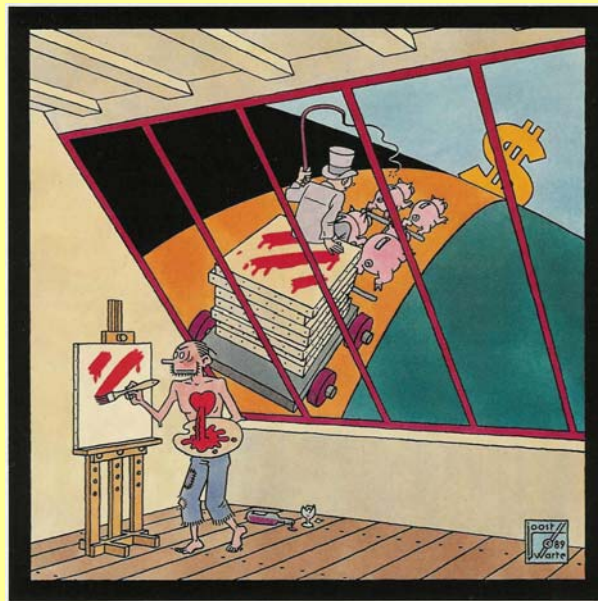


Moeras of polder, wie voert de regie?

Essay bij de verrijzenis van het projectennetwerk

– Cliëntengestuurde projecten in de verslavingszorg –

GEDACHTE GEEFT BEWEGING AAN DE STEEN



GERT DE HAAN

DALFSEN, 31 DEC 2006

Moeras of polder, wie voert de regie?	1
Moeras of polder,.....	2
wie voert de regie?.....	2
1. Relatie patiënt - aanbieder	8
Netwerk cliëntgestuurde projecten	11
Empowerde cliënten.....	11

**Moeras of polder,
wie voert de regie?**

“At best, we can conclude that non-profits provide some social services in democratic societies that to some degree help to promote social equality. Their services are often sensitive to social needs, competent and effective , innovatibe and flexible, well funded and jointly controlled by the public and by the clients.

At worst , we may decide that non-profits meet common needs in a bureaucratic and routine way similar to public'monopolies'. That they are controlled neither by society nor by clients. That they lack funds and professional competence. And finally that they exhibit a paternalistic 'middle-class ' attitude towards clients” (Bauer, 1990)

Essay bij de verrijzenis van het projectennetwerk

- Cliëntengestuurde projecten in de verslavingszorg - .

Het ontstaan van de het projectennetwerk – cliëntgestuurde projecten in de Nederlandse verslavingszorg – is een heugelijk feit. Het is één van de mijlpalen die, het vanaf 1999 gegroeide netwerk van cliëntenraden in de verslavingszorg, heeft bereikt.

In 2006 is er een plan geschreven om de empowerment van verslavingszorgcliënten te versnellen en te versterken .

Het plan is een poging om de 'rituele dans der zaakwaarnemers' te doorbreken. Zoals Putters¹ concludeert in zijn studie is het een zaak van de van de verschillende actoren in de zorg om met de onzekerheid en ambiguïteit van de publieke taakuitoefening om gezamenlijk om te gaan. Zo niet, dan is bij de invoering van marktwerking in de zorg het risico dat de zorgvrager wederom onvoldoende voor het voetlicht komt. Waardoor de kans op misbruik van machtsposities , de afname van keuze mogelijkheden voor zorgvragers , gebrekkige verantwoording over het gebruik van publieke middelen en het afschuiven van verantwoordelijkheden blijven voortduren.(zie citaat Bauer hierboven²)Het opzetten en uitvoeren van cliëntgestuurde projecten is één van de mogelijkheden om dat risico in te dammen.

Het netwerk cliëntgestuurde projecten is ontstaan in een context waarin de gezondheidszorg sterk beweegt. Een context waarin de sector verslavingszorg een innovatieve rol probeert te spelen bij het vormgeven aan andere manieren van kennisopbouw – en verspreiding vanuit het project Resultaten Scoren. De rol van cliënten is in dit verband de sector, in tegenstelling tot andere sectoren altijd bescheiden en grotendeels zelfs onduidelijk geweest. Het is de sector verslavingszorg tot op heden nooit echt gelukt om haar sectorale patiëntenbeweging op haar waarde te schatten. Adequaat vorm te geven aan patiëntenparticipatie³ op een vergelijkbare manier als bijvoorbeeld in de reguliere GGZ of de verstandelijk gehandicapten sector.

¹ Putters, K – Geboeid ondernemen –, een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg, Van Gorcum , Assen. 2001

² Bauer, R. –Nonprofit organisations in international perspective – in: J.K. Anheier en W. Seibel(red) the third sector: comparative studies of nonprofit organisations, Berlin/New York.1990 p. 271– 276

³ cliëntenparticipatie is gericht op deelname aan de hulpverlening en de vormgeving van hulpverlenende systemen en de besluitvorming daarbinnen.

Bij de opkomst van dit landelijke netwerk – cliëntgestuurde projecten – treedt het principe van zelforganisatie sterk op. Het belangrijkste gevolg hiervan is het web van betekenisgevende interacties dat opkomt. Een verschijnsel waarvan iedereen weet dat daarbinnen verschillende vormen van gelaagdheid bestaan. Iedere betrokkene weet dat die gelaagdheid van doorslaggevende invloed is op het functioneren van organisaties.

Zelforganisatie als één van de bijzondere kenmerken van netwerken heeft een complexe verloop, het kan ordentelijk maar ook zonder orde verlopen. De dynamiek van het verschijnsel 'webspinning' doemt op. *"Webspinning processes are carried out in different directions, to create and recreate reality, broaden or approach horizons. Each webspinning process has its own criteria. For example, to enable is not the same as control, each process exerts different power relationships and produces a different lived experience. Webspinning processes which people in organisations undertake as they can create and recreate their web of relationships and interaction is an essential ingredient for good performance"* ⁴

Vragen

–Gedachte geeft beweging aan de steen. Kunst wordt door verstening omgebracht – dichte Komrij.
Beweging komt op gang door jezelf vragen te stellen. Vragen in dit verband zijn er talloos. Ze vallen uiteen in een aantal componenten:

De eerste component is de vraag: langs welke lijnen zal de verdere ontwikkeling van cliëntgestuurd initiatieven in de verslavingszorg en de aanpalende GGZ en maatschappelijke organisaties verlopen? Wie voert de regie, waar dient het toe? In dit kader spelen er op de achtergrond veel meer vragen.

Helaas hebben we hier niet de mogelijkheid om ze behandelen, hopelijk zullen we deze op een ander moment aan de orde kunnen stellen. De diepergaande vragen liggen op het vlak van kennisopbouw, paradigma's, welke dominante wetenschapsopvattingen er heersen, over multidisciplinair werken, kwaliteitsniveaus, Autonomiestreven van professionals, decision making processes (judgement in action). Mate van cliëntgecentreerdheid.

We zullen in dit verband ook niet toekomen om de tweede en derde component aan de orde te stellen. Die serie vragen zullen in een vervolg nog wel eens de revue passeren.

⁴ Nolas, S.M. Managing organizational knowledge and competence post merger: practice, context and layers. Innsbruck, 2004

De tweede component behelst: wat zijn de grenzen van het (zorg)systeem⁵. Zijn deze grenzen intussen niet bereikt? Zijn ze niet alleen gericht op het zichzelf in stand houden, zelfproducerend, circulair maar ook zelfrefererend? Zeker als je daar je klantensysteem niet incorporeert. Orde en chaos vraagstukken, denken over schaarste en overvloed spelen hier tevens een rol.

De derde : welk en hoeveel lef is er in de sector is om buiten gebaande paden (zorg) experimenten op te zetten. Besluitvorming, transparantie, cliëntgecentreerdheid, welke vormen van (klinisch) redeneren?

Ik voelde sterke behoefte om op hoofdlijnen een aantal ontwikkelingen op een rijtje te zetten in deze sterk veranderende (verslavings)zorgwereld. Niet alleen het decor wisselt, maar ook het karakter van de spelers. De keus tussen blijspel of tragedie wordt aan de orde gesteld.

Voor een eerste opzet van discussie en besluitvorming wil ik hier graag een bijdrage leveren aan de missie van het netwerk van de gezamenlijke cliëntenraden in de verslavingszorg:

ZORG VOOR EEN GOEDE VERSLAVINGSZORG:

Een cliënt met verslavingsproblemen is meer dan zijn verslaving, zijn somatische, psychische (en/of psychiatrische), sociale, relationele, arbeidsgerelateerde en of justitiële problematiek. Een cliënt met verslavingsproblemen is zelfs meer dan een optelsom van dit alles.

Een cliënt is in de eerste én op de laatste plaats.....mens!

Het is aan de lezers en spelers van het stuk, acteurs en figuranten, om er spelenderwijs de weg in te banen en samen de grondtoon tetreffen. De tijd zal leren of het een theater van de lach of de (onvermijdelijke) traan wordt. Lopen we vast in het moeras of gaan we droogmalen?

5 Boonstra, J en L. de Caluwé: Intervenieren en veranderen, 2006 Deventer

Naar een Angelsaksisch model of Rijnlands (door)polderen?

Op 1 januari 2006 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. De wet is onderdeel van een overheidsbeleid dat gericht is op het meer vraaggericht en vraaggestuurd maken van de zorg.⁶ De sturing van de zorg komt op afstand van de overheid te staan. Hierdoor ontstaat ruimte voor zelfregulering. Patiënten/consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders moeten elkaar prikkelen tot het leveren van goede en doelmatige zorg die aansluit bij de wensen van burgers. Om deze sturing van de zorg op zelfregulerende markten mogelijk te maken, wil de overheid de regierol van zorgverzekeraars versterken. Naar verwachting zal in het verlengde hiervan de komende jaren de WMO verder worden ingevoerd.

De overgang van het Rijnlandse model naar het Angelsaksische denken zal niet zonder gevolgen zijn. De samenwerking, zoals die in het Rijnlandse model is gegroeid tussen de collectieve sector en overheid en sociale partners in een 'gedempte' markt is passé. De mengvorm van corporatisme en marktwerking heeft jaren gefunctioneerd, maar loopt nu ten einde. De rollen en bewegingen in de komende tijd zullen met nieuwe toetreders en in andere constellaties vorm krijgen.

De wind van het Angelsaksisch denken, met de nadruk op shareholdersvalue, zal ook in de AWBZ-gedreven organisaties gaan waaien. De overheid heeft dit vroegtijdig onderkend en een aantal waarborgen ingebouwd. Maar de echte discussie moet nog op gang komen., het blijft nog mistig waar de burger zelf en waar de staat voor verantwoordelijk is. Waar van marktwerking geen sprake kan zijn, blijft de overheid in mijn ogen verantwoordelijk voor het borgen van de toegang tot kwalitatief goede zorg, met een beheerste kostenontwikkeling.

Andersdenkenden worden echter zo langzamerhand wakker geschud en zullen positie moeten kiezen.⁷ Óf meegaan met het shareholdersvalue denken, inclusief de daarbij horende managementaanpak, óf doorgaan met de ordening via sociale netwerken, met als belangrijkste waarde verdelende rechtvaardigheid in plaats van marktmacht.

De positie en invloed van cliënten in de verslavingszorg is echter in beide modellen nog niet helder. Het netwerk wil daar haar eigen rol in gaan spelen. Werkenderwijs zullen we die invullen.

6 De vraag ontleed. Trimbos, Utrecht, 2002

7 de Rijnlandse traditie, Aad de Roo, ZM magazine, nr. 12 december 2006

Vraagsturing

In de Nederlandse kwartaire sector zitten we al een aantal jaren in het schuitje van vraaggestuurde zorg. Een concept dat naar verwachting van de beleidsmakers beter tot zijn recht zal komen in een markt die op het Angelsaksisch leest is geschoeid. De werkdefinitie voor vraagsturing luidt: Het beter inspelen op wat patiënten/cliënten willen en belangrijk vinden binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en daarmee gerelateerde beleidsterreinen.

Bij vraaggestuurde zorg spitst de vraag zich toe op hoe patiënten oordelen over het zorgaanbod, of dit zorgaanbod daadwerkelijk vraaggericht wordt en hoe deze verschuiving dan tot stand komt.

Belangrijk daarbij zijn de relaties in de driehoek patiënten/consumenten, verzekeraars en aanbieders. Deze onderlinge relaties interacteren en vragen om integratieve aanpakken. Ze kunnen onderling een sterke dynamiek gaan vertonen :

- **de relatie patiënt – aanbieder** mechanismen; wettelijk en financieel, borging in kwaliteitssystemen, ‘exit’ gedrag, keuzondersteunende informatie
- **de relatie verzekerde – verzekeraar**; mechanismen : mate van keuzevrijheid, verhouding AWBZ – ziektekostenverzekering – WMO regelingen. Kwaliteitsborgingen, effectiviteitstreven en efficiencystreven. Money driven gedrag. Inkoop informatie.
- **de relatie verzekeraar – aanbieder**. Hoe concurrerend is de markt, transparantie, regie over ketens.

Voor een goede werking van de zorgaanbieders als vraaggestuurde organisaties is “vergelijkend warenonderzoek” nodig van de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Momenteel is die in de verslavingszorg nog niet voorhanden.

Het fundament hiervoor is wel ontwikkeld vanuit patiëntenperspectief. De Nederlandse patiëntenbeweging was zijn tijd een decennium vooruit en heeft op een methodologisch verantwoorde wijze een onderzoek verricht wat voor cliënten in de Nederlandse gezondheidszorg van belang was bij het dienstenpakket ⁸. Die kwaliteitscriteria zijn nog steeds onverkort van kracht en zijn als toetsingskader ook opgenomen in het HKZ schema –het certificatieschema Instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg – .

⁸ Algemene kwaliteitscriteria: de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. NP/CF, Utrecht , 1996

Relatie patiënt – aanbieder

Nog veel te winnen en te empoweren

In de zorg is per definitie sprake van ongelijkheid. Een arts of andere hulpverlener is over het algemeen deskundiger dan zijn patiënten. Een arts is ook degene die bepalen kan of een patiënt toegang krijgt tot bepaalde voorzieningen. De arts – patiënt relatie is er – deels – één van vertrouwen: waarin vooral de patiënt erop moet vertrouwen dat de arts zijn belangen goed zal behartigen. Patiënten zijn niet of nauwelijks in staat dit te controleren. In de afgelopen jaren zijn er door de overheid diverse maatregelen genomen om deze asymmetrie in de arts–patiënt relatie wat meer symmetrisch te maken. Het meest herkenbaar is dit gebeurd met wetgeving: de wet Klachtrecht, de WGBO, de WMCZ maar ook de WMO. Deze wetten zijn gericht op het vergroten van de mogelijkheden voor “voice” vergroten van de mondigheid, tot aan empowerment toe.

Deze , meestal sociaal–psychologische, begrippen zijn pogingen om te beschrijven hoe de ongewenste afhankelijkheidstoestand te veranderen en een omslag te maken.

Gezondheidszorg begint in de kern van de zaak bij de vraag van patiënten die met hun klachten en beperkingen een beroep doen op allerlei voorzieningen . Maar cliënten beleven de zorg en maatschappelijk hersteltrajecten als een doolhof⁹.

Terwijl de patiënten als klant en gebruiker van zorg het aanbod zou moeten aansturen, wijst de huidige praktijk nog steeds uit dat het aanbod bepalend is voor de zorgverlening. Patiënten worden meestal verwezen naar bestaand zorgaanbod, dat steeds vaker wordt samengebracht in zorgarrangementen en ketenzorgtrajecten. Cliënten zijn bovendien in hoge mate afhankelijk van de kennis en de informatie die men geeft.

De fysieke in- en toegang vinden patiënten meestal wel. Maar uit de ervaringsverhalen rijzen vaak beelden op van een arena. Een onderhandelingsarena waarin de spelregels niet al te duidelijk zijn afgesproken. Dit spel leidt vaak tot een complexe procesgang dat gekenmerkt wordt door veel tussentijds oponthoud veroorzaakt door capaciteitsproblemen. Veelal ondoelmatige organisatie van de het labyrint. Tot dit labyrint reken ik ook welzijn en , woningbouw en arbeidsmarkt. Maar ook allerlei organisaties in de toeleidende sfeer. Verslavingszorgcliënten analyseren tekortkomingen en achterblijvende kwaliteit van zorg vooral in de nazorg en bejegening. Deze aspecten vragen om sterke upgradering in de sector.

⁹ Tussen stelsel en praktijk, onderzoeksprogramma 2002–2005 Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002

Er komt mondjesmaat meer aandacht voor keuzevrijheid en voor informatie waarop cliënten hun keuzes kunnen baseren. Hoewel de ruimte tot kiezen beperkt is door budgettering, wachtlijsten en regionaal gebonden zorgaanbod, wordt de keuzevrijheid door beleidsmakers toch nog steeds gezien als een belangrijk instrument om meer vraaggerichte zorg te realiseren. Het op en hoger niveau tillen hiervan is geen luxe

Het overheidsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg is, naast het overleggen en overeenstemming bereiken tussen cliënten en zorgaanbieders over de mate van vraagsturing en zorg op maat, ook expliciet gericht op het vergroten van de mogelijkheden tot “exit”. Bij dit mechanisme speelt voor bestuurders van zorgorganisaties steeds het dilemma; vraaggestuurd (willen) werken versus tegemoet komen aan belangen van verkokerde beroepsgroepen met eigen merites en weinig. Groot vraagstuk is vervolgens hoe transparant is de decision making over toegankelijkheid, inspanningsniveaus en borging van prestatieniveaus?. De cliëntenbeweging zet hier tegenover dat de (verslavings)zorgorganisaties recht zullen moeten doen aan het streven naar autonomie en participatie, en mee vorm moeten gaan geven aan de daarmee samenhangende nieuwe rol voor professionals.

2. Verzekerden – Verzekeraars

Groot gebrek aan transparantie bij zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars zullen, volgens de beleidsideeën achter de stelselwijzing, een belangrijke rol vervullen in de verschuiving naar de voorgenomen inrichting van een stelsel van vraaggerichte zorg. Verzekerden kunnen namelijk kiezen voor de zorgverzekeraar die zorg heeft gecontracteerd die het best aansluit bij hun voorkeuren. Hierdoor is het tevens onduidelijk hoe deze relatie zich gaat ontwikkelen.

Vragen die rijzen wijzen echter wel op

- Welke keuzes die verzekerden maken voor een bepaalde zorgverzekeraar en op welke gronden
- De manier waarop zorgverzekeraars zorgen voor een zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van verzekerden (zie hieronder).
- welke overwegingen een rol spelen bij de keuze van verzekerden voor een verzekeraar,

- in welke mate verzekerden daadwerkelijk gebruik maken van de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, dit zal sterk afhangen van de prijsvorming de komende jaren.

Bovendien is het nog onduidelijk hoe zich deze relatie gaat ontwikkelen als we kijken naar de AWBZ aanspraken en (op stapel staande)WMO – regelingen.

Welke invloed dit zal hebben op de kwaliteit van de zorg hangt hiermee sterk samen. Het moge echter duidelijk zijn dat kwaliteitscriteria die cliënten hanteren niet anders zullen liggen dan de hierboven beschreven.

Verzekeraars spreken zelf van marktfalen, maar hebben een sterke overtuiging dat ze zich veel actiever met kwaliteit van gezondheidszorg gaan bemoeien in de nabije toekomst. Het gereedschap is nog beperkt, maar zorgverzekeraars zullen meer en meer gebruik zullen maken van gemeten kwaliteit. Dat staat volgens hen als een paal boven water.¹⁰ Dat geldt zowel objectieve kwaliteit in termen van effectiviteit, doelmatigheid en volume, als in door de patiënten gevoelde kwaliteit.

Hun overtuiging is dat erg grote verschillen tussen aanbieders zijn op alle dimensies van kwaliteit. Met de aantekening: – voor zover bekend –. Want er is nauwelijks sprake van transparantie!!!! In normale markten zou dit ondenkbaar zijn , maar in de zorg wordt het getolereerd door aanbieders en overheden.

In het marktfalen identificeren verzekeraars :

- **marktmacht** op basis van professionele autonomie, , haast een vetorecht om de markt te openen en dicht te te houden, c.q te timmeren
- **sterke asymmetrische informatie.** Weerstand tegen transparantie
- **afwenteling preventiekosten**
- **coördinatiekosten/transactiekosten.** Focus ligt op deeloplossingen, niet op een geïntegreerde aanpak. Veel managementfuzz, weinig handen aan het “bed “

Vervolgens wordt er door de verzekeraars een grote rol toegedicht aan cliënten(vertegenwoordigers) om dit marktfalen op te heffen. Op alle genoemde terreinen zullen verzekeraars gezamenlijk moeten optrekken met cliënten om de ‘markt ‘meer in balans te krijgen. In Angelsaksische terminologie; om een échte **countervailing power** te creëren. Economische gezien een levensvoorwaarde voor

10 H. Keuzekamp, Keynote lezing op congres – Kennis beter delen – maart 2006

monopolisten. Die vallen namelijk om als ze niet hun eigen tegendruk organiseren. De vraag is hoe zich dit in een gereguleerde, protectionistische markt ontwikkelt. Uiteindelijk blijft het een vraag van zeggenschapsverdeling. De norm verschuiven van – wie betaalt bepaalt – naar welke mechanismen bouw je om een goed systeem van checks and balances te organiseren?

3. verzekerde –aanbieder.

Transparantie –vitaliteit – patiëntgerichtheid

Over deze relatie wil ik in dit kader niet te veel kwijt. Het lijkt evident dat op basis van het bovenstaande er voldoende te regelen en af te stemmen valt tussen beide partijen.

Klantgerichtheid is de gemiddelde onderneming van nature vreemd.¹¹ Maar de klant krijgt wel steeds meer inbreng. De klant past zich niet aan, de onderneming zal zich moeten aanpassen en niet alleen omdat het in de mode is. want een organisatie zonder klanten heft geen bestaansrecht. het werven en behouden van klanten is dus een levensvoorwaarde. Dit zal geen vanzelfsprekendheid meer zijn de komende jaren.

De sector zal zijn vitaliteit zelf moeten organiseren en heeft daar zijn huidige klantenbestand hard voor nodig om de benodigde kennis en kwaliteitseisen verwezenlijkt te krijgen.

Er valt binnen de kaders van het leveren van verantwoorde zorg : doelmatige en doeltreffende én op patiënten gerichte zorg, vanuit het perspectief van cliënten nog heel veel te verbeteren. Zowel voor de verzekeraar, zorgkantoor als de zorgaanbieders.

Netwerk cliëntgestuurde projecten

Empowerde cliënten

Cliënten uit de verslavingszorg hebben het volgende statement , als onderdeel van hun visie¹², op de te verlenen zorg geformuleerd: *Een cliënt met verslavingsproblemen is meer dan zijn verslaving, zijn somatische, psychische (en/of psychiatrische), sociale, relationele, arbeidsgerelateerde en of justitiële*

11 G. Lensen, wie betaalt , bepaalt. Kluwer, Deventer 2001

12 Verslavingszorg vanuit cliëntenperspectief bekeken; Netwerk cliëntenraden in de verslavingszorg, 2005, Uden

problematiek. Een cliënt met verslavingsproblemen is zelfs meer dan een optelsom van dit alles. Een cliënt is in de eerste én op de laatste plaats.....mens!

Centrale waarden die hierbij een rol spelen, authentieke inzet , intuïtie , geïnspireerd leiderschap, transparantie en als belangrijkste de wil om er iets van te maken.

Inspirerend zijn de recente voorbeelden in de Rotterdamse ouderenzorg en landelijk in de franchiseformule van Thomashuizen binnen de verstandelijke gehandicaptenwereld. Deze voorbeelden maken het mogelijk het werken en het leveren van zorg ook anders kan.

Humanitas in Rotterdam waar Hans Beckers' credo¹³ luidt:

het uitspreken van waardering, het geven van verantwoordelijkheid, de aanwezigheid van individuele ontplooiing en interesse in de mens zelf zijn geen loze kreten, maar belangrijke factoren voor de motivatie en betrokkenheid van de medewerkers.

Of de gedachtegang bij Thomashuizenconcept van Hans van Putten¹⁴:

Werken in de zorg geeft steeds minder voldoening. Procedures en protocollen zijn belangrijker dan het bieden van persoonlijke aandacht. Eigen initiatief staat bijna gelijk aan een uiting van ongewenst gedrag. Wij vinden het dan ook de hoogste tijd om de zorg nieuw leven in te blazen. Ambitieuze medewerkers in de zorg moeten weer kunnen doen waar ze goed in zijn en wat ze leuk vinden. Het zorgondernemerschap biedt aantrekkelijke mogelijkheden. Daarom hebben wij een unieke franchiseformule ontwikkeld voor het opzetten van kleinschalige woonvoorzieningen. Elke woonvoorziening wordt geleid door twee zorgondernemers. Zij wonen zelf ook in het pand. De zorgondernemers bieden 24 uur per dag ondersteuning aan hun klanten. Zij bepalen zelf wat nodig is om dit op een verantwoorde manier te doen. De lijnen zijn kort en beslissingen kunnen snel worden genomen.

Uit deze voorbeelden komt het beeld naar voren van authentieke mensen met bevoegenheid en een duidelijk beeld voor ogen.. De authentieke inzet van mensen die zich ergens voor willen inzetten centraal zal centraal komen te staan¹⁵.

Dit is dan ook de inzet van het netwerkproject – cliëntgestuurde projecten in de verslavingszorg –

¹³ <http://www.humanitas.nu/>

¹⁴ <http://www.sprout.nl/artikel.jsp?id=544339>

<http://www.ypsiion.org/wonen/voorbeeldprojecten/zoete-inval/Gespreksverslag.htm>

¹⁵ E. Wielinga Netwerken als levend weefsel, Wageningen , 2001

*.... instelling meer oog en oor heeft voor de inbreng van ervaringdeskundige initiatieven. En dat medezeggenschap soms verder kan gaan dan alleen adviesrecht. Op deze wijze leveren cliëntvertegenwoordigers vanuit cliëntperspectief, in samenwerking met de verslavingszorginstellingen een bijdrage aan het meer cliëntgericht werken in hun organisatie....*¹⁶

Intuïtie en geïnspireerd leiderschap zullen een prominente rol spelen, in een gezonde verhouding tot rationaliteit.¹⁷ Ontsnappen aan wat Flaubert noemt de – *idées recus* – en – *opinions chics* – zal een vitale levensvoorwaarde voor het project zijn. Het project zal zich moeten ontworstelen aan de alles verstikkende neiging om voorrang te geven aan consensus boven het hebben van een verschil van mening. Tegenstellingen zijn juist nodig voor het nemen van goede besluiten. Dan ontstaat ook de mogelijkheid dat emotionele en intuïtieve componenten bij de analyse, plannenvorming, besluitvorming en implementatie een rol spelen.

Transparantie, patiëntgerichtheid en de wil om er iets van te maken zijn het motto voor de komende jaren.

Over je eigen schaduw springen

Waar moed ontbreekt, regeert de angst. Moed is één van de klassieke kardinale deugden. Moed onszelf te overwinnen, boven ons persoonlijke lustprincipe uit te gaan. Moed is de vrijheid die ontstaat als we het vurige in ons noch tot overmoed laten uitgroeien, noch tot lafheid laten inkrimpen¹⁸ Illustratief vond ik de reactie op de morele aspecten van Dalrymple op de verslavingszorg¹⁹. De reactie vond ik lauw en het échte debat uit de weg gaan. In zijn boeken en artikelen ageert Dalrymple vooral tegen waardenrelativisme. Waarden zijn niet meer belangrijk, stelt Dalrymple. Afwijkend gedrag, criminaliteit en verslavingen worden goed gepraat. Alsof ze automatisch voortkomen uit armoede en een ongelukkige jeugd. Dalrymple hamert er op dat iedereen een eigen keuze heeft, ook een crimineel of een junkie. Het ontkennen van de eigen verantwoordelijkheid maakt mensen afhankelijk van instituties en houdt een onderklasse in stand. Volgens Dalrymple is het waardenrelativisme een erfenis

16 Oude Bos, J e.a. Empowerment in de verslavingszorg, Een samenwerking van de projectgroep voor cliëntgestuurde projecten in de verslavingszorg en de stuurgroep van Resultaten Scoren, sector verslavingzorg van GGZ Nederland 2007, Groningen/Assen

17 idem Wielinga

18 J. Kessels, E. Boers, P. Mostert. Vrije ruimte, Filosoferen in organisaties. Klassieke scholing voor de hedendaagse praktijk. Meppel. 2003

19 Th. Dalrymple drugs, mythes en leugens, 2006, Nw- Amsterdam, Amsterdam.

uit de zestiger-jaren (en daarna). Een tijd waarin progressieve intellectuelen vrijheid voor waarden en normen stelden.

Wat je ook van zijn betoog vindt, de reactie erop in het openbaar was niet veel meer dan, we doen ons best en zijn hard bezig te professionaliseren. Repliek op de kern van zijn kritiek bleef uit. Meer lef, niet alleen vanuit leiderschapsoptiek, zou de sector goed doen.

Uit het systeem springen; met wijsheid omgaan met het inzicht dat de werkelijkheid beperkt maakbaar is. Onzekerheden te accepteren, de daaruit voortvloeiende ambiguïteit accepteren. Inspanningen plegen om de plek der moeite op te zoeken, niet van het vuur af te sturen. Conditie creëren voor vrijheid, ruimte, respect voor alle actoren. Manoeuvreren tussen de menselijk maat en de maakbaarheid. Scheppen van ruimte wordt effectief wanneer de ruimte voor het vitale proces groter wordt. Dus de bureaucrativering een halt wordt toegeroepen.

Ik besef dat kritiek dood kan slaan, maar aan de andere kant geldt: Dat wat me niet doodt, maakt me sterker²⁰

Deze roep om lef, moed, betrokkenheid, geldt voor alle partijen, niet alleen de professionals en managers in de zorg, maar ook net zo goed voor de ervaringsdeskundigen in het netwerk.

kennis

Drie soorten kennis, perspectieven/bronnen van handelen spelen hierbij een rol. Ze zijn complementair en verenigbaar. Wetenschappelijke kennis, expertise van hulpverleners en de kennis, ervaringen en voorkeuren van hulpvragers.

Die kennis, ervaring en voorkeuren zijn meestal niet onderzocht en niet direct beschikbaar. In moderne opvattingen over kennis is het perspectief verschoven naar subjectieve kennisopvattingen. Kennis is, in de radicaal sociaal constructivistische opvatting, het vermogen waarover een individu beschikt een mening vormt en besluiten neemt. Waarin nieuwe kennis wordt voortgebracht in een interactieproces het zou geen zelfstandig naamwoord maar een werkwoord moeten zijn. Het is een vermogen dat verandert in de wisselwerking tussen actoren.

In het netwerk van cliëntenraden in de verslavingszorg heerst de opvatting dat het beleid een omslag zou moeten maken.

Een omslag naar een beleid waarin

- de nadruk in de preventie, zorgverlening en maatschappelijk herstel komt te liggen op de sterke eigenschappen van de cliënt

²⁰ F. Nietzsche: de vrolijke Wetenschap, 1972, Amsterdam

- Cliënten leren omgaan met hun beperking.
- Sterke nadruk ligt op integratie in de sociale omgeving , het geïntegreerde domein van wonen werken en welzijn. In de het netwerk van cliëntenraden van de verslavingszorg benoemd als 'maatschappelijk herstel'
- Groot belang wordt gehecht aan het hebben en nemen van eigen verantwoordelijkheid

Het net gestarte netwerk van cliëntgestuurde projecten in de verslavingszorg heeft dit verder verbijzonderd en gesteld dat de projecten die onder de regie van het netwerk komen zich bewegen op het terrein

- bejegening,
- informatievoorziening
- voorlichting en preventie
- dagbestedingactiviteiten
- nazorg/ maatschappelijk herstel.

In innovatieve , grotendeels incrementele projecten zal, in een Angelsaksisch of Rijnlands landschap als decor, een spannende praktijk ontstaan. Een praktijk waarin de sector verslavingszorg , de cliënten samen de regie zullen voeren voor het creëren van innovatieve oplossingen. Hopelijk niet verzanden in een moeras. Oude paradigma's zullen oplossen . We zullen congruent aan zenuwsystemen in netwerken en losse projecten nieuwe kennis ontwikkelen.. Hierin ontstaat nieuwe cognitieve capaciteit . Percepties, emoties en acties zullen hand in hand gaan. Denken en doen gaan hand in hand. De moeilijkheid zal erin liggen dat oude wetenschapsopvattingen , waarin de voorraad objectieve kennis over de werkelijkheid steeds wordt uitgebreid, hier haaks op staan. Innovatief ondernemend gedrag heeft wat de cliënten in de verslavingszorg betreft het primaat. De verantwoordelijkheid voor de regie willen ze (mede) nemen. Problemen zullen wanordelijk verwarrend en niet direct oplosbaar zijn . in dit moerassige laagland zullen partijen naar doorwaadbare plekken moeten zoeken Om niet zoals Komrij beeldend schreef, te verdrinken in dit helse moeras.

De concretisering van deze verschuiving is moeilijk in één recept of techniek te vangen. Het kan geen van bovenaf opgelegde, of afgedwongen, samenhang van mensen , activiteiten, dingen, sferen en mogelijkheden zijn. Het kan noch hiërarchisch, noch procesmatig tot resultaten worden gebracht. Want daarvoor zijn het aantal interacties en onderlinge afhankelijkheden tussen mensen, geïdentificeerde

partijen.²¹ Maar de beweging heeft een dubbele werking. Het geeft betekenis aan wat mensen doen en geeft richting aan wat ze willen of moeten doen. Laten we ons inzetten voor een menswaardige , hoogwaardige verslavingszorg en de systemen erom heen. Een humane, respectvolle bejegening door hulpverlener(s) is één van de sleutels tot en tevens de kern van de kwaliteit van zorg. Zodat de cliënten niet alleen als cliënt of patiënt maar als volwassen mens/burger gezien worden.

Laten we met z'n allen zoeken naar doorwaadbare plaatsen in dit moeras, zonder de pretentie te hebben er direct kraakheldere, keurig aangeveegde , op de tekentafel ontworpen , polders van te maken.

Wandelaar, de afdruk van je voet
Is het pad en niets anders
Wandelaar er is geen pad ,
Jij maakt het wanner je wandelt
Al wandelende maakt men het pad
En wanneer men omkijkt
Dan ziet men het pad dat niemand
Nog zal volgen
Wandelaar er is geen pad, tenzij
De rimpelingen op het water

Antonio Machado
Chant XXIX, Proverbio y cantares
Campos de castillia, 1917

Gert de Haan, Dalfsen, 31 december 2006

²¹ Tissen, R. en Lekanne Deprez, F. De toekomst van management, over het nut van managers in moderne organisaties. Academic services, Sdu, 2006, Den Haag

Mijn fascinatie zit in het vinden van aanpakken voor vraagstukken waarvoor 'meer van hetzelfde' niet meer werkt. Het samen met de direct betrokkenen zoeken naar nieuwe perspectieven en inslaan van nieuwe wegen is een proces dat spannend, uitdagend en inspirerend is. Het vraagt ook vaak het creëren van ruimte waar die niet lijkt te zijn, het ontwikkelen van nieuwe perspectieven, het vinden van een houvast zonder dingen vast te leggen, het durven aangaan van een avontuur met onzekere uitkomst, het verbinden van persoonlijke passies tot krachtige samenwerking, het samen lerend aan de slag zijn. De rol die ik daarbij graag vervul zit op het snijvlak van: het verhelderen van gangbare principes en opvattingen, het inbrengen van nieuwe denk- en zienswijzen, het ontwerpen van een (nieuwe) aanpak en het faciliteren van het proces. Waar die elementen samenkomen vind ik mijn inspiratie en is de kans het grootst dat ik anderen inspiratie kan bieden. Die gezamenlijke inspiratie, verbonden in een praktische aanpak, is de basis voor gezamenlijk en individueel succes.

Constance thema's in mijn werk zijn: verbinden van werken en leren, leren in onvoorspelbare situaties en werken aan ongewone vraagstukken, onderzoeken en bevorderen van kennisproductiviteit, ondernemer zijn van je eigen ontwikkeling, professionaliseren van collega's in ons vak. Kortom vitaliteit en responsiviteit. Responsiviteit omvat zowel het vermogen tot afstemming op de eisen van de omgeving, als de authentieke inzet die bijdraagt aan de vitaliteit van het netwerk.

Vitaliteit is niet te construeren of te sturen, maar je kan er wel ruimte voor scheppen. Leiderschap is het selectief scheppen van ruimte voor vitaliteit. Door een structurele koppeling tussen de actoren in het netwerk proberen te maken. Dat kan door inzet en afstemming te stimuleren en door illusies die het vitale proces blokkeren te doorbreken.

Om deze thema's continu verder te ontwikkelen, heb ik voor mezelf een leer-werk-omgeving georganiseerd, waarin ik drie rollen vervul. Trainer/adviseur – aanjager – netwerker

- (mede)facilitator netwerk cliëntenraden in de verslavingszorg
- Senior trainer /adviseur cliëntenparticipatievraagstukken
- Lid Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling Resultaten Scoren
- Lid kennisgroep innovaties lectoraat Scientia, kennistransfer in de GGZ in Deventer en van de kenniskring Zorg va het lectoraat –Bestuurbaarheid – van Hogeschool Windesheim.
- 'fellow traveler' van de Academie van Gezondheid Hogeschool Windesheim, netwerkorganisatie gericht op zorg en welzijnsvraagstukken