

BOEKEN

Lineke Verkooijen. **Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg. Proefschrift.** Jutrijp: Verkooijen & Beima, 2006, 196 p., € 30,00
ISBN-13: 978-90-9021102-2

BESPREKING DOOR GERARD DONKERS

Een analyse van de betekenis van deze benadering in termen van empowerment

Het proefschrift van Lineke Verkooijen gaat over 'vraaggestuurde zorg en ondersteuning eigen regievoering' in de zorg voor mensen met functionele beperkingen. De auteur laat zien hoe ze met deze lastige materie heeft gestoeid. Hoewel haar bevindingen interessant zijn, heb ik bij het boek bedenkingen. Haar bevindingen en mijn bedenkingen zijn leerzaam voor een verdere verdieping van het thema van de zelfregie. In het volgende worden enkele van deze bedenkingen geëxpliciteerd.

Tekstfragmenten uit het proefschrift zijn gecursiveerd, om het onderscheid met mijn commentaar op het boek inzichtelijk te houden.

Vraagstelling

In haar proefschrift constateert Verkooijen dat na 25 jaar 'de cliënt centraal stellen' en 'zorg op maat', er over het geheel genomen nog steeds relatief weinig sprake is van vraaggestuurde zorg in de directe zorgpraktijk. De vraag wordt gesteld 'hoe komt dit?' Het proefschrift beschrijft de studie naar één mogelijke verklaring voor dit verschijnsel. Namelijk de verklaring dat de competenties en inzichten van patiënten te weinig invloed hebben op de wijze waarop de zorg of zorgverlening en zorglevering vorm krijgt. Het onderzoek beperkt zich daarbij tot de competentie 'eigen regievoering', die door veel auteurs impliciet of expliciet in verband wordt gebracht met vraaggestuurde zorg. In de studie

(p. 13) is de volgende centrale vraagstelling onderzocht:

In hoeverre en op welke wijze kan zorg die de eigen regievoering van mensen met functionele beperkingen ondersteunt, leiden tot een optimale vorm van vraaggestuurde zorg?

Ik vind deze vraagstelling verwarrend. Er wordt een oorzakelijk verband gesuggereerd tussen 'ondersteuning eigen regievoering' en 'vraaggestuurde zorg'. Het een leidt echter niet tot het ander, maar komt op hetzelfde neer. De vraag van de cliënt is nu eenmaal het resultaat of de uitdrukking van zijn zelfsturing. Daarom is het nogal logisch dat de schrijver aan het einde van hoofdstuk twee (p. 47) moet concluderen dat vraaggestuurde zorg, zorg is waarbij de eigen sturing van de patiënt het vertrekpunt is. Maar wat verstaat de schrijver onder 'vraaggestuurde zorg' en onder 'zelfregie'?

Wat is 'vraaggestuurde zorg'?

Aan het einde van hoofdstuk 2 'Vraaggestuurde zorg en het patiëntenperspectief' vat de auteur samen:

Vraaggestuurde zorg is een benadering waarbij binnen een gelijkwaardige interactie tussen patiënt en zorgaanbieder of hulpverlener, de vraag van de patiënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de patiënt) passend aanbod. De interactie wordt gekenmerkt door een patiënt die de zorgaanbieder of hulpverlener vertelt welk aanbod hij wenst/nodig heeft en een zorgaanbieder of hulpverlener die luistert, informeert, adviseert en de patiënt stimuleert aan te geven wat hij nodig heeft. Hoewel er binnen de interactie als zodanig sprake is van een gelijkwaardige plaats voor het patiëntenperspectief en het hulpverlenersperspectief (mede beïnvloed door het organisatieperspectief en overheidsperspectief) kan er alleen sprake zijn van vraaggestuurde zorg als het patiëntenperspectief als vertrekpunt wordt genomen (p. 47).

Tegenover vraaggestuurde zorg staat aanbodgestuurde zorg. Bij aanbodgestuurde zorg wordt het doen en laten van de hulpverlener, de zorgaanbieder en de patiënt bepaald door het aanbod (p. 45).

Ik vind deze omschrijving van aanbodgestuurde zorg niet genuanceerd genoeg. Dat het doen en laten van die mensen door het

aanbod zou worden bepaald, is in empirische zin onaannemelijk. Dat kan gewoonweg niet. Wat hier mijns inziens had moeten staan, is: bij aanbodgestuurde zorg *denkt men dat* het doen en laten van die mensen wordt bepaald door het aanbod. In de werkelijkheid zijn mensen zelfsturende wezens die hun eigen tegenstrategie voeren op basis van hun eigen referentiewaarden van gedrag in afstemming op die aanbodgestuurde zorgverleners die denken dat zij onmondige burgers zijn die alles maar klakkeloos accepteren.

Bij vraaggerichte zorg richt het aanbod van de hulpverlening zich op de vraag van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het regelmatig vragen aan cliënten of zij naar het toilet (of op de po) willen (p. 45). Volgens het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (De Klerk, 2005) kan anno 2005 bijna een kwart van de bewoners van het verpleeghuis niet zelf bepalen wanneer ze naar het toilet gaan (p. 161). De ervaring leert dat de verpleegkundige veelal voor de organisatie van het werk meest doelmatige momenten kiest om die vraag te stellen (p. 45). Bij vraaggestuurde zorg stuurt de vraag het aanbod. De patiënt heeft een actieve rol. Hij vertelt de zorgaanbieder of hulpverlener welk aanbod hij wenst/nodig heeft. De helper past zijn aanbod aan de wensen van de patiënt aan (p. 45).

Alleen als de patiënt vraagt om naar het toilet te gaan, krijgt hij die

hulp. Mijn eigen vader kwam op late leeftijd in het verzorgingshuis terecht en zei: 'Je moet hier alles vragen, anders doen ze niks. Vanuit zichzelf begrijpen ze hier niks.'

Natuurlijk kan niet elke patiënt zelf daadwerkelijk verwoorden welke vragen hij/zij heeft. Daarom nemen vertegenwoordigers het stuur hier van de patiënt over (p. 46).

Het gaat hier in mijn ogen om een belangrijk vraagstuk. Alleen als de betrokkene *vraagt* om naar de wc te gaan, krijgt hij die hulp, anders niet. Het uiterlijk hoorbare, actieve vraaggedrag van de patiënt wordt als vraag aangemerkt. Dit is een ernstige reductie van het begrip 'zelfsturing' tot uiterlijk waarneembaar gedrag. Minder uiterlijk waarneembare en meer onbewuste vormen van zelfsturing (en wensen te kennen geven) die we al bij de kleinste baby's, bij stervende mensen, maar eveneens bij psychogeriatrische patiënten en eigenlijk bij alle mensen kunnen opsporen, worden uitgesloten. Deze mensen worden op deze manier volstrekt geobjectiveerd en niet meer als zelfregulerend wezen aangesproken. *Empowering* is bij hen uit den boze. *Empowering* geldt eigenlijk uitsluitend nog voor mensen die al empowered zijn. Alleen zij voldoen aan de voorwaarden voor zelfregie. Een merkwaardige redenering.

Wat is eigenlijk 'zelfregie'?

Het is opvallend dat in het proefschrift van Verkooijen impliciet allerlei *voorwaarden* worden geformuleerd, alvorens er sprake kan

zijn van eigen regie of zelfregie. We zagen reeds als voorwaarde: het actief en hoorbaar een vraag naar hulp kunnen formuleren. In de volgende citaten worden impliciet meer van dergelijke voorwaarden verondersteld:

Mensen met psychogeriatrische, psychiatrische of verstandelijke beperkingen vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Want hoewel Baumeister (1991) 'eigen regie' duidt als één van de basale kenmerken van het menselijk functioneren, wordt wel verondersteld dat voor eigen regie een zekere mate van sensibele feeling, oordeelsvermogen en intelligentie nodig is (p. 15).

Deze studie beoogt een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van vraagsturing in de directe zorgpraktijk. De vraag dringt zich op of patiënten wel behoefte hebben aan vraagsturing.

De auteur gaat ervan uit dat in ieder geval een deel van de patiënten behoefte heeft aan vraagsturing (p. 12).

Gezondheid wordt daarbij gedefinieerd als het vermogen om met ziekte en/of beperkingen een goed leven te leven.

Naarmate dit vermogen toeneemt, neemt de behoefte aan eigen regievoering toe.

Gevonden voorwaarden voor eigen regievoering zijn:

1. *Accepteren van hulp;*
2. *Vinden dat je leven zin heeft;*
3. *De wil om zelf invulling te geven aan het eigen leven (p. 171).*

Opnieuw worden hier impliciet voorwaarden geformuleerd die voldaan zouden moeten zijn, wil er sprake zijn van het verschijnsel zelfregie. Actief, niet volgzzaam, een zekere mate van sensibele feeling, oordeelsvermogen en intelligentie, accepteren van hulp, vinden dat je leven zin heeft, de wil om zelf invulling te geven aan het eigen leven en een behoefte hebben aan zelfregie. In mijn optiek is dat een flinke inperking van het begrip 'zelfregie'!

Passiviteit en volgzzaamheid zijn toch vormen van zelfsturing, dat wil zeggen van gedrag dat bewust of onbewust gericht is op het realiseren van referentiewaarden. Een volgzame strategie is eveneens een strategie met eigen doelen en wegen om die te realiseren, en soms zelfs een hele krachtige, als men hulpverleners hard voor zich kan laten lopen. En als jij vindt dat het leven geen zin heeft, zal dat toch inhouden dat in jouw zelfsturing andere waarden belangrijk zijn. En waar komt eigenlijk die vraag naar de *behoefte* aan zelfregie vandaan? Het is toch niet alleen een kwestie van een behoefte aan zelfregie? Zelfregie is toch niet slechts een behoeftebegrip? In mijn ogen is zelfsturing primair een empirisch gegeven. Al zegt men daar geen behoefte aan te hebben, dan nog oefenen mensen invloed uit op zichzelf en op hun omgeving met de verwachting van een bepaalde uitkomst. Bovendien heeft men misschien niet de behoefte aan zelfsturing, maar vindt men het verstandelijk gezien wel zo gewenst van zichzelf met het oog op bepaalde doelen die

men wil bereiken. In de ene context kan ik mij passief en volgzzaam gedragen, in een andere context verschijnt een heel ander zelf van mij. Kortom, zelfregie dient als een persoon-en-contextafhankelijk intentioneel handelen te worden omschreven. Ik verwijs hiervoor naar mijn boek *Grondslagen van veranderen, naar een methodiek zonder keurslijf* (Donkers, 2008).

Hoe definieert de schrijver uiteindelijk het begrip 'zelfregie'?

Het deelonderzoek heeft geleid tot de volgende definitie voor 'eigen regievoering':

Eigen regievoering is het organiseren en/of coördineren van het eigen leven met professionele (betaalde) zorg met als doel een goed leven in eigen ogen. Het gaat bij eigen regievoering om de actuele of in de toekomst te verwachten situatie (p. 171).

Een eerste punt dat mij opvalt in deze omschrijving, is dat het handelen gericht is op 'het eigen leven met professionele zorg organiseren en/of coördineren'. Dit 'eigen leven' betreft mijn 'zelf-in-relatie tot de professionele zorg'.

Waarschijnlijk beseft Verkooijen wel dat dit 'eigen leven' reguleren, bijvoorbeeld in het omgaan met je functionele beperkingen, natuurlijk veel meer inhoudt. Deze sociale rol is slechts een deeltje van mijn hele leven. Ik moet mijn hele leven-in-diverse situaties en contexten reguleren.

Verder impliceert de toespitsing van de regulering op 'het eigen

leven' dat zelfregie niet alleen betrekking heeft op het besturen van het eigen zelf, maar ook op het leven eromheen (waarvan de hulpverlening slechts een deel is). Kortom, Verkooijen past zelfregie impliciet niet alleen toe op het reguleren van het eigen zelf, maar eveneens op het reguleren van de sociale en maatschappelijke omgeving. Een terminologische verheldering zou hier op zijn plaats zijn geweest, aangezien zelfsturing vaak ten onrechte wordt verstaan als het sturen van het zelf, als een soort van onafhankelijk handelen, los van de bepaaldheden vanuit de omgeving. Terecht veronderstelt Verkooijen dat de cliënt op zijn of haar beurt probeert die omgeving in een door hem/haar gewenste richting te beïnvloeden. Je probeert bijvoorbeeld de hulpverlener zover te krijgen dat die nou eens een keer echt naar je luistert en niet vanuit zijn voorgekookte theoretische of methodische schema's reageert. Een ander punt dat mij opvalt in de definitie, is de inperking van het handelen tot organiseren en/of coördineren. Maar tijdens de interactie met de hulpverlener en daarbuiten blijft de persoon toch ook zelfsturend? Wordt dit hele terrein hier dan overgeslagen? Laten we eens kijken wat Verkooijen daar verder over schrijft. Ze zegt daarover het volgende:

Als kenmerkend voor de eigen regievoering van mensen met functionele beperkingen is gevonden dat het bij eigen regievoering gaat om een cyclisch proces van organiseren en/of

coördineren van het eigen leven dat bestaat uit een complex van gedragingen in de betekenis van iets zelf doen, onderverdeeld in:

1. *de basale gedragingen 'keuzes maken', dat tevens als kerngedrag is geïdentificeerd, 'initiatief nemen' en 'verantwoordelijkheid nemen';*
2. *de versterkende gedragingen 'doorzetten', 'alternatieven zoeken' en 'reflecteren';*
3. *de interactieve gedragingen 'de situatie aanpassen' of 'aanpassen aan de situatie'.*

Verder zijn de volgende beïnvloedende factoren gevonden:

1. *interne beïnvloedende factoren (ziekte en/of lichamelijke beperkingen);*
2. *externe beïnvloedende factoren (informatie, reactie op actie, omstandigheden).*

De hulpverlener is op te vatten als een extern beïnvloedende factor. Deze kan negatief of positief beïnvloedend zijn (p. 172).

Het valt mij op dat hier steeds wordt gesproken in termen van *aanpassing*. Deze aanpassing wordt weliswaar niet gedefinieerd als een eenrichtingsverkeer, namelijk dat de persoon zich moet aanpassen aan de situatie, maar tevens dat de persoon de situatie kan aanpassen aan zichzelf. Deze laatste mogelijkheid heeft betrekking op zelfsturing als een omgevingsbeïnvloedend gedrag. Waarom dat omgevingsbeïnvloedend gedrag 'aanpassend' zou moeten zijn en waarom die 'situatieaanpassing' juist niet vraagt om *niet-aanpas-*

sing is mij niet helder. Opvallend is wel dat die interne en externe factoren als beïnvloedende factoren worden genoemd en niet als factoren die de persoon zelf van zijn kant beïnvloedt. Dat lijkt me geen detailkwesitie als het gaat om eigen regievoering. Die omissie komt weer terug in het schema op pagina 95 van het boek. Zelfs de hulpverlener wordt opgevat als een beïnvloedende factor en niet als een factor die de cliënt op zijn beurt zelf beïnvloedt. Kortom, de verhouding tussen individu en maatschappij in relatie tot zelfsturing wordt niet consistent en helder uitgewerkt. Waarom deze relatie tussen individu en omgeving vervolgens nog wordt verengd tot slechts 'interactieve gedragingen', dat wil zeggen tot interacties tussen mensen, is mij een raadsel. Menselijke relaties zijn toch ingebed in allerlei sociale, culturele, economische en ecologische structuren en posities? Die aandacht voor het structuur- en positiebeïnvloedende handelen van cliënten met functiebeperkingen en hulpverleners komt niet als mogelijkheid naar voren.

De behoefte aan eigen regie houdt volgens de participanten gelijke tred met het vermogen om met ziekte een goed leven te leven. De antwoorden op de evaluatieve vraag 'Is er ooit een moment geweest waarop u niet aan eigen regievoering deed?' lopen uiteen. Zo antwoordt de ene informant met: 'Nee, hoe beroerd ik er ook aan toe was, ik heb altijd de eigen regie wel in handen proberen te houden en

ook wel gehad. Op het moment dat ik machteloos in de wc lag zei ik nog tegen degene die me uiteindelijk kwam helpen hoe ze moest helpen' (man, 73 jaar), terwijl de ander antwoordt met: 'Als ik heel erg ziek ben laat ik alles maar over me heen komen, dan kan het me ook niks meer schelen, dan wil ik bij wijze van spreken wel dood. En dan ben je blij dat er mensen zijn die je helpen. Maar zodra het maar een beetje gaat wil ik de eigen regie terug' (vrouw, 57 jaar). Opvallend bij de antwoorden is dat in geval van 'geen regie', het lijkt te gaan om een kort tijdsbestek; van enige uren tot dagen (p. 77).

Iets verderop geeft Verkooijen nog een voorbeeld van een antwoord:

'De jonge zieke die met een onduidelijke ziekte in het ziekenhuis komt voor onderzoek denkt in eerste instantie aan: oei, mijn examen, hoe moet ik dat nu regelen. Men houdt regie. De gezondheidszorgmedewerkers hebben dat vaak niet in de gaten (en duiden dit als "geen regie over het ziek zijn", LV). Zij zijn bezig antwoord te zoeken op vragen over de ziekte, niet over hoe met deze ziekte het examen te kunnen doen' (vrouw, 41 jaar) (p. 77).

In alle drie de voorbeelden die Verkooijen geeft, is er in mijn ogen sprake van zelfregie. De mogelijkheid van geen enkele zelfregie in het handelen is onmogelijk. Die zelfregie kan in sommige situaties

wel uiterst minimaal zijn en misschien alleen nog maar betrekking hebben op de eigen innerlijke ervaring van vrijheid. In het eerste voorbeeld is de zelfregie gericht op het vragen om hulp. In het tweede voorbeeld is 'dood willen' de referentiewaarde van het gedrag. In het derde voorbeeld behelst zelfregie: examen doen met de ziekte. Bij zelfregulering gaat het dan steeds om zelfsturen in combinatie met afstemmen, bijvoorbeeld zich afstemmen op de ziekte in het doen van een examen. Bij acute crises blijft de patiënt zelfregulerend. Vaak hebben gezondheidswerkers niet in de gaten hoe zelfregie eveneens betrekking heeft op het eigen interne cognitieve handelen, bijvoorbeeld antwoord zoeken op de vraag: wat is er met mij aan de hand? Waarom ben ik ziek? Dat is een vorm van zelfsturing. Zelfsturing is niet alleen 'de regie voeren in mijn uiterlijk (verhaal of non-verbaal) gedrag'. Het grote gevaar is dat professionals alleen maar letten op de uiterlijk zichtbare aspecten van regievoering van de patiënt. Dat gebrek aan aandacht voor de intrapersoonlijke afstemming tussen gedrag, cognitie en gevoel in de sociale context is juist een kernprobleem in de gezondheidszorg. Dit probleem wordt in dit denkmodel over zelfregie juist weggedefinieerd.

Waar deze inperking van het begrip 'zelfregie' toe kan leiden, lezen we in het volgende fragment uit het proefschrift:

Er worden drie mogelijke fasen gevonden: (1) in de acute fase is er geen behoefte aan eigen regie,

(2) in de overlegfase is er behoefte aan inspraak in het behandelproces en het zelf stellen van doelen en (3) in de integratiefase is er sprake van zelf problemen definiëren, analyseren en oplossen, passend bij het eigen leven.

Op het eerste niveau beschrijven zij een ongelijkwaardige verhouding. De arts is de deskundige, de patiënt is het object van behandeling. Op het tweede niveau is er een evenwaardige verhouding. Arts en patiënt zijn gesprekspartners. Op het derde niveau maakt de wil van de medicus plaats voor de regie van de patiënt. Volgens Van der Bie (1998) en Van der Lugt (1998) is dit het enige niveau waarop sprake is van eigen regie. Op basis van de genoemde analogie wordt verondersteld dat er geen behoefte is aan eigen regie in de acute- en overlegfase en dat dit wel het geval is in de integratiefase (p. 71).

Juist van de meest kwetsbare mensen (in de acute fase van hun ziekte) wordt de zelfregie ontnomen. Zij worden niet meer als een subject gezien, maar tot object van behandeling gedegradeerd. Opnieuw verschijnen de sterken als degene voor wie alleen zelfregie is weggelegd.

Maar er is nog een belangrijk aspect dat Verkooijen toevoegt aan het begrip 'zelfregie', namelijk de gerichtheid van die zelfregie op 'het optimaliseren van de kwaliteit van leven'. Enkele citaten kunnen dit verhelderen.

Voor onderzoek in het kader van het realiseren van een vraaggestuurde zorgverlening zal vanuit de hier beschreven optiek, de onderzoeksvraag een relatie moeten hebben met 'het optimaliseren van de kwaliteit van leven' en zal de onderzoeksmethode recht moeten doen aan de persoonlijke kennis van patiënten zelf (p. 47).

In de discussies met hen ontwikkelt zich gaandeweg het inzicht dat het hier gaat om het 'vermogen van de mens met functionele beperkingen om met de ziekte en/of de beperkingen een goed leven te leven'. Uit de open en evaluatieve interviews blijkt dat het vermogen om met ziekte een goed leven te leven beïnvloed wordt door een drietal factoren, namelijk: de betreffende persoon (1) accepteert dat hij/zij hulp nodig heeft, (2) vindt dat zijn/haar leven zin heeft en (3) heeft de wil om zelf invulling te geven aan het eigen leven (p. 74).

Het doel 'een goed leven in eigen ogen' geeft in mijn ogen terecht een meer inhoudelijke en normatieve invulling aan het begrip 'zelfregie'. Zelfregie zou anders worden gereduceerd tot een methodisch begrip van zelfwerkzaamheid of zelfmanagement. Daarmee vult Verkooijen in op welke referentiewaarden het handelen (organiseren en coördineren van eigen leven) gericht zou moeten zijn. De vraag is natuurlijk hoe het dan zit met mensen die deze waarden niet onderschrijven. Is er bij hen dan weer geen sprake van zelfregie?

Of is dit geen reële optie? In mijn benadering van zelfregulering heb ik dit probleem proberen te onderwerpen door het begrip zelfsturing aan te vullen met het begrip 'afstemming': zelfregulering betekent in de systeembenadering immers een proces van feedback om bepaalde waarden in het systeem te realiseren. Juist in die koppeling tussen actor en systeem ligt het proces van zelfregulering. Verkooijen neigt in deze richting, als ze schrijft:

In de gesprekken met de participanten wordt de overlegfase omschreven als de fase waarin de patiënt via interactie met en/of hulp van derden streeft naar een nieuw evenwicht. In de integratiefase is sprake van een harmonieuze verhouding tussen de mens en zijn situatie (p. 76).

De balans tussen individu en omgeving wordt hier geformuleerd in termen van harmonie. Deze gedachte zie ik vaker in het proefschrift terug. In mijn ogen zou die balans beter omschreven kunnen worden als het zoeken naar een bevredigende verhouding tussen scheiden (autonomie) en verbinden (verbondenheid). Strijd en harmonie zijn twee kanten van eenzelfde medaille.

De auteur herhaalt meerdere malen in het boek dat er (helaas) geen theoretisch fundament in de literatuur over zelfregie te vinden is. Enkele citaten:

Voor een zorgpraktijk waarbij de 'eigen regievoering' invloed heeft

op de wijze waarop de zorgverlening en zorglevering vorm krijgen, bestaat voor zover bekend geen wetenschappelijk onderzoek theoretisch fundament dat richtinggevend is voor de professional. De afwezigheid van een dergelijk fundament is één van de uitdagingen van deze dissertatie (p. 13).

Omdat in deze dissertatie onder meer gezocht is naar een nog niet bestaand theoretisch fundament voor een zorgpraktijk waarbij de 'eigen regievoering' invloed heeft op de wijze waarop de zorgverlening en zorglevering vorm krijgen ...' (p. 51).

Hier wreekt zich een ernstige tekortkoming van het proefschrift dat een wetenschappelijke erkenning heeft gekregen. De schrijver is kennelijk niet op de hoogte van de vracht aan literatuur die er in de wereld is op het gebied van zelfregulatie, zelfregulering en zelfsturing. In mijn proefschrift heb ik een kleine samenvatting van proberen te geven (Donkers, 1999, hoofdstuk 2). Versterking van het zelfregulerend vermogen heb ik benoemd als de kern van de benadering van de door mij onderzochte maatschappelijk werkers. Dat Verkooijen weinig of geen literatuur heeft kunnen vinden, is geen wonder als het woord 'zelf' ontbreekt in alle zoektermen die ze heeft gehanteerd bij haar literatuurstudie. Ze schrijft:

Als zoektermen zijn gebruikt: regie, regievoering, regisseren, regisseur, directing, director,

mastering, mastery en stage manager. Er is net zo lang naar literatuur gezocht totdat zich geen nieuwe inzichten meer voordeden.

Als echter zoektermen waren gebruikt als: zelfregie, zelfsturing, zelfmanagement, zelfregulatie en zelfregulering, was de auteur heel wat meer degelijke wetenschappelijke literatuur tegengekomen dan vermeld in de literatuurlijst die zich nu in het proefschrift bevindt.

Ondersteuning eigen regievoering

De auteur van het proefschrift richt zich op professionele zorgverleners en zorgaanbieders voor mensen met uitsluitend functionele beperkingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor deze breed samengestelde groep betaalde hulpverleners in de gezondheidszorg ontwikkelt zij een handelingsmodel.

In het onderzoek is een handelingsmodel 'ondersteuning eigen regievoering' ontwikkeld dat bestaat uit vijf onderdelen die de eigen regievoering van de patiënt ondersteunt. Deze vijf onderdelen zijn: (1) een quick scan, (2) een intake, (3) een wensenformulier, (4) afstemmingsstappen en (5) zorgroutes. Het handelingsmodel 'ondersteuning eigen regievoering' is kort samengevat als volgt te beschrijven: (1) De quick scan is een monitor voor de mate waarin het beleid van een organisatie voldoende voorwaarden biedt voor 'ondersteuning eigen regievoering'. (2) De intake verzamelt bij de start van het zorgproces wensen van de

cliënt met betrekking tot zorgverlening en zorglevering. (3) Met het wensenformulier worden vervolgens, zolang het zorgproces duurt, gewijzigde en/of nieuwe wensen verzameld. (4) De afstemmingsstappen beschrijven hoe de match tussen vraag of wens van de cliënt en aanbod tot stand wordt gebracht. (5) Het resultaat hiervan wordt verwerkt in zorgroutes (p. 149).

De resultaten van het onderzoek laten zien dat implementatie van het handelingsmodel 'ondersteuning eigen regievoering' leidt tot een optimale vorm van vraaggestuurde zorg. Vraaggestuurde zorg (op basis van ondersteuning eigen regievoering) betreft een zorgverlening met het cliëntenperspectief als vertrekpunt, waarbij door een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgaanbieder of zorgverlener, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod en daarmee tot consequenties voor het organiseren van de zorg. De interactie wordt gekenmerkt door een zorgverlener die luistert, informeert, op verzoek adviseert en de cliënt uitnodigt aan te geven wat hij nodig heeft en een cliënt die de zorgaanbieder of zorgverlener duidelijk maakt welk aanbod hij wenst. De organisatie van de zorg wordt gekenmerkt door een flexibel, continu aanpassen van werktijden en werkzaamheden voor een optimale match tussen vraag en aanbod (p. 175).

Als kerngedragingen van de professional brengt Verkooijen naar voren: cliënt uitnodigen tot, wensen of keuzen van cliënt als vertrekpunt nemen, reageren op keuzen of wensen van cliënt, cliënt informeren en maximale inspanning plegen om zorg aan te passen aan keuzen/wensen van cliënt. De ondersteuningsarbeid van de professional wordt met deze beperkte gedragingen nauwelijks uitgewerkt. Want hoe gaat dat 'uitnodigen van de cliënt tot het maken van keuzen, het nemen van verantwoordelijkheid, et cetera' in de praktijk in zijn werk? Hoe helpt men iemand bij het maken van keuzen? Hoe nodigt men de persoon uit om invloed uit te oefenen op zijn situatie? Hoe breng je als professional informatie over? De vraag van de cliënt leidt via overleg en onderhandeling tot een passend aanbod, schrijft Verkooijen. Maar is 'overleg en onderhandeling' wel de juiste inbedding voor een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgverlener? Is onderhandelen niet juist een model dat berust op ruildenken (marktdenken) en derhalve te beperkt voor een dialoog op basis van wederkerige autonomie? Is het hier gepresenteerde handelingsmodel uiteindelijk toch niet veel meer dan 'u vraagt, wij draaien'? Alleen als de patiënt vraagt om naar de wc te gaan, krijgt hij die hulp (p. 45).

Ik zou het proefschrift van Verkooijen onrecht doen als ik met deze conclusie zou eindigen. Op het einde van haar boek beweert zij immers nadrukkelijk dat het niet een simpelweg 'u vraagt, wij draai-

en' is. Ze keert zich juist tegen deze marktgerichte benadering en pleit voor een interactionele benadering die het cliëntenperspectief uitdrukkelijk als vertrekpunt (niet als eindpunt) neemt. De intentie van Verkooijen vind ik overtuigend. Je moet in die verhouding gaan zitten en aandacht besteden aan het op afstemming gerichte handelen van de zorgverlener. Ik citeer:

Bovendien is in het project duidelijk geworden dat 'ondersteuning eigen regievoering' niet leidt tot een opvatting van vraaggestuurde zorg in termen van 'u vraagt, wij draaien'. Er zijn grenzen aan de keuzes of wensen van de cliënten gevonden. Deze grenzen worden bepaald door (1) de financiële ruimte van de indicatie en/of de eigen portemonnee, (2) de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener, (3) de organisatorische verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en (4) algemeen geaccepteerde waarden en normen (p. 150).

Deze vier punten zouden in mijn ogen gemakkelijk kunnen worden aangevuld met talrijke andere persoonlijke, maatschappelijke en structurele grenzen aan de keuzen of wensen van mensen. Kennelijk gaat het bij zelfsturing principieel om zelfsturing-in-afhankelijkheid van de omgeving. En hiermee zou zelfregie of zelfsturing in mijn ogen geherdefinieerd moeten worden in termen van 'zelfregulering': als het proces van (zelf) sturen *in afstemming op zichzelf en op omgeving*.

Actor- en systeembenadering dienen met elkaar te worden verbonden. Maar deze exercitie wordt door Verkooijen niet uitgevoerd.

Tot slot

Ik besluit. Het proefschrift van Verkooijen wil uitdrukkelijk een stap verder zetten in de richting van een meer dialogische benadering van vraaggestuurd werken. Vraaggestuurd werken op basis van ondersteuning van eigen regievoering is meer dan enkel een marktgerichte benadering die de cliënt slechts beschouwt als consument. Terecht constateert Verkooijen dat het ondersteunen van de eigen regie van mensen die deze regie niet geheel of niet altijd kunnen uitvoeren vanwege functionele beperkingen, een hele cultuuromslag betekent voor de professional en tevens voor de cliënten zelf. De pretentie dat 'ondersteuning eigen regievoering & vraaggestuurde zorg' een 'vrijwel onontgonnen terrein' is waarvoor Verkooijen een eerste theoretisch fundament zou hebben gelegd, wordt in mijn ogen niet waargemaakt. Een goede aanvulling zou zijn geweest als zij meer gebruik had gemaakt van onder meer de presentietheorie en de betekenisanalyse in de literatuur over zelfregulering.

LITERATUUR

Donkers, G.L.A.M. (2008)

Grondslagen van veranderen, naar een methodiek zonder keurslijf. Nijmegen: Stichting de Parel.

Donkers, G.L.A.M. (1999)

Methodiek maatschappelijk werk. Zelfregulering als agogisch reflectiekader. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

REACTIE OP GERARD DONKERS

Algemeen

Mij is gevraagd een reactie te geven op de bespreking van mijn proefschrift door Gerard Donkers. Aan deze vraag wil ik uiteraard graag voldoen.

Gerard Donkers lijkt, voordat hij het proefschrift is gaan lezen, twee essentiële keuzen te hebben gemaakt, namelijk:

1. Een analyse op basis van de vraag wat de in het proefschrift beschreven benadering, *Ondersteuning Eigen Regievoering of het OER-model*, betekent voor empowerment van cliënten.
2. Het concept 'eigen regievoering' is hetzelfde of heeft dezelfde betekenis als de concepten zelfregie, zelfsturing of zelfregulering.

Ad 1.

De vraag welke betekenis deze benadering (OER) heeft voor empowerment van cliënten kan ik kortweg beantwoorden met 'geen enkele'. Althans dat was geen doel van het onderzoek. Het proefschrift gaat over de inrichting van de zorg op microniveau, dus de inrichting van de directe zorgpraktijk of het primair proces. Het proefschrift houdt zich dan ook bezig met het organisatievraagstuk 'vraaggestuurde zorg organiseren' en niet met het (beïnvloeden van) gedrag van cliënten. Mijn doel was om een bijdrage te leveren aan het inrichten van een zorgorganisatie zodanig dat deze geen negatieve

invloed heeft op de eigen regievoering van cliënten. Dat zou kunnen leiden tot empowerment van cliënten, maar dat hoeft niet.

Ad 2.

In zijn inleiding besluit Gerard Donkers met de opmerking dat mijn bevindingen en zijn bedenkingen leerzaam zijn voor de verdere verdieping van het thema van de zelfregie. Ik heb ernstige bezwaren tegen deze bewering waarin impliciet wordt aangenomen dat eigen regievoering en zelfregie hetzelfde concept betreft. Beide concepten hebben iets met zelf of eigen en regie van doen, maar is het daarmee hetzelfde? 'Woonhuis' en 'woonwinkel' hebben alle twee iets met wonen en suggereren een bepaalde ruimte, maar is het daarmee hetzelfde concept? De essentie van een woonhuis is dat je in de gesuggereerde ruimte kunt wonen en dat kun je in een woonwinkel toch echt niet.

Verderop noemt Donkers dat ik in hoofdstuk 2 zou concluderen dat vraaggestuurde zorg dus zorg is waarbij de *zelfsturing* van de patiënt het vertrekpunt is en verwijst daarbij naar pagina 47. Ik concludeer op die pagina echter dat er alleen vraaggestuurde zorg kan zijn als het *patiëntenperspectief* (of de zienswijze van de cliënt) als vertrekpunt wordt genomen.

Ook meldt hij dat ik in mijn proefschrift meerdere malen herhaal dat er (helaas) geen theoretisch fundament in de literatuur over *zelfregie* te vinden is en dat de schrijver kennelijk niet op de hoogte is van

de vracht aan literatuur op het gebied van *zelfregulatie*, *zelfregulering* en *zelfsturing*. In mijn proefschrift komen termen als zelfregie, zelfsturing of zelfregulering echter niet voor, omdat het gaat over ondersteuning eigen regievoering, waarvan uitsluitend het concept *eigen regievoering* een onderdeel is.

Al deze concepten worden door Donkers echter eenvoudig op één hoop geveegd. Toch meent hij op basis hiervan een juist beeld van en daarbij passende reactie op mijn proefschrift te kunnen geven. Dat maakt het reageren op zijn stuk nogal lastig. Vandaar dat ik vooral wat dieper in zal gaan op mijn proefschrift en van daaruit zal reageren op de opmerkingen van Donkers.

Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg

Mijn proefschrift gaat dus over ondersteuning eigen regievoering. Verder gaat het proefschrift over vraaggestuurde zorg. Zo wordt in hoofdstuk 2 een antwoord gezocht op de vraag: *Wat kan onder 'een optimale vorm van vraaggestuurde zorg' worden verstaan?* De hier beschreven literatuurstudie laat een veelheid aan opvattingen zien. In dit hoofdstuk wordt uiteindelijk gekozen voor een voorlopige omschrijving: *'een optimale vorm van vraaggestuurde zorg'*. Gerard Donkers vindt mijn omschrijving voor *aanbodgestuurde zorg* niet genuanceerd genoeg. Daar kan ik het mee eens zijn. *'Aanbodgestuurde zorg'* is in mijn proefschrift niet tot dat niveau uit-

gewerkt. Ik ben in relatie tot OER verder vooral geïnteresseerd geweest *in de kern van het verschil* tussen de concepten 'vraagsturing' en 'aanbodsturing'. Bij vraagsturing geeft de zorgleverancier/zorgverlener de cliënt invloed op zorglevering en zorgverlening, bij aanbodsturing is dit niet het geval. De wijze waarop deze invloed of geen invloed (of alles wat er tussenin kan zitten) gestalte krijgt, kent meerdere vormen. Ik was in hoofdstuk 2 dus op zoek naar een optimale vorm van vraagsturing.

Ondersteuning eigen regievoering betreft de rol van de zorg/hulpverlening in relatie tot de eigen regievoering van de cliënt vanuit een organisatorisch (meer expliciet vraaggestuurd) perspectief.

Opvallend bij alle door mij bestudeerde potentieel vergelijkbare concepten is dat kenmerkend voor de rol van de zorg/hulpverlening steeds '*de cliënt iets leren*' lijkt te zijn. Of het nu gaat om zelfmanagement, waarbij de hulpverlener de cliënt leert om met de gevolgen van de ziekte om te gaan, of zelfzorg, waarbij de hulpverlener de cliënt leert (weer) voor zichzelf te zorgen of zelfregulering, dat als veranderkundig concept wordt beschreven. Steeds is het de zorg/hulpverlening die de cliënt leert hoe het (anders/beter) moet.

Nergens kwam ik bij de door mij bestudeerde concepten organisatorische consequenties tegen die vraaggestuurd van aard waren, dus die *de invloed van de cliënt op de zorg/hulpverlening centraal* stelde. Het is daarom dat ik concludeer

dat: *Voor een zorgpraktijk waarbij de 'eigen regievoering' (van de cliënt, LV) invloed heeft op de wijze waarop de zorgverlening en zorglevering vorm krijgen, bestaat voor zover bekend geen wetenschappelijk onderzocht theoretisch fundament dat richtinggevend is voor de professional. De afwezigheid van een dergelijk fundament is één van de uitdagingen van deze dissertatie* (p. 13).

Eigen regievoering

Vanwege deze constatering ben ik het concept eigen regievoering eerst gaan operationaliseren en definiëren voordat ik verder kon gaan met mijn eigenlijke vraagstelling: *in hoeverre en op welke wijze kan zorg die de eigen regievoering van mensen met functionele beperkingen ondersteunt, leiden tot een optimale vorm van vraaggestuurde zorg?*

Volgens Gerard Donkers wordt in deze vraagstelling een oorzakelijk verband gesuggereerd tussen eigen regievoering en vraaggestuurde zorg. Dit is niet het geval. Het antwoord had na het onderzoek ook kunnen zijn dat zorg die de eigen regievoering van mensen ondersteunt, niet tot welke vorm van vraaggestuurde zorg dan ook leidt, laat staan tot een optimale vorm ervan. Toen ik met mijn proefschrift begon, had ik geen idee waar ik uit zou komen. De constatering dat ondersteuning eigen regievoering (OER) en vraaggestuurde zorg hetzelfde zou zijn, laat ik dan ook graag bij de heer Donkers. Nergens in mijn proefschrift wordt dit beweerd, noch wordt deze bewering overigens

door mij onderschreven. OER is een manier om vorm te geven aan een vraaggestuurd ingerichte organisatie. Ik durf niet te beweren dat het de enige of de beste manier is. In de praktijk is het echter wel een geweldig breekijzer gebleken voor het kantelen van organisaties.

Toen ik met mijn onderzoek begon, heb ik de term 'eigen regievoering' in relatie tot cliënten nergens kunnen vinden (geen literatuur via de bibliotheek of sneeuwbalmethode, 0 hits via Google en niet in Van Dale te vinden). Daarom ben ik de term als nieuw concept gaan uitwerken. In mijn proefschrift wordt 'eigen regievoering' geoperationaliseerd en gedefinieerd als: '*Het organiseren en/of coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen.*' In de context van mijn onderzoek betreft dit 'een eigen leven met professionele (betaalde) zorg'. De doelgroep van mijn onderzoek bestond namelijk uit cliënten, dus afnemers van professionele zorg. Verder betrof het cliënten met uitsluitend functionele beperkingen. Vandaar ook dat in mijn proefschrift geen aandacht wordt besteed aan doelgroepen met andere beperkingen, zoals psychogeriatrische patiënten, baby's of stervende mensen. Dat is dus niet omdat deze groepen 'de vraag' niet zouden kunnen stellen.

Verder is het concept eigen regievoering geoperationaliseerd op basis van de deelvraag: '*Wat is volgens mensen met functionele beperkingen kenmerkend voor hun 'eigen regievoering'?*'. Voor beantwoording van deze vraag is een

kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt waarbij de informanten bepalend zijn geweest voor het resultaat. In hoofdstuk 3 van mijn proefschrift wordt de daarvoor speciaal ontwikkelde en getoetste methode van de directe member check beschreven, die gecombineerd is met een variant op de methode van de analytische inductie, zoals beschreven in hoofdstuk 4 en 5. Essentie van deze methodologische keuze is dat het concept eigen regievoering inhoud heeft gekregen door de geïnterviewden (= leden van de doelgroep) zelf. Waarmee dus niet mijn mening bepalend is geweest voor het resultaat, maar dat van de doelgroep zelf. Het is tenslotte hun eigen regievoering die ondersteund gaat worden in mijn onderzoek. Helaas gaat Gerard Donkers in zijn commentaar nergens in op de methodologische verantwoording van het onderzoek en de gevonden resultaten die zijn samen te vatten tot:

1. acht gedragingen van 'eigen regievoering' als proces, met kerngedrag 'keuzen maken';
2. beïnvloedende factoren (externe en persoonlijke);
3. voorwaarden voor eigen regievoering.

Het OER-model

Op basis van de aldus verkregen informatie over wat cliënten zelf kenmerkend vinden voor hun eigen regievoering, zijn zeven kenmerken voor een zorgverlening die ondersteunend is aan de eigen regievoering van haar cliënten, afgeleid. Deze kenmerken zijn vervolgens vertaald naar vijf hele con-

crete hulpmiddelen voor de directe zorgpraktijk of het primair proces. Deze vijf hulpmiddelen zijn geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van een thuiszorgorganisatie en een verzorgingshuis. Niet op één afdeling of één locatie, maar in beide gevallen in de hele organisatie. De vijf hulpmiddelen omvatten het waardenstelsel 'Ondersteuning Eigen Regievoering'. Door deze hulpmiddelen toe te passen wordt door de hulpverleners/zorgverleners gehandeld volgens de eisen van 'Ondersteuning Eigen Regievoering' zonder dat men alles hoeft te weten van het onderliggend concept of gedachtegoed. De helft van mijn proefschrift gaat vervolgens over de toepassing, toetsing en bijstelling van dit OER-model en wat het oplevert voor:

1. de cliënt;
2. de medewerker;
3. de organisatie.

Uit de gebruikte kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden blijkt onder meer dat werken volgens het OER-model een significante lineaire relatie heeft met de ervaren 'tevredenheid met de zorg'. Hoe meer een organisatie volgens het OER-model is ingericht, hoe meer tevreden de cliënt is met de zorgverlening en zorglevering. Bovendien wordt 50% van de ervaren tevredenheid verklaard uit de mate waarin volgens OER wordt gewerkt. Verder is er een significante positieve relatie gevonden tussen OER en de ervaren kwaliteit van leven. Een organisatie die werkt volgens OER, zorgt volgens cliënten voor 5% meer kwaliteit van leven. Voor andere resulta-

ten wil ik graag verwijzen naar mijn proefschrift.

OER blijkt te leiden tot een vraaggestuurde zorg die in mijn proefschrift omschreven wordt als:

Een zorgverlening met het cliëntenperspectief als vertrekpunt, waarbij door een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgaanbieder of zorgverlener, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod en daarmee tot consequenties voor het organiseren van de zorg.

Gerard Donkers maakt bezwaar tegen de term 'overleg en onderhandeling' in relatie tot een gelijkwaardige interactie. Hierin moet ik hem volledig gelijk geven. Ik was er zelf ook niet erg gelukkig mee. Kort na het voltooien van het proefschrift heb ik daarom 'overleg en onderhandeling' gewijzigd in 'overleg en afstemming'.

Lineke Verkooijen