedni fog a két korosztály (a zöld és lila korcsoportok) aránya.



Az idős emberek korosztályi alcsoportjai közötti megkülönböztetés másik módja az, hogy részletesen foglalkozzon azokkal a kor tartományokkal, amelyek megfelelnek az olyan konkrét élethelyzeteknek (vagy életciklus eseményeknek / life course events, LCE), amelyekkel az emberek megküzdene, például az otthonról távozó gyermekek, nyugdíjba vonulás vagy a nagyszülővé válás. A 2. ábra egy olyan alapmodellt mutat be, amelyet a német lakosság számára fejlesztettek ki, ami más országokban kissé eltérhet, a történelmi eseményektől vagy a nyugdíj szabályoktól függően.



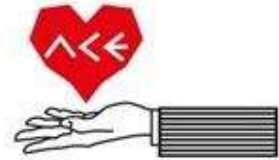
2. ábra: Gyerekkor, Orientáció, Individualizáció, Álmok keresése, Megállapodás, Karrier, Munkahelyi kilépés, Változás, Reflexió

Az AAL szempontjából különösen érdekes, hogy megvizsgáljuk az 50 év feletti emberekkel kapcsolatos kérdéseket:

**7. fázis - Munkahelyi kilépés (50-59 év) előkészítése:** 50 éves kortól kezdődően az emberek elkezdik a nyugdíjba vonulásukat megtervezni (kb. 60-65 év között, még akkor is, ha a hivatalos nyugdíjkorhatár általában magasabb)<sup>2</sup>. Ebben a szakaszban az emberekben egyre jobban tudatossá válik az öregedés, és elkezdik elveszíteni a szeretteiket: nem csak az idősek gyerekei hagyják el az otthont, hanem szüleik is öregszenek, és szerepük megváltozhat, az ellátásban részesülőből gondozóvá válnak. Emellett a válás aránya viszonylag magas ebben a csoportban (az összes válás körülbelül 25% -a). E változásokkal összhangban gyakran változik az életkörülményzetük is, például egy új (kisebb) otthon, új bútorok áthelyezése vagy az otthoni élettér eltérő módon történő felhasználása.

**8. szakasz - Változás és tapasztalat (60-74 év):** Ebben a fázisban, amikor az idősek nyugdíjba vonulnak, új szabadidejüket olyan hobbikra vagy eseményekre fordíthatják, amelyekre korábban nem rendelkeztek elegendő idővel, és így jól vagy szükségesnek

<sup>2</sup> EUROSTAT: Retirement age of EU-27.



érezhetik magukat: utazás, kulturális tevékenységek, új készségek elsajátítása vagy önkéntes munka. A költségvetésük tágabb általában, mint korábban, mivel otthonaikat kifizették és gyermekeik függetlenek. Ennek a korosztálynak a középpontjában az élvezet és a tevékenység áll.

**9. fázis - Reflexió és csökkenés (75 éves vagy idősebb):** Amíg az idősek még mindig egészségesek ebben a fázisban, a lehető leghamarabb megpróbálják meghosszabbítani az előző fázis kényelmét, miközben megpróbálják kompenzálni az életkorral vagy egészségi állapottal összefüggő korlátozásokat amennyire csak lehetséges. A hangsúly a társadalmi kapcsolatokra és a legfontosabbnak ítélt tevékenységekre összpontosul. Mivel nagymértékben értékelik maradék idejüket, kevésbé képesek eltérni az irreleváns kérdéseket, kudarcokat vagy a csalódást. Ha betegségek uralják az életüket, a mások általi támogatás nagyon fontos lesz.

Ezek az élet témák képezik az AAL megoldási célcsoportok és igényeik alapjait, melyeket az AAL megoldások támogathatnak.

## 2.2. Másadlagos és harmadlagos AAL szolgáltatás végfelhasználók

Az idősek általában nem az Ambient Assisted Living (AAL) technológia egyetlen felhasználói: rokonaik, szakmai gondozók, orvosai, a bentlakásos otthonukban dolgozó munkatársak és ingatlan ügynökök stb. gyakran érintettek egy AAL megoldás telepítésében. Ezért ezeket a további érdekelt feleket, érdekeiket és igényeiket be kell illeszteni a fejlesztési folyamatba. Az alábbi szakaszok tájékoztatást nyújtanak ezekről a felhasználói csoportokról annak érdekében, hogy segítsenek biztosítani, hogy ezen követelmények is szerepeljenek a technológia tervezésében.

### 2.2.1. Rokonok és informális ellátást nyújtó személyek

Az 50 éves vagy annál idősebb nyugdíjasokat leginkább gyermekeik vagy házastársaik gondozzák (lásd az alábbi táblázatot); e gondozók kétharmada nő. Közép-Európában a házastárs az intenzív ellátás 42,3% -át nyújtja, összevetve a nem intenzív ellátás 3,4% -ával. Dél-Európában azonban a gyermekek és más rokonok nyújtanak gyakrabban intenzív ellátást. Ha a gondozók már nem gondozzák partnereiket, gyermekeik (vagy a testvérek gyermekei) általában átveszik a feladatot. Ezek a gyermekek átlagosan 25 évvel fiatalabbak,



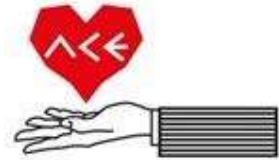
mint az ellátásban részesülők, és - koruktól függően - mérsékelt egészségügyi problémákkal is rendelkezhetnek.

Ország	Házastárs	Gyermek	Rokon	Barát
Ausztria	36.3	34.7	14.7	16.8
Belgium	33.7	40.4	16.6	23.4
Dánia	39.7	41.3	15.9	20.9
Franciaország	31.8	40.5	19.6	13.7
Németország	34.9	44.2	13.0	21.5
Görögország	33.2	35.2	14.9	14.7
Írország	28.5	35.2	22.4	18.8
Olaszország	23.1	36.2	22.6	24.1
Hollandia	27.4	46.9	17.2	24.7
Lengyelország	33.8	10.6	27.9	8.0
Spanyolország	28.0	39.9	20.6	10.9
Svédország	26.5	48.5	19.0	18.1
Anglia	34.1	32.2	5.4	27.4

A gondozók százalékos aránya az ellátásban részesülőkkel való viszony szerint és országonként (OECD, 2011).

Míg a gondozás nem befolyásolja a munkahelyi döntéseket alacsony gondozási intenzitásnál (10 óránál kevesebb), valamint az extra-bentlakásos gondozásnál, az intenzív ellátást és a





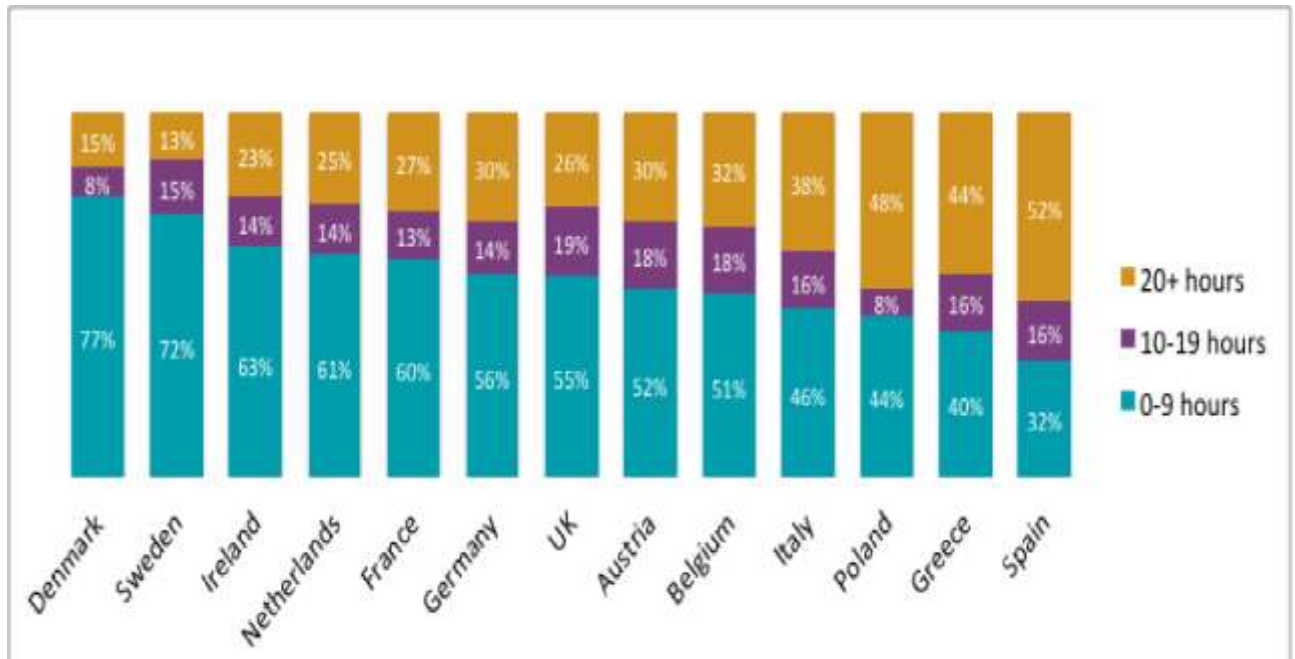
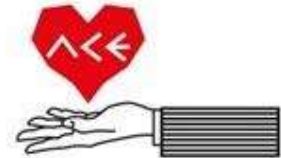
bentlakásos gondozást végzőknél igen. Az intenzív ellátást végzők nagyobb valószínűséggel otthonteremtőek, és kevésbé valószínű, hogy alkalmazottak. Ha még mindig dolgoznak, általában csökkentik a munkaidejüket vagy abbahagyják a munkát. Ennek az az oka, hogy a személyes gondoskodás nagyon igényes feladat lehet, amely nem kompatibilis a teljes munkaidővel, vagy akár a részmunkaidővel sem. Napjainkig a rendelkezésre álló munkahelyek gyakran nem elég rugalmasak a munkaidő tekintetében, vagy nem hagynak elegendő lehetőséget a gondozási feladatok ellátására. A gondozási feladatok időnként kiszámíthatatlanok lehetnek intenzitásuk tekintetében, ami rövid távú munkából való távolléthez vezethet. Így a gondozáshoz nagyobb valószínűséggel járul a szegénység a különböző országokban (kivéve Dél-Európát), különösen a nők számára.

A nyújtott ellátás intenzitása függ a mindennapi élet aktivitásaitól (activities of daily living - ADL), a gondozott időszerűak korlátozottságától és az országok közötti korlátozásoktól (lásd az 5. és a 6. ábrát). A gondozó rokonok rendszerint minden napi tevékenységükkel támogatják azokat, akik a gondozásukra szorulnak, például:

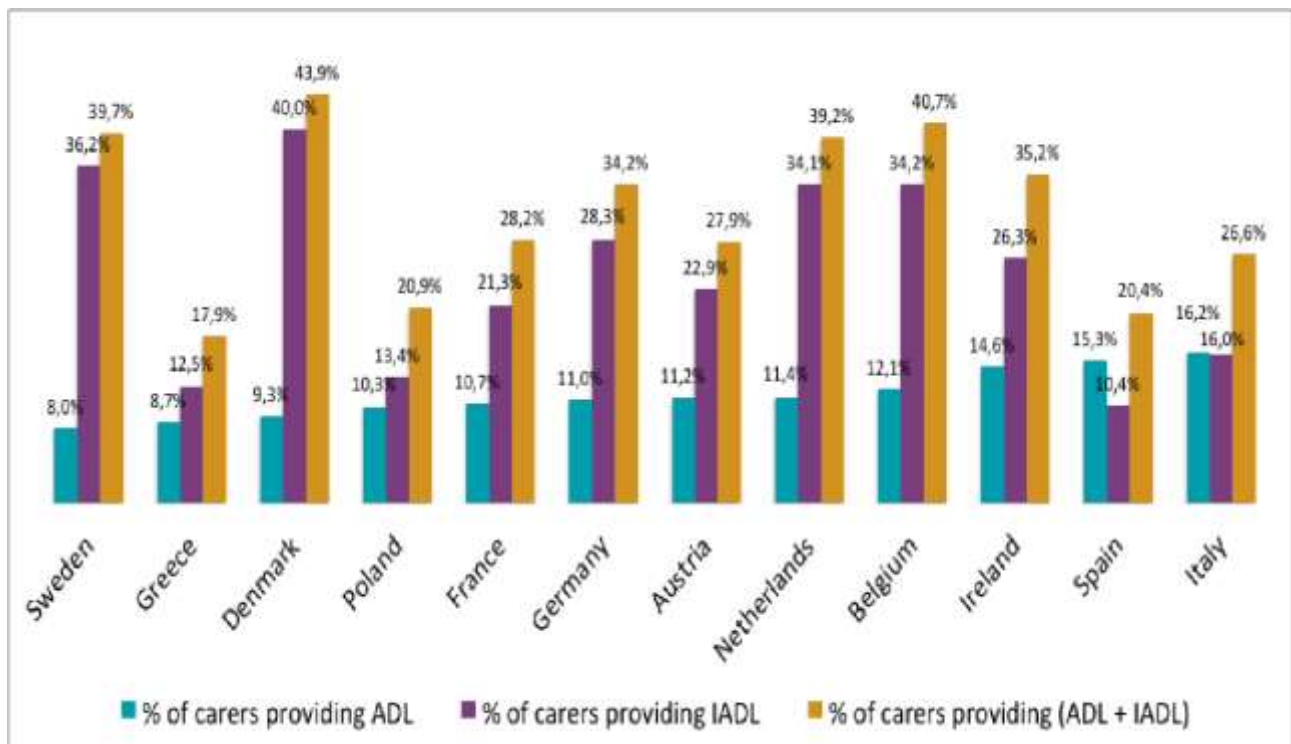
- Egészségügyi ellátás és / vagy rehabilitáció: sebellátás, gyógyszeres kezelés, egészségügyi és mobilitási gyakorlatok és memória gyakorlatok.
- A mindennapi élet (ADL) tevékenységei: ételek elkészítése, a toalett használatához szükséges segítség, öltözködés és levetkőzés, etetés, éjszakai gondozás.
- A mindennapi élet instrumentális tevékenysége (IADL): pénzügy, vásárlás, mosás, takarítás, szociális interakció.



Erasmus+



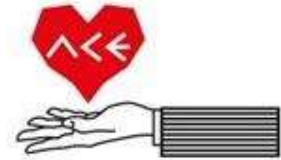
5. ábra: Az informális ellátás heti óráinak százalékos aránya országonként (OECD



tanulmány, 2011).

6. ábra: Az informális gondozók százalékos aránya a segítség típusa és ország szerint

This project has been funded with support from the European Commission



(OECD tanulmány, 2011)

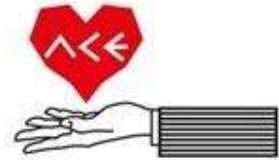
*ADL - Activities of Daily Living - a mindennapi élet aktivitásaiban segítők aránya*

*IADL - Instrumentális ADL -ben segítők aránya*

*ADL+IADL - mindkét területen segítők aránya*

Egyrészt egy másik személy ellátása elégedettség, önmegvalósítás és személyes növekedés forrása lehet. Az intenzív ellátás azonban különösen stresszes és igénybevevő lehet, ami potenciálisan kiégéshez és stresszhez vezethet. A gyógyszer-fogyasztás nő a gondozási tevékenységekkel, különösen az altató tabletták, nyugtatók és fájdalomcsillapítók bevitelével. Összességében a gondozók körében a mentális egészségügyi problémák gyakorisága 20% -kal magasabb, mint a nem gondozók körében. A rokonok gyakran megszakadnak a gondoskodó személy iránt érzett felelősség és a saját szükségleteik között. Az informális gondozók küzdelmével kapcsolatos kérdések között vannak az alábbiak:

- A gondoskodó személy jólétének és biztonságának garantálása, még akkor is, ha nem lehetnek vele.
- A bűnösség érzése, ha nem tudja ellátni az ellátást igénylőt, vagy nem olyan gyakran, amennyire véleménye szerint kellene.
- Lelkiismereti válságok, amikor a rokonok intézménybe kerülnek, mert úgy értelmezhető, mintha elhagynák őket.
- A rokonok betegségeiről (pl. demencia) és ezek lehetséges előrehaladására vonatkozó információ iránti igény .
- Gyakorlati tanácsadás és stratégiák iránti igény, kezelési vagy megküzdési stratégiák terén; ezek megosztása más érintettekkel.
- A támogatási szolgáltatásokról való információk iránti igény vagy a létesítményekről, valamint a támogatás finanszírozásáról.
- A gondozási idő szervezése, valamint a munkahely és a saját család koordinálása.
- Annak érdekében, hogy újjáéledjen, szabadidő önmagára.
- A dementált személyek megváltozása a csökkenő függetlenségük és / vagy személyiségük (pl. agresszió, tájékozottság hiánya) tekintetében.
- Az életkorral összefüggő hanyatlással szembesülő pszichológiai hatások ("Lehetek-e ugyanolyan, ha idősebb vagyok?").



- Konfliktusok az ellátás igénybevevőjével, más hozzátartozókkal, szakmai gondozókkal és / vagy biztosító intézetekkel az ellátás mértéke, a felelősség vagy a pénzügyi kérdések tekintetében.
- A családon belüli konfliktusok a gondoskodó személy csökkenő függetlenségére való felkészüléskor (pl. az ellátás költségeinek megosztása) vagy halál esetén (öröklési kérdések, temetési megállapodások stb.). Ezek a problémák jó kiindulópontot jelentenek ahhoz, hogy a másodlagos felhasználók hasznos támogatást kapjanak, azaz AAL megoldásokat. Mivel a rokonok gyakran a döntéshozók az AAL megoldások megvásárlásával kapcsolatban, az ő szükségleteiket is figyelembe kell venni.

A gondozók elsősorban nők és házastársak. A gondoskodás pozitív tapasztalatokat nyújthat, de súlyos stresszhez és egészségügyi panaszokhoz is vezethet. Adjunk olyan információkat és támogatást, amelyek megfelelnek a gondozó igényeinek, és győződjünk meg róla, hogy ezek megfelelnek a napi rutinnak.

### 2.2.2. Szakmai gondozók

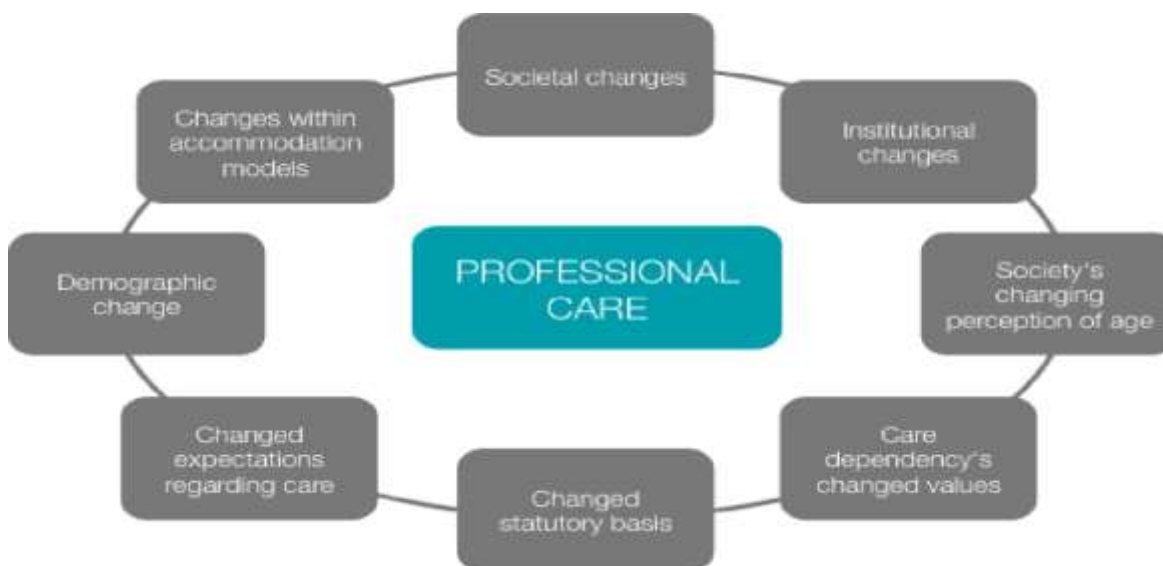
A szakmai gondozók foglalkoztatása nagyobb valószínűséggel a következő esetekben fordul elő:

- Az orvosi alkalmasságot igénylő gondozási feladatokhoz (például a seben lévő kötés cseréjéhez)
- Olyan időseknél, akiknél nagyobb a gondozás szükségessége vagy intenzitása
- Egyedülálló idős emberek számára, akik nem rendelkeznek állandó, informális gondoskodókkal
- A férfi időskorúak esetében (körülbelül kétszer annyiszor, mint a női időskorúak esetében).

A szakmai gondozókra számos különböző és változó tényező és követelmény hat (lásd az alábbi ábrát): olyan társadalmi kérdések, mint a modern munkahelyi mobilitás iránti növekvő igény, az intézményi motivációk az idős emberek kórházi tartózkodásának csökkentésére és az etika megváltozása a technológia használata felé, hogy az idős ember független maradjon. A szakmai gondozóktól elvárják, hogy megfeleljen ezeknek a befolyásoló dimenziók követelményeinek: barátságosaknak, empátikusaknak és aktívaknak kell lenniük az idős gondozásra szorulókkal szemben, figyelembe kell venniük a legfrissebb tudományos megállapításokat, miközben megfelelnek egy létesítmény jelenlegi minőségi szabványainak,

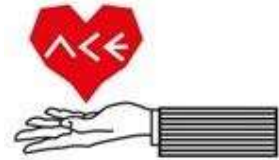
szabályainak és protokolljainak.

7. ábra: Az idősök szakmai gondozásának tényezői (adptálva: Engels és munkatársai, 2007)



A következő példák olyan kérdésekre vonatkoznak, amelyekkel a szakemberek napi szinten foglalkoznak:

- Fáradságos munka az idős emberek felemelésének vagy forgatásának köszönhetően.
- Pszichológiai stressz a betegség és halálozás miatt.
- Nagy munkateher, sok szervezeti feladat (például dokumentáció) és kevés idő a személyes kapcsolatra.
- Erős időnyomás a személyzet hiánya és a sok beteg esetében.
- Konfliktus az ellátásban részesülőkkel, rokonainkkal vagy a csapat / hierarchiában.
- A rokonok tájékoztatása a demens betegek státuszáról vagy pénzügyi támogatásáról.

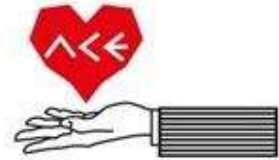


Ennek megfelelően a gondozói célok a következő szempontokat foglalják magukban:

- Az idősgondozásban részesülő lakosság egészségügyi ellátásának fejlesztése krónikus állapotuk nyomon követésével / kezelésével.
- A korai egészségügyi felmérés szolgáltatása, a tünetek / állapotok gyors felismerésének és azonnali kezelésének biztosítása, amelyek rendszerint orvosi vészhelyzethez és az akut gondozási szektorba való esetleges (újra) bejutáshoz vezetnek.
- A gondozás körütekintő kommunikációjának, koordinálásának és figyelemmel kísérésének biztosítása más egészségügyi szolgáltatók, az ügyfél és / vagy gondozók számára
- Kórházi felvételek csökkentése (balesetet elszenvedőként vagy fekvő betegként, a kórházi tartózkodások gyakorisága és hossza).
- Az ellátásban részesülők biztonságának növelése, például a demens személyek eltűnésének vagy elszaladásának kockázatának csökkentése.
- Kisebb szervezeti feladatok átruházása és összpontosítás a személyes gondozásra
- Intuitív és megfelelő dokumentációs rendszer használata.

Az informális gondozókhöz hasonlóan a hivatásos gondozóknak joga van arra, hogy az ICT-technológiához való hozzáférést javasolják vagy döntsenek mellette, ami azt jelenti, hogy az AAL megoldás fejlesztésénél szem előtt kell tartani őket.

A szakmai gondozóknak több különböző csoporttal (például rokonokkal, menedzserekkel, gondozási biztosítókkal, orvosokkal) és feladatokkal kell foglalkozniuk (gondozás, megfigyelés, dokumentálás, háztartási feladatok stb.). Így a gondozás nagyon igénybevevő munka magas stressz szintekkel. Győződjünk meg róla, hogy a szakmai gondozók kívánságait és félelmeit figyelembe veszik a fejlesztési folyamatban. Tartsuk meg a szükséges időt a gondozók bevonására, de a technológia kezelésének tanulására is.



### 2.2.3. Egyéb érdekelték

Miközben a vezető végfelhasználók és gondozóik gyakran részt vesznek az AAL fejlesztésében, a többi érdekelt fél általában elhanyagolt. Az AAL projekteknek a következő csoportok bevonását is figyelembe kell venniük (legalább tájékoztatásuk által ):

- Orvosok
- Gyógytornászok / foglalkozás terapeuták
- Rehabilitációs központok
- Ingatlanfejlesztők
- Lakásszövetkezetek
- Építésszek
- Biztosító társaságok
- Szociális szolgáltatások
- Önkormányzatok
- Minisztériumok.

A specifikus másodlagos és harmadlagos AAL felhasználóktól függően a következő problémákat kell figyelembe venni az AAL megoldásokkal kapcsolatban:

- A használatban lévő rendszerek interoperabilitása
- Az AAL megoldás (pénzügyi) előnyeinek bizonyítása
- A telepítés költségei és a futó költségek
- A telepítéshez szükséges erőfeszítés és idő (a folyamatban lévő műveletekre, bérbeadásra, kihasználtságra gyakorolt hatás tekintetében)
- Az AAL megoldás felhasználhatósága (befolyásolja a tanulási erőfeszítéseket, a felhasználói megfelelést)
- Etikai megfontolások: adatvédelmi kérdések, figyelemmel kell kísérnie, támogatnia kell, de ne legyen paternalizmus
- Linkek a további szolgáltatásokhoz (pl. a szolgáltatókhoz)
- A nyújtott szolgáltatás minősége és költsége (például támogatás, javítás)
- A meglévő (minőségi) szabványokkal és gyakorlati követelményekkel (például vezetékek nélküli, tisztítható, robusztus, alkalmazkodó, moduláris, energiatakarékos

This project has been funded with support from the European Commission



stb.) való korreláció

- Vonzó formatervezés

Gyakran könnyebb meggyőzni az időseket és hozzátartozóikat, hogy vegyenek részt a fejlesztési folyamatban, mert személyes érdekük egyértelmű. Az ebben a szakaszban említett érdekelt feleket sokkal nehezebb megszerezni az interjúk és a csoportos megbeszélések során. Tény, hogy az AAL megoldások területén sokkal több alapvető döntéshozó van, mint az idősek és rokonai. Tulajdonképpen azok az érdekeltek, mint az ingatlanfejlesztők vagy a biztosítótársaságok dönthetik el az AAL megoldások piaci sikereit (vagy a elérhetőségét), még akkor is, ha az felhasználóbarát és előnyös az elsődleges felhasználók számára.

Az AAL rendszerek számos különböző szempontot érintenek, mint például a mobilitás, a biztonság és a társadalmi befogadás. Az AAL megoldások fejlesztésének egyik első feladata azon alkalmazási forgatókönyvek vagy szolgáltatások azonosítása, amelyek a felhasználókat mindennapi életükben támogatják. Ezek az AAL megoldás további előnyeit jelentik a felhasználó szemszögéből.

Az elsődleges végfelhasználók kedvenc alkalmazási forgatókönyvei:

- Energiatakarékosság / költségek
- A kényelem növelése
- Az egészségi állapot javítása
- Olyan veszélyek megelőzése, mint a füstkár / esés / vízkárosodás
- Riasztásként működik (a betörés megakadályozása érdekében)
- A mindennapi tevékenységek támogatása, például vásárlás, találkozók megjegyzése, házimunka
- Az elektronikus eszközök automatikusan kikapcsolnak, például amikor a felhasználók elhagyják a házat
- 

A másodlagos végfelhasználók kedvenc alkalmazási forgatókönyvei:

- Az elsődleges felhasználó jól létének figyelése
- Az elsődleges felhasználóval vagy más érdekeltekkel folytatott kommunikáció támogatása

This project has been funded with support from the European Commission





- Az igénybevevő gondozói munka támogatása
- Az igazgatási tevékenységek támogatása (a gondozással összefüggésben)

This project has been funded with support from the European Commission