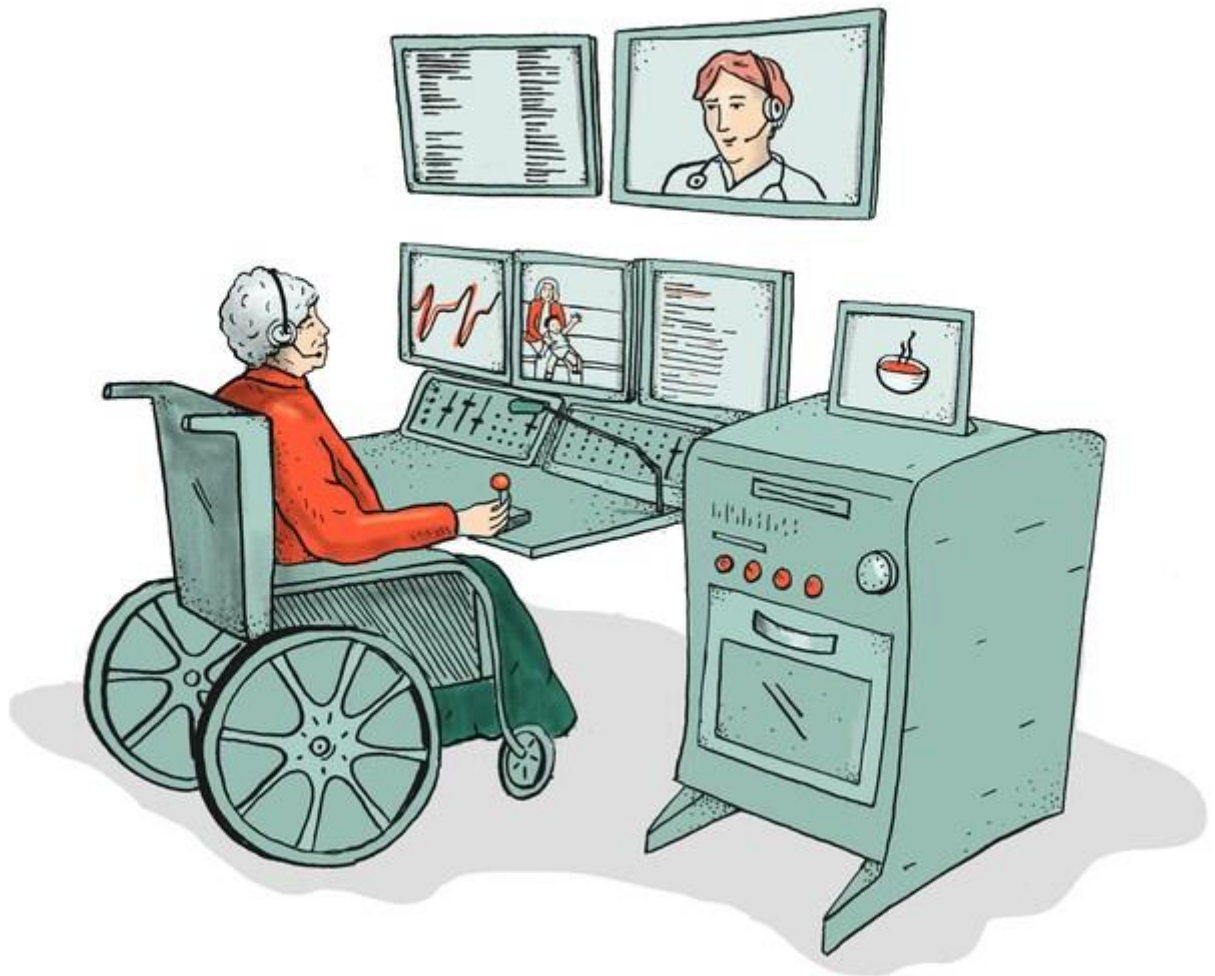


Samen zelfredzaam zijn

Een zorgethische verkenning van literatuur over belichaamde ervaringen van ouderen die gebruik maken van telegzorg.



Afbeelding 1. Bron: Engels & Scholten, 2017

Masterthesis Zorgethiek en Beleid 2024

Student: Jelle van Laar

Studentnummer: 103957

Eerste lezer: Dr. Alistair Niemeijer

Tweede lezer: Dr. Pieter Dronkers

Datum: 27-6-2024

Aantal woorden: 24997

Dankwoord

Zonder de aandacht, tijd en liefde van mijn vrouw,
ons gezin, onze kinderen en ons leven
Had ik dit nooit gekund

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
1. Probleemstelling en relevantie	4
1.1. Aanleiding	4
1.2. Maatschappelijke probleemstelling	5
1.3. Wetenschappelijk probleem	7
1.4. Onderzoeksvragen en leeswijzer	8
1.5. Vraagstellingen.....	9
1.5.1. Hoofdvraag	9
1.5.2. Deelvragen.....	9
1.6. Doelstelling	9
1.7. Sensitizing concepts	10
1.7.1. Kwetsbaarheid	10
1.7.2. Belichaming.....	10
1.8. Belangrijke begrippen	10
1.8.1. Telezorg.....	10
1.8.2. Ouderen	11
2. Onderzoeksbenadering en methode.....	11
2.1. De mediatie theorie van Verbeek (2014).....	11
2.2. Zorgethische reflectie	12
2.3. Literature review design: collectieve case study	12
2.4. Data-analyse	13
2.5. Methode en selectie: snowballing	13
2.6. Kwaliteitscriteria	14
2.7. Ethische overwegingen.....	15
3. De beloftes en valkuilen van telezorg	16
3.1. Inzichten uit de collectieve casestudy	16
3.2. De beloftes van telezorg	17
3.2.1. Behoud van betekenisvol leven.....	17
3.2.2. Veiligheid	19
3.2.3. Gezondheid.....	20
3.3. De valkuilen van telezorg.....	22
3.3.1. Invasief	22
3.3.2. Onvoldoende afgestemd op persoonlijke- en leefomstandigheden	24
3.3.3. Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen.....	27
4. De maatschappelijke rechtvaardiging van telezorg vanuit het perspectief van zelfredzaamheid.....	28

4.1. Van verzorging naar participatie	30
4.2. Paternalisme	31
4.3. Van zelfbeschikking naar zelfredzaamheid.....	33
4.4. Marktwerking en de zorg.....	33
4.5. Sociaal burgerschap.....	34
4.6. Maakbaarheid van mens en samenleving	35
4.8. Maatschappelijke rechtvaardiging van telegzorg vanuit onze sociale denkbeelden over ouderdom	36
4.8.1. Culturele narratieven en sociale verbeeldingsvermogens.....	37
4.8.2. Het gezondheidsdiscourse in Nederland.....	37
4.8.3. Ouderdom als narratief van verlies en achteruitgang	39
4.8.4. De afkeer van het negatieve	40
4.8.5. Ouderdom op afstand	41
5. Moraal en technologie	41
5.1. Hybride intentionaliteit.....	42
5.2. Technologische vrijheid	43
5.3. Fenomenologie: het belang van een ervaring	44
5.4. Fenomenologie en het lichaam.....	46
5.5. Technologische mediatie: een interpretatiekader	47
5.7. Techniek, moraal en de mens	50
6. Zorgethische discussie.....	50
6.1. Meedenken: laat mij met rust	52
6.2. Tegendenken: wat technologie niet kan.	55
6.3. Omdenken: kwetsbaarheid als een verantwoordelijkheid van ons allemaal	59
7. Conclusie	63
7.1. Het lichaam en zelfredzaamheid	64
7.2. Het lichaam als bron van morele kennis.....	66
7.3. Waarom versnelling om verlangzaming vraagt.....	68
8. Aanbevelingen.....	71
8.1. Praktijk aanbevelingen	71
8.2. Maatschappelijke aanbevelingen.....	71
8.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	72
Literatuurlijst:	73
Bijlage 1: Overzicht van toegekende codes aan cases.....	81
Beloftes.....	81
Valkuilen	82

1. Probleemstelling en relevantie

1.1. Aanleiding

Mijn oma is 89 jaar. Ze woont ‘zelfstandig’ thuis. Ik plaats dit woord met opzet tussen haakjes. Zelfstandigheid is namelijk een verraderlijk perspectief als het op ouderdom aankomt. Mijn oma woont namelijk niet zomaar thuis. Ze woont in ieder geval niet meer in het huis waarin ik haar vroeger bezocht. Tegenwoordig woont zij in een accommodatie die speciaal ingericht is voor ouderen. En ze draagt ook een alarmknop die daar blijkbaar bij hoort. Ik heb hier eigenlijk nooit echt een probleem mee gehad.

Tijdens mijn werkzaamheden als zorgverlener, trof ik echter een meneer die met zijn oma samenwoont. Deze oma lag op een bed dat in de woonkamer stond. In eerste instantie te slapen. Ze werd kort wakker door het gesprek in de woonkamer, stond even op en keek ietwat verward om zich heen. Er werd wat gemompeld. Andere konden het blijkbaar verstaan en ik lachte voorzichtig naar haar.

Toen ze weer op bed lag, vertelde de dochter van deze vrouw dat haar moeder dementerende is. Ik gaf hierop terug dat ik het bijzonder vind dat zij zo dicht bij hun oma leven en kwam er vervolgens achter dat het binnen Turkse gezinnen blijkbaar niet ongebruikelijk is dat grootouders bij de kinderen intrekken naarmate zij ouder worden. Zelfs niet wanneer deze oma dementerende is blijkbaar. Elk kreuntje en elke omwenteling die deze oma maakt tijdens het gesprek dat volgt is hoorbaar. En soms volgen er korte reacties vanuit de gezinsleden, die opnieuw veelal lijken te bestaan uit korte klanken en lichaamsgebaren.

Mijn latere twijfel ging vervolgens over de relatie tussen techniek en zorg. Hoe wijd uiteen staan deze ervaringen van ouderdom immers. En hoe wezenlijk is de inzet van technologie daarbij. Mijn oma kan wel kreunen of mompelen, ze zal toch eerst op die knop moeten drukken of de telefoon oppakken voordat er iemand zorg komt verlenen. Los van de momenten waarop wij wel bij haar zijn natuurlijk. Ik vroeg mij hierop af hoe deze geografische, maar belangrijker, ook lichamelijke afstand tussen ons en de zorg voor ouderen in Nederland tot een normale gang van zaken geworden is.

1.2. Maatschappelijke probleemstelling

Zo'n alarmknop die mijn oma bij zich draagt maakt deel uit van wat *telezorg* genoemd wordt. Kort gezegd komt telezorg neer op technologische monitoringstoepassingen en moderne communicatietechnieken waarmee zorg op afstand mogelijk wordt en grotendeels in de ouderenzorg wordt aangewend (Bolt et al, 2024; Pols, 2012; Johannessen, 2021; Niemeijer, 2014; Lenselink, 2020).

Het huidige Nederlandse overheidsbeleid is erop gericht ouderen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Enerzijds vanwege een behoefte van ouderen om regie over hun eigen leven te voeren (Campen van, 2020, p.30) en anderzijds vanwege de oplopende kosten in de ouderenzorg (Rijksoverheid, 2022; Helder, 2022). Daarbij is de verwachting dat het aantal ouderen in Nederland de komende jaren toe zal nemen. Tegelijkertijd stijgt ook de levensverwachting en neemt het aandeel oudere ouderen toe, waardoor er sprake is van een dubbele vergrijzing. Dit zal leiden tot een toename van de ondersteunings- en zorgvraag van een steeds groter wordende groep ouderen in Nederland (Reep & Bruggink, 2024).

Het programma 'Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen' pleit deze nieuwe uitdagingen in de zorg voor ouderen zoveel mogelijk door ouderen zelf, in eigen huis en met digitale middelen te verwezenlijken. Het programma stelt in de periode 2022-2027 anderhalf miljard euro ter beschikking om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken. Onder andere via de implementatie van digitale zorgtechnologieën, zoals zorg op afstand (Rijksoverheid, 2022). Een combinatie van kostenbesparing (Burg et al, 2020; Yaylagul et al, 2022) en een bijdrage aan behoud en herstel van zelfredzaamheid lijkt telezorg (Bolt et al, 2024; Keij, 2024; Johannessen, 2021; Pols, 2012) op het eerste ogenblik beschouwt als een goede zorgpraktijk op te werpen.

Wat minister van Helder Volksgezondheid, Welzijn en Sport betreft, gaan deze technologieën dan ook spoedig tot een normale gang van zaken behoren. *Zorg moet* volgens haar namelijk anders vormkrijgen. En technologie is daarbij van wezenlijk belang (Zorg van Nu, 2023). "Alle benodigde technologie is voor de zorg beschikbaar, het is nu een kwestie van 'gewoon doen' en doorpakken", sprak minister Helder op een ICT&health congres in 2022. Met een flinke subsidie tot hun beschikking en een Rijksoverheid die in beleidstermen van kostenbesparing en optimalisering aanstuurt op gebruik van techniek in zorg (Rijksoverheid, 2022; Helder, 2022), is het niet verwonderlijk dat technologische ontwikkelingen elkaar in

hoog tempo opvolgen en de Nederlandse zorg voor ouderen in een versnellingsdwang lijkt aan te belanden (Idenburg & Emons, 2021; Breda et al, 2023). Een soortgelijk proces dat eerder ook door Brands (2020) werd beschreven in relatie tot thuiszorg technologieën in Nederland.

Versnellen en innoveren betekent echter niet noodzakelijkerwijs dat iets beter is (Rosa, 2016), ook niet met betrekking tot telegzorg. Versnelling roept ook in dit verband op tot voorzichtigheid en een intentionele verlangzaming (p.44). Ondanks dat telegzorg in Nederland inmiddels bijna tot een standaard repertoire van zorgverleners is gaan behoren (Keij et al, 2024), valt namelijk waar te nemen dat telegzorg niet altijd aansluit bij de behoefte en ervaringswereld van ouderen (Bolt et al, 2023; Peek et al, 2015; 2016; Lenselink et al, 2020). Technologische oplossingen voor zorg lopen het risico voorbij te gaan aan de behoeften en voorkeuren van oudere personen (Lenselink et al, 2020, p.40).

Tegen het licht van deze maatschappelijke discussie beschouwd, herrijst vervolgens de vraag hoe, waarom en of deze technologisch gedreven vorm van zorg te rechtvaardigen valt vanuit een perspectief van zelfredzaamheid. Gelieerd hieraan is het volgens Johansen et al (2023) ‘politiek- maatschappelijk imperatief’ om als oudere zo lang mogelijk gezond te blijven, waarbij een actieve en gezonde levensstijl hoofdzakelijk als een individuele taak en verantwoordelijkheid wordt beschouwd (Laceulle, 2018, p.85). Dergelijke culturele narratieven over gezond ouder worden belasten ouderen echter met sociale stigmatisering zodra ze niet in staat blijken om te voldoen aan deze normen (p.85).

‘Goed’ ouder worden betekent gezond en zelfredzaam zijn en ‘slecht’ ouder worden betekent ziek en afhankelijk zijn (Oorsouw, 2019, p.71). Gerelateerd aan telegzorg is dit problematisch, omdat dat de focus op een actieve en gezonde levensstijl veronderstelt dat alles wat de realisatie van zo'n levensstijl bedreigt, zoals ziekte, kwetsbaarheid en dood, op veilige afstand wordt gehouden (Laceulle, 2018, p.54). Waardoor de vraag herrijst hoe onze sociale denkbeelden over ouderendom zich verhouden tot telegzorg. Heeft het voorzetsel ‘tele’ uit telegzorg wellicht ook betrekking op de strategie die wij hanteren om met ouderdom om te gaan?

1.3. Wetenschappelijk probleem

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid publiceerde in 2020 een rapport over telezorg technologieën waarin wordt gesteld dat het “niet altijd is helder wat het doel is van de sensortechnologie en wie er precies baat bij heeft” (Lenselink et al, 2020, p.7). Zij benadrukken het belang van de context waarin behoeften worden geformuleerd en de impact die de sensoren hebben op het dagelijks leven van mensen mee in overweging te nemen (p.40). Oog voor de specifieke situatie van de persoon is daarbij van groot belang (p.45). Dit onderzoek stelt dat er meer onderzoek naar de praktijkervaringen van ouderen nodig is, maar manen in hun conclusie tot terughoudendheid. Er dient een zorgvuldige waardenafweging plaats te vinden, waarbij rekening wordt gehouden met de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit (p.45).

Ook vanuit zorgethisch perspectief is telezorg een ingewikkelde aangelegenheid. Zorgethiek is namelijk een ethische stroming waarbij geleefde ervaringen de nadrukkelijke voorkeur krijgt boven abstracte principes. Niet zelfredzaamheid, maar geleefde kwetsbaarheid wordt als uitgangspunt van de mens en zorg genomen. Vanuit dit kwetsbare mensbeeld ontstaat het belang van een praktijk die telkens en continu dient te worden heroverwogen. Dat wil zeggen dat een zorgvraag herrijst uit de praktijk van een geleefde, belichaamde ervaring die uniek is voor elke situatie. Deze ervaring stuurt de zorgrelatie tussen een zorgvrager en zorgverlener op basis van wat tijdens hun interactie tot stand komt (Tronto, 1994).

Er is een daarbij uitgesproken aandacht voor de rol van de lichamen die betrokken zijn bij zorg (Hamington, 2012). Dat betekent dat emoties en sensaties die resoneren binnen het eigen lichaam en die van de zorgvrager als helpend worden ervaren. Zij zetten ons aan tot bekommering en laten ons weten of er een goede koers wordt bevaren (Baur et al, 2017; Pulcini, 2015). Dit circulaire karakter wijst op een belang van hoe zorg door de zorgvrager en zorgverlener ervaren wordt (Kittay, 1999).

Vanuit zorgethisch perspectief roept telezorg de prangende vraag op of de afstand die er tussen zorgverlener en zorgvrager ontstaat de zorgverlening niet reduceert tot een louter rationale aangelegenheid, die betrokken lichamen van hun aandeel lijkt te ontslaan. Telezorg creëert namelijk een fysieke en geografische afstand tussen zorgvrager en zorgverlener met behulp van technologie. Het voorzetsel ‘tele’ betekent immers ver, of op afstand.

Dat laat onverlet dat de ratio wel degelijk van belang is binnen de zorgethiek. Het helpt onze geleefde ervaringen vertalen naar een potentie bij anderen te herkennen dat ook zij mogelijk zorg behoeven; dat wij een verantwoordelijk erkennen en nemen in of en hoe kwetsbaarheid wordt beantwoordt (Tronto, 1994). Zorg wordt vervolgens overwogen en vertaald naar een praktijk, die bovendien ook ontvangen wordt door iemand die deze zorg beoordeeld (Tronto, 1994; Kittay, 1999). Deze zorgpraktijk georiënteerde rede zorgt ervoor dat onze emoties en sensaties in goede banen worden geleid. Zonder dit verstand zou ons lichaam stuurloos zijn (Ruddick, 1989).

Een andere complicerende factor is het feit dat technologie binnen telegeneeskunde een dusdanige rol vervult die maakt dat, in navolging van Puig de la Bellacasa (2017), zorg niet louter gelimiteerd is tot menselijke interactie. We kunnen bijvoorbeeld ook zorgen voor dingen of voor de aarde. We kunnen ons vervolgens afvragen of dit ook voor technologie geldt. Als we echter willen onderzoeken of telegeneeskunde technologieën de uitgangspunten van zorgethiek kunnen waarborgen, dan spreken we niet over zorg ‘voor’, zoals Tronto (1994) doet, maar zorg ‘door’ technologie. De menselijke georiënteerde definitie van zorg door Tronto (1994) geeft hier onvoldoende houvast.

De wijziging van voorzetsel ‘voor’ naar ‘door’ heeft belangrijke implementaties. Om te begrijpen wat er met het voorzetsel ‘door’ wordt bedoeld dienen wij ons te wenden tot het werk van Paul Verbeek (2014). Kort gezegd stelt Verbeek dat technologie onze morele opvattingen mede bepaalt en vormgeeft. De vraag die herrijst is in hoeverre wij in staat zijn telegeneeskunde technologie in te geven met morele waarden die voortkomen uit een belichaamde ervaring en in hoeverre deze waarden zich ‘door’ deze technologie heen kunnen bewegen zonder dat deze essenties verloren gaan. Kan een combinatie van de mediatheorie van Verbeek (2014) en zorgethische inzichten over het lichaam als bron van morele kennis vervolgens leiden tot een herziene waardering van telegeneeskunde technologie?

1.4. Onderzoeksvragen en leeswijzer

In combinatie leiden bovenstaande probleemstellingen tot vier te bewandelen paden. Ten eerste een verkenning van de beloftes en valkuilen met betrekking tot telegeneeskunde voor thuiswonende ouderen. Ten tweede kan de vraag worden opgeworpen door wie, hoe en waarom telegeneeskunde op dit moment maatschappelijk wordt gerechtvaardigd. Daarin blijkt niet alleen het begrip zelfredzaamheid, maar zijn ook onze sociale denkbeelden over ouderdom

van belang. Ten derde verdient, in de voetsporen van Puig de Bellacasa (2017), de verregaande integratie tussen technologie en zorg een beter begrip van hoe technologie, moraal en zorg met elkaar interacteren.

Tot slot volgt een zorgethische discussie op basis van bovenstaande inzichten, waarbij onderstaande hoofdvraag centraal staat. Deze vraag zal vervolgens op drie manieren worden beantwoord (Vosman & Niemeijer, 2017). Er zal worden meegedacht, dat wil zeggen meebewogen met de beloftes die telegeneeskunde doet. Hierop volgt het tegen denken, waarin de valkuilen diepgaander worden beschouwd. En tot slot zal er worden omgedacht. Dat wil zeggen: wat kan men vanuit de verkregen inzichten over belichaamd moraal adviseren over hoe telegeneeskunde wellicht anders kan worden ingericht.

1.5. Vraagstellingen

1.5.1. Hoofdvraag

Wat kan een belichaamde en geleefde ervaring betekenen voor de morele onderhandeling met telegeneeskunde?

1.5.2. Deelvragen

- 1) Wat zijn de beloftes en valkuilen van telegeneeskunde voor thuiswonende ouderen?
- 2) Hoe en waarom wordt de implementatie van telegeneeskunde maatschappelijk gerechtvaardigd?
 - Vanuit het perspectief van zelfredzaamheid?
 - Vanuit onze sociale denkbeelden over ouderdom?
- 3) Welke inzichten biedt de mediatie theorie van Verbeek (2014 met betrekking tot zorgtechnologie in de thuissituatie van ouderen)?
- 4) Hoe kunnen de inzichten uit bovenstaande vragen bijdragen aan wat goede zorg met telegeneeskunde vanuit zorgethisch perspectief behelst, specifiek bekeken vanuit diens kijk op belichaming?

1.6. Doelstelling

In een samenleving waar technologie vaak samen lijkt te gaan met een immanent geloof in en behoefte tot verbetering en vooruitgang (Rosa, 2016), gaat men er snel en gemakkelijk aan voorbij dat technologie ook een vorm van macht op de mens uitoefent (Verbeek, 2014, p.87).

Als we ons dialectisch en met behoud van moreel actorschap tot deze technologisch gemedieerde machtsstructuren willen verhouden, en zorgverleners in staat willen stellen om aan teezorg gerelateerde normatieve vraagstukken te herkennen, dan vormt begrip van de wijze waarop technologie en moraal samengaan niet alleen een belangrijk eerste aangrijppunt, maar ook een belangrijke doelstelling. Dit kan er namelijk toe bijdragen zorgverleners beter in staat te stellen om aan teezorg gerelateerde normatieve vraagstukken te herkennen.

1.7. Sensitizing concepts

Sensitizing concepts zijn attenderende begrippen die het onderzoek richting geven en houvast bieden in de verkenning en analyse van literatuur (Smaling, 2021). Ten minste twee begrippen zijn leidend geweest, te weten kwetsbaarheid en belichaming.

1.7.1. Kwetsbaarheid

Onder kwetsbaarheid wordt een inherent en onvermijdelijk aspect van het mens-zijn verstaan, wat betekent dat iedereen, ongeacht zijn of haar situatie, op een bepaald moment andere mensen nodig heeft. Kwetsbaarheid verbindt en schakelt relaties tussen mensen en actoren binnen een netwerk door deze afhankelijkheid. Het legt een basis voor gelijkwaardigheid niet vanuit het idee dat elk mens vrij en onafhankelijk is, maar dat wij gelijk zijn aan elkaar, omdat wij elkaar allemaal nodig hebben om onze kwetsbaarheden te integreren in een betekenisvol bestaan. Kwetsbaarheid is daarmee van belang voor zowel zorgvrager als zorgverlener (Tronto, 1994; Kittay, 1999).

1.7.2. Belichaming

Het lichaam wordt binnen dit onderzoek niet als een object binnen de wereld opgevat, maar als de voornaamste manier waarop we de wereld ervaren en ermee in interactie treden. Ons lichaam constitueert morele relevantie en geeft betekenis aan geleefde ervaringen. Hierdoor kan waarde worden toegekend aan de vergankelijke sensaties en gewaarwordingen zoals het lichaam die meemaakt binnen bepaalde omstandigheden. Een benadering die ons helpt de morele waarde van een contextueel en particulier moment beter begrijpen (Vosman, 2017).

1.8. Belangrijke begrippen

1.8.1. Teezorg

Teezorg is een overkoepelende term die verwijst naar de technische apparaten en professionele praktijken waarmee zorg op afstand mogelijk wordt. Het betreft een manier van

zorgen waarbij mensen met een zorgvraag zoveel mogelijk thuis worden ondersteund. Met telezorg bevindt de zorgverlener zich niet op dezelfde plaats als de persoon die zorg ontvangt. In plaats daarvan maken zorgverlener gebruik van communicatiemiddelen zoals camera's, praat of chatapplicaties, GPS systemen of op het lijf gedragen of in huis geplaatste (medische) sensoren, (Berge, 2017; Peek et al, 2015; 2016; Greenhalgh et al, 2012; 2013; Ten Bruggencate et al, 2019; Johannessen, 2021; Niemeijer, 2014).

1.8.2. Ouderen

Onder ouderen wordt in het geval van dit onderzoek alle personen verstaan die 65-jaar of ouder zijn die thuis wonen. Deze leeftijd is gebaseerd op gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek in Nederland (CBS, 2024).

2. Onderzoeksbenadering en methode

Onderstaand onderzoek heeft een zorgethische benadering gehanteerd. Deze benadering kan worden opgevat als een los georganiseerde, interdisciplinaire ethische stroming die flexibiliteit toestaat vanuit de overtuiging dat unieke ervaringen en specifieke praktijken die binnen een netwerk aan actoren tot stand komen, ook om een evenzo unieke benadering vragen (Leget et al, 2017). Hoewel er strikt genomen geen nieuwe data is gegenereerd, is er wel sprake van empirische data die is verkregen via bestaande literatuur. Daarbij is gebruik gemaakt van de snowballing methode (Kirchherr & Charles, 2018; Noy, 2008) om literatuur te verzamelen en is deze methode gecombineerd met een collectieve case study (Stake, 1995) om de empirische gegevens te kunnen analyseren. Interdisciplinair is de zorgethische benadering aangevuld met inzichten uit de mediatie theorie van Verbeek (2014), zodat de rol van technologie in het zorgproces nauwkeuriger kan worden belicht.

2.1. De mediatie theorie van Verbeek (2014)

De mediatie theorie van Verbeek stelt dat er een vorm van morele bemiddeling plaatsvindt tussen technologische artefacten en hun gebruikers, waarbij ze elkaar wederzijds vormen en beïnvloeden. Verbeek stelt dat technologieën onze ervaring en ons moreel begrip van de wereld beïnvloedt en verandert. De mens kan wereld om hen heen (opnieuw) ontdekken door gebruik te maken van technologische artefacten als een interpretatie kader voor onze (morele) werkelijkheid. Zijn gedachtegoed kan o.a. omwille van dit voortdurende blootleggen in verbinding worden gebracht met de fenomenologie, een filosofische stroming die stelt dat de

wereld niet volstrekt kenbaar is, maar dat wij deze telkens opnieuw gewaarworden met elke ervaring die de mens heeft. De fenomenologie poogt vervolgens de betekenis van dat wat zich in iemands ervaring voordoet te benaderen (Finaly, 2008). Een ervaring die volgens Verbeek (2014) dus ook technologisch gemedieerd wordt.

2.2. Zorgethische reflectie

Het kernonderdeel van dit onderzoek betreft een zorgethische reflectie. Zorgethiek is een morele theorie die pleit voor een mensbeeld dat expliciet aandacht heeft voor de wijze waarop wij gezamenlijk betekenis geven aan ons bestaan, inclusief de zorg voor elkaar en de wereld (Leget et al., 2009). Centraal in de zorgethiek staat de nadruk op belichaamde relationaliteit binnen ethische besluitvorming. In tegenstelling tot sommige ethische theorieën, die de nadruk leggen op abstracte principes, geeft de zorgethiek prioriteit aan de concrete ervaringen van alle individuen die betrokken zijn bij zorgrelaties (Tronto, 1994; Walker, 2007; Kittay, 1999).

De mens wordt binnen deze ethische stroming als kwetsbaar en onderling verbonden beschouwd (Walker, 2007; Kittay, 1999; Tronto, 1994). Kennis over de wereld en de mens vergaren we gezamenlijk, in een onderling verbonden harmonie die tot stand komt door en tussen mensen. Deze relatie wordt gedragen door het lichaam, niet slechts door het verstand. Het lichaam, met haar emoties en sensaties, interfereert namelijk niet met het proces van kennisverwerving; integendeel, wanneer deze aspecten worden erkend en geïntegreerd met ons verstand, verbeteren zij juist de kwaliteit van ons leven en onze zorg (Ruddick, 1989).

2.3. Literature review design: collectieve case study

De empirische data uit dit onderzoek is verkregen op basis van bestaande literatuur. Binnen deze kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn casestudietechnieken gebruikt voor het verzamelen van kwalitatieve informatie, waarbij elke bron een case vertegenwoordigt. (Onwuegbuzie & Frels, 2016, p.51). In dit geval is gekozen voor een collectieve case study, omdat voorliggend onderzoek de verschillende morele effecten die telegzorg teweeg brengt met elkaar in dialoog probeert te brengen en een collective case study verschillende enkelvoudige instrumentale case studies combineert. Een collectieve case study probeert in dit geval de effecten, regelingen en structuren die telegzorg als case markeren begrijpen (Stake, 1995, p. 3).

2.4. Data-analyse

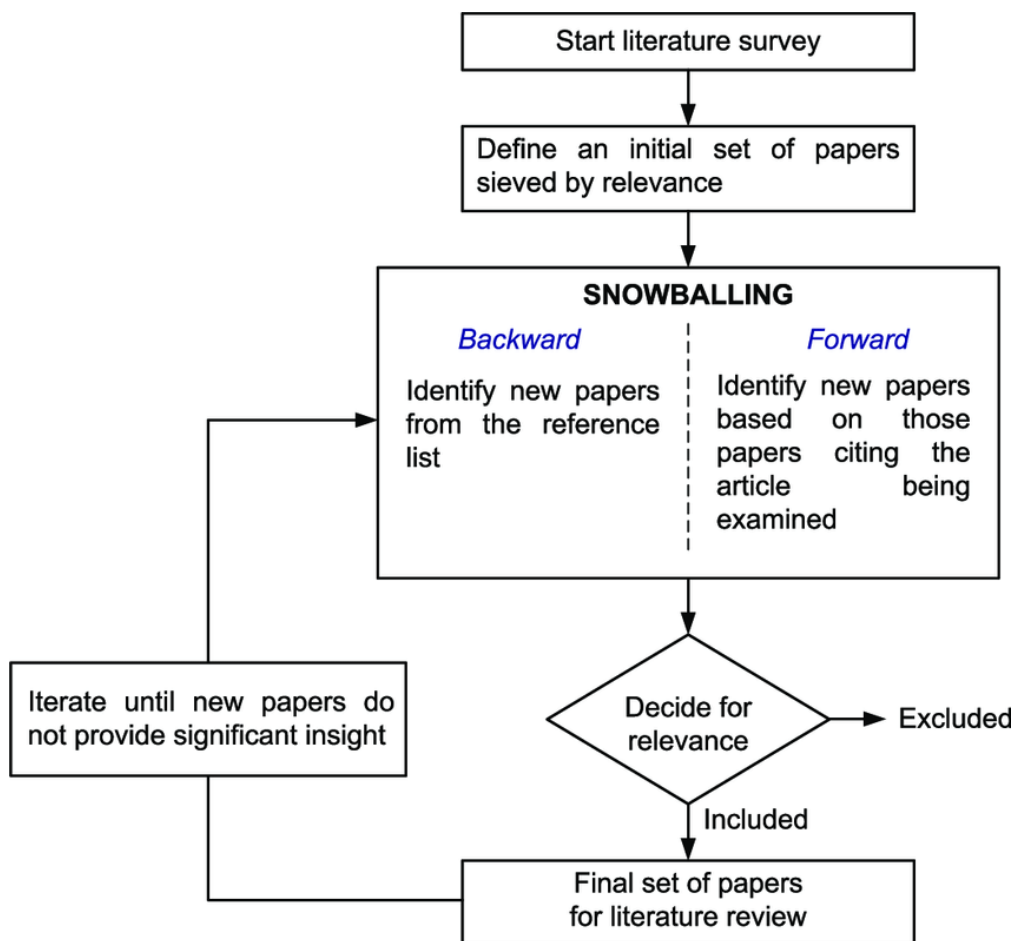
Tijdens de data-analyse heb ik betekenissen over de case teezorg vergaard via directe interpretatie en categorische aggregatie. Directe interpretatie houdt in dat ik waarde hechtte aan een of enkele indrukken binnen een artikel of onderzoek zonder bewust te aggregeren (Stake, 1995, p.74). De betekenis die deelnemers uit de cases aan hun ervaringen en verhalen toekennen stonden centraal, zonder zwaar te leunen op complexe coderingsschema's (p.79). Directe interpretatie benadrukt het belang van contextueel en diepgaand begrip van individuele gevallen, vanuit een overtuiging dat elke ervaring zijn eigen unieke waardes en waardeoordelen bevat (Stake, 1994).

Categorische aggregatie draait om het zoeken naar patronen onder bepaalde condities. Tijdens de directe interpretatie ontstonden (onverwachte) patronen, die ik vastlegde als codes. Dit proces was continu, waarbij nieuw materiaal werd vergeleken met bestaande codes en bronnen opnieuw werden bekeken op basis van nieuwe codes (Stake, 1995, p.77). Soms werd de relevantie van een code herzien of geschrapt op basis van nieuwe data, een proces dat Stake 'data source triangulation' noemt (Stake, 1995, p.112).

Gesprekken met mijn scriptiebegeleider konden ook de relevantie van codes beïnvloeden, maar borgden tegelijkertijd hiermee ook de validiteit van de codes. Ik zocht continu naar zowel bevestigende als ontkrachtende incidenten (Stake, 1995, p.76) om daarmee de diversiteit van het bronmateriaal en de kwaliteit van de discussie te waarborgen. Codes die aan meerdere cases konden worden toegeschreven werden als een betrouwbare manier gezien om het fenomeen teezorg te markeren (Stake, 1995). De codes die uiteindelijk aan de individuele cases (artikelen of onderzoeken) zijn toegekend zijn in een schematisch overzicht toegevoegd aan bijlage 1.

2.5. Methode en selectie: snowballing

Tijdens de zoektocht naar geschikte theoretische en empirische literatuur is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode (Kirchherr & Charles, 2018; Noy, 2008). Door aan het onderzoek gerelateerde zoektermen in te voeren in academische databases kwam ik terecht op literatuur, waarvan vervolgens de samenvatting of inleiding werd gelezen om te bepalen of het relevant materiaal betrof. Van literatuur die als geschikt voor het onderzoek werd gezien, besloot ik de literatuurlijst na te slaan. Dit bracht mij vervolgens, als een sneeuwbal, bij het werk van andere, vaak eveneens relevante literatuur. Deze methode is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. (Bron: Santoro et al, 2021)

Kirchherr & Charles (2018) wijzen er echter op dat deze methode mogelijk ten koste gaat van de diversiteit van literatuur. De bedoeling van kwalitatief onderzoek is echter niet om een generalistisch beeld van een populatie weer te geven, maar om een diepgaande en gecontextualiseerde verkenning van een fenomeen te ontwikkelen (p.3). Tijdens het schrijven en leesproces zijn zodoende ook andere zoektermen in andere academische databases ingebracht die gaandeweg opkwamen. De term ‘chain referral sampling’ wordt door Kirchherr & Charles (2018) gebruikt om te refereren naar een snowballing methode die strategisch wordt opgebouwd via meerdere verschillende start punten (p.4), in dit geval zoektermen.

2.6. Kwaliteitscriteria

Bij de selectie van het materiaal is, naast relevantie en diversiteit, rekening gehouden met ten minste twee andere criteria: toegankelijkheid en betrouwbaarheid. Toegankelijkheid wil zeggen dat de lezer zichzelf toegang kan verschaffen tot de literatuur die is gebruikt in dit

onderzoek. De meeste bronnen zijn beschikbaar via het internet en daarmee voor een groot deel van de lezers laagdrempelig te benaderen. Voor de raadpleging van publicaties is een literatuurlijst toegevoegd als bijlage. Met betrekking tot betrouwbaarheid is onder andere gekeken naar de publicatiedatum, de vermelding van auteurs en herkomst van het bronmateriaal (Creswell, 2007).

Tot slot werd ik dankzij de kritische feedback waarvan mijn scriptie begeleiders me tijdens het gehele onderzoeksproces hebben voorzien, voortdurend in staat gesteld te reflecteren op mijn eigen schrijf- en analyseproces, maar vooral ook op mijn argumentatielijnen. Vaak wilde ik teveel kwijt, waaierde ik te breed uit of vergat ik het werk van voorlopers. Deze vorm van triangulatie heeft mij meermaals op nieuwe inzichten gebracht en mij bewust gemaakt van eigen aannames en veronderstellingen (Creswell, 2007).

In het empirisch gedeelte zijn daarnaast enkele tot de verbeelding sprekende voorbeelden uit verschillende cases toegevoegd, zodat de lezer zich een eigen beeld kan vormen bij het fenomeen teezorg. Ter versteviging van deze gedachtegang vangt het empirisch gedeelte aan met een vignette. Vignettes zijn impressionistische verhalen en gepersonaliseerde verslagen van vluchtige momenten van de empirische analyse in een dramatische vorm gegoten. Ze benadrukken de reflectieve momenten van de schrijver, in een poging de lezer een plaatsvervangende ervaring over het fenomeen teezorg te bieden (Stake, 1995, p.128).

2.7. Ethische overwegingen

Bovenstaande kwaliteitscriteria zijn gehanteerd, omdat er ethische kwesties bestaan bij het uitvoeren van systematische literatuurreviews. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan de mogelijke vooroordelen van de onderzoeker en sturing van de wijze waarop uitspraken van deelnemers worden gepresenteerd (Suri, 2020). De respondenten uit de literatuur hebben immers geen mogelijkheid tot reageren en hebben bovendien geen toestemming verleent voor een review van hun reacties. Dit vraagt om zorgvuldigheid, nauwkeurigheid en transparantie tijdens het onderzoeksproces. (p.42), waarbij continu en overstijgend is gestreefd naar een waarborging van integriteit zoals beschreven in de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (KNAW et al., 2018).

3. De beloftes en valkuilen van telezorg

Box 1.

Ik ben bijna bij mijn voordeur. Maar ik heb me verkeken op hoe zwaar de boodschappen tassen zijn geworden na een afstand te hebben gelopen in die warmte. Zouden ze het erg vinden als ik nu ook op mijn knop duw? De laatste keer moest mijn zoon van zijn werk terugkomen en bleek er eigenlijk niet veel aan de hand. Ik kwam mijn woning niet meer in, maar mijn sleutels zaten gewoon in mijn tas. Nog niet zo lang geleden had ik hem wel echt nodig. Ik was van mijn keukentrapje gevallen en het lukte me niet meer om overeind te komen. Mijn kleinkind was gelukkig snel hier. Mijn zoon was toen te ver weg en had gebeld naar mijn kleinkind dat hij onmiddellijk vanuit school naar oma moest fietsen. Mijn kleinkind schrok er wel van. En ik schaamde me rot. Ik was nog helemaal niet aangekleed en bloedde langs de rand van wenkbrauw. Toen was het écht nodig. Maar nu sta ik hier, en durf eigenlijk niet iemand aan te spreken om me te helpen. En wat als ze die knop zien? Dadelijk denken ze dat ik niets meer zelf kan. Of misschien wel dat er iets mis met me is. Zit ie goed weggestoken? Zal ik nu drukken? Ik zou mijn zoon gewoon graag vaker willen zien, ook zonder dat er iets aan de hand is. Ik moet bekennen dat ik wel eens met een smoesje op de knop heb gedrukt. Ik voelde me eenzaam, maar wist niet goed hoe ik dat moest aangeven. Ik voel me daar nog steeds schuldig over. Er ontstond gedoe toen mijn zoon vroeg waarom ik had gedrukt en ik niet goed onder woorden brengen wat ik voelde op dat moment. Waardoor ik achter bleef met het gevoel dat ik wat verkeerd gedaan had. Alles gaat ook zo snel tegenwoordig. Daarna heb ik een hele tijd niet meer durven drukken. Zelfs niet toen ik een keer verdwaald was. Gelukkig kwam ik toen toevallig iemand tegen die ook richting mijn flat moest. Mijn zoon doet echt wel zijn best om vaker te komen, maar hij vindt dat ik wat moet aansluiten bij de mensen uit de flat waarin ik woon. Hij heeft ook zijn eigen familie en verantwoordelijkheden. Ik wil hun niet in de weg zitten en kan hem niet altijd storen, maar ik wil liever geen nieuwe mensen leren kennen. Ik probeer het meestal maar in mijn eentje te doen.

3.1. Inzichten uit de collectieve casestudy

De collectieve case study (empirie) bestaat uit totaal 14 artikelen, boeken of onderzoeken naar telezorg. De analyse van deze cases hebben de volgende resultaten opgebracht. Waarbij het eerste getal verwijst naar de frequentie van de code en het tweede getal naar het totaal aantal

cases. De drietal beloftes van telezorg bestaan uit: behoud van betekenisvol leven (8/14), veiligheid (6/14) en gezondheid (9/14). De valkuilen bestaan vervolgens uit: het invasieve karakter van technologie (7/14), niet of onvoldoende afgestemd op persoonlijke leefomstandigheden (7/14) en tot slot dat er met nieuwe kansen, ook nieuwe uitdagingen ontstaan (8/14).

3.2. De beloftes van telezorg

3.2.1 Behoud van betekenisvol leven

Onder behoud van een betekenisvol leven worden sociale contacten en interacties, maar ook activiteiten en bewegingen verstaan (Peek et al, 2015; 2016, Greenhalgh et al 2013 & Ten Bruggencate et al, 2019; Campen van, 2020; Bouwman, 2020). “When you do nothing and sit passively, you fade away” (p.160) stelt een van de respondenten uit het onderzoek van Ten Bruggencate et al (2019). Doordat telezorg hem in staat stelt in zijn eigen omgeving te verblijven, behoudt hij de mogelijkheid tot spontaan gezelschap en plezier. Deze oudere kan actief blijven en tegelijkertijd iets betekenen voor mensen. Hij haalt bijvoorbeeld ook de boodschappen op voor kwetsbare ouderen en is mentor van een jonge student (p.160). In de eigen omgeving wordt makkelijker contact gemaakt met mensen. Een vrouwelijke respondent uit het onderzoek van Ten Bruggencate et al (2019) stelt:

“When I sit on a terrace in a small village, I sit 5 minutes and people come over to have a little chat. When i’m in a larger city, this doesn’t happen” (p.160).

Ook de respondenten uit het onderzoek van Greenhalgh et al (2013) uiten een diepgewortelde behoefte om het eigen leven te blijven leiden, zelfs als dat zwaar is. Ze waarderen vooral het doen van dingen die symbool staan voor onafhankelijkheid, zoals het kweken en koken van hun eigen groenten of het doen van huishoudelijk werk. De meeste deelnemers verlangen ernaar om de bekende wereld te verkennen, te winkelen, hobby’s uit te oefenen of naar de kerk of vrienden toe gaan. Verblijf in een verzorgingstehuis staat blijkbaar gelijk aan een verlies van controle over de inrichting van een gewenst sociaal leven (Karlsen et al, 2018).

“It’s pride. I don’t want to put on anybody else as long as i can do it myself” (Greenhalgh et al, 2013, p.90).

Telezorg faciliteert de controle over het sociale leven van ouderen dus, doordat zij in staat worden gesteld in de eigen, bekende omgeving te verblijven, waarin contact met de mensen die evenzo vertrouwd voor hen zijn mogelijk is en blijft (Peek et al, 2016, p.230). Het sociale aspect staat ook in verbinding met een betekenisvol bestaan; om nog mee te kunnen doen in de samenleving (Peek et al, 2015; 2016, Greenhalgh et al 2013 & Ten Bruggencate et al, 2019). De studie van Peek et al (2015) benadrukt het belang van dit vertrouwen in eigen omgeving: “home had become integral to living itself and was an intimate part of the older adults being” (p.2).

Naast controle over sociale invulling, werd eerder al benoemd dat ouderen ook graag actief blijven. De historie en het verloop van hun eigen leven is daarbij bepalend in welke activiteit van belang en betekenis worden geacht. In een analyse en overzicht van gelukkig ouder worden verteld Van Campen (2020) het verhaal van een oudere die op mooie wijze het belang van een tuin met eigen geschiedenis omschrijft: “Als kleinkind herinner ik me nog de volle manden boontjes, rabarber, kruisbessen en andere vruchten die we mee naar huis kregen na een visite op de zondagse rustdag.” (p.19). Eenmaal zelf op leeftijd maakte deze oudere een passie van diezelfde moestuin (p.19).

Telezorg maakt echter op een andere wijze een behoud van sociale contacten en interacties mogelijk, behalve door ouderen in staat te stellen dicht bij hun netwerk te verblijven. Pols (2012) beschrijft een chronisch zieke oudere die met behulp van een webcam en chatapplicaties in staat wordt gesteld met mensen of medepatiënten over zijn ziek-zijn te praten. Met name op momenten dat iemand het lastig heeft of treurige gevoelens ervaart blijken digitaal communicatie media soelaas te bieden (p. 74). Deze communicatie is echter niet alleen relevant voor mensen met een chronische ziekte.

Ook respondenten die in een betere gezondheid verkeren blijken gebaat te zijn bij deze sociale surrogaat activiteiten (Peek et al, 2015; 2016, Greenhalgh et al 2013 & Ten Bruggencate et al, 2019). Het stelt hen in staat om in contact te blijven met familie en vrienden, ook als er sprake is van geografische afstand of vermindering van mobiliteit (Božić, 2023). Hoewel er meer fysieke afstand is, blijkt contact tussen ouderen en hun netwerk op deze manier ook geïntensiveerd te kunnen worden (Haan de, 2004, p.71). Bovendien kunnen ouderen terwijl zij thuis verblijven, via telezorg ook hun familie een gerust gevoel geven, zonder hen verder

tot last te zijn. Een wens die door meerdere respondenten ook in de onderzoeken van Greenhalgh (2013) en Peek et al (2015; 2016) naar voren komt.

3.2.2 Veiligheid

Veiligheid heeft betrekking op het beschermen van mensen tegen schade, gevaar en risico's. Het gevoel van veiligheid thuis is voor veel oudere volwassenen van cruciaal belang en voor velen van hen vertegenwoordigt thuis een plek waar ze zich veilig voelen. Desalniettemin is thuis ook een veelvoorkomende plaats voor ongevallen (Johannessen, 2021, p.5). Veiligheid heeft dus betrekking op het beschermen tegen schade, gevaar en risico's. Ook in een thuissituatie.

Sommige thuiswonende ouderen kiezen er voor teezorg te gebruiken om hun gevoel van veiligheid te waarborgen of verbeteren (Peek et al, 2015, p.4). Ouderen die slecht ter been zijn bijvoorbeeld, spreken positief over het dragen van een alarmknop. Het verschaft hen een hypothetisch gevoel van veiligheid in het geval van een noodsituatie (Greenhalgh et al, 2013, p.90). Een van de respondenten uit het onderzoek van Karlsen et al (2018) geeft hierover aan:

“You feel confident when you have this arrangement...If I press the alarm, they will come as fast as they can” (p.17).

Ook familieleden kunnen hierdoor worden gerustgesteld. Een persoonlijk alarm is in staat het alarmsignaal ook (of alleen) met deze familieleden te delen. Veiligheid heeft dus ook betrekking op de belevingswereld van het netwerk (Peek et al, 2016, p.232).

Onderzoek van Johannessen et al (2019) beschrijft een ouder stel dat uit wandelen ging. Het lukte het stel achteraf echter niet om de weg terug naar huis te vinden. Een alarm met GPS stelt deze oudere vervolgens in staat om opgehaald en thuis te worden gebracht door een zorgverlener. Een van de respondenten uit het onderzoek van Johannessen, een thuiszorgverpleegkundige, vertelt:

“A woman I care for is very happy that she can use the mobile safety alarm because it makes her feel more secure. She does not think it is so nice to go outside alone, but at the same time she wants to have the freedom to go whenever she wants” (p.4).

Een op het lichaam gedragen GPS stelt ouderen in staat om, ondanks huivering en twijfel over hun eigen vermogens veilig terug naar huis te keren, toch deur uit te gaan. Telezorg maakt mogelijk dat zij het vertrouwen genieten om stappen te ondernemen die zij zonder inzet van deze hulp wellicht niet hadden kunnen ondernemen. Zij voelen zich hierdoor veilig genoeg om de deur uit te gaan (Johannessen, 2021, p.52) Je ‘veilig voelen’, is een emotionele conditie (p.9).

Naast een geleefde ervaring van veiligheid, heeft dit thema ook betrekking op het voorkomen van onveiligheid. Een zorgverlener kan op afstand in de gaten houden waar iemand is en kan in contact treden op het moment dat iemand in de avond niet thuis verschijnt. Een thuiszorgverpleegkundige uit het onderzoek van Johannessen et al (2019) geeft aan:

“Although they do not the press the emergency button we can see where they are if we do not find them at home in the evening” (p.4).

Omgevingssensoren, zoals brandmelder, kunnen ook zodanig worden geconfigureerd dat zij een melding geven aan zorgverleners om onveiligheid tegen te gaan. Een melder op het fornuis kan bijvoorbeeld aangeven wanneer vergeten wordt deze uit te zetten (Karlsen et al, 2018, p.15) of als er rookvorming in huis van een oudere plaatsvindt, kan vervolgens door middel van een rookmelder die communiceert met een zorgverlener ter plaatse worden gegaan om wellicht erger te voorkomen (Johannessen et al, 2019).

Deze systemen kunnen echter ook moeilijk te begrijpen zijn voor sommige ouderen. Het vooraf opgenomen stembericht op een deursensor maakte sommigen verward en angstig. Wanneer ze op een vreemd of ongepast moment de deur uit gaan, geeft deze stem een boodschap: “Now it is night. Go to bed”. Als de stem van een vreemde komt, worden ze angstig. Als het een bekende stem is, eveneens: “Huh? Wasn't it my daughter?” (Johannessen, 2019, p.1259).

3.2.3. Gezondheid

Gezondheid kan refereren naar verschillende kenmerken van de mens. Men kan spreken van fysiek, mentaal alsook sociaal welbevinden. Onder deze deelparagraaf worden deze elementen afzonderlijk beschouwd. Waarbij fysieke gezondheid centraal staat en in mindere mate over mentale gezondheid wordt gesproken. Alhoewel deze ontkoppeling wellicht wat

kunstmatig en gedwongen aanvoelt, is het voor de focus van de discussie over telezorg van belang om deze afzonderlijk te benaderen. Daarbij leent ook niet elke telezorg technologie zich voor elke vorm van gezondheid. Alhoewel dient te worden erkent dat de verschillende vormen van gezondheid tegelijkertijd en als geheel bestaan, ligt de nadruk in onderstaande dus op technologieën die lichamelijk gezondheid bewaken en bevorderen.

In 2012 deed Jeanette Pols (Pols, 2012) onderzoek telezorg. In haar onderzoek wordt onder andere stilgestaan bij wat zij een 'white box' noemt. Dit is een elektronisch kastje met een gebruiksvriendelijke interface. Elke dag ontvangen ouderen een lijst met vragen die ze beantwoorden door op knoppen te drukken. Een knipperend licht geeft aan dat er nieuwe vragen voor de dag zijn binnengekomen. Vragen omvatten onder andere een controlelijst met lichamelijke symptomen. De software op het apparaat codeert deze en attendeert zorgverleners wanneer er sprake is van een 'rode vlag' (p.27).

“You answer questions every day, and that’s how you let them know if something is wrong. And when someone visits, I’m glad and don’t feel the need to complain about how bad I feel. So, it’s a nice alternative. It helps. You don’t have to wait for somebody to show up” (p.27).

Pols (2012) neemt waar dat alhoewel zorg weliswaar op afstand plaatsvindt, het ouderen ook een gevoel van nabijheid kan verschaffen. Bovenstaande respondent ervaart het als prettig dat zij niet tijdens een bezoek hoeft te klagen over wat zij ervaart, omdat een zorgverlener al van symptomen op de hoogte is. De 'white box' brengt ouderen dichterbij hun lichaam, doordat zij in staat worden gesteld er actief (en samen met) iemand op te reflecteren. Het gebruik van de doos verschaft hen enerzijds een laagdrempelig medium, maar anderzijds ook een 'taal' om te kunnen spreken over wat zij ervaren (p.32). Nagenoeg alle respondenten uit dit onderzoek spreken soortgelijke woorden uit. Het versterkt, in plaats van dat het een gesprek over gezondheid dwarsboomt (p.33).

In sommige gevallen kan een zorgverlener ook continue en synchroon meekijken. Door symptomen 'live' op te volgen kan een verergering van bijvoorbeeld een COPD diagnose worden voorkomen. Waardoor vervolgens ook ziekenhuisopnames kunnen worden vermeden. Een openstaande videoverbinding kan zo garant staan voor de klinische observatie van de COPD-status van een oudere (Johannessen et al, 2019, p.1257).

“You observe a lot when you are talking to them face to face, even if it is through the net” (p.1257).

Ook een studie van Peek et al (2015) toont aan dat telezorg positief kan uitwerken op de lichamelijke gezondheid van ouderen. Ouderen bij wie dergelijke technologie worden ingezet verblijven vaak minder lang op een zorgafdeling nadat zij daar omwille van gezondheidsoverwegingen zijn ingezonden. Hun lichamelijke gezondheid lijkt bovendien beter te kunnen worden gewaarborgd (p.3). In een onderzoek van Greenhalgh (2013) beschrijft een van de respondenten, wiens hart en longen gebreken vertonen, telezorg als een geschenk van God. Een zorgverlener met wie deze respondent ook een persoonlijke band onderhoudt (p.91).

Telezorg kan ouderen ook helpen om te denken aan bepaalde handelingen die nodig zijn om hun gezondheid in stand te houden. Een elektronische medicijndoos is hier een goed voorbeeld van (Niemeijer, 2014). Een medicijndoos die door een apotheker vooraf is geconfigureerd, wordt bij de oudere in huis geplaatst. Als het tijd is om een medicijn in te nemen, dan geeft deze doos een alarmsignaal. Met een druk op de knop komt het medicijn vervolgens binnen handbereik van de oudere terecht. Als de oudere de uitgifte niet heeft gevalideerd (op de knop gedrukt), dan wordt er een signaal naar een zorgverlener verstuurd, die hier vervolgens het gesprek met de oudere over kan voeren (p.18). Dergelijke automatische herinneringen kunnen ook betrekking hebben op voedsel of vochtinname of belangrijke afspraken op een agenda.

3.3. De valkuilen van telezorg

3.3.1. Invasief

Invasief betekent ‘iets dat binnendringt’. Het moreel belang van dit thema verwijst naar het evenwicht tussen noodzakelijkheid, effectiviteit, en de potentiële schade die kan optreden door een handeling. Binnen telezorg kan het verwijzen naar het binnentreden van een lichamelijk, sociaal- of woondomein door telezorg technologie.

Het blijkt niet ongebruikelijk dat om de hals gedragen alarmknoppen worden gedragen (of verstopt) onder kleding (Greenhalgh et al, 2013). Ook Peek et al (2015; 2016) doen dergelijke observaties. Een van de respondenten uit het onderzoek van Greenhalgh et al (2013) koos ervoor zo’n knop te dragen. Om haar hals droeg deze mevrouw echter ook een ketting met een

katholiek kruis. Deze mevrouw droeg deze ketting reeds het merendeel van haar leven. Het trekkoord (hiermee wordt het alarm geactiveerd) bleek echter verstrikt te zijn geraakt de halsketting waaraan het kruis gedragen werd. De beslissing werd genomen om het alarmsysteem te blijven dragen en de halsketting niet (p.91).

In relatie tot het invasieve karakter van telezorg kan volgens Greenhalgh et al (2013) worden gesteld dat sommige ouderen een alarmknop niet gebruiken, omdat zij vrezen voor binnendringers (p.92). Met binnendringen wordt in dit geval bedoeld dat mogelijkerwijs beschamende (zoals de aankomst van een ambulance terwijl ze niet gekleed zijn), sociaal versturende (hun kinderen op het werk lastig vallen) of persoonlijk bedreigende (zoals een niet-gewillige ziekenhuisopname) factoren ontstaan na de activering van een alarm (p.92). Onduidelijkheid over de gevolgen leidt vervolgens tot terughoudendheid van gebruik van telezorg.

Deze angst voor controleverlies hoeft niet perse te gaan over structurele veranderingen (niet langer dragen van een halsketting) of ingrijpende maatregelen (zoals een ongewillige ziekenhuis opname), maar kan ook verwijzen naar een verstoring van het dagdagelijkse ritme. Een van de respondenten uit het onderzoek van Greenhalgh et al (2013) vertelde dat een alarmknop die in haar woning was geïnstalleerd lawaai bleef maken nadat zij deze had geactiveerd. Er werd vervolgens met hulp van haar zoon een dop van een jamdeksel over dit alarm heen geplakt, “to stop it from going of” (p.91).

Wat kan worden geïdentificeerd als technologische mankementen of tekortkomingen van telezorg technologie, hebben dus een potentieel invasieve en versturende uitwerking. Het brengt bovendien ook onrust met zich mee. Dit geldt volgens onderzoek van Berge (2017) overigens niet alleen voor overdag. Ook in de nacht tonen alarmsystemen zich niet helpend, sterker nog, ze kunnen de nachtrust ook verstoren. Een van de respondenten uit het onderzoek van Berge (2017) kreeg een sensor geïnstalleerd in haar bed. Deze sensor kan meten hoelang een oudere in bed ligt, maar ook of er genoeg sprake is van omwentelingen, ter voorkoming van doorligplekken bijvoorbeeld. Het alarm dat met sensor communiceert, bleek in dit voorbeeld niet als prettig te worden ervaren. De oudere schrok er keer op keer van.

“It (call centre) woke me several times in the middle of the night. That sound ... it startled me the first times ... I didn't like that, so I told them I didn't want it (the bed sensor) any longer” (Berge van, 2017).

Gebruik van telezorg kan er ook toe leiden dat ouderen een angst ontwikkelen om in de steek gelaten te worden, doordat zij denken dat telezorg de aanwezigheid en zorg van mensen vervangt. Een van de respondenten uit het onderzoek van Ghorayeb et al (2021) vertelt dat dit een van de voornaamste redenen is waarom deze oudere er voor kiest geen gebruik te maken van telezorg.

“They've developed technology so far that they see fewer and fewer people now because everything is robotised, they even have robots that talk to them when they feel lonely! It makes them see fewer and fewer people” (p.10).

Ook als telezorg technologie wel gebruikt wordt, uiten ouderen een angst in de steek gelaten te worden. “I'm scared of them closing a drawer and forgetting about me” (Greenhalgh et al, 2013, p. 90). Er wordt dus een waarneembare angst bij verschillende respondenten waargenomen die erop wijst dat zij vrezen technologie de controle over hun leven overneemt (Peek et al, 2015, p.6). Dat wil zeggen dat de vrees dat telezorg technologie als een barrière dient tussen hen en hun zorgverleners. Telezorg zou tot meer verblijf binnenshuis leiden en voorkomt daarmee het contact met andere mensen. “I think it keeps them more at home, the technology” (Ghorayeb et al, 2021, p.10). Terwijl juist activiteiten buiten de deur als betekenisvol en belangrijk worden omschreven.

3.3.2. Onvoldoende afgestemd op persoonlijke- en leefomstandigheden

Afstemmen wordt in onderstaande opgevat als rekening houden met. In dit geval een belang om rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden alsook de leefomstandigheden waarin iemand zich bevindt. Persoonlijke omstandigheden verwijzen bijvoorbeeld naar een specifieke ziekte of diagnose, de sociale omgeving waarin iemand zich bevindt of andere kenmerken die typisch zijn voor de unieke omstandigheden van elk persoon. Ook de leefomstandigheden zijn daarbij van belang.

Binnen de fysieke leefomgeving van hun huis blijken ouderen namelijk specifieke opvattingen te hanteren over hoe deze ruimte wordt ingericht. Zij ervaren zichtbaarheid van

technologie als hinderlijk (Peek et al, 2015, p.4). Computers (Peek et al, 2016, p.234) worden bij voorkeur niet zichtbaar in de woning geplaatst. Maar ook medische applicaties zijn bij voorkeur liever niet te opvallend. Een van de respondenten uit het onderzoek van Greenhalgh (2013) kreeg telezorg applicaties in haar slaapkamer geïnstalleerd. Zij vertelt:

“It worries me looking at it. My bedroom is such a tip with it. My grandson, he’s maintenance. He’s going to do something at the back of my bed so I can put the machines down there. Saves me looking at them all day” (p.91).

Ook Peek et al (2016) nemen waar dat sommige telezorg applicaties met enige frequentie worden weggestopt. Soms op plekken die moeilijk bereikbaar zijn of in ruimtes die nauwelijks worden bezocht (p.234). Een van de respondenten uit het onderzoek van Peek et al (2016) herinnerde zich aan het einde van een interview dat ze ‘ergens’ nog een computertablet had liggen.

Deze voorkeuren omtrent de zichtbaarheid van technologie leidt vervolgens tot een terughoudendheid bij het gebruik en de aanschaf van technologie die ‘teveel’ plek in beslag neemt of aanpassingen aan het huis van de oudere vereist (p.234). gebruik wordt vervolgens soms tot een strikte ‘noodzakelijkheid’ teruggebracht. Een oudere mevrouw uit het onderzoek van Ghorayeb et al (2021) vraagt zich af:

“If I want my children to check that I’m not lying in a heap at the bottom of the stairs, I’d just need the camera, don’t I? It’s not rocket science. Why do we need this complicated system?”

Gerelateerd aan de persoonlijke omstandigheden van ouderen kan vervolgens breder worden gekeken dan enkel de woning. Uit verschillende onderzoeken (Berge, 2017; Peek et al 2015; 2016) blijkt dat deze omstandigheden samenhangen met gevoelens van schaamte en minderwaardigheid. Met een gevoel als ‘oud’ te worden gezien. Het is voor eenieder te aanschouwen dat zij iets zelf niet meer kunnen en werkt daarmee mogelijk stigmatisering in de hand.

“I don’t want them to see me as an old lady who cannot do anything anymore” (Peek et al, 2016, p. 233).

Volgens een studie van Greenhalgh et al (2013) is het bovendien gebruikelijk dat om de hals gedragen alarmknoppen worden weggestopt onder kleding. Dragen van dergelijke knoppen kan de angst om ziek te zijn of worden zelfs uitvergroot. Een van de respondenten uit het onderzoek van Aceros et al (2015) geeft aan dat het dragen van de hanger hem een gevoel gaf alsof hij verminkt was.

"It was like being sick (...) We only use it, when we believe there is some danger." (p.4).

Het belang om rekening te houden met persoonlijke omstandigheden verwijst niet alleen naar een angst als oud en incapabel te worden gezien of met het eigen lichaam te worden geconfronteerd, maar ook naar een onzekerheid niet goed met technologie om te kunnen gaan.

"I'm a bit unsure ... what if I don't manage it? ... What if I make a mess, you know, setting off alerts and everything?" (Berge, 2017).

Deze onzekerheid brengt ook onrust met zich mee. Met soms lichamelijke uitwerkingen tot gevolg.

"It's giving me a stomach ache already...what am I supposed to do with it?" (Peek et al 2016, p. 233).

Deze gevoelens van onzekerheid kunnen in verbinding worden gebracht met een behoefte tot participatie aan een sociale netwerk dat bestaat uit personen die wel actief gebruik maken van technologie. Uit onderzoek van Peek et al (2016) valt op te maken dat er druk wordt uitgeoefend door de sociale omgeving om te participeren aan moderne communicatie. Zij geven een voorbeeld van een interactie tussen een oudere vrouw en haar kleinzoon die tegen zijn oma zei: "You have to grandma, you have to install Skype, so I can see you. Before, I visited you, but now I don't see you anymore." Waarop deze oma antwoorde: "Son, lets do that."

Het is echter niet alleen van belang dat telezorg rekening houdt met gevoelens van schaamte of een drang deel te nemen aan de moderne wereld. De cognitieve mogelijkheden van ouderen blijken namelijk niet altijd juist afgestemd op de technologische applicaties, zoals een alarmknop bijvoorbeeld. Uit onderzoek Greenhalgh et al (2013) valt bijvoorbeeld op te maken dat een verminderd coördinatie vermogen, veroorzaakt door een type diabetes, een oudere de

mogelijkheid ontnam op om het moment van een insuline shock op haar alarm knop te drukken (p.92). Een ander voorbeeld dat in dit onderzoek naar voren komt beschrijft een mevrouw die nagenoeg altijd een alarmknop bij zich droeg. “I would never be without it.” (p.92). Juist op een kritiek moment bleek deze mevrouw onvoldoende georganiseerd om haar alarmknop mee te nemen.

3.3.3. Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen

Met de introductie van nieuwe mogelijkheden gaan voorziene, maar vaak ook onvoorziene nieuwe uitdagingen gepaard. Uit onderzoek van Greenhalgh et al (2013) bleek eerder dat een vrouw die op haar alarmknop had gedrukt, het niet zelfstandig voor elkaar kreeg om ervoor te zorgen dat apparaat ophield met lawaai produceren (p.91). Pas nadat haar zoon ter plaatse kwam, werd een jamdeksel over het alarm had geplakt om ervoor te zorgen dat het ophield met herrie maken (p.91). Eerder zagen we ook al hoe een mevrouw haar kleinzoon inschakelde om de telegorg technologie op haar slaapkamer te plaatsen op een voor haar prettige manier.

Ouderen blijken deze opgaves niet graag te delen met familieleden (Berge, 2017; Peek et al, 2015; 2016; Ten Bruggencate et al, 2019; Greenhalgh et al, 2013). Ze willen hun familie liever niet tot last zijn wanneer ze moeite hebben om moderne (telegorg) technologie te gebruiken. “They’ve got their own lives to lead” (Greenhalgh et al, 2013, p.91) en sommige ouderen veronderstellen dat hun familieleden zich liever niet om hen te bekommeren. “They wouldn’t want, no, they don’t want to be bothered with us” (Ghorayeb et al, 2021, p.11) .

De vragen over het gebruik van telegorg technologie lijken bij dit netwerk terecht te komen. En ouderen maken hier terughoudend gebruik van. Daarbij kan worden gesproken van nieuwe afhankelijkheid die ontstaat door het gebruik van telegorg. Een voorbeeld uit het onderzoek van Greenhalgh et al (2013) helpt duidelijk maken wat hiermee bedoeld wordt. Een respondent die moeite ondervond met het gebruiksklaar maken van zijn computer, waarmee deze oudere onder andere lichaams oefeningen via video applicaties wilde doen, kreeg daarbij hulp van twee van zijn neven, die toevalligerwijze in de IT sector werken. Deze familieleden hebben dit voor deze meneer in orde gebracht en verrichten ook nadien ondersteuning (p.92).

Daar staat tegenover dat niet elke oudere een beroep kan doen op dergelijke hulp. Een andere respondent uit dit onderzoek wilde graag een video monitor installeren, zodat haar familie op

afstand in de nacht kon meekijken en zorg verlenen als zij zorg nodig zou hebben. Deze mevrouw had echter geen personen in haar netwerk die dit in orde konden maken. Met tot gevolg dat de computer en apparatuur die was aangeschaft om telezorg te verlenen in de verpakking bleef (p.93).

Deze afhankelijkheid van het netwerk blijkt ook in een ander voorbeeld nadelig uit te werken. Een van de respondenten uit het onderzoek van Greenhalgh et al (2013), een chronische longpatiënt met incontinentie problemen, had een telezorg systeem in zijn huis laten installeren, maar zag na verloop van tijd af van het gebruik van dit systeem. Elke morgen moest deze oudere namelijk de relevante informatie die er in het verloop van de dag en nacht over hem was verzameld via een applicatie naar een zorgcentrum toe sturen. Hierbij had hij hulp nodig van personen met wie hij samenwoonde. Deze waren echter vaak pas na tienen (voorbij het inlevermoment van de data) wakker. Deze respondent vertelt vervolgens: “I just couldn’t be bothered with it. It just got on my nerves every morning.” (p.90).

Ouderen bevinden zich in een ingewikkelde positie als het aankomt op hun netwerk. Aan de ene kant lijken ze hen niet tot last te willen zijn. Aan de andere kant is de familie nodig om hen bij te staan en willen ouderen ook niet dat familie zich onnodig zorgen maakt.

“I don’t want them to be dipping in or even feeling that they haven’t dipped in and they feel guilty. I just don’t want it to introduce guilt to my children because they didn’t know what was going on. I want it to be under my control” (p.10).

De keuze om telezorg te gaan gebruiken is daarmee moreel geladen. Wel telezorg gebruiken betekent vaak een extra (nieuwe) last. Geen telezorg gebruiken betekent dat familieleden zich wellicht (onterecht) zorgen maken. “You do not want them to be worrying unnecessarily, do you? Make them feel guilty?” (Ghorayeb, 2021, p.10).

4. De maatschappelijke rechtvaardiging van telezorg vanuit het perspectief van zelfredzaamheid

Een morele duiding van de empirische data uit het voorgaande hoofdstuk op basis van een combinatie mediatie theorie (Verbeek, 2014), en de zorgethische sensitizing concepts

kwetsbaarheid en belichaming, dient nog even te worden uitgesteld. Het zijn namelijk niet alleen de in hoofdstuk drie beschreven ervaringen, de beloftes en valkuilen, waarmee telezorg moreel is ingeschreven. Ook de heersende opvatting van zelfredzaamheid en de sociale denkbeelden over ouderdom spelen een rol in hoe deze ervaringen tot stand komen. Dat wil zeggen dat technologische voorwerpen ook met maatschappelijke processen verbonden zijn (Verbeek, 2014, p.63), zoals met sociale denkbeelden en ideeën over zelfredzaamheid. Een combinatie analyse zorgethiek-mediatheorie van de inhoud van hoofdstuk drie, zonder deze maatschappelijke patronen en rechtvaardigingen mee in overweging te nemen, zou incompleet zijn.

Onderstaande hoofdstuk zal daarom beginnen met een nadere beschouwing van de resultaten uit hoofdstuk drie bekeken door een lens van zelfredzaamheid. Dit begrip is volgens de Rijksoverheid namelijk belangrijk in de zorg voor ouderen in Nederland is (Rijksoverheid, 2022). Niet alleen in beleidsstukken (Helder, 2022; Rijksoverheid, 2022) en zorgplannen (Idenburg & Emonts, 2021; Breda et al, 2023), maar ook in de publieke ruimte wordt deze waarde verkondigd. Onderstaande poster (zie afbeelding 1) duikt de afgelopen periode op in het straatbeeld van Nederland. Ook Telezorg is er veelal op gericht de zelfredzaamheid van ouderen in stand te houden (Aceros et al, 2015; Bolt et al, 2023; Keij, 2024). Verderop in hoofdstuk vier zullen onze sociale denkbeelden over ouderdom nader worden toegelicht en hoe deze in verbinding staan met zelfredzaamheid en de inzichten uit hoofdstuk drie. Maar nu eerst: waar komt het maatschappelijk belang van zelfredzaamheid eigenlijk vandaan?

Afbeelding. 2. Bron: Rijksoverheid



In wat volgt zal worden uitgelegd hoe de ideologie van zelfregulering zich ontwikkelde (Duyvendak & Tonkens, 2001; Bredewolt et al, 2018; Tronto, 1994) en worden de redenen achter de verschuiving van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving beschouwd. (Fenger & Broekema, 2019). Er wordt ingegaan op de kritiek die in de jaren zestig ontstond en hoe dit leidde tot een verandering in relatie tussen zorgvrager en zorgvelener (Duyvendak & Tonkens, 2001; Tronto, 2017). Daarnaast wordt de invloed van marktwerking op het Nederlandse zorgstelsel besproken en hoe sociale relaties en verantwoordelijkheden opnieuw worden geconstrueerd binnen deze context (Eichner, 2015; Muehlebach, 2012). Het concluderend gedeelte beschrijft de gevolgen van deze verandering voor mens en samenleving.

4.1. Van verzorging naar participatie

In de jaren tachtig van de vorige eeuw kwam de klassieke verzorgingsstaat en het sociale investeringsprogramma van de Nederlandse overheid ter discussie te staan. Dit stelsel werd niet alleen als financieel onhoudbaar gepresenteerd, maar er was ook een groeiend geloof dat de overheid en hulpverleners zich te veel bemoeiden met en bepaalden over de burgers (Duyvendak & Tonkens, 2001; Bredewold et al., 2018; Fenger & Broekema, 2019). Mede onder invloed van deze percepties ontstond een nieuwe maatschappij: de

participatiesamenleving (Fenger & Broekema, 2019). Kenmerkend voor deze samenleving is dat van de burger wordt verwacht dat hij of zij zelf aangeeft wanneer er hulp nodig is.

Met betrekking tot telezorg houdt deze zelfredzaamheid onder andere in dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor het activeren van alarm- of monitoringssystemen. Zij bepalen of en wanneer er zorg nodig is (Johannessen et al., 2019, p.1255). Daarnaast bieden automatische systemen hen de fysieke veiligheid (Aceros et al., 2014) en het gevoel van veiligheid (Johannessen, 2021) die nodig zijn om zelfstandig te kunnen blijven. Voorbeelden hiervan zijn automatische medicijndozen of alarmsystemen voor het fornuis of de voordeur. Hierdoor kunnen ouderen actief hun eigen leven vormgeven op een locatie en met personen die voor hen belangrijk zijn. Zelfredzaamheid betekent immers ook dat mensen, waar mogelijk, in hun vertrouwde omgeving blijven wonen (Aceros et al., 2014, p.2). Ouderen willen bovendien niet meer in een verzorgingstehuis terechtkomen, maar zelf bepalen hoe hun leven eruitziet (Karlsen et al., 2018).

De overheid fungeert daarbij steeds minder als vangnet voor wanneer het ‘te laat is’, maar faciliteert en stimuleert de zelforganisatie van burgers (Fenger & Broekema, 2019, p.108). Dit kan bijvoorbeeld door dagelijks een medische vragenlijst in te vullen, (Pols, 2012), door op afstand het verloop van een ziektebeeld te monitoren (Johannessen, 2021), of pas ingrijpen wanneer er een onverantwoorde actie wordt waargenomen, zoals op ‘vreemde’ tijdstippen naar buiten gaan (Johannessen, 2019). Deze aanpak wijst erop dat problemen kunnen worden voorkomen en benadrukt een geloof in preventie (Duyvendak & Tonkens, 2001; Bredewold et al., 2018; Fenger & Broekema, 2019). Om te begrijpen waarop deze benadering is gebaseerd, zijn ten minste twee concepten belangrijk: paternalisme en zelfbeschikking.

4.2. Paternalisme

Paternalisme verwijst naar een dynamiek binnen de zorgverlening waarbij zorgverleners hun eigen opvattingen omtrent goede zorg en de te verlenen zorg aan de cliënt opleggen, wat resulteert in een asymmetrische machtsverhouding binnen een zorgrelatie (Tronto, 1994, p.145). Historisch gezien was dit paternalisme in Nederland echter gericht op het bevorderen van zelfontplooiing bij cliënten (Duyvendak & Tonkens, 2001, p.9). Vooral in de 20e eeuw werd paternalisme gerechtvaardigd door het argument dat zorgverleners beter in staat zijn om te bepalen wat goed was. Deze ‘geleide-zelfontplooiing’ was niet gericht op het onmondig

houden van cliënten, maar op hun zelfverwezenlijking. De kennis van professionals was van een hogere orde dan zelfkennis. Het perspectief van de cliënt was informatief, maar vooral als symptoom van een probleem, niet als volwaardige visie (p. 9). Hulpverleners handhaafden hun opvattingen dus niet als suggesties, maar als de enige juiste benadering, gebaseerd op wetenschappelijk inzichten, professionele deskundigheid en moreel gezag (p.11).

Vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw kwam er echter toenemende kritiek op deze aanpak. De professionele hulpverlening uit de jaren vijftig werd als koud en afstandelijk gezien en bekritiseerd vanwege haar gebrek aan empathie, waardoor cliënten zich beroofd voelden van hun vermogen om zelf oplossingen te vinden voor hun problemen (Bredewold et al., 2018, p.130). Duyvendak & Tonkens (2001) stellen dat democratische waarden van burgerschap ook steeds meer van toepassing werden op de relatie tussen maatschappij en individu, waarbij het individu meer centraal kwam te staan en zelfbeschikking werd bevorderd (p.11).

Met betrekking tot ouderenzorg is de sluiting van 800 bejaarden- en verzorgingstehuizen aan het begin van de 21^{ste} eeuw exemplarisch voor deze veranderende kijk op zorg (Heijenga, 2020). Hoewel de sluiting ook te maken had met oplopende financiële kosten van verblijf in een tehuis, en een stijgend aantal ouderen in Nederland dat hier gebruik van maakte (Mukhtar & Nagel, 2022), zijn deze voorzieningen ook gesloten omdat veel ouderen, al dan niet met een lichte zorgvraag, prima zelfstandig kunnen wonen en leven. Moet ook dit leven geïnstitutionaliseerd worden in een zorgorganisatie, met regels en protocollen? Het besluit tot langer thuis wonen is dus niet alleen een bezuinigingsmaatregel, maar was ook een wens van ouderen zelf. Zij wonen het liefst zo lang mogelijk thuis én willen regie behouden over hun leven (Campen van, 2020, Karlsen et al, 2018; Mukhtar & Nagel, 2022).

De wens van ouderen om zelfstandig te blijven leven en hun weerstand tegen opname in verzorgingstehuizen (Karlsen et al., 2018) reflecteert de anti-paternalistische houding die er eerder ontstond in Nederland. Ouderen willen op basis van eigen inbreng en keuze kunnen bepalen hoe hun zorg en leven vorm krijgt (Campen van, 2020; Karlsen et al, 2018). Telezorg, die in eerste instantie weinig direct contact en bemoeienis van andere nodig lijkt te hebben, past goed bij deze verschuiving naar meer autonomie voor ouderen. Deze vorm van zorg kan zodoende worden gezien als een reactie op de traditionele paternalistische benadering, waarbij technologie wordt ingezet om de zelfredzaamheid en keuzevrijheid van ouderen te vergroten.

4.3. Van zelfbeschikking naar zelfredzaamheid

Vanuit het perspectief van zelfredzaamheid vertrekt zelfontplooiing niet meer vanuit een abstract en gedistantieerd ideaal dat werd bepaald door de wetenschap, maar eerder van ‘binnenuit’. Het gaat niet meer ergens naartoe, maar komt ergens vandaan, namelijk vanuit het individu waarover verondersteld wordt dat deze de invulling van zijn leven prima zelf kan bepalen (Duyvendak & Tonkens, 2001, p.11). De rechtvaardiging van zelfbeschikking komt, naast de afkeur van bemoeizucht van overheid en zorgverleners, volgens Fenger & Broekema (2019) mede tot stand op basis van een bijkomend fenomeen: een ideologie van autonomie die ook in Nederland zou zijn waar te nemen. Daarmee kan de modernistische conceptualisering van de mens als autonoom wezen als historische precedent van de ontwikkeling (en rechtvaardiging) van de participatie samenleving worden geduid (Fenger & Broekema, 2019).

Deze gedepersonaliseerde en individuele duiding van de mens gaat samen met een specifieke morele zienswijze. Het bekijkt moraal vanuit een atomistisch (dat wil zeggen op zichzelf staand en abstract) perspectief (Tronto, 1994; Laceulle, 2018, p.34). Elk mens is via zijn rede in staat eenzelfde universele en onpartijdige morele werkelijk te benaderen. Zij heeft niemand anders nodig om te kunnen komen tot juiste morele afwegingen, omdat wij met behulp van ons verstand allemaal in staat zijn een ‘ware’ en natuurlijke morele aard te benaderen (Tronto, 1994, p.27). En men hoeft in principe niets over de ander te weten om ervanuit te gaan dat een ander zich volgens dezelfde principes laat leiden (p.29).

Met betrekking tot ouderenzorg heeft dit historisch mensbeeld in Nederland in combinatie met een veranderende visie op zorg vervolgens tot gevolg dat zelfredzaamheid als centrale morele waarde is gaan gelden. De borden pronken zelfs langs de wegen tegenwoordig. Een uitgangspunt waaraan in principe elke oudere zich zou kunnen spiegelen. Zij bepalen als autonome actor welke zorg zij nodig hebben, en maken daarbij idealiter gebruik van zorg die zoveel mogelijk autonomie in stand houdt, zoals telezorg dat belooft waar te kunnen maken.

4.4. Marktwerking en de zorg

Naast het ontstaan van een mondige zorgvrager en een nieuwe, democratische balans tussen zorgvrager en zorgverlener, ontstaan er ook nieuwe ideeën over hoe het zorgstelsel dient te worden ingericht: je stelt zelf een vraag, in plaats van dat deze je wordt opgelegd. En het

zorgstelsel moet op die vraag worden ingericht (Duyvendak & Tonkens, 2001, p.14). Burgers zijn geen cliënten, maar zorgvragers. Onder invloed van dit gedachtegoed, waarin principes als vraag en aanbod, ofwel marktwerking centraal staan, raakt ook de zorg in Nederland binnen deze terminologie bevangen (Tonkens et al, 2013; Fenger & Broekema, 2019).

Met betrekking tot kostenbesparingen en kwaliteit van zorg werd in de maatschappelijke probleemstelling reeds betoogd dat de Rijksoverheid digitale zorg technologieën opwerpt als een redelijk alternatief voor reguliere zorg. Onderzoek van Yaylagul et al (2022) en Burg et al (2020) toont aan dat telezorg de kosten van zorg inderdaad naar beneden kan bijstellen. Niet alleen kunnen opnames in ziekenhuizen of klinieken worden voorkomen en teruggebracht (Johannessen, 2019; Peek et al, 2015), daarnaast kan ook de hoeveelheid personeel naar beneden worden bijgesteld zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit van zorg (Yaylagul et al, 2022; Burg et al, 2020). We zagen tenslotte in de empirische studie van voorliggend onderzoek ook dat telezorg de beloftes op het gebied van gezondheid, veiligheid en behoud van eigen leven in sommige gevallen inderdaad waar kan maken.

De autonome conceptualisering van de mens is een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van de vrije markt. De logica van de markt werkt namelijk alleen onder de voorwaarde dat elk mens zich vrij en ongehinderd kan bewegen (Tronto, 2017). De staat (en andere ‘obstakels’) is daarmee idealiter zo min mogelijk aanwezig, omdat deze met zijn bemoeienis niet alleen de intrinsieke motivatie van burgers dwarsboomt (Fenger & Broekema, 2019), maar ook de logica van de markt in de weg zit (Tronto, 2017, p.29). Marktlogica drukt niet alleen de prijs. Het concurrentiebeding gaat er namelijk op voorhand van uit dat binnen deze dialoog de kwaliteit van aanbod zal toenemen (Tonkens et al, 2013; Tronto, 2017).

4.5. Sociaal burgerschap

Zorg betekent vanuit het perspectief van zelfredzaamheid dat je in eerste instantie voor jezelf zorgt door rationeel en verantwoordelijk te handelen. En als er zorgbehoeften zijn die je niet zelfstandig kunt vervullen, gebruik dan je verstand om een slimme keuze op de markt te maken. En als de markt buiten je budget valt of geen oplossing te bieden heeft, schakel dan familie of directe naasten in om aan deze zorgvraag te voldoen (Tronto, 2017, p.30). Daarmee lijkt het idee van samenleven, of sociaal-zijn, op een bijzondere manier gestalte te krijgen. Sociale kenmerken van de mens worden namelijk gebruikt als een beschrijvend element

binnen een marktlogica, in plaats van als een op zichzelf staand object. Op een paradoxale wijze komen de inherent sociale kenmerken van de mens - die in feite overbodig zijn voor het functioneren van de markt – een onmisbare schakel in de notie van zorg te vertegenwoordigen (Muehlebach, 2012, p.38).

Ook de ouderen die gebruik maken van telegzorg zijn gesitueerd binnen een netwerk waarin de aanwezigheid telegzorg technologieën hunzelf, familie en zorgverleners in een andere onderlinge configuratie brengt (Pols, 2012, p.64). Zij moeten klaarstaan wanneer een alarm wordt geactiveerd of bieden ondersteuning om de technologie gebruiksklaar te maken en houden (Greenhalgh et al, 2013; Peek et al, 2015; 2016). In dit nieuwe verband moeten er ook mensen en relaties beschikbaar zijn om te zorgen (Johannessen, 2021, p.24). De sociale relaties van ouderen, en de verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken, worden stap voor stap geproduceerd, in plaats van dat zij worden gezien als een zelfstandig en a priori domein waar de staat op zou kunnen ingrijpen (Muehlebach, 2012, p.43). Deze herindeling van overheidsfuncties gaat dus gepaard met een functionele herwaardering van de affectieve banden van mensen en hun naasten, maar kan ook verantwoordelijkheden toevoegen aan hun zorglast (Karlsen, 2018).

Dit 'ethisch burgerschap' (Muehlebach, 2023) is echter essentieel voor het succes van telegzorg (Berge van, 2017; Johannessen, 2021, p.64) en gebruikt, maar vervangt onderlinge verbondenheid echter niet (Muehlebach, 2012, p.48). Ook voor de familie en naasten geldt zelfredzaamheid als basisprincipe. En voor zover er afhankelijk bestaat of ontstaat, is het aan de autonome individuen binnen het netwerk van ouderen om dit op te lossen (Eichner, 2015, p.88). In de meeste gevallen wordt telegzorg apparatuur namelijk beheerd door ouderen zelf, of met de hulp van hun familie of mantelzorgers (Johannessen et al, 2019, p.1255).

4.6. Maakbaarheid van mens en samenleving

Daarmee kan het eerste gedeelte (maatschappelijke rechtvaardiging van telegzorg) worden beantwoord met een waarneembaar geloof in de maakbaarheid van de mens en van de samenleving (Frissen, 2023, p.30). Het draait om een geloof dat, wanneer er maar voldoende informatie in beeld is gebracht daar nagenoeg vanzelfsprekend een juist antwoord en richting uit zal volgen, waarvan een zelfredzame burger bovendien inziet dat dit kan en nodig is (Muehlebach, 2012). Enerzijds valt er via rede een universeerbare en onpartijdige menselijke

natuur te ontdekken die beschrijft wat gewenst en ongewenst is (Tronto, 1994, p.27) en anderzijds dient de samenleving op deze ontsluiting te zijn ingericht. Elk mens lijkt daar bovendien toe in staat te zijn (Duyvendak & Tonkens, 2001; Fenger & Broekema, 2019; Muehlebach, 2012).

Op een belangrijke manier vallen zij samen in een nieuwe staatsvorm, waarin de mens zowel subject als object van diens machtsuitoefening komt te vertegenwoordigen. Als object is zij kenbaar en maakbaar en als subject vertegenwoordigt zij zowel doelwit als instrument (Foucault, 2007, p.104). Dat wil zeggen dat een staat die beschikt over voldoende informatie over diens bewoners eerder als onderwijzer in plaats van onderdrukker komt te functioneren. Maakbaarheid komt daarmee ook te betekenen dat problemen kunnen worden voorkomen. De staat hoeft burgers immers niet langer te verzorgen. Zij doen dat zelf. De burger heeft daar alleen de juiste kennis voor nodig (Fenger & Broekema, 2019).

Deze beschikbaarheid van de Nederlandse staat helpt de burger zichzelf vorm te geven en bemoeit zich zo min mogelijk met de logische principes die op de markt gelden. Doorgaans lijkt een dergelijke waardebeoordeling door de overheid neutraal. Ze is namelijk vrij van een directe machtsaanspraak en claimt kennis over een ware menselijke natuur te bezitten (Frissen, 2023, p.48). Deze claim op universaliteit verbergt echter diens machtskarakter door een appel op het veronderstelt rationeel vermogen van de mens. Paradoxaal genoeg waarborgt juist het idee van vrijheid de heerschappij (Han, 2022, p.12).

4.8. Maatschappelijke rechtvaardiging van telegzorg vanuit onze sociale denkbeelden over ouderdom

Een oudere is echter niet alleen een zelfstandige zorgvrager, maar bekleedt ook een maatschappelijke rol en positie. In het volgende hoofdstuk wordt uitgelegd hoe onze sociale verbeeldingsvermogens een cruciale rol spelen in hoe wij ouderen zien en met hen omgaan. Er wordt gereflecteerd op het dominante cultureel narratief over ouderdom in Nederland dat stelt dat ouderdom een fase van achteruitgang is die actief moet worden bestreden (Laceulle, 2018; Oorsouw, 2019; Bouwman, 2020). Tot slot wordt met behulp van Han (2015; 2022) een bredere maatschappelijke trend beschreven waarin het onprettige wordt vermeden en het aangename wordt verheerlijkt, waarna in de slotsom van dit gedeelte een alternatieve functie van telegzorg vanuit maatschappelijk perspectief zal worden gepresenteerd.

4.8.1. Culturele narratieven en sociale verbeeldingsvermogens

De filosoof Charles Taylor gebruikt de term ‘social imaginaries’ (sociaal verbeeldingsvermogen) om de manier waarop mensen zich de samenleving voorstellen waarin zij leven te duiden. Het sociaal verbeeldingsvermogen is in feite een gemeenschappelijk gedeeld moreel begrip van een ideale samenleving (O’Neill, 2016). Het sociaal verbeeldingsvermogen van Taylor is belangrijk, omdat onze perceptie van ouderen beïnvloedt hoe wij ons richting hen gedragen en wat wij van hen verwachten (Löckenhoff et al, 2009, p.4). Hoe we naar ouderdom kijken verschilt bovendien van cultuur tot cultuur (Löckenhoff et al, 2009).

Wat de samenleving van ouderen verwacht is inmiddels duidelijk: zelfredzaam en vitaal zijn. Hoe wij ons richting hen gedragen en over hen denken is echter pas beperkt in beeld gebracht. Dit is belangrijk omdat werk van onder andere Hanne Laceulle (2018) duidelijk maakt dat stereotiepe beeldvorming over ouderen samenhangt met identiteitsschade en marginalisering. Dergelijke projecties en bijkomende gedragingen ontnemen oudere mensen de mogelijkheid tot volwaardig moreel agentschap (p.30).

4.8.2. Het gezondheidsdiscourse in Nederland

Een cultureel narratief kan gedefinieerd worden als een verzameling van verhalen, verbeeldingen, betekenissen, representaties en opvattingen (Laceulle, 2018, p.63). Zogenaamde ‘master narratives’ zijn de verhalen over een bepaalde groep die de boventoon voeren. Deze hoofdverhalen ontleen hun kracht aan het feit dat ze overtuigingen en verwachtingen vertegenwoordigen die door de meerderheid van de mensen worden gedeeld. Zij ‘verbeelden’ een sociaal gewenste en ideale samenleving (O’Neill, 2016). Hierdoor krijgen zij een zelfevidente status (Laceulle, 2018, p.65) en komen andere kenmerken die niet tot deze hoofdverhalen behoren op de achtergrond terecht (p.67). De manier waarop wij sociaal gedeelde opvattingen over ouderen uitdrukken, beïnvloedt vervolgens onvermijdelijk de identiteitsconstructie van de leden van die groep (p.66).

Een voorbeeld uit de studie van Aceros et al (2014) naar telegzorg toont aan hoe dit discourse ook hier werkzaam is. Pas nadat ouderen zichzelf als fragiel en kwetsbaar constitueren blijken alarmsystemen hun werk te kunnen doen. Dat wil zeggen dat om telegzorg effectief te laten zijn moeten gebruikers, zorgverleners en technici (de makers en beheerders van een alarmknop) elk hun rol spelen. De taak (en het verhaal) van dit systeem is op erop aan te

dringen dat gebruikers hun hanger altijd dragen. Anders werkt het systeem niet waarvoor het is bedoeld. Echter, door dit te doen, legt het systeem een ook specifieke identiteit op aan de gebruiker: oud, kwetsbaar en constant in gevaar (p. 4).

Deze discoursen creëren vervolgens manieren van oud zijn die bepaalde levenswijzen als beter beschouwen dan andere (Laceulle, 2018; Pols et al, 2015). Goed en succesvol ouder worden betekent dat men gezond ouder wordt (Oorsouw, 2019; Laceulle, 2018; Pols et al, 2015). De nadruk komt daarmee terecht op het in stand houden van waar een jong lijf ook toe in staat was. Dat wil zeggen een optimaal functioneren van cognitieve en lichamelijke functies dient zo lang mogelijk te worden bewaakt (Laceulle, 2018, p.81). Er bestaan tijdschriften, boeken, zelfhulpprogramma's en adviescampagnes die ouderen helpen het geheim tot vitaal leven te ontrafelen. En ook nieuwsprogramma's besteden aandacht aan deze verbeelding van ouderen. Oorsouw (2019) beschrijft in haar onderzoek een reportage van Nieuwsuur waarin een serie portretten van ouderen op hoge leeftijd die nog steeds salto's maken van een duikplank (p.6).

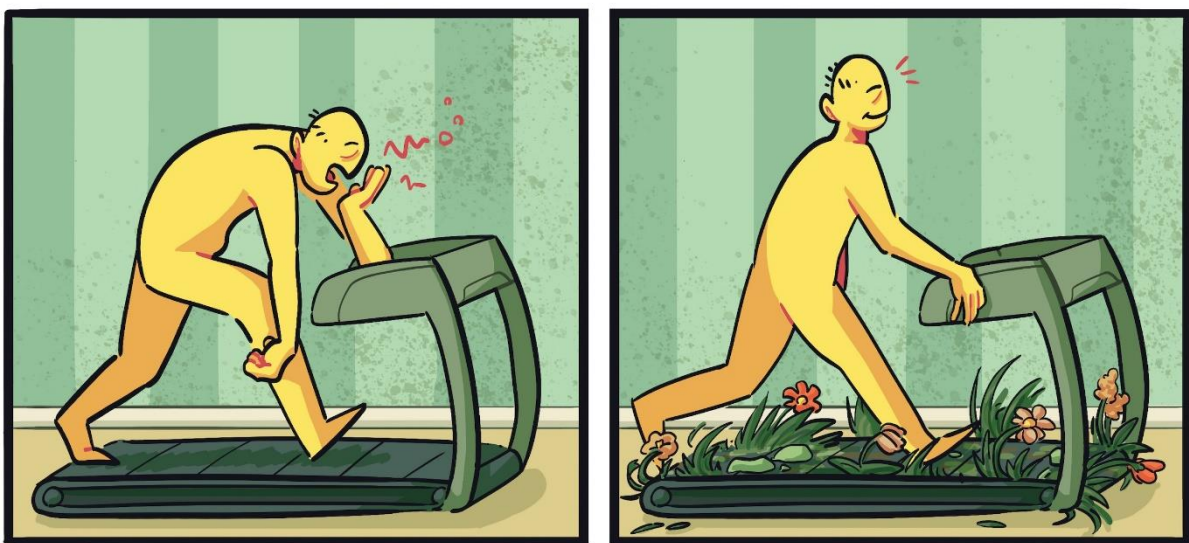
De term 'positieve gezondheid' wordt in Nederland inmiddels bijna tien jaar gebruikt in beleid en praktijk en verwijst naar het "vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en om zo veel mogelijk eigen regie te voeren" (Johansen et al, 2023). Hiermee komt een nadruk te liggen op wat men wel kan, in plaats van op wat men niet kan en ook gezondheidszorg maakt daarmee een omwenteling door: ziekte of achteruitgang dient niet te worden aangepakt op het moment dat het zich aandient, maar dient zoveel als mogelijk te worden voorkomen (Johansen et al, 2023).

We zouden ons dus nu al moeten voorbereiden op later. Idealiter op een wijze die voorkomt dat we tegen die tijd problemen ervaren. Ouder worden staat gelijk aan aftakeling en dit kan worden voorkomen. Het is maakbaar. De terugkerende politieke representatie van oudere mensen als maatschappelijke "lasten" die zwaar drukken op zorgbudgetten (Helder, 2022) kan worden geïnterpreteerd als een geval van reïflicatie van deze zienswijze op gezondheid (Laceulle, 2018, p.71). Reïflicatie verwijst naar een proces waarbij sociale processen worden gezien of behandeld alsof ze vaste, onveranderlijke objecten zijn en daarmee de opvattingen waarnaar zij refereren steviger verankeren binnen een cultuur.

Hierdoor komen ouderen echter in een paradoxale positie terecht. Aan de ene kant stellen wij levenservaring en wijsheid op prijs, terwijl ze aan de andere kant worden geconfronteerd met stereotype beelden die hun vermogen tot een volwaardig leven ondermijnen (Laceulle, 2018). Niet iedereen kan immers op 90-jarige leeftijd nog van een duikplank springen, beschikt over het vermogen hier iets aan te kunnen veranderen - of heeft überhaupt deze behoefte, terwijl onze samenleving wel van hen lijkt te verwachten dat zij over deze mate van gezondheid beschikken. In elk geval hun best doen om dit te bereiken.

Ook recente verslagen uit de media dragen bij aan deze kijk op ouderdom door te suggereren wie oudere mensen zijn en wat ze zouden moeten doen (Pols et al, 2015) Zo publiceerde de NRC in maart 2024 een artikel waarin het ouderen adviseert hun sociale ballast te dumpen en worden onder andere ‘fitness’ tips gegeven aan ouderen om jong te blijven (Es van, 2024). Ook een artikel in Trouw benadrukt de voordelen van regelmatige lichaamsbeweging voor ouderen. En dat kunnen zij blijkbaar ook prima in een sportschool doen (Tenret, 2023).

Afbeelding 3. Beeld van Paulien Kraaijeveld uit een artikel in Trouw (Tenret, 2023).



4.8.3. Ouderdom als narratief van verlies en achteruitgang

Deze constatering werpen een licht op de complexiteit van onze relatie met ouderdom en ouderen in de hedendaagse samenleving. Ze onthullen een ambivalentie die onze perceptie en interacties met oudere individuen beïnvloedt. We worden allemaal oud, maar niemand wil dit zijn (Helder, 2022, p.1). Deze ‘narratieven van verval en achteruitgang’ weerspiegelen niet alleen onze sociale denkbelden, maar ook diepere angsten en verlangens die verband houden met onze eigen vergankelijkheid (Laceulle, 2018, p. 79). Deze negatieve associaties zijn

volgens socioloog Norbert Elias met betrekking tot ouderdom ook al in de jaren tachtig zichtbaar. Elias typeert deze maatschappelijke tendens als “de stilzwijgende afzondering van ouder wordenden en stervenden uit de gemeenschap van de levenden.” (Elias, 1980, p.452). De confrontatie met ouderen zou onze eigen angst voor de dood en ouder worden verbeelden: een confrontatie die we vervolgens liever uit de weg gaan vanwege de wensdroom onsterfelijk te zijn (Elias, 1980, p. 456).

Onderzoek van Brys & Geerts (2022) toont aan dat ook medewerkers in de ouderenzorg negatieve opvattingen over oud-zijn hanteren. Zij concluderen dat “veroudering in onze cultuur “nog altijd geassocieerd wordt met verlies, achteruitgang en eindigheid”, ook door zorgverleners (Brys & Geerts, 2022, p.1). Sommige onderzoeken lijken erop te wijzen dat ouderen zelf hun ouderdom ook als een last ervaren (Chang et al, 2020). Volgens zorgverleners uit een onderzoek van Pols et al (2015) worden ouderen in elk geval pas ‘goede gebruikers’ van telezorg technologie als ze zichzelf construeren als personen die risicovol en fragiel zijn. Hun identiteit wordt aan leeftijdsgebonden stereotypen gekoppeld (p.4).

4.8.4. De afkeer van het negatieve

Vanuit maatschappelijk perspectief is deze neiging tot het aangename en de afkeer voor het onwenselijke breder waarneembaar dan alleen onze kijk op ouderdom. In wat Han (2015) de positieve samenleving noemt, lijkt in elk geval steeds minder plek te zijn voor de ervaring van tegenwind of tegenslag. De door tegenstellingen gekenmerkte samenleving zou steeds meer plek maken voor een samenleving waarin elke vorm van negativiteit steeds verder wordt teruggedrongen (p.56) en gezondheid tot een nieuwe godin verheven wordt (Han, 2022, p.55).

Daarmee lijkt maatschappelijk gezien afscheid te worden genomen van een dialectiek die ons oude bestaan betekenis gaf. Dat wil zeggen dat de eerbied die voorheen bij ons opkwam voor het anders-zijn van anderen – een stilstaan dat het negatieve een vruchtbare plek in ons zijn verschaft – steeds meer plek lijkt te maken voor een behoefte tot aaneenschakeling; tot een eenzijdige wens onszelf te terug te zien in de ander. Geen eerbied, maar een veronachtzaming van het negatieve kenmerkt deze maatschappij (Han, 2015).

De afscherming van het negatieve beweegt ons vervolgens tot een verschijningsvorm van de werkelijkheid die gereduceerd wordt tot een utilistische logica, een optelsom van aangename gevoelens. Pijn is blijkbaar iets wat moet worden vermeden; bij voorkeur zelfs worden

verborgen (Han, 2022, 10). Daarmee de omgang met leed en verdriet – ze vorm te geven – ook vanuit maatschappelijk perspectief verloren te gaan, terwijl gesteld kan worden dat de menselijke ziel juist haar diepgang en magie verkrijgt door een zichtbare relatie met het negatieve; ze verzamelt kracht en moed door inspanning die ongeluk vertaalt in een geschenk (Han, 2015, p.56). Het brengt een unieke vertelling op gang (Han, 2022, p37).

4.8.5. Ouderdom op afstand

Het tweede gedeelte van deelvraag twee, de maatschappelijke rechtvaardiging van teezorg vanuit onze sociale denkbeelden over ouderdom, kan vervolgens worden beantwoordt vanuit een functioneel perspectief. Ouderdom blijkt door onze maatschappij namelijk te worden geassocieerd met achteruitgang en verlies. De zichtbaarheid van ouderdom confronteert ons met een pijnlijke eindigheid van ons eigen bestaan. Een pijn die kan worden vermeden. In elk geval zo lang mogelijk uitgesteld. De afstand van ouderen die bij de toepassing van teezorg ontstaat, zou kunnen dienen als een coping strategie voor onze behoefte de ongewenste aspecten van ouderdom niet langer onder ogen te komen. Ouderen die zorgbehoevend zijn, zijn immers niet-gezond. En wat dat wil tegenwoordig niemand meer zijn (Helder, 2022, p.1).

Daarnaast lijkt teezorg onderdeel uit te maken van een samenleving waarin een omwenteling lijkt te hebben plaatsgevonden. Zingeving en berusting komen minder voort uit tegengestelde ervaringen, waarin pijn en verdriet ons bestaan waarde geven en onze ervaringen van kleur voorzien, maar uit een opeenstapeling van leuke en aangename gebeurtenissen. Een soort hedonistisch hamsterwiel waarin alles in teken staat van een onmiddellijke behoeftebevrediging en dient ter compensatie van een verlies aan diepgang, veroorzaakt door een verhulling van de keerzijdes van ons bestaan (Han, 2015; 2022).

5. Moraal en technologie

Onderstaand hoofdstuk beschrijft de interactie tussen technologie, moraal en menselijk handelen, met een focus op de mediatie theorie van Verbeek (2014). Het brengt in beeld hoe technologische mediatie van teezorg artefacten kan bijdragen aan de verankering van culturele narratieven over ‘ongewenste’ ouderdom in onze cultuur, maar laat ook zien hoe deze morele onderhandelingen met voorwerpen plaatsvindt en verklaart hoe teezorg tot de (on)verwachte (morele) en soms tegenstrijdige gevolgen uit hoofdstuk drie kan leiden. We kunnen, in navolging van Pols & Willems (2011), stellen dat wanneer innovatieve

technologieën zoals teleshopping daadwerkelijk worden ingezet, 'dezelfde' technologie zich anders zal manifesteren (p. 485). Dit roept vragen op over de manier waarop technologie dit 'doet' en brengt ons bij deelvraag drie: wat kunnen lichamenlijke geleefde ervaringen betekenen voor de morele onderhandeling met teleshopping technologie?

Het hoofdstuk begint met een verkenning van technologische intentionaliteit en vrijheid (Verbeek, 2014). Hier wordt besproken hoe artefacten richting geven aan menselijke ervaringen en hoe technologie onze vrijheid constitueert. Dit wordt gevolgd door een analyse van hoe de fenomenologie ons begrip van de wereld informeert. Vervolgens richt het zich op de rol van het lichaam en hoe technologie als interpretatiekader voor onze ervaringen van de werkelijkheid dient. Tot slot wordt ingegaan op hoe ontwerpers en gebruikers van technologieën een rol spelen in het vormgeven van technologische mediatie, met daarbij aandacht voor de rol van ons lichamenlijk ingegeven inbeeldingsvermogen. .

5.1. Hybride intentionaliteit

Voordat kan worden gestart met de beschouwing van hoe teleshopping moraal bemiddelt, is eerst een belangrijke nuance op zijn plaats. Hoewel Verbeek (2014) namelijk pleit dat technologische voorwerpen onze morele ruimte mede vorm en van betekenis voorzien, volgt hieruit niet dat technologie daarmee een eigenstandig moreel actorschap kan worden toegekend (p.65). Een entiteit kan volgens Verbeek namelijk alleen een morele actor zijn als het morele verantwoordelijkheid kan dragen voor zijn handelen. En daarmee moet hij ten minste intentionaliteit en de vrijheid bezitten om deze intentionaliteit uit te drukken (p.68). Intenties om te handelen ontstaan volgens Verbeek (2014) alleen vanuit ervaringen en interpretaties van de wereld waarin dat handelen plaatsvindt (p.69). Intentionaliteit kan wel door artefacten heen werken. Sterkers nog, zonder bemiddeling van deze artefacten zouden deze ervaringen niet eens mogelijk zijn (p.70).

Verbeek stelt dat wij om bovenstaande reden ook wel van een hybride intentionaliteit kunnen spreken. Waarbij de intentionaliteit van artefacten is gelegen in hun richtinggevende rol in het leven van mensen en waarbij de intentionaliteit van mensen dus niet geheel verloren gaat. Denk bijvoorbeeld aan de vrouw die haar katholieke hanger inruilde voor een alarmknop. Men kan zich immers moeilijk voorstellen dat het de bedoeling van de makers was om een dialoog op gang te brengen over hoe technologie ten koste kan gaan van persoonlijke,

religieuze opvattingen en gewoontes net zo min als dat deze vrouw zelf zich op voorhand had bedacht dat zij haar ketting niet meer zou dragen nadat zij gebruik ging maken van telezorg.

Met de bemiddelde rol van technologie wordt echter niet alleen verwezen naar de bedoelde of onbedoelde effecten die het teweeg kan brengen. Sommige technologieën komen ook anders tot uiting dan waar zij oorspronkelijk voor zijn bedoeld. Gerelateerd aan telezorg kan dit effect verwijzen naar een GPS systeem dat in eerste instantie is bedoeld om ervoor te zorgen dat ouderen niet gaan dwalen of de weg naar huis niet meer terug weten te vinden. Ditzelfde systeem draagt echter ook bij aan een geleefde gevoel van veiligheid. Waardoor ouderen vertrouwen ontwikkelen om actief te blijven en de wereld te blijven ontdekken.

Hybride intentionaliteit kan ook verwijzen naar de nieuwe afhankelijkheden die er ontstaan bij gebruik van telezorg. Er is ten slotte gebleken dat niet alle ouderen die gebruik maken van telezorg toegang hebben tot een netwerk dat hen hierbij kan ondersteunen, waardoor het beoogd effect van telezorg, juist nieuwe kwetsbaarheid tot gevolg heeft. In alle voorbeelden komt de morele betekenis van een ervaring tot stand, door zowel de betrokkenheid van een mens, als van voorwerpen. Ze sluiten elkaar niet uit, maar hebben in samenspel een nieuwe ervaring tot gevolg.

5.2. Technologische vrijheid

Moreel actorschap veronderstelt naast intentionaliteit (het ergens op gericht zijn) ook dat iemand de vrijheid heeft om dat te kunnen doen. Verbeek pleit dat, hoewel het bezit van vrijheid noodzakelijk is om iemand verantwoordelijk te kunnen houden voor zijn handelen, mensen geen morele beslissingen nemen in een vacuüm, maar binnen de context van een wereld die onvermijdelijk invloed op hen uitoefent. En de artefacten binnen Verbeeks (2014) technologische mediatie theorie (bemiddeling) maken daar onderdeel van uit (p.74).

Hoewel telezorg beschikbaar is voor ouderen, hoeft dit niet te betekenen dat zij er gebruik van maken op de wijze waarop het oorspronkelijk was bedoeld.

Deze gedachtegang kan worden verhelderd door de aanpassingen die ouderen (al dan niet met behulp van hun netwerk) verrichten aan de onwenselijke zichtbaarheid van telezorg technologieën te belichten. Zij bezitten ten slotte de vrijheid om anders gestalte aan deze zichtbaarheid te geven en doen dit bijvoorbeeld door medische apparatuur op een slaapkamer

te verbergen of een alarmknop onder kleding weg te stoppen. In sommige gevallen wordt er zelfs geheel afgezien van gebruik, omdat teleshopping teveel op de zenuwen van gebruikers werkt.

Mensen worden dus niet op een fatalistische wijze gedetermineerd door technologie, maar erdoor gevormd. Mensen zijn en blijven nog steeds in staat eigen beslissingen te nemen. We kunnen volgens Verbeek (2014) immers niet onze ogen sluiten voor de werkelijkheid en dan scanderen dat we vrij zijn; doen alsof medische apparatuur of alarmknoppen geen enkele oorzaak of reden hebben. Technologieën faciliteren eerder onze vrijheid en zijn als zelfstandige actoren enkel vrij voor zover ze (onbedoelde) effecten tot gevolg hebben wanneer zij eenmaal worden gebruikt (p.75). Technologie constitueert onze vrijheid door bij te dragen aan de omgeving waarbinnen het menselijk handelen zich afspeelt en creëert daarmee de ruimte en potentie voor morele besluitvorming (p.76).

5.3. Fenomenologie: het belang van een ervaring

Via technologie geven wij dus niet slechts moreel richting aan ons bestaan. Door het gebruik van artefacten kan dit bestaan zich ook op nieuwe manieren aan ons openbaren. Deze kijk op technologie veronderstelt een specifiek filosofische kijk op de werkelijkheid die nader dient te worden toegelicht. Uitleg over hoe wij de essentie van een ervaring kunnen benaderen, helpt ons immers ook om te begrijpen hoe technologie hiermee samengaat.

De fenomenologie is een filosofische stroming die door filosoof Edmund Husserl werd geïntroduceerd uit bezorgdheid over de vervreemding van onze ervaring van de wereld door de manier waarop de nadruk op het gebruik van ons verstand tot een derde persoons perspectief leidt (Vosman, 2017). De bepalingen die uit dit perspectief tot stand komen verwijderden ons van de wereld waarin wij ons reeds bevinden (p.78). Voor Husserl kleurt het verstand onze ervaring van de werkelijkheid; een ervaring die ons feitelijk dus al op voorhand is gegeven, voordat we die proberen in concepten weer te geven of te verklaren wat er gebeurt (Van der Meide, 2014, p.68).

Hiermee wordt gepoogd de ervaring van de wereld terug te brengen, of reduceren tot de essentie van een fenomeen. Een fenomeen wordt binnen deze stroming opgevat als iets dat aan ons bewustzijn verschijnt en kan zoveel omvatten als een gebeurtenis, ding of gevoel (Van der Meide, 2015, p.22). Het doel van de fenomenologie is om 'direct' in contact met de

wereld te treden door open te staan voor wat zich ook zal openbaren (Finlay, 2008, p.4). Voordat ik mijn aandacht richt op een object, bevind ik me immers al in een prereflexief ontsloten wereld (Han, 2022, p.65).

Het reductionisme van Husserl helpt onze vooringenomenheid over de wereld in te dammen, zodat we de essentie van onze subjectieve ervaring kunnen benaderen. Door een deconstructie van alles wat men reeds denkt te weten, ontstaat een nieuwe opening voor de wereld om zich aan ons voor te doen (Finlay, 2008, p.4). Wetenschap, realiteit, ons ego en onze intuïtie moeten op een radicale manier worden beteugeld, zodat wij in staat worden gesteld de wereld zoals deze zich subjectief openbaart te beleven (Finlay, 2008). Het helpt ons om voorbij te gaan aan cultureel verankerde morele uitgangspunten als zelfredzaamheid, maar maakt ook mogelijk dat de impact van dit uitgangspunt op een geleefde ervaring inzichtelijk kan worden gemaakt.

Een complete reductie van alles wat men reeds veronderstelt is echter niet mogelijk, omdat men zich eerst bewust dient te zijn van wat men reeds veronderstelt, voordat men in staat is aan deze concepties voorbij te gaan. Interpretatie blijft ook binnen de fenomenologie dus een voorwaarde om te bepalen hoe de wereld zich aan ons voordoet (Finlay, 2008, p.8). De fenomenologie probeert echter te ontsnappen aan persoonlijke vooroordelen, door bewust te zijn en bewust om te gaan met de historische en culturele verankering van normen en waarden (p.9). En die in dit geval een reflectie op onze sociale denkbeelden en morele uitgangspunten op telezorg mogelijk maakt.

In relatie tot Verbeeks (2014) mediatie theorie heeft de fenomenologische, immanente verbondenheid met de wereld tot gevolg dat voorwerpen en personen vanuit moreel perspectief samen komen te vallen. De kenmerken van deze voorwerpen zijn voor hun bestaan immers niet afhankelijk van een subjectief begrip of bepaling (Sayer, 2011, p.46). Zij zijn al voorzien van morele waarden. De angst voor stigmatisering en terughoudendheid in het gebruik van telezorg (Greenhalgh et al, 2013; Peek et al, 2015; 2016) en de manier waarop voorwerpen zich iemand 'ziek' kan laten voelen, laten zien hoe normatieve kaders reeds aanwezig zijn in technologie (Niemeijer, 2014). Het is via de objecten die zich reeds in de wereld bevinden waardoor deze ervaring gestalte krijgen, men hoeft zich daar niet eerst bewust van te worden (Vosman, 2017, p.79).

De focus in het volgende gedeelte verkent de relatie tussen fenomenologie en Verbeeks (2014) mediatie theorie nader. Terwijl de fenomenologie ons namelijk leert dat elke ervaring er op een unieke wijze toe doet, introduceert technologie een extra laag van bemiddeling in deze ervaringen en zal daarnaast duidelijk hoe we het lichaam in relatie tot deze ervaring kunnen verstaan. Door technologie te begrijpen als een fenomenologische extensie van onze zintuiglijke en lichamelijke ervaringen, kunnen we beter anticiperen op de impact ervan op ons dagelijks leven en op de morele besluitvorming die daaruit voortvloeit. Deze integratie biedt inzicht in hoe technologie niet alleen als een instrument, maar ook als een actieve participant in onze ervaringen van de wereld fungeert (Verbeek, 2014).

5.4. Fenomenologie en het lichaam

Hoewel het verstand en ons bewustzijn voorwaarden vormen voor een ‘ware’ ervaring van de wereld, vormt het lichaam volgens de fenomenologie het toegangsporaal tot het domein van onze ervaringen. Beteugeling van vooronderstellingen is een belangrijke voorwaarde om het lichaam in staat te stellen via haar sensoren de wereld waar te nemen. Via lichamelijke gewaarwordingen treffen we de ware wereld om ons heen aan. Het vormt een instrument waaraan ons begrip van de wereld zijn oorsprong te danken heeft (Vosman, 2017, p.80). Dit lichaam opereert vergeleken met het verstand niet volgens logische en voorspelbare patronen. Het lichaam is in die zin irrationeel en ambigue. Het maakt mee wat zich binnen een situatie voordoet en dat ook weer voorbij zal gaan (p.79).

De fenomenologie deelt een vertrouwen toe aan de vergankelijke sensaties en gevoelens die een gebeurtenis, voorwerp of handeling bij ons oproept. Een mens is namelijk geen ‘ik’ met een pure innerlijke ervaring, maar een wezen dat participeert binnen een atmosfeer die ook door het lichaam als grimmig of plezierig kan worden ervaren en daarmee iets te zeggen heeft over de morele waarde van dat moment. Onder invloed van een atmosfeer kan het lichaam immers verkrampen, ontspannen of zich verzetten tegen dat wat er gebeurt (Vosman, 2017, p.81). Men heeft daar geen volstrekte controle over, maar is ermee in dialoog.

Deze belichaming refereert niet alleen naar sensorische perceptie, zoals tast, zicht, reuk, smaak of gehoor, maar ook naar de sociale normen en morele waarden waardoor zij betekenis krijgen (Vosman, 2017; Greenhalgh et al, 2013; Aceros et al, 2014)). Bijvoorbeeld: ouderdom is in eerste instantie iets dat naar een fysieke gewaarwording van het lichaam verwijst. Maar

culturele verwachtingen en normen bepalen mede hoe deze gewaarwordingen vervolgens worden ervaren.

Deze verwachtingen komen vervolgens tot uiting door de interactie met een voorwerp. Het lichaam kan de wereld opnieuw als veilig ontdekken, en daarmee hernieuwd vertrouwen in zichzelf tot gevolg hebben (Johannessen, 2021) . Maar het dragen van een alarmknop kan iemand zich ook ziek of mismaakt laten voelen (Aceros, 2014, p.4) en telegorg kan leiden tot angst voor stigmatisering of een vrees om vergeten te worden, met lichamelijk ‘onrust’ en buikpijn tot gevolg (Peek et al, 2016). Dit lichaam kan dus niet alleen gewenste, maar ook ongewenste situaties ‘aanvoelen’. Voordat we proberen die ervaring in concepten weer te geven of te verklaren wat er gebeurt, geeft het lichaam al een richting aan (Van der Meide, 2014, p.68). Een lichamelijke taal, of ‘gewoonte’ (Hamington, 2012) die we vanuit fenomenologisch perspectief zouden moeten vertrouwen, omdat zij een ervaring van morele betekenis voorziet (Vosman, 2017).

5.5. Technologische mediatie: een interpretatiekader

Evenals een fenomenologische ervaring, kan ook technologische intentionaliteit vervolgens worden opgevat als een manier waarop de mens de wereld kan ‘ontbergen’, wat eveneens als ‘zichzelf tonen’ kan worden opgevat (Heidegger, 2014, p.17). Een ervaring wordt op deze manier van betekenis voorzien doordat technologie als interpretatiekader wordt gebruikt (Verbeek, 2014).

Er is enerzijds namelijk reeds gebleken dat ouderen hun lichaam als fragiel en oud leren opvatten onder invloed van telegorg technologie (Aceros et al, 2014). Anderzijds wijst deze reconstructie echter ook in de richting van voorwerpen. Een fornuis (Karlsen, 2018), voordeur (Johannessen, 2019) of omgeving (Aceros et al, 2014) van ouderen moeten immers eerst als iets dat gevaarlijk is voor een ouderen worden geconstitueerd voordat het mogelijk wordt om er een telegorg systeem aan te verbinden. ‘Aan ontberging’ gaat dus het in stelling brengen van de objecten in de wereld vooraf (Heidegger, 2014). Een benadering van de werkelijkheid waarin voorwerpen hun betekenis ontleen aan de manier waarop ze gemanipuleerd kunnen worden (Verbeek, 2014, p.84).

Deze technologische benadering van de fenomenologie heeft overeen met Husserls notie van de wereld dat de mens niet enkel onderzoekend en beschouwend de natuur als een domein van zijn voorstellingswereld najaagt, maar ook vanuit nuchtere bereidheid in staat is zich te verwonderen over de onberekenbaarheid van ons bestaan (Heidegger, 2014, p.20). Door de wereld als onderzoeksobject op te vorderen, raken wij namelijk verwijderd van al het andere dat waartoe de wereld ons kan bewegen (p.29). Dat wil zeggen door de lichamen en omgeving van ouderen (en de voorwerpen die zich daarin bevinden) in stelling te brengen als iets dat een risico vormt, ‘ontdekken’ ouderen een risicovolle werkelijkheid door hun interactie met technologische voorwerpen.

De perceptie van risico en daadwerkelijk risico zijn dus geen verschillende dingen, maar een en hetzelfde (Beck, 1992, p.55). De onzichtbare risico's worden zichtbaar gemaakt, doordat moreel ingeschreven technologische voorwerpen dit risico aan ouderen openbaren. Ouderdom wordt vervolgens vergezeld door een verlies van moreel agentschap, doordat het gebruik van technologie hunzelf en hun omgeving reeds als risicovol heeft benadrukt. Gevaar wordt dus niet aangetroffen, maar geproduceerd door het cultureel narratief over ouderdom waarin het ouder lijf als zwak en breekbaar en diens omgeving als gevaarlijk en risicovol wordt beschouwd (Laceulle, 2018). Ditzelfde risico ‘openbaart’ zich vervolgens doordat telezorg artefacten als fenomenologisch interpretatiekader worden gebruikt..

Op deze manier bezien kan men zich afvragen waarom ouderen de zichtbaarheid van telezorg technologie op hun lijf of in hun omgeving ter discussie stellen. Zij lijken in weerstand te komen tegen de transformatie van hun omgeving tot een risicovol en, in sommige gevallen, medisch domein (Aceros, 2014, p.3). De gevaarlijk geworden omgeving draagt namelijk bij aan de stereotype beeldvorming van ouderen als oud en fragiel. De voorwerpen in hun huis en op hun lichaam ontbergen een werkelijkheid die deze geleefde ervaringen mogelijk maakt (p.3). De mogelijkheid om de wereld nog anders te ‘ontdekken’, raakt vernauwd door de normatieve scripts waarmee technologie is ingeschreven (Niemeijer, 2014; Aceros et al, 2014).

Telezorg leunt sterk op technologie, waardoor ouderen continu zijn omgeven met moreel geladen artefacten. Een technische manier van ontbergen lijkt onontkoombaar het handelen en hun percepties te richten. Dit ‘blijvende ontdekken’ van technologie faciliteert het begrip van de wereld van ouderen en geeft hun ervaringen gestalte (Verbeek, 2014, p.84). Een alarmknop

of alarmsysteem kan bijvoorbeeld speciaal voor ouderen zijn bedoeld, maar als zij op een kritiek moment niet in staat blijken tot deactivering van een alarm of over voldoende coördinatie beschikken om een alarm te activeren, creëert technologie niet alleen een risicovolle werkelijkheid, maar faciliteert het ook een begrip van een wereld vol onvermogen. Hetgeen waar het lichaam niet toe in staat is raakt uitvergroot door de morele lading waarmee technologie reeds is ingeschreven. En die in dit geval de tekortkomingen van het eigen lichaam juist uitvergroot.

Vanuit fenomenologisch perspectief kan echter worden gesteld dat elke gebruiker een expert is op het gebied van technologie. Als blijkt dat technologie hun leven teveel in de weg zit, kunnen ouderen technologische voorwerpen heroriënteren (verbergen of aanpassen), maar ook afzien van gebruik, of er vanuit eerdere ervaringen met technologie niet eens aan te beginnen, zoals ook de resultaten van de empirische studie uit voorliggend onderzoek liet zien. Dat wil niet zeggen dat deze ouderen over technische kennis beschikt, maar over existentiële kennis die gedragen wordt door het eigen lichaam (Vosman, 2017).

Elk mens is immers in staat te bepalen wat voor hem of haar het beste werkt op basis van een geleefde ervaring (Greenhalgh et al, 2013, p.87). Zij richten zich op een werkelijkheid die zich via een technologisch artefact aan hen openbaart. Hun lichamelijke sensaties en percepties vormen de basis voor praktische handelingen. Een soort schema van aangeleerde gedragingen en ervaringen die op een dynamische wijze de werkelijkheid gestalte geven (Hamington, 2012; Vosman, 2017). Het technologisch gemedieerd gericht-zijn stellen de persoon en zijn lichaam in staat zich in de wereld te positioneren en er betekenis aan te verlenen (Verbeek, 2014).

In een ideale wereld zou deze dialoog van herontwerp continu en onmiddellijk zijn. Technologie zou dan een soort modulair systeem zijn dat afhankelijk van het moment waarin en ervaren gevoel opnieuw kan worden opgebouwd. Om überhaupt te kunnen functioneren, moet technologie hoe dan ook 'getemd' worden; het moet aangepast worden aan de praktijken van de gebruikers (Pols & Willems, 2011; Greenhalgh et al, 2013). En de fenomenologie onderschrijft de wetenschap van ervaring door alledaagse ervaringen als diens uitgangspunt te nemen (Finlay, 2008; Vosman, 2017). Een ervaring van de werkelijkheid die mede via de voorwerpen en de morele waarden waarmee zij zijn ingeschreven tot stand komt (Verbeek, 2014).

5.7. Techniek, moraal en de mens

In beantwoording op deelvraag drie: welke inzichten biedt de mediatie theorie van Verbeek (2014) met betrekking tot zorgtechnologie in de thuissituatie van ouderen, kan vervolgens worden gesteld dat technologieën bedoelde, maar ook onbedoelde effecten hebben. Met soms ook nieuwe en onverwachte ervaringen en morele kwesties tot gevolg. Hieraan kan worden toegevoegd dat deze ervaringen niet alleen rationeel zijn, maar ook sterk beïnvloed worden door lichamelijke sensaties en gewaarwordingen, omdat het via zijn gewaarwordingen en sensaties mede gestalte geeft aan de interactie met technologie en de wereld. Technologie functioneert als een verlengstuk van dit lichaam als een interpretatiekader voor onze ervaringen en bepaalt vanuit een hybride-intentionaliteit hoe we de wereld zien, begrijpen en tot ons nemen (Verbeek, 2014)

Verbeek benadrukt dat technologie onze vrijheid niet afneemt, maar constitueert doordat het de omgeving van menselijk handelen mede vormgeeft, wat impliceert dat onze morele beslissingen niet in een vacuüm plaatsvinden maar contextafhankelijk zijn. Technologie is niet alleen een instrument, maar draagt actief bij aan onze ervaringen, interacties en morele besluitvorming in de wereld. Door technologie te begrijpen als een fenomenologisch verlengstuk van ons lichamelijk en zintuiglijk bestaan, kunnen we anticiperen op de impact ervan op onze morele en praktische keuzes (Verbeek, 2014).

6. Zorgethische discussie

Hoe bovenstaande inzichten vervolgens kunnen bijdragen aan wat goede zorg met telezorg vanuit zorgethisch perspectief behelst, specifiek bekeken vanuit diens kijk op belichaming, zal worden beantwoord met behulp van een zorgethische discussie. Binnen deze zorgethische discussie staan drie wijzen van analyseren centraal, te weten meedenken, tegendenken en omdenken (Vosman & Niemeijer, 2017). Waardoor het mogelijk wordt de afstand waarmee telezorg samen gaat vanuit verschillende invalshoeken te aanschouwen en van morele duiding te voorzien. Een beschouwing van deze spanningsvelden maakt duidelijk hoe moeilijk het zorgproces zich door tijd en ruimte laat verplaatsen (Tronto, 1994), meer dan dat het probeert principes op te werpen.

Deze diversiteit toont bovendien aan hoe waarde-breed wij de mens-technologisch hybride intentionaliteit van Verbeek (2014) kunnen opvatten. Elke praktijk van zorg vraagt immers

om een contextuele beantwoording, die in het geval van telegzorg door technologie ‘door’ artefacten heen beweegt. Dit maakt niet alleen dat elke zorgrelatie vraagt om een unieke benadering (Tronto, 1994), maar ook dat daarbij de morele rol van artefacten mee in overweging worden genomen (Verbeek, 2014). Zorg kent namelijk niet maar een manier om zich te ontfouwen, maar heeft een open einde (Tronto, 1994), zoals ook onze relatie met technologie dat heeft (Verbeek, 2014).

In het eerste gedeelte (meedenken) zal een alternatieve functie van telegzorg worden besproken vanuit de optiek van ouderen die aangeven niemand tot last te willen zijn en hun eigen zelfstandig leven te willen leiden. De bemiddelde rol van telegzorg maakt vervolgens mogelijk dat zij deze afstand kunnen nemen. Het meedenken volgt zelfredzaamheid om duidelijk te maken dat er ouderen zijn die wellicht met opzet afstand nemen van de samenleving, waarbij hun lichaam en ervaring leidend zijn in de zorgvraag die er tot stand komt en waarmee zij bovendien niemand kwaad lijken te doen.

Onder de tegendenken rubriek zal kritischer worden gekeken naar het belang van empathie. De afstand tussen ouderen en diens zorgverleners zal worden tegengedacht vanuit de opvatting dat morele waarden, zoals empathie, op een fundamentele wijze verankerd zijn in ons lichaam, en daarmee een verplaatsing door de tijd en ruimte zonder verlies aan essentie nagenoeg onmogelijk wordt (Vosman, 2017). Er wordt betoogd dat empathie niet slechts een individuele eigenschap, maar tussen mensen tot stand komt (Dijke van et al, 2020). Er worden zodoende twijfels geuit in hoeverre technologie in staat is menselijk empathie te vervangen of na te bootsen. Een belichaamde en relationele kijk op de mens vormen de hoofdlijn in dit gedeelte.

Tot slot zal het idee van zelfredzaamheid worden omgedacht. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid vormen hierbij de (nieuwe) uitgangspunten voor telegzorg. En dat zijn alle mensen, niet alleen de ouderen die van telegzorg gebruik maken (Kittay, 1999; Tronto, 1994; Walker, 2007). Erkenning van deze gemeenschappelijkheid opent de weg naar een zorgpraktijk, waarbij zorg niet slechts een op de zorgvrager gerichte verantwoordelijkheid is, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen een netwerk van mensen die ook kwetsbaar zijn vertegenwoordigd. Dit omdenken vraagt om een herziening van hoe we ouder worden en de dood benaderen: niet als taboeonderwerpen, maar als natuurlijke onderdelen

van het leven die we collectief moeten omarmen. Kwetsbaarheid en onderlinge afhankelijkheid staat centraal in dit laatste gedeelte.

6.1. Meedenken: laat mij met rust

De verschillende empirische onderzoeken uit het eerste hoofdstuk hebben in beeld gebracht dat ouderen hun familieleden en netwerk liever niet tot last zijn en dat zij er soms van uit lijken te gaan dat de generatie na hen vast iets beters te doen heeft. Hun kinderen zijn druk met hun eigen bestaan en de zorg en aandacht die ouderen nodig hebben dwarsboomt het succes van de toekomstige generatie. Ouderen zijn om onder andere die reden geregeld terughoudend met vragen om hulp of om bijgestaan te worden in zorg. De sociale contacten van ouderen beperken zich tot de directe omgeving van hun leefdomein. Sommige ouderen lijken hier weinig hinder van de ondervinden, zolang ze maar in controle blijven over waar en met wie zij kunnen optrekken.

Het is wellicht te kort door de bocht om ervan uit te gaan dat ook al deze laatst genoemde ouderen hulp nodig hebben om hun leven anders in te richten. Misschien kunnen we zelfs spreken van een vorm van paternalisme wanneer we ervan uit gaan dat deze ouderen hun kijk op de wereld moeten herformuleren. Zij beschikken ten slotte ook over een recht op en vermogen tot zelfredzaamheid. Bouwman (2020) brengt een aantal theorieën in beeld die helpen anders na te denken over, of mee te denken met, de afstand die er door telegzorg ontstaat en het zelfbeschikkingsrecht waarover ouderen beschikken. Wellicht nemen ouderen namelijk wel met opzet afstand van de mens en samenleving. Om deze gedachtegang te verhelderen is het allereerst belangrijk om beter te begrijpen wat Bouwman (2020) bedoelt met ‘disengagement’ en de theorieën die hier verband mee houden.

De ‘disengagementtheorie’ stelt dat een ouderen zich terugtrekken uit ons bestaan, om zowel de samenleving als hun familieleden en netwerk voor te bereiden op een scheiding tussen beiden (Bouwman, 2022, p.33). Er zijn vervolgens ook een aantal andere opvattingen in het verlengde van dit idee te plaatsen. De sociaal-emotionele selectiviteitstheorie stelt bijvoorbeeld dat wanneer het leven zijn einde nadert, daarmee ook de tijdshorizon waarin ervaringen kunnen worden opgedaan inkrimpt. Dit leidt er vervolgens toe dat ouderen meer neigen naar een omgang met mensen die helpen hun laatste levensfasen te reguleren, in plaats van contacten te zoeken die nieuwe ervaringen bieden. De essentie van welzijn verschuift van

het realiseren van mogelijkheden naar het confronteren van de onvermijdelijkheid van het einde (Greenhalgh et al, 2013, p.89).

Ouderen ontwikkelen een voorkeur voor relaties die positieve ervaringen bieden, zoals die met naaste familie en vrienden, en neigen ze zich terug te trekken uit minder hechte relaties. De sterkte van resterende relaties raakt daarmee bovendien versterkt (Bouwman, 2020, p.33). Zoals o.a. de empirische studies van Peek et al (2016) en Greenhalgh et al (2013) liet zien, uiten verschillende ouderen een diepgewortelde behoefte om met mensen die hen reeds bekend zijn in contact te blijven. Telezorg kan vervolgens ook betekenen dat deze contacten aan intensiteit toenemen (Haan, 2004).

Uit de theorie van 'selectie, optimalisatie en compensatie' zijn soortgelijke functionele aspecten van de afstand die door telezorg mogelijk wordt op te maken. Deze opvatting behelst namelijk dat ouderen strategisch omspringen met de hoeveelheid doelen die zij nog wensen te behalen in hun leven. Dit betekent ook dat het leven meer in teken staat van optimalisatie in plaats van vernieuwing. Het verblijf in een omgeving waar het oude en vertrouwde leven verder kan worden uitgediept krijgt de voorkeur (Bouwman, 2020, p.34). De ouderen die uit het werken in hun moestuin van hun ouders die zijn overleden (Campen van, 2020) of het deelnemen aan een dorpsleven zingeving en betekenis ontleen (Bruggencate ten et al, 2019) zijn hier voorbeelden van. Compensatie voor verlies wordt zodoende bereikt door meer inspanning te investeren in wat reeds bekend is.

De verschillende theorieën die Bouwman (2020) in beeld brengt hebben overeen met elkaar dat ouderen omgaan met hun naderend einde door zich te onttrekken van hun naasten en de samenleving, zodat deze vast kunnen wennen aan wanneer zij er eenmaal niet meer zijn. Deze theorieën kunnen met onderliggend onderzoek in verband worden gebracht, doordat zij een ander licht werpen op de functie van telezorg voor ouderen. Telezorg zou immers ook de afstand die ouderen wensen te nemen van de samenleving kunnen faciliteren.

Als we er op een anti-paternalistische wijze vanuit gaan dat ouderen recht hebben op en beschikken over zelfbeschikking, en dit combineren met de fenomenologische veronderstelling dat de geleefde ervaring van ouderen hen tot existentiële experts maakt (Vosman, 2017; Greenhalgh et al, 2013; Finlay, 2008), dan kunnen wij in combinatie met de inzichten van Bouwman (2022) ook een ander functioneel aspect van telezorg ontwaren. In dit

geval niet vanuit een samenleving die negatief over ouderen denkt, maar vanuit ouderen zelf. Er zijn ten slotte uit de verschillende empirische onderzoeken ook ervaringen van ouderen op te maken die erop wijzen dat zij een sterke behoefte hebben om zelf te kunnen bepalen over waar en met wie zij verblijven. Zij uit in sommige gevallen zelfs een nadrukkelijke behoefte om met rust gelaten te worden.

De afstand die er als gevolg van telegeneeskunde tot stand komt, kan vanuit 'de disengagement theorie' worden meegedacht en vervolgens vanuit een recht op zelfredzaamheid en zelfbeschikking worden gerechtvaardigd. Vanuit het recht op deze beschikkingen is het immers aan ouderen zelf om op te maken of en hoe zij afstand van de samenleving nemen ter voorbereiding op de dood. Maar ook de vrije markt en de ideologie van autonomie zijn zo gezien rechtvaardig. Het is vanuit de unieke voorbereiding van ieders naderende dood bekeken immers wenselijk dat een oudere zelf kan kiezen van welke zorg er hierbij gebruik wordt gemaakt.

Als we de voorbereiding op de dood als een geleefde ervaring van kwetsbaarheid bezien, dat wil zeggen de morele opgaves waarmee ouder worden onherroepelijk gepaard gaan, kan worden beargumenteerd dat wij via telegeneeskunde op een juiste manier beantwoorden aan deze zorgvraag. En daarmee telegeneeskunde dus ook vanuit een perspectief van kwetsbaarheid een rechtvaardig karakter verkrijgt. Kittay (1999) stelt namelijk dat er een morele plicht ontstaat op het moment dat men aan een zorgvraag kan voldoen, indien de beantwoording van deze plicht niet ten koste gaat van het eigen leven. Dat wil zeggen dat een zorgplicht rechtvaardig is, wanneer deze geen kwetsbaarheid voor de zorgverlener tot gevolg heeft (Kittay, 1999). De vraag die zo herrijst is: welke zorgvragen zijn rechtvaardig en leiden tot een morele verplichting? En hoe gaan deze niet ten koste van onszelf?

Men kan moeizaam stellen dat een persoonlijke wens om zelfstandig de laatste fases van een leven in te richten een invalide zorgvraag betreft. Maar beschermen wij door op afstand te blijven ook onszelf? We kunnen in elk geval door met ons eigen leven. We hoeven niet te vertragen en de pijn van afscheid nemen blijft ons bespaard. Dit leidt tot een bijzondere interpretatie van het model dat Kittay (1999) voorstelt. De beantwoording van een zorgvraag kan namelijk worden gerechtvaardigd, juist doordat wij op afstand blijven; door geen lichamelijke nabijheid bieden. Een afstand die door de morele bemiddeling van telegeneeskunde mogelijk wordt.

6.2. Tegendenken: wat technologie niet kan.

We kunnen er echter niet zonder meer van uitgaan dat elke oudere op een uniforme manier afscheid van het leven neemt. Bovendien staan oudere mensen weliswaar dicht bij de dood, zich voorbereiden op de dood is niet het enige waar zij zich mee bezig houden. En men kan zich bovendien afvragen of afstand nemen van de dood als kwetsbaar gegeven niet leidt tot een veronachtzaming van het leven. Dat immers vanuit een perspectief van zingeving en betekenis, ook van tegenstellingen afhankelijk is (Han, 2015; 2022).

Daarnaast werd eerder zichtbaar dat sommige ouderen de ervaringen met telegzorg technologieën niet als wenselijk ervaren. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over een angst te worden vergeten of er worden twijfels geuit over de gevolgen van de activering van telegzorg systemen, met terughoudendheid in het gebruik van zorg tot gevolg. Maar we zien ook dat er schaamte en stigmatisering kan ontstaan of dat telegzorg technologieën ten koste van persoonlijke levensstijl keuzes gaan. De inzet van telegzorg technologie heeft bovendien (en wellicht belangrijker) vaak nieuwe afhankelijkheid tot gevolg. Ouderen blijken immers van hun netwerk afhankelijk om telegzorg aan te passen of überhaupt te laten functioneren.

Het idee dat er op afstand kan worden bijgedragen aan de zelfredzaamheid van ouderen door hen op afstand met hun lichaam in contact te brengen, dat zij pas iemand nodig hebben als er op een alarmknop wordt gedrukt, of een automatisch systeem namens hen een actie verricht, zoals een medicijn door bijvoorbeeld, hebben morele opgaves tot gevolg die in principe niet nodig zijn als we de mens niet door technologie zouden vervangen. We hoeven de affectieve banden van hun netwerk niet opnieuw te configureren om voor hen te zorgen. Men kan bovenstaande zorgtaken immers ook samen met een oudere verrichten. De inzet van technologie is daarvoor niet perse noodzakelijk. In zijn huidige vorm lijkt telegzorg bovendien tot een reïficatie van het cultureel narratief over ouderdom als een ongewenste manier van leven te leiden.

Ingegeven door deze twijfels kan het idee van zelfredzaamheid vervolgens worden tegengedacht vanuit een opvatting dat mensen elkaar en de ander nodig hebben om vorm en betekenis te geven aan zorg en aan hun leven. Tegendenken wil hier zeggen dat wij de mens als kwetsbaar en afhankelijk voorstellen (Kittay, 1999; Walker, 2007; Tronto, 1994). Dit relationeel mensbeeld beschouwt zorg als een fundamentele menselijke activiteit die wij gezamenlijk ontplooiën en die essentieel is voor het welzijn van de mens als

gemeenschapswezen. Zonder de ander mee in ogenschouw te nemen lopen wij niet alleen het risico dat zorg zelfreferentieel wordt (Tronto, 1994), maar ook dat wij zonder aanwezig van de ander de wereld alleen nog maar ontdekken voor zover die reeds bij ons bekend is (Dijk van et al, 2020). Tegendenken stelt dus dat zonder aanwezigheid van de ander, zorg als incompleet kan worden beschouwd (Kittay, 1999; Tronto, 1994).

Het menselijk *zijn* is ook vanuit fenomenologische perspectief namelijk iets dat de mens samen doet en meemaakt. Ook de ander is immers reeds in de wereld geworpen en het is via de ontmoeting met die ander dat de wereld zich aan ons openbaart. Het is het relationele verband met de ander dat de menselijke ervaring vormt en mogelijk maakt (Candiotto, 2016, p. 319). Vanuit dit perspectief worden relaties tussen mensen altijd beïnvloed door de specifieke manier waarop relaties tot stand komen, gekenmerkt door begrip en gevoelens voor en richting elkaar. En de authenticiteit van deze relatie kan alleen worden gewaarborgd door behoud van het van radicale verschil tussen het zelf en de ander. Om deze reden kan vanuit fenomenologisch perspectief het relationeel element dat elke menselijke handeling kenmerkt als zorg voor elkaar worden aangemerkt (p.322).

Deze visie kan worden opgevat als een tegengewicht voor de autonomie en persoonlijke manier waarop het liberalisme de mens opvat. Deze kijk op de mens gaat er niet alleen van uit dat onze zorg op het unieke karakter van de ‘ander’ georiënteerd dient te zijn, maar dat zorg met deze ander in wisselwerking staat. Goede zorg leveren doet de mens samen op basis van een proces dat continu dient te worden heroverwogen en geëvalueerd (Tronto, 1994). Zelfstandig zijn is iets dat men samen doet, niet alleen (Laceulle, 2018; Tronto, 1994).

Tronto (1994) mag dan nauwelijks aandacht besteden aan technologie, het idee van afstand wordt wel door haar geproblematiseerd (Tronto, 2020). In een poging de contextuele en particuliere omstandigheden van elke unieke zorgrelatie te vertalen naar een opvatting die geografisch is te verplaatsen, loopt de zorgethiek het risico in dezelfde abstracte morele principes aan te belanden als waar het zich tegen probeert te verzetten (p. 189). Hoewel Tronto (2020) verschillende voorwaarden schetst op basis waarvan zorg zich potentieel wel laat verspreiden, staat deze herwaardering van zorg hier niet centraal. Dit gegeven dient slechts om te benadrukken dat er ook binnen de zorgethiek erkenning wordt gegeven voor het feit dat het zorgconcept zich moeizaam laat verplaatsen.

Zorgethiek onderscheidt zich immers vooral door de nadruk op een praktijk die lokaal gesitueerd is (Tronto, 1994), met bovendien een nadruk op de rol van het lichaam (Hamington, 2012). Hoewel men zich moeizaam een wereld kan voorstellen zonder technologie, is het echter wel mogelijk zich een beeld te vormen bij een zorgrelatie zonder tussenkomt van een technologisch artefact. Bemiddelen wil ten slotte niet zeggen dat technologie onze ervaring ook kan benaderen, vervangen of nabootsen (Dreyfus, 1992). De vraag die zo herrijst is: wat onderscheidt de mens van technologie? En waarom is deze scheidslijn belangrijk voor zorg?

Een beter begrip van de belichaming van empathie is van belang om deze gedachtegang te verhelderen. Empathie kan namelijk breder worden opgevat dan een cognitief vermogen bij andere te herkennen dat zij zorg nodig hebben dat ons vervolgens motiveert om tot zorgverlening over te gaan (Montemayor et al, 2021; Dijke van et al, 2020), met daarmee de inzet van telezorg tot gevolg. De emoties die hierbij komen kijken zetten ons niet enkel aan tot zorgverlening, maar hebben ook een functie in de praktijk die hierop volgt (Montemayor et al, 2021; Dijke van et al, 2020; Baur et al, 2017; Pulcini, 2015).

De hoeveel medisch relevante informatie die een arts van een patiënt verkrijgt, wordt bijvoorbeeld beïnvloed afhankelijk van hoe emotioneel afgestemd en empathisch de patiënt hun arts in 'real-time' ervaren. Ook vertrouwen in de zorgrelatie kan positief worden gestimuleerd door empathie tijdens een interactie. Hiermee wordt gewezen op de zorgen die de patiënt uit en de manier waarop de arts hen op dat moment empathisch vergezeld en begeleid. Deze aanpak heeft bovendien een positieve uitwerking op de mate waarin de patiënt na deze interactie in staat is zichzelf te helpen en overeind te houden (Montemayor et al, 2021, p.1359). Er kan op basis van deze inzichten worden gesteld dat empathie ook een relationele bouwsteen kent (Dijke van et al, 2020). Het komt immers niet enkel door, maar ook tussen individuen tot stand en beïnvloedt bovendien de kwaliteit van zorg.

Dijke van et al (2020) stellen dat empathie meer is dan een individueel vermogen. Empathie wordt met bovenstaande namelijk geconceptualiseerd als een eenzijdige activiteit van de zorgvrager. Dit suggereert dat empathie een individuele verantwoordelijkheid is van de zorgverlener in plaats van afhankelijk te zijn van de vaardigheden en inspanningen van de zorgontvanger. Er bestaat daarmee een risico dat de zorgverlener zijn eigen perspectief projecteert op de ander. Dat wil zeggen dat empathie, zonder dat er sprake is van de dynamiek

van een relatie, het risico loopt zelfreferentieel te worden (Tronto, 1994; Dijke van et al, 2020).

Om te voorkomen dat men vervalt in zorgverlening die namens de ander bepaalt of er sprake is van goede zorg, of vanuit het perspectief van het zelf tot stand komt, presenteert Tronto (1994) de 'ander' als iemand waarop zorg weliswaar is gericht, maar zonder wie niet kan worden bepaald of er sprake is van goede zorg. De reactie van de ander biedt de enige manier om te weten dat zorgbehoeften daadwerkelijk zijn vervuld (p.108). Zorg is zo opgevat een circulair proces: enkel 'door' en met de ander kan worden bepaald of zorg compleet is (Kittay, 1999).

Een belichaamd vermogen tot empathische bekommering en een abstracte handeling die hieruit volgt is dus niet voldoende. In de voorgestelde relationele conceptualisatie van empathie worden zorgontvangers niet langer gezien als de passieve ontvangers van empathie. In plaats daarvan worden de rollen ook omgedraaid. De aanwezigheid van minimaal twee lichamen wordt centraal gesteld. In plaats van te proberen opzettelijk 'mee te voelen' met de ervaringen van anderen, kunnen zorgverleners de innerlijke wereld van anderen ervaren door open en sensitief te zijn, aandachtig te luisteren en zichzelf te laten beïnvloeden door wat er wordt weergegeven (Tronto, 1994; Dijke van et al, 2020). Het wereldlijke samen-zijn zoals dat door de fenomenologie wordt geïmpliceerd, is daarom geen relatie tussen onvolmaakte delen die elkaar nodig hebben om compleet te zijn; het is eerder een relatie tussen twee volledig gevormde gehelen (Candiotto, 2016, p.321).

In plaats van ons 'in te voelen' in de ander, draait ware empathie meer om de ervaring van het 'vreemde'. Een erkenning dat hetgeen het eigen lichaam onder invloed van de ander doormaakt, zijn origine vindt in een extern bewustzijn. De fenomenologische term intentionaliteit is ook binnen deze denkwijze van belang, maar heeft in dit geval geen betrekking op een ontdekking of ontsluiting van de werkelijkheid, maar op een openbaring van de ander. Een vorm van op de ander gerichte intentionaliteit (Dijke van et al, 2020).

Ook dit 'gericht-zijn' verlangt een vermogen om te kunnen differentiëren tussen het zelf en de ander. En door een bewustwording van dit onderscheid kan ook empathie tot kinderlijke verwondering leiden en daarmee een ervaring van het wezenlijk andere mogelijk maken. Wanneer een volwassene een jong kind een boek voorleest bijvoorbeeld, zal dit verhaal

waarschijnlijk weinig onmiddellijke diepgang en betrokkenheid bij de volwassene tot gevolg hebben. Het boek is wellicht saai. Echter kan de geleefde ervaring van het kind ook zijn eigen ervaring van het boek transformeren. Zo kan men ‘er achter komen’ dat het feit dat het boek saai is, niet langer in de eigen ervaring aanwezig is. De dynamiek van de interactie herstructureert ook zijn eigen beleving (Dijke van et al, 2020).

Deze verbondenheid door wederkerigheid heeft een affectieve impact op de relatie en kan daarmee de kwaliteit van de relatie vergroten. Deze verbondenheid is sterker als de relatie niet van één kant komt. Zowel de zorgvrager als de zorgverlener hebben namelijk een uitwerking op elkaar. Emoties fluctueren, bewegen zich heen en weer en hebben een invloed op zowel de zorgvrager als zorgverlener, doordat de zorgverlener zich openstelt voor het vreemde en daarmee ook voor de potentie geraakt te worden (Dijke van et al, 2020; Baur et al, 2017; Pulcini, 2015). “It takes two to empathize” stellen Dijke van et al (2020). Het zichtbaar ‘tentoonstellen’ van dit geraakt zijn heeft vervolgens niet alleen een vertrouwen in elkaar tot gevolg, maar ook een vergroting van de kwaliteit van de relatie. Waarmee ook de lengte en diepte van wat er nog in het verschiet ligt mogelijk positief zal worden beïnvloed (Montemayor et al, 2021; Dijke van et al, 2020).

6.3. Omdenken: kwetsbaarheid als een verantwoordelijkheid van ons allemaal

Onder de volgende categorie, te weten omdenken, zal worden betoogd dat de zorg voor ouderen niet alleen een verantwoordelijkheid voor ouderen zelf betreft, maar ook richting verantwoordelijkheid naar de mens en samenleving die deze zorg verlenen wijst (Kittay, 1999; Walker, 2007). Omdenken wil zeggen dat de netwerkverantwoordelijkheid die o.a. door Pols (2012; 2015) en Johannessen (2021) in beeld wordt gebracht niet alleen relevant is met betrekking tot het functioneren van telezorg technologieën (en daarmee de enkelvoudige zorg voor ouderen betreft), maar ook als eigenstandige actor een belang en kwetsbaarheid in het zorgproces voor ouderen die gebruik maken van telezorg technologieën bezit.

Ouder worden heeft immers ook betrekking op wat de personen uit dit netwerk zelf ook (ooit) meemaken. En de manier waarop telezorg gestalte geeft aan het proces van ouder worden heeft zodoende betrekking op morele waarden die deze deelnemers aangaat. Door technologie te gebruiken als een manier om afstand te creëren, worden ook de morele waarden die zij aan de dood verbinden tenslotte beïnvloedt. Zij leren dat de afstand die er tussen henzelf en de

ouderen bestaat rechtvaardig is, terwijl de gedeelde ervaring van de kwetsbaarheid van ouder worden ook wijst in de richting van een verantwoordelijkheid naar elkaar. In gesprek blijven over goede zorg heeft namelijk niet alleen betrekking op een evaluatie van de zorgpraktijk van ouderen, maar ook op de cultureel maatschappelijke thema's die verband houden met dit zorgproces (Dartel van, 2020, p.276) en in dit geval naar het maatschappelijk fenomeen ouderdom verwijst.

In relatie tot ouderdom verlangt omdenken echter dat wij een ander perspectief op ouder worden en dood hanteren vergeleken met de stelling dat ouder worden en sterven een individuele aangelegenheid is. Het stelt dat wij de mens als kwetsbaar en onderling verbonden zien vanuit het perspectief dat wij uiteindelijk allemaal oud worden en op een dag zullen sterven. Niet alleen de ouderen aan wie wij zorg verlenen. Deze gemeenschappelijkheid verdient een prominente plek in een dialoog in onze samenleving, omdat deze kwetsbaarheid door ons allemaal gedragen wordt (Kittay, 1999; Walker, 2007). Door telegeneeskunde als een zorg te zien die enkel wijst in de richting van ouderen, gaan we namelijk voorbij aan de morele waarden waarmee onze samenleving telegeneeskunde technologieën ook inschrijft, te weten als een manier waarop de ervaring van ouder-worden buiten het zicht van mens en samenleving terecht komt.

In plaats daarvan wordt gepleit dat ouderen een zichtbare en actieve plek in onze maatschappij verkrijgen. Omdenken verlangt dat wij onze verbale en cognitieve wapens neerleggen tegen iets wat we niet goed begrijpen (Bos & Abma, 2022). Dat we niet langer proberen om ouderen en de dood op afstand van de levende te houden, maar dat wij de geleefde en belichaamde ervaringen van kwetsbaarheid die hiermee samengaan benutten als een manier om ons leven verdieping te geven. Dat we dichtbij durven te komen zonder te willen begrijpen wat er gaande is, maar ons openstellen voor wat er op dat moment gebeurt (Bos & Abma, 2022).

Er kan wederkerigheid ontstaan bij degene die de mens als gelijkwaardig zien binnen dit web aan onderlinge relaties van afhankelijkheid. Waarin gelijkwaardigheid dus niet ontstaat vanuit de overtuiging dat wij allemaal gelijk zijn aan elkaar vanuit het perspectief van zelfredzaamheid, maar dat we kunnen spreken van gelijkwaardigheid, omdat wij allemaal afhankelijk zijn van iemand of elkaar om de wereld en het individu te laten functioneren (Kittay, 1999, p.68). Dat wil zeggen dat we de wijsheid van ouderen nodig hebben om ons te

leren omgaan met de onontkoombaarheid van het einde van elk leven. De gelijkwaardigheid zit hem in een paradigma verschuiving waarin we onszelf niet langer wijsmaken alleen door de wereld te reizen, maar elkaar nodig hebben, niet alleen om deze reis te maken, maar ook om hem van betekenis te voorzien (Tronto, 1994).

Deze 'geografie van verantwoordelijkheden' (Walker, 2007) wijst op een netwerk aan mensen dat erkent dat elk mens kwetsbaar is, en dan wij een zekere verplichting genieten in de beantwoording ervan, mits dit niet ten koste van onszelf gaat. Dit model van kwetsbaarheid biedt daarnaast een verklaring voor een zeer breed scala aan algemeen erkende verplichtingen die gelden in "speciale" relaties, dat wil zeggen, relaties die een specifieke geschiedenis van verbinding, interactie of overeenkomst omvatten (Walker, 2007, p.86). En in dit geval verwijst naar de onontkoombaarheid van ouderdom en sterven dat alle mensen met elkaar verbindt.

Met betrekking tot ouderdom leidt dit omdenken tot een volgende interpretatie. Waarbij moet worden benadrukt dat deze gevolgtrekking van toepassing is afhankelijk van het sociale denkbeeld en de morele waarden die er als uitgangspunt over ouderdom worden genomen. Voor dit laatstgenoemde is opnieuw (evenals in de aanleiding van dit onderzoek) een korte uitstap naar een andere cultuur nodig. Deze uitstap is nodig om duidelijk te maken dat onze opvattingen over ouderdom niet vanzelfsprekend zijn.

Eerder werd in de inleiding betoogd dat het gebruik van technologie de morele verschillen tussen culturen kan uitvergroten, hen in elk geval inzichtelijk kan maken. Een soortgelijke vergelijking kan worden opgeworpen met zelfrijdende auto's. MIT bedacht namelijk een experiment genaamd 'the moral machine'. In dit experiment staat een moreel dilemma centraal. Deelnemers wordt gevraagd of een autonoom rijdend voertuig een pasgeboren baby of een oud vrouwtje moet doodrijden wanneer er een verkeerssituatie zou ontstaan waarin de bestuurder hoe dan ook moet kiezen tussen een van de twee. De onderzoekers constateerden dat landen met een hogere individualistische cultuur, zoals het Westen bijvoorbeeld, er vaker voor kozen de oma dood te rijden vergeleken met landen met een meer collectivistische cultuur, zoals Japan of China bijvoorbeeld (Awad et al, 2021).

Hoewel de reden van deze culturele bias niet door de onderzoekers is beeld is gebracht, kan men speculeren over wat dit verschil betekent. In het Westen lijken wij de potentie van het

leven hoger in te schalen dan de wijsheid van een geleefd leven. Een balans die ook in het voorliggend onderzoek naar voren kwam. Ouderen blijken volgens onderzoek van o.a. Laceulle (2018), Bouwman (2020) en Oorsouw (2019) immers met veelal negatieve kenmerken in verband te worden gebracht. De nadruk ligt op wat zij niet kunnen in plaats van wat ouderen vanuit hun eigen moraal actorschap vertegenwoordigen. Een kijk op ouderen die volgens Elias (1980) ook al in de jaren tachtig viel waar te nemen. Daar komt bij dat Han (2015; 2022) een samenleving schetst waarin het negatieve als zodanig lijkt te worden vermeden en een genotscultuur daarvoor in de plek is gekomen.

Voorliggend onderzoek heeft tot nu toe echter aangetoond dat de implementatie van telegzorg zich laat rechtvaardigen vanuit zelfredzaamheid, vanuit de opvatting dat oudere zich ter voorbereiding op de dood lijken terug te trekken uit de samenleving en hier recht op hebben. Zij behouden daarmee bovendien hun naasten en de samenleving voor de pijnlijke gevoelens die daarmee samengaan. Ouderen doen dit blijkbaar liever ‘alleen’ en binnen het gezondheidsdiscourse komt telegzorg tot stand als een rechtvaardige wijze om zorgverleners en de samenleving op afstand te houden. Het zijn echter niet slechts ouderen zelf die deze individuele benadering van ouder worden en sterven hanteren. De consequenties van deze laatstgenoemde attitude worden echter pas zichtbaar wanneer wij ook niet-ouderen als kwetsbaar zien.

Binnen Nederland is namelijk zichtbaar dat de samenleving ouder worden, de dood en de ervaringen die hiermee gepaard gaan in mindere mate als collectieve aangelegenheid zien. Meer dan 85% van Nederland denkt namelijk wel eens na over hun eigen overlijden. Maar slechts een krappe meerderheid (51%) spreekt hier weleens over met familie of vrienden. Dat blijkt althans uit het ‘Nationaal Onderzoek naar de Dood’ verricht namens uitvaartonderneming Dela (Dela, 2023). Ook stichting SIRE concludeert dat de Nederlander opnieuw lijkt te moeten leren dat de dood bij het leven hoort. Slechts een kwart van de respondenten uit hun onderzoek geeft aan dat zij zelf gesprekken over sterven beginnen en dat zij moeite hebben met de gevoelens die hiermee gepaard gaan (Sire, 2022).

Uiteindelijk doen ook de oudere uit de verschillende empirische studies in dit onderzoek dit niet alleen. Ook de zogenaamde zelfredzame ouderen die gebruik maken van telegzorg doen dit samen met anderen. Deelvraag drie liet immers zien dat ook het op afstand houden van de mens en samenleving door ouderen nieuwe opgaves met zich meebrengt. Verbondenheid met

een netwerk blijkt van essentieel belang voor het succes van telezorg (Pols, 2012; Johannessen, 2021). Hiermee wordt zichtbaar dat ook binnen het paradigma van zelfredzaamheid ouderen hun kwetsbaarheid delen met een netwerk dat hen voorziet in de beantwoording ervan.

De categorie omdenken betwist echter of deze manier van beantwoorden niet ten koste gaat van onszelf. Dat wil zeggen dat deze netwerkverantwoordelijk op dit moment problematisch in teken staat van een verberging van ouder worden en wij daarmee onszelf juist kwetsbaar maken. Onszelf, zoals onderzoek van Sire en Dela veronderstelt, opzadelt met gevoelens waarmee wij in ons eentje niet goed overweg lijken kunnen te gaan (Sire, 2022; Dela, 2023). Omdenken pleit vervolgens niet dat wij moeten stoppen met telezorg, maar dat wij de kwetsbaarheden, afhankelijkheden en verantwoordelijkheden van iedereen en ten opzichte van elkaar mee in ogenschouw nemen.

Door telezorg als een netwerkverantwoordelijkheid te bezien wordt het namelijk niet alleen mogelijk om de praktijk van telezorg voor en namens ouderen te evalueren, maar ook voor degene die hieraan beantwoorden (Kittay, 1999; Walker, 2007). Zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener alsook vanuit maatschappelijk perspectief wordt het mogelijk een vruchtbare dialoog te voeren voor de kwetsbaarheden van iedereen waarmee telezorg in verbinding kan worden gebracht. De vraag of wij met ouderen op afstand houden vanuit de wensdroom eeuwig te willen leven (Elias, 1980), kan ten slotte alleen worden beantwoord wanneer wij ook op maatschappelijk niveau de processen evalueren die verband houden met oud worden en afscheid nemen van het leven.

7. Conclusie

In de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek blijkt het lichaam op verschillende manieren een rol te kunnen spelen in de morele onderhandeling met telezorg technologie. De verschillende manieren waarop de implementatie van telezorg zich laat rechtvaardigen wijst er echter op dat een belichaamde ervaring niet altijd centraal hoeft te staan. Onder deelvraag twee werd immers betoogd dat ook telezorg zich via abstracte terminologie laat rechtvaardigen. Zoals vanuit zelfredzaamheid of vanuit onze sociale denkbeelden over ouderdom. De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek is: wat kan een belichaamde en geleefde ervaring betekenen voor de morele onderhandeling met telezorg technologieën? Het

antwoord op deze vraag is zodoende tweeledig. Namelijk enerzijds dat het lichaam als een object wordt benaderd in zorgpraktijken, en anderzijds vanuit het perspectief dat het lichaam een constituerende rol vervult in de ervaringen van die zorgpraktijken.

7.1. Het lichaam en zelfredzaamheid

De beantwoording van deelvraag één bracht twee belangrijke inzichten: er zijn beloftes, maar ook valkuilen aan telezorg verbonden. Voorliggend onderzoek heeft laten zien dat telezorg positief kan uitwerken op de gezondheid van ouderen. Door symptomen van een ouder wordend lichaam of onderliggende ziekte in beeld te brengen kan telezorg voorkomen dat de gezondheid van ouderen verder achteruit gaat. Het helpt hen bovendien gezond en vitaal te blijven, maar voedt tegelijkertijd ook het idee van maakbaarheid, positieve gezondheid en een cultureel narratief over ouderdom als iets dat overkomen moet worden.

De functie van telezorg op het gebied van gezondheid is namelijk om het lichaam te ondersteunen en herstel of behoud van een zelfredzaam lichaam mogelijk te maken. Waarmee het lichaam vooral een berekenbare rol lijkt te verkrijgen. Dat wil zeggen: het lichaam vervult een rol tot aan het moment dat het weer is 'hersteld'. Lichamelijke symptomen worden in beeld gebracht en zorg dient vervolgens slechts om deze mankerende kenmerken van het lichaam mee te ondervangen of op te lossen. Het zijn met name ouderen die zichzelf als ziek en achteruitgaand construeren voor wie de belofte van gezondheid het meeste geldt (Aceros et al, 2014).

Ook van veiligheid kan worden gesteld dat het lichaam vooral functioneel van betekenis lijkt. Ouderen kunnen immers zelfredzaam blijven, doordat technologie op allerlei manieren hun lichamelijke veiligheid waarborgt. Daartoe dient naast het oudere lichaam, ook de omgeving waarin zij verblijven echter eerst als onveilig en risicovol te worden bestempeld. Zijzelf en hun omgeving zijn altijd in gevaar (Aceros et al, 2014). Door alarmsystemen, knoppen of sensoren te plaatsen kunnen lichamelijke ongevallen worden voorkomen of kan er tijdig op worden gehandeld, waarmee ook de technologische voorwerpen worden ingeschreven met morele waarden die het beeld van ouderen als fragiel en kwetsbaar benadrukken en steviger verankeren in onze opvattingen over ouderenzorg.

Dit hoeft echter niet te betekenen dat het lichaam geen rol heeft in de morele bemiddeling met telezorg technologie. De morele onderhandeling die er plaatsvindt, dicht het lichaam echter

een andere rol en waarde toe vergeleken met de fenomenologie, waarin het de ervaring van het lichaam als een actieve constituent, in plaats van als een onderwerp beschouwt. Waarmee ook de overige principes als marktwerking, sociaal burgerschap en de participatiesamenleving die in deelvraag twee werden benoemd in relatie kunnen worden gebracht tot een technologisch gemedieerde morele onderhandeling. In dit geval een onderhandeling waarin de conceptualisering van het lichaam als een ‘vermarktbaar’ en te ontleden voorwerp een bestaand paradigma van zelfredzaamheid in stand houdt.

De vrije markt veronderstelt namelijk een individu die zelf in staat is zijn zorgvraag te formuleren (Tronto, 2017; Tonkens et al, 2013). Introspectie en ontleding van het lichaam zijn vereisten om aan deze markt de juiste vraag te kunnen stellen. Men moet eerst weten wat er ‘mis’ is met het lichaam, en dan opmaken waar de zorgvraag die hieruit voortkomt, thuishoort. Cognitieve achteruitgang vergt immers ander specialisme vergeleken met hartfalen bijvoorbeeld. De markt verlangt van ouderen dat zij de kenmerken van hun lichaam in stukjes verdelen en vervolgens een juiste zorgvraag formuleren.

Ook op het gebied van de eerder geïntroduceerde term ‘sociaal burgerschap’ zien wij een dergelijke rol aan het lichaam toebedeeld. Met zo weinig mogelijk daadwerkelijke inzet van zorgpersoneel komen de bijkomende vragen en opgaves van telegzorg (mede) onder de verantwoordelijkheid van familie en naasten te vallen. De wens tot een behoudt van een betekenisvol leven lijkt zodoende gewaarborgd te blijven. De onderlinge affectieve banden van het netwerk van ouderen raken echter gereconstrueerd, omdat leden aan dit netwerk opnieuw in positie worden gebracht zorg te dragen. Hun onderlinge verbondenheid raakt opnieuw geconfigureerd, maar niet vervangen (Muehlebach, 2012).

De beantwoording van het tweede gedeelte van deelvraag twee stelt dat de afstand die er onder invloed van telegzorg ontstaat eveneens functioneel is, maar dan vanuit de sociale denkbeelden die wij over ouderdom hanteren. Ouderdom blijkt door onze maatschappij namelijk te worden geassocieerd met achteruitgang en verlies. En deze kenmerken komt onze maatschappij liever niet onder ogen (Han, 2015; 2022). Zij heeft moeite de thema’s die er verband mee houden bespreekbaar te maken met anderen (Dela, 2023; Sire, 2022). Positieve gezondheid is daarmee een cultureel narratief dat betrekking heeft op ouderen, maar ook op de manier waarop wij met hen omgaan en hun kenmerken begrijpen en normeren.

Doordat ouderen enerzijds leren hun lichaam en omgeving als risicovol op te vatten en wij anderzijds hun ongewenste kenmerken liever niet onder ogen komen, lijkt telezorg langs twee kanten het cultureel narratief over ouderdom als verlies te reïficeren. In Nederland domineren negatieve narratieven over ouderdom namelijk, die ouderen vaak afschilderen als kwetsbaar en afhankelijk (Laceulle, 2018; Oorsouw, 2019). Binnen het gezondheidsdiscourse is het vervolgens aan ouderen zelf om deze problemen te overkomen en openbaren technologische voorwerpen vooral een werkelijkheid die dit discourse benadrukt. De effectiviteit van telezorg hangt namelijk af van de bereidheid van ouderen om zichzelf als kwetsbaar te zien (Aceros et al, 2014). Dit versterkt het beeld van ouderen als hulpbehoevend, terwijl het tegelijkertijd hun autonomie kan beperken door hen in een bepaalde rol te dwingen.

Deze culturele narratieven hebben een duale constructie van ouderdom tot gevolg: gewenst en ongewenst. De afstand die er onder invloed van telezorg ontstaat, maakt vervolgens niet alleen mogelijk dat wij de ongewenste ouderen niet meer onder ogen hoeven te komen, maar ook dat deze ouderen worden teruggeworpen op hun eigen verantwoordelijkheid. Het is immers aan hen om hun oud-zijn anders vorm te geven. De afstand is enerzijds rechtvaardig vanuit het idee van zelfredzaamheid en anderzijds omdat wij daarmee de ongewenste ouderen de gelegenheid bieden zelf aan de slag te gaan.

7.2. Het lichaam als bron van morele kennis

Deelvraag één liet zien dat er ook valkuilen aan telezorg verbonden zijn. En deze valkuilen ontstaan niet uit het gegeven dat telezorg zijn functionele taak niet vervult. Het belang van het lichaam dient in dit geval echter niet om te bepalen of er is voldaan aan een zorgvraag, maar om in beeld te brengen hoe de belichaamde ervaring van een zorgpraktijk zich verhoudt tot de beantwoording een zorgvraag. De rol van het lichaam tijdens deze morele onderhandeling betreft een variant vergeleken met bovenstaande. Zij sluiten elkaar echter niet uit, maar bestaan naast elkaar.

Er werd in het empirisch gedeelte zichtbaar dat sommige ouderen het gevoel hebben dat technologie hun leven binnendringt en gewenste ervaringen dwarsboomt, dat zij bang zijn de controle over besluitvormingsprocessen te verliezen of dat technologie dient ter vervanging van de lichamen van zorgverleners. We zagen ook dat een morele onderhandeling kan betekenen dat persoonlijke levensstijlkeuzes, zoals op het lichaam gedragen religieuze

decoraties bij voorbeeld, opzij geschoven worden ten behoeve van telegzorg technologie en soms is er sprake van een ongewenste zichtbaarheid van apparatuur in de omgeving. Andere keren blijkt dat telegzorg technologie verstorend werkt op het gewenste dag- en nacht ritme van ouderen. Het netwerk van ouderen blijkt bovendien, ondanks het uitgangspunt van zelfredzaamheid, een belangrijke rol te vervullen. Waarmee ouderen in een moeilijke positie terecht komen: enerzijds niemand tot last willen zijn en anderzijds afhankelijk zijn voor het functioneren van telegzorg technologie.

Het lichaam kan ook in een ongemakkelijke sfeer aanbellen, doordat ouderen erop anticiperen dat zij omwille van het dragen van bepaalde telegzorg technologie wellicht als incapabel worden gezien en zich vervolgens schamen. Soms worden alarmknoppen bijvoorbeeld om die reden niet of minder gedragen. Op een prettige wijze kan het lichaam ook een vernieuwd vertrouwen in het zelf ervaren, doordat GPS systemen het de moed geven buiten de deur op pad te gaan. Ook veiligheid blijkt een geleefde ervaring van sommige ouderen te zijn. Daarnaast ook de twijfel en terughoudendheid die er gepaard gaat bij de dubbele gevoelens die sommige ouderen ervaren wanneer zij hun familie nodig hebben ter ondersteuning van telegzorg technologie; deze voorbeelden laten allemaal zien dat er in een belichaamde ervaring een morele boodschap zit bevangen.

Technologie speelt hierbij een faciliterende en richtinggevende rol. Het medieert de relatie en de ervaring die ouderen met hun lichaam hebben. Het GPS coördinatie systeem waarmee ouderen de deur weer uit durven gaan bijvoorbeeld, of de alarmsystemen die familieleden en het netwerk het vertrouwen geeft dat zij een signaal krijgen wanneer er iets mis is, maar ook hoe de zichtbaarheid van technologie in de woning of op het lichaam tot onrust en ongemak kan leiden. Al deze voorbeelden tonen aan dat de voorwerpen en omgeving van ouderen worden 'ontborgen' op een gevaarlijke of zieke wijze. Het lichaam, de apparaten en de omgeving worden 'iets' dat wijst in de richting van risico en kwetsbaarheid en waarmee telegzorg een cultureel narratief over ouderdom als ongewenst verval lijkt te bekrachtigen. Dit kan ouderen juist het gevoel geven dat er iets mis met hen is en ze vervolgens telegzorg artefacten verstoppen, niet gebruiken of aanpassen en hun lichaam leren opvatten als een voorwerp waaraan gesleuteld kan (en moet) worden.

Binnen een individualistische samenleving, waarin mensen zoveel mogelijk zelfstandig invulling geven aan hun leven, werd onder de rubriek omdenken vervolgens betoogd dat het wellicht aan ouderen zelf is besteed om te bepalen onder welke omstandigheden zij de laatste

fasen van hun leven inrichten. Telezorg technologie medieert in dit geval een proces waarin ouderen zich reeds voorbereiden op de afstand die hun sterven tot gevolg zal hebben. Vanuit fenomenologisch perspectief stuurt de expertise van hun lichaam de zorgvraag die eruit volgt. Zij willen niemand tot last zijn en de morele onderhandeling met technologie maakt mogelijk dat zij deze afstand kunnen nemen. Het feit dat ook deze ouderen gebruik maken van telezorg technologie, geeft in elk geval aan dat telezorg een gewenste afstand mogelijk maakt en technologie ook deze (morele) uitgangspunten medieert.

Het tegendenken bracht echter een ander inzicht aan bod. Ons mensbeeld kan naast zelfredzaam en singulier, ook als kwetsbaar en onderling verbonden worden voorgesteld (Tronto, 1994; Kittay, 1999). Empathie als een verantwoordelijkheid en kenmerk van het individu opgevat, leek aan deze laatstgenoemde kenmerken van de mens voorbij te gaan. Met als mogelijke valkuil dat ook empathische zorg vanuit een ik-perspectief vertrekt. De afstand die er tussen zorgvrager en zorgverlener ontstaat kan worden ondervangen wanneer we spreken van empathie als een relatie die start vanuit de kwetsbaarheid die er in dat moment door het ‘zelf’ of de ander wordt weergegeven (Dijk van et al, 2020). Een redelijk appel op het zelf verdient een beantwoording vanuit het perspectief van de zorgvrager, maar ook omdat daarmee een groter begrip en gebruik van empathische en relationele kenmerken wordt gefaciliteerd (Hamington, 2012; Montemayor et al 2021; Dijke van et al, 2020).

Door de mens als kwetsbaar en afhankelijk van elkaar voor te stellen wordt het bovendien mogelijk om ook de verantwoordelijkheid die wij naar elkaar toe hebben anders op te vatten. (Walker, 2007; Kittay, 1999). Op die manier wordt het mogelijk om alle kwetsbaarheden die er samenkomen in en voortkomen uit de zorgrelatie bespreekbaar te maken. Ook binnen een maatschappelijke dialoog over onze sociale denkbeelden ten aanzien van ouderdom en de dood bijvoorbeeld.

7.3. Waarom versnelling om verlangzaming vraagt

Daarmee kan tot slot worden gesteld dat de fenomenologie een rode lijn lijkt te vormen door dit gehele voorliggend onderzoek, omdat wij elke ervaring van het lichaam opnieuw beleven op het moment dat het plaatsvindt en daarmee ook de betekenis van elke ervaring vanuit een lokaal gesitueerde praktijk tot stand komt (Tronto, 1994). Ook de relatie met de ander kan vanuit een fenomenologisch ‘ontdekken’ worden opgevat (Dijk van et al, 2020). Het gaat immers niet over de manier waarop (en mate waarin) wij in staat zijn de ander te ontmoeten

op basis eigen soortgelijke ervaringen, maar over de manier waarop wij in staat zijn ons eigen kijken op de wereld op te schorten in een poging open te staan voor iets dat ons volstrekt vreemd is.

De fenomenologie wijst op een beleving en openbaring van een werkelijkheid die zich aan elk persoon uniek voor kan doen. Van technologie is vervolgens gebleken dat zij deze lichamelijke ontsluiting van de werkelijkheid mede mogelijk maakt. Op bovendien telkens unieke en wisselende wijzen, zoals ook de empirische resultaten, maar ook de zorgethische discussie liet zien.

De terughoudendheid waartoe Lenselink (2020) in de maatschappelijke probleemstelling maande en de intentionele verlangzaming waar een cultuur van innovatie en versnelling om vraagt (Rosa, 2016) kan worden omarmd vanuit de constatering dat telezorg zich mede laat leiden door de normatieve krachten die er achter optimalisering en kostenbesparingen schuil gaan. Door dit normatief script (Niemeijer, 2014; Aceros et al, 2014) dreigen de morele waarden die voortkomen uit een beleefde, fenomenologische ervaring van het lichaam namelijk aan belang te verliezen. De nadruk op zelfredzaamheid heeft tot gevolg dat zowel de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van ouderen alsook die van onszelf op de achtergrond terecht komt.

In de vorm van gezondheid en vitaliteit drukt de norm van zelfredzaamheid namelijk een stempel op de manier waarop telezorg gestalte krijgt (Laceulle, 2018; Bouwman, 2020; Aceros et al, 2014). Vanuit het perspectief van Verbeeks (2014) mediatie theorie dreigt telezorg daarmee een narratief over ouderom als ongewenst te versterken en faciliteert het de morele principes als zelfredzaamheid en onafhankelijkheid, in beide gevallen doordat voorwerpen, omgeving en het lichaam ontborgen worden als risicovol, gevaarlijk en in het geval van het lichaam als achteruitgaand en ziek worden bestempeld (Aceros et al, 2014). Het gezondheidsdiscourse benadrukt vervolgens dat ouderen persoonlijk verantwoordelijk zijn om deze lichamelijk ongewenste problemen te overkomen (Laceulle, 2018; Bouwman, 2020; Johansen, 2023). Telezorg artefacten lijken de richting van deze morele logica vervolgens te volgen, doordat zij de individuele uitgangspunten van zorg reproduceren: de alarmknoppen, GPS systemen, monitoringsystemen die ziekte of gezondheid in de gaten houden hebben immers met elkaar overeen dat zij allemaal gericht zijn op het zelfredzame individu dat zich binnen een gezondheidsdiscourse beweegt.

Deze technologisch gemedieerde bemiddeling heeft tot gevolg dat niet alleen het moreel belang (en de kwetsbaarheden) van een geleefde ervaring secundair dreigt te raken, maar ook dat de kwetsbaarheden van andere betrokkenen in de zorgrelatie genegeerd worden. Ook zorgverleners en samenleving zijn er immers bij gebaat dat er een balans tussen jong en oud bestaat. De versnelling waartoe onze samenleving lijkt te zijn geneigd weerklinkt echter sterk onze cultuur, totdat we op een dag wellicht beseffen dat we dreigen niet te kunnen herstellen wat verloren is gegaan (Rosa, 2016, p.56).

De boodschap die Sire (2022) en Dela (2023) ons brengt, is wat de noodzaak tot verlangzaming betreft een teken aan de wand. Zij laten immers zien hoe onze cultuur lijkt te zijn verleerd om te gaan met de dood. De vrouw uit de empirische deelstudie die haar katholiek kruis inruilt voor een alarmknop is exemplarisch voor de wijze waarop wij geloof en hoop lijken in te ruilen voor technologische artefacten die ons eeuwige gezondheid beloven. De noodzaak tot verlangzaming lijkt vooral in de boodschap van deze ruil te zijn bevangen: als zorgverleners, wijzelf en de samenleving niet nauwlettender omgaan met de normen en waarden waarmee technologische artefacten worden ingeschreven, sluiten wij wellicht (per abuis) onze ogen voor het feit dat technologie ons de mogelijkheid ontnemt om een vruchtbare dialoog met existentiële experts over het naderend einde te voeren: de ouderen in onze samenleving.

Deze lichamelijke dialoog kan vervolgens niet alleen de kwaliteit van leven en die van zorg voor ouderen verhogen, zoals in de categorie tegendenken werd betoogd, maar ook ouderen en de samenleving helpen om (opnieuw) een gesprek over afscheid nemen te voeren. Verbeek (2014) zijn mediatie theorie stelt tenslotte geenszins dat technologie ter vervanging kan gaan van menselijke actoren, maar als een existentiële uitbreidingskit van het menselijk moreel handelen moet worden gezien. De mens bezit namelijk ten alle tijden de vrijheid om bij te sturen. De richtinggevende macht waar eerder in de doelstelling over werd gesproken is immers niet alleen maar onderdrukkend. Het is juist productief in de zin dat de mens voortdurend op allerlei nieuwe manieren wordt voortgebracht en vormgegeven (Verbeek, 2015, p.85).

Om te voorkomen dat technologie ons in ongewenste richtingen duwt of ten koste gaat van gewenste, geleefde ervaringen van ouderen, is niet alleen een reflectie en evaluatie van de

technologisch gemedieerde zorgpraktijk van ouderen zelf van belang, maar ook de maatschappelijke thema's die met deze zorgpraktijk verband houden, te weten: ouder worden en afscheid nemen van het leven. De sociale denkbeelden over ouderdom wijzen immers niet alleen richting een maatschappelijke ambivalentie over ouder worden, maar roepen ook op tot een meer empathische en inclusieve benadering van ouderen in onze samenleving.

8. Aanbevelingen

8.1. Praktijk aanbevelingen

- Telezorg ter aanvulling op, niet ter vervanging van menselijke zorg.

De ethische lessen uit dit onderzoek kunnen deels worden gezien als kritiek op telezorg. Telezorg heeft voordelen, maar brengt ook bekende en onbekende risico's met zich mee. Er bestaan spanningsvelden tussen het beoogde doel van telezorg en de geleefde ervaring van ouderen. Daarom wordt aanbevolen om lichamelijke zorg toegankelijk te houden voor ouderen, ook al is technologie beschikbaar. Technologie kan zorgmedewerkers ondersteunen, maar niet vervangen. Terughoudendheid is op zijn plaats.

- Evalueer de praktijk van telezorg regelmatig.

Gezien de richtinggevende rol die technologie bij telezorg vervult, is het belangrijk om voortdurend te reflecteren op de impact van technologie. Voer regelmatig enquêtes en feedbacksessies uit om de tevredenheid van ouderen met zorg op afstand te meten en verbeterpunten te identificeren. Gebruik deze feedback om telezorg continu te verbeteren en aan te passen aan de veranderende behoeften van ouderen. Betrek hierbij niet alleen ouderen zelf, maar ook hun netwerk, zorgverleners, evenals de verstrekkers en ontwerpers van telezorg artefacten.

8.2. Maatschappelijke aanbevelingen

- Geef ouderen een zichtbare plek in de samenleving en faciliteer intergenerationeel contact.

In Nederland bestaan maatschappelijke initiatieven die ouderen en jongeren aanmoedigen om samen te leven en wonen (Zorgsaamwonen, 2023). Dit kan bijdragen aan een belichaamde herwaardering van gewenste en ongewenste vormen van ouderdom. Daarnaast stelt het de jongere generatie in staat om de kennis en wijsheid van ouderen mee te nemen naar de toekomst en helpt het hen om ouder worden en afscheid nemen als een relationeel gegeven te omarmen.

- School zorgmedewerkers die deelnemen aan teleshouding in techniekfilosofie.

De morele rol die technologie vervult binnen teleshouding is zodanig dat het onverantwoord lijkt om zorgmedewerkers hiermee te laten werken zonder kennis van techniekfilosofie. Educatie en bewustwording van de bemiddelde rol van technologie kan helpen om de normatieve lading waarmee voorwerpen zijn ingegeven tijdig te herkennen en waar nodig anders vorm te geven.

8.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Breng de motivaties voor gebruik van teleshouding voor ouderen beter in beeld.

Het is belangrijk om de motivaties voor het gebruik van teleshouding door ouderen en hun netwerk beter in kaart te brengen, vooral omdat er in Nederland vaak negatieve en ambivalente percepties over ouderen bestaan. Dit kan via interviews of focusgroepen in het geval van familie, naasten en zorgverleners. Daarnaast kan brede data worden ingewonnen vanuit de populatie en samenleving, onder andere door openbare discussies over teleshouding te voeren, via digitale kanalen of via publieke gesprekken of dialogen.

- Verbindt teleshouding innovaties continu aan praktijkonderzoek.

Teleshouding is sterk verbonden met technologie en technologische innovaties. Nieuwe innovaties zijn al in opkomst, zoals kledingstukken die stress en spanning meten en kunstmatige intelligentie die reageert op emotionele uitingen van personen (Idenburg & Emonts, 2021; Breda et al, 2023; Smaling & Korving, 2024). Deze vernieuwingen zullen ongetwijfeld impact hebben op teleshouding en de visie op zorg vanuit de samenleving. De vraag is echter hoe. We kunnen niet aannemen dat deze voorwerpen doen waarvoor ze zijn bedoeld.

Literatuurlijst:

- Aceros, J., Pols, J. & Domènech, M. (2015). *Where is grandma? Home telecare, good aging and the domestication of later life*. Technological Forecasting & Social Change. Elsevier.
- Awad, E., Dsouza, S., Kim, R., Schulz, J., Henrich, J., Shariff, A., Bonnefon, J.F. & Rahwan, I. (2018). *The Moral Machine experiment*. In: Nature, pp. 59–64

- Baur, V.E., Nistelrooij, A.A.M. van & Vanlaere, L. (2017). *The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices*. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. Sage Publications. London.
- Benjamin, R. (2019). *Race After Technology. Abolitionists Tools for the New Jim Code*. Polity Press. Cambridge.
- Berge, M. (2017). *Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project*. Sage Publications.
- Bolt, I., Specker, J. & Schermer, M. (2023). *Telemonitoring: Ethical Lessons from the COVID-19 Pandemic*. BMC Digit Health. DOI: <https://doi.org/10.1186/s44247-023-00046-9>.
- Bouwman, T. E. (2020). *Coping in loneliness interventions: The online Friendship Enrichment Program for people aged 50 years and older*. Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam. [PhD Thesis].
- Bos, G., & Abma, T. (2021). *Putting down verbal and cognitive weaponry: the need for ‘experimental-relational spaces of encounter’ between people with and without severe intellectual disabilities*. In: *Disability & Society*, 37(10). DOI: <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1899896>.
- Božić, V. (2023). *Elderly People and Digital Technology*. Geraadpleegd van: https://www.researchgate.net/publication/369013848_Elderly_people_and_digital_technology/references.
- Brands, E. (2020) *Een zorghethisch perspectief op goede thuiszorg in een tijd waarin technologie is verweven met ons bestaan*. Universiteit voor de Humanistiek. Utrecht [MasterThesis].
- Breda van L., Dircks, J., Hofstede, B., Herman Nap, H. & Lukkien, D. (2023). *Whitepaper AI in de ouderenzorg*. Vilans & ActiZ. Geraadpleegd van: <https://www.actiz.nl/sites/default/files/inline-files/Whitepaper%20AI%20in%20de%20ouderenzorg.pdf>.
- Bredewold, F., Duyvendak, J., Tonkens, E., Verplanke, L. & Kampen, T. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Van Gennep Uitgeverij. Amsterdam.

- Bruggencate ten, T., Luijkx, K. & Sturm, J. (2019). *When your world gets smaller: How older people try to meet their social needs, including the role of social technology*. Tilburg University. Tilburg.
- Brys, C. & Geerts, C. (2022). *Ageisme in de gezondheidszorg. Hoe gaan we dit fenomeen tackelen?* In: *Geron*, Volume 24, Issue 2.
- Burg van der, J., N. Ahmad Aziz, N., Kaptein, M., Breteler, M., Janssen, J., Vliet van, L., Winkeler, D., Anken van, A., Kasteleyn, M. & Chavannes, N. (2020). *Long-term effects of telemonitoring on healthcare usage in patients with heart failure or COPD*. In: *Clinical eHealth*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2020.05.001>.
- Campen van, C. (2022). *Gelukkig ouder worden in een veranderende samenleving. Een pleidooi voor zingeving en creativiteit*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.
- Candiotta, L. (2016). *Heidegger's ontic relatedness: Pros ti and Mitsein*. *Revista de Filosofia Aurora* 28(721):313. DOI: 10.7213/aurora.28.043.AO03.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Dashboard bevolking. Ouderen*. Geraadpleegd van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking>.
- Chang, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S., Lee, J. & Levy, B. (2020). *Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review*. PubMed. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications. London.
- Dartel van, H. & Molewijk, B. (2014). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Uitgeverij Boom. Amsterdam.
- DELA (2023). *Nederlander denkt na over de dood, maar bespreekt het amper*. Geraadpleegd van: <https://www.dela.nl/over-dela/nieuws-en-media/20230905-nationaal-onderzoek>.
- Dijke van, J., Nistelrooij van J., Bos, P. & Duyndam, J. (2020). *Towards a relational conceptualization of empathy*. In: *Nursing Philosophy*. Wiley online library. DOI: 10.1111/nup.12297
- Dreyfus, H. (1992). *What Computers Still can't do. A Critique of Artificial intelligence*. The MIT press. London.
- Duyvendak, J. & Tonkens, E. (2001). *Paternalisme tussen verguizing en omarming: bemoeizorg en bemoeizucht van sociale professies na1950*. Justitiële Verkenningen,

jaargang 27, nr. 6. Geraadpleegd van:

https://www.researchgate.net/publication/254749876_Paternalisme_tussen_verguizing_en_omarming_bemoeizorg_en_bemoeizucht_van_sociale_professies_na_1950

- Eichner, M. (2015). *The Supportive State: Government, Dependency, and Responsibility for Caretaking*. In: Care Ethics and Political Theory. United Kingdom: Oxford.
- Elias, N. (1980). *Over de dood en de eenzaamheid van de stervenden in onze tijd*. In: De Gids. Jaargang 143. Digitale Bibliotheek voor de Nederlandse Letteren.
- Engels, J. & Scholten, C. (2017). *Alleen samen kunnen we zelfredzaam zijn*. In: Trouw. Geraadpleegd van: <https://www.trouw.nl/nieuws/alleen-samen-kunnen-we-zelfredzaam-zijn~b7790124/?referrer=https://www.google.com/>.
- Es van, G. (2024). *Dump sociale ballast, en nog 4 tips om jong te blijven*. In: NRC. Geraadpleegd van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/03/14/dump-sociale-ballast-en-nog-4-tips-om-jong-te-blijven-a4192942>.
- Fenger M., & Broekema B. (2019). *From Welfare State to Participation Society: Austerity, Ideology or Rhetoric?* In: Social Policy Review. Polity Press. Cambridge.
- Finlay, L. (2008). *A Dance between the Reduction and Reflexivity: Explicating the “Phenomenological Psychological Attitude”*. In: Journal of Phenomenological Psychology
- Frissen, P. (2023). *De integrale Staat. Kritiek van de samenhang*. Boom Uitgeverij
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population*. Palgrave Macmillan: Houdmills, Basingstoke. Daarvan blz. 87-114.
- Haan de, J., Klumpert, O. & Steyaert, J.(2004). *Surfende senioren*
- *Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag.
- Hamington, M. (2012). *Care ethics and corporeal inquiry in patient relations*, International Journal of Feminist Approaches to Bioethics, Vol. 5, No. 1, 52-69.
- Han, B. (2015). *Drie essays. De vermoeide samenleving. De transparante samenleving. De terugkeer van Eros*. Van Gennep. Amsterdam.
- Han, B. (2022). *De palliatieve maatschappij*. Ten Have. Utrecht.
- Heidegger, M. (2014). *De vraag naar de techniek*. Uitgeverij van Tilt. Nijmegen.
- Heijenga, M. (2020). *Door verdwijnen verzorgingshuis moeten ouderen langer thuis blijven wonen: 'Er is geen alternatief meer'*. Geraadpleegd van:

<https://eenvandaag.avrotros.nl/item/door-verdwijnen-verzorgingshuis-moeten-ouderen-langer-thuis-blijven-wonen-er-is-geen-alternatief-m/>

- Helder, C. (2022). *Programma Wonen, Ondersteuning, en Zorg voor Ouderen*. [Kamerbrief] Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/07/04/brief-inzake-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen-wozo>
- Idenburg, P. & en Emonts, S. (2021). *Technologie en digitalisering in een ouder wordende samenleving: een overzicht van de belangrijkste technologische ontwikkelingen in de zorg voor ouderen*. ZorgEnablers. Geraadpleegd van: <https://www.ouderworden2040.nl/wp-content/uploads/2021/05/E-book-Technologie-en-digitalisering-in-een-ouder-wordende-samenleving-.pdf>
- Johansen, F., Loorbach, D., & Annemiek Stoopendaal (2023). *Positieve Gezondheid*
- *Verandering van taal in de gezondheidszorg*. Beleid & Maatschappij. Boom Bestuurskunde.
- Johannessen, T., Storm, M. & Holm, A. (2019). *Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals*. University of Norway. DOI: 10.1002/nop2.328
- Johannessen, T. (2021). *Patient safety and feeling of safety when telecare is used among home-dwelling older adults : A qualitative study*. University of Stavanger, 2021. [PhD thesis].
- Karlsen, C., Moe, C., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2018). *Caring by Telecare? A Hermeneutic Study of Experiences among Older Adults and Their Family Caregivers*. In: Journal of Clinical Nursing. DOI: 10.1111/jocn.14744.
- Keij, B., Versluis, A., Alblas, E., Keuper, J., Tuyl van, L. & Vaart van der, R. (2024). *E-healthmonitor 2023. Stand van zaken digitale zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Kirchherr, J. & Charles, K. (2018). *Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia*. Geraadpleegd van: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201710#abstract0>.
- Kittay, E. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York: Routledge, p. 49-73.

- Laceulle, H. (2018). *Ageing and Self Realization. Cultural Narratives About Later Life*. University of Humanistic Studies. Utrecht [PhD Thesis].
- Leget, C., Van Nistelrooij, I. & Visse, M. (2017). *Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry*. University of Humanistic Studies. Utrecht.
- Lenselink, M., Geesink, I., Welling, L. & Pols, A. (2020). *Sensoren in de thuisituatie. De ethiek van e-health. Deel III*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Den Haag.
- Löckenhoff, C., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R., De Bolle, M., Costa Jr, P., Aguilar-Vafaie, M., Hyun-nie Ahn, C., Alcalay, L., Allik, J., Avdeyeva, T., Barbaranelli, C., Benet-Martinez, V., Blatný, M., Bratko, D., Cain, T., Crawford, J., Lima, M., Ficková, E. Gheorghiu, M., Halberstadt, J., Hrebícková, M., Klinkosz, L., Knezević, G., Leibovich de Figueroa, N., Martin, T., Marusić, I., Mastor, K., Miramontez, D., Nakazato, K., Nansubuga, F., Anu Realo, V., Rolland, J., Rossier, J., Schmidt, V., Sekowski, A., Shakespeare-Finch, J., Shimonaka, Y., Simonetti, F., Siuta, J., Smith, P., Szmigielska, B., Wang, L., Yamaguchi, M. & Yik, M. (2009). *Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates*. Psychol Ageing. PubMed. DOI: 10.1037/a0016901.
- Meide van der, H. (2014). *Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereld benadering*. KWALON 19, nr. 3, pp. 68-73.
- Meide van der, H. (2015). *Het onthullen van ervaringen. Fenomenologie als kwalitatieve onderzoeksbenadering: deel I van een tweeluik*. KWALON 20, nr. 1, pp. 21-28.
- Montemayor, C., Halpern, J. & Fairweather, A. (2022). *In principle obstacles for empathic AI: why we can't replace human empathy in healthcare*. In: AI & Society. DOI: 10.1007/s00146-021-01230-z.
- Muehlebach, A. (2013). *The Moral Neoliberal: Welfare and citizenship in Italy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mukhtar, F. & Nagel, F. (2022). *Geen terugkeer van bejaardenhuizen maar vooruit met ouderenwelzijn*. Geraadpleegd van: <https://www.kl.nl/opinie/geen-terugkeer-van-bejaardenhuizen-maar-vooruit-met-ouderenwelzijn/#:~:text=De%20bejaardenhuizen%20werden%20bijvoorbeeld%20ook,zelfstandig%20kunnen%20wonen%20en%20leven>.
- Niemeijer, A. (2014). *Technologie voor kwetsbare mensen: hoe onschuldig is een elektronische medicijn doos*. In: Tijdschrift Zorg en Recht in Praktijk. SDU Uitgevers.

- Noy, C. (2008). *Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research*. International Journal of Social Research Methodology. DOI: 10.1080/13645570701401305.
- Oorsouw, van I. (2019). *Wie bepaalt dan wat 'goed' is? Een onderzoek over ageism binnen het discours van zelfredzaamheid bij ouderen*. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- O'Neill, J. (2016). *Social Imaginaries: An Overview*. In: Encyclopedia of Educational Philosophy and Theory. DOI: 10.1007/978-981-287-532-7_379-1.
- Onwuegbuzie, A. J., & Frels, R. K. (2016). *Seven steps to a comprehensive literature review: A multimodal and cultural approach*. SAGE Publications.
- Peek, S., Aarts, S. & Wouters, E. (2015). *Can smart home technology deliver on the promise of independent living?* In: Handbook of Smart Homes, Health Care and Well-Being. Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-319-01904-8_41-1.
- Peek, S., Luijkx, K., Rijnaard, M., Nieboer, M., Van der Voort, C., Aarts, S., Van Hoof, J., Vrijhoef, H. & Wouters, E. (2016). *Older adults reasons for using technology while aging in place*. Gerontology. PubMed. DOI: 10.1159/000430949.
- Pols, J. (2012). *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdam University Press.
- Pols, J. & Willems, D. (2011). *Innovation and evaluation: taming and unleashing telecare technology*. Sociol Health Illn. Pubmed. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2010.01293.x.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care. Speculative Ethics in More than Human Worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Pulcini E. (2015). *What emotions motivate care?* In: Emotion Review, 9(1), 64-71. DOI: <https://doi.org/10.1177/1754073915615429>.
- Reep, C. & Bruggink, J. (2024). *Vader en moeder op leeftijd. Mantelzorg door kinderen van 80-plussers*. Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Rijksoverheid (2022). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Geraadpleegd van: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>.
- Rosa, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling. Een pleidooi voor resonantie*. Boom Uitgevers. Amsterdam.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: Toward a politics of peace*. Beacon Press.

- Santoro, S., Estay, H., Halil Avcı, A. & Curcio, E. (2021). *Membrane technology for a sustainable copper mining industry: The Chilean paradigm*. In: Cleaner Engineering and Technology. DOI: 10.1016/j.clet.2021.100091.
- Sayer, A. (2011). *Why Things Matter to People. Social Science, Values and Ethical Life*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Sire (2022). *De dood, praat erover, niet eroverheen*. Geraadpleegd van: https://sire.nl/wp-content/uploads/2022/02/persbericht_de-dood.pdf.
- Smaling, A. (2021). *Sensitizing concepts, wat kun je ermee?* Kwalon, 26(1), 65-7. DOI: 10.5117/KWA2021.1.007.SMAL.
- Smaling, H & Korving, E. (2024). *Technologie in de ouderzorg: onderzoek naar technologische zorgondersteuning in breed maatschappelijke samenwerking*. In: Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. No. 1 – 2024.
- Stake, R. (1995). *The Art of Casestudy Research*. Sage Publications. London.
- Suri, H. (2020). *Ethical Considerations of Conducting Systematic Reviews in Educational Research*. In: Zawacki-Richter, O., Kerres, M., Bedenlier, S., Bond, M., Buntins, K. (eds) *Systematic Reviews in Educational Research*. Springer VS, Wiesbaden. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_3.
- Tenret, L. (2023). *Wat is beter voor ouderen: bewegen in de natuur of naar de sportschool?* In: Trouw. Geraadpleegd van: <https://www.trouw.nl/zorg/wat-is-beter-voor-ouderen-bewegen-in-de-natuur-of-naar-de-sportschool~b9e66169/>.
- Tonkens, E. & Wilde de, M. (2013). *Als meedoen pijn doet. Affectief burgerschap in de wijk*. Van Gennep Uitgeverij. Amsterdam.
- Tonkens, E., Bröer, C., Van Sambeek, N. & Van Hassel, D. (2013). *Pretenders and Performers: Professional Responses to the Commodification of Health Care*. Social Theory & Health.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge. London.
- Verbeek, P. (2014). *Op de Vleugels van Icarus*. Lemniscaat b.v. Rotterdam.
- Vosman, F. (2017). *The moral relevance of lived experience in complex hospital practices*. In: *Theological Ethics and Moral Value Phenomena*, pp. 65-92. Routledge. New York.

- Vosman, F & Niemeijer, A. (2017). *Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics*. In: Med Health Care Philosophy. Pubmed Publications.
- Walker, M. (1998). *Moral Understandings: Alternative "Epistemology" for a Feminist Ethics*. In: Feminist Ethics & Medicine, pp. 15-28.
- Yaylagul, N., Kirisik, H, Bernardo, J., Dantas, C., Staalduinen van, W., Illario M., De Luca, V., Apóstolo, J. & Silva, R. (2022). *Trends in Telecare Use among Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review*. Int Environ Res Public Health. DOI: 10.3390/ijerph192416672. PMID: 36554553; PMCID: PMC9779196.
- ZorgSaamWonen. (2023). *Kabinet stimuleert samenwonen jong en oud*. Geraadpleegd van: <https://www.zorgsaamwonen.nl/article/kabinet-stimuleert-samenwonen-jong-en-oud-Bz1kNn>.
- Zorg van Nu. (2023). *Minister Conny Helder is ambassadeur van Zorg van Nu*. Geraadpleegd van: <https://www.zorgvanu.nl/blogs/minister-conny-helder-is-ambassadeur-van-zorg-van-nu>.

Bijlage 1: Overzicht van toegekende codes aan cases

Beloftes

Case	Code	Code	Code
Aceros et al, 2013			
Greenhalgh et al, 2013	Behoeftte aan betekenisvol leven	Veiligheid	Gezondheid
Peek et al, 2015	Behoeftte aan betekenisvol leven	Veiligheid	Gezondheid
Peek et al, 2016	Behoeftte aan betekenisvol leven	Veiligheid	Gezondheid
Pols, 2012	Behoeftte aan betekenisvol leven		Gezondheid
Ten Bruggencate, 2019	Behoeftte aan betekenisvol leven		

Johannessen et al, 2019		Veiligheid	Gezondheid
Johannessen, 2021		Veiligheid	Gezondheid
Pols & Willems, 2011			Gezondheid
Karlsen et al, 2018	Behoeftte aan betekenisvol leven	Veiligheid	
Van Campen, 2020	Behoeftte aan betekenisvol leven		Gezondheid
Božić, 2023	Behoeftte aan betekenisvol leven		
Ghorayeb et al, 2021			
Niemeijer, 2014			Gezondheid

Valkuilen

Case	Code	Code	Code
Aceros et al, 2013	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	
Greenhalgh et al, 2013	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Peek et al, 2015	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Peek et al, 2016	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Pols, 2012			Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Ten Bruggencate, 2019			Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Johannessen et al, 2019			
Johannessen, 2021			
Pols & Willems, 2011	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	
Karlsen et al, 2018			
Van Campen, 2020			
Božić, 2023			Nieuwe mogelijkheden,

			nieuwe uitdagingen
Ghorayeb et al, 2021	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen
Berge van, 2017	Invasief	Onvoldoende afgestemd op leefomstandigheden	Nieuwe mogelijkheden, nieuwe uitdagingen