



VAN INSPRAAK NAAR INVLOED



Lectorale rede

Dr. Lineke Verkooijen

Health School Almere | Uitgesproken op 20 april 2010

Van inspraak naar invloed

Lectorale rede

Dr. Lineke Verkooijen

Health School Almere

Uitgesproken op 20 april 2010

Omslagontwerp en druk
info@woltersvormgeving.nl

ISBN: 978-94-90872-01-4

©Health School Almere | Lineke Verkooijen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Start rede	6
3	Inspraak en invloed	7
4	Vraagsturing in ondersteuning en zorg	9
5	Klant en klantenperspectief	14
6	Klantenperspectief in ondersteuning en zorg	18
7	De ambities van het lectoraat	22
8	De kenniskring	27
Bijlage 1:	Wet- en regelgeving in relatie tot het klantenperspectief	29
Bijlage 2:	Participatie in ondersteuning en zorg	40
Bijlage 3:	Zelfbeschikking en eigen regievoering	42
Bijlage 4:	Individuele diversiteit	48
	Bronvermelding	53
	Geraadpleegde websites	58

1 Inleiding

De in dit lettertype opgemaakte woorden zijn tijdens de rede zelf niet uitgesproken. Het betreft steeds een aanvulling op en/of onderbouwing van de redetekst.

Dames en heren, familie, vrienden, collega's, vakgenoten en andere geïnteresseerden. Welkom bij deze openbare les van ons lectoraat met als naam en kennisdomein 'Klantenperspectief in ondersteuning en zorg'. Alvorens de officiële rede te starten zal ik eerst kort toelichten wat de opdracht van een lectoraat inhoudt.

Lectoraten zijn sinds het begin van deze eeuw in het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) in Nederland ingesteld. De oorspronkelijke opdracht van lectoraten betreft vier doelstellingen:

1. onderzoek;
2. kennisontwikkeling en kenniscirculatie;
3. curriculum ontwikkeling en;
4. professionalisering docenten.

Tevens wordt een lectoraat geacht minimaal in de regio en bij voorkeur ook daarbuiten een inhoudelijke relatie te onderhouden met op het kennisdomein betrokken organisaties en met onderzoekers in en buiten Nederland (*Stichting Kennisontwikkeling, 2008*).

Het lectoraat Klantenperspectief in ondersteuning en zorg heeft zich door deze opdracht laten inspireren en kiest voor een positie die is samen te vatten als: via (1) het doen van onderzoek, (2) kennisontwikkeling en kenniscirculatie in gang zetten en daardoor een bijdrage leveren aan (3) curriculumontwikkeling en (4) professionalisering van docenten in de zorg- en welzijnssector van het (Hoger) Beroepsonderwijs, met name in Almere en de rest van Flevoland.

Binnen het lectoraat wordt elk type onderzoek gedaan. Tenminste, zolang het aannemelijk kan worden gemaakt dat de resultaten toepasbaar (kunnen) zijn, of een ander direct nut (kunnen) hebben voor de praktijk. Onderwerp van onderzoek zijn: de kwaliteit en de inrichting van ondersteuning en zorg vanuit het klantenperspectief, maar ook demografische ontwikkelingen of voorkeuren van burgers. De aldus verkregen kennis, wordt gebruikt voor het mee ontwikkelen en op termijn actualiseren van het onderwijs van de Health School Almere en in het verlengde daarvan het beroepsonderwijs in Flevoland. Tevens wordt de in onderzoek ontwikkelde kennis gebruikt voor advisering van opdrachtgevers uit het praktijkveld van ondersteuning en zorg, zoals inmiddels de Wmo-Raad Almere en het gewest Gooi en Vechtstreek.

Het lectoraat wordt gefinancierd door de gemeente Almere via de investeringsimpuls Flevoland Almere. Het past binnen de behoefte van Almere om innovatief in te willen spelen op de vraag naar zorg en welzijn van haar burgers. Het denken

vanuit de kracht van de burger en zijn omgeving c.q. het klantenperspectief, staat daarbij centraal. Ik beschouw het als een grote eer om van dit bijzondere lectoraat, de lector te mogen zijn en deze lectorale rede, als officieel moment van installatie, voor u te mogen uitspreken.

2 Start rede

‘Van inspraak naar invloed’, zo luidt de titel van mijn lectorale rede. Een titel waarmee ik, toen ik ‘m kort na mijn aanstelling als lector in augustus 2009 koos, dacht origineel te zijn. Helaas bleek na enig googelen dat dit niet helemaal juist was. Ik vond twee documenten waarin de uitspraak ook voorkwam. Het ene document was van Zorgbelang Overijssel (www.zorgbelang-overijssel.nl, december 2009), het andere document stond op de site van Skipr (www.skipr.nl, december 2009), een site die koersbepalend wil zijn in de zorg en gevuld wordt door uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

In het document van Zorgbelang Overijssel werd een relatie gelegd tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die in 2007 in werking is getreden, en de beweging van inspraak naar invloed. Het tweede document betrof een opinie van Niek de Jong die tot 2000 directeur van Zorgverzekeraars Nederland was en daarna vier jaar voorzitter van de landelijke brancheorganisatie van verpleeg- en verzorgingshuizen (toen Arcares, nu Actiz). De titel van deze opinie luidde: Patiënt beweegt van inspraak naar invloed. De Jong stelt daarin:

‘Patiënten willen een actieve rol voor zorgverzekeraars. Zij willen echter niet dat de zorgverzekeraar bepaalt. Zo blijkt uit een onderzoek van de NPCF. (...) Vele nota’s zijn er in de loop der jaren verschenen over de inspraak van de patiënt/verzekerde. Daar gaat het in de toekomst veel minder om. Veeleer om de invloed van de patiënt. Mijn ervaring leert dat de aanbieders van de zorg hier nog te weinig mee kunnen omgaan of op inspringen.’

Beide documenten kwamen dus uit de zorg- en welzijnssector en beide documenten waren van december 2009. Deze constatering op zich is wellicht al een voorzichtig begin van een bewijs dat er, zoals ik vermoed, in relatie tot ondersteuning en zorg voor mensen met beperkingen, steeds nadrukkelijker een behoefte is aan de beweging ‘van inspraak naar invloed’. Een emancipatoire beweging die maar moeizaam lijkt te vorderen.

Hoewel dus niet helemaal origineel meer, sluit de titel van mijn lectorale rede wel goed aan bij wat volgens mij de volgende fase zal zijn in de ontwikkeling naar meer vraagsturing en klantgerichtheid in ondersteuning en zorg. Een bewering die ik in

deze rede verder zal toelichten. Maar eerst meer over de concepten 'inspraak' en 'invloed'.

3 Inspraak en invloed

Volgens Coenen e.a. (2001) is er geen algemeen geaccepteerde definitie voor het begrip inspraak in de publieke sector. De betekenis ervan is in de loop der tijd aan verandering onderhevig geweest. In de jaren zeventig van de vorige eeuw is inspraak een welhaast ideologisch normatief containerbegrip, terwijl het in de jaren negentig meer als een formeel instrument wordt beschouwd. De ontwikkeling van inspraak in Nederland vanaf de jaren zeventig kan volgens hen gekenschetst worden als een verschuiving van de nadruk op 'inspraak als oplossing' (1970-1980), via 'inspraak als instituut' (1980-1990), naar 'inspraak in heroverweging' (1990-2000).

In de zeventiger jaren van de vorige eeuw wordt inspraak vooral gezien als middel om de bevolking meer bij het beleid te betrekken, waardoor draagvlak wordt gerealiseerd. In de tachtiger jaren worden de ontwikkelingen overheerst door de vraag of en zo ja op welke wijze inspraak in wettelijke regelingen moet worden gegoten. Waarmee inspraak een meer formeel instrument wordt naast adviesorganen en dergelijke. Dit laatste leidt echter nogal eens tot vertraging en conflicten in besluitvorming, waardoor in de jaren negentig de nadruk komt te liggen op een heroverweging van de positie van inspraak ten opzichte van andere vormen van betrokkenheid van burgers of klanten, waaronder invloed (Coenen e.a., 2001).

Coenen e.a. (2001) omschrijven inspraak als: 'Een wettelijk voorgeschreven vorm van maatschappelijke consultatie waarbij belanghebbenden op verschillende momenten de gelegenheid krijgen hun zienswijze op plannen kenbaar te maken (p. 313-314).' Inspraak beperkt zich tot het geven van een mening, overleg en proberen een besluit te beïnvloeden. De beslissing wordt uiteindelijk genomen door de bevoegde gezagdragers. Inspraak biedt daarmee geen garantie dat de wensen van belanghebbenden worden overgenomen.

Andere kenmerken van inspraak zijn volgens hen:

- *inspraak is niet vrijblijvend, de inbreng dient gemotiveerd te worden;*
- *er wordt door de insprekers gereageerd op persoonlijke titel;*
- *inspraak gaat vooraf aan besluit. Er kan op basis van inspraak teruggekomen worden op een voorgenomen besluit;*
- *inspraak kent een wettelijke basis.*

In woordenboeken wordt inspraak omschreven in termen van:

- de gelegenheid om een mening of wensen kenbaar te maken in een aangelegenheid waarbij men betrokken is. Synoniemen zijn: (mede)zeggenschap, maar zonder meebeslissen.

Invloed wordt omschreven als:

- het vermogen om op anderen of in 't algemeen in de maatschappij in te werken, met name om iets gedaan te krijgen. Synoniemen zijn: inwerking zeggenschap, overwicht, autoriteit en macht.

(www.encyclo.nl, 2010; van Dale, 1999).

Invloed gaat dus verder dan inspraak. Bij inspraak gaat het om het kenbaar maken van een mening of wensen, zonder dat er iets mee hoeft te worden gedaan. Er is sprake van invloed als A ervoor zorgt dat B zijn (voorgenomen) actie verandert, zonder dat A B openlijk dreigt met het onthouden van belangrijke zaken voor B (*Huisman, 2008*). Met andere woorden, invloed biedt wel een garantie dat wensen van klanten worden overgenomen. De mate waarin er sprake is van invloed is met name afhankelijk van de ruimte die de ander biedt voor het uitoefenen van invloed en niet van een eigen machtspositie van degene die invloed wil uitoefenen.

In 2006 ben ik gepromoveerd op 'Ondersteuning Eigen Regievoering en Vraaggestuurde zorg' ofwel het OER-model. Tijdens mijn promotieonderzoek heb ik onder meer gekeken naar de vraag op welke aspecten van ondersteuning en zorg klanten invloed zouden willen hebben. Daarbij is gebleken dat de klant in meer of mindere mate invloed wil hebben op (*Verkooijen, 2006*):

1. het **moment, dag, tijdstip** waarop de ondersteuning of zorg geleverd wordt (wanneer);
2. de **plaats** waar deze geleverd wordt (waar);
3. de **persoon** die de ondersteuning of zorg levert (door wie);
4. de **vorm/inhoud** waarin deze wordt uitgevoerd (hoe en wat).

De eerste drie aspecten spreken vermoedelijk wel voor zich. Het betreft wensen van klanten die vooral invloed hebben op **de levering** van de ondersteuning of zorg. Bij de invloed op de vorm/inhoud, dus op **de uitvoering**, blijkt het met name te gaan om de invloed vanuit de eigen betekenisgeving aan de situatie. Zo zullen klanten hun chirurg doorgaans niet gaan vertellen met welke techniek of volgens welk protocol ze geopereerd willen worden. Dat behoort tot de professionele deskundigheid van de chirurg. Zijn er meer mogelijkheden, dan mag de klant wel verwachten dat de chirurg deze voorlegt met alle voors en tegens om te helpen bij het maken van een weloverwogen keuze. Deze vorm van inspraak is uitstekend geregeld in de wet- en regelgeving rond geneeskundig handelen, maar is iets anders dan wat ik hier bedoel met invloed vanuit de eigen betekenisgeving aan de situatie. De betreffende klant zou bijvoorbeeld als resultaat van de operatie heel graag een mooi klein of in ieder geval zo'n onopvallend mogelijk litteken willen overhou-

den, zodat het ook in bikini nauwelijks opvalt. Dat zou voor deze klant een belangrijke betekenis kunnen zijn van de geplande operatie. En de vraag aan de chirurg luidt dan: 'Zou dat kunnen?' Misschien kan het alleen als er meteen een plastisch chirurg bijkomt, of als een ander type hechtingen wordt gebruikt dan in dit ziekenhuis gangbaar is. Misschien moet de klant bijbetalen voor een plastisch chirurg of ander hechtmateriaal. Misschien wordt een second best oplossing gevonden en gekozen. Maar in het geval van invloed gebeurt er iets met de wens van de klant. Verder geldt dat, hoe minder specifieke professionele deskundigheid nodig is voor de betreffende ondersteuning of zorg, hoe groter de behoefte aan invloed van de klant kan worden. Bij huishoudelijke hulp bijvoorbeeld is het niet denkbeeldig dat een klant die 40 jaar het eigen huishouden heeft bestierd, wil blijven bepalen hoe dit wordt gedaan, ook al wordt het door iemand anders uitgevoerd. En daarmee kom ik bij het begrip 'vraagsturing'.

4 Vraagsturing in ondersteuning en zorg

Sinds het begin van deze eeuw is de sturingsfilosofie voor ondersteuning en zorg ingrijpend aan het veranderen. De van overheidswege gereguleerde gezondheidszorg met aanbodsturing tracht men te vervangen door een stelsel van vraaggestuurde zorg binnen een marktgeoriënteerde context. Marktwerking en in het bijzonder concurrentie tussen zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders, moeten bevorderen dat de zorg doelmatig wordt verleend en dat de zorgverlening beter wordt afgestemd op de vraag van de klant (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006*). Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (*Wmo*) in 2007 is er ook in de sociale sector sprake van een streven naar marktwerking en vraagsturing met een vergelijkbare doelstelling als in de gezondheidszorg, namelijk: *het bevorderen van doelmatige en bij de vraag van de burger passende ondersteuning*. In dit kader moet vraagsturing als één van de belangrijkste sturingsfilosofieën leiden tot het realiseren van de Wmo-opdracht 'participatie van alle burgers' (*Nederland e.a., 2009*). Marktwerking, in de betekenis van concurrentie in de zorg, is ondenkbaar zonder vraagsturing. Echter de sturingsfilosofie vraagsturing kan ook zonder het oogmerk van concurrentie of marktwerking worden gekozen, bijvoorbeeld in het kader van het realiseren van klantgerichtheid als onlosmakelijk onderdeel van de zorg- of hulpverlening (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003a en 2003b*). Vraagsturing en marktwerking zijn dan ook geen synoniemen van elkaar. In deze lectorale rede wil ik het nut of de noodzaak van marktwerking in de zorg- en welzijnssector verder buiten beschouwing laten, omdat deze discussie geen toegevoegde waarde heeft voor het expliciteren van de relatie tussen het klantenperspectief en vraagsturing.

Het concept vraagsturing

Hoewel het woord veel gebruikt wordt, wordt 'vraagsturing' als concept niet altijd even duidelijk omschreven. Zo wordt het nogal eens verward met concepten als: goede zorg of ondersteuning, (*www.bbvz.nl, Blaauwbroek, 2009*) klantvriendelijkheid (*www.margotrappen-burg.nl, 2003*) en een Persoonsgebonden Budget (PGB) of het zelf inkopen en organiseren van de noodzakelijke ondersteuning of zorg (*www.beleidsplanwmo.nl, 2008*). Door vraagsturing kunnen goede zorg of klantvriendelijkheid vermoedelijk eenvoudiger worden bereikt. Echter, een klantvriendelijke omgeving of de levering van goede zorg of ondersteuning zijn niet exclusief voorbehouden aan of leiden automatisch tot vraagsturing, noch leidt vraagsturing per definitie tot goede zorg. Goede zorg of ondersteuning en klantvriendelijkheid kunnen ook binnen aanbodsturing bestaan, zeker als het aanbod past bij de wensen van de klant. Want ook bij deze sturingsfilosofie kan dat het geval zijn. Niet voor niets heeft het systeem van aanbodsturing decennia lang gefunctioneerd en functioneert het op sommige plaatsen nog steeds naar volle tevredenheid. Bijvoorbeeld op een spoed-eisende-hulp-afdeling van een algemeen ziekenhuis wordt over het algemeen weinig vraaggestuurd gewerkt, terwijl klantvriendelijkheid en goede zorg wel hoog in het vaandel staan. En de invoering van een PGB heeft dan misschien wel een bijdrage geleverd aan het realiseren van meer vraagsturing, maar is daarmee nog niet hetzelfde als vraagsturing (*Oostrik, 2008*).

Behalve tegen de opvatting dat door het realiseren van klantvriendelijkheid, of goede zorg of ondersteuning, of het verstrekken van een PGB, inhoud wordt gegeven aan het concept vraagsturing, maak ik bezwaar tegen de wijdverbreide opvatting dat vraagsturing tegenover aanbodsturing zou staan als twee elkaar uitsluitende grootheden. Er is namelijk **altijd** sprake van een aanbod en daarmee van enige vorm van aanbodsturing. Een zorgaanbieder heeft zorg en soms wonen en welzijn als aanbod, maar geen auto's of keukens, hoe graag een klant dat misschien ook zou willen hebben. Binnen het aanbod krijgt de sturing op dat aanbod vorm. Bijvoorbeeld via vraagsturing. Maar wat is dat dan, vraagsturing, zult u zich inmiddels misschien wel afvragen?

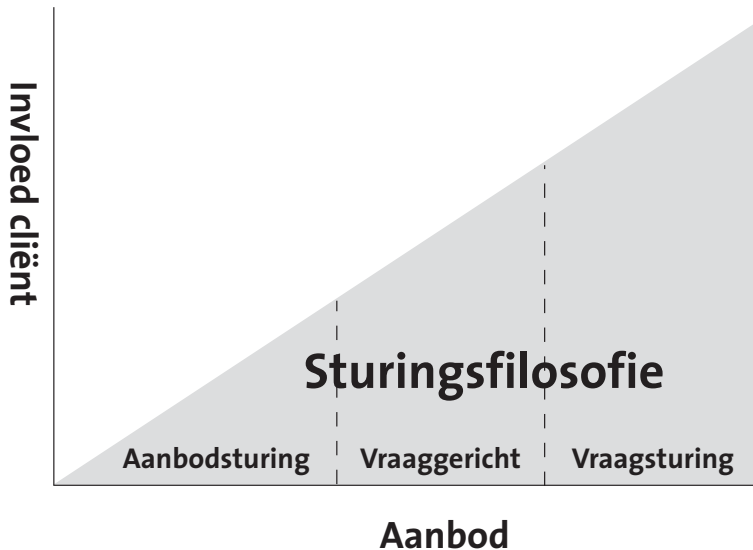
Vraagsturing en de invloed van de klant

Hoewel er verschillende opvattingen bestaan over wat vraagsturing precies is, gaat het in de kern van de zaak steeds om **de invloed** die de klant heeft **op de levering en de uitvoering** van het aanbod, de ondersteuning en/of zorg (*Rutten, 2003; Verkoijen, 2006*).

Tussen de uitersten van totale aanbodsturing en totale vraagsturing, zo die al bestaat, bevindt zich een continuüm van mate van invloed van de klant. Van geen, naar (bijna) volledige invloed op levering en uitvoering. *Figuur 1 toont de samenhang.*

Zoals eerder gemeld gaat het om de invloed van de klant op (*Verkoijen, 2006*):

1. *het moment, dag, tijdstip waarop de ondersteuning of zorg geleverd wordt* (wanneer);
2. *de plaats waar deze geleverd wordt* (waar);
3. *de persoon die de ondersteuning of zorg levert* (door wie);
4. *de vorm/inhoud waarin deze wordt uitgevoerd* (hoe en wat).



Figuur 1: *Sturingsfilosofie en invloed klant op levering en uitvoering aanbod (Verkooijen, 2009)*

Zodra er sprake is van invloed van de klant op de levering en/of uitvoering van ondersteuning of zorg, speelt uiteraard het klantenperspectief een rol. Met andere woorden, vraaggestuurde zorg en het klantenperspectief zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (*Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1998; Van Gennep, 2000; www.vilans.nl, 13 februari 2007, Oostrik, 2008*). Sterker nog, er kan alleen sprake zijn van vraaggestuurde zorg als het klantenperspectief het vertrekpunt is voor de organisatie van de ondersteuning en zorg (*Verkooijen, 2006*). Dit vertrekpunt wordt gevormd door de wensen van de klant met betrekking tot moment/dag/tijdstip, plaats, persoon en vorm/inhoud.

Over vraagsturing, vraaggerichtheid en aanbodsturing

In de literatuur bestaan meerdere omschrijvingen voor vraagsturing (Verbeek 2002; Bosselaar e.a., 2002; Van der Kraan, 2001; Tonkens, 2001; VWS, 2001b; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2000; Boekholdt, 2000; Cremers, 2000; Ouaedvlieg, 2000; Van Gennep, 2000; Baart, 1999; Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1998; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998; Phillipsen, 1997; Pool, 1997; Terpstra, 1997). Bovendien wordt in het kader van de definiëring het begrip vraagsturing afgezet tegen 'aanbodsturing' (o.a. Van Gennep, 2000), en 'vraaggerichtheid' (o.a. Van der Kraan, 2001). Omschrijvingen die tot op de dag van vandaag nog worden aangehaald rond het onderwerp vraagsturing (Van der Kraan, 2006; www.vilans.nl, 13 februari 2007). Er lijkt op dit gebied sinds het begin van deze eeuw weinig nieuws onder de zon.

Sinds eind 90-er jaren volg ik de conceptontwikkeling in de literatuur en in de praktijk. De laatste jaren begint het er steeds meer op te lijken dat het niet zo heel lang meer zal duren of het verzadigingspunt voor het gebruik van het woord 'vraagsturing' wordt bereikt. Nieuwe termen als dialooggestuurde zorg staan te dringen om de plaats van vraagsturing in te nemen. Toch zou dat jammer zijn. Want hoe belangrijk ook, dialooggestuurd is echt wat anders dan vraaggestuurd. Bij dialooggestuurd staat de dialoog met de cliënt centraal, terwijl bij vraaggestuurd de organisatie van de zorg of ondersteuning de belangrijkste dimensie vormt. Ik zal dit nader toelichten op basis van via literatuurstudie en toepassing in de praktijk verkregen inzichten rond de concepten aanbodgestuurd, vraaggericht en vraaggestuurd (Verkooijen, 2003 en 2006):

Aanbodgestuurd

Bij aanbodgestuurd is er sprake van een aanbod dat door de aanbodzijde (professionals, zorgaanbieder, gemeente, etc.) geformuleerd is en door de klant als standaardtotaalpakket moet worden afgenomen. In een aanbodgestuurde situatie is de klant niet zozeer subject maar object van zorg met weinig mogelijkheden tot beïnvloeding en weinig verantwoordelijkheid in het proces van vraag tot realisatie. Het aanbod is dus bepalend voor de ondersteuning of zorg die gegeven wordt. Het systeem van vaste toiletrondes in een verpleeghuis of verzorgingshuis is een voorbeeld van dit type zorg. De klant wordt op het toilet of de po geholpen, op door verzorgenden vastgestelde en over de dag verdeelde tijdstippen. In een ziekenhuis is de beschikbaarheid van medisch personeel en apparatuur vaak leidend. De rest van het behandel- of zorgproces wordt daaruit afgeleid tot dat aan de vraag is voldaan. Gemeenten die één type scootmobiel verstrekken, gedragen zich ten aanzien van die verstrekking aanbodgestuurd.

Vraaggericht

Bij vraaggericht wordt het aanbod gericht op de vraag van de klant. In dit geval wordt het doen en laten aan de aanbodzijde weliswaar bepaald door de vraag van de klant, maar het handelen van de aanbodzijde staat centraal. Er wordt wel geluisterd naar wat de klant graag wil, maar het bestaande aanbod is het vertrekpunt. Een aanbod dat veelal op een groep gericht is, niet op de individuele behoefte. Een voorbeeld van aanbodgericht is het regelmatig vragen aan klanten of zij naar het toilet (of op de po) willen. Hoewel dit geen vaste toiletrondes zijn, leert de ervaring dat de verzorgende veelal voor de voor de organisatie van het werk meest praktische momenten kiest om deze vraag te stellen. Een ander voorbeeld is het gebruik van zorgpaden en zorgstandaarden. Zorgpaden en zorgstandaarden beschrijven voor een klant met een bepaalde zorgvraag de opeenvolgende stappen in het behandel- of zorgproces. Deze stappen zijn voor elke klant gelijk. Hoewel zorgpaden en zorgstandaarden bedoeld zijn als vraaggericht, kunnen ze in de praktijk toch zeer aanbodgericht zijn. Gemeenten die een ander type scootmobiel gaan verstrekken omdat klanten teveel klachten hebben over het huidige model zijn hiermee vraaggericht bezig.

Vraaggestuurd

Bij vraaggestuurd stuurt de vraag het aanbod. Anders dan bij vraaggerichtheid waar de nadruk ligt op het handelen van de aanbodzijde, heeft de klant nu ook een actieve rol. Er is sprake van een samenwerkingsrelatie met een gelijkwaardige interactie. Bij vraaggestuurdheid vertelt de klant welk aanbod hij wenst of nodig heeft. De aanbodzijde luistert, informeert, adviseert op ver-

zoek en stimuleert de klant duidelijk te maken wat hij nodig heeft, waarna het aanbod wordt aangepast aan de individuele wensen van de klant. Een voorbeeld hiervan is het op basis van de vraag van de klant hulp bieden bij de toiletgang, een behandelplan maken of een scootmobiel toewijzen.

Daarbij is vraagsturing niet hetzelfde als ‘u vraagt en wij draaien’. Er zijn grenzen (Verkooijen, 2006). Deze grenzen zijn:

1. de financiële ruimte van de indicatie en/of de eigen portemonnee;
2. de professionele verantwoordelijkheid van de zorg- of hulpverleners;
3. de organisatorische verantwoordelijkheid van de aanbieder;
4. algemeen geaccepteerde waarden en normen.

Voorgaande omschrijvingen hebben steeds betrekking op het directe ondersteunings- of zorgproces. Een iets andere opvatting is te vinden bij de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2000). Deze maakt binnen het concept vraagsturing een onderscheid tussen drie vormen:

- *Sturing van de vraag: de overheid houdt bij het vaststellen van het te financieren aanbod rekening met de vraag van de klant. Daarbij blijft het aanbod echter de vraag sturen. Zo worden bij wet- en regelgeving rond bijvoorbeeld het PGB of de verzekerde zorg, de financiële kaders ingegeven door aanbodsturing. Deze vorm is op te vatten als vraagsturing op macro-niveau of het niveau van de gezondheidszorg in de maatschappelijke context.*
- *Sturing op de vraag: bijvoorbeeld zorgverzekeraars sturen het zorgaanbod door namens de klant zorg in te kopen of te financieren.*
- *Sturing door de vraag: de klant stuurt zelf, de vraag leidt het zorgaanbod. Deze vorm is op te vatten als vraagsturing op micro-niveau of het niveau van de ondersteuning of zorg aan de individuele klant.*

Verder onderscheidt de Raad voor de Volksgezondheid (1998) de termen vraaggericht en vraaggestuurd als volgt van elkaar:

Bij vraaggericht is er sprake van een gezamenlijke inspanning van klant en hulpverleners die erin resulteert dat de klant de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan de professionele standaarden.

Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en de daaraan gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden.

In deze omschrijvingen betreft vraaggerichtheid het individuele proces en de relatie tussen klant en hulpverlener en heeft vraaggestuurdheid betrekking op het ondersteunings- of zorgsysteem, dat zo moet worden ingericht dat het vraaggerichtheid faciliteert. Echter, ook in deze opvatting is vraagsturing te herkennen als een sturingsfilosofie voor de inrichting van de ondersteuning en zorg terwijl bij de omschrijving van vraaggerichtheid de relatie tussen professional en klant meer centraal staat. Deze opvatting van vraaggerichtheid lijkt zich de laatste jaren te ontwikkelen in de richting van de eerder genoemde dialooggestuurde ondersteuning of zorg.

5 Klant en klantenperspectief

Alvorens dieper in te gaan op het perspectief van de klant, wil ik nu eerst nader ingaan op de vragen: *Wie is de klant?* en *Waarom is er gekozen voor de term 'klantenperspectief'?*

De eerste vraag '*Wie is de klant?*' is kortweg te beantwoorden met: de uiteindelijke gebruiker van zorg of ondersteuning binnen het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet. Deze uiteindelijke gebruiker kan jong of oud zijn, thuis wonen of in een instelling, en lichamelijke, sociale, psychiatrische, verstandelijke en/of psychogeriatrische beperkingen hebben.

Voor beantwoording van de tweede vraag '*Waarom is er gekozen voor de term 'klantenperspectief'?*' is wat meer tekst nodig.

Van patiënt tot klant

Voor degene die zorg of ondersteuning ontvangt worden allerlei termen gebruikt. Zoals patiënt, consument, cliënt, klant, zorgbehoefte en zorgvrager. Tegen elke term wordt wel door deze of gene bezwaar gemaakt.

Bijvoorbeeld tegen de oudste term 'patiënt', die letterlijk 'lijder' betekent. Tegenwoordig wordt deze term meestal, zowel door patiënten als door niet-patiënten, voor mensen met blijvende functionele beperkingen als not-done aangemerkt, omdat de term te stigmatiserend zou zijn. Anderen vinden dit onzinnig omdat de term juist de essentie aangeeft, namelijk dat iemand ergens aan lijdt en daardoor zorg behoeft. Of dit nu blijvend of tijdelijk is (Stüssgen, 1997).

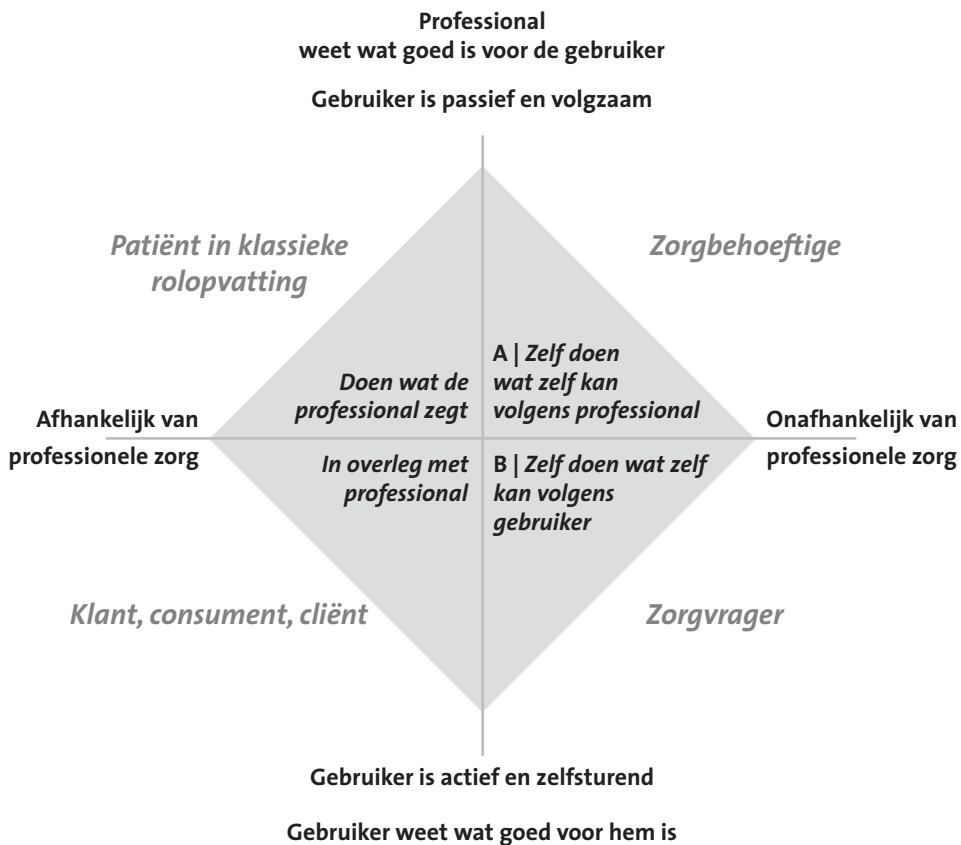
Het al dan niet verwerpen van een term lijkt onder meer samen te hangen met de opvatting die de aanhanger van een bepaalde term heeft van de gebruikersrol (Goudriaan & Vaalburg, 1998). Een klassieke rolopvatting luidt dat het goed is wanneer de gebruiker van ondersteuning en/of zorg precies doet wat de professional zegt omdat deze weet wat goed voor hem/haar is (figuur 2). Met name binnen de patiëntenbeweging, maar in toenemende mate ook daarbuiten, bestaat de overtuiging dat niet zozeer de professional weet wat goed voor hem/haar is, maar vooral de gebruiker zelf (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1998 en 2000; www.npcf.nl, 2010; Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland, 2002; www.cg-raad.nl, 2010).

Tevens zet men zich meer en meer af tegen:

1. de afhankelijkheid van professionele zorg;
2. de passiviteit en volgzzaamheid van de klassieke rolopvatting (Stüssgen, 1997).

Men pleit er voor dat gebruikers van ondersteuning en/of zorg, de zorg voor hun ziekte of beperkingen meer in eigen hand moeten krijgen. Wat zij zelf kunnen doen, behoren zij ook zelf te doen. Met andere woorden, meer onafhankelijk van professionele zorg. Pas wanneer de grenzen van de zelfzorg (en de mantelzorg) zijn bereikt komt professionele hulp in aanmerking. Interessant hierbij is de vraag hoe

die grenzen worden bepaald, (A) 'objectief', door een professional, of (B) 'subjectief', door de gebruiker in kwestie zelf. Een term als 'zorgbehoefte' past goed bij optie B, terwijl een term als 'zorgvrager' waarschijnlijk beter bij optie A past.



Figuur 2: Rolopvattingen gebruiker van ondersteuning en/of zorg

Als tegenhanger van de passiviteit en volgzaamheid van de klassieke rolopvatting stelt men dat het goed is wanneer een gebruiker actief in onderhandeling gaat of tot afstemming tracht te komen met de professional. Dat de gebruiker wensen kenbaar maakt, eigen keuzes maakt en beslissingen neemt met betrekking tot zijn eigen lijf en leven, gebaseerd op eigen noden en behoeften en afgeleid van de eigen invulling van kwaliteit van leven. Bij deze opvatting lijken vooral termen als klant, consument of cliënt op z'n plaats. *Voorgaande overwegingen leiden tot een indeling van rolopvattingen zoals geschetst in figuur 2.*

Vermoedelijk hebben alle geschetste rollen op enig moment een functie. Verschillende omstandigheden leiden tot een nadruk op verschillende rollen. Zo zal een verkeersslachtoffer direct na het ongeval zich waarschijnlijk eerder gedragen als een passieve en volgzame patiënt dan als een actieve en zelfsturende zorgvrager, terwijl iemand met een dwarslesie die zijn zorg inkoop met een PGB, eerder een actieve opstelling met veel zelfsturing zal laten zien. Ook kan één en dezelfde persoon meerdere rollen doorlopen. Het eerder genoemde verkeersslachtoffer kan dezelfde persoon zijn als de in tweede instantie genoemde persoon met een dwarslesie.

Klantenperspectief

In het lectoraat is de focus het perspectief van degene die ondersteuning en/of zorg krijgt. Dit perspectief is een 'verwoording' van de eigen visie op het al dan niet tijdelijk leven met een aandoening of beperkingen en op de bijkomende ondersteuning en zorg. Een visie die eigen verlangens en wensen omvat (*NP/CF, 2000; Baart, 1999*). Verlangens en wensen die samenhangen met het eigen leven en het streven naar een goed leven in eigen ogen (*Verkooijen, 2006*). Niet het beheersen van de functiestoornis of beperking op zich staat in dit perspectief centraal, maar het optimaliseren van de kwaliteit van leven (*Stüssgen, 1997*).

Hierbij past de rolopvatting 'de gebruiker weet wat goed voor 'm is'. Vanwege de opdracht van het lectoraat om een bijdrage te leveren aan het beroepsonderwijs, richt het lectoraat zich vooral op de ondersteunings- of zorgrelatie, en daarmee op de afhankelijkheid van professionele zorg. Dan kom ik uit bij termen als klant, consument of cliënt. De term 'klant' is hiervan het meest oorspronkelijke Nederlandse woord voor de gebruiker of afnemer van een dienst of product. Deze term dwingt daarmee vermoedelijk het meest tot het zich verplaatsen in de positie van de gebruiker van ondersteuning en zorg. Bij de term 'klant' dringt zich als het ware de rolverdeling automatisch op. De keuze is dus niet bedoeld om vervolgens in termen als zorgmarkt of zorgproducten te gaan praten of denken. Want hoewel ik accepteer dat marktwerking mede wordt gebruikt om de positie van de klant van ondersteuning en zorg te versterken, ben ik me terdege bewust van het feit dat anders dan klanten van een aanbod met in essentie een aanbieder-klant-relatie, binnen de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie, de klant tevens in een afhankelijke positie verkeert. Deze afhankelijkheid onderstreept echter het belang van een expliciete en geaccepteerde rol voor het 'klantenperspectief' binnen deze relatie. En met name hieraan wil het lectoraat een bijdrage leveren.

Overigens hoeft het klantenperspectief niet exclusief door de uiteindelijke gebruiker zelf te worden verwoord of duidelijk gemaakt te zijn. Dat kan ook gebeuren door een direct betrokkene die probeert door de ogen van zijn/haar naaste mee te kijken om invloed uit te oefenen. Om zo het klantenperspectief te bewaken. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het boek van Jet Isarin (2008) 'Van ouder tot activist' waar-

in op indringende wijze beschreven wordt hoe de ouders van een dochter met een zware verstandelijke beperking op basis van hoe zij hun dochter kennen, ideeën hebben over bij haar passende ondersteuning en zorg. Ze lopen op tegen veel tegenwerking vanuit de professionele hulpverlening ondanks het feit dat zij allen, ouders en professionals, het beste met hun dochter voor hebben. Het boek vertelt hoe zij zich langzaam maar zeker in de rol van activist gedrongen voelen. Een rol die ze helemaal niet ambiëren. In plaats van ten strijde trekken tegen de hulpverlening, willen ze juist graag samenwerken. Alleen hun inzichten worden niet gedeeld of meegenomen door de professionals. Het boek deed me terugdenken aan die keer toen één van onze zonen in het ziekenhuis lag en ik, op een vraag van mij om mijn zoon, hem kennende, een beetje anders te benaderen, de ene kinderverpleegkundige met een zucht tegen de andere hoorde zeggen *'Ze (de ouders, LV) denken ook altijd dat ze het beter weten...'* Een soortgelijke houding kom ik ook wel tegen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Familieleden van dementerende ouderen worden soms door medewerkers als lastig ervaren. Er is geleerd dat dementerenden vaak hele andere persoonlijkheden worden dan ze vroeger waren. Dus, *'Wat weet een dochter of zoon eigenlijk nog van vader of moeder?'*, lijkt de afgeleide redenering. Maar zoon of dochter weet waarschijnlijk wel hoe vader of moeder vroeger was. Hoe deze leefde, wat hij of zij fijn vond of juist niet en op basis waarvan ze mee zouden kunnen denken en meebeslissen over de best passende ondersteuning en/of zorg voor hun ouder. Niet omdat ze het beter weten, maar omdat ze ook een deel van het verhaal kennen.

Eigenaardig genoeg heb ik geen enkel onderzoek kunnen vinden dat specifiek gaat over deze kant van het klantenperspectief. Ik weet ook niet zo goed hoe ik die zou moeten noemen. De binnen de gebruikelijke terminologie passende optie 'klantsysteemperspectief' vind ik èn te lang èn de lading niet goed dekken. Dat laatste, omdat binnen een klantsysteem, in de betekenis van een klant met zijn direct betrokkenen, meer perspectieven een rol spelen dan alleen dat van de klant, bijvoorbeeld dat van een mantelzorger, of het perspectief van een zoon of dochter. Binnen het lectoraat gaat het echt alleen om het perspectief van de klant, dus van de uiteindelijke gebruiker. Echter, zoals eerder opgemerkt, in dit geval verwoordt of duidelijk gemaakt door een direct betrokkene die probeert door de ogen van de klant mee te kijken en zo invloed op de levering en uitvoering van de ondersteuning of zorg uit te oefenen.

6 Klantenperspectief in ondersteuning en zorg

Het klantenperspectief in ondersteuning en zorg kent vier belangrijke dimensies, namelijk (Casparie e.a., 2001):

1. *rechtvaardige verdeling/gelijke toegang tot de zorg, dat met name geregeld wordt in wet- en regelgeving;*
2. *de patiënt als burger/ondeelbaarheid van de persoon, een dimensie die in de Wmo meer concreet inhoud heeft gekregen in het 'meedoen' en 'meedenken' ofwel binnen de noemer 'participatie';*
3. *zelfbeschikking, die onlosmakelijk verbonden is met de eigen regievoering van mensen;*
4. en individuele diversiteit.

Wet- en regelgeving

Het recht op ondersteuning en zorg is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringwet. In dit nog jonge zorgstelsel staat de keuzevrijheid van de goed geïnformeerde klant voor aanbieder en verzekeraar centraal. De Nederlandse zorgautoriteit of de Nza ziet er op toe dat dit gebeurt. Tevens moet het zorgstelsel het 'meedoen' en 'meedenken', dus de participatie van burgers in de samenleving bevorderen.

Bovendien is de afgelopen 15 jaar getracht de positie van de klant in ondersteuning en zorg te versterken met wet- en regelgeving (figuur 3). Via het recht op informatie, de toestemmingsvereiste voor een behandeling, het klachtrecht, het recht op medezeggenschap en de eis tot het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg die patiëntgericht moet zijn en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, is getracht de invloed van de klant op ondersteuning en zorg te vergroten. Veel verder dan inspraak in de betekenis van een wettelijk voorgeschreven vorm van consultatie waarbij klanten op verschillende momenten de gelegenheid krijgen hun zienswijze kenbaar te maken, lijkt het echter nog niet te zijn gekomen. De nieuwe Wet cliëntenrechten zorg moet de oplossing bieden om de klant echte invloed op ondersteuning en zorg te geven, als individuele zorgconsument en als collectief. Of dit werkelijk gaat lukken zal de tijd moeten leren. Echter, gezien de ervaringen van de afgelopen 15 jaar betwijfel ik of het vastleggen van rechten van klanten alleen, werkelijk zal leiden tot de beoogde **invloed** op de levering en uitvoering van ondersteuning en zorg. Volgens mij is daar meer voor nodig.

Participatie

Bij participatie gaat het in essentie om 'meedoen' en 'meedenken'. Op welke wijze en in welke mate dit gebeurt, is afhankelijk van verschillende factoren. In Nederland is onder invloed van de patiëntenbeweging en de marktwerking de klantenparticipatie bevorderd. De patiënten- en consumentenorganisaties groeien

Wet	Jaar	Essentie	Wet- en regelgeving
Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	1995	Beschrijft rechten en plichten van klanten en hulpverleners Versterkt de rechtspositie van de klant in de hulpverleningsrelatie.	
Wet klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	1995	Beschrijft regels voor de behandeling van klachten van klanten. Biedt klachtmogelijkheden.	
Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ)	1996	Beschrijft voorwaarden voor het zelf vormgeven van het kwaliteitsbeleid van de zorgverlenende instantie. Kwaliteitsbeleid moet doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht zijn, en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.	
Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)	1996	Regelt dat elke zorgaanbieder een cliëntenraad moet hebben. Regelt medezeggenschap van cliënten.	
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	1968	Beschrijft wettelijke aanspraken van verzekerden m.b.t. langdurige zorg en risico's die niet verzekerd kunnen worden.	
	2003	Is een volksverzekering. Keuzevrijheid voor de goed geïnformeerde klant m.b.t. 'Zorg op maat' en ZIN of PGB.	
De Zorgverzekeringswet (Zvw)	2006	Regelt het verzekeren van kosten voor geneeskundige zorg. Iedere Nederlandse ingezetene heeft een wettelijk verplichte basisverzekering (met acceptatieplicht voor zorgverzekeraars). Keuzevrijheid voor de goed geïnformeerde klant.	
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	2006	Regelt bescherming en bevordering van de positie van klanten. Bewaakt drie 'consumentenwaarden': • de klant moet voldoende geïnformeerd worden over bijvoorbeeld kwaliteit, prijs en wachttijden; • de klant moet vrij kunnen kiezen voor de zorg of verzekering die het beste past bij zijn voorkeuren; • het geleverde voldoet aan hetgeen hem vooraf is beloofd en de klant kan zijn recht halen indien dit niet het geval is.	
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)	2007	Kaderwet voor samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijk te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente. Negen prestatievelden: 1. Leefbaarheid en sociale samenhang 2. Preventieve ondersteuning jeugd 3. Informatie, advies en cliëntondersteuning 4. Mantelzorg en vrijwilligers 5. Bevorderen deelname maatschappelijk verkeer 6. Verlenen individuele voorzieningen 7. Maatschappelijke opvang, o.a. vrouwenopvang 8. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg 9. Verslavingsbeleid	
Wet cliëntenrechten zorg	2011?	De rechten van patiënten/consumenten zijn teveel versnipperd. Wil echte invloed op ondersteuning en zorg als individu en als collectief bevorderen via het recht op: • beschikbare en bereikbare zorg; • keuze(informatie); • kwaliteit en veiligheid; • informatie, toestemming, dossiervorming en privacy; • afstemming tussen zorgverleners; • een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling; • medezeggenschap en goed bestuur.	

Figuur 3: *Wet- en regelgeving en het klantenperspectief*

steeds meer uit tot een derde partij naast de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Drie generaties klantenparticipatie hebben zich in 40 jaar bewogen van inspraak via interactie of samenspraak, naar invloed als centrale gedachte. Er is geen sprake van een of/of verhaal, maar van een uitbreiding van het repertoire aan participatievormen per generatie. Voor **inspraak** zijn de vormen informeren, raadplegen/consulteren en adviseren van toepassing. Bij **invloed** gaat het om de participatievormen coproduceren/partnership en meebeslissen/regie bij de klant. Tevens is een onderscheid te maken naar collectieve en individuele klantenparticipatie. Op dit moment zijn de laatste twee participatievormen echter eerder theoretische noties dan praktische werkelijkheid. Het inhoud geven aan coproduceren/partnership en meebeslissen/regie bij de klant, bevindt zich nog in een beginstadium. Zowel op collectief als op individueel niveau. Het lectoraat wil een zinvolle bijdrage leveren aan het versterken van met name deze twee participatievormen in ondersteuning en zorg en daarmee aan de invloed van de klant op de levering en uitvoering ervan.

Eigen regievoering

Zelfbeschikking of het recht om zelf te beschikken over eigen lot of leven vanuit eigen perspectieven en competenties, krijgt concreet vorm binnen **de activiteit** ‘eigen regievoering’ in de betekenis van: *Het organiseren en/of coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen* (Verkooijen, 2006, p. 70). In principe voert ieder mens de regie over het eigen leven. In dit kader spreekt men in Almere over de ‘Eigen Kracht’ van burgers, of **het vermogen** van burgers om het eigen leven te leven (Gemeente Almere, 2010). *Figuur 4 toont de samenhang tussen ‘Zelfbeschikking’, ‘Eigen kracht’ en ‘Eigen Regievoering’.*



Figuur 4: *Zelfbeschikking, Eigen Kracht en Eigen Regievoering*

Bij ‘eigen regievoering’ als dimensie van het klantenperspectief in ondersteuning en zorg gaat het om **de wijze** waarop klanten eigen regie voeren en wat dat betekent voor de rol van de professional (*hulpverlener*) en de organisatie (*aanbieder*) van de ondersteuning of zorg binnen de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie. Dus *hoe organiseren en coördineren klanten doorgaans hun eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen? En hoe moet de ondersteuning of zorg daar dan zo goed mogelijk op aansluiten?* Niet om de regie terug te geven aan de klant of deze te

leren voeren, maar om in ieder geval geen negatief beïnvloedende factor te zijn op de eigen regievoering van de klant. Tenminste, dat is waar ik destijds in mijn promotieonderzoek op gefocust ben geweest.

Daarmee heb ik het gedrag of het perspectief van klanten bestudeerd om het gedrag of de handelswijze van professionals en aanbieders van ondersteuning en zorg te veranderen. Deze invalshoek wil ik voortzetten binnen het lectoraat. Een invalshoek die heeft geleid tot het OER-model, een wetenschappelijk getoetst fundament voor het realiseren en borgen van de invloed van de klant op uitvoering en levering van ondersteuning en zorg (*Verkooijen, 2006*).

Er is sprake van OER of 'Ondersteuning Eigen Regievoering' als wordt voldaan aan zeven kenmerken. Deze kenmerken heb ik verder uitgewerkt naar een handelings- en organisatiemodel.

Het handelingsdeel vereist vijf competenties van de professional, namelijk:

- actief luisteren;
- de juiste, veelal open vragen stellen;
- afstemmen;
- informeren en op verzoek adviseren;
- omstandigheden/wensen monitoren.

Centraal in het organisatiedeel staat de zorglogistieke inrichting in de betekenis van: *'het zo beheersen van behandel-/ zorg-/ ondersteuningsprocessen en de daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederenstromen, dat tegen optimale kosten aan de wensen van klanten/mensen kan worden voldaan.'* (*Moeke en Verkooijen, 2010, p.23*).

Het vertrekpunt voor de inrichting van de organisatie van ondersteuning en zorg is de eigen regievoering en de erkenning van het vermogen daartoe, of zoals in het Almeerse model verwoord, de Eigen Kracht inclusief de krachtbronnen die om de klant aanwezig zijn (*Gemeente Almere, 2010*). Met de omschrijving 'optimale kosten' wordt onderstreept dat het hier niet gaat om 'U vraagt wij draaien', maar om een afweging van de belangen van alle betrokkenen en hun (on)mogelijkheden.

Het OER-model biedt dus concrete handvatten voor het bevorderen van de **invloed** van de klant op de levering en uitvoering van de ondersteuning en zorg en deze zullen daartoe binnen het lectoraat ook worden gebruikt. Het betreft handvatten voor het startpunt van de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie, voor de competenties van de professionals ten behoeve van de uitvoering en voor de organisatorische of zorglogistieke inrichting van de levering van ondersteuning en zorg. Deze drie thema's worden gekozen voor de onderzoekslijnen van het lectoraat binnen de doelstelling een bijdrage te willen leveren aan een ondersteunings- en zorgaanbod dat in ieder geval geen negatief beïnvloedende factor is voor de eigen regievoering en/of de Eigen Kracht van klanten.

Individuele diversiteit

Als vierde en laatste dimensie van het klantenperspectief noem ik de individuele diversiteit of de individuele verschillen tussen personen in de breedste zin van het woord. Mensen verschillen op meerdere aspecten van elkaar en de aspecten waarin ze van elkaar verschillen, kunnen ook weer verschillen. Dit leidt tot een oneindig aantal verschillen tussen mensen. Hét klantenperspectief bestaat dan ook niet. Binnen de gelijkheidscultuur waarin we leven worden deze verschillen veelal geproblematiseerd. Als alternatief pleit ik voor een diversiteitscultuur of een manier van denken en handelen (*Verkooijen, 2008*):

1. waarin de klant niet wordt beschouwd op basis van één of enkele kenmerken, zoals etniciteit, beperking, geloof of geslacht, maar waarbij een integrale benadering voorop staat;
2. waarin verschillen geen probleem zijn, maar een uitdaging om deze zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen;
3. met als kernwaarden 'rechtvaardigheid' en 'respect', waarbij argumentatie belangrijker is dan gelijk of ongelijk hebben of zijn.

En dit is het waardenstelsel waarbinnen het lectoraat z'n activiteiten ten behoeve van meer invloed van de klant op levering en uitvoering van ondersteuning en zorg, wil vormgeven.

Bij de hier beschreven vier dimensies gaat het steeds om een samenvatting van een uitgebreidere tekst die per dimensie is opgenomen in bijlage 1 t/m 4.

7 De ambities van het lectoraat

Samenvattend: In relatie tot het klantenperspectief in ondersteuning en zorg is dus een beweging waar te nemen, die te typeren is als: van inspraak naar invloed. Een beweging waarbij naast de meer formele inspraak van het collectief, getracht wordt de invloed van met name de individuele klant op eigen ondersteuning en zorg te versterken. Het lectoraat wil een zinvolle bijdrage leveren aan het versterken van die invloed door via (1) het doen van onderzoek, (2) kennisontwikkeling en kenniscirculatie in gang te zetten en daarmee een bijdrage te leveren aan (3) curriculumontwikkeling en (4) professionalisering van docenten in de zorg- en welzijnssector van het (Hoger) Beroepsonderwijs, met name in Almere en de rest van Flevoland.

In het lectoraat is de focus het klantenperspectief, of het perspectief van de uiteindelijke gebruiker van zorg of ondersteuning binnen het kader van de Wet maat-

schappelijke ondersteuning (Wmo), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet. Deze uiteindelijke gebruiker kan jong of oud zijn, thuis wonen of in een instelling en lichamelijke, sociale, psychiatrische, verstandelijke en/of psychogeriatrische beperkingen hebben. Het perspectief van de klant is een 'verwoording' van de eigen visie op het al dan niet tijdelijk leven met een aandoening of met beperkingen en op de bijkomende ondersteuning en zorg. Een visie die eigen verlangens en wensen omvat die samenhangen met het eigen leven en het streven naar een goed leven in eigen ogen. Deze visie, die ook door een naaste kan worden verwoord of duidelijk gemaakt, is bepalend voor de beoogde invloed op de levering en uitvoering van de ondersteuning of zorg.

Onderwerp van onderzoek

Als onderwerp van onderzoek staat dus het klantenperspectief centraal. Echter niet alleen als object, maar ook als subject. Waarmee bedoeld wordt dat niet alleen het objectief beschrijven van verzamelde informatie met betrekking tot het klantenperspectief, maar zeker ook de betekenis die de klant hieraan geeft, bestudeerd zal worden. Dit laatste stelt specifieke eisen aan de te gebruiken methoden van onderzoek. Deze zullen recht moeten doen aan het klantenperspectief (*Blume & Catsboek, 2001; Aakster, 1999*). Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van focusgroepen bestaande uit klanten, voor het interpreteren van de verzamelde gegevens of door op zoek te gaan naar de 'members knowledge' (*Wester en Smaling, 2000*). Deze laatste methode is te typeren als het beschrijven van de kennis en ervaring van de ander en de betekenis die deze hieraan geeft (*Wester, 2000; Maso & Smaling, 1998; Wester, 1995*). Een mooi voorbeeld hiervan is de door mijzelf en een collega ontwikkelde methode van de directe member check (*Verkooijen en Elderhuis, 2004*). Een methode die we ook binnen het lectoraat zeker zullen gaan toepassen.

De onderzoekslijnen voor kennisontwikkeling en kenniscirculatie

Het kennisdomein van het lectoraat betreft het klantenperspectief in ondersteuning en zorg, al dan niet verwoord of duidelijk gemaakt door de klant zelf of een direct betrokkene. Dit is echter nog te weinig specifiek. Een lectoraat moet zich focussen. Zoals eerder gezegd, verkeert de klant binnen een aanbieder-hulpverlener-klant-relatie, veelal in een afhankelijke positie. Een afhankelijkheid die het belang van een expliciete en geaccepteerde rol voor het 'klantenperspectief' binnen deze relatie onderstreept. Op deze rol wil het lectoraat zich focussen om het uiteindelijke doel, een zinvolle bijdrage leveren aan het versterken van de invloed van klanten op de eigen ondersteuning en zorg te kunnen bereiken. Daarbij staan drie onderzoekslijnen centraal:

1. De eerste onderzoekslijn betreft het startpunt voor het aangaan van de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie. En dan met name de vraag 'Hoe kan, vanuit het klantenperspectief, deze relatie en/of afhankelijkheid zo lang mogelijk worden uitgesteld, danwel zo beperkt mogelijk blijven?' Het project 'Netwerkondersteuning' dat wij samen met MEE, Triade, Stichting de Schoor, Kwintes, en hun zusterorganisaties in Overijssel, de Eigen Kracht Centrale Flevoland, de gemeente

Almere en de Gereformeerde Hogeschool van Zwolle van de grond proberen te krijgen, is hiervan een mooi voorbeeld. Een ander voorbeeld is het vraagstuk naar de mogelijkheden van domotica en/of ICT-toepassingen in dit verband.

2. De tweede onderzoekslijn betreft de competenties van de hulpverleners of professionals in de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie, te weten: actief luisteren, de juiste, veelal open vragen stellen, afstemmen, informeren en op verzoek adviseren en omstandigheden/wensen monitoren. *'Hoe kunnen deze competenties het best aangeleerd worden en wat zijn de voorwaarden voor competent zijn en blijven?'* is hierbij de kernvraag. De activiteiten die het lectoraat ontwikkelt binnen het project 'Klant Centraal', de bijdrage aan het HBO-curriculum en het opzetten van een training in dit kader samen met de gemeente Almere, zijn hiervan voorbeelden.
3. De derde onderzoekslijn tenslotte betreft de organisatorische of zorglogistieke inrichting van de ondersteuning en zorg in de opvatting: *'het zo beheersen van behandel-/ zorg-/ ondersteuningsprocessen en de daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederenstromen, dat tegen optimale kosten aan de wensen van klanten/mensen kan worden voldaan.'* Met vragen als *'Welke 'doelgroepen' hebben welke wensen? Wat betekent dit voor de inrichting van de ondersteuning en zorg? en Wat betekent dit voor beleidsmakers?'* Aan de voorbereidingen voor beantwoording van dit type vragen wordt op dit moment in het kader van een promotieonderzoek gewerkt. De verkregen kennis zal tevens een bijdrage leveren aan de post-HBO-opleiding Zorglogistiek die de Health School Almere gaat starten.

Het lectoraat bestudeert daarmee het gedrag of perspectief van klanten om het gedrag of de handelswijze van hulpverleners, professionals en aanbieders te veranderen naar meer invloed van de klant met name in de zin van coproduceren/partnership en meebeslissen/regie bij de klant. Dit alles binnen een waardenstelsel dat gekenmerkt wordt door:

1. de rechten van de klant zoals vastgelegd in wet- en regelgeving;
2. een integrale benadering (*de klant wordt niet beschouwd op basis van één of enkele kenmerken*);
3. verschillen tussen klanten worden opgevat als uitdaging om deze zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen;
4. rechtvaardigheid en respect zijn de kernwaarden (*argumentatie is belangrijker dan gelijk of ongelijk hebben of zijn*).

In de uitvoering van het onderzoek wordt waar mogelijk samenwerking gezocht met andere lectoraten en/of leerstoelen en in ieder geval met onze buurman, het Jan van Es Instituut dat zich specifiek richt op onderzoek in de eerstelijnszorg.

De bijdrage aan curriculumontwikkeling en professionalisering van docenten

Naast de directe advisering van opdrachtgevers gaat het lectoraat de in het onderzoek opgedane kennis gebruiken voor een bijdrage aan de curriculumontwikkeling en professionalisering van docenten. Het betreft concreet:

1. een bijdrage aan het geven van inhoud aan het concept 'klantenperspectief' als rode draad in het reguliere (Hoger) Beroepsopleiding voor professionals in ondersteuning en zorg. Daarbij gaat het zowel om het mede ontwikkelen van trainingsmateriaal voor het inoefenen van de gewenste competenties, als om het ontwikkelen van onderwijsmateriaal met meer abstract theoretische kaders en de consequenties ervan voor de organisatie van de ondersteuning en zorg;
2. een bijdrage aan het optimaliseren van de post-HBO-opleiding Zorglogistiek en;
3. het ontwikkelen van lesmateriaal voor (onderdelen van) cursussen en/of minoren over specifieke aspecten die het klantenperspectief betreffen. Er wordt inmiddels al gewerkt aan een cursus met als voorlopige titel 'Van hulpverleners naar faciliteren' en een leergang met als werktitel 'Klantenperspectief in ondersteuning en zorg'.

Kwaliteitszorg

Een laatste ambitie van het lectoraat is: kwaliteit leveren. Om deze kwaliteit te bewaken worden een aantal acties ondernomen:

1. Jaarlijks wordt door de lectoraatmedewerkers een plan opgesteld met concreet te behalen resultaten. Na een jaar worden de werkelijk behaalde resultaten door hen getoetst aan de voorgenomen resultaten. De bevindingen vormen mede input voor het nieuwe jaarplan. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar continue verbetering.
2. Er is een adviesraad ingesteld die tweemaal per jaar bijeenkomt om de realisatie van de ambities van het lectoraat te ondersteunen met feedback, adviezen en ideeën.
3. Elke opdrachtgever van het lectoraat wordt gevraagd om minimaal 1x per jaar of na afloop van een opdracht, mocht deze korter duren dan een jaar, een aantal evaluatievragen te beantwoorden. De evaluatievragen worden in overleg met de opdrachtgever vastgesteld. De resultaten vormen input voor het jaarplan.

4. Eénmaal per drie jaar worden minimaal drie collega-lectoren gevraagd het lectoraat te beoordelen op kwaliteit. De punten voor beoordeling zijn gebaseerd op de adviezen van de HBO-raad. Ook deze resultaten vormen input voor het jaarplan.

Afsluiting

Het lectoraat 'klantenperspectief in ondersteuning en zorg', een prachtige uitdaging! Maar gelukkig hoef ik alle ambities niet alleen waar te maken. Ik mag dit samen doen met een stevige kenniskring van deskundigen, die hopelijk in de toekomst alleen maar verder zal uitbreiden. Zonder hen zou het onbegonnen werk zijn. Ik wil dan ook iedereen alvast bedanken die nu en in de toekomst een bijdrage levert of zal leveren aan ons lectoraat. Omdat ik niemand wil vergeten noem ik vooral groepen of functies en maar een paar namen, zoals Frans Oostrik, directeur van de Health School Almere, Herman Linzel, voorzitter van de Wmo-raad en Wim Faber, lid van de Wmo-raad, die alledrie aan de wieg van het lectoraat hebben gestaan. En niet te vergeten Gerda van Wees, onze managementassistente zonder wie deze dag nooit zo goed zou zijn voorbereid als nu. Ook Clara Moerman, senior-onderzoeker en Haza Rahim, student-assistente, wil ik noemen, omdat zij kortgeleden het lectoraat met hun kennis en kunde hebben versterkt. En als laatste noem ik Dennis Moeke die al jaren mijn sparringpartner is op het lastige terrein van de zorglogistiek, met nadruk op de caresector.

De leden van de adviesraad, klantenvertegenwoordigers, opdrachtgevers, ambtenaren van de gemeente, managers en medewerkers van onderwijsinstellingen en van organisaties voor ondersteuning en zorg, hebben mij bij de kennismaking het gevoel gegeven dat het lectoraat meer dan welkom is. Ik dank hen daarvoor. Dat voelt heel goed. Want samen zullen we er een succes van moeten maken. Een succes dat waarschijnlijk zoals doorgaans de nodige hobbels en een enkele slapeloze nacht met zich mee zal brengen. Maar gelukkig heb ik een stevig thuisfront, dat me door dik en dun steunt, dat me de ruimte biedt om veel tijd en energie in mijn werk te stoppen. Wout, Wouter, Ruben en Friso, bedankt daarvoor. Zonder jullie zou het niet lukken.

En u wil ik graag bedanken voor uw aandacht.

8 De kenniskring

Leden van de adviesraad:

- Prof. dr. M. (Martin) Boekholdt, hoogleraar Organisatie en Beleid van de zorg (met emeritaat) en voorzitter van de stichting Zorg voor Later
- Mw. prof. dr. D. (Diana) Delnoij, directeur Centrum Klantervaringen Zorg en hoogleraar Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief
- Mw. J. (Jopie) Verhoeven, bestuursvoorzitter NPCF
- Mw. J. (Johanna) Haanstra, was wethouder (PvdA) Maatschappelijke participatie, Ondersteuning en zorg, Grondbeleid, Bedrijfsvoering/financiën, Programma jeugd in Almere
- Mw. drs J. (Jeltje) Schraeverus, voorzitter Raad van Bestuur Flevoziekenhuis
- Drs. M. (Maarten) Ploeg, directeur Diabetesvereniging Nederland

Medewerkers lectoraat:

- Mw. dr. HEC (Lineke) Verkooijen, lector
- Mw. dr. C. (Clara) Moerman, senior onderzoeker / adviseur Wmo-raad Almere
- Mw. H. (Haza) Rahim, student assistent

Overige Kenniskringleden:

- Drs. D. (Dennis) Moeke, promovendus Zorglogistiek
- Dr. F. (Frans) Oostrik, sparringpartner en directeur Health School
- Dr. M. (Marco) Algera, free lance onderzoeker

Bijlage 1

Wet- en regelgeving in relatie tot het klantenperspectief

Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw wordt het steeds duidelijker dat burgers, veel meer dan vroeger, zelf keuzes willen maken ten aanzien van de inrichting van hun eigen leven. Daarnaast is er sprake van een toenemend marktdenken in het publieke domein en een terugtrekkende overheid (Casparie e.a., 2001). Onder invloed van deze maatschappelijke ontwikkelingen heeft de aandacht voor het klantenperspectief in ondersteuning en zorg vanaf de negentiger jaren van de vorige eeuw een aantal wettelijke peilers gekregen (www.minvws.nl, 2010; www.wetten.overheid.nl, 2010). De belangrijkste zijn: de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Vervolgens is begin eenentwintigste eeuw algemene wet- en regelgeving voor de zorg- en welzijnssector aangepast aan de tijdgeest in de gemoderniseerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de nieuwe Zorgverzekerings-wet, de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Als laatste komt de Wet cliëntenrechten zorg nog aan bod.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (1995)

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst of de WGBO is op 1 april 1995 in werking getreden en beschrijft de rechten en plichten van cliënten en hulpverleners in de zorg (www.vilans.nl). Zodra een arts of tandarts een patiënt gaat onderzoeken of behandelen, is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Ook medische keuringen vallen onder de WGBO en het verplegen en verzorgen van een patiënt in het kader van een geneeskundige behandeling. De wet heeft tot doel de rechtspositie van de patiënt te versterken. De bepalingen over de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling staan in afdeling 5 (artikelen 446 t/m 468) van Titel 7 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De WGBO stelt regels voor (www.minvws.nl; Burgerlijk Wetboek, februari 2010):

- het recht op informatie door de hulpverlener. De eerste regel van artikel 448 luidt: De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt.
- toestemming voor een medische behandeling. In artikel 450 en 451 staat onder meer: Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist. Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.
- inzage in het medisch dossier. In artikel 454 t/m 456 staat met betrekking tot dossiervorming: De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt. De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden. Er

kunnen echter redenen zijn, te beoordelen door de hulpverlener, waarom hiervan kan worden afgeweken.

- geheimhoudingsverplichting voor de hulpverlener. Artikel 457 regelt dat de hulpverlener geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van het dossier mag geven aan derden die niet rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, zonder toestemming van de patiënt.
- het recht op privacy tijdens een medische behandeling. In Artikel 459 staat dat de hulpverlener de verrichtingen uitvoert buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.
- vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen, dat geregeld wordt in artikel 465. Is er geen sprake van een wettelijke vertegenwoordiging als mentorschap of curatele, dan vertegenwoordigen ouders, partner of een ander familielid de patiënt.

Naast rechten hebben patiënten ook plichten: de patiënt moet de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Bovendien moet de patiënt zo veel mogelijk met de zorgverlener meewerken en adviezen opvolgen.

Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995)

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector is van 29 mei 1995 en bevat regels voor de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg (www.wetten.overheid.nl, 2010). Vanaf 1995 zijn zorgaanbieders verplicht om een klachtencommissie te hebben die bestaat uit ten minste drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is, voor of bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet de wijze waarop een klacht wordt behandeld en de bijbehorende rol van de klachtencommissie op passende wijze onder de aandacht van zijn klanten brengen. Een klacht kan betrekking hebben op de zorgaanbieder als leverancier van de ondersteuning of zorg, of op voor hem werkzame personen. De wet is niet van toepassing op klachten van onvrijwillig in een inrichting opgenomen cliënten, voor zover deze overeenkomstig een bijzondere wettelijke regeling door een klachtencommissie kunnen worden behandeld. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat over elk kalenderjaar een openbaar verslag wordt opgesteld waarin worden aangegeven:

- een beknopte beschrijving van de klachtenregeling;
- de wijze waarop de zorgaanbieder die regeling onder de aandacht van zijn cliënten heeft gebracht;
- de samenstelling van de klachtencommissie;
- in welke mate die klachtencommissie haar werkzaamheden heeft kunnen verrichten;
- het aantal en de aard van de door die klachtencommissie behandelde klachten;
- de strekking van de oordelen en aanbevelingen van die klachtencommissie;
- de aard van de maatregelen.

Uit onderzoek in de AWBZ-sector van de Nederlandse zorgautoriteit (Nza, 2008a) blijkt dat het aantal formeel ingediende klachten over zorgaanbieders beperkt is. Als belangrijke reden wordt de angst voor het verstoren van de zorgrelatie genoemd. *‘De Nza is van mening dat*

zorginstellingen er goed aan doen zich te richten op informele signalen en zich meer open te stellen voor opbouwende kritiek van consumenten (p.50).'

De Kwaliteitswet zorginstellingen (1996)

Tot april 1996 stelde de overheid kwaliteitseisen aan instellingen via een erkenningstelsel. Alleen instellingen met een erkenning van het ministerie van VWS mochten zorg verlenen voor rekening van wat toen nog de Ziekenfondswet heette en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het accent lag op kwaliteitsnormen die door de overheid op vrij gedetailleerde wijze werden omschreven. Het liet weinig ruimte voor eigen beleid of eigen inzichten (VWS, 1997).

Het systeem van de erkenningseisen bleek vooral een papieren instrument te zijn dat nauwelijks bijdroeg aan de kwaliteit van de zorg. Bovendien gaf het systeem de overheid onvoldoende mogelijkheden om op te treden in het geval van zorg die kwalitatief onder de maat was (Casparie e.a., 2001). In 1989, 1990 en 1995 kwamen vertegenwoordigers van zorgaanbieders, verzekeraars, zorggebruikers en de overheid in Leidschendam bijeen om gezamenlijk afspraken te maken over kwaliteitsbeleid. De kern van de afspraken luidde (VWS, 1997):

1. De verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede zorg ligt primair bij degenen die de zorg verlenen: instellingen en beroepsbeoefenaren.
2. Zorginstellingen gaan systematisch en structureel werken aan kwaliteitsbeleid. Bij de vormgeving daarvan is afstemming met organisaties van patiënten/consumenten en zorgverzekeraars van wezenlijk belang.

Deze zogeheten Leidschendamconferenties hebben een belangrijke input geleverd voor de Kwaliteitswet zorginstellingen die dateert van 18 januari 1996 en die op 1 april 1996 in werking is gegaan. De centrale gedachte van de wet is dat de instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en daarom ruimte moeten hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven (VWS, 1997). Daarbij gaat het volgens artikel 2 om 'verantwoorde zorg', ofwel zorg van goed niveau dat in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat het begrip verantwoorde zorg dus onder andere omschreven als 'patiëntgericht' en 'afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' (www.wetten.overheid.nl, 2010). Impliciet stelt artikel 2 daarmee dat het klantenperspectief deel uitmaakt van de wettelijke verplichting tot het aanbieden van verantwoorde zorg door de zorgaanbieder (Rijkschroeff, 2005). De zorgaanbieder is volgens artikel 5 verplicht om jaarlijks voor 1 juni openbare verantwoording af te leggen in de vorm van een verslag waarin onder meer aangegeven wordt of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken (www.wetten.overheid.nl, 2010).

In principe moeten alle instellingen in de zorgsector aan deze wet voldoen. Alleen solistisch werkende beroepsbeoefenaren, zoals een huisarts met een assistente, vallen niet onder de reikwijdte van de wet. Om er voor te zorgen dat zij aan soortgelijke kwaliteitseisen voldoen, bevat een speciaal artikel in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de Wet BIG) voor hen bijna dezelfde regels. De enige uitzondering is dat zij geen kwaliteitsjaarver-

slag hoeven op te stellen. (VWS, 1997). Sinds 2004 geldt de wet ook voor privé-klinieken als hier zorg wordt verleend die bestaat uit voorbehouden handelingen (VWS, 2004).

In 2001 is de wet geëvalueerd. Uit de conclusies blijkt dat op dat moment het patiëntenperspectief nog te weinig deel uitmaakt van de operationalisatie van Verantwoorde Zorg en dat de taken en verantwoordelijkheden van patiëntenorganisaties nog onvoldoende uit de verf komen. Aanbevolen wordt om patiënten/consumentenorganisaties systematisch te betrekken bij de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en protocollen en op instellingsniveau de betrokkenheid van cliëntenraden bij de vaststelling van kwaliteitsnormen en mission statements te stimuleren. Ook moet er meer aandacht uitgaan naar de invulling van de toetsende rol van deze gremia (Casparie e.a., 2001). De regering onderschrijft de uitkomsten van deze evaluatie. Waar eerst de nadruk bij de uitvoering van de wet lag op het systematisch waarborgen van kwaliteit verschuift deze volgens de Algemene Rekenkamer (2009) vanaf 2002 naar transparantie van kwaliteit van zorg. De redenering is dat transparantie het mogelijk maakt de kwaliteit van de zorg van instellingen onderling te vergelijken. Patiënten kunnen dan kiezen voor instellingen die het best presteren. Het klantenperspectief zou instellingen die slecht presteren hiermee als het ware dwingen de kwaliteit van hun zorg te verbeteren. De belangrijkste conclusie van het onderzoek naar de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen van de Algemene Rekenkamer (2009, p.12) is *‘dat de zelfregulering binnen de zorgsectoren niet tot het beoogde resultaat heeft geleid. De zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten zijn er tussen 1996 en 2006 onvoldoende in geslaagd een gedeelde visie (kwaliteitskaders met indicatoren en normen) te ontwikkelen over wat moet worden verstaan onder verantwoorde zorg. (...) De geringe voortgang was voor de minister van VWS aanleiding om met ingang van 2007 per zorgsector zelf de regie op de ontwikkeling van de kwaliteitskaders te gaan voeren’*.

In 2007 kondigen de bewindspersonen tevens aan *‘voorstellen te zullen doen om de rechtspositie van de cliënt in de zorg wettelijk stevig te verankeren. De publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden daarin geborgd in relatie tot de positie van de cliënt. Het gaat om regels betreffende de rechten en plichten van de cliënt en zorgplichten voor ondernemingen in de zorg, ingericht vanuit het perspectief van de cliënt. In dit voorstel zal de Kwaliteitswet zorginstellingen worden toegespitst op die rechten en plichten en worden gebundeld met de Toelating zorginstellingen, de Wet Bijzondere medische verrichtingen, de Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector’* (Algemene Rekenkamer, 2009, p.75). Het huidige kabinet heeft verdere actie in die richting doorgeschoven naar het volgende kabinet.

Volgens de nota Koers op Kwaliteit van 6 juli 2007 van het ministerie van VWS, staat de klant als volgt centraal: *‘De cliënt in de zorg bepaalt welke zorg bij hem past. (...) Er is sprake van kwalitatief goede zorg als de zorg zo veel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt: eigentijdse zorg die effectief, veilig en op tijd is. Kwaliteitsverbetering moet systematisch in de zorg verankerd zijn. Het kwaliteitsdenken moet ingebed zijn in het dagelijkse werk van raden van bestuur en de zorgprofessionals en prioriteit zijn van iedere managementlaag en medewerker. Dat is wat de cliënt moet ervaren!’*

Sinds 2007 is de focus in relatie tot het klantenperspectief daarom gericht op:

1. zichtbare kwaliteit of inzicht in de prestaties van zorgaanbieders en het oordeel van cliënten hierover;
2. natuurlijke cliëntgerichtheid of het versterken van invloed van de cliënt op de zorg.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (1996)

Op 4 april 1996 is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (www.wetten.overheid.nl geldend op 10-1-2010) in werking gegaan. In deze wet wordt geregeld dat elke zorgaanbieder een cliëntenraad moet hebben. De zorgaanbieder dient de cliëntenraad in ieder geval in de gelegenheid te stellen advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat betrekking heeft op:

1. de organisatie, bijvoorbeeld een wijziging in doelstelling of grondslag of opheffing, het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling;
2. het benoemen van bestuurders en/of directieleden;
3. de begroting en jaarrekening;
4. de kwaliteit (bewaking, beheersing of verbetering) van de zorg en dienstverlening, bijvoorbeeld zorgverlening, voeding, veiligheid, gezondheid, hygiëne, ontspanningsactiviteiten en klachtenbehandeling;
5. het benoemen van leidinggevenden in de 24-uurs zorg;

Voor de laatste twee punten geldt verzwaaard adviesrecht. Daarnaast is de cliëntenraad ook bevoegd de zorgaanbieder ongevraagd te adviseren over onderwerpen die voor de cliënten van belang zijn.

Volgens De Savornin Lohman, 2000, (Verwey-Jonker Instituut; Savornin Lohman J. de, 2000) garandeert deze wet echter niet automatisch medezeggenschap. Artikel 4 van de wet regelt dat een zorgaanbieder anders kan besluiten dan de cliëntenraad (schriftelijk) heeft geadviseerd (www.wetten.overheid.nl geldend op 10-1-2010). Betreft het een besluit dat onder het adviesrecht valt, dan is de voorwaarde dat er tenminste nog eenmaal overleg is geweest met de cliëntenraad. Gaat het om een besluit dat onder het verzwaaard adviesrecht valt, dan moet de zorgaanbieder het afwijkende besluit eerst voorleggen aan een commissie van vertrouwenslieden. Deze bekijkt of de zorgaanbieder de belangen van alle betrokkenen voldoende heeft afgewogen. Als dat het geval is, mag het afwijkende besluit van de zorgaanbieder worden uitgevoerd. Zo niet, dan moet de zorgaanbieder het besluit intrekken of veranderen en opnieuw voor verzwaaard advies aan de cliëntenraad voorleggen (www.LOC.nl, 2010).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1968)

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering. Dat betekent dat iedere inwoner van Nederland en iedereen die loonbelasting in Nederland betaald, in principe verzekerd is. De AWBZ is er voor bijzondere en vooral dure zorg, zoals langdurige verpleging, thuiszorg of psychiatrische behandeling. De AWBZ bestaat sinds 1 januari 1968 en is vanaf 2003 stapsgewijs gemoderniseerd. In de gemoderniseerde AWBZ wordt niet langer uitgegaan van het bestaande aanbod, maar van de zorg die het individu nodig heeft c.q. behoefte aan heeft. Er moet 'zorg op maat' worden geleverd (VWS, 1999). De goed geïnformeerde klant moet kunnen kiezen (VWS, 2001, 2002).

De AWBZ beperkt zich in de toekomst alleen tot zware chronische en continue zorg. Delen van de AWBZ zijn per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo. Het betreft met name: huishoudelijke verzorging, vervoer, ondersteuning en activering. Verdere beperking van de AWBZ zal geleidelijk worden doorgevoerd waarbij het klantenperspectief leidend zal zijn (www.vilans.nl).

Volgens artikel 9a van de AWBZ moet een bevoegd indicatieorgaan, zonder dat dit voor de klant kosten met zich meebrengt, onderzoeken of een claim op financiering van ondersteuning of zorg vanuit de AWBZ wel of niet rechtmatig is. Daartoe is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in het leven geroepen. Een klant kan bezwaar aantekenen tegen een besluit van het CIZ (www.ciz.nl, 2010). De rol van het CIZ gaat veranderen. De indicatiestelling moet sneller en eenvoudiger dan tot nu toe veelal het geval was. Met name herindicaties zullen niet langer door het CIZ worden uitgevoerd, maar door zorgorganisaties, professionals of klanten, zo is de bedoeling. Het CIZ gaat die herindicaties wel steekproefsgewijs toetsen en neemt het formele besluit over toekenning van de AWBZ-zorg. Vooralsnog zal het CIZ alle eerste indicaties zelf blijven doen, net als de complexe en tijdrovende indicaties. Zelfindicatie door klanten is nu nog niet mogelijk. Men wil eerst binnen een experimenteelprogramma de mogelijkheden hiertoe nader onderzoeken. Maar het ligt wel in de bedoeling. Klanten kunnen vanaf 2010 wel zelf een digitale AWBZ-aanvraag indienen. Er wordt nog gewerkt aan een wetsverandering voor klanten met specifieke aandoeningen. Zij zullen dan een indicatie met onbepaalde geldigheidsduur kunnen krijgen (CIZ, 2010).

De wet beschrijft de wettelijke aanspraken van verzekerden in zeer globale termen. In nadere regelgeving zijn deze aanspraken verder ingevuld (www.ser.nl, 2008; www.wetten.overheid.nl, geldend op 22-1-2010). In de wet is wel in artikel 10 de keuzevrijheid van klanten voor het kiezen van een zorgaanbieder die AWBZ-zorg biedt geregeld. Bovendien kan de klant kiezen tussen zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB). Bij zorg in natura maakt de klant aanspraak op zorglevering door een zelfgekozen zorgaanbieder. Bij een PGB maakt de klant aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor de door het CIZ geïndiceerde zorg.

Verder beschrijft de wet:

- regels voor de zorgverzekeraar, waaronder aandacht voor de wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien (artikel 16);
- de taken van het college zorgverzekeringen, waaronder de opdracht tot het geven van voorlichting aan burgers over de aard, inhoud en omvang van de aanspraken op grond van de AWBZ (artikel 42);
- regels rond de verstrekking van de persoonsgegevens van de verzekerde in het kader van de uitvoering van de wet. Voor het verstrekken van persoonsgegevens van indicatieorgaan naar zorgaanbieder moet de verzekerde uitdrukkelijk toestemming geven (artikel 53);
- bezwaar- en beroepsmogelijkheden. Klanten kunnen bijvoorbeeld tegen een op grond van deze wet genomen besluit beroep instellen bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (artikel 63).

De Zorgverzekeringswet (2006)

De Zorgverzekeringswet is op 1 januari 2006 in werking getreden en is de vervanger van de oude wetgeving rond het verzekeren van kosten voor geneeskundige zorg, die z'n oorsprong kent in het ziekenfondsbesluit van 1941 (www.agisweb.nl). Ook nu is het adagium dat de goed geïnformeerde klant moet kunnen kiezen (VWS, 2001). De Zorgverzekeringswet houdt in dat er één verzekering is, waarvoor de overheid het verplichte basispakket bepaalt en waarvoor zorgverzekeraars iedereen moeten accepteren, die de premies betalen en geen verzekeringsfraude plegen; de acceptatieplicht (www.wetten.overheid.nl, geldend op 14-02-2010). Het hebben van een basisverzekering is wettelijk verplicht voor alle Nederlandse ingezetenen. Burgers sluiten een verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar naar eigen keuze voor minimaal het wettelijk omschreven zorgpakket. De verzekerde kan eenmaal per jaar wisselen van zorgverzekeraar. Voor behandelingen die buiten het basispakket vallen, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Dat is niet verplicht. Aanvullende verzekeringen kunnen per verzekeraar verschillen wat betreft het verzekerde pakket en de premie. De overheid bemoeit zich niet met aanvullende verzekeringen (www.minvws.nl). De zorgverzekeraar is verplicht de potentiële verzekerde te informeren over de inhoud van alle varianten van de zorgverzekering die hij in een provincie aanbiedt, in de vorm van modelovereenkomsten (artikel 3). De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht (artikel 11). De zorgplicht binnen de Zorgverzekeringswet betekent dat een verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet recht heeft op:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft (zorg in natura);
- b. of vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutie).

Verder regelt de wet dat een zorgverzekeraar ervoor moet zorgen dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie (artikel 114). Klanten kunnen uiteindelijk ook tegen een op grond van deze wet genomen besluit beroep instellen bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (artikel 116). Ook is in de Zorgverzekeringswet geregeld dat mensen gecompenseerd worden met een zorgtoeslag, een tegemoetkoming in de kosten van de zorgverzekering. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de hoogte van het inkomen (www.postbus51.nl).

Voor de rest is in deze wet niets te vinden dat een directe of indirecte relatie heeft met het klantenperspectief. Dat wordt ook niet als nodig verondersteld, omdat de achterliggende gedachte bij deze wet is dat Nederlandse burgers de mogelijkheid hebben om zelf een zorgverzekeraar te kiezen en dat dit zorgverzekeraars ertoe aanzet om in onderlinge concurrentie op te treden als belangenbehartigers voor hun verzekerden. De vraag is echter of het ook daadwerkelijk zo werkt of zal gaan werken. Een deel van de zorgverzekeraars heeft er voor gekozen om uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden. Bovendien zijn de meeste verzekerden geen klant van zorg en de belangen van verzekerden en klanten van zorg lopen niet per definitie parallel. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2006, p. 13) merkt in dit kader op dat *de verzekerde meer belang zal hechten aan de hoogte van de premie die hij moet betalen, terwijl de verzekerde klant het meest hecht aan de kwaliteit van de zorg. Dus als de zorgverzekeraar al als belangenbehartiger optreedt, is het zeer de vraag voor wie: voor de verzekerde of voor de verzekerde patiënt?*

Wet marktordening gezondheidszorg (2006)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de markttoezichthouder in de zorg, kreeg bij haar oprichting in 2006 als belangrijkste taak de marktpositie van de zorgconsument of klant te bewaken en te versterken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008b). Deze taak en bijbehorende bevoegdheden zijn vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) die op 1 oktober 2006 in werking trad. De wet is ontstaan vanuit de gevoelde wenselijkheid om regels te stellen ten aanzien van de ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel.

In het kader van de bescherming en bevordering van de positie van klanten en verzekerden stelt de wet dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars de klant *informatie* moeten geven over wat zij te bieden hebben. Deze informatie betreft minimaal het goed informeren over de prijs of premies en de kwaliteit van het aanbod (www.minvws.nl; www.wetten.overheid.nl geldend op 22-2-2010).

De NZa houdt toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De wet biedt de NZa tevens handvatten voor handhavend optreden. Voor alles wat de NZa doet geldt (artikel 3, lid 4): *‘De zorgautoriteit stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop.’* De overheid bewaakt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de gezondheidszorg. De NZa heeft daarbinnen de specifieke taak het algemeen consumentenbelang te borgen. De instrumenten die de NZa daartoe wil inzetten hebben in de eerste plaats betrekking op het vergroten van de zelfredzaamheid van de klant, waarmee bedoeld wordt dat de klant (of zijn vertegenwoordiger) in staat is te kiezen in zorg. Het betreft een geïnformeerde en vrije keuze voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar die het beste aan zijn wensen voldoet. Daartoe moet de klant: (1) voldoende geïnformeerd zijn over bijvoorbeeld kwaliteit, prijs en wachttijden, (2) vrij kunnen kiezen voor de zorg of verzekering die het beste past bij zijn voorkeuren, (3) het geleverde voldoet aan hetgeen hem vooraf is beloofd en zijn recht kunnen halen indien dit niet het geval is. De NZa richt zich op deze drie ‘consumentenwaarden’ (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008b).

Wet maatschappelijke ondersteuning (2007)

De Wet maatschappelijke ondersteuning is op 1 januari 2007 in werking gegaan. De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en onderdelen van de AWBZ zijn er inmiddels in opgegaan, voor een meer integraal beleid. Samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijke te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente, is het belangrijkste oogmerk van deze wet (Memorie van toelichting, 2005).

De Wmo bevat een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen gericht op maatschappelijke ondersteuning. Maatschappelijke ondersteuning omvat activiteiten die

het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de Wmo verwoord in negen prestatievelden die betrekking hebben op (www.invoeringwmo.nl):

1. Leefbaarheid en sociale samenhang
2. Preventieve ondersteuning jeugd
3. Informatie, advies en cliëntondersteuning
4. Mantelzorg en vrijwilligers
5. Bevorderen deelname maatschappelijk verkeer
6. Verlenen individuele voorzieningen
7. Maatschappelijke opvang, o.a. vrouwenopvang
8. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
9. Verslavingsbeleid

Het maatschappelijke doel van de Wmo is ‘meedoen’. Als het mensen niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving ‘mee te doen’, dan heeft de gemeente een verantwoordelijkheid om burgers te ondersteunen. Het gaat erom mensen indien nodig te ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving, hun zelfredzaamheid te herstellen en hen toe te rusten om maatschappelijk te participeren. Anders dan de AWBZ of de Zorgverzekeringswet heeft de Wmo niet het karakter van een verzekering. Een burger heeft onder de Wmo dan ook geen aanspraak op een bepaalde voorziening. De burger heeft wel een wettelijk vastgesteld recht op compensatie (Memorie van toelichting, 2008). Hierover staat in de wet (artikel 4):

1. Ter compensatie van de beperkingen die een persoon (...) ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie, treft het college van burgemeester en wethouders voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning die hem in staat stellen:
 - a. een huishouden te voeren;
 - b. zich te verplaatsen in en om de woning;
 - c. zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel;
 - d. medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.
2. Bij het bepalen van de voorzieningen houdt het college van burgemeester en wethouders rekening met de persoonskenmerken en behoeften van de aanvrager van de voorzieningen (...).

Hierop is de gemeente formeel aan te spreken.

De Wmo is een kaderwet, wat betekent dat de wet de kaders aangeeft waarin elke gemeente haar eigen beleid kan maken. Een beleid dat afgestemd is op de wensen en samenstelling van de inwoners. Er is sprake van lokale beleidsvrijheid, maar wel met inbreng van de direct betrokkenen, met een maximaal transparante besluitvorming en met maximale inzichtelijkheid wat betreft de bereikte resultaten (Memorie van toelichting, 2005). De gemeenteraad stelt daartoe een of meer plannen vast voor een periode van maximaal 4 jaar, met de hoofdzaken van het door de gemeente te voeren beleid voor maatschappelijke ondersteuning en de beoogde resultaten (artikel 3). Daarbij moet onder andere duidelijk worden hoe keuzevrijheid wordt geboden aan burgers die afhankelijk zijn van maatschappelijke ondersteuning en hoe kennis is genomen van de behoeften van kleine doelgroepen (www.wetten.overheid.nl, geldend op 23-02-2010).

De Wmo is niet alleen een wet voor het realiseren van ‘meedoen’, maar ook voor het realiseren van ‘meedenken’. Zo moet er jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek worden gehouden (artikel 9) en moeten burgers en formele belangengroeperingen betrokken worden bij de voorbereiding van het beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning. Ook burgers die hun belangen en behoeften niet goed kenbaar kunnen maken. Tevens moeten burgers en formele belangengroeperingen in de gelegenheid worden gesteld om vroegtijdig en zelfstandig voorstellen voor beleid te doen. Het college van burgemeester en wethouders verschaft hiertoe de benodigde informatie. Voordat een ontwerpplan kan worden vastgesteld, moet het college advies vragen aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve klantorganisaties (artikel 11). Veelal wordt een Wmo-raad in het leven geroepen om aan deze regels te kunnen voldoen.

Verder moet de gemeenteraad regels opstellen over de te verlenen individuele voorzieningen en over de voorwaarden waaronder personen die een aanspraak hebben op dergelijke voorzieningen recht hebben op het ontvangen van die voorziening in natura, het ontvangen van een financiële tegemoetkoming of een persoonsgebonden budget (artikel 5). Het college van burgemeester en wethouders biedt personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze tussen het ontvangen van een voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar en toereikend persoonsgebonden budget (artikel 6). Hierbij hoort de verplichting dat de klant vooraf wordt ingelicht over de gevolgen van deze keuze.

Wet cliëntenrechten zorg (2011?)

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) concludeert in 2006 dat de patiënt met het nieuwe zorgstelsel nog onvoldoende wordt beschermd (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006). De rechten van patiënten/consumenten zijn teveel versnipperd, zodat onduidelijk is welke rechten van patiënten geborgd zijn, in welke wet en in hoeverre deze wetten elkaar versterken of juist niet. Voorgaande pagina's onderstrepen deze opvatting. Bovendien zijn nieuwe ontwikkelingen en inzichten met betrekking tot het klantenperspectief in ondersteuning en zorg nog niet vertaald in wettelijke rechten en plichten. Daarom maakt de NPCF zich in die periode sterk voor een 'zorgconsumentenwet', die samenhang zou moeten aanbrengen tussen de bestaande wetten en recht doet aan de nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg. *'Wil de patiënt echt invloed krijgen op zijn zorg en de rol kunnen vervullen die van hem wordt verwacht in de nieuwe constellatie, dan moet hij in de ogen van de NPCF als individuele zorgconsument en als collectief een stevige juridische basis hebben in één zorgconsumentenwet. De NPCF ziet dit als een minimumvoorwaarde voor patiënten/cliënten om zich als volwaardige partij, naast zorgverzekeraars en zorgaanbieders, op de zorgmarkt te kunnen positioneren.'* (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006, p.9)

Sinds die tijd is er gewerkt aan 'zorgconsumentenwetgeving'. In eerste instantie zouden een aantal bestaande wetten, in de Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg worden ondergebracht, om de positie van de klant te versterken (www.ggznederland.nl, 2010). Op 14 januari 2008 is een eerste versie van deze wet echter door alle cliëntenorganisaties en brancheorganisaties (LOC-LPR, Anbo, CG-Raad, CSO, Landelijke Platform GGZ, LFB, LSR, Per Saldo en VG-Belang) afgewezen (www.vgbelang.nl, 30 januari 2008). De brede wet zou de rechtspositie

van cliënten en cliëntenraden eerder afbreken dan versterken, zo luidde de kritiek. Eén wettelijke regeling waarin alle aspecten van de cliënt zouden worden opgenomen, wordt niet als wenselijk beschouwd. De cliëntenorganisaties pleiten voor drie wettelijke regelingen: (1) voor de rechtsverhouding tussen klant en aanbieder, (2) voor geschillen tussen individuele klanten en aanbieders en (3) voor medezeggenschap van klanten. Bovendien wordt het belang van het voortdurend verder werken aan verbetering van (4) kwaliteit en veiligheid in de zorg onderschreven, echter zonder dat directe aanpassing van wetgeving nodig wordt geacht (van Gilse, 2008). In vervolg hierop wordt op 18 februari 2008 in een bijeenkomst rond cliëntenrechten door alle betrokken partijen besloten dat eerst bepaald wordt wat men wil en dat men daarna pas een vorm kiest. Voor de vier genoemde terreinen worden dertig punten van aandacht uitgewerkt. Dit leidt tot de start van het Programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie'. De brief van 23 mei 2008 van Minister Klink en Staatssecretaris Bussemaker, waarin dit programma nader wordt toegelicht, begint met:

'Wij willen de invloed van cliënten in de zorg verder versterken. Daarmee willen we bereiken dat de cliënt goede zorg krijgt, die past bij zijn of haar behoefte en dat de cliënt zijn of haar weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt. (...) Er moet een omslag komen in regie, sturing en financiering van de zorg. Zorgaanbieders, verzekeraars en beleidsmakers moeten echt durven denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt.'

De betrokken partijen zijn het eens over het versterken van de positie van de klant in de zorg op de volgende zeven thema's:

- het recht op beschikbare en bereikbare zorg;
- het recht op keuze(informatie);
- het recht op kwaliteit en veiligheid;
- het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy;
- het recht op afstemming tussen zorgverleners;
- het recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling;
- het recht op medezeggenschap en goed bestuur.

Het vastleggen van deze rechten in wetgeving is een van de belangrijkste onderdelen van het programma. Op 3 juli 2009 stemt de ministerraad in met het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg. De bedoeling is om de wet in 2011 in werking te laten treden. Volgens het nieuwsbericht brengt deze nieuwe wet de rechten van de cliënt bijeen in één wettelijke regeling. Daardoor krijgt de cliënt een sterkere positie ten opzichte van de zorgaanbieder. De rechten gelden voortaan niet alleen bij geneeskundige behandeling, zoals in de huidige Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders, dus ook in de care. Bovendien zou deze wet het voor klanten gemakkelijker maken om te kiezen voor de zorgaanbieder die het beste bij zijn zorgvraag past. Uit de rechten van klanten vloeien uiteraard ook verplichtingen voort voor zorgaanbieders. Het bestuur van een zorginstelling is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De eisen rond goed bestuur worden daarom tevens aangescherpt. (www.minvws.nl, 2009).

Participatie in ondersteuning en zorg

Bij participatie in ondersteuning en zorg gaat het om burgerparticipatie en patiëntenparticipatie. Wat er onder verstaan wordt, hangt af van verscheidene factoren, zoals de nationale en historische context, de specifieke kenmerken van het zorgstelsel, het ideologisch en normatief kader van waaruit naar klantenparticipatie wordt gekeken, de positie van de betrokken actoren in het zorgstelsel en hun onderlinge machtsverhoudingen (Leys e.a., 2007). Bij participatie gaat het in essentie om ‘meedoen’ en ‘meedenken’.

Volgens Leys (2007) stappen veel westerse landen, waaronder Nederland, af van een ‘top-down’ beleid en willen de invloed van klanten in ondersteuning en zorg versterken. *‘Het gaat om een cultureel-normatieve keuze die in de hand wordt gewerkt door een hogere algemene scholingsgraad van de bevolking, een vraag naar meer betrokkenheid bij overheidsbeslissingen en hogere verwachtingen met betrekking tot de kwaliteit van de gezondheidszorg. (...) participatie wordt bovendien expliciet naar voren geschoven door internationale instellingen als de Wereldgezondheidsorganisatie, de Raad van Europa en de Europese Unie.’* (p. 82)

In Nederland is vooral onder invloed van de patiëntenbeweging en de marktwerking de klantenparticipatie bevorderd. De patiënten- en consumentenorganisaties groeien steeds meer uit tot een derde partij naast de zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de individuele invloed van de klant wordt via wet- en regelgeving meer en meer versterkt (Klink en Bussemaker, 2008).

Verhoeven (2009) beschrijft drie generaties participatie in ondersteuning en zorg. De basis voor klantenparticipatie is gelegd in de 70-er jaren van de vorige eeuw. In deze eerste generatie klantenparticipatie staat de inspraakgedachte centraal wat geleid heeft tot de oprichting van de eerste patiëntenraden (De Savornin Lohman, 2000). De tweede generatie klantenparticipatie doet zijn intrede in de jaren negentig. In deze periode gaat het niet alleen om advisering maar ook om interactieve beleidsvorming met de oprichting van verschillende belangenorganisaties als gevolg, zoals de NPCF in 1992 en de CG-Raad in 1995. De derde generatie klantenparticipatie betreft het uitnodigen en faciliteren van klantinitiatieven voor invloed, duidelijk te herkennen in de Wmo. De derde generatie komt niet in de plaats van de eerste of tweede maar vormt er een aanvulling op. Het is geen of/of verhaal.

Twee benaderingen

Leys e.a. (2007) onderscheiden twee ideaaltypische benaderingen van klantenparticipatie, die vaak in een mengvorm voorkomen: (1) de democratische benadering en (2) de consumentenbenadering.

In de democratische benadering ligt de nadruk op principes als inspraak, transparantie en legitimiteit of het afleggen van verantwoording aan de klant. Vanuit het perspectief van de

overheid of beleidsmakers kan klantenparticipatie in deze opvatting een positieve bijdrage leveren aan het democratisch functioneren van de samenleving. Daarnaast kan de klant een belangrijke informatiebron zijn om tot beter beleid voor ondersteuning en/of zorg te komen. In de consumentenbenadering wordt het zorgstelsel als markt bekeken met de vraag als sturend principe, staat de klant centraal en is er weinig inmenging door de overheid. Via de concurrentie tussen verzekeraars en/of aanbieders kan de klant invloed uitoefenen op het zorgaanbod. Het recht op keuzevrijheid en het recht op informatie zijn daarbij essentiële hulpmiddelen. De democratische benadering is vooral te herkennen in de participatieactiviteiten van de eerste en tweede generatie, de consumentenbenadering vooral in die van de tweede en derde generatie.

Niveaus van participatie

Leys e.a. (2007) onderscheiden drie niveaus van participatie. Het betreft participatie in:

- het beleid;
- de organisatie van ondersteuning en zorg;
- de context van de relatie tussen zorgaanbieder en klant.

Meerdere auteurs hebben sinds 1969 ladders of modellen van participatie ontwikkeld, te beginnen met de participatieladder van Arnstein (Leys, 2007). Arnstein vergelijkt het participatieproces met een ladder waarbij de hoogste sport het meest nastrevenswaardig is. In deze opvatting is dus sprake van een hiërarchisch karakter. Dit geldt voor meer participatieladders. Sommige auteurs bestrijden dit standpunt en stellen dat elke sport van de ladder evenveel waarde heeft. Volgens hen *'bestaat er geen 'goede' manier of 'betere' mate van participatie. De gekozen methode moet gezien worden als een passend antwoord op een gegeven situatie. (...) kwesties kunnen naar inhoud en vorm fundamenteel verschillen en er moet telkens naar de best passende mate van participatie worden gezocht'* (Leys, 2007, p.18).

Een in Nederland bekend en veelgebruikt participatiemodel voor het beleidsniveau is het model van Edelenbos en Monnikhof uit 2001 (Van Tjalma-den Oudsten, 2006). De volgende vormen van klantenparticipatie worden door hen onderscheiden (Leys, 2007):

1. Informeren: klanten worden geïnformeerd, maar kunnen geen echte invloed uitoefenen op het beleid. Informeren is niet een vorm van, maar een voorwaarde voor actieve participatie.
2. Raadplegen: de klant wordt om een mening gevraagd met betrekking tot voorgenoemd beleid, de beslissingsmacht ligt bij de beleidsmakers.
3. Adviseren: de klant kan gevraagd en ongevraagd advies en suggesties geven, de beslissingsmacht ligt bij de beleidsmakers, maar met een verantwoordingsplicht naar de klant.
4. Coproduceren: klant en beleidsmaker overleggen en komen samen tot beleidskeuzes en oplossingen. De gezamenlijke uitkomst is bindend.
5. Meebeslissen: de beslissingsmacht ligt bij de klant binnen door de beleidsmakers vastgestelde randvoorwaarden.

Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) heeft in 2005 in samenwerking met de NPCF (Brinkhorst e.a., 2009) dit van oorsprong in het kader van de burgerparticipatie

ontwikkelde model, vertaald naar een model voor patiëntenparticipatie. Dit aangepaste model is met name geschikt voor toepassing in de aanbieder-hulpverlener-klant relatie.

Het ziet er als volgt uit:

1. Informatie: 'De klant weet mee'. Het (ondersteunings- of zorg)proces wordt ingezet, de klant wordt continu op de hoogte gehouden en goed geïnformeerd.
2. Consultatie: 'De klant denkt en praat mee'. De professional of zorgaanbieder bepaalt wat er gebeurt, maar gaat wel actief op zoek naar de mening van de klant of een klantencollectief over hetgeen wordt besloten.
3. Advies: 'De klant adviseert en de professional of zorgaanbieder beslist'. Er is sprake van direct contact tussen professional of zorgaanbieder en klant. Er wordt actief gezocht naar de mening van klanten. Hun voorstellen en ideeën tellen mee, maar bij de uiteindelijke besluitvorming kan hier (beargumenteerd) van worden afgeweken.
4. Partnership: 'De klant beslist mee'. Er is sprake van gelijkwaardige samenwerking en gezamenlijke besluitvorming waarbij klanten een eigen rol hebben. De professional verbindt zich in principe aan de uitkomsten van deze gesprekken.
5. Regie bij de klant: 'De klant bepaalt en de professional of zorgaanbieder ondersteunt'. De klant of een klantencollectief bepaalt de doelen en prioriteiten van een activiteit of organisatie binnen voorafgestelde randvoorwaarden. De professional of zorgaanbieder heeft met name een adviserende en toetsende rol.

Bijlage 3

Zelfbeschikking en eigen regievoering

Zelfbeschikking is volgens het Van Dale woordenboek (1999) het beschikken over, kunnen bepalen van, het eigen lot, leven etc. Via twee belangrijke internationale verdragen van de Verenigde Naties is het recht op zelfbeschikking in de tweede helft van de vorige eeuw vastgelegd. Amnesty International Nederland omschrijft dit recht op haar website als: *'Het recht op eigen keuzen en zelfstandigheid, zowel voor het individu als voor een collectief, bijv. een volk. In het eerste artikel van beide VN-verdragen van 1966 is het recht op zelfbeschikking van volken opgenomen. Het individuele recht op zelfbeschikking kan gezien worden als een element van de persoonlijke vrijheid, en daarmee als een grondslag van de mensenrechten.'* Of onder het recht op zelfbeschikking ook het recht op het beschikken over het eigen sterven valt, is regelmatig onderwerp van heftige discussie. *'Tot hoe ver gaat het zelfbeschikkingsrecht?'* is de centrale vraag bij deze discussie. Het lectoraat Klantenperspectief in ondersteuning en zorg kan op deze vraag uiteraard geen uitsluitsel geven en zal daar ook niet naar op zoek gaan. Wel kan

het inzicht vanuit het klantenperspectief aandragen die een bijdrage aan de discussie kunnen leveren.

Zelfbeschikking krijgt concreet vorm binnen de activiteit ‘eigen regievoering’ in de betekenis van: *Het organiseren en coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen* (Verkooijen, 2006, p. 70). In dit kader spreekt men in Almere over de ‘Eigen Kracht’ van burgers, of het vermogen van burgers om hun eigen leven te leven (Gemeente Almere, 2010).

Eigen regievoering

In principe voert ieder mens de regie over het eigen leven, maar er zijn wel gradaties aan te wijzen in de mate waarin men regie voert. Een baby bijvoorbeeld laat door te huilen duidelijk weten dat er iets is en organiseert op die manier een schone luier of drinken, waarna hij zich weer prettig voelt. De eigen regievoering van de doorsnee volwassene zal doorgaans een veel complexer en gevarieerder beeld laten zien.

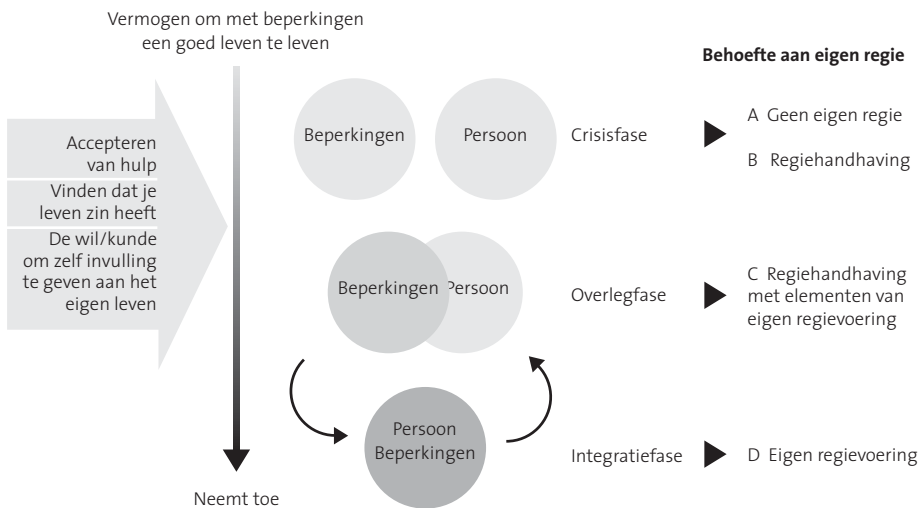
Het is moeilijk aan te geven wanneer er, behalve bij iemand in coma, echt geen enkele sprake meer is van eigen regievoering. In mijn promotieonderzoek, waarin ik het concept ‘eigen regievoering’ in relatie tot ondersteuning en zorg heb onderzocht, heb ik drie voorwaarden gevonden die van invloed zijn op de mate waarin iemand binnen deze context eigen regie voert. Deze zijn:

- de wil en/of kunde om zelf inhoud aan het eigen leven te geven;
- vinden dat je leven zin heeft;
- accepteren van hulp.

Ontbreekt één of meer van deze voorwaarden geheel of gedeeltelijk, dan is de klant mogelijk onvoldoende in staat eigen regie te voeren en kan professionele hulpverlening hierin een belangrijke rol vervullen. In de psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg, de psychogeriatric of de jeugdhulpverlening bijvoorbeeld zijn interventies ontwikkeld om klanten bij hun eigen regievoering te helpen. In wezen staat het professionele perspectief bij deze interventies centraal. De klant voert onvoldoende eigen regie, en de professional leert de klant hoe dit kan verbeteren of neemt tijdelijk of voor altijd (delen van) de regie over. En hoewel dit zeer belangrijk en nuttig is, speelt het klantenperspectief in deze benadering van het concept ‘eigen regievoering’ een ondergeschikte rol, waardoor dit type interventies geen plek zal krijgen binnen de aandachtssfeer van het lectoraat.

Behalve het ontbreken van de juiste voorwaarden kan er nog een reden zijn waarom klanten geen of beperkt eigen regie voeren. En dat is wanneer de klant er zelf geen of minder behoefte aan heeft. In dat geval speelt het klantenperspectief dus wel een bepalende rol. Een klant die na een ernstig verkeersongeluk op de eerste hulp van een ziekenhuis terecht komt, heeft bijvoorbeeld doorgaans weinig behoefte om op dat moment zijn eigen leven te organiseren. Hij of zij geeft zich over aan de hulpverlening waarvan wordt verwacht dat deze zo goed mogelijk professioneel zal handelen. En in dit geval, anders dan in de hiervoor geschetste situatie, betreft het professioneel handelen niet de ‘eigen regievoering’ van de klant, maar alle professionele actie die nodig is voor het herstellen van de schade opgelopen bij het ongeval.

Want, de klant zou de eigen regie wel kunnen voeren, vindt het leven wel zin hebben, en accepteert de hulp wel, maar heeft even geen behoefte aan eigen regievoering. In mijn onderzoek heb ik drie fasen gevonden waarin een klant van ondersteuning en zorg zich kan bevinden in relatie tot de behoefte aan eigen regievoering (figuur 5). Deze fasen zijn (1) de crisisfase, (2) de overlegfase en (3) de integratiefase. In de crisisfase is sprake van een plotseling ontstane onplezierige situatie waarbij niet duidelijk is hoe lang deze duurt en of deze überhaupt overgaat. De overlegfase is de fase waarin de klant 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. Vaak geldt bij mensen met een chronische of progressieve aandoening dat deze laatste twee fasen elkaar regelmatig aflossen. Ook nieuwe therapieën of behandelmogelijkheden kunnen aanleiding zijn om weer in de overlegfase terecht te komen.

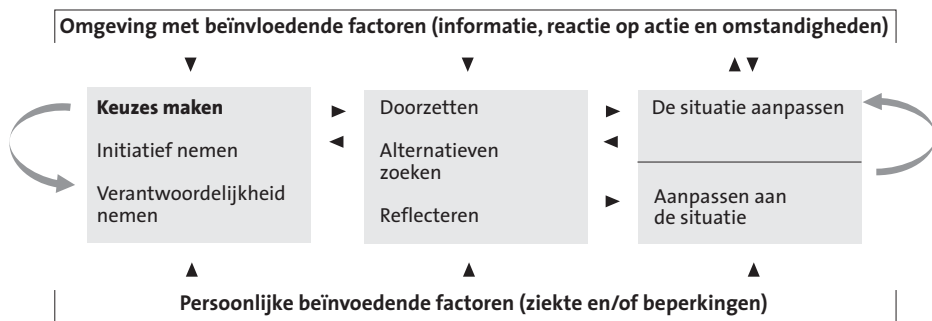


Figuur 5: *Behoefte aan eigen regievoering*

Klanten van ondersteuning en zorg kunnen dus verschillend gedrag vertonen met betrekking tot de behoefte aan eigen regievoering, zonder dat dit betekent dat ze het niet kunnen en zonder dat daarvoor professionele hulp nodig is. Bij beschouwing van het concept ‘eigen regievoering’ als dimensie van het klantenperspectief in ondersteuning en zorg gaat het dan ook niet om hoe je klanten kunt leren eigen regie te voeren. Het gaat er vooral om hoe klanten eigen regie voeren en wat dat betekent voor de rol van de professional en aanbieder van ondersteuning of zorg binnen de aanbieder-hulpverlener-klant-relatie. Dus hoe organiseren en coördineren klanten hun eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen? En hoe moet de ondersteuning of zorg daar dan zo goed mogelijk op aansluiten? Niet om de regie terug te geven of te leren voeren, maar om in ieder geval geen negatief beïnvloedende factor te zijn op de eigen regievoering van de klant. Dat is waar ik in mijn onderzoek op gefocust

ben geweest. Daarmee heb ik het gedrag of perspectief van klanten bestudeerd om het gedrag of de handelwijze van professionals en aanbieders te veranderen. En deze invalshoek wil ik graag voortzetten binnen het lectoraat.

Figuur 6 toont het resultaat van het onderzoek naar de gedragingen en de beïnvloedende factoren van eigen regievoering. Het kerngedrag van eigen regievoering is 'keuzes maken'. Het betreft allerlei dagelijkse keuzes als 'hoe laat sta ik op, wat doe ik op mijn boterham, doe ik wel of niet een jas aan, ga ik nog boodschappen doen en zo ja, wat haal ik dan, etc.' Het merendeel van dit type keuzes zijn we ons gelukkig nauwelijks bewust. Het zou waarschijnlijk zeer vermoeiend zijn om de hele dag bewuste keuzes te moeten maken. Soms echter komt er een groot levensvraagstuk langs en daar zijn we ons dan doorgaans wel van bewust. Net als van die keuzes die moeilijk te realiseren zijn of zijn opgehouden te bestaan.



Figuur 6: *Gedragingen eigen regievoering en beïnvloedende factoren*

Zo kunnen bewoners van een verzorgingshuis tot op de dag van vandaag nog meemaken dat zij bij opname gevraagd zijn naar wat zij 's ochtends willen eten, bijvoorbeeld twee bruine boterhammen met kaas, en dat zij na twee jaar, nog steeds, elke ochtend twee bruine boterhammen met kaas krijgen. Dit voorbeeld is helaas niet karikuraal en het laat duidelijk zien hoe ondersteuning of zorg een negatief beïnvloedende factor kan zijn op de eigen regievoering van mensen. Het kan het repertoire aan keuzes ernstig inperken, met name in relatie tot:

1. het moment, dag, tijdstip waarop de ondersteuning of zorg geleverd wordt (wanneer);
2. de plaats waar deze geleverd wordt (waar);
3. de persoon die de ondersteuning of zorg levert (door wie);
4. de vorm/inhoud waarin deze wordt uitgevoerd (hoe en wat).

In de paragrafen over invloed en vraagsturing zijn deze keuzes in de vorm van wensen voor invloed op levering en uitvoering van de ondersteuning en zorg ook al aan de orde geweest. De toelichting over de vorm/inhoud geldt hier uiteraard ook. Het gaat niet om keuzes met betrekking tot het professioneel handelen van de ander, maar om keuzes in relatie tot de eigen regievoering of tot het vormgeven aan het eigen leven.

'Keuzes maken' als kerngedrag behoort tot de zogenoemde 'basale gedragingen' van eigen regievoering. De overige basale gedragingen zijn: 'initiatief nemen' en 'verantwoordelijkheid nemen' voor de gemaakte keuze en het genomen initiatief. Behalve de basale gedragingen heb ik een drietal versterkende gedragingen gevonden. Deze versterken als het ware de basale gedragingen. Omdat onze keuzes en initiatieven tegen weerstand in de omgeving kunnen oplopen, is het soms nodig om 'door te zetten', 'alternatieven te zoeken' of via 'reflectie' wat langer stil te staan bij waar je mee bezig bent en waarom het wel of niet lukt. Uiteindelijk levert dit twee mogelijke interactieve gedragingen op: (1) je weet de situatie aan te passen of (2) je past je aan aan de situatie. Aanpassen aan de situatie is dus onderdeel van de eigen regievoering. Dat is echter wat anders dan aangepast worden, wat nog wel eens in ondersteuning en zorg het geval is.

Eigen regievoering is een doorlopend proces. Het is iets dat de hele dag door plaatsvindt. Daar wijzen de pijlen in figuur 6 op. Verder zijn de volgende beïnvloedende factoren gevonden:

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

Bij de interne beïnvloedende factoren ziekte en/of beperkingen gaat het niet om het type, maar om de mate waarin de klant hinder ondervindt van zijn ziekte en/of beperking. Iemand kan veel hinder ondervinden in zijn eigen regievoering van een gebroken vinger terwijl een ander die geboren is met een zware lichamelijke beperking dit niet als hinderlijk voor de eigen regievoering ervaart. De interne beïnvloedende factoren zijn sterk persoonsgebonden. De externe beïnvloedende factoren zijn te herkennen als belangrijke factoren van een omgeving waarin ondersteuning of zorg wordt geboden. De goed geïnformeerde klant uit de paragraaf over wet- en regelgeving wordt geacht inhoud te kunnen geven aan de keuzevrijheid met betrekking tot zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De wijze waarop de professional of zorgaanbieder reageert op de actie van de klant, bijvoorbeeld door elke ochtend twee bruine boterhammen met kaas te blijven brengen, heeft grote invloed op de (mogelijkheden tot) eigen regievoering van de klant en de omstandigheden spreken eigenlijk wel voor zich. Iets wat er niet is, kun je wel heel graag wensen, maar, ja...

Het OER-model

Deze theorie 'eigen regievoering' is mooi en waarschijnlijk ook wel herkenbaar, zo is de ervaring, maar wat kun je er mee in relatie tot de praktijk van de ondersteuning en zorg? Zoals eerder aangegeven is de belangrijkste rol van de ondersteuning en zorg om geen negatief beïnvloedende factor te zijn op de eigen regievoering van de klanten. Deze rol van professionals en organisatie heb ik kort samengevat als 'ondersteuning eigen regievoering' of nog korter met OER. Er is sprake van ondersteuning eigen regievoering als wordt voldaan aan de volgende zeven kenmerken:

1. De wijze waarop de ondersteuning of zorg vorm krijgt nodigt de klant uit tot:
 - het maken van keuzes;
 - het nemen van initiatief;
 - het nemen van verantwoordelijkheid;
 - door te zetten;

- alternatieven te zoeken;
 - reflecteren;
 - interactie met de ondersteuner.
2. De keuzes (als kerngedrag) of wensen (omdat keuzes veelal kenbaar worden gemaakt in de vorm van wensen) van de klant vormen het vertrekpunt voor de ondersteuning of zorg. Hierbij gaat het om keuzes met betrekking tot:
 - het moment, dag, tijdstip waarop de ondersteuning of zorg geleverd wordt (wanneer);
 - de plaats waar deze geleverd wordt (waar);
 - de persoon die de ondersteuning of zorg levert (door wie);
 - de vorm/inhoud waarin deze wordt uitgevoerd (hoe en wat).
 3. De klant wordt doorlopend uitgenodigd keuzes/wensen kenbaar te maken.
 4. De professional/zorgaanbieder informeert de klant.
 5. De professional/zorgaanbieder reageert op de keuzes of wensen van de klant.
 6. De klant wordt uitgenodigd om invloed uit te oefenen op de situatie.
 7. De professional/zorgaanbieder pleegt maximale inspanning om aan te passen aan de omstandigheden en wensen van de klant.

In mijn onderzoek heb ik deze kenmerken verder uitgewerkt naar een handelings- en organisatie-model. Dit model heeft de naam OER-model gekregen.

Toepassing van het OER-model in een organisatie leidt tot kanteling naar vraagsturing omdat de klant via OER invloed heeft op de uitvoering en levering van ondersteuning en zorg. Het vereist de volgende vijf competenties van medewerkers voor het handelen in relatie tot de klant, met name van de professionals:

- actief luisteren;
- de juiste, veelal open vragen stellen;
- afstemmen;
- informeren en op verzoek adviseren;
- omstandigheden/wensen monitoren.

In het organisatiedeel van het OER-model staat de zorglogistieke inrichting centraal in de betekenis van: *'het zo beheersen van behandel-/ zorg-/ ondersteuningsprocessen en de daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederenstromen, dat tegen optimale kosten aan de wensen van klanten/mensen kan worden voldaan.'* (Moeke en Verkooijen, 2010, p.23) Het vertrekpunt voor de inrichting van de organisatie van ondersteuning en zorg is de eigen regievoering en de erkenning van het vermogen daartoe, of zoals in het Almeerse model verwoord, de Eigen Kracht inclusief de krachtbronnen die om de klant aanwezig zijn (Gemeente Almere, 2010). Met de omschrijving 'optimale kosten' wordt onderstreept dat het hier niet gaat om 'U vraagt wij draaien', maar om een afweging van de belangen van alle betrokkenen en hun (on)mogelijkheden.

Individuele diversiteit

Met het begrip ‘individuele diversiteit’ doel ik op de individuele verschillen tussen personen in de breedste zin van het woord. Individualisering, immigratie en toegenomen medische kennis, hebben de diversiteit in onze samenleving vergroot. Diversiteit in aspecten als etnische achtergrond, beperking, sekse, leeftijd, seksuele gerichtheid, sociaaleconomische positie of levensovertuiging (www.vilans.nl). De eerste helft van de vorige eeuw kenmerkte Nederland zich als een gesegmenteerde of verzuilde samenleving. Een samenleving van verschillende gemeenschappen met name op basis van levensbeschouwing, die onderling niet met elkaar omgingen. Een katholieke jongen trouwde niet met een gereformeerd meisje en je nam je thuiszorg af bij de kruisvereniging die tot jouw kerk behoorde, het wit-gele kruis voor katholieken, het oranje-groene kruis voor gereformeerden. Ik herinner me die kruisverenigingen nog goed, omdat mijn vader jarenlang bestuurslid van een kruisvereniging is geweest en mijn grootouders in een gebouw van het wit-gele kruis woonden, waar onder meer de po’s, bedden, en andere materialen werden opgeslagen, en ook de wijkzuster woonde. De formule van toen was vreedzaam maar wel naast elkaar samenleven met verschillen (van Houten, 2004). In de tweede helft van de vorige eeuw kenmerkte Nederland zich door ontzuiling en immigratie van mensen met een andere etniciteit en/of levensbeschouwing met als resultaat een multiculturele samenleving. ‘Verschil’ werd volgens van Houten in deze periode vooral als probleem gedefinieerd (2004). De laatste jaren wordt meer en meer gesproken over diversiteit. In eerste instantie vooral in relatie tot multiculturaliteit of etniciteit. In toenemende mate wordt dit begrip echter breder opgevat. Volgens Van Houten (2004) groeit Nederland naar een gevarieerde samenleving met als leidende beginselen ‘diversiteit’ en ‘gelijkwaardigheid’. Ik heb mijn bedenkingen bij deze opvatting. Niet ten aanzien van ‘diversiteit’, maar wel ten aanzien van ‘gelijkwaardigheid’ als leidend principe voor de huidige en toekomstige. Termen als gelijkheid, ongelijkheid en gelijkwaardigheid zijn exponenten van het gelijkheidsbeginsel dat al eeuwenlang het denken en doen in de Westerse wereld sterk beïnvloed (Verkooijen, 2008). Ik zal dat toelichten.

De gelijkheidscultuur

Volgens Boersma (1998), die in zijn proefschrift de ontstaansgeschiedenis van het gelijkheidsdenken beschrijft, vormt het werk van Plato (427-347) en Aristoteles (384-322) de basis voor de Europese traditievorming met betrekking tot het gelijkheidsbeginsel. In hun tijd beweegt het gelijkheidsdenken zich tussen ‘Homoios’ en ‘Isos’. Homoios en Isos betekenen in het oud Grieks alletwee ‘gelijk’. Bij Homoios ligt de nadruk op het gelijk van aard zijn of gelijksoortigheid, waarmee het is te duiden als een kwalitatieve opvatting van gelijkheid. Er is geen abstract-algemene maateenheid, slechts onderlinge vergelijkbaarheid. Bijvoorbeeld, deze koning is even machtig als die. De maat van het ene wordt gemeten aan de maat van het andere. Het heeft de gevoelswaarde van het beschermen van de positie van de machtigen. Bij Isos ligt de nadruk op de concrete vergelijking en het aan elkaar gelijkstel-

len op basis van min of meer objectieve beoordelingscriteria, en is daarmee te duiden als een kwantitatieve opvatting van 'gelijk'. Hoewel de letters ISO van de ISO-normering formeel staan voor International Standardization for Organization, had ook het Isos-begrip aan de gekozen naam ten grondslag kunnen liggen, omdat de ISO-normering een mooi voorbeeld is van deze kwantitatieve opvatting van 'gelijk'.

Met de ontwikkeling van het denken voltrekt zich de overgang van de mythische Homoios-gelijkheid naar de rationaliteit van het Isos-begrip, wat uiteindelijk resulteert in een voor de wet volledig gelijkstellen van mensen. Bij de 'opvolgers van de Grieken, de Romeinen is geen sprake van een moreel-maatschappelijke beschouwing op het vraagstuk van de gelijkheid. Centraal in deze samenleving staat het principe van de kansengelijkheid (Boersma, 1998). De rechtspraak ontwikkelt zich tot een vorm met een gevoelswaarde van het 'recht van de sterkste'. Volgens Boersma (1998) is de Antieke wereld uiteindelijk aan beide vormen van (juridische) gelijkheid ten onder gegaan. Bij de Grieken door een uiteenvallen van de te complexe socio-politieke structuur, bij de Romeinen door een volledige verstarring van de samenleving.

Na de Griekse en de Romeinse cultuur komt het antieke Christendom op. Weliswaar erkent het antieke Christendom een natuurlijke gelijkheid van mensen, maar dat krijgt, vanwege het geloof in de verdorvenheid van de menselijke wil, geen maatschappelijke gevolgen. Het al dan niet gelijk zijn van mensen is niet langer een kernwaarde van de samenleving. Deze situatie duurt tot in De Verlichting (ca 1650-1800). In deze periode ontstaat opnieuw aandacht voor het gelijkheidsbeginsel.

In de Amerikaanse Onafhankelijkheidsverklaring van 4 juli 1776 is sprake van '*All men are created equal*'. Dus elk mens is gelijk geschapen. Deze natuurrechtelijke opvatting van gelijkheid komt echter niet terug in de grondwet van 1787. Het Amerikaanse gelijkheidsdenken beperkt zich vervolgens vooral tot de buitenlandse politiek en heeft vooralsnog geen invloed op de binnenlandse maatschappelijke verhoudingen. Pas in de tweede helft van de 19de eeuw worden na langdurige strijd gelijkheidsbepalingen opgenomen in de grondwet (Boersma, 1998). Het gelijkheidsdenken ontwikkelt zich bij de Amerikanen in de richting van de kansen-gelijkheid.

In de Franse verklaring van de Rechten van de Mens en Burger van 26 augustus 1789 staat in artikel 1: '*De mensen worden vrij en met gelijke rechten geboren en blijven dit*'. Men blijkt echter onvoldoende in staat de begrippen vrijheid en gelijkheid met elkaar te verbinden. Het gelijkheidsdenken ontwikkelt zich vervolgens in de richting van de macht van de gelijkheid (Boersma, 1998).

Hier ligt de basis van onze gelijkheidscultuur. In onze huidige Grondwet staat: '*Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld. Discriminatie (...) op welke grond dan ook, is niet toegestaan*' (artikel 1, www.wetten.overheid.nl, geldend op 27 februari 2010). In de Algemene Wet Gelijke Behandeling die op 1 september 1994 in werking is getreden, is dit verder uitgewerkt voor wat betreft godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht, nationaliteit, hetero- of homoseksuele gerichtheid of burgerlijke

staat (artikel 1, www.wetten.overheid.nl, geldend op 27 februari 2010). Een beperking, zoals Vilans wel doet, wordt niet expliciet in het rijtje genoemd, maar valt wel onder de bedoeling van de grondwet, immers *'Discriminatie (...) op welke grond dan ook, is niet toegestaan'*. Discriminatie op grond van een beperking is dus ook niet toegestaan.

Bij het gelijkheidsbeginsel in onze grondwet gaat het om gelijke behandeling bij gelijke gevallen. Dat betekent volgens Bijsterveld en de Goede (2006) ook ongelijke behandeling bij ongelijke gevallen. Dat wil zeggen: gevallen moeten of mogen ongelijk worden behandeld, naar de mate waarin zij - althans in relevante opzichten - van elkaar verschillen. Maar welke differentiatiecriteria kunnen daarbij worden gebruikt? Welke zijn niet in strijd met het non-discriminatiebeginsel? Omdat veel mensen niet uit dit vraagstuk komen, is volgens Bijsterveld en de Goede (2006) de nadruk in Nederland steeds meer komen te liggen op een 'gelijke behandeling' ongeacht de situatie. Gevolg hiervan is dat elke ongelijke behandeling in de beleving van Nederlandse burgers al snel gelijk komt te staan met discriminatie. Hiermee zitten wij vast in het gelijkheidsdenken waarbinnen 'niet gelijk of verschil' veelal als probleem wordt gedefinieerd. Dit wordt ook wel een gelijkheidscultuur genoemd. Binnen een gelijkheidscultuur is anders zijn verdacht. Je laat je er dus niet op voorstaan dat je anders bent. Verder wordt het uitgaan van het niet-gelijk-zijn onmiddellijk vertaald als discriminatie, of laadt op z'n minst die verdenking op zich. De gelijkheidscultuur verhindert volgens Bijsterveld en de Goede (2006) bovendien een fundamentele discussie over de echte maatschappelijke vraagstukken en staat redelijke, praktische en reële oplossingen in de weg. De gelijkheidscultuur slaat het openbaar bestuur instrumenten uit handen om maatschappelijke problemen effectief aan te kunnen pakken. Jarenlang zijn bijvoorbeeld de beperkingen die de wetten van de Islam voor vrouwen met zich meebrachten niet bespreekbaar geweest. Zelfs vrouwenbesnijdenis, wat uitgaande van de westerse normen en waarden absoluut verwerpelijk is, lijkt tot op zekere hoogte gedoogd te worden, omdat we door het gelijkheidsdenken niet uit de vraag lijken te komen of we onze waarden en normen boven die van andere culturen mogen stellen. Dit gedogen, of niet handhaven van de wet, zie je overigens niet alleen in relatie tot allochtonen, het lijkt een algemeen maatschappelijk verschijnsel te zijn. Zo rijzen de illegale paardenbakken als paddestoelen uit de grond en wordt menige niet formeel gemelde aanbouw uiteindelijk getolereerd. Dit leidt tot het vermoeden dat, als we zo doorgaan, het gelijkheidsbeginsel net als bij de Grieken en Romeinen uiteindelijk tot onze ondergang zou kunnen leiden of in ieder geval onhoudbaar zal blijken te zijn. Maar is er een alternatief?

Gelijkheid, ongelijkheid en gelijkwaardigheid zijn zoals eerder betoogd alle drie exponenten van het gelijkheidsbeginsel. Evenals *Homoios*, *Isos* en kansen-gelijkheid. En hoewel van Houten (2004) in zijn gevarieerde samenleving de nadruk op een gelijke waarde van ieder mens legt en niet op het gelijk zijn, blijft de keuze voor gelijkwaardigheid als leidend principe passen binnen een gelijkheidscultuur. Waarmee ik overigens niet betoog dat gelijkwaardigheid geen belangrijke waarde zou zijn. Ik zie echter niet hoe gelijkwaardigheid als leidend principe en daarmee als representant van een gelijkheidscultuur, past bij een maatschappij zonder gelijkheidscultuur. En daarmee is de gevarieerde samenleving van van Houten niet het alternatief waarnaar ik op zoek ben. Maar hoe zit het met het diversiteitsbeginsel? Misschien is er een vergelijking te trekken met de geschiedenis van het gelijkheidsbeginsel

tot en met de gelijkheidscultuur. Misschien staan we aan het begin van de geschiedenis van het diversiteitsbeginsel als leidend principe voor de inrichting van onze maatschappij. Dat zou betekenen dat het resultaat een diversiteitscultuur is. Overigens zal ook deze cultuur op enig moment niet meer voldoen, dat is inherent aan ontwikkeling, maar zo ver zijn we op dit moment nog lang niet. Laten we dus het concept 'diversiteitscultuur' nader beschouwen.

De diversiteitscultuur

Diversiteit betekent verscheidenheid. De brede opvatting van diversiteit betreft alle aspecten waarop mensen van elkaar verschillen. De zichtbare dingen - zoals leeftijd, huidskleur, geslacht, handicap - en de minder zichtbare dingen zoals culturele en sociale achtergrond, competenties en werkstijlen. Diversiteit is bovendien multidimensionaal. Mensen verschillen op meerdere aspecten van elkaar en de aspecten waarin ze van elkaar verschillen, kunnen ook weer verschillen (van Houten, 2004). Dit leidt tot een oneindig aantal verschillen tussen mensen of individuele diversiteit. In ondersteuning en zorg is men zich al heel lang bewust van deze diversiteit. 'Ieder mens is uniek' of de 'uniciteit van patiënten', was al in mijn leerlingentijd in de jaren zeventig van de vorige eeuw een geveugeld begrip. Of we er werkelijk iets mee deden vraag ik me achteraf af. Terugkijkend, herken ik in wat ik toen deed vooral veel elementen van een gelijkheidsbenadering.

Maar wat is dan een diversiteitscultuur? In 2008 heb ik een diversiteitscultuur als volgt gedefinieerd (Verkooijen, 2008):

1. In een diversiteitscultuur is de mens/burger niet te beschouwen op basis van één of enkele kenmerken, zoals etniciteit, beperking, geloof of geslacht. Iemands identiteit wordt bepaald door een telkens unieke combinatie van kenmerken. Dit vereist een integrale benadering van de mens.
2. In een diversiteitscultuur zijn verschillen niet een probleem (zoals in de gelijkheidscultuur), maar een uitdaging om deze zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen.
3. Kernwaarden van een diversiteitscultuur zijn rechtvaardigheid en respect. Met deze kernwaarden is de argumentatie belangrijker dan gelijk of ongelijk hebben of zijn.

Dit laatste aspect verdient nog enige nadere toelichting.

De kernwaarden rechtvaardigheid en respect

De politieke filosofie van Avishai Margalit (2001), in wiens denken existentiële problemen van respect en vernedering centraal staan, stelt dat een rechtvaardige samenleving in de geest een fatsoenlijke samenleving is, of een samenleving waarin individuen en groepen niet vernederd worden door de instituties van die samenleving. Daarbij is het belangrijker te strijden tegen discriminatie dan voor gelijkheid (Margalit 2001). Volgens Bijsterveld en de Goede (2006) moeten we voor een rechtvaardige samenleving in Nederland terug naar de oorspronkelijke betekenis van onze grondwet. Dat betekent dat ongelijke behandeling in gelijke gevallen niet is toegestaan, maar dat ongelijke behandeling in ongelijke gevallen wel is toegestaan. Ongelijke behandeling heeft echter wel rechtvaardiging, dus argumentatie; het gemaakte onderscheid moet een legitiem doel dienen en het onderscheid moet noodzakelijk en proportioneel zijn. Ongelijke behandeling van ongelijke gevallen is dan niet hetzelfde als willekeur. Respect voor alle mensen als centraal thema wordt door Margalit (2001) uitgewerkt in ter-

men van niet-vernedering en zelfrespect. Ook in de gevarieerde samenleving van van Houten (2004) heeft ieder mens recht op respect en op anders-zijn. Respect wordt door hem beschreven in termen van respect ontvangen, respect geven en zelfrespect. Een verdere uitwerking van deze termen wordt echter niet gegeven.

Enige jaren geleden hoorde ik een discussie tussen twee theologen over het begrip respect. De ene theoloog was een Nederlander, de ander kwam uit India. De man uit India vroeg aan de Nederlander: *‘Wat versta jij onder respect.’* *‘Wel’* was het antwoord, *‘In Nederland verstaan we onder respect dat je mensen in hun waarde laat. Dat mensen hun eigen dingen kunnen denken en doen en dat jij daar van afblijft.’* *‘Nou’* zei de man uit India, *‘Dan hoef ik jouw respect niet. Want jouw respect betekent dat je je niets hoeft aan te trekken van mij.’* Waarop de Nederlander vroeg wat hij dan onder respect verstond. Het antwoord luidde *‘Respect is dat je bewust het risico accepteert dat het denken en doen van de ander invloed kan hebben op het denken en doen van jezelf.’* Het mensen in hun waarde laten van de eerste omschrijving roept het beeld op van gelijkwaardigheid. Elke opvatting, het denken en doen van alle mensen heeft dezelfde waarde. Want waarom zou je er anders van af blijven? Onverschilligheid zou een optie kunnen zijn, maar onverschilligheid en respect laten zich op basis van de gevoelswaarde die het oproept niet met elkaar verenigen. Toch herken ik in het dagelijks leven om mij heen vooral de opvatting van respect waarbij we de ander laten doen en denken wat hij wil zonder dat dat invloed op onszelf heeft. De omschrijving van de Nederlander lijkt daarmee goed te passen bij een gelijkheidscultuur met gelijkwaardigheid als centrale waarde. Daartegenover staat de tweede omschrijving van respect. Een omschrijving waarbij respect niet als iets vrijblijvends wordt gepresenteerd. Een omschrijving waarin ik een luisteren naar, of nog beter, een horen van de ander als belangrijke waarde meen te herkennen. Het is deze opvatting van respect die ik bedoel als één van de twee kernwaarde van een diversiteitscultuur.

Bronvermelding

Literatuur

1. Aakster CW. Patiëntenperspectief in onderzoek. Rapport ten behoeve van de gelijknamige tijdelijke projectgroep van ZON. Den Haag: ZON; 1999.
2. Algemene rekenkamer. Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2009.
3. Baart I. Het patiëntenperspectief. In: Bos van den GAM, Frijling BW, Koster-Dreese Y, Schnabel P, Spreeuwenberg C, redactie. Chronisch ziekenbeleid in de jaren negentig. Utrecht: Nationale Commissie Chronisch Zieken; 1999. p.227-244.
4. Blaauwbroek, H. Kijken door de ogen van uw klant. Visie op vraagsturing. <http://www.bbvz.nl/archives/vraagsturing/visie-op-vraagsturing/Blaauwbroek>; 2009.
5. Blume S, Catshoek G. Patiëntenperspectief in Onderzoek. Utrecht: Patiëntenpraktijk; 2001.
6. Boekholdt M. Vraaggerichte ouderenzorg: zorgprogramma's als aangrijpingspunt. In: Boon L, redactie. Vraagsturing & Zorgketens. Amstelveen: Stichting Sympoz; 2000. p.51-57.
7. Boersma, D.A.A. Mens, mensura, iuris: over rechtsbewustzijn, gelijkheid en mensenrechten. Deventer: Kluwer; 1998. [Proefschrift]
8. Bosselaar H, Wolk van der J, Zwart K, Spies H. (redactie). Vraagsturing: de cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg. Tijdschrift voor Arbeid en Participatie 2002;23(3/4):5-270.
9. Bosselaar H, Wolk van der J, Zwart K. De ontdekking van de cliënt? Tijdschrift voor Arbeid en Participatie 2002;23(3/4):5-8.
10. Bosselaar H, Wolk van der J, Zwart K. Vragen bij vraagsturing. Tijdschrift voor Arbeid en Participatie 2002;23(3/4):236-249.
11. Bosselaar H. Tien doelen van vraagsturing. Tijdschrift voor Arbeid en Participatie 2002;23(3/4):10-25.
12. Brinkhorst T., Posma E., Lobenstein S. Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis: Een handboek. Utrecht: CBO in samenwerking met NPCF; 2009.
13. Burgerlijk Wetboek. Boek 7. Afdeling 5. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. (artikelen 446 t/m 468). www.wetten.overheid.nl. Tekst geldend op: 22-02-2010
14. Bijsterveld, S. van, P. de Goede. Het openbaar bestuur. In: Paul de Beer, Jelle van der Meer, Pieter Pikelharing (red). Gelijk. Amsterdam: Van Gennep/De Balie; 2006.
15. Caspari, AF, Legemaate J, Rijschroeff RAL, Brugman MJE, Buijsen MAJM, Gruijter de MJ, Hulst EH, Oudenampsen DG, Riet van 't A. Evaluatie: Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: ZonMw, november 2001.
16. Centrum Indicatiestelling Zorg. Vernieuwing indicatiestelling AWBZ. Driebergen: CIZ; 2010.

17. Cremers P. Een kritische blik op het vraaggestuurde slagveld. In: Boon L, redactie. Vraagsturing & Zorgketens. Amstelveen: Stichting Sympoz; 2000. p.68-70.
18. Coenen, F.H.J.M., Peppel, R. van de, en Woltjer, J. De evolutie van inspraak in de Nederlandse planning. Beleidswetenschap: Vol. 15, nr. 4, 2001. p. 313-332.
19. Feith S, Vermaas M, Wilbrink I (eindred.). Kan de mantelzorg dit aan? Quickscan naar de gevolgen van de pakketmaatregel Begeleiding in de AWBZ voor mantelzorgers. Utrecht: Vilans en MOVISIE/Expertisecentrum Mantelzorg; 2009.
20. Houten, D. van. De gevarieerde samenleving. Utrecht: De Tijdstroom; 2004.
21. Maartje Bekkers, Hanneke Gorter en Wytse Miedema. De kracht van Almere. Beleidsnota Wet maatschappelijke ondersteuning gemeente Almere 2010-2014. Almere: Gemeente Almere, dienst maatschappelijke ontwikkeling; 2010.
22. Gennep van A. Vraaggestuurde zorg is het halve verhaal. In: Boon L, redactie. Vraagsturing & Zorgketens. Amstelveen: Stichting Sympoz; 2000. p.63-68.
23. Gilse van Y.C.M. Reactie cliëntenorganisaties op wetgeving cliënt en kwaliteit. Utrecht: Brief LOC-LPR, mede namens Anbo, CG-Raad, CSO, Landelijke Platform GGZ, LFB, LSR, Per Saldo en VG-Belang, 29 januari 2008.
24. Goudriaan G, Vaalburg AM. De vraag als maat: vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW); 1998.
25. Houten, D. van. De gevarieerde samenleving. Utrecht: De Tijdstroom; 2004.
26. Isarin Jet. Van ouder tot activist. Amsterdam: Uitgeverij Boneschanser onder auspiciën van Stichting Arttimes; 2008.
27. Jong de N. Patiënt beweegt van inspraak naar invloed. www.skipr.nl: geplaatst op 20 december 2009.
28. Klink A., Bussemaker, J. Programma 'Zeven rechten voor de client in de zorg: Investeren in de zorgrelatie'. Den Haag: Brief VWS, 23 mei 2008.
29. Kool J. Disability studies in Nederland. Den Haag: ZonMw; 2009.
30. Kraan van der WGM. Vraaggericht en Vraaggestuurd: een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw; 2001.
31. Kraan van der, W.G.M. Vraag naar vraagsturing Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2006
32. Leys, M., Reyntens S. en Gobert M. Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid. Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven. Brussel: Koning Boudewijnstichting; 2007.
33. Maso I en Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom; 1998.

34. Margalit, A. De fatsoenlijke samenleving. Amsterdam: Van Genneep; 2001.
35. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: VWS; 1997.
36. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zicht op Zorg; plan van aanpak Modernisering AWBZ. Den Haag: VWS; 1999.
37. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Begrippenlijst toekomst zorgstelsel. www.minvws.nl; 2001.
38. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uitbreiding reikwijdte kwaliteitswet zorginstellingen. Persbericht. Den Haag: Rijksvoorlichtingsdienst RVD; 29 oktober 2004.
39. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Memorie van toelichting Wmo. Den Haag: VWS; 2005.
40. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Memorie van toelichting op wijziging van de Wmo. Den Haag: VWS; 2008.
41. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Koers op kwaliteit. Kamerstuk. Den Haag: VWS; 6 juli 2007
42. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Geldigheidsdatum 10-01-2010.
43. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteitswet zorginstellingen. Geldigheidsdatum 10-01-2010.
44. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Geldigheidsdatum 17-02-2010.
45. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet marktordening gezondheidszorg. Geldigheidsdatum 22-02-2010.
46. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Geldigheidsdatum 22-02-2010.
47. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgverzekeringswet. Geldigheidsdatum 14-02-2010.
48. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet maatschappelijke ondersteuning. Geldigheidsdatum 23-02-2010.
49. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met zorg kiezen: de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. Den Haag: VWS; 2001.
50. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Modernisering AWBZ. Klanten kiezen. Den Haag: VWS; 2002.
51. Moeke Dennis, Verkooijen Lineke. Logistiek in een zorgomgeving: cliënt centraal. Sociale Interventie. Tijdschrift voor de wetenschap van sociale professies 2010; 19 (1): 22-38.

52. Nederlandse Zorgautoriteit. Onderzoeksrapport: Invloed consumenten op kwaliteit AWBZ-zorg. Utrecht: NZa; 2008a.
53. Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument: (In) het belang van de consument. Utrecht: NZa; 2008b.
54. Nederland, T., Huygen A., Boutellier H. Governance in de Wmo: Theorie en praktijk van vernieuwende governance modellen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; Augustus 2009.
55. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). De vraag als maat. Utrecht: NP/CF; 1998.
56. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF). Gids patiënteninformatie. Utrecht: NP/CF; 2000.
57. NN. Conclusies bijeenkomst cliëntenrechten in Karel V. Utrecht: VWS; 18 februari 2008.
58. NN. Akkoord over wet cliëntenrechten zorg. Den Haag: VWS, Nieuwsbericht, 3 juli 2009.
59. Oostrik, F. Als je het mij vraagt. Amsterdam: FOMZ; maart 2008. [Proefschrift]
60. Philipsen H. Vraaggestuurde zorg: het belang van professionele fundering van de 'erkende vraag' naar zorg. In: Boon L, redactie. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen: Stichting Sympoz; 1997. p.22-28.
61. Pool A. Verpleegkundige professionaliteit bij vraaggerichte zorg. In: Boon L, redactie. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen: Stichting Sympoz; 1997. p.49-55.
62. Quaadvlieg P. Vraagsturing in de zorg voor mensen met een handicap; een praktijkvoorbeeld. In: Boon L, redactie. Vraagsturing & Zorgketens. Amstelveen: Stichting Sympoz; 2000. p.57-63.
63. Rijkschroeff, R. Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief in de care sector. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2005.
64. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ; 2000.
65. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer; RVZ; 1998.
66. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ; 2003a.
67. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ; 2003b.
68. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De patiënt beter aan zet met de Zorgconsumentenwet? Den Haag: RVZ; 2006
69. Rutten FFH, Brouwer W. De prijs van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ; 2003. p.9-39.
70. Savornin Lohman de J., e.a. Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Achtergrondstudies per sector. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland; 2000.

71. Stichting Kennisontwikkeling HBO (SKO). Lectoraten, kweekvijvers van innovatie. Rapport van de Evaluatiecommissie Lectoraten. Den Haag: HBO-Raad; 2008.
72. Smaling A. Inductieve, analoge en communicatieve generalisatie. In: Wester F, Smaling A, Mulder L, redactie. Praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho; 2000. p.15-40.
73. Stüssgen RAJ. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie [proefschrift]. Amsterdam: Thesis Publishers; 1997.
74. Tjalma-den Oudsten, H. van, C. Bleijenberg, F. Kaspers en N. Boom. Invoering WMO. Handreiking Burgerparticipatie in de WMO. Versie 2. Den Haag: SGB0; 2006.
75. Terpstra, E. Beleidsmatige dilemma's bij de vormgeving van vraaggestuurde zorg. In: Boon L, redactie. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen: Stichting Sympoz; 1997. p.7-14.
76. Tonkens E. Vraaggericht werken in de sociale sector. Tijdschrift voor de Sociale Sector 2001; september:16-1
77. Verbeek G. Samenspel en spanning tussen zorgverlener en gebruiker. In: Boon L, redactie. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen: Stichting Sympoz; 1997. p.7-14.
78. Verbeek G. De cliënt centraal, wat nu? Maarsen: Elsevier gezondheidszorg, 2002.
79. Verhoeven S. Drie generaties burgerparticipatie. www.participatiewiki.be, 9 september 2009.
80. Verkooijen HEC, RM Elderhuis. De directe member check, een methode voor informantgestuurde dataselectie. Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen. 2004; 19 (1): p. 43-50.
81. Verkooijen Lineke. Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg. Jutrijp: Verkooijen&Beima; oktober 2006. [Proefschrift]
82. Verkooijen Lineke, Over gelijkheid, diversiteit en de toekomst van het social work. Sociale Interventie. Tijdschrift voor de wetenschap van sociale professies 2008; 17 (1): p. 45 - 51.
83. Visser J, Brok den Y, Charante van M. Op maat regelen: ervaringen van mensen die hulp vragen. Chronisch zieken en Gehandicaptten Raad Nederland; 2002.
84. Wester F. Methodische aspecten van kwalitatief onderzoek. In: Wester F, Smaling A, Mulder L, redactie. Praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho; 2000. p.15-40.
85. Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho; 1995.

Geraadpleegde websites

www.agisweb.nl	(Zorgverzekeraar AGIS), geraadpleegd op 23 februari 2010
www.amnesty.nl	geraadpleegd 25 februari 2010
www.bbvz.nl	(Blaauwbroek, Bureau voor Vraaggestuurde Zorg), geraadpleegd op 1 februari 2010
www.cg-raad.nl	(Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland), geraadpleegd op 21 februari 2010
www.ciz.nl	(Centrum Indicatiestelling Zorg), geraadpleegd op 22 februari 2010
www.eenlijn.nl	(M. Huisman), geraadpleegd op 21 februari 2010
www.encyclo.nl	(digitaal woordenboek), geraadpleegd 21 februari 2010
www.invoeringwmo.nl	geraadpleegd op 23 februari 2010
www.loc.nl	(LOC zeggenschap in zorg, belangenbehartiging cliëntenraden), geraadpleegd op 22 februari 2010
www.margotrappenburg.nl	columns 2003, geraadpleegd op 1 februari 2010
www.minvws.nl	(Ministerie van VWS), geraadpleegd op 21 februari 2010
www.npcf.nl	(Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), geraadpleegd op 21 februari 2010
www.nza.nl	(Nederlandse Zorgautoriteit), geraadpleegd op 22 februari 2010
www.postbus51.nl	geraadpleegd op 22 februari 2010
www.ser.nl	(Sociaal Economische Raad), geraadpleegd op 22 februari 2010
www.skipr.nl	(site van Bohn, Stafleu en van Loghum), geraadpleegd op 15 januari 2010
www.vgbelang.nl	(Cliëntenorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking), geraadpleegd op 22 februari 2010
www.vilans.nl	geraadpleegd op 22 februari 2010
www.wetten.overheid.nl	geraadpleegd in de periode januari 2010 t/m februari 2010
www.zorgbelang-overijssel.nl	geraadpleegd op 15 januari 2010

LECTORALE REDE

VAN INSPRAAK
NAAR INVLOED



HEALTH SCHOOL ALMERE

Randstad 21-45a, 1314 BG Almere | Telefoon (036) 7670370 | info@healthschool.nl | www.healthschool.nl



POWERED BY INVESTERINGSIMPULS FLEVOLAND ALMERE