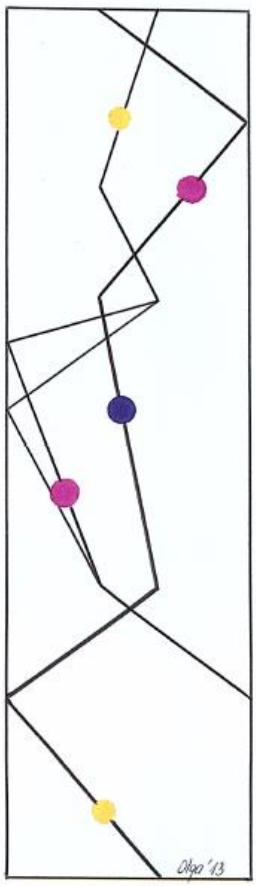
MASTEROPLEIDING ZORG, ETHIEK EN BELEID

28/07/2013



Goede zorg voor ouderen
vanuit het perspectief van Vlaamse christen-democratische politici

Een kwalitatief onderzoek

Masterthesis Zorg, Ethiek en Beleid

Bernadette Van den Heuvel

Studentennummer 1243193

Bernadette Van den Heuvel
Studentennummer 1243193

UNIVERSTEIT TILBURG
MASTEROPLEIDING ZORG, ETHIEK EN BELEID
28/07/2013

Goede zorg voor ouderen
vanuit het perspectief van Vlaamse christen-democratische politici

Een kwalitatief onderzoek

MASTERTHESIS ZORG, ETHIEK & BELEID

Bernadette Van den Heuvel
Studentennummer 1243193
28 juli 2013

1° begeleider: Mevr. Prof. dr. M.A. Goossensen
2° begeleider: Dhr. Prof. Dr. F.J.H. Vosman

Bernadette Van den Heuvel
Studentennummer 1243193

Goede zorg voor ouderen
vanuit het perspectief van Vlaamse christen-democratische politici

Een kwalitatief onderzoek

You can't predict the future,
but you can prepare for it

INHOUD

Voorwoord

1. Samenvatting

2. Probleemstelling
   2.1. Aanleiding en onderzoeksetting
      2.1.1. Ouderenzorg in Vlaanderen
      2.1.2. Toenemende complexiteit en hybriditeit
   2.2. Probleemstelling
   2.3. Doelstelling van het onderzoek
   2.4. Vraagstelling
   2.5. Relevantie

3. Voorstudie
   3.1. Vlaams ouderenzorgbeleid
   3.2. De relatie tussen politiek en ethiek
      3.2.1. Politiek en ethiek
      3.2.2. Ethiek en politiek
   3.3. Goede zorg
   3.4. Visie en ideologie van de Vlaamse christen-democratische Partij (CD&V)

4. Conceptueel raamwerk
   4.1. Sensitizing concepts
   4.2. Grounded Theory Inspired

5. Casusdefinitie

6. Methode
   6.1. Onderzoeksbenadering
      6.1.1. Kwalitatief interview
      6.1.2. De Discrete Choice Experiment onderzoeksmethode
      6.1.3. De klankbordgroep
   6.2. Dataverzameling en -verwerking
   6.3. Fasering
      6.3.1. De voorbereidende fase
      6.3.2. De fase van de afname van de vier interviews
      6.3.3. De fase van de verwerking en analyse van het onderzoeksmateriaal
      6.3.4. De fase van de klankbordgroep
      6.3.5. De fase van het uitschrijven van het raamwerk en het beschrijven van de resultaten

7. De resultaten van het onderzoek
   7.1. Zorg is de mens een zorg
   7.1.1. Zorg, een begrip met veelzijdige betekenissen
   7.1.1.1. Vaststelling
   7.1.1.2. Caleidoscopisch zicht op zorg
   7.1.1.3. Sleutelwoorden van zorg
   7.1.1.3.1. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid
   7.1.1.3.2. Relatie en context
   7.1.2. Zorg richt zich op een doel en zet zich om in concrete praktijken
   7.1.2.1. Vaststelling
   7.1.2.2. Zorg is intrinsiek ambitieus
   7.1.2.3. Zorg is een werkwoord en een zijnswijze
   7.1.3. Zorg is een individuele en collectieve aangelegenheid
   7.1.3.1. Vaststelling
   7.1.3.2. Individuele aangelegenheid
   7.1.3.3. Collectieve aangelegenheid
   7.1.4. Samenvatting
   7.2. Wegwijzers voor goede (ouderen-) zorg
   7.2.1. Waardengedreven zorg
   7.2.1.1. Vaststelling
   7.2.1.2. Gedeelde waarden
   7.2.1.3. Beperkte of niet gedeelde waarden
   7.2.2. ‘Goede zorg’ in perspectief
   7.2.2.1. Vaststelling
   7.2.2.2. Goede zorg vanuit micro perspectief
   7.2.2.2.1. Wat goede zorg met mensen doet
   7.2.2.2.2. De houding van de zorgverlener
   7.2.2.2.3. Deskundige interventies
   7.2.2.3. Goede zorg vanuit meso perspectief
   7.2.2.4. Goede zorg vanuit macro perspectief
   7.2.2.5. Wat ‘slechte zorg’ leert over ‘goede zorg’
   7.2.2.5.1. Slechte zorg vanuit micro perspectief
   7.2.2.5.2. Slechte zorg vanuit meso perspectief
   7.2.2.5.3. Slechte zorg vanuit macro perspectief
   7.2.3. ‘Goede zorg’ voor oudere personen
   7.2.4. Samenvatting
   7.3. Goede zorg is de politiek een zorg
   7.3.1. Het toekomstig ouderenzorgbeleid
   7.3.1.1. Vaststelling
   7.3.1.2. Minder verzorgingsstaat, meer vermaatschappelijking van de zorg
   7.3.1.3. Inclusief beleid

7.3.2. Samen verantwoordelijkheid dragen voor goede ouderenzorg
7.3.2.1. Vaststelling
7.3.2.2. Verantwoordelijkheden verdelen en toewijzen
7.3.2.2.1. Verantwoordelijkheden van de burger
7.3.2.2.2. Verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder
7.3.2.2.3. Verantwoordelijkheden van de overheid
7.3.3. Prioriteiten en keuzen
7.3.3.1. Inleiding
7.3.3.2. Prioriteiten
7.3.3.2.1. Resultaten
7.3.3.2.2. Vaststelling
7.3.3.3. Kiezen tussen scenario's
7.3.3.3.1. Keuzeset 1
7.3.3.3.1.1. Resultaten
7.3.3.3.1.2. Vaststelling
7.3.3.3.2. Keuzeset 2
7.3.3.3.2.1. Resultaten
7.3.3.3.2.2. Vaststelling
7.3.4. Tussen droom en daad
7.3.4.1. Vaststelling
7.3.4.2. Maatschappelijke tendensen
7.3.4.3. De organisatie en het besturen van de institutionele ouderenzorg
7.3.4.4. De beeldvorming rond ouderenzorg
7.3.4.5. De economische realiteit
7.3.4.6. De praktijk van de politieke bedrijfsvoering
7.3.5. Samenvatting
7.4. Synthese
7.4.1. Zorg
7.4.2. Goede (ouderen-) zorg
7.4.3. Het zorgbeleid voor ouderen

8. Discussie
8.1. Kritische vraagstelling
8.1.1. Inleiding
8.1.2. Zorg
8.1.2.1. Inleiding
8.1.2.2. Zorg is een primair begrip
8.1.2.3. Bevindingen bevestigen bestaande zorgethische theorieën
8.1.2.4. Aanvullingen op het zorgethische kader van de voorstudie

8.1.3. Goed zorg
8.1.3.1. Inleiding
8.1.3.2. Zorg is moreel niet neutraal
8.1.3.3. Aanvullingen op het zorgethische kader van de voorstudie (waarden)
8.1.3.4. Kwaliteit van zorg: 2.1.: menslievende, presente en zorgzame zorg in een zorgzame samenleving
8.1.3.5. Aanvullingen op het zorgethische kader van de voorstudie (goede zorg)
8.1.4. Het toekomstig ouderenzorgbeleid
8.1.4.1. Inleiding
8.1.4.2. Vermaatschappelijking van (ouderen-)zorg, geen vanzelfsprekend concept
8.1.4.3. Vermaatschappelijking van (ouderen-)zorg komt écht niet van zelf
8.1.4.4. Vermaatschappelijking van (ouderen-)zorg: 1.0.
8.1.5. Aanbevelingen
8.1.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek op vlak van zorgethiek
8.1.5.2. Aanbevelingen voor de Vlaamse christen-democratische partij (CD&V)
8.2. Methodologische en ethische aspecten van het onderzoek
8.2.1. Inleiding
8.2.2. Interpretatie en betrouwbaarheid van de resultaten
8.2.3. De geldigheid van de ontwikkelde theorie
8.2.4. Geloofwaardigheid van het onderzoek
8.2.5. Anonimiteit en vertrouwelijkheid van het onderzoeksmateriaal
8.2.6. Ethische overwegingen

9. Besluit

10. Literatuur

11. Lijst met afkortingen

12. Lijst van tabellen

13. Lijst van figuren

Bijlagen

Voorwoord

Drie jaar geleden, na een meer dan turbulente periode, leerde ik de Universiteit van Tilburg kennen. Aangemoedigd en ondersteund door professor Andries Baart schreef ik me in voor de opleiding master in Zorg, Ethiek en Beleid. Deze stap was voor mij een betekenisvolle nieuwe uitdaging, die ik heel graag ben aangegaan. Na bijna 30 jaar actief te zijn geweest in de zorg als directeur van verschillende woonzorgcentra en als kabinetsraadgever van twee Vlaamse ministers van Welzijn en Gezondheid, was het heel verfrissend én vruchtbaar om vanuit een nieuwe invalshoek – het zorg-ethische perspectief - te kijken naar en na te denken over zorg.

Met enorme 'goesting' reed ik de afgelopen twee jaren vanuit Brussel of Antwerpen een paar keer per week richting Tilburg en dit bij zonneschijn, regen en sneeuw, laverend tussen vele vergaderingen en telefoons door. Vol belangstelling volgde ik de colleges, werd ik verrast door de inbreng en de passie van de medestudenten en gefascineerd door de kennis en competentie van de professoren. En, ik beken: ik heb écht als een sponsje de vele nieuwe inzichten geabsorbeerd en mij bezondigd aan de aanschaf van massa's interessante boeken, die ik tot vandaag nog maar voor de helft heb kunnen lezen. Maar, bovenal, de masteropleiding heeft me meer dan welke opleiding ook, als mens geraakt en gevormd. Zij is er in geslaagd mij meer kritisch, scherper en tegelijkertijd ook milder te doen reflecteren over het huidig en toekomstig zorgbeleid voor ouderen in Vlaanderen.

Een oprecht woord van dank gaat naar:
- alle professoren van de masteropleiding voor wat ze mij hebben aangereikt aan in- én uitzichten
- alle familieleden, vrienden en collega's voor hun steun, aanmoedigingen en vooral geduld;
- de CD&V politici die toestemden voor de afname van de interviews en bereid waren om binnen hun drukke agenda hiervoor tijd te maken;
- de leden van de klankbordgroep: prof. Chris Gastman, prof. Bernadette Dierckx de Casterlé, prof. Anja Declercq en dr. Nele Spruytte;
- de meelezers: Gerard Hautekeur, Willeke Dijkhoffz, Lieve Dhaene en Nele Spruytte;
- Olga Suveizdyte voor de tekening;
- de taal(zorg)wijzer Filip Decruynaere.

Bijzondere dank aan professor Frans Vosman, die bereid was om de tweede begeleider te zijn voor deze masterthesis.

En, zeer, zeer veel dank aan en waardering voor professor Anne Goossensen, die als een ervaren gids me geloodst heeft doorheen het spannende avontuur van de uitvoering van een kwalitatief onderzoek en de opmaak van de masterthesis. Zij was 'present' op de juiste momenten met de juiste richtingaanwijzers.

Deze masteropleiding kwam op het goede ogenblik op mijn weg en zal me ongetwijfeld blijven verregaand inspireren in al hetgeen wat nog voor me ligt.

Bernadette Van den Heuvel

1. Samenvatting

De zorg voor de goede gezondheid en het welzijn van de burgers is een maatschappelijk hoog-geachte waarde en, alsdusdanig, een significant onderwerp voor de sociale politiek. Vandaar dat dit onderwerp vaak deel uitmaakt van de programma's van de diverse politieke partijen en dat de politieke overheid een al dan niet doelgroepengeoriënteerde gezondheids- en welzijnsbeleid ontwikkelt en uitvoert.

Het ouderenzorgbeleid staat vandaag scherp in het daglicht, want het is vaak omhuld met diverse doemscenario. De toenemende vergrijzing van de bevolking en de daaraan verbonden stijgende vraag naar informele en formele zorg voor ouderen zou, tenzij men accuraat ingrijpt, aanleiding geven tot niet te overziene sociale en economische gevolgen: informele zorg zou onvoldoende voorhanden zijn, formele zorg zou verschralen, de publieke middelen zouden ontoereikend zijn om alle noden te lenigen, jong en oud worden aangemaand om goed te sparen om hun persoonlijke zorg te kunnen (blijven) betalen,…. Kortom, het huidige zorgsysteem staat erg onder druk, het is onvoldoende toekomstbestendig en op termijn onbetaalbaar. IJverig wordt gezocht naar nieuwe zorgorganisatievormen en financieringsmodellen. Daarenboven heeft de institutionele ouderenzorg een negatief imago. Vaak wordt ze omschreven als van slechte kwaliteit, inefficiënt of juist overefficiënt, te weinig cliëntgericht en te veel organisatoriegericht, te bureaucratisch georganiseerd, onaantrekkelijk als werkplek… de wachtkamer van de dood (The: 2005[1]).

De ontwikkelingen in de ouderenzorg doen zich uiteraard niet voor in een vacuüm. Het zou geen goede optie zijn om de problemen waarmee de ouderenzorg vandaag te kampen heeft te isoleren. Deze vinden immers plaats binnen een complexe wereld volop in transitie, zowel op demografisch, maatschappelijk, cultureel, religieus, als economisch vlak. Steeds meer wordt het duidelijk dat de gebruikelijke visies, analyses, instrumenten en methoden uit het verleden ontoereikend zijn om passende antwoorden te vinden op de nieuwe vragen en uitdagingen die voor liggen en de toekomst voor te bereiden. Olena Hankivsky, professor Politieke wetenschappen en Vrouwenstudies aan de Fraser Universiteit in Vancouver, Canada (Hankivsky: 2004[2]) stelt onverkort en ondubbelzinnig dat, wat betreft de Westerse wereld, we ons geconfronteerd zien met een gemeenschappelijke opgave: '*De beperkingen van onze huidige visie (op zorg) worden zichtbaar en maken duidelijk dat onze waarden in relatie tot de samenleving, burgerschap, en toekomstige politieke beleidslijnen noodzakelijkerwijze dienen te worden heroverwogen*.'

Niet enkel onderzoekers en opiniemakers, ook politici hebben de maatschappelijke opdracht de variëteit aan wispelturige veranderingen binnen de samenleving in het algemeen en de ouderenzorg in het bijzonder correct te analyseren, te interpreteren en nieuwe beleidsoriëntaties te bedenken met als doel 'goede' ouderenzorg te (blijven) waarborgen.

[1] The, A-M. (2005). In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven in een verkleurende samenleving. Uitgeverij Thoeris: Amsterdam.
[2] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto, p. 2.

In het voorliggende kwalitatief onderzoek beoogde de onderzoeker bij politici, leden van de christen democratische partij, aan de hand van data verzameld met een semi-gestructureerd interview, inzicht te verwerven in wat zij onder 'goede zorg' voor ouderen begrijpen, vanuit welk referentiekader zij het begrip 'goede zorg' invullen en wat dit betekent voor de beleidsmatige keuzes die zij zouden maken om 'goede' zorg voor ouderen te realiseren. Tijdens de interviews werden de politici gevraagd om een keuze te maken tussen vooraf uitgewerkte scenario's, omvattende bepaalde kenmerken. Niet zozeer de keuze, maar de afwegingen die zij maakten om te kiezen voor een bepaald scenario, vertelde de onderzoeker iets meer van hun achterliggende opvattingen en referentiekader.

De vooropgestelde bevragingswijze werd uitgewerkt aan de hand van de basisprincipes van de onderzoeksmethode DCE, wat staat voor Discrete Choice Experiment. De gegevens voor het onderzoek, verzameld via de interviews, werden geanalyseerd aan de hand van de onderzoeksmethode geïnspireerd op de Grounded Theory (Patton: 2002[3]). Aan de hand van de literatuurstudie werden sensitizing concepts omschreven. De gegevens voor het onderzoek werden cyclisch verzameld en de analyse ervan cyclisch opgebouwd en afgetoetst in een klankbordgroep. Bij de dataverzameling en verwerking werd gewerkt met de basisprincipes van de QUAGOL, the Qualitative Analysis Guide of Leuven (Dierckx de Casterlé, ea.: 2012[4]).

De Grounded Theory beoogt, zoals de methodiek suggereert, te komen tot een theorievorming op basis van het verzamelde en geanalyseerde materiaal, zodat kan worden verklaard wat geobserveerd of onderzocht werd. De onderzoeker meende echter dat de theorievorming aan de hand van vier interviews een te hoog gegrepen doelstelling was en oriënteerde de finaliteit van het onderzoek op een meer haalbaar perspectief, met name het achterhalen en beschrijven van het ethisch referentiekader waarmee de vier bevraagde politici invulling geven aan 'goede' zorg voor ouderen en wat dit betekent voor hun politieke beleidsoriëntaties voor het toekomstig ouderenzorgbeleid in Vlaanderen. Het beschreven referentiekader kan door de politici, en/of de politieke partij die zij vertegenwoordigen, aangewend worden bij de opmaak van hun politieke beleidsprogramma's en op die wijze mogelijks een politieke en maatschappelijke relevantie verwerven. De onderzoeker betrachte aan de hand van de bekomen onderzoeksresultaten eveneens meer inzicht te verwerven in de wijze waarop binnen de publieke (maatschappelijke en politieke) context aan het begrip 'goede zorg' voor ouderen aandacht en vorm wordt gegeven en dit vanuit de invalshoek van de zorgethiek.

Trefwoorden: goede zorg, ouderenzorg, christen-democratie, sensitizing concepts, semi-gestructureerd interview, Discrete Choice Experiment, QUAGOL en Grounded Theory geïnspireerd.

[3] Patton, M.Q. (2002). Qualitatieve Research & Evaluation Methods. Sage Publications: London, p. 125-129.

[4] Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E. & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies. 49 (2012), 360-371.

2. Probleemstelling

2.1. Aanleiding en onderzoeksetting

De opzet van het onderzoek werd ingegeven door twee concrete ontwikkelingen: enerzijds de zesde staatshervorming in België met een overheveling van alle bevoegdheden inzake het ouderenzorgbeleid van de federale overheid naar de Gemeenschappen, en anderzijds de toenemende complexiteit en de daarmee samengaande hybriditeit van de institutionele ouderenzorg. We zoemen op beide ontwikkelingen dieper in:

2.1.1. Ouderenzorgbeleid in Vlaanderen

Vlaanderen oefent sinds 1980 beleidsbevoegdheden uit op het vlak van het welzijnsbeleid en bepaalde aspecten van het gezondheidsbeleid, waaronder de ondersteuning en kwaliteitsbewaking van de ziekenhuizen, de preventieve gezondheidszorg, de woonzorg (thuiszorg en residentiële ouderenzorg) en de geestelijke gezondheidszorg. Een zesde staatshervorming kondigt zich aan, waarbij de federale overheid opnieuw specifieke bevoegdheden met betrekking tot de gezondheidszorg aan de Gemeenschappen zal overdragen, waaronder de bevoegdheid inzake rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kort verblijf, geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten (basisnota Di Ruppo: 2011)[5]. Dit betekent dat de Vlaamse overheid de volle bevoegdheid zal krijgen op het vlak van het ouderenzorgbeleid en dus een meer geïntegreerd en homogeen beleid kan voeren én dit net op het ogenblik dat de vergrijzing in Vlaanderen zich explosief laat voelen.

Tabel 1: procentuele toename 65+ en 80+ periode 2010-2050:

	2010	**2020**	**2050**
65+	100	120	172
80+	100	130 + 92.600	253 + 475.400

Bron: federaal planbureau 2011.

Met deze bevoegdheidsoverdracht en de demografische evoluties in het vooruitzicht is het voor Vlaanderen (en de politieke overheden die haar vertegenwoordigen) een uitgelezen moment om grondig na te denken over het wat en het hoe van het toekomstige Vlaamse ouderenzorgbeleid, als onderdeel van het globale gezondheids- en welzijnsbeleid.

[5] Di Ruppo, E. (2011). Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten. Basisnota: Brussel, p. 78-79.

Alle betrokken actoren binnen het Vlaamse ouderenzorgbeleid worden met deze bevoegdheidsoverheveling uitgedaagd om kritisch te kijken naar de wijze waar op dit ogenblik de ouderenzorg in Vlaanderen wordt gepercipieerd, gewaardeerd, georganiseerd en gefinancierd. Hierbij stelt zich de vraag naar waar deze zorg anders kan én moet, waar domeinen tot innovatie, verbetering en bijsturing liggen en dit met het oog op de realisatie van 'goede zorg' voor ouderen.

2.1.2. Toenemende complexiteit en hybriditeit

Wanneer nagedacht wordt over goede zorg, kan men er niet omheen dat kritische geluiden, al dan niet gestaafd door persoonlijke ervaringen, scherp aantonen dat de georganiseerde, geïnstitutionaliseerde, professionele zorg systemisch van aard is geworden, regelsturend en geontpolitiseerd, met alle morele gevolgen van dien (Vosman: 2008[6]). De toenemende vermarkting en bureaucratisering, de continue focus op efficiëntie van de zorg, de dominantie van de managementlogica, de gefixeerde oriëntatie op centen en procenten in plaats van op mensen, de continue zoektocht naar op groei in de zorgmarkt en drukkende fixatie op controle (meten en tellen)…. zullen hier niet vreemd aan zijn.

Hybriditeit wordt steeds meer een wezenlijk kenmerk van de institutionele ouderenzorg. Verschillende invloedsferen en logica's dringen zich op en beïnvloeden in een belangrijke mate het functioneren van de zorgorganisaties die zich de ouderenzorg tot doel stellen. Hybriditeit staat voor de vermenging van ongelijksoortige zaken. Zo worden ouderenzorgvoorzieningen steeds meer geconfronteerd met tegengestelde en conflicterende belangen: zowel betaalbaar als rendabel werken, cliëntgericht én medewerkergericht zijn, menslievende én zakelijke bejegening, ethisch én economisch verantwoord handelen….. Dit brengt met zich mee dat andere 'sferen', zoals beschreven door Walzer (Walzer: 1983[7]), elk met hun eigen logica, de basisdoelstelling 'zorg verlenen' onder druk zetten. Dit verandert het karakter van de zorgorganisaties grondig en daarmee gaat hun oorspronkelijke institutiekarakter verloren. Of, nog anders geformuleerd: cure en care worden steeds minder herkend en erkend als een maatschappelijke institutie met een eigen bestemming (van Heijst en Vosman[8]). Onder het begrip instituut wordt hier begrepen '*een structuur binnen de samenleving die niet terug te brengen is tot interpersoonlijke relaties en niettemin daarmee wel verbonden is en die een specifiek doeleinde hebben*.' (Vosman: 2008[9]). In het boek van Dubet (Dubet: 2002[10]) '*Le déclin de l'instituton'* wordt op een indringende wijze het sluipende verval van onder andere het instituut gezondheidszorg beschreven. De inzichten van Vosman en Dubet worden bevestigd in twee publicaties waarin het verval van het institutionele karakter van het ziekenhuis op een kritische wijze wordt weergegeven.

[6] Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Uitgevrij Lemma: Den Haag, p.19.
[7] Walzer, M. (1983). Spheres of justice. A defence of pluralism and equality. The Perseus Books Group: USA.
[8] Heijst, A. van & Vosman, F. (2010). Managen van menslievende zorg: herbepalen waar gezondheidszorg toe dient. In: Pijnenburg, M., Leget, C. & Berden, B., (red.) (2010). Menslievende zorg, management en kwaliteit. Uitgeverij DAMON: Budel, p. 90.
[9] Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Uitgevrij Lemma: Den Haag, p.53.
[10] Dubet, F. (2002). Le déclin de l'institution. Editions du seuil: Parijs, p. 15, 195-229.

De arts palliatieve zorg, Marc Desmet (Desmet: 2009[11]), beschrijft in zijn boek '*Liefde voor het werk in tijden van management. Een Open brief van een arts*.' hoe hij als arts het vervreemdende effect van de toenemende managementlogica in het ziekenhuis ervaart en hierdoor in toenemende mate het gevoel krijgt steeds minder tijd en middelen te hebben voor de finaliteit van zijn beroep: medische zorg verlenen.

Paul Verhaeghe (Verhaeghe: 2012[12]), hoogleraar psychoanalyse en raadplegingspsychologie aan de UGent, schetst in niet mis te verstane woorden wat het betekent wanneer een ziekenhuis zich steeds meer begint te profileren als een zorgbedrijf: '*Zoals elke 'marktspeler' kiest een ziekenhuis voor wat het meest opbrengt en stoot het die taken af die het minst opleveren. Patiënten zijn daarbij helemaal niet meer het doel, wel het middel en dit begint angstaanjagende vormen aan te nemen. De combinatie tussen een zeker in Vlaanderen vaak verbijsterende werkdruk, de concurrentie tussen de verschillende medische disciplines, een kafkaiaanse regelgeving en de noodzaak om nog meer winst te maken, maakt dat je vandaag beter wegblijft uit het ziekenhuis*.'

Niet enkel artsen en verpleegkundigen, journalisten en cliënten/patiënten, ook zorgethici reflecteren kritisch op wat er aan de hand is binnen de zorg. De presentietheorie, uitgewerkt door Andries Baart[13], probeert alvast een alternatieve weg aan te geven, door het begrip 'goede zorg' vanuit zorgethisch perspectief op te vatten als vier bekommernis omvattende deelaspecten: verzorgdheid, zorgvuldigheid, zorgzaamheid en bezorgdheid. Annelies van Heijst (van Heijst: 2006[14]) roept op tot meer menslievendheid in de zorg en erkenning van en respect voor de zorgvrager als mens. Anne Goossensen (Goossensen: 2011[15]) maakt in haar inaugurale rede over '*Zijn is gezien worden: presentie en reductie in de zorg'* aantoonbaar dat systemische en beroepsmatige reductie in de zorg lijden kan toevoegen aan het lijden en spoort ons aan deze reducties in de zorg te herkennen en te verminderen. Linus Vanlaere en Chris Gastmans (Vanlaere en Gastman: 2008[16])hebben in diverse publicaties de actuele knelpunten in de zorg onder de aandacht geplaatst en gepleit voor meer waardigheidsondersteunende zorg, voor de zorgrelatie, de waardering van de uniciteit van elke cliënt/patiënt.

[11] Desmet, M. (2009). Liefde voor het werk in tijden van management. Open brief van een arts. Uitgeverij Lannoo: Tielt.
[12] Verhaeghe, P. (2012). De neoliberale waanzin. Flexibel, efficiënt en… gestoord. Paul Verbraekenlezing, 2012. Uitgeverij VUBPRESS: Brussel, p. 26-29.
[13] Baart, A., (2001). Een theorie van de presentie. Uitgeverij Lemma: Den Haag.
[14] Zie Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Tweede druk. Uitgeverij Klement: Kampen en Heijst, A. van (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Uitgeverij Klement: Kampen.
[15] Goossensen, A. (2011). 'Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg. Inaugurale rede Universiteit Tilburg, 15 april 2011.
[16] Zie onder andere: Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept 'zorg' en de implicaties voor de verpleegkundige zorg. Ethische perspectieven, 2008, 18 (2), p. 203-221.

2.2. Probleemstelling

Verwijzend naar de toegelichte aanleiding en setting van het onderzoek werd de probleemstelling als volgt geformuleerd:

Niet enkel omwille van de demografische evolutie, maar ook omwille van sociale, economische en politieke veranderingen neemt in Vlaanderen de maatschappelijke en politieke aandacht voor de zorg van (kwetsbare) ouderen in de samenleving toe. Vragen worden gesteld naar de toekomstbestendigheid van 'goede zorg' voor ouderen en naar de wijze waarop de ouderenzorg als 'instituut' maatschappelijk wordt gewaardeerd, georganiseerd, gereglementeerd en gefinancierd. De druk neemt toe om dringend op deze vragen een passend antwoord te vinden.

Vlaanderen staat bovendien op het punt om alle bevoegdheden te verwerven voor het voeren van een autonoom ouderenzorgbeleid en dit net op het ogenblik dat de vergrijzing van de bevolking zich ten volle laat voelen. Onderzoekers, opiniemakers en politici zullen deze uitdaging moeten aangrijpen om, gegeven de sociale en economische context, diepgaand na te denken over de contouren van het nieuwe Vlaamse ouderenzorgbeleid. Politici zullen via een democratisch besluitvormingsproces prioriteiten moeten bepalen en keuzen moeten maken. Richtinggevend hierbij is ongetwijfeld de visie van de politici op zorg, goede zorg in het algemeen en goede ouderenzorg in het bijzonder. Het begrip 'goede zorg' is hier van belang. Het verwijst naar een normatief raamwerk van waaruit politici oordelen, reflecteren over hoe zorg zou moeten zijn en al dan niet maatschappelijk gewaardeerd en ondersteund zou moeten worden. De politieke prioritering en besluitvorming (het politieke handelen) wordt door dit raamwerk beïnvloed en kan belangrijke gevolgen hebben voor de wijze waarop 'zorg' in de samenleving gepercipieerd, georganiseerd en gewaardeerd wordt.

Een ander aspect van de probleemstelling verwijst naar de vaststelling dat de literatuur over de zorgethiek - en de daarin aangewende referentiekaders - vaak gaat over zorg als een praktijk, een activiteit tussen een zorgvrager en een zorgverlener, waarbinnen de context en de zorgrelatie een cruciale rol spelen. Op zich is daar niets mis mee, maar ons inziens benadert men hierbij enkel de zorg, zoals deze zich voordoet binnen de private, intieme sfeer tussen mensen. Bij uitbreiding wordt dit perspectief ook verruimd naar de organisatorische, institutionele context waarbinnen de zorgactiviteiten zich afspelen. (Baart: 2012[17]). Zorg kan echter vanuit een breder oogpunt beschouwd worden. Het heeft niet enkel een private, maar ook een publieke dimensie. Tronto's (Tronto: 1993[18])omschrijving van zorg verheldert dit: '*Zorg is een typisch menselijke activiteit die alles omvat wat we doen om onze 'wereld' in stand te houden, te herstellen en te continueren, zodat we daarin zo goed als mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon-zijn, en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex web, dat het leven ondersteunt*'. Tronto maakt duidelijk dat zorg niet enkel een private, maar ook een publieke aangelegenheid en verantwoordelijkheid is, met name: 'ervoor zorgen dat de we kunnen samenleven in een wereld waar het goed is om te leven'. De publieke dimensie van zorg vinden we terug in de wijze waarop de samenleving, via politieke (democratische) dialoog en besluitvorming, aandacht heeft voor de specifieke zorg- en

[17] Baart, A. (2011). College kwaliteit van zorg. Master Zorg, Ethiek en Beleid. Universiteit van Tilburg.
[18] Tronto, J. (1993). Moral boundaries: A Political Argument for en Ethic of Care . Routledge: New York/London.

welzijnsnoden van haar burgers, deze (h-) erkent, er zorg voor draagt dat deze op een rechtvaardige en kwaliteitsvolle wijze kunnen worden gelenigd en, tenslotte evalueert of de activiteiten en maatregelen die zij hiervoor onderneemt ook het beoogde effect met zich meebrengen. Het voorliggende onderzoek beoogt meer zicht te krijgen op wat er speelt binnen de publieke dimensie van de zorg.

2.3. Doelstelling van het onderzoek

De onderzoeker betrachtte met het onderzoek bij politici, leden van de Vlaamse christen democratische partij, het ethisch referentiekader van waaruit zij invulling geven aan het begrip 'goede zorg' voor ouderen, alsook de politieke beleidsoriëntaties die hieruit volgen voor het toekomstig ouderenzorgbeleid in Vlaanderen, te achterhalen en te beschrijven. Het beschreven referentiekader en de daaruit volgende beleidsoriëntaties kunnen door de politici, en/of de politieke partij die zij vertegenwoordigen, aangewend worden bij de evaluatie en/of opmaak van hun politieke beleidsprogramma's en op die wijze mogelijks een politieke en maatschappelijke relevantie verwerven. Met de uitvoering van het voorliggende onderzoek beoogde de onderzoeker eveneens een bijdrage te leveren aan de verdieping van de zorgethische inzichten betreffende de publieke (maatschappelijke en politieke) context, waarbinnen aan zorg - als een universele menselijke behoefte - aandacht en vorm wordt gegeven.

2.4. Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag wordt als volgt omschreven:
'Hoe omschrijven vier politici, leden van de Vlaamse christendemocratische partij (CD&V), 'goede zorg' voor ouderen en wat betekent dit dan voor de politieke prioriteiten en keuzen die zij maken voor het toekomstige ouderenzorgbeleid in Vlaanderen?'

Bij de formulering van de centrale onderzoeksvraag rijzen volgende deelvragen :

- Hoe formuleren politici 'goede zorg' voor ouderen?
- Welke waarden en activiteiten beoordelen zij als fundamenteel voor het verlenen van goede ouderenzorg?
- In hoeverre slagen, volgens de geïnterviewden, de huidige beleidsmakers erin deze waarden en activiteiten te realiseren? Waarom lukt dit of juist niet?
- Wat loopt er heden in de ouderenzorg niet goed en waarom?
- Hoe zou de ouderenzorg in Vlaanderen er in 2020 moeten uitzien?
- Welke verantwoordelijkheid draagt de overheid, de gemeenschap, de familie en de oudere zelf, als men het heeft over 'goede' ouderenzorg?
- Welke concrete accenten, prioriteiten en specifieke keuzen zouden de politici maken voor het toekomstig ouderenzorgbeleid in Vlaanderen?
- Met welke dilemma's, knelpunten, weerstanden en/of belemmeringen vermoeden zij geconfronteerd te worden bij de realisatie van het ouderenzorgbeleid van hun voorkeur?

2.5. Relevantie

Met het voorliggende onderzoek beoogde de onderzoeker:

1. inzichtelijk te maken welk ethisch referentiekader politici, leden van de Vlaamse christen-democratische partij CD&V, aanwenden bij hun visie op 'goede zorg' voor ouderen;
2. inzichtelijk te maken hoe deze visie zich vertaalt in politieke prioritering en keuzen;
3. inzichtelijk te maken dat een ethisch referentiekader een invloed kan uitoefenen op politieke besluitvorming;
4. politieke en maatschappelijke relevantie te verwerven door het gedetecteerde en geëxpliciteerde ethische referentiekader en de daaruit volgende beleidsoriëntaties ter beschikking te stellen aan de politici, en/of de politieke partij die zij vertegenwoordigen, zodat dit aangewend kan worden bij de evaluatie en/of opmaak van hun politieke beleidsprogramma's;
5. een bijdrage te leveren aan het denken rond en de vormgeving van het toekomstig Vlaamse ouderenzorgbeleid;
6. een bijdrage te leveren aan de verdieping van de zorgethische inzichten betreffende de publieke (maatschappelijke en politieke) context, waarbinnen aan zorg - als een universele menselijke behoefte - aandacht en vorm wordt gegeven.

3. Voorstudie

In de voorstudie worden vier onderwerpen kort beschreven, met name het Vlaamse ouderenzorgbeleid, de relatie tussen politiek en ethiek (en, omgekeerd), het begrip 'goede' zorg, en de visie en ideologie van de Vlaamse christen-democratische partij CD&V.

3.1. Vlaams ouderenzorgbeleid

De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de planning**,** het toezicht en de erkenning van de volgende residentiële ouderenvoorzieningen: woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, service-flatgebouwen, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en centra voor herstelverblijf. Voor de meeste van deze voorzieningen, alsook de vele thuiszorgvoorzieningen, is de Vlaamse overheid volledig bevoegd. Voor de thuisverpleging , de huisartsen en de ziekenhuizen is de federale overheid volledig bevoegd. Voor de rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf deelt Vlaanderen zijn bevoegdheid met de federale overheid. Voor de planning en de erkenning gebruikt Vlaanderen zijn eigen normen. De programmatie en de erkenningsnormen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis en als centrum voor dagverzorging worden bepaald door de federale overheid. De federale overheid financiert de zorg die verleend wordt in de diverse ouderenvoorzieningen met een zorgforfait dat gerelateerd is aan de zorgzwaarte van de zorgvragers[19].

Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf komen in aanmerking voor de Vlaamse animatie-subsidie. Dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf komen in aanmerking voor een werkingsubsidie vanuit de Vlaamse overheid en kunnen daarbovenop gefinancierd worden door het RIZIV voor personeel en werking. Woonzorgcentra met een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis ontvangen ook personeelssubsidies vanuit het RIZIV. Woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf kunnen voor infrastructuursubsidies terecht bij het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA[20]).

Bij de laatste federale regeringsvorming werd overeengekomen alle federale bevoegdheden met betrekking tot de ouderenzorg over te dragen aan de Gemeenschappen[21]. In de formateursnota Di Rupo '*Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten'* [22] kan men lezen dat de Gemeenschappen alle instrumenten in handen zullen krijgen om een coherent opvangbeleid voor bejaarden te voeren. De middelen zullen overeenkomstig de huidige uitgaven in elke Gemeenschap worden overgedragen en zullen volgens het aantal personen ouder dan 80 jaar evolueren en volgens de groei van het BBP per inwoner. Dit betekent dat de volgende twee jaren zowel de bevoegde politici als administraties de overdracht van de bevoegdheden zullen moeten bewerkstelligen, inclusief de overdracht van de daarbij horende middelen, die geraamd worden op 3 miljard euro (inclusief de overdracht van de tegemoetkoming voor de hulp aan bejaarden) (Di Rupo: 2011[23]). Tegelijkertijd is dit voor de Gemeenschappen een uitzonderlijke opportuniteit én uitdaging

[19] http://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid_thuiszorg_en_ouderenzorg/
[20] http://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid_thuiszorg_en_ouderenzorg/
[21] In een bijlage van het onderzoeksrapport zal kort de huidige Belgische staatstructuur worden toegelicht.
[22] Di Ruppo, E. (2011). Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten. Basisnota: Brussel, p. 54.
[23] Di Ruppo, E. (2011). Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten. Basisnota: Brussel, p. 92.

om voor de zorg voor oudere burgers een meer cliëntgericht en integraal zorgorganisatiemodel uit te werken, dat met meer zorg op maat, kwaliteitsvol en ontschot kan worden aangereikt.

3.2. De relatie tussen politiek en ethiek

Het woord politiek is afgeleid van het Oudgriekse πολιτεια (*politeia*). Politeia betekende onder meer de burgerlijke samenleving; het leven als burger in de samenleving; staat; staatsvorm; en stads- of staatsbestuur. De term politiek doet zijn intrede in de Griekse oudheid met de opkomst van de *polis* of stadstaat.[24] Vosman (Vosman & Baart: 2008[25]) omschrijft politiek als: 'een praktijk beoefenen waarbij instituties worden opgebouwd, gehandhaafd, verdedigd en getransformeerd, opdat het samenleven van vrije mensen mogelijk is en gemeenschap gerealiseerd wordt. Vrij leven en in gemeenschap staan zijn op elkaar betrokken. Deze activiteit van opbouw, het transformeren van de instelling tot een vermenselijkende institutie is politiek en onderscheidt zich van *fixing*, van reparatie en optimalisering. Politiek vraagt altijd naar doelen van leven en samenleven, en met het mogen stellen van die vraag staat of valt politiek'.

3.2.1. Politiek en ethiek

De politieke praxis kan, aldus Leijen (Leijen: 1998[26]), beschouwd worden als een middel om de menselijke aangelegenheden, zoals onder andere de zorg voor elkaar, tot voltooiing te brengen. De behoefte aan samenleven en ordening van taken in onze samenleving kan worden verklaard uit de ontoereikendheid van de mens om zichzelf zonder hulp van anderen in leven te houden. Om in leven te blijven moeten we voorzien in onze levensbehoeften en daarvoor zijn we op anderen aangewezen. De politieke organisatie ligt dan in het verlengde van de sociale behoefte en is er dan vanwege een gemeenschappelijk goed dat voorziet in een manco. De wetten van de staat kunnen dan beschouwd worden als ordeningen die gericht zijn op het gemeenschappelijke goed (Leijen: 1998[27]). Politici kunnen bij middel van de politieke praxis normatieve uitgangspunten zichtbaar maken in de keuzes die zij maken en de wetten, die zij al dan niet stemmen.

Bij de uitvoering van het Vlaamse ouderenzorgbeleid laat de bevoegde Vlaamse minister zich inspireren door enerzijds het regeerakkoord dat de diverse regeringspartijen bij de start van een nieuwe regering opstellen, en, anderzijds zijn bevoegdheidsdomeingebonden beleidsbrief. Zowel het regeerakkoord, als de beleidsbrief vormen het referentiekader waarbinnen het Vlaamse ouderenzorgbeleid door de bevoegde minister wordt vormgegeven. Dit beleid staat niet op zich. Het is de resultante van een interactie tussen de maatschappelijke context en de politieke doelstellingen, die men binnen deze context wil realiseren. Politieke doelstellingen en realisaties kunnen dan ook niet los gezien worden van waarden en normen die dominant aanwezig zijn binnen een bepaalde samenleving. Dit betekent dat er een onmiskenbare band bestaat tussen ethiek en politiek. Herman Van Rompuy Van Rompuy: 1992[28]) beschrijft dit als

[24] http://nl.wikipedia.org/wiki/Politiek
[25] Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Uitgeverij Lemma: De Haag, p.19.
[26] Leijen, A., (1998). Profielen van Ethiek: Van Aristoteles tot Levinas. Uitgeverij Coutinho: Bussem, p. 38-39.
[27] Leijen, A., (1998). Profielen van Ethiek: Van Aristoteles tot Levinas. Uitgeverij Coutinho: Bussem, p. 38-39.
[28] Rompuy, H. van (1992). Ethiek in de politiek. Morele dilemma's in de politiek. Ethische perspectieven 2 (1992)4, p. 7-12.

volgt: '*Er zijn belangrijke momenten in het politieke leven waar diegenen die verantwoordelijkheid dragen in een complexe situatie en op zeer korte tijd ingrijpende morele beslissingen moeten nemen'*. In het politieke debat, dat ongetwijfeld samen zal gaan met de grondige hervorming van het Vlaamse ouderenzorgbeleid, zullen de politieke tegengestelde opvattingen geëxpliciteerd en uitgediscuteerd moeten worden. Het is voorspelbaar dat binnen dit publieke debat de diversiteit aan waarden, prioriteiten en opvattingen aan bod zullen komen en mogelijks met elkaar in botsing zullen komen.

Een klassieke tegenstelling is deze tussen het liberale model van burgerschap, dat uitgaat van de vooronderstelling dat mensen autonome individuen zijn, in staat om te voorzien in hun eigen basisnoden en het socialistische model dat de wederzijdse afhankelijkheid en solidariteit tussen de mensen beklemtoont. Hankivsky: 2004[29])beklemtoont dat politiek gaat over kiezen tussen een reeks van opties en alternatieven en dat waarden, die de kern uitmaken van ethiek, behulpzaam zijn om deze keuzes te ondersteunen. De waarden die men voorstaat bieden de mogelijkheid om in het publieke debat beredeneerde argumenten aan te reiken om toe te lichten waarom voor een specifieke koers of actie wordt gekozen in plaats van een ander. Alle publieke beleidsvoeringen hebben impliciet normatieve dimensies, aldus Hankivsky.

In een publicatie van het Peace Instituut[30] licht Sevenhuijsen (Sevenhuysen: 2004[31]) een methodiek toe die werd ontwikkeld om normatieve raamwerken in politieke documenten te detecteren en te analyseren, en in het bijzonder het raamwerk van de zorgethiek. De zorgethica stelt dat de zorgethiek een reeks van waarden en normatieve opvattingen ontwikkeld heeft over de betekenis en de waarde van zorg in onze huidige samenleving, die kunnen dienen als een belangrijke hefboom en ingezet kunnen worden in het politieke debat rond welzijns- en gezondheidszorg. Of anders geformuleerd, de zorgethiek draagt, aldus Sevenhuijsen, in zich de potentie om te worden geïntegreerd in een politiek vocabularium en concept enerzijds, om het huidige politieke denken rond welzijns- en gezondheidszorg te transformeren anderzijds. De ultieme achterliggende motivatie is zorg te positioneren als een sociale en morele praktijk in de noties over burgerschap.

3.2.2. Ethiek en politiek

Over de relatie tussen ethiek en politiek werden al heel wat boeken en artikels geschreven. Aristoteles expliciteerde reeds de vanzelfsprekende verbinding tussen ethiek en politiek. Hij stelde dat de politieke prudentie en de morele prudentie dezelfde stabiele levenshouding zijn. Niettemin zijn ze verschillend van aard vanwege hun object of materie. De politieke prudentie is gericht op het leven van de staat en de morele prudentie op het leven van het individu (Leijen: 2004[32])

[29] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto, p. 2.
[30] The Peace Institute – Institute for Contemporary Social and Political Studies – is een onderzoeksinstituut dat interdisciplinair onderzoek ontwikkeld binnen de diverse domeinen van de sociale- en menswetenschappen en is gelegen in Slovenië.
[31] Sevenhuijsen, S. & Svab, A. (2004). The heart of the matter. The contribution of the ethic of care to social policy in some EU member states. Peacte Institute: Ljubljana: Slovenia, p. 14.
[32] Leijen, AR. (2004). Profielen van ethiek van Aristoteles tot Levinas. Tweede druk. Uitgeverij Coutinho: Bussum, p. 36-43.

In het kader van het onderzoek nemen we het in het bijzonder het perspectief van de zorgethiek in relatie tot de politiek in het vizier. De zorgethiek wordt beschouwd als een politiek-ethische stroming, die wil begrijpen hoe zorg in elkaar zit door op een bepaalde manier te kijken. De zorgethiek kijkt naar de samenleving en kiest daarbij 'zorg', en met name zorgrelaties en –structuren als venster[33]. Carol Gilligan en het richtinggevende denken van Joan Tronto hebben hiertoe de aanzet gegeven. Zowel het ter sprake brengen van de genderkwestie, als van de ongelijkheid tussen werkers en tussen zorgverleners en patiënten getuigen ervan dat zorgethiek politiek-ethisch van aard is (Vosman & Baart: 2008[34]). Zorgethici hebben inzichtelijk gemaakt dat zorg niet langer kan beschouwd worden als een 'natuurlijk', biologisch proces gestuurd door een moederlijk instinct en van geen normatieve betekenis (Hels: 2006[35]), maar als een collectieve sociale verantwoordelijkheid die rechtvaardig dient te worden verdeeld tussen de overheid, de gemeenschap en de familie (Hankivsky: 2004[36]). Van Heijst (van Heijst: 2008[37]) maakt inzichtelijk dat zorgverhoudingen feitelijk in veel opzichten ongelijk zijn. En, wie dit niet onderkent, de deur openzet voor machtsmisbruik. Zij is van oordeel dat achter de formele rechtsgelijkheid reëel bestaande ongelijkheden kunnen schuilen, in het bijzonder als mensen zorgafhankelijk zijn. Bovendien is - volgens van Heijst – zorgafhanklijkheid een bepalende sociale verschilmaker: mensen met een fysiek of mentaal probleem worden vaak als tweederangsburgers beschouwd. Ook de maatschappelijke miskenning van mensen werkzaam in de zorg (geringe waardering, weinig loon, …) licht zij op als een prangend probleem met belangrijke maatschappelijke gevolgen (schaarste aan zorgpersoneel, onderzorg en negatief imago van de care). Vanuit het voorgaande mag voldoende blijken dat de zorgethiek wel degelijk maatschappelijk én politiek-ethisch zeer relevant is.

Niet enkel de politieke bedrijfsvoering rond (ouderen-)zorg is normatief geladen, ook het begrip 'zorg' verwijst naar een normatieve dimensie. Tronto (Tronto: 1993[38]) beschrijft zorg als '*een activiteit die alles omvat wat mensen doen om hun wereld te laten voortbestaan, te herstellen en te onderhouden, zodat het 'hun' wereld wordt, waar ze zo goed mogelijk kunnen in leven*'. Deze definitie maakt duidelijk dat zorg een sociale praktijk betreft die zich zowel binnen het privé, als het publieke domein manifesteert en dat het een ethische dimensie op het oog heeft, met name 'het goede leven'. In het geval van de ouderenzorg: het 'goede leven' van personen die zich bevinden in de fase van de ouderdom. Leget (Leget: 2010[39]) stelt uitdrukkelijk dat zorg helemaal geen neutraal begrip is, moreel niet neutraal is. Het is een praktijk die door en door ethisch geladen is. De manier waarop zorg georganiseerd wordt zegt ons niet alleen wat mensen belangrijk vinden, maar ook waar een samenleving veel geld voor over heeft of niet. Zorg vertelt ons dus, aldus Leget, over goed en kwaad, over keuzes, over rechtvaardigheid, erkenning en respect. Het goede dat in zorg kan zitten, is altijd meer dan

[33] http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/
[34] Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Uitgeverij Lemma: De Haag, p.22.
[35] Hels, V. (2006). The Ethics of Care. Personal, Politcal, and Global. Oxford University Press: Oxford/New York, p. 133.
[36] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto, p. 106.
[37] Heijst, A. van (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Uitgeverij Klement: Kampen, p.31- 95.
[38] Tonto, J.C., (1993). Moral Bounderies. A Political Argument fora n Ethic of Care. Routledge: New York.
[39] Leget, C. (2010). Kwaliteit in de zorg: een zorgethisch perspectief. In: Pijnenburg, M., Leget, C. & Berden, B., (red.), (2010). Menslievende zorg, management en kwaliteit. Uitgeverij Damon: Budel, p. 90.

'professioneel', 'nuttig', 'efficiënt' of 'aangenaam'. Het is altijd ook moreel van aard: het heeft te maken met een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties.

Volledigheidshalve vermelden we dat de critici op de zorgethiek zich onder meer richten op de normativiteit van de zorg. Zij oordelen dat zorg als waarde vaag is en weinig oriëntatie biedt voor het morele beslissingsproces. Zij stellen zich vragen bij de precieze betekenis van zorg als ethische waarde en of de zorgethiek in concrete probleemsituaties of bij ethische dilemma's überhaupt kan aangeven in welke richting moet worden gehandeld opdat er goed wordt gehandeld. Volgens hen kan zorg geen aanknopingspunt bieden om een morele ordening aan te brengen en dient ze aangevuld te worden met universele principes, zoals bijvoorbeeld rechtvaardigheid (Kuhse: 1997)[40]. Vanlaere en Gastmans (Vanlaere en Gastman: 2008[41]) menen dat dit te maken heeft met het gegeven dat in de zorgethiek een waardengeladen mensbeeld wel latent aanwezig is, maar meer contouren moet krijgen. Dit verklaart volgens hen ten dele het 'normatieve vacuüm' van de zorgethiek.

Annelies van Heijst (van Heijst: 2006[42]) waarschuwt voor een al te sterke benadering vanuit principes, regels of plicht. Zij meent dat het structurerende niet het algemeen objectiveerbare is en wat is voorgeschreven, maar het bijzondere van de situatie en de context, met oog voor hoe mensen samenhangen, en met aandacht voor de gevoelens die daarbij komen kijken. Zij meent dat zorgethiek altijd al een latent normatieve ethische theorie is geweest, maar een explicietere invulling goed zou kunnen gebruiken. Anders dan Sevenhuijsen en Verkerk betoogt ze dat zorgethiek meer is dan een perspectief en wel degelijk andere opvattingen over plicht en morele aanspraak en morele respons inhoudt. Ook Joan Tronto (Tronto: 1993[43]) argumenteert dat het eenvoudig poneren van het ideaal van de zorg onvoldoende is om de wereld meer zorgzaam te maken. Zij meent dat dit morele ideaal omgezet dient te worden in de praktijk. Zij meent dat moraliteit en politiek met elkaar verweven moeten worden om echte verandering te realiseren.

Olena Hankivsky (Hankivsky:2004[44])betoogt dat voor de zorgethiek principes belangrijk zijn, met name omdat ze noodzakelijk zijn wil men een publiek verdedigbare ethiek te ontwikkelen. Zij meent dat wanneer men de zorgethiek ernstig wil nemen, men de waarden van de zorgethiek en de daaraan verbonden begrippen en benadering in principes zal moeten kunnen omzetten. Principes hoeven volgens haar niet beschouwd te worden als onpersoonlijke, abstracte en rigide regels. Zij reiken de zorgethiek de mogelijkheid aan om haar uitgangspunten en doelstellingen te expliciteren. Zorgprincipes, zo argumenteert Hankivsky, kunnen een gedifferentieerd, meer flexibel raamwerk expliciteren ten behoeve van de sociale politieke beleidsvoering. Als leidende principes benoemt zij de contextuele sensitiviteit (met daarin de verwijzing naar de relationaliteit en wederzijdse afhankelijkheid), de responsiviteit (met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren in de samenleving) en de

[40] Kuhse, H. (1997). Caring. Nurses, Women and Ethics, Blackwell: Oxford, p. 145.
[41] Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme. International Journal in Philosphy and Theology, 2008, 69 (4), p. 443-469).
[42] Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement, tweede druk: Kampen, p. 37.
[43] Tronto, J. 1993). Moral Bounderies: a political Argument for an Ethic of Care. Uitgeverij Routledge: New York, p. 152.
[44] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto, p. 32.

opmerkzaamheid voor gevolgen van gemaakte keuzes. Wat dit laatste betreft meent Hankivsky dat de zorgethiek heel in het bijzonder begaan is met de resultaten en de praktische en materiële effecten op het dagelijkse leven van mensen bij het maken van bepaalde keuzes en beslissingen.

Hankivsky vat het kort samen: '*de principes van de zorgethiek moedigen het contextuele begrijpen van de sociale omstandigheden aan die de oorzaak zijn van of aanleiding geven tot marginalisatie, discriminatie, en andere vormen van schade. De principes bevorderen de actieve participatie van de burgers in sociaal politieke ontwikkelingen. En, finaal, prioritiseren zij de politieke besluitvorming die een antwoord moet bieden aan de complexiteit van het samenleven van vele burgers die verschillen op vlak van gender, ras, etniciteit, mogelijkheden en sociale klasse, maar allen verenigd zijn in hun behoefte aan zorg*. (Hanvkisky: 2004[45]).

3.3. 'Goede zorg'

Wat is 'goede zorg'? De kans is groot dat we op deze vraag vele antwoorden krijgen: goede zorg is cliëntgerichte zorg; goede zorg is zorg die evidence based wordt aangereikt; goede zorg is zorg van een hoog professioneel niveau; goede zorg is zorg die doelmatig en doeltreffend wordt verleend; goede zorg is zorg die de waardigheid en integriteit van de cliënt ondersteunt; goede zorg is verantwoorde zorg (waar tussen de aspecten doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht de juiste verhouding wordt gevonden); goede zorg is de zorg die beantwoordt aan de specifieke behoeften van de cliënt; goede zorg is kwaliteitsvolle zorg…. Al snel wordt duidelijk dat wat als 'goede zorg' wordt beschouwd in belangrijke mate beschreven wordt vanuit het perspectief van waaruit men de zorg benadert.

Tabel 2: 'goede zorg' vanuit diverse referentiekaders:

Perspectief van de	**Goede zorg is….**
Cliënt	Zorg die beantwoordt aan mijn persoonlijke behoeften, bij voorkeur wordt aangereikt in een voor mij vertrouwde omgeving, waar ikzelf de regie over kan voeren en die betaalbaar is.
Mantelzorger	Zorg die op maat is van de cliënt, rekening houdt met mijn behoeften en betaalbaar is.
Wetenschapper	Zorg die evidence based wordt verleend en meetbaar effectief is.
Zorgmanager	Zorg die zo efficiënt als mogelijk wordt georganiseerd, tegen de laagst mogelijke kosten met het grootst mogelijke resultaat.
Zorgmarketeer	Zorg waarover de cliënt tevreden is.
Zorgprofessional	Zorg die verleend wordt vanuit professionele standaarden en wetenschappelijk verantwoord is.

[45] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto, p. 40.

Politicus	Zorg die kwaliteitsvol wordt aangereikt, d.w.z. cliëntgericht, doelmatig, doeltreffend en continu wordt verleend (cfr. Vlaams kwaliteitsdecreet[46]), financieel toegankelijk is voor de cliënt en rekening houdt met de beschikbare financiële middelen.
Filosoof	Zorg die het goede leven als uitgangspunt neemt.
Zorgethicus	Zorg die menslievend is: de kern hiervan is dat vaktechnisch correcte zorg een absolute voorwaarde is, maar dat zorg mensen pas echt goed doet als ze het gevoel hebben dat de zorgverlener hen ziet staan.[47]

De diverse omschrijvingen maken zichtbaar dat wat men onder 'goede zorg' begrijpt, beschreven wordt op basis van de positie, het perspectief, de interesses en de maatstaven van de persoon die de kenmerken van 'goede zorg' schetst. Het is dan ook niet ongewoon dat de opvattingen over 'goede zorg' wel eens botsen, omdat ze vertrekken vanuit verschillende logica's. Bij het beschrijven van 'goede zorg' is het van belang steeds goed voor ogen te houden vanuit welk perspectief dit gebeurt.

Het zorgethische perspectief op 'goede zorg'.

Tronto (Tronto: 1993[48]): heeft naast een brede definitie van zorg ook een belangrijke bijdrage geleverd aan de omschrijving van wat 'goede zorg' inhoudt. Zij beschrijft zorg als een proces dat bestaat uit vier fasen. In de praktijk zullen deze aspecten elkaar niet altijd chronologisch opvolgen en kunnen verschillende fasen door verschillende personen op zich genomen worden. Goede zorg vereist in elke fase een specifieke morele kwaliteit.

Tabel 3: schematisch overzicht vier aspecten van het zorgproces volgens Tronto:

Fasen van het zorgproces	**Morele dimensie**
Caring about	Aandacht
Caring for	Verantwoordelijkheid
Care giving	Deskundigheid
Care receiving	Responsief – aansluiten bij de behoeften en verwachtingen van de zorgvrager

Ook Baart (Baart: 2006)[49], samen met Goossensen (Goossensen en Baart: 2011[50]), buigt zich over de vraagstelling wat zorg eigenlijk tot 'goede zorg' maakt. Samen maken ze inzichtelijk dat de gebruikelijke aandachtsgebieden met betrekking tot kwaliteit van zorg (veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid [gericht op autonomie, inspraak, zelfmanagement en keuzemogelijkheden]) onvoldoende

[46] Vlaams decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.
[47] Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement: Kampen.
[48] Tronto, J. (1993). Moral Bounderies: a political Argument for an Ethic of Care. Uitgeverij Routledge: New York.
[49] Baart, A. (2006). Moet dat nou? Presentie en het verlangen van de manager. In: Heijst, A. van, Tromp, T. & Baart, A. (2006). Minder hard-meer hart. Zorgethiek en management: een werkzame combinatie. Reliëf: Utrecht.
[50] Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4.

toereikend zijn vanuit zorgethisch perspectief en includeren in hun concept '*kwaliteit van zorg 2.0*' zorgethische kwaliteitsaspecten, zoals sensibiliteit van de zorgverlener voor de zorgvrager, de door de zorgvrager daadwerkelijk ervaren zorgzaamheid in attitude en bejegening naast optimale medische en verpleegkundige interventies. Zij schetsen vier aspecten die behulpzaam zijn bij het integreren van de zorgethische kijkwijze in de bestaande kwaliteit van zorgkaders.

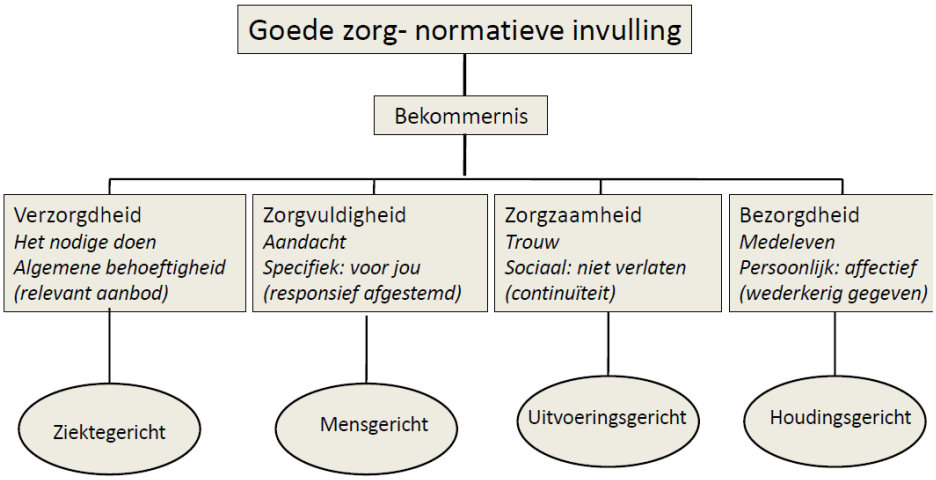
Tabel 4: schematisch overzicht vier aspecten van '*Kwaliteit van zorg 2.0*' (Goossensen en Baart: 2011[51]):

Fasen van het zorgproces	**Toelichting**
Ziektegerichte kwaliteit	Kwaliteit die verwijst naar deskundige, hoogwaardige medische en verpleegkundige zorg. Het gaat om beproefde en probate interventies, die veilig zijn, doorzichtig, doeltreffend en praktisch wijs.
Mensgerichte kwaliteit	Kwaliteit die verwijst naar de zorgverlener die zich richt op de aansluiting bij de zorgvrager. Is zorg die verkent waar de zorgvrager het moeilijk mee heeft, of waar hij naar verlangt. Zorgvuldige waarneming van wie de patiënt is, wat voor hem van waarde is en wat hij doormaakt, staat daarbij voorop.
Uitvoeringsgerichte kwaliteit	Kwaliteit die verwijst naar zorg die responsief tot stand komt en volhoudt. Responsief staat voor blijven kijken of het aangebodene aansluit en uitpakt zoals bedoeld. Het gaat om zorg die duurzaam en trouw is.
Houdingsgerichte kwaliteit	Kwaliteit die verwijst naar een zorgverlener die bezorgd mag zijn en zorg verleent met mededogen. De zorgvrager ervaart hartelijkheid, betrokkenheid, respect en toegenegenheid. Onder houdingsgerichte zorg vallen ook bejegening en communicatie. Aandacht voor houdings-gerichte zorg voorkomt ervaring van koude en kwetsende zorg.

Goossensen en Baart hebben het bovenvermelde referentiekader uitgewerkt op twee niveaus. Het eerste niveau betreft het primaire zorgproces. Het tweede niveau heeft betrekking op de systemische context van het zorgproces. Bij het tweede niveau gaat het om: hoe lerend een organisatie is, wat de heersende cultuur is, hoe dienstig het management is en of professionals reflectief kunnen en mogen zijn. De verschillende componenten zijn volop in nadere uitwerking.

[51] Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 6-7.

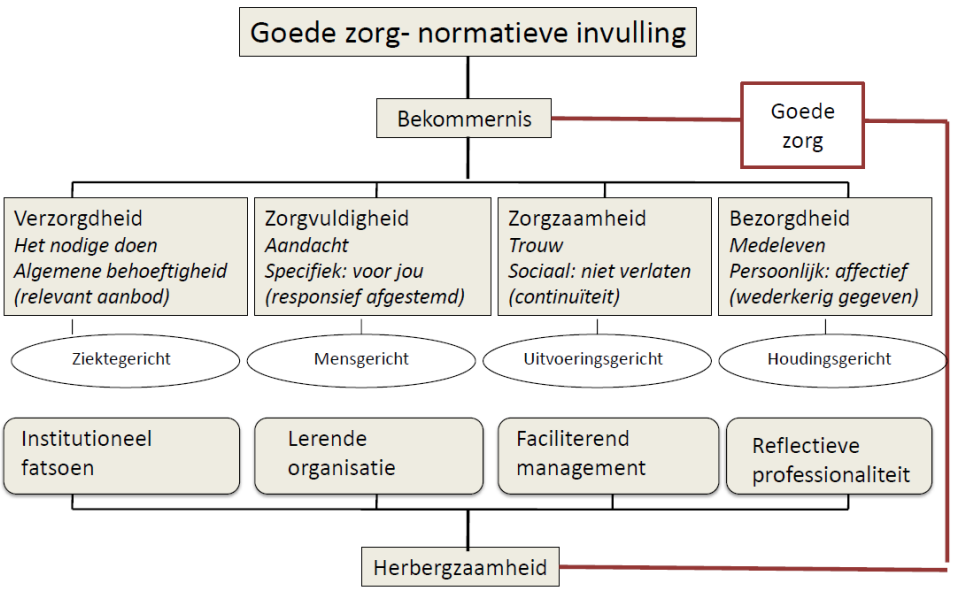
Figuur 1: Goede zorg – normatieve invulling vanuit het perspectief van het primaire zorgproces:



Bronnen:
Baart, A., (2006). Moet dat nou? Presentie en het verlangen van de manager. In:van Heijst, A., Tromp, T. & Baart, A. (2006). Minder hard-meer hart. Zorgethiek en management: een werkzame combinatie. Reliëf: Utrecht.

Baart, A., (2011). College kwaliteit van zorg. Master Zorg, Ethiek en Beleid. Universiteit van Tilburg.
Goossensen, A, & Baart, A., (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4-7.

Figuur 2: Goede zorg – normatief ingevuld vanuit het perspectief van de zorgorganisatie:



Bron: Baart, A., (2011). College kwaliteit van zorg. Master Zorg, Ethiek en Beleid. Universiteit van Tilburg.

Het conceptuele kader en de twee niveaus (het primaire zorgproces en de systemische context) van waaruit 'goede zorg' wordt geëxploreerd, zouden aangevuld of uitgebreid kunnen worden met een derde niveau, met name het niveau van de maatschappelijk-politieke context waarbinnen de zorg al dan niet wordt gewaardeerd, erkend en gesubsidieerd. Immers, wanneer een politieke overheid beslist om de marktwerking te introduceren binnen de zorgsector, dan heeft dit een invloed op wat men onder 'goede zorg' begrijpt en de zorgorganisatie die daaruit volgt. We denken dat hier een interessant denkspoor kan liggen, dat ons bijkomende inzichten kan aanreiken en het conceptuele kader '*kwaliteit van zorg 2.0*' mogelijk kan verbreden. De politieke overheid in een democratische staat moet immers aandacht hebben voor de specifieke gezondheids- en welzijnsbehoeften van de burgers, moet het nodige doen om ertoe bij te dragen en toe te zien dat de aangeboden zorgverlening van een goede kwaliteit is en dat de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd. En, ten slotte, kan de politieke overheid, met een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen en de concrete maatregelen die zij treft, aantoonbaar maken dat ze zorgbehoevende burgers niet als tweederangsburgers beschouwt én de zorg(-verlening) genegen is, waardeert en erkent als maatschappelijk relevant.

3.4. Visie en ideologie van de Vlaamse christendemocratische partij (CD&V)

De visie en ideologie van de Vlaamse christendemocratische partij is terug te vinden in haar opdrachtverklaring (CD& V, 2009)[52], (bijlage 1). In deze opdrachtverklaring staat te lezen dat de CD&V zichzelf als een 'waardenpartij' ziet: de uniciteit van de mens, respect voor de menselijke persoon in de situatie waarin hij zich bevindt, het beschermen en versterken van de menselijke waardigheid, de relatie en de verbondenheid tussen mensen (solidariteit) en zorg voor degenen die het moeilijk hebben in onze samenleving, zijn de centrale thema's.

De ideologie van CD&V[53], de *raison d'être* van de partij, maar ook als haar permanente toetssteen en voedingsbron van alles wat ze doet en is, wordt vertolkt met de combinatie van vier V-woorden, waarbij elk woord aan een component van de partijnaam kan verbonden worden, zij het niet exclusief daaraan. De ideologie stelt, aldus de CD&V, dat de vier V-woorden niet zonder elkaar kunnen. Precies in hun onderlinge samenhang, complementariteit en verwevenheid wordt duidelijk wat toegepaste christendemocratie is.

In de beschrijving van de ideologie worden uitdrukkelijke verwijzingen opgenomen naar het begrip 'zorg' en aspecten uit het zorgethische referentiekader: *zorg* voor de meest kwetsbaren in de samenleving, verzekeren dat er *zorg* voor allen is, die staat voor daadwerkelijke aandacht, *zorg* voor de huidige generaties, maar ook zorg, *verantwoordelijkheid* voor de toekomstige generaties. Ook aandacht voor *relaties* en het *verbinden* van mensen als hefboom voor persoonlijke groei en verantwoordelijkheid nemen.

[52] http://www.cdenv.be/ons-verhaal/onze-visie
[53] http://www.cdenv.be/node/184

Verzorgen – De C van CD&V wijst op de *zorg* voor de minsten als insteek om te verzekeren dat er *zorg* voor allen is. Zorg staat voor daadwerkelijke aandacht: oog hebben voor degenen die ondersteuning en bijstand nodig hebben. En het engagement gestalte geven om hen te helpen.

Vooruitzien – De D van CD&V wijst op de plicht om in een democratie niet alleen gericht te zijn op het 'hier en nu', maar ook op de toekomst. En daar dus vandaag samen op te anticiperen. We hebben immers ook een *verantwoordelijkheid op te nemen voor de volgende generaties*. Vooruitzien impliceert dan ook voorzien. Naast de huidige generaties staan de christendemocraten de toekomstige generaties voor ogen inzake aandacht voor begroting, duurzame energie, pensioenen, sociale zekerheid, enzovoort. Het welzijn en de welvaart van het hele volk staat daarbij voorop, vandaag en morgen.

Verbinden – De ampersand (&) van CD&V wijst op het verbindende element van mens en samenleving. *Mensen verbinden* is de eerste opdracht van de christendemocratie, omdat dit het platform is opdat eenieder naar eigen mogelijkheden zijn verantwoordelijkheid kan nemen ten voordele van het welzijn en de welvaart van alle Vlamingen. Christendemocraten ondersteunen kaders en initiatieven die verbondenheid bevorderen, op de eerste plaats het gezin en het verenigingsleven. Maar ook andere kaders en domeinen waarmee we verbonden zijn, krijgen aandacht, zoals mobiliteit (onze 'verbindingswegen'), de werkvloer, leefmilieu, enzovoort.

Versterken – De V van CD&V wijst op het versterken van Vlaanderen door iedere Vlaming te versterken. De kansensamenleving die christendemocraten voorstaan, kan enkel gerealiseerd worden wanneer er sterke schouders zijn om het streven naar die samenleving te trekken. Dat betekent dat degenen die sterk staan en vooruit willen, gestimuleerd worden om onze samenleving vooruit te duwen en zodoende sterker te maken. Daartoe richt de partij o.a. de focus op het brede spectrum van het onderwijs, gedegen opleidingen en permanente vorming, een kwalitatieve arbeidsmarkt, gedreven ondernemerszin en een stevige economie.

In het onderzoek werden enkel politici, leden van de CD&V, bevraagd. De motieven hiertoe zijn tweeërlei. Enerzijds de materiële beperkingen van het onderzoek zelf, anderzijds het gegeven dat deze politieke partij zich uitdrukkelijk profileert als een waardenpartij die beschikt over een opdrachtverklaring en ideologie, waarin 'zorg' en diverse aspecten uit het referentiekader van de zorgethiek worden opgenomen.

4. Conceptueel raamwerk

4.1. Sensitizing concepts

Aan de hand van de doorgenomen literatuur identificeerde de onderzoeker enkele adequate begrippen die in het onderzoek gebruikt werden als richtingaanwijzers bij het verzamelen en het analyseren van de data, zonder echter reeds een strak raamwerk aan de data op te leggen. Deze begrippen hielpen de onderzoeker in de fase van de opmaak van de lijst van onderwerpen voor het semi-gestructureerd interview en de analyse van de kwalitatieve gegevens.

Tabel 5: overzicht sensitizing concepts.

Sensitizing concepts uit literatuur
Zorg als deel van elk menselijk leven (Tronto)
Zorgen maken, zorgen dat, zorg verlenen en zorg ontvangen (Tronto)
Aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit (Tronto)
Zorgrelatie, erkenning en zien staan (van Heijst)
Voorkomen van reductie (Goossensen)
Zien wat er voor de andere op het spel staat, van betekenis zijn, bekommernis, betrokkenheid, zorgzaamheid, zorgvuldigheid, niet verlaten (Baart)
Betrouwbaarheid, vertrouwen, transparantie en verantwoording (Sevenhuijsen)
Menselijke waardigheid, ontwaarding, verontwaardiging, verwaardigen (Gastmans & Vanlaere)
Contextuele sensitiviteit, responsiviteit en oog voor de gevolgen van de gemaakte keuzen (Hankivsky)
Het verval van de instituties (Vosman & Dubet)
Zorg voor mekaar, zeker van zorg: de zorgwaarborg (Vlaams regeerakkoord, 2009-2014)

De gekozen sensitizing concepts vooronderstelden dat in hun visie op de ouderenzorg van de toekomst christendemocratische politici aangesproken werden op hun persoonlijke opvattingen, waarden en normen enerzijds, en op maatschappelijk dominante opvattingen, waarden en normen anderzijds. De waarden en normen die zij als cruciaal kwalificeren voor de zorg voor kwetsbare ouderen beïnvloeden hun opvattingen over wat zij onder ‘het goede leven en de goede zorg’ van deze doelgroep begrijpen.

In de confrontatie met de vraagstelling naar hun persoonlijke ervaringen en visie op de toekomst van de Vlaamse ouderenzorg werden zij – bij wijze van spreken – aangeklampt om op moreel vlak positie in te nemen, kleur te bekennen en keuzes te maken. Keuzes, die zich kunnen vertalen in mogelijke toekomstige politieke acties en besluitvorming.

4.2. Theoretische benadering: Grounded Theory inspired

Binnen het brede gamma van theoretische tradities en oriëntaties, zoals beschreven in het boek van Patton (Patton: 2002[54]), heeft de onderzoeker als benaderingswijze voor het voorliggende onderzoek de Grounded Theory (gefundeerde theoriebenadering) gekozen. De onderzoeker meende dat deze benaderingswijze het beste aansluit bij de onderzoeksvraag. Grounded Theory daagt immers de onderzoeker uit om 'onder de oppervlakte' te kijken. Hij wordt gevraagd de empirische wereld binnen te gaan van degenen die hij bestudeert – in casu de Vlaamse politici, leden van de Vlaamse christendemocratische partij - om van daaruit kwalitatieve data te verzamelen en te analyseren die als bron kunnen dienen van waaruit een theorie kan worden ontwikkeld, die gefundeerd wordt op woorden en acties van degenen die worden bestudeerd. Grounded Theory beoogt stap voor stap een theorie te ontwikkelen op basis van de systematisch verkregen en geanalyseerde onderzoeks-gegevens.

De onderzoeker meende echter dat de theorievorming aan de hand van vier interviews een te hoog gegrepen doelstelling is en oriënteerde de finaliteit van het onderzoek op een meer bescheiden en haalbaar perspectief, gebruikmakend van de basisuitgangspunten van de Grounded Theory onderzoeksmethode (Grounded Theory inspired), met name het achterhalen en beschrijven van het ethisch referentiekader waarmee de vier bevraagde politici invulling geven aan 'goede zorg' voor ouderen, wat dit betekent voor hun politieke beleidsoriëntaties inzake het toekomstig ouderenzorgbeleid in Vlaanderen en, of dit de mogelijkheid biedt om het zorgethische denkkader rond 'goede zorg' te verbreden van de context van het primaire zorgproces en de zorgorganisatie naar de maatschappelijke en politieke context, waarin de zorg wordt verleend.

Via een semi-gestructureerd interview en een klankbordgroep werd materiaal verzameld met betrekking tot de onderzoeksvraag. Alvorens een eerste interview aan te vatten, werd een proefinterview afgenomen bij een gangmaker actief in de zorg. Elk interview werd op band opgenomen en volledig woordelijk uitgeschreven. Het beschikbare materiaal werd gecodeerd. Vervolgens werden relevante codes met elkaar gecombineerd en op hun beurt systematisch met elkaar vergeleken, waarbij de codering werd verbeterd, aangepast, geëxpliciteerd en gespecificeerd (the constant comparative method) (ten Have: 2004[55]).

In een multidisciplinair samengestelde klankbordgroep (twee ethici en twee onderzoekers met ervaring in kwalitatief onderzoek) werden de uitkomsten en analyses van de vier interviews afgetoetst. Het onderzoek had een gefaseerde onderzoeksopzet, waarbij dataverzameling en inductieve data-analyse elkaar afwisselden (Boeije: 2004[56]). Exploratie en reflectie hebben elkaar afgewisseld. Wanneer de codes zich stabiliseerden en nieuwe vergelijkingen geen veranderingen meer teweeg brachten in de 'vulling' van de begrippen en de begripsomschrijvingen voltooid waren, werden de contouren van de bevindingen (in casu het referentiekader van de geïnterviewden) van het onderzoek zichtbaar.

[54] Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: California/London/New Delhi.
[55] http://www.qualiteit.nl/kwalitana.htm
[56] Boeije, H.(2004). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Uitgeverij Boom: Amsterdam, p. 18.

De keuze voor de Grounded Theory inspired onderzoeksmethodiek werd ingegeven vanuit volgende overwegingen (Boeije: 2004[57]):

1. de gegevens die bekomen worden met deze benadering zijn rijk, gedetailleerd en ongestructureerd (Wester, 1995) en worden verzameld juist omdat ze die kwaliteiten bezitten. Met deze gegevens kunnen sociale, empirische verschijnselen worden beschreven in de gedetailleerdheid en de complexiteit daar waar dit vereist is, in de context van het onderzoek: zorgethische aspecten bij politieke keuzes in de vormgeving van het toekomstige Vlaamse ouderenbeleid;
2. met de werkwijzen van de gefundeerde theoriebenadering kan de onderzoeker alle mogelijke verbanden op het spoor komen. Men duidt dit aan met de term mechanismen of patronen. De term mechanisme geeft aan hoe iets in elkaar zit, hoe het werkt, welke redenen of motieven een rol spelen en wat ze met zich meebrengen;
3. de gefundeerde theoriebenadering biedt de onderzoeker de mogelijkheid om met een nieuwe invalshoek naar het veld van onderzoek te kijken tijdens het onderzoek zelf. De precisering van een bepaald nieuw gezichtspunt en de benaming ervan komt tot stand tijdens de analyse van de gegevens.

5. Casusdefinitie

Het onderzoek werd uitgevoerd bij politici, allen lid van de CD&V. De interviews werden afgenomen bij 4 politici: twee vrouwen en twee mannen. Niet enkel parlementairen met een deskundigheid of ervaring met het thema (ouderen-)zorg werden geïnterviewd, maar ook zij die slechts onrechtstreeks met dit thema geconfronteerd worden via de partijstandpunten. De klankbordgroep zal multidisciplinair worden samengesteld: zorgethici en twee onderzoekers met ervaring in kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. Er werd uitdrukkelijk gekozen voor een diversiteit aan perspectieven.

Het onderzoek werd voorafgegaan door een oriënterend gesprek met de stafmedewerkers Welzijn en Gezondheid en Ideologie, Zingeving en Ethiek van de studiedienst van de CD&V.

[57] Boeije, H. (2004). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Uitgeverij Boom: Amsterdam.

6. Methode

6.1. Onderzoeksbenadering

6.1.1. Het kwalitatief interview

Verwijzend naar de onderzoeksvraag en de gekozen theoretische benadering (Grounded Theory Inspired), werd ervoor gekozen de data te verzamelen aan de hand van een semi-gestructureerd open interview, zoals beschreven in het boek van Patton onder de rubriek 'The Interview Guide' (Patton: 2002[58]). Er werd een lijst van richtinggevende vragen opgemaakt die verwezen naar de onderzoeksvraag. Op deze wijze beoogde de onderzoeker met elke geïnterviewde persoon dezelfde items te bespreken, maar kon de interviewer de vraagstelling vrij kiezen. De lijst van themata werd verfijnd in de breedte of de diepte aan de hand van de analyse van de data bekomen uit het voorgaande interview. Het interview beschouwde de onderzoeker niet zomaar als het eenvoudig stellen van vragen en registeren van antwoorden. Het interview werd beschouwd als 'the art of hearing data' (Rubin en Rubin: 1995[59]). Het ging om een interactief proces waar de interviewer en de geïnterviewde op tocht gaan en samen data produceren die essentieel zijn voor het onderzoek (Mortelmans: 2009[60]). De voorbereide vragen werden beschouwd als een leidraad voor het interview. De onderzoeker nam zich uitdrukkelijk voor om de respondenten tijdens het interview zoveel als mogelijk zelf hun eigen perspectieven te laten verwoorden en dit in hun eigen taal.

Het verloop van interview kende twee fasen:

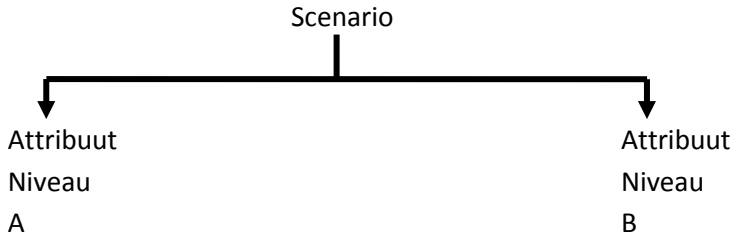
1. Fase 1: het stellen van de semi-gestructureerde vragen
2. Fase 2: het voorleggen van gestructureerde keuzesets waaruit de geïnterviewde werd verzocht een keuze te maken en zijn keuze te motiveren volgens de onderzoeksmethode van de Discrete Choice Experiment

6.1.2. De discrete choice experiment onderzoeksmethode

De discrete choice experiment (DCE) is een onderzoeksmethode afkomstig uit de economische wereld en is eigenlijk een kwantitatieve techniek om bepaalde voorkeuren van personen te detecteren. De ondervraagde personen krijgen scenario's gepresenteerd met kenmerken. Zij kiezen op basis van deze kenmerken het door hen geprefereerde scenario. Eén van de kenmerken binnen de scenario's is de kost(en) van het scenario met als doel de mate van bereidheid te kennen van de ondervraagde om in dit scenario te kiezen (Desplenter Laekeman: 2011[61]) .

[58] Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: California/London/New Delhi, p. 343.
[59] Rubin,H. en Rubin, I., (1995). Qualitative interviewing: The art of hearing data.Thousand Oaks, CA: Sage
[60] Mortelmans, D. (2009). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Uitgeverij ACCO: Leuven, tweede druk, p. 208.
[61] Desplenter, F. en Laekeman, G.(2011). Wat de patiënt kiest werkt beter…. Minerva november 2011 volume 10 nummer 9, p. 105.

Bij de DCE gaat men uit van de vooronderstelling dat een individu, geconfronteerd met bepaalde keuzes, het alternatief zal kiezen dat voor hem een absolute meerwaarde heeft tegenover alle alternatieven opgenomen in de keuzeset.



De DCE-benadering vindt zijn oorsprong in de mathematische psychologie. Ze combineert de random utility theorie met consumententheorie, experimenten design theorie en econometrische analyses. Ze werd in het verleden voornamelijk aangewend om de voorkeuren van grote groepen personen te onderzoeken om al dan niet voor een bepaald product of dienstverlening te kiezen (Street, Burgess en Louviere: 2005[62]). Vooral binnen marketing-studies werd deze techniek aangewend met als doel de te ontwikkelen producten en diensten en de daaraan verbonden winsten te optimaliseren. De laatste jaren wordt de onderzoeksmethode in de gezondheidszorg gebruikt om inzicht te verwerven in keuzen van patiënten, alsook van beleidsmensen bij het stellen van prioriteiten.

Een voorbeeld DCE-set uit de auto-industrie (de Bekker-Grob: 2009[63]:)

Attributen	**Wagen**	**Trein**
Duur van het vervoer	20 min	25 min
Stappen van/naar het vervoer	0 min	3 min
Prijs	€ 10	€ 4
Mijn keuze	□	□

De keuzesets van het onderzoek:

In het voorliggende onderzoek werd de DCE-onderzoeksmethode evenwel in een beperkte vorm toegepast. De onderzoeker heeft eerst twintig keuzesets met bijhorende scenario's, attributen en niveaus ontwikkeld en deze voorgelegd aan een proefgroep. Uit deze twintig keuzesets heeft hij er twee weerhouden en ingevoegd binnen het semistructureel interview. De twee weerhouden keuzesets werden als het meest relevant in het kader van de onderzoeksvraag van het onderzoek beschouwd. De vier geïnterviewden kregen dezelfde keuzesets voorgelegd.

[62] Street, D.J., Burgess, L. & Louviere, J. (2005). Quick and easy choice sets: constructing optimal and nearly optimal stated choice experiments. Intern J of Research in Marketing 22:459-470.
[63] de Bekker-Grob, E.C.(2009). Discrete Choice Experiments in Health Care. Theory and Applications. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, p. 10-15.

De twee keuzesets werden in het interview geïntegreerd met als doel de geïnterviewden binnen een vooraf bepaalde context (de kenmerken van de scenario's) een keuze te doen maken. De onderzoeker was voornamelijk geïnteresseerd in de motieven die de geïnterviewde aanbracht om al dan niet voor een bepaald scenario te kiezen. Door het bespreken van de concrete situaties beoogde de onderzoeker een zicht te krijgen op de overwegingen, motieven, waarden en afwegingen van de geïnterviewde. Er werd aan de geïnterviewden ook de mogelijkheid gelaten om geen keuze te maken of een alternatieve keuze te formuleren, mits toelichting.

Eerste keuzeset:

Aspecten	**Scenario 1**	**Scenario 2**
Attributen	**Zorg voor persoon met dementie thuis**	**Zorg voor persoon met dementie in een woonzorgcentrum**
Gemiddelde duur van de professionele zorg per dag	4 uur per dag, behoudens weekends	Alle dagen gemiddeld 3 uur per dag
Ondersteuning van mantelzorg	ja	neen
Bijdrage zorgvrager/overheid per dag	24€/120 €	60€/60 €
Uw keuze	□	□

Tweede keuzeset

Attributen	**Scenario 1 Ouderenzorg X in Vlaanderen 2021**	**Scenario 2 Ouderenzorg Y in Vlaanderen 2021**
Visie	De zorg voor de oude dag is de verantwoordelijkheid van elke burger, die zich hierop dient voor te bereiden	De zorg voor de oude dag is een gedeelde verantwoordelijkheid: burger, familie/ omgeving, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid
Financieringssysteem	Kapitalisatiesysteem	Repartitiesysteem
Vergoeding van de zorg	In kind (via voorzieningen)	In cash (cashgeld – de zorgvrager beslist zelf waarvoor hij dit geld aanwendt)
Uw keuze	□	□

6.1.3. De klankbordgroep

Naast de interviews werd eveneens een klankbordgroep georganiseerd, multidisciplinair samengesteld: twee ethici met ervaring in de zorgsector en twee onderzoekers met ervaring in het kwalitatief onderzoek. De onderzoeker betrachtte met deze klankbordgroep een variëteit aan perspectieven op de verzamelde data en reeds gemaakte analyses af te toetsen, zodat vastgestelde patronen, bevindingen en verbanden bevestigd, ontkracht, verfijnd of verder uitgediept konden worden.

De methodiek van klankbordgroep bood de onderzoeker de mogelijkheid om - via sociale interactie tussen de deelnemende leden – op een open en bevragende wijze te reflecteren over de verzamelde kwalitatieve data en reeds gemaakte analyses. De leden van de klankbord-groep werden uitgenodigd tot het geven van feedback, kritische vragen te stellen, gelegde verbanden in vraag te stellen of nieuwe verbanden te leggen,… Kortom, het gaf de onderzoeker de gelegenheid om de bekomen data en de analyses via een dialogisch proces tussen de groepsleden te bekijken vanuit meerdere perspectieven.

De klankbordgroep droeg bij tot de triangulatie of het gebruik van mixed-method onderzoeks-benaderingen, wat de kwaliteit van de verzamelde data verhoogt.

6.2. Dataverzameling en -verwerking

De dataconstructie gebeurde vanuit drie perspectieven:

1. de interviews beoogden data te verzamelen aan de hand van een face to face gesprek en peilen naar individuele opvattingen en ervaringen;
2. met de opzet van de klankbordgroep betrachtte de onderzoeker data te bekomen tijdens de vier interviews en de reeds uitgevoerde analyses te toetsen aan de inzichten en feedback van de deelnemers en rekende hij op de sociale interactie van de groepsleden om de geanalyseerde data kwalitatief te verbreden en te verdiepen;
3. de nota's van de onderzoeker tijdens en na de interviews en de klankbordgroep.

Zowel de interviews als het gesprek binnen de klankbordgroep werden geregistreerd met aangepaste geluidsopnameapparatuur. De onderzoekspersonen werden hiervan op voorhand in kennis gesteld. De goedkeuring tot geluidsopname was een voorwaarde tot deelname. Nadien werden de geluidsopnamen woordelijk uitgeschreven. De audio-opnames werden aangevuld met de notities van de onderzoeker gemaakt na het interview en de klankbordgroep.

In het kader van de dataverzameling en de verwerking werd uitgegaan van de basisprincipes zoals beschreven in de QUAGOL (The Qualitative Analysis Guide of Leuven). Het betreft een op theorie en praktijk gebaseerde methode, die werd ontwikkeld door de universiteit van Leuven met als doel handvatten aan te reiken aan onderzoekers die kwalitatieve data op een accurate en systematische wijze wensen te verwerken. Het gaat hier niet om een rigide methode. Het betreft eerder een richtlijn die gekenmerkt wordt door een iteratief proces van steeds dieper graven in de beschikbare

kwalitatieve data en het constant bewegen tussen de verschillende stadia binnen het analyseproces. Het beoogt de intuïtie en de creativiteit van de onderzoeker zo optimaal als mogelijk te stimuleren, en dus, het analyseproces te ondersteunen (Dierckx de Casterlé; Gastmans, Bryon en Denier: 2012[64]).

De QUAGOL identificeert de volgende stadia in het analyseproces van de kwalitatieve data bekomen uit de interviews:

1. de voorbereiding van het coderingsproces:

Stap 1: (her)lezen van de interviews
Stap 2: de opmaak van het narratieve interviewrapport
Stap 3: van narratief rapport naar conceptueel interviewschema
Stap 4: nagaan of de conceptuele interviewschema's kloppen
Stap 5: het constante vergelijkingsproces

Het concrete coderingsproces:

Stap 6: opmaak van een lijst van concepten
Stap 7: het coderingsproces
Stap 8: analyse van beschrijving van de concepten
Stap 9: uitschrijven van de essentiële structuur (integratie van de concepten in een betekenisvol conceptueel raamwerk of verhaallijn in antwoord op de onderzoeksvraag)
Stap 10: beschrijving van de resultaten

6.3. Fasering

6.3.1. De voorbereidende fase

In de voorbereidende fase heeft de onderzoeker de volgende initiatieven ondernomen:

1. een literatuurstudie rond de thema's Vlaamse ouderenzorgbeleid, zorgethiek en de relatie tussen ethiek en politiek, ethische besluitvorming, visie christendemocratische partij;
2. een oriënterend gesprek voeren met de stafmedewerkers Welzijn en Gezondheid en Ideologie, Zingeving en Ethiek van de studiedienst van de CD&V;
3. de redactie en verzending van een brief aan de beoogde doelgroep met daarin opgenomen de omschrijving van het opzet van het onderzoek en de vraag tot deelname aan het onderzoek;
4. aan de hand van de doorgenomen literatuur en het oriënterend gesprek werden de reeds uitgeschreven sensitizing concepts verder verfijnd;
5. het ontwerpen en uittesten van de keuzesets volgens de DCE-onderzoeksmethodiek;
6. de redactie van de vragen voor het eerste interview;
7. de uitvoering van een proefinterview.

[64] Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E. & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies. 49 (2012), 360-371.

6.3.2. De fase van de afname van de vier interviews

In de volgende fase van het onderzoek werden, na het bekomen van het uitdrukkelijk schriftelijk akkoord (informed consent), de interviews bij de vooropgestelde doelgroep afgenomen. De geluidsopnames van deze interviews werden volledig uitgeschreven in een Word-document en later verwerkt in Excell-bestanden.

6.3.3. De fase van de verwerking en de analyse van het onderzoeksmateriaal

De kwalitatieve data bekomen uit de interviews werden verwerkt volgens het stappenplan beschreven in de QUAGOL. Het onderzoeksmateriaal bekomen uit de vier interviews werd verscheidene malen gelezen en ontrafeld met codering en memo's. Er werd een codeboom opgmaakt met kern- en subcategorieën. Binnen deze subcategorieën werd vervolgens opnieuw gezocht naar samenhang bij middel van codering. Aan de hand van de codering, de memo's en het categoriseren werd gezocht naar logische verbanden en mogelijke daaraan verbonden concepten.

6.3.4. De fase van de klankbordgroep

In de klankbordgroep werden de deelnemers uitgenodigd om te reageren op de door de onderzoeker reeds gevonden data, verbanden en concepten. Ook het gesprek in de klankbordgroep werd met een geluidsband opgenomen. Van de klankbordgroep werd een kort verslag opgemaakt.

6.3.5. De fase van het uitschrijven van het raamwerk en het beschrijven van de resultaten

Aan de hand van de analyse van de kwalitatieve data bekomen tijdens de interviews en de klankbordgroep werd het raamwerk van de bevindingen, als antwoord op de onderzoeksvraag, uitgeschreven en de resultaten van het onderzoek beschreven in het voorliggende eindrapport.

7. De resultaten van het onderzoek

7.1. Zorg is de mens een zorg

Inleiding

We trappen ongetwijfeld een open deur in, wanneer we stellen dat zorg een complex en veel-omvattend begrip is. De analyse van de gegevens bekomen uit de vier interviews maakt alvast inzichtelijk dat het begrip zowel op een eerder smalle, als op een brede manier opgevat en omschreven kan worden.

Alvorens ons af te vragen wat de respondenten onder 'goede (ouderen-)zorg' begrijpen - de kernvraag van het voorliggende onderzoek - is het relevant eerst na te gaan wat de respondenten verstaan onder het begrip 'zorg'. Hun opvattingen over het begrip 'goede zorg' kunnen we immers slechts correct verkennen, als we eerst helder krijgen op welke wijze zij het begrip 'zorg' omschrijven en interpreteren. Deze informatie kan ons interessante inzichten aanreiken met betrekking tot de perspectieven en thema's die de respondenten bij het begrip 'zorg' centraal stellen. Tevens kan het ons helpen bij het verder bestuderen en analyseren van de gegevens over wat de respondenten zich bij 'goede zorg' voorstellen.

In het eerste hoofdstuk rapporteren we over de drie begripsinhouden van zorg die we bij de analyse van de gegevens hebben kunnen onderscheiden, wanneer we de respondenten de vraag voorlegden wat ze onder het begrip 'zorg' begrepen. De eerste begripsinhoud betreft de vaststelling dat 'zorg' een begrip is met veelzijdige betekenissen. De tweede verwijst naar de vaststelling dat 'zorg' zich richt op het bereiken van een bepaald doel en zich omzet in concrete praktijken. De derde begripsinhoud gaat over de vaststelling dat de respondenten 'zorg' zien als zowel een individuele (private) als een collectieve (publieke) aangelegenheid.

7.1.1. Zorg, een begrip met veelzijdige betekenissen

> *'To think honestly about the nature of care for only a few minutes reveals its complexity*.'
> Tronto, 2013.[65]

7.1.1.1. Vaststelling

> Het begrip 'zorg' roept bij de respondenten een grote diversiteit aan opvattingen op. Elke respondent geeft op een andere, persoonlijke wijze invulling aan het begrip. Dit is een belangrijke te weerhouden vaststelling in het kader van het onderzoek, die ook in de doorgenomen literatuur bevestigd wordt. Een diversiteit van opvattingen over het begrip 'zorg', kan immers ook een diversiteit aan opvattingen over 'goede zorg' tot gevolg hebben.

[65] Tronto, J.C. (2013). Caring democracy. Markets, equality and justice. New York University Press: New York. p. XIV.

7.1.1.2. Caleidoscopisch zicht op zorg

Respondent A[66] associeert het begrip 'zorg' met *aandacht voor mensen* die het moeilijk hebben. Voor respondent B gaat het om *het geven of herstellen* van *maximale levenskwaliteit* en het *creëren van verbondenheid*.

Respondent A:
'*…aandacht naar de mensen die het moeilijker hebben, die minder niet sterk zijn … en die euh.. die concreet moeten geholpen worden. Dus, … dat is zo bij mij zorg.'*

Respondent B:
'*Om heel kort te zijn: voor mij is zorg ondersteunen van mensen die kwetsbaar zijn om hun maximale levenskwaliteit te geven of die te herstellen.'*

'Allé, heel de welzijnssector, heel de hulpverlening, alles, ….als je dat tot zijn essentie begint te herleiden, dan gaat het over hoe creëer je terug verbondenheid. Als je kwetsbaar wordt, zorgen nodig hebt, kwaliteit van leven bieden, gaat dat over de vraag hoe realiseer je terug verbondenheid.'

Respondent D omschrijft zorg merkbaar eerder in haar *smalle betekenis*[67]. Respondent C dan weer in haar *brede betekenis* (Vorstenbosch: 2012[68]).

Respondent D:
'Voor mij is dat hulp geven of ontvangen. Euh, dus voor is zorg eigenlijk,…. mensen die zorg nodig hebben, dat zijn mensen die op de een of andere manier moeten geholpen worden.'

Respondent C:
'*… ik probeer daar een brede definitie te hanteren. Ik probeer de definitie van kwaliteit van leven te hanteren, kwaliteit van 'bestaan' eigenlijk zelfs. Euh,… waarin dat… - en dat vind ik een positieve evolutie – dat vroeger de nadruk lag op één aspect, met name de gezondheidszorg of de care, de zorg, … is dat nu toch wel opengetrokken naar eigenlijk kwaliteit van bestaan. Waarin verschillende levensdomeinen omvat worden, zoals onder andere dus, het emotionele welzijn, het fysiek welzijn, het materieel welzijn, euh, …inclusie, waar ook de aspecten van 'recht' in zitten, in de zin van ja, inspraak, recht en participatie. Voor mij is het eigenlijk,… ja, euh, is het 'kwaliteit van bestaan'.*

[66] Noot van de onderzoeker: wanneer in het rapport geschreven wordt 'respondent, wordt om praktische redenen steeds de mannelijke vorm 'hij' gebruikt, ondanks het gegeven dat respondenten C en D vrouwen zijn.

[67] Vorstenbosch (2012[67]) omschrijft de smalle betekenis van zorg als ' *de zorg die maatschappelijke aandacht vraagt en gelijkgesteld wordt met met de zorg voor kinderen, zieken, ouderen, gehandicapten, met de zorg voor mensen die kwetsbaar zijn*.' In: Zorg. Een filosofische analyse. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam. p. 20.

[68] Vorstenbosch, J. (2012). Omschrijft de brede betekenis van zorg als '*alle menselijke handelingen en houdingen kunnen beschreven worden onder het gezichtspunt van zorg. Of, nog anders geformuleerd, dat zorg staat voor een manier van in-de-wereld zijn*.' in: Zorg. Een filosofische analyse. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam. p. 12.

De uniekheid van de mens, die…waarin bij iedereen toch nog wel krachten zitten die kunnen aangesproken worden. Voor mij is kwaliteit ook dat je uw talenten kunt inzetten en dat voor u zelf – dus, ontplooiing is een van die andere levensdomeinen die daar ook in zit – voor uzelf én voor de samenleving. …. het betekent dat mensen aangesproken worden op hun krachten en hun uniekheid. Euh, …en dat ook mogen ontplooien. Dat is voor mij kwaliteit van bestaan.

Reflectie: Er wordt vastgesteld dat de betekenis die gegeven wordt over het begrip 'zorg' kan verschillen van persoon tot persoon. Dit doet ons vooronderstellen dat de visie van mensen op 'goede zorg' ook zal variëren van persoon tot persoon. Dit betekent dat, wil men het hebben over de kenmerken van 'goede zorg', men eerst ondubbelzinnig dient te bepalen wat men onder 'zorg' verstaat voor een bepaalde persoon én in een bepaalde situatie. Deze vaststelling weerhoudt ons echter niet om in een volgende stap van de analyse op zoek te gaan naar generieke aspecten van 'goede zorg'.

7.1.1.3. Sleutelwoorden van zorg

Wanneer we de omschrijvingen van de respondenten rond het begrip 'zorg' verder analyseren, dan merken we dat vier sleutelwoorden[69] richtinggevend zijn voor de betekenisgeving aan dit begrip, met name kwetsbaarheid en afhankelijkheid, relatie en context. We lichten deze vier sleutelwoorden hier verder toe.

7.1.1.3.1. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid

Zorg beoogt – vanuit het oogpunt van drie respondenten (A, B en D) - iets te bereiken voor iemand anders, *die nood heeft aan iets waar hij zelf niet in kan voorzien*. Zij omschrijven die iemand anders als 'kwetsbare mensen', mensen die het moeilijk hebben, minder sterk zijn, mensen bij wie het leven uit de handen glipt en van alles afhankelijk zijn, mensen die om de een of andere reden geholpen moeten worden en dit niet alleen kunnen, die arm zijn of een handicap hebben.

Respondent A:
'*dat aandacht, … voldoende aandacht naar de mensen die het moeilijker hebben, die minder niet sterk zijn … en die euh.. die concreet moeten geholpen worden.'*

Respondent B:
'*Als het leven uit uw handen glipt en je van alles afhankelijk bent en uw levenscirkels altijd maar kleiner worden, heb ik dan nog het gevoel dat die samenleving nog om mij geeft of is het 'ik word ik gedoogd en ik word technisch wel prima behandeld, maar ik heb niet het gevoel dat ik nog ergens aanwezig ben', dat is denk ik wel belangrijk.'*

[69] Onder een sleutelwoord begrijpen we een woord dat bepalend is voor de betekenisgeving aan het begrip 'zorg'.

Respondent D:
'Mensen die zorg nodig hebben, dat zijn mensen die op de een of andere manier moeten geholpen worden. En, dit niet op hun 'eentje' dat kunnen verwerken of kunnen managen.'

'Je [als politicus] zit altijd bezig met te zorgen voor mensen, zorg voor een samenleving, zorg dat het systeem bolt . Allé, en, voor mij dan in het bijzonder: dat mensen die kwetsbaar zijn op de een of andere manier in hun job, of omdat ze arm zijn of omdat ze de een of andere handicap hebben, die trachten in het systeem eigenlijk te laten meedraaien.'

Bij analyse van de gegevens van het interview van respondent C, wordt opgemerkt dat hij het begrip 'zorg' niet uitdrukkelijk in verband brengt met 'kwetsbare mensen' of 'kwetsbaarheid'. Dit sluit aan bij zijn brede opvatting over het begrip 'zorg'. Zorg omvat in deze betekenis de verschillende levensdomeinen van de mens en behelst in het bijzonder het bieden van kansen aan mensen om hun unieke talenten te ontwikkelen voor henzelf en de samenleving. Bij deze meeromvattende benadering van zorg wordt zorg niet per definitie gekoppeld aan kwetsbaarheid. Dit wil echter niet zeggen dat deze respondent de behoeftigheid, de kwetsbaarheid en de lichamelijkheid, die eigen zijn aan het individuele menselijke bestaan, ontkent. Ook bij hem vernemen we dat behoeftigheid en kwetsbaarheid de samenleving moeten aanzetten tot actie en solidariteit om deze op te vangen, en waar mogelijk, te lenigen. Kwetsbaarheid is voor deze respondent alleen niet het centrale thema als hij het over zorg heeft, wél de uniciteit en persoonlijke ontwikkeling van de mens voor zichzelf en de samenleving.

Respondent C:
'…., zoals de angst om te sterven. Men wil daar zelf -niet te veel denk ik- mee geconfronteerd worden en dat maakt dat men misschien die zaken probeert uit de weg te gaan. Terwijl ik dat juist een argument meer vind om te zeggen van ja, eigenlijk 'eenieder' kan daarin terecht komen en dus we moeten er ook voor zorgen dàt dat ook in orde is'.

Respondent C verwijst dan wel niet uitdrukkelijk naar kwetsbaarheid en afhankelijkheid, maar maakt wel duidelijk dat, wanneer mensen een verkeerde beeldvorming hebben over de (ouderen-)zorg, zij onthouden worden van eventuele hulp of interventies (en, zich dus impliciet in een zwakkere, kwetsbare positie bevinden). Hierdoor missen zij kansen om de kwaliteit van hun bestaan te verbeteren. Het antwoord hierop vanwege de overheid moet, aldus respondent C, zijn: zorgen voor een juiste beeldvorming, zodat mensen juiste keuzen kunnen maken.

Respondent C:
'*Ja, ja, absoluut! Omdat ik vind, euh.. opnieuw, dat als door het feit dat mensen een verkeerde beeldvorming hebben en die is in stand gehouden, dat ze daarmee de nodige zorg of interventies die mogelijks daar zijn, die ter beschikking zijn om de kwaliteit van het bestaan te verbeteren ontlopen, dan vind ik het mee de verantwoordelijkheid van de overheid om zo maximaal mogelijk te garanderen dat mensen, euh.. de juiste keuzes kunnen maken. Dat is dan niet alleen door die beschikbaar te hebben, maar dat ik ook door er voor te zorgen dat euh.., dat er een juiste beeldvorming is*.'

7.1.1.3.2. Relatie en context

Uit de analyse van de gegevens weerhouden we de vaststelling dat 'zorg' door de respondenten omschreven wordt in relationele termen, alsook verbinden met de context waarbinnen de zorg verleend wordt. Alle respondenten geven aan dat zorg om een afstemming vraagt tussen zorgontvanger en zorgverlener en dat de invulling ervan kan verschillen naargelang de levensloop of de context (zoals onder andere de mate van de zorgbehoevendheid en het zorgvermogen), waarin een bepaalde persoon zich bevindt. Het relationele perspectief van zorg articuleert zich in het zorg geven aan iemand en zorg ontvangen van iemand. De antwoorden van de respondenten maken inzichtelijk dat mensen van elkaar afhankelijk zijn en elkaar nodig hebben voor groei en ontplooiing of voor behoud of herstel van gezondheid en welzijn.

Respondent A:
'*Naar jongere kinderen toe is het hen 'mens laten worden' en, euh, … bij oudere mensen gaat het om 'mens laten blijven', de menselijke waardigheid laten houden en bij kinderen zit het natuurlijk vooral in hen 'mens zijn te laten worden'…'*

Respondent B:
'En, dat is volgens mij heel sterk datgene wat ik onder de idee van 'ondersteunen' begrijp. Hoe kan je mensen door de relaties met andere mensen inderdaad dat perspectief, dat authentieke gevoel geven van 'ik hoor daar bij', 'ik heb een betekenis ', 'ik geef zin aan dingen '? Dat is denk ik, wat ik daarmee bedoel.'

Respondent C:
'*Ik probeer het altijd te benaderen vanuit de mens zelf en wat wil die zelf en daarnaast: wat is ook goed voor hem? Ik weet dat je dan wat betuttelend overkomt, maar dat vind ik niet altijd, want de zorg is wederkerig, dus, daar mag je ook zeggen van kijk, ik snap dat jullie dat of dat het beste vinden, maar denk nu eens, denk ook aan de persoon zelf omdat de wens van de familie niet altijd dezelfde is van de hulpbehoevendheid of de zorgnood van de betrokkene zelf*.'

Respondent D:
'Mensen die zorg nodig hebben, dat zijn mensen die op de een of andere manier moeten geholpen worden. En, dit niet op hun 'eentje' dat kunnen verwerken of kunnen managen.'

Respondent B attendeert de onderzoeker bij zijn toelichting over het begrip 'zorg' aan de christendemocratische (personalistische) mensvisie[70] waarvoor hij staat. Hij legt uitdrukkelijk de relatie tussen zijn opvatting over zorg en de visie waar hij voor staat, inclusief de waarden die hiermee samengaan. In deze mensvisie staat het relationele aspect van het mens-zijn duidelijk centraal. Zorg als menselijke activiteit komt, in deze mensvisie, tot stand in een zorgrelatie van mensen die op elkaar betrokken zijn. Bij deze respondent is het begrip 'verbondenheid' een centraal uitgangspunt in zijn visie op het leven, de zorg en de samenleving.

Respondent B:
'*Ja, dat is voor mij al direct een verwijzing naar een christendemocratische visie. Dat vertrekt altijd van de idee dat mensen maar gelukkig zijn, zin vinden in hun leven, zelfredzaamheid opbouwen, identiteit opbouwen in relaties met andere mensen, hé.'*

Reflectie: Vanuit de vaststelling dat de respondenten de vermelde sleutelwoorden van zorg, met name kwetsbaarheid, afhankelijkheid, relatie en context in verband brengen met zorg, kunnen we vooronderstellen dat deze kernwoorden ook van betekenis zullen zijn, wanneer zij het hebben over het begrip 'goede zorg'. Niet te veronachtzamen is de expliciete verwijzing van een van de respondenten naar de mensvisie die hij voorstaat en de waarden die daarbij centraal staan. Deze zijn voor hem richtinggevend wanneer hij het heeft over het begrip 'zorg'. Dit spoort ons aan om de waarden die de vier respondenten impliciet of expliciet verbinden met het begrip 'zorg' nader te onderzoeken. In hoofdstuk 2 van de analyse van de resultaten (wegwijzers voor goede (ouderen-)zorg) zullen we hierover verder rapporteren.

7.1.2. Zorg richt zich op een doel en zet zich om in concrete praktijken

'*Care always expresses an action or a disposition, a reaching out to something*'
(Tronto, 2013)[71].

7.1.2.1. Vaststelling

We stellen vast dat zowel in de eerdere smalle als in de brede betekenis van het begrip 'zorg', zorg door de respondenten in verband wordt gebracht met een doel dat men ermee wil bereiken. Met andere woorden, zorg wil iets realiseren, iets teweegbrengen en zet een bepaalde (zorg)dynamiek op gang. Een dynamiek die mensen inspireert tot het ondernemen

[70] Personalistische mensvisie is een visie waarin het menselijke individu beschouwd wordt als een psychosomatische uniciteit (het 'ik), die fundamenteel in relatie staat met anderen (het 'jij' of de intersubjectieve relatie) en zich inweeft in een maatschappelijke context (het 'wij') (Selling, 1998).
[71] Tronto, J.C. (2013). Caring democracy. Markets, equality and justice. New York University Press: New York. p. X.

van actie(s), tot het stellen van bepaalde (uitdrukkings-)handelingen[72]. Aan de hand van de analyse van de bekomen gegevens lichten we deze vaststelling nader toe.

7.1.2.2. Zorg is intrinsiek ambitieus

Dat wat men beoogt te bewerkstelligen met zorg, zoals verwoord door de respondenten, is niet gering en wordt ook behoorlijk ambitieus uitgedrukt. We stellen vast dat de bredere betekenis van zorg eerder verwijst naar een meer omvattende doelstelling in de richting van 'kwaliteit van leven' en 'kwaliteit van bestaan', voor zichzelf en voor de samenleving. Bij de meer smalle betekenis van zorg worden de doelstellingen van zorg in eniger mate specifieker geformuleerd.

Voor respondent B gaat het om maximale levenskwaliteit, verbondenheid, gelukkig zijn en zin vinden in het leven.

Respondent B:
'*Om heel kort te zijn: voor mij staat zorg voor het ondersteunen van mensen die kwetsbaar zijn om hun maximale levenskwaliteit te geven of die te herstellen.'*

Voor respondent C beoogt zorg kwaliteit van bestaan. Voor respondent D is het objectief kwetsbare mensen te laten participeren aan de samenleving. Respondent A preciseert dat het doel van zorg kan verschillen in functie van de levensloop. Zo stelt hij dat bij het jonge kind het gaat om groei en ontplooiing. Bij de oudere persoon beoogt zorg de menselijke waardigheid.

Respondent A:
'*Naar jongere kinderen toe is het hen 'mens laten worden' en, euh, … bij oudere mensen gaat het om 'mens laten blijven', de menselijke waardigheid laten houden en bij kinderen zit het natuurlijk vooral in hen 'mens zijn te laten worden'…'*

Hieronder een korte samenvatting van de door de respondenten divers omschreven doelstellingen van zorg.

[72] van Heijst, A. (2006). 'Uitdrukkingshandeling hebben geen extern doel, maar zijn een doel in zich. Hun waarde is geen kwestie van functionaliteit, maar bestaat in het uitdrukking geven.' In: Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement: Kampen. p. 81-82.

Tabel 6: globale en specifiekere doelstellingen van zorg.

Globale doelstelling van zorg
Kwaliteit van bestaan
Levenskwaliteit/kwaliteit van leven
Gelukkig zijn
Zin vinden in het leven

Specifiekere doelstellingen van zorg
Ontwikkeling identiteit
Ontplooiing van de mens/zijn unieke talenten
Menselijke waardigheid
Zelfredzaamheid
Relaties met andere mensen
Verbondenheid tussen mensen
Erbij horen/ van betekenis zijn

Reflectie: Het is aannemelijk dat, wanneer wordt vastgesteld dat het begrip 'zorg' op diverse wijzen wordt omschreven, dat de doelstellingen die het beoogt te bereiken ook zullen variëren. Het niet bereiken van de vooropgestelde doelstelling zal van invloed zijn voor de normatieve waardering van de zorg. Of, anders verwoord, of iets als 'goede zorg' beoordeeld wordt, zal afhankelijk zijn van de mate waarin de voor de zorg beoogde doelstelling voor een bepaalde persoon (of groep van personen) effectief gerealiseerd wordt. Het is dan niet alleen zaak te bepalen wat 'zorg' betekent voor een bepaalde persoon in een bepaalde zorgsituatie, maar tevens welke doelstellingen men wil verwerkelijken. Een te brede opvatting over het doel van zorg loopt het risico dat het vooropgestelde doel nauwelijks of niet bereikt wordt. Een te smalle opvatting houdt dan weer het gevaar in dat cruciale aspecten voor de normatieve waardering van zorg over het hoofd worden gezien.

7.1.2.3. Zorg is een werkwoord én een zijnswijze

Zorg zet mensen in beweging. Het doet iets met mensen. Het zet een dynamiek op gang, die de respondenten vertalen in een breed gamma aan activiteiten, acties of handelingen die tot stand komen in contact, in relatie tot de andere op wie en voor wie de zorg bedoeld is en die kunnen verschillen naargelang de context.

Voor respondent A gaat het over aandacht geven, het jonge kind mens laten worden, de oudere persoon mens laten blijven. Respondent C stelt dat het gaat over de krachten, talenten die in elke uniek mens zit aanspreken en laten inzetten. Respondent D spreekt over de zorg van mensen op u nemen, de zorg van mensen delen, luisteren naar mensen, raadgever of pastoor zijn voor mensen.

Respondent B brengt zorg in verband met het werkwoord 'ondersteunen' en verduidelijkt uitvoerig wat hij hiermee bedoelt. Voor hem verwijst 'ondersteunen' naar het realiseren van verbondenheid of, nog anders verwoord, naar het geven van het authentieke gevoel dat men nog van betekenis/iets waard is en dit doorheen de relaties met andere mensen.

Respondent B:
'*Als je kwetsbaar wordt, zorgen nodig hebt, kwaliteit van leven bieden, gaat dat over de vraag hoe realiseer je terug verbondenheid.'*

'*En, ondersteuning bieden wil inderdaad zeggen, ja, ….zeggen de mensen in hun biotoop, in hun weefsel, in hun context proberen de kans te geven om te participeren aan de samenleving, 'erbij te horen' en het gevoel te hebben, ook authentiek het gevoel te hebben 'ik hoor erbij'. Ik ben iets waard, 'mens-waardig '.*

'*En, dat is volgens mij heel sterk onder de idee van 'ondersteunen'. Hoe kan je mensen door de relaties met andere mensen inderdaad dat perspectief, dat authentieke gevoel geven van 'ik hoor daar bij', 'ik heb een betekenis ', 'ik geef zin aan dingen '. Dat is denk ik, wat ik daarmee bedoel.'*

Zorg is niet enkel 'doen-erig' het is ook 'zijn-erig'. Het is in het bijzonder respondent D die ons duidelijk maakt dat zorg impliciet verwijst naar een bepaalde manier van zijn (attitudes/vaardigheden) van de zorggever. Zorg staat voor hem voor 'raadgever' of zelfs 'pastoor' 'zijn'. Nog indringender wordt 'zorg' als we vernemen van respondent D dat 'zorg' ook te maken heeft met de zorg van mensen 'op u nemen', de zorg van mensen 'delen'. Wat inzichtelijk maakt dat een grondhouding van betrokkenheid op de andere die zorg nodig heeft, van bekommernis voor de zorg van de andere (in die mate zelf dat men de zorg van mensen op zich wil nemen), van mee-leven en mee-de-zorg-delen, een deelaspect is van 'zorg'. Hier gaat het over de zorgverlener die zich laat raken in emotionele zin door de situatie van de zorgvrager en mededogen ervaart. Ook deze opvatting over zorg lijkt ons van belang om verder te analyseren, wanneer we het later hebben over 'goede zorg'.

Respondent D:
'*Overigens burgemeester zijn is vaak zorg: zorg van mensen op u nemen, zorg van mensen delen, luisteren naar mensen, pastoor zijn voor mensen, raadgever zijn, …. Het is heel vaak 'zorg'.*

Ten slotte nog een laatste vaststelling: enkel respondent C spreekt uitdrukkelijk over zorg in termen van dingen 'doen' voor '*uzelf*', maar verbindt dit ook meteen aan de meerwaarde ervan voor de samenleving. Het ontplooien van de uniciteit van de mens, wat de respondent als een belangrijk uitgangspunt van de zorg naar voren schuift, is niet enkel gericht op het eigen belang, maar eveneens op dat van anderen, de samenleving. Deze visie maakt inzichtelijk dat zorg een zelfoverstijgend aspect heeft.

Respondent C:
'*De uniekheid van de mens, die…waarin bij iedereen toch nog wel krachten zitten die kunnen aangesproken worden. Voor mij is kwaliteit ook dat je uw talenten kunt inzetten en dat voor u zelf – dus, ontplooiing is een van die andere levensdomeinen die daar ook in zit – voor uzelf én voor de samenleving. …. Maar, als je het aan mij vraagt van het 'resultaat' dan….niet als je gaat meten, accreditering,.. of iets anders, maar, dat is iets anders… het 'resultaat' betekent dat mensen aangesproken worden op hun krachten en hun uniekheid. Euh, …en dat ook mogen ontplooien. Dat is voor mij kwaliteit van bestaan*.'

We stellen vast dat geen van de vier respondenten zorggerelateerde activiteiten omschrijft vanuit het perspectief van 'overleven van zichzelf en/of zijn naasten'. Allen, met enige nuance wat betreft respondent C, brengen activiteiten aan die gericht zijn op 'de ander', hij/zij die kwetsbaar en afhankelijk is.

Reflectie: De concrete zorgactiviteiten, alsook de grondhouding van de zorgverlener zetten het begrip 'zorg' om in waarneembare praktijken en beleefde ervaringen. We nemen aan dat, wanneer de respondenten het hebben over aspecten van 'goede zorg', zij zullen beschrijven welke waarneembare praktijken en beleefde ervaringen zij beschouwen als 'goede zorg'.

7.1.3. Zorg is een individuele en collectieve aangelegenheid

7.1.3.1. Vaststelling

Zorg wordt door de respondenten zowel als een individuele (private), als een collectieve (publieke) aangelegenheid beschouwd, die samengaat met specifieke verantwoordelijkheden. De zorg als individuele aangelegenheid is zorg die wordt gegeven door en aan personen die behoren tot eenzelfde sociale netwerk/systeem. Binnen de private sfeer voelen mensen zich aangesproken en/of verantwoordelijk om zorg te verlenen en dit op basis van diverse motieven, zoals onder andere verwantschap of buurtschap, wederkerigheid (ouder-kind/kind-ouder), al dan niet vanuit een plichtsbesef, altruïsme of gewoon gewoonte (cultuur of gendergebonden). Zorg als collectieve aangelegenheid verwijst naar de activiteiten die een lokale of bovenlokale gemeenschap of staat ontplooit met als doel de burgers die hulp en ondersteuning behoeven, die niet of onvoldoende kan worden verleend binnen de private sfeer, te voorzien van maatschappelijk georganiseerde toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg.

Zorg, als maatschappelijk goed en thema, is niet zelden onderwerp van uitvoerig publiek debat en van programma's van politiek partijen. De rechtvaardige verdeling van de met zorg samengaande activiteiten en verantwoordelijkheden tussen de individuele burger, zijn familie en de lokale of bovenlokale overheden, het voorzien van de noodzakelijke regelgeving en collectieve middelen, alsook het bepalen en bewaken van het minimale kwaliteitsniveau, horen tot de kern van de politieke praktijkvoering met betrekking tot het zorgbeleid.

7.1.3.2. Individuele aangelegenheid

Respondent A verbindt zorg spontaan aan 'zorgverantwoordelijkheid' in de privésfeer.

Respondent A:
'Als eerste idee roept dit bij mij op dat ik zorg situeer in de privésfeer. Ik ben papa van drie kinderen en dat is de eerste zorgverantwoordelijkheid die je hebt, zeker als ze jong zijn.

Respondenten A en B maken door de voorbeelden die ze aanhalen duidelijk dat zij op de een of andere wijze in hun privéleven geconfronteerd worden met zorg en hier specifieke verantwoordelijkheden voor opnemen: beantwoorden van de specifieke zorgvragen van de gezins- en familieleden, het maken en opvolgen van afspraken en coördineren van de diverse informele en formele zorgverleners, de organisatie van de dagdagelijkse activiteiten in een bepaalde zorgsituatie, het uitvoeren en opvolgen van de administratie en financiële verplichtingen van de zorgvrager,….

Respondent A heeft het over de zorg voor zijn oudste zoon die lijdt aan autisme en zijn vader bij wie een longtumor werd ontdekt en waar hij spontaan rekening mee houdt dat er een zorgvraag zal komen binnen de private sfeer.

Respondent A:
'Ik heb ook een zoon, mijn oudste zoon is een jongen met autisme… en die ….heeft zorg nodig,… buiten de publieke zorg, heeft de private zorg ook betekenis, ik denk dat dit voor iedereen speelt en voor mij ook.'

'*Maar, het wordt nu wel natuurlijk duidelijker… bij mijn vader is een anderhalf jaar geleden een longtumor is ontdekt… en dan begint daar toch… euh… ja, daar rekening mee te houden dat die zorgvraag ook vanuit uw ouders gaat komen'*

Respondent D heeft een moeder die nu in een woonzorgcentrum woont en aan wie hij voorheen intensief mantelzorg bood. Maar, ook tijdens het verblijf van moeder in het woonzorgcentrum neemt hij spontaan diverse ondersteunende taken op zich. Opmerkelijk is ook de verwijzing van de respondent naar het genderspecifieke aspect van de mantelzorg: '*…ook bij mijn schoonmoeder zijn het de dochters die de verantwoordelijkheid dragen over de organisatie van de zorg'*.

Respondent D:
'*Euh, …mijn moeder, is sinds maart woont zij in een bejaardenhuis. Dat kleurt natuurlijk ook uw gedachten, omdat dit in de praktijk… allé, zelf mantelzorg, bejaardentehuis, daar naar op zoek gaan, andere mensen geconfronteerd worden…. Mijn schoonmoeder is zwaar zorgbehoevend, maar woont thuis. Zij wordt volledig in de thuisomgeving opgevangen.*

'*Ik ben de enige dochter. Ik heb nog twee broers. Maar, dus, het is 'D' die het organiseert. En dan zeggen mijn broers wel: 'Die regelt alles'. Ik heb haar SIS-kaart, haar paspoort zit in mijn portefeuille, ik beheer haar rekening …dat is omdat 'D' graag regelt , dat zal ook wel meespelen, maar ook omdat ik dochter ben …. want ik zie bij mijn schoonmoeder zijn het ook de dochters die de verantwoordelijkheid hebben over de organisatie van de zorg*.'

7.1.3.3. Collectieve aangelegenheid

De vier respondenten geven aan dat zorg ook een collectieve aangelegenheid is - een politiek beleidsthema – en dat de overheid een opdracht én verantwoordelijkheid heeft om erop toe te zien dat wanneer de zorg in de privésfeer niet of onvoldoende kan worden geboden, dat voor het lenigen ervan men een beroep kan doen op zorgvormen, die door de overheid aangestuurd, gereguleerd of opgevolgd worden. Hiermee geven de respondenten impliciet aan dat voor het overleven of de ontplooiing van de gemeenschap, voor het behoud en de bescherming van de gezondheid en het welzijn van de burgers in het algemeen, 'zorg' beschouwd wordt als een maatschappelijk goed, waar men als gemeenschap (belichaamd door de overheid) ook activiteiten dient voor te ontplooien en verantwoordelijkheden te dragen. Dit onderwerp vindt aansluiting met het thema 'verantwoordelijkheid van de overheid' dat behandeld wordt in hoofdstuk 3 van de analyse van de resultaten.

Zo vindt respondent A dat een minimale zorg aan alle burgers dient gewaarborgd te zijn en dit op een economische manier, dat de overheid erop moet toezien dat wachtlijsten in de zorg voorkomen worden en dat de zorg op het juiste moment wordt verleend.

Respondent A:
'*Ik denk dat in de publieke sfeer er verschillende dimensies zijn … van wat is voldoende zorg …en, dan kom je tot de wachtlijstproblematiek… dus, dat je op een economische manier zegt dat iedereen een minimale zorg moet kunnen krijgen: de juiste infrastructuur, zonder wachtlijsten, ….zorg op het juiste moment, ….en dus, dat is denk ik een voorwaarde voor goede zorg en waar men nu het debat volop is aan het voeren, omdat dat dit allemaal nog niet volledig kan ingevuld worden.*'

Respondent B situeert de verantwoordelijkheid van de overheid in een dubbele betekenis, met name: enerzijds in de betekenis van '*het zorgen dat'*, wat staat voor het maken van keuzes die ertoe bijdragen dat de goede krachten in de samenleving worden gemobiliseerd en zorg vermaatschappelijkt wordt. Anderzijds ook in de betekenis van '*het zorgen voor'*, in het bijzonder het zorgen voor de financiële ondersteuning van de zorg met collectieve middelen.

Respondent B:
'*De overheid heeft als taak de goede krachten in de gemeenschap te mobiliseren. De politiek is er enerzijds om de financiële ondersteuning van de zorg te bepalen en om keuzes te maken die maken of het sociaal kapitaal al dan niet gemobiliseerd wordt*.'

Respondent C is van mening dat wanneer men uitgaat van het principe dat mensen zelf keuzes moeten kunnen maken en beslissingen nemen in verband met hun leven (en dus ook over hun zorg), zij over voldoende informatie moeten beschikken. Hij beschouwt het de verantwoordelijkheid van de overheid om informatie beschikbaar te stellen aan de burgers en te zorgen voor een positieve beeldvorming over de zorgsector. Volgens respondent C heeft de samenleving een prioritaire verantwoordelijkheid om in eerste instantie zorg te waarborgen aan dié burgers die zwaar hulpbehoevend zijn en dit uitgaande van het rechtvaardigheidsprincipe.

Respondent C:
'Ik vind dat mensen zelf aan de studie moeten staan van hun leven, maar je moet dan ook zorgen dat ze de 'tools' hebben en de informatie om dat te kunnen doen. Hoe meer dat je bij wijze van spreken zegt aan mensen van: 'Voilà, je hebt de regie van je eigen leven in handen', dan moet natuurlijk erg gewerkt worden door iedereen aan correcte informatie, aan emancipatie, enzovoort, enzovoort.'

'……dan vind ik het mee de verantwoordelijkheid van de overheid om zo maximaal mogelijk te garanderen dat mensen, euh.. de juiste keuzes kunnen maken. Dat is dan niet alleen door die beschikbaar te hebben, maar dat is ook door er voor te zorgen dat euh.., dat er een juiste beeldvorming is.'

'Bij personen met een handicap hebben wij gekozen op een gegeven moment van, ons criterium van rechtvaardigheid was dat de zwaar hulpbehoevenden eerst de hulp krijgen. Ja, op wat is dat gebaseerd? Dat is gebaseerd op een principe van de meest kwetsbare. Ik bedoel, is dat het juiste? Neen, misschien niet want je kan misschien zeggen van; 'je had er misschien 100 een beetje kunnen helpen'. Maar daar hebben wij gehanteerd van: de draaglast is te hoog en de samenleving moet optreden en heeft daar prioritaire verantwoordelijkheid.'

Respondent D, ten slotte, vindt dat de overheid professionele hulpverleners moet ter beschikking stellen van dié zorgvragers die niet terug kunnen vallen op hulpverlening of coördinatie van deze hulpverlening in de private sfeer. Als politicus heeft men de opdracht erop toe te zien dat kwetsbare mensen zich kunnen integreren in en participeren aan de samenleving (in het systeem te laten meedraaien).

Respondent D:
'Ik kan me ook voorstellen dat er mensen zijn waar dat er geen familie is die dit kunnen doen, of waar er geen dochters zijn (lacht), of waar er familie is die het niet wil of kan opnemen. Ik denk dat we professionelen moeten hebben - binnen het OCMW of zo - die de hulpverlening of de afstemming van de hulpverlening eigenlijk organiseert.'

'*Je [als politicus] zit altijd bezig met te zorgen voor mensen, zorg voor een samenleving, zorg dat het systeem bolt . Allé, en, voor mij dan in het bijzonder: dat mensen die kwetsbaar zijn op de een of andere manier in hun job, of omdat ze arm zijn of omdat ze de een of andere handicap hebben, die trachten in het systeem eigenlijk te laten meedraaien.'*

Reflectie: De vaststelling dat zorg een individuele (privaat) én een collectieve (publieke) aangelegenheid betreft, betekent dat men bij de normatieve beoordeling van zorg oog moet hebben voor deze brede scoop. Kenmerken van 'goede zorg' zullen binnen de beide sferen afzonderlijk te identificeren zijn en mogelijk elkaar ook wederzijds beïnvloeden. Het onderscheid tussen privaat en publiek, tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden voor zorg, is zeker niet spannings- en discussievrij. We merken dat maatschappelijk in de tijd ook verschuivende opvattingen zijn geweest over welke zorg tot de private, dan wel onder de collectieve sfeer zou moeten vallen.

Dit wordt uitvoerig gedocumenteerd in een recent rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau uit Nederland (Veldheer, Jonker, van Noije en Vrooman:2012[73]): vóór de industriële revolutie lag de verantwoordelijkheid op veel levensdomeinen, waaronder de zorg, grotendeels bij de private partijen. Tot ver in de negentiende eeuw was het gangbaar dat de overheid maar een zeer beperkte verantwoordelijkheid had voor het reilen en zeilen van de maatschappij. Vooral na de Tweede Wereldoorlog kwamen onder andere in de zorg uitgebreide collectieve regelingen en voorzieningen tot stand. De verzorgingsstaat achtte zich verantwoordelijk voor zijn burgers en uitgebreide collectieve zorgvoorzieningen werden voor zoveel mogelijk mensen beschikbaar gesteld. In de jaren tachtig en negentig kwam bij de overheid een proces van heroriëntering op haar taken op gang (kerntakendebat) en ontstond er een andere visie op de rol van de overheid. Men verweet de overheid uit zijn voegen te zijn gegroeid en gebruikers van de voorzieningen afhankelijk te hebben gemaakt van de staat. Het burgerschapsmodel (burgers zijn mondig en zijn in staat zelf keuzes te maken) en het marktdenken deden hun intrede in de zorg. Het concept van de vermaatschappelijking van de zorg is vandaag de dag aan de orde. Een concept waarbij men pleit voor een grotere eigen verantwoordelijkheid van de burger als het over zorg gaat en een versterking van de lokale gemeenschappen. De overheid moet niet zelf proberen alle ingezetenen te verzorgen, maar die verantwoordelijkheid delen met de burger en maatschappelijke organisaties. In hoofdstuk 3 van de resultaten gaan we dieper in op het concept van vermaatschappelijkte zorg en de gevolgen van dit concept op de verdeling van de zorgverantwoordelijkheden over de betrokken actoren.

[73]Veldheer, V., Jonker, J.-.., van Noije, L. en Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid. Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Sociaal en cultureel Planbureau: Den Haag, p. 12-17.

7.1.4. Samenvatting

In dit hoofdstuk analyseerden we de gegevens aangereikt door de respondenten met betrekking tot het begrip 'zorg'. Alvorens de stap te zetten naar de analyse van wat de respondenten onder 'goede zorg' begrijpen, vonden we het relevant eerst te achterhalen op welke wijze zij het begrip 'zorg' omschrijven. De analyse leert ons dat het begrip 'zorg' een veelzijdig begrip is en sterk individueel ingevuld wordt door de respondenten. We ontdekten dat het zowel op een redelijk smalle, als brede wijze wordt gedefinieerd en dat het in verband wordt gebracht met vier sleutelwoorden, met name kwetsbaarheid en afhankelijkheid, relatie en context.

De respondenten verbinden het begrip 'zorg' met een doel dat men ermee wil bereiken. Naast de bevinding dat de omschrijvingen van het begrip 'zorg' verscheiden zijn, stellen we ook vast dat de aan de zorg gerelateerde doelen uiteenlopend zijn, want in belangrijke mate individueel ingekleurd. De finale doelstellingen van het begrip 'zorg', zoals verwoord door de respondenten, worden ook behoorlijk ambitieus uitgedrukt. We stellen vast dat de bredere betekenis van 'zorg' eerder verwijst naar een meer omvattende doelstelling in de richting van 'kwaliteit van leven' en 'kwaliteit van bestaan' voor zichzelf en voor de samenleving. Bij de eerder smalle betekenis van 'zorg' worden de doelstellingen van zorg enigszins specifieker geformuleerd.

Met 'zorg' wil men dus iets realiseren, iets teweegbrengen. Het zet dan een bepaalde (zorg)dynamiek op gang en wordt zichtbaar in concrete praktijken. Een dynamiek die mensen inspireert tot het ondernemen van actie(-s), tot het stellen van bepaalde (uitdrukkings-) handelingen. 'Zorg' verwijst echter niet alleen naar specifieke activiteiten of handelingen, ook een grondhouding van betrokkenheid en bekommernis van de zorgverlener ten aanzien van de zorgvrager is aan de orde. 'Zorg' kan bovendien gericht zijn op het eigen belang, maar tevens op het belang van 'de andere' en kent een zelfoverstijgend aspect.

Ten slotte wordt 'zorg' door de respondenten beschouwd als een individuele (private) en een collectieve (publieke) aangelegenheid, die samengaat met specifieke verantwoordelijkheden. De rechtvaardige verdeling van de met zorg samengaande activiteiten en verantwoordelijkheden (en middelen) tussen de individuele burger, zijn familie en de lokale of bovenlokale overheden is de kernopdracht van het globale zorgbeleid.

Wil men inzichtelijk maken wat men onder 'goede zorg' verstaat, is het zaak om eenduidig te bepalen wat onder 'zorg' wordt begrepen, alsook welke doelen men met 'zorg' beoogt te realiseren. Daarnaast zullen ook de sleutelwoorden van zorg (kwetsbaarheid, afhankelijkheid, relatie en context) in ogenschouw moeten worden genomen, evenals de concrete zorghandelingen en de grondhouding van de zorgverlener. Het is aannemelijk te stellen dat wanneer de verantwoordelijkheden rond 'zorg' ondubbelzinnig en rechtvaardig bepaald en verdeeld zijn, dit als normatief aspect van 'zorg' kan worden beschouwd.

7.2. Wegwijzers voor goede (ouderen-)zorg

'Every person has a history of caring, whether it is a story of being well cared for or being neglected.'
Tronto, 2013[74]

Inleiding

In hoofdstuk twee van de analyse onderzoeken we de antwoorden van de respondenten op de vraag naar wat zij onder 'goede' zorg verstaan. Met andere woorden, we proberen te achterhalen welke uitgangspunten of criteria zij aanwenden om zorg als 'goed' te waarderen en welke kenmerken die 'goede zorg' dan wel heeft. Hiervoor bewandelen we twee sporen. In het eerste spoor doorzoeken we de data met het oog op het achterhalen van de waarden die van tel zijn voor de respondenten, wanneer zij het hebben over 'goede zorg' en dit in de ethische betekenis van het woord. Hierbij trachten we inzicht te verwerven in het gemeenschappelijke ethische kader van de respondenten met betrekking tot het begrip 'zorg', alsook kennis te nemen van de waarden die niet door hen samen gedeeld worden. Het tweede spoor benadert de vraagstelling vanuit de drie perspectieven die zich doorheen de analyse van de data aftekenden, met name het meso-, micro- en macro perspectief. Voor elk van deze drie perspectieven beschrijven we de specifieke kenmerken van 'goede zorg' volgens de respondenten.

7.2.1. Waardengedreven zorg

7.2.1.1. Vaststelling:

De CD&V profileert zich zeer uitdrukkelijk als een 'waardenpartij' en wordt geïnspireerd door een personalistische mensvisie[75]. Respondent B verwijst in het interview ook uitdrukkelijk naar de centrale waarden van de christen-democratische visie: geluk, zinbeleving, zelfredzaamheid, zelfontplooiing en verbondenheid met anderen. Deze uitspraak daagde ons uit om in de beschikbare data op zoek te gaan naar de expliciet en impliciet geformuleerde waarden die de respondenten in verband brengen met 'zorg' en die ons iets meer zouden kunnen verduidelijken wat er vanuit ethisch perspectief speelt, als de respondenten het hebben over 'goede zorg'.

Respondent B:
'Ja, dat is voor mij al direct een verwijzing naar een christen-democratische visie. Dat vertrekt altijd van de idee dat mensen maar gelukkig zijn, zin vinden in hun leven, zelfredzaamheid opbouwen, identiteit opbouwen in relaties met andere mensen, hé.'

[74] Tronto, J.C. (2013). Caring democracy. Markets, equality and justice. New York University Press: New York. p. 127.
[75] Personalistische mensvisie is een visie waarin het menselijke individu beschouwd wordt als een psycho-somatische uniciteit (het 'ik), die fundamenteel in relatie staat met anderen (het 'jij' of de inter-subjectieve relatie) en zich inweeft in een maatschappelijke context (het 'wij') (Selling, 1998).

Onder het woord 'waarde' verstaan we de uitgangspunten (idealen/ motieven) die voor een persoon of een groep van personen van betekenis of belang zijn en als nastrevenswaardig worden beschouwd. Wanneer bepaalde keuzes dienen te worden gemaakt of (uitdrukkings-)handelingen te worden gesteld zijn deze waarden significant van invloed. Bij wijze van voorbeeld: stel dat men met 'zorg' de menselijke waardigheid van een zorgvrager beoogt te behouden of te bevorderen en dit in het kader van de brede betekenis van het begrip zorg (levenskwaliteit of kwaliteit van bestaan), dan is de 'menselijke waardigheid' een waarde die van betekenis én van belang is bij het verlenen en ontvangen van zorg. Doorheen de zorgkeuzes die men maakt, de zorghandelingen die men stelt en de attitude van de zorgverlener, kan deze waarde in de praktijk worden gebracht.

Binnen de gecodeerde gegevens van het onderzoek zijn we op zoek gegaan naar waarden die de respondenten deelden in het kader van zorg en naar waarden die zij niet of slechts in beperkte mate deelden. Deze analyse (zie voor detail bijlage 2) bracht aan het licht dat de volgende waarden door ofwel vier of minstens drie van de vier respondenten werden gedeeld.

7.2.1.2. Gedeelde waarden

Tabel 7: overzicht gedeelde waarden.

Waarde	**Aantal respondenten**
Solidariteit	4 op 4
Vermaatschappelijking	4 op 4
Autonomie (zelfbepaling, zelf eigen keuzes maken, zelfbeschikking)	4 op 4
Aandachtige/warme/ betrokken zorg	3 op 4
Menselijke waardigheid	3 op 4
Vertrouwen	3 op 4
Zorgzaamheid/ zorg voor elkaar	3 op 4

Wanneer we de gedetecteerde gedeelde waarden vergelijken met de waarden zoals beschreven in de opdrachtverklaring van de CD&V[76], de politieke partij waarvan de respondenten vertegenwoordigers zijn, dan merken we een significante overeenkomst. Richtinggevende waarden van de CD&V zijn: de uniciteit van de mens, respect voor de menselijke persoon in de situatie waarin hij zich bevindt, het beschermen en versterken van de menselijke waardigheid, de relatie en de verbondenheid tussen mensen (solidariteit) en zorg voor degenen die het moeilijk hebben in de samenleving.

[76] http://www.cdenv.be/ons-verhaal/onze-visie - 2013.

> *Voor ons telt elke mens. Elke mens is uniek en levert een eigen, onvervangbare bijdrage aan de samenleving. Iedere persoon heeft eigen talenten en eigen beperktheden. Elke mens verdient fundamenteel respect. Het is onze opdracht de menselijke waardigheid te beschermen waar nodig en te versterken waar mogelijk. Elke mens is verbonden. Mensen worden pas zichzelf in relatie met anderen. Alleen als mensen zich met elkaar verbinden, kan een samenleving vooruitgaan. Het is onze opdracht om die verbondenheid, die gestalte krijgt in engagement en dialoog, te stimuleren en te ondersteunen*.
> Opdrachtverklaring (CD& V: 2009)

We herkennen echter niet alleen gelijkenissen, ook enige nuances en verschilpunten. Zo merken we dat de respondenten de waarde van de autonomie enigszins meer beklemtonen dan het geval is binnen het waardenkader van de CD&V. De waarde van de 'autonomie' brengen we in samenhang met de waarden van: eigen keuzes kunnen maken, zelfbepaling en zelfbeschikking. In de CD&V-opdrachtverklaring treden de waarden 'respect voor uniciteit' en 'dialoog' meer op de voorgrond dan bij de respondenten. Zo stellen we vast dat het voornamelijk respondent B en C zijn die uitdrukkelijk de waarde van de uniciteit van de mens bij het begrip 'zorg' beklemtonen.

Respondent B:
'*Hoe kan je de context van het beleid zo maken, dat op het terrein in die honderdduizend individuele handelingen en ontmoetingen, dat dat gevoel van gerespecteerd te zijn in het unieke mens-zijn, ook in de meest lamentabele en afgetakelde situatie, dat is toch de ultieme toetssteen.'*

Respondent C:
'*Het 'resultaat' betekent dat mensen aangesproken worden op hun krachten en hun uniekheid. Euh, … en dat ook mogen ontplooien*.'

Opvallend is ook de aandacht van de respondenten voor de waarde van '*vertrouwen*' en dit vanuit verschillende invalshoeken:

- Vertrouwen in de zorgvoorziening dat deze 'goede zorg' verleent:

  Respondent A:
  '*Daar (woonzorgcentrum) zou ik met een gerust hart naartoe gaan.'*

- Het beschikken over een persoon die men kan vertrouwen, bij wie men terecht kan, die de zorgvrager niet in de steek laat en die de zorgvrager waardeert als persoon:

  Respondent C:
  '*Het gaat daar over, over ja.., een vertrouwenspersoon te kunnen zijn die mee begeleidt en die in de laatste levensfase en u comfort verzekert en tegelijk u waardeert als persoon*.'

- Erop vertrouwen dat de zorgvoorzieningen doen aan zelfevaluatie en –controle (in het kader van de deregulering):

  Respondent D:
  '*De minister heeft dat goed gedaan met dit bij de voorzieningen zélf te leggen: werk zélf een kwaliteitshandboek uit, reguleer het zélf. Zodanig dat er een veel groter draagvlak is en dat men zichzelf een stuk controleert*.'

De waarden 'vermaatschappelijking, aandachtige, warme en betrokken zorg en zorgzaamheid/ zorg voor elkaar' verwijzen dan weer in een belangrijke mate naar de waarden 'verbondenheid' en 'solidariteit' van het CD&V-waardekader.

7.2.1.3. Beperkt en niet gedeelde waarden

We maakten eveneens een oplijsting van de waarden die door twee respondenten, respectievelijk één respondent impliciet of expliciet werden genoemd. De oplijsting gebeurde alfabetisch, omdat er noch door de respondenten, noch bij de analyse van de gegevens een prioritering werd toegepast.

Tabel 8: overzicht de waarden die door twee respondenten werden uitgedrukt.

Waarde	**Aantal respondenten**
Erkenning uniciteit	2 op 4
Geïntegreerde zorg	2 op 4
Individuele verantwoordelijkheid	2 op 4
Kwaliteit	2 op 4
Optimale, haalbare en efficiënte inzet van middelen	2 op 4
Participatie	2 op 4
Professionaliteit	2 op 4
Toegankelijkheid	2 op 4
Transparantie	2 op 4
Universaliteit	2 op 4
Verbondenheid	2 op 4
Vraaggestuurde zorg	2 op 4
Zingeving	2 op 4

Tabel 9: overzicht de waarden die door één respondent werd uitgedrukt.

Waarde	**Aantal respondenten**
Aanvaarden kwetsbaarheid	1 op 4
Authenticiteit	1 op 4
Betaalbaarheid	1 op 4
Continuïteit van leven	1 op 4
Dialoog	1 op 4
Deugdelijk bestuur	1 op 4
Onvoorwaardelijkheid	1 op 4
Persoonsgerichte zorg	1 op 4
Privacy	1 op 4
Wederkerigheid	1 op 4
Zelfzorg/zelfredzaamheid	1 op 4

Ter illustratie: respondent A vindt de onvoorwaardelijkheid binnen een zorgrelatie alsook de betaalbaarheid van de zorg belangrijk. Respondent B hecht veel waarde aan authenticiteit en deugdelijk bestuur. Bij respondent C vinden we de waarden dialoog en privacy terug.

We hebben uit de analyse ook kunnen vaststellen dat bij elke respondent één specifieke waarde duidelijk in beeld kwam tijdens de interviews en als het ware de rode draad vormde in het verhaal van elk van de respondenten.

Tabel 10: overzicht van de waarde die voor elke respondent afzonderlijk als belangrijkste werd beschouwd

Respondent	**Belangrijkste waarde**
Respondent A	Warme, onvoorwaardelijke zorg
Respondent B	Verbondenheid
Respondent C	Erkenning uniciteit
Respondent D	Autonomie

Reflectie: Uit het voorgaande durven we afleiden dat vanuit het perspectief van de respondenten ‘goede zorg’ kan worden omschreven als dié zorg waarin de waarden van de solidariteit, de vermaatschappelijking, de autonomie van de zorgvrager, de aandachtige, warme en betrokken zorg, de menselijke waardigheid, het vertrouwen en de zorgzaamheid (zorg voor elkaar) in de concrete zorgpraktijk worden verwerkelijkt. Dit heeft als consequentie dat bij een normatieve beoordeling van zorg de vraag dient te worden gesteld of én hoe deze waarden die men belangrijk vindt, zich concretiseren en tonen in ervaringen in de zorg.

7.2.2. 'Goede zorg' in perspectief

7.2.2.1. Vaststelling

Uit de analyse van de gegevens stellen we vast dat het begrip 'goede zorg' door de respondenten vanuit drie perspectieven omschreven wordt, met name het perspectief van de zorgvrager en de relatie tussen de zorgvrager en zorgverlener (micro perspectief), het perspectief van de zorgorganisatie (meso perspectief) en het perspectief van de overheid (macro perspectief). Het begrip 'slechte zorg' wordt eveneens vanuit deze drie perspectieven benaderd en levert bijkomende informatie en inzichten met betrekking tot de vraagstelling over wat 'goede zorg' is. De drie perspectieven worden hierna toegelicht.

7.2.2.2. Goede zorg omschreven vanuit het micro perspectief

7.2.2.2.1. Wat 'goede zorg' met mensen doet

Respondenten beschrijven wat 'goede zorg' met mensen doet, hoe 'goede zorg' aankomt bij de zorgvrager, hoe deze door hem wordt ervaren. Deze ervaring kan persoons- en contextgebonden variëren.

Respondenten A en B menen dat de zorgvrager zorg als 'goed' ervaart, wanneer deze zorg hem het gevoel geeft dat hij niet overbodig is, dat hij nog van betekenis is voor iemand, dat hij gerespecteerd wordt in zijn unieke mens-zijn, dat de samenleving nog om hem geeft en dat hij niet ervaart een last te zijn voor anderen.

Respondent A:
'Goede zorg is denk ik dat in de private sfeer dat je dat… wat ik daarnet heb gezegd… uit het vuistje….dat het daar misschien om draait dat je…oudere mensen euh, zo lang mogelijk het gevoel moet kunnen geven dat zij niet overbodig zijn.'

Respondent B:
'*…dat dat gevoel van gerespecteerd te zijn in het unieke mens-zijn, ook in de meest lamentabele en afgetakelde situatie, dat is toch de ultieme toetssteen. Als het leven uit uw handen glipt en je van alles afhankelijk zijn en uw levenscirkels altijd maar kleiner worden, heb ik dan nog het gevoel dat die samenleving nog om mij geeft of is het 'ik word ik gedoogd en ik word technisch wel prima behandeld, maar ik heb niet het gevoel dat ik nog ergens aanwezig ben', dat is denk ik wel belangrijk.'*

Respondent A verbindt 'goede zorg' eveneens aan de menselijke waardigheid: wil men de menselijke waardigheid behouden, dan moet de zorg, wil deze als 'goed' ervaren worden, de zorgvrager existentieel bevestigen: hij mag er zijn, hij is van betekenis (waarde) en niet tot last van anderen.

Respondent A:
'*Maar, .. denk ik vooral dat als je deze menselijke waardigheid wilt houden dat zij het gevoel hebben dat ze niet overbodig worden en dat zij dus ook nog iets voor u betekenen en niet alleen een last zijn. Ik denk dat dit erg belangrijk is naar het geven van zorg aan ouderen.'*

Respondent B legt het verband tussen 'goede zorg' en zinbeleving: 'goede zorg' geeft mensen het gevoel dat ze nog een rol en zin hebben in het leven.

Respondent B:
'En ik denk…dat het er ultiem erop aan komt: 'hebben wij een zorg die mensen oprecht het gevoel geeft dat ze nog een rol hebben in het leven, dat ze nog zin hebben in het leven'.

De respondenten C en D verwoorden wat 'goede zorg' doet bij mensen, hoe deze aankomt, op een enigszins andere wijze dan de respondenten A en B:

- Respondent C geeft aan dat 'goede zorg' iemand doet opfleuren en terug kwaliteit van bestaan geeft. Hij stelt dat wat onder 'goede zorg' wordt begrepen, persoons- en contextgebonden wordt ingevuld door enerzijds de zorgvrager en anderzijds de zorgverlener. Het gaat volgens hem om een subtiel samenspel tussen wat de zorgvrager aangeeft wat voor hem 'goede zorg' is en wat de zorgverleners vinden dat - gegeven de context - 'goede zorg' is.

  Respondent C:
  'Ik heb mijn andere grootmoeder gehad, dat was het tegenovergestelde, euh.., die is helemaal terug open gebloeid door naar een woonzorgcentrum te gaan omwille van het feit dat zij.., zij niet meer in staat was om voor zichzelf te zorgen en dat ook niet toeliet van haar omgeving van dat te doen. Wanneer zij in een woonzorgcentrum is gekomen, euh, ja, eigenlijk opgefleurd is en terug echt kwaliteit van bestaan gedurende nog jaren heeft gehad.'

  '… ik probeer het altijd te benaderen vanuit de mens zelf en wat wil die zelf en daarnaast: wat is ook goed voor hem? Ik weet dat je dan wat betuttelend overkomt, maar dat vind ik niet altijd, want de zorg is wederkerig , dus, daar mag je ook zeggen van kijk, ik snap dat jullie dat of dat het beste vinden, maar denk nu eens, denk ook aan de persoon zelf omdat de wens van de familie niet altijd dezelfde is van de hulpbehoevendheid of de zorgnood van de betrokkene zelf.'

- Voor respondent D betekent 'goede zorg' de ervaring van de zorgvrager dat hij in contact blijft met de personen uit zijn sociaal netwerk en dat hij niet het gevoel heeft dat hij alleen wordt gelaten.

Respondent D:
'*Maar, als ik moet nadenken over de kwaliteit van de zorg, als ik ziek zou zijn. Dan zou het ook gaan over: 'Hoe vaak komen ze mij bezoeken? Lig ik daar niet alleen?' Het is de omgeving eigenlijk die - denk ik - zorgt dat ik het goed heb als zorgbehoevende, veel meer denk ik, dan ervoor zorgen dat al die lijntjes van het kwaliteitshandboek allemaal schoon ingevuld zijn.'*

7.2.2.2.2. De houding van de zorgverlener

'Goede zorg' behoort niet alleen technisch goed te zijn om als 'goed' te worden ervaren door de zorgvrager, ze moet samengaan met een houding van de zorgverlener die aan bepaalde kenmerken voldoet. Deze kenmerken worden door de respondenten op diverse wijzen omschreven. In essentie wijzen ze op een houding van de zorgverlener die betrokken is op de persoon van de zorgvrager en zijn uniciteit (h)erkent. Dit stemt overeen met de vaststelling in hoofdstuk 1 van de analyse van de resultaten, waar het begrip 'zorg' even-eens in verband werd gebracht met de grondhouding van de zorgverlener.

De respondenten A, B en C leggen de nadruk op de betrokkenheid van de zorgvrager en spreken over aandacht, liefde, zorg die warm en betrokken genoeg is en over een aandachtige en actieve luisterende houding (de vraag achter de vraag horen).

Respondent A:
'*Dat ze ook met voldoende aandacht en voldoende liefde worden bejegend.'*

Respondent B:
'Ik vind dat wij moeten zorgen dat die zorg toegankelijk is, dat die warm genoeg is, betrokken genoeg is …'

Respondent C:
'Ja.., dan ga je daar mee spreken om te zeggen wat zit er achter die vraag , euh.., zit er daar een angst achter, zit er daar een woede achter, wat zit er achter? En, als daar werkelijk achter zit van, kijk.., euh.., ja…'

Respondent D beklemtoont naast de luisterende houding ook het belang van de houding van de zorgverlener die uitdrukt dat hij bekommerd is om de 'persoon' van de zorgvrager, eerder dan om zijn probleem. Zijn uitspraak kunnen we relateren aan het begrip 'uitdrukkingshandelingen' in de zorg, zoals beschreven door van Heijst (van Heijst: 2006)[77].

[77] van Heijst, A. (2006). 'Uitdrukkingshandeling hebben geen extern doel, maar zijn een doel in zich. Hun waarde is geen kwestie van functionaliteit, maar bestaat in het uitdrukking geven.' In: Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement: Kampen. p. 81-82.

Respondent D:
'*Een goede zorgverlener. Ja, dat is iemand die luistert. Die met 'u' bezig is, veel meer dan het probleem dat je hebt.'*

7.2.2.2.3. Deskundige interventies

'Goede zorg' houdt deskundige interventies in. Als de respondenten het hebben over deskundige interventies, dan bedoelen zij in het bijzonder dat de zorgactiviteiten zorg-vuldig, volgens de regels van de kunst (vakbekwaam), dienen te worden verleend. Dit stemt overeen met de vaststelling in hoofdstuk 1 van de analyse van de rsultaten, waar het begrip 'zorg' verbonden wordt met het uitvoeren van bepaalde activiteiten en handelingen van de zorgverlener.

We stellen vast dat respondent B niet uitdrukkelijk ingaat op dit thema. Respondent A verwijst in dit verband naar 'zorg op het juiste moment'.

Respondent A:
'….dus, dat je op een economische manier zegt dat iedereen een minimale zorg moet kunnen krijgen: de juiste infrastructuur, zonder wachtlijsten, ….zorg op het juiste moment, ….en dus, dat is denk ik een voorwaarde voor goede zorg.'

Respondenten C en B gaan dieper in op het aspect deskundigheid. Respondent C heeft het over een vertrouwenspersoon die de zorgvrager begeleidt en hem van comfort verzekert en tegelijk waardeert als persoon. Hij verwacht van 'goede zorg' dat bij de zorgverlenende interventies minimaal een aantal zaken in orde zijn, met name op het vlak van hygiëne, fysieke en emotionele zorgverlening en comfort.

Respondent C:
'*Het gaat daar[in de ouderenzorg] over, over ja.., een vertrouwenspersoon te kunnen zijn die mee begeleidt en die in de laatste levensfase en u comfort verzekert en tegelijk u waardeert als persoon.'*

'Om het zo te formuleren vind ik wel dat een aantal minimum zaken moeten kunnen in orde zijn, zoals, ja.., euh.. fysiek en emotioneel en, en al deze aspecten euh.., waar dat je toch van verwacht, euh.., hygiëne, wat toch ook vaak een probleem is bij heel veel oudere mensen. Euh, ja, dat vind ik wel.'

Respondent D geeft aan dat, wanneer een zorgverlener een interventie doet, kan verwacht worden dat dit op een 'juiste' wijze gebeurt. Hij vindt dit het minimum van waar men kan op rekenen bij 'goede zorg'. Hij verwoordt enigszins scherper dan respondent C dat 'goede zorg' inhoudt dat een zorgverlenende handeling vakbekwaam (op de juiste manier doen) wordt uitgevoerd. Hij beschouwt dit als de basis van 'goede zorg'.

Respondent D*:*
'Neen, dat er een minimum… als een verpleegkundige mij moet komen inspuiten, dan moet dit op een juiste manier gebeuren (het juiste product, de juiste dosis). Dat is de basis, zoals ik dat noem.'

7.2.2.3. Goede zorg omschreven vanuit het meso perspectief

In het meso perspectief schetsen de respondenten de kenmerken van een zorgorganisatie die 'goede zorg' verleent. Zij beschrijven dit aspect van goede zorg vanuit diverse invalshoeken. Zowel infrastructurele, organisatorische, als ervaringsgerichte kenmerken worden vernoemd. Eén respondent (respondent C) legt de relatie tussen 'goede zorg-organisatie' en het deugdelijk bestuur van de zorgorganisatie.

Respondent A beschrijft de kenmerken van een 'goede zorgorganisatie' in termen van infrastructurele aspecten, zoals een nieuw gebouw en grote kamers in een woonzorgcentrum, alsook in termen van een voldoende activiteitenaanbod, een cafetaria (waar men elkaar kan ontmoeten) en de inzet van vrijwilligers. Het hebben van een positief, vertrouwensvol imago wordt door de respondent tevens aangeduid als kenmerk van een 'goede zorgorganisatie'.

Respondent A:
'….dan bijvoorbeeld in het OCMW-woonzorgcentrum van onze gemeente. Dat krijgt bijvoorbeeld goede punten….het gaat om een nieuwbouw, het heeft ruime kamers, voldoende animatie, een ploeg vrijwilligers, een cafetaria, … allerlei activiteiten worden georganiseerd… dus dat is… euh , … Dus, ja, men kan met een gerust hart naar het eigen OCMW-woonzorgcentrum wel gaan.'

Respondent B heeft het in het bijzonder over de organisatorische aspecten van een 'goede zorgorganisatie'. Hij is van mening dat een zorgvoorziening die zorg organiseert op intermenselijke wijze en binnen een context die recht doet aan de zorgvrager, als 'goed' kan worden omschreven.

Respondent B:
'Goede zorg, is niet…. zeggen is er voldoende betaalbare zorg, het is zorg die op een intermenselijke juiste manier wordt georganiseerd. En, dat is, denk ik, zéér belangrijk.'

'Goede zorg' is niet alleen 'heb je voldoende professionelen, capaciteit en techniciteit', maar is dat eigenlijk in een context georganiseerd die recht doet aan de betrokkenen, dat vind ik zeer politiek.'

Respondent D sluit hier enigszins bij aan door zijn opvatting over 'goede zorg' te verbinden met een zorgorganisatie die zich zo organiseert dat de zorgvrager in de mogelijkheid wordt gesteld om verbonden te blijven met zijn sociaal netwerk.

Respondent D:
'Als ik het vanuit het standpunt van mijn ma bekijk, dan is dat iets helemaal anders. Ja, ons ma, de kwaliteit van haar leven wordt bepaald door: hoe vaak haar familie op bezoek komt, hoe vaak er buitenstaanders bij haar komen. Dit wordt veel minder bepaald door de handelingen die de verpleegkundigen doen. Dus, dat netwerk dat ze had, dàt in het rusthuis brengen, bepaalt voor ons ma de kwaliteit.'

Ook respondent C beaamt het belang van een goede organisatie van de zorg als voorwaarde voor het verlenen van 'goede zorg', die hij omschrijft als 'zorg op maat'.

Respondent C:
'Als je werkelijk zegt dat je zorg op maat wil geven, dan betekent dat dat je zorg installeert op die manier dat dat ook zo kan zijn.'

Zowel respondent B als respondent C menen dat voor het evalueren van de kwaliteit van de zorg (goede zorg) er verschillen zijn naargelang de 'aard' van de zorgorganisatie. In een ziekenhuis zullen eerder objectief vaststelbare aspecten in rekening worden gebracht. In een woonzorgcentrum zijn eerder subjectieve dimensies aan de orde.

Respondent B:
'Ik denk dat je die kwaliteit kunt meten door een aantal objectieve meetinstrumenten te gebruiken. Maar, dat het zonder enige twijfel, en zeker in de ouderenzorg is, dat er ook een aantal dingen in moeten zitten die de subjectieve ervaringen mee opnemen in wat men begrijpt onder goede kwaliteit is. Zonder enige discussie. Dat is ook de reden waarom ik vind dat het meten van kwaliteit in een woonzorgcentrum van een veel meer subjectieve benadering moet kunnen vertrekken, dan in een acuut ziekenhuis, waar je misschien kwaliteit veel meer technisch kan objectieveren. In het woonzorgcentrum is het duidelijk een meer ervaringsgericht gegeven.'

Respondent C:
'Het gaat daar eerder over zulke aangelegenheden, dan de harde zorg en de accreditering van het genre als in het ziekenhuis, enzovoorts. Het gaat daar over, over ja.., een vertrouwenspersoon te kunnen zijn die mee begeleidt en die in de laatste levensfase en u comfort verzekert en tegelijk u waardeert als persoon. Ik bedoel het is een heel ander uitgangspunt. Dat is de professionaliteit in de ouderensector, professionaliteit in een ziekenhuis is van een heel andere aard natuurlijk.'

Vermeldenswaardig is de relatie die respondent B legt tussen een 'goede zorgorganisatie' en deugdelijk bestuur (corporate governance). Hij vindt dat goede zorgorganisaties geïntegreerd zijn in de samenleving, hun maatschappelijke relevantie aantoonbaar maken en goede contacten onderhouden met alle belanghebbenden. Een zorgorganisatie moet dit, aldus de respondent, op een moderne manier doen.

Respondent B:
'*En, er zijn ook vzw's afkomstig uit congregaties waar het maatschappelijk draagvlak ook twijfelachtig geworden is (wie vertegenwoordigt nog wie in die samenleving?). En, dan denk ik dat de social profit zou zichzelf opnieuw een beetje moeten heruitvinden. Vandaar ook het belang van corporate governance om te zeggen wie ben ik…en ik toon ook in relatie met mijn stakeholders hoe dat ik ben.'*

'Men moet zich, denk ik, zijn legitimiteit en zijn plaats elke dag bewijzen. En, niet omwille van de aanhorigheid bij een politieke groep, of zo…allé, men moet dit gewoon doen voor de samenleving en voor de vermaatschappelijking van de zorg. Besturen is ook vermaatschappelijking van de zorg en dat je dat op een goede manier moet doen. Je moet uw positie maatschappelijk bewijzen en relevant maken. En, dat is, denk ik, waarom ik er zoveel belang aan hecht dat men op dit moment men moet 'ondernemen' als sociale organisatie en men moet dat ook op een moderne manier doen.

7.2.2.4. Goede zorg omschreven vanuit het macro perspectief

Goede zorg wordt door de respondenten beschreven vanuit het perspectief van de georganiseerde institutionele zorg. Onder georganiseerde institutionele zorg verstaan we het geheel van zorgverstrekkers en zorgaanbieders die wat betreft hun werking erkend, genormeerd, gefinancierd en opgevolgd (toezicht/inspectie) worden door de overheid. Het overheidsbeleid met betrekking tot de georganiseerde institutionele zorg maakt onderdeel uit van een democratisch besluitvormingsproces.

Binnen dit macro perspectief worden eisen geformuleerd waaraan de georganiseerde institutionele zorg zou moeten voldoen om door de samenleving in het algemeen en de individuele burgers in het bijzonder als 'goed' te worden beschouwd. Hierbij komen de volgende aspecten aan bod: de organisatie van de institutionele zorg, de beschikbaarheid en de vermaatschappelijking van de zorg.

Respondent A wijst op het uitgangspunt dat er voldoende zorgaanbod beschikbaar moet zijn, zodat wachtlijsten vermeden worden.

Respondent A:
'Ik denk dat het publieke … er verschillende dimensies zijn … van wat is voldoende zorg …en, dan kom je tot de wachtlijstproblematiek… dus, dat je op een economische manier zegt dat iedereen een minimale zorg moet kunnen krijgen: de juiste infrastructuur, zonder wachtlijsten, ….zorg op het juiste moment, ….en dus, dat is denk ik een voorwaarde voor goede zorg.'

Respondent B formuleert kernachtig zijn visie op de essentie van goede (welzijns-)zorg, met name 'het creëren van verbondenheid'. Hij benadrukt dat bij de organisatie van de institutionele zorg het principe van de vermaatschappelijking richtinggevend is voor 'goede zorg'. Het gaat, volgens hem, om zorg die zich verbindt met het leven van de zorgvrager en zijn vertrouwde leefomgeving (de wijk) en samenhangend, naadloos in elkaar overvloeit. De overheid dient hierbij niet in de plaats te treden van de burgers, maar wel de randvoorwaarden te creëren, de ontwikkelingen hiertoe te faciliteren en te ondersteunen. Politieke besluitvorming kan het sociale kapitaal, noodzakelijk voor de vermaatschappelijking van de zorg, mobiliseren en aanmoedigen.

Respondent B:
'Allé, heel de welzijnssector, heel de hulpverlening, alles, ….als je dat tot zijn essentie begint te herleiden, dan gaat het over hoe creëer je terug verbondenheid. Als je kwetsbaar wordt, zorgen nodig hebt, kwaliteit van leven bieden, gaat dat over de vraag hoe realiseer je terug verbondenheid.'

'Ik zie goede voorbeelden in Vlaanderen. Concepten waarbij je in het centrum een harde kern van zorg hebt, 24 op 24 uur, en daarrond toch meer aanleunwoningen, assistentiewoningen, kangoeroewoningen, wijken, hé… dat soort concepten, daar geloof ik zeer sterk in . Dat is voor mij echte vermaatschappelijking van zorg: die hele zware zorg dat die zich eigenlijk verbindt met het leven van de wijk en ook in elkaar overvloeit en naadloos kan overvloeien.'

'*Vermaatschappelijking is een politiek begrip en duidt erop dat zorg maar goede zorg is, als ze zich organiseert in de context van de betrokkene, als ze zich organiseert in de versterking van het netwerk, in de versterking van de zelfredzaamheid om ook met anderen samen te leven, dààrin zit de kern van vermaatschappelijking van de zorg*.

'Neen, … allé, ja, neen, ik denk…maar wij zijn natuurlijk diegenen die de omstandigheden mee bepalen, de financiële haalbaarheid bepalen over hoe de zorg zich organiseert. Maar, dat is ook een bepaalde politieke opvatting. Ik behoor tot diegenen die vinden dat de overheid dat niet zelf moet organiseren, of niet per se moet organiseren, of slechts residuair, als dat afwezig is zelf moet organiseren. Maar dat je beter, vanuit diezelfde redenering, dat je de goede krachten in de gemeenschap moet mobiliseren, je moet zorg 'vermaatschappelijken'. Dat je het sociaal kapitaal uit de samenleving moet mobiliseren om dat soort dingen te doen. Dat geeft een veel meer goede samenleving geeft, als je dit zo organiseert. Maar, politiek maakt die keuzes natuurlijk wel, hé… of je dit mogelijk maakt of niet mogelijk maakt, uiteraard.'

De opvattingen van de respondenten A, C en D leunen dicht aan bij deze van respondent B, met name op het vlak van het aspect van de vermaatschappelijking van de zorg. Respondenten A en D vertalen dit kenmerk van 'goede georganiseerde institutionele zorg' als een organisatie van zorg die er prioritair op gericht is burgers 'zo lang als mogelijk, thuis in de

vertrouwde omgeving zorg te verlenen'. Respondent D voegt hier bijkomend nog aan toe: indien mogelijk, zo georganiseerd dat de zorg op afroep kan worden verleend (op maat van de zorgvrager). Voor respondent C staat vermaatschappelijking van zorg voor een publiek draagvlak voor solidariteit, middelen en zorg.

Respondent A:
'Ik kan nog voor mijn eigen zorgen, ik kan mens zijn in de vertrouwde woonomgeving, te kunnen blijven, ook al impliceert dit een verhuis van een grote villa in de rand naar het een appartement in het centrum'. Ik denk dat dit belangrijk: dus in de vertrouwde woonomgeving blijven.'

Respondent D:
'*Vroeger was zorg alleen, of quasi alleen in de thuissituatie, terwijl dat wij héél erg 'vér' gegaan zijn in de professionele zorg en waar daar we nu de andere kant proberen een beetje op te gaan en de zorg trachten terug te brengen in de omgeving van de mensen, bij mensen…veel dichter ….*'

Respondent D:
'*Dat men in zijn eigen woning kan blijven wonen. Eventueel een keer verhuist naar een kleine woning, zodat je niet al de zorgen niet meer hebt van een groot huis en de tuin en dat je dienstverlening eigenlijk krijgt op het moment als je ze nodig hebt, op afroep bijna hé, vanuit één setting.'*

Respondent C*:*
'… vandaar dat ik ook voorstander ben van vermaatschappelijking van de zorg, vooral om een soort publiek draagvlak te blijven creëren voor solidariteit, voor centen, voor zorg,….'

7.2.2.5. Wat 'slechte zorg' ons leert over 'goede zorg'

De onderzoeker stelt vast dat ook het begrip 'slechte zorg' door de respondenten beschreven wordt vanuit de drie reeds eerder vastgestelde perspectieven, met name het perspectief van de zorgvrager en de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener (micro perspectief), het perspectief van de organisatie die de zorg verleent (meso perspectief) en, ten slotte, het perspectief van de overheid (macro perspectief). Deze drie perspectieven worden hierna toegelicht en afgetoetst op aanvullende inzichten op het vlak van 'goede zorg'.

7.2.2.5.1. Slechte zorg omschreven vanuit het micro perspectief

De opvattingen van de respondenten over 'slechte zorg' vanuit het perspectief van de zorgvrager en de relatie met de zorgverlener zijn divers, maar kunnen globaal worden samengevat onder volgende omschrijvingen: gebrekkige of afwezige deskundigheid bij de zorgverlener, geen betrokkenheid van de zorgverlener op de 'persoon' van de zorgvrager bij het verlenen van de zorg, het miskennen van de zorgvrager, zorg die vanuit een koele en

zakelijke (instrumentele) attitude wordt gegeven, zorg die de zorgvrager niet in zijn waarde laat en zorg die de zorgvrager niet in de mogelijkheid stelt de regie over zijn leven te houden.

Respondent A vindt dat basiszorg als zodanig te minimalistisch is en nog onvoldoende beantwoordt aan het begrip van 'goede zorg'.

Respondent A:
'*Ja, ik denk dat basiszorg dat je daar al op een niveau zit waar ….allé, ik zou die discussie over basiszorg willen weghouden, want dan geef je toe dat we een kwalitatief zorgniveau niet kunnen halen . Als we ons terugtrekken op de verdediging van de basiszorg…. Dan zeggen we al, kijk … euh, … basiszorg kan goed zijn, maar basiszorg is in mijn ogen een trapje lager dan "goede" zorg. Dat wil niet zeggen dat basiszorg slecht is. Maar, ik vind dit een iets wat lagere kwaliteitsniveau, daarvoor moeten we opletten…'*

Geheel in de lijn van zijn vorige antwoorden stelt respondent B dat zorg die elk gevoel van betrokkenheid van de zorgverlener op de zorgvrager mist, geen goede zorg is.

Respondent A:
'Dat is de ultieme toets. Technische handeling die koel en zakelijk wordt uitgevoerd en die totaal juist zal zijn, maar die geen vonk van relatie doet overspringen, dat is, denk ik, geen goede zorg.'

Voor respondent C verwijst slechte zorg naar diverse aspecten van onderzorg en gebrekkige of afwezige deskundigheid bij de zorgverlening (met onder andere tot gevolg: ondervoeding, onverzorgde doorligwonden, mishandeling, verwaarlozing), maar ook naar een respectloze benadering van de zorgvrager en het reduceren van de zorgvrager tot een product van zorg in plaats van een subject, zorg die de zorgvrager niet in zijn waarde laat.

Respondent C:
'Ja, dat is heel moeilijk te zeggen, maar als bijvoorbeeld heel concreet, euh.. hoeveel mensen zijn er niet ondervoed? Als.., terwijl er heel veel mogelijkheden zijn.. Als concreet betekend dat iemand zorgbehoevend is, men niet in staat is om, om.. om de voeding te geven, of te zorgen dat er via een sonde op een andere wijze.. als mensen doorligwonden hebben die niet goed worden verzorgd, enzovoorts…'

'…..omdat we ons niet kunnen permitteren dat er mishandeling is, verwaarlozing is, omdat dat vertrouwen echt wel cruciaal is, zeker in de sector van de ouderenzorg.'

'Ja, respect. Dan denk ik dat ik respect zou zeggen. Moesten ze mijn ouders behandelen als een product of hen, euh.., niet zien zoals ze zijn en hen niet in hun waarde laten , ….'

Respondent D meent dat het leven in een residentiële zorgvoorziening voor haar geen optie is en dus geen goede zorg zou zijn, omdat hij van oordeel is dat in dergelijke woonzorgvorm hij de regie over zijn leven moet inleveren. Het behoud van de mogelijkheid tot zelfbepaling is voor deze respondent een kernpunt van 'goede zorg'.

Respondent D:
'Omdat ik, ja zelf veel meer wil bepalen….. Ik wil niet afhankelijk zijn van anderen, van hulp. Ik denk niet dat ik in een rusthuis zou kunnen leven, omdat daar alles door iemand anders bepaald wordt.'

'*Omdat ik, ja zelf veel meer wil bepalen….*'

7.2.2.5.2. Slechte zorg omschreven vanuit het meso perspectief

In dit perspectief schetsen de respondenten de kenmerken van een zorgorganisatie die 'slechte zorg' verleent. Deze worden door de respondenten opnieuw divers omschreven: een negatief imago over de zorgorganisatie, zorg die aanbodgestuurd en gefragmenteerd wordt verleend, de afwezigheid van een goed dossier, laattijdige of foute diagnosestelling, de dominantie van de efficiëntie logica, toenemende beklemtoning van het meten en registreren in de zorg (bureaucratisering) ten nadele van de aandacht voor de zorgvrager en het tekort aan kennis en initiatieven op het vlak van het zinvol ouder worden.

Voor respondent A staat een zorgorganisatie die 'slechte zorg' verleent voor een zorgorganisatie dat een negatief imago heeft, want men ervaart in die organisatie onvoldoende of geen warmte.

Respondent A:
'Ja, zoals ik het links en recht hoor… heb je hier in onze regio verschillende niveaus van woon- en zorgcentra. Waar daar men duidelijk zegt van: "daar zou ik niet naar toe gaan, dat is er minder warm ," …'

Respondent C wijst op de negatieve gevolgen van de toenemende efficiëntiedruk, de fragmentering van de zorg (het geheel niet meer overschouwen van wat belang is voor de zorgvrager) en de gebrekkige of afwezige vraagsturing van de zorg, alsook op de afwezigheid van een goed dossier en betrokkenheid van de huisarts bij het dossier, het medicatiebeleid dat beter kan en de laattijdige of foute diagnosestelling. Ook de gebrekkige kennis rond zinvol ouder worden wordt geïdentificeerd als een kenmerk van 'slechte zorg'.

Respondent C:
'Wat dat ik nog altijd problematisch vind in de sector is, zowel in de ouderenzorg als algemeen, is en dat wordt eigenlijk altijd maar meer en meer door.., korte ligdagen, die efficiëntie, crisisinterventie, dat is zo precies van dat die mens altijd, maar moet verplaatst worden. Ik ben daar eigenlijk niet voor. Ik vind dat wij daar als sector zelf

moeten over bezinnen: hoeveel handen zitten er nu rond het bed, weer een andere, weer een andere, weer nog iemand anders. Dat is heel confronterend en heeft ook te maken met kwaliteit van de zorg.

'Een goed dossier hebben, de huisarts moet daarin betrokken zijn, medicatiebeleid blijft toch ook nog altijd een groot probleem. Als je me dan toch nog verder punten laat aanhalen dan: een goede diagnosestelling, want we gaan er altijd van uit dat dat de evidentie is, maar in heel veel situaties is dat gewoon niet zo en wordt de diagnose te laat gesteld of wordt er een foute diagnose gesteld en dat is ook een punt, waarvan ik vind dat we meer zouden kunnen doen.'

'Ik vind dat we nog te weinig weten of te weinig toepassen, euh, … hoe we mee kunnen bijdragen aan het zinvol ouder worden.'

Respondent D vindt dat door de vele verplichtingen op het vlak van meten en registreren er binnen de zorgorganisaties onvoldoende tijd is om aandachtig te luisteren naar de zorg-vragers en te achterhalen wat er echt van belang is voor hen.

Respondent D:
'Misschien dat er veel gemeten en geregistreerd moet worden. Eh, dat zij … die échte aandacht, die ik dan noem voor de zorgbehoevende, dat wordt niet gemeten, hé. Dat kan niet gevat worden. Als ik iemand in bad heb gezet en ik heb daar een lijntje, … proper ondergoed: een lijntje,… pamper: lijntje… Maar hoe lang ik daar zou zitten…en luisteren naar mijn ma die honderd keren hetzelfde zegt, maar zich daardoor wel goed voelt.'

7.2.2.5.3. Slechte zorg omschreven vanuit het macro perspectief

Binnen het perspectief van de overheid worden kenmerken geformuleerd van de georganiseerde institutionele zorg die als 'slecht' wordt beschouwd. Hier is het respondent C die erop wijst dat door een gebrekkige of foute informatie over de ouderenzorg er een negatieve beeldvorming ontstaat over de ouderzorg, die niet strookt met de werkelijkheid. Dit kan tot gevolg hebben dat ouderen de voor hen noodzakelijke zorg mogelijk niet vinden of krijgen.

Respondent C:
'Omdat ik vind, euh.. opnieuw, dat als door het feit dat mensen een verkeerde beeldvorming hebben en die wordt in stand gehouden, dat ze daarmee de nodige zorg of interventies die mogelijks daar zijn, die ter beschikking zijn om de kwaliteit van het bestaan te verbeteren ontlopen'.

'*Daarom dat ik ook altijd heel snel en allergisch reageer op een soort van beeldvorming die alleen de angst bij mensen gaat vergroten, en die de drempel hoger maakt om de juiste hulp te zoeken. En vind ik het dan wel de taak van bijvoorbeeld de overheid om*

ervoor te zorgen dat mensen ook een correct beeld hebben van wat er gebeurt in woonzorgcentra, want dat is vaak nog altijd niet zo.'

Reflectie: We stellen vast dat diverse kenmerken van 'goede zorg' zoals beschreven door de respondenten kunnen gekaderd worden binnen het micro perspectief (het perspectief van het primaire zorgproces) en het meso perspectief (het perspectief van de zorgorganisatie), zoals uitgewerkt in het referentiekader '*Kwaliteit van zorg: 2.0'* (Goossensen en Baart: 2011[78]). We menen echter dat het macro perspectief (het overheidsperspectief) eveneens een belangrijk mee te nemen invalshoek is, als men het heeft over 'goede zorg', wat in het bovenvermelde referentiekader tot op heden nog niet werd geïntegreerd. Uit de analyse van de gegevens durven we besluiten dat het overheidsbeleid op het vlak van zorg eveneens van belang is wanneer men het heeft over 'goede zorg'.

7.2.3. Goede zorg voor oudere personen

De respondenten werden bij de start van het interview ingelicht over de opzet van het onderzoek waaraan zij meewerkten. Hierbij werden ze geïnformeerd dat de focus van het onderzoek in het bijzonder lag bij de zorg voor ouderen. We stellen vast dat zij tijdens de interviews niet altijd een onderscheid maakten tussen de aspecten van 'goede zorg' die van toepassing zijn op de zorg aan ouderen enerzijds en deze van toepassing op niet ouderen anderzijds, op enkele belangrijke aspecten na:

- *de existentiële bevestiging, de zinbeleving en het behoud of het herstel van de menselijke waardigheid* worden als aspecten van 'goede zorg' voor ouderen zichtbaar op de voorgrond geplaatst:

  Respondent A:
  '….oudere mensen euh, zo lang mogelijk het gevoel moet kunnen geven dat zij niet overbodig zijn en ik denk dat het belangrijk is in het zorg geven… dat ze ook met voldoende aandacht en voldoende liefde worden bejegend. Maar, .. denk ik vooral dat als je deze menselijke waardigheid wilt houden dat zij het gevoel hebben dat ze niet overbodig worden en dat zij dus ook nog iets voor u betekenen en niet alleen een last zijn. Ik denk dat dit erg belangrijk is naar het geven van zorg aan ouderen. . En, naar kinderen toe is het denk ik het belangrijk van dat zorg… ook te laten voelen dat zorg "vrijblijvend" wordt gegeven, dat men er niets voor terug vraagt. '

- 'goede zorg' voor ouderen die verblijven in een woonzorgcentrum verwijst meer naar *ervaringsgerichte dimensies*, dan wanneer zij zouden verblijven in een ziekenhuis, waar 'goede zorg' meer technische en objectieve kenmerken heeft:

[78] Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4-7.

Respondent B:
'Dat is ook de reden waarom ik vind dat het meten van kwaliteit in een woonzorgcentrum van een veel meer subjectieve benadering moet kunnen vertrekken, dan in een acuut ziekenhuis, waar je misschien kwaliteit veel meer technisch kan objectiveren. In het woonzorgcentrum is het duidelijk een meer ervaringsgericht gegeven.'

- in 'goede zorg' voor ouderen komen de aspecten van *comfortzorg, de mogelijkheid tot het aangaan van een vertrouwensvolle zorgrelatie en de waardering van de oudere als persoon* meer in het vizier te staan. Deze aspecten worden benoemd als typerende kenmerken van professionaliteit in de zorg voor ouderen:

  Respondent C:
  'Het gaat daar eerder over zulke aangelegenheden, dan de harde zorg en de accreditering van het genre als in het ziekenhuis, enzovoorts. Het gaat daar over, over ja.., een vertrouwenspersoon te kunnen zijn die mee begeleidt en die in de laatste levensfase en u comfort verzekert en tegelijk u waardeert als persoon. Ik bedoel het is een heel ander uitgangspunt. Dat is de professionaliteit in de ouderensector, professionaliteit in een ziekenhuis is van een heel andere aard natuurlijk.'

De hierboven vermelde specifieke aspecten van 'goede zorg voor ouderen' treden op de voorgrond vanwege de kwetsbare positie waarin een oudere persoon zich kan bevinden. Kwetsbaar zowel op het lichamelijke (comfortzorg), sociale (vertrouwensvolle zorgrelatie), psychische (respect voor de menselijke waardigheid), als het spirituele vlak (existentiële bevestiging en zinbeleving).

7.2.4. Samenvatting

We weerhouden de vaststelling dat zorg in verband wordt gebracht met de verwerkelijking van waarden. In de analyse detecteerden we een aantal gemeenschappelijke, alsook niet gemeenschappelijk gedeelde waarden. We durven stellen dat de realisatie van deze waarden middels zorg voor de respondenten bepalend is voor de normatieve invulling van 'goede zorg'. Als gemeenschappelijke waarden detecteerden we de solidariteit, de vermaatschappelijking, de autonomie van de zorgvrager, de aandachtige, warme en betrokken zorg, de menselijke waardigheid, het vertrouwen en de zorgzaamheid (zorg voor elkaar). Waarden gerelateerd aan het begrip 'zorg' kunnen worden verwerkelijkt zowel in het primaire zorgproces (individuele en professionele waarden), in de organisatie van de zorg binnen een zorgorganisatie (organisatie waarden), als in het zorgbeleid van de overheid (maatschappelijke waarden). Of de waarden die van belang zijn ook effectief verwerkelijkt worden, toont zich in ervaringen van de concrete zorgpraktijk.

'Goede zorg' wordt omschreven vanuit drie perspectieven. *Vooreerst het micro perspectief* van de zorgvrager en zijn relatie met de zorgverlener. Hier zijn aan de orde de beschrijving van wat 'goede zorg' doet met mensen, hoe mensen 'goede zorg' ervaren. 'Goede zorg' wordt in verband gebracht met respect voor uniciteit, menselijke waardigheid, zinbeleving, kwaliteit van leven en verbondenheid met betekenisvolle anderen. Wat als 'goede zorg' beschouwd en ervaren wordt door de zorgvrager en zorgverlener, is persoons- en contextgebonden. Bovendien spelen een betrokken, aandachtige en op de persoon van de zorgvrager gerichte houding van de zorgverlener, alsook de deskundigheid en zorgvuldigheid van de zorgverlener (de juiste dingen doen op het juiste moment) een essentiële rol bij de omschrijving van 'goede zorg' vanuit het perspectief van de zorgvrager en zijn relatie met de zorgverlener.

De informatie over het begrip 'slechte zorg' maakt duidelijk dat 'goede zorg' op micro perspectief bijkomend in verband kan worden gebracht met zorg die betrokken wordt verleend door de zorgverlener, de bejegening van de zorgvrager als een subject van zorg, zorg die de zorgvrager in zijn waarde laat, reductie vermijdt en zorg die de zorgvrager in staat stelt om de regie over zijn leven te houden en zelf keuzes te maken.

Als *tweede perspectief* wordt het perspectief van de organisatie die zorg verstrekt weerhouden (meso perspectief). 'Goede zorg' wordt verleend door een zorgorganisatie die aan specifieke infrastructurele, organisatorische en ervaringsgerichte kenmerken voldoet. Het gaat om een aantrekkelijke infrastructuur, voldoende ontspanningsactiviteiten, de inzet van vrijwilligers-werk, de verbondenheid met de buurt, de mogelijkheid tot behoud van de sociale contacten, de organisatie van zorg op maat en een positief imago. Maar ook om deugdelijk bestuur en in het bijzonder om het gegeven dat een zorgorganisatie die 'goede zorg' verleent een organisatie is die zich integreert in de samenleving, zijn maatschappelijke relevantie aantoont en goede contacten onderhoudt met alle belanghebbenden.

De informatie over het begrip 'slechte zorg' maakt duidelijk dat 'goede zorg' vanuit het meso perspectief bijkomend in verband kan worden gebracht met zorg die vraaggestuurd en geïntegreerd wordt verleend en die de zorgverleners in staat stelt om het geheel te blijven overzien van wat speelt bij de zorgvrager, de aanwezigheid van een goed dossier, een tijdige of correcte diagnosestelling, een efficiëntie logica die in een evenwichtige verhouding staat met de andere logica's binnen de zorgorganisatie, de activiteiten meten en registreren die geen afbreuk doen aan de aandacht van de zorgverlener voor wat voor de zorgvrager echt van belang is en, ten slotte, de kennis en initiatieven op het vlak van het zinvol ouder worden.

Het *derde perspectief* verwijst naar de georganiseerde institutionele zorg, het macro perspectief. Om door de samenleving in het algemeen en de individuele burgers in het bijzonder, als 'goed' te worden beschouwd, dient de georganiseerde institutionele zorg ook te voldoen aan een aantal specifieke eisen. Hierbij komen in het bijzonder aspecten van de globale organisatie van de zorg (zorg op afroep), alsook de beschikbaarheid (geen wachtlijsten) en de vermaatschappelijking van de zorg (zorg geïntegreerd in de samenleving en in een onderlinge samenhang) aan bod. De informatie over het begrip 'slechte zorg' maakt duidelijk

dat ‘goede zorg’ vanuit het macro perspectief ook in verband kan worden gebracht met een realistische beeldvorming en correcte informatie over ouderenzorg.

De aspecten van ‘goede zorg’, zoals geformuleerd door de respondenten, zijn van toepassing op alle mensen die zorg geven en ontvangen. Voor de zorg voor ouderen worden echter ook specifieke aspecten op de voorgrond geplaatst, met name de existentiële bevestiging van de oudere persoon (ik mag er zijn, ik ben niet tot last), het respect voor de menselijke waardigheid van de oudere, de beleefde ervaring van ‘goede zorg’ en de professionaliteit van de zorg die in relatie wordt gebracht met comfortzorg, het opbouwen van een vertrouwensvolle zorgrelatie en de waardering van de oudere persoon als persoon. Deze doelgroepspecifieke aspecten van ‘goede zorg’ zijn verbonden met de kwetsbare positie waarin de oudere persoon zich kan bevinden en dit zowel op het lichamelijke, sociale, psychische, als het spirituele vlak.

Reflectie: In hoofdstuk 1 van de analyse van de resultaten stelden we vast dat zowel de begripsomschrijving als de daaraan verbonden doelen door de respondenten verscheiden werden omschreven en dat we vermoedden dat dit ook een gevolg zou hebben op de beschrijving van de aspecten van ‘goede zorg’. Dit vermoeden wordt in dit hoofdstuk van de analyse bevestigd. Ook het begrip ‘goede zorg’ wordt individueel door elke respondent verschillend omschreven en dit binnen de context van de drie gedetecteerde perspectieven. In de hierna volgende tabel hebben we de diversiteit aan aspecten van goede zorg geïnventariseerd en overzichtelijk gerubriceerd.

We stellen vast dat de aspecten van het micro perspectief van ‘goede zorg’ in de hoofden van de respondenten het meest voor de hand liggen en bijgevolg tijdens de interviews het meest opgetekend werden. Vermeldenswaardig is het aanzienlijke gewicht dat de respondenten leggen op de beleefde ervaring van de zorgvrager. De wijze waarop de zorg subjectief ‘beleefd’ wordt door de zorgvrager, is voor de respondenten een belangrijk aandachtspunt, zoniet het belangrijkste.

Tabel 11: overzicht aspecten van 'goede (ouderen-)zorg' vanuit drie perspectieven.

Perspectief	Aspecten van 'goede (ouderen-)zorg'

Micro-perspectief	Beleefde ervaring:
	- zorg die de zorgvrager het gevoel geeft dat:
	  - hij gerespecteerd wordt in zijn unieke mens-zijn
	  - hij verbonden is en blijft met zijn sociale netwerk
	  - de samenleving nog om hem geeft
	  - hij niet ervaart dat hij een last is voor anderen
	  - hij een subject van zorg is, geen object
	  - hij ervaart geen reductie
	- zorg die de zorgvrager existentieel bevestigt:
	  - hij mag er zijn
	  - hij is van betekenis (waarde)
	  - hij is niet overbodig
	  - hij heeft nog een rol in het leven
	  - hij wordt niet verlaten
	- waardigheidsondersteunende zorg: zorg die de zorgvrager in zijn waarde laat
	- zorg op maat: zorg die persoons- en contextgebonden wordt ingevuld
	- zorg die de zorgvrager aanspreekt op zijn talenten, competenties, mogelijkheden,…
	
	Inspraak – eigen regie - samenspraak:
	- zorg die de zorgvrager in staat stelt om de regie over zijn leven te nemen en houden
	- zorg die de zorgvrager in staat stelt of aanmoedigt om zelf keuzes te maken
	- zorg waarbij de zorgvrager aangeeft wat voor hem 'goede zorg' is en wat de zorgverleners vinden dat - gegeven de context - 'goede zorg' is
	
	De houding van de zorgverlener:
	- aandachtig
	- actief luisterend
	- betrokken op de persoon van de zorgvrager
	- vetrouwenswekkend
	- zich laten raken in emotionele zin door de situatie van de zorgvrager
	- mededogen ervaren
	- erkenning van de zorgvrager als een unieke persoon
	- bejegening van de zorgvrager als een subject van zorg
	
	De aanwezige deskundigheid en zorgvuldigheid van de zorgverlener:
	- de zorghandelingen worden op de juiste wijze en op het juiste moment uitgevoerd

	- hygiënische, fysieke en emotionele zorgverlening - comfortzorg - bijhouden van een goed dossier - accuraat medicatiebeleid - tijdige en correcte diagnosestelling - afwezigheid van mishandeling en verwaarlozing
Meso-perspectief	<u>Infrastructurele aspecten</u>: - moderne, aantrekkelijke inrichting in de buurt, wijk. <u>Organisatorische aspecten</u>: - zorg georganiseerd op een intermenselijke wijze en binnen een context die recht doet aan de zorgvrager - zorg die de zorgverleners in staat stelt om het geheel van wat speelt bij de zorgvrager te blijven overzien - organisatie organiseert zich zodanig dat de zorgvrager in de mogelijkheid wordt gesteld om verbonden te blijven met zijn sociaal netwerk - zorg die vraaggestuurd en geïntegreerd wordt verleend - efficiëntie logica in een evenwichtige verhouding met de andere logica's - meten en registreren in de zorg die geen afbreuk doen aan de aandacht van de zorgverlener voor wat voor de zorgvrager echt van belang is - meten van kwaliteit zowel met objectieve als subjectieve indicatoren - de aanwezigheid van een goed dossier - betrokkenheid huisarts - inzet van vrijwilligers <u>Zorginhoudelijke aspecten</u>: - professionele zorg - kennis en initiatieven op het vlak van het zinvol ouder worden - activiteitenaanbod aangepast aan de noden van de zorgvrager <u>Belevingsgerichte aspecten</u>: - een positief (vertrouwensvol) imago over de zorgorganisatie <u>Bestuurlijke aspecten</u>: - deugdelijk bestuur - contacten en dialoog met alle belanghebbenden - transparantie - organisatie inbedden in de samenleving

Macro-perspectief	Zorgconcept: - vermaatschappelijking van de zorg - zorg die zich verbindt met het leven van de zorgvrager - zorg zo lang als mogelijk, thuis in de vertrouwde omgeving - mobiliseren van het sociaal kapitaal Zorgorganisatie: - zorg die samenhangend, naadloos in elkaar overvloeit - de organisatie van zorg op afroep Zorgaanbod: - voldoende beschikbaar zorgaanbod (geen wachtlijsten) - voldoende middelen om zorgaanbod te realiseren - toezicht op verantwoorde zorg (doet de zorg wat ze beoogt te doen) - beschikbaarheid van correcte informatie over de ouderenzorg - een (positieve) beeldvorming over ouderenzorg

7.3. Goede zorg is de politiek een zorg

'Caring is not only about the intimate and daily routines of hands-on care. Care also involves the larger structural questions of thinking about which institutions, people, and practices should be used to accomplish concrete and real carings tasks.'
Tronto, 2013[79].

Inleiding

In het derde hoofdstuk van de analyse van de resultaten gaan we na welke accenten, prioriteiten en keuzes de geïnterviewden maken met het oog op de realisatie van een toekomstig 'goed' ouderenzorgbeleid voor Vlaanderen. We toetsen deze accenten, prioriteiten en keuzen af aan de door hen eerder geformuleerde aspecten van 'goede (ouderen-)zorg' en gaan na of deze in samenhang zijn.

7.3.1. Het toekomstig ouderenzorgbeleid

7.3.1.1. Vaststelling

Dé rode draad in de antwoorden van de respondenten op de vraag naar de klemtonen die zij zouden leggen in het toekomstig Vlaamse ouderenzorgbeleid, is de eensgezinde keuze die zij maken voor het concept van de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Dit concept wordt als

[79] Tronto, J.C. (2013). Caring democracy. Markets, equality and justice. New York University Press: New York. p. 139.

een van de belangrijkste ontwikkelingen voor de toekomst van de ouderenzorg genoemd en veronderstelt een inclusief beleid. Met andere woorden, een beleid waarin ook andere beleidsdomeinen dan de zorg betrokken worden bij de ontwikkeling van het voorzieningen-aanbod. Het betreft hier geen nieuw concept in het Vlaamse welzijns- en gezondheids-landschap, want reeds beleidsmatig in implementatie binnen het zorgbeleid voor personen met beperkingen of met een psychiatrische aandoening. Voor het Vlaamse zorgbeleid voor ouderen werd dit concept reeds impliciet opgenomen in het woonzorgdecreet van 2009, maar het wordt merkbaar in een toenemende mate geëxpliciteerd in de politieke discours en beleidsdocumenten.

7.3.1.2. Minder verzorgingsstaat, meer vermaatschappelijking van de zorg

De respondenten delen dus gelijkgestemd een fundamenteel uitgangspunt voor het toekomstige ouderenzorgbeleid, met name 'zorg zo lang als mogelijk in de vertrouwde omgeving', omdat dit de wens is van de meeste mensen, de meeste kansen biedt op levenskwaliteit, maar ook budgettair het meest haalbare, wil men de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg vrijwaren. Deze opvatting wordt onderbouwd door hun visie op vermaatschappelijking van de zorg. We stellen vast dat elke respondent het concept van de 'vermaatschappelijking van de zorg' op zijn eigen wijze omschrijft.

Respondent A verwijst naar het concept van de getrapte zorg, dat erop gericht is de mensen zo lang als mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten. Hij meent dat dit financieel niet alleen de minst dure keuze is, maar ook een keuze die de grootste kansen biedt op het behoud van de levenskwaliteit en waardigheid van de oudere persoon. Om dit te realiseren zal het huidig woonzorgaanbod moeten worden versterkt.

Respondent A:
'Ik denk dat het heel belangrijk is dat – zoals we dat noemen – dat er een getrapte zorg is. Dat er een zorg is die erop gericht is om de mensen zo lang als mogelijk in hun vertrouwde woonomgeving te laten. Ik denk dat dit nog altijd ook financieel de minst dure optie is en die ook de grootste levenskwaliteit geeft en de hoogste "waardigheid" houdt als oudere, als mens, dat ze een zekere zelfstandigheid kunnen behouden.'

'Daarvoor moet voldoende thuiszorg zijn, domotica ….misschien moeten we daar technologisch toch ook zien wat daar andere stappen kunnen in worden gezet. Met thuiszorg bedoel in de huishoudelijke hulp, minder mobiele centrale, hulp bij boodschappen, diensten, etc… en ook de dienstencentra, waar nog mensen die actief zijn terecht kunnen, serviceflats, bejaardenwoning en het woonzorgcentrum. … Wat er is moet versterkt worden.'

Respondent B trekt resoluut de kaart van de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Voor hem is het duidelijk: zorg is maar goede zorg, als deze zich organiseert in de context van de betrokkene, als ze zich organiseert in de versterking van het netwerk, in de versterking van

de zelfredzaamheid om met anderen samen te leven. Voor de toekomst van de ouderenzorg stelt hij het concept van de 'concentrische cirkels' voor, een concept dat op dit ogenblik wordt gehanteerd en uitgewerkt in de zorg voor personen met een beperking. Dit concept maakt duidelijk wie aan zet is in een zorgsituatie, welke uitgangspunten en verantwoordelijkheden er aan de orde zijn.

Respondent B:
'*Ik behoor tot diegenen die vinden dat de overheid dat niet zelf moet organiseren, of niet per se moet organiseren, of slechts residuair, als dat afwezig is zelf moet organiseren. Maar dat je beter, vanuit diezelfde redenering, dat je de goede krachten in de gemeenschap moet mobiliseren, je moet zorg 'vermaatschappelijken'. Dat je het sociaal kapitaal uit de samenleving moet mobiliseren om dat soort dingen te doen. Dat geeft een veel meer goede samenleving geeft, als je dit zo organiseert.'*

'Vermaatschappelijking is een politiek begrip en duidt erop dat zorg maar goede zorg is, als ze zich organiseert in de context van de betrokkene, als ze zich organiseert in de versterking van het netwerk, in de versterking van de zelfredzaamheid om ook met anderen samen te leven, dààrin zit de kern van vermaatschappelijking van de zorg. En, dus, wij werken hier nogal graag met het begrip van de 'concentrische cirkels', wat de overheid moet doen is: de eerste cirkel de zelfontwikkeling, zelfredzaamheid stimuleren en waarderen, de tweede cirkel het sociaal netwerk, het gezin, vader, moeder enzovoort, …ook daar maximale kansen creëren dat mensen die spontane taken voor elkaar opnemen en dan ook erg waarderen. En, dan komen we in onze wereld, de cirkels van de professionele zorg, liefst de reguliere zorg, en dan de heel specifieke zorg, ik denk dan de handicapspecifieke zorg, als een laatste kring, die zich rond die betrokkene moet organiseren.'

Respondent B benadrukt eveneens het belang van de zorg van ouderen in hun vertrouwde omgeving. Wanneer dit niet meer mogelijk is en een opname in een collectieve residentiële woonzorgvorm wenselijk en/of noodzakelijk is, mag dit – volgens hem - geen aanleiding geven tot een breuk. Hij meent dat ook de zorg in een woonzorgcentrum meer verbonden zou moeten zijn met de lokale samenleving, de buurt. Hij verwijst hier naar goede praktijkvoorbeelden.

Respondent B:
'Ja, dat is trouwens de filosofie van het woonzorgdecreet. Proberen mensen in hun vertrouwde omgeving zo lang als mogelijk te ondersteunen, is, denk ik, een belangrijk uitgangspunt, ja. Maar, dat ook niet doen vanuit een soort redenering, ja, als je daar moet op 'abdiceren', als daar grenzen op komen, en daar komen grenzen aan. Ja, dat dan betekent, … allé ik stel het ideaal voor.. …..en in de praktijk vrees ik dat het niet altijd zo ideaal is , dat je een soort levensdraad doorknipt, en een ander wereld binnentreedt van het woonzorgcentrum… dat zou het niet mogen zijn, hé. Ik denk dat in de perceptie van vele senioren wél zo is. Maar, het zou veel meer organisch in die lokale samenleving met elkaar verbonden moeten zijn.'

'Dat is voor mij echte vermaatschappelijking van zorg: die hele zware zorg dat die zich eigenlijk verbindt met het leven van de wijk en ook in elkaar overvloeit en naadloos kan overvloeien.'

Voor respondent C verwijst vermaatschappelijking van de zorg naar een publiek draagvlak voor solidariteit in de samenleving. Voor hem kan dan ook de zorg in het algemeen en ouderenzorg in het bijzonder niet benaderd worden als andere sectoren en kunnen deze ook niet zomaar gevat worden door lineaire besparingen in tijden van economische crisis.

Respondent C:
'*Dat moet constant gepaard gaan met blijven zeggen – allez, vandaar dat ik ook voorstander ben van vermaatschappelijking van de zorg, vooral om blijvend een soort publiek draagvlak te blijven creëren voor solidariteit, voor centen, voor zorg, dat de ouderenzorg niet een sector is, zoals alle andere sectoren. En, dat we niet gaan belanden van, ja kijk.., besparingen, iedereen moet bijdragen dus de zorg moet ook bijdragen*.'

Respondent D legt het verband met het Vlaamse woonzorgdecreet van 2009. Hij is het basisuitgangspunt van dit decreet genegen: zolang als mogelijk wonen in de vertrouwde omgeving. Hij droomt van de uitwerking van het basisprincipe van zorg op afroep, waarbij de zorgvrager de regie over zijn zorg krijgt en behoudt. Hij beschrijft vermaatschappelijking van de zorg als een antwoord op overprofessionalisering van de zorg in het verleden, waardoor zorg uit de omgeving van de mensen werd gehaald. Vermaatschappelijking van de zorg beoogt de zorg terug in te bedden in de omgeving, wijk en de netwerken waarbinnen de zorgvrager leeft en woont. Hij stelt zich echter de kritische vraag naar de grens van de vermaatschappelijking van de zorg.

Respondent D:
'Dan denk ik dat het model van het woonzorgdecreet, dat dat model voor een samenleving wel heel mooi is. Dat je vertrekt van een bepaalde setting, dat kan een rusthuis zijn, maar dat hoeft daarom niet. Laat ons nu vertrekken vanuit het rusthuis, dan zijn er nog enkel zeer zwaar zorgbehoevenden in dat rusthuis. Alle andere mensen blijven wonen in de omgeving en worden bediend vanuit dat rusthuis. Krijgen zorg op afroep….. .'

'Vroeger was zorg alleen, of quasi alleen in de thuissituatie, terwijl dat wij héél erg 'vér' gegaan zijn in de professionele zorg en waar daar we nu de andere kant proberen een beetje op te gaan en de zorg trachten terug te brengen in de omgeving van de mensen, bij mensen…veel dichter …. Het wonen van gehandicapten in sociale huisvesting, enzo, hé. Hoever kan je hierin gaan? Dat is eigenlijk terug die slinger een beetje terugbrengen van het wegnemen van mensen die zorgen nodig hadden in voorzieningen – gehandicapten-voorzieningen, psychiatrie, ziekenhuizen -, heel die écht sterk geprofessionaliseerde zorg naar terug richting thuisomgeving, euh, …sociale woningbouw. Dus terug in zijn omgeving, de netwerken, in de wijk waarin hij woont. Nu, … voor ouderen is -, dat merk ik - is daar een

limiet. Nu voor iedereen is er waarschijnlijk een limiet van wat kan in de thuissituatie. Maar, dan is het beter dat men in een residentiële setting verblijft.'

7.3.1.3. Inclusief beleid

Vermaatschappelijking van de zorg veronderstelt volgens de respondenten dat 'zorg', in casu voor de doelgroep ouderen, niet enkel de verantwoordelijkheid is van één beleidsdomein, maar van de diverse beleidsdomeinen die het leven, het wonen en de zorg van ouderen vatten én dat dit beleid in samenhang wordt gevoerd.

Voornamelijk de respondenten A en B gaan hier nadrukkelijk dieper op in. Respondent C verwijst naar een bredere definitie over 'zorg' die meerdere aspecten van het leven omvat dan alleen zorg in de enge betekenis van het woord. Respondent D neemt het thema inclusief beleid niet expliciet op.

Respondent A pleit ervoor om ouderenzorg vanuit een breder perspectief (holistisch) te bekijken en in relatie te brengen met andere beleidsdomeinen dan 'zorg'.

Respondent A:
'*Maar, allé, als we de kinderbijslag naar hier halen om gewoon hetzelfde te doen, ja dan hoeft het niet te komen. Verbind dit met uw fiscale politiek naar gezinnen toe, verbind dat met de kinderopvang, verbind dit ook met de school…. Eigenlijk met de ouderenzorg zou dat net hetzelfde moeten gebeuren… om toch wat in een breder kader te bekijken.'*

'*Ik denk ook hier dat we de uitdagingen in een breder kader moeten kunnen zien. Net zoals jij daarnet zei: 'ouderenzorg komt niet na het leven , maar is een deel van het leven'… is, euh, …denk ik vele van die zaken zijn inherent met elkaar verbonden en moeten een beetje 'holistisch' – om dit woord nu eens te gebruiken –bekijken . Allé, als we de kinderbeslag ook zo, dat ken ik beter dan de ouderzorg …..'*

Respondent B denkt dat de toekomstige ouderenzorg zal rekening moeten houden met heel andere verwachtingen van de toekomstige oudere persoon. Het ouderenzorgbeleid van de toekomst zal ook meer een inclusief beleidsthema zijn: een thema dat ingebed ligt in diverse beleidsdomeinen, waaronder het wonen.

Respondent B:
'Ik denk dat die ouderenzorg – dat is mijn intuïtieve ervaring – want ik kan het zo niet staven, ik denk dat die relatief kwalitatief goed in elkaar zit, maar dat het duidelijk is dat – ook met de nieuwe generatie ouderen die met een heel ander wereldbeeld leven en heel andere verwachtingen, dat daar ook nog het een en ander zal moeten veranderen. Maar, dat we dat ook niet alleen mogen opsluiten in de wereld van de minister van welzijn en volksgezondheid, dat gaat over – in eerste instantie – nieuwe vormen van wonen. Ik denk

dat dat er erg mee te maken heeft. Ik denk dat er daar heel wat andere beleidsdomeinen en hardere sectoren ook in betrokken zijn om goede ouderenzorg te kunnen organiseren.'

Respondent C gaat - verwijzend naar zijn brede definitie van 'zorg' als 'kwaliteit van bestaan' - uit van het gegeven dat 'zorg' meerdere levensdomeinen omvat, dan 'zorg' in de enge betekenis van het woord.

Respondent C:
'Uh, … waarin dat … - en dat vind ik een positieve evolutie – dat vroeger de nadruk lag op één aspect, met name de gezondheidszorg of de care, de zorg , … is dat nu toch wel opengetrokken naar eigenlijk kwaliteit van bestaan. Waarin verschillende levensdomeinen omvat worden, zoals onder andere dus, het emotionele welzijn, het fysiek welzijn, het materieel welzijn, euh, …inclusie, waar ook de aspecten van 'recht' in zitten, in de zin van ja, inspraak, recht en participatie.'

Reflectie: Verwijzend naar de in hoofdstuk 2 verwerkte analyse van de resultaten met betrekking tot het begrip 'goede zorg' merken we op dat in het concept van de 'vermaatschappelijking van de zorg', zoals omschreven door de respondenten, kenmerken omvat die verwantschap hebben met de aspecten van 'goede zorg'. Hier denken we dan in het bijzonder aan de gemeenschappelijk gedeelde waarden van onder andere solidariteit, vermaatschappelijking, autonomie, menselijke waardigheid, zorg voor elkaar (zorgzaamheid). Ook in de aspecten van 'goede zorg' vanuit het macro perspectief vinden we ankerpunten, die het concept van de vermaatschappelijking van de zorg ruggensteunen.

7.3.2. Samen verantwoordelijk voor goede ouderenzorg

7.3.2.1. Vaststelling

Uit de analyse van de gegevens van de interviews stellen we vast dat de respondenten het ouderenzorgbeleid beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid. Zorg voor ouderen wordt niet beschouwd als een opdracht van één specifieke groep binnen de samenleving. Vermaatschappelijking is niet alleen een zaak van de zorgaanbieders die hun aanbod meer moeten extramuraliseren, noch een zaak van alleen de burgers die meer als voorheen voor hun familie en de buren zorg moeten gaan verlenen. De burgers, de zorgorganisaties én de overheid dragen elk uitdrukkelijk hun specifieke verantwoordelijkheid.

We merken dat het concept van de 'vermaatschappelijking' van de zorg' alvast een grondig denk- en bewustwordingsproces op gang zet, dat de samenleving aanspoort op een herschikking van de verantwoordelijkheden met betrekking tot zorg. Het klassiek concept van de 'verzorgingsstaat[80]' is immers de afgelopen jaren grondig onder druk komen te staan naar aanleiding van verschillende politieke (deregulering/terugtredende overheid), economische

[80] Een verzorgingsstaat is een sociaal systeem waarin de staat primaire verantwoordelijkheid draagt voor het welzijn van zijn burgers, zoals in kwesties van gezondheidszorg, onderwijs, werkgelegenheid en sociale zekerheid. (http://nl.wikipedia.org/wiki/Verzorgingsstaat)

(financiële crisis), sociale (maatschappelijke diversiteit en complexiteit) en ideologische (ontwikkeling burgerschapsmodel) factoren. De visie van de respondenten over de verantwoordelijkheidsdeling en -toewijzing in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg wordt hierna toegelicht.

7.3.2.2. Verantwoordelijkheden verdelen en toewijzen

7.3.2.2.1. De verantwoordelijkheid van de burger

Respondent A meent dat de burger zich op de zorg in de oude dag moet voorbereiden door te sparen voor het ogenblik dat hij afhankelijk wordt van zorg- en dienstverlening aangeleverd door derden. Naast het financiële aspect vindt hij dat mensen ook open moeten staan om het leven te aanvaarden, zoals het komt.

Respondent A:
'Maar hoe bereiden we ons daar het best op voor? Ik denk dat wat we zelf kunnen doen, dat men dit moet aanmoedigen. Dat doet men hier trouwens met het pensioensparen, maar ook de zorgverzekering, dat zijn nu twee zaken, initiatieven die zeker niet mogen worden afgebouwd en versterkt moeten worden. Verder vind ik dat er voldoende infrastructuur moet gebouwd worden en dat daar voldoende middelen moeten naar gaan. Ik denk dat we ons op die manier kunnen op voorbereiden.'

'Maar persoonlijk, ….. dus dat je, daar naast het financiële (om daar ook wat zekerheid in op te bouwen)….denk ik, euh…. er ook voor open te staan om het leven te aanvaarden, zoals het komt. Dat is dan geen politiek antwoord. Bedoel je nu het persoonlijke of het politieke voorbereiden?'

Respondent C vindt dat mensen aan de regie van hun leven moeten staan (zelfsturing). Om dit in de praktijk om te zetten dienen zij hiervoor wel te beschikken over de noodzakelijke informatie. De tools hiervoor moeten worden aangereikt door de overheid. Hier gaan we verder op in, wanneer we het onderwerp verantwoordelijkheid van de overheid beschrijven.

Respondent C:
'Ik vind dat mensen zelf aan de studie moeten staan van hun leven, maar je moet dan ook zorgen dat ze de 'tools' hebben en de informatie om dat te kunnen doen. Hoe meer dat je bij wijze van spreken zegt aan mensen van: 'Voilà, je hebt de regie van je eigen leven in handen', dan moet natuurlijk erg gewerkt worden door iedereen aan correcte informatie, aan emancipatie, enzovoort, enzovoort.. heel die resem hoort daar ook bij.'

Respondent D gaat een stapje verder en oppert – in de lijn van zijn eerdere standpunten in verband met autonomie, zelfbepaling en zelfsturing,… en vanuit zijn persoonlijke overtuiging - dat ouderen hun verantwoordelijkheid zouden moeten opnemen en

voorkomen dat ze tot last zijn van de samenleving. In dit verband wordt ook verwezen naar de mogelijkheid van euthanasie. De respondent verschilt hierbij duidelijk van mening met de andere respondenten en meer in het bijzonder van de opvatting van respondent B. Deze laatste vindt dat de samenleving in staat moet zijn om mensen steeds het gevoel te geven dat ze er mogen zijn en dat ze niet tot last zijn, hoe kwetsbaar en lamentabel ze er ook aan toe zijn.

Respondent D*:*
'Ja, vandaar dat ik dit [zelfbepaling] ook kies als belangrijkste aandachtspunt omdat ik ga ook heel ver mee in …euthanasie en zo… Voor een CD&V, euh…..Mijn medewerkster zegt dit ook altijd. We hebben daar die discussie gehad van die Japanner, die minister die daar heeft gezegd dat ouderen hun verantwoordelijkheid moeten nemen, wat doen ze de samenleving aan, ze moeten maar dood gaan. Ik denk dat we hier ook zo evolueren. Ik wil voor mezelf ook niet tot last zijn. Ik zou daar gewoon voor mijzelf en de omgeving hier niet tegen kunnen.'

Respondent B*:*
'Hoe kan je de context van het beleid zo maken, dat op het terrein in die honderdduizend individuele handelingen en ontmoetingen, dat dat gevoel van gerespecteerd te zijn in het unieke mens-zijn, ook in de meest lamentabele en afgetakelde situatie, dat is toch de ultieme toetssteen.'

'Maar, ….ik ga het anders uitdrukken. Als men mij het zou vragen vanuit deze stoel 'euthanasie', hé, …in de discussie rond dementie. Ik zou dan geneigd zijn om te zeggen: 'wat ik wil als overheid, is een overheid die zorgt dat mensen zich nooit vanuit een gewetensnood van 'ik mag dit mijn kinderen niet aandoen' of 'ik mag dit mijn samenleving niet aandoen' of ' ik ben te duur geworden', dat dat soort argument een rol zou spelen in een keuze die een persoon maakt voor zijn eigen, wat hij die hij voor zichzelf als een toekomstbeeld ziet'. Ik vind dat wij moeten zorgen dat die zorg toegankelijk is, dat die warm genoeg is, betrokken genoeg is …'

7.3.2.2.2. De verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders

Respondent B vindt ook de zorgaanbieders een verantwoordelijkheid dragen bij de vormgeving van 'goede ouderenzorg'. Hij verwijst hiervoor naar het begrip 'corporate governance'. Voor hem is het fundamenteel dat zorgorganisaties zich, meer dan vandaag het geval is, in de samenleving inbedden en verantwoording afleggen over hun bestuurs-model en beleid.

Respondent B:
'Ja, natuurlijk. Als je al die energie in de samenleving daarvoor kanaliseert en mobiliseert, dan moet je dat in uw bestuursmodel ook duidelijk maken. En dat is ook voor de vzw's van Zorgnet, bijvoorbeeld, waar de algemene vergadering nog drie zusters zijn

en één meer dan de raad van bestuur. I'm sorry, dat is ook geen model meer dat zal stand houden de volgende jaren! Die zullen zich ook in die samenleving moeten nestelen en daar de verantwoording afleggen, enzovoort. Er zijn ook daar dingen te doen. En, daar kan je politiek op inspelen . Dat is ook de reden waarom ik de corporate governance meeneem in het kwaliteitsdecreet. Ik vind dat ik daarop door moet gaan op dit ogenblik.'

Respondent B meent dat social profit zorgaanbieders 'vermaatschappelijking van de zorg' op een 'goede' manier moeten mee realiseren. Hij stelt dat zij tot taak hebben (innovatieve) initiatieven te nemen, zich verdergaand moeten professionaliseren en inzetten voor de juiste taken. Zorgaanbieders moeten hun positie maatschappelijk bewijzen en relevant maken. Sleutelwoord is hier 'ondernemen'.

Respondent B:
'*Besturen is ook vermaatschappelijking van de zorg en dat je dat op een goede manier moet doen. En, als er dan nieuwe noden ontstaan, meer aanbod, meer woonzorgcentra, meer thuiszorg, enz. … dan krijg je soms de vakbond die zegt: 'ja maar de commerciële sector…' Ik zeg, ja, maar, euh… dit gaan we niet regelen met twee regels bij de overheid die zeggen dat de vzw's meer mogen dan anderen. Europa zal u snel terugfluiten. Dit gaan we maar organiseren als de social profit voldoende initiatief neemt en zich professionaliseert en zich voor de juiste taken inzet en de juist schalen aanneemt om inderdaad in die groeiende markt ook de nieuwe initiatieven te nemen die nodig zijn. Dàt is wat er moet gebeuren om ons goed model overeind te houden!*'

'….. Je moet uw positie maatschappelijk bewijzen en relevant maken. En, dat is, denk ik, waarom ik er zoveel belang aan hecht dat men op dit moment men moet 'ondernemen' als sociale organisatie en men moet dat ook op een moderne manier doen.'

Respondent C is van opvatting dat in het toekomstig ouderenzorgbeleid de zorgorganisaties meer geresponsabiliseerd zullen worden. Sleutelwoorden hierbij zijn verantwoording en transparantie. De beleidsvoering in samenspraak en dialoog met alle betrokken actoren wordt door de respondent als belangrijk uitgangspunt gestipuleerd.

Respondent C:
'…Als je werkelijk zegt dat je zorg op maat wil geven, dan betekent dat dat je zorg installeert op die manier dat dat ook zo kan zijn. Ik ben ook altijd voorstander geweest van meer transparantie en motivering, want ik vind wel dat de sector zich moet kunnen verantwoorden en expliciteren. Soms.., dat is het verschil tussen welzijn en gezondheid. Gezondheid heeft dan een hele weg gegaan en zij kunnen expliciteren wat dat de resultaten van hun interventies zijn. Welzijn en de pedagogie die willen altijd zo.., ja maar dat kan je niet meten en dit, en dat, ja.., dat gaat niet meer. Ik bedoel dat moeten ze aanvaarden, als je geresponsabiliseerd wil worden, als je die autonomie wil hebben – waar ik voorstander van ben - moet je ook aanvaarden dat je expliciteert wat je aan het

doen bent en dat je dat verantwoordt. Dat is een stap waarvan ik vind dat, dat die evolutie bezig is, maar dat je soms nog op weerstand, euh.., op weerstand botst'.

'*En, dan vind ik dat als overheid, daar heb je dan een taak in om al die elementen, om ook al blijvend duidelijk te maken van, ja, maar ik ga niet mee in het stramien van: 'Ah dit is hier nu het probleem, we zetten er dat programma op en voilà, we hebben het onder controle'. Dan vind ik dat je een verkeerde overheidsbeslissing neemt. De overheidsbeslissing die je dan neemt is: van we zetten de mensen van de sector samen, we zeggen van; 'hoe gaan jullie dat aanpakken?' en we creëren de randvoorwaarden om dat te bereiken*.'

Respondent D uit zich positief ten aanzien van de huidige stappen die beleidsmatig worden gezet om de zorgorganisaties te responsabiliseren op het vlak van het kwaliteitsbeleid.

Respondent D:
'*Nu, de minister doet dit nu binnen de bejaardensector. Binnen de voorzieningen is men op dit ogenblik met kwaliteit bezig. Eigenlijk pas. Want, dat is in andere sectoren allemaal al veel langer gangbaar. De minister heeft dat goed gedaan met dit bij de voorzieningen zélf te leggen: werk zélf een kwaliteitshandboek uit, reguleer het zélf. Zodanig dat er een veel groter draagvlak is en dat men zichzelf een stuk controleert.'*

Respondent C gaat ook in op de verantwoordelijkheid van de zorgverleners zelf. Anderen doen dit eerder in een beperkte mate. Zoals bijvoorbeeld respondent D, die stelt dat wanneer een verpleegkundige een inspuiting geeft dat deze de verantwoordelijkheid heeft om dit op de juiste manier gebeurt. Respondent C meent dat het meten en registreren van zorgactiviteiten essentieel onderdeel uitmaakt van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners.

Respondent C:
'*Maar het op zich registreren en het op zich meten interesseert mij als professional ook om mijn job goed te kunnen doen . Ik snap niet dat er nog mensen kunnen zijn die discuteren over elektronische dossiers en zo, alstublieft. Als je een cliënt voor u hebt en die heeft al 7 andere hulpverleners en die zegt dat niet of die neemt ondertussen medicatie of die heeft een regelmatig alcoholgebruik. Ik wil dat toch als professional ook weten om die goede zorg te kunnen verlenen. ..., als je zegt van.., we gaan de professional responsabiliseren, ben ik in eerste instantie zelf vragende partij om dat te hebben*.'

7.3.2.2.3. De verantwoordelijkheid van de overheid

Over de verantwoordelijkheden van de overheid hebben we ook reeds gerapporteerd in het hoofdstuk 1 van de analyse van de resultaten rond het thema 'zorg', wanneer we het hadden over de vaststelling dat zorg zowel een individuele als een collectieve aangelegenheid is en dat hieraan 'zorgverantwoordelijkheden' verbonden waren. In de hierna volgende tekst werken we dit onderwerp wat dieper uit.

Respondent A meent dat de overheid de zorgverzekering verder dient te versterken en te zorgen voor de nodige middelen, zodat er voldoende infrastructuur kan worden gebouwd.

Respondent A:
'*De zorg, aangestuurd en ondersteund door de overheid, heeft toch de garantie dat die open moet staan voor iedereen. De vermarkting van de zorg, …. .daar heb je het probleem van de betaalbaarheid, en het tweesporenbeleid (diegenen die kunnen betalen, en diegene die het niet kunnen betalen) dat zich manifesteert….nu reeds zijn er residenties die zich vooral richten op de gegoede mensen*.'

'*Maar hoe bereiden we ons daar het best op voor? Ik denk dat wat we zelf kunnen doen, dat men dit moet aanmoedigen . Dat doet men hier trouwens met het pensioensparen, maar ook de zorgverzekering, dat zijn nu twee zaken, initiatieven die zeker niet mogen worden afgebouwd en versterkt moeten worden. Verder vind ik dat er voldoende infrastructuur moet gebouwd worden en dat daar voldoende middelen moeten naar gaan. Ik denk dat we ons op die manier daar kunnen op voorbereiden.*'

Respondent B legt de verantwoordelijkheid van de overheid meer bij het creëren van contexten waarbinnen burgers zich verbinden met elkaar, zich gerespecteerd voelen in hun unieke mens-zijn en zorg dragen voor elkaar. Alsook bij het scheppen van voorwaarden zodat de zorg op een intermenselijke juiste manier georganiseerd kan worden en zich verstrengelt met de leefwereld van de burgers. Wat zich - onder andere - vertaalt in een beleid rond de combinatie van gezin en werk.

Respondent B:
'*En die idee, dat goede zorg niet alleen is 'heb je voldoende professionelen, capaciteit en techniciteit', maar is dat eigenlijk in een context georganiseerd die recht doet aan de betrokkenen, dat vind ik zeer politiek. Euh, …dat betekent het concept van de woonzorgcentra, waarbij geen eilanden worden gemaakt, zeer interactief met de omgeving. Er zijn tal van concrete manieren om daar gestalte aan te geven. Ik denk, … dat gaat de vraag van de toekomst zijn: wat is goede zorg? Goede zorg, is niet…. zeggen is er voldoende betaalbare zorg, het is zorg die op een intermenselijke juiste manier wordt georganiseerd. En, dat is, denk ik, zéér belangrijk.'*

'*Maar, breder genomen, ik vind een thema als vermaatschappelijking van de zorg, hoe kan je de lokale besturen nu, na de verkiezing, we geven die suggesties en hints, …. investeer in de vermaatschappelijking van de zorg, zorg dat die zorgverstrekkers en leefwereld van mensen dat dat goed met elkaar verstrengeld wordt, dat dat een deel wordt van het buurtleven, het verenigingsleven…dat zijn toch dingen, contexten, waar je als overheid in die richting wat initiatief neemt.'*

'*En, ik denk dat dat zou ons als christendemocraat érg moeten bezighouden. Hoe kan je de context van het beleid zo maken, dat op het terrein in die honderdduizend individuele handelingen en ontmoetingen, dat dat gevoel van gerespecteerd te zijn in het unieke mens-zijn, ook in de meest lamentabele en afgetakelde situatie, dat is toch de ultieme toetssteen*.'

'*Maar, ook het inter-professioneel akkoord, hé. De werknemer en werkgevers zijn aan het onderhandelen. Ik zeg vaak ja: 'Moeten we het niet hebben over de pecuniaire voorwaarden. Maar misschien kan er toch ook eens gesproken worden over de combinatie gezin en werk. Want uiteraard, hoe meer men de hardwerkende Vlaming laat werken, hoe minder hij kan omgaan met kwetsbaarheid, het deel van het leven van elke dag. En, dat is, denk ik, geen goede zorgcultuur.'*

Respondent C beklemtoont het belang van de positieve beeldvorming en sensibilisering rond ouderenzorg en vindt dat de overheid een belangrijke opdracht heeft in het kader van positieve beeldvorming, sensibilisering en correcte informatieverstrekking. Hij is ervan overtuigd dat, indien oudere mensen correct geïnformeerd worden over de ouderenzorg, zij ook meer in staat zijn om de regie van hun zorg in eigen handen te nemen en te houden.

<u>Respondent C</u>:
'Maar als we het hebben over de… ja, ouderenzorg dan vind ik het vooral belangrijk dat er dan een positieve sensibilisering gebeurt. Er zijn… ik vind het ook altijd belangrijk – maar dat is meer mijn stijl- om alert te reageren op momenten dat er negatieve beeldvorming is, u ook mengen in het debat als sector, hé.'

'Ja, ik vind dat onrechtvaardig en dus niet de mens dienende in de zin van: ik vind het onrechtvaardig naar het werk dat er gebeurt in de sector maar het is.., ik vind dat ik ook moet reageren omdat het niet de mens dient en dus hij is dan niet in staat om de juiste keuzes te maken en dat is iets waar ik altijd heel gevoelig ben over geweest.'

'Hoe meer dat je bij wijze van spreken zegt aan mensen van: 'Voilà, je hebt de regie van je eigen leven in handen', dan moet natuurlijk erg gewerkt worden door iedereen aan correcte informatie, aan emancipatie, enzovoort, enzovoort.. heel die resem hoort daar ook bij.'

Respondent D oordeelt dat daar waar er in een specifieke zorgsituatie geen sociaal netwerk voorhanden is om de zorg op te nemen of te coördineren, de overheid professionele zorgverlening ter beschikking zou moeten stellen.

Respondent D:
'*Ik kan me ook voorstellen dat er mensen zijn waar dat er geen familie is die dit kunnen doen, of waar er geen dochters zijn (lacht), of waar er familie is die het niet wil of kan opnemen. Ik denk dat we professionelen moeten hebben- binnen het OCMW of zo - die de hulpverlening of de afstemming van de hulpverlening eigenlijk organiseert.*'

Reflectie: In het concept van de 'vermaatschappelijking van de zorg' staat de herschikking van de verantwoordelijkheden voor de zorg als thema op de voorgrond:

- van de in toenemende mate mondiger wordende en beter geïnformeerde burger wordt verwacht dat hij zich actief zowel materieel als immaterieel beter voorbereidt op de ouderdom. Er wordt van hen verwacht dat ze zelf de touwtjes in handen nemen en hun verantwoordelijkheid hiervoor dragen in samenhang met hun sociaal netwerk. Om dit te realiseren hebben ze wel de nodige informatie en vaardigheden nodig, zodat ze minder afhankelijk zijn van de zorgaanbieders of de overheid. Voor die (oudere) burgers die niet meer bij machte zijn om zelfstandig zorg te dragen en afhankelijk worden van de zorg van anderen dient de samenleving in staat te zijn hen het gevoel te geven dat ze er mogen zijn en niet tot last zijn, hoe kwetsbaar en lamentabel ze er ook aan toe zijn. Volledigheidshalve vermelden we dat één respondent uitdrukkelijk en persoonlijk stelt niet afhankelijk, noch tot last te willen zijn van de zorg van anderen en dat dit betekent dat, indien hij in een dergelijke situatie zou bevinden, hij euthanasie in overweging zou nemen.
- van de zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich meer positioneren als ondernemers en zich, meer als vandaag het geval is, in de samenleving inbedden en verantwoording afleggen over hun bestuursmodel en beleid. Sleutelwoorden zijn hierbij corporate governance, zelfevaluatie, transparantie en open dialoog met alle belanghebbenden.
- de overheid wordt niet (meer) geacht alle burgers te verzorgen. Zij krijgt de rol toebedeeld van facilitator. Zij schept het voorwaardenscheppende kader. Haar activiteiten zijn er op gericht enerzijds de burger te ondersteunen bij het dragen van zijn (zorg) verantwoordelijkheden (zorg voor zichzelf en voor zijn sociale netwerk) en, anderzijds de zorgaanbieders te faciliteren om (sociaal) ondernemerschap te ontplooien. Zij blijft echter toezicht houden op de beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voor alle burgers.

Als we terugblikken naar het gemeenschappelijke waardenkader van de respondenten en de aspecten van 'goede zorg', zoals omschreven in hoofdstuk 2 van de analyse van de resultaten, dan merken we dat bij het thema 'gedeelde verantwoordelijkheden' de waarden 'autonomie (eigen keuzes maken en hier verantwoordelijkheid dragen)', 'solidariteit (beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg blijven garanderen voor elke burger)' en 'vertrouwen (deregulering)' van betekenis zijn.

We stellen eveneens vast dat de vooropgestelde verantwoordelijkheidsverdeling aansluiting vindt bij de diverse aspecten van 'goede zorg', beschreven in hoofdstuk 2 van de resultaten, zoals onder andere het aspect van het behoud van de regie over het eigen leven van de zorgontvanger (micro perspectief), het deugdelijke bestuur van de zorgorganisaties (meso perspectief) en de voorwaardenscheppende aspecten op te nemen door de overheid (macro perspectief).

7.3.3. Prioriteiten en keuzen

7.3.3.1. Inleiding

In het eerste deel van de interviews werd in het bijzonder gepeild naar de algemene inzichten, overtuigingen en opvattingen van de respondenten in het kader van het begrip 'zorg' en 'goede (ouderen-)zorg'. In het tweede deel van het interview verzochten we de respondenten eerst om de prioriteiten die zij zouden leggen bij het tot stand brengen van het toekomstige Vlaamse ouderenzorgbeleid uiteen te zetten. Naderhand verzochten wij hen – gebruikmakend van de onderzoeksmethode van de Discrete Choice Experiment (DCE) – om aan de hand van twee keuzesets met telkens twee concrete scenario's hun voorkeuren, afwegingen en prioritering bekend te maken en te verduidelijken. Dit stelde de onderzoeker in de gelegenheid om na te gaan wat er van de algemene inzichten, overtuigingen en opvattingen overeind bleef of opspeelde, als er echt prioriteiten gesteld moeten worden en besluiten genomen moeten worden. De prioriteiten van de respondenten en de keuzes die zij maakten, worden hierna toegelicht.

7.3.3.2. Prioriteiten

7.3.3.2.1. Resultaten

Respondent A oordeelt dat men in Vlaanderen beleidsmatig prioriteit zal moeten geven aan de ouderenzorg. Wil men de uitdagingen van de ouderenzorg oplossen, dan zullen – aldus de respondent - hiervoor extra middelen moeten worden vrijgemaakt.

Respondent A:
'Ik denk dat het écht nog de andere beweging zal moeten zijn: dat Vlaanderen extra middelen zal moeten genereren om de uitdaging van de ouderenzorg op te lossen.'

Respondent B maakt duidelijk dat hij alle prioriteit wil leggen bij de *realisatie van het concept* 'vermaatschappelijking van de zorg'. Voor hem is het belangrijk dat de goede krachten uit de samenleving worden gemobiliseerd en dat zorg die zorgaanbieders verlenen verstrengeld wordt met de leefwereld van de mensen, het buurtleven, het verenigingsleven, …. Hij vat het krachtig samen: voor hem is de essentie van de hulpverlening te herleiden tot het antwoord op de vraag 'hoe creëert men terug verbondenheid?' Dit is voor hem het ultieme uitgangspunt.

Respondent B:
'Ik geloof zeer erg in het feit dat je in de samenleving de goede krachten moet kunnen mobiliseren die voor het algemeen belang heel erg belangrijk zijn: het onderwijs, zorg, hulp…dat je daar die krachten moet mobiliseren.

'Dan denk ik ja,…. allé, ergens ….moet je als overheid en met een burgerlijk wetboek, enzovoort, geef je ook wel aan dat je ook verwacht dat mensen voor elkaar ook een stuk zorg dragen, dat is, denk ik, ook een stuk toch normerend dat je in dingen stelt. Maar, breder genomen, ik vind een thema als vermaatschappelijking van de zorg, hoe kan je de lokale besturen nu, na de verkiezing, we geven die suggesties en hints, …. investeer in de vermaatschappelijking van de zorg, zorg dat die zorgverstrekkers en leefwereld van mensen dat dat goed met elkaar verstrengeld wordt, dat dat een deel wordt van het buurtleven, het verenigingsleven…dat zijn toch dingen, contexten, waar je als overheid in die richting wat initiatief neemt.'

'Allé, heel de welzijnssector, heel de hulpverlening, alles, ….als je dat tot zijn essentie begint te herleiden, dan gaat het over hoe creëer je terug verbondenheid. Als je kwetsbaar wordt, zorgen nodig hebt, kwaliteit van leven bieden, gaat dat over de vraag hoe realiseer je terug verbondenheid.'

Ook respondent C heeft voor zichzelf helder welke fundamentele prioriteiten hij zou leggen in het toekomstig ouderenzorgbeleid. Hij somt deze numeriek op: ten eerste ontschotting (meer geïntegreerde woonzorgconcepten), ten tweede de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de cliënt, het behoud van het solidariteitsprincipe en ten derde de aandacht voor zinvol ouder worden.

Respondent C:
'Eén: ja, de ontschottingen, dat weet je dat dat één van mijn prioriteiten is. Twee is ja, eigenlijk het bewaken van de persoonlijke bijdrage. De persoonlijke bijdrage is echt op zijn limiet, vind ik. Ik blijf wel voorstander van een systeem, maar ik vind dat we de bijdragen langs inkomstenzijde moeten verhogen en solidariseren. Dat is zeker een tweede aspect, dat ik zou wensen bij de overdracht van bevoegdheden. Een derde aspect is de wijze van de zorg zelf. Spiritualiteit wordt belangrijker en wil je daar ook over kunnen lezen, teksten over zien zelfs al je het zelf niet meer kan lezen, daar denk ik zelfs van waarom niet in plaats van naar de radio te luisteren naar mooie teksten te kunnen luisteren of mooie muziek en daar vind ik dat we te weinig mee bezig zijn, animatie-inhoudelijk dan.'

Respondent D neemt uitdrukkelijk als belangrijkste prioritaire thema de zelfbepaling. Ze wil op dit vlak heel ver gaan en vermoedt dat ze een voor haar politieke partij mogelijk een verregaand standpunt heeft. Ze verwijst hiervoor naar het onderwerp 'euthanasie'. Om dit thema kracht bij te zetten verwijst ze naar haar eigen referentiekader: 'ze wil niemand tot last zijn'. We stellen vast dat respondent D tegenover de andere respondenten, die

prioriteiten benadrukken zoals vermaatschappelijking van de zorg, solidariteit, extra middelen inzetten, …., een afwijkende opvatting heeft wat betreft de prioriteitstelling.

Respondent D:
'Ja, vandaar dat ik dit [de zelfbepaling] ook kies als belangrijkste aandachtspunt, omdat ik ga ook heel ver mee in …euthanasie en zo… Voor een CD&V, euh…..Mijn medewerkster zegt dit ook altijd. We hebben daar die discussie gehad van die Japanner, die minister die daar heeft gezegd dat ouderen hun verantwoordelijkheid moeten nemen, wat doen ze de samenleving aan, ze moeten maar dood gaan. Ik denk dat we hier ook zo evolueren. Ik wil voor mezelf ook niet tot last zijn. Ik zou daar gewoon voor mijzelf en de omgeving hier niet tegen kunnen.'

7.3.3.2.2. Vaststelling

De prioriteiten die de respondenten beklemtonen op het vlak van het toekomstig ouderenzorgbeleid zijn: extra middelen vrijmaken voor ouderenzorg, de verdere concretisering van het concept van de vermaatschappelijking van de zorg, de ontschotting (geïntegreerde zorgconcepten), de financiële toegankelijkheid van de zorg vrijwaren, de aandacht voor zinvol ouder worden en, tenslotte, de zelfbepaling. We stellen vast dat deze prioriteiten overeenstemmen met de aspecten van goede zorg, zoals beschreven in hoofdstuk 2 van de analyse van de resultaten. Aanvullend hierop is evenwel het belang dat gehecht wordt aan de vrijwaring van de financiële toegankelijkheid van de zorg, dat vanuit het macro perspectief bijkomend als een aspect van 'goede' zorg kan worden beschouwd.

7.3.3.3. Kiezen tussen scenario's

Bij dit onderdeel van de weergave van de resultaten van het onderzoek verlaten we de kwalitatieve analyse en geven we de antwoorden weer van de respondenten op de vraag om een keuze te maken tussen de scenario's beschreven in twee keuzesets. Zoals reeds eerder vermeld, beoogde de onderzoeker met de aanwending van de Discrete Choice Methode na te gaan of de algemene inzichten, overtuigingen en opvattingen van de respondenten overeind bleven, wanneer zij voor een concrete situatie werden gesteld en keuzes moesten maken. De methodiek bood eveneens de mogelijkheid na te gaan of én hoe de respondenten eventuele nuanceringen van hun eerder verwoorde opvattingen beargumenteerden. De verkregen informatie uit deze onderzoeksmethode kunnen worden beschouwd als een aanvulling op de resultaten bekomen uit de kwalitatieve analyse.

7.3.3.3.1. Keuzeset 1

7.3.3.3.1.1. Resultaten

De eerste keuzeset betrof twee scenario's en verwees naar een zorgsituatie van een persoon met dementie met een hoge graad van fysiek en psychische zorgbehoefte. In scenario 1 verblijft deze persoon thuis met mantelzorg en 4 uur per dag professionele zorg, met uitzondering van de weekenddagen. De bijdrage van de zorgvrager bedraagt 24 euro per dag. Deze van de overheid (gefinancierd uit collectieve middelen) bedraagt 120 euro per dag. In scenario 2 verblijft de persoon met dementie in een woonzorg-centrum en is er geen mantelzorg beschikbaar. Hij ontvangt dagelijks gemiddeld 3 uur per dag professionele zorg en dit alle dagen, 7 op 7. De persoonlijke bijdrage van de zorgvrager bedraagt 60 euro per dag, deze van de overheid eveneens 60 euro per dag. De respondenten werden gevraagd het scenario van hun voorkeur aan te wijzen en hun keuze toe te lichten.

Tabel 12: eerste keuzeset.

Aspecten	**Scenario 1**	**Scenario 2**
Attributen	**Zorg voor persoon met dementie thuis**	**Zorg voor persoon met dementie in een woonzorgcentrum**
Gemiddelde duur van de professionele zorg per dag	4 uur per dag, behoudens weekends	Alle dagen gemiddeld 3 uur per dag
Ondersteuning van mantelzorg	ja	Neen
Bijdrage zorgvrager/overheid per dag	24€/120 €	60€/60 €
Uw keuze	□	□

Respondent A uit zich principieel voor het scenario van de *thuiszorg* (1). Echter, gecon-fronteerd met wat de gevolgen van deze keuze zijn op het vlak van de collectieve overheidsmiddelen in het kader van de zorgverlening thuis, stelt hij zijn voorkeur hierrond bij, niet zonder eerst de interviewer te vragen achter de details van de cijfers en bijkomende informatie. Hij meent dat de keuze die men in zorgsituaties maakt, *afhankelijk is van de context* waarin de zorg wordt verleend: de graad van zorgbehoevendheid, de draagkracht van de mantelzorger en de beschikbaarheid van de professionele zorg. Zodra er *geen meerwaarde qua kost en levenskwaliteit* (geluk) voor de zorgbehoevende en zijn omgeving kan worden waargenomen, kiest hij voor het scenario (2) van het verblijf in een woonzorgcentrum van de zorgbehoevende oudere persoon.

Respondent A:
'Ja, het is hier ook weeral een enerzijds, anderzijds verhaal. Het is daarom dat ik een CD&V-er ben. Maar, ik ben principieel voor scenario 1 (opvatting thuiszorg). Maar, … allé, ik geloof uw cijfers wel. Maar ik ben wel verbaasd, want ik had blijkbaar het verkeerde idee dat de thuiszorg finaal – met alle kosten inbegrepen – goedkoper was. Want zit in scenario 2 de investeringskosten?'

'*Ik ben principieel voor thuiszorg. Dat blijft. (lange stilte). Mensen die dit willen doen, dat dit principieel moet kunnen, dit moet worden ondersteund door de overheid. Maar, als ik zo rondom mij zie, zijn er heel wat mensen, waarvan de partner kiezen voor scenario 2, omdat ze het zelf niet meer aan kunnen, omdat de vraag naar zorg zo groot wordt , dat zelf de 4 uur per dag gezinszorg niet voldoende is… Dus, dat denk ik dat het allemaal ook nog een beetje afhangt van de graad van dementie of de graad van verzorging …..'*

'Ja, ik denk niet dat je zwart wit kan zeggen. Je kan niet zeggen scenario 1 in alle gevallen, of Y in alle gevallen. Neen, ik denk dat voor heel wat gevallen ik scenario 1 heel bewust en overtuigend kies. Maar, voor andere gevallen, ik met volle overtuiging ook voor scenario 2 zou kiezen. Omdat ik de meerwaarde voor de scenario 1, qua kost, niet meer zie, omdat wellicht de omgeving er ook niet gelukkiger van wordt en de ook de persoon in kwestie ook niet.'

Ook respondent B is van mening dat *de context van de zorgsituatie bepalend* is voor de keuze die men maakt. Overwegende het gegeven dat zorgverlening een continue proces is en voortdurend evolueert, kunnen, aldus de respondent, gemaakte keuzen ook wijzigen in functie van de veranderende zorgcontext. Hij meent dat een bepaalde *thuiszorgsituatie* (scenario 1) van die aard kan zijn, dat men, en met name de mantelzorger, *tegen grenzen aanloopt*. Hij vindt dat de samenleving dit ook moet kunnen *aanvaarden* en dat de organisatie van de zorg hiermee rekening dient te houden.

Respondent B:
'Ik zou starten met te kiezen voor opvatting X , maar dat je dit zal moeten doen op een manier dat je aanvaardt dat daar een grens zal zijn aan situatie X én dat er een moment komt dat situatie Y onder ogen moet genomen worden. Zorg is ook een stuk continuïteit en evolutie. Ik denk zo lang mogelijke thuis en met mantelzorg, als die mantelzorger voldoende kan ondersteund worden, maar met een boodschap aan die mantelzorger, dat we absoluut wel aanvaarden dat er een einde of beperking is aan de draagkracht van die mantelzorger. En, dat wij geen zorg organiseren waardoor de mantelzorger er totaal onder door gaat en uiteindelijk in zijn eigen leven een hele ruïne moet aanrichten in naam van het feit dat thuis blijven het beste is wat er kan gebeuren. Ik denk niet dat zo is. Maar, ik ben wel geneigd om te zeggen dat dit wel de positie waarop we starten in de organisatie van de zorg, maar met voldoende

openheid om te weten, ook bij de vroegtijdige opvatting, dat je op een bepaald moment de tweede opvatting onder ogen moeten nemen.'

Respondent B heeft het ook moeilijk bij de gedachte dat oudere personen, waarvan de thuiszorg *tegen grenzen aanloopt*, zouden verplicht worden om opgenomen te worden in een woonzorgcentrum. De besluitvorming hierrond dient *in dialoog* met alle betrokken te gebeuren en kan niet door een overheid worden opgelegd.

Respondent B:
'Ik zou het daar niet gemakkelijk mee hebben. Ik denk dat ik in mijn leven - dat is nu misschien een eigenaardige referentie – als ik nog denk dat ik dat thuis nog kan en men zegt mij het 'mag' niet meer. Ik zeg niet als men mij zegt, kijk, ….op een bepaald moment ….met de kinderen en zo, als men met het gehele sociale netwerk een soort conclusie komt van 'dit is niet meer mogelijk', dat is iets anders. Maar, als het is 'u heeft een bepaalde score gehaald en nu komt er een overheid die zegt met die score kan het niet meer.' Ik zou dat niet zo echt …'

Met het scenario waarbij de overheid een verblijf van een niet zorgbehoevende persoon in een woonzorgcentrum afwijst, tenzij de betrokkene zèlf al de kosten (ook het gedeelte dat anders gefinancierd zou worden met collectieve middelen) hiervan betaalt, heeft respondent B het niet moeilijk. Hier primeert, volgens hem, de *adequate inzet van de collectieve middelen*. Deze dienen ingezet te worden voor diegenen die de meeste zorg nodig hebben.

Respondent B:
'Dit kan niet als je niet een voldoende zwaar zorgprofiel hebben , dit is eigenlijk niet de aangewezen plaats voor u….? Daar zou ik het al gemakkelijker mee hebben….. Dat mensen hiervoor betalen, dat is al een andere belangrijk ander punt, hé. Als het is op kosten van de ziekteverzekering…. Ja, omdat je dan zegt we zetten onze middelen in . Dan, ga je wel moeten tonen dat dit adequaat is om voor u te organiseren. Ik heb daar minder problemen mee, dan te zeggen ik ga nu u zeggen: 'dit kan niet meer en dit moet je nu gaan doen'.'

Respondent C kiest voor het scenario van de *residentiële zorg*. Hij meent dat – overwegende de zware dementie van de oudere persoon – in een collectieve residentiële setting de kwaliteit van het bestaan van deze persoon beter kan zijn, dan in zijn thuissituatie. Ook deze respondent wijst op *de context van de zorgsituatie*: hoge graad van dementie, draagkracht van de mantelzorg, de beschikbaarheid van de professionele zorg. Hij stelt zich vragen bij de haalbaarheid van een scenario waar de thuiszorg 1 zorgvrager op 1 zorgverlener wordt georganiseerd. De schaarste van de beschikbare collectieve middelen verplicht de overheid om na te denken deze *middelen zo optimaal als mogelijk in te zetten*. The sky is not the limit.

Respondent C:

'Ja, daarin ben ik nogal.., ik heb het niet zo moeilijk om voor scenario 2 te kiezen (lacht). Omdat het mijn overtuiging opnieuw daar is dat een persoon -met een zware dementie heeft u ook gezegd- dat de kwaliteit van bestaan, dat die kans daar op het grootste zal zijn in die situatie. In de zin van, euh.., als je het wil kunnen realiseren en daar haal ik dan ook de haalbaarheid bij, ondersteuning mantelzorg, ja, ik bedoel, oké. Ik ga het nu vergelijken met kinderopvang. Sorry, dat ik het nu zo doe, maar ik heb daar toen ook een stelling ingenomen. Op een gegeven moment moet je zeggen we willen kwaliteit blijven leveren, maar we moeten ook kijken wat haalbaar is en dan kunnen we niet zeggen dat altijd, heel de dag er een 1 op 1 relatie kan zijn . Allé, als de sky the limit was dan zeg je iedereen 1 op 1, maar je moet rekening houden met de schaarste aan mensen van middelen enzovoorts . Mensen hebben recht op die opvang en die zorg, maar dat betekent ook dat we moeten kunnen zeggen dat we moeten het kunnen organiseren en dus kan het ook wel zijn dat we elementen van schaalvergroting inbrengen om te zeggen: ja, als we met één persoon de permanentie kunnen doen voor zeven of we moeten dat overal met zeven gaan doen. Dat zijn zaken waarvan ik denk dat ze blijvend in het debat moeten kunnen besproken worden .'

Respondent D kijkt meteen uit naar *een alternatief scenario,* een tussenweg: thuiszorg gecombineerd met een thuiszorgondersteunende collectieve zorgvorm, met name een dagverzorging. Bij dit scenario kunnen, aldus de respondent, ook de beschikbare collectieve middelen adequater worden ingezet. Maar hij onderkent wel – en verwijst hiervoor naar een eigen ervaring – dat er *grenzen zijn aan de thuiszorg*. Ook hier is de *context bepalend*: de zorgvraag van de zorgbehoevende persoon en de zorgmogelijkheden van de mantelzorger. Hij meent dat er *grenzen zijn aan de kost van de thuiszorg* voor de samenleving én dat de samenleving dit ook kan en mag communiceren aan de burgers. Het is aan de burger om dan *zelf beslissen* of men al dan niet de thuiszorg verder zet (en dus de kosten die de samenleving niet wenst te dragen, zelf draagt).

Respondent D:

'Ik denk dat er een alternatief scenario is . Mensen niet in een individuele thuissituatie opvangen, ik denk aan dagverzorging, of de CADO's[81], waardoor je mensen in groep gaat verzamelen en verzorgen, de mantelzorg nog wordt mee ingeschakeld en de prijs zou kunnen verdeeld worden over een aantal mensen. Maar, ja, van de andere kant, is er ook een drempel, een limiet, van wat een samenleving kan doen. Je kan niet onbeperkt in de thuiszorg blijven. Ik had voor mezelf uitgemaakt, als mijn moeder 's nachts niet meer alleen thuis kan blijven, dan gaat het niet meer en krijg je dat niet meer georganiseerd. En, daarom is ze naar een rusthuis gegaan. Ze was gevallen 's nachts, drie dagen na elkaar. En, dus, er is een grens eigenlijk van wat iets mag kosten, als samenleving. Ja, ik denk dat je als samenleving kunt zeggen: "Dit is het

[81] CADO: collectieve autonome dagopvang.

maximum wat we in de thuiszorg als betaalde zorgverlening kunnen leveren." De familie kan dan nog zelf beslissen, wat ze doet.'

Respondent D vindt dat het kiezen tussen scenario's, waarbij de financiële gevolgen voor de zorgvrager en de overheid zichtbaar worden gemaakt, moeilijk. Het confronteert hem met de realiteit. Hij vermoedt dat men in de toekomstige ouderenzorg genoodzaakt zal zijn, net zoals bij de zorg voor personen met beperkingen, een (begrensd) persoonsvolgend budget te bepalen in functie van de mate van zorgafhankelijkheid.

Respondent D:
'Ik vind het nu zo moeilijk dat je dit nu aan geld koppelt. Ik weet dat dit in de praktijk zo is. Dat maakt het heel erg moeilijk. Ik denk dat dat heel moeilijk is om te zeggen. Maar, ik denk dat niet anders zal kunnen. We evolueren veel meer naar eigen rugzakjes. Dat is in de sociale economie,… dat zien we bij het persoonsvolgend budget bij personen met beperkingen. Dat gaat bij de ouderen in de toekomst net zo zijn. Dus een bepaalde zorgafhankelijkheid, geeft u een bepaald budget,…..en geeft u de mogelijkheid om zorg in te kopen in een rusthuis of in de thuiszorg en that's it. En, de rest zal je zelf moeten betalen.'

7.3.3.3.1.2. Vaststelling:

We stellen vast dat, wanneer de respondenten gevraagd wordt om een keuze te maken tussen het scenario van de thuiszorg of het scenario van de residentiële zorg, waarbij eveneens de financiële gevolgen van elk scenario wordt geëxpliciteerd (en dit zowel voor de zorgvrager als voor de overheid), zij het 'ideaalbeeld' van de thuiszorg en de principiële keuze ervoor nuanceren. Niet meteen de financiële implicaties stellen hun keuze voor de thuiszorg bij, maar wel de context waarin de thuiszorg zich voordoet. Wanneer de zorg ten huize geen meerwaarde biedt voor de levenskwaliteit van de zorgontvanger en de draagkracht van de mantelzorger te boven gaat, én bovendien de kost ervan hoger ligt dan in een collectief verblijf, dan is een verblijf in een collectieve woonvorm te verkiezen. De keuze om af te zien van de thuiszorg kan niet door de overheid opgelegd worden. Deze moet in dialoog tussen zorgvrager en zorgverleners tot stand komen. Zorgvragers die een beroep doen op een hogere zorgvorm dan noodzakelijk, moeten evenwel hiervan zelf de kosten dragen We merken ook op dat het enkel bij de voorlegging van deze eerste keuzeset de respondenten uitdrukkelijk een verband leggen tussen de mantelzorg en de grenzen aan de thuiszorg. Geen enkele respondent beschrijft op welke wijze de mantelzorger kan ondersteund of versterkt worden om de zorg van de zorgbehoevende oudere persoon ten huize aan te vatten en vol te houden.

7.3.3.3.2. Keuzeset 2

7.3.3.3.2.1. Resultaten

Bij de tweede keuzeset verwijst het eerste scenario naar de eigen verantwoordelijkheid van de burger om zich voor te bereiden op de zorg van de oude dag (ieder voor zich), een financieringssysteem van de zorg gebaseerd op kapitalisatie en de vergoeding van de zorg 'in kind', wat staat voor de ter beschikking stelling van zorg via voorzieningen. Het tweede scenario legt de klemtoon op de gedeelde verantwoordelijkheid op het vlak van de ouderenzorg. Het financieringssysteem van de zorg berust op repartitie en de vergoeding van de zorg gebeurt in 'cash', zodat iedereen zelf kan bepalen aan welke zorg hij welke middelen besteedt.

Tabel 13: tweede keuzeset.

Attributen	**Scenario 1** **Ouderenzorg X in Vlaanderen 2021**	**Scenario 2** **Ouderenzorg Y in Vlaanderen 2021**
Visie	De zorg voor de oude dag is de verantwoordelijkheid van elke burger die zich hierop dient voor te bereiden	De zorg voor de oude dag is een gedeelde verantwoordelijkheid: burger, familie/ omgeving, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid
Financieringsysteem	Kapitalisatiesysteem	Repartitiesysteem
Vergoeding van de zorg	In kind (via voorzieningen)	In cash (cashgeld – de zorgvrager beslist zelf waarvoor hij dit geld aan-wendt)
Uw keuze	□	□

Respondent A kiest voor scenario 2. Hij benadrukt echter dat, afgezien van de algemene solidariteit, de individuele burger een persoonlijke verantwoordelijkheid draagt en een persoonlijke bijdrage dient te leveren bij de aanwending van collectieve maatschap-pelijke voorzieningen (zoals onderwijs en institutionele zorg) in functie van zijn mogelijkheden.

Respondent A:
'Ja, ik zeg alleen maar, als er publieke middelen bij zitten, dat we dan wel naar een goede manier – zoveel mogelijk mensen moeten kunnen van laten genieten. Dus, zeg ik eerder scenario 2. Langs de andere kant vind ik ook wel dat we allen, zelf iets moeten doen ,… Dan vraag ik mij inderdaad af….Allé, ik vind dat het repartitiesysteem geen dogma mag worden , … en soms heb ik de indruk, vooral bij de socialisten, dat dit bijna een dogma wordt….dat inschrijvingsgeld van nu 500 euro, ja, waarom kan

dat niet voor mensen - burgerlijke ingenieurs - die binnen 10 jaar, euh, …toch niet arm gaan zijn…waarom kunnen die nu niet meer bijdragen? Maar, dan ook investeren in ons onderwijsinfrastructuur. Dus, ik ben niet zo'n dogmatisch persoon, die zegt van kijk…daar is geen verantwoordelijkheid te doen, dat moet voor iedereen toegankelijk te zijn, nul over de ganse lijn. Dat vind ik niet.'

'Ja, maar wat zijn sterke schouders, he? (stilte) …Ik vind dat daar tussenoplossingen moeten zijn… waarbij we de eigen verantwoordelijkheid aanscherpen zonder de mensen die het echt niet kunnen aan hun lot over te laten.'

Respondent B selecteert eveneens scenario 2: het meest solidaire. Die keuze wordt hem ingegeven door een heel pragmatische reden, met name dat de overstap van het huidig repartitiesysteem naar een kapitalisatiesysteem vrij onwaarschijnlijk is. Hij meent echter dat naast het solidaire repartitiesysteem mensen best ook aangemoedigd worden om - via een kapitalisatiesysteem – aan pensioensparen te doen. Met andere woorden, hij beaamt de gedeelde verantwoordelijkheid.

Respondent B:
'Repartitie omdat ik denk dat wij nu, vanuit onze situatie tegen 2021 dat het vrij onwaarschijnlijk is dat we naar een kapitalisatiesysteem zullen overstappen. Ik denk dat het best goed is om mensen meer te sensibiliseren, ook als ze jong zijn, om ook aandacht te hebben voor de oude dag. Maar, ik geloof niet dat we op acht jaar tijd dat wij zo'n turbulentie of omwenteling van het systeem zullen maken. Dat geloof ik niet. Maar repartitie zal aangepast worden met aanvullende pensioenen en tweede peiler. Dat zal zijn correcties wel kennen. En, dat vind ik ook niet slecht. Ik vind het niet slecht dat in uw verloning de opbouw van uw pensioen een stuk van uw verhaal wordt. Ik denk dat dat een goede evolutie is. Maar zeggen dat je totaal van het ene systeem naar het ander systeem gaat, dat denk ik niet.'

Respondent B is voorstander van een vraaggestuurde zorgvisie, maar stelt zich vragen bij de vergoeding van de zorg in cash. Hij vindt dat bij elke organisatie van de zorg men een impact moet blijven hebben op het zorgaanbod en de kwaliteit ervan, zowel om budgettaire als om zorginhoudelijke redenen. Budgettaire onbeheersbaarheid dient worden voorkomen. Vergoeding van zorg in cash (en dus zorg zelfstandig inkopen) induceert volgens de respondent, het risico op juridisering van de zorg en het gevaar van verschraling van de menselijkheid van de zorg.

Respondent B:
'Wat mij betreft gaat mijn voorkeur naar de tweede opvatting. Die vind ik beter. Naar het financieringssysteem …. En, de vergoeding. Ik ben absoluut een voorstander van een duidelijke vraaggestuurde visie op: welke zorg is hier nodig? Maar een cash systeem vind ik geen alles zaligmakend systeem. Het verbaast me trouwens dat ook dat iedereen dat zo enthousiast omarmt…. Omdat daar zit natuurlijk een

onderliggend debat: dat is meer marktwerking mogelijk maken en meer commerciële initiatiefnemers kansen geven. In de gehandicaptensector is dat zeker de reden waarvoor er velen er voor zijn, naast de authentieke zelfbeschikking of kans op zelfsturing te organiseren. Maar, ik vind dat in elke organisatie van zorg moet je ook op het vlak van het aanbod impact kunnen hebben. Al was het maar dat het anders budgettair explodeert. Als het een vraag wordt: ik schaal iemand in en dan komt er geld op de rekening, dat heeft een zodanig push-effect op de vraag die gelden, dat is budgettair 'onbeheersbaar'. Want, uiteindelijk eindigt dat debat in jij bent nog een naïeveling dat jij nog voor uw ouder zorgt. Als uw ouders zich hadden laten inschalen, had dat geld al lang op de rekening gestaan, al was het maar voor u voor later. Ik vind dit zeer….van zodra dat je dit juridiseert dat soort rechten in de échte juridische afdwingbare betekenis van het woord, krijg je een verschraling van de menselijkheid van de zorg . En, dat is trouwens nog een reden als christendemocraat te zeggen: 'Ik geloof daar in zijn extreme vorm niet in.' Dus, daar ben ik niet zo voor. Ik denk dat je én budgettair, maar ook op zorginhoudelijke redenen ook moet zorgen dat je impact hebben op de kwaliteit van hetgeen wat als zorg wordt aangeboden.'

Respondent C wijst eveneens scenario 2 aan. De solidaire bijdrage van elke burger aan de financiering van de collectieve maatschappelijke voorzieningen en de universele toegankelijkheid ervan staan bij de respondent centraal. Geen enkele burger mag de toegang tot deze voorzieningen ontzegd worden wegens omstandigheden waar hij geen vat op heeft.

Respondent C:
'Ja, twee, hé. Ja, ik ben nogal sterk voor solidariteit en ik vind dat er een aantal zaken zijn waar dat je solidariseert en waar je echt van zegt van: hier is het uitgangspunt dat eenieder onafhankelijk van… gewoon recht en toegang toe heeft. We moeten wel onze bijdrage leveren natuurlijk, maar het wordt gesolidariseerd. Ik vind niet dat met een onderscheid kan maken op basis van toevalligheden, mogelijkheden die je gehad hebt in uw leven, mistoestanden die je gehad hebt in uw leven, enzovoorts.. Neen, dus voor mij vind ik dat heel erg in die gesolidariseerde wereld moet leven.'

Respondent C onderstreept dat de vergoeding van de zorg in cash geen aanleiding mag geven tot misbruiken en dat aan deze vorm van vergoeding kwaliteitsvoorwaarden dienen te worden gekoppeld.

Respondent C:
'Ja, als daar opnieuw randvoorwaarden en kwaliteitsvoorwaarden over gegarandeerd zijn. Dus, dan ben ik eerder voorstander van dat de mensen de centen zelf kunnen aanwenden om het zo te zeggen, dan dat ze de centen krijgen hé, dus en dat vind ik al een grote… .We hebben dat meegemaakt met mensen met een handicap met het hulpmiddelenbeleid en we hebben gezien wat dat betekende, dat betekende dat mensen hun geld uitgaven aan andere zaken en dat wil ik dus euh.., vermijden. Maar

ik heb er geen problemen mee dat de personen mee kunnen, dat de besturing, dat het budget de persoon volgt maar dat betekent voor mij niet dat de centen ook naar die persoon gaan omdat je altijd.'

Het is en blijft voor de overheid een belangrijke opdracht, volgens respondent C, om na te denken over hoe de zorg op de best mogelijke manier georganiseerd wordt: dit wil zeggen zoveel als mogelijk mensen kan helpen met de beschikbare middelen.

Respondent C:
'Je moet toch ook blijven nadenken vind ik over: hoe kunnen we dat als samenleving, als we ook die solidariteit willen hebben, hoe kunnen we dat zo goed mogelijk organiseren? En daar vind ik ook dat je soms moet durven zeggen; kijk als we dat goed kunnen doen en we kunnen de schaalaspecten meenemen, dan moet dat ook in het debat gebracht worden, want dat is.. Dan kunnen we ook meer mensen helpen.

Voor respondent D staat het buiten kijf: scenario 2 beantwoordt het meest aan zijn eigen opvattingen over de organisatie en de financiering van de zorg. In dit scenario staan de solidariteit, de zelfbeschikking en de vrije keuze voorop. Bij de vergoeding in cash dient te worden toegezien dat deze vergoeding ook effectief aangewend wordt voor de aankoop van zorg en dienen misbruiken voorkomen te worden.

Respondent D:
'Ja, voor het tweede scenario. Ja, hier is nog solidariteit tussen en binnen generaties. Het legt in op zelfbeschikking….. Ja, met het vorige had ik het moeilijker . Ja, het is voor mij duidelijk, ja.'

'Jawel, cash,… geven en die je de mogelijk geeft de zorg, die bepaald wordt, in te kopen. Daar kan je dan zelf kiezen wat je koopt.'

'Met de vergoeding in cash kan je alleen zorg inkopen. Want dat bepaalt uw zorg die je nodig hebt. Je kan er geen dienstencheques mee kopen, tenzij het gaat om inkopen van zorg- en dienstverlening in functie van uw zorgbehoefte. Zover gaan we niet. We evolueren eigenlijk naar zo'n systemen. We merken dat in de gehandicaptensector daar toch wel wat misbruiken in zijn.'

7.3.3.3.2.2. Vaststelling

De respondenten delen een gemeenschappelijke visie op het vlak van de solidaire bijdrage aan de financiering van het zorgsysteem naar draagkracht, alsook op het vlak van de optimale inzet van de beschikbare middelen. Grenzen aan de beschikbare collectieve middelen nopen om creatief naar meer collectieve zorgvormen te zoeken of een beroep te doen op de bestaande. Middelen en mankracht moeten efficiënt worden ingezet, zodat zoveel mogelijk mensen die nood hebben aan zorg, deze ook kunnen

ontvangen. De zorgverstrekking en financiering van één zorgvrager op één zorgverlener op basis van collectieve middelen is budgettair niet haalbaar en derhalve maatschappelijk niet verantwoord. De voorkeur voor een vraaggestuurde zorgvisie wordt bevestigd (aspect van 'goede zorg' zie hoofdstuk 2 van de analyse van de resultaten).. Een vergoeding van de zorg in cash ondersteunt deze visie, want deze biedt de zorgvrager de mogelijkheid om zelf keuzes in de zorg te maken en de regie over zijn zorg in handen te houden. Zorg vergoeden in cash roept echter vragen en bedenkingen op omtrent de kwantiteit en de kwaliteit van de zorgverlening, de budgettaire beheersbaarheid, de juridisering en de verschraling van de menselijkheid van de zorg

Reflectie: De antwoorden van de respondenten op de aangereikte keuzesets bena-drukken de waarden die de respondenten samen delen, in het bijzonder de *solidariteit* (samen bijdragen aan de financiering van het zorgsysteem naar draagkracht), de *autonomie* (eigen keuze maken en hier de verantwoordelijkheid van dragen) en de *het zorgen voor elkaar* (de inzet van meer collectieve middelen voor de ouderenzorg).

7.3.4. Tussen droom en daad ….

7.3.4.1. Vaststelling

Bij de respondenten werd gepeild naar de factoren die naar hun mening de realisatie van goede (toekomstige) ouderenzorg belemmeren of bedreigen. We vonden deze vraagstelling relevant omdat ze duidelijk maakt dat de politieke bedrijfsvoering niet gebeurt in een vacuüm. Talrijke factoren beïnvloeden de ontwikkeling en uitvoering van het overheidsbeleid op het vlak van de (ouderen-)zorg. Na analyse van de data bekomen uit de interviews, categoriseren we deze factoren in vijf te onderscheiden rubrieken, met name factoren die te maken hebben met 1) algemene maatschappelijke tendensen, 2) de wijze waarop de institutionele zorg georganiseerd wordt, 3) de beeldvorming over de ouderenzorg, 4) de economische realiteit en 5) de praktijk politieke bedrijfsvoering zelf. De factoren worden hierna toegelicht.

7.3.4.2. Maatschappelijke tendensen

Respondent A is bezorgd over de effecten van 1) de toenemende individualisering in de samenleving met als gevolg een afnemende solidariteit, 2) de vermarkting en de mogelijk daarmee samengaande onbetaalbaarheid van zorg, alsook de maatschappelijke tweedeling die ze veroorzaakt, 3) de efficiëntiedruk wegens het tekort aan beschikbare middelen, 4) het verlies van maatschappelijk aanzien van zorg- en dienstverlenende beroepen,…. op de essentie van de zorg, namelijk: zorg beschouwen als iets 'normaals' en het - voor de respondent - daarmee samengaande 'onvoorwaardelijke' aspect ervan.

Respondent A:
'Is het in de politiek daar waar je beslissingen neemt of is het politiek breed maatschappelijk, euh, … waar je in gans onze samenleving de waardering hebt voor dat wat men doet en, …dan zie je dat het bijna naar een vermarkting van de zorg gaat. Dat iedereen in zijn zelfontplooiingrace zichzelf en zijn behoeften op de eerste plaats zet en …. het zorg geven ja, meer en meer aan de markt overlaat.'

'...als ik soms lees, naar efficiëntiedruk die in onze maatschappij aanwezig is, dan moet een verpleegster, ik ken dit niet, maar een spuit moeten geven op een kwartier. Ik kan er helemaal naast zitten, maar je begrijpt wat ik bedoel… is dat dan de man of, meestal de vrouw, in het woonzorgcentrum is het dan een "product " die een spuit moet krijgen of is het 'een mens' die een spuit moet krijgen. Ik denk dat deze spanning de volgende jaren….zal toenemen ….Ja, ik denk dat dit al een probleem is en dat dit in de toekomst nog zal toenemen, wegens het gebrek aan middelen.'
'Ja, de leraar, de politieman, de pastoor, de burgemeester die vroeger toch enig respect hadden… het was meer naar de waardering voor die job, dat die veel minder is dan vroeger,….naar zorgberoepen… voor een stuk ook. Maar, het ander facet, het zijn eigenlijk twee verschillende zaken, de maatschappelijke waardering en het respect voor de functie, euh, …. die voor de voorbeelden die ik net heb gegeven, dan pak zo'n 20 -50 jaar geleden, dokter ook… euh, en dan heb je de vraag hoe kan je als zorgverlener in het economisch proces, waar efficiëntiewinsten nodig zijn, waar bepaalde normen worden gesteld (lacht), ….zoveel… patiënten wassen in een uur… niet in een bepaalde mate de zorg, euh, … ja, de onvoorwaardelijke zorg, of de normaliteit van zorg verlenen , dat dat mogelijks niet gebeurt. Als je maar tijd hebt, …. om 6 mensen te wassen op een uur. Dan kan je met deze mensen geen woordje doen, dan euh, …'

Respondent B stelt zich de vraag of de huidige economische en maatschappelijke crisis eerder een opportuniteit, dan een bedreiging is voor de intermenselijke relaties. Hij vindt het jammer dat journalisten het woord 'verbondenheid' te wollig vinden, want in essentie waar het om gaat in het leven, aldus de respondent, is authentieke verbondenheid creëren. Wat de respondent definieert als 'zorg'.

Respondent B:
'De vraag is of crisis op dat moment een opportuniteit is of een bedreiging is op het vlak van intermenselijke relaties,…. Ik denk soms misschien worden de mensen ook wat authentieker op een aantal punten daardoor, hé. Ik huiver er een beetje van het feit dat dat verhaal een soort economische betekenis krijgt, want dan is het echte menselijke er misschien ook van af.'

'Toen de christendemocratie een nieuwe naam kreeg, heeft men de ampersand uitgevonden. Ik wist niet dat dat bestond. Dat staat als symbool voor verbondenheid. Toen was dit woord …. dat waar de christendemocratie zich onderscheiden, dat is verbondenheid … werd het door de journalisten de grond ingeschreven, omdat het te wollig was. Als je dan

het boek van De Wachter lezen, hé….die zegt dat de essentie waar het om gaat: 'Kunnen wij nog voldoende authentieke verbondenheid creëren en dan niet misschien niet in de betekenis van face to face, maar ook via Facebook en andere zaken. Maar, kan er ontmoeting zijn tussen de mensen?''

Respondent B stoort zich aan organisaties die een hevig pleidooi voeren voor een afdwingbaar 'recht op zorg'. Hij meent dat er in een zorgrelatie iets meer is, dan een afdwingbaar recht.

Respondent B:
'En, een ander woord: 'juridisering'. Ja, …maar, ik verbaas me steeds weer…..Ik zie de werkgeversorganisaties: 'Ja, maar daar moet een recht op zorg komen.', de gebruikers van de gehandicaptenzorg: 'Daar moet een recht op zorg komen!'. En dan zeg ik: 'Ja, maar, beste mensen, een groot pleidooi voor een juridisering van de relaties: waar staan diegenen recht die zeggen: 'Daar is toch iets meer in een relatie, dan het afdwingbaar recht op?'. Zonder dat die dan in de hoek moeten worden gedrukt van de zuilen, of dat zijn de paternalisten, die daar over spreken. Dé waarheid van de relaties is breder, dan de juridische.'

7.3.4.3. De organisatie en het besturen van de georganiseerde institutionele ouderenzorg

Respondent A ergert zich aan de verambtelijking, bureaucratisering en het proceduralisme van de institutionele zorg. Te veel regels, procedures en infrastructurele eisen slorpen - volgens hem – te veel middelen op, middelen die dan niet ingezet kunnen worden in de concrete zorgverlening, waardoor 'goede zorg' in het gedrang komt.

Respondent A:
'Maar, ik vind dit een iets wat lagere kwaliteitsniveau, daarvoor moeten we opletten… maar, wat we wel kunnen doen is op efficiëntie zaken winnen… naar de procedures toe, sommigen noemen dit de verambtelijking, of de bureaucratisering, of het proceduralisme van de zorg. Ik denk dat we daar een aantal zaken moeten eens durven bekijken. Welke regeltjes kunnen er wegvallen om toch dezelfde zorgkwaliteit na te streven. Moet alles gelegitimeerd worden? Moet alles twee keer geïnspecteerd en gecontroleerd worden? … Ik heb soms wel de indruk dat we op dat vlak in een aantal procedures of infrastructurele eisen misschien wel kan geminderd kan worden, zonder de goede zorg in het gedrang te brengen. De infrastructuur kan zoveel budgettaire middelen opslorpen, dat het de goede zorg in het gedrang komt.'

Respondent D is van mening dat de hoge werkdruk en de daarmee samengaande tijdsdruk maakt dat zorgverleners te weinig tijd krijgen om aandacht te geven aan de zorgvragers. Ook de routine binnen een bepaalde zorgorganisatie kan echte aandacht voor de cliënt in de weg staan. Hij uit ook zijn ongenoegen tegenover de registratieplicht binnen de zorg. De tijd die men besteedt aan het registreren kan men niet benutten aan andere dingen in de zorg.

Respondent D:
'Maar, daar is vaak heel weinig tijd voor, hé. En, ook heel weinig aandacht. Door de tijdsdruk, door de snelheid waarmee zij handelingen moeten stellen. Euh, misschien ook de routine, waar dat men in terecht komt.'

'Ik vind dat er zo geweldig veel moet geregistreerd worden. Daar moeten mensen mee bezig zijn, waardoor ze andere dingen niet kunnen doen.'

Respondent B en C vinden, in tegenstelling tot respondent D, de kritiek op de vraag van de overheid tot het registreren van specifieke kwaliteitsindicatoren en aantoonbaar maken van de kwaliteit van de verleende zorg echter onterecht. Ze zijn pleitbezorgers voor het meten van zowel de objectieve als de subjectieve kwaliteitsaspecten van de zorg. Responsabiliseren van de zorgaanbieders gaat voor hen logischerwijze samen met verantwoorden. Zorgaanbieders moeten laten zien aan de samenleving dat men goede zorg verleent, dat men zich voldoende integreert in de samenleving, goede contacten onderhoudt met de belanghebbenden en zich maatschappelijk legitimeert. Ondernemers in de zorg, ongeacht of ze al dan niet winst nastreven, dienen de overheidsmiddelen effectief en efficiënt te beheren.

Respondent B:
'Nog zo'n dooddoender 'kwaliteit kan je niet meten'. Ja, dat is, vind ik ook…is niet correct. Je kan dit wel meten. Je moet daar geen absolute waarheden in zoeken, die je daar niet in kan vinden . Je moet ze in een kader plaatsen, waar ze interpreteerbaar zijn, enz. Het is wél meetbaar. En, óók van mens-nabije zorg is meetbaar. Je kan dat meten. Maar, je moet dan niet de meest extreme consequenties verbinden aan een aantal statistische gegevens, dat is duidelijk. Maar, daar wordt, denk ik, dat daar heel veel mist rond gespuid.'

Respondent C:
'Natuurlijk, oké, er zijn misschien van die zaken waarvan dat je zegt: 'Moeten die nu opgevraagd worden, moeten die nu opnieuw opgevraagd worden, enzovoorts'. Maar dan vind ik, dan moet je daarover in dialoog gaan. Maar het op zich registreren en het op zich meten [van kwaliteit] interesseert mij als professional ook om mij job goed te kunnen doen.'

Respondent B:
'Maar, ik hoop ook voortdurend dat de sector zich niet settelt en verkneukelt in die situatie van een groot marktaandeel, enz. De waarheid is dat dat middenveld moet aantonen dat het zich maatschappelijk voldoende heeft ingebed, dat het inderdaad geen winst nastreeft, dat het inderdaad met de stakeholders contacten heeft (de bewoners, de familie, de eerstelijnsverzorgers, …). Ik vind dat dat middenveld zich ook opnieuw moet uitvinden en zijn legitimiteit elke dag moet bewijzen. En, dat als de commerciële zeggen 'Wij kunnen dit efficiënter'. Er is geen enkele reden waarom de social profit met dezelfde overheidsmiddelen effectief niet even efficiënt zou moeten werken.'

Respondent C wijst op het spanningsveld dat er bestaat bij de organisatie van de zorg tussen het willen tegemoetkomen enerzijds aan de behoeften van de zorgvragers (zorg op maat) en anderzijds aan deze van de zorgverleners (arbeidsduurvermindering en dus in aantallen minder beschikbaar voor de zorgverlening).

Respondent C:
'Euh.., ja dat is nu een hele gevoelige die ik nu ga zeggen.. De arbeidsduurvermindering. (lacht) Ik snap wel dat dat in de tijd is ingevoerd, maar daar vind ik dus dat het sociaal overleg gefaald heeft. Ik ben nogal een groot voorstander van het sociaal overleg, dus dat heb ik niet graag dat dat faalt. Dat vind ik een 'mismatch' die heel veel consequenties heeft naar zorgorganisatie, naar euh.., naar aantrekkelijkheid van beroepen enzovoort, enzovoort. Dus dat vind ik beleidsmatig een 'mismatch'.

De respondent D uit kritiek over de ambtelijke wijze waarop de overheid en meer in het bijzonder de zorginspectie de toepassing van de regelgeving en de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening inspecteert.

Respondent D:
'….vroeger was de inspecteur, die inspecteurs dat waren toen begeleiders: hoe moest je werken aan kwaliteit, hoe moet je een nieuwe aanvraag doen, wat zijn noden? De inspecteur kende toen heel Limburg, die wist wat de noden waren, dat waren toen echte begeleiders. Nu zijn het allemaal jonge mensen die lijntjes trekken en ….dàn gaat het zijn doel een beetje voorbij.'

7.3.4.4. De beeldvorming rond ouderenzorg

Respondent C meent dat de sector van de ouderenzorg een maatschappelijk ondergewaardeerde sector is. Hij verbaast er zich ook over dat de samenleving zich niet of relatief weinig verbaast of verontwaardigt over bepaalde onaanvaardbare situaties binnen de ouderenzorg, zoals bijvoorbeeld de 'pyamadagen' in Nederland. Hij probeert dit te verklaren vanuit het negatieve beeld dat mensen hebben over de ouderdom (aftakeling, sterven en de dood), waar ze het liefst niet mee geconfronteerd willen worden.

Respondent C:
'Het rare is dat ik, euh...,(stilte) mijn emotioneel aanvoelen daar –ik zal het eerst zo zeggen- mijn emotioneel aanvoelen daaromtrent is altijd geweest van: ik vind dat het een sector is die ondergewaardeerd is geweest in het algemeen….. Maar blijkbaar dat thema, nu ook opnieuw in Duitsland, de mensen zijn daarmee bezig, maar het is geen politiek thema.'

'Ja, ik.. daar heb ik eigenlijk zelf geen antwoord op, want ik vind dat eigenlijk heel vreemd. In Nederland, wat er dan gebeurd is met die pamperdagen, met die pyjama-dagen en wat is het daar allemaal en zo.. Dan denk je: 'Hoe kan dat.. hoe?'. Dat heeft me altijd verbaasd. Ik denk dat wel dat allemaal gaat veranderen, omdat je natuurlijk nu een andere generatie

hebt die daar gaat instromen om het zo maar te zeggen. En, ik denk dat dat misschien ook wel te maken heeft –dat is misschien een filosofisch antwoord- omdat de mensen daar gewoon niet mee geconfronteerd willen worden. Dat is het verschil met een persoon met een handicap, ja, je weet van jezelf; je hebt een handicap of niet, maar bij die ouderdom.. Ja veel mensen, zoals de angst om te sterven. Men wil daar zelf -niet te veel denk ik- mee geconfronteerd worden en dat maakt dat men misschien die zaken probeert uit de weg te gaan.'

7.3.4.5. De economische realiteit

Respondent A attendeert op het probleem van de betaalbaarheid van de zorg. De economische feitelijkheid is dat ten gevolge de krimpende arbeidsmarkt en de concurrentie tussen sectoren op deze arbeidsmarkt menselijk kapitaal duur is, wat de betaalbaarheid van de zorg onder druk brengt.

Respondent A:
'Ja, die publieke zorg heeft een zekere economische kant, consequentie… en euh, vermits dat dit nu onder druk komt te staan….. zo komt de zorg in de publieke sfeer ook onder druk omdat de betaalbaarheid komt opdagen naar infrastructuur toe. Maar zorg verlenen heeft ook met menselijk kapitaal te maken. Menselijk kapitaal is duur, wordt duur, zeker in een krimpende arbeidsmarkt, waar mensen…. euh, goed zien waar ze terecht komen, waar ze in competitie staan met bepaalde andere sectoren, waar de verloning ook niet slechts is… en zo wordt de zorg in de publieke sfeer ook duurder en kom je tot die economische realiteit….'

Ook respondent D meent dat de hoge kostprijs van de zorg de financiële toegankelijkheid van de zorg bedreigt en dit niet enkel door de toenemende kostprijs van de lonen van het zorgpersoneel, maar evenzeer door de normen die door de politici, de samenleving en de directie van zorgvoorzieningen worden opgelegd.

Respondent D:
'*De kostprijs…..euh, …. Kostprijs van het personeel, …. al die handelingen die zij moeten stellen. Ik vermoed ook de normen die wij opleggen ook als politici, die opgelegd worden door de directie, door de samenleving.'*

7.3.4.6. De praktijk van de politieke bedrijfsvoering

Tijdens de interviews uitten de respondenten spontaan hun persoonlijke frustratie en kritische reflecties over de politieke praktijkvoering. Deze reflecties en frustraties zijn interessant in het kader van het onderzoek, omdat ze de onderzoeker meer inzicht verschaffen over het perspectief van de politicus zelf, die binnen een gegeven maatschappelijke context een politiek beleid met betrekking tot het thema 'zorg' tracht te realiseren. De kritische reflecties en frustraties illustreren de hindernissen die de respondent ondervindt bij de uitvoering van zijn politiek mandaat.

Bij respondent A domineert de frustratie over de impact van de sociale media. Hij heeft het moeilijk met het gegeven dat deze media tegenwoordig veelvuldig door mensen worden gebruikt om ongezouten hun mening te uiten, zonder kans op wederwoord of zonder zelf actie te ondernemen.

Respondent A:
'… het fantastisch sociaal mediagedoe…..waar iedereen op elk moment van de dag, zonder de kans te krijgen om zelf te reflecteren, maar zijn gal kan spuwen op dat net, onpersoonlijk tegen een scherm durft terug blaffen, maar altijd neutraal niets doet …. Ik weet niet naar wat voor een soort maatschappij we op weg zijn ….(misprijzend).'

Respondent A verwoordt tevens de frustratie van de politicus die geconfronteerd wordt met de traagheid waarmee de beleidsvoerders verandering kunnen teweegbrengen. Ook de vaststelling dat parlementairen zich specialiseren binnen een specifiek beleidsdomein en hierdoor het brede zicht op het maatschappelijk gebeuren verliezen, is een bron van ergernis voor de respondent.

Respondent A:
'Dat is het leven…. Je ziet de frustratie van de machteloze politicus, hé . Dus, een minister ook, ook in Vlaanderen, die hangt vast aan allerlei procedurele toestanden, die maakt dat de tanker, verdorie, maar heel, heel traag van richting verandert.

'Er zijn er nog heel weinig van die dertig parlementairen die eventjes over het muurtje kijken van hun eigen sector. Die specialiseren zich zo dood, dat die nog met één ding bezig zijn. En daar zitten daar ook fractiemedewerkers rond, die ook dát gebied hebben en op de duur wordt politiek niet meer de strijd om de taart groter te maken, of naar een evenwichtige discussie te krijgen, maar een interne strijd om uw stukje taart zo groot mogelijk te houden tot in het absurde toe. En, ja, regeltjes begint uit te vinden om toch een zeker kwaliteitsniveau te vinden. Het zicht op het geheel verdwijnt.'

Respondent D vindt dat de politieke bedrijfsvoering betekent dat je aanvaardt dat het vooropgestelde beleid zeer langzaam wordt gerealiseerd. Vaak gaat het om zeer kleine stappen. Men moet met zeer vele dingen rekening houden en veel discuteren. De positieve kant hiervan is, aldus de respondent, dat niet elke politieke besluitvorming een 'revolutie' betekent.

Respondent D:
'Ja, passend antwoord, maar waar dat je heel blij moet zijn met kleine stapjes. Omdat je ook met heel veel dingen moet rekening houden … Het zijn kleine stapjes, eigenlijk, hé. Het is altijd discuteren. En, dan is het nu nog maar in ons eigen partij met mensen die vanuit verschillende insteken naar dingen kijken, 'wonen en welzijn' nu. Nu, moet je dat nog vertalen naar andere partijen. Dat is de reden waarom het allemaal zo lang duurt. Maar, misschien ook maar goed, dat je niet zo dadelijk 'revoluties' hebt.

'En, dan stapjes, want parlementswerk is (zucht) – ik ben ook burgemeester geweest – dat is … alle dagen zie je dat op het terrein … maar dat is heel voorzicht keitjes verleggen in een stroom en dan blij zijn dat het water een klein beetje langs die kei afgaat en zo. Maar, dat is écht stapje voor stapje, hoor.'

Respondent C ergert zich aan wat hij noemt 'de schandpaalpolitiek', een politieke bedrijfsvoering die uitvoert wat de meerderheid, de publieke opinie roept. Politieke keuzes die kwetsbare doelgroepen beogen, komen vaak onder druk te staan en moeten blijvend verantwoord worden. Voor deze respondent is het belangrijk om een publiek draagvlak te blijven creëren voor solidariteit en voor zorg. Belangrijk hierbij is het maken van ethische keuzes gebaseerd op maatschappelijke waarden, zoals toegankelijkheid en universaliteit, die men bijna niet meer hoort in de publieke fora.

Respondent C:
'We zijn weer helemaal terug met de schandpaalpolitiek, de zondebokken, enzovoort, enzovoort. Omdat dat heel moeilijk is om dan bepaalde keuzes te blijven verantwoorden van waarom je toch gaat voor herstelbemiddeling, waarom dat je daderhulp doet, enzovoort. Het is en blijft vechten tegen een publieke opinie, dat is gewoon zo. Hoe meer we vervallen in: 'Politiek moet zijn wat de meerderheid roept'.. .ja, dat is gevaarlijk voor zorg . Dat moet constant gepaard gaan met blijven zeggen – allez, vandaar dat ik ook voorstander ben van vermaatschappelijking van de zorg, vooral om blijvend een soort publiek draagvlak te blijven creëren voor solidariteit, voor centen, voor zorg, dat de ouderenzorg niet een sector is, zoals alle andere sectoren.

'En dat we niet gaan belanden van, ja kijk.., besparingen, iedereen moet bijdragen dus de zorg moet ook bijdragen. Er zijn andere ethische keuzes die daar aan vooraf gaan. Dan merk je toch in het publieke discours dat het wordt beschouwd als een economische sector, zoals alle andere sectoren. 'Er is daar nog geld dus zie, maar dat je geld vindt en efficiëntie en dit en dat'. Terwijl de echte debatten over de toegankelijkheid, de universaliteit, enzovoorts je bijna niet meer hoort in de publieke fora.'

Respondent A en D spreken zich uit over de dilemma's waarmee ze geconfronteerd worden. Respondent A merkt op dat wanneer men een politieke keuze maakt voor een belastingverhoging enerzijds of een besparing anderzijds, men als politicus in een spanningsveld komt te staan en kritische geluiden hier steeds mee samen gaan.

Respondent A:
'En, maar, dat is een van de frustraties van de politicus….die ik heb… de belastingen wat verhogen, dat mag niet meer, want dat is niet goed voor onze maatschappij en economie. Maar, tegelijkertijd als je er iets wegknipt, staan diezelfde mensen ook altijd klaar om je neer te sabelen,… maar ja, kijk, maar het is twee zaken één, natuurlijk….ja.'

Respondent D vermeldt het dilemma van de politicus die aan de ene kant het accent wil leggen op deregulering en meer ademruimte én vertrouwen wil geven aan de zorgaanbieders, en aan de andere kant de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening voor de burger beoogt te waarborgen en misbruiken wenst te voorkomen, via ….regelgeving.

Respondent D:
'Dat is waar wij altijd mee worstelen, hé . Je wilt langs de ene kant willen we derugelering en, langs de andere kant, wil je kwaliteit. En, als je kwaliteit wilt, en oplegt in een decreet, dan heb je allemaal lijntjes, waar je moet aan voldoen, alle soorten regeltjes.'

'Hoe kan je buitenschoolse opvang terug betaalbaar maken, euh… leefbaar maken voor diegenen die het organiseren? En, dan bots je natuurlijk…. dan moet je al die regeltjes allemaal weglaten en op de organisator van kinderopvang, in dit geval, rekenen dat die dat goed kwaliteitsvol doet, want je legt zelf de regeltjes niet op . En, dat vertrouwen geven aan de ene kant aan de samenleving (of diegene die het organiseert), en waar je als overheid betaalt, daar zijn grenzen aan. Die grenzen kom je tegen. En, omdat er ook misbruik is . En, omdat je overheidsgeld betaalt om een bepaalde dienstverlening te doen. Hoe ver moet je gaan om bijvoorbeeld de normen voor de brandveiligheid te schrappen in de kinderopvang. Ik vind dit heel delicaat, hé. Dat is allemaal goed, als er niets gebeurt. Als er geen brand is. Tot op het moment dat er een brand komt… en men heeft geen stenen trap om de kindjes te evacueren, …dan zit je in de problemen …dat is…'

Reflectie: De opgesomde factoren bepalen de context, de mogelijkheden en de beperkingen van de politieke bedrijfsvoering op het vlak van het zorgbeleid en zijn relevant om in rekening te nemen, want zij beïnvloeden of én in welke mate bepaalde waarden en geïdentificeerde aspecten van 'goede zorg' al dan niet gerealiseerd (kunnen) worden.

7.3.5. Samenvatting

Wanneer de respondenten worden bevraagd naar de klemtonen die zij willen leggen in het toekomstige Vlaamse ouderenzorgbeleid, wordt eensgezind verwezen naar het concept van de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Wat ze hieronder begrijpen, wordt weliswaar onderscheiden beschreven, maar de rode draad in de antwoorden van de respondenten is de nadruk die zij leggen op de zorg in de vertrouwde omgeving van de zorgvrager, ingebed in zijn buurt en de sociale netwerken. Vermaatschappelijking van de ouderenzorg veronderstelt dat men het begrip 'zorg' vanuit een brede invalshoek benadert en dit toont zich in een inclusief beleid. Vermaatschappelijking van de ouderenzorg heeft tot gevolg dat diverse actoren (burgers, zorgaanbieders en overheid) ook aangesproken worden op hun specifieke verantwoordelijkheden voor de realisatie van deze vermaatschappelijking.

Factoren die de totstandkoming van goede ouderenzorg belemmeren of bedreigen kunnen geordend worden in vijf rubrieken, met name maatschappelijke tendensen, de wijze waarop de institutionele zorg georganiseerd en bestuurd wordt, de beeldvorming rond de ouderenzorg, de economische realiteit en, ten slotte de praktijk van de politieke bedrijfs-voering zelf.

De prioriteiten die de respondenten beklemtonen op het vlak van het toekomstige ouderenzorgbeleid zijn: extra middelen vrijmaken voor ouderenzorg, de verdere concretisering van het concept van de vermaatschappelijking van de zorg, de ontschotting (geïntegreerde zorgconcepten), de financiële toegankelijkheid van de zorg vrijwaren, de aandacht voor zinvol ouder worden en, ten slotte, de zelfbepaling.

Wat betreft de voorlegging van twee keuzesets (DCE) in verband met de ouderenzorg weerhouden we de volgende analyses: principieel geniet de zorg thuis de voorkeur. De context van een bepaalde zorgsituatie kan echter van die aard zijn dat een verblijf in een woonzorgcentrum voor de kwaliteit van het leven van zowel de zorgvrager als voor de mantel-zorger aan te raden is. De respondenten menen dat er materiële en immateriële grenzen aan de thuiszorg zijn en dat zowel de burgers, als de samenleving dit moeten aanvaarden.

De keuze voor thuiszorg of residentiële zorg is een persoons- en contextgebonden keuze. In de antwoorden van de respondenten op de eerste keuzeset vernamen we dat hierbij de graad van zorgbehoevendheid van de zorgvrager, de draagkracht van de mantelzorger en de beschikbaarheid van de professionele zorg belangrijke beïnvloedende factoren kunnen zijn. Welke keuze men ook maakt, deze moet in het bijzonder een bijdrage leveren aan de levenskwaliteit van de zorgvrager en de mantelzorger. De keuze dient in overleg en afstemming te gebeuren met de zorgvrager. Niemand kan echter verplicht worden om gebruik te maken van één welbepaalde zorgvorm en dit op basis van zijn graad van zorgbehoefte. Residentiële institutionele zorg dient bij voorkeur ter beschikking te staan van de zorgvragers die hier de meeste nood aan hebben. Indien iemand met een geringe zorgnood toch een beroep wil doen op de zorgverlening van een residentiële zorgvorm, maar hier in de feiten niet voor geïndiceerd is, moet hier zelf de financiële gevolgen van dragen. De schaarste van de beschikbare collectieve middelen verplicht de overheid om na te denken deze middelen zo optimaal als mogelijk in te zetten. The sky is not the limit. Mogelijk kunnen ook alternatieve scenario's worden bedacht, met name een tussenweg tussen scenario 1 en 2: thuiszorg gecombineerd met een thuiszorgondersteunende collectieve zorgvorm, zoals bijvoorbeeld een dagverzorging. Bij dit scenario kunnen de beschikbare collectieve middelen adequater worden ingezet.

De Vlaamse ouderenzorg van de toekomst dienst geschraagd te worden door een solidair financieringssysteem. De universele toegankelijkheid van de ouderenzorg is hierbij een belangrijk uitgangspunt. De overheid dient de ouderenzorg financieel te ondersteunen met middelen die zij haalt uit een repartitiesysteem. De burger dient een bijdrage te leveren, enerzijds door zelf bijkomend aan pensioensparen te doen (kapitalisatie) en anderzijds door, in

functie van zijn mogelijkheden, een persoonlijke bijdrage te leveren, indien hij een beroep doet op de georganiseerde institutionele zorg. De ouderenzorg moet op een zodanige wijze worden georganiseerd dat zoveel mogelijk mensen kunnen worden geholpen met de beschikbare collectieve middelen.

7.4. Synthese

'There is a way to turn out our world around. It requires us to recommit to caring for ourselves and others by accepting and rethinking our caring responsibilities and providing sufficient resources for care.'
Tronto, 2013[82]

In dit hoofdstuk geven we een schematische samenvatting van de geanalyseerde data en de vaststellingen.

7.4.1. Zorg

Figuur 3: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'zorg'.

Zorg		
Betekenis	Smalle betekenis	Brede betekenis
Sleutelwoorden	Kwetsbaarheid en afhankelijkheid	Relatie en context
Focus	Zorg gericht op eigen belang	Zorg gericht op het belang van de ander
Doel	Globale doelstelling	Specifieke doelstelling
Zorgdynamiek	Doen: acties en handelingen	Zijn: grondhouding
Aangelegenheid	Individueel	Collectief

Om inzicht te verwerven in de aspecten van 'goede zorg' is het raadzaam eerst te achterhalen welke betekenis met geeft aan het begrip 'zorg'. Deze betekenis kan eerder smal, dan wel breed omschreven worden. Het begrip 'zorg' wordt gangbaar geassocieerd met vier sleutelwoorden, met name kwetsbaarheid en afhankelijkheid, relatie en context. De betekenis die men geeft aan het begrip 'zorg' is bepalend voor de doelstellingen die men wil bereiken

[82] Tronto, J.C. (2013). Caring democracy. Markets, equality and justice. New York University Press: New York. p. 182.

met 'zorg' en de daaruit volgende handelingen. Zorg kan gericht zijn op het eigen belang (eigen groei, ontwikkeling of overleven van het zelf), alsook op het belang van 'de andere' (zorgen voor de groei, de ontplooiing van iemand anders, voor de gezondheid en het welzijn van iemand anders) en heeft aldus een zelfoverstijgend dimensie.

Confrontatie met kwetsbaarheid en afhankelijkheid zet een zorgdynamiek op gang die zich vertaalt enerzijds in bepaalde acties en handelingen, anderzijds in een grondhouding van betrokkenheid van de zorgverlener op de zorgvrager. Deze handelingen en grondhouding dragen bij tot de realisatie van de vooropgestelde doelstellingen van de zorg.

Zorg wordt beschouwd als zowel een individuele (private), als een collectieve (publieke) aangelegenheid.

7.4.2. Goede zorg (ouderen-) zorg

Figuur 4: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'goede zorg'.

Goede (ouderen-)zorg		
Waardegedreven	Gedeelde waarden	Niet gedeelde waarden
Perspectieven	Micro perspectief	Beleefde ervaring: - respect voor uniciteit - behoud contact met sociale net werk - bekommernis van de samenleving - niet ervaren tot last te zijn - subject van zorg - geen reductie - existentiële bevestiging - waardigheidsondersteunende zorg - zorg op maat - aanspreken talenten , competenties, …
		Inspraak –eigen regie – samenspraak: - eigen regie - zelf keuzes maken - in samenspraak zorg afstemmen op het 'goede' van en voor de zorgvrager
		Houding van de zorgverlener
		De aanwezige deskundigheid en zorgvuldigheid van de zorgverlener

	Meso perspectief	Infrastructurele aspecten
		Organisatorische aspecten
		Zorginhoudelijke aspecten
		Belevingsaspecten
		Bestuurlijke aspecten
	Macro perspectief	Vermaatschappelijking van de zorg
		Zorg in samenhang en naadloos op elkaar aansluitend
		Beschikbaar, toegankelijk en kwaliteitsvol zorgaanbod
		Correcte informatie over het zorgaanbod
		Positieve beeldvorming over (ouderen-)zorg

Zorg stelt mensen in staat waarden, die men belangrijk vindt en die richtinggevend zijn voor prioriteiten en keuzes die men maakt, te verwerkelijken.

Goede zorg kan omschreven worden vanuit drie perspectieven:

1. het micro perspectief of het perspectief van de zorgvrager en zijn relatie met de zorgverlener omvat aspecten die verwijzen naar de beleefde ervaring (hoe komt de zorg aan bij de zorgvrager, hoe beleeft hij deze, blijft hij als 'mens' nog overeind), inspraak – eigen regie – samenspraak, de houding, deskundigheid en zorgvuldigheid van de zorgverlener;
2. het meso perspectief of het perspectief van de zorgorganisatie omvat infrastructurele, organisatorische, zorginhoudelijke, belevings- en bestuurlijke aspecten;
3. het macro niveau of het perspectief van de overheid omvat aspecten die verwijzen naar het zorgconcept dat men maatschappelijk relevant vindt (vermaatschappelijking van de zorg), de zorgorganisatie die men maatschappelijk voor ogen heeft (zorg in samenhang en naadloos op elkaar aansluitend), het zorgaanbod (beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteitsvol), correcte informatie over het aanbod en een positieve beeldvorming over (ouderen-)zorg.

De relevante aspecten van 'goede zorg' zijn van toepassing op alle zorgsituaties. Voor de doelgroep ouderen wordt in het bijzonder, vanwege de mogelijk kwetsbare positie waarin zij zich bevinden wegens voortschrijdende ouderdom, aandacht gevraagd voor alle aspecten met de betrekking tot de beleefde ervaring, met daarin heel in het bijzonder de existentiële bevestiging, zinbeleving en het behoud of herstel van de menselijke waardigheid.

7.4.3. Toekomstig zorgbeleid voor ouderen

Figuur 5: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'toekomstig zorgbeleid voor ouderen'.

1. Toekomstig zorgbeleid voor ouderen		
Uitgangspunten	Vermaatschappelijking	Inclusief beleid
Gedeelde verantwoordelijkheid	Burger	Materieel en immaterieel voorbereiden op de ouderdom
		Aan de regie staan van hun eigen leven
		Zelf keuzen maken
	Zorgaanbieder	Ondernemen - Innovatieve initiatieven - Inzetten voor de juiste taken - Professionaliseren
		Inbedden in de samenleving
		Verantwoording afleggen over bestuursmodel en beleid - Corporate governace - Transparantie - Dialoog met alle betrokkenen
	Overheid	Facilitator
		Burger ondersteunen zodat hij zijn zorgverantwoordelijkheden kan opnemen
		Zorgaanbieders ondersteunen zodat men ondernemerschap kunnen ontplooien
		Voldoende middelen voorzien
		Toezicht houden op de beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voor alle burgers

Prioriteiten		Concretisering van het concept van de vermaatschappelijking van de zorg
		Ontschotting (geïntegreerde zorg)
		Financiële toegankelijkheid van de zorg
		Voldoende budgettaire middelen
		Aandacht voor zinvol ouder worden
		Zelfbepaling
Keuzen	Keuzeset 1	Thuiszorg is te verkiezen
		Belang context waarin de zorg verleend wordt (draagkracht mantelzorger en mate van zorgbehoevendheid)
		Aanvaarden grenzen aan de thuiszorg
		Keuzes maken in samenspraak
		Eigen verantwoordelijkheid
	Keuzeset 2	Solidair financieringssysteem
		Universele toegankelijkheid
		Gedeelde verantwoordelijkheid
		Optimale inzet van de beschikbare middelen
		Residentiële zorg voor de meest zorgbehoevenden
		Vraaggestuurde zorg
Belemmeringen en bedreigingen		Maatschappelijke tendensen
		Wijze waarop de huidige institutionele zorg georganiseerd is
		De beeldvorming over ouderenzorg
		De economische realiteit
		De politieke bedrijfsvoering zelf

Voor het ouderenzorgbeleid wordt het concept van de vermaatschappelijking van de zorg unaniem bevestigd als het toekomstig te verkiezen concept van waaruit het maatschappelijk zorgorganisatiemodel zal worden ontwikkeld en opgebouwd. Dit concept veronderstelt een inclusief beleid. Alle beleidsdomeinen die het leven, het wonen en de zorg van en voor ouderen beïnvloeden, worden betrokken in een globaal ouderen(zorg-)beleid.

Het concept van de vermaatschappelijking van de zorg veronderstelt een herschikking van de bestaande verantwoordelijkheden op het vlak van de zorg. De burger en de zorgaanbieders worden meer geresponsabiliseerd, de overheid treedt terug en vervult - meer als voorheen - een voorwaardenscheppende rol in plaats van een uitvoerende.

- Burgers worden geacht zich materieel en immaterieel voor te bereiden op de ouderdom. Zij worden aangemoedigd om de regie van hun leven en zorg in handen te nemen en te houden en zelf keuzes te maken.
- Van de zorgaanbieders verwacht men dat ze ondernemen (innovatieve initiatieven nemen, inzetten voor de juiste taken, professionaliseren), zich inbedden in de samenleving (hun positie maatschappelijke bewijzen en relevant maken), verantwoording afleggen over hun bestuursmodel en beleid (corporate governance, transparantie en samenspraak en dialoog met alle belanghebbenden).
- De overheid krijgt de rol toebedeeld van facilitator. Zij dient de voorwaarden te creëren die de burgers ondersteunen bij het opnemen van hun zorgverantwoordelijkheden en de zorgaanbieders bij het ontplooien van het ondernemerschap. Zij dient te voorzien in de noodzakelijke middelen, dit wil zeggen dat uit de collectieve middelen voldoende budgetten worden toegewezen aan het (ouderen-)zorgbeleid dat ze voorstaat. Ten slotte blijft het haar verantwoordelijkheid om toezicht te houden op de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor alle burgers.

Thuiszorg (zorg in de vertrouwde omgeving) wordt verkozen boven de zorg in een collectieve woonvorm, maar men aanvaardt dat er grenzen zijn aan de thuiszorg. Welke keuze men ook maakt, ze beoogt een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van het leven van de zorgvrager én de mantelzorger. Keuzes in de zorg worden in samenspraak met de zorgvrager gemaakt. Wanneer men voor een hogere zorgvorm kiest, dan diegene waarvoor men geïndiceerd is, moet men de kosten hiervan zelf betalen (geen financiering vanuit collectieve middelen). De grens aan de thuiszorg wordt contextueel bepaald. Ze is afhankelijk van de zorgzwaarte van de zorgvrager, de draagkracht van de mantelzorger en de beschikbaarheid van de professionele zorgverleners (die onder andere bepaald wordt door de beschikbare budgettaire collectieve middelen voor de thuiszorg).

De financiering van de ouderenzorg gebeurt vanuit solidaire middelen. Iedereen draagt solidair bij aan het zorgsysteem naar draagkracht. De toegang tot deze zorg is universeel. De beschikbare middelen dienen zo optimaal mogelijk te worden ingezet. En de hoogste zorgvorm dient ingezet te worden voor de meest zorgbehoevende personen.

Vraaggestuurde zorg is voor het toekomstige ouderenzorgbeleid richtinggevend, maar the sky is not the limit. Een vergoeding van zorg in cash ondersteunt deze visie, maar roept vragen op op het vlak van de kwantiteit en kwaliteit van de zorgverlening, de budgettaire beheersbaarheid, de juridisering en de verschraling van de menselijkheid van de zorg.

Belangrijkste prioriteiten voor het toekomstige ouderenzorgbeleid zijn:
1. de concretisering van het concept van de vermaatschappelijking van de zorg;
2. de ontschotting van de zorg (geïntegreerde zorg);
3. het vrijwaren van de financiële toegankelijkheid van de zorg;
4. het voorzien in voldoende middelen voor de financiering van de zorg;
5. de aandacht voor het zinvol ouder worden;
6. de aandacht voor de zelfbepaling van de oudere persoon.

Bij de realisatie van het toekomstig ouderenzorgbeleid zal men aandacht moeten hebben voor een aantal belemmerende en bedreigende factoren:
1. tendensen binnen de samenleving (dominantie van bepaalde waarden/logica's);
2. de organisatie van de huidige institutionele zorg ;
3. de negatieve beeldvorming over ouderenzorg;
4. de economische realiteit;
5. de praktijk van de politieke bedrijfsvoering zelf.

8. Discussie

8.1. **Kritische vraagstelling**

8.1.1. Inleiding

In de nu navolgende kritische vraagstelling wordt het verband gelegd tussen de inzichten uit de data en het theoretische kader, dat we bij de onderzoeksopzet opstelden aan de hand van de doorgenomen literatuur. De vraag wordt gesteld naar wat het onderzoek leert en bijdraagt aan zorgethische inzichten. De bevindingen van het onderzoek worden afgetoetst aan de concepten opgenomen in het theoretische kader uit de voorstudie. Er wordt nagegaan of deze worden bevestigd of een aanvulling kunnen zijn. Diverse themata worden becommentarieerd met enkele kritische beschouwingen. Achtereenvolgend worden de drie hoofdthema's uit het onderzoek behandeld: zorg, goede zorg en toekomstig ouderenzorgbeleid, met in dit laatste een bijzonder aandacht voor het concept van de vermaatschappelijking van de zorg. Waar mogelijk, worden zorgethische theoretische aannames geformuleerd aanvullend op deze van de voorstudie. De lezer zal vaststellen dat wat betreft het thema '*zorg*' de bevindingen aansluiting vinden bij de zorgethische theorieën uit de voorstudie van het onderzoek. Bij het thema '*goede zorg'* zal de onderzoeker een aanvulling doen bij het referentiekader '*Kwaliteit van zorg: 2.0.*' van Goossensen en Baart (2011[83]), eveneens opgenomen in de voorstudie. Bij het thema '*toekomstig ouderenzorgbeleid*' wordt door de onderzoeker het concept van de vermaatschappelijking van de zorg kritisch becommentarieerd. Het hoofdstuk van de discussie wordt afgerond met aanbevelingen voor verder zorgethisch onderzoek en voor de Voor de christen-democratische partij (CD&V).

8.1.2. Zorg

8.1.2.1. Inleiding

De zorgethiek, als politiek-ethische stroming, kijkt naar de samenleving en kiest daarbij 'zorg', en met name zorgrelaties en –structuren als venster (Leget: 2010[84]). Het is een ethiek waar het begrip 'zorg' centraal staat en - vanuit dit begrip - ook nagedacht wordt over de samenleving[85]. De eerste logische stap in het voorliggende onderzoek was het achterhalen van de betekenis die de respondenten gaven aan het begrip 'zorg'. Deze betekenissen vormen immers de onderlaag die behulpzaam is bij het inzichtelijk maken van de aspecten van zorg die door de respondenten beschouwd worden als bijdragend aan 'goede zorg'.

[83] Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4-7
[84] Leget, C. (2010). Kwaliteit van zorg: een zorgethisch perspectief. In: Pijnenbrg, M., Leget, C. en Berden, B. (red). Menslievende zorg, management en kwaliteit. Uitgeverij Damon: Budel, p 89.
[85] http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/

8.1.2.2. Zorg is een primair begrip

De bevindingen van het voorliggende onderzoek bevestigen wat we ook in de literatuur aantreffen: wanneer men erop doordenkt, is het begrip 'zorg' is niet zo gemakkelijk te grijpen. Niet enkel bij de respondenten, ook bij de diverse zorgethici stellen we een variëteit aan begripsomschrijvingen vast, die zowel zeer smal, als zeer breed gaan.

Tabel 14: overzicht omschrijving begrip 'zorg' – door de respondenten.

Respondent	**Omschrijving van het begrip 'zorg'**
Respondent A	Zorg is aandacht die gaat naar de mensen die het moeilijker hebben, die minder niet sterk zijn en die concreet moeten geholpen worden
Respondent B	Zorg is ondersteunen van mensen die kwetsbaar zijn om hun maximale levenskwaliteit te geven of die te herstellen
Respondent C	Zorg is kwaliteit van 'bestaan' en dit staat voor uw talenten inzetten en dat voor u voor uzelf én voor de samenleving. Het betekent dat mensen aangesproken worden op hun krachten en hun uniekheid en dit ook mogen ontplooien.
Respondent D	Zorg is hulp geven of ontvangen: mensen die zorg nodig hebben, dat zijn mensen die op de een of andere manier moeten geholpen worden.

Tabel 15: overzicht omschrijvingen begrip 'zorg' door zorgethici.

Zorgethicus	**Omschrijving van het begrip 'zorg'**
Andries Baart[86]	Zorg is al die hulp en steun die wordt ingezet waar iemand uit zichzelf niet verder komt, ten onder dreigt te gaan en weinig levenskwaliteit overhoudt.
Frits de Lange[87]	Zorg is een voorwaarde voor autonomie en autonomie is het intrinsieke doel van de zorg.
Chris Gastmans[88]	De essentie van zorg kan kernachtig worden uitgedrukt als 'antwoorden op kwetsbaarheid'.

[86] Baart, A., en Carbo, C., (2013). De zorgval. Uitgeverij Thoeris: Amsterdam, p. 101.
[87] de Lange, F., (2011). In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg. Uitgeverij Meinema: Zoetemeer, p.9.
[88] Gastmans, C., (2013). Waardigheidsbevorderende zorg: kwetsbaarheid en waardigheid als ethischi funadamenten van gezondheidszorg. Christen-Democratische Reflecties, jaargang 1, nr. 2 – februari 2013: Brussel, p. 34.

Joan Tronto[89]	Zorg is een activiteit die alles omvat wat mensen doen om hun wereld te laten voortbestaan, te herstellen en te onderhouden, zodat het 'hun' wereld wordt, waar ze zo goed mogelijk kunnen in leven.
Annelies Van Heijste[90]	Zorg is een manier van doen, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf.
Linus Vanlaere en Chris Gastmans[91]	De vier fundamentele kenmerken van zorg zijn: zorg is een bestaanswijze en tegelijk een ethische opgave, zorg is een praktijk die houding en activiteit samen-houdt, zorg is wederkerig en zorg is zingevend.

Uit het voorgaande blijkt dat 'zorg' een primair begrip is, een term die gebruikt wordt in tal van contexten, zonder exact te zijn gedefinieerd[92]. Uit nieuwsgierigheid zijn we ook gaan kijken op welke wijze het woordenboek van Dale[93] het begrip omschrijft: '*zorg (de; v(m); meervoud: zorgen)* :
1) zorgvuldigheid, aandacht; zorgzaamheid: zorg dragen voor;
2) liefderijke bezorgdheid; bewaking, verzorging; bemoeienis: de zorg voor de gezondheid; gezondheidszorg, welzijnszorg, zwakzinnigenzorg;
3) gezondheidszorg: ik werk in de zorg;
4) ongerustheid: geldzorgen hebben; dat zal mij een zorg wezen!, mij een zorg! (ironisch) ik geef er niets om.'
We stellen vast dat ook dit woordenboek de meervoudige betekenis aan het woord 'zorg' beklemtoont.

Vorstenbosch (Vorstenbosch: 2012 [94]) formuleert het kernachtig: ''Zorg' kan als perspectief, als relatie, als praktijk, als kwaliteit, als houding en als sector worden omschreven. De verscheidenheid vormt een argument voor het fundamentele en omvattende karakter van het verschijnsel zorg. Aan de andere kant vragen de verschillen om het onderscheiden van de verschillende bepalingen van zorg. Zo staat een algemeen en 'breed' begrip van zorg als een kwaliteit van ons handelen en ons vermogen om aandacht te geven tegenover een 'smal' begrip van zorg dat zich beperkt tot de zorgrelatie met kwetsbare individuen. Ook staat een 'abstract' begrip van zorgen dat alleen technisch-praktisch is naast een 'vol' begrip van zorg als een houding die mensen veel intensiever in beslag neemt, die hun handelen, gevoelens en relaties bepaalt.'

[89] Tonto, J.C., (1993). Moral Bounderies. A Political Argument fora n Ethic of Care. Routledge: New York.
[90] Heijst, A., van, (2006). Menslievende zorg. Een ethischi kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement: Kampen, p. 66.
[91] Vanlaere, L.en Gastmans, C., (2008). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept 'zorg' en de implicaties voor verpleegkundige zorg. Ethische perspectieven.(18) 2, p. 203-221.
[92] Vanlaere, L.en Gastmans, C., (2008). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept 'zorg' en de implicaties voor verpleegkundige zorg. Ethische perspectieven.(18) 2, p. 203.
[93] van Dale: www.vandale.be
[94] Vorstenbosch, J. (2012). Zorg. Een filosofische analyse. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam, p. 34.

Dit alles maakt inzichtelijk hoe moeilijk (zo niet onmogelijk) het is om tot één conceptueel en inhoudelijk eenduidige begripsomschrijving van 'zorg' te komen. Dit kan zowel een voor- als een nadeel hebben voor de zorgethiek. Een voordeel, omdat het een brede waaier van ingangspoorten aanreikt van waaruit 'zorg' ethisch kan worden nagedacht en beschouwd binnen de samenleving. Een nadeel, omdat het niet te vatten is in allesomvattende, ondubbelzinnige en abstracte principes die concrete aanwijzingen geven of zorg in een concrete situatie als goed of slecht te beoordelen is (cfr. de regelethiek).

Bij zorgethiek zal men dus bij het (normatief) doorreflecteren over het begrip 'zorg' steeds goed voor ogen moeten hebben vanuit welk perspectief men 'zorg' in het vizier neemt, alsook rekenschap moeten houden dat het gegeven dat meerdere perspectieven tegelijkertijd aan zet kunnen zijn. Met andere woorden: de scoop van de zorgethiek is niet unifocaal, maar multifocaal.

8.1.2.3. Bevindingen bevestigen bestaande zorgethische theorieën

Niettegenstaande de vaststelling dat de betekenisgeving van het begrip 'zorg' een grote diversiteit kent, zijn er toch gemeenschappelijke aspecten te benoemen, zoals: de aan zorg geassocieerde sleutelwoorden (afhankelijkheid en kwetsbaarheid, relatie en context), de doel-, handelings- en houdingsgerichte aspecten van zorg, de gerichtheid op het eigen belang en de gerichtheid op het belang van een ander, de individuele en het collectieve dimensie. Wanneer de beschikbare zorgethische theorieën vanuit de voorstudie worden overzien, dan wordt vastgesteld dat de bevindingen van het onderzoek met betrekking tot het begrip 'zorg' deze theorieën bevestigen. De sleutelwoorden die geïdentificeerd werden (kwetsbaarheid, afhankelijkheid, relatie en context), alsook de verwijzing naar de dynamiek die zorg op gang zet (doen [handelingen] en zijn [grondhouding]), zijn terug te vinden in de theorie van de presentie van Andries Baart[95], in het concept van de menslievende zorg en de zorgethiek over erkenning van Annelies van Heijst[96] [97], in het concept van de waardigheidsbevorderende zorg van Chris Gastmans[98] en Linus Vanlaere[99], het gedachtegoed van Anne Goossensen[100] rond voorkomen of reduceren van reductie in de zorg en, tenslotte, bij de beschrijving van het zorgproces en de daarmee verbonden ethisch relevante begrippen van Joan Tronto[101].

De vaststelling dat zorg kan worden beschouwd als een individuele (private) en een collectieve (publieke) aangelegenheid wordt breedvoerig beschreven in de opvattingen rond zorg van Joan Tronto[102], Virginia Held[103], Olena Hankivsky[104] en Selma Sevenhuysen[105].

[95] Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. LEMMA: Den Haag
[96] Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit.Tweede druk. Klement: Kampen.
[97] Heijst, A. van (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Uitgeverij Klement: Kampen.
[98] Gastmans, C., (2013). Waardigheidsbevorderende zorg: Kwetsbaarheid en waardigheid als ethische fundamenten van gezondheidszorg. Christen-Democratische Reflecties. Thema normen & waarden. Jaargang 1, nr. 2, februari 2013. Brussel, p. 29-35.
[99] Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2010). Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds: Leuven.
[100] Goossensen, A. (2011). 'Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg.' Inaugurale rede Universiteit Tilburg, 15 april 2011.
[101] Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London.
[102] Tronto, J., (1994). Moral bounderies. Political Argument For An Ethic Of Care. New York: Routledge.
[103] Held, V. (2006). Ethics of care. Personal, Political, and Global. Oxford University Press: London.

8.1.2.4. Aanvullingen op het zorgethisch kader van de voorstudie

Het zorgethische theoretische kader beschreven in de voorstudie wordt door de onderzoeker aangevuld met enkele bijkomende theoretische uitgangspunten die bij de analyse van de data zichtbaar werden rond het begrip 'zorg':

- de betekenisgeving aan het begrip 'zorg' is persoons- en/of contextgebonden;
- de betekenisgeving aan het begrip 'zorg' is bepalend voor het doel of de doelen die men met haar wil bereiken;
- het al dan niet bereiken van dit doel of deze doelen is van invloed op de normatieve beoordeling van het begrip 'zorg';
- zorg kan gericht zijn op het eigenbelang (eigen groei, ontwikkeling of overleven van het zelf), alsook op het belang van 'de andere' (zorgen voor de groei, de ontplooiing van iemand anders, voor de gezondheid en het welzijn van iemand anders) en heeft aldus een zelfoverstijgend dimensie;
- de ondubbelzinnige bepaling en de rechtvaardige verdeling van de verantwoordelijkheden van 'zorg' in de samenleving zijn een normatieve aspecten van het begrip 'zorg'.

8.1.3. Goede zorg

8.1.3.1. Inleiding

Bij de analyse van de data van het onderzoek rond het begrip 'goede zorg' doorzocht de onderzoeker twee sporen. Het eerste spoor betrof het spoor van de al dan niet gedeelde waarden die de respondenten beoogden te realiseren middels zorg. Het tweede spoor had te maken met de perspectieven van waaruit de specifieke kenmerken van 'goede zorg' door de respondenten beschreven werden.

8.1.3.2. Zorg is moreel niet neutraal

We lezen bij diverse auteurs dat zorg helemaal geen neutraal begrip is. Leget (Leget: 2010[106]) stelt dat zorg een praktijk is die door en door ethisch geladen is. Ook van Heijst (van Heijst: 2006[107]) maakt duidelijk dat de manier waarop zorg gegeven of georganiseerd wordt, duidelijk maakt wat mensen écht belangrijk vinden, waar ze waarde aan hechten. Via zorg drukken we waarden uit: solidariteit, zorgzaamheid, respect voor autonomie, respect voor uniciteit , respect voor menselijke waardigheid, aandachtigheid, vertrouwen,... Baart (Baart: 2010[108]) beaamt eveneens dat zorg moreel van aard is en te maken heeft met een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties en in een fatsoenlijke samenleving.

[104] Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto.
[105] Sevenhuijsen, S. & Svab, A. (2004). The heart of the matter. The contribution of the ethics of care to social policy in some new EU member states. Peace Instituut. Slovenië, Ljubljana.
[106] Leget, C. (2010). Kwaliteit van zorg: een zorgethisch perspectief. In: Pijnenbrg, M., Leget, C. en Berden, B. (red). Menslievende zorg, management en kwaliteit. Uitgeverij Damon: Budel, p 89.
[107] Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit.Tweede druk. Klement: Kampen, p.80.
[108] Baart, A., (2010) Wat nog niet telt als goede zorg. Kwaliteitsdebat in UvT: Tilburg, p. 2.

In de literatuur treft men een discussie aan rond de vraag of 'zorg' als such een ethische waarde is of ethisch van waarde is (Vanlaere en Gastmans: 2008[109]). Hierover wordt in dit onderzoek geen uitspraak gedaan. Uit het onderzoek blijkt wel dat de respondenten zorg beschrijven als een middel van waaruit waarden verwerkelijkt kunnen worden. Minstens één respondent (respondent B) verwees hierbij uitdrukkelijk naar de mensvisie die hij voorstaat, met name de christen-democratische mensvisie. Hij omschrijft deze als volgt: '*Deze visie vertrekt altijd van de idee dat mensen maar gelukkig zijn, zin vinden in hun leven, zelfredzaamheid opbouwen, identiteit opbouwen in relaties met andere mensen*.' De andere respondenten verwezen eerder zijdelings naar het waardenkader van de christen-democratie. Bij elke respondent werd minstens één belangrijke en persoonsgebonden waarde geïdentificeerd, die voor de betrokkene richtinggevend voor de normatieve beoordeling van zorg.

De vraag is én blijft uiteraard hoe de zorg – die uitgaat van deze waarden van de zorgverleners, zorgaanbieders of politici – uiteindelijk bij de zorgvrager aankomt en ervaren wordt. Goede bedoelingen zijn immers onvoldoende, zij dienen door de zorgvrager als 'goed' te worden ervaren. Want, wat te doen, als de zorgvrager vanuit een andere mensvisie en de daaraan verbonden waarden, een andere normatieve invulling geeft aan 'zorg'? Respondent D gaf duidelijk aan dat zijn waardenkader afweek van het waardenkader van de CD&V, met name als het over de zelfbepaling ging. Zijn de mensvisie en waarden die de respondenten voorstaan wel zo universeel? Worden deze ook niet sterk persoonlijk of vanuit een gemeenschap of zelfs contextueel bepaald? En, is het voldoende dat bij zorgverlening of de organisatie van de zorg op meso of macro niveau men enkel vertrekt van de waarden die voor de zorgverlener, zorgaanbieder of politicus richtinggevend zijn? Gaat de oriëntatie op een aantal waarden niet ten koste van andere waarden? Schuilt hier niet een dubbelzinnigheid: zorg is een middel om bepaalde waarden te realiseren, maar loopt tegelijkertijd het gevaar om bepaalde niet dominante waarden te negeren of af te wijzen. Ontstaat hier niet het risico op 'mismatch': zorg die verstrekt wordt en geen aansluiting heeft of vindt met de waarden die de zorgvrager belangrijk vindt? Kan de zorgethiek hier niet het verschil maken?

Zorgethiek beoogt immers uitdrukkelijk de diversiteit aan perspectieven van een bepaalde zorgsituatie in ogenschouw te nemen (en dus, de ook de waarden die spelen) om van daaruit - via afstemming en dialoog - te komen tot handelingen en grondhoudingen die gericht zijn op wat 'goed' is voor de zorgvrager. Het is elementair dat zorgverleners, zorgaanbieders en politici die zorg verlenen of organiseren, dit doen vanuit een bepaalde mensvisie en dat de daaraan verbonden waarden en normen. Mensvisie en waarden bepalen immers in een belangrijke mate waarvoor iemand staat, zijn identiteit. Ze geven houvast bij het maken van keuzen of het al dan niet stellen van bepaalde handelingen, evenals bij de persoonlijke beoordeling of zorg in een bepaalde context 'goed' of 'slecht' is.

[109] Vanlaere, L. en Gastmans, C., (2008). Normativiteit en zorg. Een kijk vanuit het Leuvense Personalisme. International Journal in Philosophy and Theology 69 (4), p. 443-469.

De zorgethiek leert ons echter dat 'goede zorg' niet enkel vanuit het perspectief (en, dus, onder andere, het waardenkader) van de zorgverlener, de zorgaanbieder en/of de politicus kan worden beoordeeld, maar behoort vooral te gebeuren vanuit het perspectief van àlle betrokkenen in een bepaalde zorgsituatie (en, niet in het minst vanuit het perspectief de zorgvrager en zijn sociale netwerk).

Liégeois (Liègeois: 2009[110]) stelt de vraag hoe de ethiek deze vele verschillende perspectieven kan integreren? En meent dat het antwoord hierop kan gevonden worden in de dynamiek van de zorg zelf. Om 'goede zorg' te bieden, maken zorgverleners, zorgaanbieders en politici bepaalde keuzes of verrichten ze al dan niet bepaalde handelingen. Liégeois meent dat om deze beslissingen te nemen of handelingen te stellen, een loutere interpretatie van de feiten niet volstaat. Ethiek waardeert volgens hem de feiten en interpretaties uit de verschillende perspectieven om op basis daarvan een keuze te maken of een handeling te verrichten. En, juist door de feiten en interpretaties te waarderen en te komen tot een verantwoorde keuze of handeling, integreert ethiek de verschillende perspectieven.

8.1.3.3. Aanvullingen op het zorgethisch kader van de voorstudie (waarden)

Het zorgethische theoretische kader beschreven in de voorstudie wordt door de onderzoeker aangevuld met enkele bijkomende theoretische uitgangspunten die bij de analyse van de data zichtbaar werden rond het waarden en zorg:

- zorg is een relationeel en praktisch concept waarvan de inhoud en de organisatie mee beïnvloed wordt door de waarden die van belang zijn voor de betrokkenen en dit binnen een bepaalde context;
- waarden die van betekenis zijn voor de betrokkenen in een bepaalde zorgcontext, organisatie of samenleving zijn van invloed op de normatieve beoordeling van het begrip 'zorg';
- waarden gerelateerd aan het begrip 'zorg' kunnen worden verwerkelijkt zowel in het primaire zorgproces (individuele en professionele waarden – micro perspectief), in de organisatie van de zorg binnen een zorgorganisatie (organisatie waarden meso perspectief), als in het zorgbeleid van de overheid (maatschappelijke waarden – macro perspectief);
- ervaringen van de concrete zorgpraktijk maken aantoonbaar of de waarden die van belang zijn verwerkelijkt worden.

8.1.3.4. Kwaliteit van zorg 2.1: menslievende, presente en zorgzame zorg in een zorgzame samenleving.

Bij het in kaart brengen en rubriceren van de diverse aspecten van 'goede zorg' binnen de drie gedetecteerde perspectieven (micro, meso en macro) stuit men op een dilemma.

[110] Liègeois,, A., (2009). Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. Uitgeverij LannooCampus: Leuven, p. 25.

Enerzijds worden men geconfronteerd met de complexiteit en diversiteit van de concrete zorgpraktijk, die noodzaakt om een zekere ordening aan te brengen, wil men het geheel blijven overzien. Anderzijds loopt men juist door deze ordening het risico op de miskenning van wezenlijke ervaringen rond zorg, alsook op de onderwaardering van het eenmalige en bijzondere gestalte van zorgrelaties en zorgsituaties (Vorstenbosch: 2012[111]).

Het zorgethische referentiekader '*Kwaliteit van zorg: 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg*'[112] dat uitgewerkt werd door Goossensens en Baart - en in de voorstudie van het voorliggende onderzoek werd toegelicht -, geeft aan het begrip 'goede zorg' op een geïntegreerde wijze een normatieve invulling en dit vanuit het twee perspectieven: het primaire zorgproces en de zorgorganisatie. Uit de resultaten van het onderzoek komt een derde perspectief in het vizier, met name het perspectief van de overheid. Het is opportuun om dit perspectief te integreren in het bestaande referentiekader. Ook de aspecten van 'goede zorg' in dit perspectief zijn van invloed voor de normatieve beoordeling van het begrip 'zorg'.

In de hierna volgende figuur worden de verzamelde data van het onderzoek rond het begrip 'goede zorg' ingevoegd in het referentiekader '*Kwaliteit: 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg*' en wordt het uitgebreid naar '*Kwaliteit van zorg: 2.1: menslievende, presente en zorgzame zorg in een zorgzame samenleving'.*

Figuur 6: Referentiekader 2.1.: menslievende, presente en zorgzame zorg in een zorgzame samenleving.

Normatieve invulling 'goede zorg'

Bekommernis

Goede zorg

PERSPECTIEF VAN HET PRIMAIRE ZORGPROCES

Verzorgdheid	**Zorgvuldigheid**	**Zorgzaamheid**	**Bezorgdheid**
Het nodige doen	Aandacht	Trouw	Medeleven
Algemene behoeftigheid	Specifiek: voor jou	Sociaal: niet verlaten	Persoonlijk: affectief
Relevant aanbod	Responsief afgestemd	Continuïteit	Wederkerig gegeven
Ziektegericht	Mensgericht	Uitvoeringsgericht	Houdingsgericht

Verzorgdheid	**Zorgvuldigheid**	**Zorgzaamheid**	**Bezorgdheid**
Zorghandelingen worden op de juiste wijze en op het juiste moment uitgevoerd	Zorg die de zorgvrager existentieel bevestigt: - hij mag er zijn - hij is van betekenis (waarde)	Zorg die de zorgvrager in staat stelt contact te houden met zijn sociaal netwerk	Zorgverlener leeft mee met de zorgvrager, hij deelt met de zorgvrager de zorg (hij laat er zich in emotionele zin door raken en ervaart

[111] Vorstenbosch, J. (2012). Zorg. Een filosofische analyse. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam, p. 34.
[112] Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4-7.

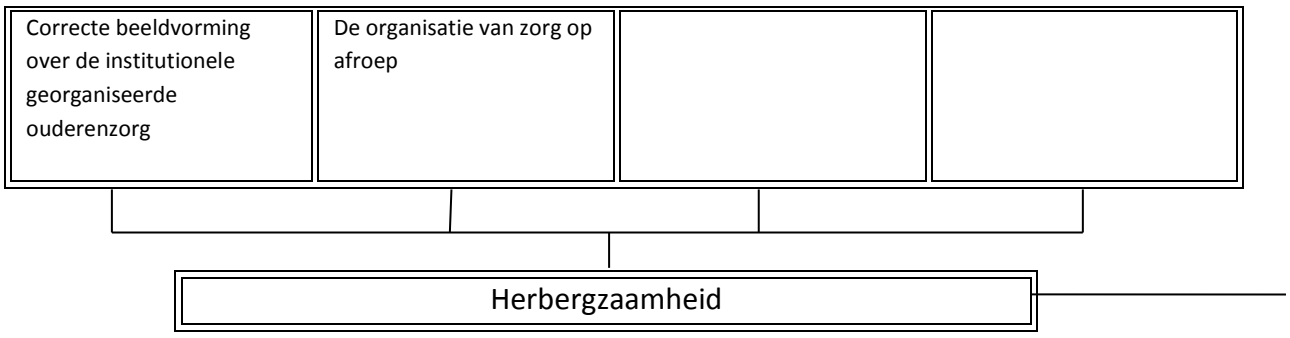
Hygiënische, fysieke en emotionele zorgverleneing Comfortzorg Bijhouden van een goed dossier Accuraat medicatiebeleid Tijdige en correcte diagnosestelling Afwezigheid van mishandeling en verwaarlozing	- hij is niet overbodig - hij heeft nog een rol in het leven - hij wordt niet verlaten Waardigheidsondersteun-ende zorg Zorg op maat: zorg die persoons- en context-gebonden wordt verleend Zorg die de zorgvrager het gevoel geeft dat hij gerespecteerd wordt in zijn unieke-mens-zijn Zorg die de zorgvrager in staat stelt om de regie over zijn leven te houden Zorg die de zorgvrager in staat stelt om zelf keuzes te maken Zorg waarbij de zorgvrager aangeeft wat voor hem 'goede' zorg is en wat de zorgverleners vinden dat - gegeven de context - 'goede' zorg is Zorg die de zorgvrager het gevoel geeft dat: - de samenleving nog om hem geeft - hij niet ervaart dat hij een last is voor anderen De houding van de zorg-verlener: - erkenning van de zorgvrager als een unieke persoon - bejegening van de zorgvrager als een subject van zorg - voorkomt reductie Zorgvrager wordt aange-sproken op zijn talenten, competenties en moge-lijkheden	Zorg die de zorgvrager het gevoel geeft dat hij verbonden is en blijft met zijn sociale netwerk Zorg die geïntegreerd wordt verleend Zorg die rekening houdt met wat er in het geheel van de zorgsituatie speelt	mededogen)

PERSPECTIEF VAN DE ZORGORGANISATIE

Institutioneel fatsoen	Lerende organisatie	Faciliterend management	Reflectieve professionaliteit
Zorg georganiseerd op een intermenselijke wijze en binnen een context die recht doet aan de zorgvrager Professionele zorg Meten van kwaliteit met objectieve en subjectieve indicatoren De aanwezigheid van een goed dossier Betrokken huisartsen Inzet van vrijwilligers Deugdelijk bestuur Transparantie	Zorg die vraaggestuurd en geïntegreerd wordt verleend Meten en registreren in de zorg die geen afbreuk doen aan de aandacht van de zorgverlener voor wat voor de zorgvrager echt van belang is Activiteitenaanbod aangepast aan de noden van de zorgvrager Kennis en initiatieven op het vlak van het zinvol ouder worden	Moderne, aantrekkelijke inrichting in de buurt, wijk Organisatie inbedden in de samenleving Organisatie organiseert zich zodanig dat: - de zorgvrager in de mogelijkheid wordt gesteld om verbonden te blijven met zijn sociaal netwerk - dat de zorgverleners in staat zijn het geheel te overzien van wat speelt voor de zorgvrager	Efficiëntie logica in een evenwichtige verhouding met de andere logica's Positief (vertrouwensvolle) imago Contacten en dialoog met alle belanghebbenden

PERSPECTIEF VAN DE OVERHEID/HET ZORGBELEID

Het nodige doen voor de burgers	Aandacht voor wat telt voor de burgers	Trouw en niet verlaten Faciliterende overheid	Reflectieve overheid
Voldoende middelen ter beschikking zodat er, waar nodig, voldoende zorgaanbod beschikbaar is (geen wachtlijsten) Mobiliseren van sociaal kapitaal	Beschikbaarheid van correcte informatie over de ouderenzorg, zodat de burger zelf gerichte keuzes kan maken Zorg die samenhangend, naadloos in elkaar overvloeit	Zorg die zich verbindt met het leven van de zorgvrager Zo lang als mogelijk, thuis in de vertrouwde omgeving Zorg die vermaatschappelijkt (waar mogelijk in de buurt, wijk, rekening houdende met het referentiekader van de burger)	Toezicht op verantwoorde zorg: doet de zorg wat ze beoogt te doen en wordt eventueel bijgestuurd, waar nodig



De bovenstaande figuur zou bij middel van verder onderzoek ongetwijfeld verder verfijnd kunnen worden. Deze eerste denkoefening maakt aantoonbaar dat er tussen de drie perspectieven een samenhang bestaat. Het management van een zorgorganisatie, alsook het sociale beleid gevoerd door politici kunnen 'goede zorg' ondersteunen, faciliteren, belemmeren of onmogelijk maken. Met andere woorden, als de politici niet in de mogelijkheid of bereid zijn om voldoende middelen te voorzien voor zorg, zal dit ontegensprekelijk ook een impact hebben op de kwaliteit van de zorg in het primaire zorgproces. Als de managers van de zorgorganisaties geen deugdelijk bestuur voeren, zal ook dit zijn weerslag hebben op de kwaliteit van de concrete zorgverlening.

Er wordt geen hiërarchie bepaald tussen de dimensies, noch de diverse gedetecteerde aspecten van 'goede zorg'. Allen dragen op hun specifieke wijze bij aan 'goede zorg'. Het enige wat hierover kan geconcludeerd worden is, dat het meso en het macro perspectief hoofdzakelijk de voorwaardenscheppende aspecten omvatten, die vaak de aspecten van 'goede zorg' in het micro perspectief mogelijk maken, ondersteunen, belemmeren of zelfs onmogelijk maken.

Het kan niet genoeg worden benadrukt dat zowel de zorgaanbieders, als de politici die het zorgbeleid vorm geven, voeling moeten hebben en houden met wat er zich afspeelt en in tel is in het primaire zorgproces, wil men een op de zorgvragers afgestemd zorgbeleid voeren dat door hen ervaren wordt als onderbouw van 'goede zorg'. Het is in dit kader belangrijk dat op een systematische en transparante wijze afgetoetst wordt of de verleende zorg en de organisatie van de zorg op meso en macro niveau zorgvragers (en hun sociaal netwerk) effectief helpen en/of ondersteunen en als 'goed' worden ervaren.

8.1.3.5. Aanvullingen op het zorgethisch kader van de voorstudie (goede zorg)

Uitgaande van het voorgaande wordt door de onderzoeker het zorgethische theoretische kader beschreven in de voorstudie aangevuld met enkele bijkomende theoretische uitgangspunten die bij de analyse van de data zichtbaar werden met betrekking tot het thema 'goede zorg':

- de normatieve invulling van het begrip 'zorg' heeft drie perspectieven: het primaire zorgproces en de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener (micro perspectief), de organisatie van de zorg in een zorgorganisatie (meso perspectief) en de organisatie van de zorg door de overheid binnen de samenleving in haar geheel (macro perspectief);
- tussen deze drie perspectieven bestaat een inhoudelijke verbinding;
- de oriëntatie op slechts één perspectief is onvoldoende om de normatieve dimensie van zorg in haar geheel in te schatten;
- een geïntegreerde normatieve invulling van het begrip 'zorg' veronderstelt een geïntegreerde benadering vanuit zowel het micro, meso, als macro perspectief;
- het effect van de in het onderzoek gedetecteerde en opgelijste aspecten van 'goede zorg' kan enkel vastgesteld worden in de ervaring van mensen in concrete zorgpraktijken.

8.1.4. Het toekomstig ouderenzorgbeleid

8.1.4.1. Inleiding

De resultaten van het onderzoek maken zichtbaar dat wat betreft 'goede zorg voor ouderen' de Vlaamse christen-democratische politici het concept van de vermaatschappelijking van de zorg als richtinggevend concept op de voorgrond plaatsen. De uitgangspunten van de vermaatschappelijking van de zorg sluiten in een belangrijke mate aan bij hun opvattingen over goede zorg, zoals beschreven vanuit het micro, meso en macro perspectieven enerzijds, en het waardenkader dat zij gemeenschappelijk delen (solidariteit, autonomie, betrokken zorg, menselijke waardigheid, vertrouwen, zorgzaamheid en zorg voor elkaar) anderzijds.

Het concept van de vermaatschappelijking van de zorg beoogt de zorg uitdrukkelijk terug een centrale plaats te geven in het leven van de mensen. De integratie van de zorg in de samenleving en dit bij voorkeur samengaand met een grotere autonomie van de zorgvrager is het uiteindelijke doel (Kwekkeboom: 2004[113]). Bij vermaatschappelijking wordt het belang van de verbondenheid tussen mensen benadrukt en gaat men ervan uit dat zorg in de vertrouwde omgeving en verleend door mensen die het meest dichtbij de zorgvrager staan, de grootste kansen biedt op kwaliteit van leven. De vraag stelt zich echter of het concept van de vermaatschappelijking van de zorg wel zo vanzelfsprekend is, als het op het eerste zicht lijkt (De Dijn: 2012[114]). Voor vele mensen is de zorg thuis in de vertrouwde omgeving verleend door personen die zij kennen, het behoud van de eigen regie en het zelfstandig kunnen leven waardevol en oprecht gewenst. Het concept lijkt dus tegemoet te komen aan een brede vraag die maatschappelijk én tegelijkertijd politiek leeft. Desalniettemin durven we toch, geïnspireerd door de resultaten van het onderzoek en geïnspireerd door de geconsulteerde literatuur, enkele kritische reflecties en kanttekeningen formuleren. Deze maken aantoonbaar dat het concept verregaande gevolgen heeft voor de samenleving in het algemeen, en voor de burgers in het bijzonder. En, veronderstelt een behoedzame

[113] Kwekkeboom, R., (2004). De waarde van Vermaatschappelijking. Openbare les gegeven ter gelegenheid van de feestelijke opening van het lectoraat 'Vermaatschappelijking in de Zorg', Avans Hogeschool, Breda, p. 10.
[114] De Dijn, H. (2012). Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij. Acta Medica Catholica, Vol. 80, N° 1 (2012), p. 4- 9. (http://www.kerknet.be/microsite/smslgv/content.php?ID=22176)

implementatie, wil men voorkomen dat vermaatschappelijking van zorg niet resulteert in verschraling van zorg of nieuwe vormen van uitsluiting of marginalisering.

8.1.4.2. Vermaatschappelijking van (ouderen-)zorg, geen vanzelfsprekend concept

Het concept van vermaatschappelijking van de zorg ambieert een antwoord te bieden aan de negatieve gevolgen van een té ver doorgeschoten verzorgingsstaat. In het concept van de verzorgingsstaat werden heel wat zorgtaken van de burgers overgenomen, zodat ze er zich uiteindelijk ook niet meer verantwoordelijk voor voelden. Het concept van de vermaatschappelijking van de zorg ondersteunt de toenemende vraag van de burgers om het eigen leven zoveel als mogelijk naar eigen inzicht in te richten, ook én vooral wanneer men afhankelijk is van de zorg van anderen. Vermaatschappelijking van zorg streeft ernaar mensen met een zorgvraag zoveel als mogelijk kansen te bieden om te participeren aan de samenleving en een zo gewoon mogelijk leven te laten leven (Kwekkeboom: 2004[115]). Bovendien is de thuiszorg een breed gedragen ideaal dat direct samenhangt met de overtuiging dat informele zorg kwalitatief beter is dan professionele zorg.

De vraag stelt zich of het bij de keuze voor de vermaatschappelijking van de zorg om een zorgvuldig uitgekiend concept gaat dat aansluiting vindt bij een ideologie, of gaat het eerder om een concept dat om pragmatische redenen de burgers beoogt te mobiliseren om de vele (toekomstige) zorgvragen het hoofd te bieden (De Dijn: 2012[116])? Door de toenemende vergrijzing, de hoge kosten van de zich steeds verdere ontwikkelende medische wetenschap en technologie en de huidige economische crisis staat de financiële haalbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheids- en welzijnszorg stevig onder druk. Komt het een overheid (en, dus ook de politiek) niet juist goed uit dat het concept van de vermaatschappelijking van de zorg voor ouderen op dit ogenblik naar voren wordt geschoven als te realiseren concept dat normatief beoordeeld wordt als een aspect van 'goede zorg'?

Het is nobel en correct om burgers minder afhankelijk te maken van de verzorgingsstaat, maar moet men er ook niet op toezien dat de staat, omdat hij het zelf niet kan bolwerken, bepaalde van zijn kerntaken en -verantwoordelijkheden begint over te laten aan de burgers of de markt? Vertrekt het concept niet te veel vanuit het perspectief van de overheid en te weinig vanuit het perspectief van de burger? Stoot de overheid haar verantwoordelijkheden niet af door te claimen dat deze bij de burger en de zorgaanbieders liggen? En, is het uitgangspunt van vermaatschappelijking van zorg wel een afweging voor alle burgers? Hebben bepaalde groepen van mensen in de samenleving juist geen nood aan een staat die voor hen zorg draagt, omdat ze om welke reden ook geen zorg kunnen dragen voor zichzelf en/of geen sociaal netwerk hebben dat voor hen kan zorgen? Wat te denken van de vele professionals die moeten vaststellen dat hun zorgtaken geen professionele aanpak

[115] Kwekkeboom, R., (2004). De waarde van Vermaatschappelijking. Openbare les gegeven ter gelegenheid van de feestelijke opening van het lectoraat 'Vermaatschappelijking in de Zorg', Avans Hogeschool, Breda, p. 10.
[116] De Dijn, H. (2012). Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij. Acta Medica Catholica, Vol. 80, N° 1 (2012), p. 4- 9. (http://www.kerknet.be/microsite/smslgv/content.php?ID=22176)

behoeven? Hebben zij zich in het verleden ten onrechte met zulke taken beziggehouden (Tonkens en Duyvendak: 2013[117])?

Ten gronde gaat het bij vermaatschappelijking van de zorg over een herverdeling van de rollen, zorgtaken en -verantwoordelijkheden op het vlak van de zorg voor mensen. *De burger* wordt verondersteld meer zorgverantwoordelijkheden op te nemen voor zichzelf en voor anderen. Met andere woorden, hij moet in de eerste plaats voor zichzelf zorgen en bij problemen een beroep doen op zijn familie, buurt, en, pas wanneer dit alles onvoldoende blijkt, aanvullend op professionele hulp. Het veronderstelt ook actieve engagementen van de burgers om de buurtverbondenheid te versterken door het nemen van gemeenschappelijke initiatieven, zoals bijvoorbeeld een buurtrestaurant dat wordt gerund door vrijwilligers. *De zorgaanbieders* worden verondersteld meer aan deugdelijk bestuur te doen en de kwaliteit van hun zorgverlening te evalueren en aantoonbaar te maken aan de hand van door de overheid opgelegde kwaliteitsindicatoren. Van hen wordt verwacht dat ze zichzelf en hun maatschappelijke opdracht continue legitimeren. En, tenslotte, *de* (steeds kleiner wordende en efficiënter werkende) *overheid*, die zal nog enkel sturen op de grote lijnen en waken op de doelen en de resultaten.

Bij de herschikking van de rollen, zorgtaken en – verantwoordelijkheden stoten we op een impliciete tegenstelling. Enerzijds sluit de ideologie van de terugtreden overheid en de autonome, onafhankelijke burger, die vrij kan kiezen, aan bij de kerngedachten van het neo-liberalisme. Anderzijds wordt van diezelfde burger ook verwacht dat hij (nog meer als voorheen) vanuit een solidariteitsgedachte zorg draagt voor anderen, wat dan weer meer aanleunt bij het sociaal-democratische gedachtegoed (Veldheer e.a. : 2012[118]). Hoe vallen deze twee uitgangspunten met elkaar te rijmen? En, bovenal, hoe zullen de burgers dit oppakken (of, niet [kunnen]oppakken)? En, welke burgers zullen deze vraag naar 'meer zorg voor elkaar' uiteindelijk opnemen: vrouwen, laaggeschoolden, werklozen, migranten, kansarmen,…. En, welke zullen hiervan vrijgesteld worden: mannen, hooggeschoolden, actieve, blanken, rijken, ….? (Tronto: 2013[119]). Verwijst vermaatschappelijking van de zorg niet naar een (te) groot vertrouwen in de burger en een naïef geloof in de maakbaarheid van de samenleving? Zal het concept op termijn de maatschappelijke tweedelingen tussen zij die zorg kunnen inkopen (via de markt) en zij die dit niet kunnen (en, dus dit zelf moeten opnemen) eerder verscherpen, dan afzwakken? Valt niet te vrezen dat de vermaatschap-pelijking van de zorg de onrechtvaardige en ongelijke verdeling van zorgtaken eerder zal doen toenemen, dan wel afnemen (Tronto: 2013[120]). Achter de warme taal van eigen kracht en fijn-samen-voor-elkaar-doen gaat een tamelijk dingende agenda schuil met al dan niet bedoelde gevolgen voor de sociale verhoudingen en met talrijke onbenoemde risico's (Tonkens en Duyvendak: 2013[121])

[117] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 246.
[118] Veldheer, V., Jonker, J.-J., van Noije, L. en Vrooman, C., (2012). Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Planbureau, De Haag, p. 14-17.
[119] Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London, 148.
[120] Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London, 139-183.
[121] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red).

Het concept van de vermaatschappelijking van de zorg schrijft ook expliciet voor wat maatschappelijk wenselijk is: wil men de zorg toekomstbestendig en haalbaar blijven houden, dan moet men zorg dragen voor zichzelf en voor elkaar en kan enkel beroep gedaan worden op professionele zorg, als het echt niet anders kan. Respondent A verwoordt dit onder het concept van de 'getrapte zorg' en respondent B onder het concept van de 'concentrische cirkels'. Het minste wat men hierbij kan vaststellen, is dat het concept normerend en tegelijkertijd disciplinerend is (De Dijn: 2012[122]). De overheid stelt grenzen aan wat burgers van haar mogen verwachten en voedt de burgers op met een nieuwe moraal (Tonkens en Duyvendak: 2013[123]). Terecht kan men zich hierbij de vraag stellen of de overheid de burgerpreverenties vormt, dan volgt.

We stuiten eveneens op de vraag naar wat te doen met zorgafhankelijke burgers die niet voor zichzelf kunnen of willen zorgen of geen of slechts een zeer beperkt sociaal netwerk hebben waarop ze kunnen terugvallen? Houdt het concept van de vermaatschappelijking van de zorg hiermee wel voldoende rekening? Schuilt er geen gevaar op culpabilisering, exclusie, discriminatie of marginalisering van (opnieuw) de meest kwetsbare burgers uit de samenleving? Welke zorgtaken zal de overheid voor deze burgers (blijven én willen) opnemen? Worden deze burgers "geïndiceerd' voor opname in residentiële zorgvormen, waar men als samenleving niet toe bereid is om veel in te investeren (middelen en kwaliteit van zorg), want niet horend tot de maatschappelijke norm? En, tenslotte, zal het bij deze zorgafhankelijke burgers geen aanleiding geven tot een verhoogd schuldgevoel of een gevoel 'tot last te zijn' voor de samenleving?

De verzorgingsstaat werd gekenmerkt door een té groot 'paternalisme' en betutteling vanwege de overheid en de zorgaanbieders ten aanzien van de zorgafhankelijke burgers. Zij beslisten wat er goede zorg was voor de burgers. De *dark side* van de vermaatschappelijking van de zorg zou wel eens het 'parochialisme' (Tronto: 2013[124]) kunnen worden, wat staat voor een betutteling van de zorgafhankelijke burger door een kleine groep van burgers (familie, buurt, (lokale) gemeenschap) die voor hen zullen bepalen wat goed of slecht is. Lopen we hier niet het risico de ene vorm van betutteling te vervangen door een andere vorm?

8.1.4.3. <u>Vermaatschappelijking van (ouderen-) zorg komt écht niet van zelf</u>

Er wordt stil gestaan bij de kernvraag wat de vermaatschappelijking van zorg concreet betekent voor de praktijk van de zorg. Welke randvoorwaarden dienen er vervuld te zijn, wil het concept niet stranden en vast blijven zitten in het romantisch beeld van een liefdevolle, zorgzame samenleving waar iedereen voor iedereen onvoorwaardelijk en belangeloos zorg

---

De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 247.

[122] De Dijn, H. (2012). Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij. Acta Medica Catholica, Vol. 80, N° 1 (2012), p.6. (http://www.kerknet.be/microsite/smslgv/content.php?ID=22176)

[123] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 244.

[124] Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London, 63.

voor elkaar draagt? Want, men kan er niet omheen: vermaatschappelijking van de zorg rekent behoorlijk hard op de bereidwilligheid en de mogelijkheden van de burgers om (nog) meer als voorheen zorg voor zichzelf en voor elkaar te dragen. Dit vraagt behoorlijk wat van de burgers, want het gaat samen met een ingrijpende paradigmashift in het denken en doen rond zorg. De zorgafhankelijke (oudere) burger moet in de eerste plaats voor zichzelf zorgen en bij problemen een beroep doen op zijn familie, buurt, en, pas wanneer dit alles onvoldoende blijkt, aanvullend op professionele hulp.

Twee reeksen van kritische vragen stellen zich. *Ten eerste*: willen zorgafhankelijke burgers wel afhankelijk zijn van de zorg van hun familie, vrienden of buurt? Wordt afhankelijkheid van de overheid per se als ongewenst ervaren? Mogelijks beleeft men de afhankelijkheid van de familie wel als ongepast (Tonkens en Duyvendak: 2013[125]). Is men niet eerder geneigd om professionele zorg in te kopen, dan afhankelijk te zijn van zorg verleend door mensen die hen heel nabij zijn? Of moeten zij niet ten minste mogen kiezen? Met andere woorden: in welke mate houdt het concept van de vermaatschappelijking van de zorg rekening met de vrijheid van mensen om ook te kiezen om niet te worden verzorgd door hun familie, kennissen of buren? Zal de toenemende nadruk op het belang van de thuiszorg finaal de ene afhankelijkheid (van de zorgorganisaties, de overheid) niet inruilen voor de andere (afhankelijkheid van het sociale netwerk)? *Ten tweede:* de vraag stelt zich naar de bereidheid en/of de mogelijkheid van de burgers om zorg te verlenen aan familieleden, vrienden en/of buren? Hebben de burgers de vrije keuze om zorg te verlenen of worden ze hiertoe verplicht (zorgplicht)? Bij zorg gaat het om relatie, nabijheid, aandacht, responsiviteit én tijd. Zijn deze toereikend aanwezig? Stelt men zich bij het promoten van het concept wel voldoende de vraag naar hoe het staat met de huidige sociale samenhang en onderlinge verbondenheid van mensen in de samenleving? Is deze op dit ogenblik genoeg voorhanden om zorg te dragen voor zorgafhankelijke personen? En, als die voorhanden is, is er nog de vraag of mantelzorg in combinatie met werk en gezin, wel mogelijk is? Wat te denken van de beschikbare tijd en de noodzakelijke competenties om deze zorg te verlenen?

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de geïnterviewden niet nadrukkelijk omschrijven wat er kan worden gedaan om de burgers in de mogelijkheid te stellen de aan hen maatschappelijk toevertrouwde zorgtaken en –verantwoordelijkheden waar te maken. Slechts één respondent vond dat de overheid initiatieven en contexten diende te ondersteunen die de burgers onderling met elkaar verbinden, zodat zorgen voor elkaar meer onderdeel van het leven kan worden. Hij suggereerde dat er 'misschien' eens moest gesproken worden over de combinatie gezin en werk.

Wil men de doelstellingen van de vermaatschappelijking van de zorg echt waarmaken, dan zal de overheid (en, dus de politiek), naar onze mening, echter verregaande structurele maatregelen moeten nemen. Het concept heeft immers een belangrijke impact op de structuur van de samenleving. Diverse initiatieven zullen moeten worden opgezet of

[125] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 236..

ondersteund, en dit niet enkel binnen het domein van het zorgbeleid, maar evenzeer binnen àlle bevoegdheidsdomeinen die een impact hebben op het al dan niet waarmaken van de vooropgestelde ambities. De paradigmashift die met het concept van de vermaatschappelijking van de zorg samengaat, veronderstelt minstens het herdenken van het huidige economische systeem en de daarmee samengaande arbeidsorganisatie. Mensen die bereid zijn om zorgtaken op te nemen, moeten deze ook effectief kunnen opnemen en hiervoor maatschappelijk erkend en gewaardeerd worden. Niet enkel het 'recht op zorg', maar evenzeer het 'recht op zorg verlenen' in aanvaardbare omstandigheden, dient maatschappelijk te worden gevrijwaard. Het is te gemakkelijk enkel zorgtaken en – verantwoordelijkheden te herschikken en toe te wijzen aan de burger, zonder na te gaan of én welke bronnen er zijn om deze op te nemen.

Het is duidelijk: vermaatschappelijking van de zorg komt niet van zelf. Of nog anders geformuleerd: voor vermaatschappelijking van de zorg is meer nodig dan een eigen huis. (Verplanke en Duyvendak: 2010[126]). Het vraagt om een voorwaardenscheppende kader waarbinnen de lusten en de lasten van zorg op een rechtvaardige wijze verdeeld worden (Tronto: 2013[127]). Het rekent op zorgzame burgers en zorgaanbieders die bereid zijn om hun zorgverantwoordelijkheden op te nemen, maar ook op een sterke én zorgzame overheid die hen hierbij faciliteert, ondersteunt en waardeert. Het vraagt om een overheid die erkent en aanvaardt dat er grenzen zijn aan het zorgen voor elkaar en die voorziet in voldoende passende professionele, kwaliteitsvolle, toegankelijke - al dan niet collectieve – woonzorgvormen, waarop zorgafhankelijke burgers vertrouwensvol een beroep kunnen doen. Bij vermaatschappelijking van de zorg gaat het niet om een 'zero sum game' (Veldheer ea. : 2012[128]): het gaat om een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid én van de burger, én van de zorgaanbieders én van de overheid.

8.1.4.4. Vermaatschappelijking van (ouderen-)zorg 1.0.

De '*bright side'* van de vermaatschappelijking van zorg staat voor een zorgafhankelijke burger die de regie over zijn leven, zorg en eigenwaarde behoudt, gerichte keuze kan maken en zonder meer opgevangen en verzorgd wordt door zijn sociaal netwerk. Uit de voorgaande kritische vraagstelling mag het ondertussen duidelijk zijn dat dit een eerder naïeve droom beeld is. De '*dark side'* van de vermaatschappelijking van zorg is niet gering en wordt in verband gebracht met het inruilen van de ene vorm van afhankelijkheid met een andere (afhankelijkheid van professionele zorg naar afhankelijkheid van mantelzorg), mishandeling en misbruik, ontspoorde mantelzorg, vereenzaming, schaamte om zorg te vragen, schuld en angst om tot last te zijn van de omgeving (Tonkens en Duyvendak: 2013[129]). Zonder een actieve, zorgzame overheid zal het concept van de vermaatschappelijking van de zorg en de

[126] Verplanke, L. en Duyvendak, J.W., (2010).Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking. Uitgeverij Amsterdam Universiteit Press: Amsterdam.
[127] Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London, 139-182.
[128] Veldheer, V., Jonker, J.-J., van Noije, L. en Vrooman, C., (2012). Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Planbureau, De Haag, p. 299.
[129] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 233- 248.

daarbij samengaande hervormingen leiden tot ingrijpende verschraling van het leven en de zorg van zorgafhankelijke, kwetsbare mensen.

Vermaatschappelijking van zorg kan met de hulp van het zorgethisch gedachtegoed verder worden doorgedacht dan het discours over de actieve, participerende burger, de betaalbaarheid van de zorg, de (her-) verdeling van de zorgverantwoordelijkheden, de terugtredende overheid of de plaats waar de zorg dient te worden verleend (thuis of in een zorgvoorziening). We nemen het overheidsperspectief van de vermaatschappelijking van de zorg in het vizier en doen een denkoefening naar wat het zou kunnen betekenen, indien we hieraan zorgethische uitgangspunten zouden verbinden. We maken hierbij gebruik van het ethisch model van Tronto, waarin vijf fasen van de zorgproces worden beschreven (Tronto: 2013[130]).

Wat als….. het concept van de vermaatschappelijking van de zorg zou verrijkt worden met basisprincipes van de zorgethiek?

Caring about:

- dan heeft de overheid in haar beleidsvoering vooreerst *aandacht* voor wat er speelt bij de zorgvrager en zijn sociaal netwerk en, wat er kan, wat men wil én zou moeten gebeuren. Er wordt hierbij niet eenzijdige ingezet op zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en mantelzorg. Afhankelijkheid en kwetsbaarheid, relatie en context (de vier sleutelwoorden van zorg) worden niet over het hoofd gezien en mee in rekening genomen bij het detecteren van de persoons- en contextgebonden noden (zie ook hiervoor bij Baart: 2013[131]);
- dan krijgen *morele aspecten* van de zorg voor zorgafhankelijke, kwetsbare mensen een plaats in het collectieve zorgbeleid: zorg gaat immers ook om mededogen, geappelleerd worden, verantwoordelijkheid aanvaarden, bescherming bieden, beslissingen zo nodig overnemen (Baart: 2013[132]).

Taking care of:

- dan wordt '*zorg' als maatschappelijke waarde* geïntegreerd in alle beleidsdomeinen;
- dan zorgt de overheid voor *een zorgbeleid* (financiering en zorgorganisatie) *afgestemd op de reële zorgvragen* van de zorgafhankelijke burgers, dat hen in de mogelijkheid stelt om in alle vrijheid keuzes te maken die aansluiten bij hun behoeften en mogelijkheden, én die van hun mantelzorgers;
- dan zorgt een doorgedreven *inclusief overheidsbeleid* ervoor dat zorgafhankelijke, kwetsbare mensen, indien zij hiertoe in staat zijn, in de mogelijkheid worden gesteld om de regie over hun eigen leven en zorg te houden of te herwinnen en dit binnen de omgeving van hun keuze, zonder dat ze het risico lopen op onderzorg of uitsluiting, of hiervoor buitensporige bedragen moeten betalen;

[130] Tronto, J., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York Universitu Press: New York and London, p. 22-23.
[131] Baart, A. en Carbo, C., (2013). De zorgval. Analyse, kritiek en uitzicht? Uitgeverij Thoeris: Amsterdam, p. 103.
[132] Baart, A. en Carbo, C., (2013). De zorgval. Analyse, kritiek en uitzicht? Uitgeverij Thoeris: Amsterdam, p. 103.

- dan zorgt de overheid voor een *ondersteunend beleid* dat de *sociale samenhang*, de buurtverbondenheid versterkt.

Care-giving:

- dan zal de *zorgzame overheid* zich *actief* moeten *inzetten* om de burgers te mobiliseren, aan te moedigen, te coachen en te begeleiden (Tonkens en Duyvendak[133]) in een geleidelijk proces van vermaatschappelijking van zorg. Het is niet omdat de overheid (de politiek) het concept van de vermaatschappelijking van de zorg propageert, dat de noodzakelijke paradigmashift en veranderingen vanzelf wel plaats zullen grijpen;
- dan (h-)erkent de overheid *de begrensdheid* van de mogelijkheden van zorgafhankelijke, kwetsbare mensen om persoonlijk verantwoordelijkheid te dragen voor hun zorg, zonder hen hierbij maatschappelijk te culpabiliseren, te marginaliseren of uit te sluiten;
- dan (h-) erkent de overheid *de begrensdheid* van de mogelijkheden van de mantelzorger(-s) om verantwoordelijkheid te dragen voor de zorg van een familielid of naaste;
- dan zorgt de overheid ervoor dat de professionele zorgverlening *geïntegreerd* wordt verleend aan de zorgvrager;
- dan zorgt de overheid ervoor dat de *zorg* aan zorgafhankelijke, kwetsbare mensen zich kan *verbinden* met hun leven, hun vertrouwde omgeving en sociale contacten;
- dan ziet de overheid erop toe dat afhankelijke, kwetsbare mensen die geen zelfzorg kunnen opnemen en op geen sociaal netwerk kunnen terugvallen kunnen beroep doen op een *kwaliteitsvolle, betaalbare en waardigheidsondersteunende zorg*;
- dan zorgt de overheid voor een beleid dat het *vrijwilligerswerk* waardeert, stimuleert en ondersteunt;
- dan ziet de overheid erop toe dat er *voldoende en competente professionele zorg* beschikbaar is binnen de diverse zorgvormen: thuis, residentieel en het ziekenhuis en complementair of vervangend aan de zelfzorg en/of mantelzorg;
- dan zorgt de overheid dat in de opleidingstrajecten voor zorgberoepen naast het professionele vaardigheden en professionele grondhoudingen, *competenties* worden aangeleerd *op vlak van zorgethiek en reflectieve zorg*;
- dan zorgt de overheid erop toe dat *zorg geen 'gunst' is, maar een 'recht'*
- dan zorgt de overheid dat er naast het 'recht op zorg' ook het '*recht om te mogen zorgen* [in aanvaardbare omstandigheden]' bestaat;
- dan geeft men op allerlei manieren blijk van erkenning en waardering aan *de mantelzorg* voor hun belangwekkende matschappelijke bijdrage.

[133] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 238.

Care-receiving

- dan ziet de overheid erop toe dat de zorgverleners en de zorgorganisaties samen met de zorgvrager en/of zijn mantelzorgers *de verleende zorg evalueren*: was de zorg voldoend, succesvol, compleet, naar verwachting, respectvol?;
- dan zorgt de overheid ervoor dat op een gestructureerd wijze haar inclusief *zorgbeleid geëvalueerd* wordt;
- dan is de overheid *ontvankelijk voor een consequente bijsturing* van haar zorgbeleid in functie van de gedetecteerde noden van de zorgafhankelijke, kwetsbare mensen in de samenleving.

Caring with

- dan bouwt, handhaaft, verdedigt en transformeert de overheid een welzijns- en gezondheidszorgbeleid dat het *samenleven en samen zorg dragen voor elkaar mogelijk is* en gemeenschap gerealiseerd wordt;
- dan zorgt men voor een sociaal beleid dat voorziet in *een rechtvaardige en gelijke verdeling van de lusten en lasten* van de zorg over gender, ras, inkomen, ….. Hier worden expliciet alle burgers aangesproken. Zonder bijkomende correcties in het zorgbeleid loopt de vermaatschappelijking van de zorg het risico op een toenemende maatschappelijke ongelijkheid, zowel tussen de seksen als tussen de sociale klassen (Tonkens en Duyvendak: 2013)[134].

8.1.5. Aanbevelingen

Aan de hand van de bevindingen en de inhoud van de discussie worden aanbevelingen geformuleerd voor verder onderzoek met betrekking tot de zorgethiek en voor de Vlaamse christen-democratische partij (CD&V):

8.1.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek op vlak van zorgethiek:

1. onderzoek naar de onderlinge samenhang van de verschillende perspectieven en aspecten die een normatieve invulling kunnen geven aan het begrip ‘zorg’. Zou hiertoe een theoretisch én praktisch kader kunnen worden ontwikkeld?;
2. onderzoek naar de mate waarin zorgafhankelijke, kwetsbare mensen de waarden die men middels zorg wil verwerkelijken ook effectief ervaren in de concrete zorgpraktijk;
3. onderzoek naar de geleefde ervaringen van zorgafhankelijke, kwetsbare mensen bij vermaatschappelijking van zorg – wat betekent het voor hen om in een thuissituatie verzorgd te worden door familie vrienden en/of buren?
4. onderzoek naar het effect van beleidsmaatregelen op het vak van sociale samenhang, buurtverbondenheid op de zorg-voor-elkaar;
5. onderzoek naar het effect van vermaatschappelijking van de zorg op de maatschappelijke en gender ongelijkheid;

[134] Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 243 – 245.

6. onderzoek naar de wijze waarop, zorg als maatschappelijke waarde, kan worden geïntegreerd binnen alle beleidsdomeinen;
7. onderzoek naar de opzet, mogelijkheden en beperkingen van een zorgeffectenrapport dat bij nieuwe wetten en decreten of bij de invoering van nieuwe maatregelen nagaat in welke mate deze de zorg van de burgers voor zichzelf of voor elkaar faciliteert en ondersteunt, dan wel bemoeilijkt, verhindert of onmogelijk maakt.

8.1.5.2. Aanbevelingen voor de Vlaamse christen-democratische partij:

1. omschrijf, alvorens de aspecten van 'goede zorg' te identificeren, wat men onder het begrip 'zorg' verstaat, welke betekenis (-sen) men eraan geeft;
2. beoordeel 'goede zorg' niet enkel vanuit één perspectief, maar vanuit het micro, meso en macro perspectief en ontdek de mogelijke verbanden tussen deze perspectieven;
3. ga het maatschappelijk debat aan over de veranderingen, de mogelijkheden en de risico's die samengaan met de vermaatschappelijking van de zorg (zorg voor democratische legitimatie);
4. erken dat bij de implementatie van het concept van de vermaatschappelijking van de zorg een paradigmashift en ingrijpende, riskante maatschappelijke veranderingen noodzakelijk zijn;
5. durf aan de burgers en de zorgaanbieders eerlijk en transparant te communiceren wat het concept van de vermaatschappelijking van de zorg inhoudt, wat de drijfveren zijn om het te prefereren als model voor het toekomstig ouderenzorgbeleid, op welke wijze deze zal worden ingevoerd en op welke wijze zorgafhankelijke burgers zonder zelfzorg en mantelzorg zullen worden opgevangen, begeleid en verzorgd;
6. durf bij de besluitvorming rond de toewijzing van de zorgtaken en –verantwoordelijkheden na te gaan of deze toewijzing gebeurt volgens de democratische beginselen van inspraak, rechtvaardigheid, gelijkheid en respect voor de vrijheid van elke burger;
7. zie erop toe dat de toegewezen zorgtaken en – verantwoordelijkheden ook echt en goed opgenomen worden en vang op of stuur bij, waar nodig;
8. durf het politieke debat aan te gaan over het herdenken en hertekenen van de huidige sociale en economische organisatie en de daarbij bijhorende paradigma's en instituten, zodat burgers zorgtaken kunnen en mogen opnemen, naast hun andere taken;
9. maak de waarden van 'verbondenheid' en 'zorgen voor elkaar' concreet, haal ze uit hun wollige sfeer en maak aantoonbaar met concrete initiatieven en maatregelen hoe deze waarden van het wensenlijstje naar de praktijk zullen worden omgezet;
10. voorzie niet enkel in het 'recht op zorg', maar evenzeer in het 'recht op zorg verlenen';
11. discrimineer, marginaliseer of culpabiliseer niet de burgers die niet willen of kunnen zorg dragen voor zichzelf of voor anderen;
12. voorzie in verschillende wegen om aan de noden van zorgafhankelijke burgers tegemoet te komen;
13. dwing niemand om zoveel zorgwerk te verrichten, zodat hij geen enkele ruimte meer heeft in zijn persoonlijke leven dan deze van de zorgcirkel waarin hij zich bevindt;

14. blijf ijveren voor beschikbare, kwaliteitsvolle en toegankelijke professionele zorg: al dan niet aanvullend op de zelfzorg en de mantelzorg, al dan niet in collectieve woonzorg-vormen;
15. introduceer 'vermaatschappelijking van de zorg' als een maatschappelijke waarde op alle beleidsniveaus en domeinen. Ga bij de opmaak van nieuwe wetten en decreten of bij de invoering van nieuwe maatregelen aan de hand van een 'zorgeffectenrapport' steeds na in welke mate deze de zorg van de burgers voor zichzelf of voor elkaar faciliteert en ondersteunt, dan wel bemoeilijkt, verhindert of onmogelijk maakt.

8.2. Methodologische en ethische aspecten van het onderzoek

8.2.1. Inleiding

De onderzoeker is er zich bewust van dat er kritische kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij de opzet van het onderzoek en de wijze waarop de analyse van de gegevens werd uitgevoerd. Zijn onervarenheid in het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek zal hierbij ontegensprekelijk parten hebben gespeeld. In de hierna volgende tekst worden opeenvolgend de volgende aspecten besproken: de betrouwbaarheid van de resultaten, de geldigheid van de bevindingen, de geloofwaardigheid van het onderzoek, de anonimiteit en vertrouwelijkheid van het onderzoeksmateriaal en, tenslotte de ethische overwegingen.

8.2.2. Betrouwbaarheid van de resultaten

Bij het verzamelen en verwerken van data van kwalitatief onderzoek wordt de vraag gesteld naar de betrouwbaarheid en de geldigheid van de verzamelde gegevens. Patton schrijft dat de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek afhankelijk is van drie te onderscheiden, maar gerelateerde drie elementen (Patton, 2002[135]):

1. een zorgvuldige onderzoeksmethode die data oplevert van een hoge kwaliteit;
2. de geloofwaardigheid van de onderzoeker;
3. het geloof in de meerwaarde van kwalitatief onderzoek.

Voor wat betreft de zorgvuldige onderzoeksmethode verwijzen we naar hoofdstuk 6 van dit rapport.

De onderzoeker heeft de gegevens bekomen uit de interviews geanalyseerd bij middel van de van een Grounded Theory Inspired benadering. Op twee plaatsen in het onderzoek komt het cyclische aspect, kenmerkend voor deze benadering, tot uiting. De eerste plaats betreft de (eerder) beperkte bijsturing van de topics van de vragen van het semi-gestructureerde interview na afname van elk interview. De tweede plaats situeert zich in de fase van de analyse van de gegevens waar op een diepgaande en intense cyclische wijze de verzamelde data werden geanalyseerd en vergeleken. De gegevens verzameld binnen elk interview werden open, axiaal en selectief gecodeerd. Vervolgens werden de geanalyseerde gegevens van elk interview vergeleken met deze van de andere interviews met als doel te komen tot

[135] Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: California/London/New Delhi, p. 552-553.

algemeen geldende uitspraken over het materiaal aangereikt door de respondenten. Deze cyclische werkwijze werd, overwegende het geringe aantal interviews, uitgevoerd bij middel van een excell-bestand.

Wij zijn ervan overtuigd dat wanneer dezelfde onderzoeksbenadering zou worden toegepast binnen eenzelfde onderzoekscontext door een andere onderzoeker dezelfde vaststellingen zouden worden gemaakt. De leden van de klankbordgroep bevestigden dat zij geen ruis op de geanalyseerde gegevens hebben vastgesteld. Met andere woorden, zij beaamden dat de opbouw van de resultatensectie wat betreft de thema's te volgen was, dat de onderzoeker de juiste keuze van onderwerpen uit de interviews had gehaald en correct had geïnterpreteerd en dat de weerhouden citaten de tekst van de onderzoeker voldoende onderbouwden.

De klankbordgroep was van mening dat het empirische materiaal sterk genoeg was om de door de onderzoeker gevolgde redeneerlijn te bewijzen, maar verzochten hem echter om binnen de verzamelde data nog meer verbanden te leggen en eigen reflecties toe te voegen. Deze aanbevelingen werden door de onderzoeker ook ter harte genomen bij de verdere analyse.

Voorbehoud wordt gemaakt wat betreft de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek. Overwegende het beperkte aantal interviews durven we niet concluderen dat onze bevindingen ook opgaan voor alle politici leden van de Vlaams christen democratische partij.

Bij de evaluatie van de betrouwbaarheid van het onderzoek dient tevens een kanttekening te worden gemaakt. De onderzoeker/interviewer was geen onbekende voor drie van de vier geïnterviewden/respondenten. De onderzoeker heeft binnen het domein van het Vlaams ouderenbeleid diverse publicaties uitgebracht, zelf initiatieven opgezet en meegewerkt aan beleidsvoorbereidend werk . De onderzoeker gaf dus zelf enige ruchtbaarheid zijn opvattingen over 'goede ouderenzorg'. Het voordeel hiervan kan geweest zijn dat de geïnterviewden op een open, ongedwongen en authentieke wijze de gestelde vragen hebben beantwoord. Het nadeel hiervan kan echter geweest zijn dat de geïnterviewden mogelijks hun antwoorden georiënteerd hebben naar wat verwacht/wenselijk was in het kader het onderzoek. Zo stellen we vast dat tijdens de interviews de interviewer door enkele geïnterviewden voor bepaalde onderwerpen werd gepolst naar zijn persoonlijke mening. Enkele keren werd de interviewer tijdens het interview betrapt op het spontaan aanbrengen van zijn eigen mening.

8.2.3. Geldigheid van de bevindingen

De geldigheid van het onderzoek verwijst naar de vraag of de interpretaties die de onderzoeker maakt van zijn data overeenstemmen met de gegevens die hij heeft verzameld[136]. Om de geldigheid van het onderzoek te vrijwaren is volgens Patton (Patton:

[136] Mortelmas, D. (2009). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Uitgeverij Acco:Leuven, p. 436.

2002[137]) het noodzakelijk dat diverse observaties, theorieën, methoden, en gegevensbronnen met elkaar gecombineerd worden. Op deze wijze vermijdt men de intrinsieke beïnvloeding (bias) die voortkomt uit enkelvoudige methoden, observaties en theorieën.

Om de geldigheid van de onderzoeksbevindingen te bevestigen (binnen het beschikbare tijdsbestek van het onderzoek) werden in het onderzoek de volgende vormen van triangulatie toegepast (Patton, 2002)[138]:

1. methodentriangulatie of het verzamelen van gegevens uit verschillende methodes, met name: de gegevens uit het semi-gestructureerd interview, de analyse van de gegevens geïnspireerd door de Grounded Theory benadering en verwerkt aan de hand van de kwalitatieve analyse gids van Leuven, de aanwending van de methode van de Discrete Choice Methode en de organisatie van een klankbordgroep. Deze benaderings- en werkmethoden vullen elkaar aan en zorgden ervoor dat de onderzoeker een breder en diepgaander inzicht kreeg in de opvattingen en ervaringen van de geïnterviewde personen;
2. bronnentriangulatie : de toetsing van de gegevens bekomen uit de interviews en de klankbordgroep met de eigen persoonlijke notities van de onderzoeker.
3. theorietriangulatie of het gebruik van diverse theorieën (literatuurbronnen) bij het analyseren van de gegevens.

Bij de toepassing van de Discrete Choice Experiment (DCE)methode kan men de kritische vraag stellen wat deze eerder kwantitatieve onderzoeksmethode heeft toegevoegd aan de resultaten van het voorliggende kwalitatieve onderzoek. De voorlegging aan de respondenten van twee voorafgaand uitgewerkte keuzesets omvattende elk twee scenario's waar men verzocht werd een keuze te maken, stuurde de respondenten aan om kleur te bekennen voor één van deze scenario's of om zelf een eigen scenario te bedenken. Deze onderzoeksmethode bood de onderzoeker de mogelijkheid om na te gaan in welke mate de voorheen in het interview verwoorde aspecten van goede zorg en prioritaire keuzes van de respondenten overeind bleven, wanneer de respondenten geconfronteerd werden met een concrete zorgsituatie enerzijds (keuzeset 1)en een concrete beleidssituatie (keuzeset 2) anderzijds. De methode bevestigde enkele reeds eerder vastgestelde resultaten, zoals het belang dat werd gehecht door de respondenten aan de solidariteit, de autonomie en de gedeelde verantwoordelijkheid. Het reikte echter ook aanvullend materiaal aan, zoals de bevestiging en aanvaarding van de grenzen aan de thuiszorg, de aandacht voor de mantelzorger, het belang van de universele toegankelijkheid en de (niet onvoorwaardelijke) vraaggestuurde zorgvisie. De keuzen die de respondenten maakten tussen de scenario's sloten aan op de eerder door hen geformuleerde opvattingen. Deze werden - door het feit dat zij een keuze moesten maken - al dan niet genuanceerd of zoals bij respondent D het geval was, werd naar een ander aanvaardbaar scenario gezocht, dat meer aansloot bij zijn zienswijze.

[137] Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: California/London/New Delhi, p. 555-556
[138] Patton, M.Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. Sage Publications: California/London/New Delhi, p. 555-556.

De toepassing van de DCE methode en de daaruit voortvloeiende bevindingen dienen echter in de juiste proportie te worden geplaatst. Het ging immers om een zeer kleinschalige toepassing en een integratie van deze eerder kwantitatieve methode in een kwalitatief onderzoek, met als doel tot een nadere concretisering van standpunten te komen in een gefingeerde situatie van schaarste. In het kader van de gezondheidseconomie en de marketing wordt deze methode vaak in grootschalige kwantitatieve onderzoeken toegepast. Desalniettemin is de onderzoeker overtuigd van de meerwaarde van deze onderzoeks-methode voor het voorliggende onderzoek.

8.2.4. De geloofwaardigheid van het onderzoek

Met het oog op de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft de onderzoeker zo objectief mogelijk de waarnemingen tijdens de interviews en de klankbordgroep genoteerd, alsook de subjectieve gevoelens, interpretaties en verbanden in notities vastgelegd, zowel tijdens als na de interviews en de klankbordgroep. Deze notities dwongen de onderzoeker tot een grotere alertheid voor de invloed van zijn persoonlijke opvattingen die de objectiviteit van het onderzoek zouden kunnen beïnvloeden.

De onderzoeker zag erop toe dat hij tijdens de interviews en de klankbordgroep geen waarde-oordeel deed, noch suggestieve of tendentieuze vragen stelde, en dus de antwoorden van de onderzoeksgroep niet heeft beïnvloed. Om de geloofwaardigheid van het onderzoek te borgen heeft de onderzoeker de beschikbare data geregistreerd met een geluidsopnameapparatuur, woordelijk uitgeschreven, meerdere malen herlezen en ontrafeld.

Zoals eerder vermeld werden de resultaten van het onderzoek voorgelegd en afgetoetst bij leden van een klankbordgroep. De resultaten werden echter, wegens tijdsgebrek, niet afgetoetst bij de respondenten zelf. Deze controletoets had mogelijks de bevindingen van de onderzoeker bijkomend kunnen bevestigen of mogelijks aanleiding gegeven tot nieuwe informatie, aanvullingen of bijsturing van de resultaten.

8.2.5. De anonimiteit en vertrouwelijkheid van het onderzoeksmateriaal

De deelnemers aan het onderzoek krijgen de garantie dat alle verworven gegevens geanonimiseerd weergegeven werden, zowel in het onderzoeksrapport, als in elke communicatie met betrekking tot het onderzoek. Op deze wijze wordt hun privacy maximaal beschermd.

De geluidsopnamen, de transcriptie, de verkregen gegevens en de persoonlijke notities van de onderzoeker zullen exclusief voor de onderzoeksdoeleinden aangewend worden.

8.2.6. Ethische overwegingen

Het onderzoek gebeurde binnen de context van een welbepaalde politieke partij, met name de Vlaamse Christendemocratische partij. De geïnterviewden bekleden allen een politiek mandaat binnen deze partij. De onderzoeker heeft voorafgaand aan het onderzoek een gesprek gehad met de studiedienst van de CD&V en de opzet van het onderzoek toegelicht,. Vanuit ethische overwegingen werd, voorafgaand aan elk interview, door de deelnemers van het onderzoek een informed consent ondertekend.

9. Besluit

In het voorliggende kwalitatief onderzoek werd een antwoord gezocht op de vraag hoe vier politici, leden van de Vlaamse Christendemocratische partij, 'goede' zorg voor ouderen omschrijven en wat dit dan betekent voor de prioriteiten en keuzen die zij maken voor het toekomstig ouderenzorgbeleid in Vlaanderen.

Het onderzoek maakt inzichtelijk dat het antwoord op deze vraag afhankelijk is van de betekenis die de vier politici geven aan het begrip zorg. Deze betekenisgeving is persoon- en/of contextgebonden en kan zowel smal, als breed worden geformuleerd. Het begrip 'zorg' wordt geassocieerd met vier sleutelwoorden die richtinggevend zijn bij de betekenisgeving aan het begrip, met name: kwetsbaarheid en afhankelijkheid, relatie en context.

De betekenis die gegeven wordt aan het begrip 'zorg', is bepalend voor het doel of de doelen die men met zorg wil bereiken. Het al dan niet bereiken van dit doel of deze doelen is van invloed op de normatieve beoordeling van het begrip 'zorg'. 'Zorg' kan gericht zijn op het eigen belang (eigen groei, ontwikkeling of overleven van het zelf), alsook op het belang van 'de andere' (zorgen voor de groei, de ontplooiing van iemand anders, voor de gezondheid en het welzijn van iemand anders) en heeft aldus een zelfoverstijgend dimensie. Confrontatie met kwetsbaarheid en afhankelijkheid zet een zorgdynamiek op gang die zich vertaalt enerzijds in bepaalde acties en handelingen, anderzijds in een grondhouding van betrokkenheid van de zorgverlener op de zorgvrager. Deze handelingen en grondhouding dragen bij tot de realisatie van de vooropgestelde doelstellingen van de zorg en zijn van belang bij de normatieve beoordeling van het begrip 'zorg'. Zorg is een individuele (private) en een collectieve (publieke) aangelegenheid. De ondubbelzinnige bepaling en de rechtvaardige verdeling van de verantwoordelijkheden van 'zorg' in de samenleving zijn normatieve aspecten van het begrip 'zorg'.

Zorg is een relationeel en praktisch concept waarvan zowel de inhoud, als de organisatie wordt beïnvloed door de waarden die van belang zijn voor de betrokkenen en dit binnen een bepaalde context. Waarden gerelateerd aan het begrip 'zorg' kunnen worden verwerkelijkt zowel in het primaire zorgproces (individuele en professionele waarden – micro perspectief), in de organisatie van de zorg binnen een zorgorganisatie (organisatie waarden meso perspectief), als in het zorgbeleid van de overheid (maatschappelijke waarden – macro perspectief). Zij hebben een bepalende rol bij de normatieve beoordeling van het begrip zorg'. Bij elk van de politici werd minstens één belangrijke waarde gedetecteerd die richtinggevend was voor zijn persoonlijke normatieve beoordeling van zorg. De door de politici gedeelde waarden betroffen: solidariteit, vermaatschappelijking, autonomie, aandachtige, warme en betrokken zorg, menselijke waardigheid, vertrouwen en zorgzaamheid. Deze waarden stemmen in een grote mate overeen met de waarden opgenomen in het waardenkader van de Vlaamse christen-democratische partij: de uniciteit van de mens, respect voor de menselijke persoon in de situatie waarin hij zich bevindt, het beschermen en versterken van de menselijke waardigheid, de relatie en de verbondenheid tussen mensen (solidariteit) en zorg voor degenen die het moeilijk hebben in de samenleving. Er werden ook waarden gedetecteerd die de politici niet met elkaar deelden.

Goede zorg kan worden omschreven vanuit drie perspectieven:

1. het micro perspectief of het perspectief van de zorgvrager en zijn relatie met de zorgverlener omvat aspecten die verwijzen naar de beleefde ervaring (hoe komt de zorg aan bij de zorgvrager, hoe beleeft hij deze, blijft hij als 'mens' nog overeind), inspraak – eigen regie – samenspraak, de houding, deskundigheid en zorgvuldigheid van de zorgverlener;
2. het meso perspectief of het perspectief van de zorgorganisatie omvat infrastructurele, organisatorische, zorginhoudelijke, belevings- en bestuurlijke aspecten;
3. het macro perspectief of het perspectief van de overheid omvat aspecten die verwijzen naar het zorgconcept dat men maatschappelijk relevant vindt (vermaatschappelijking van de zorg), de zorgorganisatie die men maatschappelijk voor ogen heeft (zorg in samenhang en naadloos op elkaar aansluitend), het zorgaanbod (beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteitsvol), correcte informatie over het aanbod en een positieve beeldvorming over (ouderen-)zorg.

Tussen deze drie perspectieven bestaat een inhoudelijke verbinding. De oriëntatie op slechts één perspectief is onvoldoende om de normatieve dimensie van zorg in haar geheel te bevatten. Een geïntegreerde normatieve invulling van het begrip 'zorg' veronderstelt een geïntegreerde benadering vanuit zowel het micro, meso, als macro perspectief.

Het effect van de diverse aspecten van 'goede zorg' kan enkel vastgesteld worden in de ervaring van mensen in concrete zorgpraktijken. De wijze waarop de zorg subjectief 'beleefd' wordt door de zorgvrager, is het meest door de politici benoemde aspect van 'goede zorg'. De vastgestelde aspecten van 'goede zorg' zijn van toepassing op alle zorgsituaties. Voor de doelgroep ouderen wordt in het bijzonder, vanwege de mogelijk kwetsbare positie waarin zij zich kunnen bevinden wegens voortschrijdende ouderdom, aandacht gevraagd voor alle aspecten met de betrekking tot de beleefde ervaring, met daarin heel in het bijzonder de existentiële bevestiging, zinbeleving en het behoud of herstel van de menselijke waardigheid.

Het concept van de vermaatschappelijking van de (ouderen-) zorg wordt als het meest wenselijk en prioritair te realiseren concept naar voren geschoven. Dit concept ondersteunt de toenemende vraag van de burgers om het eigen leven zoveel als mogelijk naar eigen inzicht in te richten, ook én vooral wanneer men afhankelijk is van de zorg van anderen. Vermaatschappelijking betracht mensen met een zorgvraag zoveel mogelijk kansen te bieden om te participeren aan de samen-leving en een zo gewoon mogelijk leven te laten leven. Het introduceert een herschikking van de gangbare zorgtaken en –verantwoordelijkheden. Deze herschikking stuurt erop aan dat de burger in de eerste plaats voor zichzelf zorgt en bij problemen een beroep doet op zijn familie, buurt, en, pas wanneer dit alles onvoldoende blijkt, aanvullend op professionele hulp. Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat ze meer aan deugdelijk bestuur doen en zichzelf én hun maatschappelijke opdracht continue legitimeren. De overheid beoogt meer terug te treden en nog enkel te sturen op de grote lijnen en waken op de doelen en de resultaten.

De uitgangspunten van de vermaatschappelijking van de zorg sluiten in een belangrijke mate aan bij de aspecten van 'goede zorg', zoals beschreven vanuit de drie perspectieven enerzijds, en het waardenkader dat de christen-democratische politici gemeenschappelijk delen anderzijds (solidariteit, autonomie, betrokken zorg, menselijke waardigheid, vertrouwen en zorgzaamheid). Ondanks de vaststelling dat het concept van de vermaatschappelijking van de zorg bij de politici een groot draagvlak heeft, is het nuttig en zinvol om kritische vragen te stellen naar de vertaalslag van het concept naar de concrete zorgpraktijk. De kritische beschouwingen en kanttekeningen maken duidelijk dat het concept niet zo vanzelfsprekend is, noch vanzelf tot stand komt. Het rekent op zorgzame burgers en zorgaanbieders die bereid zijn om hun zorgverantwoordelijkheden op te nemen, maar ook op een actieve én zorgzame overheid die hen hierbij faciliteert, ondersteunt en waardeert.

Bij confrontatie met een afgedwongen keuze tussen twee scenario's met betrekking tot de ouderenzorg (de Discrete Choice Experiment benadering) wordt de prioritering ten aanzien van het toekomstig ouderenzorgbeleid en de keuzes die de politicus moet maken in een context van beperkte middelen duidelijker geëxpliciteerd. De methode bevestigde de reeds eerder vastgestelde resultaten, zoals het belang dat werd gehecht door de respondenten aan de solidariteit, de autonomie en de gedeelde verantwoordelijkheid. Het reikte ook aanvullend informatie aan, zoals de bevestiging en aanvaarding van de grenzen aan de thuiszorg, de aandacht voor de mantelzorger, het belang van de universele toegankelijkheid en de (niet onvoorwaardelijke) vraaggestuurde zorgvisie.

Het voorliggende onderzoek maakt aantoonbaar dat de zorgethiek het zorgbeleid van een overheid een denkkader (uitgangspunten en doelstellingen) kan aanreiken van waaruit de beleidsvoering kan worden voorbereid, ingevoerd en kritisch afgetoetst. De zorgethiek richt terecht haar blik bij voorrang op het perspectief van de zorgvrager en de zorgverlener en in tweede orde op het perspectief van de zorgorganisatie. Er ligt echter voor haar een belangrijke uitdaging om het blikveld te verruimen naar de aspecten van 'goede zorg' die zich situeren binnen het macro perspectief. 'Goede zorg' veronderstelt zorgzame burgers die zorg dragen voor elkaar waar mogelijk, zorgzame professionals, zorgzame zorgorganisaties én een zorgzame overheid.

De inhoudelijke en organisatorische opvattingen van de politici over zorg die tot uiting komen in het zorgbeleid van de overheid, kunnen een verregaande invloed hebben op de concrete zorgpraktijk en de ervaringen van de zorgafhankelijke, kwetsbare mensen. De discussie en het actuele politieke debat rond het concept van de vermaatschappelijking van de (ouderen-)zorg maakt dit scherp duidelijk. De zorgethiek kan politici een spiegel voorhouden en de kritische vragen stellen over de zorgethische draagwijdte van gangbare of toekomstige politiek-maatschappelijke zorgconcepten. De cruciale vraag hierbij zal steeds zijn: '*In welke mate draagt dit concept, deze wet, deze politieke besluitvorming, dit initiatief bij tot een meer menselijke en zorgzame samenleving in het algemeen, en tot de kwaliteit van het leven en de menselijke waardigheid van de zorgafhankelijke, kwetsbare mens(-en) in het bijzonder?*'

10. Literatuur

Arendt, H. (2005). The promise of Politics. Schocken books: New York.

Baart, A. en Carbo, C., (2013). De zorgval. Uitgeverij Thoeris: Amsterdam.

Baart, A. (2010). Wat nog niet telt als goede zorg. Tekst kwaliteitsdebat UvT, 23 april 2010.

Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. LEMMA: Den Haag

Barnes, M. (2006). Caring and social Justice. Palgrave Macmillan: New York.

Bekker-Grob, E.C. de (2009). Discrete Choice Experiments in Health Care. Theory and Applications. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, p. 10-15.

Boeije, H.R. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Boom LEMMA: Den Haag.

Boeije, H.R. (2007).Wat kan je met de gefundeerde theoriebenadering? Kwalon 36, 12(3). Boom Lemma: Den Haag, p. 13-15.

Dartel, H., Van, (2012). Ethiekbeleid voor zorgorganisaties. Een handelingsgericht perspectief. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum: Assen.

De Dijn, H. (2012). Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij. Acta Medica Catholica, Vol. 80, N° 1 (2012), p. 4- 9. (http://www.kerknet.be/microsite/smslgv/content.php?ID=22176)

de Lange, F., (2011). In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg. Uitgeverij Meinema: Zoetemeer.

Desmet, M. (2009). Liefde voor het werk in tijden van management. Open brief van een arts. Uitgevrij Lannoo: Tielt.

Desplenter, F. en Laekeman, G. (2011). Wat de patiënt kiest werkt beter…. Minerva november 2011 volume 10 nummer 9, p. 105.

Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E. & Denier, Y., (2012). QUAGOL: A guide for qualitatieve data analysis. International Journal of Nursing Studies. 49 (2012), p. 360-371.

Di Rupo, E. (2011). Formateursnota 'Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten'.

Dubet, F. (2002). Le déclin de l'institution. Editions du seuil: Paris.

Duyvendak, J.W., Engbersen, G., Teeuwen, M. & Verhoeven, I. (2007). Macht en verantwoordelijkheid. Essays voor Kees Schuyt. University Press: Amsterdam.

Gastmans, C., (2013). Waardigheidsbevorderende zorg: Kwetsbaarheid en waardigheid als ethische fundamenten van gezondheidszorg. Christen-Democratische Reflecties. Thema normen & waarden. Jaargang 1, nr. 2, februari 2013. Brussel, p. 29-35.

Gastmans, C. & Vanlaere, L. (2005). Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen. Leuven: Davids-fonds: Leuven.

Goossensen, A. (2011). 'Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg. Inaugurale rede Universiteit Tilburg, 15 april 2011.

Goossensen, A, & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presentie en zorgzame zorg. Kwaliteit van zorg, nummer 6, 2011, p. 4-7.

Hamington, M. & Sander-Staudt, M. (editors) (2011). Applying Care Ethics to Business. Uitgeverij Springer: New York.

Hankivsky, O. (2004). Social policy and the ethic of care. UBCPress: Vancouver/Toronto.

Have, P. ten (2004). Inleidende teksten met suggesties en overwegingen over kwalitatieve onder-zoekmethoden. Materiaalverzameling in kwalitatief onderzoek

Hawk, T.F. (2011). An Ethic of Care. A Relational Ethic for the Relational Characteristics of Organizations. In Hamington, M. & Sander-Staudt, M. (editors), (2011). Applying Care Ethics to Business. Uitgeverij Springer: New York.

Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit.Tweede druk. Klement: Kampen.

Heijst, A. van (2008). Zorgethiek, een theoretisch overzicht. Filosofie en praktijk, 29(1), 7-18.

Heijst, A. van (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Uitgeverij Klement: Kampen.

Held, V. (2006). Ethics of care. Personal, Political, and Global. Oxford University Press: London.

Kwekkeboom, R., (2004). De waarde van Vermaatschappelijking. Openbare les gegeven ter gelegen-heid van de feestelijke opening van het lectoraat 'Vermaatschappelijking in de Zorg', Avans Hogeschool, Breda.

Liègeois, A., (2009). Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. Uitgeverij LannooCampus: Leuven.

Leijen, A. (1998). Profielen van Ethiek: Van Aristoteles tot Levinas. Uitgeverij Coutinho: Bussum.

Maarse, H. (2011). Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Universiteit van Maastricht. Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. NWO Ethiek, Onderzoek & Bestuur.

Mortelmans, D. (2009). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Tweede druk. Uitgeverij ACCO: Leuven.

Noddings, N. (2002). Starting at home: Caring and sociale policy. University of California Press. Berkeley, CA.

Nussbaum, M. (2011). Mogelijkheden scheppen. Een nieuwe benadering van de menselijke ontwikkeling. Uitgeverij Ambo: Amsterdam.

Patton, M.Q. (2002). Qualitatieve Research & Evaluation Methods. Sage Publications: London.

Rawls, J. (2009). Een theorie van rechtvaardigheid. Tweede druk. Lemniscaat: Rotterdam.

Ritzer, G. (1992). Sociological Theory, New York: McGraw-Hill.

Rompuy, H. van (1992). Ethiek in de politie. Morele dilemma's in de politiek. Ethische perspectieven, 2 (1992)4.

Sevenhuijsen, S. & Svab, A. (2003). Labyrinths of care. The relvance of the ethics of care perspective for social policy. Mirovni Institut. Book series Politike. Peace Instituut. Slovenië: Ljubljana.

Sevenhuijsen, S. & Svab, A. (2004). The heart of the matter. The contribution of the ethics of care to social policy in some new EU member states. Peace Instituut. Slovenië, Ljubljana.

Simola, S. (2011). Elucidating the role of Care in ethical Decision-Making and Action. In Hamington, M. & Sander-Staudt, M. (editors), (2011). Applying Care Ethics to Business. Uitgeverij Springer: New York.

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. KWALON, 42, jaargang 14, nr. 3, 2009. Boom LEMMA: Den Haag, p. 5-12.

Street, D.J., Burgess, L. & Louviere, J. (2005). Quick and easy choice sets: constructing optimal and nearly optimal stated choice experiments. Intern J of Research in Marketing 22, p. 459-470.

The, A.-M. (2005). In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie. Uitgeverij Thoeris: Amsterdam.

Tonkens, E. en Duyvendak, J.W., (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In: Kampen, T., Verhoeven, I, en Verplanke, L. (red). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Uitgeverij Van Gennep: Amsterdam, p. 233- 248.

Tronto, J., (1994). Moral bounderies. Political Argument For An Ethic Of Care. New York: Routledge.

Tronto, J.C., (2013). Caring democracy. Markets, Equality, and Justice. New York University Press: New York and London.

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme. International Journal in Philosophy and Theology 69 (4°, 443-469).

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept 'zorg' en de implicaties voor de verpleegkundige zorg. Ethische perspectieven, 2008, 18 (2), p. 203-221.

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2010). Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds: Leuven

Veldheer, V., Jonker, J.-J., van Noije, L. en Vrooman, C., (2012). Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Planbureau, De Haag.

Vlaamse regering (2009). Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen. Regeerakkoord 2009-2014: Brussel.

Vorstenbosch, J., (2012). Zorg. Een filosofische analyse. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam.

Verhaeghe, P. (2012). De neoliberale waanzin. Flexibel, efficiënt en… gestoord. Paul Verbraeken-lezing, 2012. Uitgeverij VUBPRESS: Brussel.

Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Uitgeverij LEMMA: Den Haag.

Wijngaarden, E. van & Lobregt-van Buuren, E. (2011). Zorgethiek als cultuurkritiek. In gesprek met Annelies van Heijst, hoogleraar Zorg, Cultuur en Caritas. *Wapenveld*, *61*(2), 4–9.

11. Lijst met afkortingen

CADO: Collectieve Autonome Dagopvang
CD&V: Vlaamse Christen Democratische Partij
DCE: Discrete Choice Experiment
QUAGOL: Qualitative Analysis Guide of Leuven

12. Lijst van tabellen

Tabel 1: procentuele toename 65+ en 80+ periode 2010-2050
Tabel 2: 'goede' zorg vanuit diverse referentiekaders
Tabel 3: schematisch overzichtvier aspecten van het zorgproces volgens Tronto
Tabel 4: schematisch overzicht vier aspecten van '*Kwaliteit van zorg 2.0*'
Tabel 5: overzicht sensitizing concepts
Tabel 6: globale en specifiekere doelstellingen van zorg
Tabel 7: overzicht gedeelde waarden
Tabel 8: overzicht van de waarden die door twee respondenten werden uitgedrukt
Tabel 9: overzicht van de waarden die door een respondent werden uitgedrukt
Tabel 10: overzicht van de waarde die voor elke respondent afzonderlijk als belangrijkste werd beschouwd
Tabel 11: overzicht aspecten van 'goede (ouderen-) zorg vanuit de drie perspectieven
Tabel 12: eerste keuzeset
Tabel 13: tweede keuzeset
Tabel 14: overzicht omschrijving begrip 'zorg' – door de respondenten
Tabel 15: overzicht omschrijvingen begrip 'zorg' door zorgethici

13. Lijst van figuren

Figuur 1: goede zorg – normatieve invulling vanuit het perspectief van het primaire zorgproces
Figuur 2: goede zorg – normatief ingevuld vanuit het perspectief van de zorgorganisatie
Figuur 3: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'zorg'
Figuur 4: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'goede zorg'
Figuur 5: schematisch overzicht geanalyseerde data en vaststellingen thema 'toekomstig zorgbeleid voor ouderen'
Figuur 6: referentiekader 2.1.: menslievende, presente en zorgzame zorg in een zorgzame samen-leving

Bijlage 1: Opdrachtverklaring (CD& V, 2009)

Voor ons telt elke mens. Elke mens is uniek en levert een eigen, onvervangbare bijdrage aan de samenleving. Iedere persoon heeft eigen talenten en eigen beperktheden. Elke mens verdient fundamenteel respect. Het is onze opdracht de menselijke waardigheid te beschermen waar nodig en te versterken waar mogelijk. Elke mens is verbonden. Mensen worden pas zichzelf in relatie met anderen. Alleen als mensen zich met elkaar verbinden, kan een samenleving vooruitgaan. Het is onze opdracht om die verbondenheid, die gestalte krijgt in engagement en dialoog, te stimuleren en te ondersteunen.

Vanuit die overtuiging willen we een geëngageerde waardenpartij zijn die de politieke stem is van een brede, open beweging, die meer menselijke zekerheid tot stand brengt en die radicaal kiest voor de democratie van verbondenheid. Wij willen bouwen aan een menselijker Vlaanderen in een betere wereld.

Wij willen deze ambitie realiseren door:
- niet als machtspartij maar als ideeënpartij te fungeren;
- op basis van een programma, te participeren aan de democratische verkiezingen en de politieke besluitvorming op alle beleidsniveaus. Onze mandatarissen zullen de opdrachtverklaring en het programma actief mee helpen realiseren en zullen de partij mee als beweging uitbouwen;
- het politieke debat te stimuleren en mensen aan te moedigen om zich vanuit een christendemocratische en Vlaamse overtuiging te engageren in de samenleving;
- via een open en democratische besluitvorming en vanuit een bereidheid tot overleg en dialoog, antwoorden te formuleren en standpunten in te nemen met betrekking tot maatschappelijke uitdagingen en noden en hier rond acties te ondernemen.

Wij willen een ledenbeweging zijn van vrijwilligers, ondersteund door professionelen, die zich richt tot iedereen voor wie we op elk beleidsniveau verantwoordelijkheid dragen. We willen zowel jongeren als ouderen, gelovigen als niet-gelovigen, kortom elke mens met zijn specifieke eigenheid zoals allochtonen, holebi's, personen met een handicap,… enthousiast maken en betrekken bij de realisatie van deze opdrachtverklaring.

Daarnaast zijn onze mandatarissen de kern van de beweging. Zij hebben een dubbele taak: zij staan voor wederzijdse dialoog tussen de mensen en de overheid en moeten onze standpunten in het beleid vertalen.

We streven naar een gelijke participatie van mannen en vrouwen in onze structuren en in onze politieke vertegenwoordiging.

De Vlaamse christendemocraten willen, vanuit een fundamenteel respect voor ieders verantwoordelijkheid, in voortdurende dialoog treden met verenigingen en organisaties uit het maatschappelijk middenveld. Wij willen hierbij bevoorrechte relaties onderhouden en ontwikkelen met alle groepen die zich herkennen in de christendemocratische visie op mens en samenleving.

Bijlage 2: overzicht gecodeerde waarden per respondent

Respondent A

Uitdrukking	Gerelateerde waarde
Daar (woonzorgcentrum) zou ik niet naar toe gaan, daar is het minder warm.	Aandachtige/warme zorg
Open staan voor om het leven te aanvaarden, zoals het komt.	Aanvaarding van kwetsbaarheid
Ik kan nog voor mijn eigen zorgen.	Autonomie
Vermarkting brengt de betaalbaarheid van de zorg in gevaar en geeft aanleiding tot tweedeling.	Betaalbaarheid
Langs de andere kant vind ik ook wel dat we allen ook zelf iets moeten doen. Zoeken naar tussenoplossingen waarbij we de eigen verantwoordelijkheid aanscherpen, zonder de mensen die het echt niet aan kunnen aan hun lot over te laten.	Individuele verantwoordelijkheid Solidariteit
Het gevoel niet overbodig te zijn, van betekenis te zijn en niet tot last te zijn Dit is belangrijk: waardigheid als principe houden.	Menselijke waardigheid
Zorg vrijblijvend geven, er niets voor terug vragen.	Onvoorwaardelijkheid
Publieke middelen op een goede manier inzetten en erop toezien dat zo veel als mogelijk mensen ervan kunnen genieten	Optimale inzet van beschikbare middelen
Aandacht voor mensen die het moeilijk hebben	Solidariteit
De zorg, aangestuurd en ondersteund door de overheid, heeft toch een garantie dat die open moet staan voor iedereen.	Universaliteit
Een zorg die erop gericht is om de mensen zo lang als mogelijk in hun vertrouwde woonomgeving te houden. Ik ben principieel voor thuiszorg.	Vermaatschappelijking
Daar (woonzorgcentrum) zou ik met een gerust hart naar toe gaan.	Vertrouwen

Respondent B

Uitdrukking	Gerelateerde waarde
Dat je dit zal moeten doen op een manier dat je aanvaardt dat daar een grens zal zijn aan een thuiszorgsituatie	Aanvaarding grenzen
Mensen het authentieke gevoel geven dat ze erbij horen.	Authenticiteit Verbondenheid
Wij beslissen wel wat voor u goed is in uw plaats. Ik zou het daar behoorlijk moeilijk mee hebben. Ik zou het daar niet gemakkelijk mee	Autonomie Zelfbepaling

hebben.	
Als er grenzen aan de thuiszorg komen, en daar komen grenzen aan. Ja, dat dan betekent, … allé ik stel het ideaal voor.. …..en in de praktijk vrees ik dat het niet altijd zo ideaal is, dat je een soort levensdraad doorknipt, en een ander wereld binnentreedt van het woonzorg-centrum… dat zou het niet mogen zijn, hé.	Continuïteit van leven
Vandaar ook het belang van corporate governance om te zeggen wie ben ik…en ik toon ook in relatie met mijn stakeholders hoe dat ik ben.	Deugdelijk bestuur
En, dat de secures , welzijn en zorg, zeker als we staan voor de periodes van chronische zorg en ouderenzorg, dat dat toch wel nog reglementair en financieel hele moeilijke secures zijn, waardoor begrippen als continuïteit en geïntegreerde aanpak toch nog altijd niet zo gemakkelijk realiseerbaar zijn.	Geïntegreerde zorg
Ik ben iets waard, 'mens-waardig'	Menselijke waardigheid
Zeggen de mensen in hun biotoop, in hun weefsel, in hun context proberen de kans te geven om te participeren aan de samenleving	Participatie
Ik denk dat de sector ook moet aanvaarden dat er een aantal elementaire dingen zijn. Als je niet inzet op IT dat je natuurlijk een hele boel bureaucratie op uw nek haalt in de volgende jaren. Ja, een stuk professionaliteit hoort er wel bij.	Professionaliteit
Je moet u meer moet bekommeren over de relaties tussen de mensen, dan met het 'ik' bezig te zijn.	Relaties
Hoe kan je de context van het beleid zo maken, dat op het terrein in die honderdduizend individuele handelingen en ontmoetingen, dat dat gevoel van gerespecteerd te zijn in het unieke mens-zijn, ook in de meest lamentabele en afgetakelde situatie, dat is toch de ultieme toetssteen.	Erkenning uniciteit
Mensen ondersteunen die kwetsbaar zijn	Solidariteit
Ik vind dat wij moeten zorgen dat die zorg toegankelijk is	Toegankelijkheid
Dat betekent dat de overheid moet zorgen de kwaliteit zichtbaar kan gemaakt worden met bepaalde parameters.	Transparantie
Zorg die zich organiseert in de context van de betrokkene, als ze zich organiseert in de versterking van het netwerk, in de versterking van de zelfredzaamheid om ook met anderen samen te leven.	Vermaatschappelijking Zelfredzaamheid
Ik ben absoluut een voorstander van een duidelijke vraagge-stuurde visie op: welke zorg is hier nodig.	Vraaggestuurde zorg
Ik vind dat wij moeten zorgen dat die zorg warm genoeg is, betrokken genoeg is …	Warme en betrokken zorg
In de eerste cirkel de zelfontwikkeling, zelfredzaamheid stimuleren en waarderen	Zelfzorg

Mensen het authentieke gevoel geven van 'ik geef zin aan dingen'.	Zingeving
In de tweede cirkel het sociaal netwerk, het gezin, vader, moeder enzovoort, …ook daar maximale kansen creëren dat mensen die spontane taken voor elkaar opnemen en dan ook erg waarderen.	Zorg voor elkaar

Respondent C

Uitdrukking	**Gerelateerde waarde**
Ik vind dat mensen zelf aan de studie moeten staan van hun leven	Autonomie Zelfbepaling
Ik kan begrip opbrengen voor de keuze van mensen die zeggen: ' Er zijn misschien heel veel diensten ter beschikking, maar ik ga er geen gebruik van maken'. Dan vind ik ook dat we dat moeten respecteren	Autonomie Respect voor eigen keuze
De overheidsbeslissing die je dan neemt is: van we zetten de mensen van de sector samen, we zeggen van; 'hoe gaan jullie dat aanpakken?' en we creëren de randvoorwaarden om dat te bekijken. Daar geloof ik heel, heel fel in het gezondheids- en welzijns- en zorgbeleid.	Dialoog
Het "resultaat' betekent dat mensen aangesproken worden op hun krachten en hun uniekheid. Euh, …en dat ook mogen ontplooien.	Erkenning uniciteit
Ja, de ontschottingen, dat weet je dat dat één van mijn prioriteiten is.	Geïntegreerde zorg
Op een gegeven moment moet je zeggen we willen **kwaliteit** blijven leveren, maar we moeten ook kijken wat haalbaar is en dan kunnen we niet zeggen dat altijd, heel de dag er een 1 op 1 relatie kan zijn.	Kwaliteit Haalbaarheid en efficiënte inzet van middelen Aanvaarden grenzen
Ja, respect. Dan denk ik dat ik respect zou zeggen. Moesten ze mijn ouders behandelen als een product of hen, euh.., niet zien zoals ze zijn en hen niet in hun waarde laten, ….	Menselijke waardigheid
Ik probeer het altijd te benaderen vanuit de mens zelf en wat wil die zelf en daarnaast: wat is ook goed voor hem?	Persoonsgerichte zorg
Ik zou graag naar een woonzorgcentrum gaan om dat ik graag, ja.., meer beweging rond mij heb en ik zou graag m'n privacy ook wel hebben, in die zin dat ik het moeilijk zou hebben met een structuur van je moet op dat uur eten.	Privacy Autonomie Zelfbepaling
Maar het op zich registreren en het op zich meten interesseert mij als professional ook om mijn job goed te kunnen doen. Ik wil dat toch als professional ook weten om die goede zorg te kunnen verlenen.	Professionaliteit
Ja, ik ben nogal sterk voor solidariteit.	Solidariteit
Ik ben ook altijd voorstander geweest van meer transparantie en motivering, want ik vind wel dat de sector zich moet kunnen	Transparantie

verantwoorden en expliciteren.	
Terwijl de echte debatten over de toegankelijkheid, de universaliteit, enzovoorts je bijna niet meer hoort in de publieke fora. In de sector eens zo veel, maar dat zijn dan de overtuigden die er met elkaar over bezig zijn, maar in het publieke debat zeer, zeer weinig.	Universaliteit Toegankelijkheid
Vandaar dat ik ook voorstander ben van vermaatschappelijking van de zorg, vooral om blijvend een soort publiek draagvlak te blijven creëren voor solidariteit	Vermaatschappelijking
Het gaat daar over, over ja.., een vertrouwenspersoon te kunnen zijn die mee begeleidt en die in de laatste levensfase en u comfort verzekert en tegelijk u waardeert als persoon. Ik bedoel het is een heel ander uitgangspunt.	Vertrouwen Erkenning uniciteit
Drie fundamentele waarden? Ja, die zingeving zou dan op één komen denk ik.	Zingeving
Dat zijn mensen die wel heel erg begaan zijn met hun job vind ik. Dat is ook het mooie aan de zorgzaamheid dat er dan wordt omgegaan, allé de kracht van het engagement dat daar ook in zit.	Zorgzaamheid

Respondent D

Uitdrukking	**Gerelateerde waarde**
En, luisteren naar mijn ma die honderd keren hetzelfde zegt, maar zich daardoor wel goed voelt. Echt luisteren….er écht gaan bij zitten…	Aandachtigheid
Maar, ja, van de andere kant, is er ook een drempel, een limiet, van wat een samenleving kan doen. Je kan iet onbeperkt in de thuiszorg blijven.	Aanvaarden van grenzen aan de thuiszorg
De eigen beschikking van mensen, dat je zelf nog kan beslissen wat er met u gebeurt en wanneer dat dit gebeurt. Veel meer dan dat vandaag het geval is. Als je nù zorg nodig hebt, ben je heel vaak afhankelijk van anderen, én de agenda van anderen, én de timing van anderen. Als er iets mogelijks zou zijn… dat men veel meer zelf kan bepalen wanneer en hoe men het wil…	Autonomie Zelfbeschikking Zelfbepaling
Ik wil niet afhankelijk zijn van anderen, van hulp. Ik denk niet dat ik in een rusthuis zou kunnen leven, omdat daar alles door iemand anders bepaald wordt.	Autonomie
Je wilt langs de ene kant willen we derugelering en, langs de andere kant, wil je kwaliteit.	Kwaliteit
Allé, en, voor mij dan in het bijzonder: dat mensen die kwetsbaar zijn op de een of andere manier in hun job, of omdat ze arm zijn of omdat ze de een of andere handicap hebben, die trachten in het systeem	Participatie

eigenlijk te laten meedraaien.	
Mensen die zorg nodig hebben, dat zijn mensen die op de een of andere manier moeten geholpen worden. En, dit niet op hun 'eentje' dat kunnen verwerken of kunnen managen.	Solidariteit
Maar, als ik moet nadenken over de kwaliteit van de zorg, als ik ziek zou zijn. Dan zou het ook gaan over: 'Hoe vaak komen ze mij bezoeken? Lig ik daar niet alleen?'	Verbondenheid
De minster heeft dat goed gedaan met dit bij de voorzieningen zélf te leggen: werk zélf een kwaliteitshandboek uit, reguleer het zélf. Zodanig dat er een veel groter draagvlak is en dat men zichzelf een stuk controleert.	Vertrouwen
Waar dat je op afroep uw helpsters uitstuurt om te gaan helpen in bepaalde situaties, dat zou een droomsituatie zijn, hé. Dat men in zijn eigen woning kan blijven wonen.	Vraaggestuurde zorg Vermaatschappelijking
Het is ook zorgzaam zijn. Het is iets geven en iemand anders die het ontvangt.	Zorgzaamheid Wederkerigheid Relaties

Bijlage 3: Globaal overzicht waarden

Solidariteit	**4 op 4**
Vermaatschappelijking	**4 op 4**
Aandachtige/warme/ betrokken zorg	3 op 4
Aanvaarding grenzen	3 op 4
Menselijke waardigheid	3 op 4
Zelfbepaling	3 op 4
Zorgzaamheid/ zorg voor elkaar	3 op 4
Autonomie	2 op 4
Geïntegreerde zorg	2 op 4
Optimale, haalbare en efficiënte inzet van middelen	2 op 4
Participatie	2 op 4
Professionaliteit	2 op 4
Relaties	2 op 4
Respect voor uniciteit	2 op 4
Toegankelijkheid	2 op 4
Transparantie	2 op 4
Universaliteit	2 op 4
Verbondenheid	2 op 4
Vertrouwen	2 op 4
Vraaggestuurde zorg	2 op 4
Zingeving	2 op 4
Aanvaarden kwetsbaarheid	1 op 4
Authenticiteit	1 op 4
Betaalbaarheid	1 op 4
Continuïteit van leven	1 op 4
Dialoog	1 op 4
Deugdelijk bestuur	1 op 4
Individuele verantwoordelijkheid	1 op 4
Kwaliteit	1 op 4
Onvoorwaardelijkheid	1 op 4
Persoonsgerichte zorg	1 op 4
Privacy	1 op 4
Respect voor eigen keuze	1 op 4
Wederkerigheid	1 op 4
Zelfbeschikking	1 op 4
Zelfzorg/zelfredzaamheid	1 op 4