

Zelfregie in de Praktijk

Een kwalitatief onderzoek naar eigen regievoering
van kwetsbaren in de zelfredzame samenleving

Masterthesis Marloes Vlind

MA Sociologie Vrije Universiteit, Amsterdam

Studentnummer: 2061031

e-mail: m.vlind@vu.nl

Begeleidend docent: Drs. B. Slijper

Tweede beoordeelaar: Dr. I. Plaisier

Opdrachtgever: MOVISIE - Cora Brink en Anouk Poll

Datum: 6 augustus 2012



“The answers were to be found in changing and fixing society, not people with disabilities. Most important, decisions must be made by the individual, not by the professional. Using these principles, people began to view themselves as powerful and self-directed as opposed to passive victims, objects of charity, cripples, or notwhole. Disability began to be seen as a natural, not uncommon, experience in life; not a tragedy.” (Österwitz, 1994)

Samenvatting

In de huidige samenleving staat de eigen verantwoordelijkheid van burgers steeds meer centraal. Onder eigen verantwoordelijkheid valt zowel zelfregie, de autonomie om eigen beslissingen te maken in het leven, als zelfredzaamheid, het met zo min mogelijk gesubsidieerde hulpverlening een zelfstandig leven kunnen leiden. Hoewel zelfregie en zelfredzaamheid vaak in één adem genoemd worden, stellen critici dat deze begrippen lang niet altijd samenvallen. Zelfregie betekent namelijk ook dat iemand aan kan geven hulp nodig te hebben.

In dit onderzoek is via een kwalitatieve analyse gekeken hoe mensen die met hulpverlening te maken hebben, omdat zij niet in staat zijn om een geheel zelfstandig leven te leiden, aan het roer van hun eigen leven staan en hoe professionele hulpverleners deze zelfregie stimuleren. Daarnaast is gekeken wat de huidige nadruk op zelfredzaamheid betekent voor de eigen regievoering van kwetsbaren.

Gebleken is dat zowel cliënten als hulpverleners zelfregie als essentieel beschouwen voor het succes van het hulpverleningstraject en voor het welzijn en optimaal functioneren van de cliënt. In de praktijk komt dit neer op een duurzaam proces van het opbouwen van vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt zodat de (vaak verborgen) hulpvraag langzamerhand naar voren kan komen en de hulpverlener interventies kan verrichten die gericht zijn op deze hulpvraag en behoefte van de cliënt.

Eén van de belangrijkste gevolgen van de toenemende nadruk op zelfredzaamheid is dat kwetsbare burgers steeds meer een beroep moeten doen op hun sociale omgeving wanneer zij hulp nodig hebben. Met name laagopgeleide cliënten, waarvan wordt aangegeven dat zij de grootste groep onder de kwetsbare burgers vormen, blijken echter vaak een zeer beperkte toegang tot hulp uit het eigen netwerk te hebben: enerzijds vanwege een beperkt aantal sociale contacten en anderzijds vanwege de drempel om hulp te vragen en te krijgen. Dit maakt dat professionele hulpverlening over het algemeen bepalend is voor de grip en regie die kwetsbare burgers op hun leven hebben. Hoewel hulpverleners de noodzaak zien van het activeren van de sociale omgeving, geven zij aan hier nog onvoldoende bedreven in te zijn en te weinig tijd voor te hebben.

Aangezien zelfregie welzijnsverhogend is, en daardoor in veel gevallen uiteindelijk ook zelfredzaamheid bevordert, is het dan ook van belang dat het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid niet als legitimering van bezuinigingen wordt beschouwd maar juist als investering die de komende jaren noodzakelijk is in professionele hulpverlening.

Voorwoord

Toen mijn oma nog leefde vertelde ze vaak verhalen waaruit bleek dat in haar tijd de mensen ‘nog’ voor elkaar klaar stonden. Het was een soort onuitgesproken afspraak dat je in je omgeving zorgde voor de mensen die dat nodig hadden. Tegelijkertijd gaf zij aan dat het toentertijd vooral ook belangrijk was om in de pas te lopen. Het is nooit zo expliciet ter sprake gekomen, maar ik vermoed dat als je niet helemaal aan bepaalde maatstaven van de toen geldende burgermoraal voldeed hulp lang niet altijd zo vanzelfsprekend was. Wat als je bijvoorbeeld schulden had, een andere seksuele voorkeur had waardoor je participatie in de samenleving bemoeilijkt werd, of een psychische beperking waar in die tijd nog geen naam voor bestond?

Bij het schrijven van dit voorwoord van mijn afstudeerthesis over zelfregie van kwetsbare burgers is het toekomstige politieke klimaat van de Nederlandse samenleving, in afwachting van de komende kabinetsverkiezingen, nog niet duidelijk. Wordt er voortgegaan op de neoliberale principes van een terugtrekkende overheid en ‘de bal bij de burger’ of zal er in het komend kabinet worden ingezet op het welzijn van mensen ook als zij die bal niet zelf hoog kunnen houden? Hoe dan ook zullen ontwikkelingen in de samenleving als de vergrijzing en de financiële crisis een stempel drukken op hoe de taken tussen overheid en burgers verdeeld zijn. Zoals in de tijd van mijn oma zullen mensen steeds meer op elkaar aangewezen zijn wanneer zij hulp nodig hebben, met de kanttekening dat sinds die tijd autonomie en zelfsturing een steeds prominentere plaats hebben ingenomen. Het zelf organiseren en coördineren van het leven als menselijke waarde is in de huidige tijd niet meer te vervangen door aanpassing aan het collectief. Aan ons de taak om daar vorm aan te geven.

Bij het schrijven van mijn masterthesis heb ik mij dan ook niet gelukkiger kunnen wensen om mensen te treffen die daar daadwerkelijk vorm aan weten te geven. Mijn buitengewone dank gaat uit naar Cora Brink en Anouk Poll van MOVISIE. Als geen ander wisten jullie een combinatie te creëren van jullie jarenlange expertise op het gebied van zelfregie en mijn autonomie als beginnend onderzoeker van dit terrein. Dank voor de inspirerende gesprekken. Ik hoop dat er nog vele zullen volgen.

Ook gaat mijn dank uit naar de begeleidende docent van de Vrije Universiteit, Boris Slijper, en de tweede beoordelaar Inger Plaisier. Jullie kritische blik is van grote invloed geweest op de totstandkoming van mijn onderzoek. Wilco Kruijswijk van MOVISIE wil ik bedanken voor de ongekende scherpthe waarmee je mijn onderzoek ‘gefileerd’ hebt. Dankzij jou heb ik mijn thesis op het laatste moment nog – hopelijk – tot een hoger niveau weten te brengen.

Marloes Vlind, Amsterdam

Inhoud

Lijst van figuren, tabellen en afkortingen	7
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	10
1.3 Leeswijzer	11
Hoofdstuk 2 Van charitas tot Wmo: hulp aan kwetsbaren door de tijd heen	12
2.1 Straffen, opvoeden en empoweren	12
2.2 De huidige situatie: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	15
2.3 Samenvatting	17
Hoofdstuk 3 Zelfregie en de toegang tot hulp: een theoretisch kader	18
3.1 Wat is zelfregie?	18
3.2 Zelfredzaamheid: menselijke waarde of plicht?	21
3.3 Wat betekent de nadruk op zelfredzaamheid voor zelfregie?	22
3.4 Samenvatting	26
Hoofdstuk 4 Methodes	27
4.1 Theoretisch kader en <i>sensitizing concepts</i>	27
4.2 Onderzoekspopulatie	27
4.3 Interviews	30
4.4 Participerende observatie	31
4.5 Analyse	31

Hoofdstuk 5 Resultaten	33
5.1 Welzijnsprofessionals over zelfregie	33
5.2 Cliënten over zelfregie	44
5.3 Samenvatting	52
Hoofdstuk 6 Conclusie/discussie	55
6.1 Conclusie	55
6.2 Discussie en aanbevelingen	58
6.3 Reflectie	60
Literatuur	62
Bijlage: Verslag participerende observatie zelfregietraining MOVISIE	

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1: Zelfbeschikking, Eigen Kracht en Eigen Regievoering

Figuur 2: Typologie Zelfregie en Zelfredzaamheid

Figuur 3: Interviewtopics

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1: Informantengroep 1 - Welzijnsprofessionals

Tabel 2: Informantengroep 2 - Cliënten

LIJST VAN AFKORTINGEN

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

HEE Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid

PGB Persoongebonden Budget

RMO Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

WMO Wet maatschappelijke ondersteuning

WNS Welzijn Nieuwe Stijl

Hoofdstuk 1 Inleiding

Nooit eerder heeft de eigen verantwoordelijkheid van burgers zo hoog op de politieke agenda gestaan als nu. Mensen moeten steeds meer zelf de verantwoordelijkheid nemen over de inrichting van hun eigen leven. Onder eigen verantwoordelijkheid valt zowel zelfregie als zelfredzaamheid. Zelfregie staat voor de vrijheid om autonome keuzes te maken in het leven en geldt als één van de basale, welzijnsverhogende kenmerken van het menselijk functioneren (Baumeister, 1991). Zelfredzaamheid is het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden (RMO, 2011). De capaciteiten om eigen keuzes te kunnen maken én zelfstandig te kunnen zijn worden vaak in één adem genoemd en gelden als uiting van ‘goed burgerschap’ (Tonkens, 2003).

Zo’n twintig procent van de Nederlandse bevolking lukt het niet om een geheel zelfstandig leven te leiden. Zij zijn vanwege (meervoudige) problemen als fysieke of geestelijke beperkingen, schulden of verslaving tijdelijk of langdurig afhankelijk van professionele hulpverlening (RMO, 2011). Ook van deze groep wordt verwacht dat zij zoveel mogelijk de eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun leven. Of zelfregie en zelfredzaamheid daarin altijd overeenkomen is de vraag.

1.1 Probleemstelling

Hoewel het stimuleren van zelfregie niets nieuws is in de welzijnssector – het vormt sinds de jaren zestig al een belangrijk onderdeel van de *empowerment*-aanpak waarbij positieve identiteitsopbouw wordt ingezet om het welzijn van cliënten te bevorderen (De Gier, 2007; Van Regenmortel, 2009; Scholte, 2010; Verkooijen, 2006; Wehmeyer & Schwarz, 1998) – vraagt de huidige nadruk op zelfredzaamheid om vernieuwde strategieën van zowel welzijnsprofessionals als hun cliënten (Brink, Lucassen & Poll, 2011). In de in 2007 ingevoerde *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo), waarbij de beleidsvoering van de welzijnssector is gedecentraliseerd van landelijke overheid naar gemeenten, staat centraal dat mensen met zo min mogelijk gesubsidieerde steun een zelfstandig leven moeten kunnen leiden. De drastische overheidsbezuinigingen en hervormingen die hiermee gepaard gaan vormen volgens De Boer & Van der Lans (2011) de ‘katalysator’ die er na decennia ‘eindelijk’ voor gaat zorgen dat burgers zelf hun problemen op gaan lossen.

Mensen met meervoudige problemen krijgen tegenwoordig minder snel dan voorheen een indicatie voor de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ) waarbij wettelijk wordt vastgesteld hoeveel en welke professionele hulp zij nodig hebben (RMO, 2010). Deze mensen hebben echter vaak

gebrek aan sociaal netwerk dat als vangnet kan dienen en aan financiële mogelijkheden voor private hulpverlening. Daarnaast kennen zij niet altijd de route naar hulp vanuit de Wmo (Boutellier, 2011). De afnemende toegankelijkheid van professionele hulpverlening kan volgens critici dan ook grote impact hebben op de eigen regievoering van kwetsbaren. De plicht tot een zelfredzaam leven hoeft immers niet per definitie samen te vallen met persoonlijke behoeften en keuzen. Zelfregie houdt ook in dat iemand aan kan geven hulp nodig te hebben om het leven te kunnen leiden zoals hij of zij dat wenst (Boutellier, 2011; Brink, Lucassen & Poll, 2012; Claassen, 2011; Donkers, 2008; Van Haaster, Jansen & van Wijnen, 2012; Lub, Schotanus & Uyterlinde, 2010; Van Regenmortel, 2009; Scholte, 2010; Tonkens, 2003). De betekenis van zelfregie in de context van de neoliberale principes van zelfredzaamheid staat volgens Schiefer dan ook haaks op die van zelfregie in de context van *empowerment* en individueel welzijn van burgers:

“Eigen regie mag niet verward worden met onafhankelijkheid, omdat, hoe ernstig de functiebeperkingen ook zijn, voor iedereen het streven naar zo veel mogelijk eigen regie wezenlijk is, zelfs als veel afhankelijkheid bestaat. (...) De belangrijkste beperkingen liggen in maatschappelijke structuren waarin eigen regie niet ondersteund wordt (...) Persoonlijke assistentie die voldoet aan de erkenning van eigen regie is van doorslaggevend belang”, aldus Schiefer (zoals geciteerd in Van Haaster et al., 2012, p. 20).

Als de overheid niet meer het belangrijkste vangnet vormt voor kwetsbare burgers, betekent dat niet dat deze groep vanzelfsprekend een beroep kan of wil doen op alternatieve hulpbronnen. Veel van hen die het met bescheiden maatschappelijke steun net wél redden, dreigen het ongewild zonder deze steun net niét te redden. Tonkens (2003) stelt dat iedereen vrijheid zou moeten hebben in het maken van keuzes, maar dat die vrijheid alleen waarde heeft als er ‘geen noodzaak is tot’. De plicht tot zelfredzaamheid vormt dan mogelijk een begrenzing aan zelfregie.

In dit onderzoek wordt door middel van een kwalitatieve analyse gekeken hoe de eigen regievoering van kwetsbaren in praktijk wordt gebracht binnen de hulpverlening en wat de nadruk op zelfredzaamheid betekent voor de manier waarop zij in staat zijn hun leven te leiden zoals zij dat voor ogen hebben. De centrale vraag in dit onderzoek is:

Hoe wordt zelfregie in praktijk gebracht door welzijnsprofessionals en hun cliënten? En in hoeverre wordt zelfregie beperkt door de plicht tot een zelfredzaam leven?

Deze vraag wordt onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen:

- *Hoe stimuleren welzijnsprofessionals zelfregie bij hun cliënten?*
- *Welk effect van de nadruk op zelfredzaamheid zien welzijnsprofessionals op de zelfregie van hun cliënten?*
- *Hoe brengen cliënten zelfregie in praktijk?*
- *Welk effect van de nadruk op zelfredzaamheid ervaren cliënten op hun zelfregie?*

1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Hoewel er gedegen sociologische en psychologische kennis bestaat over het belang van autonomie en zelfregie voor het welzijn van mensen, ontbreekt onderzoek naar hoe zelfregie van kwetsbare burgers in praktijk wordt gebracht vrijwel volledig (Van Wijnen, 2009). Dit maakt dat zelfregie in zowel wetenschappelijke studies als overheidsbeleidsstukken voornamelijk op een metaniveau behandeld wordt. Juist in deze tijd waarin de begrippen zelfregie en zelfredzaamheid geregeld aan elkaar gekoppeld worden is het van belang op microniveau te analyseren wat eigen regievoering in essentie inhoudt en wat de impact is van de huidige nadruk op zelfredzaamheid.

Volgens De Boer & Van der Lans (2011) zorgen de huidige overheidsbezuinigingen en de nadruk op zelfredzaamheid ervoor dat kwetsbare burgers na decennia lang 'gepamperd' te zijn door de overheid nu 'eindelijk' zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de manier waarop zij hun problemen oplossen. In zowel het wetenschappelijke als maatschappelijke debat wordt deze prognose echter niet even breed gedragen. Zo zou de nadruk op zelfredzaamheid de zelfregie van kwetsbare burgers juist in de weg kunnen staan (Boutellier, 2011; Brink, Lucassen & Poll, 2012; Claassen, 2011; Donkers, 2008; Van Haaster, Jansen & van Wijnen, 2012; Lub, Schotanus & Uytterlinde, 2010; Van Regenmortel, 2009; Scholte, 2010; Tonkens, 2003).

Omdat de transitieperiode waarin neoliberale politieke uitgangspunten in de welzijnssector geïmplementeerd worden momenteel in volle gang is, is het debat over zelfregie in de context van de participatiemaatschappij over het algemeen beperkt tot het evalueren van beleidsintenties en het doen van prognoses voor de (nabije) toekomst. Hoewel het Wmo-trendrapport (Lub et. al, 2010) inzicht biedt in recente - enigszins verontruste - ervaringen van welzijnsprofessionals op het gebied van zelfregie en zelfredzaamheid van hun cliënten, blijven de eigen ervaringen van kwetsbare burgers zelf vooralsnog vrijwel buiten beeld.

Over zelfregie als interventiemethode in het welzijnswerk is binnen de vakliteratuur van de maatschappelijke sector veel geschreven (Donkers, 1998; Linders, 2010; Van Regenmortel, 2008, 2009; Verkooijen, 2006). Zelfregie als onderdeel van *empowerment* vormt immers sinds lange tijd een belangrijke factor binnen het welzijnswerk. Echter, ook hier ontbreekt kennis over de praktische invulling van zelfregie in het dagelijks leven van kwetsbare burgers.

1.3 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport start in het volgende hoofdstuk met een schets van hoe er door de eeuwen heen met kwetsbaren in de samenleving is omgegaan. Via verschillende humanistische revoluties en de daarbij horende paradigmaverschuivingen wordt beschreven hoe de rol van hulpverleners zich steeds heeft aangepast aan het bij die periode horende mensbeeld. Hoofdstuk 3 sluit aan op het paradigma van de huidige samenleving: die van de zelfverantwoordelijke burger waarbij het 'zelf beslissen' en het 'zelf doen' centraal staan. In dit hoofdstuk wordt invulling gegeven aan de begrippen zelfregie en zelfredzaamheid en wordt aan de hand van een typologie van vier burgertypen geïllustreerd waar deze begrippen elkaar raken en waar zij uiteenlopen. Het theoretisch kader van de hoofdstukken 2 en 3 vormt het startpunt voor het kwalitatief veldonderzoek. In hoofdstuk 4 wordt de methodiek van dit onderzoek uiteengezet en in hoofdstuk 5 worden de resultaten ervan gepresenteerd. In het concluderende hoofdstuk van dit onderzoeksrapport wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen, aanbevelingen gedaan voor beleid en vervolgonderzoek en wordt afgesloten met een reflectie op het onderzoeksproces.

Hoofdstuk 2 Van charitas tot Wmo: hulp aan kwetsbaren door de tijd heen

Zo'n twintig procent van de Nederlandse bevolking heeft tijdelijk of langdurig hulp nodig om zijn leven op de rails te houden (RMO, 2011). Met name mensen met een psychische of fysieke beperking, ontheemden (migranten en vluchtelingen), mensen in armoede en ouderen behoren tot de groep 'kwetsbare burgers'. Van Regenmortel (2008, p. 45) beschrijft kwetsbaarheid als "het onvoldoende ter beschikking hebben van hulpbronnen om op eigen kracht moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen".

Het aantal mensen dat het niet op eigen kracht redt om volledig zelfstandig te leven zal de komende tijd drastisch toenemen. Niet alleen de vergrijzing speelt hierin een rol, maar ook de toenemende complexiteit van de samenleving. "We kunnen meer, we weten meer, we mogen meer, we moeten meer en we vinden dat we het vooral zelf moeten beslissen" (Van Ewijk, 2009, p. 9). Dit maakt onze tijd een 'sociaal gevoelige tijd' voor mensen die niet aan dat 'kunnen, weten, mogen en moeten' voldoen.

In dit hoofdstuk wordt de rol van de hulpverlener geïllustreerd aan de hand van een historische schets van hoe er door de eeuwen heen vanuit verschillende paradigmaverschuivingen met hulp aan kwetsbaren is omgegaan (paragraaf 2.1), resulterend in de huidige tijd van de Wmo en de nieuwe professional waarbij zelfregie en zelfredzaamheid centraal staan (paragraaf 2.2). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende paragraaf (2.3).

2.1 Straffen, opvoeden en *empoweren*

Hoewel sociaal werk in de vorm zoals wij het kennen pas echt van de grond is gekomen na de Tweede Wereldoorlog, is de bekommering om kwetsbaren van alle tijden. In deze paragraaf wordt een tijdslijn weergegeven van de veranderingen in vormen en percepties van maatschappelijke steun.

Van kerkelijke charitas naar plicht tot fatsoenlijkheid

Al in de oude geschiedenis en Middeleeuwen zijn lokale gemeenschappen vanuit de kerkelijke moraal verplicht om steun te bieden aan hen die niet zelfstandig hun rol in de gemeenschap kunnen vervullen. De gedachte hierachter is dat rampspoed God's wil is: geen enkel mens kan verantwoordelijk worden gehouden voor zijn eigen ongeluk. Niet iedereen komt echter in aanmerking voor hulp. Iemand moet aantoonbaar ongeschikt zijn om in het eigen levensonderhoud te voorzien, in de nabijheid van de hulpbiedende leven en mag niet onfatsoenlijk en ordeverstoring zijn (Van der Linde, 2007).

Een drastisch keerpunt in de opvattingen over de steun aan kwetsbaren vindt plaats in de zestiende eeuw. Tijdens de eerste humanistische revolutie verandert het algemene beeld van de mens als lijdend voorwerp van God naar een wezen dat in staat is om eigen verantwoordelijkheid te dragen voor het leven. Mensen die onvoldoende bijdragen aan de gemeenschap moeten in de goede richting worden geduwd om een fatsoenlijk leven te leiden waarin ze voor zichzelf kunnen zorgen en de buitenwereld niet tot last zijn. Als hen dit niet lukt, heeft de gemeenschap het recht om tot (lijf)straffen over te gaan (Van der Lans, 2009).

Van volksopvoeding naar professioneel welzijnswerk

Aan de harde aanpak van 'de onfatsoenlijken' komt een einde wanneer tegen het begin van de negentiende eeuw de gedachte wint dat niet onvermogen maar onwetendheid leidt tot marginaliteit. De tweede humanistische revolutie is gericht op de verheffing van het volk (Van der Lans, 2009). Met de oprichting van de *Maatschappij tot Nut van 't Algemeen* spannen gegoede burgers, geestelijken en humanistisch denkers zich in voor de ontwikkeling van zij die zijn achtergebleven. De elite van de samenleving bemoeit zich meer en meer met 'de opvoeding' van de onderklasse. Aan het begin van de vorige eeuw is het gebruikelijk dat zogenaamde woningopzichteressen zich ontfermen over arbeidersgezinnen. Zij adviseren huisvrouwen over onderwerpen als hygiëne, alcoholgebruik en opvoeding.

Nadat de basis voor het sociaal werk is gelegd in de sociale disciplineren van achtergestelde groepen, nemen de opbouw van maatschappelijke voorzieningen en de professionalisering van de welzijnssector een vlucht in de periode na de Tweede Wereldoorlog. Voor uiteenlopende doelgroepen worden regelingen getroffen om hen zo optimaal mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving (Scholte, 2010).

Autonomie en empowerment

Halverwege de jaren zestig vindt er een drastische afrekening plaats met de opvatting dat welzijnswerkers burgerfatsoen moeten stimuleren. In de derde humanistische revolutie staat de autonomie van het individu centraal. De samenleving dient zich naar de mens en zijn persoonlijke ontwikkeling te richten en niet andersom (Van der Lans, 2009). In het sociaal werk wordt op grote schaal gewerkt met *empowerment*, "een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie" (Van Regenmortel, 2009, p.

24). *Empowerment* richt zich niet op de hulpeloosheid van personen, maar juist op hun kracht (Linders, 2010).

Welzijn als onwelzijn

Het sociale klimaat waarbij mensen op een laagdrempelige manier een op hun persoonlijke behoeften aansluitende vorm van gesubsidieerde hulp kunnen krijgen komt begin jaren tachtig onder vuur te staan. Voorloper in de kritiek op de verzorgingsstaat Hans Achterhuis stelt dat het welzijnswerk door het brede aanbod zelf zijn vraag creëert. Cliënten zouden in hun zelfstandigheid beperkt worden. Professionele steun is niet alleen overbodig, het creëert zelfs *onwelzijn*. “Welzijn is net zo’n hoog gewaardeerd goed als gezondheid, en zoals de professie van de medici ‘gezondheid’ voortbrengt, worden professionele welzijnswerkers in staat geacht ‘welzijn’ te produceren”, aldus Achterhuis (1988, p. 15). Achterhuis neemt de Foucaultiaanse stelling in dat de overheid welzijnswerk inzet als instrument om mensen onder controle te houden en geen last voor de samenleving te laten zijn. Daarnaast zou de maatschappelijke steun vanuit de overheid bijdragen aan het afnemen van onderlinge solidariteit onder burgers. Zolang de staat zorg draagt voor kwetsbaren hoeft de sociale omgeving in principe niets te doen.

De onbedoelde keerzijde van Achterhuis’ ideologie dat burgers zelf (weer) verantwoordelijk moeten zijn voor hun bijdrage aan de samenleving vindt, in combinatie met de economische crisis van de jaren tachtig zijn, zijn weerslag in verzakelijking van de zorg- en welzijnssector. Hulpverleners moeten nauwkeurig registreren en verantwoorden wat zij doen. Doelstellingen binnen de sector worden gekwantificeerd en het contact tussen professional en burger moet vooral doelgericht en efficiënt zijn (Van Ewijk, 2010; Van der Lans, 2009).

Cliëntenbewegingen

Op de hierdoor ontstane afstand tussen welzijnssector en cliënt komt vanaf halverwege de jaren negentig een antwoord in de opkomst van cliëntenbewegingen. Verschillende cliënten- en patiëntenorganisaties pleiten voor een verschuiving in de hulpverlening van aandacht voor ziekte naar meer aandacht voor herstel en naar hoe mensen met hun beperking een goed leven kunnen leiden. Twee concrete voorbeelden van hoe cliënten invloed op hun eigen hulp kunnen uitoefenen zijn het in deze periode ingevoerde Persoonsgebonden Budget (PGB) en de inzet van ervaringsdeskundigen in de ondersteuning van cliënten zoals bij het aan het Trimbos-instituut verbonden *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid* (HEE)-team. PGB is een voorbeeld van vraaggestuurde hulp waarbij mensen zelf

de beschikking hebben over de financiële middelen om hun individuele hulpverlening in te kopen. HEE richt zich op vergroting van het zelfsturend vermogen en individuele herstelprocessen van mensen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Cliënten worden getraind om hun zorgbehoeften te formuleren en op die manier een volwaardige stakeholder te zijn in het welzijnswerk (Boevink, 2008).

2.2 De huidige situatie: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De zelfsturing van cliënten sluit nauw aan op de uitgangspunten van de in 2007 ingevoerde *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Met de komst van de Wmo is de beleidsvoering van de welzijnssector gedecentraliseerd van landelijke overheid naar gemeenten en staan zelfredzaamheid en kostenvermindering centraal. Directe aanleiding voor de decentralisatie is het stijgende aantal aanvragen voor de vanuit de centrale overheid gefinancierde *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. Gemeenten zouden dichterbij de burgers staan en daarom beter en efficiënter kunnen beslissen over middelen en voorzieningen. Via de decentralisatie en privatisering van de sector wordt beoogd kwetsbare burgers te stimuleren meer gebruik te maken van alternatieve hulpbronnen. De traditionele verantwoordelijkheid van de overheid als sociaal vangnet verschuift hierbij deels naar de *civil society* (het domein van vrijwillige associaties buiten staat en markt om), private partijen en de privésfeer (Tonkens, 2008).

De nieuwe professional

Voor welzijnsprofessionals betekent de Wmo dat zij moeten werken binnen de principes van *Welzijn Nieuwe Stijl (WNS)*. In WNS gaat het om het stimuleren van zelfregie, zelfredzaamheid, en participatie van burgers, onder meer door de eigen kracht te benadrukken en de sociale omgeving te activeren. WNS-professionals hebben een coachende rol en laten cliënten zelf de beslissingen nemen en activiteiten ontplooiën (Brink, Lucassen & Poll, 2011). Hoewel het werken vanuit de eigen kracht van de cliënt niet nieuw is, – zoals eerder genoemd vormt het vanaf de jaren zestig een belangrijk onderdeel van de *empowerment*-aanpak in het welzijnswerk – zijn de kaders in de huidige context een stuk minder vrijblijvend dan toentertijd. Iedere burger is verplicht om binnen zijn mogelijkheden een zelfstandig leven te leiden los van gesubsidieerde steun.

Het samengaan van *empowerment* en de plicht tot zelfredzaamheid is terug te zien in de belangrijkste uitgangspunten die de overheid voor WNS heeft vastgesteld: vraaggericht, nadruk op eigen kracht van de cliënt en resultaatgericht (Kluft, 2011).

Van zorgen vóór naar zorgen dát

De huidige sociale ontwikkelingen, waarbij er steeds meer een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, vragen om vernieuwde strategieën in de professionele hulpverlening (De Boer & Van der Lans, 2011; Brink, Lucassen, & Poll, 2011; Scholte, 2010). Volgens critici zouden welzijnsprofessionals in Nederland nog steeds vooral zijn opgeleid om te zorgen: 'Heb je een probleem? Ik los het voor je op'. Er zou te weinig vanuit de eigen kracht van burgers worden gewerkt en professionals laten het na om het sociale netwerk te betrekken in het hulptraject. Dat de mensen met wie professionals werken 'cliënt' worden genoemd zegt volgens Herfst, bestuurder van een zorgorganisatie, veel over de relatie met de burger (Peeters & Cloin, 2012, p. 51).

Toch laat het Wmo-tendrapport (Lub, Sprinkhuizen & Cromwijk, 2010) zien dat 35% van de ondervraagde welzijnsprofessionals zegt sinds de invoering van de Wmo meer het 'zelforganiserend vermogen' van burgers te stimuleren en 24% meer 'individueel gericht te begeleiden' dan voorheen. De verschuiving van de afgelopen jaren in het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker illustreert de toenemende nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van cliënten: van "[cliënten] steunen bij het oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving" in 1987 (NVMW, 1992. In: Scholte, p. 18) naar "bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger (...) naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven" in 2006 (Jagt, 2006. In: Scholte, p. 18).

"De professionals moeten met andere woorden op hun handen zitten én ze uit de mouwen steken. (...) Het meest bepalend voor het slagen van een interventie blijkt vaak een combinatie van (toevallige) omstandigheden te zijn, zoals de specifieke aanpak van de professional en/of de mate waarin het klikt met een cliënt en/of de ruimte die de professional krijgt van een instelling om zijn werk te doen", aldus Linders (2010, p. 221).

Zowel professionals als cliënten moeten er aan wennen dat de professional 'geen kant en klare oplossing uit zijn instrumentenkoffer meer haalt' (van Ewijk, 2010). Van Ewijk (p. 61) refereert aan de *reflective practitioner*: de nieuwe professional die "als het ware elke keer weer tot zichzelf en zijn kennis en ervaring terugkeert om te zien wat er werkelijk aan de hand is, waar de aangrijpingspunten kunnen liggen en hoe hij met zijn cliënt het beste kan (samen)werken". 'Professional friend', 'generalist specialist' of 'er-op-af professional' zijn andere benamingen voor de nieuwe professional die in een

gelijkwaardige relatie met de cliënt steeds weer aansluit op de complexiteit van het individu en niet zo zeer op de algemeenheid van methodologieën of stroomlijnen. De professional van nu moet vooral cliënten zichzelf leren helpen en niet het roer over nemen.

2.3 Samenvatting

Hoe er in de samenleving met hulp aan kwetsbaren wordt omgegaan is door de eeuwen heen steeds direct gekoppeld geweest aan het bij de periode horende mensbeeld. In dit mensbeeld is de mens door verschillende humanistische revoluties heen van slachtoffer van God's wil, via wezen dat opvoeding en verheffing nodig heeft, tot burger geworden die de verantwoordelijkheid moet dragen voor zijn eigen leven. De rol van degenen die hulp bieden aan kwetsbaren is dan ook telkens mee veranderd met de paradigma's van de tijd. Het huidige paradigma van eigen verantwoordelijkheid vraagt om een coachende houding van de nieuwe professional waarin het 'zelf beslissen' en het 'zelf doen' van de cliënt centraal staat. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op wat dit 'zelf beslissen' en 'zelf doen' inhoudt, waar zij samenvallen en waar zij uiteenlopen.

Hoofdstuk 3 Zelfregie en de betekenis voor het functioneren van mensen

Hoewel het ‘roer bij de cliënt houden’ centraal staat in het nieuwe welzijnswerk is zelfregie een oud begrip in een nieuw jasje. ‘Wat denkt u er zelf van?’ was al in de jaren zestig een veelgehoorde vraag in de welzijnssector (Peeters & Cloin, 2012). Toch geeft Verkooijen (2006) in haar proefschrift aan dat er in de beginjaren van dit millennium nog zeer weinig informatie te vinden is over zelfregie. Tegenwoordig is het een veelgehoord begrip in beleidsstukken, media en politieke debatten dat vaak in één adem wordt genoemd met zelfredzaamheid. Kennelijk is er iets veranderd in de perceptie en urgentie van zelfregie nu de zelfredzaamheid van burgers zo centraal staat in de samenleving.

In paragraaf 3.1 wordt beschreven wat zelfregie inhoudt en wat de psychologische essentie ervan is voor het functioneren van mensen. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op zelfredzaamheid als menselijke waarde én als plicht om met zo min mogelijk gesubsidieerde hulp een zelfstandig leven te kunnen leiden. Aan de hand van een typologie van vier burgertypen wordt geïllustreerd waar zelfregie en zelfredzaamheid samenkomen, waar zij uiteenlopen en wat de toenemende zelfredzaamheidsplicht kan betekenen voor de eigen regievoering. In paragraaf 3.3 wordt een samenvatting gegeven van het hoofdstuk.

3.1 Wat is zelfregie?

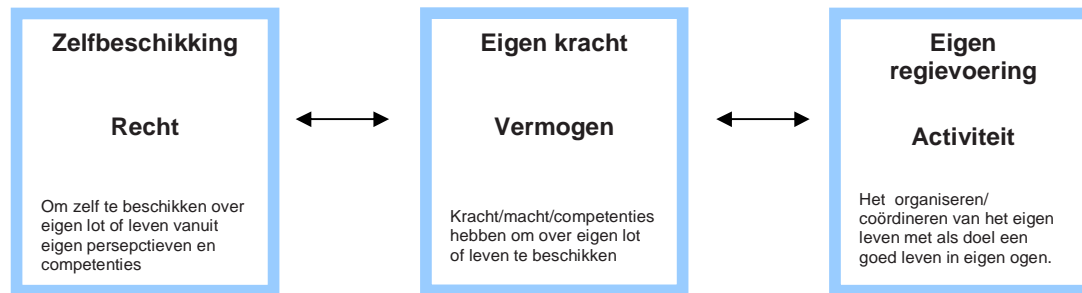
Iedereen heeft het recht om aan het roer van zijn eigen leven staan. Zelfbeschikking is wettelijk vastgelegd en geldt voor iedereen die geen gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt. Het in de praktijk brengen van dit universele recht in de vorm van zelfregie is één van de basale kenmerken van het menselijk functioneren en verhoogt de kwaliteit van leven (Baumeister, 1991).

“Niemand in deze wereld kan steeds precies doen wat hij wil. Hij kan echter wel zelf beslissen hoe zijn weg te vinden te midden van de beperkingen en kansen die de buitenwereld hem biedt”, aldus Hollis (zoals geciteerd in Donkers, 1998, p. 82).

Verkooijen (2010, p. 20) definieert zelfregie als: “het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen”. Met andere woorden: iemand moet zelf kunnen beslissen wat voor hem een goed leven is en hoe hij dat wil bereiken. Om de eigen regievoering als activiteit in praktijk te kunnen brengen, is het volgens Verkooijen noodzakelijk om zelfbeschikking als recht en eigen kracht als vermogen te hebben. Het zelfbeschikkingsrecht staat voor het menselijk recht om vanuit eigen

perspectieven te leven en de eigen kracht voor de competenties die ervoor nodig zijn om eigen keuzes te kunnen creëren en uit te voeren (zie Figuur 1).

Figuur 1: Zelfbeschikking, Eigen Kracht en Eigen Regievoering



Bron: Verkooijen, 2010, p. 20

Vier kernelementen van zelfregie in de praktijk

Op basis van *Evidence Based Practice* (EBP) definieert MOVISIE vier kernelementen van zelfregie die aansluiten op Verkooijens definitie: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en sociaal netwerk (Brink, Lucassen & Poll, 2011). EBP is een analysemethode waarbij praktijkervaringen van welzijnsprofessionals, interventiemethodieken en wetenschappelijke, empirische kennis – in dit geval van aansluitende studies als die van Linders (2010) en Verkooijen (2006) – een rol spelen. De kernelementen van zelfregie versterken het vermogen om eigen regievoering in praktijk te brengen en vormen handvatten voor hulpverleners om zelfregie bij hun cliënten te stimuleren.

- *Eigenaarschap*

Eigenaarschap houdt in dat een mens 'eigenaar' is van zijn eigen leven. Zoals Baumeister stelt is het een menselijke basiswaarde om zelf de zeggenschap te hebben over beslissingen en keuzes die gemaakt moeten worden. Wat het in de praktijk betekent om vanuit het eigenaarschapsprincipe te handelen wordt geïllustreerd in een vergelijkende studie naar schoolprestaties van kinderen (Fei-Yin Ng, Kenney-Benson & Pomerantz, 2004). Deze studie laat zien dat leerlingen die door hun ouders gestimuleerd worden om eigen beslissingen en initiatief te ontwikkelen aanzienlijk beter presteren op school dan kinderen waarvan de ouders een meer sturende en controlerende positie innemen. De kinderen die gestimuleerd worden om zelf beslissingen te nemen, voelen zich over het algemeen meer verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun schooltaken. Als belangrijkste reden hiervoor wordt gesteld dat zij het gevoel hebben zelf te hebben besloten de taken uit te voeren. De directe koppeling

van eigen regie en motivatie is terug te vinden in zowel het uitvoeren van kleinere, dagelijkse taken als in grotere, verder weg gelegen doelen. Het behalen van het diploma wordt door de meeste 'autonome' kinderen ervaren als hun persoonlijke doel, terwijl veel kinderen met sturende ouders het idee hebben het diploma voor de gunst van hun ouders of docenten te moeten halen.

- *Eigen kracht*

Eigen kracht staat voor het vermogen om zelf de beslissingen in het leven te kunnen nemen. Verkooijen (2010) verwoordt dit als de kracht, macht en competenties om over het eigen leven te beschikken. Het gaat hierin om persoonlijke capaciteiten als kennis en zelfvertrouwen, maar ook om het ervaren van stimulans vanuit de sociale omgeving. De eigen kracht richt zich op mogelijkheden in plaats van op problemen en belemmeringen.

- *Motivatie*

Motivatie staat voor het leven vanuit eigen waarden en overtuigingen. Wat het belang hiervan is voor het welzijn en optimaal functioneren van mensen wordt geïllustreerd door de zelfbeschikkingstheorie van Ryan en Deci (2000). Deze theorie gaat ervan uit dat – zoals in de woorden van Verkooijen – 'een goed leven in eigen ogen' alleen vormt krijgt wanneer intrinsieke motivatie de motor is achter het handelen. Intrinsieke motivatie wordt gevormd uit zowel innerlijke, persoonlijke waarden als externe, geïnternaliseerde waarden. In hoeverre iemands waarden worden gekleurd door eigen overtuigingen of door zich eigen gemaakte overtuigingen uit de sociale omgeving is veelal cultureel bepaald. Zowel innerlijke als geïnternaliseerde waarden zorgen ervoor dat iemand vanuit eigen drijfveren handelt en beslist. Hiertegenover staat extrinsieke motivatie waarbij een persoon niet autonoom is, maar van buitenaf wordt gestuurd en gecontroleerd. De buitenwereld beslist hierbij wat een goed leven is en hoe dit bereikt kan worden.

- *Sociaal netwerk*

Om de eigen regie te kunnen voeren in het leven is het van belang dat iemand zich gestimuleerd en gesteund voelt vanuit zijn sociale omgeving. Volgens de zelfbeschikkingstheorie spelen sociale contacten een aanzienlijke rol in het ontdekken van de eigen capaciteiten en het opbouwen van zelfvertrouwen om eigen beslissingen te kunnen maken (Deci & Ryan, 2000). Linders (2010) voegt daaraan toe dat toegang tot hulp vanuit de sociale omgeving, wanneer iemand het (tijdelijk) zelf niet redt, van groot belang is om de grip op het leven te behouden.

3.2 Zelfredzaamheid: menselijke waarde of plicht?

Zelfredzaamheid staat voor de mate waarop iemand zelfstandig zijn leven kan leiden. Net als zelfregie is zelfredzaamheid een menselijke waarde: vrijwel iedereen streeft ernaar om, binnen zijn vermogen, zelfstandig te kunnen wonen en voor zichzelf te zorgen (Linders, 2010). Hierdoor wordt het vertrouwen in 'het eigen kunnen' vergroot waardoor capaciteiten ontwikkeld kunnen worden en het persoonlijke welzijn wordt bevorderd (Van Regenmortel, 2008). Kwetsbare burgers staan hierin niet anders dan andere mensen: "Zij willen zich gewenst voelen, nuttig bezig zijn voor de maatschappij, zij hebben behoefte aan vriendschap, contact met familie, een levenspartner en een leuk huisje" (Holzman, Leerschool & Lempens, 2010, p. 4).

In de huidige Wmo wordt zelfredzaamheid gekoppeld aan de plicht van burgers om met zo min mogelijk gesubsidieerde steun een zelfstandig leven te kunnen leiden (De Boer & Van der Lans, 2010; Boutellier, 2011; Scholte, 2010). Dit maakt zelfredzaamheid niet alleen tot een manier om persoonlijk welzijn te stimuleren maar ook tot een verantwoordelijkheid voor 'goed burgerschap' (Tonkens, 2008). Mensen die het op de één of andere manier niet lukt om zonder hulp van buitenaf te leven moeten in eerste instantie een beroep doen op hun sociale omgeving of op particuliere steun. Alleen wanneer het op een andere manier niet lukt is er de mogelijkheid om gesubsidieerde hulp vanuit de Wmo in te schakelen (De Boer & Van der Lans, 2010; Linders, 2010).

De Amsterdamse wethouder Eric van der Burg stelt dat gemeentelijke voorzieningen alleen toegankelijk moeten zijn wanneer burgers geen andere mogelijkheden hebben en dat die voorzieningen gericht dienen te zijn op de uitgangspunten van het gemeentebeleid:

"Ook voor ouderen is zelfstandigheid belangrijk. Dus we bieden geen maaltijd thuis aan, maar we nodigen hen uit voor die maaltijd naar het buurthuis te gaan omdat ze daar in contact komen met andere mensen. (...) Als wij denken dat mensen iets zelf kunnen, zullen wij bezuinigen op die voorziening die daarvoor oorspronkelijk als ondersteuning bedoeld was", aldus Van der Burg (zoals geciteerd in: Peeters & Cloin, 2012, p. 34).

De gemeente stelt niet alleen duidelijke kaders voor wanneer iemand steun nodig heeft, maar ook wat de vorm van die steun moet zijn. Lenie Scholten, wethouder in Eindhoven, beaamt dat ook in haar gemeente mensen minder snel een beroep op de overheid zouden kunnen doen. Er mag volgens haar van hen meer verwacht worden om zelf de verantwoordelijkheid voor hun leven te nemen. Zelfregie omschrijft zij als "je leven leiden zoals jij dat wilt en niet volgens het ritme van de professionele instantie

waar je hulp van krijgt” (zoals geciteerd in: Peeters & Cloin, 2012, p. 41). Zelfredzaamheid zou hiermee direct gelinkt zijn aan zelfregie. Los zijn van professionele steun betekent in deze zin namelijk niet alleen een toename van zelfredzaamheid maar ook van de eigen regievoering en wordt gekoppeld aan kostenbesparing binnen de welzijnssector.

3.3 Wat betekent de nadruk op zelfredzaamheid voor zelfregie?

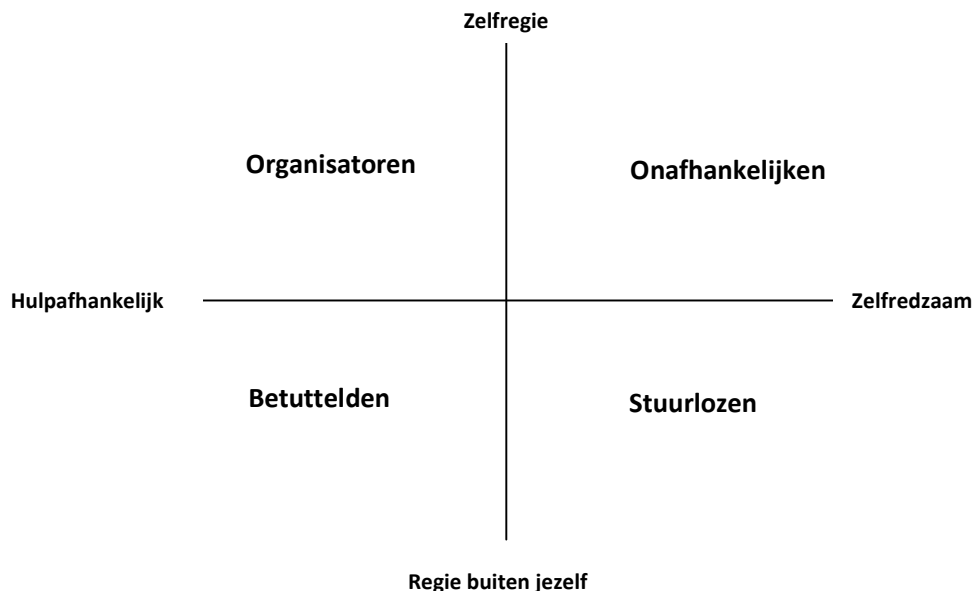
In tegenstelling tot de bewering van de Eindhovense wethouder dat het los zijn van professionele ondersteuning per definitie zelfregie bevordert, betekent de plicht tot zelfredzaamheid volgens critici in sommige gevallen juist een drastische inperking van de eigen regie. Zo kan het wegvallen van gesubsidieerde hulp ervoor zorgen dat kwetsbare mensen met gebrek aan sociaal netwerk, praktische en sociale vaardigheden en financiële middelen het roer kwijtraken. Zij dreigen tussen wal en schip te vallen omdat juist voor hen alternatieve hulp niet vanzelfsprekend is (Claassen, 2011; Donkers, 2003; van Ewijk, 2010; de Gier, 2007; Linders, 2010; Lub, Schotanus & Uytendal, 2010; Peeters & Cloin, 2012; Scholte, 2010). Daarnaast kan voor mensen die wel over een sociaal netwerk beschikken de keuze voor professionele hulp een persoonlijke strategie zijn. Zelfregie en zelfredzaamheid zijn in die zin twee verschillende doelstellingen die mogelijk, maar niet vanzelfsprekend, met elkaar samenvallen.

Typologie Zelfregie en Zelfredzaamheid

Vanwege het onderscheid en de discussie over de link tussen zelfregie en zelfredzaamheid worden de twee begrippen in dit onderzoek nadrukkelijk uit elkaar gehaald. Aan de hand van de theoretische analyse is in deze studie de typologie *Zelfregie en Zelfredzaamheid* (zie Figuur 2) gecreëerd. Dit figuur bestaat uit een assenstelsel waarin *Zelfregie*, *Regie buiten jezelf*, *Zelfredzaam* en *Hulpafhankelijk* tegenover elkaar zijn uitgezet. In deze typologie wordt de invulling van zelfredzaam gehandhaafd als ‘het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden’.

De kwadranten van het assenstelsel vormen vier burgertypen: *onafhankelijken*, *slachtoffers*, *betuttelden* en *organisatoren*. Deze typen illustreren geen individuele cases: in de praktijk zal niemand strikt onder één burgertype te positioneren te zijn. Wel geven zij een indicatie van hoe zelfredzaamheid ofwel hulpafhankelijkheid samengaan of uiteenlopen met de eigen regievoering. Hieronder volgt een korte beschrijving van de burgertypen.

Figuur 2: Typologie Zelfregie en Zelfredzaamheid



- *Onafhankelijken*

De *onafhankelijken* zijn in staat om een zelfstandig leven te leiden waar zij zelf de regie over voeren. Dit houdt in dat zij geen gesubsidieerde hulp nodig hebben. Het gaat hierbij zowel om mensen die geen beperkingen hebben om zelfstandig te zijn als om mensen die wel beperkt zijn in hun zelfstandigheid maar vanuit hun eigen capaciteiten, sociaal netwerk of private hulp hun leven zo weten te organiseren dat zij hierbij geen overheidssteun nodig hebben.

- *Stuurlozen*

De *stuurlozen* staan voor de kwetsbaren die vanwege (meervoudige) problemen niet in staat zijn om een zelfstandig leven te leiden en tegelijkertijd ook niet de hulp die ze daarbij nodig hebben naar hun wens weten te organiseren. Ze hebben geen toegang tot gesubsidieerde hulp, bijvoorbeeld omdat ze hun AWBZ-indicatie zijn kwijtgeraakt of omdat ze de weg naar hulpverlening niet weten te vinden. Het kan zijn dat zij toegang hebben tot hulp buiten de gesubsidieerde hulpverlening, maar dat deze vorm niet voldoende bijdraagt aan het organiseren van 'een goed leven in eigen ogen'.

- *Betuttelden*

Onder de *betuttelden* vallen de mensen die gesubsidieerde hulp krijgen maar daar zelf niet de regie over voeren. Binnen het hulpverleningstraject is weinig aandacht voor zelfregie van de cliënt. Het kan zijn dat iemand aangeeft niet achter de vorm van hulpverlening of de relatie met de hulpverlener te staan maar daarin niet gehoord wordt. Ook kan het zijn dat de cliënt vanwege zijn beperking niet in staat is om aan te geven wat hij wel en niet wil en daar onvoldoende in gestimuleerd wordt door de hulpverlener.

- *Organisatoren*

De *organisatoren* zijn hulpafhankelijk en weten de hulp die zij nodig hebben goed te organiseren. Zij hebben toegang tot gesubsidieerde hulpverlening en geven aan in welke vorm en frequentie zij deze hulp nodig hebben. Voor sommige *organisatoren* is dit de enige vorm van hulp, anderen hebben daarnaast ook de beschikking over hulp vanuit het sociale netwerk of private hulpverlening.

Zelfredzaamheidsplicht: kweekvijver voor onafhankelijken of stuurlozen?

Het huidige Wmo-beleid is erop gericht om kwetsbaren zo veel mogelijk naar het burgertype van de *onafhankelijken* te laten bewegen. Door gesubsidieerde hulpverlening alleen als uiterste redmiddel in te kunnen schakelen, worden mensen gestimuleerd om meer gebruik te maken van hun eigen capaciteiten en netwerk. Uit het Wmo-tendrapport blijkt echter dat meer dan de helft van de ondervraagde welzijnsprofessionals vindt dat de zorg voor kwetsbaren in het gedrang is gekomen door de invoering van de Wmo en dat er onrealistische verwachtingen zijn over de toename van vrijwillige inzet door burgers als alternatief voor overheidshulp (Lub, Sprinkhuizen & Cromwijk, 2010). Deze zorgen blijken niet ongegrond. Lub, Schotanus & Uyterlinde (2010) melden dat er sinds de invoering van de Wmo weinig progressie is in het activeren van de sociale omgeving als vangnet voor kwetsbaren. Dit zou betekenen dat de beweging vanuit het zelfredzaamheidsprincipe niet alleen naar het burgertype van de *onafhankelijken* leidt maar ook naar die van de *stuurlozen*.

Ham & Peeters (2010) noemen het voorbeeld van een oudere dame in de Amsterdamse Kinkerbuurt die sinds het wegvallen van haar begeleiding vanuit de AWBZ in een sociaal isolement is geraakt. Bij gebrek aan structuur in het dagelijks leven en aan een sociaal netwerk dat daarbij steun kan bieden, zorgde de begeleiding ervoor dat deze mevrouw wekelijks tweemaal naar een buurtactiviteit kon gaan. Zij is van *organisator* overgegaan naar *stuurloze* omdat zij met het verdwijnen van de professionele hulp een groot deel van de grip die zij op haar leven had is kwijtgeraakt.

Gebrek aan hulp vanuit de sociale omgeving wordt als één van de belangrijkste risico's gezien bij de toenemende plicht tot zelfredzaamheid van kwetsbaren. Dat kwetsbare burgers niet per definitie toegang kunnen en willen hebben tot deze hulp heeft te maken met weerstand aan zowel vraag- als aanbodzijde. Ten eerste zou de nadruk op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid als burgerschapsideaal de solidariteit binnen een samenleving doen afnemen (Bauman, 2000; Tonkens, 2003, 2006). Hoewel Dalrymple (2006) stelt dat de stigmatisering van zij die anders zijn juist zou verminderen door ze te ontdoen van het hulpverleningsstempel, schept volgens Tonkens (2003, p. 21) een te hoog burgerschapsideaal vreemden: "Het beleid is er veeleer op gericht om ons allemaal zo veel mogelijk naar dat ene ideaal te vormen: het ideaal van de zelfredzame, zelfstandige, ondernemende, mondige, verantwoordelijke burger". Zelfredzame burgers zouden zich slecht kunnen identificeren met niet-zelfredzame burgers - die kennelijk hun eigen verantwoordelijkheid niet 'willen' nemen - en staan daarom niet in de rij om hen te helpen. Ook Derksen (in Peeters & Cloin, 2012) noemt de roep om zelfredzaamheid een 'teken van afnemende tolerantie voor kwetsbaren'. Het suggereert namelijk dat veel mensen in de samenleving tot nu toe onterecht hulp kregen.

Ten tweede is het vragen om hulp niet vanzelfsprekend. Uit het proefschrift van Linders (2010) blijkt dat er onder kwetsbare burgers vaak een grote weerstand is om hulp uit de omgeving te vragen of te accepteren. Deze weerstand wordt aan de ene kant veroorzaakt door een negatief beeld van de buitenwereld. Met name laagopgeleiden hebben weinig vertrouwen in de hulpbereidheid vanuit de omgeving. Aan de andere kant vormt het streven naar onafhankelijkheid een drempel voor de hulpvrager: Sennett (2003, p. 101) spreekt van '*the shame of dependence*'. "Juist mensen die weinig greep op hun leven hebben, proberen dat laatste stukje waar ze nog wel controle over hebben niet kwijt te raken", aldus Linders (p. 218). Volgens Trappenburg (zoals geciteerd in Peeters & Cloin, 2012, p. 23) versterken de uitgangspunten van het Wmo-beleid de schaamte voor afhankelijkheid: "Zeggen dat je niet voortdurend zelfredzaam wilt zijn of dat sommige mensen niet zelfredzaam kunnen zijn is politiek incorrect".

Niet-zelfredzaam als eigen keuze

Hoewel het burgertype van de *onafhankelijke* het ideaalbeeld in de huidige samenleving vormt, hoeft dit niet voor iedereen een persoonlijk ideaal te zijn. In de bundeling van portretten van ervaringsdeskundigen beschrijven Van Deth, Beltman en Poll (2012) het voorbeeld van een fysiek beperkte man die samenwoont met zijn vriendin en de nadrukkelijke voorkeur geeft aan professionele hulp in plaats van mantelzorg. Op die manier hoeft zijn vriendin namelijk niet de rol van hulpverlener op

zich te nemen en kan hij met haar een gelijkwaardige relatie behouden. Voor hem is dit essentieel voor zijn gevoel van welzijn en de wijze waarop hij zijn leven sturing kan geven. Wanneer op zijn gesubsidieerde hulp bezuinigd zou worden betekent dit een inperking van hoe deze man zijn leven organiseert als 'een goed leven in eigen ogen'. Van *organisator* zou hij eerder *stuurloze* worden dan de beoogde *onafhankelijke*.

Uit de genoemde voorbeelden blijkt dat daar waar de cliënt niet zelf in staat wordt gesteld om aan te geven wat goed voor hem is en wat niet, het in de praktijk wringt tussen zelfregie en zelfredzaamheid. Mensen kunnen blijkbaar pas werkelijk hun eigen regie voeren, en volgens de zelfregiegedachte pas dan optimaal functioneren in de samenleving, in een faciliterend klimaat waarin keuzevrijheid mogelijk is. Die keuzevrijheid moet ook de mogelijkheid tot hulp vanuit de overheid omvatten; niet alleen wanneer mensen echt niet anders kunnen maar ook wanneer zij daar de voorkeur aan geven.

3.4 Samenvatting

Zelfregie houdt in dat iemand zijn eigen leven kan organiseren en coördineren met als doel een goed leven in eigen ogen. Eigen regievoering is een basiswaarde die het persoonlijk welzijn bevordert en bijdraagt aan het optimaal functioneren van mensen. Vier kernelementen van zelfregie zijn: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en sociaal netwerk. Net als zelfregie wordt zelfredzaamheid beschouwd als een welzijnsverhogende, menselijke waarde. Het binnen eigen vermogen zo zelfstandig mogelijk kunnen leven vergroot het gevoel van eigenwaarde waardoor persoonlijke capaciteiten zich kunnen ontwikkelen.

In het huidige Wmo-beleid wordt zelfredzaamheid echter direct gekoppeld aan het met zo min mogelijk gesubsidieerde hulp een zelfstandig leven kunnen leiden. Van kwetsbare burgers die vanwege (meervoudige) problemen niet in staat zijn geheel zelfstandig te kunnen zijn wordt verwacht dat zij steeds meer een beroep doen op hulp buiten de overheid om. Volgens critici dreigt met de plicht tot zelfredzaamheid een inperking voor de eigen regievoering van deze mensen. Zelfregie betekent namelijk ook dat iemand kan aangeven hulp nodig te hebben. Naar aanleiding van deze discussie wordt in de typologie *Zelfregie en Zelfredzaamheid* via vier burgertypen (*onafhankelijken*, *stuurlozen*, *betuttelden* en *organisatoren*) geïllustreerd waar zelfregie en zelfredzaamheid samengaan en waar zij uiteenlopen. Hoewel de Wmo erop gericht is om zoveel mogelijk kwetsbaren *onafhankelijke* te laten zijn, loopt een deel van hen het risico hierdoor de grip op hun leven te verliezen en *stuurloze* te worden.

Hoofdstuk 4 Methoden

In deze etnografische studie staat centraal hoe zelfregie in praktijk wordt gebracht binnen hulpverleningstrajecten en wat de toenemende nadruk op zelfredzaamheid betekent voor de eigen regievoering van cliënten. Om dit in kaart te brengen is gekozen voor een kwalitatief, exploratief onderzoek. Dit type onderzoek biedt de mogelijkheid om persoonlijke ervaringen en percepties van mensen in kaart te krijgen, juist wanneer er nog beperkte bestaande kennis is over een thema (O'Reilly, 2005). Het leent zich dan ook goed bij het verkennen van het vrij onontgonnen onderzoeksterrein van zelfregie. De data van dit onderzoek zijn verzameld vanuit semi-gestructureerde diepte-interviews met negen welzijnsprofessionals en zeven cliënten en een participerende observatie tijdens een MOVISIE-zelfregietraining voor welzijnsprofessionals.

4.1 Theoretisch kader en *sensitizing concepts*

Het startpunt van dit onderzoek bestond uit een literatuuroriëntatie op bestaande kennis over zelfregie en visies op de huidige beleidsdruk op zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. Dit theoretisch kader is samengesteld uit informatie uit sociologische en psychologische wetenschapsartikelen, beleidsstukken, vakliteratuur uit de welzijnssector en mediaberichtgeving. Vanuit dit kader zijn een aantal *sensitizing concepts* vastgesteld en geoperationaliseerd. *Sensitizing concepts* zijn kernbegrippen waarvan de invulling door het onderzoeksproces heen, naarmate er meer informatie verzameld wordt, wordt bijgesteld en aangescherpt (Bowen, 2006). De *sensitizing concepts* in dit onderzoek zijn: zelfregie, de door MOVISIE gedefinieerde vier kernelementen van zelfregie (Eigenaarschap, Eigen kracht, Motivatie en Sociaal netwerk), zelfredzaamheid als *empowerment* en zelfredzaamheid als plicht. Aan de hand van deze concepten zijn de *topiclists* voor de interviews samengesteld (zie Figuur 3).

4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit twee groepen: Informantengroep 1 - negen welzijnsprofessionals (zie Tabel 1) en Informantengroep 2 - zeven cliënten (zie Tabel 2). De professionals zijn werkzaam in uiteenlopende disciplines binnen de welzijnssector. Er is gekozen voor heterogene informantengroepen aangezien zelfregie kan worden beschouwd als een overstijgende menselijke waarde die niet gekoppeld is aan een specifieke doelgroep. De manier waarop een individu zelfregie vormgeeft kan binnen een bepaalde doelgroep net zo veel verschillen als tussen verschillende doelgroepen (Donkers, 2008;

Linders, 2011; Verkooijen, 2006). Om de ethiek van dit onderzoek te waarborgen zijn de namen van zowel de professionals als de cliënten fictief weergegeven.

Tabel 1: *Informantengroep 1 - Welzijnsprofessionals*

Naam	Discipline	Kerntaak
Eva	Maatschappelijk werker/ouderenadviseur	Signaleren en aanpak van problemen bij ouderen en andere kwetsbare wijkbewoners
Maud	Wijkverpleegkundige	Signaleren en aanpak van problemen bij kwetsbare wijkbewoners
Dewi	Wijkverpleegkundige	Signaleren een aanpak van problemen bij kwetsbare wijkbewoners
Ellen	Wijkverpleegkundige	Signaleren en aanpak van problemen bij kwetsbare wijkbewoners
Rob	Woonbegeleider	Begeleiding van mensen met een psychiatrische achtergrond in instelling voor beschermd wonen
Tineke	Consulent maatjesproject	Koppelen van mensen met psychische problemen of een psychiatrische achtergrond aan vrijwilligers om activiteiten mee te ondernemen
Claudia	Gezinscoach	Ondersteuning van gezinnen waarvan (één van) de ouders of kinderen een verstandelijke beperking heeft
Dorien	Medisch maatschappelijk werker	Begeleiden van dialysepatiënten
Annelies	Maatschappelijk werker	Begeleiden van revalidatiepatiënten

Tabel 2: Informantengroep 2 – Cliënten

Naam	Leeftijd	Reden voor hulpverlening	Woonsituatie	Opleidingsniveau
Steve	52	Fysiek beperkt vanwege de gevolgen van een hersenbloeding; schuldsanering; ex-drugsverslaafd	Alleenwonend	Ibo
Wilma	56	Rolstoelafhankelijk vanwege Multiple Sclerose (chronische spierziekte)	Alleenwonend in aangepaste aanleunwoning	WO
Anne	29	Schizofreniepatiënt	Alleenwonend	WO
Gert	60	Diabetespatiënt; hygiënische verwaarlozing intensieve; wondverzorging nodig vanwege teenamputatie	Alleenwonend	Ibo
Joost	23	Fysiek beperkt vanwege aangeboren zenuwaandoening	Alleenwonend in aangepaste aanleunwoning	WO
Youssef	49	Psychiatrische achtergrond	Instelling voor beschermd wonen	Ibo
Patrick	37	Deels rolstoelafhankelijk vanwege ernstig ongeval	Alleenwonend	mbo

Selectie en toegang tot de respondenten

De toegang tot het merendeel van de welzijnsprofessionals is verlopen via MOVISIE. Zeven van hen hebben in 2010 of 2011 de zelfregietraining van MOVISIE gevolgd (zie paragraaf 4.3 en bijlage) en twee professionals zijn afkomstig uit het netwerk van de onderzoeker. Aan de hand van het adressenbestand van MOVISIE zijn in totaal twintig professionals die de zelfregietraining hebben gevolgd per e-mail benaderd. De selectie van hulpverleners was gebaseerd op de intensiteit van het contact met de cliënt. De voorkeur ging hierbij uit naar hulpverleners die vermoedelijk gedurende een langere periode regelmatig contact met hun cliënten hebben. Zo is er bijvoorbeeld voor gekozen om loketmedewerkers die de training gevolgd hebben, waarbij het cliëntcontact minder intensief is dan bij een wijkverpleegkundige of woonbegeleider, niet uit te nodigen voor een interview. De twee informanten,

afkomstig uit het netwerk van de onderzoeker, zijn net als de trainingsdeelnemers ook geselecteerd op de aard van hun werk waarbij zij een intensief cliëntcontact hebben.

Nadat het interview met de professional had plaatsgevonden werd toestemming gevraagd voor een interview met één van zijn of haar cliënten. Hoewel alle geïnterviewde professionals daarmee instemden, lukte het uiteindelijk bij twee van hen niet om een geschikte cliënt te vinden om aan het interview mee te werken. Eén professional gaf in een later stadium aan op dit moment geen cliënt te hebben die zij geschikt achtte om aan het interview mee te werken. Bij een andere professional bleek de cliënt die zij had aangedragen niet bereikbaar gedurende het onderzoekstraject. Uiteindelijk zijn er zeven cliënten geïnterviewd. De diversiteit in disciplines van de professionals zorgde logischerwijs voor een diverse informantengroep van cliënten die in samenspraak met de professional zijn geselecteerd. Om een diverse informantengroep samen te stellen is hierbij rekening gehouden met sekse, leeftijd, en opleidingsniveau van de cliënten.

Omdat het bespreken van zelfregie enig reflectievermogen vraagt, zijn er cliënten geselecteerd die door de professionals in staat werden geacht om hun ervaringen hierin onder woorden te kunnen brengen. Daarnaast speelde bij de selectie de relatie tussen professional en cliënt een belangrijke rol. De professionals gaven aan dat zij alleen cliënten wilden benaderen met wie zij een goede vertrouwensband hebben. Het opbouwen van vertrouwen van de cliënt is in veel gevallen een langdurig en kwetsbaar proces. Ook werd het door de professionals belangrijk gevonden dat de persoonlijke situatie van de cliënt enigszins stabiel was. Cliënten met te veel ernstige, urgente problemen wilden zij niet belasten met een interview.

4.3 Interviews

De interviews met de professionals vonden plaats op hun werkplek, duurden één tot anderhalf uur en zijn opgenomen met een *voice recorder*. De interviews hadden een semi-gestructureerde vorm; dit wil zeggen dat er gewerkt werd met een *topiclist*, maar dat de vragen niet van te voren exact geformuleerd waren en niet in een vaststaande volgorde gesteld werden. De interviews met de cliënten vonden over het algemeen plaats bij hen thuis. Hoewel zelfregie en zelfredzaamheid bij de geïnterviewde professionals dagelijks taalgebruik bleek, was het in de interviews met de cliënten van belang een op de belevingswereld van de cliënt aansluitende vocabulaire te vinden om deze begrippen te bespreken.

Figuur 3: *Topiclist interviews*

Welzijnsprofessionals	Cliënten
<ul style="list-style-type: none">• Beschrijving van het werkveld van de professional• De betekenis van zelfregie binnen het werk van de professional• Manier van zelfregie stimuleren <i>Benadrukken van eigen kracht</i> <i>Activering van sociaal netwerk</i>• Effecten die de professional ziet op de cliënt bij het zelfregie versterkend werken• Onderscheid tussen zelfregie en zelfredzaamheid• Effect die de plicht tot zelfredzaamheid heeft op de zelfregie van cliënten	<ul style="list-style-type: none">• Korte levensgeschiedenis van de cliënt• Beschrijving van de beperking / hulpbehoefte• Totstandkoming contact met hulpverlening• Beleving van het contact met hulpverlener• Sluit de hulp aan op de behoefte van de client? Hoe geeft hij aan wat hij nodig heeft?• Passies/talenten• Sociale omgeving• Beleving van aan het roer van eigen leven staan

4.4 Participerende observatie

Naast de uit de interviews verzamelde data zijn er ook data verkregen vanuit een participatieve observatie tijdens een zelfregietraining van MOVISIE (zie bijlage). Tijdens deze training werden vijftien welzijnswerkers van verschillende disciplines een dag lang getraind in zelfregieversterkend werken. Aan de hand van oefeningen kregen zij handvatten hiervoor aangereikt en kregen zij de mogelijkheid om praktijkervaringen met elkaar uit te wisselen. De rol van de onderzoeker was zowel observerend, tijdens het plenaire gedeelte, als deelnemend, tijdens de oefeningen in subgroepen.

4.5 Analyse

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een inductief-iteratieve data-analyse. Dit wil zeggen dat er vanuit de verzamelde data theoretische inzichten gevormd zijn (inductief) en dat er een constante wisselwerking is tussen dataverzameling en analyse (iteratief) (O'Reilly, 2005). De invulling van de *sensitizing concepts* die in paragraaf 4.1 genoemd zijn en de relatie die zij tot elkaar hebben is steeds meer verfijnd gedurende het onderzoek. Deze methode valt onder de *grounded theory approach* (Glaser & Strauss, 1967) waarbij ervaringen uit de praktijk de basis vormen voor theorieontwikkeling.

Narratieve analyse

In een narratieve analyse staan de persoonlijke ervaringen van geïnterviewden centraal. Vanuit de individuele verhalen van professionals en cliënten is de invulling van zelfregie in de praktijk onderzocht. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een socio-culturele analyse, een vorm van narratieve analyse. Hierin staan de interpretaties centraal die mensen aan bepaalde omstandigheden en gebeurtenissen in hun leven geven (Riesmann, 2003).

Codering

Aan de hand van de geluidsopnamen zijn de interviews verwerkt tot transcripties. In deze transcripties werden quotes van de respondenten gecodeerd: de verhalen werden als het ware uit elkaar gehaald en opnieuw gerangschikt. Voorbeelden van gebruikte codes zijn: belang van zelfregieversterkend werken, activeren van sociaal netwerk, tijdsdruk (welzijnsprofessionals) en beleving zelfregie, contact met vrienden en familie, toegang tot professionele hulpverlening (cliënten). De structuur van het narratief bestond na de codering niet meer uit de chronologie van het verhaal van één persoon, maar uit een categorisering van de thema's die door de verschillende interviews heen aan bod zijn gekomen. Vanuit deze categorisering kon vervolgens een meta-analyse gemaakt worden die gebaseerd was op de afzonderlijke verhalen en deze tegelijkertijd oversteeg.

Hoofdstuk 5: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen beschreven die uit de interviews en de participerende observatie tijdens de zelfregietraining naar voren zijn gekomen. In paragraaf 5.1 worden de resultaten besproken die gekoppeld zijn aan de deelvragen *‘Hoe stimuleren welzijnsprofessionals zelfregie bij hun cliënten?’* en *‘Welk effect van de nadruk op zelfredzaamheid zien welzijnsprofessionals op de zelfregie van hun cliënten?’*. Vervolgens worden in paragraaf 5.2 de resultaten van de interviews met de cliënten gepresenteerd behorende bij de deelvragen *‘Hoe brengen cliënten hun zelfregie in praktijk?’* en *‘Welk effect van de nadruk op zelfredzaamheid ervaren cliënten op hun zelfregie?’*. De vier kernelementen van zelfregie (eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en sociaal netwerk) lopen als een rode draad door de resultatenbespreking van beide informantengroepen door. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de resultaten.

5.1 Zelfregie volgens welzijnsprofessionals

Wat is zelfregie?

Tijdens zowel de interviews als de zelfregietraining komt unaniem naar voren dat de welzijnsprofessionals zelfregie van de cliënt als de kern van hun werk zien. Dat de cliënt de baas over zijn eigen leven is en moet blijven komt in alle interviews naar voren. Eigen regievoering, in de eerste plaats ingevuld als het kernelement eigenaarschap, wordt als een basiswaarde gezien waar niet aan getornd mag worden en is direct gekoppeld aan het welzijn van de cliënt en het succes van het hulpverleningstraject. De regie wordt alleen begrenst wanneer iemand een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving vormt, bijvoorbeeld als iemand gewelddadig naar zijn kinderen is of als een dementerende voor brandgevaar zorgt. Dit vraagt een hoge mate van persoonlijke oordeelloosheid van de hulpverlener. De professionals benadrukken dat hun cliënten andere maatstaven mogen hebben dan zij zelf.

Eva (ouderenadviseur) illustreert aan de hand van het verhaal van een hoogbejaarde cliënt wat voor haar de essentie van zelfregie is. De cliënt was tegen zijn wil in vanwege zijn zeer slechte gezondheid opgenomen in een verpleeghuis. Op een avond is hij alleen met een gepikte rolstoel uit het verpleeghuis naar zijn eigen huis gegaan. De reactie van de thuiszorg, waar de professional nauw contact mee had, was *‘ja, maar dat kan toch helemaal niet?’* en wilde hem zo spoedig mogelijk terug naar het verpleeghuis brengen.

“Mijn antwoord op de thuiszorg was: ‘Ja het kan niet, maar hij is thuis... dus daar moeten we nu mee dealen’. Toen heb ik alles in gang gezet om te zorgen dat het mogelijk werd wat hij het liefste wilde: thuis wonen. Uiteindelijk is ie in z’n eigen huis overleden met euthanasie, zoals hij het wilde. Je laat aan iemand zien dat ie belangrijk is en gezien wordt. Los van protocollen. Dat is zelfregie.”(Eva, ouderenadviseur)

Opbouwen van vertrouwen

Het stimuleren van zelfregie speelt al een belangrijke rol bij het eerste contact met de cliënt waarbij het opbouwen van vertrouwen centraal staat. De professionals geven aan dat slechts een zeer beperkt deel van de cliënten uit hun caseload zelf de stap naar hulp zet. Eén van de geïnterviewden vertelt dat van de 180 cliënten waar zij tot nu toe mee gewerkt heeft, slechts drie zelf om hulp hebben gevraagd. Vaak worden de hulpverleners door woningbouw, politie of huisarts getipt wanneer er vermoed wordt dat het niet zo goed gaat met iemand. Veel cliënten kennen de weg naar hulpverlening niet en hebben in eerste instantie ook geen behoefte aan ‘pottenkijkers’ in hun leven. Ook de geïnterviewde medisch maatschappelijk werkers die via ziekenhuis en revalidatiecentrum met hun cliënten in contact komen geven aan dat veel cliënten in eerste instantie angst voor bemoeienis hebben. Het eerste contact met de cliënt wordt dan ook vaak zeer voorzichtig gelegd. Er wordt gezocht naar een manier om binnen te komen. De eerste gesprekken gaan meestal over koetjes en kalfjes en zijn erop gericht dat de cliënt zich niet in het nauw gedreven voelt.

“We werken allemaal impliciet of expliciet toe naar zelfregie. De een spreekt het heel bewust uit, de ander wat minder, maar je kan er van uit gaan dat de hulpverlening hierop is gericht. Ik spreek het zelf heel duidelijk uit naar zorgmijders. Bij ieder eerste gesprek zeg ik: ‘U bent de baas over uw eigen leven. Dat bent en dat blijft u. En ik ben er alleen maar om de mogelijkheden aan te bieden. Dat is een heel expliciete boodschap bij een eerste gesprek. Want daar zijn ze namelijk bang voor, dat de regie uit handen genomen wordt.” (Maud, wijkverpleegkundige).

“Ik begin vaak over het huis. Dan zeg ik ‘goh, wat woont u hier leuk’. Dan hoor je vaak zoiets als ‘nou zo leuk is het niet, want ik kan de trap niet meer op’. En dat is dan een begin.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

Het opbouwen van vertrouwen is tijdrovend maar cruciaal voor de relatie tussen hulpverlener en cliënt en het succes van het hulpverleningstraject. Deze vertrouwensband is enerzijds nodig om ‘de vraag achter de vraag’ boven tafel te krijgen en anderzijds om de cliënt te motiveren in beweging te komen. De meeste cliënten – een aantal professionals geeft aan dat dit vooral om laagopgeleiden gaat (die het grootste deel van de *caseload* vormen) – kunnen niet direct zelf aangeven waar ze hulp bij nodig hebben. Wanneer een cliënt zelf met een duidelijke hulpvraag komt, betekent dit meestal dat het geen complex geval is. Mensen met complexe problematiek zijn over het algemeen niet in staat vast te stellen dat ze hulp nodig hebben, laat staan wáár ze hulp bij nodig hebben. Het vraagt vaak tijd en verschillende bezoeken om langzamerhand duidelijk te krijgen óf en hoe de cliënt iets wil veranderen in zijn leven. De professionals benadrukken hoe belangrijk het is dat uiteindelijk niet de hulpverlener maar de cliënt zelf met de onderliggende hulpvraag komt. Pas dan heeft iemand het gevoel zelf de controle te hebben over wat er gebeurt en ontstaat er motivatie om dingen aan te pakken.

“Zeker in de eerste gesprekken ga je nog niet naar oplossingen toewerken. Dus niet van: ‘Oh, u heeft niet zoveel geld? Zal ik dan meteen even huurtoeslag voor u aanvragen?’ Maar meer in algemene termen. ‘Heeft u kinderen?’ ‘Hoe doet u het met eten?’ Je gaat alle levensgebieden even globaal langs. Daar zou ik meer tijd voor willen hebben. Voor cliënten die eigenlijk niks vragen maar toch iets nodig hebben. Om langzamerhand erachter te komen wat ze nodig hebben, daar gaat tijd in zitten. En dat is zelfregie, want anders zou je bij het eerste gesprek al huursubsidie aan kunnen vragen.” (Eva, ouderenadviseur)

“Iemand geeft aan problemen met eten koken te hebben, maar uiteindelijk blijkt het om een ernstig geldprobleem te gaan. De vraag achter de vraag. En daar kom je vaak niet na één of twee gesprekken achter.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

Tijdens de zelfregietraining wordt aangegeven dat je om zelfregieversterkend te kunnen werken je als hulpverlener zelf in een goede fysieke en mentale conditie moet zijn om de juiste vaardigheden te kunnen inzetten. In de plenaire discussie die naar aanleiding daarvan ontstaat wordt aangedragen dat het belangrijk is om op tijd rust te nemen en op je ervaringen te reflecteren met collega’s. Een hulpverlener waarbij de druk te hoog oploopt heeft het risico om niet meer ‘de lange adem’ te hebben die bij het zelfregieversterkend werken zo belangrijk is.

“Je moet als professional zelf goed in je vel steken, goed voor jezelf zorgen. Anders kun je nooit het geduld opbrengen om die vaardigheden in te zetten die juist bij die zelfregie zo belangrijk zijn. Je moet bijvoorbeeld niet oordelend zijn in gesprekken. Je moet niet meteen tot de kern willen komen. Gewoon in gesprek gaan, zonder pen en papier in je handen. Praten, zonder meteen tot een doel te komen.” (Diana, welzijnswerker, deelnemer training zelfregie) (zie Bijlage)

Bij de eerste ontmoetingen tussen hulpverlener en cliënt gebeurt er vaak nog niets concreets. Langzamerhand probeert de hulpverlener zicht op de situatie te krijgen zodat hij samen met de cliënt uiteindelijk tot mogelijke oplossingen kan komen. Een aantal van de hulpverleners geeft aan juist in deze fase al iets praktisch te regelen, wat misschien niet helemaal aansluit op de vraag achter de vraag, maar wat wel *goodwill* bij de cliënt kweekt: ‘hier wordt iets in gang gezet!’. Andere hulpverleners kiezen ervoor om met de cliënt te bespreken dat zij pas in een latere fase iets kunnen betekenen voor de cliënt. Wanneer het moment is dat de hulpverlener de cliënt concrete mogelijkheden kan voorstellen ligt vaak bij de cliënt zelf. Soms is het zo dat de vraag achter de vraag uiteindelijk niet boven tafel komt. Ook dan moet de regie bij de cliënt blijven volgens de meeste hulpverleners: ook als dat betekent dat er uiteindelijk niets concreets wordt aangepakt.

“Een cliënte gaf aan dat ze eenzaam was. Ik ging kijken waar die eenzaamheid vandaan kwam: wat wil ze graag? Toen ben ik allerlei mogelijkheden met haar gaan bespreken. Kaarten maken in een buurthuis? Nee want dat kan ik thuis ook. Koffie drinken ergens? Nee want straks vind ik die mensen niet leuk. Ik probeerde uit te puzzelen wat haar dwars zat, of ze iets niet wilde zeggen. Op alles wat ik zei had ze een tegenantwoord. Op een gegeven moment zei ze dat ze aan huis gekluisterd was omdat ze niet naar beneden kon. Toen stelde ik een traplift voor. Nee, dat vond ze te veel gedoe. Ik kwam niet achter de vraag achter de vraag. Ze heeft uiteindelijk geen keuze gemaakt. Ik heb toen een stap achteruit gedaan.” (Dewi, wijkverpleegkundige)

Zelf beslissen of zelf doen

Verschillende professionals geven aan dat de scheidslijn tussen ‘zelf beslissen’ en ‘zelf doen’ hen niet altijd helder is. Als je veel uit handen neemt van een cliënt, neem je dan ook zijn regie en eigenaarschap over? Soms worden namelijk niet alleen praktische dingen tijdelijk uit handen genomen, zoals de administratie en het aanvragen van thuiszorg, maar wordt ook de sturing en prioriteitsstelling overgenomen.

“Het is niet een heel eenvoudig thema hoor, vind ik. Want als je heel veel problemen hebt en je zit tot je nek in de schulden dan heb je helemaal niet het vermogen om zelf die regie te nemen omdat je eenvoudigweg de boel niet meer overziet. En dan neem je niet altijd de handige beslissingen. En dan vinden mensen een helpende hand toch ook wel weer erg fijn, en dat jij een deel van de regie overneemt. Dat je zegt van ‘nou kom op, we gaan nu naar school voor dat gesprek over je zoontje’ of ‘laten we die opvoedproblemen en de vragen die je daar over hebt even op een laag pitje zetten en zorg eerst maar dat je zelf die schulden regelt. Dan heb je je hoofd vrij om bezig te gaan met iets anders’. Ja soms moet je ook wel een deel van die regie overnemen denk ik.” (Claudia, gezinscoach)

Soms kan het direct met oplossingen komen ook een behoefte van de hulpverlener zelf vervullen. Het wordt fijn gevonden om iets voor iemand te betekenen. Het maakt de resultaten van het werk (sneller) zichtbaar.

“Ik voel soms een reddersdrang. De redder in nood. Dan ga ik soms te snel met regelen. Voordeel is dat je daar veel dankbaarheid voor terugkrijgt. Het gevoel ‘hee, ik ben nodig voor iemand’. Maar dat gaat dan meer om mij dan om de cliënt”. (Joyce, buurthuiswerker, deelnemer zelfregietraining) (zie Bijlage)

De meeste geïnterviewden geven echter aan dat als zij het gevoel hebben tijdelijk de sturing over te nemen, zij dit altijd doen met het doel de regie later weer terug te kunnen geven aan de cliënt. Het gaat dan eerder om het tijdelijk overnemen van bepaalde zaken zodat de cliënt de ruimte krijgt om zijn leven weer te overzien dan om het nemen van beslissingen omdat de professional ‘het beter weet’.

“Ik dacht dat ik niet genoeg aan zelfregie deed omdat ik te veel uit handen neem. Door de training van MOVISIE kreeg ik juist veel meer een goed gevoel over wat ik doe, omdat duidelijk werd dat zelfregie ook betekent dat je de cliënt serieus neemt, goed met de cliënt praat, goed naar de cliënt luistert. Goed probeert een beeld te krijgen van de situatie van de cliënt. En dat het dan niet zo erg is als je sommige beslissingen neemt voor een cliënt. Als je maar goed overweegt waarom je dat doet en dat het ook echt nodig is. Dat ik thuiszorg heb ingeschakeld tegen de wens van een cliënt in, en dat dat ervoor heeft gezorgd dat de cliënt nog steeds thuis

kan blijven wonen en dat de situatie veiliger is. Dan is dat juist wel zelfregieversterkend.” (Eva, ouderenadviseur)

Ook hier speelt het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt een belangrijke rol omdat de hulpverlener er op deze manier achter kan komen wat de cliënt kan en niet kan en wil en niet wil, zonder dat de cliënt dit zelf heel expliciet onder woorden hoeft kunnen te brengen. Als de hulpverlener de cliënt goed genoeg kent, een beeld heeft van wat werkelijk belangrijk voor hem is, ontstaat er ruimte om sommige beslissingen tijdelijk over te nemen zodat aan de onderliggende behoeften van de cliënt kan worden voldaan en daardoor de zelfregie versterkt wordt.

“Soms moet je tegen iemand zeggen: ‘doe dit nu, anders gaat het niet goed’. Maar dan moet je een hele goede band hebben. Er moet onderling vertrouwen zijn, anders is het prediken in het luchtledige.” (Tineke, welzijnswerker, deelnemer zelfregietraining) (zie Bijlage)

“Je kan dus zeggen ‘laat die persoon alles maar zelf bepalen, als ie het niet wil dan doen we het niet’. Ja daar geloof ik dus niet in. Zolang ik dit werk doe ga ik dat dus echt niet doen. Dan zou ik namelijk mijn werk niet goed doen. Ik weet hoe de situatie is van mensen en hoe die ene cliënt zelf zijn situatie inschat en dat is vaak niet reëel. Dat klinkt misschien neerbuigend, maar oudere mensen kunnen slecht inschatten wat ze zelf kunnen. Dan vallen ze bijvoorbeeld heel vaak. Dat kan ik voorkomen door dingen voor ze te regelen – waar ze niet zelf om vragen – zoals een scootmobiel of thuiszorg zodat ze thuis kunnen blijven wonen.” (Eva, ouderenadviseur)

Om zelfregieversterkend te werken is dus tijd nodig om de cliënt te leren kennen en vertrouwen op te bouwen. Het grootste deel van de professionals geeft aan dat de tijdsdruk die zij in hun werk voelen de zelfregie van hun cliënten soms in de weg kan staan. De drie wijkverpleegkundigen zijn de enigen van de geïnterviewden die niet aan een tijdslimiet per cliënt gebonden zijn. Zij kunnen zelf bepalen hoeveel tijd zij aan een cliënt besteden.

“Ik denk dat cliënten zich gemakkelijker voelen omdat er geen tijdsdruk is. Dat geven ze ook aan. Ik hoor dat andere hulpverleners niet eens hun jas uitdoen. Dat voelt een cliënt. En dat zegt veel over het vertrouwen in de relatie tussen cliënt en hulpverlener. Vertrouwen opbouwen is één van de belangrijkste taken.” (Dewi, wijkverpleegkundige)

Eigen kracht en motivatie

Werken vanuit zelfregie betekent volgens de professionals ook aandacht voor de eigen kracht van de cliënt. De meeste geïnterviewden geven aan dat zij op zoek gaan naar de dingen die wél goed gaan en waar de cliënt een goed gevoel van krijgt. Het kan bijvoorbeeld een ‘vergeten hobby’ zijn – iemand die tussen neus en lippen door laat weten dat hij ooit schilderde – waarop wordt ingehaakt. Een aantal professionals koppelen de eigen kracht van de cliënt direct aan de innerlijke motivatie van de cliënt om problemen aan te pakken. Wanneer iemand, met behulp van de hulpverlener, zelf in staat is om doelen voor zichzelf te stellen waarbij zijn eigen capaciteiten worden aangesproken wordt de slagingskans van die doelen vergroot. De deelnemers van de zelfregietraining geven aan dat het oefenen van dergelijke motiverende gespreksvoering tijdens de training zeer waardevol was omdat zij de gelegenheid kregen het effect ervan te ervaren in de cliëntenrol. Zij geven aan dat door het benadrukken van de eigen kracht er vertrouwen ontstaat dat ruimte en veiligheid biedt om daarnaast ook de problemen te bespreken.

“Die positieve insteek, dat maakt het verschil. Ik had opeens zin om heel veel aan haar te vertellen. En ze had later zelfs nog wel over school en spijbelen kunnen beginnen zonder dat ik me aangevallen zou voelen.” (Sam, jongerenwerker, deelnemer zelfregietraining) [Sam evalueert een oefening in gespreksvoering waarin hij zijn eigen cliënt speelt: een jongen die veel blowt en vaak verzuimt van school. Een trainingsactrice speelt de hulpverlener die aanhaakt op zijn passie: rapmuziek maken.]

“Gevoel van eigenwaarde, dat is belangrijk. Hier in de woongroep nodigen we bijvoorbeeld een fotograaf uit om mooie portretten van ze te maken. We hebben een krantje opgezet waaraan mensen zelf een bijdrage kunnen leveren. Er worden gedichten en zelfgemaakte filosofische uitspraken ingezet. Mensen groeien binnen deze setting.” (Rob, woonbegeleider)

“Met een verstandelijk beperkte cliënt had ik afgesproken dat hij zijn huiskamer zou opruimen. Toen ik de volgende keer langskwam was er niets gebeurd. Toen heb ik hem gevraagd doelen voor zichzelf te stellen en die heb ik voor hem opgeschreven. De volgende keer dat ik kwam was er een deel van de kamer opgeruimd. Dat is leuk. Hij heeft zelf zijn doelen aangegeven en dan lukt het. Hij kreeg er ook lol in want hij vond dingen terug die hij al jaren kwijt was. Ik heb eigenlijk niet zoveel gedaan, maar het hielp hem wel.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

Sociaal netwerk

Hoewel de professionals de potentie van hulp uit de sociale omgeving van de cliënt benadrukken, ervaren de meeste van hen dat dat niet vanzelf gaat. De reden dat een cliënt met hulpverlening in aanraking komt is vaak het gevolg van gebrek aan een sociaal vangnet. De banden met familie en vrienden zijn geregeld slecht of verbroken. De professionals geven aan dat zij als hulpverlener een rol kunnen spelen in het (re)activeren van het netwerk, maar dat dat over het algemeen veel tijd vraagt en dat zij daar nog onvoldoende bedreven in zijn.

Twee van de professionals hebben ooit met een Eigen Kracht-conferentie gewerkt, waarbij zoveel mogelijk sociale relaties van de cliënt uitgenodigd worden om samen met de cliënt af te stemmen wie welke hulp kan bieden. Beide professionals geven aan dat de conferentie een succes was – al was het alleen al omdat het de cliënt een goed gevoel gaf dat er mensen zijn die iets willen betekenen. Wel ging het hier om cliënten, beide hoogopgeleid, waarvan bekend was dat zij een uitgebreider netwerk hebben dan de gemiddelde cliënt. Hulpbereidheid uit de omgeving is volgens de meeste professionals over het algemeen niet vanzelfsprekend.

“Ik vind dat heel lastig. Ik heb heel veel cliënten die gewoon echt geen sociaal netwerk hebben. Behalve misschien dan die ene buurvrouw die af en toe langskomt om even een kopje koffie te drinken. Ik merk daar gewoon heel veel weerstand in. Als ik de sociale omgeving probeer te betrekken dan sta ik meestal voor een gesloten deur.” (Dewi, wijkverpleegkundige)

“Veel mensen hier hebben heel weinig contacten naast de instelling. De familie- en vriendenkring is minimaal. Er is vaak zo veel gebeurd in het verleden, familie schaamt zich meestal. Ze worden liever niet met een gekke broer of gekke vader geconfronteerd. Wij doen niet heel veel om aan netwerkopbouw. De meeste activiteiten en sociale contacten gebeuren hier in het huis. Dat wordt soms een probleem zodra iemand zelfstandig gaat wonen. Dan is er namelijk geen netwerk.” (Rob, woonbegeleider)

Eén van de geïnterviewden wijst op het belang van wederkerigheid van hulp. Wanneer er iets terug gedaan kan worden voor de ander, wordt de drempel lager om hulp te vragen en te krijgen. Bij het stimuleren van informele hulp kan de eigen kracht van de cliënt dan ook een belangrijke rol spelen.

“Mensen zijn afhankelijk van anderen en dat maakt het erg lastig om dingen te vragen. Er is namelijk geen sprake van wederkerigheid. Wij zeggen juist: je hebt zelf ook dingen te bieden. Misschien niet zo zichtbaar. Dat probeer ik mensen duidelijk te maken. Mooi idee om de sociale omgeving te betrekken, maar als het heel onevenwichtig is, is het lastig. Het principe van wederkerigheid is algemeen. Een mooi voorbeeld is een gezin dat PGB krijgt en een buurvrouw die op zaterdag altijd iets met het dochttertje gaat doen. Zij krijgt daarvoor een deel van het PGB-bedrag. Andere opties zijn bijvoorbeeld een taart bakken of op de kinderen passen als wederdienst.” (Claudia, gezinscoach)

Het betrekken van de sociale omgeving in het hulpverleningstraject kan ook nadelen hebben. Eén professional geeft aan dat de bemoeienis van bijvoorbeeld familie niet altijd een positieve uitwerking heeft op het welzijn van de cliënt. Het betekent dat meerdere mensen op één lijn moeten komen en dat vraagt tijd.

“Als de familie nauw betrokken is wordt mijn werk vaak iets ingewikkelder. Zij hebben vaak hele andere ideeën dan ik. Je hebt bijvoorbeeld een cliënt die is dementerend, een oude kroegbaas, en zijn zoons zijn nogal onbetrouwbaar, zitten in het criminele circuit, slecht met geld, zelf ook alcoholistisch en dan moet je daarmee omgaan. Het moet wel want het hoort bij ons werk, je moet ermee dealen. Maar het bemoeilijkt het werk. Die zoons zullen altijd iets anders voor ogen hebben met hun dan wij. Dat kost gesprekken en tijd.” (Eva, ouderenadviseur)

Tegelijkertijd wordt er aangegeven dat samenwerking met het netwerk ook noodzakelijk kan zijn. Maar ook hier geldt dat de cliënt daar zelf achter moet staan. Ook hier geldt dat de cliënt eigenaar blijft van zijn situatie: als contact en samenwerking met sociale relaties niet gewenst is, dient de hulpverlener dit te respecteren. Als de hulpverlener hier de regie over zou nemen kan dit negatieve gevolgen hebben voor de hulpverleningsrelatie met als grootste risico dat de hulpverlener de cliënt ‘kwijtraakt’. Ook hier is het investeren in vertrouwen en een lange adem van de hulpverlener noodzakelijk.

“Sommige mensen weigeren pertinent dat ik hulp vanuit hun netwerk inschakel. Een vrouw met zware COPD [chronische longaandoening] zegt ‘je mag niet mijn zus bellen’. De zus is de eigenaar van de woning dus dat houdt mij tegen in dat ik aanpassingen in de woning kan aanvragen zodat ze met een trapliftje naar beneden kan of dat ze een scootmobiel krijgt zodat ze

weer naar buiten kan. Ik heb andere mensen erbij nodig om haar te mobiliseren, zodat ze deel kan nemen aan de maatschappij. Dan ben je constant aan het wikken en wegen. Je hebt namelijk ook de verantwoordelijkheid voor goed zorgverlenerschap. Uiteindelijk is mijn relatie met haar het belangrijkste. Die zet ik op het spel als ik wel haar zus bel. Dus ik probeer steeds op dat vertrouwen door te gaan tot dat er iets mag gebeuren.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

Opvallend is dat de geïnterviewde professionals het voornamelijk hebben over potentiële hulp wanneer zij het over het sociaal netwerk van de cliënt hebben. Minder aandacht lijkt er te zijn voor de rol die het netwerk kan spelen bij het doen van bijvoorbeeld sociale activiteiten. Wellicht wordt de mogelijkheid tot daadwerkelijke hulp bij problemen vanuit de sociale kring door de professionals als meer urgent beschouwd dan bijvoorbeeld een gezamenlijke vrijetijdsbesteding. Daarnaast valt op dat tijdens de zelfregietraining van MOVISIE in verhouding tot de andere kernelementen van zelfregie relatief weinig gericht wordt op netwerkactivering.

Nadruk op zelfredzaamheid

Alle professionals geven aan dat de nadruk van het overheidsbeleid op zelfredzaamheid voor hen merkbaar is of merkbaar gaat worden. Hoewel zij zelfredzaamheid als een belangrijk doel van het hulpverleningstraject zien ter bevordering van het welzijn van de cliënt, zien zij nogal al wat haken en ogen aan het steeds meer verplichtende karakter van zelfredzaamheid. Het betekent dat mensen alternatieve hulpbronnen moeten hebben en daar ontbreekt het vaak aan. Een deel van de cliënten dreigt op die manier tussen wal en schip te vallen. Voor hen is de toegang tot gesubsidieerde hulp cruciaal om de grip op hun leven te behouden.

“Bij de gemeente is de leus ‘iedereen zelfredzaam’. Daar houden ze me altijd het spiegelkje voor dat iedereen tot zijn dood het zelf moet kunnen blijven doen. En ik denk dat dat niet waar is. En ik denk dat het gaat om op tijd durven vragen ‘ik heb nu wel hulp nodig anders gaat het mis’. Iedereen zelfredzaam? Dan denk ik: sommige mensen hebben gewoon geen netwerk waarvan ze gebruik kunnen maken. En veel mensen kunnen hun eigen hulpvraag niet formuleren. Daar zit echt een gat.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

“Eigen verantwoordelijkheid! En als u het toch niet redt, meneer... Jammer, dan schoppen we u lekker terug de stront in en dan wordt u maar dakloos. Dat u niet zelfstandig kan leven, ja daar

hebben wij niks mee te maken. Dat is de trend van nu. Ja, zeggen ze bij die hulpverleningsinstellingen, had ie zich maar aan de afspraken moeten houden. Heb je je afgevraagd of zo iemand dat wel kan? En zo iemand wordt wel dakloos binnenkort. Het idee erachter is mooi, de verantwoordelijkheid bij de burger, maar de mensen die dat verzinnen hebben geen idee van de praktijk. Er zijn veel mensen die een beetje zwakbegaafd zijn, en tegenwoordig is de wereld zo ingewikkeld, het is nauwelijks meer bij te benen voor die mensen.”
(Maud, wijkverpleegkundige)

Tegelijkertijd worden er kansen gezien die de niet-vrijblijvende nadruk op zelfredzaamheid biedt. Een aantal professionals geeft aan dat als de professionele hulpverlening een stap terug doet, er mogelijk nieuwe solidariteit onder burgers wordt gestimuleerd. Het vraagt van de professionals zelf om manieren te vinden om de sociale omgeving te activeren en bijvoorbeeld mensen met elkaar te *matchen*.

“Ik hoop dat het nieuwe beleid aan gaat slaan. Ik hoop dat mensen in de buurt meer zullen zeggen: ‘wat kan ik voor u doen?’. Dat beseft is er zo weinig. Ook bij familieleden, die ons doodleuk opbellen om te zeggen ‘mijn moeder is opgenomen, kunnen jullie langskomen om de post te bekijken?’ Ik ben zelf best wel moe van de bestaande hulpverleningswereld. Iedereen die arm of zielig is moet geholpen worden door een professionele hulpverlener. Dat vind ik achterhaald.” (Eva, ouderenadviseur)

“Ik probeer de laatste tijd mensen met elkaar te matchen. De ene is een beetje eenzaam en de ander heeft wel activiteiten maar kan ze niet alleen doen vanwege bijvoorbeeld een fysieke beperking. Ik heb eerder twee vrouwen aan elkaar gekoppeld over hoe je een scootmobiel moet gebruiken. Maar daar gaat wel veel tijd en coördinatie inzitten. Het is niet altijd de meest makkelijke oplossing.” (Ellen, wijkverpleegkundige)

Ondanks dat de meeste professionals de huidige ontwikkelingen, waarbij steeds meer een beroep zal worden gedaan op de zelfredzaamheid van kwetsbaren, zien als een onomkeerbaar proces, geven zij toch aan te weinig met die toenemende zelfredzaamheidsplicht te doen. Uit zowel de interviews als de zelfregietraining komt naar voren dat zij zichzelf nog te weinig vinden investeren in bijvoorbeeld het activeren van de sociale omgeving van cliënten. Tegelijkertijd zijn de geïnterviewden zich ervan bewust dat juist het netwerk een steeds belangrijkere rol zal moeten gaan spelen in de hulp aan cliënten.

Kennelijk wordt de relevantie ervan erkend, maar komt dit (nog) onvoldoende naar voren in de prioriteitstelling van de dagelijkse praktijk. Opvallend is dat zowel tijdens de interviews als de zelfregietraining door de professionals vrijwel niets genoemd wordt over eventuele samenwerking met vrijwilligers en de rol die zij kunnen spelen in hulp en gezelschap voor cliënten. Reden hiervoor kan zijn dat er daadwerkelijk weinig samenwerking is met vrijwilligers maar ook dat het niet aan de orde is gekomen omdat er niet expliciet naar gevraagd is tijdens het onderzoek.

5.2 Cliënten over zelfregie

Beleving van zelfregie

Hoewel de manier waarop over eigen regievoering gesproken wordt zeer uiteenloopt – voor de één is het een duidelijker te plaatsen begrip dan voor de ander – geven vrijwel alle cliënten aan hoe essentieel het voor hen is om de touwtjes in eigen handen te hebben. De meeste cliënten hebben het gevoel dat zij in hun huidige leven de regie hebben en eigenaar van hun situatie zijn. Ze geven aan dat de professionele hulp die zij op dit moment krijgen een belangrijke rol speelt om de eigen regie te kunnen voeren. Vijf van de zeven geïnterviewden zijn dan ook in de typologie *Zelfregie en Zelfredzaamheid* (zie Figuur 2, p. 24) te plaatsen binnen het burgertype van de *organisatoren*: ze hebben toegang tot professionele hulpverlening en weten deze hulp zelf goed te coördineren. Opvallend is dat alle drie de hoogopgeleide cliënten uit de informantengroep op deze manier te typeren zijn. De leeftijd van de geïnterviewden blijkt geen rol te spelen in de beleving van zelfregie.

“Alle beslissingen in mijn leven neem ik zelf. Ik kan me niet voorstellen dat dat anders zou zijn. Ik laat me wel adviseren, en dan slaap ik er nog een nachtje over en neem dan vervolgens zelf het besluit over wat ik ga doen. Ik laat me door niemand vertellen wat ik moet doen [lacht]... nee dat kan gewoon niet. Dat ik het zo belangrijk vind om zelf te beslissen zit gewoon in me, ik was voor mijn ziekte ook al zo. Ik geef mezelf een 8 als het gaat om zelfregie.” (Wilma, 56 jaar, MS-patiënte)

“Ik heb nu het gevoel dat ik de wereld aan kan. Kom maar op! En dat is natuurlijk heel grappig, want ik heb heel veel mensen om me heen die me helpen. Ik heb thuiszorg, ik heb iemand voor de post, ik heb een verpleegkundige en ik heb mijn financiën uitbesteed. En toch voelt het alsof het heel goed gaat. En het gaat ook goed, juist door die hulp. Dat je veel hulp nodig hebt,

betekent niet dat je hulpeloos bent. Integendeel. Ik heb zelf de regie altijd gehad omdat ik door wilde. En ik denk dat dat heel erg afhangt van je persoon en wat je hebt meegemaakt.’ (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

“Voor mij betekent de touwtjes in handen hebben dat ik mijn depressie onder controle heb. Dat is voor mij het belangrijkste. Depressie is een hel; je hebt geen leven. Dat mijn depressie weg is zorgt ervoor dat ik weer mijn leven in handen heb. En mijn depressie is weg omdat ik hier terecht ben gekomen, omdat ik medicijnen krijg, er naar mij geluisterd wordt en ik hier leuke dingen kan doen en anderen kan helpen. Dat is alles wat ik nodig heb.” (Youssef, 49 jaar, psychiatrische achtergrond, bewoner instelling voor beschermd wonen)

Twee van de geïnterviewden, Patrick (37 jaar, rolstoelafhankelijk) en Steve (52 jaar, ex-drugsverslaafd, herstellende van hersenbloeding), geven aan zich vaak machteloos te voelen in het leven. Beide vertellen dat zij lange tijd te weinig hulp hebben gekregen en zelf te beperkt waren om hun problemen aan te pakken. Dit zorgde in beide gevallen ervoor dat zij de grip op hun leven verloren door aan huis gekluisterd te zijn. Zelf wisten zij de weg naar hulpverlening niet te vinden. Hoewel beide sinds kort hulp krijgen van een professional waarbij zij het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt, geven de cliënten aan slechts weinig controle over hun eigen leven te ervaren. Binnen de burgertypen zijn zij te plaatsen onder de *stuurlozen*. Patrick zegt zich een ‘speelbal’ te voelen van instanties waar hij afhankelijk van is:

“Ik word nergens gehoord of begrepen. Tot Eva [maatschappelijk werker/ouderenadviseur] me kwam helpen kon ik helemaal niks. Ik moest naar de gemeente toekomen zodat ze mij konden keuren of ik een aanpassing in mijn huis kon krijgen. Ik kon mijn eigen huis niet eens uit, dat was juist de reden van de aanvraag. Ik kan dan voor 5 euro gehaald en gebracht worden, dat is ééntiende van mijn weekbudget.(...) Ik, die al niks heb. Ik moet kopietjes maken van medische dossiers. Ik kan dat niet betalen. Toen heb ik gezegd ‘ik stop ermee’. En dat is het heel simpel: dan wordt het afgewezen en gebeurt er dus niks.” (Patrick, 37 jaar, rolstoelafhankelijk)

“Ik wil rust. Ik kan niet meer. Ik moet opgenomen worden. En daarna een ander huis. En iemand om mee te praten, mooie gesprekken. Maar ik kan dat niet alleen. Ik kan nog geen pen vasthouden. Nu is er eindelijk iemand die mij een beetje helpt [Maud, wijkverpleegkundige].

Maud is goed, maar daarvoor was er niemand.” (52 jaar, ex-drugsverslaafd, herstellende van hersenbloeding)

Gert (60 jaar, diabetespatiënt, hygiënische verwaarlozing) benadrukt juist het liefst zo min mogelijk hulp en bemoeienis te hebben. Ondanks dat hij in een vervuild huis woont en intensieve zorg nodig heeft vanwege diabetes en open wonden als gevolg van een teenamputatie, zegt hij het liefst alles zelf te regelen. Nadat hij particuliere verpleging niet meer kon betalen, is hij zelf de wonden gaan verzorgen. Na klachten vanuit de buurt over stankoverlast uit zijn huis is Ellen (wijkverpleegkundige) samen met de politie op huisbezoek gegaan en – in eerste instantie tegen Gert’s wil in – een hulpverleningstraject gestart.

“Ik geef mezelf een 8 voor hoe ik mijn leven stuur. Je hebt natuurlijk wel instanties en allerlei hulpverleners enzo die iets voor je kunnen doen, maar dan bepalen zij de regels. En dat kan ik niet hebben.” (Gert, 60 jaar, diabetespatiënt, hygiënische verwaarlozing)

“Ik was op weg naar de stad, staat Ellen op eens voor mijn deur. Ja, ze stond daar met een man of vier, van die politieagenten. Die staan opeens voor mijn neus, dus ik zeg ‘ik ken je niet, wat kom je hier doen?’. En één van die agenten zei dat ik naar een verzorgingshuis moest, dus ik zeg ‘daar moet je lekker zelf heengaan’. Ik heb geen verzorgingshuis nodig hoor, echt niet. Die vent ging hier foto’s lopen maken. Ik zeg ‘allemaal prima, maar jij gaat hier niet fotograferen hoor’. Die agent was een enge vent, die bleef hier staan als een schildwacht. Ik zei steeds tegen hem ‘ga zitten’, nou dat deed ie niet. Maar ja, Ellen heeft haar intro gemaakt en het is allemaal goed gekomen. En daar was gewoon een klik, een hele sociale vrouw. Ik zei wel tegen haar: volgende keer zonder die vent, anders kom je er niet in.” (Gert, 60 jaar, diabetespatiënt, hygiënische verwaarlozing)

Hoewel Gert vanuit zijn positie binnen de burgertypen van de *onafhankelijken* naar de *betuttelden* had kunnen bewegen – de start van het hulpverleningstraject was immers ongewild – geeft hij aan dat de aanpak van Ellen (wijkverpleegkundige) hem een stuk vrijheid in zijn leven heeft teruggegeven. Doordat zij aanpassingen in zijn huis en orthopedische schoenen heeft geregeld is hij mobieler geworden, waardoor hij af en toe weer iets leuks kan doen zoals naar het strand. Met zijn zelf gekozen grote mate

van zelfstandigheid en beperkte hulp bevindt hij zich op de scheidslijn van het burgertype van de *onafhankelijken* en die van de *organisatoren*.

Vertrouwensrelatie met de hulpverlener

Na langzaam het vertrouwen te hebben gewonnen van Gert is het hulpverleningstraject dat voor een jaar werd gefinancierd inmiddels afgerond. Dit houdt in dat Gert vanuit een andere instantie een hulpverlener krijgt toegewezen. Hij is hier vrij sceptisch over en weet nog niet of hij verder wil gaan met de nieuwe hulpverlener.

“Ik was aan Ellen gewend. Zij kent mij. En nu komt er weer iemand over de vloer die ik niet ken. Ik moet het nog maar zien.” (Gert, 60 jaar, diabetespatiënt, hygiënische verwaarlozing)

Ook in de andere interviews wordt regelmatig het belang benadrukt van de relatie die de cliënt met de hulpverlener heeft. De cliënten hechten zeer aan een vertrouwensband en een ‘klik’ met de hulpverlener. Dit vertrouwen is nodig om openlijk te kunnen praten over wat er bij iemand speelt.

“Wat heel belangrijk is, is dat je zelf je hulpverleners kan kiezen. Of je het wilt of niet, een hulpverlener komt heel dichtbij je. Die grijpt heel erg in op je dagelijks leven maar ook in je gevoelsleven. En in je vertrouwen in de toekomst. Daar moet je een band voor hebben. En als je geen band hebt, hebben ze geen kijk op wat er echt in jou afspeelt. En dat is vooral voor mensen met een psychose heel belangrijk. Want ik kon er heel goed overheen praten terwijl ik zelf wist dat ik psychotisch was. Maar mensen zeiden ‘je kan toch een gewoon gesprek met je voeren’ en ‘je bent erbij’. En dat was omdat we die band niet hadden... het zorgde ervoor dat ik niet eerlijk zei wat er aan de hand was. Ik durfde niet eerlijk te zijn dat ik dwanggedachten had. Die persoonlijke klik is heel belangrijk.” (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

Regie uit handen

Een aantal van de geïnterviewden geeft aan in het verleden slechte ervaringen te hebben gehad met hulpverlening. Dit had vooral te maken met het gevoel dat er niet naar hen geluisterd werd en dat zij niet serieus genomen werden. Beslissingen werden in sommige gevallen buiten hen om genomen door hulpverleners: de cliënten verloren hun gevoel van eigenaarschap (burgertype de *betuttelden*). Voor de

cliënten met deze ervaringen betekende dit een aanzienlijke verslechtering van hun gevoel van welzijn en functioneren.

“Ik was al heel lang depressief, zat alleen op mijn slaapkamer, kwam niet buiten. Maar het duurde heel lang voor ik serieus genomen werd. De huisarts zei: ‘ga maar een baantje zoeken, dan gaat het wel beter met je’. Uiteindelijk had ik een afspraak bij het Riagg gemaakt. Ik wilde een Nederlandse psycholoog, maar ik zag al op de brief dat het een Turkse naam was [Youssef heeft zelf een Marokkaanse achtergrond]. Dat wilde ik niet. Maar ik kreeg toch die Turkse psycholoog. Het maakte ze niet uit wat ik zei. Dat werkte niet. Daarna ben ik heel erg teruggevallen en werd agressief naar mijn moeder. Uiteindelijk ben ik opgepakt door de politie en gedwongen opgenomen op een gesloten psychiatrische afdeling.” (Youssef, 49 jaar, psychiatrische achtergrond, bewoner instelling voor beschermd wonen)

“Een maatschappelijk werker wilde op een gegeven moment met mijn huisarts praten. Zonder mij erbij! Ja dat gebeurt dus niet. Maar wat voel je je dan een niksnut als zo iemand dat maar even zegt. En wordt er door zo’n hulpverlener tegen me gezegd dat ik gezond moet gaan eten. Ik hou soms een tientje in de week over en daar moet ik boodschappen van gaan doen. Denk je dat ik dat kan betalen? Zodra iemand gaat zeggen wat ik moet doen, ja.. dan haak ik af.” (Patrick, 37 jaar, rolstoelafhankelijk)

“Tijdens mijn tweede psychose heb ik een hele slechte ervaring gehad met hulpverlening. Met mensen die helemaal niet de regie aan mij gaven en heel erg beslisten en niet naar mij luisterden. Ik had een maatschappelijk werker en die mocht ik niet. Geen leuke vent. Die heb ik drie jaar lang gehad terwijl ik zei dat ik dat niet wilde. Toen werd ik echt ziek, toen had ik mensen nodig die ik kende en toen zei hij opeens ‘ik kan het niet meer aan en ik trek me terug’. Dat was een dubbele klap. Je bent dan zo in de war dat je niet zo goed aan kunt geven wat je wilt. En ik ben een heel zachtvaardig iemand, dus ik ga ook niet snel tegen iets in.” (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

Anne beschrijft haar ervaring van het verschil in hulpverlening waarbij wel en waarbij niet vanuit eigen regievoering gewerkt wordt.

“Het grote verschil is dat mensen naar je luisteren en niet zo maar vragen ‘hoe gaat het met haar’ maar echt ‘wat wil ze nou eigenlijk’ en ‘wat vindt ze belangrijk’. Ik snap best als je erg in de war bent dat je zelf geen beslissingen kan nemen. Maar er is een heel groot vlak daarvoor waarin je nog niet heel erg in de war bent en waar je wel kan aangeven wat je prettig vindt. En als mensen dan niet eens naar je luisteren, dan ga je je helemaal niks waard voelen. En dan ga je heel erg over je grenzen heen omdat je denkt ‘wat ik wil is toch niet belangrijk’ en dat heb ik echt wel meegemaakt dat ik heel erg over mijn grenzen heen ging omdat ik dacht dat niemand om mij gaf.” (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

Eigen kracht

Tijdens de interviews vertellen de cliënten over wat voor hen belangrijk is in het leven, waar hun passie ligt. Voor de één is dit een waardevolle herinnering aan vroeger, voor de ander een hobby of activiteit die zij dit moment in hun leven hebben. De eigen kracht is voor de meesten van hen direct gekoppeld aan het gevoel de controle te hebben: het gaat om een levensgebied dat zij zelf gecreëerd hebben en waarin zij worden uitgedaagd in hun persoonlijke capaciteiten en talenten.

“Ik ben van een universitaire studie Geschiedenis overgestapt naar een mbo-opleiding voor landbouw. Iedereen ‘nou, dat lijkt me niks voor jou; jij hoort in de boeken.’ Maar ik kan niet in de boeken. Dat lukt niet meer. Dus toen ben ik bij een tuinderij als vrijwilliger gaan werken. En nu is iedereen eraan gewend. En ik vind het geweldig om te doen. Maar ik had wel het zelfvertrouwen nodig om deze stap te zetten.” (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

“Ik was succesvol danser. Ze noemden me James Brown: die spagaat kan ik nog steeds. En daarnaast dresseerde ik honden. [Lachend laat Steve een kast met trofeeën zien]. Mijn droom is om weer een hond te hebben. Dan zou ik gelukkig zijn. Ik denk alleen dat dat nooit meer gaat lukken. Ik kan dat nooit betalen.” (Steve, 52 jaar, ex-drugsverslaafd, herstellende van een hersenbloeding)

“We vergaderen regelmatig met bewoners en begeleiders. We hebben het over de problemen van het huis, over de mensen van het huis. Als ze niet tevreden zijn en er moet iets gebeuren dan hebben we het daarover. De bewoners zien het resultaat, dat er iets gebeurt wat zij belangrijk vinden. Ik regel veel voor de bewoners. Ik ben hun steun. Dat doet me zo veel goed om iets voor

die mensen te betekenen.” (Youssef, 49 jaar, psychiatrische achtergrond, bewoner instelling voor beschermd wonen)

Sociaal netwerk

Met name de laagopgeleide cliënten geven aan een zeer beperkt sociaal netwerk te hebben. Aan de ene kant haken mensen uit de familie- en vriendenkring af, aan de andere kant minimaliseren de cliënten zelf het contact omdat zij anderen niet met hun problemen willen opzadelen. Ook het sociale contact in de buurt is voor hen vaak minimaal.

“Ik wil mijn kinderen met rust laten. Ik wil mijn fouten niet aan andere mensen geven. Ze hoeven mij niet te helpen. Ook niet buren ofzo, zeker niet. Het is mijn leven, mijn leven.” (Steve, 52 jaar, ex-drugsverslaafd, herstellende van een hersenbloeding)

“Wat ik aan vrienden over heb gehouden? Heel veel mensen haken af. Het is een en al negativiteit en daar hebben ze geen zin in. Al mijn vroegere vrienden heb ik sinds mijn ongeluk niet meer gezien. Maar ik ben ook niet iemand die om hulp vraagt. Nee, dat nooit.” (Patrick, 37 jaar, rolstoelafhankelijk)

“Ik ben allergisch voor buren. Buren kunnen gevaarlijk wezen. Dat heb ik van huis uit meegekregen. Groeten en een deur open houden, maar daar moet het lekker bij blijven. Geen behoefte aan ook, alsjeblieft zeg. Ik zit echt niet te wachten op hulp van anderen. Kijk, Ellen [wijkverpleegkundige] helpt me goed. Prima. Maar verder regel ik zelf mijn dingen, daar hoeft niemand zich mee te bemoeien.” (Gert, 60 jaar, diabetespatiënt, hygiënische verwaarlozing)

De drie hoogopgeleide cliënten, Wilma, Anne en Joost, hebben wel een uitgebreider sociaal netwerk om zich heen. Zij geven aan het belangrijk te vinden om de aard van deze contacten niet te laten beïnvloeden door hun beperking. Het vragen van hulp aan familie en vrienden blijkt een vrij grote drempel te hebben. Voor Wilma is onlangs een Eigen Kracht-conferentie georganiseerd die haar onverwacht veel steun van familie en vrienden bij praktische zaken heeft opgeleverd.

“Het was een verrassing dat zoveel mensen bereid zijn iets te doen. Zelf durf ik het niet te vragen. Ze hebben het druk. Maar met de conferentie zag ik voor me dat ze veel dingen wilden

doen. Er waren zo'n 20 mensen, nog niet eens al mijn vrienden hoor. Je zit te denken 'zouden ze dat kunnen en willen?'. Dat zoveel familie en vrienden bereid zijn om iets voor mij te doen, dat vond ik fantastisch. Nu komen er af en toe komen mensen koken. Een nicht en haar man zijn vorige week zaterdag geweest om de boekenkast op te ruimen en de wanden van de gang op te knappen. Mijn broer heeft het op zich genomen om allerlei financiële dingen te regelen." (Wilma, 56 jaar, MS-patiënte)

Anne heeft een hechte band met haar ouders en zus. Iedere week neemt haar zus haar mee om iets leuks te ondernemen. Toch vindt Anne het belangrijk dat haar familie haar niet te veel hoeft te ondersteunen bij haar ziekte.

"Ik ben bijna dertig, en het is mijn leven. Dat is voor mij heel belangrijk. Ik wil niet afhankelijk van mijn ouders blijven. Dat is voor mij niet goed. Hoe close we ook met elkaar zijn. Dat heeft met gevoel van eigenwaarde te maken." (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

Ook Joost vertelt dat hij vrienden om zich heen heeft, maar dat hij het erg lastig vindt om aan hen hulp te vragen als dat nodig is.

"Ik ga graag naar concerten, maar kan daar niet alleen naartoe. Meestal kan ik wel iemand vinden die met mij mee wil. Maar in mijn dagelijkse dingen vind ik het lastig om hulp te vragen. Dat moet echt vertrouwd voelen, en dat zijn eigenlijk alleen mijn ouders. Die kennen mij door en door. Ik wil voor mijn vrienden 'een vriend' zijn en niet die gehandicapte jongen die hulp nodig heeft bij het douchen en koken enzo." (Joost, 23 jaar, fysiek beperkt)

Zelfredzaamheid

Hoewel de toegang tot professionele en informele hulp verschilt per cliënt, geven alle cliënten aan dat professionele hulpverlening cruciaal is in de mate waarop zij hun leven kunnen leiden zoals zij dat willen. Zij benadrukken het liefst zo onafhankelijk en zelfstandig mogelijk te kunnen leven, maar hebben hulp van buitenaf nodig om binnen hun beperkingen te kunnen functioneren op een manier die voor hen prettig is.

“Het leven zal voor mij een stuk moeilijker en zwaarder worden als die hulp wegvalt. Meer stress, en van stress krijg je klachten als je schizofrenie hebt. Alle dingen die voor mij stressvol zijn, daar helpt iemand me bij, die zijn van mij weggehaald. Daardoor gaat het zo goed. Dat is iets wat je niet weet als je geen hulpverlener bent en geen cliënt.” (Anne, 28 jaar, schizofreniepatiënte)

“Een maatschappelijk werker zei laatst tegen me: ‘je doet er zelf niets aan’. Het is heel simpel: als ik zelf naar al die instanties ga bellen, heb ik niet te vreten en kan ik niet meer naar mijn ouders bellen. Ik heb het geld gewoon niet om telefoonkosten te maken. Dan is de keuze snel gemaakt. Maar in het kader van die zogenaamde zelfredzaamheid moet ik zelf bellen. En krijg ik het ook nog eens te horen als ik dat niet heb gedaan. Gevolg is dat er dus niks gebeurt.” (Patrick, 37 jaar, rolstoelafhankelijk)

“Ik maak zelf alle beslissingen... maar kan niet alles zelf doen. En dat is soms wel frustrerend. Veel dingen zijn moeilijker om te doen. Belangrijk aan de relatie met Eva [ouderenadviseur] vind ik dat ik af en toe dingen op een rijtje kan zetten in mijn hoofd. Het zijn zoveel dingen. Met het zorgkantoor moet veel geregeld worden, papierwerk moet opgeborgen worden, zodat het niet in mijn hoofd blijft ronddwarrelen. Hoe ik dingen moet oplossen. Ik weet het altijd wel, maar dan moet je het nog gaan doen. Dan heb ik even een zetje nodig. Maar het belangrijkste is dat ik zelf mijn leventje kan leiden en zelf kan bepalen hoe ik de dingen die ik kan doen. Die dingen zijn beperkt, maar ik kan daarbinnen wel zelf beslissen. Kijk, dat is waar het om gaat.” (Wilma, 56 jaar, MS-patiënte)

5.3 Samenvatting

Zowel de welzijnsprofessionals als de cliënten geven expliciet aan dat zelfregie essentieel is voor het succes van hulpverlening en voor het welzijn en optimaal functioneren van de cliënten. In beide informantengroepen en tijdens de zelfregietraining wordt zelfregie beschreven als ‘het zelf beslissen, maar niet alles zelf moeten kunnen’. Voor professionals geldt het eigenaarschap van de cliënt als uitgangspunt van het hulpverleningstraject. Dat de cliënt de touwtjes in handen heeft, wordt al benadrukt tijdens de eerste ontmoetingen. Vaak wordt er door de hulpverlener voorzichtig naar een opening gezocht voor contact waarbij de cliënt niet het gevoel krijgt dat zijn leven overgenomen wordt.

Door goed te luisteren en door te vragen op wat de cliënt vertelt, kan de professional langzamerhand zicht krijgen op de situatie en de hulpvraag van de cliënt. Het opbouwen van een

vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt staat centraal in het stimuleren van zelfregie. Dit vertrouwen is van belang omdat de hulpvraag en de behoeften van de cliënt in de meeste gevallen niet meteen duidelijk zijn. Pas wanneer de cliënt zich vrij voelt om met de hulpverlener de onderliggende problemen te bespreken kan – vaak in kleine stappen – de ‘vraag achter de vraag’ boven tafel komen. De cliënten geven aan dat zij hierbij het gevoel nodig hebben dat er naar hen geluisterd wordt en dat zij serieus genomen worden.

Hoewel sommigen van hen negatieve ervaringen met hulpverlening hebben gehad, waarbij de sturing werd overgenomen, heeft het merendeel van de geïnterviewde cliënten het gevoel in hun huidige leven aan het roer te staan. Vijf van de cliënten zijn in de typologie *Zelfregie en Zelfredzaamheid* te typeren als *organisator*. Opvallend is dat drie van hen hoogopgeleid zijn en in tegenstelling tot de andere informanten over een vrij uitgebreid sociaal netwerk beschikken. Twee informanten geven aan weinig zelfsturing op hun leven te ervaren: zij zijn te typeren als de *stuurlozen*. Beide cliënten zeggen te weinig toegang te hebben tot professionele hulp en ook dat zij geen hulp uit hun (beperkte) sociale kring kunnen vragen. Dit maakt dat zij door hun fysieke problemen erg beperkt zijn om ‘een goed leven in eigen ogen’ te organiseren.

Voor de professionals is het soms lastig om het ‘zelf beslissen’ en het ‘zelf doen’ te onderscheiden. Zij hebben het idee de regie over te nemen wanneer zij praktische zaken, waar de cliënt zelf soms niet expliciet om vraagt, tijdelijk op zich nemen. Zo is het aanvragen van thuiszorg niet altijd een keuze van de cliënt zelf, maar draagt het uiteindelijk wel bij aan de wens van de cliënt om bijvoorbeeld zelfstandig te kunnen blijven wonen en daarmee grip op het eigen leven te houden. Ook hierbij wordt aangegeven dat grondige kennis van de situatie van de cliënt nodig is om in te kunnen schatten wanneer het tijdelijk overnemen en sturen bijdraagt aan de uiteindelijke zelfregie van de cliënt.

De eigen kracht van de cliënt, de persoonlijke capaciteiten, interesses en talenten, spelen een belangrijke rol bij het stimuleren van zelfregie. De professionals proberen er zoveel mogelijk op aan te haken door mogelijkheden te presenteren waarop de cliënt uiting kan geven aan de eigen kracht. Voor de cliënten betekent de eigen kracht een levensgebied waarin zij zelf kunnen creëren. Dit werkt positief op het zelfbeeld van de cliënt en het vertrouwen zelf beslissingen te kunnen nemen in het leven.

Zowel uit de interviews met de professionals als met de cliënten blijkt dat vooral de laagopgeleide cliënten een zeer beperkt sociaal netwerk hebben waar zij op terug kunnen vallen. Maar ook als er wel een sociaal netwerk is, is het vragen en krijgen van hulp niet vanzelfsprekend. Bij één van de cliënten heeft een Eigen Kracht-conferentie, waarbij zoveel mogelijk familie, vrienden en burens worden uitgenodigd om samen met de cliënt te bepalen wie welke hulp kan bieden, zeer positief

gewerkt. Het betekende voor haar een stap over de drempel van de vraagverlegenheid. Een aantal professionals geeft aan dat een Eigen Kracht-conferentie vooral bruikbaar is voor mensen die enigszins over een netwerk beschikken. Een andere methode die wordt ingezet is het *matchen* van mensen, soms allebei cliënt, die elkaar hulp kunnen bieden. Het wederkerigheidsprincipe is hierbij een belangrijke factor om de vraagverlegenheid te verminderen.

De professionals benadrukken dat de toenemende plicht tot zelfredzaamheid maakt dat hulp vanuit de sociale omgeving steeds noodzakelijker wordt om kwetsbaren de grip op hun leven te laten houden. Tegelijkertijd geven zij aan dat zij onvoldoende tijd hebben en nog niet bedreven genoeg zijn om het netwerk van de cliënt te activeren. De relevantie van netwerkactivering wordt erkend, maar heeft kennelijk (nog) onvoldoende prioriteit binnen de praktijk van de geïnterviewde hulpverleners. Opvallend hierbij is dat er tijdens de interviews en zelfregietraining door de professionals vrijwel niets genoemd wordt over de *civil society* en de rol die vrijwilligers kunnen spelen in de hulpverlening. Voor de cliënten, waarvan de meeste aangeven dat zij vanwege de toegang tot professionele hulp het gevoel hebben de regie op hun leven (terug) te hebben, kan de nadruk op zelfredzaamheid bij gebrek aan alternatieve hulp dan ook een inperking van de eigen regie betekenen.

Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie

De eigen verantwoordelijkheid van burgers staat centraal in de huidige samenleving. Onder eigen verantwoordelijkheid valt zowel zelfregie, de autonomie om zelf keuzes en beslissingen te kunnen maken, als zelfredzaamheid, het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden. Mensen die vanwege (meervoudige) problemen langdurig of tijdelijk met hulpverlening te maken hebben moeten steeds meer zelf de verantwoordelijkheid dragen over het omgaan met en het oplossen van die problemen. Hoewel zelfregie en zelfredzaamheid vaak in één adem genoemd worden, geven critici aan dat deze twee begrippen niet met elkaar verward moeten worden. Zelfregie houdt namelijk ook in dat iemand aan kan geven hulp nodig te hebben.

In dit onderzoek is gekeken naar hoe zelfregie in praktijk wordt gebracht door welzijnsprofessionals en hun cliënten: de groep mensen voor wie zelfredzaamheid geen vanzelfsprekendheid is. De centrale vraag van het onderzoek *'Hoe wordt zelfregie in praktijk gebracht door welzijnsprofessionals en hun cliënten? En in hoeverre wordt zelfregie beperkt door de plicht tot een zelfredzaam leven?'* zal in dit hoofdstuk aan de hand van de deelvragen beantwoord worden. Als eerste wordt beschreven hoe welzijnsprofessionals zelfregie bij hun cliënten stimuleren, daarna hoe cliënten hun zelfregie in praktijk brengen en vervolgens wat de toenemende nadruk op zelfredzaamheid volgens professionals en cliënten betekent voor de eigen regievoering. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor zowel beleidsinterventies als vervolgonderzoek. Het hoofdstuk eindigt met een reflectie op het onderzoeksproces.

Hoe stimuleren welzijnsprofessionals zelfregie bij hun cliënten?

In lijn met het uitgangspunt dat sinds de opkomst van de *empowerment*-aanpak in de jaren zestig autonomie en positieve identiteitsopbouw centraal staan in de hulpverlening (De Gier, 2007; Van Regenmortel, 2009; Scholte, 2010; Verkooijen, 2006; Wehmeyer & Schwarz, 1998) geven de welzijnsprofessionals in dit onderzoek aan dat het stimuleren van zelfregie bij hun cliënten de essentie van hun werk is. Eigen regievoering wordt als een basiswaarde gezien die naar voren komt in het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt en het benadrukken van de eigen kracht en capaciteiten van de cliënt. Vooral bij cliënten die in eerste instantie niet zitten te wachten op bemoeienis van buitenaf is het van belang is dat de professional expliciet aan de cliënt duidelijk maakt dat hij zelf de regie blijft voeren. Door te luisteren en door te vragen probeert de hulpverlener

langzamerhand de hulpvraag van de cliënt boven tafel te krijgen. Dit is vaak een langdurig proces waarin het opbouwen van vertrouwen centraal staat.

De geïnterviewde professionals zien de sociale omgeving van de cliënt als een belangrijke factor in de eigen regievoering: sociale relaties kunnen eraan bijdragen dat iemand de grip op zijn leven niet hoeft te verliezen wanneer hij niet alles zelfstandig kan. Toch gaat netwerkactivering de professionals over het algemeen niet gemakkelijk af. Dit heeft vier hoofdredenen: 1) de cliënten hebben vaak een zeer beperkt netwerk; 2) cliënten willen geen hulp vragen aan mensen uit hun omgeving; 3) sociale relaties weten niet dat zij nodig zijn en zijn daarnaast niet altijd bereid om hulp te bieden; 4) de professionals zijn nog niet bedreven in het activeren van de sociale omgeving: het is een tijdrovend proces dat soms maar weinig resultaat oplevert.

Hoe brengen cliënten zelfregie in praktijk?

Met name de hoogopgeleide cliënten uit de informantengroep ervaren dat zij de regie over hun eigen leven voeren. Zij vallen onder het burgertype van de *organisatoren* die binnen hun hulpafhankelijkheid zelf de regie voeren over hun leven en bepalen welke hulp daarbij nodig is. Opvallend is dat de aard van de beperking en problematiek weinig invloed lijkt te hebben op de beleving van zelfregie. Het zijn voornamelijk de mate van toegang tot hulp en de manier waarop hulp wordt gegeven die deze beleving invulling geven. De cliënten kunnen hun regie in praktijk brengen doordat zij het gevoel hebben serieus genomen en gehoord te worden binnen het hulpverleningstraject en zo, in Verkooijens (2010) woorden, 'een goed leven in eigen ogen' te kunnen organiseren. In lijn met de zelfbeschikkingstheorie (Ryan & Deci, 2000) worden zij op die manier in staat gesteld om binnen hun eigen vermogen, op hun eigen wijze, mee te draaien in de samenleving. Hierbij is het ook van belang dat de cliënt uiting kan geven aan de eigen kracht: persoonlijke capaciteiten, interesses en talenten. De beperkingen die de cliënt in zijn leven ervaart zorgen ervoor dat de eigen kracht soms op de achtergrond dreigt te raken. Juist doordat de hulpverlener (tijdelijk) praktische zaken overneemt, ontstaat er voor de cliënt ruimte om een (oude) hobby op te pakken of zelfs een nieuwe studie te beginnen.

Negatieve ervaringen met hulpverlening zijn vrijwel altijd gebaseerd op de regie die ontnomen wordt. Het gevolg kan zijn dat cliënten afhaken in het traject en terugvallen in hun problematiek, soms in verergerde vorm. De twee cliënten die aangaven zich machteloos te voelen in hun huidige leven (de *stuurlozen*) vanwege gebrek aan hulp uit de sociale omgeving en onzichtbaarheid voor de professionele hulpverlening verloren hierdoor aan grip op hun leven.

Hoewel het sociale netwerk als één van de kernelementen van zelfregie wordt aangeduid (Brink, Lucassen & Poll, 2011) spreken de cliënten voor wat betreft hulp unaniem hun voorkeur uit voor professionele hulpverlening boven hulp vanuit hun netwerk. Dit geldt voor zowel de mensen die beschikken over een sociaal netwerk, in dit onderzoek vooral de hogeropgeleiden, als voor hen die weinig sociale contacten hebben.

In lijn met Bauman (2000) en Sennett (2003) beschrijft Tonkens (2003, 2006) dat hulpvraag en hulpaanbod niet vanzelfsprekend zijn wanneer mensen een beroep moeten doen op hun eigen sociale omgeving. Ook de geïnterviewden in dit onderzoek geven aan dat aan de ene kant mensen in de omgeving afhaken in het contact, aan de andere kant willen de cliënten zelf geen hulp vragen. Deze vraagverlegenheid heeft met schaamte te maken, maar ook met het feit dat mensen de weinige sociale relaties die ze hebben willen koesteren. Ze willen in de eerste plaats ouder, kind, geliefde of vriend zijn en niet hulpafhankelijke. Eén van de geïnterviewden ervaarde een voor haar georganiseerde Eigen Kracht-conferentie, waarbij zoveel mogelijk sociale contacten uitgenodigd worden om samen met de cliënt te bepalen wie welke hulp kan bieden, als drempelverlagend voor haar hulpvraagverlegenheid.

Het spanningsveld tussen zelfregie en zelfredzaamheid

Onder de huidige sociale en politieke nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van burgers worden zowel zelfregie als zelfredzaamheid geschaard. Kwetsbaren in de samenleving moeten steeds meer hun eigen keuzes maken en tegelijkertijd steeds minder afhankelijk van gesubsidieerde hulp zijn: het ideaalbeeld hangt samen met het burgertype van de *onafhankelijke*, Zoals verschillende critici als Linders (2010), Van Regenmortel (2008, 2009) en Tonkens (2003, 2006) aangeven hoeven 'zelf beslissen' en 'zelf doen' echter lang niet altijd samen te vallen. Uit de interviews met zowel de welzijnsprofessionals als de cliënten blijkt dan ook dat zelfregie van kwetsbare burgers vaak juist samenhangt met de toegankelijkheid en de aard van professionele hulpverlening. Wanneer deze toegankelijkheid afneemt moeten kwetsbaren een beroep doen op alternatieve hulpbronnen vanuit de sociale omgeving of particuliere hulp. Zoals eerder genoemd vormen het gebrek aan hulp vanuit de sociale omgeving en aan financiële middelen om particuliere hulp in te schakelen het belangrijkste obstakel om mensen zelfredzamer te laten zijn en tegelijkertijd de grip op hun leven te laten behouden.

Hoewel het bevorderen van zelfregie en van zelfredzaamheid beide elementen van zowel *empowerment* (Van Regenmortel, 2008) als van een neoliberal overheidsbeleid vormen, is er een aanzienlijk verschil tussen deze uitgangspunten. De *empowerment*-gedachte is namelijk primair gebaseerd op welzijnsbevordering van kwetsbare burgers, terwijl het huidige overheidsbeleid, en de

daarmee samenhangende bezuinigingen, vooral gericht is op het bevorderen van zelfstandigheid van burgers. Uit de interviews met zowel de welzijnsprofessionals als met de cliënten komt naar voren dat gesubsidieerde hulpverlening vaak cruciaal is voor de grip op het eigen leven van cliënten. Deze grip is nodig voor kwetsbaren om, binnen het eigen vermogen, optimaal te kunnen functioneren binnen de samenleving. Zelfregie betekent dus niet altijd zelfredzaam.

Hoewel de meeste professionals en cliënten op dit moment niet een te kort aan toegankelijke professionele hulpverlening ervaren, wordt er door de professionals gevreesd dat dit de komende tijd door de voortzettende bezuinigingen gaat veranderen. Hierdoor zullen steeds meer mensen tussen wal en schip dreigen te vallen en naar het burgertype van de *stuurloze* bewegen omdat zij de bemoeilijkte weg naar hulpverlening niet weten te vinden. Zonder af te doen aan de verheffende kracht van zelfredzaamheid, is het vrijwel onmogelijk om deze kracht in te zetten als legitimering van bezuinigingen in de welzijnssector. Op deze manier dreigen vele burgers die het op eigen kracht niet redden hun autonomie – en daarmee hun welzijn – voor een groot deel te verliezen waardoor zij niet alleen in hun zelfregie beperkt worden, maar uiteindelijk ook in hun functioneren in de samenleving.

6.3 Discussie en aanbevelingen

Maatschappelijke bijdrage

In het beleid van zowel landelijke overheid als Wmo worden zelfregie en zelfredzaamheid vaak samen geschaard onder de eigen verantwoordelijkheid van burgers. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat ‘zelf beslissen’ en ‘zelf doen’ – het burgertype van de *onafhankelijke* – niet per definitie samen hoeven te vallen en in sommige gevallen zelfs haaks op elkaar staan. Veel mensen (her)vinden juist de regie op hun leven wanneer bepaalde zaken tijdelijk van ze wordt overgenomen. Zoals uit het onderzoek blijkt is eigen regievoering een belangrijke indicator voor het welzijn en het naar vermogen optimaal functioneren van mensen. Het stimuleren van zelfregie kan dan ook in veel gevallen bijdragen aan het zelfredzamer worden van kwetsbaren. Zelfregie als mogelijke stap naar een zelfredzamer leven vraagt echter een tijdelijke of langdurige investering waarbij professionele hulpverlening vaak een essentiële rol inneemt.

Een tekenend voorbeeld hiervan is de geïnterviewde cliënt Anne die vanwege haar schizofrenie intensieve professionele hulp tot haar beschikking heeft. De hulpverlening heeft eraan bijgedragen dat zij de controle over haar leven terug heeft gekregen. Vanuit het zelfvertrouwen dat Anne op deze manier heeft opgebouwd is zij in staat door middel van vrijwilligerswerk bij te dragen aan de

samenleving. Hoewel Anne altijd hulp nodig zal hebben, is het voor haar vanwege haar psychische en fysieke vooruitgang mogelijk om langzamerhand minder hulpafhankelijk te zijn. Zij is *organisator* van haar eigen leven geworden.

Voor beleidsvoering betekent dit dat in het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van burgers een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen zelfregie en zelfredzaamheid. Het optimaal kunnen functioneren van mensen, dat zelfredzaamheid naar vermogen bevordert, staat in direct verband met de mate waarop zij hun eigen regie kunnen voeren. Dit houdt in dat het eigen verantwoordelijkheidsbeleid pas werkelijk effectief en duurzaam kan zijn wanneer er wordt geïnvesteerd in de eigen regievoering van kwetsbaren. Veel mensen kunnen wellicht geen *onafhankelijke* worden, maar kunnen wel naar hun eigen vermogen optimaal functioneren wanneer zij *organisator* zijn. De overheid moet er dan ook voor waken dat kwetsbaren door de nadruk op zelfredzaamheid niet tot de groep *stuurlozen* gaan behoren.

Professionele hulpverleners moeten de mogelijkheid krijgen om een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen en om de sociale omgeving van de cliënt te activeren. Zoals een aantal geïnterviewde professionals in dit onderzoek aangeeft, is het bij het opbouwen van vertrouwen en op die manier de 'vraag achter de vraag' boven tafel te krijgen, van belang dat de professional voor een groot deel zelf kan bepalen hoe hij zijn beschikbare tijd over zijn *caseload* verdeelt en dat er niet altijd directe resultaten behaald hoeven te worden. Daarnaast geven de professionals aan dat zij nog onvoldoende bedreven zijn in het activeren van het netwerk van de cliënt. Hulpverleners moeten dan ook mogelijkheden krijgen aangereikt om deze vaardigheden te ontwikkelen in bijvoorbeeld de vorm van trainingen en uitwisseling van praktijkervaringen met collega's.

Of kwetsbaren zelfredzamer moeten worden is niet de vraag. Verschuivingen in de maatschappij als de toenemende vergrijzing en overheidsbezuinigingen zijn een feit en zullen de komende decennia voor een groot deel de structuur van de samenleving beïnvloeden. Dit vraagt om een cultuuromslag bij zowel welzijnsprofessionals als kwetsbare burgers. Welzijnsprofessionals zullen hun prioriteitstelling moeten aanpassen om hun cliënten naar dat zelfredzamere leven te begeleiden. Zij zullen de tijd die zij beschikbaar hebben voor hun cliënt zo moeten indelen dat er onder meer ruimte ontstaat voor netwerkactivering. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van Eigen Kracht-conferenties of via het *matchen* van mensen die gebruik kunnen maken van elkaars capaciteiten vanuit een wederkerigheidsprincipe. Deze methoden kunnen bijdragen aan afname van vraagverlegenheid en het stimuleren van hulpbereidheid en vormen daarmee een belangrijke kans voor het zelfsturend vermogen van kwetsbare burgers.

Wetenschappelijke bijdrage

Hoewel er veel methodische literatuur bestaat over zelfregie, vaak als subthema van *empowerment* in de hulpverlening, ontbrak onderzoek naar hoe zelfregie in de praktijk wordt gebracht door welzijnsprofessionals, en met name door cliënten, vrijwel volledig. In dit onderzoek is geanalyseerd wat zelfregie betekent voor kwetsbaren en hoe het zich verhoudt tot de huidige politieke nadruk op zelfredzaamheid. Hoewel zelfregie voor de geïnterviewde professionals een bekend begrip was, was het in het contact met de cliënten noodzakelijk om een taal te vinden om zelfregie te kunnen bespreken. De kwalitatieve aard van dit onderzoek bood hiervoor uitkomst. Deze taal kan een startpunt zijn voor vervolgonderzoek, mogelijk in de vorm van een kwantitatieve analyse die op grotere schaal kan indiceren hoe zelfregie, welzijn en het naar vermogen optimaal functioneren van kwetsbaren in de samenleving met elkaar samenhangen.

Ander relevant en urgent vervolgonderzoek zou gericht moeten zijn op hoe welzijnsprofessionals aan netwerkactivering van hun cliënten kunnen doen. Op dit vlak is nog onvoldoende kennis in het werkveld en een analyse van werkzame methoden zou dan ook een waardevolle bijdrage kunnen leveren binnen de vraagstukken van zelfregie en zelfredzaamheid.

Tenslotte zou een kwantitatieve analyse inzicht kunnen bieden in de mate waarop er zelfregieversterkend gewerkt wordt in de welzijnssector. Vanwege de kwalitatieve aard van dit onderzoek en het feit dat de in dit onderzoek betrokken professionals allen aangeven zelfregieversterkend te werken ontbreekt het in deze studie aan kennis over hoe zelfregie sectorbreed wordt gestimuleerd.

6.4 Reflectie

Hoewel met dit onderzoek mogelijk een relevante bijdrage is geleverd aan het verkennen van het vrij ontontgonnen terrein van zelfregie in de praktijk, zijn er een aantal *biases* in het onderzoekstraject vast te stellen. Het merendeel van de geïnterviewde welzijnsprofessionals is benaderd aan de hand van hun deelname aan de zelfregietraining van MOVISIE en ook de overige twee professionals gaven aan zelfregie een belangrijk onderdeel van hun werk te vinden. Welzijnsprofessionals waarbij het stimuleren van zelfregie een beperktere rol inneemt zijn in dit onderzoek niet aan het woord gekomen. Dat er alleen professionals zijn geïnterviewd die zelfregieversterkend werken heeft ook invloed gehad op de selectie van de geïnterviewde cliënten. Hoewel enkelen van hen in het verleden ervaring hebben gehad met hulpverlening waarbij de regie ontnomen werd, is geen van de cliënten te positioneren in het

burgertype van de *betuttelden*. Over deze groep kon dan ook in dit onderzoek nauwelijks uitspraken worden gedaan.

Een andere *bias* bij de selectie van de cliënten is dat er om ethische redenen in samenspraak met de professionals gekozen is om die cliënten te selecteren die in staat worden geacht te kunnen reflecteren op zelfregie en die daarnaast in een enigszins stabiele situatie zitten. Hierdoor is een groep cliënten uitgesloten van het onderzoek die mogelijk een waardevolle bijdrage had kunnen leveren. Dit verklaart wellicht waarom er relatief veel hoogopgeleiden in de informantengroep zitten, terwijl de professionals aangeven dat het grote merendeel van hun *caseload* bestaat uit laagopgeleiden. Dit maakt dat de cliënten die zelfregie positief beoordelen, de *organisatoren*, in dit onderzoek wellicht oververtegenwoordigd zijn.

Tenslotte zou een vraag over de samenwerking met vrijwilligers en de rol die zij kunnen spelen in de ongesubsidieerde hulp aan kwetsbaren een waardevolle aanvulling zijn geweest op de *topiclist* voor de interviews met de professionals. In het politieke debat wordt naast de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de rol die hun sociale omgeving daarin kan spelen de mogelijkheden van de *civil society* benadrukt. In deze studie lag de nadruk op de toegankelijkheid van hulp vanuit het netwerk van de cliënt en is de functie die de *civil society* kan hebben in ongesubsidieerde hulp onderbelicht gebleven.

Literatuur

- Baumann, Z. (2000). Am I my brother's keeper? *European Journal of Social Work* (3) 1, pp. 5–11.
- Baumeister R. F. (1991). *Meanings of life*. Londen/New York: The Guilford Press.
- Boer, N., de & Lans, J., van der (2011). *Burgerkracht: De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.
- Boevink, W. (2008). *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld*. Utrecht: MOVISIE.
- Bowen, G.A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods* 5(3) 12-23.
- Brink, C., Lucassen A. & Poll, A. (2011). *Inventarisatie zelfregie - Methoden voor professionals die werken met mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: MOVISIE.
- Claassen, R. (2011). *Het Huis van de Vrijheid*. Amsterdam: Ambo/Anthos.
- Dalrymple, Th. (2006). *Leven aan de onderkant. Het systeem dat de onderklasse in standhoudt*. Utrecht: Spectrum.
- Deth, A. van; Beltman, H.; Poll, A. (2012). *Aan het woord. Portretten van ervaringsdeskundigen*. Utrecht: MOVISIE.
- Donkers, G. (2003). *Zelfregulatie: Een contextueel sturingsconcept van sociale interventies*. Houten/Antwerpen:Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eigen Kracht-centrale. Opgehaald op 13 mei 2012 van www.eigen-kracht.nl
- Ewijk, H., van (2010). *Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd. Oratie aan Universiteit voor Humanistiek in Utrecht*. Amsterdam: Humanistic University Press / SWP.
- Fei-Yin Ng, F.; Kenney-Benson, G.A.& Pomerantz, E.M. (2004). Children's Achievement Moderates the Effects of Mothers' Use of Control and Autonomy Support. *Child Development* 75 (3), 764 – 780.
- Gier, E., de (2007). *Overpeinzingen bij een activerende participatiemaatschappij*. Inaugurele rede. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Haaster, H., van; Janssen, M. & Wijnen, A., van (2012). *Persoonsgebonden budget, Eigen regie en Empowerment*. Amsterdam/Eexterveen: ZonMw (Programma Disability Studies).

- Ham, M. & Peeters, P. (2010). De rug van je buurman afdrogen? Zorgvrijwilligers gezocht. *Brave burgers gezocht* (red. Verhoeven, I. & Ham, M.). Amsterdam: Van Genneep.
- Kluft, M. (2011). *Zeg, bent ú misschien die nieuwe professional? De omslag van de visie over welzijn naar het handelen van de nieuwe professional*. Utrecht: MOVISIE.
- Lans, J., van der (2009). *Tussen zelfbeschikking en bemoeizorg*. Opgehaald op 14 april 2012 van http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/essays.php#essay_4
- Linde, M., van der (2007). *Basisboek geschiedenis sociaal werk in Nederland*. Amsterdam: SWP, p. 42.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid*. Proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Lub, V., Schotanus, L. & Uytterlinde, M. (2010). Als 'meedoen' een dogma wordt. *Brave burgers gezocht* (red. Verhoeven, I. & Ham, M.). Amsterdam: Van Genneep.
- Lub, V. Sprinkhuizen, A., Cromwijk, R. (2010) *Wmo-trendrapport: Het spel op het maatschappelijk middenveld*. Utrecht: Movisie.
- O'Reilly, K. (2005). *Ethnographics methods*. New York: Routledge.
- Österwitz, I. (1994). *The Concept of Independent Living - a New Perspective in Rehabilitation*: Paper presented at HELIOS European workshop, Education to Independent living Venice, Italy, 28 - 29 October 1994. Opgehaald op 15 juli 2012 van: www.independentliving.org.
- Peeters, P. & Cloïn, C. (2012). *Onder het mom van zelfredzaamheid. Een journalistieke analyse van de nieuwe mantra in zorg en welzijn*. Eindhoven: Uitgeverij Pepijn.
- Regenmortel, T., van (2008). Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. Oratie aan Fontys Hogeschool Sociale Studies. Eindhoven: Fontys Hogeschool.
- Regenmortel, T., van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 18 (4), 22-42.
- Riesmann, C. (2003) *Narrative analysis*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* 55 (1), 68-7.
- Scholte, M. (2010). *Oude waarden in nieuwe tijden: Over de kracht van maatschappelijk werk in de 21e eeuw*. Utrecht: Movisie.
- Sennett, R. (2003). *Respect in a world of inequality*. New York: Norton.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW
- Tonkens, E. (2006). *De bal bij de burger. Burgerschap en publieke moraal in een pluriforme,*

dynamische samenleving. Inaugurele rede aan de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam:
Vossiuspers UVA.

Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg*. Proefschrift
Universiteit Utrecht.

Verkooijen, L. (2010). *Van inspraak naar invloed*. Lectorale rede aan Health School Almere.
Almere: Health School.

Wijnen, A. van (2009). *Disability studies en aanverwante initiatieven in Nederland, een inventarisatie*.
Den Haag/Utrecht: Handicap en Studie, ZonMw.

Bijlage: Verslag participerende observatie zelfregietraining MOVISIE

Datum: 6 juni 2012, 9.30 tot 17.00 uur

Lokatie: Wijkcentrum

Aanwezigen: 15 welzijns- en buurthuis- en jongerenwerkers, 2 trainers

Context

De training vindt plaats in een wijkcentrum en is gericht op welzijns- en buurthuis- en jongerenwerkers die binnen de gemeente werkzaam zijn. Doel van de training is om de professionals nieuwe ideeën en inzichten te geven om zelfregieversterkend te werken. Dit gebeurt door middel van handvatten die de trainers bieden en door het delen van praktijkervaringen met collega's. De professionals geven aan verplicht te zijn om jaarlijks drie trainingen naar keuze te volgen. Tijdens de voorstelronde zeggen vrijwel alle deelnemers vanuit persoonlijke interesse en de relevantie van het thema voor de zelfregietraining te hebben gekozen; één deelnemer geeft aan dat zijn aanwezigheid vooral te maken heeft met de verplichte deelname.

Wat is zelfregie?

Na de programma-uitleg en voorstelronde wordt een filmpje getoond waarin een violist op een druk metrostation staat te musiceren. Terwijl de meeste passanten op het station geen aandacht aan hem schenken, blijkt aan het om een zeer gerenommeerde violist incognito te gaan die normaal gesproken in uitverkochte concertzalen speelt. De film sluit af met de vraag dat als de waarde die ergens aan gegeven zo afhankelijk is van de context waarin het zich afspeelt, hoeveel onbenut talent er op de wereld is. Aansluitend op de film wordt de deelnemers gevraagd aan te geven wat voor hen zelfregie in hun werkcontext inhoudt. De eerste reacties sluiten aan op het thema van de film:

“Het is belangrijk om context te creëren voor je cliënt zodat hij de ruimte krijgt om zijn talent te benutten. Talent is de directe link met iemands drive, en dus met zijn eigen regie.” (Joyce, buurthuiswerker)

“Maar daar moet je iemand wel goed voor leren kennen. Anders weet je nooit wat belangrijk voor iemand is, wat iemand graag wil.” (Sam, jongerenwerker)

Er wordt benadrukt dat het bij zelfregie belangrijk is dat de professionals in goede fysieke en mentale conditie zijn en over de juiste vaardigheden beschikken.

“Je moet als professional zelf goed in je vel steken, goed voor jezelf zorgen. Anders kun je nooit het geduld opbrengen om die vaardigheden in te zetten die juist bij die zelfregie zo belangrijk zijn. Je moet bijvoorbeeld niet oordelend zijn in gesprekken. Je moet niet meteen tot de kern willen komen. Gewoon in gesprek gaan, zonder pen en papier in je handen. Praten, zonder meteen tot een doel te komen.” (Diana, welzijnswerker)

Er wordt aangegeven dat het soms lastig te bepalen is wanneer je nou wel en niet iets kan overnemen van de cliënt zonder te veel te sturen.

“Bij financiële problemen is regie moeilijk. Veel cliënten zijn laagopgeleid. Dan zie je dat ze zelf verkeerde keuzes maken. Maar het zijn wel hún keuzes. Moet je dat dan overnemen of bij hen laten?” (Nürsen, welzijnswerker)

Stiekem-oefening

De deelnemers wordt gevraagd een aantal punten te bedenken die aangeven waarom zij toch ‘stiekem’ de zorg en hulp over willen nemen van een cliënt. De deelnemers bespreken vervolgens de punten plenair benoemen wat de voor- en nadelen ervan zijn.

“Je wil aardig gevonden worden en hebt het gevoel dat je iets moet brengen.” (Diana, welzijnswerker)

“Ik heb vaak het gevoel dat de dingen veel meer benut kunnen worden als ik ze overneem. Het wordt veel efficiënter. (Tineke, welzijnswerker)

“Ik voel soms een reddersdrang. De redder in nood. Voordeel is dat je daar veel dankbaarheid voor terugkrijgt. Het gevoel ‘hee, ik ben nodig voor iemand’. Maar dat gaat dan meer om mij dan om de cliënt”. (Joyce, buurthuiswerker)

Oefening gespreksvoering

De deelnemers gaan in drietallen bij elkaar zitten om gedurende een half uur gesprekken uit praktijkcases na te spelen. A vertelt een verhaal over een cliënt en focust hierbij op het eigen gedrag en de reactie daarop van de cliënt. Vervolgens wordt het gesprek nagebootst waarbij A de professional en B de cliënt is. C observeert het gesprek en geeft na afloop feedback aan A.

In het groepje waar ik als observant aansluit, vertelt Ina (welzijnswerker) de case van een analfabete vrouw met een Syrische achtergrond. Ina heeft vanuit de gemeente de opdracht gekregen om de bewonersparticipatie in de achterstandswijk waar de vrouw woont te verbeteren. De gemeente wil dat de vrouw een schrijfcursus gaat volgen. Tijdens een aantal gesprekken met Ina heeft de cliënt aangegeven de cursus te willen volgen, maar zij komt iedere keer niet opdagen op de cursusmiddagen. Ina voelt de druk vanuit de gemeente, maar weet tegelijkertijd dat zij de vrouw niet kan dwingen om naar de cursus te gaan. In het gesprek dat wordt nagespeeld komt Ina er door luisteren en doorvragen achter dat de vrouw straatvrees heeft en daarom niet alleen naar de cursus durft. Ina stelt voor om met haar mee te gaan en de cliënt is vervolgens in staat om aan de cursus deel te nemen.

Terug in de groep worden plenair enkele reflecties gegeven over hoe zelfregie gestimuleerd werd bij de nagespeelde cases.

“Zelfregie is niet dat je niets mag doen. Meegaan ergens naartoe? Een instantie bellen? Zolang het iemand dichterbij ‘een goed leven’ brengt is het goed. En je hoeft het niet persé eens te zijn met iemand. Dat besef haalt de lading er af.” (trainer MOVISIE)

“Soms moet je tegen iemand zeggen: ‘doe dit nu, anders gaat het niet goed’. Maar dan moet je een hele goede band hebben. Er moet onderling vertrouwen zijn, anders is het prediken in het luchtledige.” (Tineke, welzijnswerker)

Na de pauze volgt wordt er plenair geoefend in gespreksvoering met de hulp van een trainingsactrice. Zij neemt wisselend de rol van cliënt en hulpverlener in en zet hierin verschillende stijlen en strategieën in. Op die manier kunnen de deelnemers oefenen in hun rol als professional en ervaren hoe het is om cliënt te zijn in het gesprek. Verschillende cases uit de praktijk worden nagespeeld.

De deelnemers die cliënt speelden geven aan hoe bepalend de gespreksstijl van de trainingsactrice is voor het verloop van het gesprek. Sam (jongerenwerker) speelt één van zijn cliënten, een jongen die veel blowt en vaak verzuimt van school. Tijdens het eerste gesprek gaat de

trainingsactrice vooral in op de dingen die niet goed gaan: het blowen, het spijbelen, slechte schoolprestaties. Sam geeft achteraf aan dat hij al snel afhaakte in het gesprek en zich niet uitgenodigd voelde om open naar de hulpverlener te zijn. Het tweede gesprek opent zij door te vragen naar zijn passie: rapmuziek maken. Sam vertelt daarna dat zijn zelfvertrouwen groeide en hij het gevoel had dat zij oprecht geïnteresseerd in hem en zijn bezigheden was.

“Die positieve insteek, dat maakt het verschil. Ik had opeens zin om heel veel aan haar te vertellen. En ze had later zelfs nog wel over school kunnen beginnen zonder dat ik me aangevallen zou voelen.” (Sam, jongerenwerker)

Tenslotte worden de oefeningen en praktijkervaringen gekoppeld aan de vier door MOVISIE gedefinieerde kernelementen van zelfregie: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en sociaal netwerk. Opvallend is dat de nadruk van het programma vooral op de eerste drie elementen ligt en er relatief weinig aandacht is voor netwerkactivering. Tijdens een afsluitende plenaire evaluatie geven de deelnemers aan dat de training vooral waardevol was omdat zij weer even bewust zijn gemaakt van wat de kern van hun werk is: het welzijn van de cliënt stimuleren door te luisteren naar wat hij – soms tussen de regels door – aangeeft belangrijk te vinden. Met name het uitwisselen van praktijkervaringen met collega's werd hierbij relevant gevonden. Vaak ontbreekt het hen aan tijd om elkaars verhalen en visies te horen.

Daarnaast boden de gespreksoefeningen de professionals de kans om vanuit het perspectief van zowel cliënt als hulpverlener te ervaren hoe essentieel de vorm en toon van een hulpverleningsgesprek is. Het inhaken op en benadrukken van positieve aspecten van de cliënt zorgt dat er ruimte en veiligheid ontstaat om ook de problemen van de cliënt te bespreken. De deelnemers krijgen als afsluiting van de training de gelegenheid om voor zichzelf een boodschap op een ansichtkaart te schrijven die zij later door de trainers krijgen opgestuurd.