

Samenvatting

Dit onderzoek behandelt de vraag welke zorgvisie recht doet aan goede zorgpraktijken voor de ouder wordende mens. Het onderzoek heeft zich hierbij gericht op een zorgethische analyse van de zorgvisie zoals de beroepsgroep fysiotherapie deze verwoordt, maar is ook erg bruikbaar voor zorgvisies van andere zorg- of hulpverleners die werken met ouder wordende mensen. Er wordt bewust gesproken over 'ouder wordende mensen' om te voorkomen dat mensen worden geassocieerd met statisch of negatief geladen begrippen als 'ouderen' en 'ouderdom'.

Het solidariteitsprincipe als uitgangswaarde van onze Nederlandse samenleving staat flink onder druk in het huidige vormgegeven zorgstelsel. Ontwikkelingen op medisch-technisch vlak en cultureel gebied hebben geleid tot hogere kosten en schaarste in de zorg. Kortweg gezegd worden er tegenwoordig andere eisen aan het zorgsysteem gesteld dan voorheen.

De oplossing voor dit morele probleem wordt door de overheid gevonden in het inzetten van marktwerking. Zij beoogt hiermee zorgpraktijken doelmatiger, efficiënter en effectiever te krijgen om op die manier de zorgkosten te reduceren. Met andere woorden een zorgsysteem geordend volgens economische principes om goede zorgpraktijken voor al haar burgers te bewerkstelligen. Daarbij is de zorgvisie op goede zorgpraktijken gekoppeld aan een liberaal mensbeeld, zodat de zorgpraktijken zijn ingericht volgens 'respect voor de autonomie van het individu' als centrale waarde. De burger wordt benaderd als een kritische, weloverwogen kiezende zorgconsument die in alle vrijheid haar zorgproducten en -diensten zelfstandig dient te kiezen. Dit geldt dus ook voor de ouder wordende burgers in onze samenleving. Aanleiding voor dit onderzoek is enerzijds het spanningsveld van het eenzijdige mensbeeld in onze huidige culturele moraliteit, waarbinnen de ouder wordende mens moet voldoen aan het beeld van de bewust, kiezende, kritische zorgconsument. Anderzijds de oplossing van het huidige zorgstelsel om een humane samenleving met solidariteit voor al haar burgers te behouden door deze te ordenen volgens economische principes. De vraag is of deze ordening en visie van het zorgstelsel wel recht doen aan de zorgvisie van haar ouder wordende burgers.

Binnen het zorgsysteem van onze samenleving beweegt zich ook de beroepsgroep fysiotherapie, het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (in dit onderzoek verder afgekort als: het KNGF) en haar leden. Binnen deze beroepsgroep zijn de fysiotherapeuten die zich specifiek richten op de ouderenzorg verenigd in de specialisatievereniging, de Nederlandse Vereniging Fysiotherapie in de Geriatrie (in dit onderzoek verder afgekort als: de NVFG). In dit onderzoek gaat het om een analyse van haar zorgvisie en de kwalificering van zorgpraktijken voor de ouder wordende mens als goed, zoals verwoord in de functie- en competentieprofielen.

De volgende probleemstelling werd voor het onderzoek geformuleerd:

Is de huidige zorgvisie van de geriatriefysiotherapeuten, zoals verwoord in het beleid van de NVFG, beperkend voor het centraal stellen van het perspectief van de ouder wordende mens door respect voor de autonomie van het individu als centrale waarde te hanteren en de zorgpraktijken te ordenen volgens economische principes?

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de morele veronderstellingen die een rol spelen in het beleid van de gehele beroepsgroep fysiotherapie, maar in het bijzonder in die van de specialisatievereniging, de NVFG. Deze veronderstellingen werden onderzocht aan de hand van de volgende vraagstelling:

Welke visie op fysiotherapeutische zorgpraktijken in de ouderenzorg (geriatrie) doet recht aan humane en menslievende zorg door aan te sluiten op de beleving van oudere mensen en hun waarden en normen en tevens te voldoen aan de beroepseisen, die door de politieke ordening van de gezondheidszorg worden vereist?

Om deze vraagstelling te beantwoorden zijn de volgende subvraagstellingen geformuleerd:

1. Welke visie op goede zorgpraktijken voor ouder wordende mensen is te ontwikkelen vanuit zorgethiek?
2. Welke visie op goede zorgpraktijken van 'fysiotherapeutische hulpverlening voor de ouder wordende mens' is te vinden in het beroepsprofiel van de fysiotherapeuten en het functieprofiel van de fysiotherapeuten in de geriatrie?

3. Waarin verschilt de visie van goede zorgpraktijken van zorgethici met het beleid van de beroepsvereniging KNGF en de specialisatievereniging NVFG? Waarin vertoont de visie van goede zorgpraktijken van zorgethici overeenkomsten met het beleid van de beroepsvereniging KNGF en de specialisatievereniging NVFG?
4. Welke visies op goede zorg(praktijken) bestaan er over de oudere wordende mens vanuit het perspectief van de oudere wordende mens? Welke mens- en zorgvisie komen hieruit naar voren? Welke waarden en normen staan hierbij centraal of zijn belangrijk?
5. Hoe staan deze waarden en normen vanuit het perspectief van de oudere wordende mens in verhouding tot de visie op 'goede zorg' vanuit de zorgethiek?
6. Hoe staan de waarden en normen vanuit het perspectief van de oudere wordende mens in verhouding tot de zorgvisie vanuit het beleid van de specialisatievereniging NVFG?

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek en de bijbehorende subvraagstellingen is vanuit drie invalshoeken literatuuronderzoek verricht naar de zorgvisies van goede zorgpraktijken voor ouder wordende mensen. Het gaat om de volgende perspectieven die zijn onderzocht op hun visie in het waarderen en normeren van zorgpraktijken als goed, namelijk:

- zorgethisch,
- (geriatrie)fysiotherapeutisch en
- de ouder wordende mens zelf (patiënt/cliënt perspectief).

Om de morele veronderstellingen in deze drie perspectieven zichtbaar te maken, is in hoofdstuk 2 als eerste een kritisch ethisch reflectie-instrument ontwikkeld. Dit theoretisch-zorgethisch conceptmodel voor goede zorgpraktijken voor de ouder wordende mens heeft tevens gediend als normatief beoordelingskader van de zorgpraktijken. Voor deze analyse werden de volgende elementen gebruikt:

1. Zorgpraktijken gericht op het goede van de ouder wordende mens.
2. Wederkerigheid in de zorgrelatie is inherent aan het zorgproces.
3. Alledaagse en concrete zorgpraktijken zijn situationeel- en contextgebonden.
4. Mens-zijn is van nature medemens zijn door wederzijdse afhankelijkheid.
5. Verdiepende uniciteit van het menselijk wezen als mens-zijn van de ouder wordende mens dient als uitgangspunt van het zorgproces.
6. Het ouder worden van de mens is niet tegengesteld aan 'normaal' menselijk leven, maar integraal verweven daarmee.

Vervolgens zijn de andere twee perspectieven onderzocht.

In hoofdstuk 3 is de zorgvisie, zoals verwoord in het beroeps- en functieprofiel van de beroepsgroep fysiotherapie bestudeerd. Deze fysiotherapeutische zorgvisie is in hoofdstuk 4 vergeleken met het zorgethisch perspectief op overeenkomsten en verschillen.

In hoofdstuk 5 is tenslotte onderzocht welke criteria de ouder wordende mens zelf hanteert om zorgpraktijken als goed te kwalificeren. Deze criteria zijn van essentieel belang geweest om te kunnen beoordelen in hoeverre zorgpraktijken wel of niet voldoen aan menselijke en humane zorgpraktijken. Tenslotte zijn in hoofdstuk 6 de drie perspectieven met elkaar vergeleken wat betreft hun waardering en normering van goede zorgpraktijken.

Uit deze resultaten bleek dat fysiotherapie een vaktechnisch kader heeft dat zich vrijwel volledig richt op rationele elementen van moraliteit. Een humane samenleving acht zij mogelijk door respect voor de autonomie van het individu als centrale waarde te hanteren naast de ordening van het zorgstelsel volgens economische principes.

Respect voor de autonomie is vanuit een liberaal mensbeeld ingevuld, waarin keuzevrijheid en zelfmanagement uitgangspunten voor goede zorgpraktijken vormen. Daarnaast normeert zij gezondheid als hoogste waarde om autonoom te kunnen zijn en blijven. De vakgroep fysiotherapie kent hierdoor zichzelf, de professionele deskundigheid, een hogere morele waarde toe dan de ervaringsdeskundigheid van de ouder wordende mens.

De zorgpraktijken zijn hierbij ingericht als een zorgmoment. Er vindt hierdoor een eenrichtingsverkeer plaats in het zorgproces en de zorgrelatie. De ruimte voor de levensgeschiedenis en de levenservaringen van de ouder wordende mens is in het formele kader tot een minimum beperkt. Ervaringen zijn subjectieve, emotionele morele argumenten die een lagere waarde krijgen toegekend. De ouder wordende mens krijgt

hierdoor mogelijk een andere menselijke positie dan hij of zij heeft gehad in de eerdere fasen van diens leven.

De ouder wordende mensen beoordelen de waarden autonomie en gezondheid niet als statische, maar als dynamisch ingevulde begrippen. Deze begrippen krijgen pas hun uiteindelijke morele betekenis binnen de zorgrelatie toegekend. Hierbinnen krijgen zowel de ervaringsdeskundigheid als de professionele deskundigheid een gelijke morele waarde in het zorgproces. Het interne doel van goede zorgpraktijken is van beide deskundigen gericht op het streven naar het goede voor deze ouder wordende mens ieder vanuit hun eigen expertise.

De ouder wordende mens waardeert goede zorgpraktijken aan de hand van het menselijk bestaan in termen van sociaal en relationeel mens-zijn.

Het zorgethisch conceptmodel hanteert, evenals ouder wordende mensen, zowel rationele als emotionele morele elementen om zorgpraktijken als goed te kwalificeren. Dat betekent dat waarden pas hun betekenis en invulling krijgen in de wederkerige zorgrelatie, zo ook respect voor de autonomie en gezondheid. Daarnaast benadrukt het zorgethisch model haar antropologisch-cultureel vertrekpunt om zorg als goed te analyseren. Deze wordt gekenmerkt door een contextueel en situationeel kader van zorgpraktijken. Het model gebruikt hierbij als uitgangspunt een humane samenleving geordend volgens de waarden: menswaardigheid en medemenselijkheid. Hierdoor is het mogelijk om de zorgsituatie en zorgvisies te beoordelen op de onderlinge verhoudingen/relaties tussen mensen en de wereld. Dat betekent niet alleen dat de zorgpraktijken en alle betrokken in deze zorgsituatie op microniveau een contextueel kader krijgen, maar ook in relatie staan tot andere contexten. Hierbij kan gedacht worden aan het meso- en macroniveau van het zorgstelsel, maar ook de culturele moraliteit van de huidige samenleving.

Uit de onderzoeksresultaten naar de morele mogelijkheden en beperkingen in het voldoen aan humane zorgpraktijken, zoals weergegeven in het zorgethisch conceptmodel, werden de conclusies getrokken op drie niveaus van het zorgstelsel, te weten:

Op microniveau

- het bestrijden van afhankelijkheid (passiviteit) als liberale beroepsmoraal is van hogere morele waarde dan de beleving van de ouder wordende persoon van de eigen regie (zelfredzaamheid) binnen een zorgafhankelijke situatie,
- zorg als onderneming gericht op economisch gewin kan lijnrecht ingaan tegen een intern zorgdoel gericht op het streven naar goede zorgpraktijken voor deze zorgontvanger,
- de objectieve professionele deskundigheid is van een hogere morele waarde dan de subjectieve ervaringsdeskundigheid (rationeel-morele elementen van hogere waarde dan emotioneel-morele elementen),
- gestandaardiseerde manier van het benaderen van autonomie als centrale waarde (statische invulling) welke tegenover de autonomie staat die past bij de levensloop en unieke levenservaringen van de zorgontvanger (dynamische invulling).

Op mesoniveau

- enerzijds voldoen aan het huidige samenlevingsmoraal met zelfstandigheid als ideaal en het zorgstelsel gericht op kosten reduceren en anderzijds voldoen aan de individuele zorgvraag van de zorgontvanger,
- het waarderen van de vaktechnische ontwikkelingen uitgedrukt in kennis en kunde met gezondheid als hoogste waarde tegenover het waarderen van individuele professionaliteit door de zorgvraag uit te drukken in subjectieve termen als menselijke zorgpraktijken en kwaliteit van leven,
- vaktechnische kaders van de fysiotherapeutische zorg waarin iedereen gelijk is tegenover de individuele, unieke zorgvorm van de persoon met relationele contextuele kaders,
- de eenduidige kwaliteit van de leden van de specialisatievereniging waarderen door het gebruik van evidence based practice tegenover het aanzetten van concurrentie tussen zorgprofessionals door zorgverzekeraars in termen van de beste kwaliteit voor de laagste prijs.

Op macroniveau

- ordening van de samenleving gebaseerd op sociale gronden tegenover ordening binnen samenleving gebaseerd op economische principes,
- tweedeling in mensen: kwetsbaar en zorgbehoefstig tegenover autonoom en onafhankelijk,

- individuele private belang van wonen, welzijn en zorg integraal verweven tegenover algemene publieke belang van keuzevrijheid door bijvoorbeeld het scheiden van zorg en wonen.

Daarbij moet worden opgemerkt dat deze morele spanningsvelden weliswaar zijn opgedeeld in drie niveaus, maar onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, elkaar beïnvloeden en integraal zijn verweven.

Als eindconclusie kan worden gesteld dat de zorgvisie van de specialisatievereniging NVFG zich teveel richt op het macroniveau van het zorgsysteem en daardoor te weinig recht doet aan de beleving van de individuele ouder wordende mens. Of dit leidt tot inhumane zorgpraktijken voor de ouder wordende mens op microniveau is sterk afhankelijk van de morele kwaliteiten van de individuele professional. Echter blijft het feit staan dat deze zorgvisie de ouder wordende mens devalueert tot een ander mens-zijn dan zij zelf ervaart. Het andere gegeven is dat de individuele zorgprofessional als mens een grote morele druk kan ervaren door de morele complexiteit van enerzijds het voldoen aan de zorgvraag van de ouder wordende mens en anderzijds het moeten voldoen aan kwalitatieve eisen en winstgevend ondernemerschap in termen van doelgerichte, effectieve en efficiënte zorgpraktijken. Met andere woorden goede zorg voor de ouder wordende mens is een uitdagende onderneming!

Mirjam Kleinveld,
Januari 2010.