LECTORALE REDE.

INNOVEREN VOOR ACTIEVE OUDEREN
ZACHTE ANALYSES ALS HANDREIKING VOOR HARDE EN HARDNEKKIGE PROBLEMEN

LOUIS NEVEN

i.s.m.
Lowie van Doninck

met een voorwoord van
Nicole van Son-van Emmerik

6 FEBRUARI 2015

Oud

Niet alle oud is even oud
De klei waarmee men huizen bouwt
Was in het Pleistoceen nog hout
Dat is pas oud

Niets wat de mensheid heeft gemaakt is oud
Geen brug is oud, geen kerk is oud
Niets is een kwart zo oud als goud
Goud is pas oud

Geen boek, geen schilderij is oud
Geen alleroudste mens is oud
Het water en het zout zijn oud
De zee is oud

De weg naar Rome is niet oud
Geen stad, geen platteland is oud
De lucht is oud, het regenwoud
Het regenwoud is oud

Pas als wij water zijn en zout
En lucht en goud en regenwoud
De klei waarvan men huizen bouwt
Dan zijn we oud

Jeroen van Merwijk

Uit: De mooiste gedichten over ouder zijn, 2002
521 Uitgevers, Amsterdam

VOORWOORD

‘Je hoeft niet ziek te zijn om gezonder te worden.’ Deze titel is in een notendop de kern van de aanvraag die de Academie voor Gezondheidszorg eind 2012 indiende voor het lectoraat Active Ageing. De relevantie van een nieuw lectoraat Active Ageing werd gevoed door hedendaagse tendensen om op een andere manier naar ouder worden te kijken: het nemen van gezondheid en gedrag als uitgangspunt en de ‘diepe’ wens van ouderen om zo lang mogelijk onafhankelijk en zelfstandig thuis te blijven wonen met een goede kwaliteit van leven. Om dit voor iedereen mogelijk te maken zal meer én beter gebruik moeten worden gemaakt van technologie.

Een van de meest actuele trends in de gezondheid(szorg) betreft momenteel de paradigmashift van Ziekte en Zorg naar Gedrag en Gezondheid (van ZZ naar GG) en wordt onderkend en onderschreven door nationale en internationale gezaghebbende gremia op dit terrein.[1] De Raad voor Volksgezondheid en Zorg stelde in 2010 dat de houdbaarheid van de zorg, die de komende 10 jaar steeds meer onder druk zal komen te staan, een nieuw perspectief vereist. De accentverschuiving van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG) is nieuw. De essentie van dit advies is dat de zorg houdbaar en betaalbaar blijft en dat het draagvlak voor collectieve zorg en publieke gezondheid zal toenemen.

Ook de International Union for Health Promotion and Education onderzoekt nieuwe visies op gezondheid zoals salutogenese: ‘We consistently see that people and systems that develop salutogenic capabilities have better health outcomes than other approaches can demonstrate’.[2] Het salutogenetisch model gaat uit van winstgevendheid voor de maatschappij door een andere benadering dan die van ziekte en zorg toe te passen. Doel is ouderen zo lang mogelijk zelfstandig en onafhankelijk te laten zijn, waardoor ze gezond en gelukkig en dus prettig ouder worden. Innovatie en technologie kunnen daarbij ondersteunen.

Primair gaat het om een gedragsverandering. Om die teweeg te brengen is echter notoir lastig. Hoe we gedrag van (oudere) mensen kunnen beïnvloeden om een gezondere, actieve leefstijl aan te nemen zodat ze gelukkig oud worden, is een van de belangrijkste vragen waar we in onze maatschappij voor staan. Vanuit preventief oogpunt zou je hier zo vroeg mogelijk mee willen beginnen, omdat het dan vaak nog gaat om kleine interventies. Ook vanuit sociaal-economisch perspectief is dit interessant, omdat deze interventies goedkoper zijn en mogelijk voorkomen dat de oudere mens in een latere levensfase een groot appel gaat doen op de gezondheidszorg. We zeggen daarom niet voor niets dat Active Ageing begint in de jeugd.

1 Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010).
2 Lindström, Eriksson (2010), p.9.

Maar in dat vroegtijdig interveniëren, ligt ook gelijk de grootste uitdaging. Als er geen directe medische noodzaak is tot verandering in leefstijl, hoe beweeg je dan de (oudere) mens tot gezonder, actiever gedrag? De jongere oudere wordt niet graag aangesproken als oud en hecht aan autonomie en vrije keuzes. Het lijkt dus eerder te gaan om de kunst van het verleiden vanuit het wenkend perspectief van langdurige zelfstandigheid en onafhankelijkheid tot op hoge leeftijd.

Techniek in ons domein is niet meer weg te denken en zeer geavanceerd. Niet zelden wordt zij als panacee geïntroduceerd voor gezondheidsvraagstukken. Helaas wordt daarbij vaak onvoldoende de koppeling gemaakt met de wensen en behoeften van de gebruiker. Volgens ons moet de grootste progressie niet komen uit innovatie in termen van nieuwe online platforms, apps of robotica. De progressie moet komen uit sociaal onderzoek naar de identiteit van de huidige en toekomstige generatie ouderen, hoe de huidige en toekomstige zorg- en welzijnsprofessional tegen zorgtechnologie aankijkt en wat de brede impact van zorginnovaties binnen zorgorganisaties gaat zijn.

Het lectoraat heeft als opdracht meegekregen om samen met interne en externe partners belangrijke vraagstukken op dit terrein op te pakken. Het verricht interdisciplinair (praktijkgericht) sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het gebied van (jonge) ouderen met een specifieke focus op gezondheid bevorderende innovaties en door bij te dragen aan onderwijsontwikkeling binnen relevante opleidingen van Avans Hogeschool. Daarnaast beoogt het lectoraat een brugfunctie te vervullen tussen zorgtechnologie en zorgpraktijk door de technologische drempelvrees te slechten bij huidige en toekomstige professionals.

We zijn nu twee jaar verder en wij kunnen met trots zeggen dat het lectoraat in nauwe samenwerking tussen docenten, studenten en professionals uit gemeenten, zorginstellingen en bedrijven een aantal mooie resultaten heeft geboekt in het genereren en delen van kennis over levens, rollen, praktijken en identiteiten van jonge, actieve ouderen. Het lectoraat is er tevens in geslaagd een groeiende groep studenten, docenten en beroepsbeoefenaren bekender en vertrouwder te maken met de mogelijkheden en onmogelijkheden van technologie. Het opbouwen van een kritische houding door het zelf ervaren van de toepassingen is de daarbij gekozen interventie.

Het GET-Lab, dat op 6 februari na de lectorale rede van Louis Neven geopend is, is de leer- en ontmoetingsplaats van het lectoraat. Dit living lab biedt een uitstekende mogelijkheid om multi- en interdisciplinair met andere academies en werkveldpartners samen te werken rondom maatschappelijke vraagstukken, zoals langer zelfstandig thuis wonen van ouderen en de participatiesamenleving. Zo kunnen

studenten van de sociale academies een bezoek brengen aan het lab en de (zorg) innovaties rondom dementie en leefstijl ervaren. Zeker omdat zorg en welzijn eigenlijk niet los van elkaar te zien zijn. Via onze multidisciplinaire minor Active Ageing gebeurt dit ook al. Wij zetten onze deuren graag open voor formele en informele zorg- en hulpverleners om kennis te maken met de nieuwste ontwikkelingen, maar ook hun waardevolle ervaringen met zorginnovaties mee het lab in te brengen.

De actuele, maatschappelijke ontwikkelingen binnen de domeinen 'Zorg' en 'Welzijn' gelden niet alleen voor de doelgroep ouderen en reiken verder dan technologie. De wereld van zorg en welzijn bevindt zich in een fase van grote transformaties. Tegenwoordig wordt verwacht dat alle burgers meer regie over hun eigen leven en welzijn gaan nemen, dat het sociale systeem dit ondersteunt en dat de nadruk komt te liggen op preventie en stimuleren van gezond gedrag. In de Wet Maatschappelijke Ondersteuning komt veel van dit alles samen: maatschappelijke ondersteuning richt zich primair op het stimuleren en versterken van de eigen kracht van de burger en van zijn sociale netwerk. Pas wanneer de eigen kracht van burgers ontoereikend is, komen professionele arrangementen op het terrein van zorg en welzijn in beeld. Deze uitgangspunten worden niet alleen gehanteerd in de voorgenomen decentralisatie van de langdurige zorg, maar ook in die van de jeugdzorg en de arbeidsparticipatie. Ze zorgen voor een ingrijpende herinrichting van het sociale domein in gemeenten. Deze wijziging vereist een andere mindset van (oudere) mensen en professionals. In plaats van 'zorgen voor' gaan we zorgen dat mensen hun eigen kracht aanboren.

Avans Hogeschool wil als kennisinstelling haar medeverantwoordelijkheid nemen. Wij werken en denken vanuit de overtuiging dat co-creatie de sleutel is voor duurzame onderwijskwaliteit en zorg. Daarom leiden wij onze studenten in gelijkwaardig partnerschap op met de beroepspraktijk, zodat ze maatschappelijk geëngageerde jonge professionals worden die kritische vragen stellen, die ethische afwegingen maken en eigen belang ondergeschikt maken aan het grotere doel. Dat is: de maatschappelijke opdracht om humane, betaalbare kwaliteit van zorg te leveren en gezond samen leven te bevorderen. We willen een bijdrage leveren aan kennisontwikkeling en –implementatie waar het gaat om de vraagstukken op het gebied van de transformatie binnen zorg en welzijn. Het expertisecentrum Caring Society 3.0 is een samenwerkingsverband tussen de Academie voor Gezondheidszorg en de Academies voor Sociale Studies te 's-Hertogenbosch en Breda om aan deze opdracht tegemoet te komen.

In het expertisecentrum bundelen de lectoraten 'Jeugd, Gezin & Samenleving', 'Diagnostiek & Behandelen in Beweging' en 'Active Ageing' de krachten. Het onderzoekprofiel heeft als kern 'Samen Redzaam' met herkenbare thema's als multidisci-

plinaire benadering, leefstijl, preventie, ICT en zorgtechnologie.
In deze lectoraten worden de verschillende levensfasen met elkaar verbonden.

Het expertisecentrum staat voor de grote uitdaging de complexiteit en breedte van de maatschappelijke veranderingen te beschouwen en daarin zijn focus te kiezen. Samen met het werkveld hebben wij de uitdaging om dit te vertalen in praktisch toepasbare innovaties en maximale kennisdisseminatie.

Wij nodigen u uit om samen met ons de komende jaren deze uitdaging verder aan te gaan en het onderwijs en de wereld weer een beetje mooier te maken.

Nicole van Son-van Emmerik
Directeur Academie voor Gezondheidszorg
Voorzitter stuurgroep Expertisecentrum Caring Society 3.0

CV LOUIS NEVEN

Louis Neven is lector Active Ageing bij Avans Hogeschool.

Louis is primair geïnteresseerd in de relatie tussen ouderen en techniek. Vragen die hem daarbij interesseren zijn bijvoorbeeld: hoe komen technologieën voor ouderen tot stand? Wat voor beelden van ouderen liggen ten grondslag aan deze innovaties? Hoe interpreteren ouderen dergelijke technologieën? En in welke mate sluiten deze technologieën aan bij de levens, praktijken, rollen en identiteiten van ouderen?

LOOPBAAN

Louis werkt sinds 2005 aan het thema ouderen en innovatie. Hij promoveerde in 2011 aan de Universiteit Twente op een onderzoek naar de beeldvorming van ouderen bij ontwerpers en ingenieurs die technologieën voor ouderen ontwikkelen. Hiervoor analyseerde hij onder meer het ontwerp van een robot en telecare-systeem voor ouderen.

Vervolgens was hij Senior Research Associate aan het Lancaster Environment Center (LEC) van Lancaster University in het Verenigd Koninkrijk. Hier werkte hij aan een project over de effecten van duurzame technologieën op de zorg voor en het leven van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen in Engeland en Schotland. Vervolgens werkte Louis voor de Innovatie, Milieu- en Energiewetenschappen (IMEW) groep van de Universiteit Utrecht op een project over nanotechnologie en vergrijzing. Sinds mei 2013 is Louis lector Active Ageing.

1. VERGRIJZING: DE PROBLEMATISERING VAN EEN PROBLEEM

Nederland vergrijst; dat is goed nieuws. We worden gemiddeld genomen steeds ouder en dat steeds vaker met een periode van goede gezondheid en een actief leven na onze pensionering.[3] Helaas wordt er in deze tijden van crisis en neo-liberalisering[4] in Nederland en daarbuiten met regelmaat gesproken over vergrijzing als een probleem. Het valt hierbij op dat er over vergrijzing gesproken wordt alsof die zich 'ineens' voordoet en zeer grote maatschappelijke gevolgen gaat hebben, met name voor de jongere generaties. Bij wijze van introductie wil ik even stil staan bij het 'probleem' dat de vergrijzing schijnt te zijn en vooral bij de gevolgen die ontstaan als we op deze manier over ouderen spreken.[5] Allereerst een paar voorbeelden van deze manier van spreken over ouderen, ten eerste uit een communiqué van de Europese Commissie aan het Europees Parlement:

Demographic ageing is one of the most serious challenges Europe is facing. According to recent projections, the number of Europeans aged 65 and over will almost double over the next 50 years, from 87 million in 2010 to 148 million in 2060. This trend represents a challenge for public authorities, policy makers, businesses and the non-profit sector, especially as it comes at a time of increasing pressure on public budgets, a steady decline in the number of health personnel and growing demands from older people for care products and services. If this demographic transition is not tackled head-on, it will raise considerable concerns for the financial sustainability of health and care systems. Public spending on health already accounts for 7.8% of GDP in the EU, and by 2060, public expenditure on acute health care and long-term care is expected to increase by 3 % of GDP due to ageing. Supporting active and healthy ageing is important both to improve the quality of life of elderly citizens and help them contribute to society as they grow older; and to reduce unsustainable pressure on health systems.[6]

Een ander voorbeeld komt uit een item van RTL nieuws getiteld: Grote problemen door vergrijzing in Nederland.

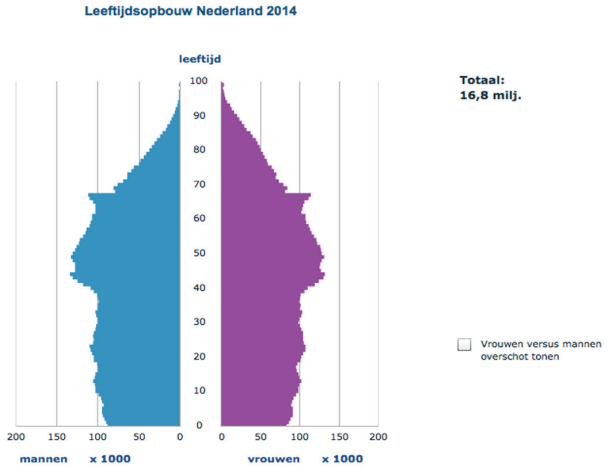
Drie Europese landen krijgen te maken met grote problemen door de vergrijzing. En Nederland hoort erbij, constateert het Centrum voor Strategische Studies in Den Haag. De onderzoekers stellen in het rapport 'Shades of Graying' dat in Nederland, Slovenië en Luxemburg de overheidsuitgaven flink oplopen. Daardoor ontstaan grote economische problemen en misschien zelfs oplopende spanningen tussen generaties. Als het beleid niet verandert, kosten pensioen en zorg in de hele Europese Unie een

3 Westendorp (2014).
4 Er wordt overigens al langer gesproken over ouderen als probleem: zie Thane (2000), Johnson (2005), Thompson (1992) en Hepworth (2004), maar op dit moment, waarschijnlijk door de crisis en doordat de eerste babyboomers intussen met pensioen zijn, komt dit discourse in versterkte mate weer naar boven.
5 Natuurlijk wordt er ook op andere manieren over ouderen gesproken, maar deze specifieke manier is belangrijk in kringen van ingenieurs en beleidsmakers en is, zoals zal blijken, niet onschuldig.
6 http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf

steeds groter deel van het bruto binnenlands product. In ons land zullen de kosten stijgen van 10,6 procent van het bbp in 2010 naar 17,8 procent binnen 40 jaar.[7]

Een derde voorbeeld kwam ik tegen toen ik in het kader van een eerder onderzoek[8] sprak met een ingenieur van een gerenommeerde techniekontwikkelaar die mij uitlegde waarom ze rond de eeuwwisseling in de ontwikkeling van telezorgtechnologie gestapt waren: 'Dat was begin jaren 2000 … Toen, eigenlijk eind jaren negentig, werd pas ontdekt dat wij toch met een groot probleem zitten. De vergrijzing die eraan komt. Toen heeft ons management dat ook gezien en gezegd, "Hé, we moeten eigenlijk kijken naar wat de problemen zijn op de zorgmarkt en hoe wij dat kunnen oplossen".' Deze ingenieur – en met hem vrijwel alle ingenieurs, ontwerpers, managers etc. die betrokken zijn bij de ontwikkeling van dit soort technologie – handelen vanuit de beste intenties voor ouderen. Maar toch blijft de manier waarop er over ouderen gesproken wordt als probleem dat ons overvalt, een opvallend thema.

Nu is het voorspellen van de toekomst notoir lastig, maar een van de meest betrouwbare vormen van toekomst voorspellen is demografie. Dat er na de Tweede Wereld Oorlog een sterke toename van het aantal geboorten heeft plaatsgevonden weten we al meer dan 60 jaar. Dat er in de jaren 60 en 70 een sterke terugval geweest is in het aantal geboorten weten we al zeker zo'n 40 jaar (Zie onderstaande afbeelding). Tegelijkertijd is het ook al jarenlang evident dat we steeds ouder worden. Van alle maatschappelijke ontwikkelingen die Nederland kent, zou je kunnen zeggen dat de vergrijzing de meest voorspelbare ontwikkeling is. Het is dan ook verbazingwekkend dat er gesproken kan worden over vergrijzing als een *groot probleem* dat ons *ineens* overvalt.



DE ONTWIKKELING VAN DE NEDERLANDSE BEVOLKING.
BRON CBS: HTTP://WWW.CBS.NL/NL-NL/MENU/THEMAS/BEVOLKING/CIJFERS/EXTRA/PIRAMIDE-FX.HTM

7 http://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/grote-problemen-door-vergrijzing-nederland
8 Neven (2011, 2014).

Deze problematische manier van praten moet dan ook genuanceerd worden. Laten we daarmee beginnen door een stelling te poneren: Oud zijn *an sich* is niet duur; sterven is duur. Laten we eerst naar het eerste deel van deze stelling kijken alvorens het tweede deel te behandelen. Het is een evidente waarheid dat ouderen na hun 65e een AOW-uitkering ontvangen[9] en daarnaast veelal ook van een pensioen genieten. Voor beide financiële regelingen geldt dat ouderen daar als groep reeds *jarenlang* premie voor betaald hebben. Als we het in internationale context bekijken, dan zijn Nederlandse pensioenfondsen – ondanks de crisis – nog steeds erg goed gevuld.[10] Het is dan ook enigszins vreemd dat ouderen verweten wordt dat ze een beroep doen op financiële voorzieningen waar ze zelf jarenlang voor betaald hebben, zeker omdat dat komt op een moment dat ouderen relatief weinig meer kunnen doen om hun financiële positie te verbeteren.[11] En als deze voorzieningen niet toereikend zouden zijn, dan is de vraag of dit gebrek aan financiële planning verwijtbaar is aan onze ouderen. Zoals gezegd, voor zover de vergrijzing een probleem oplevert in termen van de financiering van bepaalde voorzieningen, is dit een probleem dat successievelijke regeringen al decennia hadden kunnen zien aankomen en waarop ze dus hadden kunnen anticiperen. Dit wordt overigens verdoezeld door te spreken over een probleem dat ons *ineens* overvalt, zomaar vanuit het niets. Daardoor kun je de aandacht afleiden van het feit dat er misschien al lang geleden toereikende maatregelen genomen hadden moeten worden.

Het probleem overvalt ons echter niet ineens en, opvallender nog zelfs, de manier waarop over ouderen als een aankomend financieel probleem gesproken wordt, is niets nieuws. De historicus Thane laat zien dat al in de jaren 30 van de vorige eeuw er treurige scenario's geschetst werden over de grijze druk.[12] De gerontoloog Johnson laat in een hoofdstuk getiteld 'the sociale construction of old age as a problem', onder andere aan de hand van het werk van Thane, zien dat we reeds een lange historie hebben van praten over ouderen als een probleem of maatschappelijke last. Daarbij worden formuleringen als 'an impending disaster', 'the rising tide' en 'the burden of an ageing population' niet geschuwd.[13] De vergrijzing is dus zeker geen probleem dat ons *ineens* overvalt. Sterker nog, het praten over vergrijzing als probleem heeft zelf al een hele historie; een historie die overigens ouder is dan de babyboomers zelf.

Het probleem van de vergrijzing nu verwijten aan de oudere generaties heeft daarnaast ook een bijsmaak van ondankbaarheid. Het is bekend dat een grote groep jonge mensen op de arbeidsmarkt zich vaak vertaalt in een sterke economische

9 De wettelijke leeftijd voor het ontvangen van een AOW-uitkering is momenteel 65 jaar en 3 maanden.

10 Zie http://www.pensioenfederatie.nl/actueel/nieuws/Pages/OESOpensioenrapport_positief_over_Nederland_691.aspx

11 Het is in dat kader opvallend dat er vaak gekeken wordt naar het opgebouwde vermogen van ouderen, maar niet naar de beperkte mogelijkheden die ouderen hebben om nog vermogen op te bouwen. Hoewel de armoede onder ouderen over het algemeen laag is beschikken lang niet alle ouderen over een dergelijk groot eigen vermogen. http://www.anbo.nl/belangenbehartiging/inkomen/nieuws/armoede-onder-ouderen-afgenomen

12 Thane (2000), zie ook Johnson (2005). Grijze druk is de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar. Het belang van dit cijfer is dat het de verhouding aangeeft tussen het deel van de bevolking dat werkt of kan werken en het deel ouderen.

13 Johnson (2005).

groei.[14] Een dergelijke groei hebben wij dan ook doorgemaakt.[15] We hebben onze huidige rijkdom dus ook voor een substantieel deel te danken aan de generatie die nu met pensioen gaat. Daarnaast betekent met pensioen gaan niet dat iemand daarmee zijn economische waarde verliest. Zo betoogt Walburg bijvoorbeeld dat jarenlang opgebouwde pensioengelden nu vrij gaan komen en dat daar een economische impuls vanuit kan gaan.[16] Daarnaast blijven ouderen gewoon consumenten – en een groep consumenten die in toenemende mate als een belangrijke groep gezien wordt[17]. Maar er is ook een groep ouderen die blijft werken (soms zelfs voor niets[18]), nieuw werk voor zichzelf creëert[19] of bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk[20] of het opvangen van hun kleinkinderen[21] een waardevolle bijdrage levert aan de samenleving. De suggestie die uitgaat van de manier van praten over vergrijzing als probleem of crisis gaat al te gemakkelijk voorbij aan de maatschappelijke en financiele bijdragen die ouderen in het verleden geleverd hebben en ook nu nog leveren.

Naast dit financiële doemscenario wordt ouderen als groep verweten dat ze veel zorg consumeren en dat dat duur is.[22] Jan Auke Walburg, directeur van het Trimbos Instituut, stelt in zijn boek *Jong van Geest*, dat er inderdaad een relatie is tussen leeftijd en zorgkosten, maar brengt daarbij een belangrijk punt naar voren: 'De belangrijkste oorzaak van de kostenstijging is dat de meeste zorgkosten in het laatste levensjaar worden gemaakt. En naarmate de leeftijd toeneemt, overlijden meer mensen. Als we de zorgkosten van mensen in hun laatste levensjaar vergelijken met die van mensen die even oud zijn maar dat jaar niet overlijden, dan zien we dat de kosten van de laatsten veel lager zijn. Wel wat hoger dan van jongere mensen, maar aanzienlijk lager dan van de mensen die dat jaar overlijden.'[23] Omdat we gemiddeld ouder worden en steeds minder te maken hebben met vroegtijdig overlijden, is sterven iets geworden van oude mensen.[24] Nogmaals, dat is goed nieuws. We overlijden namelijk steeds minder vaak gedurende de jaren waarin we grote verantwoordelijkheden dragen,

14 Zie bijvoorbeeld het artikel van Marijn Jongsma in het Financieel Dagblad van 7 augustus 2014 over de relatie tussen leeftijd en economische groei: www.fd.nl/economie-politiek/887322/moodys-vergrijzing-drukt-zwaar-op-groei
15 Er wordt in dit kader ook wel gesproken over 'demografisch dividend'. Zie de analyse van Lee en Mason op de website van het internationaal monetaire fonds: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/09/basics.htm
16 Walburg (2010), p.77.
17 Kohlbacher & Herstatt (2010).
18 Het is bijvoorbeeld niet ongebruikelijk voor hoogleraren om na hun pensionering onbezoldigd door te gaan met het begeleiden van promovendi en het doen van onderzoek.
19 Zie bijvoorbeeld het stuk van FNV senioren op www.65plus.nl/nieuws/doorwerken-na-je-pensionering-wordt-steeds-normaler.-alleen-zijn-wet-en-regelgeving-er-nog-niet-altijd-op-aangepast . Hieruit blijkt overigens ook dat een substantiele groep ouderen om financiële redenen moet doorwerken.
20 Ik ben bijvoorbeeld zelf vrijwilliger bij een klein filmhuis waar het aandeel oudere vrijwilligers zeer groot is. Als deze oudere vrijwilligers er niet waren, bestond het filmhuis simpelweg niet meer.
21 Zie bijvoorbeeld www.nu.nl/binnenland/2915679/grootouders-nemen-deel-kinderopvang.html
22 En dat gebeurt niet alleen in Nederland. Zo stelt de Economist (22 november 2014) bijvoorbeeld in een artikel over de National Health Service, de publieke gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, dat 'tight budgets and increasing demand from Britain's greying population have put the NHS under huge strain' (p.32). Als dat zo doorgaat, stelt het artikel, dan zal tegen 2061 50% van de overheidsuitgaven naar de NHS gaan. De relatie tussen vergrijzing en hoge zorgkosten wordt hierbij aangenomen.
23 Walburg (2010), p. 74.
24 Idem.

bijvoorbeeld voor (jonge) kinderen. Ondanks dat we gemiddeld genomen op steeds oudere leeftijd kinderen krijgen,[25] overlijden we steeds vaker op een moment dat de kinderen al uitgevlogen zijn en we de pensioengerechtigde leeftijd (al lang) bereikt hebben.[26] Maar daarmee wordt het verwijt dat ouderen zoveel zorg zouden consumeren ook een beetje vreemd. Verwijten wij ouderen daarmee in feite niet gewoon dat ze sterven? En dat ze sterven op hoge leeftijd? Wat kan een mens daaraan doen? Is het niet veel eerder een probleem met de manier waarop wij onze gezondheidszorg inrichten en financieren, een probleem van toenemende medicalisering van allerlei maatschappelijke en lichamelijke problemen? En, belangrijker wellicht, een probleem met de manier waarop wij als samenleving nadenken over het belang van gezondheid versus bijvoorbeeld consumptie, genot en gemak?[27] Dat mensen sterven is een feit. Dat dat in onze samenleving veel geld kost ook. Maar het heeft in feite weinig te maken met vergrijzing en het is in elk geval niet verwijtbaar.

Er is dus iets mis met de manier waarop de maatschappelijke problemen rondom ouder worden ingekaderd worden. We zouden ook kunnen zeggen dat regering na regering in de jaren 70, 80 en 90 onvoldoende rekening gehouden heeft met een evidente demografische ontwikkeling. We zouden ook kunnen zeggen dat we een probleem hebben met het in de hand houden van de kosten van de zorg. In plaats daarvan is er een sterk discourse dat stelt dat deze problemen door de vergrijzing komen, door het feit dat er (te) veel ouderen zijn. Een dergelijke manier van praten over ouderen is niet onschuldig, het creëert een 'ons' – jonge, hard werkende mensen – en een 'zij' – de 'profiterende' ouderen. Dergelijke processen worden ook wel 'othering' genoemd[28], het actief genereren van een groep die we als 'de ander' kunnen betitelen. Deze groep kan vervolgens als problematisch betiteld worden, waarna gesteld kan worden dat er 'iets' moet gebeuren.[29] Ondanks deze retoriek is er weinig bewijs voor het idee van een intergenerationele crisis, waarbij jong tegenover oud komt te staan.[30] Sterker nog, als we de recente hausse aan belastingvrije schenkingen als voorbeeld nemen[31], de toenemende populariteit van mantelzorgwoningen[32] en de mate waarin grootouders optreden als kinderopvang voor kinderen van hun werkende kinderen[33], is er eerder sprake van intergenerationele (financiële) solidariteit, dan een intergenerationeel conflict.[34] In weerwil van de retoriek van vergrijzing als probleem.

25 Zie http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/incidenteel/maatwerk/2388-wm.htm
26 Walburg (2010), p. 73.
27 Walburg betoogt in dit kader dat als we werkelijk wat willen doen aan de kosten van ouderen in de zorg dat we dan het best kunnen beginnen bij de vermijdbare kosten, met andere woorden die kosten die we kunnen voorkomen door een actieve en gezonde leefstijl die al op jonge leeftijd wordt aangeleerd (Walburg 2010, p. 75).
28 Zie Oudshoorn (1996).
29 Het maken van categorieën is dus niet onschuldig. Voor een mooie analyse van categorieën zie Bowker en Star (1999). Voor analyses van leeftijdsdiscriminatie (ageism) zie Bytheway (1995, 2005).
30 Vrooman et al. (2014).
31 Zie bijvoorbeeld www.nos.nl/video/593947-een-ton-belastingvrij-schenken-veel-ouders-doen-het.html
32 Zie bijvoorbeeld www.nos.nl/artikel/601316-meer-ouders-in-de-achtertuin.html
33 Zie bijvoorbeeld www.nu.nl/binnenland/2915679/grootouders-nemen-deel-kinderopvang.html
34 Vrooman et al. (2014).

Er zijn echter goede redenen om een dergelijke probleemretoriek te creëren. Het klinkt gek, maar problemen kunnen nuttig zijn. Problemen kun je inzetten om bepaalde doelen te bereiken.[35] De filosoof Rein de Wilde beschrijft deze dynamiek met het idee van de 'aanstormende toekomst'.[36] In een aanstormende toekomst wordt een problematische (maatschappelijke) ontwikkeling geschetst die zich razendsnel ontwikkelt. Het komt op ons af als een aanstormende trein. Als we nu niets doen, zullen we snel met enorme problemen te kampen krijgen. Maar het is nog niet te laat. Als we nu handelen, dan kan het onheil nog ontweken of verzacht worden. Op 26 april 2014 luidt de titel van het hoofdartikel van *The Economist* – een van 's werelds meest gerenommeerde tijdschriften – 'A billion shades of grey: an ageing economy will be a slower and more unequal one – unless policy starts changing now.'[37] De analist die het onheilspellende toekomstbeeld schetst heeft vervolgens meestal wel een aantal suggesties hoe we moeten handelen en waarin we moeten investeren om het onheil af te wenden (in het geval van het Economist-artikel gaat het bijvoorbeeld over hervormingen op de arbeidsmarkt). We weten uit de literatuur dat er door dergelijke verwachtingen te schetsen bijbehorende maatregelen gelegitimeerd worden, er steun voor deze maatregelen verworven kan worden en onzekerheid rond het probleem verminderd kan worden.[38] Door vergrijzing als een maatschappelijk probleem neer te zetten dat grote gevolgen zal hebben op het gebied van zorg en (overheids)financiën, wordt het mogelijk een aanstormende toekomst te schetsen en ons daarmee ervan te overtuigen dat bepaalde interventies en investeringen noodzakelijk zijn.

Daarin ligt de kern van het probleem besloten. De manier waarop er over ouderen en vergrijzing als probleem gesproken wordt, geeft niet alleen een selectief beeld van de werkelijkheid. Het discourse is niet alleen oneerlijk en ondankbaar en het negeert niet alleen de (intergenerationele) bijdrage van ouderen aan de samenleving, maar – en centraal voor het argument van deze rede – de *manier* waarop de maatschappelijke discussie over vergrijzing gevoerd wordt, staat *de oplossing* van dat probleem in de weg. Deze ironische situatie kan goed toegelicht worden aan de hand van een van de belangrijkste gebieden waar deze situatie zich voordoet, namelijk in de gerontechnologie, het vakgebied dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van innovaties voor ouderen.

35 Van Lente (1993), De Wilde (2000).
36 De Wilde (2000).
37 The Economist, 26 april 2014.
38 Van Lente (1993), De Wilde (2000).

2. AGEING-AND-INNOVATION DISCOURSE

Wetenschappelijke artikelen, beleidsstukken en andere publicaties over innovaties voor ouderen bedienen zich vaak van een bepaalde retoriek die sterk aansluit bij de manier waarop over ouderen gesproken wordt als probleem. Een voorbeeld uit een veel geciteerd artikel over robotica voor ouderen:

Demographic projections show a rapidly aging population, with the worldwide proportion of people aged over 60 expected to double between 2000 and 2050. As a result, the number of people living with chronic health conditions is increasing and placing demand on healthcare services. There is also an increasing shortage of healthcare professionals, including caregivers for the elderly and registered nurses. Robots have been proposed as one form of assistive device that can help bridge the widening gap between the need and supply of healthcare services.[39]

Het artikel legt vervolgens uit wat een robot is en wat we allemaal van een zorgrobot kunnen verwachten om vervolgens in te gaan op de voordelen voor ouderen:

The aged population presents a group who may particularly benefit from healthcare robots. The term 'aging in place' acknowledges the fact that the majority of older people in western cultures are living independently in their own homes, and want to stay there as long as possible, thus avoiding the psychologically traumatic and expensive option of moving to a nursing home or hospital away from familiar surroundings, friends and family. Governments and care funders also favour 'aging in place' to mitigate the expense of the growing number of aged in care.[40]

Deze retoriek heb ik in eerdere publicaties het ageing-and-innovation discourse genoemd.[41] Het is een discourse dat zich erg vaak van een specifiek recept bedient. Het begint in de regel met de zogenaamde 'crisis account of ageing.'[42] In dit crisisverhaal wordt een aanstormende toekomst geschetst waarin vergrijzing leidt tot grote maatschappelijke problemen. Daarbij wordt vooral op zorggerelateerde problemen gefocust, zoals uit de hand lopende zorgkosten, te weinig handen aan het bed of gebrek aan geschikte woningen voor ouderen.[43] Er wordt daarbij, met gebruikmaking van allerlei argumenten zoals we die in de vorige paragraaf al zagen voorbijkomen, gesproken over ouderen en vergrijzing als een groot maatschappelijk probleem met een bijbehorende onheilspellende toekomst. Als tweede stap

39 Broadbent et al. (2009), p. 319.
40 Broadbent et al. (2009), p. 319-320.
41 Zie Neven (2011, 2014).
42 Ney (2009), Mort & Roberts (2010).
43 Zie Neven (2014) voor een voorbeeld hiervan.

wordt vervolgens een specifiek probleem uit deze toekomst gelicht, waarna een innovatieve (zorg)technologie aangedragen wordt als oplossing. Deze innovaties en hun innovatoren worden daarmee in de heldenrol geplaatst, ze behoeden ons immers voor het grote maatschappelijke probleem. Sterker nog, en dat is de derde en laatste stap, de grote nadelen waar de vergrijzing ons mee confronteert, kunnen met dergelijke innovaties omgekeerd worden naar grote voordelen voor iedereen. Dit is de 'triple win' retoriek. Ten eerste zijn wij als samenleving een winnaar: de grote maatschappelijke problemen waarvoor de vergrijzing ons stelt, kunnen met dergelijke innovaties worden weggenomen of op zijn minst verminderd tot acceptabele niveaus. Daarnaast zijn de bedrijven en instituten die dit soort technieken ontwikkelen ook winnaars. Ze ontwikkelen innovaties die ze vervolgens (internationaal) kunnen verkopen. Dat is daarmee goed voor de economie en daar profiteren we dus allemaal van.[44] En als laatste zijn de ouderen zelf ook winnaars. Zo wordt bijvoorbeeld vaak gezegd dat zij met behulp van zorgtechnologieën langer zelfstandig thuis zullen kunnen blijven wonen, wat ouderen, zo luidt de retoriek, altijd graag willen.[45] Al met al een aanlokkelijk verhaal waarbij een vreselijke toekomst wordt veranderd in een aantrekkelijke, 'wenkende' toekomst[46] waar alleen maar winnaars zijn.

Het is dan ook een verhaal dat bepaald niet waardevrij is. Het ageing-and-innovation discourse heeft een morele inhoud en is opgezet op een manier die gemakkelijk te herkennen is als 'goed'. In het discourse worden ouderen bijvoorbeeld neergezet als fragiel en kwetsbaar. Dit appelleert aan ons gevoel van respect voor ouderen en het idee dat voor kwetsbare (oudere) mensen goed gezorgd moet worden. (En dat is natuurlijk ook zo, echter, de vraag of goed zorgen ook persé zorgen met innovatieve techniek moet zijn, wordt daarbij vermeden.) Daarnaast wordt er een beeld geschetst van een kwetsbare samenleving die bedreigd wordt door vergrijzing. Vooral de zorg, voor veel mensen een zeer belangrijk thema, blijkt in deze toekomst kwetsbaar. Het waarborgen van goede zorg herkennen we snel als iets goeds. Als laatste worden de problemen opgelost met behulp van innovaties. We verwachten tegenwoordig veel van innovaties.[47] Het is een woord dat we snel herkennen als goed. De retorisch theoreticus McGee bedacht daar jaren geleden een woord voor:

44 Welke van de drie voordelen het meest benadrukt wordt, hangt nogal af van waar de publicatie in kwestie op gericht is. Als de nadruk ligt op zorg en samenleving valt het economische groei argument nogal eens weg. In beleidsstukken of meer bedrijfskundige publicaties komt het echter vaak wel naar voren.

45 Dat thuis ook een plek kan zijn waar je te maken hebt met eenzaamheid of misbruik (McGarry & Simpson 2008, Taylor et al., 2006) of dat je gevoel van thuis geheel kan verdwijnen doordat het vol komt te staan met medische apparatuur wordt in deze ideaalweergave van het thuis nooit vermeld. (Oudshoorn, 2011, Milligan 2009, Neven, 2011, 2014).

46 De wenkende toekomst is het tegenovergestelde van de aanstormende toekomst (De Wilde, 2000). Beide toekomstbeelden hebben gemeenschappelijk dat ze ons aanzetten om te handelen in het heden om de positieve toekomst te bereiken of de negatieve toekomst te vermijden.

47 Zie bijvoorbeeld het interview van Trouw met twintig topmensen uit bedrijfsleven, maatschappelijk middenveld, wetenschap en onderwijs over de vraag hoe Nederland uit de crisis moet komen: http://www.trouw.nl/tr/nl/4504/Economie/article/detail/3405023/2013/03/07/Investeren-in-innovatie-de-oplossing.dhtml

ideograaf.[48] Ideografen zijn woorden als democratie en vrijheid, het soort woorden dat we snel herkennen als goed. Het is eenvoudig een voorstander van democratie en vrijheid te zijn en erg moeilijk om ertegen te betogen. Aan innovatie hangen we tegenwoordig een vrijwel vergelijkbare waarde.[49] Innoveren is goed, wie niet innoveert blijft achter. Innoveren wordt daarmee haast een soort plicht voor bedrijven, overheden en hele landen (zo wordt innovatie regelmatig genoemd als oplossing voor de crisis).[50] Op innovatieve wijze een groot maatschappelijk probleem oplossen waarmee we onze kwetsbare ouderen dienen en onze kwetsbare zorg weer een robuuste toekomst geven; dat moet het juiste zijn om te doen, toch? Retorisch zit het ageing-and-innovation discourse dus sterk in elkaar. Het lijkt heel aantrekkelijk, verstandig en zelfs moreel verantwoord; het lijkt, met andere woorden, het juiste om te doen. Toch is dit discourse inherent problematisch.

Het probleem met het ageing-and-innovation discourse is dat het alleen werkt als we op een erg negatieve manier naar ouderen en vergrijzing kijken. Als we goed kijken dan zijn het de maatschappelijke stereotypen over ouderdom die hier de boventoon voeren, dat wil zeggen ouderen als bijvoorbeeld, fragiel, vergeetachtig, ziekelijk, zwak en niet meer bij de tijd.[51] Dit is een beeld van ouderdom dat in de gerontologie ook wel aangeduid wordt als de vierde leeftijd.[52] Kort samengevat komt deze, door de historicus Peter Laslett geïntroduceerde categorisering, op het volgende neer. De eerste leeftijd is een periode van afhankelijkheid en weinig verantwoordelijkheid. Je bent kind en je ouders zorgen voor je. Daarop volgt de tweede leeftijd, een periode van onafhankelijkheid maar ook verantwoordelijkheid. Je werkt en je zorgt bijvoorbeeld voor je kinderen. In de derde fase gaan de kinderen het huis uit en gaan mensen met pensioen. Dit is een fase van onafhankelijkheid en veel meer keuzes over hoeveel verantwoordelijkheid je wilt nemen. Deze fase kan geleidelijk of abrupt overgaan in de vierde fase. In deze fase worden mensen weer afhankelijk doordat er lichamelijke gebreken ontstaan. Dit eindigt uiteindelijk met de dood. In tegenstelling tot hoe er vaak over ouderen gedacht wordt, vallen de meeste ouderen in de derde categorie. Het zijn de zogenaamde jonge ouderen, vaak nog op allerlei manieren actief en productief. Hoewel de grens tussen de derde en de vierde leeftijd duidelijk fluïde kan zijn, is de vierde categorie toch relatief klein.[53] Daar komt nog een belangrijk fenomeen bij. Ook

48 McGee (1980), De Wilde (2000).

49 Innovatie is daarnaast ook multi-interpretabel: innovatie kan uitgelegd worden als bijvoorbeeld technische innovatie, maar ook sociale of economische innovatie. Het kan tevens investeringen in allerlei activiteiten in allerlei domeinen betekenen. Dergelijke flexibiliteit is handig omdat zeer diverse partijen om uiteenlopende redenen zich achter het idee van innoveren kunnen scharen.

50 Zie bijvoorbeeld http://www.trouw.nl/tr/nl/4504/Economie/article/detail/3405023/2013/03/07/Investeren-in-innovatie-de-oplossing.dhtml

51 Zie Johnson (2005) en Hepworth (2004) voor voorbeelden van die stereotypering.

52 Laslett (1987, 1989, 1997).

53 Collega Lowie van Doninck vraagt regelmatig aan onze 2e jaars studenten gezondheidszorgtechnologie hoeveel 65-plussers wonen in verzorgings- en verpleeghuizen. De antwoorden op die vraag zitten tussen de 20 en 50%. De realiteit is dat minder dan 5% van de 65-plussers wonen in verzorgings- en verpleeghuizen. Dit is een voorbeeld van de mate waarin de beeldvorming over ouderen sterk naar negatieve vierde leeftijdsbeelden neigen. (zie https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/ voor een nuttig overzicht van allerlei kwantitatieve informatie over ouderen).

al kan het zo zijn dat iemand door de ogen van iemand anders, zoals de kinderen of een arts, voldoet aan de criteria van de vierde leeftijd, dan nog hoeft dat niet te betekenen dat deze persoon zich ook zelf zo voelt. Veel ouderen die wel enkele lichamelijke problemen hebben, voelen zich desondanks nog jong en actief, een fenomeen dat in de gerontologie reeds lang bekend is.[54] En wie zich nog jong en actief voelt, heeft meestal geen behoefte aan zaken die bedoeld zijn voor 'oude mensen.' Het voorbeeld dat iedereen wel kent in dit kader is de oudere die moeite heeft met lopen en – in de ogen van de kinderen of een partner – ook best een rollator zou kunnen gebruiken, maar voor geen goud met een hulpmiddel wil lopen. De derde leeftijd, de jonge, nog actieve oudere en iedereen die zich zo voelt, is daarmee zonder meer een belangrijke en grote groep ouderen. Het ageing-and-innovation discourse werkt echter niet als dit beeld van ouderen gebruikt wordt. Voor het ageing-and-innovation discourse moeten ouderen – in groten getale – neergezet worden als ziek, zwak en fragiel. Zonder dit negatieve beeld is er geen sprake van een groot maatschappelijk probleem. En als dat probleem, die crisis, er niet is, dan valt de bodem uit het discourse.

Ik ontken hier niet dat we allemaal ouder worden, dat worden we wel. Het punt is ook niet dat we de komende jaren geen fase ingaan waarin er relatief veel oudere mensen zullen zijn. Het punt is zelfs niet dat deze maatschappelijke ontwikkeling niet zou vragen om technische en non-technische aanpassingen aan de manier waarop wij onze zorg en sociale voorzieningen organiseren. Het punt is dat de manier waarop er over de vergrijzing gesproken wordt – de manier waarop vergrijzing tot een groot maatschappelijk probleem verheven wordt – ons in bepaalde denkrichtingen lokt. We denken erg negatief over oud zijn en baseren innovaties en interventies op die negatieve ideeën. Hierdoor ontstaat een paradoxale situatie: de manier waarop we het probleem van de vergrijzing momenteel duiden en inkaderen, staat de ontwikkeling van passende (technische) innovaties voor ouderen in de weg. Het huidige discourse vereist een vierde leeftijdsbeeld van ouderen, maar ouderen zelf zien zich zolang mogelijk als mensen in hun derde leeftijdsfase. Doordat er veel geïnnoveerd wordt op basis van een vierde leeftijdsbeeld ontstaat er een fundamentele mismatch tussen de innovaties die ontwikkeld worden en de ouderen die ze zouden moeten gaan gebruiken. De jonge ouderen van nu zitten namelijk niet te wachten op techniek die hen stigmatiseert als oud.[55]

Daarnaast heeft het ageing-and-innovation discourse nog een tweede fundamenteel probleem. Er is wel degelijk behoefte aan innovaties voor ouderen, maar door dit te legitimeren met het ageing-and-innovation discourse kunnen we geen onderscheid maken tussen innovaties die passen bij ouderen en daadwerkelijk iets bijdragen en innovaties die alleen gebruik maken van holle retoriek. Het ageing-and-innovation discourse legitimeert namelijk *alle* innovaties voor ouderen, of ze nou werken

54 Thompson (1992), Minichiello et al. (2000), Hepworth (2004).
55 Neven (2010, 2011).

in de praktijk of niet. Daardoor komen we niet toe aan de onderliggende problemen die de ontwikkeling en implementatie van technologieën voor ouderen in de weg staan. Hoe aantrekkelijk het ageing-and-innovation discourse ook lijkt, we mogen er geen genoegen mee nemen. We moeten een stap voorbij dit discourse zetten en kijken naar de onderliggende problemen én kansen die er zijn op het gebied van innovaties voor ouderen. Maar dit gebeurt momenteel helaas niet.

Het huidige discourse wordt eigenlijk nooit bevraagd omdat het zo sterk lijkt alsof investeren in dit soort techniek het juiste is om te doen. Het ageing-and-innovation discourse en zijn morele lading hebben in de wereld van de gerontechnologie – en in de wereld van bepaalde beleidskringen – de status van een axioma. Het is het uitgangspunt. Daarmee blijft deze retoriek erg aantrekkelijk.[56] De afgelopen jaren is door de Europese Unie, nationale overheden en grote ondernemingen heel veel geïnvesteerd in gerontechnologieën, die het langer gezond en zelfstandig thuis wonen mogelijk moet maken voor ouderen.[57] Het succes van dit soort technologieën op grote schaal blijft echter vooralsnog uit. Er is intussen al jaren geïnvesteerd in dit soort technologie, maar veel technologieën komen nooit voorbij het pilot stadium. Er ligt erg veel techniek op de plank, maar zeer weinig technologie vindt zijn weg naar de gebruikspraktijk. Daarbij valt op dat alle soorten gerontechnologische innovaties kampen met problemen, maar dat vooral de gerontechnologieën die zich richten op verrijking, activering, gezonde levensstijl en verleiden tot gezond gedrag nauwelijks van de grond komen, ook al heeft de gerontechnologie zich als discipline al lang geleden tot doel gesteld om ook hiervoor te ontwerpen.[58] Hoe komt dat? Dat komt door drie problemen op het breukvlak van het technische en het sociale; op het breukvlak van het harde en het hardnekkige.

56 Het ageing-and-innovation discourse is wijd verspreid. Het is zeer dominant aanwezig in beleidsstukken over vergrijzing en in visiestukken van technologische ondernemingen die zich op ouderen (willen) richten. Zie Neven (2011) en bijvoorbeeld the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about

57 Hoeveel er precies geïnvesteerd is in dit soort technologie is niet duidelijk, maar wie zich realiseert dat bijvoorbeeld het Europese actieplan 'Ageing well in the Information Society' een budget had van 1 miljard euro, kan begrijpen dat het hier om investeringen op de miljardenschaal gaat. Zie: http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/831&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en

58 Deze doelstelling bestaat al sinds de geboorte van gerontechnologie als vakgebied. Zie Peine & Neven (2011).

3. DRIE HARDE EN HARDNEKKIGE PROBLEMEN

Laat me eerst uitleggen wat ik bedoel met het onderscheid tussen hard en hardnekkig. Het gaat hier om bepaalde eigenschappen die kenmerkend zijn voor de problematiek van de gerontechnologie. Ten eerste de 'harde' problemen. Dit verwijst naar een eigenschap van techniek. In de wetenschap- en techniekstudies is veel onderzoek gedaan naar hoe het ontwerp en het gebruik van techniek in elkaar steekt.[59] Ontwerpers en ingenieurs hebben een bepaalde mate van vrijheid om vorm te geven aan techniek. Aan het begin van het ontwerpproces kunnen bijvoorbeeld de interface, componenten, functionaliteit, kleur, vorm etc. nog vrij gemakkelijk gewijzigd worden. Maar op een gegeven moment moeten ontwerpkeuzes gemaakt worden en verdwijnt een groot deel van de vrijheid. Hoewel de beoogde toekomstige gebruiker vaak wel geraadpleegd wordt, kan de gebruiker uiteindelijk toch vaak maar weinig invloed uitoefenen op hoe de techniek eruit ziet, wat deze wel en niet kan en de mate waarin deze nog aangepast kan worden. Oudere testgebruikers worden wel uitgenodigd om hun mening te geven, maar vaak wordt hun mening niet serieus genomen.[60]

Daarbij komt dat zeker bij het ontwerp van zorgtechnologieën en gerontechnologieën de mogelijkheden van de gebruiker vaak bewust beperkt worden. Dat komt door aannames over wat de (oudere) gebruiker wel en vooral niet zou kunnen en doordat bepaalde medische of zorggerelateerde handelingen in een bepaalde volgorde of op een bepaalde manier uitgevoerd dienen te worden.[61] Het ontwerp van mogelijkheden en beperkingen van een technologie kunnen we analyseren met het 'script' concept.[62] De ontwerper bouwt in een technologie een bepaald script ofwel een scenario voor gebruik in, vaak gebaseerd op ideeën over wie de eindgebruiker is en wat zijn of haar mogelijkheden zijn.[63] In het kort gezegd hebben scripts te maken met de materiële (harde) uitkomst van het ontwerp dat tot stand komt op basis van de ideeën van de ontwerper over welk gebruik het bedoelde gebruik is en welk gebruik niet. De bedoelde vorm van gebruik, datgene wat de ontwerper in gedachte heeft dat de gebruiker zou moeten doen, wordt mogelijk of in elk geval gemakkelijk gemaakt. Het ontwerp laat je als het ware zien hoe het gebruikt dient te worden. Daarentegen wordt de onbedoelde vorm van gebruik vaak juist moeilijk of onmogelijk gemaakt.[64] Er wordt in de wetenschap- en

59 Zie Oudshoorn & Pinch (2003, 2008) voor goede overzichten.
60 Zie Peine & Neven (2011), Neven (2010).
61 Idem.
62 Akrich (1992), Latour (1992, 1997), Akrich & Latour (1992).
63 Zie Akrich (1995). Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit enigszins versimpelde voorstelling van zaken is. Scripts komen niet altijd geheel intentioneel tot stand en ontwerpers zijn niet geheel vrij om te ontwerpen wat ze willen, maar hebben ook te maken met organisationele en technische beperkingen (Mackay et al., 2000).
64 Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat de (oudere) eindgebruiker zich daar zonder meer naar plooit. Een creatieve eindgebruiker kan het script op geheel eigen wijze interpreteren en juist de techniek gaan gebruiken en aanpassen op manieren die nooit de bedoeling van de ontwerper zijn geweest. Voor een aantal handreikingen met betrekking tot literatuur over dit thema zie Oudshoorn & Pinch (2003, 2008), Wyatt (2003) en Lie & Sorensen (1996).

techniekstudies derhalve ook wel gesproken over techniek die 'enabling' en 'constraining' is. Bepaalde handelingen die voorheen niet mogelijk waren, zijn dat met de introductie van de nieuwe techniek wel. Maar bepaalde handelingen die je misschien wel zou willen uitvoeren, zijn misschien niet in het script voorzien. Technologie kan daarmee bepaalde handelingen gaan afdwingen en andere handelingen onmogelijk maken. Daarin schuilt de 'hardheid' van de techniek. De keuzes die ooit gemaakt werden door een ontwerper, zijn niet meer te zien. De ontwerper is allang verdwenen; er is een 'gestolde' techniek achtergebleven die wel op een harde manier handelingen kan afdwingen. Als techniek eenmaal deze harde vorm aanneemt, lijkt er weinig meer aan te doen. Sterker nog, techniek wordt vaak al snel deel van hoe de wereld er nu eenmaal uitziet. Het gaat op in de achtergrond en staat niet meer ter discussie, maar de techniek vervult wel nog steeds een sturende functie; er worden nog steeds handelingen mogelijk en onmogelijk gemaakt. Zonder dat we er veel erg in hebben, kan het script de mogelijkheden van ons handelen dus mede gaan bepalen, zonder dat er veel mogelijkheden zijn om je daartegen te verzetten.[65] Techniek – en zeker die techniek die bedoeld is om gebruikt te worden in de zorg – kan dus op een harde, dwingende manier vormgeven aan het gebruik van die techniek door bijvoorbeeld ouderen of zorgprofessionals en daarmee aan hun leefwereld.

Waar hardheid verwijst naar een eigenschap van techniek, wil ik met hardnekkigheid wijzen op een eigenschap van mensen. Het gaat hier over maatschappelijke beelden, vooroordelen, ingesleten handelingspatronen en bijvoorbeeld een algemene houding ten opzichte van vreemde zaken die geen centrale plek in je leefwereld innemen. Deze hardnekkigheid kan zich zowel aan de ontwerpzijde als aan de gebruikszijde voordoen. Het gaat dan, zoals we zo meteen zullen zien, bijvoorbeeld over de vaststaande en weinig bevraagde ideeën en vooroordelen over wie ouderen zijn, wat zijn doen, kunnen en wat ze wel en niet willen. Maar het kan ook gaan over de houding van mensen die in de zorg werken ten aanzien van nieuwe technologie. Hardnekkigheid heeft natuurlijk ook een positieve zijde in de vorm van vastberadenheid of bijvoorbeeld je aan je principes houden. Zolang dat gepaard gaat met het vermogen en de wil om te bevragen waarom we doen wat we doen, is dat prima, maar de aanwezigheid van dat vermogen en die wil om vragen te stellen, is wel een belangrijke voorwaarde. We zullen zien dat zowel de hardheid als de hardnekkigheid een belangrijk deel uit maken van de drie problemen van de gerontechnologie. Laten we deze drie problemen eens nader bekijken.

Het eerste probleem is dat de aansluiting tussen de gerontechnologische innovatie en de sociale context van de oudere persoon vaak onvoldoende is. Uit onderzoek dat ik eerder voor de Universiteit Twente deed[66], bleek dat ingenieurs en ontwerpers vaak onvoldoende bekend zijn met de leefwereld, identiteiten, rollen, praktijken en beleving

65 Akrich (1992).
66 Neven (2011).

van ouderen. In plaats daarvan wordt er nog te vaak ontworpen voor ouderen op basis van stereotype, stigmatiserende ideeën en beelden van ouderen.

Ouderen worden in die visie vaak gezien als fragiel, ziek, ouderwets, traag, technologisch incompetent en niet langer geïnteresseerd in nieuwe dingen, het beeld van de vierde leeftijd.[67] Zoals ik al eerder betoogde, ouderen zien zichzelf echter niet zo en het is dan ook weinig verrassend dat ouderen die geconfronteerd worden met ontwerpen die gebaseerd zijn op dergelijke stereotype ideeën, geen gebruik willen maken van die technologieën.[68] Hoewel deze technologieën in technische zin vaak wel functioneren, sluiten ze dus niet aan bij de manier waarop ouderen over zichzelf denken, waarmee de implementatie in de alledaagse levens van deze ouderen veelal niet slaagt.

DAT HET OOK ANDERS KAN IN DE WERELD VAN (ZORG)INNOVATIES VOOR OUDEREN, LAAT HET BELGISCHE BEDRIJF QBMT ZIEN MET HAAR ZORGROBOT ZORA. HOEWEL ZORA MOOI VORMGEGEVEN IS EN MENSEN ALS VANZELF AANTREKT, SCHUILT HET INNOVATIEVE KARAKTER VAN ZORA IN HET FEIT DAT ELKE FUNCTIE DIE ZORA KAN VERVULLEN NIET ONTWIKKELD IS OP BASIS VAN WAT ONTWERPERS VINDEN DAT EEN ZORGROBOT ZOU MOETEN OF KUNNEN DOEN. IN PLAATS DAARVAN VRAAGT QBMT WAT ZORGPROFESSIONALS IN ZORGINSTELLINGEN WILLEN DAT ZORA DOET.

Idealiter zou je daarom willen aansluiten bij hoe ouderen zichzelf zien, als nog actieve, waardevolle, 'jonge' ouderen. Wat vinden deze ouderen leuk, waardevol en belangrijk? Hoe sluit je daarbij aan? Wat voor positieve betekenisvolle rollen

67 Featherstone & Hepworth (1993, 2005), Hepworth (2004), Johnson (2005).
68 Neven (2010).

kun je hen bieden?[69] Hoe vermijd je de associatie met de negatieve kanten van oud zijn? Hoe kun je inspelen op de specifieke kenmerken van jonge ouderen waarin ze anders zijn dan jongere burgers en consumenten? Hoewel deze vragen bij lange na nog niet beantwoord zijn, wordt kennis over dit soort vragen in toenemende mate gegenereerd in de sociale gerontologie. Waar dit vakgebied vroeger vaak vertrok vanuit de gedachte dat ouder worden met toenemende gebreken gepaard gaat – en bijgevolg de negatieve kanten van het oud worden centraal kwamen te staan – wordt dit denkbeeld tegenwoordig in de gerontologie in toenemende mate ter discussie gesteld.[70] Hierdoor komt er steeds meer aandacht voor de aspecten van actief, positief oud worden. Deze beweging weg van een focus op verlies en gebrek moet in de gerontologie – en zeker in de gerontechnologie – echter nog doorgezet worden. Onderzoek naar het activeren en verleiden van ouderen tot gezond gedrag is dan ook een duidelijk aandachtsgebied binnen de sociale gerontologie[71] en ook voor het lectoraat (zie kader).

69 Collega Niels de Beer organiseerde bijvoorbeeld een project waarin ouderen via Skype interactieve geschiedenisles aan kinderen op een basisschool gaven. Dit is een voorbeeld van een positieve rol, ouderen worden niet aangesproken op het feit dat ze oud zijn, maar op het feit dat ze waardevolle (historische) kennis hebben en gevraagd of ze die kennis willen delen met een jong publiek.
70 Dit was een belangrijk thema van de keynote van prof. Alan Walker tijdens de IAGG conferentie in Seoul 2013.
71 Prof. Alan Walker, een vooraanstaand wetenschapper in de Gerontologie, benadrukte dit nogmaals in zijn keynote op de IAGG, de grootste Gerontologie-conferentie ter wereld, gehouden te Seoul in 2013.

UNDERSTANDING HEALTH SEDUCTION.

Er wordt tegenwoordig veel gesproken over het belang van de verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.[72] Deze verschuiving is een van de wijzen waarop de kosten van de zorg in de hand gehouden kunnen worden. Daarnaast verwacht de overheid tegenwoordig dat mensen steeds meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid.[73] Deze ontwikkelingen leiden tot twee problemen. Enerzijds denken mensen vaak niet preventief: hulpmiddelen worden alleen gebruikt als het niet anders meer gaat[74] en structurele aanpassingen aan gedrag voordat er een medische noodzaak is, blijken zeer moeilijk vol te houden. Anderzijds is ongezond gedrag vaak veel makkelijker dan gezond gedrag. Ongezond gedrag wordt ook elke dag aangemoedigd, in de supermarkt, in reclames, op feestjes etc. We kunnen daarom ook wel zeggen dat onze samenleving gekenmerkt wordt door een vorm van georganiseerde ongezondheid. Om te zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven leven zou het goed zijn als mensen verleid werden om zich gezonder te gedragen. Technologie kan daarbij een belangrijke rol spelen. Hoewel er in toenemende mate technologieën zijn die mensen proberen te bewegen om gezond te leven, is het gebruik ervan nog niet wijd verspreid, zeker niet bij ouderen.

72 Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010).
73 Huijben (2011).
74 Lagemaat et al. (2005).

Er zijn vele redenen waarom oudere mensen deze nieuwe technologieën niet gebruiken. Een belangrijke reden is stigmatisering, het gevoel dat een (geron) technologie bedoeld is voor 'fragiele oude mensen' en daarmee 'niet voor mij.'[75] Technologieën die voor ouderen ontworpen worden richten zich vaak op mensen in de vierde leeftijd, terwijl de meerderheid van ouderen tot de derde leeftijd behoort.[76] Met de juiste preventieve technologie kan er juist tijdens de derde leeftijd grote gezondheidswinst en verbetering van de kwaliteit van leven behaald worden. Dat veronderstelt wel dat we deze groep ouderen goed kennen, dat we weten wat hun 'needs and wants' zijn. We kennen deze groep echter helemaal niet goed, maar gaan in plaats daarvan juist vaak uit van stereotypen.[77] Als we weten wat ouderen in hun derde leeftijd willen, kunnen en nodig hebben – en de diversiteit daarvan goed in kaart kunnen brengen – dan zijn we beter in staat om de vertaling naar adequate gebruikersrepresentaties en scripts te maken.[78] Hierdoor zouden we producten kunnen ontwerpen die beter *passen* bij gezonde, 'third agers.'

Belangrijk daarbij is dat we daarbij op zoek gaan naar interne motivatie. We zien nu vaak top-down benaderingen waarbij ontwerpers en/of beleidsmakers maatregelen en technieken bedenken en vervolgens (oudere) mensen proberen te overtuigen om die techniek of maatregel te accepteren. Het alternatief is om te proberen mensen aan te moedigen om zich gezonder te gedragen door ze daartoe te verleiden. Een bottom-up aanpak die uitgaat van persoonlijke keuzevrijheid. In marketing worden mensen al lang verleid om bepaald gedrag te vertonen en bepaalde producten te kopen. In de gezondheidszorg is dit echter een relatief nieuw concept. Ouderen verleiden tot gezond gedrag is eigenlijk nog steeds een black-box. We weten nog niet hoe we nuttige technologie kunnen ontwerpen die gezonde ouderen – zij die nog niet ervaren dat ze een medische probleem hebben – kunnen verleiden tot gezonder gedrag. De doelstelling van het onderzoek is dus om beter te begrijpen hoe we ouderen in hun derde leeftijd kunnen verleiden tot gezond gedrag met behulp van (gezondheids)technologie.

Dit onderzoeksproject is academisch gezien interessant en ook duidelijk relevant voor bedrijven, instellingen en overheden die geïnteresseerd zijn in het verleiden tot gezond gedrag. Maar dit project is met nadruk ook belangrijk voor het onderwijs binnen de hogeschool. De kennis die dit project genereert, wordt vertaald naar het onderwijs en draagt daarmee bij aan het opleiden van studenten die vorm kunnen geven aan de gewenste shift van ziekte en zorg naar gezond-

75 Neven (2010).
76 Laslett (1987, 1989).
77 Neven (2011), Oudshoorn & Pinch (2008).
78 Akrich (1995, 1992).

heid en gedrag. Deze verandering is belangrijk voor de toekomst van zowel de zorg als de toekomstige zorgprofessionals en zorgondernemers die door de Academie voor Gezondheidszorg worden opgeleid.

Promovendus: Judith Weijman
Begeleiding: prof. Ellen Moors (Universiteit Utrecht), dr. Alexander Peine (Universiteit Utrecht) en dr. Louis Neven (Avans Hogeschool)

Er is dus een duidelijk tekort aan kennis, maar daarnaast bestaat er een, wellicht nog belangrijker, kennisdisseminatieprobleem.[79] De kennis die er wel is binnen de sociale gerontologie, bereikt de gerontechnologie onvoldoende en vice versa. Beide disciplines hebben eigen journals en conferenties en een eigen jargon. In de gerontechnologie is er verrassend weinig aandacht voor het begrijpen van de sociale context van de oudere gebruiker. De nadruk ligt op technologieontwikkeling en een biomedische benadering van het oud worden. In de sociale gerontologie is er weinig interesse in de relatie tussen ouderen en technologie en in het vertalen van de beschikbare kennis naar domeinen als de gerontechnologie. Kennis over de relatie tussen denkbeelden over gebruikers, ontwerpprocessen, scripts en gebruikspraktijken, zoals ontwikkeld in de wetenschap- en techniekstudies, ontbreken in beide disciplines. Succesvolle innovaties voor ouderen zijn innovaties die aansluiten bij de identiteiten, rollen, praktijken en beleving van ouderen en die ouderen activeren en verleiden tot gezonde levensstijlen. Als we die innovaties willen, dan moeten we dus enerzijds meer weten over hoe we kunnen aanhaken bij de levens van ouderen en over de perceptie die ouderen van zichzelf hebben - een focus die we overigens delen met prof. Luijkx (Tranzo). Anderzijds moeten we bruggen slaan tussen disciplines en domeinen die zich met ouderen of met technologieontwikkeling bezig houden. Het tweede probleem waar innovaties voor ouderen mee te kampen hebben, is dat reeds werkzame maar ook aankomende zorgprofessionals in de ouderenzorg onvoldoende bekend en vertrouwd zijn met nieuwe zorgtechnologie. Een recente NIVEL-studie[80] laat zien dat een van de belangrijkste redenen waarom zorgtechnologieën nog onvoldoende in de thuissituatie gebruikt worden, het feit is dat zorgtechnologie en de mogelijkheden daarvan noch bekend noch bemind zijn bij de huidige generatie zorgprofessionals. Er is weinig animo voor nieuwe zorgtechniek onder zorgprofessionals en de NIVEL-studie signaleert dat er ook vaak weerstand tegen nieuwe zorgtechnologie bestaat onder zorgprofessionals. Veel gehoorde meningen zijn bijvoorbeeld ‘Dat kan ik allemaal niet’, ‘Dat gaat mij mijn baan kosten’ en ‘Ik wil met mensen werken, niet met techniek.’ Niet alleen blijven door deze houding de mogelijkheden van zorgtechnologie onderbenut (wat ten koste kan gaan van de zelfredzaamheid van de cliënt), maar de vaardigheden en kennis die de zorg-

79 Zie Neven (2011) en Peine & Neven (2011) voor analyses van deze disciplinaire problematiek.
80 Peeters et al. (2013).

professional van de toekomst straks nodig zal hebben, worden door deze houding ook niet ontwikkeld. Vergelijk het met de opkomst van de personal computer. Wie niet ergens in de jaren tachtig of negentig heeft leren werken met een PC, heeft nu waarschijnlijk geen werk meer. Omgaan met nieuwe techniek is een essentieel deel geworden van arbeid in onze tijd.

Opvallend genoeg bestaat deze problematiek niet alleen bij de *werkzame* zorg- en welzijnsprofessional van dit moment, maar ook bij de *aankomende* zorgprofessional. Een van de drie kernboodschappen van de bovengenoemde NIVEL-studie is dan ook: 'Er is er meer verspreiding van (praktijk)kennis en best practices nodig over 'wat werkt' bij de implementatie van technologie. Voor de adoptie van technologie door zorgmedewerkers is het belangrijk om meer bekendheid aan en informatie te geven over de mogelijkheden van technologie, ter ondersteuning van cliënten in de zorg thuis. Mensen die in de zorg gaan werken moeten, vaker dan nu, worden voorbereid op het gebruik van technologie.'[81] In de opleiding van aankomende zorgprofessionals is er momenteel onvoldoende aandacht voor zorgtechnologie, wat de implementatie van die technologie in de weg staat. Het implementeren van zorgtechnologie leidt natuurlijk niet per definitie tot betere zorg, maar doordat zorgprofessionals de mogelijkheden van innovatieve zorgtechnologie vaak a priori al wegwuiven, worden kansen op betere en efficiëntere zorg gemist.[82] Er is dus een noodzaak om de houding van huidige en aankomende zorgprofessionals ten opzichte van innovatieve zorgtechnologie beter te begrijpen, om aan de hand daarvan betere inschattingen te maken hoe die houding veranderd kan worden en vervolgens te investeren in het opleiden van de huidige en aankomende zorgprofessional op het gebied van innovatieve zorgtechnologie om die houdingsverandering gestalte te geven. Het succes op grote schaal van innovaties in de (ouderen)zorg is in grote mate afhankelijk van deze verandering. Om aan deze behoefte tegenmoet te komen heeft het lectoraat Active Ageing samen met de Academie voor Gezondheidszorg het Gezondheid- en Techniek Laboratorium (GET-Lab) ontwikkeld (zie kader).

81 Idem. p 6-7.
82 Dat er met bijvoorbeeld telecare ook beter gezorgd kan worden blijkt bijvoorbeeld uit Roberts et al. (2012).

HET GET-LAB

Knuffelen met een robotzeehondje, virtueel rondfietsen door Parijs, experimenteren met de laatste gezondheidsapps: dat kan in het GET-Lab (Gezondheid en Technologie Laboratorium). Het GET-Lab is een antwoord op een van de meest cruciale problemen rondom zorgtechnologie. Er wordt in Nederland en in de rest van de wereld de laatste jaren veel geïnvesteerd in technologieën waarmee (oudere) mensen langer thuis kunnen blijven wonen en waarmee de zorg verbeterd kan worden. Ondanks deze investeringen worden dergelijke technologieën

slechts in beperkte mate ingezet in de zorgpraktijk. Een belangrijke reden ligt, zoals betoogd wordt in deze rede, in het ontwerp van (zorg)technologie (voor ouderen). Maar zijn nog andere redenen en een van de belangrijkste daarvan ligt bij de zorgprofessional. Zorgprofessionals vervullen een sleutelrol bij het al dan niet slagen van de implementatie van zorgtechnologie, maar (aankomende) zorgmedewerkers zijn momenteel onvoldoende bekend met de mogelijkheden van technologie. Ook hebben zij vaak de overtuiging dat goed zorgen en zorgtechnologie niet met elkaar verenigbaar zijn.[83] Dit wordt deels veroorzaakt door het feit dat er momenteel landelijk te weinig aandacht is voor zorgtechnologie in de opleiding van zorgprofessionals.[84] Niet alleen blijven door deze situatie de mogelijkheden van zorgtechnologie onderbenut, wat ten koste kan gaan van de zorg voor de cliënt, maar ook worden de vaardigheden en kennis die de zorgprofessional van de toekomst straks nodig zal hebben door deze houding niet ontwikkeld. Om aan deze situatie tegenmoet te komen hebben het lectoraat Active Ageing en de Academie voor Gezondheidszorg het GET-Lab ontwikkeld.

Het GET-Lab is een laboratorium in de waarste zin van het woord: het is een plek waar je met zorgtechniek mag experimenteren en kunt leren door zelf te ervaren, maar ook van de ervaringen van anderen. Daarmee raken we de kern van de filosofie van het lab. Het probleem rondom zorgprofessionals en technologie is geen kennisprobleem in de zin dat het opgelost kan worden door een lector, ingenieur

83 Zie Peeters et al. (2013), maar ook Roberts et al. (2012) voor voorbeelden dat de introductie van techniek wel tot betere zorg kan leiden.
84 Peeters et al. (2013).

of beleidsmaker aan zorgprofessionals uit te laten leggen wat de mogelijkheden zijn en wat het belang is van zorgtechnologie. Wie overtuigd is van het feit dat technologie en zorg niet samen gaan, heeft begrijpelijkerwijze vaak weinig boodschap aan mensen die niet uit de zorg komen, maar toch komen uitleggen hoe het anders moet. Tegelijkertijd zijn er veel verhalen van specifieke zorgmedewerkers en specifieke cliënten die wel ervaren hebben dat ze met technologie in een bepaalde situatie een prachtig resultaat konden bereiken. Die concrete ervaringen uit de praktijk verzamelen we en delen we. Het lab is dus niet gericht op het 'zenden' van informatie, maar op het delen van ervaringen én op het genereren van ervaringen. Alle techniek in het lab mag gebruikt worden. Er mag geëxperimenteerd worden. Sommige technologieën kunnen zelfs het lab uit en tijdelijk uitgeprobeerd worden in de 'echte' wereld. We gaan aan de slag met casussen uit de zorgpraktijk en proberen die al experimenterend op te lossen met de middelen in het lab. Het gaat dus om hands-on kennis maken met en ervaren van zorgtechnologie. In eerste instantie is daarbij gekozen voor technologieën op drie gebieden: leefstijl, zorg in de wijk en dementie. In deze categorieën zijn zowel high-tech innovaties beschikbaar als hele simpele kleine technieken die misschien net wel het verschil kunnen maken voor een cliënt. Het gaat in het GET-Lab namelijk niet over glimmende dingen en high-tech, maar over mensen en betere zorg.

Een uitvloeisel daarvan is ook dat het er in het GET-lab nadrukkelijk niet om gaat om (aankomende) zorgprofessionals 'pro' techniek te maken. Het gaat wel over het wegnemen van vooroordelen over zorgtechniek, het in de praktijk laten ervaren van de mogelijkheden en onmogelijkheden van zorgtechnologie en het creëren van het vermogen om in te schatten wat positieve en negatieve (ethische) consequenties kunnen zijn van het inbrengen van een zorgtechnologie in een zorgpraktijk. Het einddoel is ervoor te zorgen dat zorgprofessionals niet langer *a priori* negatief ten opzichte van zorgtechnologie staan, maar juist goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden en gevolgen van innovatieve zorgtechnologie. En dat zij met die kennis een goede inschatting kunnen maken over wat wel en niet kan werken in de alledaagse (zorg)praktijk van cliënten en zorgprofessionals. Dus positief, maar kritisch.

Eerder heb ik betoogd dat (zorg)technologie vaak als panacee gepresenteerd wordt. De realiteit is dat een zorgtechnologie moet *passen* in de lokale context van een (oudere) persoon. Met andere woorden, zorgtechnologie is maatwerk. Daarvoor is intieme kennis nodig van de cliënt en zijn leven. Zorgprofessionals hebben die kennis. Een zorgprofessional die weet wat er technisch beschikbaar is, die weet wat de mogelijkheden en onmogelijkheden van die techniek zijn, en die – het belangrijkste van alles – kan inschatten of een technologie in die context *passend* is of niet: dat is de cruciale schakel voor zorgtechnologie waarmee we beter kunnen zorgen.

Het derde probleem van de gerontechnologie is dat de introductie van nieuwe (zorg)technologie vaak tot een verschuiving van rollen, taken en verantwoordelijkheden leidt en ook tot herdistributie van kosten en baten. Hoewel dergelijke verschuivingen in vakgebieden als wetenschap- en techniekstudies wel degelijk aandacht krijgen, wordt er door ontwerpers en ingenieurs vaak nog te eenvoudig over gedacht. Toch roept de introductie van nieuwe (zorg)technologie voor ouderen veel vragen op: waar liggen verantwoordelijkheden? Wie krijgt nieuwe taken? Wat voor taken zijn dat? Sluiten die aan bij de bestaande normen, competenties en gebruiken? Kunnen en willen ouderen zich daarnaar voegen? Wat betekent dat voor een (zorg)organisatie en haar processen? De introductie van gerontechnologische innovaties grijpt dus in in de sociale ordening van de levens van en de zorg voor ouderen. Dat is ook vaak specifiek het doel van de innovatie, bijvoorbeeld bij techniek die gericht is op het vergroten van autonomie, keuzevrijheid of 'eigen kracht.' Op zich is dit natuurlijk niet slecht, maar momenteel begrijpen we onvoldoende wat voor sociale verschuivingen er plaatsvinden, hoe hardnekkig de bestaande ordening is (ten positieve of negatieve) en of dergelijke verschuivingen wel de beoogde effecten teweegbrengen.

Een specifiek aandachtspunt bij deze redistributies is de verdeling van kosten en baten bij de introductie van een gerontechnologie. Niet alleen wordt er soms nog onvoldoende nagedacht over wie er precies moet gaan betalen voor een dergelijke innovatie, maar de baten van de inzet van (zorg)technologie kunnen verdeeld zijn over een aantal partijen, temporeel verspreid zijn en gepaard gaan met onzekerheden. Dat maakt het moeilijk voor partijen die geacht worden te investeren in die technologie (overheden, zorginstellingen, zorgverzekeraars), om te achterhalen wie wanneer welk rendement van de investering mag verwachten en of daarmee de beoogde doelen gerealiseerd worden.[85] Al met al wordt de verschuiving in de verdeling van taken, verantwoordelijkheden, kosten en baten die veroorzaakt wordt door innovatieve gerontechnologie, nog onvoldoende begrepen. Een beter begrip van dergelijke herdistributies, zowel aan de innovatiekant als aan de zorginstellingskant en de kant van de oudere eindgebruiker, kan het ontwerp, de implementatie en de acceptatie van dit soort technologie verbeteren.

85 Het zorgeconomische vraagstuk dat hieraan ook ten grondslag ligt, valt buiten het expertisegebied van het lectoraat. Om hier toch vorm aan te kunnen geven werkt het lectoraat bijvoorbeeld samen met het Avans OndernemersCentrum (AOC), wordt ook de connectie met andere lectoraten en expertisecentra gezocht en zal er binnen het expertisecentrum Careing Society 3.0 ook aandacht voor komen.

4. MET ZACHTE ANALYSES NAAR INNOVATIES VOOR ACTIEVE OUDEREN

Technologisch zijn we ver genoeg. De grootste winst valt niet te halen met innovatie in termen van nieuwe touchscreens, sensoren of netwerktechnologie. De winst valt te behalen met sociaal onderzoek naar wie de oudere van vandaag en morgen is, hoe de zorgprofessional van vandaag en morgen tegen zorgtechnologie en gerontechnologie aankijkt en hoe (zorg)innovaties de taken, rollen, kosten en baten gaan herschikken. Als we innovaties willen die beter aansluiten bij ouderen, moeten we dus op zoek gaan naar antwoorden op deze problemen op het breukvlak van het technische en het sociale. Deze problemen gaan over hardheid en hardnekkigheid; over denkwijzen, maatschappelijke stereotypen, vooroordelen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van techniek, de mate waarin de organisatie van zorgprocessen begrepen wordt, de mate waarin we ons wel of niet aanpassen aan nieuwe techniek (en of dat een goed idee is) en hoe dat alles in technologie vertaald wordt. Alle drie de bovengenoemde problemen gaan dus in essentie over de sociale zijde van ontwerp en gebruik van technologieën voor ouderen. Dit soort problemen gaan we niet oplossen door nog een sensor of robotarm te ontwikkelen. Gerontechnologie is alleen nuttig als die ingebed is in een sociale context. We moeten onze aandacht dus verleggen van het harde technische naar het zachte sociale, waar techniek en mensen bij elkaar komen. Om de problemen rondom innovaties voor ouderen op te lossen, zijn dus zachte analyses nodig. Daarmee bedoelen we (kwalitatieve) sociaal-wetenschappelijke analyses, vooral gericht op het begrijpen van ouderen – en deels ook zorgprofessionals – en hun relatie tot techniek.

Hoewel ik nooit zal beweren dat er geen noodzaak is om technologie te ontwikkelen voor ouderen die ernstige fysiologische of psycho-geriatrische klachten hebben, moeten we ons realiseren dat dit een minderheid van de huidige ouderen is. De focus moet dus niet liggen op ouderen in de vierde leeftijdsfase en het verhaal van ouderdom als aftakeling dat zo sterk in het ageing-and-innovation discourse naar voren komt, maar juist op de derde leeftijdsfase. Het gaat hier dus om zowel de jonge, gezonde ouderen als de ouderen die te maken krijgen met (de eerste) tekenen van lichamelijk verval, maar zich zonder meer nog jong voelen. We moeten deze focus hanteren, niet alleen omdat deze groep de grootste groep ouderen is, maar ook omdat we de groep jonge ouderen eigenlijk helemaal niet zo goed kennen en juist een focus op deze groep kansen biedt voor innovaties en interventies op het gebied van gezond ouder worden.[86] We moeten dus de negatieve kijk op ouderdom

86 Je zou je kunnen afvragen wat dan het verschil is tussen technologie voor jonge ouderen en reguliere consumenten. Natuurlijk is het zo dat ouderen heel veel technologie gebruiken die jongere mensen ook gebruiken, en dat kan ook gelden voor nieuwe technologieën zoals iPads en e-bikes. Maar er zijn ook verschillen tussen oudere en jongere gebruikers van technologie. Ouderen zijn bijvoorbeeld meer 'benefit-driven' in hun techniekgebruik, dat wil zeggen dat ze een grotere en meer directe meerwaarde moeten kunnen zien in een nieuwe techniek, voordat ze over gaan tot de aanschaf en het gebruik van die technologie (Melenhorst, 2002, Melenhorst et al., 2006). Daarnaast is er ook de theorie van de

afzetten en vertrekken vanuit een positieve blik op het leven van de jonge ouderen. Hoe zien die levens eruit? Waar houden deze jonge ouderen zich mee bezig? Wat voor waardevolle rollen spelen deze ouderen in de samenleving? Wat voor identiteiten hebben ze en hoe kun je daar op innovatieve wijze bij aansluiten? Dat zijn belangrijke vragen die routes kunnen openen naar nieuwe ideeën en innovaties.

De focus op ouderen in de derde leeftijdscategorie biedt nog een, voor het lectoraat fundamentele, verdiepingsslag: door niet uit te gaan van een negatieve kijk op ouder worden, maar juist te vertrekken vanuit een positieve blik op ouder worden, zijn we in staat om onderzoek te doen naar het begrijpen en het stimuleren van gezond ouder worden. Het ideaal van veel mensen is met een actieve, gezonde levensstijl tot op hoge leeftijd in goede gezondheid in hun eigen huis leven. Om dat te bereiken zou je gezondheidsinterventies reeds in een vroeg stadium willen doen, aangezien het dan vaak nog relatief kleine, minder ingrijpende en goedkopere interventies in levensstijl kunnen zijn. Dit veronderstelt wel dat je ouderen gaat aanspreken op een moment dat ze nog niet ervaren dat ze een urgent probleem hebben. De ouderen van tegenwoordig voelen zich zoals gezegd vaak nog jong, zien zichzelf als actief en modern en willen zeker niet aangesproken worden als oud. Het is bij deze groep dus niet mogelijk om gebruik te maken van een medische noodzaak tot ingrijpen. Ouderen moeten vrijwillig kiezen voor gezonder gedrag. Met andere woorden: ze moeten verleid worden tot een gezonde en actieve levensstijl. Als we de vaak genoemde paradigmashift van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG)[87] willen maken, is inzicht in deze gezondheidsverleiding noodzakelijk. Gedragsverandering teweeg brengen is überhaupt al moeilijk, maar gedragsverandering teweeg brengen in een samenleving waarin we constant verleid worden tot ongezond gedrag, is echter notoir lastig. Hoe (oudere) mensen overtuigd kunnen worden van, of verleid kunnen worden tot, gezond gedrag is een van de cruciale vragen waar we voor staan.

Hier ligt een principiële shift in focus aan ten grondslag. We zeggen vaak dat gezondheid erg belangrijk voor ons is, maar als we kijken naar onze zorg dan is deze eigenlijk vrijwel geheel gericht op ziekte. We houden ons bezig met de oorzaken van en oplossingen voor ziekte. Dat klinkt heel logisch, maar er is een interessant alternatief dat we daarnaast zouden kunnen leggen. We zouden ons meer op salutogenese – de zoektocht naar de oorzaken van *gezondheid* – bezig kunnen houden in plaats van de huidige pathogenese, die zich richt op de oorzaken van ziekte.[88] Het zijn vragen die we ons eigenlijk maar weinig stellen: hoe komt het dat we gezond

technologiegeneraties (DoCampo Rama, 2001, Docampo Rama et al. 2001) die stelt dat mensen hun hele leven lang het best kunnen omgaan met het type interface dat ze hebben leren gebruiken in hun jeugd. Het kan dus zijn dat er andere interfaces nodig zijn voor ouderen. Daarnaast is er ook een cultureel verschil. Ouderen zijn opgegroeid in een bepaalde periode, kunnen bepaalde vergelijkbare ideeën, normen, waarden en elementen in een levensloop delen, etc. Dit alles maakt dat technologie voor jonge ouderen niet zonder meer hetzelfde is als reguliere consumententechnologie.

87 Zie bijvoorbeeld de discussienota 'Zorg voor je Gezondheid' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010).

88 Antonovsky (1987).

zijn? En hoe kunnen we onze levens inrichten om die gezondheid te versterken? Wat voor innovaties en interventies passen daarbij? De blauwe zones bieden voor deze vragen een belangrijk startpunt (zie kader).[89] Blauwe zones zijn die gebieden op aarde waar mensen als vanzelfsprekend een gezond leven leiden – bijvoorbeeld op het gebied van voeding, beweging, spiritualiteit etc. – met een veel langere gezonde levensverwachting en een veel lager aantal kankers en hartklachten tot gevolg. Wat kunnen we leren van deze gebieden? En hoe kunnen we de zaken die we leren, vertalen naar onze eigen leefwereld?

89 Buettner (2009).

HET GEHEIM VAN DE BLAUWE ZONES[90]

We houden ons in Nederland te veel bezig met de oorzaken van ziekte in plaats van met de oorzaken van gezondheid. We hebben de mond vol van duurzaamheid, maar gek genoeg lijkt duurzaamheid van ons lijf onbelangrijk. Volgens Van Zonneveld[91] geven we van de €100 die we vandaag besteden aan gezondheidszorg, amper enkele euro's uit aan preventie, maar gaat er gemiddeld €90 naar onze laatste twee levensjaren. Het klinkt dan ook een beetje lachwekkend dat we samen besloten hebben om dat gezondheidszorg te noemen. Ziektezorg of zorg voor stervenden zou al beter zijn. Topeconoom Geert Noels stelt in zijn boek 'Econoshock' dat economische vooruitgang tot nu toe voorrang had op levenskwaliteit en dat we naar andere verdienmodellen met aandacht voor duurzaamheid dienen te zoeken.[92] In de 'gezondheidszorg' gaan bijna alle verdienmodellen over ziekte en bij uitzondering over gezondheid. Het NIVEL schrijft dat als 10% meer mensen jaarlijks hun griepprik zouden halen, er per jaar zo'n 15.000 mensen minder ziek zouden worden.[93] Een mooi voorbeeld hoe die luttele euro's voor preventie toch veel gezondheidswinst kunnen opleveren. En wat weten we dan over leefstijl? Cijfers over effecten van programma's om een ongezonde leefstijl te veranderen zijn niet bekend.[94] Erger nog, er wordt amper beleid rond gemaakt en indien toch, is het meestal erg fragmentarisch. Rudi Westendorp stelt dan ook terecht in zijn boek 'Oud worden zonder het te zijn' dat niemand zich moreel eigenaar voelt van de voorzorgagenda.[95] Waarom checken we het olie- en waterpeil van onze auto voor we op reis gaan, maar doen we geen check-up van onze gezondheid voordat we ziek worden? Johan Mackenbach, hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg, schrijft in zijn boek 'Ziekte in Nederland' dat meer dan de helft van de ziektes die we krijgen, vermijdbaar zijn. [96] Dit door als individu gezonder te leven, maar vooral

90 Door Drs. Lowie Van Doninck, Lectoraat Active Ageing.
91 Van Zonneveld (2013).
92 Noels (2013).
93 Koopmans et al. (2012).
94 Koopmans et al. (2012).
95 Westendorp (2014).
96 Mackenback (2010).

door als samenleving gezondere keuzes te maken. Polder sluit hierbij aan met een pleidooi voor het centraal stellen van de mens en zijn mogelijkheden in de plaats van altijd te focussen op wat die (zieke) mens niet meer kan.[97]

Deze bredere kijk op gezondheidszorg vonden we al terug in het werk van Aaron Antonovsky, hoogleraar medische sociologie. Antonovsky pleit in zijn boek 'Unraveling the mysteries of health' voor een 'health-ease versus dis-ease continuüm', waar gezondheid een integrale definitie kent met oorzaken in al onze levensdomeinen.[98] Hij pleitte al lang geleden voor veel meer focus op oorzaken van gezondheid (salutogenese) dan op oorzaken van ziekte (pathogenese). Deze zienswijze sluit aan bij de keynote van Alan Walker, hoogleraar sociale gerontologie, op het IAGG wereldcongres van de geriatrie/gerontologie (2013) in Zuid-Korea met als titel 'Live longer, Die faster'. Hoe kunnen we langer, gezonder leven en sneller, kwaliteitsvoller sterven. Als de Europese Unie enkel het optrekken van de pensioenleeftijd ziet als een antwoord op veroudering, is dat een veel te enge benadering volgens Walker. Langer leven zonder beperkingen of ziektes is voor ons interessant om langer vitaal te kunnen werken en daarna ook nog vol te kunnen genieten van ons pensioen. Walker ziet een evolutie van Healthy Ageing naar Active Ageing en nu naar Happy Ageing. Dit sluit aan op wat Westendorp schrijft, namelijk dat de focus bij het ouder worden dient te liggen op leuk ouder worden.[99]

Als dit het uitgangspunt mag zijn, lijkt het interessant om eens te kijken naar de 'Blauwe Zones' in de wereld. Het zijn plaatsen waar mensen leuker ouder worden, langer gezonder blijven en het stervensproces is er gemiddeld korter dan in het Westen.[100] Mensen in 'Blue Zones' – onder andere delen van Sardinië, Griekenland, Costa Rica, Japan en ook een gebied nabij Los Angeles – worden over het algemeen zeven of acht jaar ouder dan Westerlingen en hebben maar één vijfde van het aantal kankers en één zesde van het aantal hart- en vaatziekten, vergeleken met de cijfers in de Verenigde Staten.[101] In de jaren die wij kennen als een fase van aftakeling, lichamelijke gebreken en kwellende ziektes, leveren ouderen in Blauwe Zones nog monter een bijdrage aan hun gemeenschap. De Italiaanse onderzoeker - en grondlegger van het onderzoek in de 'Blue Zones' - Gianni Pes, schrijft dat de oorzaken niet liggen in genetische factoren, maar wel in omgevingsfactoren en hoofdzakelijk in leefstijlfactoren.[102] De onderzoeksgroep van Buettner onderscheidde een negental leefstijlen die opvallend zijn bij de bewoners van de Blue Zones.[103]

97 Polder (2012).
98 Antonovsky (1987).
99 Westendorp (2014).
100 Buettner (2009).
101 Buettner (2009), Panagiotakos (2011), Poulain (2013).
102 Pes (2011).
103 Buettner (2009).

THE POWER OF 9: LEEFSTIJLEN UIT DE BLAUWE ZONES

1. Beweeg natuurlijk: bewegen als onderdeel van je dag
2. Blijf doelen hebben, elke dag
3. Kies elke dag een relaxmoment: mediteren, bidden, siësta…
4. Eet minder: tot 80% van de verzadiging
5. Laat uw voeding vooral uit groenten bestaan en weinig vlees
6. Drink wijn maar met mate
7. Plaats je leven in een breder perspectief (religie, spiritualiteit…) en relativeer
8. Zet je familie op de eerste plaats
9. Bouw een sociaal netwerk, behoor tot een groep.

Sociale cohesie lijkt hierbij een belangrijk aspect te zijn. Dat er een verband is tussen sociale samenhang en gezondheid blijkt ook uit een meta-analyse van Holt-Lunstad en collega's.[104] Zij tonen aan dat ouderen met een klein sociaal netwerk een hoger sterfterisico hebben dan rokers. In ieder geval wordt hiermee de noodzaak aan een bredere benadering van het begrip gezondheid onderschreven. Voor de negen leefstijlen uit de Blauwe Zones zijn er ongetwijfeld interessante interventies te bedenken binnen de Nederlandse samenleving. Provincies, gemeenten, GGD's maar ook zorgorganisaties en bedrijven gebruiken het concept al als inspiratiebron.[105] Het is wenselijk dat de overheden écht anders gaat denken over gezondheid: efficiënter leefstijlbeleid, meer verdienmodellen aan de voorkant van de zorg en in het onderwijs meer aandacht voor salutogenese. Pas dan kan er meer ruimte komen voor het voorzorgsprincipe en de duurzaamheid van ons lijf.

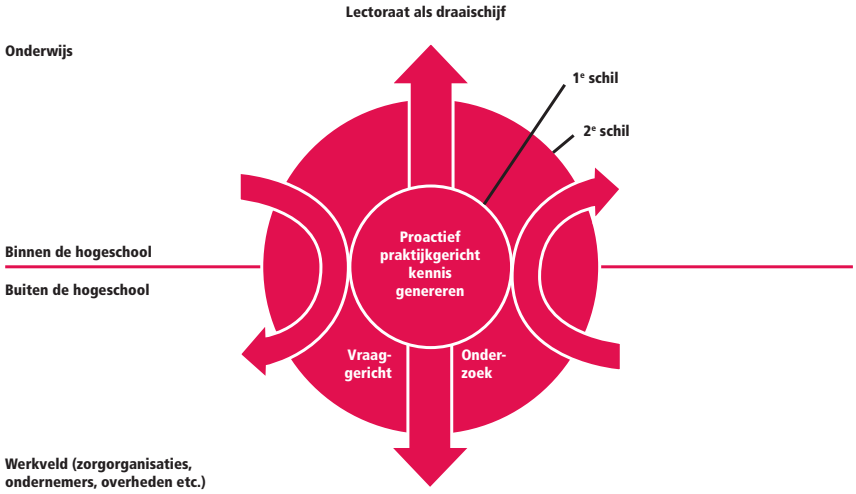
Met het lectoraat zullen we onderzoeken wat er nodig is om ook van Nederland meer een Blauwe Zone te maken en hoe we mensen bestendig kunnen verleiden tot Active, Healthy en Happy Ageing. Stel u even voor, ouders die tegen hun peuter zeggen: '…en als je niet braaf bent, krijg je geen stuk komkommer…' Of dat bij de Grote Prijs Formule 1 van Francorchamps op de bolides in flitsende letters *'Broccoli'* staat in plaats van *'Red Bull'*. Utopie? Misschien…; maar het zijn wel prikkels voor het aanmoedigen van het omdenken naar duurzaamheid in de gezondheidszorg.

104 Holt-Lunstad et al (2010).
105 Zie bijvoorbeeld het initiatief van de gemeente Wijchen: http://www.wijchengezond.nl

Juist door beter begrip van de jonge ouderen, hun rollen, praktijken en identiteiten, door een beter begrip van hoe we jonge ouderen kunnen verleiden tot gezond gedrag en door een beter begrip van wat ons gezond maakt en houdt op latere leeftijd, zijn we in staat om bij te dragen aan betere innovaties en interventies die actief ouder worden mogelijk maken.

5. HET LECTORAAT BINNEN DE HOGESCHOOL

Op de voorgaande pagina's zijn in de kaders een drietal projecten van het lectoraat uitgelicht. Het lectoraat heeft logischerwijze veel meer – grote en kleine – projecten dan deze drie.[106] Maar deze projecten zijn wel exemplarisch voor wat het lectoraat wil doen, in de zin dat het lectoraat een connectie naar onderwijs en werkveld wil leggen (GET-Lab), inzet op voor de praktijk relevant academisch onderzoek (health seduction) en daarnaast wil deelnemen aan het maatschappelijk debat over actief ouder worden (blue zones). Wat ook uit deze drie projecten en hun insteek blijkt, is dat het lectoraat een vrijer karakter heeft dan een vakgroep aan een universiteit. Een lectoraat is niet persé gebonden aan de strikte academische maatstaf voor het meten van resultaten, wat meestal het tellen van publicaties in wetenschappelijke tijdschriften betekent. Maar het lectoraat kan bewegen tussen volledig praktijkgericht onderzoek, bijvoorbeeld door specifieke vragen voor werkveldpartners te beantwoorden, en voor de praktijk relevant academisch onderzoek. De manier waarop het lectoraat zich positioneert als draaischijf tussen de 'binnenwereld' van het HBO en de 'buitenwereld' van zorgorganisaties, (technische) ondernemers, overheden etc. komt tot uitdrukking in onderstaande afbeelding.



AFBEELDING 4: HET LECTORAAT ALS DRAAISCHIJF

De bovenstaande afbeelding laat twee schillen zien. Beide schillen van de draaischijf zijn even belangrijk. De eerste schil wijst op de signalerende en vernieuwende

106 In de bijlage aan het eind van dit boekje presenteren de kenniskringleden van het lectoraat Active Ageing hun onderzoeksinteresses en projecten.

functie van het lectoraat. Het lectoraat kan zelf praktijkgericht onderzoek initiëren, gebaseerd op trends, ontwikkelingen, of (theoretische) onderzoeksideeën, waarvan het lectoraat vaststelt dat deze belangrijk zijn voor het werkveld en de opleidingen die de academies verzorgen. Deze projecten kunnen uitgevoerd worden door kenniskringleden, maar ook door studenten die bijvoorbeeld in de vorm van minor- of afstudeerprojecten hieraan werken. Naast deze proactieve insteek werkt het lectoraat ook vraaggericht. Vragen rondom ouderen en innovatie die leven bij de partners van het lectoraat en de academies waar het lectoraat aan verbonden is, kunnen opgepakt worden door het lectoraat. Deze praktijkproblemen kunnen door onderzoekers van het lectoraat én onze studenten uitgevoerd worden. Projecten in de eerste schil zullen dichtbij de in de voorgaande paragrafen toegelichte onderzoeksfocus liggen. Projecten in de tweede schil hebben een breder karakter. Het gaat hierbij logischerwijze wel om vragen rondom ouderen en innovatie, maar deze projecten zullen vooral geënt zijn op vragen die werkveldpartners bij ons neerleggen. Avans hogeschool heeft via verschillende routes contact met de wereld buiten de hogeschool, maar door zich te positioneren als draaischijf tussen onderwijs en werkveld biedt het lectoraat een extra manier om wederkerige relaties met het werkveld aan te gaan. Via het lectoraat kunnen werkveldpartners dus hun praktijkvragen beantwoord krijgen en studenten kunnen aan de slag met praktijkgerichte onderzoeksvragen, afkomstig van het werkveld of het lectoraat zelf. Al met al bieden de projecten uit de eerste en de tweede schil de ruimte om zowel proactief als vraaggestuurd praktijkgericht onderzoek te verrichten.

Het lectoraat zet dus in op praktijkgericht onderzoek op het gebied van ouderen en innovatie en de plaatsing in de hogeschool is daarbij een belangrijk voordeel. Een hogeschool is geen universiteit en moet dat ook niet willen zijn. Nederland behoort bij de wereldtop van het wetenschappelijk onderzoek, maar weet tegelijkertijd deze hoogwaardige kennis vaak niet te verzilveren.[107] Met andere woorden, in onderzoekstermen valt de grootste winst voor Nederland momenteel te halen door middel van de valorisatie van bestaande kennis. De manier waarop wetenschappelijk onderzoek gewaardeerd wordt en de institutionele randvoorwaarden van universiteiten maken dit echter voor universitaire onderzoekers een lastige opgave. Toegepast, praktijkgericht onderzoek dat plaatsvindt in nauwe samenwerking met het werkveld, gericht is op de inbedding van de resultaten in het onderwijs en het werkveld en niet primair gericht is op het publiceren van meer puur-theoretische wetenschappelijke kennis, biedt goede mogelijkheden om aan deze valorisatieambitie te voldoen. Hogescholen, met hun sterk praktijkgerichte oriëntatie, hun focus op het opleiden van hoogwaardige professionals en hun sterke connectie met het werkveld zijn bij uitstek de plek waar dit plaats kan vinden. Lectoraten kunnen in die context dus dienen als een draaischijf tussen wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en het werkveld.

107 Zie bijvoorbeeld: Wakkee et al. (2012) over valorisatie in Nederland.

Het lectoraat Active Ageing herkent zich in deze rol. Zoals boven reeds beschreven verloopt de implementatie van technologieën voor ouderen vaak problematisch. Hieraan ligt, zoals gezegd, vaak ten grondslag dat ontwerpers en ingenieurs uit de gerontechnologische wereld onvoldoende bekend zijn met de leefwereld van ouderen en met de verschuiving van rollen, taken en verantwoordelijkheden die die technologieën in de leefwereld van ouderen veroorzaken. Kennis hierover is echter wel voorhanden, maar bij andere disciplines en in andere domeinen. Omgekeerd hebben (aankomende) zorgprofessionals vaak een beperkt en nogal negatief beeld van de mogelijkheden van innovatieve zorgtechnologie. In deze context valt veel te bereiken met de integratie van bestaande (maar thans gescheiden) perspectieven, het doorbreken van disciplinaire grenzen en verbetering van communicatie tussen domeinen van innovatie, zorg en onderwijs. Hiermee kan net zoveel winst gehaald worden als met het genereren van nieuwe wetenschappelijke kennis. Het overschrijden van disciplinaire grenzen klinkt echter eenvoudiger dan het is. Het dient te gebeuren met voldoende inlevingsvermogen voor de 'andere kant.' Naast de zachte analyses in de vorm van sociaal-wetenschappelijke analyses op het breukvlak van ouderen en techniek, moeten we dus ook op een zachte (en een reflectieve, analytische) wijze werken aan het overbruggen van disciplinaire grenzen. Vanuit deze insteek zet het lectoraat Active Ageing in op interdisciplinair sociaal-wetenschappelijk onderzoek dat gericht is op het begrijpen van ouderen, het begrijpen van de relatie tussen ouderen en techniek en het begrijpen van de verhouding tussen zorgprofessionals en techniek. En dat steeds met het oog op het bouwen van bruggen tussen disciplines en het versterken van de connectie tussen onderzoek, gerontechnologisch innovatieve bedrijven, zorginstellingen en het onderwijs.

Een brede en diepe connectie leggen met het onderwijs is dus van primair belang voor het lectoraat Active Ageing vanwege – complementaire – redenen van inhoudelijke en 'existentiële' aard. De inhoudelijke redenen liggen besloten in het feit dat de problematiek rond ouderen en innovatie niet alleen een probleem is van een tekort aan kennis, maar zeker ook een probleem van *disseminatie* van kennis. De bijdrage van het lectoraat Active Ageing aan het oplossen van deze problematiek dient uit te gaan van de specifieke kracht van de hbo-context, waarin we grote aantallen aankomende professionals in contact brengen met relevante nieuwe ontwikkelingen. Hierdoor kunnen we een sterke bijdrage leveren aan het verhogen van het kennisniveau rondom (implementatie van technologieën voor) ouderen. Een sterke verknoping tussen onderzoek en onderwijs is daarmee een van de belangrijkste middelen om de inhoudelijke doelen van het lectoraat te bereiken. Naast deze inhoudelijke redenen om een sterke verknoping tussen onderzoek en onderwijs te zoeken zijn er ook redenen die raken aan de bestaans*vraag* van een lectoraat en het bestaans*recht* van een hogeschool. Het lectoraat deelt in sterke mate de visie dat een hogeschool primair een onderwijsinstelling is en dat onderzoek dat aan

een hogeschool plaatsvindt, daarom ook in sterke mate verbonden moet worden met het onderwijs. Een lectoraat doet onderzoek naar onderwerpen die de lector en kenniskring signaleren als relevant en naar problemen die spelen in het werkveld en verbindt beide vormen van onderzoek met het onderwijs. Daarmee draagt het lectoraat bij aan de primaire onderwijstaak van een hogeschool. Aan deze visie zal binnen het lectoraat Active Ageing gestalte gegeven worden op vijf onderling samenhangende niveaus, de vijf V's van verbinding met het onderwijs:

1. **Voeden – het professionaliseren van docenten**
   Kenniskringleden en ander docenten die deelnemen aan of kennisnemen van onderzoek van het lectoraat, 'voeden' zich met relevante kennis over ouderen, hun leefwereld, rollen, omgang met techniek etc. Die kennis en inzichten kunnen zij vervolgens toepassen in het onderwijs. Dit voeden geschiedt zowel passief, door middel van de natuurlijke kennisoverdracht en leerprocessen die binnen elke onderzoekssetting plaatsvinden, als actief. Dat wil zeggen dat de lector en de kenniskringleden zich inspannen om relevante inzichten rondom ouderen en/of innovatie te delen met andere kenniskringleden en docenten.

2. **Vertalen – het transdisciplinair verwerken van onderzoeksresultaten in het onderwijs**
   De onderzoeksresultaten die door het lectoraat geproduceerd worden, kunnen naar het onderwijs vertaald worden. Echter, gezien het interdisciplinaire karakter van het lectoraat kan het nodig zijn dat een disciplinaire vertaalslag gemaakt wordt. Door kennis uit onderzoek met een bepaalde disciplinaire signatuur toegankelijk te maken voor studenten uit andere disciplines (door bijvoorbeeld jargon te verwijderen, methodes en concepten te verklaren etc.) kunnen vernieuwende elementen ingebracht worden in het onderwijs. Het is belangrijk daarbij dat hier vervolgens ook op gereflecteerd wordt, zodat ook op docentniveau lering getrokken kan worden uit het inbedden van inzichten uit andere vakgebieden in het onderwijs.

3. **Vergezellen – studenten kunnen deelnemen aan onderzoek**
   Hbo-studenten kunnen, mits goed begeleid, deelnemen aan de onderzoeksactiviteiten van het lectoraat. Hoewel het niet voor elk onderzoeksproject mogelijk is, slaagt het lectoraat erin om studenten te betrekken in de meeste onderzoeksprojecten. Dit biedt een aantal voordelen voor onze studenten: studenten leren onderzoeken en leren wat een onderzoekende houding is. Studenten komen in contact met ouderen, ouderenzorg, innovaties voor ouderen en aanverwante thema's. Studenten krijgen een extra ervaring in en met het werkveld. Studenten leveren een actieve en waardevolle bijdrage aan onderzoeksprojecten en worden mede-eigenaar van het project. Voor het lectoraat levert dit onderzoekscapaciteit op, maar belangrijker is dat we hiermee op een actieve en betrokken wijze studenten kennis

kunnen laten maken met de ouderendoelgroep en de kansen, mogelijkheden en uitdagingen die deze doelgroep hen biedt als toekomstig professional.

4. **Verbinden – de hogeschool en het belang van de relatie met het werkveld**
   Het lectoraat zet sterk in op een goede relatie met het werkveld. Zowel zorgorganisaties als bedrijven in de zorginnovatie zijn daarbij cruciale partners. Het lectoraat heeft de werkveldpartners veel te bieden op gebied van interdisciplinaire kennis en onderzoek, maar daarnaast zal het lectoraat ook de relatie tussen het onderwijs en het werkveld, waar mogelijk, verstevigen. Te denken valt hierbij aan het aandragen van interessante gastdocenten, stageplekken en nieuwe minor- of afstudeerprojecten. Omgekeerd biedt de connectie via het lectoraat het werkveld ook onderzoekscapaciteit in de vorm van studentenprojecten en de kans om contact te leggen met jong en gemotiveerd talent.

5. **Vernieuwen – de innovatieve kracht van lectoraten als impuls voor het onderwijs**
   Onderzoek is per definitie vernieuwend van aard, aangezien onderzoek altijd kennis en inzichten genereert of bevraagt. Het lectoraat kan vanuit zijn onderzoekspositie ook een bron van vernieuwing zijn voor het onderwijs. Het lectoraat draagt bij aan het signaleren van nieuwe thema's, kennisgebieden en competenties en treedt in overleg met docenten en de curriculum-commissies over hoe deze opgenomen kunnen worden in het onderwijs. De insteek van het lectoraat is om de kennis rondom ouderen (en innovatie) ter beschikking te stellen en daarnaast zelf ook kansen voor onderwijsontwikkeling te signaleren en daar, in goede samenwerking met de betreffende commissies, ook actie op te ondernemen. Een concreet voorbeeld van dit laatste is natuurlijk het GET-Lab.

De doelstelling van het lectoraat is dat elk project van het lectoraat op een of meerdere van deze V's een connectie met het onderwijs heeft. Maar aan deze vijf V's ligt voor het lectoraat Active Ageing wellicht een nog belangrijkere taak ten grondslag. Er is momenteel een grote mismatch tussen de aankomende maatschappelijke veranderingen die met de vergrijzing gepaard zullen gaan en de interesses van de jonge hbo-student die straks in zijn gekozen professie met deze veranderingen te maken zal krijgen. Kort gezegd, jongeren zijn vaak niet geïnteresseerd in ouderen. Een eerstejaars verpleegkundestudent ziet vaak een carrière voor zich op de ambulance, traumahelicopter, eerste hulp, intensive care of neonatologie-afdeling. Veel fysiotherapiestudenten dromen van het begeleiden van topsporters. Voor social studies-studenten is jeugdzorg vaak het meest interessant. Aan ouderen denken onze jonge studenten zelden. En dat terwijl vergrijzing straks grote maatschappelijke veranderingen – en daardoor zeer waarschijnlijk ook werk – met zich mee zal brengen. Daar komt bij dat een substantieel aantal studenten, wanneer zij eenmaal

met ouderen en de vergrijzingsproblematiek in aanraking zijn gekomen, hier ook een sterke intrinsieke motivatie voor ontwikkelen. Onderliggend aan de Vijf V's ligt dus een fundamentele taak voor het lectoraat, het in aanraking brengen van onze studenten met en het motiveren van deze studenten voor het thema ouderen.

6. CONCLUSIE

Samenvattend stelt het lectoraat Active Ageing zich tot doel om interdisciplinair, praktijkgericht, sociaal-wetenschappelijk onderzoek te doen naar de beleving, praktijken en ervaringen van ouderen, naar positieve, aantrekkelijke rollen voor ouderen en naar innovaties en interventies die aansluiten bij de (positieve) benadering van het leven die de ouderen zelf hebben. Door hierin inzicht te bieden legt het lectoraat een fundament onder innovaties en interventies die passen bij ouderen en ouderen verleiden tot een gezonde levensstijl. Deze inzichten dienen ook gepubliceerd te worden in relevante wetenschappelijke tijdschriften, maar dienen vooral vertaald te worden naar het onderwijs en het werkveld. De relatie met het werkveld en met het onderwijs is voor het lectoraat van groot belang. Het lectoraat werkt daarom zowel proactief als vraaggestuurd aan onderzoeksprojecten over ouderen en innovatie en genereert op die wijze relevante praktijkgerichte resultaten voor het werkveld en het onderwijs.

7. DANKWOORD

Een bekende uitspraak over geluk is dat geluk het samenkomen van kans en voorbereiding is.[108] Mensen hebben nog wel eens de neiging om het succes in hun leven toe te schrijven aan hun eigen inzet en kwaliteiten (en de mislukkingen aan pech en zaken buiten hen om). De waarheid is dat het op cruciale momenten ook gewoon mee moet zitten. Als je niet de juiste mensen tegenkomt op het juiste moment, dan lukt er niets. Ik heb de wind vaak meegehad de afgelopen jaren en er zijn vaak op het juiste moment veel interessante en aardige mensen en dingen op mijn pad gekomen, meer dan eens door wonderlijk toeval. Ik realiseer me hoe speciaal dat is. Daarvoor ben ik dankbaar.

Ik wil graag de directie van AGZ, en in het bijzonder Nicole van Son, bedanken voor hun aandeel in de mooie manier waarop ik bij Avans Hogeschool terecht gekomen ben, voor de bijzonder prettige manier waarop we samenwerken aan onderzoek en onderwijs en voor de cultuur waarin we ons als docenten en onderzoekers steeds verder willen ontwikkelen.

Dank aan alle kenniskringleden – en vele andere docenten – voor het delen van mijn enthousiasme voor ouderen, innovatie en innovatief denken en voor het verwerken van dat enthousiasme in onderzoek en onderwijs. Speciale dank aan Lowie van Doninck en Niels de Beer voor hun inzet om zowel de minor Active Ageing als het lectoraat Active Ageing (nieuw) leven in te blazen.

Dank aan alle academische denkpartners in binnen- en buitenland voor alle mooie projecten, papers en proposals. Veel dank ben ik verschuldigd aan Nelly en Gordon voor de geweldige samenwerking in het verleden. Alexander, ik waardeer onze samenwerking. Ik kom het dichtst bij een gevoel van flow als we een Gutenberg-cappuccino drinken en discussiëren over onze ideeën, plannen en theorieën.

Dank aan alle vrienden en familie voor alle steun de afgelopen jaren, voor alle hulp bij kleinere en grotere klussen, voor het leed dat we gedeeld hebben en het plezier dat we gemaakt hebben.

Marieke, bedankt voor alles. We hebben een mooi leven in Doesburg, laten we het nog leuker, mooier en betekenisvoller maken.

Harretje, fijn dat je er bent.

108 Toegeschreven aan J.D. Chapin.

REFERENTIES

Akrich, M. (1992). The de-scription of technical objects. In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society: studies in sociotechnical change*. Cambridge, MA: MIT Press.

Akrich, M. (1995). User representations: practices, methods and sociology. In A. Rip, T. Misa & J. Schot (Eds.), *Managing technology in society: the approach of constructive technology assessment*. London: Pinter Publishers.

Akrich, M., Latour, B. (1992). A summary of a convenient vocabulary for the semiotics of human and nonhuman assemblies. In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society: studies in sociotechnical change*. Cambridge, MA: MIT Press.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bowker, G., Star, S. (1999). *Sorting things out, classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Broadbent, E., Stafford, R., MacDonald, B. (2009). Acceptance of healthcare robots for the older population: review and future directions. *Journal of social robotics,* 1(4), 319-330.

Buettner, D. (2009). *The blue zones: lessons for living longer from the people who've lived the longest.* Washington D.C.: National Geographic.

Bytheway, B. (1995). *Ageism*. Buckingham, Philadephia: Open university press.

Bytheway, B. (2005). Ageism. In M. Johnson, V. Bengtson, G. Coleman & T.Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing.* Cambridge: Cambridge university press.

Docampo Rama, M. (2001). *Technology generations handling complex user interfaces*. Proefschrift, Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven.

Docampo Rama, M., De Ridder, H., Bouma, H. (2001). Technology generation and age in using layered user interfaces. *Gerontechnology,* 1(1), 25-40.

Featherstone, M., Hepworth, M. (1993). Images of ageing. In J. Bond, P. Coleman & S. Peace (Eds.), *Ageing in society; an introduction to social gerontology.* London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage publications.

Featherstone, M., & Hepworth, M. (2005). Images of ageing. In M. Johnson, V. Bengtson, G. Coleman & T. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge university press.

Hepworth, M. (2004). Images of old age. In J. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum associates publishers.

Huijben, M. (2011). *Het chronic care model in Nederland*. (Adviesrapport). Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en zorg.

Holt-Lunstad, J.,Smith, T., Layton, J. (2010). *Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review*. PLoS Med. 7, (7), e1000316.

Johnson, M. (2005). The social construction of old age as a problem. In M. Johnson, V. Bengtson, G. Coleman & T. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge university press.

Kohlbacher, F., Herstatt, C. (eds.) (2010). *The silver market phenomenon, marketing and innovation in the aging society.* Heidelberg: Springer.

Koopmans, B., Korevaar, J., Nielen, M., Verhaak, P., De Jong, J., Van Dijk, L., Noordman, J., Veenhof, C., Schellevis, F. (2012). *Overzichtsstudies: preventie kan effectiever!.* Utrecht: Nivel.

Lagemaat, L., van der Linden, M., Schellekens, E., & Stephan, C. (2005). *Wie de woning houdt, passe haar aan. gebruikersonderzoek naar het opplussen van eensgezinswoningen voor ouderen*. Utrecht: Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing and society*, 7(2), 133-160.

Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: the emergence of the third age.* London: Weidenfeld and Nicolson.

Laslett, P. (1997). Interpreting the demographic changes. *Philosophical transactions, 352*, 1805-1809.

Latour, B. (1992). Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts. In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology / building society: studies in sociotechnical change*. Cambridge, MA: MIT Press.

Latour, B. (1997). *De Berlijnse sleutel en andere lessen van een liefhebber van wetenschap en techniek*. Amsterdam: Van Gennep.

Van Lente, H. (1993). *Promising technology, the dynamics of expectations in technological developments.* Proefschrift, Universiteit Twente, Enschede.

Lie, M., Sorensen, K. (1996). *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life*. Oslo: Scandinavian university press.

Lindström, B., Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion.* Helsinki: Folkhälsan research centre.

Mackay, H., Carne, C., Beynon-Davies, P., Tudhope, D. (2000). Reconfiguring the user: using rapid application development. *Social studies of science,* 30(5), 737-757.

Mackenbach, J.P. (2010). *Ziekte in Nederland: gezondheid tussen politiek en biologie.* Amsterdam: Mouria.

Melenhorst, A. (2002). *Adopting communication technology in later life; the decisive role of benefits.* Proefschrift, Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven.

Melenhorst, A., Rogers, W., Bouwhuis, D. (2006). Older adults' motivated choice for technological innovation: evidence for benefit-driven selectivity. *Psychology and aging,* 21(1), 190-195.

McGarry, J., Simpson, C. (2008). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing standard,* 22(46), 49-55.

McGee, M. (1980). The 'ideograph': a link between rhetoric and ideology. *Quarterly journal of speech,* 66(1), 1-16.

Milligan, C. (2009). *There's no place like home: place and care in an ageing society*. Farnham: Ashgate.

Minichiello, V., Browne, J., Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and society,* 20, 253-278.

Mort, M., Roberts, C. (2010). *At home with machines: technology in/dependence and ageing*. Paper presented at the EASST 2010 conference: practicising science and technology; performing the social, september 2-4 2010.

Neven, L. (2010). 'But obviously not for me': robots, laboratories and the defiant identity of elder test users. *Sociology of health and illness,* 32(2), 335-347.

Neven, L. (2011). *Representations of the old and ageing in the design of the new and emerging*. Proefschrift, Universiteit Twente, Enschede.

Neven, L. (2014). By any means? Questioning the link between gerontechnological innovation and older people's wish to live at home. *Technological forecasting & social change*. In press (online beschikbaar).

Ney, S. (2009). *Resolving messy policy problems: handling conflict in environmental, transport, health and ageing policy*. London: Earthscan.

Noels, G. (2013). *Econoshock 2.0. Van industriële revolutie naar duurzaamheids-revolutie.* Tiel: Lannoo.

Oudshoorn, N. (1996). A natural order of things? Reproductive sciences and the politics of othering. In G. Robertson, M. Mash, L. Tickner, J. Bird, B. Curtis & T. Putnam (Eds.), *FutureNatural; nature, science, culture*. London, New York: Routledge.

Oudshoorn, N. (2011). *Telecare technologies and the transformation of healthcare.* Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.

Oudshoorn, N., Pinch, T. (2003). Introduction: how users and non-users matter. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: the coconstruction of users and technologies*. Cambridge Ma: MIT Press.

Oudshoorn, N., Pinch, T. (2008). User-technology relationships: some recent developments. In E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch & J. Wajcman (Eds.), *The handbook of science and technology studies, third Edition*. Cambridge, Ma: MIT Press.

Panagiotakos, D. (2011). Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: the Ikaria study. *Cardiology research and practice, V. 2011, 679187.*

Peeters, J., Wiegers, De Bie, J., Friele, R. (2013). *NIVEL-overzichtstudies: technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen*. Utrecht: Nivel.

Peine, A., Neven, L. (2011). Social-structural lag revisited. *Gerontechnology,* 10(3),129-139.

Pes, G. (2011). Lifestyle and nutrition related to male longevity in Sardinia: an ecological study. *Nutr. metab. cardiovasc. dis.*, 23(3), 212-219.

Polder, J. (2012). *De gezondheidsepidemie: waarom wij gezonder en zieker worden.* Amsterdam: Reed Business.

Poulain, M. (2013). Longevity blue zones: a first attempt to compare longevity between different populations. *The journal of nutrition health and aging*. 17(1), 471.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010). *Zorg voor je gezondheid! gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Discussienota, RVZ, Den Haag.

Roberts, C., Mort, M., Milligan, C. (2012). Calling for care: 'disembodied' work, teleoperators and older people living at home. *Sociology*, 46(3), 490-506.

Taylor, D., Bachuwa, G., Evans, J., Jackson-Johnson, V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a community-wide survey of primary care physicians. *Journal of the national medical association,* 98(3), 403-404.

Thane, P. (2000). *Old age in English history: past experience, present issues.* Oxford: Oxford university press.

Thompson, P. (1992). 'I don't feel old': subjective ageing and the search for meaning in later life. *Ageing and society,* 12, 23-47.

Vrooman, C., Gijsberts, M., Boelhouwer, J. (eds.) (2014). *Verschil in Nederland: sociaal en cultureel rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wakkee, I., Van der Sijde, P., Nuijens, N. (2012). *Valorisatie in Nederland: exploratieve verkenning van het landschap van valorisatieprogramma's.* Amsterdam, Nieuwegein: Vrije Universiteit & Syntens innovatiecentrum.

Walburg, J. (2010). *Jong van geest: optimistisch ouder worden is geen kunst.* Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

Westendorp, R. (2014). *Oud worden zonder het te zijn: over vitaliteit en veroudering*. Amsterdam: Atlas Contact.

De Wilde, R. (2000). *De voorspellers, een kritiek op de toekomstindustrie.* Amsterdam: De Balie.

Wyatt, S. (2003). Non-users also matter: the construction of users and non-users of the internet. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: the co-construction of users and technologies.* Cambridge MA: MIT press.

Van Zonneveld, T., Van Polanen Petel, V., Smit, J.(2009). De verdeling van de lasten in de zorg. In *De Nederlandse economie 2009.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

BIJLAGE:

KENNISKRINGLEDEN VAN HET LECTORAAT ACTIVE AGEING

NIELS DE BEER

Niels de Beer is als hogeschooldocent verbonden aan Avans Hogeschool. Hij houdt zich bezig met de thema's innovatie en ondernemerschap op het terrein van gezondheidszorg en welzijn. Als lid van de kenniskring Active Ageing is hij betrokken bij het opzetten van het GET-Lab.

Loopbaan
Niels is een aantal jaren werkzaam geweest voor de Hogeschool Rotterdam als docent voor de faculteit Gezondheidszorg en als fysiotherapeut in het revalidatiecentrum Leijpark. In 2006 is hij bij Avans Hogeschool gestart met het opzetten van de major Human Care Technology. Na een succesvolle accreditatie is deze major overgegaan in de opleiding Gezondheidszorg Technologie. Als mede-oprichter van deze opleiding was hij verantwoordelijk voor het ontwikkelen, organiseren en uitvoeren van het curriculum. Zijn affiniteit met en kennis van de gezondheidszorg en de bedrijfskundige kant daarvan zijn bij het opzetten van deze opleiding van grote waarde geweest.

In 2012 heeft Niels samen met Lowie van Doninck het concept voor het huidige lectoraat Active Ageing vormgegeven. Daarbij heeft hij de beroepspraktijk (zorgorganisaties, bedrijfsleven, overheid) actief betrokken.

Huidige project
Momenteel is Niels bij het lectoraat Active Ageing actief bij het opzetten van het GET-Lab. Hij verbindt op creatieve wijze en vanuit een transsectorale benadering de wereld van de gezondheidszorg met het bedrijfsleven en de overheid. Niels is op zijn best met het verbinden van mensen, initiatieven en ideeën. En bovenal is hij een geboren en getogen Bredanaar en trotse vader van 2 kinderen.

Contactgegevens:
Niels de Beer is bereikbaar via e-mail: ccm.debeer@avans.nl of telefoon: 088-5257735.

HERMAN BRONNEBERG

Herman Bronneberg is sinds november 2013 kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing. Ook is hij kenniskringlid geweest van het voorgaande Avans lectoraat Gerontologie.

Loopbaan
Herman is afgestudeerd in de Sociale Gerontologie (psychologie van de late volwassenheid) en in de Arbeid & Organisatie Psychologie, aan de Radboud Universiteit. En heeft daarnaast de opleiding tot innovatieconsulent aan de TSM Business School van de Universiteit van Twente afgerond.

In het kader van Sociale Gerontologie heeft hij geheugentrainingen verzorgd, rouwverwerkingsgroepen geleid en onderzoek gedaan naar herintredingsproblematiek van vrouwen. Naast supervisor, trainer en adviseur is hij 23 jaar actief als hogeschooldocent bij Avans Hogeschool Daarvan werkt hij de laatste acht jaar voor de Academie voor Sociale Studies 's-Hertogenbosch (ASH).

Huidige projecten
Binnen het lectoraat richt hij zich o.a. op: "Beleef en beweegtuinen voor ouderen"; "Ouderen en gebruik van sociale media en digitale platforms"; "Ouderen en eenzaamheidsbeleving/-vermindering". Ook is hij namens het lectoraat opdrachtgever voor afstudeeropdrachten aan studenten Sociale Studies 's-Hertogenbosch (ASH).

Contactgegevens
Herman is bereikbaar via e-mail: hmjt.bronneberg@avans.nl
of telefoon: 088-5256200.

VIVETTE VAN COOTEN

Vivette van Cooten is kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing. Vivette is sinds april 2013 werkzaam voor het lectoraat en is de projectleider van het GET-LAB. Zij is betrokken bij verschillende studentprojecten waar zorginnovaties uit het GET-LAB worden ingezet.

Loopbaan
Vivette studeerde Science and Innovation Management (BSc en MSc, cum laude) aan de Universiteit Utrecht. Tijdens haar studie groeide haar interesse voor zorginnovaties gericht op ouderen. Met haar bachelor thesis (2011) onderzocht ze via een literatuurstudie waarom telemonitoring in de pilotfase blijft hangen.

Met haar masterthesis deed ze kwalitatief onderzoek naar de beeldvorming over e-bike-gebruikers door e-bike- producenten. En ze onderzocht hoe deze beeldvorming wordt vertaald in productspecificaties. Interessant, want de adoptie van een product begint vaak bij jongere gebruikers en vindt daarna zijn weg naar oudere gebruikers. Bij de e-bike daarentegen, begon de adoptie bij oudere gebruikers en heeft die vervolgens haar weg gevonden naar een steeds jongere doelgroep.
Naast haar studie werkte Vivette als student-assistent aan de Universiteit Utrecht, was ze research-assistent bij een consultancybureau, en gaf ze bijles aan vwo-leerlingen.

Huidige project
Als projectleider geeft Vivette inhoudelijk vorm aan het Gezondheid en Technologie Laboratorium (GET-LAB). Naast het samenstellen van de producten worden hier ook verschillende (onderzoeks)projecten met het werkveld opgezet.

Contactgegevens
Vivette is bereikbaar via e-mail: vjc.vancooten@avans.nl

LOWIE VAN DONINCK

Lowie van Doninck is sinds 2005 werkzaam als hogeschooldocent bij de Academie voor Gezondheidszorg en als onderzoeker achtereenvolgens betrokken bij het lectoraat Gerontologie en het lectoraat Active Ageing. Hij is coördinator van de minor Active Ageing, waarbij studenten vanuit verschillende opleidingen gezamenlijk en op geïntegreerde wijze kijken naar aspecten van veroudering. Lowie was aanjager voor de transitie van het lectoraat Gerontologie naar het lectoraat Active Ageing.

Loopbaan

Lowie van Doninck studeerde Verpleegkunde en daarna Biomedische Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. Zijn scriptie werd bekroond met de Vlaams-Nederlandse ICO-prijs (Intensive Care Onderzoek). Hij werkte zeventien jaar als verpleegkundig afdelingshoofd op een transplantatieafdeling in het Universitair ziekenhuis Antwerpen en was betrokken bij klinisch wetenschappelijk onderzoek.
Ook was Lowie negen jaar wethouder Sociale Zaken, Ouderenzorg en Gezondheidszorg in Malle, België. Daarnaast was hij vier jaar adviseur van de federale minister van Maatschappelijke Integratie.
Binnen het lectoraat Gerontologie was Lowie onder meer verantwoordelijk voor de ontwikkeling van consultatiebureaus voor ouderen en ook voor het Expertisecentrum Gezondheid Ouderen. Lowie is als partner en als ambassadeur nauw betrokken bij het project Seniorvriendelijke Gemeenten, wat valt binnen het initiatief 'Age Friendly Cities' van de WHO (World Health Organisation). Lowie zorgde voor een eerste RAAK-subsidie binnen Avans.

Huidige projecten

In de afgelopen jaren specialiseerde hij zich in de Blauwe Zones. In deze vijf gebieden in de wereld ligt de gezonde levensverwachting aanzienlijk hoger dan in Nederland. Het verschil in leefstijl lijkt hierbij de belangrijkste oorzaak. Lowie geeft succesvolle presentaties over de Blauwe Zones op congressen, maar ook bij gemeenten, GGD's, zorgorganisaties, banken en pensioen-inzicht-cursussen.

Gefascineerd door het feit dat we meer dan 80% van het gezondheidsbudget dat we in ons leven verbruiken, besteden tijdens de laatste twee jaar van ons leven, werkt hij momenteel aan een boek met als werktitel 'Live longer, die faster'. Hierbij ligt de focus op de oorzaken van gezondheid (salutogenese) in plaats van op de oorzaken van ziekte (pathogenese.

Contactgegevens:

Lowie is bereikbaar via e-mail: lmk.vandoninck@avans.nl of telefoon: 06-10340871.

MARTIN VAN GENNEP

Martin van Gennep is hogeschooldocent, psychomotorisch therapeut en geriatriefysiotherapeut. Als Hogeschooldocent is hij onder meer kenniskring lid van het lectoraat Active Ageing.

Loopbaan
Na een studie fysiotherapie en bewegingswetenschappen werkt Martin sinds 1990 voor Thebe Breda (verpleeghuissector). In 1997 is hij als hogeschooldocent in dienst van Avans Hogeschool getreden. De eerste jaren heeft hij samen met Dr. Bouwien Smits-Engelsman bij het huidige Avans+ de post-bachelor opleiding tot geriatriefysiotherapeut opgezet. Na ongeveer zeven jaar is hij overgestapt naar de Academie voor Gezondheidszorg. Hier lag zijn interesse vooral bij het onderwijs op het gebied van ouderenzorg en gerontologie/geriatrie. Deze interesse mondde uit in een lidmaatschap van het toenmalige lectoraat Gerontologie met als interesse gebied bewegen en gedrag van ouderen met dementie. Deze interesse resulteerde uiteindelijk in een promotieonderzoek naar het effect van de bewegen en cognitief trainen op cognitieve functies bij ouderen met een lichte vorm van dementie.

Naast deze werkzaamheden is Martin zeven jaar bestuurlijk actief geweest bij de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie. Momenteel is hij bestuurslid bij het Regionaal Genootschap voor Fysiotherapie Zuid-West-Nederland en bij de Stichting Ghanagangers.

Huidige project
Martin doet een promotieonderzoek op de Vrije Universiteit te Amsterdam bij de vakgroep klinische neuropsychologie. Hij onderzoekt het effect van het bewegen en cognitief trainen op cognitieve functies bij ouderen met een lichte vorm van dementie.

Contactgegevens
Martin is bereikbaar via email mr.vangennep@avans.nl of telefoon: 088 - 5257746 b.g.g. 06-22913122.

HENK DE HAAS

Henk de Haas is kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing. Hij is lid sinds november 2014 met als aandachtsgebied 'ouder wordende migranten met een moslimachtergrond'.

Loopbaan
Sinds 1999 is Henk werkzaam bij Avans Hogeschool. Daarvoor werkte hij in de zorg voor verstandelijk beperkten en als maatschappelijk werker in de jeugdzorg. Na zijn studies Sociaal Pedagogische Hulpverlening en Sociologie aan de Erasmus Universiteit werd hij bij Avans Hogeschool als docent aangesteld bij de Academie voor Sociale Beroepen. Na een uitstapje van twee jaar bij de Academie voor Deeltijd is hij nu al weer tien jaar verbonden aan de Academie voor Gezondheidszorg, opleiding Verpleegkunde.

Huidige project
Al lange tijd heeft Henk affiniteit met ouderen, en in het bijzonder de groep ouder wordende migranten met een moslimachtergrond. Een groep die bijzondere aandacht verdient vanwege haar religieuze en cultuurspecifieke problematiek. Deze groep zal de komende vijftien jaar enorm gaan groeien. Het is daarom noodzakelijk hier praktijkgericht onderzoek naar te doen. Om van hieruit met zinvolle interventies een bijdrage te leveren aan het zo gelukkig en gezond mogelijk oud worden. Als lid van de kenniskring gaat zijn aandacht hiernaar uit.

Contactgegevens
Henk is bereikbaar via e-mail: hj.dehaas@avans.nl of telefoon: 06 - 24351979.

MARLEEN HUIJBEN-SCHOENMAKERS

Marleen Huijben- Schoenmakers is verbonden aan het lectoraat Active Aging. Ze werkt sinds augustus 2013 bij Avans Hogeschool in Breda als docent verpleegkunde.

Loopbaan
Marleen Huijben volgde aan Academie Vronesteijn te Voorburg de opleiding HBO-V en werd daarna wijkverpleegkundige. Ze rondde vervolgens de docentenopleiding af aan Avans Hogeschool in Breda. Als docent verpleegkunde is zij ook werkzaam bij ROC West-Brabant. In 2007 behaalde ze haar masterdiploma voor verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Utrecht. Daarna heeft ze de postacademische opleiding Ethiek in de zorgsector met succes afgesloten aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Huidige project
Op dit moment doorloopt Marleen een promotietraject aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Zij verricht onderzoek naar bewegen bij patiënten die revalideren van een beroerte in verpleeghuizen. Ze heeft onderzocht hoeveel tijd besteed wordt aan therapie. Ze heeft vervolgens de oefenkaarttherapie ontwikkeld en geïmplementeerd in de interventiegroep. Hierdoor is de therapietijd significant gestegen. Op dit moment onderzoekt ze of deze toename in therapietijd een positief effect heeft op cognitie en stemming. In haar onderzoek komen de wetenschap (via de VU), de praktijk (via de verschillende verpleeghuizen) en het onderwijs samen. Studenten HBO-V participeren actief in haar onderzoek. Zij nemen o.a. neuropsychologische testen af bij patiënten met een beroerte. Haar onderzoek komt regelmatig aan de orde in haar lessen EBP en verpleegkunde.

Contactgegevens:
Marleen is bereikbaar via email: m.huijben-schoenmakers@avans.nl
of telefoon: 06-10112798.

INGE LOGGHE

Inge Logghe werkt sinds 1996 als hogeschooldocent bij de opleiding Fysiotherapie. Als kenniskringlid van het lectoraat Gerontologie heeft zij haar promotieonderzoek uitgevoerd aan het ErasmusMC te Rotterdam bij de afdeling Huisartsgeneeskunde. Bij het lectoraat Active Ageing verzorgt zij onderwijs binnen de interdisciplinaire minor Active Ageing. Daarnaast is zij is betrokken bij de training praktijkgericht onderzoek voor docenten van de Academie voor Gezondheidszorg (AGZ).

Loopbaan
Inge heeft na het behalen van haar diploma Fysiotherapie het doorstroomprogramma Bewegingswetenschappen voor Fysiotherapeuten aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht afgerond. Haar promotieonderzoek betrof valpreventie bij zelfstandig wonende ouderen. In dit traject werd het effect van een Tai Chi-interventie geëvalueerd. En er werd onderzoek gedaan naar de mogelijkheden m.b.t. het voorspellen van vallen.

Huidige projecten
Inge houdt zich momenteel onder andere bezig met praktijkgericht onderzoek naar ervaringen van ouderen en zorgprofessionals met het fietsen in een virtuele omgeving. Een ander onderwerp van onderzoek is de invloed van een lokaal, digitaal zorgplatform op het gevoel van eenzaamheid, veiligheid en zelfredzaamheid. Daarnaast houdt ze zich bezig met projecten rondom valpreventie en het opsporen en preventief fysiotherapeutisch behandelen van kwetsbare ouderen in hun thuissituatie.

Haar interesse ligt o.a. bij praktijkgericht onderzoek naar interventies en innovatieve producten, die zelfstandig wonende ouderen kunnen stimuleren om lichamelijk actief te zijn, te worden of te blijven. Met als achterliggende idee op deze wijze bij te kunnen dragen aan een betere kwaliteit van leven voor de zelfstandige wonende ouderen. Belangrijk uitgangspunt bij haar werkzaamheden vormt de verbinding tussen praktijk, onderwijs en onderzoek. Hierbij ligt de uitdaging om innovatieve, praktijkgerichte oplossingen op een methodologisch verantwoorde wijze te toetsen binnen de organisatorische en onderwijskundige kaders van het lopende onderwijs.

Contactgegevens
Inge is bereikbaar via email: ihj.logghe@avans.nl of telefoon: 088-5257714.

KITTY VAN DER MADE-BOGAERTS

Kitty van der Made is kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing. Kitty werkt sinds november 2013 voor het lectoraat Active Ageing. Daarnaast is zij docent bij de Academie voor Sociale Studies, opleiding Maatschappelijk Werk & Dienstverlening van Avans Hogeschool in Breda. Ze is ook betrokken bij de interdisciplinair aangeboden afstudeerminor Active Ageing.

Loopbaan
Kitty studeerde Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool West-Brabant, die nu Avans Hogeschool is. Aansluitend volgde zij de studie Sociale Gerontologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Ze rondde haar studie af met een onderzoek naar het meten van kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen.

Kitty werkte na haar studie bij stichting MEE, waar ze zich specialiseerde in mensen met een lichamelijke beperking, met een chronische ziekte of met niet-aangeboren hersenletsel. Vervolgens maakte ze de overstap naar het onderwijs bij het ROC Vitalis College. Sinds 2007 is ze werkzaam bij Avans Hogeschool.

Huidige project
Momenteel verricht Kitty een onderzoek naar de belevingswereld en leefwereld van vitale ouderen (75-85 jaar), met in het bijzonder aandacht voor factoren die helpend zijn (geweest) bij het actief en vitaal ouder worden.

Naast dit onderzoek legt Kitty vanuit het lectoraat verbindingen met het reguliere onderwijs. Door in de curricula op verschillende momenten op actieve wijze de ouder wordende mens onder de aandacht te brengen bij studenten. Voorbeelden hiervan zijn vierdejaars studenten die gaan afstuderen bij het lectoraat en deelnemen aan de hier lopende onderzoeken. En het project rondom De Nationale Ouderendag, waarbij in 2015 studenten ingezet worden om wensen van ouderen in vervulling laten gaan.

Contact gegevens
Kitty is bereikbaar via e-mail: cjam.vandermade-bogaerts@avans.nl
of telefoon: 088 – 5257277.

MARLEEN MARES

Marleen Mares is kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing. Marleen is sinds september 2014 werkzaam bij het lectoraat Active Ageing. Daarnaast werkt zij als docent bij de Academie voor Gezondheidszorg. Binnen het lectoraat richt zij zich voornamelijk op projecten op het snijvlak van zorg en ondernemerschap. Naast kenniskringlid is zij ook voor één dag per week verbonden aan het Avans Ondernemerscentrum. Marleen is binnen het lectoraat aanspreekpunt voor interdisciplinaire projecten, bijv. projecten waarbij kennis van zorg, financiën en/of marketing gevraagd wordt.

Loopbaan
Marleen heeft de Academie voor Lichamelijke Opvoeding in Tilburg afgerond, waarna ze Gezondheidswetenschappen in Maastricht is gaan studeren. Zij is afgestudeerd in de richting Gezondheidsbevordering en Preventie. Na deze studie heeft zij zeven jaar als gezondheidsbevorderaar bij een thuiszorgorganisatie gewerkt. Vervolgens heeft zij vijf jaar als projectleider Zorg bij een zorgverzekeraar gewerkt. Sinds 2004 werkt Marleen als docent bij Avans Hogeschool. Haar expertise en interesses liggen vooral op het gebied van bewegen, preventie, ouderen en projectmanagement.

Huidige project
De Compaan; een tablet voor ouderen met toegankelijk ontwerp, grote knoppen en een eenvoudige navigatie. Studenten van diverse academies gaan onder begeleiding aan de slag met een gebruikersonderzoek (zowel onder ouderen als onder mantelzorgers), met marketing en onderzoek naar mogelijkheden voor extra functionaliteiten.

Contactgegevens
Marleen is bereikbaar via e-mail: mhch.mares@avans.nl of telefoon: 088-5257740.

PIET VAN DER SMISSEN

Piet van der Smissen is Projectmanager bij de GGD West-Brabant en coördinator kennisdeling binnen de Academische werkplaats Publieke Gezondheid Brabant (Tranzo/Tilburg University). Sinds 2014 is hij als lid kenniskring en gastdocent betrokken bij het lectoraat Active Ageing.

Loopbaan
Piet is afgestudeerd als bioloog en master of public Health. Hij heeft ruim 25 jaar ervaring in verschillende beleids- en managementfuncties binnen de GGD West-Brabant, GGD Nederland en als docent in het (postacademisch) onderwijs.
Piet is een strategisch en innovatief denker die geïnspireerd wordt om samen met anderen innovatieve oplossingen te realiseren voor manifeste maatschappelijke vraagstukken. Naast de publieke gezondheidszorg heeft hij vooral affiniteit met de domeinen natuur, sport en onderwijs.

Contactgegevens
Piet is bereikbaar via e-mail: p.smissen@ggdwestbrabant (werk) of pvdsmissen@live.nl (privé) en telefoon: 06-51518630.

JUDITH WEIJMAN

Sinds 2009 is Judith werkzaam als onderzoeker bij het lectoraat Gerontologie. In december 2014 is zij gestart met een promotieonderzoek binnen het lectoraat Active Ageing en het Copernicus Institute of Sustainable development (Universiteit Utrecht). Daarnaast werkt zij sinds 2011 als docent bij de Academie voor Gezondheidszorg.

Loopbaan
Judith heeft Fysiotherapie gestudeerd aan de Hogeschool West-Brabant in Breda. Vervolgens specialiseerde ze zich als geriatriefysiotherapeut en studeerde ze Klinische Gezondheidswetenschappen richting Fysiotherapiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.
Judith heeft na haar afstuderen ruim tien jaar in de praktijk gewerkt als (geriatrie) fysiotherapeut en onderzoeker. Ze deed onderzoek naar valpreventie bij verpleeg- en verzorgingshuisbewoners en implementatie van zorginnovaties in chronische zorginstellingen.

Huidige project
Judith houdt zich op dit moment bezig met onderzoek naar gezonde ouderen (derde generatie ouderen) en het gebruik van ''health technology". Waar ligt de behoefte van deze groep actieve ouderen en hoe kan health technology het actief ouder worden ondersteunen, zodat ze zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen.

Contactgegevens
Judith is bereikbaar via e-mail: j.weijman@avans.nl of telefoon: 088-5258760.

KAREL DE WINTER

Karel de Winter is kenniskringlid van het lectoraat Active Ageing.

Loopbaan
Karel is verpleegkundige en gezondheidswetenschapper. Hij is sinds 1989 als hogeschooldocent verbonden aan Avans Hogeschool binnen de Academie voor Gezondheidszorg. Tussen 2004 en 2009 doceerde hij aan de masteropleiding Advanced Nursing Practice in Tilburg. Bij de opleiding Verpleegkunde is hij coördinator van de minor Wijs in Wetenschap. Hij doceert methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek en begeleidt studenten bij het opzetten, uitvoeren en rapporteren van wetenschappelijke onderzoeksprojecten.

Huidige project
Karel is sinds september 2013 ook actief binnen het lectoraat Active Ageing. Hij is met name geïnteresseerd in het domein van de sociale kwetsbaarheid van ouderen. En daarnaast in het belang en de effectiviteit van interventies die sociale kwetsbaarheid kunnen voorkomen. Binnen het lectoraat Active Ageing ligt zijn focus ook op de integratie tussen lectoraat en gezondheidszorgonderwijs.

Contactgegevens
Karel De Winter is te bereiken via e-mail: kjb.dewinter@avans.nl
of telefoon: 088-5257792.

SANDRA VOS

Sandra Vos is management-assistent van het lectoraat Active Ageing. Sandra is sinds mei 2013 werkzaam voor het lectoraat en ondersteunt de lector en de kenniskringleden. Zij werkt tevens voor het Expertisecentrum Caring Society 3.0.

Loopbaan
Sandra startte bij Avans in april 2011 als inzetcoördinator. Daarvoor werkte Sandra 6 jaar bij GGZ West-Brabant als projectmedewerker Europees Sociaal Fonds en personeelsadviseur bij de afdeling Personeel en Organisatie. Hiervoor werkte zij 14 jaar bij ING bank in diverse functies waaronder directie-secretaresse, accountmanager en personeelsadviseur. Zij rondde in deze periode haar hbo-opleiding Personeel & Arbeid in deeltijd af.

Contactgegevens
Sandra is bereikbaar via e-mail: sma.vos@avans.nl of telefoon: 088-5258432.