

De Autonomie van de CVA-patiënt

*Waar ligt de grens tussen voorschrijvend en vrijblijvend zijn in
hulpverlener-patiëntrelaties die continuïteit vereisen?*

Naam: Nanette de Gooijer
Studentnummer: 0756305
Begeleidend docent: Caroline Boelen
Differentiatie behandelen en begeleiden
Hogeschool Rotterdam, paramedisch cluster
Opleiding fysiotherapie
14 juni 2007

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie die gaat over Autonomie in een fysiotherapeutische behandeling en in het bijzonder over de behandeling van CVA-patiënten.

Dit is het resultaat van mijn vierjarige opleiding tot fysiotherapeute.

Ik spreek mijn dank uit naar mijn medestudenten die mij enorm geholpen hebben. Niet alleen hebben zij mij gesteund door het talloze keren kritisch na te kijken, te verbeteren en suggesties te geven, ook voor de nodige ontspanning in deze spannende laatste tijd kon ik bij hen terecht.

Ook wil ik Caroline Boelen bedanken voor alle suggesties en aanbevelingen die ze heeft gedaan met betrekking tot de inhoud en afwerking. Iedere keer als ik weer vastliep zorgde zij ervoor dat ik weer verder kon.

Zonder hen had ik deze scriptie absoluut niet tot een goed eindresultaat kunnen brengen.

Bedankt!!!

Nanette de Gooijer

Juni 2007

Summary

In the patients healthcare there has been a growing attention for patient autonomy.

To be autonomous means not only that you are independent of others, but also that you are acting according to your own standards and ideals.

Except autonomy there are other factors of highly importance in the fysical treatment.

In ethics and bioethics the ground theory is written of medical care.

Also there are rights and duties of both fysical therapist and patient which has influence on the physical treatment.

In the care for stroke patients autonomy is considered as a relational proces in which the physical therapist supports the patient in decision-making regarding own diseases and health.

Stroke patients often feel confused, anxious and insecure within the first few months post stroke. Loss of function in communication and cognition might be a giant obstruction.

Not only to investigate the patients desire and possibilities, but also in giving and receiving information.

In the rehabilitation of stroke patients there are three phases in which patients autonomy can change. These are described as the admission phase, the rehabilitation phase and the discharge phase. In each phase there are three dimensions of autonomy described. These are selfcare (skills and activities of daily living, necessary for functioning), self-determination (making choises and decisions about one's own life and health) and independence (planning and organizing one's own life, including social contacts).

Autonomy can be learned by a patient and in every crisis there should be some moments we could learn from.

Stimulation of these possibilities can be reached bij discussing with the patient about the contribution in his own recovery, even if they are limited.

This proces of autonomy is different with each patient and carries a certain treatment with it.

Because every patient is different you can imagine it's possible some dilemma's could be created.

Short tips can express a guideline in physical treatment with stroke patients and their autonomy.

Samenvatting

In de gezondheidszorg is de laatste decennia sprake van toenemende aandacht voor de autonomie van de patiënt. Met de term autonomie wordt bedoeld dat men in een zo groot mogelijke vrijheid beslist over de inrichting van het eigen leven.

Behalve autonomie zijn er ook nog andere factoren van belang die van invloed zijn op de fysiotherapeutische behandeling. In de ethiek en de zorgethiek wordt de basis van medisch handelen beschreven. Ook spelen rechten en plichten van fysiotherapeut en patiënt een rol in de samenwerking.

In de zorg voor CVA-patiënten is autonomie een sociaal proces, waarbij de fysiotherapeut de patiënt helpt bij het maken van keuzes die zijn lichaam aangaan.

CVA-patiënten kunnen vooral in de eerste fase na het CVA beperkt zijn in hun autonomie door angst, onzekerheid en functieverlies. Stoornissen in communicatie en cognitie kunnen een grote belemmering vormen. Niet alleen voor het peilen van hun verlangens en mogelijkheden, maar ook voor de informatieverstrekking naar de patiënt toe.

Er zijn drie fasen in de revalidatie van de CVA-patiënt, waarin de autonomie van de CVA-patiënt een verandering doormaakt. Deze worden beschreven als de opnamefase, de revalidatiefase en de ontslagfase. Er zijn drie dimensies van autonomie beschreven die in elke fase een rol spelen. Deze dimensies zijn zelfredzaamheid (vaardigheden en dagelijkse activiteiten, noodzakelijk om te kunnen functioneren), zelfbeschikking (keuzes maken en beslissingen nemen over eigen leven en gezondheid) en zelfstandigheid (plannen en organiseren van het eigen leven en sociale rollen).

Autonomie kan tot op zekere hoogte geleerd worden door de patiënt en iedere crisis zou een aantal leermomenten moeten kunnen bevatten. Het stimuleren van die mogelijkheden kan bereikt worden door met de patiënt te bespreken wat de eigen bijdrage in het herstelproces zou kunnen zijn, ook al zijn ze beperkt.

Dit proces van autonomie is bij elke patiënt verschillend en brengt bij elke persoon een aangepaste aanpak met zich mee. Omdat iedere patiënt anders is kan men zich indenken dat er morele dilemma's kunnen ontstaan.

Korte tips geven weer wat een richtlijn kan vormen voor fysiotherapeutisch handelen met betrekking tot de CVA-patiënt en diens autonomie.

Inhoudsopgave

<u>Voorwoord</u>	2
<u>Summary</u>	3
<u>Samenvatting</u>	4
<u>Inleiding</u>	6
<u>Hoofdstuk 1 De autonomie van de patiënt</u>	7
De ethiek	8
De gezondheidsethiek	9
Wat is van invloed op de autonomie van de patiënt	10
De rechten en plichten van de patiënt	12
De rechten en plichten van de fysiotherapeut	13
Hulpverlening en autonomie	13
<u>Hoofdstuk 2 De CVA-patiënt en Autonomie</u>	15
De autonomie van de CVA-patiënt	15
Multidisciplinaire aanpak	18
De rol van de fysiotherapeut binnen het multidisciplinaire team	18
Psychische en lichamelijke klachten die van invloed zijn op autonomie	18
Rol van de fysiotherapeut ten aanzien van de autonomie van de patiënt	20
<u>Hoofdstuk 3 Handvatten voor fysiotherapeutisch handelen</u>	21
Moreel dilemma	21
Enkele praktische tips voor de fysiotherapeut	22
<u>Conclusie</u>	25
<u>Literatuurlijst</u>	26

Inleiding

Het onderwerp van deze scriptie is autonomie bij een CVA-patiënt.

Naar aanleiding van mijn doorlopen stagejaar, waarin ik in verschillende instellingen heb mogen leren, ben ik op dit onderwerp gestuit. Tijdens de behandeling van met name CVA-patiënten kwam ik regelmatig voor dilemma's te staan, waardoor ik mezelf af ging vragen hoe ik deze situaties zou handelen. Echter vond ik mijn stageperiode te kort om uit te komen hoe er gehandeld zou moeten worden, waardoor ik dit onderwerp verder wilde gaan onderzoeken. Ik denk als ik dit bij elke patiënt toe zou passen, dit me een betere hulpverlener zou maken.

Dit onderwerp komt overeen met wat behandeld is tijdens de differentiatie Behandelen & Begeleiden. We hebben veel gediscussieerd over meningen en opvattingen, hulpverleners en het er zijn voor de ander. En daarbij komt ook de autonomie van de patiënt kijken. Omdat tegenwoordig, in tegenstelling tot vroeger, meer respons van de patiënt komt is dit een belangrijk onderwerp in de fysiotherapie.

Uit dit onderwerp is de volgende vraagstelling voortgekomen:

Waar ligt de grens tussen voorschrijvend en vrijblijvend zijn in hulpverlener-patiëntrelaties die continuïteit vereisen?

Over autonomie is door verschillende auteurs veel beschreven. Over autonomie met betrekking tot CVA-patiënten minder.

Hoofdstuk 1 beschrijft de autonomie als algemeen onderwerp. Er wordt gekeken vanuit de ethiek en gezondheidsethiek hoe de autonomie van de patiënt gerespecteerd dient te worden en welke factoren er allemaal van invloed zijn op autonomie en wat dat voor gevolgen heeft op de hulpverlening.

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe het verloop is van het herwinnen van autonomie bij CVA-patiënten. Wat hier bij komt kijken en hoe de fysiotherapeut hierbij kan handelen.

Hoofdstuk 3 biedt handvatten voor de fysiotherapeutische behandeling met betrekking tot CVA-patiënten en hun autonomie. Dit hoofdstuk kan als richtlijn gezien worden.

Waar "de patiënt" of "hij" staat geschreven kan ook "zij" gelezen worden.

Hoofdstuk 1 De autonomie van de patiënt.

In de 90er jaren werd de autonomie van de patiënt steeds belangrijker in de gezondheidszorg met betrekking tot chronisch zieke patiënten. Autonomie is een belangrijke waarde in onze westerse samenleving, en waarborgt ook de kwaliteit van leven.

De term autonomie is afkomstig van het Griekse ‘autos’ (zelf) en ‘nomos’ (wet). In de gezondheidsethiek refereert het woord autonomie naar ‘wat maakt het leven van de mens eigen’; namelijk een leven dat is gevormd door persoonlijke voorkeuren en keuzen.

Deze definitie van autonomie veronderstelt dat mensen onafhankelijke, verantwoordelijke personen zijn, die hun leven op een verstandige en afzonderlijke manier kunnen leven.

Als mens kunnen wij zelf ideeën vormen over wat voor ons een goed leven is. Zo kunnen we richting aan ons eigen leven geven. We kunnen keuzes maken en ook redenen geven waarom we doen wat we doen. Als we dat niet konden, zouden we alleen maar instinctief handelen.

Dat doen we niet: we stellen onszelf doelen, kunnen zelf een idee vormen wat goed is, kunnen onszelf de wet voorschrijven en daar ook naar handelen. Dit noemen we autonomie.

Autonomie is van fundamenteel belang voor de manier waarop mensen met elkaar omgaan. Juist omdat we niet altijd instinctief handelen, maar onszelf de wet kunnen voorschrijven en keuzes kunnen maken op grond van redenen die we zelf belangrijk vinden, kunnen we elkaar ook aanspreken op gedrag en elkaar verantwoordelijk houden. (Bolt e.a., 2005)

Door allerlei bewegingen in de tweede helft van de twintigste eeuw zijn mensen minder dan voorheen geneigd om de zorg voor hun gezondheid blindelings in handen te leggen van de deskundige, die voor hen beslist. Zij willen zoveel mogelijk actief betrokken blijven bij besluitvorming en bij keuzes die gemaakt moeten worden. Zoals Verbogt (2003; 78) schrijft: “Zij claimen een optimale mensbenadering in de zorg en willen daarin niet verworden tot object, noch in de moeilijke momenten van ziekte en ontluistering, noch in hun ouderdom of wanneer zij voor altijd zorgafhankelijk zijn geworden.”

In de gezondheidszorg wordt hierdoor steeds meer rekening gehouden met de rechten van de patiënt, zoals diens recht op zelfbeschikking. De nieuwe gezondheidsethiek, met haar accent op zelfbeschikking, individuele probleemoplossing en regelgeving, biedt een oplossing voor problemen in de gezondheidszorg die dateren uit de jaren zestig. Ze gaat gepaard met het benadrukken van de autonomie van de patiënt als belangrijke waarde.

Er wordt gevraagd om aandacht voor zelfbeschikking van de patiënt en er wordt gepleit voor humane zorg die de kwaliteit van het bestaan centraal stelt. (Widdershoven, 2000)

Om te komen tot samenwerking met behoudt van een goede autonomie van de patiënt zijn verschillende factoren van belang. Allereerst wordt beschreven waar het begrip autonomie uit voortkomt en dat is de ethiek. Deze wordt verder uitgewerkt in de zorgethiek.

Buiten deze twee principes zijn er nog meer factoren van belang, namelijk wat er in de patiënt omgaat en wat de wetten zeggen voor patiënten en fysiotherapeuten.

Niet vergeten moet worden waar het allemaal om draait, namelijk de hulpverlening in samenhang met de autonomie.

Zoals als eerder werd beschreven vormen de ethiek en gezondheidsethiek een basis voor medisch handelen. Als een hulpverlener zich houdt aan de regels die volgens de ethiek gelden is dit een basis voor hulpverlening.

De ethiek

Beauchamp & Childress (Widdershoven, 2000) beschrijven medisch handelen volgens de ethiek, welke gebaseerd is op vier principes. De principes van ethiek zijn; weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid.

Weldoen en niet-schaden komen uit de Hippocratische traditie. Volgens deze traditie dient de arts het gezondheidsbelang van de patiënt voorop te stellen. Hij dient alles te doen wat de gezondheid kan bevorderen. Hij mag de patiënt hierbij geen pijn doen, maar om ernstige schade te voorkomen mag hij wel minder ernstige schade veroorzaken.

Het principe van respect voor autonomie komt uit de Verlichtingstraditie. Het uitgangspunt is dat mensen zelf moeten kunnen beslissen over hun leven. Kant (Bolt e.a., 2005) benadrukt: “Mensen moeten niet als object beschouwd worden, maar als subject. Dit wil zeggen als personen die respect verdienen.”

Het laatste principe is rechtvaardigheid. Dit principe beschrijft de maatschappelijke normen met betrekking tot de gezondheidszorg. (Widdershoven, 2000)

In het Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek worden in een artikel deze 4 dimensies nog eens genoemd en uitgebreid met nog eens 8 fundamentele waarden die daaraan parallel lopen. Deze vormen een relevante fundering voor ethiek in de zorg.

Deze fundamentele waarden zijn: *zorgverlening en beschermwaardigheid, autonomie en privacy, participatie, levenskwaliteit en rechtvaardigheid en vertrouwen.*

Zorgverlening en beschermwaardigheid volgen uit de twee principes weldoen en niet-schaden. Zorgverlening is het geheel van de inspanningen en activiteiten om de gezondheid van cliënten te bevorderen, hen te rehabiliteren in de maatschappij en de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Onder beschermwaardigheid verstaan we het beschermen van de waardigheid van de menselijke persoon.

Autonomie en privacy vloeien voort uit de benadering van de zorgrelatie vanuit de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Autonomie is de mogelijkheid om zelf vrije keuzes te maken en keuzevrijheid van zorgverleners te krijgen. Privacy betekent de persoonlijke levenssfeer of intimiteit van de persoon. Zorgverleners mogen niet binnentreden in deze privacy, tenzij ze daartoe de geïnformeerde toestemming voor gekregen hebben.

Participatie, levenskwaliteit en rechtvaardigheid zijn de volgende dimensies.

De participatie is gericht op het verhogen van de autonomie en de kwaliteit van leven van de cliënt. Kwaliteit van leven heeft te maken met het functioneren van mensen in bepaalde omstandigheden. Dit is vooral een subjectieve evaluatie van het eigen functioneren.

Onder rechtvaardigheid wordt verstaan dat mensen gelijk worden behandeld in de mate waarin ze gelijk zijn, en ongelijk in de mate waarin ze ongelijk zijn. “Gezondheid, ziekte en handicap zijn ongelijk verdeeld en dus worden cliënten tijdelijk ongelijk behandeld om ze opnieuw gelijke kansen tot functioneren te geven.”(Liégeois, 2007; 4)

Vertrouwen berust op het wederzijdse geloof in de mogelijkheden en de trouw van de ander. “Slechts in de mate dat de cliënten zorgverlening aanvaarden en de zorgverleners de eigen verantwoordelijkheid van cliënten respecteren, kan er een vertrouwensrelatie groeien. Een vertrouwensrelatie vergt een evenwichtige verhouding tussen afstand en nabijheid.”(Liégeois, 2007; 4)

De gezondheidsethiek

De zorgethiek is een relatief jonge benadering die sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw ontwikkeld is. In deze benadering wordt nadruk gelegd op de waarde van relaties tussen mensen, het zorgen voor elkaar en zichzelf, op vertrouwen, kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid. Zorgethiek biedt daarmee een ander perspectief op morele probleemsituaties dan de klassieke ethiek, er worden andere aspecten belicht en soms ook andere ‘oplossingen’ voorgesteld.

Het zorgethisch perspectief eist van ons dat we op een andere manier naar de werkelijkheid kijken dan in klassieke ethiek gebruikelijk is. Verschillende klassieke ethische opvattingen kenmerken zich door een sterke gerichtheid op onze morele ‘plichten’ tegenover elkaar, er

van uitgaand dat we in algemene regels kunnen formuleren wat moreel juist is om te doen. Dit heeft vaak tot gevolg dat ethische reflectie van ons vraagt om af te zonderen van de specifieke context, en te persoonlijke details ‘los te laten’.

Het zorgethisch perspectief daarentegen wijst juist, door de nadruk op verantwoordelijkheid voor relaties van mensen, op het belang van concrete situaties. Morele problemen komen in omgang met anderen tot stand, en we kunnen niet een paar elementen daar uit scheiden om tot een juist moreel oordeel te komen. De context en de cultuur waarin iemand leeft, en zijn of haar geschiedenis zijn van groot belang om tot een idee te komen van wat juist is om te doen. De nadruk op concrete mensen is bovendien belangrijk om beter te kunnen zien op welke manieren relaties tussen mensen tot verwachtingen, verplichtingen, rechten en verantwoordelijkheden leiden; de verscheidenheid hierin kan enorm zijn en het zal daardoor niet gemakkelijker worden om morele beslissingen in algemeen geldende regels te formuleren. Dat is volgens de zorgethiek dan ook niet een doel dat we moeten nastreven, we moeten ons in plaats daarvan bewust leren te zijn van de selectie die we altijd maken als we voor een bepaalde morele beslissing staan (het gaat om deze mens, deze patiënt, deze beslissing).”Met andere woorden: zorgethiek vraagt van ons, door aandacht voor relaties en concrete context, de veelzijdigheid van het leven mee te nemen in ons moreel redeneren.”(Bolt e.a., 2005; 106)

In de zorgethiek gaat het niet zozeer om verplichtingen of principes, of om regels die voorschrijven wat je behoort te doen, maar meer om een bepaalde attitude of een goede eigenschap die mensen zouden moeten hebben of ontwikkelen.

Naast de klassieke ethische benaderingen, waarin de nadruk wordt gelegd op waarden als autonomie en onafhankelijkheid, eist de zorgethiek aandacht op voor andere waarden zoals zorgzaamheid, betrokkenheid, en persoonlijke relaties.

Bolt e.a.(2005; 111) schrijft: “Een ander mensbeeld met daaraan gekoppeld een ander maatschappijbeeld komt in zicht: de maatschappij bestaat niet uit een aantal onafhankelijke vrije individuen die met elkaar een samenlevingscontract hebben gesloten, maar uit personen die op allerlei manieren met elkaar verbonden en onderling van elkaar afhankelijk zijn.”

Wat is van invloed op de autonomie van de patiënt?

De autonomie van de patiënt wordt bepaald door patiëntfactoren en door omgevingsfactoren, welke de autonomie positief of negatief kunnen beïnvloeden.

Patiëntfactoren zijn de normen en waarden van de patiënt, dus hoe de patiënt in het leven staat. Er zijn innerlijke factoren die een rol spelen in het gedrag van de patiënt. Namelijk wat

de levensgeschiedenis of het karakter van de patiënt is en of er sprake is van multi-morbiditeit. Met betrekking tot de innerlijke factoren kan gezegd worden dat wanneer de patiënt veel zelfvertrouwen heeft, initiatief kan en durft te nemen en assertief is deze helpend zijn voor zijn autonomie. Wanneer dit niet het geval is, of de patiënt krijgt hier de ruimte niet voor, dan zal dit de autonomie in de weg staan.

Naast patiëntfactoren zijn ook omgevingsfactoren van grote invloed op de autonomie van de patiënt. Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen omgevingsfactoren die de autonomie positief beïnvloeden en omgevingsfactoren die de autonomie negatief beïnvloeden.

Een sfeer tussen fysiotherapeut en patiënt die gekenmerkt wordt door hoop is belangrijk zodat de patiënt gemotiveerd blijft om te oefenen.

Ook de therapie is belangrijk voor de patiënt, hierbij moet de fysiotherapeut de behandeling ondersteunen met voldoende steun en informatie en er moet voldoende aandacht en respect zijn voor de patiënt. Continuïteit in een behandeling wordt door patiënten als een belangrijk punt in de zorgverlening genoemd. Hiermee kan continuïteit bedoeld worden met betrekking tot tijd, persoon en methode van zorgverlening. Het is wenselijk om de behandeling niet door teveel verschillende fysiotherapeuten laten uitvoeren, omdat patiënten dan meerdere keren hun verhaal moeten vertellen. Patiënten kunnen er waarde aan hechten om afspraken te maken qua tijdsduur en tijdstip van de behandeling. Ook over de inhoud van de behandeling willen ze meebeslissen.

Als de patiënt wordt behandeld door middel van een teambenadering, en gesteund wordt door familie of naasten dan zal dit het proces van de autonomie ten goede komen omdat hij dan het gevoel kan hebben dat iedereen achter hem staat. De familie kan fungeren als tussenpersoon bij bijvoorbeeld ernstige communicatieve beperkingen. En de familie herkent vaak veel duidelijker wat de patiënt bedoelt en dat bevordert dan weer de autonomie.

Paternalisme, het nemen van beslissingen vóór de patiënt in zijn belang, kan de autonomie ook ondersteunen, mits het op het gebied van de behandeling blijft. De patiënt moet op allerlei manieren de ruimte krijgen om autonomie te kunnen ontwikkelen.

Ook zijn er omgevingsfactoren die de autonomie van de patiënt negatief beïnvloeden.

Wanneer het net beschreven paternalisme op andere gebieden dan de behandeling wordt toegepast is dat niet bevorderend voor de autonomie. Er wordt hierdoor voor de patiënt teveel beslist, waardoor de patiënt geen kans krijgt om over dingen die hem aangaan zelf te beslissen.

Als er in een verpleeghuis verzorgingsregimes zijn waar verzorgers of behandelaars niet van af mogen wijken is er te weinig ruimte om de behandeling per patiënt af te stemmen.

Wanneer de patiënt niet of nauwelijks privacy heeft of de patiënt komt in een voor hem vreemde omgeving dan zal de patiënt zich er niet thuis voelen. Wachttijden en de zogenaamde 'hotelfunctie' van het verpleeghuis, welke inhoudt dat de patiënt niet meer dan een nummer is, zijn ook niet bevorderlijk.

Als er tijdens de behandeling een gebrek aan informatie is, of er wordt onvoldoende geëvalueerd en overlegd dan kan de patiënt geen autonomie ontwikkelen omdat hij het gevoel heeft dat hij nergens van af weet en dus ook nergens bij betrokken kan worden. Ook moet er geen tijdsdruk bij het personeel zijn, want dan kan de patiënt zich teveel voelen.

Overbezorgdheid door familie of door fysiotherapeut is ook niet wenselijk, omdat de patiënt dan teveel betutteld kan worden.

Naast factoren die vanuit de omgeving of de patiënt van invloed zijn op de patiënt, zijn er ook regels en wetten die bepalen hoe de fysiotherapeut of de patiënt dienen te handelen.

De rechten en plichten van de patiënt

De relatie tussen een patiënt en een hulpverlener is, juridisch gezien, gebaseerd op een overeenkomst, waarbij beide partijen rechten en plichten hebben om dit in goede banen te leiden. Het gaat in deze omschrijving evenzeer om rechten als om plichten. Dit kan ook niet anders, omdat de hulpverlening meestal procesmatig verloopt en een optimale medewerking van de patiënt hierin niet gemist kan worden.

- De patiënt heeft er recht op om volledig over zijn of haar gezondheidstoestand te worden geïnformeerd. Deze informatie behoort immers tot het meest eigene van de mens en stuit niet zelden op klemmende levensvragen. Bovendien is informatie van groot belang voor de toestemming die de patiënt voor verder onderzoek en behandeling moet geven. Deze toestemming is, naar algemeen wordt aangenomen, alleen rechtsgeldig als de patiënt optimaal op de hoogte is van de aard en de context van hetgeen te gebeuren staat ('informed consent'). Toestemming uitlokken zonder adequate informatie te verstrekken heeft gevolgen voor de beslissingsvrijheid van de patiënt.
- Er mag geen onderzoek of behandeling aan een persoon plaatshebben zonder dat deze daarvoor toestemming heeft gegeven of er duidelijk mee ingestemd heeft.

- De patiënt mag zijn eigen gegevens inkijken die over hem is vastgelegd en weten wat er met die informatie gedaan wordt. Ook mogen zij verbetering van die gegevens eisen.
- Wie als hulpvrager een contact in de gezondheidszorg aangaat, geeft iets prijs van zichzelf. Dat kan variëren van minimale privacy tot diepe intimiteit, maar verdient altijd het respect van privacy.
- De patiënt heeft de plicht om voor de behandeling te betalen (behalve wanneer de betaling op andere wijze is geregeld). (Verbogt, 2003)

De rechten en plichten van de fysiotherapeut

- De fysiotherapeut is verplicht om de patiënt op duidelijke wijze en indien gewenst ook schriftelijk te informeren over onderzoek, behandeling en gezondheidstoestand (diagnose).
- De patiënt moet voor elke verrichting in het kader van de behandeling toestemming geven. Om deze toestemming te kunnen geven moet de patiënt een afweging kunnen maken op grond van de verstrekte informatie door de fysiotherapeut. Informatie en toestemming hangen dus nauw samen. Deze samenhang wordt weergegeven door het begrip ‘informed consent’.
- Omdat de patiënt het recht heeft op inzage en afschrift van zijn dossier, is de fysiotherapeut verplicht om een patiëntendossier bij te houden.
- De fysiotherapeut mag aan anderen alleen met toestemming van de patiënt inlichtingen over de patiënt of inzage in zijn dossier geven. (KNGF, 1998)

Als er gekeken is naar het voorgaande, dan kan geconcludeerd worden dat er vele factoren van belang zijn op de autonomie van de patiënt. Beschreven wordt nu hoe hulpverlening daarbij tot stand komt.

Hulpverlening en autonomie

Een positieve autonomie van de een onderhoudt ook de autonomie van de ander.

Hulpverlening gaat uit van een hulpvraag, een vraag tot herstel van een situatie waarin de patiënt zichzelf weer kan helpen. Het ingaan op een hulpvraag omdat de hulpvrager niet in staat is op eigen kracht de eigen identiteit te continueren betekent dat men als professional

ook een dusdanige plaats moet innemen in de relatie dat deze optimaal effectief is met betrekking tot de hulpvraag. Dit geldt voor iedere hulpverlener.

Voorwaarde om hulp te verlenen is medemenselijkheid. Voor beide deelnemers in de relatie geldt dat de menselijke totaliteit van de hulpvrager en van de hulpverlener centraal staan in hun subjectieve identificatie met de ander. Bergsma (1994; 204) schrijft: “ Ik kan geen hulp verlenen aan de ander als ik me niet als subject ook in die ander kan verplaatsen om op die manier mee te beleven wat de kern van de hulpvraag is”. Daarnaast zal er een zeker afstand bewaard moeten blijven om eigen medemenselijkheid en professionaliteit op optimale wijze op elkaar af te stemmen.

“Niet de technologische mogelijkheden zijn de eerste maat voor hulpverlening, maar dat wat goed is voor het herstel van de heilheid van deze unieke patiënt.

De hulpverlener-patiëntrelatie kan daarmee nooit een routinere relatie worden: deze ene persoonlijke relatie is bepalend voor wat er daarbinnen aan hulpverlening plaatsvindt.”
(Bergsma, 1994; 204)

Wanneer de hulpverlener beslissingen neemt voor de hulpvrager of de te nemen besluiten niet uitspreekt met de hulpvrager, dan ontnéemt hij of zij de hulpvrager daarmee diens autonomie. Wanneer de hulpvrager er bij de hulpverlener op aandringt de eigen verantwoordelijkheid over te nemen (‘zegt u het maar, u kunt daar beter over beslissen. U hebt ervoor geleerd en ik ben niet deskundig’), dan legt de patiënt niet alleen de eigen autonomie neer bij de hulpverlener, maar ontnéemt hij de hulpverlener tegelijkertijd ook zijn autonomie. De hulpverlener wordt immers, min of meer, gedwongen beslissingen voor of over iemand te nemen op basis van specifieke technologische deskundigheid (‘U heeft ervoor geleerd’), terwijl de beslissingen vaak juist buiten dit specifieke kennisgebied de grootste consequenties hebben. Deze gedwongen verantwoordelijkheid dwingt hem om in het perspectief van de patiënt te beslissen en de autonomie wordt in deze speciale relatie eigenlijk tenietgedaan. Autonomie is niet een absoluut gegeven. Het komt tot uiting in de interrelatie tussen identiteit, zelfbeeld en omgeving. Zoals de fysiotherapeut omgeving is voor de patiënt, is de patiënt omgeving voor de fysiotherapeut en is autonomie daarom een aspect van de interrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener. (Bergsma, 1994)

Hoofdstuk 2: De CVA-patiënt en Autonomie

Het voorkomen van een CVA heeft de landelijke aandacht. Er komen om de haverklap nieuwe campagnes om de mensen op de gevolgen en vooral op de preventie ervan te wijzen. Het is niet zomaar dat mensen hierop attent gemaakt worden, want hart- en vaatziekten zijn doodsoorzaak nummer één in Nederland. In Nederland leven circa 190.000 patiënten met de gevolgen van een beroerte. Jaarlijks worden er naar schatting 41.000 personen getroffen door een eerste beroerte. Deze ziekte heeft enorme gevolgen voor het lichaam en de geest van de mens, daarom is dit het onderwerp dat beschreven wordt met betrekking tot de autonomie.

Patiënten die een CVA (of cerebrovasculair accident) hebben gehad ondervinden na het CVA vaak problemen in de vorm van stoornissen, beperkingen en handicaps. Zij moeten zich aanpassen aan de nieuwe situatie. Dit proces wordt in de meeste gevallen ondersteund door revalidatie in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. Dikwijls is de autonomie van de patiënt verminderd ten opzichte van de situatie voor het CVA; de patiënt heeft niet alleen beperkingen op het gebied van mobiliteit, communicatie en/of cognitie, maar ook toekomstplannen zijn onverwacht doorkruist door het optreden van het CVA. (Proot, 2000) In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de autonomie bij een CVA-patiënt tijdens de revalidatie kan veranderen. Ook wordt beschreven hoe hulpverleners de patiënten zouden moeten ondersteunen bij het herwinnen van hun autonomie.

De autonomie van de CVA-patiënt

Met betrekking tot CVA-patiënten heeft Agich (Proot e.a., 1998) een nieuwe definitie van autonomie besproken. Deze wordt namelijk "*Actuele autonomie*" genoemd.

Deze benadrukt het dynamische en concrete karakter van autonomie. Uitingen van autonomie laten niet alleen zien wie men is, maar ook wie men zal worden. Actuele autonomie houdt in dat autonomie afhangt van persoonlijke ontwikkeling en van de omgeving waarin men verkeert, en benadrukt zo de contextgebondenheid van autonomie. Autonomie kan men alleen realiseren in relatie tot zijn sociale en fysieke context. De autonomie van de CVA-patiënt revaliderend in een verpleeghuis hangt bijvoorbeeld af van de relatie met de leden van het multidisciplinaire team, en in het bijzonder van de relatie met de vaste verzorgende. Daarnaast hangt autonomie sterk samen met de keuzes en alternatieven die beschikbaar zijn of aangeboden worden aan de patiënt: hoe meer de patiënt zich hiermee kan identificeren (aansluiting bij levensgeschiedenis), hoe beter voor diens ontwikkeling en autonomie.

CVA-patiënten voelen zich vaak verward, angstig en onzeker in de eerste paar maanden na het doormaken van een CVA en zijn daarom afhankelijk van andere mensen.

Ireen Proot (2000) beschrijft in haar onderzoek naar de autonomie bij CVA-patiënten 3 fasen waarin de autonomie van de patiënt verandert.

Hierbij zijn 3 verschillende dimensies van autonomie belangrijk die elk een andere rol spelen. Deze dimensies zijn Zelfbeschikking, Zelfstandigheid en Zelfredzaamheid.

Zelfbeschikking is het maken van keuzes en het nemen van beslissingen over eigen leven en gezondheid, inclusief keuzevrijheid. In deze dimensie kan de patiënt zelf beslissen wat er moet gebeuren en hoe het moet gebeuren.

Zelfstandigheid is het plannen en organiseren van het eigen leven, inclusief sociale contacten en rollen, en verwijst naar het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen leven en gezondheid. In deze dimensie kan de patiënt zelf stappen ondernemen, kan zelfstandig functioneren in eigen omgeving en in een omgeving met anderen.

Zelfredzaamheid heeft betrekking op de vaardigheden (op het gebied van mobiliteit, communicatie en cognitie) en activiteiten die noodzakelijk zijn voor het dagelijks functioneren. In deze dimensie kan de patiënt onafhankelijk zijn en kan hij zichzelf redden, met zo min mogelijk hulp van anderen. Dit kan betekenen dat de patiënt een hulpmiddel nodig heeft, maar hiermee toch onafhankelijk kan zijn.

Deze dimensies staan niet los van elkaar, maar beïnvloeden elkaar. In sommige gevallen wordt nadruk gelegd op één dimensie, waardoor de andere dimensie beïnvloedt kunnen worden.

Er zijn drie fasen in de revalidatie van de CVA-patiënt, waarin de autonomie van de CVA-patiënt een verandering doormaakt. Deze worden beschreven als de opnamefase, de revalidatiefase en de ontslagfase. In elk van deze fasen maakt de patiënt iets nieuws mee en verandert de autonomie. Beschreven wordt welke dimensies van autonomie in elke van de fasen van belang zijn.

De opnamefase: Dit is de acute fase na het ontstaan van een CVA. Deze fase vindt meestal plaats in een ziekenhuis waarvan de gemiddelde opnameduur 2 weken is alvorens de patiënt naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum gaat. De autonomie van de patiënt wordt in deze fase belemmerd door zijn omstandigheden (beperkingen) en door patiëntfactoren die ontstaan zijn na het CVA (multi-morbiditeit, onbekwaamheid, emotionele toestand, verwachtingen). In deze fase zijn alle 3 dimensies van autonomie van belang, maar wordt de aandacht vooral gericht op de zelfredzaamheid van de patiënt. Eerst moeten de vaardigheden en activiteiten

die noodzakelijk zijn voor het dagelijks functioneren verbeteren wil er beroep gedaan kunnen worden op zelfbeschikking en zelfstandigheid. Doordat aandacht wordt besteed aan de zelfredzaamheid, onderhoudt dat ook de andere twee dimensies. Binnen de fysiotherapeutische zorgverlening wordt ernaar gestreefd om patiënten zo snel mogelijk (binnen 72 uur na het ontstaan van het CVA) te mobiliseren, en om zo snel mogelijk te starten met een reactiveringsprogramma.

De revalidatiefase: Deze fase, die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum plaatsvindt, duurt gemiddeld 91,5 dagen. Dit is tevens de subacute fase volgens de KNGF-richtlijn over Beroerte. Tijdens deze fase blijkt de autonomie van de patiënt, vooral de dimensie zelfredzaamheid, toe te nemen door zowel patiëntfactoren als omgevingsfactoren (beschreven in Hoofdstuk 1). Wanneer de zelfredzaamheid toeneemt, zal de aandacht meer gericht kunnen worden op de dimensies zelfstandigheid en zelfbeschikking.

In deze fase heeft de patiënt hulp nodig van een multidisciplinair team bij het vergroten van zijn autonomie en hiermee herwint hij die geleidelijk, waardoor hij minder ondersteuning nodig heeft.

De ontslagfase: Na de revalidatiefase volgt ontslag naar huis of verzorgingshuis. In een landelijk benchmarkonderzoek wordt geconstateerd dat 50% terugkeert naar de eigen woonomgeving. De overige patiënten verblijven na ontslag uit verpleeghuis of revalidatiecentrum in een verzorgingshuis (Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.). In deze fase kan de CVA-patiënt een toename van zijn autonomie ondervinden, vooral de dimensies zelfstandigheid en zelfbeschikking. Deze toename blijkt te maken te hebben met patiëntfactoren, omdat de patiënt weer de mogelijkheden herwint om zelfstandig te zijn. De patiënt zou hierdoor meer zelfvertrouwen moeten krijgen, en kan assertiever worden waardoor hij meer initiatief durft te nemen. In de ontslagfase zou de patiënt zelfverzekerd genoeg moeten zijn omdat hij thuis weer veel zelf moet kunnen. Als de patiënt thuis is kan hij weer onzeker worden omdat hij merkt dat het een grote omschakeling is vergeleken met de revalidatiefase. Naarmate hij meer gewent raakt zou de onzekerheid weer af moeten nemen. De zelfstandigheid kan in deze fase toenemen als de patiënt naast het oefenen in het dagelijks leven thuis ook nog poliklinisch in ziekenhuis of verpleeghuis blijft revalideren. Hierdoor kan hij de dagelijkse problemen die hij ervaart voorleggen en oefenen onder begeleiding van fysio- of ergotherapeut. Dit kan de patiënt helpen in zijn zelfstandigheid en zelfbeschikking thuis.

Multidisciplinaire aanpak

Een van de allerbelangrijkste factoren die bevorderend is voor de ontwikkeling van de autonomie van de patiënt is een multidisciplinaire behandeling waarbij iedereen zich maximaal inzet voor de patiënt.

Er bestaan speciale strokeunits in ziekenhuizen waar de opname van een patiënt na het doormaken van een CVA in de acute fase door meerdere disciplines wordt begeleidt.

Aanwezig in een dergelijk multidisciplinair team zijn een cardioloog, een internist, logopedist, ergotherapeut, fysiotherapeut en een verpleegkundige.

De medici gaan in de acute fase vooral biomedisch te werk door de gezondheid te diagnosticeren en te bewaken. De fysieke gesteldheid van de patiënt heeft nu de hoogste prioriteit.

De fysiotherapeut gaat in de acute fase meer biopsychosociaal te werk, en is er dus meer voor de patiënt als mens. Hierdoor is het zo belangrijk dat de patiënten zo snel mogelijk fysiotherapie krijgen. De patiënt ervaart de behandeling daardoor vaak als prettig.

Proot (2000) doet aanbevelingen voor een multidisciplinaire aanpak. Dit kan volgens haar gestimuleerd worden door multidisciplinaire richtlijnen en cursussen, en door coördinatie van het proces van veranderde autonomie, bijvoorbeeld door een verpleegkundige.

De rol van fysiotherapeut binnen het multidisciplinaire team:

Een fysiotherapeut heeft kennis van het bewegingsapparaat, waardoor hij in staat is sturing te geven aan het revalidatieprogramma. Belangrijk in de fysiotherapeutische benadering is de behoefte en verwachting van de patiënt, de kans op functionele verbetering, de belemmerende factoren die het niveau en de wijze van functioneren bepalen en de wijze waarop de factoren te behandelen zijn. Niet alleen de lichamelijke en zichtbare gebreken zijn belangrijk, ook de minder zichtbare gevolgen van het CVA. De fysiotherapeut weet over het algemeen onvoldoende wat betreft cognitieve revalidatie, daarom zal hij samen moeten werken met ergotherapeut en/of (neuro)psycholoog om het optimale resultaat te behalen. De fysiotherapeut moet dus nauw samenwerken met andere disciplines om te overleggen. (KNGF, 2004)

Psychische en lichamelijke klachten die van invloed zijn op autonomie

Iemand die een CVA doorgemaakt heeft moet zich tijdens het ziekteverloop meerdere keren aanpassen aan de ziekte en aan de lichamelijke, psychische en sociale problemen die het met zich mee brengt. Het aanpassen houdt nooit op. Het begint bij het ontstaan van de ziekte en

vindt plaats gedurende de gehele reeks gebeurtenissen die hier jarenlang op volgen. Deze gebeurtenissen kunnen bij de patiënt emotionele reacties oproepen. Hierbij zijn sommige reacties gebonden aan de verschillende fases die de patiënt doormaakt. De patiënt kan angst hebben om dood te gaan en denken dat hij niet meer kan functioneren in het dagelijkse leven, of is bang om in de steek gelaten te worden door familie en vrienden.

Naast de hierboven beschreven klachten kan een CVA ook een aantal lichamelijke klachten met zich mee brengen. Als het CVA in de rechterhersenhelft is geconstateerd dan is er kans op een neglect en hemi-inattentie, de ruimtelijke waarneming kan gestoord zijn, er kan een geheugenstoornis zijn voornamelijk bij het uitvoeren van handelingen maar ook bij het herkennen van gezichten, en het gedrag kan veranderen in snel en impulsief. Als het CVA in de linkerhersenhelft is geconstateerd is er kans op een spraak- en taalstoornis, er kan een geheugenstoornis zijn voornamelijk voor taal en er zijn problemen met het doelgericht uitvoeren van handelingen, het gedrag kan veranderen in langzaam en voorzichtig.

Stoornissen in de communicatie en cognitie kunnen bij deze patiënten een aanzienlijke belemmering vormen, niet alleen voor het peilen van hun verlangens en mogelijkheden, maar ook voor de informatieverstrekking naar de patiënt toe.

Terugkomend op de drie dimensies van autonomie kunnen we zeggen dat deze lichamelijke en psychische problemen een enorme invloed op alle drie dimensies hebben. Wanneer een patiënt niet kan spreken, of zichzelf niet goed kan uiten ten gevolge van het CVA dan zal dat invloed hebben op de zelfredzaamheid van de patiënt, omdat hij anderen nodig heeft om hem te helpen. Echter dit heeft ook invloed op de zelfstandigheid en de zelfbeschikking van de patiënt, omdat hij niet kan verwoorden wat hij wil en hierdoor zijn keuzes niet kenbaar kan maken aan de omgeving.

Geheugenstoornissen zijn voor de patiënt ook heel ingrijpend. Als hij merkt dat hij dingen niet meer weet dan kan hij het gevoel hebben dat zijn lichaam hem in de steek laat. Wanneer geheugenstoornissen op het gebied van cognitie voorkomen dan heeft dat invloed op de zelfredzaamheid van de patiënt. Wanneer geheugenstoornissen zich manifesteren in sociale contacten dan kan dat invloed hebben op de zelfstandigheid en zelfbeschikking van de patiënt, omdat hij dan het idee kan hebben dat hij zelf alles moet beslissen.

Motorische stoornissen hebben vooral invloed op de zelfredzaamheid van de patiënt. Wanneer deze stoornissen verbeteren kan de patiënt zich beter redden. Wanneer tijdens de revalidatieperiode het functieverlies afneemt kan de behoefte aan eigen autonomie weer toenemen.

Proot e.a.(1998; 49) benadrukt: “Aandacht voor de 3 dimensies van autonomie en een gedifferentieerde benadering van autonomie gedurende het revalidatieproces zijn van belang om de patiënt optimaal voor te bereiden op de terugkeer naar huis/verzorgingshuis.”

Rol van de fysiotherapeut ten aanzien van de autonomie van de patiënt

Patiënten worden bij het herwinnen van hun autonomie gesteund door een benadering die mee verandert met de toenemende autonomie van de patiënt. Dit betekent dat de patiënt volledige hulp krijgt in de opnamefase, waarnaar via beperkte hulp en supervisie naar geringe supervisie in de ontslagfase wordt gewerkt. Ook betekent het dat in de opnamefase paternalisme door de fysiotherapeut plaatsvindt, via gedeeltelijk paternalisme (alléén betreffende beslissingen over de behandeling) in de revalidatiefase, naar gezamenlijke besluitvorming in de ontslagfase. Paternalisme heeft vooral betrekking op de dimensies zelfbeschikking en zelfstandigheid. De fysiotherapeut richt zich vooral op de dimensies zelfredzaamheid en zelfbeschikking. Hij kan de patiënt hiermee ondersteunen door een goed afgestemde fysiotherapeutische behandeling en emotionele steun te bieden.

Pool (1995) beschrijft heel treffend: ”Het gaat dus uiteindelijk niet alleen om het respecteren van autonomie, maar ook om het restaureren van de autonomie.”

Hoofdstuk 3 Handvatten voor fysiotherapeutisch handelen

Als gekeken wordt naar voorgaande hoofdstukken waarin besproken wordt wat autonomie is en hoe het proces van herstel van autonomie bij CVA-patiënten verloopt, kan geconcludeerd worden dat een fysiotherapeut een belangrijke rol heeft in dat proces.

Dit proces van autonomie is bij elke patiënt verschillend en brengt bij elke persoon een aangepaste aanpak met zich mee. Omdat iedere patiënt anders is kan men zich indenken dat er morele dilemma's kunnen ontstaan. De autonomie kan bijvoorbeeld in het gedrang komen tijdens een fysiotherapeutische behandeling.

In dit hoofdstuk wordt besproken welke morele dilemma's er voor kunnen komen en hoe gehandeld kan worden wanneer de fysiotherapeut voor een moreel dilemma komt te staan. Deze worden beschreven in een aantal tips die kunnen helpen bij de beslissing hierin.

Moreel dilemma

Wanneer er tegengestelde conclusies ontstaan ten aanzien van wat ethisch geboden is ontstaat er een dilemma: moet men alles in werking stellen om iemand te genezen, of moet men zijn weigering van behandeling respecteren?

“In morele dilemma's wordt iemand geconfronteerd met zichzelf. Wanneer iemand voor een moreel dilemma staat wordt hij terug geworpen op zijn eigen normen en waarden.”(Bosch, 2002; 121) Belangrijk is het dus om te weten waar de fysiotherapeut als persoon zelf voor staat.

Morele dilemma's hoeft men niet alleen op te lossen, daar kunnen collega's bij helpen. Daarom is een goed functionerend team van belang.

Het is mogelijk dat een patiënt niet wil oefenen. De patiënt kan moe zijn, of het nut niet inzien van de therapie. Ook kan het zijn dat de patiënt vindt dat de behandeling die hij nu krijgt te weinig oplevert. De patiënt kan een andere invulling van de therapie willen die volgens de fysiotherapeut op dit moment nog buiten zijn bereik ligt, of de patiënt kan niet kenbaar maken wat hij wil gezien de lichamelijke klachten die hij heeft. Dit zijn allemaal punten waar een fysiotherapeut tijdens de behandeling op kan stuiten. Het is daarom niet verwonderlijk dat een fysiotherapeut in de behandeling van een CVA-patiënt regelmatig voor dilemma's komt te staan. In een fysiotherapeutische behandeling vindt namelijk een constante interactie plaats met een patiënt die een eigen inbreng heeft in wat hem en zijn lichaam aangaat. Een persoon

die probeert zijn eigen autonomie te behouden tegenover een professional die veel kennis heeft van wat er met hem gebeurd is.

Wat een fysiotherapeut kan doen om zich uit deze dilemma's te redden is allereerst luisteren naar de patiënt. Deze patiënt zegt niet zonder reden dat hij deze keer geen behandeldeling wil. Belangrijk is het om in gesprek te komen met deze patiënt over zijn ideeën en hem zijn verhaal te laten vertellen. Er kunnen namelijk verschillende dingen meespelen, zoals verdriet en boosheid over wat hem overkomt. Deze patiënt is de belangrijkste informatiebron waarop een behandelpun a afgestemd wordt. Zonder deze patiënt kan er geen behandeling gestart worden. Dit gebeurt niet alleen bij de anamnese, maar bij elke behandeling.

In de komende paragraaf zullen een aantal tips besproken worden die als richtlijn kunnen dienen in het fysiotherapeutisch handelen bij een CVA-patiënt.

Enkele praktische tips voor de fysiotherapeut:

- Heb aandacht voor de patiënt. Patiënten in het ziekenhuis (maar ook in verpleeghuis) krijgen wel veel ondersteuning en aandacht, echter vooral op het niveau van functieherstel, en minder op het niveau van de zorgbetrekking. Deze patiënten zitten tussen hoop en vrees en er gaat van alles in hen om. Het kan anders als er aandacht wordt besteed aan de houding, mentaliteit of attitude van de fysiotherapeut. Heijst (2005; 6) schrijft: "Voor die verandering is nodig dat professionals anders gaan kijken tegen wat zij eigenlijk aan het doen zijn, als ze zorg verlenen (in de cure of care)."
- Er zijn voor de patiënt. Presentie, het er alleen al zijn voor de patiënt kan in sommige gevallen al een therapeutische werking hebben. Baart (Hagenaars e.a., 2006; 18): "Een theorie van presentie, de theorie van het er zijn, het er zijn voor de ander, het er met aandacht voor de ander zijn, simpel gezegd, 'being there'. Hoe slechter iemands situatie, des te wenselijker is deze vorm van zorg." Fysiotherapeutisch hulpverleners dient geworteld te zijn in het diepe besef dat het er voor de ander willen zijn het fundament van behandelen is. (Hagenaars e.a., 2006; 19)
- Bied ruimte voor vragen en kritiek. De situatie waar de patiënt zich in bevindt, is nieuw voor hem, en als de patiënt vragen of opmerkingen heeft moet daar naar geluisterd worden. Een makkelijke manier om kritiek af te wenden is de kritische patiënt of familie afdoen als een bijzonder geval of een zeur. Neerbuigend of bagatelliserend praten over klagende patiënten of bewoners, zoals sommige professionals doen, is niet gewenst en bovendien oneerlijk. De fysiotherapeut moet open kunnen staan voor feedback.

- Overleg met de patiënt over de therapie en de behandeling, zo geef je de patiënt de kans om mee te beslissen in zijn eigen revalidatieproces. Leg uit dat het belangrijk is om te oefenen omdat er in verschillende onafhankelijk uitgevoerde systematische reviews aangetoond is dat fysio- en ergotherapie een intensiteit-effectrelatie kent in de eerste 6 maanden na het ontstaan van het CVA. Hierbij leiden meer uren therapie tot grotere behandelresultaten. (KNGF, 2004) Dit is een reden die een fysiotherapeut kan legitimeren een patiënt met een CVA te behandelen.
- Laat ruimte voor eigen gewoontes en tijdsplanning. Het kan heel belangrijk voor de patiënt zijn om eigen dingen te kunnen doen in de tijdsplanning die ongeveer hetzelfde is als hij thuis gewend is. Hiermee kan de patiënt zich vertrouwder voelen in de vreemde omgeving waarin hij terecht is gekomen. Met betrekking tot de behandeling zou dit kunnen betekenen dat eigen gewoontes meegenomen kunnen worden in het oefenen met de patiënt zodat de oefeningen toegepast kunnen worden in het dagelijks leven.
- Bied alleen hulp waar nodig. Als er vaak hulp wordt geboden aan de patiënt dan kan de patiënt het idee krijgen dat de mensen om hem heen denken dat hij niet zelfstandig genoeg is, waardoor de patiënt onzeker kan worden. Bied ook niet te snel hulp, kijk eerst wat de patiënt zelf kan, of wat hij wil proberen te kunnen.
- Toon interesse voor het werk of de tijdsplanning van de patiënt. De patiënt kan een gevoel van zelfstandigheid krijgen als hij kan vertellen waar hij intensief mee bezig is. Als de patiënt het gevoel heeft dat hij mee mag beslissen in het plannen van het tijdstip van de behandeling dan kan dat zelfvertrouwen opleveren.
- Betrek de patiënt bij beslissingen over alle zaken die hem of haar aangaan. Hierbij kan gelezen worden dat er alleen paternalisme met betrekking tot de behandeling mag plaatsvinden, maar dat er ook overlegt moet worden met de patiënt. Wanneer hij merkt dat hij zelf ook een inbreng heeft zal de samenwerking beter verlopen en zal de inzet van de patiënt verhoogd kunnen worden.
- Geef feedback aan de patiënt waar nodig. De patiënt leert ervan wanneer de fysiotherapeut hem wijst op handelingen die in sommige gevallen anders of beter kunnen. Anderzijds moet de fysiotherapeut ook feedback kunnen ontvangen. Goede communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt is belangrijk voor de samenwerking.

- Moedig assertiviteit en eigen initiatief aan. De fysiotherapeut kan dit doen door kenbaar te maken aan de patiënt dat dit belangrijk is voor de behandeling. Alleen wanneer de patiënt dit weet kan hij aan dit punt werken.
- Ondersteun patiënt en familie bij het starten van procedures voor het verkrijgen van benodigde hulpmiddelen. De patiënt en zijn familie zijn onbekend met deze situatie, en de fysiotherapeut heeft de taak om zoveel mogelijk te informeren over de procedure die volgt. De familie is ook niet bekend met het regelen van benodigde hulpmiddelen, waardoor de fysiotherapeut de taak heeft om ze daarin zoveel mogelijk te begeleiden, want dit is echter wel bekend terrein voor hem.

Al eerder werd gezegd dat deze punten een richtlijn zouden kunnen zijn voor het behandelen van een CVA-patiënt. Het is wel zo dat een aantal van deze punten de fysiotherapeut vaak kunnen helpen, maar dit hoeft niet te betekenen dat ieder punt bij elke patiënt toepasbaar is. Wanneer na het doorlopen van deze punten de fysiotherapeut en de patiënt, om welke reden dan ook, het niet eens worden tijdens de behandeling is het raadzaam dit bespreekbaar te maken. Dit kan met collega's of in het multidisciplinaire team. Wanneer de fysiotherapeut en de patiënt denken er samen niet uit te komen, is het raadzaam deze patiënt over te dragen aan een collega die meer gemeen heeft met deze patiënt. Dit komt de behandeling van de patiënt ten goede. Dit is hulp verlenen aan de patiënt, want er wordt een bewuste keuze hierover gemaakt.

In de fysiotherapeutische behandeling draait het uiteindelijk om respect. Er moet respect zijn voor de persoon met zijn normen en waarden. Lijden en verdriet tast mensen aan en hun vermogen om met anderen samen te hangen. Het vreet aan ze, zeker als het lang duurt en ze chronische pijn moeten verduren of kampen met verliezen die nooit meer overgaan. Het is belangrijk de CVA-patiënt de erkenning te geven dát die het zwaar heeft, ze te steunen en mee te leven. Dat doet goed. Zo bouwt de fysiotherapeut, in de korte tijd waarin ze de patiënt tegenkomen, een zorgzame betrekking op en dát helpt.

“Ons uitgangspunt in de hulpverleningsrelatie is autonomie. Pas in de ontstane interactie zal blijken op welke fysieke, relationele of normatieve punten de patiënt het tijdelijk of helemaal moet laten afweten. Dan is pas het moment gekomen om eventueel een deel van de verantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen of te helpen deze opnieuw te realiseren.”
(Bergsma, 1994; 220)

Conclusie

In een fysiotherapeutische behandeling van een CVA-patiënt dient de fysiotherapeut voldoende kennis te hebben van uiteenlopende dingen. Niet alleen heeft de patiënt lichamelijke klachten, ook komen er psychische en sociale problemen bij kijken.

In de loop van een ziekte of herstelproces is autonomie meer of minder en op verschillende wijzen aan de orde. De autonomie van de patiënt is na het doormaken van een CVA mogelijk ontregeld. Kennis van het proces van herstel van autonomie bij een CVA-patiënt helpt de fysiotherapeut tijdens de behandeling.

Om een antwoord te geven op de vraagstelling aan het begin van deze scriptie denk ik dat we moeten kijken naar de CVA-patiënt als uniek persoon. Bij elke persoon is de autonomie na het doormaken van een CVA anders en verloopt het proces van herstel wisselend. Ik denk daardoor dat er niet duidelijk een grens aangegeven kan worden tussen voorschrijvend en vrijblijvend zijn in de relatie die de fysiotherapeut met de patiënt heeft. Omdat ieder mens iets anders wil, denkt of voelt, en zich in die keuzes laat kennen als een unieke persoon.

Professioneel zorg dragen zou zo moeten gebeuren dat die menselijke uniekheid wordt gehonoreerd, maar dat kan alleen als professionals zich niet blind staren op hun verrichting, maar zorgzaam werk maken van de zorgverhouding.

Literatuurlijst/bronvermelding

- Bergsma, J. (1994) *Lichamelijke verstoring en Autonomie. Een medisch psychologische studie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F. & Delden, J.J.M. van (2005) *Ethiek in praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Bosch, E. (2002) *Waar bemoei je je mee!?: Kritisch reflecteren op het spanningsveld autonomie versus beschermwaardigheid*. Soest: Nelissen.
- Davies, Patricia M. (2001) *Hemiplegie : Een handleiding voor het behandelen van de volwassen patiënt met een hemiplegie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hagenaar, L., Voogt, L. (2006) *Dienstverlening of zorgverlening?* Haptonomisch Contact 17 (3): 16-21
- Heijst, A. van. (2005) *Vragen bij de vraaggestuurde zorg. Een zorgethische bespiegeling*. [Internet] Heijst, 07-03-2007 Blz. 5-7. [aangehaald op 21-05-2007] Bereikbaar op www.relief.nl/images/ZininZorg2005.08.pdf
- KNGF. (1998) *Beroepsprofiel fysiotherapeut*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- KNGF-richtlijn: (2004) *Beroerte*. Jaargang 114 / nummer 5 / 2004.
- Liégeois, Prof. Dr. A. (2007) *Persoon en waarden als een fundering van ethiek in de zorg*. Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek. Jaargang 17, nr. 1, 2007. Blz. 2-6.
- Pool, A. (1995) *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
- Proot, I.M., ter Meulen, R.H.J., Crebolder, H.F.J.M., Huijjer Abu-Saad, H. (1998) *Autonomie in de zorg voor CVA-patiënten in het verpleeghuis*. Maastricht:
- Proot, I.M.(2000) *Changing autonomy: new perspectives on the care for stroke patients in nursing homes*. Maastricht: Datawyse, Universitaire Pers Maastricht.
- Proot, I.M. (2001) *Veranderende autonomie van CVA-patiënten. Begeleiding van de autonomie van CVA-patiënten in verpleeghuizen*. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie. 29^e jaargang, nr5, oktober 2001. Blz. 178-180.
- Proot, I.M. *Werken aan autonomie na beroerte*. The Stroke Express. 3^e jaar, Nr.1.
- Verbogt, drs. S. (2003) *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Walravens, Van den Bossche, Beeckman. (2006) *Het verstaan van de ander*. Budel: Uitgeverij Damon.
- Widdershoven, G. (2000) *Ethiek in de kliniek*. Maastricht: Boom.

Internet bronnen:

- De Nederlandse Hartstichting
<http://www.hartstichting.nl/Uploads/Brochures/Factsheet%20Beroerte.pdf>
- Wikipedia
<http://nl.wikipedia.org/wiki/Autonomie>
- Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken
<http://www.transmuralezorg.nl/pdf/prestatieindicatoren-cva-zorgketen.pdf>