

# Filosofie en Wetenschap in de Masteropleiding Fysiotherapie

TEKST: PIETER VERDUIN  
BEELD: WIM VAN IJZENDOORN

Aan de Masteropleiding Fysio/Oefentherapie bij mensen met een chronische ziekte van Hogeschool Leiden geven John Verhoef en Pieter Verduin samen vorm aan de 'Leerlijn Filosofie en Wetenschap'. Aan het begin van de opleiding studeren en onderzoeken de studenten in die leerlijn, met de bedoeling dat hetgeen ze zich daarin eigen maken, dóórloopt en dóórwerkt in de hele opleiding. Pieter Verduin schrijft een stuk over zijn aandeel vanuit de filosofie.

## Andere kennisvormen

Ons aanknopingspunt is een zekere kentering in het klinisch redeneren die in de jaren '90 van de vorige eeuw in de gezondheidszorg heeft plaats gevonden. De vanzelfsprekende dominantie van het natuurwetenschappelijk denken werd doorbroken. Andere kennisvormen waar in de praktijk óók mee werd gewerkt werden zichtbaar. Die andere kennisvormen zijn praktische kennis uit het werken als health professional en praktische kennis uit de persoonlijke levenservaring. Mogelijkheden tot samenvoegen en integratie van de verschillende soorten kennis dienden zich aan. Een invloedrijk artikel van de Australische fysiotherapeut Ian Edwards heeft deze kentering tot onderwerp, en heeft dan ook als titel: *Clinical reasoning strategies in physical therapy* (2004). Mijn eigen publicaties hebben hetzelfde thema (onder meer Verduin 1992; 1998/2003; 2007).

In de jaren '90 is ook Evidence Based Medicine ontworpen, later voor paramedici tot Evidence Based Practice (EBP) gemaakt. Voor wie het kan zien wordt ook met EBP licht geworpen op deze verschillende soorten kennis. EBP kan worden gezien als een integratie van boekenkennis, professionele kennis en persoonlijke kennis.

In de filosofie is het kunnen zien van verschillende soorten kennis niets nieuws. Twee voorbeelden: In de Griekse oudheid schetste Plato in zijn beroemde Mythe van de Grot drie wezenlijk verschillende soorten kennis (en hij waarschuwt

### Chronisch ziek en toch gezond.

#### Wat is dan ziekte en gezondheid?

Wij zijn als fysiotherapeuten vaak geneigd vanuit het ziektebeeld te denken en werken. De titel verwijst eerder naar een persoonlijk gezondheidsbesef en vermogen om met een chronische ziekte zo om te gaan dat er een kwaliteit van leven ontstaat waarbij deze mens zich als gezond ervaart. Als fysiotherapeut (behandelaar en begeleider) van met name mensen met chronische ziekten vraagt dat een om een benadering waarin niet alleen kennis van het ziektebeeld en wetenschappelijk bewijs van belang zijn maar ook een ander soort kennis. Deze kennis refereert aan de eigen levenservaring die elke beroepsbeoefenaar meeneemt in een contact met de patiënt.

Masters 'Fysiotherapie en Oefentherapie bij mensen met chronische ziekten' worden opgeleid om vanuit dit beeld te leren kijken en werken in de leerlijn filosofie en wetenschap.

den we dat een professional master opleiding Fysiotherapie / Oefentherapie ontwerpen doorgaans betekent dat de ontwerpers voor het wetenschaps gedeelte een stuk Master of Science importeren. Daarbij worden dan vaak de ogen gesloten gehouden voor inspirerende visies op kennis uit de filosofie. Dat is een geval van jammer. 'Gewoon' jammer, kunnen we zeggen. Maar erger is dat dan ook wordt voorbijgegaan aan de zojuist genoemde ontwikkelingen op het gebied

## Mensen met een beroerde chronische ziekte, die niet beter worden en wel slechter, slagen er regelmatig in om een kwaliteit van leven, gezondheid te ervaren!

voor de soms grote gevolgen voor degene die ze verwerft). Baruch de Spinoza, de grootste Nederlandse filosoof, onderscheidde drie soorten rationaliteit: imaginatio (verbeelding) ratio (kennis van oorzaak en gevolg) en scientia intuitiva (kennis vanuit een gevoel of besef van de samenhang van de verschijnselen). In de 25 eeuwen dat de westerse filosofie bestaat zijn er nog veel meer van dergelijke visies ontwikkeld en zijn de mogelijkheden en mogelijkheden ervan beschreven.

### Inspirerende visies op kennis

Bij het opzetten van het curriculum constateer-

van klinisch redeneren in de jaren '90. Door dááaraan voorbij te gaan dreigt klinisch redeneren te blijven steken in het alléén maar doordenken van de gevolgen van ziektes en aandoeningen op orgaanfunctieniveau. Dan blijft EBP alléén maar 'op wetenschappelijk bewijs gebaseerde geneeskunde'. Dat is een geval van 'echt jammer'. Want met zo'n bril op kunnen health professionals een belangrijk deel van zorgen voor de gezondheid van hun patiënten niet zien. Doordat ze dat niet zien kunnen ze dat deel ook niet verantwoorden of bekritisieren. Het gaat hier met name om een specifiek, typisch menselijk gezondheidspoten-

taal waarmee mensen met een chronische ziekte gezondheid verwerven. Dat blijft onzichtbaar. En dus ook de zorg voor dat gezondheidspotentiaal. Of het belemmeren ervan, soms door de patiënt zélf, maar eventueel ook door de gezondheidszorg-professional.

### Een brede aanpak

In de professional master Fysiotherapie / Oefentherapie opleiding van Hogeschool Leiden willen we expliciet werken met genoemde recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg, omdat ze belangrijk zijn voor een goede, professionele gezondheidszorg voor mensen met een chronische ziekte. We doen dat door de traditionele wetenschappelijke vorming te baseren op een oriëntering op relevante hoofdstukken uit de filosofie. Die traditionele wetenschappelijke vorming behouden we, die doen we niet weg. Door die filosofische basis kan de (natuur)wetenschappelijke aanpak echter breder worden ingezet, kunnen de relatieve waarde én de grenzen ervan scherper worden gezien, en kan ze worden aangevuld met nieuwere, eigentijdse soorten wetenschappelijk onderzoek.

De praktijk is bloody evident: mensen met een beroerde chronische ziekte, met allerlei gemene en lastige symptomen, die niet beter worden en wel slechter, slagen er regelmatig in om een kwaliteit van leven, gezondheid te ervaren! De vraag is: Hoe doen ze dat, en hoe helpt de professionele gezondheidszorg daarbij (of: hoe werkt die tegen..)?

Dit is de legitimering voor onze brede opzet: reële situaties van patiënten met een chronische ziekte vragen om die brede aanpak. Health professionals leveren die aanpak feitelijk ook, in voorkomende gevallen. Levering blijft ook wel eens uit, of er worden fouten gemaakt. We willen de aard van die brede aanpak kunnen zien en kritisch verantwoorden.

Doel is dat de professional master in opleiding komt tot een filosofische doordinking en verheldering van de combinatie patiënt met chronische ziekte, zichzelf als therapeut en de institutionele gezondheidszorg. En daar omheen, en er innig mee verstrengeld, wetenschap en samenleving.

Met deze module beogen we bij te dragen aan een integratie van kwantitatief onderzoek ('3e persoons onderzoek'), kwalitatief onderzoek



## De twee pijlers van het onderdeel filosofie

### 1. Mensen produceren kennis.

We richten ons kritische bewustzijn niet alleen op de zaken die we onderzoeken; ook op de eigen methode van kennis verwerven. Hoe komen mensen eigenlijk aan hun kennis van de wereld? Wat is de aard en de werking van het denken zelf? Een onderzoek van de structuur van ons kenvermogen leidt ons in grote stappen tot een tamelijk boude conclusie: ware kennis is een illusie. Die illusie kan vervolgens waardevol blijken te zijn. Of niet: hij kan louter lege vorm zijn, een mode, een zeepbel. Of schadelijk. We willen nu leren vaststellen of kennis waardevol, niets waard of schadelijk is in een concrete situatie waarin die kennis toegepast kan of moet worden. Anders gezegd: voor de beoordeling van kennis paren we het waarheids-criterium aan een waarde-criterium. We blijven dus streven naar het genereren en verwerven van betrouwbare, valide, generaliseerbare kennis, en presenteren daarbij een methode waarmee allerlei vormen van kennis kunnen worden beoordeeld op waarde (voor de patiënt, de instelling, de samenleving). De afgestudeerde professional master kan daarmee doeltreffend verwoorden en verantwoorden wat hij doet en wie hij als professional is. Die vaardigheid is relevant voor het claimen van een regie-functie in de patiëntenzorg, voor het werken in ketenzorg. In veel gevallen zal deze benadering innovatief blijken te zijn.

### 2. Mensen leven met een chronische ziekte.

De ervaring leert, en de definitie zegt ook: een chronische ziekte wordt niet beter, uiteindelijk wel slechter. De ervaring leert ook dat een aantal mensen met een chronische ziekte zichzelf 'gezonder' noemt; kwaliteit van leven ervaart; zin in zijn/haar leven heeft. 'Gezondheid' moet dus uit andere vermogens komen dan uit het herstel van vorm en functie van organen. In onze professional master opleiding onderzoeken we wat die 'gezondheid voor mensen' inhoudt, welke vermogens er voor nodig zijn om die te realiseren, en hoe health professionals die vermogens kunnen belemmeren of bekrachtigen. Ook dit is relevant voor het claimen van een regie-functie in de patiëntenzorg, voor het werken in ketenzorg. In veel gevallen zal ook deze benadering innovatief blijken te zijn.

('2e persoons onderzoek') en onderzoek door zelfreflectie ('1e persoons onderzoek'), omdat zo'n samenhang het meest geschikt is voor onderzoek, ordening en begrip voor het verhaal en de situatie van mensen met een chronische ziekte. En omdat zo'n samenhang recht kan doen aan de verschillende soorten kennis die het rationele fundament vormen van ons handelen.

De leerlijn Filosofie en Wetenschap levert een kader waarin kennis van orgaan(dis)functies, van emotioneel-cognitieve patronen van patiënt en behandelaar en van normatief-ethische uitgangspunten elkaar wederkerig versterken: kennis uit het medisch-biologisch discours, uit het psychosociaal discours en uit het wijsgerig-antropologisch discours wordt expliciet en kritisch samengebracht in het universum van patiënt, therapeut, gezondheidszorg en samenleving. De studenten krijgen uitgewerkte casussen als voorbeeld en gaan aan de slag om, in discussie met elkaar en de docent, hun eigen casussen te analyseren en ordenen.

## Integratie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek

De uitgangspunten worden in de loop van de opleiding op 'ambachtelijk' niveau concreet toegepast in een doordachte opvatting van EBP, dat daardoor op een praktische manier trefzeker wordt. Het ICF, zoals uitgewerkt in een RPS-formulier wordt in een nieuwe setting minder verwarrend en beter hanteerbaar. Adequate nieuwe behandelstrategieën worden verantwoord en getraind. Op wetenschappelijk niveau worden verschillende soorten onderzoeksdesign aange-reikt, waarbij steeds gespeurd wordt naar de waarde van een integratie tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. □

*Dr Pieter JM Verduin werkte 11 jaar als fysiotherapeut in psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek, studeerde Wijsgerige Andragologie aan de Universiteit van Amsterdam, promoveerde aan dezelfde Universiteit op een filosofisch proefschrift over rationaliteit in onze gezondheidszorg (Het verdachte lichaam, Thesis Publishers 1992), werd in 1986 aangesteld als docent filosofie aan Hogeschool Leiden. Publiceerde artikelen en boeken op het snijvlak van filosofie en gezondheidszorg. Deskundigheidsgebied: menselijke gezondheid in ziekte, zorg en wetenschap.*