

Zorg en welzijn in een nieuw tijdperk: de burger neemt het initiatief!



De Bijdrage (www.debijdrage.nl)

Martinus Stollenga

Groningen, 2015

1. Veranderende cliëntvraag

1.1 Invoering WMCZ

Met de invoering van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), in het midden van de jaren 90, moest ook de Nederlandse verslavingszorg cliëntenraden (CR) ontwikkelen en als medezeggenschapsorgaan accepteren. Cliënten hebben om het “vak” van het beoefenen van medezeggenschap te leren een vormingsinstituut met ervaring in training van vakbondsleden in de arm genomen. Dit resulteerde in twee scholingsweekenden per jaar, toegankelijk voor de leden van alle cliëntenraden.

1.2 Consumer run projecten

Na verloop van tijd had een groep daarvan behoefte aan iets nieuws en startte in samenwerking met hun instelling met zogenaamde consumer run projecten. De eerste daarvan is opgezet door Jos Oude Bos, de voormalige voorzitter van de CR van CAD Drenthe, waarvan ik toentertijd directeur was. Later was hij voorzitter van de CR van de rechtsopvolger van CAD Drenthe, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). Hij en zijn gelijken bundelden hun krachten en ontwikkelden een visie op de kwaliteit van de Nederlandse verslavingszorg: “goede behandeling, maar daarna val je in een zwart gat, hetgeen de kans op terugval in verslaafd middelengebruik vergroot”.

1.3 Het Zwarte Gat en het Handvest van Maastricht

Zij vonden een oplossing voor dit probleem in het Angelsaksische en Scandinavische “Recovery”. Omdat te promoten richtten ze in 2010 het Kennisnetwerk het Zwarte Gat op. Samen met alle CR-en hebben ze in dat jaar een convenant (Handvest van Maastricht) laten tekenen door de RvB-en en CR-en van alle instellingen voor verslavingszorg, aangesloten bij GGZ Nederland. Hierin verplichten de ondertekenaars zich het toekomstige beleid van de instelling te ontwikkelen op basis van de uitgangspunten van Recovery. En met de uitvoering een aanvang te nemen door de opzet en uitvoering van proeftuinen. En, om ervaringskennis als een even belangrijke kennisbron te zien als professionele en wetenschappelijke kennis. In een door ZonMw gefinancierd en door Het Zwarte Gat ism met het onderzoeksinstituut in IVO in Rotterdam uitgevoerd onderzoek is in 2013 gebleken dat de sector de gemaakte afspraken niet erg serieus heeft genomen.

1.4 Een nieuw visiedocument in de verslavingszorg

In dat zelfde jaar heeft de sector in samenwerking met het Zwarte Gat een nieuw visiedocument ontwikkeld, waarin Herstel en Preventie centraal staan. Het begrip Recovery was ondertussen vertaald als Herstel en gemund door het Zwarte Gat en Jaap van der Stel. De laatste is lector bij Hogeschool Leiden en een bekende schrijver in de Verslavingszorg, tevens de schrijver van het visiestuk van de sector. Onlangs hebben de sector en het Zwarte Gat een lid van de coöperatieve Herstelgroep Nederland een onderzoek laten uitvoeren naar de stand van zaken met betrekking tot de toepassing van het Visiedocument. De conclusies in het rapport wijken helaas niet erg veel af van die die in het onderzoek van 2013 werden getrokken. Een aantal instellingen heeft aan de onderzoeker laten weten behoefte te hebben aan een internetapplicatie dat herstel van hun cliënten

kan ondersteunen. Het Zwarte Gat heeft zich ondertussen ontwikkeld tot een stichting waarin vrijwel alle CR-en zijn vertegenwoordigd.

1.5. *Psychiatrie en herstel*

Parallel aan deze ontwikkelingen in de verslavingszorg vond een vergelijkbare beweging plaats in de psychiatrie. Deze kwam op initiatief van cliënten met ondersteuning van het Trimbos instituut tot stand onder de naam HEE (Herstel Empowerment Ervaringsdeskundigheid) en wat later volgde het project van GGZ Nederland “Naar volwaardig burgerschap”.

1.6. *Wat is herstel*

Mike Slade heeft een studiereis gemaakt langs landen waar volgens de principes van Recovery wordt gewerkt. Hij concludeerde dat ieder die herstelt voor **vier opgaven** staat.

- 1^e een positieve identiteit ontwikkelen,
- 2^e *framing*, het “inlijsten” of een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem,
- 3^e responsief vermogen (weer) ontwikkelen, zelfmanagement van de symptomen en van de aandoening door empowerment,
- 4^e het oppakken van vroegere of het verwerven van nieuwe, waardevolle sociale rollen

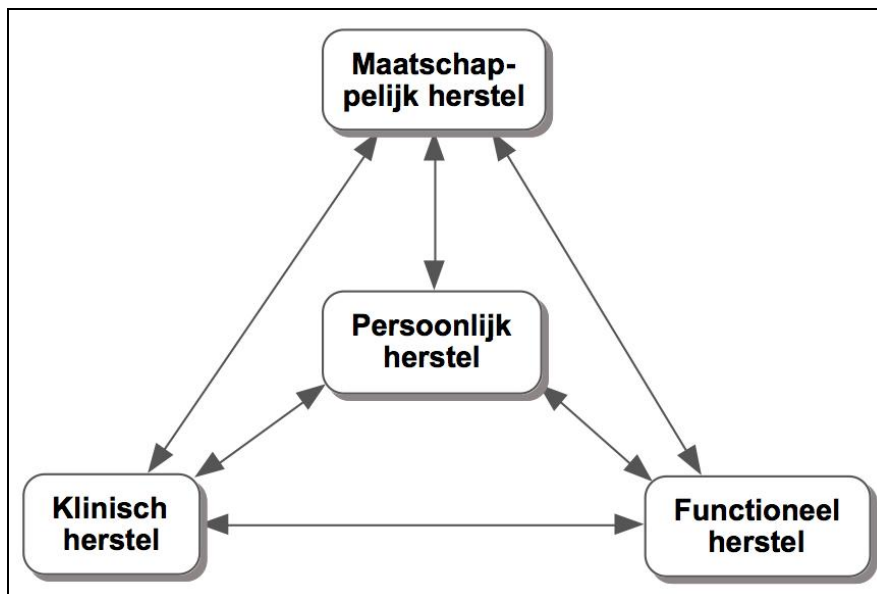
Jaap van der Stel onderscheidt **vier aspecten van herstel**:

KLINISCH HERSTEL | Dit betreft het op de remissie van symptomen en zo mogelijk op genezing gerichte werk van hulpverleners en behandelaren. Psychologische en farmacologische interventies die bijdragen aan ontwenning of terugval voorkomen vallen onder deze categorie.

FUNCTIONEEL HERSTEL | Dit betreft het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast. Aandacht voor het herstel van functies is onderdeel van de rehabilitatie of revalidatie nadat klinisch herstel is ingetreden. Het kan echter ook plaatsvinden als van klinisch herstel geen of slechts partieel sprake is. Ook op dit vlak zijn interventies beschikbaar. Voorbeeld is de aantasting van de werkgeheugenfunctie door de verslaving; trainingen van het werkgeheugen bevorderen functioneel herstel en dragen tevens bij aan de kans op klinisch herstel.

MAATSCHAPPELIJK HERSTEL | Dit betreft de verbetering van de positie van het individu op het vlak van wonen, werk en inkomen (waaronder schuldsanering) en sociale relaties. Het gaat hier om het benutten of vergroten van de kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. De afname van stigmatisering en de maatschappelijke bereidheid om specifieke voorzieningen te treffen zijn hiervan belangrijke aspecten. Instellingen kunnen, samen met patiëntenorganisaties, door sociale actie op dit vlak veel bereiken.

PERSOONLIJK HERSTEL | Dit betreft het betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd, het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven (verleden – heden – toekomst), het zelf doelen stellen (een voorwaarde voor hoop op verandering), het vormen van een (nieuwe) identiteit, én de oriëntatie op persoonlijke en in de gemeenschap gekoesterde waarden.



Figuur: Vier vormen van herstel, met een focus op persoonlijk herstel. De vier vormen van herstel hangen met elkaar samen en beïnvloeden elkaar.

De cliëntenbeweging in de verslavingszorg legt het accent op:

- Herstel is een uniek individueel proces
- Dat ieder zelf moet uitvoeren
- En daarbij ondersteund kan worden door naasten en lotgenoten
- En waarover hij of zij zo veel mogelijk zelf de regie heeft
- In herstel ligt het accent op wat je wel kunt
- Om daarmee de draagkracht te vergroten voor eventuele blijvende beperkingen
- Een belangrijk doel is maatschappelijke participatie (maatschappelijk herstel)
- Hoop en zingeving zijn belangrijke bronnen van energie voor herstel
- Ervaringskennis en –kunde kunnen en moeten meer benut worden

1.7. Inrichting zorg en welzijn

De hier beschreven uitgangspunten hebben forse consequenties voor zorg en welzijn, zowel qua organisatie als voor de medewerkers.

Omdat ieder herstelproces uniek is dienen zorg en welzijn op die uniciteit te zijn afgestemd. Er wordt dan wel gesproken over personalized care. Jaap van der Stel bracht hierover onlangs een boek uit en sprak van precisie psychiatrie. Organisaties moeten zo zijn ingericht en worden geleid dat de werknemer op de werkvloer de ruimte heeft om in co-creatie met de cliënt diens persoonlijk herstelproces uit te stippelen en uit te voeren. Zij zullen daarvoor in continue samenspraak steeds een stap zetten, die evalueren en daarop de volgende stap baseren. Het is daarbij over het algemeen niet mogelijk gebruik te maken van reeds gebaande wegen. Zoals gezegd ieder herstelproces is uniek. Protocollen kunnen wel gebruikt worden, maar dienen in de toepassing te worden afgestemd op de individuele wensen en mogelijkheden van de cliënt.

De medewerker moet leren de regie over dit proces bij de cliënt te laten. Maar moet ook deskundig zijn in het signaleren of die daartoe wel in staat is en waarnodig (tijdelijk) (op onderdelen) de regie over te nemen.

De medewerker moet met de cliënt zoeken naar diens talenten en mogelijkheden en die van diens omgeving. Velen zijn juist opgeleid om te proberen problemen op te lossen.

Er zijn evenwel methodieken beschikbaar die passen bij deze uitgangspunten.

Maatschappelijk herstel omvat ook wonen, werken, leren en financiën. Instellingen voor zorg en welzijn hebben beschikken niet over alle hiervoor noodzakelijke middelen. Zij zullen daarvoor moeten samenwerken met organisaties die daarover wel beschikken (woningbouw, re-integratie bedrijven, kredietbanken, e.d). Zij moeten zich daarom ontwikkelen tot netwerk organisaties.

2. Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen

2.1. *Verandering van tijdperk*

Hoogleraar transitiekunde Jan Rotmans signaleert grote veranderingen in de samenleving die gekenmerkt worden door andere verhoudingen tussen burgers en organisaties en de overheid. De burger neemt niet meer voetstoots aan wat de “bobo’ s “ vinden en beslissen en gaat meer zelf regelen, in samenwerking met andere burgers. Zie daarvoor het groeiende aantal inkoop- en andere coöperaties op het gebied van onder andere energie en zorg (zie ook bijgevoegde lezing). Ook in de zorg wil de burger meer zelf de regie hebben. Deze wens is ook een centraal element in de wensen van de cliënten in de verslavingszorg met betrekking tot het invoeren van herstel ondersteunende zorg. De veranderingen zijn nu zo omvangrijk dat Jan Rotmans niet meer zegt dat we leven in een tijdperk van veranderingen maar een verandering van tijdperk.

2.2. *Bezuinigingen en decentralisaties*

Deze wens van de burger wordt door de overheid gebruikt om haar bezuinigingsdoelstelling voor de zorg te realiseren. Daarvoor gebruikt ze twee principes: zorg dichtbij de burger georganiseerd is goedkoper en effectiever. Zie daar de 3 decentralisaties van landelijke naar gemeentelijke taken. Daarnaast is de zorg goedkoper als eerst een beroep gedaan wordt op de eigen kracht en op de ondersteuning door familie, burens of vrijwilligers. Deze uitgangspunten sluiten enerzijds mooi aan op de al eerder van kracht geworden WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en op de wensen van de cliëntenbeweging in de Verslavingszorg en in de GGZ). Anderzijds wordt niet onderkend dat zo’n verandering niet zonder inspanningen en daarmee gemoeide kosten tot stand komt. Er zal dus eerst geld bij moeten om op termijn te kunnen besparen.

De decentralisaties passen ook heel mooi bij de signalering van Jan Rotmans dat de burger meer zelf de regie wil. Daarbij past dat je zaken dicht bij de burger organiseert, alsmede de verantwoordelijkheden daarvoor. Er vindt een dusdanige verschuiving van rijkstaken naar gemeenten plaats dat de nieuwe directeur van het CPB, Kim Putters, in zijn rede bij de aanvaarding van zijn functie sprak over een overgang van verzorgingsstaat naar verzorgingsstad. In de zorg betreft het vooral regelingen met een zogenaamde op eind financiering waarvoor het Rijk de verantwoordelijkheid overdraagt aan de gemeenten. De kosten van dergelijke regelingen zijn heel moeilijk te beheersen. Dat beheersingsprobleem is uiteraard niet opgelost met de overdracht naar de gemeenten. In feite zijn zij in grote moeilijkheden gebracht doordat ze regelingen moeten gaan uitvoeren waarvan de kosten niet goed te beheersen zijn, terwijl ze vrijwel niet kunnen sturen op hun inkomsten. Zou het niet logischer zijn dat deze overdracht gepaard gaat met minder belastingafdracht van burgers aan het Rijk en meer aan de gemeente. Dan zal ook de interesse van de burger in de lokale politiek toenemen. En tevens de invloed van de burger op hoe zorg en welzijn zijn georganiseerd en worden uitgevoerd.

2.3. *Afspraken in de zorg*

Hiernaast heeft de Minister met verschillende zorgsectoren een bestuurlijk akkoord afgesloten, waarin is vastgelegd dat de groei van de GGZ en Verslavingszorg wordt afgeremd, dat een deel van de dure 2^{de} lijns zorg wordt over geheveld naar de 1^{ste} lijn en dat de klinische capaciteit voor 2020 is verminderd met 30%.

3. Van vandaag naar morgen

In de uitvoering van Herstelondersteunende zorg ligt het accent op een groepsaanpak , passend bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg (waarin van ervaringskennis en –deskundigheid geleerd wordt) en ook om de zorg zo efficiënt mogelijk uit te voeren.

3.1. *Zorgstandaarden*

In opdracht van de Minister van VWS worden door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO) zorgstandaarden ontwikkeld voor de Verslavingszorg. De Minister heeft deze opdracht verstrekt op advies van Zorginstituut Nederland (ZiN), die op haar beurt hiermee het advies daarover van de cliëntenbeweging het Zwarte Gat heeft gevolgd. In de opdracht van NKO is opgenomen dat herstelondersteuning het leidende principe moet zijn bij de ontwikkeling van de zorgstandaarden. Verzekeraars gaan deze zorgstandaarden gebruiken bij hun inkoop van Verslavingszorg. Deze toekomst creëert een passend kader voor herstelondersteunende zorg.

De inbreng van cliënten in dit proces gaat uit van de volgende principers:

- Zorgcontinuïteit
- Wensen en mogelijkheden van de cliën zijn uitgangspunt
- Versterken van draagkracht en verhogen van responsiviteit
- Eigen regie waar mogelijk, overname daarvan waar noodzakelijk
- Behandeling zo veel mogelijk in en met betrokkenheid van de leefomgeving
- Respect en integriteit
- Tijdigheid en veiligheid
- Herstel is het leidend principe

3.2. *Uitvoering zorgverzekeringswet*

Echter de regelgeving van de verzekeraars staat vandaag nog erg ver af van deze toekomst en lijkt daarvan ook steeds verder verwijderd te raken. Immers om kwaliteitsgaranties te kunnen geven aan haar verzekerden beroepen de verzekeraars zich, bij afwezigheid van erkende kwaliteitscriteria, eerst op de hoogst mogelijke scholing van de meest verantwoordelijke zorgverleners, de

hoofdbehandelaren ((medisch) academisch) en vervolgens op uitbreiding van hun aandeel in de uitvoering van elke behandeling. Het zijn juist deze beroepsgroepen die veelal veraf staan van de ideeën en uitvoering daarvan van herstelondersteunende zorg.

Daarnaast is ons verzekeringsstelsel middels de DBC' s erg gericht op individuele behandeling en niet op groepsbehandeling. Ook is er weinig ruimte voor het inschakelen van ervaringsdeskundigen; deze wordt alleen gefinancierd als ze over een zogenaamd CONO beroep beschikken. Er is geen ruimte voor beperkte bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor ervaringsdeskundigen met een geringere beroepskwalificatie.

Ondertussen zijn gemeenten bezig met het doorvoeren van nieuw beleid afgestemd op de opdracht die ze van de Rijksoverheid hebben gekregen met de nieuwe wetgeving over de WMO en de 3 decentralisaties, gepaard gaande met een forse bezuiniging. Gemeentes zetten voor de uitvoering van hun beleid sociale teams in en zogenaamde keukentafelgesprekken.

Niet onbelangrijk is dat in een bestuurlijk akkoord met GGZ instellingen is afgesproken dat een proces van ambulantisering wordt ingezet: 30% minder bedden en meer behandelingen in huis van de cliënt. Daarvoor is natuurlijk wel een voorwaarde dat de kwaliteit van de ambulante zorg wordt verbeterd. Een voorwaarde waaraan helaas niet altijd is voldaan op het moment dat begonnen wordt met het opheffen van bedden.

3.3. Gemeentelijk beleid

Om iemands zorgvraag te bespreken wordt bij hem of haar thuis door de gemeente een zogenaamd keukentafelgesprek gevoerd. Daarin wordt de zorgvraag besproken om zote komen tot een indicatie voor het wel of niet leveren van gemeentelijk gefinancierde ondersteuning en van welke omvang. De sociale teams zijn er om burgers met complexe hulpvragen met een multidisciplinair team te kunnen bijstaan. Sociale teams bieden beperkt zelf ondersteuning en kunnen door verwijzen naar 1^{ste} en 2^{de} lijn zorg. In de keukentafelgesprekken en in de sociale teams staat centraal dat eerst gekeken wordt wat de burger zelf, al dan niet met behulp van de eigen omgeving, kan oplossen. Als dat niet toereikend is wordt gekeken of de burger gebruik kan maken van collectieve voorzieningen, zoals vrijwilligersorganisaties. Als ook dat niet toereikend is kan individuele ondersteuning geboden worden (maatwerk) door het sociale team en als ook dat niet toereikend is wordt een beroep gedaan op de 1^{ste} of 2^{de} lijn zorg.

De burger heeft bij deze keukentafelgesprekken het recht zich te laten bijstaand door een onafhankelijke cliëntondersteuner.

In de sociale teams lopen drie belangen door elkaar, die van de burger, die van de overheid en die van de zorg- en welzijninstellingen. Het is te verwachten dat in dit krachtenveld de burger het onderspit delft.

3.4. Zwakste schouders dragen de grootste lasten

Decentralisatie van Rijk naar gemeente en van gemeente naar buurt brengt zorg en welzijn dichterbij de burger en dat heeft grote voordelen. Maar er kleven ook nadelen aan. Burgers met veel draaglast en weinig draagkracht wonen veelal in andere buurten dan burgers met weinig draaglast en veel draagkracht. Daardoor ontstaat een uitgangssituatie die haaks staat op het principe dat de

sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Sommige gemeenten en buurten worden zo al gauw over vraagt.

Daarbij komt dat niet alle burgers even gewild zijn bij hun buurtgenoten en op hun ondersteuning mogen rekenen. In een promotieonderzoek van Femmianne Bredewold in twee Zwolse buurten bleek dat mensen met psychiatrische problemen en met een licht verstandelijke beperking niet veel meer van hun buurtgenoten mogen verwachten dan een vriendelijk praatje over het weer. Dat terwijl juist deze groepen vaak over een heel beperkt eigen sociaal netwerk beschikken. Het beroep dat de overheid hen lijkt te willen laten doen op informele zorg lijkt zo te mislukken. Ook wordt van hen meer zelfredzaamheid verwacht dan waarover ze veelal beschikken en hebben gemeentelijke vertegenwoordigers moeite dat te zien en te onderkennen. Dit werd helaas op 26 september 2015 geïllustreerd met de dood in het voorjaar van 2015 van een 22 jarige jongen die opgroeide in een gezin met licht verstandelijk beperkte ouders in Zoetermeer.

3.5. *Informele zorg overvraagd*

Meer in het algemeen bleek in onderzoek van Jager - Vreugdenhil dat gauw te veel verwacht wordt van de informele zorg. Zo laten leden van een voetbalvereniging zich niet zo maar inschakelen als vrijwilliger in een ouderenvoorziening; daarvoor zijn ze immers geen lid geworden van een voetbalvereniging. Ook blijken mantelzorgers vaak al over belast te zijn.

3.6. *Lotgenoten*

Lotgenoten zijn vaak bereid om elkaar wel onderling te steunen en doen dat ook nog met veel effect, zie bij voorbeeld de AA. Deze vorm van onderlinge steun kan nog krachtiger in gezet worden wanneer burgers hun ervaringskennis die ze hierbij inzetten, middels opleiding en ervaring, door ontwikkelen naar ervaringsdeskundigheid. Zij leren dan hoe hun ervaring effectief aan te wenden ten behoeve van het herstelproces van andere burgers.

3.7. *Herstelacademies*

Om lotgenoten elkaar op allerlei terreinen te laten ondersteunen wordt door het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) de door Phrenos geïntroduceerde Herstelacademie in Nederland door gevoerd. Dit begrip is over genomen van de Engelse Recovery college en is door Phrenos over genomen in het rapport dat zij op verzoek van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie opstelde onder de titel "Over de brug". Deze colleges of herstelacademies moet men niet zo schools voorstellen als de naam doet vermoeden. Het gaat om een bundeling van eigen kracht om maatschappelijke participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid te bevorderen. Dat kan door het geven en volgen van cursussen, het ontwikkelen en aanbieden van activiteiten waardoor burgers met een psychische kwetsbaarheid kunnen ontdekken waar ze goed in zijn en wat ze leuk vinden om op die manier een zinvolle dagbesteding te verwerven, die ook kan leiden naar een opleiding of betaalde baan en het bevorderen en faciliteren van lotgenoten groepen, maatjesprojecten enz.

De herstelacademie gaat uit van wederkerigheid en wil op basis van dat principe ook eigen inkomsten verwerven, bijvoorbeeld door ervaringskennis en –deskundigheid te "vermarkten".

3.8. *Herstelcommunities*

Het lijkt er op dat mensen in herstel vooral nog meer steun zullen ondervinden van lotgenoten dan van buurtgenoten. Eerst basisvertrouwen ontwikkelen met steun van lotgenoten en daarna de wat onbekendere buitenwereld verkennen, zal voor velen het uitgangspunt zijn.

Op dit principe zijn twee initiatieven gebaseerd die lotgenoten de gelegenheid bieden zich met elkaar en met burgers te verbinden die maatje willen zijn of anderszins willen bijdragen aan het herstel. Het ene initiatief is i24herstelonline en staat voor de ontwikkeling van een internetapplicatie die herstellenden ondersteunt. Via die applicatie krijg je herstel tips en maak je contact met andere herstellenden en met burgers die herstel ondersteunen. Dat laatste kan in de vorm van een maatje, maar ook als werkgever of als huisarts of als instelling voor zorg en welzijn. De ontwikkeling van i24herstelonline geschiedt in nauwe samenwerking met de gebruikers ervan in de vorm van ontwikkelpraktijken. Met ondersteuning van een hogeschool en een universiteit wordt de kwaliteit van dit ontwikkelproces bewaakt en wordt het resultaat verspreid. Ook wordt met de betreffende hogeschool een systematiek ontwikkeld waarmee gebruikers van de internetapplicatie een uit de verzamelde data afgeleid advies kan opvragen.

Een tweede initiatief om tot community vorming te komen is Leven.nu. In dit initiatief van een filmbedrijf uit Amsterdam wordt op internet een TV programma geboden met informatie over herstel, vooral geleverd door herstellenden en hen ondersteunende burgers zelf. Het bedrijf heeft veel ervaring met indringende korte interviews met diverse bijzondere groepen en/of over bijzondere gebeurtenissen.

3.9. *Uitbreiden van de communities*

De herstelacademies en de beide hiervoor genoemde initiatieven komen voor een belangrijk deel voort uit de psychiatrie en verslavingszorg. De burgers die cliënten zijn (geweest) van deze voorzieningen hebben vaak ook te kampen met armoede, een licht verstandelijke beperking, migratie en/of detentie. Zij delen die andere aspecten met andere burgers, die bijvoorbeeld wel met armoede maar niet met verslaving of psychiatrie te maken hebben. Al deze groepen hebben met elkaar gemeen dat ze te maken hebben met exclusie van tal van maatschappelijke voorzieningen en mogelijkheden. De uitgangspunten van herstel kunnen een hulpmiddel voor al deze groepen zijn, om meer maatschappelijk mee te gaan doen. Daarom kan het raadzaam zijn de hier genoemde herstelinitiatieven te richten op al deze groepen en er zo een grote inclusie beweging van te maken.

3.10. *Leren van herstelcommunities*

De herstelcommunities kunnen gebruikt worden als werkplekplaats voor studenten en voor beleidsmakers die hun beleid beter willen afstemmen op de leefwereld van de burgers. Herstellen op zich staat al voor een leerproces, waarbij iedere volgende stap gebaseerd is op het resultaat van de vorige.

3.11. *Informele zorg leidend?*

De overheid lijkt enerzijds dit soort initiatieven toe te juichen, als zijnde mooie uitwerkingen van het principe dat burgers meer elkaar gaan ondersteunen, maar lijkt zich niet te realiseren dat deze initiatieven stevige financiële ondersteuning behoeven, willen ze ook daadwerkelijk kunnen bijdragen aan duurzame oplossingen tegen minder kosten. Een overheid die stelt dat de formele zorg volgend is op de informele zorg, moet ook het lef hebben dat tot uitdrukking te brengen in haar financiële beleid en dus informele zorg krachtig ondersteunen ook als dat ten koste gaat van de formele zorg. Helaas gebeurt dat niet waardoor dit soort initiatieven nauwelijks van de grond komen en weinig impact hebben.

Zo zou bij crisisopvang een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen wonen en zorg. Het inrichten en beheren van het wonen is dan vooral in handen van lotgenoten en ervaringsdeskundigen. Zo kan tegemoet gekomen worden aan de kritiek die er vaak is op de crisisopvang: koud en kil en met lange wachttijden. Dat terwijl direct een warm onthaal van zo groot belang is.

3.12 Een sterke beweging

Er ontstaan twee parallelle bewegingen in de psychiatrie: De Nieuwe Psychiatrie en Mind.nl.

De eerste beweging is er een van professionals en wetenschappers en een enkele persoon met eigen ervaring. Deze beweging vindt binnen een paar dagen ondersteuning voor haar pamflet door vele ondertekenaars. De tweede beweging is een initiatief van LPGGZ en Fonds Psychische Gezondheid waarover de besturen van beide organisaties nog moeten beslissen. In een bijeenkomst in juli van dit jaar waar beide organisaties dit idee lanceerden gaven de aanwezigen aan dat zij, ongeacht de bestuurlijke besluitvorming, door wenselijk te gaan met het op gang brengen van deze beweging. Deze vindt haar inspiratie in het Engelse mind.uk en is een brede beweging van allerhande initiatieven van en voor mensen met ervaring met de psychiatrie.

Beide bewegingen kunnen elkaar versterken om zo een andere psychiatrie en verslavingszorg in Nederland te realiseren.

Interessant is ook om de mind.nl beweging te verbinden met andere bewegingen gericht op inclusie.

3.13. *Het nieuwe organiseren*

Zorg- en welzijnsorganisaties moeten hun beleid meer afstemmen op wat de burgers in een gemeente en een buurt willen. Dit vereist een grotere mate van flexibiliteit dan veel organisaties kunnen opbrengen. Organisaties zullen daarom anders ingericht moeten worden als een bundeling van zelfstandige eenheden, die hun beleid volledig kunnen afstemmen op de lokale behoeften. Maar zijn daarmee ook in staat de burger meer invloed te geven. Maar ook meer ruimte aan de medewerkers te verlenen die zij nodig hebben om met hun cliënten in een proces van co-creatie herstelprocessen uit te stippelen, uit te voeren, te evalueren en bij te stellen. Van Boeijen in Assen en TNO hebben daarvoor een aanpak ontwikkeld die zij ROL hebben genoemd, Regie op Locatie. Hierin is er in de organisatie veel ruimte voor medewerkers, cliënten en hun verwanten om in onderling overleg het beleid van hun locatie vast te stellen en uit te voeren. Dat leidt tot een beter leven voor cliënten, prettiger werk voor de medewerkers en goedkopere zorg. In zijn ultieme vorm leidt dit, juridisch gezien, tot de vorming van een coöperatie, opgebouwd uit de verschillende locaties. Deze werkwijze wordt nu in diverse organisaties, vooral in de VG sector (Verstandelijk Gehandicapten), ingevoerd.

Voor organisaties zal de leefwereld van haar cliënten leidend moeten zijn in plaats van de systeemwereld.

Organisaties zullen de beste herstelondersteuning kunnen leveren als ze zelf een proces hebben door gemaakt en onderkend dat vergelijkbaar is met het proces van een herstellende burger. Dat betekent dat de organisatie en de leiding ervan het beheersmatige denken en doen moet inruilen voor proces denken dat zal leiden tot meer tevreden cliënten, die meer duurzame antwoorden hebben gevonden

op de vragen waarmee ze zich tot de organisatie hebben gewend. De duurzaamheid van de antwoorden wordt veroorzaakt doordat die antwoorden beter afgestemd zijn op de wensen en mogelijkheden van de cliënt en deze zelf meer heeft bijgedragen aan het verwerven van de antwoorden. Dat laatste zal hem of haar beter in staat stellen toekomstige vraagstukken zonder professionele steun het hoofd te bieden. Voor organisaties en cliënten is het gedicht van Machado evenzeer van toepassing.

*Wandelaar, de afdruk van je voet
Is het pad en niets anders.
Wandelaar er is geen pad,
Jij maakt het wanneer 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*

Groningen, 17 november 2015.

Martinus Stollenga

Bijlage Jan Rotmans: Een verandering van tijdperken: wat betekent dat voor de zorg? Lezing gehouden 20 november 2013 te Tilburg