



mensenzorg

EEN TRANSITIEBEWEGING

Binnenzijde kaft

mensenzorg

een transitiebeweging

De foto op de omslag is gemaakt op een startbijeenkomst in het kader van het experiment Wijs in de Wijk (blz 47). Het is de feestelijke start van een team dat in de wijk Hatert outreachend gaat werken vanuit een niet afgebakende hulpvraag. Ze zoekt de bewoners op en functioneert als 'olie tussen de raderen'. Daarbij schakelt ze tussen vraag en aanbod, maar ook tussen professionals onder elkaar. Zij bundelen hun expertise en trekken samen op om de vraag in de wijk op gebied van welzijn, gezondheid, zorg en wonen van de buurtbewoners te kunnen bedienen. Deze foto symboliseert de beweging waar alle betrokken domeinen, organisaties, professionals en wijkbewoners deel van uit maken.

Tekst © DRIFT en/of arenaleden
gebruik vrij onder bronvermelding

Vormgevingsontwerp © Marleen de Korver

Geciteerde teksten © oorspronkelijke auteurs. Gedicht Rutger Kopland © project VVI

Fotografie: pag. 2 Max Popma / pag. 26: Buurtzorg Nederland / pag. 36: Marcelle Molle voor experiment Verbeelding als Werkmethode / pag. 38: Zuidzorg - Viedome / pag. 45: CVD Vierstroomzorgring / pag. 48: Patrick Beckers voor Vroeg, Voortdurend en Integraal / pag. 59: ACT Jeugd / achterkant: Job Hulshoff Fotografie & Schrijverij

Rechten op bovenstaande foto's en geciteerde teksten berusten bij derden. Reproductie alleen toegestaan bij reproductie van deze gehele publicatie voor eigen gebruik.

vooraf 1
een zoektocht

probleem

1. historische proloog 3
hoe zorg care werd

2. de symptomen 9
verwarring en frustratie

3. de structurele oorzaken 13
verbroken verbindingen

4. de culturele dilemma's 19
grenzen aan de medische droom

wenkend perspectief

5. richtinggevende principes 25
duurzame zorg

6. van visie naar beweging 27
volgende generatie zorg

7. streefbeelden voor mensen 33
alerte mensen in zelf- en samenredzaamheid

8. streefbeelden voor organisaties 43
maatschappelijke ondernemingen met gedreven professionals

9. streefbeelden voor de maatschappij 58
duurzaam stelsel in een zorgzame samenleving

doen

10. agenda voor morgen 56
wordt vervolgd

verhaal uit de transitiepraktijk 61
steun bieden naar een normaal leven

**aan deze visie is bijgedragen
op persoonlijke titel door:**

Stella Braam
Journalist

Oscar Dekker
Zorgverzekeraar

John Grin
Hoogleraar

John van den Hout
Adviseur

Eddy Karrenbelt
Sociale dienst

Marcelle van den Kommer
Voeding & Lifestyle

Guus van Montfort
Adviseur

Anne Reijs
Ziekenverzorgende

Michel van Schaik
Gezondheidszorgbankier

Mart van den Schoor
Verzorgingshuisdirecteur

Henk Smid
Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Truus Sweringa
Woningbouwcorporatie

Steven de Waal
voorzitter Public Space

ondersteund vanuit DRIFT door:

Jord Neuteboom, Roel van Raak
en Jan Rotmans

**velen anderen dachten mee
en droegen bij, waarvoor dank**

Iedere dag doen honderdduizenden zorgprofessionals in Nederland goed werk en leveren zorg van hoog niveau. En toch telt al dat goede werk lang niet altijd op tot een hele en goede zorg voor de mensen. Of tot een maatschappelijk volhoudbaar zorgsysteem. Op vele plaatsen zien we frustraties en verwarring bij professionals en patiënten en regelmatig lijkt ons zorgsysteem hen juist tegen te werken.

Dit document vertelt een nog incompleet en onaf verhaal. Het is een zoektocht naar een uitweg. Het gaat over een nieuwe visie voor zorgen in Nederland...

Al het goede werk in de zorg is meestal onzichtbaar, maar de incidenten krijgen volop aandacht in de media en publieke opinie. De verdedigingsreflex in de sector ('dit is een vertekend beeld') is vaak terecht, maar achter de schreeuwende krantenkoppen en media-incidenten gaan werkelijke mensen schuil die in de knel zitten: zorgvragers die zich niet meer als persoon gezien weten en die verdwalen in de zorg; zorgprofessionals die zich steeds verder beknot voelen in het uitoefenen van hun vak en wier bezieling geen ruimte krijgt; managers die de financiële eindjes en alle regels nauwelijks aan elkaar geknoopt krijgen; en beleidsmakers die hun handen vol hebben aan kostenbeheersing.

van incidenten naar wortels

Dit betoog is niet een poging alle incidenten nog eens op een rij te zetten, maar het wil de diepe wortels van de hardnekkige problemen in de zorg laten zien. Dezelfde dingen slimmer of efficiënter gaan doen, zal niets veranderen aan de fundamentele weeffouten. Daarvoor zijn radicaal nieuwe wegen nodig. Deze agenda verkent een aantal van die wegen vanuit het perspectief van de langdurende zorg of care. Wij noemen dit echter gewoon weer 'zorg' om haar centrale rol terug te eisen.

VOORRADE

context voor experimenteren en leren

Deze agenda ontstond als een maatschappelijk initiatief naast het “Transitieprogramma in de Langdurende Zorg”. In dat programma leren dertig toekomstbepalende transitie-experimenten over radicaal nieuwe praktijken en over hun maatschappelijke inbedding. Deze en andere zorgvernieuwers kennen ieder hun lokale context door en door, maar zij gaven aan te willen weten van welke bredere transitie zij deel uitmaken en in welke richting zij moeten zoeken. Een groep friskijkers en dwarsdenkers van binnen en buiten de zorg ontwikkelde daarop dit eerste antwoord.

opbouw van deze agenda

Deze agenda geeft na een historische proloog (hfst.1), een indringende probleembeschouwing op het niveau van symptomen (hfst. 2), structurele oorzaken (hfst. 3) en culturele dilemma’s (hfst. 4), maar schetst daarna ook een nieuwe richting voor de zorg (hfst. 5). Vervolgens wordt de aanzet gegeven voor een transitiebeweging (hfst. 6). Verschillende streefbeelden waaromheen we die beweging kunnen organiseren worden uitgewerkt op menselijk niveau (hfst. 7), op organisatorisch niveau (hfst. 8) en op maatschappelijk niveau (hfst. 9). Het document rondt af met concrete stappen voor de korte termijn (hfst. 10.). De visie is overal geïllustreerd met experimenten van het transitieprogramma - de ‘vliegers in de lucht’ - en andere initiatieven en inspiratiebronnen. We eindigen met een inspirerend praktijkverhaal.

uitnodiging

Deze visie is opgesteld voor iedereen binnen en buiten de zorg die nieuwe wegen voor de langdurende zorg wil verkennen. Maar het vraagt vaak wel wat persoonlijke lef en inzet om de gebaande paden te durven verlaten. Deze agenda wil iedereen die een dergelijke zoektocht wil gaan maken een steuntje in de rug geven, door richting aan te geven en door tips te geven voor inspiratie en mede-reisgenoten.

Deze agenda is kortom, ook een uitnodiging aan een ieder om mee te gaan denken en te werken aan een transitiebeweging. Het is daarmee een uitnodiging om het eigen, persoonlijke verhaal te verbinden aan dit visieverhaal. Om in transitietermen groot te gaan denken en in het klein radicaal anders te gaan doen.



van solex naar laptop

In een noordelijk puntje van Noord-Holland, in en om het dorp Middenmeer lijkt het landelijke leven het tempo te vertragen ten opzichte van de Randstad. Net als meer landelijke regio's dreigt ook hier het aantal voorzieningen terug te lopen wat de toegang van ouderen en kwetsbaren tot allerlei moderne zorg- en welzijnsdiensten onder druk lijkt te zetten.

Maar schijn bedriegt... achter de dijken gaat namelijk een rijke dorpscultuur schuil waarin het verenigingsleven en oude sociale verbanden een hechte gemeenschap vormen. Laverend langs deze menselijke contacten en gedreven door dezelfde maatschappelijke missie als 100 jaar geleden speelt de wijkverpleegkundige weer een cruciale rol in het waarborgen van zorg en welzijn, ook in de meer afgelegen plaatsen rondom de dorpskernen. De functie van de wijkverpleegkundige als ogen en oren van de wijk en haar bewoners wordt in ere hersteld in het experiment van Thuiszorgorganisatie Omring. De solex is inmiddels ingeruild voor een laptop, waardoor de wijkverpleegkundigen gestoken in een modern jasje de zorg letterlijk om de cliënten heen kunnen coördineren. Als spin in het web binnen het zelfsturende team, verbindt de wijkverpleegkundige alle lijntjes naar huisarts, zorg- en welzijnsinstanties met elkaar om deze steeds weer in een uniek patroon om de cliënten heen te weven. Ze weten wat er speelt, simpelweg omdat ze weten wat er speelt. Innovatief in de manier waarop ze op zeer professionele wijze gebruikmaken van allerlei technische en mobiele instrumenten en mogelijkheden gebruiken over de domeingrenzen van zorg en welzijn heen. Maar aan de andere kant zijn ze vertrouwd en vanzelfsprekend in al hun eenvoud en nabijheid. De wijkverpleegkundige: terug van weggeweest en gewapend met laptop klaar om haar historische gegroeide weer rol te vervullen.

1. HOE ZORG CARE WERD

Onze gezondheidszorg lijkt op het eerste gezicht één onafgebroken succesverhaal. Het beschrijft een aaneenschakeling van medische ontdekkingen en vooruitgang dat halverwege de 20e eeuw haar hoogtepunt bereikt. Echter, ondanks de voortschrijdende prestaties op dit gebied die tot nu voortduren opzien baren, groeit tegelijkertijd een gevoel van onvrede en onbehagen.

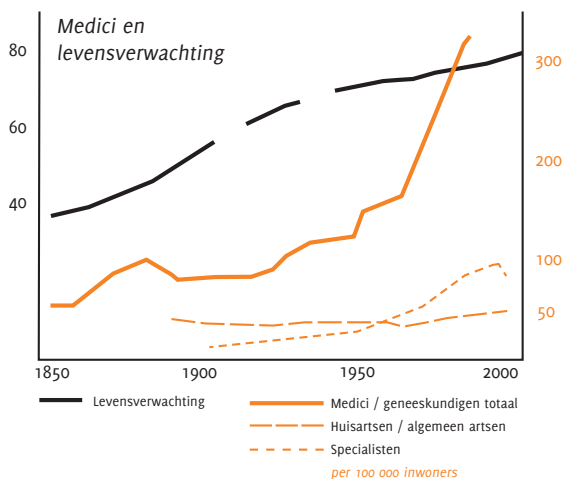
vergeeld jubileumboek

In 1949 vierde de KNMG (de artsenfederatie) haar 100-jarig bestaan. Als men in het vergeelde jubileumboek bladert, komt men de ene naar de andere lofzang tegen. Men kon terugkijken op een succesvolle professionalisering van de beroepsgroep en de verwetenschappelijking van het medische vak. De artsen hadden zich verenigd en hadden de moderne medische praktijk ontwikkeld, daarbij geholpen door een reeks geneeskundige doorbraken. Het ziekenhuis was van een erbarmelijke infectiehaard voor de armsten tot een centrum van medische hoogstandjes geworden. Onze levensverwachting verdubbelde bijna in twee generaties.

de maatschappelijke missie

Waar het vergeelde jubileumboek minder aandacht aan besteed is dat na de artsen ook de verpleegkunde emancipeerde van een (religieuze) roeping tot een beroep. Florence Nightingale werd hiervan een icoon en later kregen we in Nederland de wijkverpleegkundige op de solex als ons eigen boegbeeld.

Verder was die sprong in ons welzijn vooral het gevolg van verbeteringen in andere maatschappelijke domeinen. Medici waren ook in die domeinen actief: de epidemiologie was in staat om ziekte te herleiden tot de leefomstandigheden van de bevolking. De gezondheidszorg was daar actief waar gezondheidswinst te halen viel, vanuit het besef dat veel ziekten alleen bij de bron konden worden aangepakt. Artsen overtuigden de politici en ingenieurs ervan om riolering en waterleiding aan te leggen. Samen met andere maatschappelijke initiatieven (zoals woningcorporaties) werden zaken als hygiëne, voeding en lichaamsbeweging vervlochten in wonen, opvoeding en scholing. Er kwamen consultatiebureaus en schoolartsen. Artsen begonnen gemeentelijke gezondheidsdiensten en pakten de broeinesten van ziekten in de arme wijken aan. En het was een geneeskundig inspecteur die zich de grens aan de mogelijkheden van de overheid realiseerde en de eerste kruisvereniging begon als kleinschalige vorm van zelforganisatie. De verbetering van de positie van de medische beroepsgroep ging dus lang samen met bredere toegang tot medische voorzieningen voor de armen en met een verbetering van gezondheid via andere domeinen.



de contouren van het huidige systeem

Begin 20ste eeuw begonnen de ziekenfondsen aan een onstuimige groei. De kosten van de groeiende medische mogelijkheden maakten een vorm van collectieve risicospreiding onvermijdelijk. Uiteindelijk werden met de opkomst van de verzorgingsstaat de verplichte ziekenfondsen en volksverzekeringen ingevoerd en decennia lang telkens uitgebreid. Daarmee werd in feite de basis onder ons huidige financieringsstelsel gelegd: private partijen die collectief gefinancierd zijn. Wel zou voor de komende decennia het karakter van die private zorgorganisaties veranderen van verzuilden organisaties tot brede instellingen en uiteindelijk tot steeds commerciële partijen.

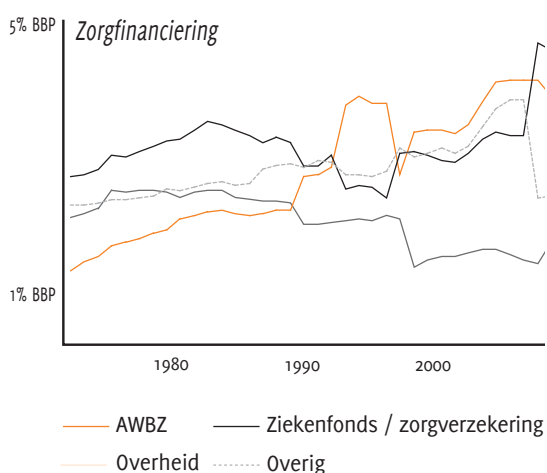
care krijgt eigen plaats

Het systeem ging meer en meer om genezing draaien. Waar de verzorging van oudsher juist de taak van gasthuizen en hospitalen was, vond men nu dat mensen die niet konden worden genezen, de plaatsen bezetten van mensen voor wie wel genezing mogelijk was. Er werden nu verpleeg- en verzorgingshuizen ingericht als een duidelijk gescheiden sector van cure. Vanaf 1967 werd de financiering van care geconsolideerd in de AWBZ.

specialisatie, centralisatie en marktwerking

De cure die in de twintigste eeuw de zorg domineerde, kenmerkt zich door een sterk technische, rationele en specialistische benadering van zorg. Pas in het interbellum begon de specialist een rol van enige betekenis in het zorgsysteem te spelen, maar in de jaren zestig waren er al meer specialisten dan huisartsen, om door te groeien tot het dubbele. De sterke nadruk op genezing en specialisatie bracht met zich mee dat het contact tussen patiënt en zorgverlener steeds meer van tijdelijke aard werd: een patiënt meldt zich met een specifieke klacht en wordt na doorverwijzing door de meest geschikte specialist genezen.

Verder kreeg de gezondheidszorg een steeds centraler karakter: van de nadruk op de zorg van de patiënt thuis





naar het – steeds grotere - ziekenhuis als brandpunt van de cure; van zeer lokale ziekenfondsen die door artsen en/of arbeiders werden bestuurd, tot grote regionale ziekenfondsen en later tot landelijke verzekeraars; van toezicht en financiering door gemeentes en provincies naar sturing door de staat. Ook de kruisverenigingen werden meer door de overheid gefinancierd en gestuurd dan door lokale gemeenschappen. Uiteindelijk ging het werk van kruisverenigingen grotendeels op in de huidige thuiszorg en hun leden werden ‘klanten’.

voortdurende prestaties en onvrede

En nog steeds groeien schijnbaar de prestaties van dit systeem: de overlevingskansen voor ernstige ongevallen en ziekten nemen nog steeds toe. Nog steeds is de medische sector een van de meeste innovatieve als het gaat om nieuwe technologieën en therapieën en behoort Nederland op dit gebied tot de wereldtop. De cure blijft het boegbeeld van de zorg. Toch wordt het steeds duidelijker dat het curatieve succesverhaal ook schaduwzijden heeft. Mede door een ongezondere levensstijl neemt - ondanks al het medische kunnen - de (gezonde) levensverwachting nauwelijks meer toe. We worden vaker beter, maar ook vaker ziek. Ook blijft een genezingsperspectief voor veel chronische en degeneratieve ziekten uit. Het medische model dijt uit, maar loopt ook tegen haar grenzen op: het blijkt niet overal toepasbaar. Waar het niet toepasbaar is zorgt en groeit de care in de schaduw van de cure.

veranderende maatschappij

De maatschappij is de afgelopen decennia dramatisch veranderd: we zijn egalitairder, individualistischer, ontkerkter en diverser geworden en de klassieke autoriteit van de witte jas past daar steeds minder goed bij. Mede daardoor was er de afgelopen decennia een kleine – maar gestage – stroom van mensen naar alternatieve genezers, privéklinieken of ‘medisch toeristische’ landen. Ook hier lijkt het klassieke curatieve regime tegen haar grenzen op te lopen.

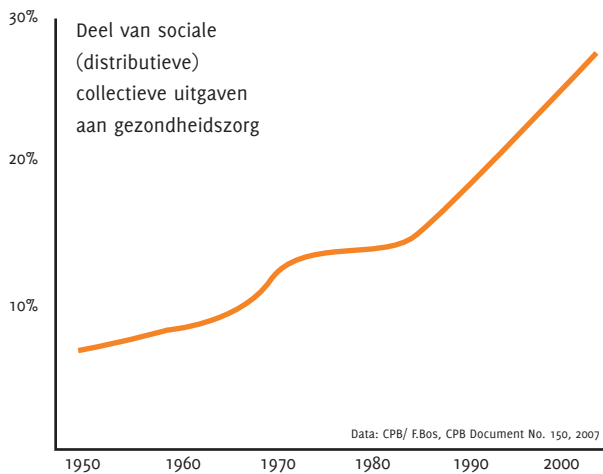
Sefkat: zorghuis voor Islamitische ouderen
Hoe diverser en dynamischer een samenleving, hoe moeilijker, wellicht onmogelijker het wordt om eenduidig te definiëren wat kwalitatief hoogwaardige zorg precies inhoudt. Daar kwamen de initiatiefnemers van dit experiment achter sinds ze zich in toenemende mate geplaatst zagen voor de zorgbehoeften van Islamitische ouderen in Nederland.

Zorggroep Elde beseftte dat er te weinig specialistische voorzieningen zijn die aan de specifieke wensen van deze groep kunnen beantwoorden. Ook constateerden zij een aanzienlijke achterstand in hun kennis ten aanzien van de cultuur specifieke achtergrond die aan de basis staat van de zorg- en welzijnbehoeften van Islamitische ouderen.

Dit experiment ontwikkelt een zorghuis waar allochtone ouderen kunnen wonen. Het doel is het eerste Multiculturele Zorghuis voor islamitische Turkse en Marokkaanse ouderen van Nederland te creëren. In dit concept worden elementen van het zorgsysteem uit het land van herkomst in combinatie gebracht met het westerse zorgsysteem. Het te realiseren zorghuis zal voldoen aan de cultuurgebonden eisen aan bijvoorbeeld wasruimtes, gebedsruimtes, huiskamers en ontvangstruimtes, maar ook voldoen aan de Westerse maatstaven voor de bouw en zorg.

Daarnaast wordt een expertisecentrum en een opleidingstraject op de cultuurspecifieke aspecten van zorgverlening opgezet, waarbij het behoud van de eigen culturele normen en waarden gekoesterd wordt. De kennis die wordt opgebouwd wordt zo gedeeld met professionals en managers van andere zorgaanbieders.

Op deze manier wordt het begrip van wat ‘hoogwaardige zorg’ in Nederland zou moeten inhouden eens te meer verrijkt, waarmee nog meer ouderen in Nederland de toegevoegde waarde ervan kunnen ervaren.



medisch bolwerk

Die curatieve medici lijken verborgen in een – steeds ingewikkelder wordend – specialistisch bolwerk. Waar ooit medici breed in de maatschappij actief waren, moeten mensen nu juist zelf naar de zorg komen of ‘toegeleid’ worden. De specialisaties zijn zo toegenomen dat de zorg steeds verder verkokerd raakt. Er zijn poortwachters en regisseurs in het leven geroepen, maar deze lijken vooral mensen naar het juiste ‘hokje’ te moeten geleiden en hen daarna weer los te laten.

sleutelen aan het systeem

Op het niveau van de hele sector worden er al decennia lang pogingen gedaan om de kosten te beheersen. Nadat de kosten voor overcapaciteit waren geëlimineerd, bleek het beheersen van die kosten echter weerbarstig. Terwijl de gehele collectieve sector vanaf de jaren tachtig kromp, bleef de gezondheidszorg daarbinnen hard groeien. Commissies kwamen en gingen. Regelingen werden ingevoerd, herzien en afgeschaft. Er werden zaken uit de collectieve financiering gehaald, maar ook weer teruggeplaatst en toegevoegd. Ook voor de meest radicale herziening – de invoering van de basisverzekering – zijn er al weer signalen dat het kostenreducerende effect tegenvalt.

De care speelt nog steeds een ondergeschikte rol in toebedeelde middelen (zo’n 40% van het totale zorgbudget), maar inmiddels zijn er wel meer verplegings- dan ziekenhuisbedden en zelfs dubbel zoveel plaatsen in verzorgingshuizen. Er zijn meer dan tien keer zoveel thuiszorgers dan huisartsen. Juist vanwege de schaarste in middelen (geld en menskracht) drukt elke verdere bezuiniging hard op de care.

“dames en heren, het moet anders!

Kees is een jongere met een licht verstandelijke beperking (LVG) uit Den Bosch. Kees is pas 19 jaar, maar heeft al met zo'n beetje iedere zorgaanbieder in Oost Brabant te maken gehad.

De behandeling van Kees bij een orthopedagogische behandelinstelling zit erop. Hij denkt de wereld aan te kunnen, maar voor de overgang naar zelfstandig wonen ontbreekt het hem aan vaardigheden.

Hij kan geen werk vinden, kan moeilijk vrienden maken en komt in een sociaal isolement. Twee jaar nadat Kees is uitbehandeld is hij dakloos, verslaafd en heeft een strafblad. Hij heeft het gevoel dat er geen hulp was toen hij die nodig had. Conclusie: Kees was wel uitbehandeld, maar niet uitgeleerd. Toch was er niemand die hem kon helpen. Waarom voelt Kees zich niet geholpen?

Kees kan enorm veel zelf en daar is de AWBZ niet voor:

- Hij moet vertrouwen op zijn sociale netwerk... maar dat heeft Kees niet.
- Of anders moet de gemeente hem maar ondersteunen.
- De behandelinstelling wil hem wel helpen om op eigen benen te leren staan, maar krijgt alleen maar geld als Kees op het instellingsterrein blijft wonen. Dat is de afspraak met het zorgkantoor en zo zijn de regels.
- Jeugdzorg denkt Kees wel te kunnen ondersteunen, helaas valt hij niet meer in de doelgroep. Dus helaas...

Hoe kunnen wij de zorg voor Kees in het Nederland van STRAKS wél goed regelen?

Wat Kees NIET wil is in een hokje gestopt worden, hij houdt niet van schotten...

Kees wil geen... - en ik lees nu voor uit de

beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit -... 'afgebakende periode verblijven in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden'.

Evenmin is Kees op zoek naar... 'ondersteuning bij beperkingen op het vlak van zelfregie over het dagelijkse leven'. Volgt u het nog?

Toch is dit precies wat wij als verzekeraars op dit moment afspreken met zorgaanbieders. Het past namelijk binnen het systeem-denken van o.a. beleidsregels en indicatiestelling.

Het is tijd dat we het 'systeem'-denken los gaan laten. Gemakkelijk is dat niet, want het zit diep verankerd in Nederland. Het rapport 'verkeerd verbonden' van de commissie Linschoten over LVG-zorg in Nederland is hier heel duidelijk over. Ik citeer:

“Er zijn VERSCHILLENDE schotten met VERSCHILLENDE financiering en VERSCHILLENDE indicerende instanties. Ieder domein heeft haar EIGEN REGIME en er is GEEN heldere verantwoordelijkheidsindeling wanneer het gaat om de zorg voor jeugdigen.”

Alle systeem-problemen bij elkaar in twee zinnen. Het rapport gaat wat mij betreft niet ver genoeg...Kees wordt volwassen, maar daarmee verdwijnen niet automatisch zijn problemen.

De zorg voor Kees KAN in Nederland van nu NIET goed geregeld worden en meer geld maakt voor hem geen betere zorg. Kees komt in de systeemwereld van Nederland niet verder...

Houdt het dan op bij deze constatering en leggen we ons hoofd dan maar in de schoot? Het antwoord is NEE...

...voor een ECHTE verandering moet het systeemdenken plaatsmaken voor mensgericht denken. En dat kunnen wij niet alleen, maar wel samen met u!

Het gaat niet over 'behandelen' of 'beperkingen', dat zijn alleen maar hulpmiddelen... Het gaat Kees om goed en fijn te kunnen leven... eruit halen wat er in zit!

Denk dus niet meer in termen als doelmatigheid, efficiency, geld en schotten maar in termen als individuele waarden, aandacht, vertrouwen en kwaliteit. Daar heeft Kees namelijk echt wat aan. Het is eigenlijk heel simpel: Zet Kees aan het roer in de gehele organisatie van zorg.

Er is dus veel meer mogelijk en JA, het kan ook anders! De oplossing zit hem in de eenvoud en zaken niet moeilijker maken dan het is. Ik zal aan de hand van 3 oplossingsrichtingen de Case van Kees afronden;

Oplossing 1: Sluit de keten en waarborg met name de continuïteit van ketenzorg. Is het niet in het belang van Kees: Stop ermee! Wordt het niet gedaan, maar is het wél van belang voor Kees: Regel het!

Hierbij kan een verzekeraar veel betekenen. Maar alleen als wij gezamenlijk en met elkaar de stap kunnen maken naar mensgericht-denken. Alleen dan kunnen we de ondersteuning voor Kees duurzaam, levensloopbestendig en gewoon goed regelen. Wij maken nu al trajectafspraken bij behandelcentra. Het geld volgt pas als Kees duurzaam is uitgestroomd en een warme overdracht is gerealiseerd van behandeling naar wonen zodat Kees zich echt geholpen blijft voelen. Laat ook de financiering aansluiten bij de zorg voor cliënten. Dus niet meer afspraken maken over de hoeveelheid behandelplaatsen á €70.000. Maar volg de vraag van Kees en richt dat in... naar ZIJN leven. Behandeling alleen is niet meer voldoende.

Oplossing 2 is: Mensgericht werken.

Dit bereiken wij onder andere door nieuwe en innovatieve concepten te ontwikkelen. Geef zorgverzekeraars armslag en ruimte om samen met onder andere de provincie voorzieningen te financieren voor Kees, juist op het grensvlak van jeugdzorg en LVG. Dit vereist wel vertrouwen, financiële en organisatorische regelruimte. Zorgaanbieders, jeugdzorg, zorgverzekeraars en alle andere partijen hebben allemaal het beste voor met Kees. Er zijn gemeenschappelijke doelen en wij moeten gaan werken aan gemeenschappelijke belangen...voor Kees.

Oplossing 3 is: De echte verandering begint bij ons zelf

Wie uiteindelijk de regierol oppakt om de continuïteit in de keten sluitend te organiseren, is niet eens zo belangrijk, zolang iemand maar de coördinerende rol pakt. Kijk ook eens naar Kees toen hij 14 jaar was. Wat heeft hij dan nodig en waar wil hij naar toe? En welke ondersteuning heeft hij nodig als hij 19 jaar is en wat als hij 30 of 50 jaar is? De verandering naar een echt mensgericht werken begint bij diegene die durven los te laten. Los laten van je eigen positie en je eigen domein... voor Kees.

Ik ben er van overtuigd dat de voorgestelde oplossingsrichtingen ertoe bijdragen dat Kees uiteindelijk de beste zorg krijgt. En Kees... die voelt zich dan pas echt geholpen.

Ik dank u voor uw aandacht. ”

- Oscar Dekker

Verkorte versie van toespraak als directeur Care Univé-VGZ-IZA-Trias, presentatie 18 maart 2009 in Nieuwspoor

2. DE SYMPTOMEN

De problemen van de zorg zijn moeilijk vanuit één perspectief te beschrijven. We hebben al gezien dat ze zijn gevormd door de historische ontwikkelingen tussen cure en care. Ze kunnen worden verklaard vanuit de huidige structuur van de zorg, maar onder die structuur zitten weer diepere waardeconflicten. Mensen in de zorg ervaren allereerst de oppervlakte van die problemen: het groot en klein leed van alledag. We zullen het probleem van alle kanten belichten: beginnend in dit hoofdstuk bij symptomen, gevolgd door de structurele wortels in het volgende hoofdstuk en eindigend bij diepere, culturele thema's.

moelijk ingang vinden naar het zorgsysteem...

Aan de oppervlakte van de problematiek in de zorg vinden we vooral veel verwarring en frustratie bij alle betrokkenen. Het zijn verhalen van klein en groot leed door fragmentatie, verzakelijking, bureaucratisering en economisering. Het zijn verhalen van simpele oplossingen, die verzanden in een doolhof van partijen, regels en protocollen. Maar ook verhalen van mensen met veelzijdige problemen die door het zorgsysteem tot voorgedefinieerde medische problemen worden teruggebracht.

Mensen met problemen in hun leven ervaren vaak dat zij zich aan het zorgsysteem moeten aanpassen. Men moet zich verdiepen in de vele verschillende loketjes en zich de specifieke procedures en regels eigen maken. Men moet in dit systeem "gepikt en gemazeld" zijn om zijn weg goed te kunnen vinden. Terwijl veel hulpbehoevenden nu juist niet handig zijn in het vinden van de de juiste ingangen.

... en geen grip op eigen leven in het zorgsysteem

De moeite die men moet doen om de juiste ingang in het zorgsysteem te vinden staat in schril contrast met hoe weinig grip men vaak nog mag hebben op zijn ziekteproces binnen het zorgsysteem. Men ervaart binnen dit systeem vaak een kille, rationele en gefragmenteerde benadering van zijn problemen. Er trekken voortdurend vele gezichten voorbij en geen van die zorgverleners lijkt aanspreekbaar te zijn op het geheel. Van de andere kant: veel mensen hebben ook juist de neiging alle controle uit handen te willen geven en vooral het genezen te ondergaan. Soms zijn we ook wel heel makkelijk in het (laten) 'medicaliseren' van problemen die met meerdere aspecten van ons leven verweven zijn.

Naast de ervaren kilte van het zorgsysteem, versralen bij mensen vaak ook de ontmoetingen die ze hebben buiten het zorgsysteem. Die contacten gaan verloren in deruwe overgang van 'eeneigen leven leiden' naar 'leven in de zorg'.

warmte terug: verwennen in de zorg

Grote groepen chronisch zieken - zoals bewoners van verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen - zijn niet in staat zichzelf te verwennen. Zij zijn daarvoor afhankelijk van anderen. Voor hen heeft verpleegkundige Joke Zwanikken-Leenders het initiatief tot 'verwenzorg' genomen. Als reactie op de verzakelijking en professionalisering van de zorg, nemen 'verwenzorgers' juist alle tijd om persoonlijke aandacht aan zieken te besteden. Verwenzorg wordt gedaan door professionals, maar ook door huisvrouwen, scholieren, hoogleraren en directeuren.

Zij geven aan dat zij zo weer kunnen genieten van het zorg verlenen. En de chronisch zieke mensen merken het verschil tussen de zorg die met liefde gegeven wordt en de zorg die 'volgens protocol verstrekt wordt'.

Het extra mooi opmaken van van een patiënt kost bovendien nauwelijks geld, net zoals een aai over de bol. Voor het overige worden verwenzorgacties veelal bekostigd uit giften of sponsoring. Meer informatie op www.verwenzorg.nl



samenwerken met 'vrije teugel'

Zorg, onderwijs en bedrijfsleven zijn tot op heden vaak gescheiden werelden. In dit project slaan drie partijen met elk hun eigen achtergrond en expertise maar in intensieve samenwerking de handen ineen.

Door de ontwikkeling van een krachtige loopbaangerichte leeromgeving krijgen mensen met en zonder beperking de mogelijkheid om loopbaancompetenties en arbeidsidentiteit te ontwikkelen. Ook doen ze vakbekwaamheid op door het toepassen van theorie in verschillende praktijksituaties en door medezeggenschap in het leerproces, de inhoud, de toetsing en de manier van leren. Daarnaast gaat het in brede zin in dit experiment om het creëren van een omgeving waarin mensen in natuurlijke verbanden zich kunnen ontwikkelen door te wonen, werken en leren met en van elkaar.

professionals klem

Professionals proberen dat gebrek aan warmte te compenseren, maar ervaren een dwangbuis van regels en procedures. Behalve dat dit tijd kost, blijft er vaak heel weinig ruimte over voor maatwerk of creatieve oplossingen. Veel verzorgers kunnen niet zelf bepalen hoe zij de beschikbare tijd voor een bepaalde cliënt het beste kunnen invullen. Het gevoel slechts een radertje in de zorgmachine te zijn wordt versterkt doordat men ziet dat werkzaamheden door lager gekwalificeerden worden overgenomen.

lijdzaam

Steeds meer ondergaan professionals deze beperkingen van hun vrijheid echter lijdzaam zonder zich er echt tegen te verzetten. Veertig procent van de verplegenden en verzorgenden overweegt de zorg te verlaten. Veel van die professionals vinden het moeilijk hun eigen grenzen aan te geven naar cliënten. Bovendien laten sommige professionals in instellingen - ondanks het gevoel overvraagd te zijn - nauwelijks vrijwilligers en naasten toe in het zorgproces.

dolend management en bestuur

Het middenkader van zorgorganisaties probeert meer grip te krijgen door zaken in detail te regelen en te managen. Ze vertalen vaak de regels en bestuurlijke druk om efficiënt te werken bijna werktuiglijk door naar de werkvloer. Men vreest de afrekenmechanismes op productie en kostenbeheersing. Zelden stuurt het middenmanagement op het oplossende vermogen van de professional, door hem of haar ruimte en verantwoordelijkheid te geven.

Op strategisch niveau verkeren veel organisaties in een identiteitscrisis: men weet niet of men zich nu moet vormgeven als bedrijf, maatschappelijke organisatie of overheidsinstelling. Een echte dialoog over de missie ontbreekt meestal. Het ontbreken van een gedeeld "waartoe zijn wij als instelling op aarde"

besef leidt tot voortdurende spanningen en navelstaarderij binnen de eigen organisatie.

Samenwerking van zorgorganisaties met andere (zorg) organisaties verloopt moeizaam. Men spreekt langs elkaar heen omdat men elkaars taal niet spreekt en men zich maar matig voor de achterliggende filosofie van de ander interesseert ander. Vaak verzandt samenwerking daardoor in eindeloze 'circles-of-blame'.

vandaag belangrijker dan morgen

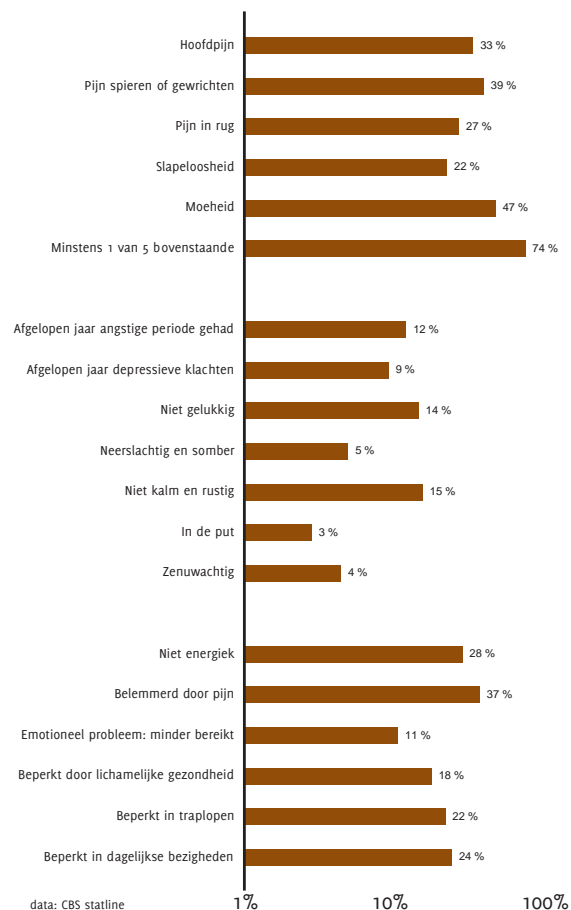
De zorgsector als geheel lijkt hierdoor op diverse niveaus richtingloos. Enerzijds probeert vooral de overheid de kosten te beheersen door een sterk geloof in efficiency, zonder zich rekenschap te geven van de onderliggende dilemma's in kostenbeheersing. Veel mensen in de zorg houden anderzijds bezuinigingen af, maar meestal zonder een werkelijk alternatief te bieden. Hierdoor wordt er door alle partijen op het landelijke niveau vooral beleid gevoerd op incidenten en symptomen. Zo gaat men voor beperkte, zichtbare, korte termijn successen.

geen maatschappelijke dialoog

Al deze verwarring, onduidelijkheid en frustratie heeft ook zijn uitwerking op de interactie tussen de sector en de samenleving. De zorgsector raakt in zichzelf gekeerd en krijgt een imagoprobleem. Veel goeds in de zorg is vrijwel onzichtbaar voor de buitenwereld, maar de problemen worden juist wel steeds zichtbaarder.

Tegelijkertijd gaat de zorg maar nauwelijks de maatschappelijke dialoog aan. Veel verzorgers, artsen en managers vinden dat ook moeilijk. De sector moet steeds meer mensen werven, maar weet steeds minder mensen voor zich te winnen. Daardoor neigt men soms naar het inzetten van lager gekwalificeerd personeel (zoals alfahulpen). Hiermee komt de sector in een vicieuze cirkel, doordat de status van verzorgers verder wordt verlaagd en de mogelijkheden om de werkvloer veel eigen ruimte te geven worden verkleind.

hoe voelen we ons?



Wat gebeurt er als je er bent, als je er echt kunt zijn voor iemand in het hier en nu, ongeacht wat er was of wat er zal zijn? Dat is waar de betrokkenen bij het experiment van het CvD en Vierstroomzorging nieuwsgierig naar zijn en wat hun drijft. De connectie die zij willen maken met moeilijk bereikbare individuen die vaak overal en nergens blijven steken in het zorgsysteem of er helemaal buiten vallen, vergt een 180 graden omslag: voor de cliënt die je ontmoet in zijn eigen situatie, maar ook voor jou als hulpverlener. Welke individuele transitie er plaatsvindt als je die draai maakt beschrijft projectleider Marije van der Linde hier in een verslag van haar 'exposure' als dakloze voor 48 uur.

“ Ik zoek iemand die ook naar Havenzicht gaat, of ik niet samen met diegene kan gaan. Er zijn twee jongens, die gaan niet naar Havenzicht, maar ik kan wel een eind met hen meelopen. Al lopend praten we wat. Ik weet hun namen niet. De ene verteld dat hij uit Palestina komt. Oh, zeg ik, er gebeuren daar nu vreselijke dingen. 'Ja, zegt hij. Hij wil niet naar de beelden en het journaal kijken. Eigenlijk wil hij er zo min mogelijk van weten. Zijn moeder zit in Gaza. Hij kan geen contact met haar krijgen. Ik ben er even stil van...

De andere jongen vertelt dat hij ontruimd is. Hij duikt een coffeeshop in om weed te halen voor hen beide. We wachten op hem. De jongens willen me helemaal naar Havenzicht brengen. Zij gaan daar niet heen. Zij gaan naar het Leger des Heils. Dat is veel beter. Ze hebben een vaste plek. Ze hebben elkaar daar sinds drie maanden ontmoet. Ze zijn altijd samen en delen alles. Het moeilijkst is het gebrek aan privacy. De Palestijn vraagt of ik honger heb, we kunnen wel wat gaan eten. Ik schrik haast; dat wil ik niet, dat ze voor mij eten kopen ofzo. Het is echter wel zo dat ze zich over mij 'ontfermen'. Ze vragen me niks en ik vertel niks over mijzelf.

Ze denken dat ik dakloos ben. Even later vragen ze mij of ik mee het internetcafé inga om de tijd te doden. Ze betalen een uur internetten voor mij. Daar zit ik dan. Ik heb dit nog nooit gedaan, ik zit in een internetcafé annex belshop waar iedereen een andere taal spreekt. Ik moet eerst eens goed kijken hoe ik in moet loggen. En dan... wat ga ik doen...? Ik ga maar naar uitzending gemist. Sophie Hilbrand in gesprek met Feyenoord Hooligans en daarna de afscheidstoer van de Lama's. Het is een vreemde gewaarwording. Even komt mijn 'normale' wereld in beeld. Thuis zou ik hier ook naar kunnen kijken. De plek waar ik dat doe is echter totaal anders. De jongens naast mij zitten joints te rollen. Ik ruik de marihuana. Het is ijskoud in het café. Ik voel me niet erg op mijn gemak. Halverwege een grap van de Lama's is het uur om en blokkeert de computer. Terug naar de realiteit. We gaan naar buiten. Ik zit in mijn maag met die euro die die jongen voor mij betaald heeft. Ik wil hem het geld teruggeven. Dat hoeft niet, ik zal mijn geld nog hard nodig hebben. Ik dring verder niet aan, maar inwendig voelt het vreselijk. Zij zorgen voor mij! Zij doen dit voor mij! De Palestijn vraagt me of ik verdrietig ben. Het is overleven zeggen ze. In het begin is het moeilijk, drie dagen niet/weinig eten en slecht slapen... Maar ik kom er wel, zeggen ze.

Ik zeg tegen de jongens dat ik het verder zelf wel vind en dat ze niet helemaal om hoeven te lopen voor mij. Ik bedank ze en ze zeggen me morgen wel weer te zien bij Van Speijk.

Dan loop ik weer alleen. Het voelt nogal verwarrend. De rollen zijn omgedraaid. Niet door mij, of misschien wel door mij, maar vooral door hen (zo voelt het). zij gaan op een andere plek staan: zij wijzen mij de weg. Ik moet er ook van glimlachen. Het is wel bijzonder dat je dat voor elkaar doet, hoeveel problemen je ook hebt: je helpt elkaar.”

3. STRUCTURELE WORTELS

Achter deze symptomen gaan structurele problemen schuil. Die onderliggende problemen draaien om verbindingen die ons zorgsysteem heeft verbroken: verbindingen tussen lichaam en geest; tussen management en werkvloer; tussen financiering en zorginhoud; tussen gezondheid en andere maatschappelijke domeinen; en tussen zorgverlener en verzorgde. Het zorgsysteem zou juist het proces van mens tot mens moeten ondersteunen, maar de huidige structuur verdrukt vaak juist dat proces.

verbroken verbindingen in onszelf

Die verbroken verbindingen gaan verder dan alleen het zorgsysteem. Ze beginnen al bij mensen zelf: verbroken verbindingen tussen lichaam en geest, tussen mensen onderling, tussen mensen en hun leefomgeving. We beseffen te weinig het belang van deze verbindingen voor onze gezondheid. We denken te veel in ziekte en te weinig in gezondheid. En we zien te weinig hoe ons persoonlijk welzijn door ons sociaal welzijn wordt bepaald. Door die verwevenheid met alle andere aspecten van ons leven, is onze gezondheid net zo uniek als we zelf zijn. Dit strookt vaak niet met de geprotocolleerde benadering van de zorgsector. De mens en zijn eigenheid dreigen daardoor uit beeld te raken in de zorg.

verbroken verbinding tussen professional en patiënt

Dé plek waar die eigenheid tot uiting zou moeten komen is in het contact tussen zorggever en zorgvrager. De professional-cliënt relatie zou er één van mens-tot-mens moeten zijn, maar door de fragmentatie komt dat niet goed tot zijn recht. Het signaleren van onbalans en van verbroken verbindingen in het leven van mensen lukt niet goed tijdens vluchtige contacten met een nauw omschreven doel. Ook warmte, aandacht en geruststelling horen niet expliciet bij een bepaalde taak of functie en mede daardoor valt een totaal beeld tussen wal en schip.

Doordat een werkelijke dialoog tussen professionals onderling en met cliënten ontbreekt, wordt er bovendien nauwelijks gepraat over wederzijdse verwachtingen. Zo ontstaat regelmatig een 'schijncontract' tussen zorgvragers en zorggevers met overspannen verwachtingen en frustratie als onvermijdelijk gevolg.

De werkelijke gemeenschap der mensen moet tot stand komen op basis van kosmische belangstelling: Niet speciale doeleinden van het Ik, maar doeleinden van de gehele mensheid brengen duurzame gemeenschap onder de mensen te weeg. ..De gemeenschap moet geen vermenging der dingen zijn – dat zou chaos betekenen, geen gemeenschap – maar heeft behoefte aan een organisch gerangschikte menigvuldigheid, wil ze tot orde kunnen leiden.

Chinese boek der veranderingen
I Tjing, het teken T'oeng Zjen
"Gemeenschap met mensen"



flexibel organiseren: ACT Jeugd

In Rotterdam worden jongeren 'zonder postcode' met complexe problemen op psychisch en psychiatrisch gebied begeleid naar een normaler leven door middel van assertive community treatment (ACT). De jongeren staan hierbij centraal; hun vragen en behoeften bepalen de rol van de begeleider. Deze hulp heeft niet altijd een medisch karakter. Het gaat juist voor deze groep ook om het bieden van een luisterend oor, warmte en een wederzijdse vertrouwensrelatie. Met ACT wordt geen standaardpakket aan diensten geleverd, maar bepaalt de jongere de inhoud van de 'zorg', die wordt geleverd in zijn leefomgeving. Door deze jongeren te 'vinden, boeien en binden' zorgt een multidisciplinair team voor continue zorg, waarbij de jongere zelf niet hoeft te zoeken naar de juiste contacten.

verbroken verbindingen binnen organisaties

Het vraagt veel van de mensen in de zorg om in een werkelijke dialoog en in menselijk contact zorg te verlenen. Er zijn 'rijke' professionals nodig om 'rijke' zorg te kunnen bieden. Veel professionals hebben een grote toewijding om dergelijke zorg te bieden. Maar de organisaties waar deze professionals in werken, bieden vaak onvoldoende steun om een rijke zorg te bieden. Door de productiedwang heeft 'rijke zorg' geen prioriteit bij collega's en leidinggevenden. En ook de protocollen, richtlijnen en verantwoordingsmethoden rekenen hier niet op af. Te vaak wordt de professional gezien als iemand die volgens protocol handelingen verricht. Professionals worden vaak niet 'gecoached' en ondersteund, maar juist gecontroleerd en 'beheerst'. Veel traditionele zorgorganisaties werken nog met organisatiemodellen uit het industriële tijdperk. Men denkt nog te veel in productie leveren volgens vooraf gespecificeerde standaarden en managed dat op een te hiërarchische manier.

verbroken verbindingen tussen organisaties

Deze starheid in zorgorganisaties belemmert ook de samenwerking met andere organisaties binnen en buiten de zorg. Er zit een grote discrepantie tussen enerzijds de verwevenheid van gezondheid en de diverse levensdomeinen op het niveau van mensen en anderzijds de geïsoleerde benadering op het niveau van zorgorganisaties.

Vaak zien we niet meer dat die verbindingen verbroken zijn, maar soms ook wel. Dan lukt het echter lang niet altijd die verbindingen weer te herstellen. Dat raakt aan een sturingsvacuüm.

weinig ondernemend

Regels zijn namelijk soms wel beweegbaar, gefragmenteerde subsidies zijn te combineren en zorgfinanciers staan wel degelijk ook open voor suggesties waar alle partijen beter af mee zijn. Maar deze beperkte ruimte wordt niet gezocht. In de praktijk blijken maar

weinig zorgaanbieders echt ondernemend te zijn en de meesten vertonen weinig durf en creativiteit in hun management.

verkeerde opvatting van kwaliteit

Beleid en management sturen vaak ook op de verkeerde kwaliteit. Kwaliteit wordt te veel gezien als iets objectiefs meetbaar. Terwijl kwaliteit voor professionals en cliënten vooral ligt in de dialoog en het betekenis geven aan de verleende zorg. De 'kwaliteit van leven' indicatoren die dat beogen te meten, hebben nog te weinig invloed in de dagelijkse praktijk.

De maatstaf voor goed management in de sector is vooral het goed en objectief doorvertalen van regels, voorschriften en opdrachten, en te weinig het actief zelf ruimte zoeken, ondersteunen van professionals en zelf ondernemerschap en leiderschap tonen. Dit raakt ook aan de identiteitscrisis van veel instellingen: men presenteert zich vaak extern als onderneming, terwijl men intern 'managed' als een bureaucratie.

beheerszieke institutionele structuren

Dit starre management en gebrek aan ondernemerschap is echter lang niet alleen te wijten aan zorgorganisaties en hun managers. Zorgaanbieders moeten opereren binnen een zorgsysteem met een structuur en cultuur die een flexibelere, rijkere zorgorganisatie hinderen.

De zorg kent - ook in vergelijking met andere collectieve sectoren - een waar woud van financieringsregelingen en andere regels. Hierdoor staan er tussen de gefragmenteerde onderdelen van de zorg zware financiële schotten. Dit komt doordat institutionele structuren en partijen te veel situaties op een microniveau proberen te controleren. Men probeert op landelijk niveau te veel de details van de zorg uit te denken en te standaardiseren, terwijl men juist het gewenste lange termijnperspectief niet biedt. Noch de overheid, noch andere landelijk opererende actoren bieden een krachtige en inspirerende visie waar onze zorg heen moet.

Twentse aanpak verzorgd wonen



In Twente vormt het begrip noaberschap de inspiratiebron van een groot experiment gericht op betaalbare en mensvriendelijke zorg voor ouderen en gehandicapten. Het project van een consortium - bestaande uit de Carint Reggeland Groep, Baalderborg, TNO, VitaValley en de NT Groep - heeft als doel het ontwikkelen en in de praktijk te brengen van een allesomvattend business model voor de vormgeving van zorg en welzijn voor deze beide doelgroepen in een omgeving waar zij zich thuis voelen. De condities waaronder deze zorg vorm krijgt zijn vooraf gedefinieerd: de patiënt staat centraal, de kwaliteit van de zorg is hoog en geborgd, de zorgkloof tussen aanbod en vraag wordt overbrugd en de zorg is efficiënt ingericht.

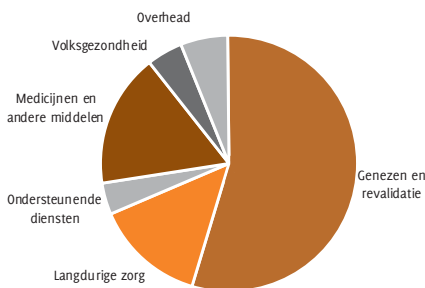
De grote omvang van deze ambitie die dit consortium van zorgaanbieders, kennisinstellingen en een projectontwikkelaar drijft, heeft ertoe geleid deze doelstellingen in drie deelexperimenten onder te brengen en te testen.

In deze projecten werkt men onder andere aan de vergroting van de professionele autonomie van hulpverleners opdat zij beter in staat zijn aan te sluiten bij de cliënten. Een ander onderdeel is het verkennen van de mogelijkheden om mensen (cliënten) meer te betrekken in het maatschappelijke leven in de wijk door hen mee te laten werken in de groenvoorziening en in winkels. Het derde deelproject richt zich op het experimenteren met care brede zorgverlening door de zorg voor ouderen en mensen met een beperking vanuit één organisatie aan te bieden. Alle kennis en ervaring die het consortium met deze activiteiten en experimenten opdoet wordt uiteindelijk verwerkt en toegepast in het overkoepelende businessmodel dat daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht op een nog te realiseren locatie in het Twente.

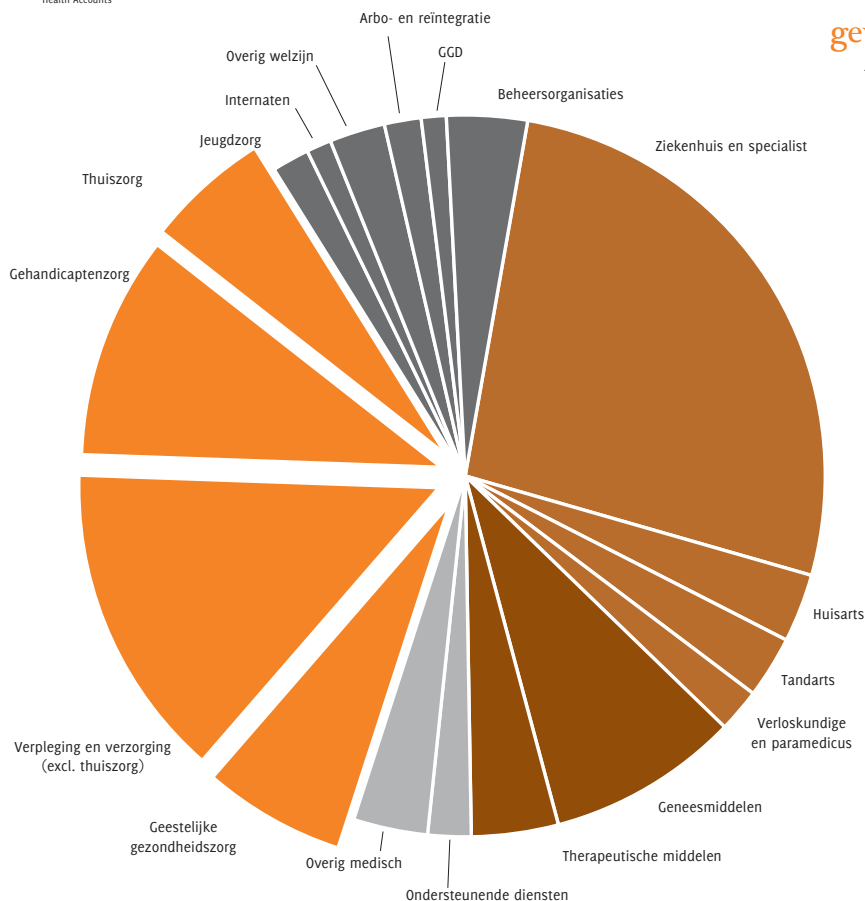
care-cure uit balans

Een andere onbalans is die tussen cure en care. Voor een deel doordat de cure een steeds grotere behoefte aan care creëert. Voor een groter deel omdat de care vaak gedoemd lijkt in de schaduw van de cure te staan. Als het gaat om curatieve voorzieningen, zoals specialistische operaties, medicijnen en vele vormen van therapie, lijken kosten noch moeite te worden gespaard om iedere Nederlander de meest geavanceerde care te bieden. Cure is vaak letterlijk 'koste-wat-kost' zorg, waar de care (en preventie) elk dubbeltje moeten verantwoorden.

Dit uit zich ook in de eerder genoemde scheve middelenverdeling tussen care en cure: de care moet steeds meer care bieden voor steeds minder geld. Uiteraard zullen er enige inherente curatieve kostenmakers zijn, zoals diagnostische apparatuur en hoogopgeleide specialisten. Maar dat roept wel de vraag op waarom een aantal eigenschappen van care, zoals veel menselijke aandacht, ook niet als inherente kostenmakers van rijke professionele care wordt gezien. Een erkenning dat goede professionele 'care-uren' nu eenmaal ook duur zijn, helpt bij de zoektocht naar 'minder, maar betere' zorg.



OECD National Health Accounts



verdeling zorguitgaven

CBS Zorgrekeningen

gevangene van het systeem?

We zien dus dat het systeem dat we eerst zelf hebben gecreëerd, ons nu in de greep houdt met vele patstellingen. Er is een vicieuze cirkel in de zorgregulering geslopen. Het is vaak juist de zeer gedetailleerde sturing op kosten, die integrale besparende oplossingen in de weg staan.

Het is natuurlijk dat er enige spanning is tussen de doelstellingen op sector-niveau en de doelstellingen op menselijk niveau. In de zorg lijkt het systeembelang echter

doorgeslagen. Collectieve waarden zoals doelmatigheid, efficiency en geld verdrücken individuele waarden zoals aandacht, warmte en vertrouwen. Paradoxaal genoeg worden door deze onbalans uiteindelijk die systeemdoelen ook niet gehaald.

beheersen belangrijker dan leven geworden

Concluderend kunnen we stellen dat het systeem belangrijker is geworden dan de mens; dat beheersen belangrijker is geworden dan leven en dat cijfers belangrijker zijn geworden dan mensen. Het zorgsysteem is – ondanks alle goede bedoelingen – een moloch op lemen voeten geworden.

grotere urgentie om ‘weg te denken’

De urgentie van het werken aan een nieuw fundament voor de zorg wordt vergroot door de uitdagingen die nog op de zorg afkomen. Het al door persistente problemen geplaagde systeem, krijgt in de toekomst te maken met een golf van babyboomers en de eerste generatie gastarbeiders die oud worden. Onze maatschappij is ook op andere aspecten volop beweging door o.a. individualisering, internationalisering, informatisering, secularisering en verduurzaming. Dit alles zal grote gevolgen hebben voor hoe we ons leven inrichten en daarin zorg voor onszelf en onze omgeving willen gaan vormgeven.

uit de systeemhoudgreep

Om adequaat in te kunnen spelen op de grote gezondheidsopgaven die op ons afkomen en om te ‘ontsnappen’ aan de huidige systeemhoudgreep, moeten we niet vanuit de bestaande kaders blijven bedenken hoe we ons zorgsysteem kunnen verbeteren. We moeten eerst een stap terug doen naar de basis van de zorg en het huidige zorgsysteem ‘wegdenken’. Daarmee zullen we in hoofdstuk 5 een begin maken. Maar eerst willen we in de volgende paragraaf een aantal diepere thema’s bespreekbaar maken om beter te weten in welke richting we een nieuw systeem willen ontwikkelen.

*Er is weleens zo'n avond, dat over het gras
in de tuin het mooiste licht strijkt dat er is,
laat laag licht
en dat ik denk: dit was het dus
en het komt nooit meer terug –
maar wat geeft het*

Rutger Kopland,

geschonken aan het project

'Verbeelding als Werkmethode' (blz. 36)

“ Elkaar wezenlijk verstaan is het gevolg van een innerlijk open zijn. Aandacht is niet een kwestie van tijd, maar het gevolg van innerlijke openheid. Als die openheid er is, is er aandacht, contact en compassie. Al deze kwaliteiten niet durven leven geeft stress die in onze communicatie, veelal onbewust, een grote rol spelen.

Alle angst die te maken heeft met de binnenkant niet durven leven is eigenlijk uitdrukking van wat een mens van zichzelf nog niet durft kennen. Deze angst levert geen bescherming tegen gevaar, deze angst hoort bij een herinnering van een kind waarin een eigen toestand van zijn geen herkenning vond. Om te overleven, om er bij te horen sluiten we alle mogelijke lagen van zijn af, net zo lang tot we helemaal passen in de ons geboden omgeving.

Als het leven processen met zich meebrengt die om contact vragen, lopen we tegen de grenzen van de door ons opgebouwde veiligheidsmechanieken aan. Het wezenlijk in contact komen roept de angst op van de herinnering dat het nooit kon, en dus weren wij af. Kan de arts niet echt naar zijn patiënt luisteren, heeft de verpleegkundige geen echt oog voor wat er speelt.

Het komt op vele plaatsen in het leven voor, maar het knelt juist in de zorg waar de mens vaak wordt geconfronteerd met zowel de fragiliteit als de grootsheid van het leven.

Het gaat hierbij echter om een cultuur probleem, dat veel verder reikt dan de gezondheidszorg. Alleen stelt het zich in de zorg zo scherp aan de orde omdat bijna alles draait om menselijk contact, in contact zijn, met elkaar het lijden dragen en zoeken naar de meest zinvolle oplossingen. Maar waar er geen eigen zijnsgrond is, is er ook geen samen. Samen is de consequentie van er zelf te durven zijn.

Zolang wij deze angst van ons zelf niet kennen zijn we geneigd ons te identificeren met onze rol. Het ons vast houden aan een rol geeft een zogenaamde veiligheid. De veiligheid van het ons niet gewaar te hoeven zijn van de levensangst die hoort bij nog niet ten volle mens te zijn.

Aandacht is geen activiteit, aandacht is het gevolg van een zijnstoestand. En die zijnstoestand is het gevolg van een innerlijke beweging. En die innerlijke beweging brengt ons op de grens van het ons bekende en dat roept angst op.

Als cultuur in de samenleving en in de zorg staan we daarmee voor de enorme uitdaging om een stap te zetten van een uiterlijke denk- naar een innerlijke ervaringsgerichte wereld. Niet los van denken, maar een denken dat dienstbaar is aan een innerlijk leven en niet aan een belang of een rol. Het loslaten van de rollen waar wij ons achter verschuilen maakt ons angstig. Als we elkaar daarin zouden durven herkennen, - we hebben dat namelijk allemaal - kunnen we elkaar juist helpen in plaats van dwars zitten.

Liefde en zorgzaamheid zijn geen keuze, maar de consequentie van trouw aan wereld van ziel. Waar een mens de durf heeft zich los te maken van identificatie met de één of andere rol, zich in blind vertrouwen uitlevert aan een onzienlijke, innerlijke wereld, daar begint de weg.

Als iemand vanuit zijn of haar wezen, luisterend naar binnen, de weg gaat, ontstaat er een intrinsieke orde. Werkelijke orde kan je niet maken of aanbrengen, werkelijke orde is het gevolg van het durven toelaten van een ons gegeven wereld, de wereld van ziel.”

Hans van den Muijzenberg
integraal therapeut

4.GRENZEN AAN DE MEDISCHE DROOM

De structurele problemen uit het vorige hoofdstuk zijn deels een proces dat in iedere 'volwassen' maatschappelijk systeem zich elke paar decennia voordoet. Een dergelijk veranderingsproces gaat in iedere sector moeizaam, omdat gedurende decennia ingesleten routines niet gemakkelijk worden verbroken en veel partijen een korte termijn belang hebben bij de status quo. Maar de zorg is ook anders dan andere sectoren: gezondheidszorg raakt heel direct aan fundamentele vragen over hoe we zelf en met elkaar willen leven.

Eerder noemden we de historische omslag van ziekte als een proces dat men vooral lijdzaam moest ondergaan en hoogstens kon verlichten, naar een ziekteproces dat actief bestreden kan en moet worden. Om dat mogelijk te maken werd de verzorgingsstaat gecreëerd: professionele medische zorg werd voor iedereen vrijwel onbeperkt toegankelijk. De last om zelf voor onze naasten te moeten zorgen, maar dat niet altijd te kunnen viel van onze schouders af.

In veel andere sectoren heeft dat denken zich de afgelopen decennia verder ontwikkeld. In de sociale zekerheid werd het bijvoorbeeld duidelijk dat 'cliënten' niet een passieve, ontvangende rol moet worden toebedeeld. Niet alleen omdat een dergelijk systeem financieel onhoudbaar is, maar ook omdat het veel menselijk en maatschappelijk potentieel onbenut laat. In de zorg zijn we echter vast blijven houden aan een geloof in onbeperkte zorg en medische genezing, ook in gevallen waar het primaat voor de medische benadering of staatszorg niet meteen voor de hand ligt. Een aantal dilemma's blijft daardoor verborgen.

gêne

Zoals de gêne en pijnlijkheid om de zorg voor onszelf of onze naasten over te geven aan het zorgsysteem. Zeker voor zorg is er een schemergebied tussen wat we zelf kunnen en wat we niet (aan) kunnen. Er zit vaak een dilemma tussen ons eigen leven willen leiden en aan een ander zorg bieden. Voor professionals is het even goed moeilijk te erkennen dat naasten en vrijwilligers soms meer of andere vormen van zorg kunnen bieden dan zij. Dit leidt tot een kloof tussen de informele en de professionele zorg.



zinggeving als business

In Nijmegen bieden vijftien verschillende aanbieders samen integrale zorg. Verenigd in stichting MAAT zoeken zij in interdisciplinaire samenwerking naar nieuwe vormen van zorgverlening, organisatie en financiering.

Een van hun experimenten richt zich op 'Zinggeving als business'. Economische principes zoals doelmatigheid, productiviteit en effectiviteit hebben de zorg de afgelopen decennia verschaald en versnipperd. Met name de rol van geestelijk verzorgers dreigt door deze benadering steeds verder uitgehold te worden. Van oudsher hebben zij een belangrijke functie in het bewaken, vormgeven en verankeren van morele waarden in de zorgpraktijk. Maar door de veranderde kijk op zorg, is hun rol gemarginaliseerd. Dit experiment beoogt te onderzoeken hoe de expertise van de geestelijk verzorgers op een radicaal andere manier kan worden ingezet, zodanig dat zowel cliënten en professionals als de zorgondernemingen en de maatschappij er beter van worden: hart voor de klant én voor de zaak.

Het doel van dit experiment is om existentiële vragen en morele waarden terug te brengen in de zorg en deze te verbinden met economische principes. Daarbij is nadrukkelijk aandacht voor de modernisering van de inhoud van de functie. Een essentieel kenmerk van deze functie geestelijke verzorging 'nieuwe stijl' is dat die zich richt op levensvragen en zinggeving in de breedste zin van het woord. Kerk en religie zijn aspecten hiervan, die voor sommige cliënten van belang zijn maar voor veel anderen helemaal niet. Het uiteindelijke resultaat moet leiden tot een gevarieerd, breed en toegankelijk aanbod aan ondersteuning bij zinggeving- en levensvragen: thuis, in de wijk en in de instellingen.

verborgen solidariteitsvraagstuk

Veel abstracter vinden we dit dilemma terug op het politieke niveau in het dilemma van solidariteit. Op macroniveau stellen we steeds meer grenzen aan de groei van de zorg. Het lijkt duidelijk dat dit soort grenzen een aanmerkelijke invloed zullen hebben op de zorg op microniveau: datgene wat een concrete patiënt in een concrete situatie geboden wordt aan collectieve, professionele zorg. Op dat microniveau – zeker als het onszelf of onze eigen naasten betreft – vinden we echter toegang tot alle mogelijke medische zorg een grondrecht. Het simpele mechanisme dat een rem op macroniveau - *ceteris paribus* – de zorg op microniveau vermindert, is verhuld in een mist van noodzakelijkheids-, marktwerking- en efficiencydebatten en een woud van financiële regelgeving.

Daarmee wordt voorbijgegaan aan het principe dat processen als zorg juist de natuurlijke neiging hebben om een steeds groter aandeel in onze beroepsbevolking en nationaal inkomen in te nemen (wet van Beaumol), juist omdat er minder snel arbeidsbesparingen worden gedaan dan in 'maak' sectoren. Zelfs als het ons zou lukken om de efficiency van het zorgsysteem sterk te verhogen, dan blijft er dus onvermijdelijk een sterk waardegeladen solidariteitsvraagstuk.

eigen keuzes en tegenslag

We vinden het in onze maatschappij moeilijk om met tegenslagen te leven. Waar we ooit ziekte en gebreken aan 'pech', noodlot of de voorzienigheid toeschreven, eisen we nu van het medische systeem dat zij deze oplost. Op die manier ontstaat er een 'schijncontract' met de gezondheidszorg: medici durven ook niet hun grenzen te erkennen en daardoor geloven beide zijden vaak tegen beter weten in, in het oplossend vermogen

van het zorgsysteem. De vraag of in bepaalde situaties het zorgsysteem wel waarde toevoegt wordt daarom eigenlijk nooit expliciet gesteld. Aan de andere kant nemen we bij het krijgen van ziekten wel soms vrij makkelijk aan dat het ons overkomen is. Wij zijn te gehecht aan de vrijheid om te leven zoals we dat willen, om de invloed van onze eigen levensstijl keuzes bij ziekten te erkennen.

individuele keuzes, collectieve verantwoordelijkheid

We zijn overgevoelig voor preventieve bemoeienis van de overheid of van andere collectieven bij hoe wij ons leven leiden, maar tegelijkertijd leggen we wel de zorg voor de gevolgen van onze levensstijl vrijwel volledig bij het collectief.

zwart-wit

Er is een schemergebied tussen medisch en niet-medisch. Veel aandoeningen zijn een complex samenspel tussen somatische en psychische factoren. We denken daar vaak veel te zwart-wit over: of het is medisch, of het is 'aanstellerij'. Dat veel serieuze medische problemen hun wortels in zaken als stress of leefstijl hebben past niet in dat zwart-wit denken.

Juist veel opkomende problemen zoals chronische vermoeidheid, hoofdpijn of depressie lijken evident een niet-medische component te hebben. Deze 21ste eeuwse 'epidemieën' zijn wezenlijk anders dan de 19e eeuwse epidemieën. Patiëntenbewegingen verdedigen hier vaak fervent 'medische erkenning', terwijl juist met een puur medische benadering patiënten wel eens slechter af zouden kunnen zijn. Er lijkt een zekere angst om 'buiten de boot' te vallen voor de maatschappelijke protectie en ondersteuning die een 'medische erkende' aandoeningen biedt.

*Mens zijn is als een herberg drijven.
Iedere ochtend weer ander bezoek.
Vreugde, neerslachtigheid, angst,
een flits van inzicht
ze komen als onverwachte gasten.
Heet ze welkom, laat ze gastvrij binnen, allemaal!
Zelfs als er een berg verdriet binnendringt
die met geweld al je huisraad kort en klein slaat,
behandel dan toch elke gast met eerbied.
Misschien komt hij grote schoonmaak houden
om weer ruimte te maken voor plezier.
De kwade gedachte, schaamte, de achterdocht,
ontmoet ze bij de voordeur met een gulle lach
en vraag ze om erbij te komen zitten.
Wees blij met iedere gast die langskomt
de hemel heeft ze één voor één gestuurd
om jou wijze raad te geven.*

- Rumi

sterven op je eigen manier

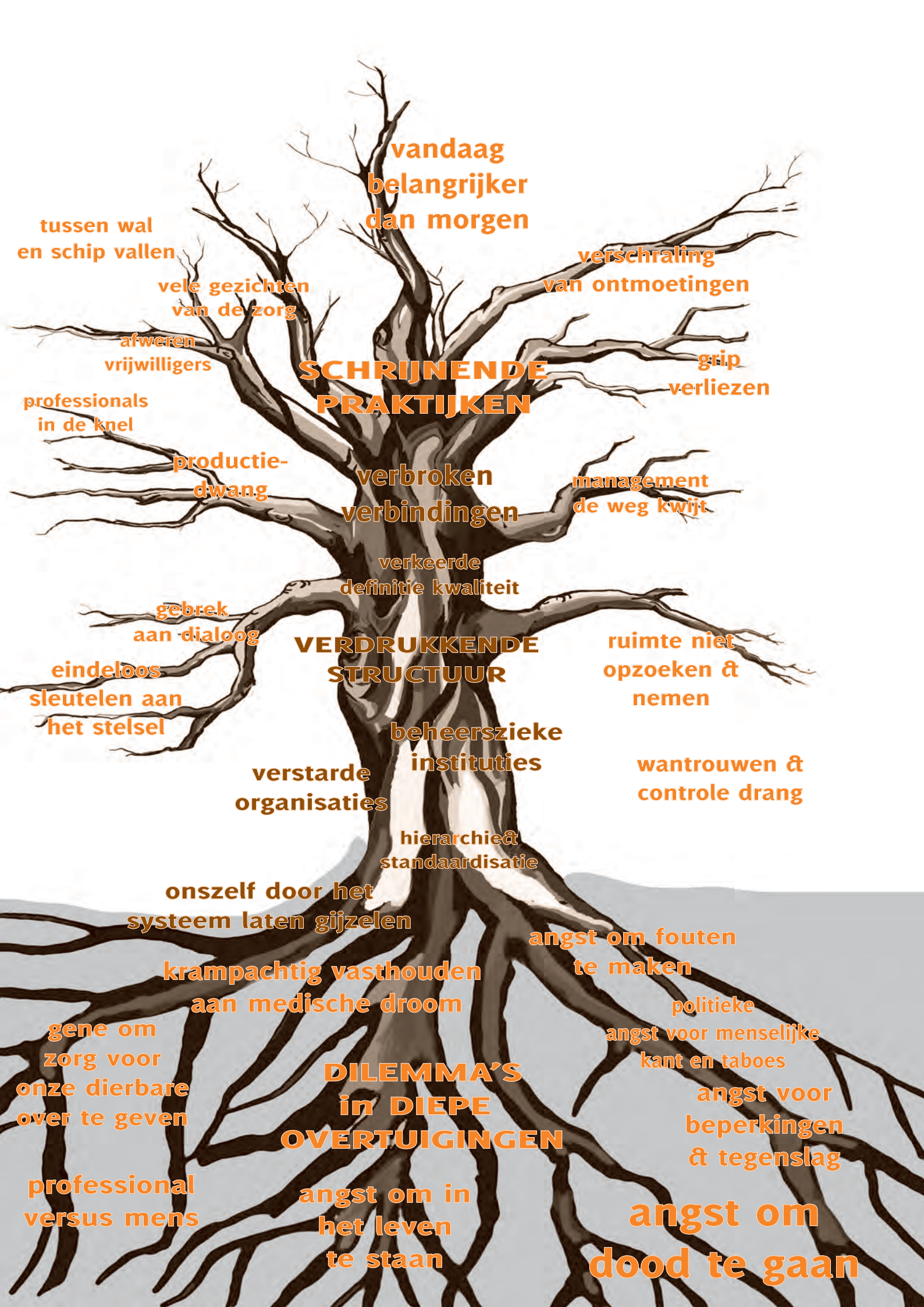
In het STEM-project van Transmuraal Netwerk Midden-Holland wordt getracht het taboe dat rust op de 'dood' te doorbreken. Sterven is een moeilijk bespreekbaar onderwerp, voor zowel de patiënten als de hulpverleners. Angst voor de dood zelf en voor de confrontatie hiermee maakt het moeilijk de wensen van patiënten omtrent palliatieve zorg in beeld te krijgen. De zorg aan terminale patiënten sluit hierdoor vaak niet aan bij de patiënt zelf, wat het stervensproces moeilijker maakt voor alle betrokkenen. In het STEM-project wordt geprobeerd een publieke dialoog op gang te brengen waarin wordt besproken hoe mensen zouden willen sterven. Deze kennis kan vervolgens worden gebruikt om de zorg af te stemmen op de wensen van terminale patiënten.

angst

Deze dilemma's raken aan een diepere angst: de angst om te sterven. De helft van de mensen in ziekenhuizen wordt niet gevraagd hoe zij willen sterven. Het brengen van slecht nieuws en omgaan met terminale patiënten blijft voor professionals in de zorg vaak moeilijk. In mildere vorm uit die angst zich in onze samenleving ook in het vermijden van de confrontatie met ziekte en zieken, met handicaps en chronische ziekten, met afhankelijkheid en ouder worden.

Veel politici, bestuurders en ambtenaren vinden het ongemakkelijk dat de gebruikelijke, rationele beleidsthema's als kostenbeheersing, marktwerking en kwaliteitsregulering raken aan thema's die niet alleen ambtelijk en politiek explosief zijn, maar ook maatschappelijk en persoonlijk gevoelig liggen. Net zo als veel managers in de zorg het vaak moeilijk vinden om zich vanuit hun 'beheerswereld' te verbinden met het dagelijkse werk in de zorg, juist omdat waarden en emoties daar een grote rol spelen. Als we over al deze waardenconflicten echter niet de dialoog aangaan dan lopen we het risico dat in de structuur – en vooral cultuur - van een nieuw systeem deze spanningen terugkeren.





vandaag
belangrijker
dan morgen

tussen wal
en schip vallen

verschraling
van ontmoetingen

vele gezichten
van de zorg

afweren
vrijwilligers

**SCHRIJNENDE
PRAKTIJKEN**

grip
verliezen

professionals
in de knel

productie-
dwang

verbroken
verbindingen

management
de weg kwijt

verkeerde
definitie kwaliteit

gebrek
aan dialoog

**VERDRUKKENDE
STRUCTUUR**

ruimte niet
opzoeken &
nemen

eindeloos
sleutelen aan
het stelsel

beheerszieke
instituten
verstarde
organisaties

wantrouwen &
controle drang

hierarchie &
standaardisatie

onzelf door het
systeem laten gijzelen

angst om fouten
te maken

krampachtig vasthouden
aan medische droom

politieke
angst voor menselijke
kant en taboes

gene om
zorg voor
onze dierbare
over te geven

**DILEMMA'S
in DIEPE
OVERTUIGINGEN**

angst voor
beperkingen
& tegenslag

professional
versus mens

angst om in
het leven
te staan

angst om
dood te gaan

5. NIEUWE PRINCIPES

mensgerichte zorg: zorg voor hele mensen met elkaar in het volle leven. Mensen wier leven uit vele facetten bestaat, die verbonden zijn met hun gezondheid. Zorg moet zich daarop richten en zo veel mogelijk uitgaan van de zelf- en samenredzaamheid van mensen. De cliënt-professional relatie moet de menselijke brug zijn waarlangs zorg vorm krijgt.

economisch volhoudbare zorg: zorg schept waarde met een gezonde samenleving als uitgangspunt. Er is een paradigmawisseling nodig van reduceren van behandelkosten naar zinvol investeren in een gezonde samenleving. Waar niet alleen de vraag is hoeveel de zorg de maatschappij kost, maar ook wat het de maatschappij oplevert. Een systeem dat niet scheeftrekt naar cure, maar waarin cure, care en preventie in balans met elkaar zijn en met elkaar zijn verbonden.

maatschappelijk ingebedde zorg: zorg is verweven met de rest van de maatschappij. De muren rondom het medische bolwerk verdwijnen. Vanuit eigen initiatief ontstaan vloeiende verbindingen met vrijwilligers, met andere professionals en met andere maatschappelijke domeinen. De zorg laat niet alle problemen op zich afwentelen maar denkt mee en biedt preventieef tegenwicht.

VOOR BOTTOM-UP ZORG

De laatste jaren neemt de politieke en media-aandacht voor de problemen in de zorg explosief toe. De nood is hoog, dus de roep om snelle, daadkrachtige oplossingen groot. En zonder meer vragen sommige schrijnende toestanden om onmiddellijke maatregelen. En ongetwijfeld zit ook in de rest van het systeem nog wel ruimte voor efficiency en optimalisatiemaatregelen

voorbij pleisters plakken

Maar om de problemen in de zorg echt op te lossen, moeten ze bij de diepe wortels worden aangepakt. We moeten ons langzamerhand gaan realiseren dat we al dertig jaar sleutelen aan het bestaande systeem. Na dertig jaar proberen dringt de conclusie zich op, dat deze persistente problemen niet met symptoombestrijding en stelselherzelingen op te lossen zijn. We staan dus voor een fundamentele transitieopgave dan stelselherzelingen alleen. De negentiende eeuwse maatschappelijke opgave vergde een ingrijpende transformatie van de medische sector, en dat zal ook voor de maatschappelijke opgave voor de 21ste eeuw gelden.

kompas

Een dergelijke transitie kan echter niet worden opgelegd, maar vergt tijd, tact en een groeiend besef van richting. De nieuwe zorg moet vanaf de basis – mensen en hún gezondheid – worden opgebouwd. Een zorg die net zo divers is als mensen zelf zijn. Ondanks deze diversiteit kunnen we al wel een aantal richtinggevende principes ontdekken die deze zorg kunnen vormgeven. Bij deze algemene principes zullen we in de volgende hoofdstukken streefbeelden geven. Met daarbij eerste voorbeelden uit de praktijk.

naar buiten klappen

In deze transitie beweging klapt de huidige professionele zorgverlening naar buiten en wordt zo vermaatschappelijkt. Primair ondersteunt ze wat mensen zelf en met elkaar kunnen doen en faciliteert ze wat partijen uit andere sectoren en domeinen in de samenleving kunnen leveren aan zorgdiensten. Secundair blijft ze zelf directe zorgdiensten leveren, maar wel in een radicaal getransformeerde omgeving.

DUURZAME RICHTING

Veel diensten in de verpleging en verzorging aan huis zijn niet gericht op het ondersteunen van de zorgonafhankelijkheid van mensen of op de sociale steunsystemen in de buurt en het samenwerken met professionals. In de wijkverpleging kan een grote verbetering worden gemaakt door het herdefiniëren van de gewenste zorg- en dienstverlening. En door uit te gaan van het zelfmanagement van professionals in resultaatverantwoordelijke teams. Dit alles gebeurt bij Buurtzorg.

De verpleging en verzorging thuis wordt door Buurtzorg op een professionele wijze (weer) dicht bij de mensen in de wijk georganiseerd in kleinschalige zelfsturende teams. Buurtzorg ondersteunt professionals door moderne ICT en een effectieve backoffice. Als een duidelijk herkenbare 1ste lijn zorgverlener werkt de wijkverpleegkundige 'in de buurt' nauw samen met huisarts en de informele zorg. Als een persoonlijk begeleider volgt ze daarbij de cliënt 'in de keten' en zoekt proactief naar oplossingen in diens omgeving. Op deze wijze wordt in dit experiment gewerkt aan de implementatie van een nieuwe zorgvisie die stuurt op:

- Zorgonafhankelijkheid en gezondheidswinst van de cliënt;
- De herwaardering en herpositionering van de professie in relatie tot de samenhang in de eerste- en tweede lijn;
- De verbinding met de informele zorg.

Buurtzorg streeft hierbij naar oplossingen voor cliënten die hun zorgonafhankelijkheid ondersteunen en kwaliteit van leven in stand houden of verbeteren. Het vernieuwende van de Buurtzorg aanpak is de gehele organisatie inrichten op een nieuwe visie op de begrippen 'zorgvraag' en 'zorgorganisatie'. Buurtzorg gaat uit van de behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de cliënt (zorgvraag) en

van de professionaliteit, regie en autonomie van de wijk verpleegkundige (zorgorganisatie), ingebed in moderne organisatieprincipes.

Beide visies worden als nieuwe werkwijze ingebed in het 'informele' netwerk rondom de cliënt (gezin, vrienden, buurt) en in het 'formele' netwerk rondom de zorgverlener (huisarts, welzijn, eerste- en tweedelijns). Deze netwerken functioneren optimaal door in teams, op het niveau van de wijk, de zorg te organiseren.

Uitgangspunt is dat Buurtzorg vervangend, ondersteunend en aanvullend werkt. Dit leidt tot een optimale verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen beide netwerken (efficiënter en effectiever) en tot een optimale ondersteuning van de zorgonafhankelijkheid en zelfredzaamheid van de cliënt (beter en goedkoper). De op cliëntniveau belevingsgerichte aanpak en op professioneel niveau systeemgerichte werkwijze wordt door alle partijen als een verbetering ervaren. Bovendien levert het op sectorniveau besparingen op door lagere kosten per cliënt per jaar, kortere doorlooptijden en besparingen op de arbeidsmarkt.

Buurtzorg groeit snel. In nog geen twee jaar tijd ontstonden door heel Nederland 100 teams (met gemiddeld 14 medewerkers in 7½ fte). De ambitie is om in 2009 naar 200 teams te groeien. En zo bij te dragen aan beweging in de Nederlandse thuiszorg.



Als we weten welke richting we op willen, is de volgende vraag hoe we een beweging om de zorg te transformeren in die richting op gang brengen. We zien al beweging in de bijna dertig experimenten die worden ondersteund door het transitieprogramma langdurende zorg en ook in andere initiatieven zoals de Thomashuizen, de Humanitashuizen of het fenomeen 'Verwenzorg'.

de gaten van het regime

Toch is er op veel punten nog een forse slag te maken. Ten eerste opereren veel bestaande initiatieven in de 'gaten' van het huidige regime. Ze maken bijvoorbeeld gebruik van tijdelijke subsidies (zoals het transitieprogramma, of overheids- en eigen innovatiegelden), of zoeken maximaal ruimte binnen bestaande regelingen. Deze creativiteit maakt nieuwe benaderingen mogelijk, maar maakt ze ook kwetsbaar. Een heel nieuw initiatief staat of valt vaak met een bepaalde interpretatie van een bepaalde regel. Bovendien zijn de mogelijkheden om initiatieven onder subsidies uit te rollen altijd beperkt door de onvermijdelijke grenzen van dergelijke subsidies.

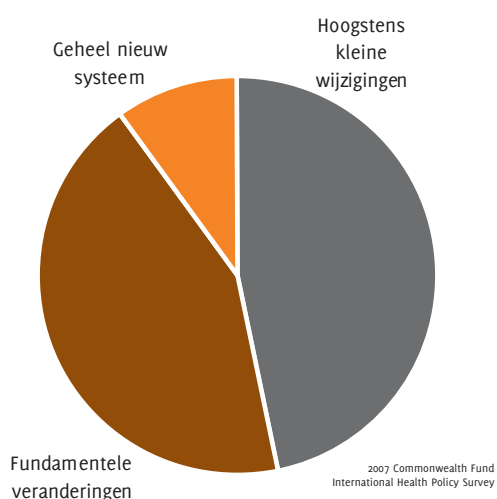
Verder gaan nog te veel initiatieven vooral uit van de bestaande mogelijkheden en bestaande organisaties. Men zoekt vaak binnen de grenzen van grote instellingen naar nieuwe ruimte, die vaak maar moeizaam wordt gegeven. Het grote succes van initiatieven zoals Buurtzorg en Thomashuizen lijkt nu juist dat deze niet gebonden zitten aan bestaande organisaties.

Veel initiatieven hebben verder de neiging om zorglacunes op te vullen door het zorgsysteem uit te breiden. Nog te veel wordt geprobeerd de maatschappij te verzorgen, en te weinig om zorg te vermaatschappijken. Het aantal initiatieven, wat werkelijk probeert om traditionele zorgtaken van de professionals terug in de maatschappij te brengen, is beperkt en staat vaak onder druk om een 'toeleid' functie te gaan vervullen.

transitiebeweging

Om echt ruimte voor verandering te creëren, zal een transitiebeweging zich veel meer moeten gaan richten op het radicaal omvormen van het huidige systeem. Een beweging die nog meer de confrontatie aan durft met het bestaande systeem. Een beweging die zich veel meer richt op het terugbrengen van zorgzaamheid naar de mens en de samenleving zelf en die probeert het professionele zorgsysteem hierin een ondersteunende rol te geven. En een beweging die de huidige versterkte instellingen probeert te transformeren tot maatschappelijke ondernemingen die ruimte geven aan professionals voor mensgerichte zorg, waarin de mens voorop staat en niet het systeem.

Hoeveel verandering in de Zorg vinden Nederlanders noodzakelijk?



We zullen dus verder moeten werken aan een gezamenlijke nieuwe visie voor de hele zorg, en voor de zorg in maatschappelijke context. En we zullen dus nog meer – ook in transitieprogramma's - moeten inzetten op radicalere alternatieven. Maar dit is dus niet genoeg, uiteindelijk moet die experimenten en die visie beklijven in het systeem en de instituties. We zullen in hoofdstuk 7 tot en met 9 een aantal streefbeelden presenteren voor een nieuw zorgsysteem. Visie ontwikkelen en experimenteren op streefbeelden kunnen gezamenlijk wel structurele veranderingen bewerkstelligen.

care op een kantelpunt

In de care is het belang van “presentie” en van werkelijk contact meer aanwezig. Menselijkheid is de kern van deze zorgdienstverlening. Ze is integraler en langdurender, is expliciet gericht op kwaliteit van leven en nauwer met andere levensdomeinen te verweven. De langdurende zorg heeft daarmee mogelijk de sleutel in handen voor de transitie van de gehele zorg.

urgentie voor care

Dat is ook in het belang van de care zelf. De care loopt het risico nog verder gedomineerd te worden door het curatief-medische perspectief. De care zal echter per definitie niet in staat zijn aan de criteria van de cure te voldoen. Dat medische model met een nadruk op gestandaardiseerde, geprotocolleerde en specialistische zorg is zeer succesvol voor de curatieve zorg en ze sluit aan bij de institutionele drang naar meetbare resultaten van substitueerbare - dus gestandaardiseerde – ‘zorgproducten’. Dit alles leidt tot een druk op de care om de benadering van de cure over te nemen. Terwijl er maatschappelijk juist een tegengestelde behoefte is om de cure beter in te bedden in een brede zorg benadering.



hele care: duurzaam beter

Voor mensen met een langdurig psychiatrische aandoening is een wereld te winnen. De zorg voor hen is in het huidige zorgstelsel te gefragmenteerd en niet gericht op de positie van de patiënt in de samenleving. Met het experiment Duurzaam Beter wordt geprobeerd deze situatie te verbeteren. Door middel van de (F)ACT methode worden deze patiënten geholpen in hun eigen leefomgeving. Multidisciplinaire wijkteams gaan langs bij de psychiatrische patiënten en bieden hen waar zij om vragen. Er wordt uitgegaan van de patiënt zelf en zijn leefomgeving en behoeften. Door de aanwezigheid van deze hulp kunnen de patiënten thuis blijven wonen. Dit is onder meer ook mogelijk door het aanbod van ICT. Er kan contact worden onderhouden met hulpverleners, ook op initiatief van de patiënt zelf. Problemen kunnen zo vroeg worden gesignaleerd, waardoor hulp tijdig kan worden geboden. De wijkteams leveren niet alleen ‘zorg’ aan de patiënten, maar steunen hen ook in hun zelfredzaamheid in de maatschappij door participatie in de wijk en werk te stimuleren.

Toch zal de care zich niet uit die onderschikte rol kunnen worstelen en een sleutelrol in de zorg van de 21ste eeuw kunnen spelen als zij zich op negentiende eeuwse wijze blijft organiseren. Dat organisatiemodel zal uiteindelijk überhaupt niet volhoudbaar zijn.

insiders en outsiders

Ook de geschiedenis en transitie in andere sectoren leren dat de beweging vaak van buiten komt. Het is zeer de vraag of de bestaande partijen in de zorg de zorg zullen transformeren. Het is minstens zo goed mogelijk – zeker gezien de verstarring bij de bestaande partijen - dat geheel andere partijen tijdens en na die transformatie een rol zullen spelen. Of dat slechts enkele zorgpartijen, die zichzelf op tijd weten te vernieuwen, weer terugkeren in een nieuwe zorg. Juist omdat de huidige partijen die potentie van outsiders niet zien, zoeken zij te weinig de samenwerking met hen, zodat bestaande en nieuwe kwaliteiten onvoldoende gecombineerd worden.

care wordt weer zorg

Deze care zal zich zoals gezegd anders gaan verhouden tot de cure. We moeten de cure misschien gaan beschouwen als hooggekwalificeerde specialisten die dienstbaar zijn aan care. De care zorgt voor heelheid en integrale op de hele mens gerichte benadering; waar specialistische kennis en kunde nodig is laat de zorg zich bijstaan door de cure. Dat zou betekenen dat care en zorg weer synoniem worden. Daar is een culturele transitie voor nodig: nu is het ondenkbaar dat specialisten enerzijds en huisartsen, casemanagers of wijkverpleegkundigen anderzijds elkaar als gelijke zien: de één met specialistische kennis, de ander met holistische kennis. Dat vraagt dus ook lef en moed voor een culturele emancipatie van care.

*Volmaakte vreugde bestaat niet uit het
geven van het goede voorbeeld,*

Of uit het verrichten van wonderen,

*Of uit het schouwen in de toekomst en het
geven van wijze raad.*

*Volmaakte vreugde is gelegen in de
overgave van onszelf*

*En in het dankbaar aanvaarden van alles
op ons pad.*

Fransiscus van Assisi

de verhalentafel

De Verhalentafel is samen met ouderen ontwikkeld en wordt inmiddels in verschillende zorginstellingen gebruikt. De ouderen hebben aan de tafel een ruime keuze uit korte beeld- en geluidsfragmenten. De fragmenten roepen herinneringen op, die weer leiden tot interessante gespreksstof. Deze gesprekken worden rond de tafel gevoerd, soms onder begeleiding. Een audio opname maken van de verhalen die ouderen vertellen, behoort ook tot de mogelijkheden. De Verhalentafel sluit aan op de vaardigheden van ouderen. Met slechts twee knoppen kunnen de oudste ouderen de tafel bedienen zonder hulp. Het doel van de tafel is om de levensvreugde van bewoners in een zorginstelling te verhogen. De Verhalentafel draagt daarnaast bij aan reminiscentie, vermindert sociale isolatie binnen een instelling en verlicht depressieve gevoelens.

idé, een lerende beweging over dementie

IDé is een vrijzinnige beweging van zorgprofessionals, wetenschappers en mantelzorgers die wil bijdragen aan kwaliteit van leven van mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuis. Positief, creatief, praktisch en daadkrachtig, met het perspectief van mensen met dementie als uitgangspunt. De beweging verzamelt, verspreidt en ondersteunt goede praktijkvoorbeelden en wetenschappelijke kennis en stimuleert experimenten. Een groeiende groep mensen werkt samen om de doelstellingen van IDé te verwezenlijken: kwaliteit van leven van ouderen met dementie. IDé is een initiatief van Stella Braam, auteur van 'Ik heb Alzheimer, het verhaal van mijn vader', en Elly Duijf van adviesgroep Terts. De afdeling Klinische Neuropsychologie van de Vrije Universiteit van Amsterdam, onder leiding van professor dr. Erik Scherder, biedt hulp bij het ontsluiten van wetenschappelijke kennis. Een onafhankelijke adviesraad geeft gevraagd en ongevraagd advies.

mensgerichte preventie

Preventie en zorg zullen veel meer in elkaar moeten worden geïntegreerd. Om preventie te bereiken zullen alleen campagnes niet genoeg zijn. Het gaat juist om het menselijk contact waarin preventie kan worden overgedragen. Dat menselijk contact biedt de zorg. De care heeft ook een eigen belang bij een betere preventie: als we er niet in slagen een deel van de zorgvraag te voorkomen en vooral te verminderen - door bijvoorbeeld een betere leefstijl - dan zal de zorg structureel overvraagd blijven.

bondgenoten

Bij die machtsverschuiving van cure naar care, zou wel eens een sleutelrol weggelegd kunnen zijn voor de artsen die op het grensvlak van cure en care werken, zoals de huisarts, de verpleeghuisarts, de kinderarts, de geriater, maar mogelijk ook de tandarts, de fysiotherapeut en eerstelijns therapeuten. Hoewel zij meestal tot de cure gerekend worden, zijn veel van hun werkzaamheden en methodes in feite 'care'. Zowel in opleiding als in de praktijk is deze care-kant vaak ondergewaardeerd. Een van de grote uitdagingen voor een vernieuwde zorg zal zijn om juist in deze beroepsgroepen cure en care in balans te brengen. Deze typen artsen zijn ook belangrijke potentiële bondgenoten.

van morgen denken naar vandaag doen

De richtinggevende principes van het vorige hoofdstuk geven enig houvast waar we in de toekomst heen willen, maar zijn nog te abstract om ons in het heden op te kunnen organiseren en om nu mee te gaan experimenteren. In de rest van dit document zullen we proberen de richtinggevende principes tastbaarder en dichterbij te brengen door ze uit te werken in mogelijke streefbeelden, in transitiepaden en tot slot in concrete korte termijn acties.

Rond de zogenoemde streefbeelden kunnen experimenten en visie elkaar ontmoeten. Experimenten kunnen worden gebundeld en opschalen.

Coalities kunnen worden gevormd en zij kunnen specifieke eisen formuleren om ruimte van het regime te verkrijgen.

Met een streefbeeld bedoelen we een deelperspectief op een duurzame zorg over 25 jaar. Die streefbeelden komen voort uit de richtinggevende principes, maar hebben niet de pretentie dé universele oplossing te zijn. De streefbeelden zijn kansrijke oplossingsrichtingen waarover we aldoende meer willen leren. Diversiteit is goed, dus voor een duurzame zorg in 2033 zullen meerdere streefbeelden parallel hopelijk werkelijkheid zijn geworden. We onderscheiden op elk niveau in de zorg (mens, organisatie en samenleving) streefbeelden. Dit is geen uitputtende lijst van streefbeelden, de komende tijd hopen we op input voor nog een aantal andere streefbeelden.

Bij deze streefbeelden vragen we ons vervolgens af welke paden er naar toe zouden kunnen lopen. Wat kunnen we over vijf jaar bereiken? Paden hebben aangrijpingspunten in het heden en de mogelijkheid om partijen op de kortere termijn te organiseren. Tegelijkertijd geldt nog meer dan voor de streefbeelden dat er heel veel verschillende veelbelovende paden naar de toekomst zijn. We streven in de paden dus naar diversiteit.

Tot slot kunnen moeten we ons afvragen wat op de korte termijn kan gebeuren. Wat kan binnen één of enkele jaren al gebeuren? Dit komt in het laatste hoofdstuk aan de orde. Op dit moment houden we deze acties dicht bij onszelf: wat gaat de groep die deze visie gemaakt heeft volgend jaar doen. Intussen wordt door en voor de experimenten van het transitieprogramma volop bestudeerd hoe zijn hun radicale experimenten kunnen verbreden, verdiepen en opschalen. En zij zullen daarbij gaan leren over en voeding geven aan de geformuleerde transitie paden.

We hopen binnenkort met de arena leden, met de lopende transitie-experimenten en met andere veelbelovende initiatieven, scherp te krijgen wat door wie gedaan kan worden om ruimte voor een transitie te creëren.

*Geef mij de kalmte om te aanvaarden
wat ik niet kan veranderen;*

*de moed om te veranderen wat ik kan
veranderen;*

*en de wijsheid om het verschil hier
tussen te zien.*

(toegeschreven aan)

Reinhold Niebuhr

planetree

Stichting Planetree Nederland is een non-profit organisatie die zorgaanbieders ondersteunt om mensgerichte zorg voor elkaar te krijgen. Planetree is een waardegedreven, flexibel zorgmodel dat laat zien hoe hartelijke zorg voor cliënten en medewerkers daadwerkelijk kan worden gerealiseerd. Stichting Planetree dient als katalysator en partner in het ontwikkelen en implementeren van gezondheidszorg die:

- zorg geeft aan zowel cliënt en medewerker, zowel fysiek, emotioneel, geestelijk en sociaal
- waarden gedreven zoals persoonlijk, respect, mens voorop, compassie en keuzevrijheid

Daarbij gaat het over hartelijke bejegening, regie houden, goede medische behandeling en zorg, lekker eten, aanvullende zorg, vriendelijk interieur en een positieve rol voor familie en vrienden. Centraal staat de menselijke maat.

Vooruitblik bij hoofdstuk 7 tot en met 9

Hoofdstuk 7: Streefbeelden voor mensen

We zullen eerst op (inter)menselijk niveau streefbeelden van zelfzorg en samenredzaamheid schetsen. Hoewel we een aantal nieuwe 'zorg-beroeven' identificeren gaan deze streefbeelden niet over het zorg-systeem in traditionele zin. In feite schetst het een beeld van 'de zorg uitgekleed en teruggebracht naar zijn naakte essentie'

Hoofdstuk 8: Streefbeelden voor organisaties

Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er helemaal geen georganiseerde, professionele zorg meer nodig is. Op heel veel punten zal ook een systeem van zelf- en samenredzaamheid ondersteuning behoeven. Zeker voor mensen die heel zorgbehoevend zijn is een vorm van georganiseerde zorg en een vangnetfunctie onvermijdelijk. Bovendien zal zelf- en samenredzaamheid zich lang niet altijd vanzelf organiseren. Er zal juist ook een behoefte ontstaan aan een proactieve zorg, die zelf- en samenredzaamheid stimuleert.

Hoofdstuk 9: Streefbeelden voor ons stelsel en maatschappij

In de eerste plaats willen we dus zelforganiserende zorg, ondersteund door zorg van en door professionals die de ruimte krijgen. Op systeem-niveau willen we vooral dat veel niet-gedaan en niet-geregeld wordt. Het (overheids)systeem moet een ruggengraat vormen voor een aantal collectieve principes, niet meer en niet minder. De ervaring leert dat zonder een heldere filosofie over die principes, het collectieve zorgsysteem als surrogaat zich met alle details op lagere niveaus gaat bezig houden en deze probeert te controleren.

7. STREEFBEELDEN VOOR MENSEN

Vroeg of laat raakt ieder mens in nood. Ongemakken en handicaps, kwaaltjes en ziekten, tegenslag en ongelukken, ouder worden en sterven, het hoort bij het leven en iedereen krijgt ermee te maken, zelf of bij anderen. De pijn, de angst en het verdriet die bijna altijd bij tegenslagen bovenkomen, confronteren ons met de kwetsbaarheid van ons menselijk bestaan. Maar ook met de uiteindelijke vragen van het leven. Wat vind ik werkelijk belangrijk? Waardoor laat ik mij leiden?

Daarmee is tegenslag in het leven niet alleen ellende die op afstand moet worden gehouden of snel moet worden verholpen, maar het is ook een mogelijkheid om tot meer persoonlijke bewustwording te komen. En is nood een aanleiding om dichterbij anderen te komen, door ze werkelijk toe te laten of op te zoeken.

STREEFBEELD: ZELFREDZAAMHEID DOOR ALERTE MENSEN

In het toekomstige Nederland is zorgzaamheid een basis waarde van vele mensen. Zorgen voor onszelf, voor anderen en voor onze omgeving is een tweede natuur geworden. Wij beseffen dat we ons lichaam en de aarde als het ware te leen hebben. En dat daarom deze vormen van zorg nauw met elkaar samenhangen en dat zij wezenlijk zijn voor een gezonde en duurzame samenleving.

De bevolking van Nederland kan in de toekomst zelf beter omgaan met tegenslagen: er is meer eigen alertheid en inzet voor de zaken waar we zelf iets aan kunnen veranderen, er is een betere acceptatie van de dingen die onvermijdelijk zijn en er is een groter besef van het verschil tussen beiden. Vele mensen hebben daardoor een grotere motivatie en een breder palet van mogelijkheden om - zelfstandig of met hun naasten - werk te maken van hun chronische of langdurige (gezondheids)problemen. Zo voorkomen we ook dat onnodige of overbodige zorg mensen in nood hun menselijke autonomie of andere waarden afneemt.

Een fysiek, psychisch, sociaal en mentaal meer gezonde en weerbare bevolking ontstaat niet vanzelf. Dat vraagt om een ingrijpende culturele verandering van onze samenleving, die momenteel sterk is gericht op ratio, materie en individu. En het vraagt om een omslag naar vertrouwen

een oogje in het zeil

'Leefstijlmonitoring' ondersteunt de medewerkers van Proteion Thuis in het bieden van zorg op maat, op afstand. Het experiment richt zich in eerste instantie op de doelgroep zelfstandig wonende ouderen met een beginnende dementie al dan niet met een inwonende mantelzorger. Door middel van Infrarood sensoren worden de activiteiten van thuiswonende ouderen (achter de individuele voordeur of in kleinschalige woonvormen) vastgelegd. Via een computerprogramma worden deze gegevens geïnterpreteerd en de resultaten worden online op basis van protocollen beschikbaar gesteld aan een thuiszorgmedewerker, zorgcentralist of de mantelzorger. Op basis van de veranderingen in het activiteitenpatroon is dan een bijstelling in het zorg- en behandelplan door te voeren. Veranderingen op het terrein van gezondheid of veiligheid waar mogelijk een directe actie is vereist worden conform vooraf vastgestelde afspraken via telefoon, sms of email gemeld aan de professional of de mantelzorger. Met name bij mensen die geleidelijke veranderingen door maken en waarbij sprake is van weinig tot geen sociale controle biedt dit perspectief.

In dit project werken verschillende organisaties samen aan de ontwikkeling en implementatie van (keten)zorgarrangementen binnen de zorg;. In de (nabije) toekomst zal worden nagegaan hoe het systeem kan worden uitgebreid met medische randapparatuur zoals een digitale weegschaal of bloeddrukmeter. Dit maakt het mogelijk om ook bepaalde lichaamsfuncties op afstand te monitoren.

Een voorbeeld daarvan is medische Monitor voor diabetes. Bij de cliëntgroep Diabetes is de inzet van technologie gericht op ondersteuning van de assistentieverlening door de thuiszorg. Met behulp van sensoren kunnen op afstand de bloedsuikerwaarden worden geïnterpreteerd en kan de diabetesverpleegkundige de cliënt adviseren over de juiste medicatie. Deze ondersteuning op afstand voorkomt het regelmatig bezoeken van de cliënt in de thuissituatie

vanuit de angst die ons momenteel op diverse niveaus regeert: existentieel (in angst voor dood en vol-ledig leven), sociaal (in angst voor afwijzing door anderen als wij een eigen weg gaan) en persoonlijk (in angst voor overgave aan en loslaten van alles wat wij op ons levenspad ontmoeten). Maar door deze diepgaande omslag zal onze zelfredzaamheid in het leven veel groter worden, alsmede ons vermogen om anderen werkelijk te helpen, als professional of als dierbare.

Het is van grote waarde als mensen zo lang en zo goed mogelijk in staat blijven om zelf de regie te voeren over hun eigen leven, ook als ze zorg nodig hebben. Op uiteenlopende manieren kunnen mensen hun persoonlijk vermogen vergroten om goed te zorgen ("empowerment"). Voor zichzelf met het oog op zelfredzaamheid, als mantelzorger in het geval van samenredzaamheid en als zorgvrager en naaste bij de weg vinden in de zorg.

pad: kennis is regie

Uiteenlopende partijen die deskundig en betrouwbaar zijn kunnen eraan bijdragen dat burgers in Nederland beter in staat zijn om hun rollen als zelforganisator en zorgvrager goed te vervullen of om anderen daarmee als maatje te helpen. Dat moet veel verder gaan dan Postbus51 spotjes of informerende websites, we moeten naar een fijnvertakte, vermaatschappelijkte ondersteuning met raad en daad van zelfzorg (zie samenredzaamheid).

pad: emanciperende technologie

Door de opkomst van communicatie- en medische technologie zullen mensen zichzelf ook rechtstreeks empoweren. Dit varieert van beter geïnformeerde tot meer mobiele mensen. Diagnostische technologie wordt steeds gebruiksvriendelijker en voor steeds meer zaken zullen mensen zelf kunnen monitoren.

Emanciperende technologie is niet 'technology push'. Mensen moeten samen met fabrikanten, medici en andere deskundigen aan technologie samen vorm gaan geven. Zo kan technologie een belangrijke impuls geven aan meer autonome mensen in de zorg.

pad: begeleiding door nieuwe beroepen

Er is een scala aan beroepen die mensen in hun eigen kracht brengen en die de formele zorg ontlasten. Gezondheidsadviseurs en levensstijlbegeleiders adviseren mensen bij het adequaat omgaan met risico's die ze lopen door hun aanleg, gezondheidsgeschiedenis, beroep of omgeving in leven en werk. Wijkverpleegkundigen nieuwe stijl kennen de kwetsbare bewoners in wijken en ondersteunen hen in het op orde houden van hun leven, waarbij ze nauw samenwerken met huisartsen en de sociale verbanden om kwetsbare mensen te helpen en te activeren.

pad: bewust leven

Door bewuster eten, bewegen en rusten kunnen we veel doen aan het voorkomen of verlichten van ziekten. Ook de grotere keuzen in hoe we ons leven inrichten hebben daar invloed op: een evenwichtig leven omvat - als een soort portfolio - niet alleen werken, maar ook voldoende ruimte voor sociaal contact, hobby's, leren en ontwikkelen, bezinning en reflectie, ontspanning en sport en ook voor zorgen voor onszelf en anderen.

pad: innerlijk beleven

In het omgaan met ziekte en andere tegenslag grijpen we te vaak naar medische oplossingen. Ongelukkig of eenzaam zijn is al snel een psychisch probleem. We zijn ons er onvoldoende van bewust dat onze cultuur veel meer bronnen van troost, kracht en wijsheid biedt. En ook van de manier waarop de innerlijke beleving van invloed is op iemands gezondheid: variërend van sport en ontspanning tot kunst en literatuur; en van goede gesprekken met vrienden tot spirituele benaderingen.

pad: warme opvoeding en levenskunst

Opvoeding speelt een grote rol bij alerte mensen, aangezien ze bepalend is voor de vorming van innerlijke waarden als zorgzaamheid en zelfredzaamheid. Naast ouderlijke opvoeding heeft ook het onderwijs hier een functie in, die bijvoorbeeld tot uiting komt in ervarings- en competentiegericht onderwijs. Wat leerlingen leren vergeten ze, maar wat ze ervaren dat vergeten ze nooit meer.

levensadviseurs

Levensloopadviseurs helpen in België (vergelijkbaar met loopbaanadviseurs of coaches in het werk) mensen in diverse fasen van hun leven bij het maken van de juiste keuzen of bij het leren omgaan met ingrijpende gebeurtenissen als het verlies van dierbaren of werk; en zo bestaan er in België ook al jeugdadviseurs en in Nederland ouderenadviseurs.

eigen regie bij schizofrenie

Dit experiment draagt bij aan de zorg voor en de rehabilitatiemogelijkheden van schizofrene cliënten door de toepassing van 'slimme ICT'. Hierdoor hebben cliënten niet alleen direct toegang tot hun behandelplan maar kunnen zij ook op zelf gekozen momenten communiceren met verschillende zorgverleners uit het zorgnetwerk dat hen omringt. Deze worden op hun beurt in staat gesteld informatie, ziekte-inzicht en kennis ten aanzien van cliënten met elkaar te delen en behandelresultaten te monitoren. Zo zijn cliënten professionals en mantelzorgers altijd goed geïnformeerd zodat ze in kunnen grijpen als het moet en ruimte kunnen geven waar het kan. Dit experiment laat zien hoe ook meer kwetsbare individuen kunnen worden ondersteund bij het vormgeven van hun eigen leven, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en daarmee aan de afname van de zorgvraag.

geluuskunde

Het nieuwe vak Geluuskunde helpt leerlingen om prettig door het leven te gaan. Het is bedacht door docenten en leerlingen van het Eijkhagencollege in Landgraaf. De leerlingen waren zo enthousiast dat ze een actie hielden voor nog meer lessen in geluk!

Theo Wismans is de geestelijke vader van het vak. Het vak dat hij geeft is op zijn school zelfs een verplicht vak. Met uitgeverij Malmberg heeft hij het idee uitgebouwd tot een complete lesmodule. De module leert leerlingen reflecteren op hun gevoelens en het beeld dat ze van zichzelf hebben en wat ze willen uitstralen.



de verbeeldingsmethode

In dit project van Amsta staat de belevingswereld van dementerende ouderen centraal. De vermindering van geheugen, oriëntatie, taalbeheersing, mobiliteit en taalbeheersing en daarmee het verlies van de actieve rol in de maatschappij maakt onzeker en eenzaam. Deze methode reikt de zorgomgeving handvatten aan om beter met hen te communiceren, zodat er wederkerigheid ontstaat en het gevoel van welzijn, de persoonlijke identiteit en het zelfvertrouwen wordt bevorderd en versterkt. In de methodiek wordt gebruik gemaakt van theater, poëzie, muziek en voorwerpen van vroeger. Via één op één contact wordt er doelgericht in het verleden gegaan om samen herinneringen op te halen. De methode spreekt mensen aan op hun ervaringen en hun individualiteit. Op welke manier deze ook beleefd wordt: door verbeelding of in werkelijkheid, vluchtig of bestendig.

Mensen zijn sociale wezens. We zijn voor ons leven en voor ons overleven aangewezen op elkaar. In tijden van nood en van zorgbehoefte, zoeken we steun bij elkaar in alle mogelijke sociale verbanden. Het zorgen voor elkaar is een bindmiddel in onze samenleving. Het is van alle tijden en werkt van nature naar mensen die ons nabij zijn zoals familie, vrienden en ook burenen en bekenden. Bovendien zien we onze aandacht en zorg voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving als een aanwijzing voor het niveau van beschaving dat we hebben bereikt. Een kwart van de Nederlanders zorgt structureel voor een ander en 80% van de thuiszorg komt op het conto van mantelzorgers.

Daarnaast zijn er legio voorbeelden van groepen die zich zelf speciaal organiseren in tijden van nood. Zoals HIV patiënten, een aanvankelijk gestigmatiseerde groep, die nieuwe steunende verbindingen organiseerden via het bekende “buddy” systeem. Maar ook zwangere vrouwen en jonge moeders zijn voorbeelden van groepen die zich spontaan organiseren om elkaar te helpen, om elkaar met raad en daad bij te staan en de laatste nieuwtjes en persoonlijke ervaringen uit te wisselen.

In onze individualiserende en versnellende turbo samenleving staan echter de diverse vormen van hulp tussen generaties en naar nabije bekenden onder druk. Mantelzorgers lopen vaak op hun tandvlees en leven aantoonbaar korter, burenhulp is niet meer een vanzelfsprekendheid en vrijwilligers hebben vaak een betaalde baan en raken gemakkelijk overbelast.

STREEFBEELD: SAMENREDZAAMHEID IN SOCIALE VERBANDEN

In het Nederland van de toekomst bestaat een grote en vitale rijkdom aan sociale verbanden, die uiteenlopende vormen van zorg verlenen. Nieuwe gemeenschapsvormen rondom zorgen voor elkaar ontstaan op locatie in buurten en wijken, maar ook virtueel. De vrijwillige charitatieve zorg wordt gekoesterd, omdat ze als beroepszorgverlening onbetaalbaar zou zijn en omdat ze de zorgvragers in staat stellen om autonomie, eigenwaarde en zeggenschap over de eigen leefomgeving te behouden.

In zo'n samenleving maken we veel ruimte om voor elkaar te zorgen. Het heeft een grote persoonlijke waarde voor betrokkenen en een grote maatschappelijke waarde dat de zorg, zo veel als mogelijk, door mensen met elkaar wordt opgepakt. Mantelzorgers, bekenden, burenen helpen op diverse gebieden. Deze grote bron van zorgzaamheid en mensenliefde voeden we om te voorkomen dat ze ooit opdroogt: we maken ruimhartig ruimte in werkverbanden, we geven maatschappelijke en waar nodig

zorg op afstand verbreden

Cordaan richt zich in dit project op ICT-toepassingen voor nieuwe doelgroepen: migranten, mensen met een licht verstandelijke beperking en deelnemers aan beschermd wonen. De mensen in deze doelgroepen zijn afhankelijk van zorg en verblijven het liefst zo lang mogelijk thuis. Maar zorg thuis is niet te realiseren omdat de momenten waarop zij nodig is niet te plannen zijn.

In samenwerking met vertegenwoordigers van deze doelgroepen wordt een inventarisatie gemaakt van de mogelijke functionaliteiten die per doelgroep gewenst zijn en een bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg en ondersteuning die leidt tot een langer verblijf in de eigen wijk of in een kleinschalige woonvorm. Hiertoe worden de technieken aangepast aan de culturele en taalkundige achtergronden van de doelgroepen. Daarnaast wordt gezocht naar een werkwijze waarbij het sociaal kapitaal in de wijk (mantelzorg, welzijnswerk, buurtvereniging, migrantenorganisaties, etc.) een rol kan spelen in zorg op afstand, waarbij de casemanager een belangrijke schakel is.

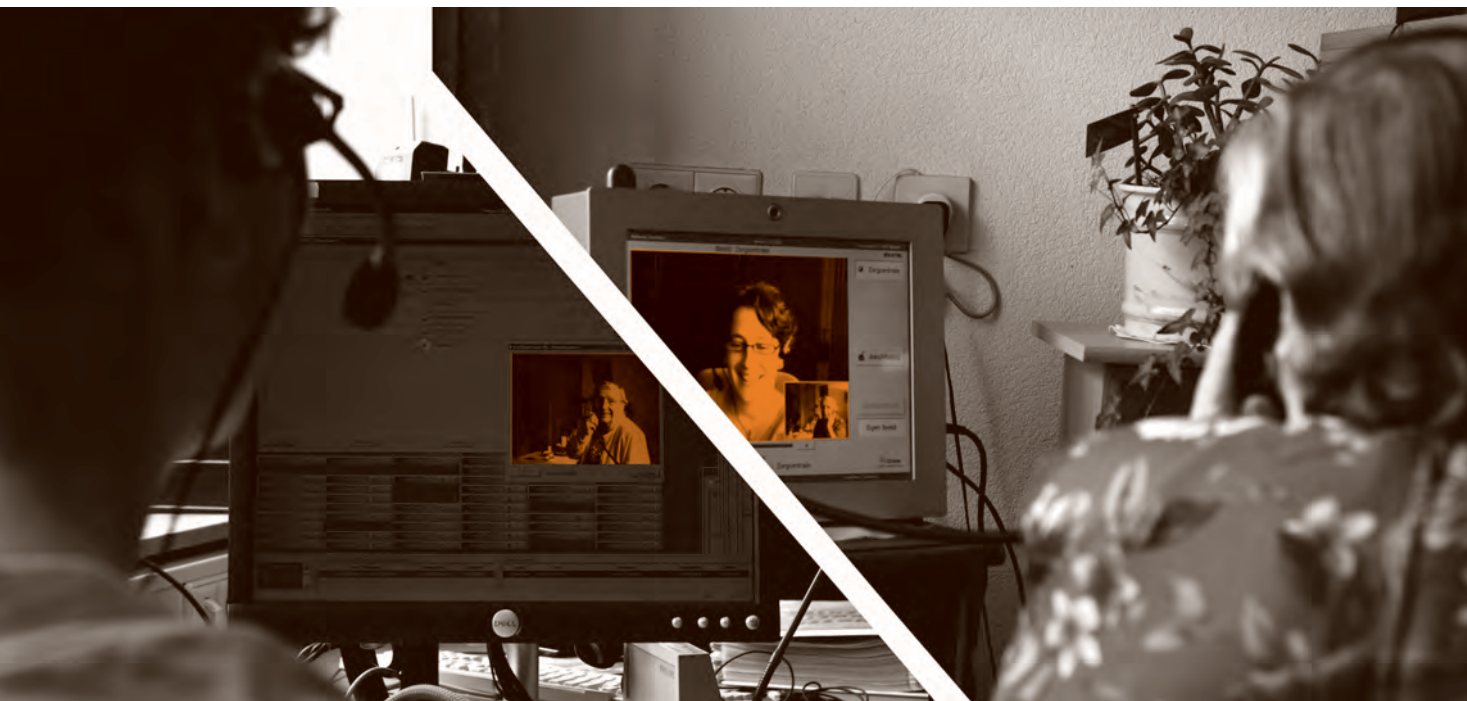
ook financiële waardering, we ondersteunen met praktische hulpmiddelen en informatie. We hebben oog voor de behoeften van mantelzorgers en zorgen ervoor dat ze er ook af en toe eens een dagje op uit kunnen, om op adem te komen. We koesteren hen. En de professionele zorgverleners ondersteunen hen van harte met de expertise die ze zelf hebben.

In deze sociaal steunende verbanden krijgen ook zorgvragers zelf, voor zoveel als mogelijk, de gelegenheid een actieve bijdrage te leveren aan de samenleving. Zo kunnen bijvoorbeeld sommige ouderen, ondanks een afnemende reserve capaciteit en een toenemende kwetsbaarheid, nog steeds veel voor elkaar en voor anderen betekenen. En ook gehandicapten kunnen praktisch bijdragen aan de samenleving, als we daar de juiste omstandigheden voor scheppen.

pad: gesteunde vrijwilligers

Vrijwilligers spelen op lokaal niveau een belangrijke rol bij de informele hulp, het toegankelijker maken en beter afstemmen van de professionele hulpverlening, bij de verbreding van het professionele hulpverleningsaanbod, en bij het toeleiden van mensen met een relatief zwakke positie naar de arbeidsmarkt.

Al deze vrijwillige vormen van zorg worden op uiteenlopende manieren ondersteund om ze aantrekkelijk en volhoudbaar te maken. Speciale regelingen,





arrangementen en voorzieningen en maatschappelijke waardering zorgen ervoor dat de vrijwillige zorg en mantelzorg ook daadwerkelijk wordt ondersteund. Professionele zorg en technologische ondersteuning zijn daarbij dienstbaar en ondersteunend aan de informele zorg en niet meer andersom.

pad: verbindende technologie

Technologische hulpmiddelen en ICT diensten maken de samen zorg op vele gebieden gemakkelijker: bekende voorbeelden zijn al klussendiensten, en digitale zorgroosters. Zij maken het voor zorgverleners mogelijk om zorgvragers op afstand te helpen (met toezicht, begeleiding en veiligheid). Zo ontlasten ze ook de mantelzorgers.

ICT biedt verder nog vele mogelijkheden, ook voor mantelzorgers en vrijwilligers, om van elkaar te leren en met elkaar tips en praktische informatie uit te wisselen.

pad: waarde van zorgen voor elkaar

Een belangrijke stap naar samenredzaamheid is zorgen niet (alleen) als een last te zien. We moeten leren dat zorgen ook goed is voor onze eigenwaarde, onze gezondheid en ons levensgeluk. Het is voor ieder mens van belang om te ervaren dat hij of zij ergens voor van betekenis is. Ook voor mensen in chronische zorg is er altijd iets waar zij nog aan bij kunnen dragen. Juist omdat we verschillen heeft ieder mens iets unieks te bieden en iedere bijdrage telt.



op afstand dichterbij

In het experiment Videonetwerken van het Netwerk Zorg-op-Afstand staat de zelfredzaamheid van de mensen met diabetes, COPD en hartfalen centraal. Door middel van ICT toepassingen wordt zorg op afstand bij de mensen thuis gerealiseerd. De patiënten krijgen meer controle over hun leven en aandoening door kennis en zelfmanagement. Daarnaast houdt een verpleegkundige de situatie van de patiënt in de gaten door monitoring op afstand. De patiënten voelen zich hierdoor veiliger, kunnen langer thuis wonen en opnames worden voorkomen door vroegsignalering. Care, cure en preventie worden in dit experiment geïntegreerd.

Videonetwerken is een netwerk waarin tien instellingen zich hebben verenigd. In dit netwerk wordt samengewerkt om te komen tot zorg van een hogere kwaliteit en langere houdbaarheid.

dementelcoach

In dit experiment van Regionaal Dementienetwerk Amersfoort-Leusden worden mantelzorgers van dementerenden telefonisch gecoached. Een op de vijf van de 3,5 miljoen mantelzorgers in Nederland voelt zich zwaar overbelast. Deze fragiele en groeiende groep mensen verdienen georganiseerde aandacht en in dit experiment staan hun behoeften centraal. Een serie van tien telefonische coachingsgesprekken kan al leiden tot een aanzienlijke afname van de zorgvraag van mantelzorgers wat de grote kracht van een klein beetje onverdeelde aandacht onderstreept.

samenredzaamheid organiseren

In het experiment Omkeer 2.0 wordt door de gemeente, woningbouwverenigingen, zorgaanbieders, onderwijsinstellingen, ICT partijen en de verzekeraar gezocht naar een ideaal sociaal steunsysteem voor de wijken Bilgaard en Skewiel in Friesland. Er wordt getracht het plezier in de wijk terug te brengen en de sociale cohesie en zingeving op orde te krijgen. Door een goed sociaal steunsysteem in de wijk kunnen zowel de formele als informele zorgvraag afnemen. Dit wordt ondersteund door technische toepassingen waardoor ondersteuning op afstand mogelijk is. Deze smart media kan bijdragen aan community-vorming. Zo is er een virtueel dorpsplein ontwikkeld. Op deze site kunnen de wijkbewoners met elkaar in contact komen en worden de sociale verbanden versterkt. Het idee is dat de mensen elkaar ook echt gaan ontmoeten. De wijkbewoners kunnen zich ook aanmelden als vrijwilligers, waarbij hun talenten worden ingezet om bijvoorbeeld andere wijkbewoners te helpen. Bij Omkeer 2.0 staat de ervaring van de wijkbewoners centraal. Hun ideeën over wat nodig is in de wijk en de ervaringen van hulpverleners worden gebruikt om een ideaal steunsysteem te ontwerpen.

prinsenhof: wijkontmoetingen

In de Rotterdamse wijk Het Lage Land hebben de bewoners van 1200 levensloopvriendelijke flatwoningen zich verenigd in een bewonersorganisatie. Deze organisatie heeft in samenwerking met Pameijer, wooncorporatie Woonstad Rotterdam en Laurens een ontmoetingscentrum in de wijk opgericht, Prinsenhof, met het accent op senioren en mensen met een verstandelijke handicap. Dit ontmoetingscentrum is voor en door de wijkbewoners opgericht en wordt ook door hen zelf gerund. Voor de wijkbewoners worden dagactiviteiten georganiseerd op het gebied van educatie, beweging en creativiteit. Naast deze welzijnsdiensten kan men er ook terecht voor verschillende curatieve behandelingen als fysiotherapie en er wordt aan preventie gedaan. Ontmoetingscentrum Prinsenhof zorgt voor een versterking van de sociale verbanden in de wijk en voorkomt sociaal isolement bij ouderen. De wijkbewoners voelen zich thuis in hun wijk en kunnen hier langer blijven wonen door het steunsysteem. In het ontmoetingscentrum kunnen verstandelijk gehandicapten als vrijwilliger werken, wat de participatie en integratie in de samenleving voor deze groep bevordert.

goede burenen gezocht

Dit wijkgerichte experiment zoekt naar oplossingen voor huisvesting, welzijn en zorg, waarbij 'inclusieve wijken' centraal staan. Dat betekent dat iedereen betrokken is en dat iedereen de potentie heeft om bij te dragen aan het welzijn van de wijkbewoners als groep. Er wordt dus niet alleen een beroep gedaan op wat iedereen in een wijk voor elkaar zou kunnen betekenen, maar er wordt simpelweg uitgegaan van een latent zorgaanbod dat bestaat in een wijk. Het gaat erom om op een natuurlijke manier al dan niet met beperkingen, samen te leven en zorgen met en voor elkaar. Door te experimenteren met zorgcirkels en kangoeroewoningen wordt gezocht naar burenen die daarvan deel willen uitmaken. 'Goede burenen gezocht' van Triade richt zich op een nieuw te bouwen buurt in Almere waar burenhulp heel normaal is. Waar mensen aandacht hebben voor elkaar en iedereen meedoet. Verder een heel gewone buurt met veel verschillende mensen met hun eigen dagelijkse dingen en hun eigen manier van leven.

pad: sociaal duurzame wijken

Wijken zijn knooppunten van sociale contacten, omdat mensen er dicht op elkaar leven, recreëren en werken. In sociaal gezonde wijken bestaat een diversiteit aan sociale verbanden en voelen mensen zich thuis, veilig, gezien en gesteund.

Monotone wijken moeten worden getransformeerd tot vitale wijken en buurten met een per wijk passende diversiteit aan functies, leeftijdsopbouw en bevolkingsamenstelling. Het zijn inclusieve wijken waarin ook plek is voor mensen met handicaps en zorgbehoeften, doordat er gezamenlijke activiteiten worden ontplooid en er openbare ontmoetingsruimten zijn. Cruciaal is dat de betrokken partijen inzien dat investeringen in wijken lonen als ook die niet alleen in de fysieke, maar ook in het sociale infrastructuur worden gedaan. Dat soort investeringen betaalt zich terug in gezondheidswinst, lagere zorgconsumptie, hogere vastgoedprijzen en meer economische activiteiten.

pad: ontmoetingen

Verschillende mensen kunnen elkaars leven verrijken. We moeten ontmoetingen tussen jong en oud, tussen ziek en gezond, tussen beperkt en mobiel terugbrengen. Dat geldt des te meer voor mensen die langdurig 'tussen de muren' van de zorg zitten. Vanuit de specialisatie gedachte worden cliënten gesorteerd op aandoening en leeftijd, dit belemmert diversiteit in ontmoetingen en daaruit voortvloeiend samenredzaamheid

pad: ervaringsdeskundigen

Mensen komen niet of minder in het formele zorgsysteem terecht als ze hulp krijgen van (voormalige) lotgenoten. Deze ervaringsdeskundigen hebben een fijne neus voor wat er bij mensen in door hun doorleefde situaties aan de hand is. Goed opgeleid en getraind geven de ervaringsdeskundigen adequate begeleiding bij het voorkomen en omgaan met ziekten, verslavingen en handicaps.



ZE ZIJN NOG NIET VAN MIJ AF....

Het beeld van de langdurige psychiatrische patiënt komt niet overeen met de werkelijkheid. Deze mensen worden als ziek, zielig of gevaarlijk gezien. Terwijl: 'je er gewoon mee kunt praten!' In een experiment van GGZ Eindhoven worden psychiatrische cliënten opgeleid tot ervaringsdeskundige begeleider en in die hoedanigheid ingezet als ervaringsdeskundigen in een team van andere hulpverleners. Zij kunnen door hun eigen ervaring en perspectief unieke ondersteuning bieden bij het herstelproces van cliënten en hen stimuleren in empowerment, zingeving en identiteitsvorming.

“ Ik heb laatst een lezing gehouden tijdens een landelijk congres over de forensische psychiatrie. Het was voor het eerst dat ik sprak voor zoveel publiek. Ik heb verteld waar ik vandaan kwam, wat mijn ervaringen met de zorg zijn en wat ik hoor van anderen met vergelijkbare ervaringen. Geschiedenissen van geestelijke en lichamelijke verwaarlozing, psychisch leed, verslaving, vroege uithuisplaatsing, internaten, psychiatrie en jeugdgevangnissen. Ik had geen scholing gehad, maar kwam er snel achter dat er ook in de criminaliteit een ladder zit die men kon beklimmen. Ik klom op tot leidinggevende van een criminele organisatie. Het leverde mij verschillende detenties volwassenenrecht, twaalf maanden in een Verslaving kliniek, veertien maanden in het Penitentiair Selectie Centrum voor psychologisch onderzoek, zes jaar lang behandeling binnen het forensische circuit en vervolgens nog twee jaar nazorg. Dus een lange weg naar herstel. Nu heb ik door mijn werk veel contact met mensen die in dezelfde situatie verkeren als ik toen. Ik ben in ieder geval erg trots als ik de lezing zie, en waar ik nu sta. EN IK BEN ER NOG NIET!!! Ik ga de opleiding tot ervaringsdeskundig begeleider volgen. De Forensische wereld is nog niet van mij af, wij gaan daar vanuit onze eigen ervaring nog veel goede dingen brengen, let op! ”

Ervaringsdeskundige
GGZ-Eindhoven

Wat is ervaringsdeskundigheid?

Ervaringsdeskundigheid is een bron van kennis, die berust op ervaring, het proces van herstel en uitwisseling van het eigen verhaal met andere verhalen. De worsteling met je klachten, je psychische aandoening, tegenwerkingen en twijfels over je keuzes zijn hier onderdeel van. Ook je eigen veerkracht, je eigen creatieve oplossingen en aanpassingen, de passende steun van anderen, je nieuwe identiteit en nieuwe ervaringen zijn bron van ervaringsdeskundigheid. Ervaringsdeskundigheid is daarom niet iets wat je persé met een opleiding leert. Het is het vermogen om de kennis die je ontleent aan al die ervaringen ergens toe te passen en in te zetten.

Wat is een ervaringsdeskundige?

Een ervaringsdeskundige is iemand die mede door eigen ervaring weet waar hij het over heeft. Hij heeft zijn eigen ervaringen doorleefd en kent zijn eigen verhaal. Hij kan reflecteren op zijn eigen verhaal, vanuit herstel, vanuit bruikbare kennis en vanuit solidariteit. Daarnaast heeft hij kennis opgebouwd door met mensen in soortgelijke posities informatie uit te wisselen. Hij zijn ervaringen expliciet in ter ondersteuning van herstelprocessen bij anderen of ter ondersteuning van de verbetering van de positie van mensen met psychische problemen. Het ervaringsverhaal één van de handvatten waarmee de ervaringsdeskundige zich onderscheidt van reguliere hulpverleners.

“Beste mensen,

Voor de afdeling Sociale Zekerheid, voor ons, was 2008 in het werk een bijzonder jaar, omdat we de smaak van de beste sociale dienst van Nederland mochten proeven. Een reden te meer om blij te zijn is, dat ook de resultaten van ons klanttevredenheidsonderzoek positief zijn. We zijn daarmee een succesvolle Sociale Dienst met gelukkig ook tevreden klanten.

Wel wil ik graag, zo aan het begin van 2009, nog eens stil staan bij de essentie van ons werk.

Toen ik 6 jaar geleden bij SZ kwam en nadenk over de essentie van het werk, bedacht ik dat de klant het best geholpen is met rijke medewerkers. Niet medewerkers met veel inkomen - maar medewerkers met innerlijke rijkdom. Rijk aan zelfkennis en inzicht. Aanspreekbaar op alle lagen van de persoonlijkheid. Verstand, emotie, gevoel, hart en ziel. Betrokken en vaardig. Hoe rijker de medewerker des te meer hij/zij kan betekenen voor de klant.

Nu heb ik mij - om door te dringen tot de essentie van ons werk - de vraag gesteld, waartoe is de Sociale Zekerheid - waartoe zijn wij - eigenlijk op aarde? Als Sociale Zekerheid zijn wij op aarde om burgers aan de onderkant van de samenleving te ondersteunen. Burgers die niet zelfstandig in hun inkomen kunnen voorzien en/of begeleiding nodig hebben in de toeleiding naar zorg, activering en werk.

En die ondersteuning richten wij op hun zelfredzaamheid en op hun 'meedoen' in de samenleving.

De weg die wij daarbij bewandelen is die van inkomens-ondersteuning (uitkeringen en minimaregelingen), re-integratie (toeleiding naar zorg, activering en werk) en handhaving (zorgdragen voor rechtmatigheid).

Waarden die daarbij voor ons belangrijk zijn, zijn bijvoorbeeld: dat het recht moet overhehlen naar de kant van de zwakste (Erasmus); het toepassen van maatwerk, omdat er niets zo ongelijk is, als de gelijke behandeling van ongelijken (Galjaard); dat het doel leidend is

en niet de regels; duidelijk zijn als er geen recht is en dit handhaven.

Vaardigheden die van ons worden gevraagd, zijn onder meer: het kunnen nemen en dragen van verantwoordelijkheid, het kunnen schenken van aandacht, het kunnen omgaan met lastige omstandigheden (moeilijke klanten), het zorgvuldig kunnen zijn en het leren van onze ervaringen.

Maar wat voor gedrag is daar nu eigenlijk voor nodig? Volgens mij is dat het gedrag dat leidt tot ontmoeting. En daar bedoel ik mee, het gedrag dat er toe leidt, dat we echt contact maken met onze cliënt. Contact maken met die ander. Want dat is voorwaarde voor echte ondersteuning. Ondersteuning die vruchten afwerpt.

Voor het ontmoeten van de ander is het nodig dat we niet voortdurend met onszelf in gesprek zijn en onszelf laten afleiden door onze vaak eindeloze stroom van gedachten en hersenspinsels.

Om de ander te ontmoeten is het ook nodig dat we in het hier en nu zijn. Niet in het verleden of in de toekomst, maar in het heden. In het heden is de afspraak met het leven. Als we vol willen leven, als we echt iemand willen ontmoeten, dan moeten we op tijd zijn.

De belangrijkste mens is die mens die in het hier en nu tegenover je staat.

En tenslotte staat ontmoeten voor niet teveel moeten. Maar voor het ook kunnen openstaan, voor wat het moment met die ander ons biedt. Ons te laten verrassen door het onverwachte, de verwondering van de ontmoeting. Kortom ontmoeting is de essentie van ons werk. In de echte ontmoeting met de ander is het volle leven. De verwondering. En voor die ontmoeting met die ander en het volle leven moeten we in contact zijn met- en ons verwonderen over- onze eigen innerlijke rijkdom. Ik wens jullie in 2009 veel verwondering en innerlijke rijkdom toe! ”

Eddy Karrenbelt,
hoofd Sociale Zekerheid in Amersfoort
Nieuwjaarstoespraak 2009

8. STREEFBEELDEN VOOR ORGANISATES

Het leveren van zorgkwaliteit begint bij zorgverleners met de wens om zelf te willen sturen op de kwaliteit van zorg. Het vormgeven van zorg vanuit een eigen visie en intrinsieke motivatie is de essentie voor een zorgprofessional. Daarmee wordt het mogelijk om de eigen visie te toetsen aan datgene waar het uiteindelijk om moet gaan, namelijk de wensen van de zorgvragers.

STREEFBEELD: GEDREVEN PROFESSIONALS

In het Nederland van de toekomst, komen kwaliteitseisen voor professionals niet meer van buiten, maar van binnen. Door van binnen naar buiten te denken schept een zorgverlener vanzelf een kader en is het vaak mogelijk om te sturen op kwaliteit door kleine stapsgewijze veranderingen aan te brengen. De professionele zorgverleners van de toekomst zijn experts op hun eigen terrein: hun opleiding, kennis en ervaring en voortdurende verdieping maken hun oordeel over klachten en behandelingen superieur aan die van de leek, bijvoorbeeld de cliënt. Ze werken binnen gemeenschappen van vakgenoten die elkaar scherp houden. Ze zijn door en door dienstbaar aan de gezondheid en het welzijn van mensen. Maar ze erkennen ook dat de cliënten beter weten hoe hun nood voelt. Daarom luisteren ze goed en erkennen ze de superioriteit van de cliënt op dit punt. Ze zijn met hen gelijkwaardig, maar niet gelijk. Door de grote maatschappelijke belangen en publieke gelden zullen er nog steeds externe verantwoordings-eisen zijn. Maar deze zullen in het primaire zorgproces ingepast worden, en niet meer andersom.

Door een eigen visie krijgen professionele zorgverleners ook weer zicht op de zorgvragers, het eigen beroep, de eigen organisatie en het zorgbeleid, herwinnen of behouden ze hun inspiratie en kunnen ze invloeden vanuit de bureaucratische schil beter weerstaan. Ze bieden meer tegenspel en dialoog aan hun omgeving.

Deze zorgprofessionals werken voortdurend aan hun eigen ontwikkeling en professionele vaardigheden. Ze staan open voor ontmoetingen, zoeken nieuwe ervaringen en denken daarover zelf en met elkaar na.

Ze hebben ruimte om naar eigen inzicht beslissingen te nemen en te handelen en die kan hen dankzij voortdurende professionele ontwikkeling ook worden toevertrouwd. Richtlijnen zijn voor hen heel bruikbaar als advies, niet als keurslijf. Zorgvakmensen hebben en nemen de vrijheid om ervan af te wijken. Zo zullen ze bijvoorbeeld veel tijd besteden aan iemand, die zij daarmee echt menen te kunnen helpen. Ze behandelen niet iedereen precies hetzelfde, maar doen juist de uniekheid van ieder individu recht.*

beroepseer

Hoe kunnen we de trots en daarmee de kwaliteit in ons werk terugkrijgen? Dat is de centrale vraag die de Stichting BeroepsEer op de maatschappelijke en politieke agenda wil krijgen, ook voor de zorg. Het initiatief is mede geïnspireerd door het boek *BeroepsZeer*, waarom Nederland niet goed werkt (juni 2005, uitgeverij Boom). Professionals vinden dat zij te weinig waardering krijgen en lopen vast in logge regels en structuren. Willen we al die onnodige belemmeringen wegwerken, dan zullen we dat zelf moeten doen. Ga het gesprek aan, over wat noodzakelijk is om je werk naar eer en geweten te kunnen doen.

De stichting Beroepseer wil hier concreet aan bijdragen door zich te profileren als een onafhankelijke, ongebonden netwerkbeweging, die bestaat uit Denkers, Bedenkers en Bemiddelaars. De stichting draagt hieraan bij door een veelheid aan activiteiten, zoals empowerment via begeleiding en coaching, bemiddeling, communicatie en publicaties en via het organiseren van netwerken en bijeenkomsten.

thuis met dementie

In dit experiment van Zorggroep Almere wordt de zorg voor dementerenden geheel anders georganiseerd. In plaats van gefragmenteerde zorg, wordt er gewerkt aan het organiseren van transmurale ketenzorg waarbij de zorgvrager en zijn naasten niet alleen worden behandeld, maar ook geadviseerd en begeleid. Er is behoefte aan hulpverleners die voorbij hun eigen functieomschrijving kijken en de patiënt als compleet mens benaderen. Hierbij past niet alleen het leveren van zorg, maar ook het begeleiden in de chaos van de zorgwereld, het geven van tips en het bieden van steun in moeilijke situaties. Bij Thuis Met Dementie wordt dit de patiënt geboden vanuit een gespecialiseerd steunpunt.

Na vroegsignalering van dementie wordt de begeleiding opgepakt door geriatrische wijkgerichte expertiseteams. In een vroeg stadium is de begeleiding vooral gericht op de diagnostiek en later op het gebruik van technische en persoonlijke ondersteuning, het de patiënt zo comfortabel mogelijk maken en helpen bij maken van contact met lotgenoten.

Om ketenzorg te realiseren wordt er periodiek overleg georganiseerd waarbij zowel eerste lijns als tweede lijns professionals aanwezig zijn.

pad: werken met gedeelde waarden

Zorgvakmensen werken aan kwaliteit van zorg, waarbij vakmanschap, zorgzaamheid en zorgvuldigheid kernwaarden zijn. Ze willen steeds beter worden in hun vak en in het afstemmen op hun cliënten. Ze besteden speciale zorg aan kwetsbare en moeilijke cliënten. Ze streven naar maximale kwaliteit tegen beperkte kosten. Ze werken actief aan verantwoording, vooral tegenover burgers, cliënten en collega's. Ze zorgen voor een goede verhouding tussen werk en registratie en toetsen de extra tijd op zinvolheid.

pad: werkelijke dialoog vanuit presentie

Zorgprofessionals nemen en krijgen de ruimte om zorgvragers werkelijk te ontmoeten en te leren kennen als compleet mens. Daarvoor nemen en krijgen ze de tijd en ontwikkelen ze de vaardigheden. Ze zijn werkelijk aanwezig in het contact en ze durven met hun inleving dichtbij mensen in nood te staan. Hun interventie komt voort uit presentie. Ze communiceren eerlijk en duidelijk met zorgvragers en hun dierbaren; ze geven en vragen om terugkoppeling op wat ze zeggen, doen en laten.

pad: leren en opleiden

Zorgprofessionals zijn voortdurend bezig om hun vak verder te ontwikkelen. In het werk zelf door cliëntbesprekingen en leerbijeenkomsten, waarin ze reflecteren op wat ze doen en hoe ze het doen. Daardoor kunnen ze ook nieuwe vaardigheden, instrumenten en diensten ontwikkelen. Naast hun professionele vaardigheden krijgen ze ook de ruimte voor persoonlijke ontwikkeling tot ervaringsrijke mensen. Hun persoonlijkheid is tenslotte het belangrijkste wat ze in kunnen zetten. Gezamenlijk hebben ze oog en zorg voor de draaglast en draagkracht van elkaar in hun soms zware schaduwwerk. Ook in hun voorbereidende opleiding en verdere (bij) scholing is veel aandacht voor communicatieve- en inlevingsvaardigheden, en dat zet zich in hun verdere werk voort.

pad: zelfsturende teams

Zelfsturende teams hebben een omvang georganiseerd op de menselijke maat, met mogelijkheden om in

personen en werkzaamheden te variëren, zodat ze kunnen zoeken naar de menselijke klik. In de teams steunen ze elkaar, geven ieder de ruimte voor specifieke kwaliteiten en leren van elkaar door terugkoppelingen en reacties, door intervisie en maatjes. Ze springen collegiaal bij als een collega het moeilijk heeft en geven met elkaar het beste om hun zorgvragers zo goed mogelijk te helpen. De nieuwe gezondheidsonderneming legt de bevoegdheden dus laag in de organisatie en geeft de zorgteams en zorgprofessionals heldere kaders en instrumenten.

De organisatie – hoe klein of groot ook - is naar menselijke maat vormgegeven, zodat mensen elkaar kennen en bij elkaar langs kunnen gaan als er wat is. Vanuit het besef dat personen voor de zorgkwaliteit vaak belangrijker zijn dan technieken en methoden.

pad: nieuw management op kwaliteit

Het management van een dergelijke gezondheidsonderneming heeft een belangrijke rol in kwaliteitssturing met een drietal aandachtspunten: het uitdragen van een organisatiebrede zorgvisie en strategie; een organisatie- en besturingsmodel dat de verantwoordelijkheden binnen de organisatie duidelijk maakt; het kiezen van een toegankelijke en laagdrempelige methode van (resultaat)sturing; en het bepalen van een minimumdefinitie van kwaliteit waar de hele organisatie en dus ook ieder zorgteam en iedere zorgprofessional aan dient te voldoen.

van harnas naar zomerjurk

In dit experiment van de Van Neynselgroep krijgen de professionals de ruimte om daadwerkelijk aan te sluiten bij de behoeften van de cliënten. Medewerkers verruilen een klemmend 'harnas' van strenge protocollen en rigide regeltjes voor een soepel vallende 'zomerjurk' van professionaliteit, verantwoordelijkheid en aanpassingsvermogen die met de cliënt en zichzelf 'meebeweegt'.

Door middel van de ontwikkeling van een nieuw praktijkmodel voor de langdurende zorg gebaseerd op de interactie tussen professional en cliënt gaat men op zoek naar de ideale invulling van de zorg in de toekomst. Hierbij gaan de doelen arbeidsvreugde bij de professional en kwaliteit voor de cliënt hand in hand. Dit maakt het vak van zorgprofessional aantrekkelijk om te blijven uit oefenen of te gaan doen.

De kern van die zorg is het bieden van verantwoorde zorg die de kwaliteit van leven ondersteunt. Het praktijkmodel dat hiertoe wordt ontwikkeld, beschrijft op welke wijze en onder welke voorwaarden de talenten van medewerkers kunnen worden ontwikkeld en benut. Maar ook hoe de regelruimte kan worden vergroot.



Bij veel gezondheidsondernemingen is de mens als persoon buiten beeld geraakt, dat geldt zowel voor de cliënten als de medewerkers. Slechts zelden komen de drie werelden van zorgvrager, zorg-medewerker en manager werkelijk bij elkaar. De zorgaanbieder van de toekomst moet én die interne werelden bij elkaar brengen én die interne wereld verbinden met de buitenwereld.

STREEFBEELD: MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSONDERNEMINGEN

De moderne gezondheidsonderneming van de toekomst heeft een levende visie op zorgkwaliteit. Die komt voort uit het hart van het zorgvak en is daarmee eigen aan de zorgverleners, en aan hun identiteit en integriteit. Er is een voortdurende wisselwerking tussen de collectieve visie van de organisatie en de eigen visie van de medewerkers. Deze levende en zich ontwikkelende zorgvisie helpt iedereen in de organisatie, van hoog tot laag, om externe ontwikkelingen te filteren en de juiste dingen te doen. De nieuwe gezondheidsonderneming stelt de relatie met haar cliënten centraal in de organisatie en maakt al het andere daaraan dienstbaar of schaft het af. Zorgkwaliteit komt tot stand door de professionaliteit van de zorgverleners. De drijfveren, bezieling, persoonlijke doelen en competenties van deze vakmensen vormen samen de persoonlijke visie van de zorgverlener. Deze professionele visie leidt tot een professionele houding en tot verdere competentie ontwikkeling en concreet gedrag. En dat resulteert uiteindelijk in zorgkwaliteit.

pad: centrale figuren en warme overdrachten

De rol van professionals kunnen we het beste modelleren naar die van de huisarts, wijkverpleegster, wijkagent of wijkmanager. Goed opgeleide brede professionals, die de centrale contactpersoon zijn voor de burger/cliënt en die zo veel mogelijk zelf helpen en afhandelen. Die alleen tijdelijk doorverwijzen als er iets heel specialistisch nodig is dat zij zelf niet afkunnen. Daarna komen de burgers weer bij hen terug: zij zijn en blijven de centrale figuren. Doorverwijzen gebeurt niet onpersoonlijk van het kastje naar de muur maar via een “warme overdracht”; professionals sturen de burger niet het woud van instanties in, maar naar een bepaalde persoon of instelling- en zo mogelijk laten ze dat ook nog even persoonlijk weten. En zo nodig gaan ze zelf mee. Ze laten pas los als een ander het daadwerkelijk heeft overgenomen.

pad: samenwerken tussen disciplines

Een goede samenwerking met andere disciplines verloopt niet vanzelf. Dat heeft een veelvoud van redenen: andere perspectieven, belangen, waarden, taken, verantwoordelijkheden, taal en codes, etc. Toch is het van levensbelang voor de ongedeelde zorgvrager dat alle zorg goed is afgestemd. Er is niet een wondermiddel voor multi- of transdisciplinaire zorg. Het is iets dat voortdurende aandacht vraagt en voortdurend moet worden waargemaakt. Het staat met de intentie over en weer om werkelijk te willen samenwerken, vanuit het besef dat iedere bijdrage waardevol is. En dat geldt zeker voor disciplines die elkaar nauw raken, zoals tussen artsen en verpleegkundigen. Hier zijn werelden te winnen, onder andere via de zorgmanagementbenadering. Samenwerking met andere organisaties ook van onderop aangaan, leidt vaak ook tot innovaties.

pad: dienstverleners in netwerken

Netwerken van verschillende typen dienstverleners zijn beter in staat tot het scheppen van menselijke en maatschappelijke waarde. Zij slagen erin om de ongedeelde mens op verschillende levensdomeinen te bedienen, zodat zorg niet langer in isolement en gefragmenteerd wordt aangeboden

pad: leiden, ondernemen en innoveren

Het leiden van maatschappelijke ondernemingen zal door breed ontwikkelde mensen gaan gebeuren, vooral ook meer door vrouwen, die in verschillende levensdomeinen thuis zijn. Zij zullen gaan ondernemen door richting en ruimte te geven aan hun vakmedewerkers en hen stimuleren om voortdurend te vernieuwen in cocreatie met de uiteindelijke doelgroepen onder de zorgvragers.

Wijs in de wijk

In Nijmegen hebben vijftien wonen-, welzijns- en zorgaanbieders zich verbonden in Stichting MAAT. Gezamenlijk werken zij aan een houdbare zorg door de voorzieningen die er zijn beter te benutten.

In het experiment Wijs in de Wijk versterkt Maat het steunsysteem in de wijk door middel van technische toepassingen. Via een zorgcentrale komen bewoners bij een centraal coördinatiepunt van waaruit alle vragen naar de juiste dienst- of hulpverlener worden doorverbonden. Via een interactieve website hebben wijkbewoners toegang tot informatie over de wijk zelf en over verschillende aandoeeningen; daarnaast is de site een platform waar de wijkbewoners contact met elkaar kunnen leggen, bijvoorbeeld tijdens een digitaal koffie uurtje, en elkaar kunnen ondersteunen.

De technische toepassingen zorgen voor een veilig gevoel bij de wijkbewoners en maken het mogelijk dat zij langer zelfstandig thuis blijven door de ondersteuning die hen wordt geboden op afstand. Daarnaast worden de sociale contacten in de wijk versterkt en kan sociaal isolement worden tegengegaan.

zorgketen dementie

De mens zou in de zorg ook als mens moeten worden benaderd. In het experiment Zorgketen Dementie wordt de hulpverlening zo ingericht dat dit ook daadwerkelijk mogelijk wordt. Vanaf de eerste tekenen van dementie worden de mensen benaderd door een zorgtrajectbegeleider. Deze begeleiders vormen vanaf dat moment tot na de dood van de dementerende een steunpunt en aanspreekpunt voor zowel de patiënt als zijn naasten. De zorgtrajectbegeleider coördineert tevens het zorgproces, zodat de patiënt zelf continue zorg ontvangt. De dementerende wordt niet gezien als patiënt, maar als mens die door omstandigheden ondersteuning van buiten nodig heeft. Deze ondersteuning bestaat daardoor niet uit gefragmenteerde 'stukjes' hulp waarbij de patiënt dienstbaar lijkt aan het systeem, maar uit een geheel pakket van diensten, die samen de situatie van de patiënt proberen te verbeteren.



vroeg, voortdurend en integraal

Als in een gezin een kind met een handicap of een chronische ziekte wordt geboren kan dit grote consequenties hebben voor de ouders. Zij moeten hun leven opnieuw vorm en inhoud geven en zullen, afhankelijk van de aard en de ernst van de handicap op veel levensgebieden obstakels en moeilijkheden tegenkomen. Dit experiment richt zich op ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning van deze kinderen met beperkingen en hun ouders. Elf regionale netwerken van ketenzorg rond integrale vroeghulp experimenteren met de inrichting van deze zorgketens. Zij bundelen hun expertise door samen te werken en door kennis en ervaring met elkaar uit te wisselen en samen hiervan te leren. Hiermee combineert het experiment op een innovatieve manier grootschaligheid met individuele behoefte gestuurde zorg die disciplines bij elkaar brengt en letterlijk grensoverschrijdend is



“ Bij het zoeken naar nieuwe vormen van bestuur en toezicht, niet alleen in de bankensector, maar ook in de zorg dringt zich een fundamentele vraag op: Van wie zijn zorginstellingen eigenlijk?

Vanuit de geschiedenis zijn het veelal instellingen die hun ontstaan te danken hebben aan religieuze ordes, liefdadigheid of initiatief van een gemeente of provincie. Het belangrijkste statutaire doel was en is om goede zorg te leveren aan de bevolking.

In de loop van de tijd zijn de zorginstellingen omgevormd tot stichtingen met een bestuur en een Raad van Toezicht. Door de vele fusies en toenemende oriëntatie op marktwerking is er een serieus risico dat bestuurders en toezichthouders zich minder bewust zijn geworden van de vraag: Voor wie doen we het ook alweer?

Diverse bestuurders zijn bezig hun stichting om te vormen tot een BV. Via cliëntenraden wordt wel vaak gepraat met klanten, maar er wordt formeel geen verantwoording aan hen afgelegd. Toch zien burgers en cliënten/patiënten zorginstellingen vaak als iets wat hen toebehoort. Dat blijkt vooral uit de heftige emoties als een zorginstelling dreigt te verdwijnen.

Mogelijk is het coöperatiemodel van de Rabobank ook voor de zorg bruikbaar om dit eigenaarschapsgevoel vorm te geven. De Rabobank werkt al meer dan 100 jaar als een klantencoöperatie. Sinds het ontstaan van de bank leggen bestuurders en toezichthouders verantwoording af aan hun klanten. De bank is een middel om een doel te bereiken voor de klant (het leveren van klantwaarde) en geen doel op zich.

Het woord winst komt in de statuten niet voor. De winst, die wel degelijk wordt gemaakt, wordt niet uitgekeerd aan aandeelhouders maar dient ter vermogensversterking en ter uitkering van coöperatief dividend en komt uiteindelijk weer ten goede aan de klant.

De governance is op deze wijze op lokaal niveau verankerd en gewaarborgd. Veel klanten beschouwen de lokale Rabobank als ‘mijn bank’. En dat gevoel koesteren wij. ”

Michel van Schaik
Directeur Gezondheidszorg Rabobank Nederland



de ZorgZaak: centra voor flexibele zorg en arbeid

Sinds 1993 is de ZorgZaak actief op het gebied van thuiszorgverlening in de regio Drenthe en Noord-Overijssel. Er wordt volgens het principe van vraag en aanbod heel direct en in samenwerking met de client gezocht naar de best passende oplossing van de zorgbehoefte. Dit lijkt wellicht vanzelfsprekend, maar de praktijk wijst helaas vaak anders uit. Regelmatig worden cliënten overspoeld met tegenstrijdige informatie van diverse hulpinstanties. Het belang van de cliënt wordt hierbij vaak uit het oog verloren. De ZorgZaak probeert dit op te lossen door uit te gaan van het basisprincipe: mensen met een hulpvraag krijgen een hulpantwoord. Als dit antwoord binnen onze eigen diensten valt zullen we deze aanbieden maar als dit niet het geval is, ondersteunen wij actief bij het vinden van de juiste oplossing.

Naast haar activiteiten op gebied van thuiszorg, uitleen en verkoop van zorghulp- artikelen doet de ZorgZaak in het kader van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg onderzoek naar concept 'Centrum voor Flexibele Zorg & Arbeid'. Centraal in dit concept staat de cliënt/burger die een bepaalde behoefte heeft. Deze behoefte richt zich op de vraag naar (zorg)hulp of het aanbod van (zorg)hulp of arbeid. Naast het koppelen van een zorgbehoefte aan een zorgaanbod, heeft het centrum derhalve ook de doelstelling een bijdrage te leveren aan de activering van een tot op heden onbereikte groepen potentiële arbeidskrachten in de zorg, zoals ouderen, werklozen en uitkeringsgerechtigden. Het 'Centrum voor Flexibele Zorg & Arbeid' fungeert hierbij als 'zorgadvocaat' en staat voor haar klanten, zorgaanbieders én zorgvragers tot een oplossing is gevonden.

De oplossingen zijn in iedere situatie anders zijn, maar komen in feite neer op:

- het begeleiden van (zorg)hulpvragers naar professionele (zorg)instellingen;
- het samenbrengen van (zorg) hulpvragers en (zorg) hulpaanbieders (bijvoorbeeld vrijwilligers);
- het begeleiden van (zorg)hulpaanbieders naar een arbeidsrelatie bij een professionele (zorg) instelling.

De 'Centra voor Flexibele Zorg & Arbeid' presenteren zich als een winkelformule. Mensen kunnen binnenlopen voor de losse verkoop van zorggerelateerde producten zoals gadgets, kleine hulpmiddelen, speciale wenskaarten,

boeken & tijdschriften. Daarnaast worden voorzieningen geboden als een koffiehoeke, een Internet-informatiezuil en een folderrek over de meest voorkomende ziektebeelden. De winkelformule maakt dat mensen eerder geneigd zijn naar binnen te lopen en over hun vragen en problemen te praten. Ook zullen er mensen in ons blikveld verschijnen die niet direct zelf iets met de zorg hebben, maar gewoon komen 'snuffelen' in het cadeau- en boekenassortiment. Hierdoor wordt een grote en brede doelgroep bereikt. Dit in tegenstelling tot bestaande thuiszorgwinkels waar men zeer gericht naartoe komt voor een hulpmiddel.

een unieke werkwijze

netwerkend: De Centra spelen een duidelijke rol in het creëren van aanbod van zorg. Dit door vrijwilligers in contact te brengen met hulpvragers en personen te ondersteunen naar betaalde arbeid in de sector. Ook nieuwe relaties met zowel lokale inwoners als met het MKB die de Centra door een actieve benadering creëren, spelen een rol in de bevordering van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zwakkere medeburgers.

zorgadvocaat: De Centra fungeren als 'advocaat van de hulpvraag'. De cliënten kunnen van het Centrum een oplossing/antwoord op de individuele hulpvraag eisen op basis van de expertise en de status van de Centra. Hierbij nemen de Centra een onafhankelijke en kritische positie in ten opzichte van de (zorg) instellingen in de regio om voor hun cliënten tot een passende oplossing te komen. De machtsposities van de instellingen verschuift hiermee naar de cliënt. Dit sluit aan bij de denkbeelden voor het toekomstige beleid rondom een persoonsvolgend budget.

vraaggestuurd: Er wordt uitgegaan van de belevingswereld en de behoeften van de cliënt en burgers. Bijvoorbeeld het regelen van mantelzorgondersteuning bij ziekte van mantelzorger (crisis). Er wordt georganiseerd vanuit de zorgvraag en de belevingswereld van de cliënt. Als er een vraag gesteld wordt door een cliënt wordt er binnen én buiten het eigen zorgdomein gehandeld. Empowerment voor de cliënt, de cliënt(vraag) is leidend. De cliënt wordt hiermee een klant die de verantwoordelijkheid draagt.

9. STREEFBEELDEN VOOR DE SAMENLEVING

Een belangrijke les uit het verleden is dat veel gezondheidswinst werd geboekt buiten de zorg in andere domeinen als hygiëne, riolering, waterleiding en voeding. Ook tegenwoordig nog wordt gezondheid en welzijn maar voor een klein deel geproduceerd door de institutionele curatieve zorg; aan de rest wordt bijgedragen door andere factoren en sectoren als primaire preventie, sociaal beleid, ruimtelijke ordening, huisvesting, onderwijs en milieu bescherming. Er kan nu opnieuw een grote sprong in kwaliteit van leven worden gemaakt, wanneer artsen en andere gezondheidsdeskundigen zich opnieuw gaan richten op de andere sectoren en zich nadrukkelijker gaan bezighouden met hoe de mens zich persoonlijk ontwikkelt en hoe hij zich verhoudt tot zijn sociale en fysieke leefomgeving.

STREEFBEELD: ZORGZAME SAMENLEVING

In de zorgzame samenleving van de toekomst nemen vele sectoren en organisaties een eigen verantwoordelijkheid om te zorgen voor gezonde mensen en een schone omgeving. Op hun specifieke domein spelen alle sectoren, samen met gezondheidsdeskundigen, een zeer belangrijke rol in het bevorderen van gezondheid en zodoende in het voorkomen van of omgaan met ziekten en handicaps. Sectoren en organisaties maken hier werk van, vanuit een visie op maatschappelijk verantwoord ondernemen en vanuit de zorgplicht die ze naar klanten, medewerkers en anderen voelen.

Artsen en andere zorgverleners zetten daarvoor hun eigen expertise samen met andere sectoren, organisaties en personen in. Ze werken daarbij zo veel mogelijk preventief en omgevingsgericht. Hierdoor gaat de zorg nauwer en in nieuwe vormen met andere sectoren samenwerken (zoals al gebeurt bij huisvesting en zorg) en tevens leert de zorg vanuit deze correlatie om relevante expertise van andere sectoren toe te passen. Vanuit hun expertise agenderen artsen en andere zorgverleners overal het belang van omgevingsgericht gezondheidsbeleid. Ze zetten hun deskundigheid in bij het uitvoeren van gezondheidsbevorderende maatregelen met en door andere sectoren en ze zetten hun geloofwaardigheid in om preventieve maatregelen te bevorderen.

thuis wonen dankzij seniorenbox

Veel senioren willen zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde huis en buurt blijven wonen. Ze hebben goede contacten met de burens en in het huis liggen veel herinneringen. Een oplossing is de Seniorenbox, die het probleem van traplopen voorkomt.

De Seniorenbox van Oost Flevoland Woondiensten is een kant en klare, losse woonunit die in de tuin geplaatst wordt en met een verbindings-sluisje verbonden is aan de woning. De unit heeft een slaapkamer, badkamer inclusief toilet, verwarming en op aanvraag ook koeling. Het formaat zal circa 3 x 6 meter zijn, met een uitloop naar maximaal 9 meter. Het kan snel en flexibel worden ingezet, is relatief goedkoop en kan ook voor andere doelgroepen worden ingezet zoals voor gezinnen met een kind met een lichamelijke handicap. En als de Seniorenbox niet meer nodig is, wordt hij eenvoudig weggehaald om ingezet te worden voor een nieuwe gebruiker. Niet de mensen hoeven te verhuizen, maar de box verhuist.

gezond in het werk

In een innovatietraject Gezondheidsmanagement wordt voor een periode van drie jaar actie gericht onderzoek ingezet. Een aantal organisaties gaat na waar de barrières en mogelijkheden voor gezondheidsbeleid liggen. Het project streeft naar een integrale aanpak voor gezondheid, waarbij naast zorg en preventie gericht op het individu, er ook aandacht is voor mentaal en sociaal kapitaal. Bijvoorbeeld door gezondheid uitdrukkelijk te koppelen aan management processen en opleiding- en ontwikkelingspaden. Door gezondheid breder op te vatten dan enkel het terrein van medische professionals, heeft de medewerker zelf een belangrijk stuk van de regie over gezondheid. Gezondheid faciliteren in een veel bredere context resulteert in een medewerker die meer dan ooit in staat is om zelf richting te geven aan een succesvolle en plezierige loopbaan. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Wageningen Universiteit samen met bureau BaartRaaijmakers.

pad: ruimtelijke ordening voor mensen

In de ruimtelijke ordening krijgt de menselijke maat en beleving weer een centrale plek. Zodat mensen zich gezond, veilig en prettig voelen in de omgeving waarin ze wonen, werken, recreëren en zich verplaatsen. Op lokaal niveau honoreren planologen en ontwikkelaars gezondheid als centrale waarden bij het ontwerp en de inrichting van wijken. Die zijn maatschappelijk inclusief (en bieden dus ook onderdak aan mensen met handicaps en gebreken) en levensloopbestendig, zodat mensen zich er zo lang mogelijk thuis kunnen voelen. Wonen, welzijn en zorg worden in samenhang beschouwd, zoals al gebeurt bij de zogenaamde woonservice zones.

pad: gezondmakende gebouwen

Gebouwen zijn een belangrijke factor voor het gezond houden of genezen van mensen. Dat geldt voor de diverse woonvormen waarin mensen op zichzelf wonen, maar helemaal voor zorginstellingen die vaak stressvol zijn voor onzekere patiënten, bezorgde bezoekers en gehaaste medewerkers. Een gezond makende leefomgeving – een zogenoemde “healing environment” – is schoon, veilig, stress-arm, comfortabel en groen.

Er is al veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de gezondheidseffecten van gezondmakende gebouwen; die bewezen inzichten worden nu in de bouwpraktijk toegepast met positieve effecten voor bewoners, verzorgers en bezoekers.

pad: natuur als vitamine groen

Er is inmiddels veel bewijs - ook gemeten op fysiologisch niveau - voor diverse gezondheidsbevorderende functies van de natuur. Zo wordt de natuur gezien als bron voor rust en ontspanning: alleen al het kijken naar de natuur als uitzicht of als planten in een kamer bevordert het herstel van stress! Maar de natuur is ook bron voor lichamelijke en geestelijke weerbaarheid, waarmee bijvoorbeeld jongeren zelfvertrouwen en zelfkennis kunnen ontwikkelen. Daarmee heeft de natuur een belangrijke rol voor het uitrusten, leren en groeien van mensen. Gezondheid kan daarom als een belangrijk argument gebruikt om natuurwaarden

te behouden en een scala aan natuur(belevings) activiteiten wordt naar uiteenlopende groepen mensen ingezet voor gezondheidsbevordering.

pad: gezonde levensloopbanen

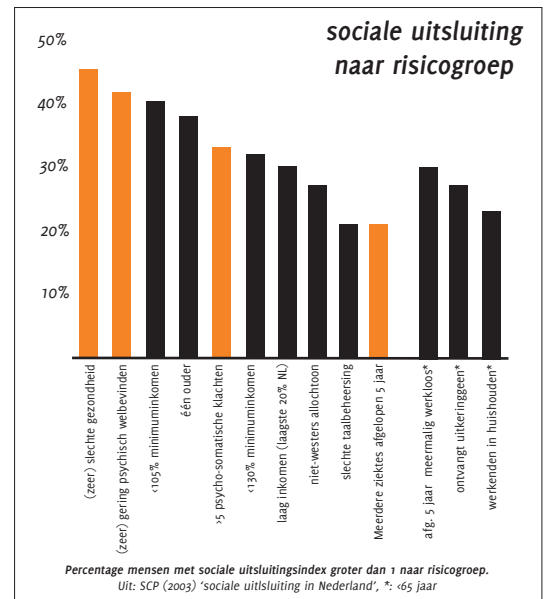
Bedrijven hebben te maken met aankomende krapte op de arbeidsmarkt, reorganisaties, fusies, andere manieren van werken, flexibilisering, globalisering, aangescherpte sociale zekerheid en langer doorwerken. Dat vraagt om een bredere manier van kijken naar werk en gezondheid; en naar gezond ondernemen. Arbeidsomstandigheden bepalen in hoge mate het welbevinden van medewerkers. Daarom is gezondheid een vast onderdeel van het personeelsbeleid van organisaties. Managers en ARBO-medewerkers (artsen en adviseurs) waken over gezondheidsrisico's, waarvan stress en RSI belangrijke voorbeelden zijn in kantoren. Daarnaast kijken ze naar (binnen)klimaatomstandigheden, veiligheid en inrichting van werkplekken, maar ook naar de organisatiecultuur en uiteraard naar de gezondheid en levensstijl van de medewerkers zelf. Daarmee kunnen individuele medewerkers en organisaties gerichte maatregelen nemen gericht op de totale gezondheid van de mensen en de organisatie (workplace health management).

pad: sociale zekerheid als springplank

Bij sociaal kwetsbare groepen (laag inkomen en opleiding) kan uitval in het werk het begin zijn van chronische werkloosheid. Deze mensen belanden in een negatieve spiraal van gezondheidsklachten, afnemende sociale participatie en sociale problemen. Veel problemen bij deze groepen worden gemedicaliseerd en als ze jonger zijn criminaliseren ze. Voor de hulp aan deze chronisch werkelozen, jongeren met meervoudige problemen en aan vele bewoners van krachtwijken stappen artsen en andere gezondheidsdeskundigen af van de zogenaamde somatische fixatie: zij gaan zich nadrukkelijk ook richten op de sociale context van de patiënten en bijdragen aan een bredere sociaal economische aanpak, waarin gezondheidszorg is ingebed in onder andere huisvesting, welzijn en onderwijs.

levensloopbaanplan

Om medewerkers werk te geven dat goed aansluit bij hun kwaliteiten en persoonlijke ontwikkeling. Met een persoonlijk levensloopbaan plan stemt een medewerker zijn ambities en mogelijkheden in diverse levensfasen goed op elkaar af, ook wat betreft werk en leven balans.



laatste kans woningen

Oost Flevoland Woondiensten (OFW) wil een sluitende vangnetketen bieden voor het souterrain van de woningmarkt. Deze woningbouwcorporatie wil ook mensen met psychische, financiële, verslavings- en andere problemen (psychische, sociale en financiële) passend onderdak bieden, ook waar dat bij mensen met bijv. een anti-sociale persoonlijkheid normaal niet lukt. In dit soort gevallen gaat de corporatie samen alle hulpverlenende instanties bij elkaar zitten. Dit multidisciplinaire team bespreekt situaties van vervuiling, ontruiming, huiselijk geweld of kinderen die in een crisissituatie dreigen te raken. Het vangnetbeleid is gericht op preventie en mensen overtuigen, maar als dat niet helpt wordt het laatstekansbeleid actief. Mensen krijgen dan niet vrijblijvende hulp, zoals het plaatsen in aparte Skaeve Hus woningen, wanneer mensen niet meer te handhaven zijn in een reguliere woonbuurt, maar wel onderdak nodig hebben.

We zijn begonnen vanuit de gedachte dat een nieuw 'stelsel' moet volgen uit hoe we op individueel en organisatorisch niveau de zorg vormgeven. Aangezien we nog volop moeten leren over de streefbeelden op die niveaus is er geen 'blauwdruk' te geven voor een nieuw stelsel. We moeten eerst meer leren over hoe en onder welke voorwaarden mensen in staat zijn tot zelfzorg, samenredzaamheid en professionele zelforganisatie.

STREEFBEELD: DUURZAAM STELSEL

We weten wel dat we een stelsel willen dat solidariteit tussen zieke arme mensen en gezonde rijke mensen blijft garanderen en een vangnet biedt. Maar dit stelsel zal ook economisch volhoudbaar moeten worden én boven alles ruimte moeten geven om zorg zelf te doen en zelf te organiseren.

Dat we geen blauwdruk voor een nieuw systeem geven wil dan ook niet zeggen dat er op korte termijn niets aan het stelsel hoeft te veranderen. In ieder geval moet het stelsel de komende jaren veel ruimte bieden om te experimenteren en zo te leren. Een aantal veelbelovende richtingen die we verder willen verkennen komen uit de probleemanalyse en de verschillende andere streefbeelden naar voren. We willen de kokers en detaillistische regelingen verminderen door 'ontregeling'. Over sommige principes voor een nieuw stelsel zijn we het minder eens. Hierover zullen we intensief een politieke discussie moeten voeren.

pad: experimenteerruimte

Het transitieprogramma langdurende Zorg is een voorbeeld van experimenteerruimte. Toch kunnen we hier nog veel verder ingaan. Het gaat hier niet zozeer om financiële experimenteerruimte, maar veel meer om 'regelruimte' en mentale ruimte. Veel initiatieven botsen nog op een woud aan regels en onbegrip. Er moet veel intensievere en langdurigere steun komen om deze ruimte te creëren en te borgen.

pad: ontregeling

Elke regel is ook een schot. Een schot tussen verschillende vormen van zorg. Ontregeling kan door regelingen samen te voegen, financiering meer op hoofdlijnen te verstrekken, door op alle niveaus de vrijheid van de werkvloer om samen met de cliënten zorg vorm te geven te bewaken. We zullen moeten

gaan leren waar zelfregeling, regeling door stelsels kan vervangen. Naast regels die de zorg verschotten, moeten we ook de schotten tussen zorg en andere sectoren proberen te ontregelen. Financieringsstromen voor zorg en 'niet-zorg' moeten gemakkelijker gecombineerd kunnen worden.

Ontregelen kent ook een meer culturele kant. Ontregelen betekent ook controle loslaten. Nu is er vaak de Haagse illusie om voor iedere burger alles tot achter de komma te kunnen regelen. We moeten durven onderzoeken hoe ver we kunnen gaan in ontregeling zonder dat het chaos of onrechtvaardigheid tot gevolg heeft.

pad: **machtsverschuiving naar mensen**

We willen een zorg die vanuit de mensen en vanuit de professionals wordt vormgegeven. Hun empoweren zal niet pijnloos zijn. Het gaat niet alleen om informeren en organiseren, het betekent dat zij ook anderszins meer macht moeten krijgen. Zij zullen veel meer controle moeten uitoefenen over welke zorg ze krijgen en de gelden die daarvoor beschikbaar zijn.

Emancipatie van mensen onschot bovendien in de patiënt zelf komt cure, care en preventie al samen. Zij – geholpen door naasten en professionals - kennen hun situatie het best en weten zelf wat voor hen wel of niet waarde toevoegt aan hun situatie.

Soms is de macht aan de cliënt geven niet mogelijk; bijvoorbeeld omdat mensen zichzelf niet meer uit de put kunnen trekken; omdat in acute, onbekende situaties te veel op mensen afkomt; of omdat ze niet meer helder kunnen handelen en denken en niemand hebben om dat voor hen te doen. Daar is het empoweren van de professional door het stelsel een alternatief.

Dit soort emancipatie gaat verder dan alleen een verschuiving van de macht over de financiële middelen voor de zorg. Het gaat even goed om andere machtsfactoren die aangepakt moeten worden. Zoals de macht van de schaarste van aanbod (het tekort aan artsen), maar ook minder economische factoren zoals een onevenredige of oneigenlijke invloed op

maatschappelijke leerwerkplaatsen

In een samenwerking tussen de GGz, een zorginstelling, wijkbewoners, het onderwijs, de gemeente en het bedrijfsleven worden in dit experiment maatschappelijke leerwerkplaatsen ontwikkeld. Cliënten met een psychiatrische achtergrond en een grote afstand tot de arbeidsmarkt vervullen onder begeleiding op maat diensten in de ouderenzorg.

Ouderen hebben naast persoonlijke aandacht en begeleiding behoefte aan praktische zaken zoals vervoer, klusjes in en om het huis en betaalbare en gemakkelijk te regelen services bijvoorbeeld bij verhuizingen. Verzorgend personeel en vrijwilligers kunnen dit niet altijd in de gewenste mate bieden. Psychiatrische cliënten hebben behoefte aan ondersteuning bij hun herstelproces om beter om te leren gaan met hun psychiatrische beperking en de gevolgen ervan voor hun dagelijks functioneren in de maatschappij. Dit project koppelt met de ontwikkeling van een duurzaam, betaalbaar, klantvriendelijk en mensgericht woondienstenaanbod de behoeften van de ouderen aan die van cliënten van de GGZE/Stichting De Boei. Met de ontwikkeling van maatschappelijke leerwerkplaatsen werkt het experiment aan de bevordering van de sociale participatie van ouderen en mensen met een psychiatrische achtergrond.

maatschappelijke Business Case

In dit instrument komen een gestructureerde kosten-baten afweging waarin het economische én maatschappelijke nut van het betreffende experiment samen. De mBC kijkt vijf jaar vooruit naar als het experiment 'volwassen' is. Hierbij wordt het financieringstekort afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten. Zo heeft de maatschappij bijvoorbeeld baat bij de substitutie van formele zorg door mantelzorg of het voorkomen van dure zorg en opnames door preventie. Deze baten worden geschat en gekwantificeerd door te werken met onderzoek, literatuur, aannames en experts. Door een inzicht in de reële kosten van nieuwe werkwijzen en hun potentiële waarde in maatschappelijke baten kan een vergelijking gemaakt worden. Op deze wijze krijgen stakeholders en potentiële financiers een zo breed en concreet mogelijk inzicht in de levensvatbaarheid, het functioneren en de positieve effecten van de innovatie.

de beeldvorming van gezondheid, ziekte en zorg. Juist door experimenteren zullen we meer leren over welke machtsblokken echt aangepakt moeten worden en welke toch ruimte kunnen bieden.

Pad: sturen op meerwaarde

Als we een heel ander soort kwaliteit van zorg willen, betekent dat ook andere kwaliteitssturing. Sturing die gaat over de toegevoegde waarde voor de maatschappij, i.p.v. over alleen maar kostenbeheersing. Toegevoegde waarde kan allerlei vormen aannemen. Het kan gaan om economische besparingen, maar ook meer levensgeluk voor een dementerende. We moeten ook bereid zijn van sommige vormen van zorg te ontdekken en te accepteren dat het nauwelijks of geen waarde toevoegt. Politiek en overheid moeten hier in flexibeler worden en ruimte maken voor een waarde creërend stelsel.

Dat vraagt ook een omslag in de omgang met kwaliteitsgegevens door instanties. Kwaliteitsevaluaties kunnen stimulerend werken om te innoveren, maar dan moet er wel ruimte zijn om te leren. Op dit moment wordt er vaak te hard en direct op kwaliteitcijfers afgerekend. Ingrijpen bij wantoestanden daargelaten, zal evalueren veel meer in dialoog moeten tussen institutionele partijen, verzekeraars, cliënten en zorgverleners.

Pad: dialoog over principes

Achter ogenschijnlijke consensus over de waarden in de zorg gaan intense ideologische en emotionele dilemma's schuil. Die moeten eindelijk besproken worden.. Zoals: mogen mensen fors worden 'afgerekend' of beloond voor hun levensstijl in gerekende kosten of geboden zorg? Hoe ver gaat de keuzevrijheid van mensen in het zelf vormgeven van hun zorg? Hoeveel hebben we nu echt over voor kwaliteit voor de ander en waar wordt het luxe?



10. AGENDA

Deze transitieagenda kan als kompas fungeren voor de noodzakelijke omwenteling binnen de zorg en bevat de ingrediënten daarvoor: een gedeelde probleemperceptie als uiting van de urgentie, een wenkend toekomstperspectief met een aantal streefbeelden, en vele verschillende paden naar deze streefbeelden. Daarmee zijn we via het verleden en de verre toekomst weer terug bij het heden: wat kan er morgen gebeuren?

Deze transitieagenda is dan ook een begin en geen eind. Het is een uitnodiging aan betrokken personen en organisaties om mee te gaan denken, experimenteren en werken. Om al doende meer te gaan leren over de nieuwe perspectieven voor onze zorg in de verre toekomst. Wij gaan ons volgend jaar inzetten voor:

1. verrijken van de visie

Ieder van de zes streefbeelden zullen we verbeteren en verrijken, samen met burgers, deskundigen, professionals, ambtenaren, bestuurders en andere betrokkenen. Deze andere betrokkenen zullen perspectieven inbrengen die onder meer afkomstig zijn uit:

- Zelfzorg: onderwijs, ervaringsdeskundigen, maatschappelijke visionairs op uiteenlopende gebieden zoals filosofie, kunst, cultuur; religieuze en alternatieve stromingen, psychologen en pedagogen
- Streefbeeld samenredzaamheid: mantelzorgers, vrijwilligers, wijkdeskundigen, gemeenten, charitatieve fondsen, verenigingen
- Streefbeeld gedreven professionals: beroeps- en vakorganisaties, werknemersorganisaties, beroeps- en opleidingsinstellingen, communicatiedeskundigen
- Streefbeeld Maatschappelijke ondernemingen: branche- en werkgeversorganisaties, leidinggevend
- Streefbeeld Zorgzame samenleving en sectoren: vertegenwoordigers uit maatschappelijke sectoren als: ruimtelijke ordening, bouwen en wonen, natuur, technologie, arbeid, sociale zekerheid
- Streefbeeld Duurzaam stelsel: beleidsmakers, organisatiekundigen, econome en juristen.

Het resultaat van dit breed te voeren debat is de verdere uitwerking van de streefbeelden die door de transitiearena weer samen wordt gebracht tot een nog rijkere visie die breder maatschappelijk bekend wordt gemaakt.

VOOR MORGEN

2. leren over streefbeelden en transitiepaden in de praktijk

De verschillende streefbeelden en de daaraan gekoppelde transitiepaden zullen steeds worden ingebracht bij de praktijk(experimenten). En uit de praktijk zullen voortdurend lessen worden geoogst over hun realiteit en toepasbaarheid die op hun beurt weer worden ingebracht in het visieontwikkelingsproces. Daarbij zullen we verschillende activiteiten uitvoeren:

- het verder leren van succesvolle experimenten en het uitdragen van de lessen
- het met elkaar verbinden van lopende initiatieven, onderzoek en radicale experimenten
- het ontwikkelen van een portfolio met (nieuwe) experimenten die over alle streefbeelden leren.

Het resultaat van dit leren in de praktijk is een onderbouwing van de visie en inzicht in systeemcondities bij beleidsmakers. Daarnaast wordt het lerend vermogen van de sector bevorderd.

3. voeren van brede maatschappelijke dialoog

We willen een breed maatschappelijk debat voeren over de toekomstige principes van de zorg, onder andere via de debatsite op www.zorgtransitie.nl en door regionale bijeenkomsten. Met de versterking van de inrbeng van de burgers willen we ook een transitiebeweging vanaf de basis op gang brengen. Dit resulteert in een visie die gebaseerd op een brede maatschappelijke inbedding en die verrijkt is met het perspectief van burgers.

Meer weten, meedenken of meedoen?:

Neem contact met ons op via
www.zorgtransitie.nl.



Dit is een hoofdstuk uit een verhalenboek over tien van de transitie-experimenten geschreven door Peter Sierksma vanuit het perspectief van de cliënten en zorgverleners voor meer informatie zie www.transitieprogramma.nl

Steun bieden op weg naar een normaal leven

Een verhaal uit de praktijk van het transitieprogramma
door Peter Sierksma

Hoe indrukwekkend ook, het heeft iets troosteloos: het silhouet van die grote, negentiende-eeuwse kerk met dat oude klooster aan de Ruivenstraat. Niet dat nieuwbouw iets zou helpen, maar de muren van alle huizen in de omgeving ogen somber en de ingang van het in de kerk gevestigde wijkcentrum, met die deur van staal en dat kleine, getraliede raampje, lijkt wel die van een gevangenis. In hartje Harlem, New York, heb ik ooit eens zo'n zelfde beveiligde deur gezien. Ook in een kerk - een moderne kerk met een vergelijkbare functie. Maar daar scheen tenminste de zon. Is het gek dat hier jongeren rondhangen en dealen? Hier lijkt echt niets beters te doen dan hangen,

scheuren, jatten en de verveling met drugs bestrijden. Veel caps en capuchons hier. Nee, zelfs om half negen 's ochtends waant de buitenstaander zich hier niet helemaal veilig.

Voor Addy is dat anders. Hij groeide hier op, in het Oude Noorden van Rotterdam. Kent elk steegje op zijn duimpje en spreekt de taal van de straat. Hij is nu 38 maar weet wat het is om rond te hangen, geen dak boven je hoofd te hebben, op de vlucht te zijn voor de politie en afhankelijk te zijn van dealers die bij gebrek aan beter ook je vrienden zijn.

Als ik hem vraag naar zijn levensverhaal, vertelt hij hoe hij achteraf wel eens denkt dat zijn druggebruik in

wezen een vorm van zelfmedicatie was. “Ik ben een echte ADHD’er, maar zo heette dat toen nog niet. Ik had altijd energie te veel. Heb ook nog een tijdje gebokst. Toen ik een jaar of veertien was. Ben jeugdkampioen geweest en heb nog een keertje tegen Regilio Tuur gebokst. Dat eindigde onbeslist. Ik was altijd onrustig. Op de lts (Lagere Technische School, red.) kreeg ik foute vrienden. Ik zag het gevaar niet. Mijn vader had een zaak. Het was altijd presteren, presteren. Ja, wat zal ik zeggen. Ik ben toen een beetje gaan feesten en experimenteren. Het was de tijd van de heroïne. Ik herinner me nog hoe iedereen misselijk werd en moest kotsen. Maar ik had het idee dat ik thuiskwam. Helemaal goed! Eindelijk rust in m’n kop!”

Addy vertelt hoe hij tijdens zijn verslaving gewoon doorwerkte. Op een gegeven moment had hij een baantje als scheepstuiger. “Ik werkte in de haven waar ik van die grote staalkabels voor zeeschepen en landbouwwerktuigen moest vervangen. Ik ging dag en nacht door en kende geen gevaar. Het was echt kicken. Speed, coke, heroïne, ik gebruikte alles door elkaar en was niet te stuiten. Tot ik

merkte dat ik niet langer experimenteel maar functioneel aan het gebruiken was. Dat was toen mijn opa stierf. ‘Zo, dat is lekker’, dacht ik. Alle functies zwakten af en mijn verdriet werd opeens dragelijk.”

Tot de ommekomst kwam. Uiteindelijk belandde Addy bij de reclassering en restte hem eigenlijk nog maar één keus: afkicken. “Bij Bouman.” Hij zegt het veelbetekenend. Hij kent het circuit van Jeugdzorg, Justitie en reclassering. Dat is ook precies waarom hij nu zo blij is met zijn baan binnen het ACT-team voor jongeren in het Oude Noorden.

“Ik was 28 en toen heb ik de knop in één keer omgedraaid. Ik wilde nog maar één ding: wereldkampioen afkicken worden. En dat is me gelukt. Via via ben ik later aan een baantje als elektricien gekomen. Hier in de buurt. Weer later zag ik dat er mogelijkheden waren om je als ervaringsdeskundige te laten omscholen. Ik heb toen de opleiding HBOV gedaan en zo ben ik hier, bij ACT gekomen.”

No show

Addy is een van de zeven leden van het team dat in het Oude Noorden zorgt

voor de opvang en begeleiding van een grote groep, veelal 'postcode-loze jongeren', die nadat zij te oud geworden zijn voor 'het loket' Jeugdzorg, vaak tussen wal en schip belanden. Op dit moment heeft het team ongeveer zestig jongeren in beeld. De namen staan op een groot 'white board' en tijdens de ochtendvergadering die om klokslag negen begint, worden ze allemaal doorgenomen. In die zin lijkt de vergadering in Het Klooster wel een beetje op zo'n overleg zoals je ook wel bij Engelse politseries ziet.

Terwijl teamleider André Mangel met een markerstift de gepasseerde namen afvinkt of voorziet van de naam van een van de professionele hulpverleners, zitten deze met hun aantekeningen op het puntje van hun stoel: Addy, Angelique, Hella, Fayerouze en Vanessa. Martijn heeft zich ziek gemeld. "Vervelend," zegt André, "want Martijn zou vandaag met Jeffrey naar de reclasseringsambtenaar van Bouman GGZ in Delfshaven gaan."

Addy neemt zijn rol over en zal om elf uur met Jeffrey naar de Pieter de Hooghweg komen.

Wat vooral opvalt tijdens de sessie, zijn de no shows. Dat wil zeggen, dat

iemand met wie je een afspraak hebt niet komt opdagen, zegt Fayerouze: "Soms is dat niet erg, bijvoorbeeld als het gaat om zomaar een beetje bijpraten bij een kop koffie. Maar meestal is het voor ons wel een signaal, want het kan betekenen dat iemand aan het terugvallen is. Lastiger is het als het om een afspraak gaat bij een instantie. Dat kan er net voor zorgen dat een uitkering wordt stopgezet of dat een potentieel baantje verloren gaat." Ook voor de hulpverlening is het trouwens een probleem. Als je, zoals de AWBZ eist, minimaal vijf contacten per dag moet 'halen', is een no show vervelend. Addy: "Je stopt er veel tijd in, maar het wordt niet geregistreerd en daar word je als team binnen het huidige systeem wel op afgerekend."

Fayerouze studeerde Cultureel Maatschappelijke Vorming en heeft veel contact met jongeren met een Marokkaanse achtergrond. Als dochter van een Marokkaanse vader kent zij de taal van de cultuur en dat is van wezenlijk belang. Fayerouze: "In de wijk is er sprake van grote werkloosheid en hoge criminaliteit onder Marokkaanse jongeren. Contact is niet eenvoudig. Je behoort tot de in-group

of de out-group - een tussenweg is er bijna niet.”

Toch is het Fayerouze gelukt met veel van de jongeren en hun ouders een goede band op te bouwen. Via haar vorige baan in het wijkcentrum Het Klooster van de Stichting Buurthuis Alexander, dat in dezelfde kerk gevestigd is, heeft zij veel jongens en meisjes zien opgroeien. Gezien haar ervaring was de overstap naar het ACT-team zeer welkom. Ze voelt zich dan ook zeer thuis in het Oude Noorden en hoopt dat de aanstaande samenvoeging met het team uit Kralingen niet ten koste zal gaan van de contacten die zij juist hier, rond Het Klooster, heeft opgebouwd. “Het zijn echt mijn jongens, weet je...”

Maar afgezien van ieders persoonlijke betrokkenheid en eigen expertise, benadrukt Fayerouze nog een ander bijzondere aspect van haar werk binnen ACT, namelijk dat iedereen binnen het team van alle jongeren op de hoogte is. “Wij vullen elkaar heel goed aan,” valt Hella Fayerouze haar bij. “Ik heb als SPV-er bijvoorbeeld een medisch-psychologische achtergrond en houd voor vrijwel iedereen de medicatie bij in overleg met onze psychiater, Johan Tee.”

André Mangel: “Ieder contact dat we hebben, komt op de dagstaat. Zo komt er een jongen ter sprake die tijdens een psychose zomaar de huur van zijn woning heeft opgezegd. Hella heeft contact met hem en heeft inmiddels de huisbaas gebeld dat dit niet de bedoeling is.”

Hella meldt dat ze de jongen in Delta heeft bezocht en dat hij haar herkende. “Hij is nog ver heen maar ik merkte dat hij het fijn vond dat we er waren. Hij gaf me zelfs een hand en leek weer wat op te leven. Hij vindt het goed dat we zijn post openmaken.”

Een jonge vrouw uit de buurt heeft via een sms-je aangegeven dat zij in een crisis zit. Hella: “Ze wil opgenomen worden, omdat haar vriend het uit wil maken. Esther is een echte borderliner en haar vriend is ook fors getraumatiseerd. Ik ga vandaag even kijken, net als bij Mascha over wie ik me ook een beetje zorgen maak.”

“Fijn dat jij gaat,” laat Vanessa Hella weten. “Ik heb het even met haar gehad. Zij is zo complex en kan zo ontzettend vermoeiend zijn, dat ik even afstand wil nemen.”

Hella snapt het en knikt: “Geen probleem.”

Vanessa is trajectbegeleider en houdt vooral van het praktische regelwerk. Ze heeft een economisch-administratieve achtergrond en helpt veel cliënten bij het invullen van formulieren. Soms gaat het om schuldsanering, soms om het vinden van werk of noem maar op. Zo heeft zij gisteren Daniëlle ('ze is chaotisch en kan niet schrijven') geholpen bij het invullen van een brief aan de belasting en gaat zij meteen na de vergadering naar Fatima om haar te helpen bij het boeken van een ticket naar Spanje. Dat lijkt voor mensen met een gemiddelde opleiding die midden in de samenleving staan misschien 'peanuts', maar voor veel mensen is dat niet zo eenvoudig. Worden dingen verkeerd geregeld, dan kan dat - zoals in het geval van Fatima - tot grote financiële problemen leiden en tot veel gedoe met allerlei instanties. Vandaar.

Voor we vertrekken komen echter eerst nog een paar andere, misschien wel typische ACT-contacten aan bod. Om te beginnen Erkan. Erkan is van Turkse komaf en gaf gisteren niet thuis. Het gaat slecht met hem. Hij heeft geld gepikt van zijn moeder en vertelt haar, zoals zij het zelf

omschrijft, leugens. Na alle zorg en moeite voor hem is zij teleurgesteld in haar zoon. Ze voelt zich gepakt en heeft hem de deur gewezen.

André: "Slaapt hij nu buiten?"

Addy: "Nee, bij vrienden."

André: "En overdag?"

Addy: "Dan zwerft hij. En wat me opvalt; hij begint zich nu vermijgend op te stellen."

André: "Kijk maar of we hem bij MacDonalds te pakken kunnen krijgen. Anders zijn we hem straks kwijt."

Ook moeilijk vindbaar is Ibrahim. Zijn moeder deed open, vertelt Fayerouze, en zei dat hij was gaan vissen. Dat doet hij wel vaker om tot rust te komen. Fayerouze heeft de hele Maas afgefietst maar hem niet gevonden. Vandaag maar weer opnieuw proberen.

Zo lastig het is om Erkan en Ibrahim te vinden, zo eenvoudig is dat met Johnny en Albert. John had ooit een baantje bij TNT maar komt al vier jaar niet meer buiten en 'blowt zich helemaal suf'.

André: "Wie haalt dan die weed?"

Addy: "Ja, dat doet-ie zelf. Maar verder zie je hem niet."

Johnny heeft een aan autisme verwante stoornis en is bij het ACT

gekomen via het Deelgemeentelijk Overleg Sluitende Aanpak (Dosa). Omdat Johnny heel concreet denkt (Addy: 'als je met die jongen praat, is het echt van 'bam-bam-bam'), heeft André aan Vanessa gevraagd Johnny weer aan de praat proberen te krijgen. Vanessa bekijkt nu wat voor werk bij hem zou passen en hoe het ACT hem om te beginnen weer structuur kan bieden.

Wie ook niet buiten komt, is Albert. Hij heeft last van een flinke angststoornis en is in beeld gekomen via Bavo. Jarenlang durfde hij het huis niet uit. Maar sinds kort gaat het iets beter, vertelt Hella, en bezoeken wij hem vier maal per week: "Heel voorzichtig proberen we hem aan het wandelen te krijgen. Vandaar die opmerking op het bord: 'geactiveerd tot wandelen!'"

Het zijn de kleine stappen die tijdens het overleg zo nu en dan als grote overwinningen gevierd worden.

Een andere aanpak

In zijn kantoor aan het Brainpark vlakbij de Erasmus Universiteit aan de rand van Kralingen, ontmoet ik Jan van Schilt. Sinds februari is hij aangesteld als hoofd van de zes ACT-teams

die onder de vleugels van Bavo Euro-poort in Rotterdam actief zijn.

Omdat er ook organisatorisch nogal wat problemen waren en niet alle teams even goed functioneerden, heeft Jan ook de leiding van de interne reorganisatie gekregen, waarbij de huidige zes teams teruggebracht worden tot vier: drie locatiegebonden teams en één team voor mobiele diagnostiek dat geheel flexibel kan worden ingezet. Zo worden de teams uit het Oude Noorden en Kralingen samengevoegd, evenals die van het Zuider Park College en het Albeda-college en de twee haventeams van Schiehaven en Maashaven, het Centrum voor Jeugd en Gezin in oprichting.

Jan van Schilt is kaal maar oogt nog even stoer als toen hij jong was. Vanaf zijn vijftiende wist hij al dat hij voorbestemd was voor het werk in de psychiatrie. "Ik had een vakantiebaantje als afwasser in Vrederust in Halsteren en toen wist ik meteen: hier wil ik later ook werken."

Hij volgde zijn opleiding (HBOV) in Den Haag en werkte in zowel klassiek opgezette intramurale centra als in de alternatieve hulpverlening. Een belangrijke ervaring was het werk in het

asielzoekerscentrum in Ouderkerk aan de IJssel. Jan: “Daar heb ik pas gezien wat echte ellende is. Ik werkte met 300 asielzoekers die op een boot werden gepropt. Dat was heel hard. Die mensen hebben helemaal niets meer te verliezen en deinzen als het moet ook nergens meer voor terug. Je krijgt te maken met criminaliteit, afrekeningen, hongerstakingen, alles wat je je aan de onderkant van de samenleving maar kunt voorstellen. Ik heb nog nooit zo hard gewerkt. Na een jaar was ik ook bijna helemaal afgebrand toen mijn familie en ik bedreigd werden. Maar toch was het ook geweldig. Ik heb daar namelijk ook gezien wat solidariteit kan betekenen en hoe mensen kunnen knokken om dingen voor elkaar te krijgen. En wat ik ook mooi vond waren de feesten. Hoe mensen ondanks de dreigingen die hun boven het hoofd hangen toch nog geweldig kunnen feesten en per dag kunnen genieten. Echt super.”

Hij zag ook hoe slecht het is als dingen massaal geregeld worden. “Ik hield me zowel bezig met hulpverlening als met huisvesting en als ik dan ’s ochtends aan het werk ging, stonden ze al met z’n dertigen in de rij. Alles was massaal. De intakes, de verzoeken

om huisvesting, de hulpverlening en ook de agressie. Ik zag hoe mensen nummers werden, terwijl het er in de praktijk juist heel nauw op aan kwam hoe je de mensen behandelde. Bijvoorbeeld met de kamerindeling. Dat gebeurde zonder naar de achtergronden van de mensen te kijken. Bosniërs en Serviërs sliepen bij elkaar in één kamer, terwijl ze juist waren gevlucht om elkaar te ontlopen. Maar men haalde de oorlog gewoon weer in huis.”

Na Ouderkerk keerde Jan terug naar de psychiatrie. Hij was betrokken bij de opzet van TBS-kliniek de Kijvelanden in Rotterdam en volgde daarna de nieuwe opleiding voor verpleegkundig specialist. Toen hij die had afgerond, kwam hij na een kort uitstapje in Dordrecht in dienst van de Stichting Bavo, waar hij tot begin 2008 verschillende managementfuncties bekleedde. Wat hem bij Bavo aansprak was de zogenoemde bemoeizorg, waarbij de GGZ niet slechts afwacht maar zelf de straat op gaat. Jan: “Ik heb nog meegemaakt dat we borderlinepatiënten die zichzelf aan het krassen waren de straat opstuurden en zeiden: ‘dit is niet langer ons pakkie an’. We zetten ze achter de slagboom, belden

de politie en zeiden: ‘nu is het jullie probleem: openbare orde.’ Dat leidde dan vaak weer tot dwangopname en zo speelden we elkaar de bal toe, zonder iets op te lossen.”

“Het voordeel van die bemoeizorg is dat we echt proberen de problemen op te lossen. Eindelijk zie je in de geestelijke gezondheidszorg dat de hokjesgeest doorbroken gaat worden en dat we niet meer zo snel proberen de problemen van ons af te schuiven.”

Hij vertelt hoe de zorgkantoren dit najaar opeens moesten bezuinigen en hoe ook de fusie tussen Bavo en Parnassia (de nieuwe organisatie telt nu 6600 medewerkers, 600 vrijwilligers en 140 klinische en ambulante voorzieningen, verdeeld over 110 locaties) nieuwe onrust gaf: “Omdat het niet goed ging met de bedrijfsvoering binnen ACT-jeugd, is hier de laatste maanden veel gebeurd. Er zijn tijdelijke contracten niet verlengd en mensen die hier zouden komen werken en hun vorige baan al hadden opgezegd, zijn uiteindelijk toch afgewezen. Dat is nogal wat. Aan mij nu de taak om in overleg met de directie ervoor te zorgen dat de teams hier weer goed gaan lopen.”

De straat op

Als de laatste cliëntencontacten worden besproken, pakt Vanessa alvast haar tas in. Ze zegt: “Jongens, ik ga. Ik moet om tien uur bij Fatima zijn.”

Even later rijden we Noord uit en voor we het weten zitten we op de ’s Gravendijkwal richting Zuid.

Gaan we naar Zuid? Jullie zitten toch in Noord?

Dat klopt, zegt ze, terwijl ze haar zonnebril op doet, doorschakelt naar z’n vier en ondertussen ook alvast Fatima belt dat we eraan komen. “Het Oude Noorden is onze basis. Daar vandaan krijgen we onze aanmeldingen en sporen we zelf mensen op. Maar als er iemand op ons pad komt, dan laten we hem niet snel meer los. Fatima was mijn allereerste cliënt. Ze zwierf en had geen toekomst. Toen heb ik een paar praktische dingen kunnen regelen, zoals een uitkering en een woning. In Zuid dus. Inmiddels heeft ze haar leven weer aardig op de rails. Maar ik bezoek haar nog elke week. Ze vertrouwt mij en ik wil niet dat ze straks van de ene hulpverlener naar de andere wordt gestuurd.

Dat is ook wat de ACT-aanpak beoogt: de mensen vasthouden onder alle omstandigheden, ook wanneer het weer iets beter gaat en andere hulpverleningsinstellingen het dossier zouden sluiten.”

“Als je Fatima ziet,” vervolgt ze, “lijkt ze supercool, maar in werkelijkheid is ze heel onzeker. Ze overziet de dingen niet. Zo meteen ga ik haar helpen bij het boeken van een vliegticket. Ze heeft een financiële meevaller en nu wil ze met haar vriend en nog een bevriend stel een weekje naar Spanje. We gaan nu naar een internetcafé in de Carnissebuurt, en dan maar eens kijken of ze eruit komt.”

Vanessa zelf is een opvallende verschijning: zwarte legging, zilvergrijs gelakte laarsjes, strak zwart T-shirt met daarover een dik grijs wollen vest, en daarop een gouden ketting met een mooi gestileerd kruis als hanger. Ze heeft de uitstraling van een fotomodel; niet voor niets heeft zij een tijdje in het modevak gezeten. Maar dat wereldje vond ze uiteindelijk toch te beperkt. “Iedereen is zo met zichzelf bezig, op een gegeven moment heb je dat wel gezien.” Toen ze op een avond een lezing bijwoonde over het werk

van ACT-teams in Rotterdam, dacht ze meteen: ‘dat wil ik ook!’

Ze heeft er nog altijd geen spijt van. Als Fatima de deur uitkomt - ook zij draagt veel zwart en kekke laarsjes - omhelzen de vrouwen elkaar en lopen al kletsend naar het internetcafé. Terloops informeert Vanessa naar Fatima’s werk als schoonmaakster, en naar haar relatie.

Het café is een echte buurtwinkel, met sigaretten, snoep en belvoorzieningen. Terwijl er beneden over Feyenoord wordt gesproken, loopt Fatima de trap op en logt in. Ze pakt een papieren zakdoekje en windt dat zo goed mogelijk om haar vinger. Dan pas tikt ze de toetsen in. Zo vastberaden haar tred hiernaartoe was, zo onzeker is ze nu. Als ze een site gevonden heeft met een aantal goedkope vluchten, raadt Vanessa haar aan om even met het reisbureau te bellen. Dat doet ze, maar al snel geeft ze de hoorn aan haar maatje. “Ik vind het toch best eng hoor,” zegt met een lekker vet Rotterdams accent.

Later in de auto laat Vanessa weten dat ze haar hart vasthoudt. “Waar ik een beetje voor waak is dat Fatima voor ze het weet voor vier mensen een ticket boekt en daarvoor straks

in haar eentje moet opdraaien. Ook overziet ze alle reisschema's niet. Echt, desnoods zorg ik dat ik op de dag van vertrek op Schiphol sta. Want het gaat nu juist zo lekker en dat willen we graag zo houden."

We rijden voor de tweede keer onder de Maas door richting Delfshaven. Daar, aan de Pieter de Hooghweg, zet ze me af en wacht ik bij Bouman reclassering op Addy en Jeffrey. Jeffrey komt uit Colombia, spreekt nauwelijks Nederlands en zit niet lekker in zijn vel. Hoewel hij al twintig is, oogt hij als een jongen van veertien. Maar als je hoort dat hij als ventje van dertien al in de bouw werkte, dan weet je: daar zit een heel leven achter. Zijn moeder en oudere broer worden ook begeleid door het ACT. Jeffrey kwam in beeld nadat hij, toen hij geblowd en gedronken had, in een psychose raakte en zijn moeder had belaagd. Zijn moeder belde de politie en dus moest Jeffrey eigenlijk voorkomen en de gevangenis in. Maar dat heeft het ACT-team weten te voorkomen. Wel moet hij nu bij de reclassering komen om te vragen of Bouman Verslavingszorg inzage krijgt in zijn gegevens. Gaat hij nog een keer in de fout, dan

moet hij alsnog naar de gevangenis. "Dat is de keus die je hebt," houdt reclasseringsmanager Barara hem voor.

Terwijl hij ondervraagd wordt, kruipt Jeffrey zichtbaar in zijn schulp. "Ik zweten," zegt hij na afloop tegen Addy, die de heer Barara op het hart drukt dat Jeffrey geen crimineel is en dat hij sinds hij medicijnen krijgt - 1x Risperdal per dag - en iedere dag door een van de ACT-teamleden bezocht wordt, echt een kans verdient. Er worden wat formulieren getekend en Jeffrey neemt opgelucht afscheid.

Via Spangen rijden we terug naar de Gordelweg waar de apotheek ligt. Daarna brengen we Jeffrey naar huis aan de rand van Hilligersberg. Vanmiddag gaat hij sporten, zegt hij. Als we uitstappen vraagt hij Addy om wat geld. Maar Addy weigert. "Je mag alles van me hebben, maar geld kan ik je niet geven." Dan druipt Jeffrey af en rijden we terug naar het klooster.

Tijdens de lunch probeert André aan te geven hoe belangrijk het is dat Jeffrey uit de handen van de reclassering kan blijven. "Als je die jongen nu verplicht laat afkicken of naar de gevangenis stuurt, gaat het helemaal

mis. Die jongen heeft vertrouwen nodig. Hij moet een opleiding krijgen en een baantje waarin hij zich lekker voelt. Onlangs hebben wij zijn broer aan een baan kunnen helpen via ons netwerk. Dat gaat nu heel goed. Jeffrey heeft steun nodig. Eigenlijk proberen wij hem uit de bureaucratie te houden en te zorgen dat hij straks zoveel mogelijk een normaal leven aankan.”

Na de lunch ga ik met Hella mee op bezoek bij Mascha. Mascha woont beschermd in een huis van zorginstelling Pameijer. Ze heeft een fenomenaal uitzicht op de Maas met de rode Maasbrug en in het verlengde daarvan de Kuip. Rechts liggen de oude Hef en het Noordereiland. Maar Mascha kan er niet van genieten. “Ga maar niet op het balkon,” waarschuwt ze. “Laatst is er nog iemand vanaf gesprongen.”

Mascha is een zware borderliner. Soms is ze apathisch, dan weer overmoedig. En wat zo ingewikkeld is: altijd zoekt ze weer die grenzen op.

Deze middag heeft ze hoofdpijn. Een gevolg van een uit de hand gelopen avondje stappen afgelopen weekend, waarin ze, bekent ze, teveel coke gesnoven heeft.

Het leven valt haar zwaar. Eigenlijk, zegt ze, wil ze naar Arnhem verhuizen, waar haar vriend woont. Ze houdt van hem, want hij is ‘lief en de enige normale figuur in mijn leven’. Zelf wil ze ook een normaal leven, ‘zonder altijd problemen problemen problemen’.

Maar als Hella zegt dat samenwonen misschien wel een goede stap is in de richting van een leuk leven, krabbelt Mascha terug: “Weet je, ik kan jullie gewoon niet missen.”. Hella: “Dat hoeft ook niet. Wij blijven altijd bij je.”

Van Mascha rijden we door naar Bergpolder waar Esther woont op de begane grond van een typische duplexwoning uit de jaren vijftig. Als we aanbellen vraagt Hella of er een journalist mee mag, maar al snel blijkt dat het nog steeds crisis is.

Hella vraagt of ik in de auto wil wachten en voor ik het weet pikt Vanessa me weer op voor een volgend bezoek. Het is misschien wel het meest bijzondere dat me opvalt deze dag: alle collega’s zijn niet alleen van elkaars contacten op de hoogte maar voelen elkaar zo goed aan, dat ze elkaar bij het minste of geringste aanvullen, vervangen of bijstaan.

Innovatie

Een van de motoren achter de puur op de klant gerichte werkwijze van de ACT-teams, is Rob Zimmermann, ‘manager innovatie’ bij Bavo-Europort. Hij pleit al jaren voor het doorbreken van de verkokerde zorg en hoopt dat de toekomst van de ACT-teams, mede door het Transitie Programma Langdurende Zorg, ook politiek brede steun zal krijgen. In een vrije rol ontwikkelt hij concepten die aansluiten bij de zorgvraag van jongeren die te maken hebben met de sociale psychiatrie.

Net als Jan en André gelooft Rob in maatwerk: “Ik zou de zorg en begeleiding van jongeren zo willen opzetten, dat zij niet alleen acuut ‘geholpen’ worden, maar ook weer perspectief zien in hun leven. Want vaak ontbreekt dat helemaal. Voordat het te laat is en jongeren helemaal overgeleverd raken aan de bureaucratie van de verslavingszorg, of terechtkomen in de draaimolen van gevangenis en reclassering, willen wij door vroege signalering allerlei vormen van ‘uitval’ voorkomen. Onze maatschappij is zo complex geworden, dat oude verbanden via de kerk of de

(sport)vereniging vaak ontbreken. Dat vormt een probleem, zeker in wijken waar mensen minder geld te besteden hebben en niet gestimuleerd worden aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Als wij jongeren vanaf het moment dat ze naar school gaan kunnen helpen hun weg in de maatschappij te vinden, scheelt dat de overheid uiteindelijk vele miljoenen. Ik geef toe dat in het geval van het ACT-werk de sociaal-psychologische kant waarschijnlijk op de achtergrond altijd een rol zal blijven spelen, maar toch zou ik het geweldig vinden als wij die jongeren, die wat minder stevig in hun schoenen staan, zouden kunnen helpen hun opleiding af te maken, een baantje te vinden en uiteindelijk een ‘normaal’ leven te kunnen leiden zoals de meeste Nederlanders dat in hun hart willen. Inderdaad: huisje, boompje, beestje. Daar wil het ACT op inzetten en de zorg aan verbinden.”

Wie Rob tegenkomt, ontmoet een bevlogen iemand. Hij begon zijn opleiding, lang geleden, in Rosenberg bij de Ramaerkliniek. Dat was de tijd, vertelt hij in het Haagse café-restaurant Dudok, van de discussie over de elektroshocks zoals die te zien

waren in *One flew over the cuckoo's nest*, de film van Milos Forman (1975) met Jack Nicholson als psychiatrisch patiënt in de hoofdrol. Hoewel hij er veel geleerd heeft, denkt Rob er met gemengde gevoelens aan terug. "Het was de tijd dat platspuiten en isoleren aan de orde van de dag waren. Bovendien had ik te maken met een onmogelijke huisvesting waar alle cliënten door elkaar zaten en met verplegers die meer op zware jongens leken en die de cliënten afblaften. Ik heb daar toen als groepsleider tegen opgetreden. Zag je net die grote jongen lopen toen we op het Spui waren? Dat was er zo een die ik ontslagen heb. Hij zei: 'ik maak je dood!' 'Dat is goed,' zei ik, 'als je maar van mijn patiënten afblijft'."

Later verhuisde Rob naar de Zeestraat in Den Haag en maakte hij de fusie mee tussen Rozenburg en Bloemendaal. Niet lang daarna werden dit zogeheten RBC weer tot Parnassia gefuseerd. In 2001 kreeg hij een baan bij het Riagg in Rijnmond-Zuid en haalde hij zijn MBA managementdiploma. Ondertussen veranderde het oude Riagg in de GGZ Groep Europoort, dat vervolgens Bavo-Europoort werd totdat Parnassia er afgelopen

zomer weer bijkwam.

Wat Rob al de tijd dat hij in de psychiatrie werkzaam is geweest heeft beziggehouden, is wat hij de onderkant van de sociale psychiatrie noemt. Rob: "Ik heb veel gezien en allerlei methoden en systemen de revue zien passeren, maar vaak merk je toch dat het systeem, inclusief de geldstromen en de organisatie van de inrichtingen, belangrijker is dan de patiënt of klant zelf. Maar ik denk dat je iemand niet zijn hele leven kunt opsluiten omdat hij of zij een stoornis heeft. Natuurlijk, er zijn zware patiënten die helemaal niet voor zichzelf kunnen zorgen, en anderen die je constant tegen zichzelf en misschien ook wel tegen de samenleving moet beschermen. Maar voor de meesten geldt toch vaak, dat er met wat hulp en vooral aandacht wel degelijk perspectief is. In die gevallen moet je, denk ik, vooral kijken naar wat iemand nog wel kan en hoe je zijn of haar leven kunt verbeteren."

"Toen wij bezig waren met de ontwikkeling van de ACT-teams voor de jeugd, vroeg ik me af: wat is nou jeugd? Wat zijn dat nou eigenlijk: dak- en thuisloze jongeren? Toen bleek dat

jongeren heel anders dak- en thuisloos zijn dan ouderen. Een jongere is niet een zwerver die op straat loopt met vieze kleren, maar vaak iemand die er heel verzorgd bijloopt, prachtige modieuze kleren draagt en 's avonds bij vrienden slaapt. En toch is zo iemand dak- en thuisloos, omdat hij of zij thuis ruzie heeft of misbruikt en/of mishandeld wordt.”

Thuis is dus niet altijd veilig....

“Precies. En wat je vaak ziet, is dat deze jongeren op meerdere fronten problemen kennen en dat de hulpverlening, waar ze noodgedwongen aankloppen of terechtkomen, niet aansluit bij hun probleem. Vaak zijn er schulden die leiden tot een situatie die van kwaad tot erger gaat. Kloppen ze aan bij de sociale dienst, dan moeten ze lang wachten en wordt er niet naar hen geluisterd. Ze voelen zich een nummer en lopen weg. Dan volgt de deurwaarder, slaan ze op de vlucht en stapelen de problemen zich verder op. Hetzelfde geldt vaak op school. Ze lopen thuis weg en laten school schieten. Vandaar ook dat wij graag nauw met de scholen zouden willen samenwerken, zoals in de teams die

gevormd zijn rond het Albeda-college of het Zuider Park College. Kortom, de reguliere organisaties sluiten, hoe goed zij hun werk ook doen, vaak niet aan bij de persoonlijke problematiek op de verschillende levensterreinen.” In dit licht is de samenwerking met Bureau Jeugdzorg of het Centrum voor Jeugd en Gezin volgens Rob een belangrijke ambitie. “Vaak komen jongeren via die kanalen binnen. Behalve de bestaande ACT-teams, willen we daarom ook inzetten op mobiele diagnostiek- en consultatieteams met daarin enkele voorpostfunctionarissen van Bureau Jeugdzorg, die de uitvallers er zo uit pikken. Sommigen hebben soms een zetje nodig - bemoeizorg om erger te voorkomen in de sfeer van crisisopvang, politie en justitie. Daar willen wij zo breed mogelijk op inzetten. Vandaar dat zo'n gevarieerde samenstelling van teams zoals in het Oude Noorden zo belangrijk is. Ik zou er naartoe willen dat we de verschillende disciplines bij elkaar brengen en dat die samen een afspiegeling zijn van de problematiek die bij die jongeren past. Soms kun je je bijvoorbeeld voorstellen dat het in het geval van jongeren, die thuis lastig zijn maar nog net wel naar

school willen, nodig is de thuissituatie te ondersteunen, zodat zij voor school behouden blijven en toch thuis kunnen blijven wonen. Dat in zo'n geval de moeder kan bellen als er iets is. Dat is ook een typische ACT-benadering. Want dat is wat we willen: er dicht bovenop zitten. ACT is intensief, gaat over grenzen heen, is voor de lange termijn en geeft continuïteit. En ook als het weer de goede kant op gaat, blijven we in de buurt en kan de cliënt of de omgeving ons bellen met heel concrete vragen.”

“Als je een psychische ziekte hebt, kan dat je hele leven ontregelen, maar het hoeft niet je hele leven te bepalen. Je ziet veel jongeren met wat mildere ziektebeelden, die nog wel hun school kunnen afmaken of werk kunnen vinden, maar die naarmate de samenleving strenger wordt, alsnog uitvallen. Vroeger kon een jongen met ADHD gaan varen, in het leger gaan of zonder diploma een eigen zaak beginnen. Maar dat wordt steeds moeilijker. Dus op het moment dat wij meekijken als zo'n jongen van school gaat en zien dat hij licht verstandelijk gehandicapt is - wat niet altijd wordt onderkend - dan zien wij daar wel een

gat in. Dan zeggen wij: ‘lastig? Onhandelbaar? Deze jongen moet wat medicatie hebben; zet hem vooraan in de klas, geef hem wat extra aandacht en help hem met bepaalde leermethodieken, dan kan hij het prima aan’.”

Klantgerichte zorg. Het lijkt een modewoord. Maar waar moeten we aan denken als mensen niet door hebben dat ze misschien wel onmogelijke dingen willen en soms ook gewoon overlast bezorgen?

Rob zoekt nu even heel bewust de grens op: “Wat is de norm? Daar gaat het om. Wat doe je met iemand die niet helemaal ‘normaal’ is? In Maastricht heb ik eens een vrouw meegemaakt die in de volksmond hartstikke gestoord was. Ze wilde een gouden kamer hebben en dat kon dus niet. Dus werd ze afgevoerd. Maar de toenmalige behandelend psychiater, Detlev Petri van de Woonafdeling in Maastricht, zei: ‘hoezo kan dat niet?’... en heeft haar kamer helemaal goud geverfd. Ze was er supergelukkig mee. Dat kunnen wij wel gek vinden, maar ja, als je kunstenaar bent vindt iedereen het wel normaal. Dat bedoel ik met die onderkant in de samenleving. Van Michael Jackson accepteren we dat hij

knettergek is en een heel park bouwt om zijn kinderwens te verwezenlijken.. We vinden hem gek maar we sluiten hem niet op. Maar woon je in een tweekamerflatje en je burens maken bezwaar, dan heb je een probleem. Ik bagatelliseer dat overigens niet, maar mijn boodschap is wel dat je met wat meer hulp en begrip die uitwassen beter kunt kanaliseren, zonder dat je iemand helemaal wegstopt.”

“Ik vind ook dat ongelooflijk veel jongeren met problemen zich nog goed staande weten te houden. De eis van een minimaal aantal nachten voor de nachtopvang maakt het juist voor de lichtere gevallen moeilijk om te overleven. Hetzelfde geldt voor de instroomdata op scholen. Ben je een maand te laat of verpest je het, dan moet je een heel jaar wachten. Dat zou anders moeten.

Natuurlijk moet je het onderliggende sociale of psychiatrische probleem van een lastige jongere onderzoeken, maar daarnaast zijn er evenveel bureaucratische systemen die de sociale en psychologische ontregeling van iemand versterken en ervoor zorgen dat het jongeren niet lukt de zaak zelf weer op de rails te krijgen.

School, uitkering, alles waar een loket voor is en waar je binnen een bepaalde situatie aan gehouden bent – daar wordt zelfs een gezonde Kafka ziek van.

Iedereen die de ‘normale’, zeg maar koninklijke weg kan bewandelen naar de psycholoog, de huisarts, maatschappelijk werk, het ziekenhuis en noem maar op, die moet dat ook doen. Maar het gaat hier om een doelgroep die het op de een of andere manier niet lukt die weg te bewandelen.

En als je die uitfiltert met je diagnostiekteam, dan blijft de zwaarste groep over. Die moet dan ook zwaar behandeld worden, maar juist met die tussengroep valt een oorlog te winnen. En ook een heleboel geld trouwens, maar dat terzijde.”

stoned

Tot die tussengroep behoort ook Perry. Nadat Vanessa nog een jonge moeder - een door Indische mensen uit Hawaï geadopteerd meisje - heeft geholpen met de kwijtschelding van gemeentelijke lasten, gaan we op weg naar Perry op de kop van Maashaven. Hij staat al te wachten en als Vanessa hem vanuit de auto alvast mobiel

probeert te traceren, meldt hij dat hij een broodje shoarma eet.

Hij staat er inderdaad. Perry is eenentwintig en voelt zich helemaal thuis in de gabberscène. Hij is Feyenoord-supporter, maar heeft vorig jaar na rellen met Ajax-supporters een stadionverbod gekregen. Hij woont in een huis van Centrum van Dienstverlening, een heel goede club volgens Vanessa. Via het ACT probeert men hem te bewegen om af te kicken en aan het werk te gaan, maar er is een probleem. In de loods van kan hij niet terecht Vanwege de te verwachten spanningen met de vele zwarte jongens die er werken, kan hij niet terecht in de loods van Otto Schildknecht aan de Schiehaven, afgelopen zomer bekend geworden dankzij het bezoek van minister Rouvoet. Perry houdt er namelijk behoorlijk racistische fantasieën op na en soms moet je in een zeker stadium problemen eerder voorkomen in plaats van genezen.

“Ik had de hele dag nog niet gegeten,” zegt Perry als we hem bij de kraam ontmoeten, “dus heb ik net nog een tweede broodje genomen. Willen jullie er ook eentje?”

Terwijl hij wat sneller eet om mee

naar het café op de hoek (The Corner geheten) te gaan, morst hij allerlei smurvy op zijn nieuwe bomberjack. “Da’s balen, zeg!”

Hij veegt met zijn ene hand de vlekken van zijn jack, maar laat daardoor met zijn andere hand de inhoud van het broodje op zijn schoenen glippen.

Hij lacht. “Goh, balen zeg. Maar wel lekker!”

“Ga je mee wat drinken?” lacht Vanessa.

Maar Perry aarzelt. “Shit man, daar zitten allemaal negers, waarom gaan we niet naar de coffeeshop daar aan de overkant?” Weer lacht hij, met de blik op oneindig. Maar Vanessa dirigeert hem richting The Corner: “Ik zie er niet een hoor. Bovendien: negers doen helemaal niks. Dan ben ik ook een neger!” Ze wijst naar zichzelf.

“Nee, maar jij bent een goeie. Geen echte, bedoel ik!”

En daar heeft hij gelijk in, want Vanessa is van Indonesische afkomst. We praten wat en Perry maar lachen. Nu hij niet meer naar Feyenoord kan, gaat hij de weekends regelmatig naar Duitsland, naar het Roergebied waar ze van die ‘hele vette grote feesten’ houden.

“Toffe muziek, man. En speed. Lots of

speed. Dat heb je hier niet. Echt vet daar.”

Wanneer we terug rijden naar de Maas slaat de stemming opeens om. Hij heeft geen sleutel en houdt zijn zusje daar verantwoordelijk voor. Ze is zomaar weggegaan en is niet meer teruggekomen.

“Ik kan er niet in. Ik trap de deur in en daarna sla ik haar helemaal verrot.”

Vanessa rijdt langs de haven onder het oude Poortgebouw door richting Perry’s huis en zegt heel rustig: “Dat zou ik maar niet doen, Per... Kost je zo 250 euro. Vijftig voor het slot, tweehonderd voor een nieuwe deur. Bovendien word je dan het huis uitgezet en kan je weer van voren af aan beginnen. Dus denk even na, lieverd.”

Perry zwijgt en grinnikt. Ja, da’s wel veel geld. Daarvoor moet je heel wat lood en koper van de daken stelen...

“Maar ja, wat dan? Shit man...”

Als we bij zijn woning zijn aangekomen, stapt Perry uit. Hij probeert via de regenpijp naar boven te klimmen en zo het balkon op te gaan van de eerste verdieping waar hij woont. “De balkondeur is wel open!” roept hij nog. Dan valt hij terug en kan nog net op de stoep springen. Hij draait zich om, kijkt om zich heen en ziet dat

Vanessa en de verslaggever nog staan te wachten.

Hij loopt op de auto toe en vraagt of ik hem een voetje kan geven.

Dat lukt. In een mum van tijd slingert hij zijn benen over het balkon en is binnen.

Er komt een oudere heer langs met een bril en een korte winterjas. Hij kijkt omhoog en ziet mij op de stoep staan. “Hé, wat is dat, zomaar inbreken op klaarlichte dag?”

“Nee, valt wel mee hoor. ’t Is in zijn eigen huis. Wij zijn van de hulpverlening.”

De man vertrouwt het maar half. Totdat hij Vanessa in haar auto ziet zitten. Zij zwaait naar hem. Hij mompelt wat terug en loopt door. “Het zal je kind maar wezen.”

“Goed dat die man zich ermee bemoeide,” zegt Vanessa als ik weer instap. “Ik hou daar wel van.”

Niet dat schichtige omkijken en doorlopen, maar gewoon zeggen waar het op staat.”



Binnenzijde kaft
Achter



Deze transitie-agenda is een visie in ontwikkeling. Hij zoekt naar de wortels van de problemen in de zorg en schetst wenkende toekomstperspectieven. Bovenal is het een uitnodiging om mee te denken en mee te doen.

Deze agenda ontstond als een initiatief naast het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg. Deze agenda liet zich voeden door de experimenten van dat programma en andere radicaal vernieuwende initiatieven en wil richting geven aan de transitie waarin zij zich bewegen.

Er is ook een korte versie beschikbaar op www.zorgtransitie.nl