

Inhoud

Voorwoord	3
Hoofdstuk 1: Inleiding	5
Hoofdstuk 2: De (voor)geschiedenis	15
Hoofdstuk 3: Literaturomderzoek: betekenisgeving	29
Hoofdstuk 4: Het empirisch onderzoek: geschiedenis	39
Hoofdstuk 5: Het empirisch onderzoek: betekenisgeving	53
Hoofdstuk 6: Andere resultaten uit de gesprekken	63
Hoofdstuk 7: Eisen aan de nieuwe professional	71
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen voor nieuwe professionals en hun opleiding	79
Samenvatting	87
Summary	91
Literatuurlijst	95
Over de auteurs	109

Voorwoord

Volgens Shakespeare zou het niet uit moeten maken welke naam dingen krijgen; een roos die komkommer wordt genoemd gaat daar niet minder van ruiken.

In de praktijk blijkt het echter wel degelijk uit te maken welke woorden er worden gebruikt om een begrip, een doel, een ideaal aan te duiden. Benoemen is vaak ook betekenis geven en hoe iets heet, bepaalt vaak wat men er mee wil bereiken.

In de hulpverlening worden vaak begrippen gebruikt die in feite al in zich dragen wat de gebruiker, de hulpverlener, met zijn interventies wil bereiken. Zonder zich er van bewust te zijn geeft de hulpverlener in de woordkeuze blijk van opvattingen, mogelijk zelfs normen en waarden, die zijn of haar gedrag beïnvloeden. Dit geldt ook voor de schrijvers van nota's en plannen voor ander beleid of een ander voorzieningenaanbod.

In dit boek wordt ingegaan op de veranderingen in het woordgebruik, de betekenisgeving, in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problematiek. De historie van die zorg laat zien dat soms andere woorden voor dezelfde doelen zijn gebruikt, maar ook dat met dezelfde woorden andere doelen werden beschreven. En ook nu lijken dezelfde termen andere zaken te bedoelen of worden dezelfde zaken anders beschreven. En opgemerkt is daarmee ook de hulpverlening veranderd.

Voor een goede beroepsuitoefening is het belangrijk dat hulpverleners zich bewust zijn van de termen die zij gebruiken, zodat zij zich daarmee ook bewust worden van de verwachtingen die zij van hun cliënten hebben. Met deze zin wordt in één keer de bedoeling van het boek en dus van de auteur duidelijk gemaakt: er aan bijdragen dat hulpverleners zich realiseren welke boodschap zij in de uitoefening van hun beroepspraktijk uitdragen. Want, wat Shakespeare er ook van dacht: het maakt wel degelijk wat uit welke naam je gebruikt voor wat je bedoelt.

Dr. ir. Rick Kwekkeboom
Lector Vermaatschappelijking in de Zorg
Avans Hogeschool

1 Inleiding

1.1 Het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg.

In oktober 2003 is het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg van Avans Hogeschool, Breda, officieel van start gegaan. De lectoraten aan de Nederlandse hogescholen zijn ingesteld om door middel van onderzoek de relatie tussen de opleidingen en het beroepenveld te versterken. Het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg heeft ervoor gekozen om door onderzoek tot meer inzicht te komen in de behoeften en ervaringen van de mensen waar het in de vermaatschappelijking om gaat: afhankelijk van de context zijn dat de cliënten, bewoners of gebruikers van zorg. Die informatie kan dan worden doorgegeven aan de (toekomstige) werkers in het veld, en aan de opleidingen.

Door het lectoraat is onderzoek gedaan naar de visie op vermaatschappelijking van de provinciale en gemeentelijke overheden en van de instellingen in de regio Zeeland en West-Noord-Brabant. Tevens is onderzocht wat er op grond van deze visie voor de gebruikers is gerealiseerd in het kader van vermaatschappelijking in de zorg (Kwekkeboom e.a., 2005). Het ging in dit onderzoek om instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en instellingen voor mensen met psychiatrische problematiek. Tevens is onderzoek gedaan in dezelfde regio naar de beleving van de gebruikers zelf, die ervaring hebben met het meer zelfstandig gaan wonen (Kwekkeboom e.a., 2006). Voor dit onderzoek is voor gebruikers van voorzieningen gekozen uit dezelfde sectoren en bovendien voor mensen die gebruikmaakten van voorzieningen in het kader van Maatschappelijke Opvang. In beide onderzoeken werd niet alleen gekeken naar het aanbod, en de relatie daarvan met ervaringen en belevingen, maar ook naar de kansen en bedreigingen, naar succesfactoren en knelpunten.

Niet alleen uit de onderzoeken van het lectoraat, ook uit andere onderzoeken blijkt de laatste jaren dat er bedreigingen en knelpunten zijn. Niet iedereen is even gelukkig met sommige recente ontwikkelingen. Tonkens spreekt haar twijfels uit bij de idee van 'mondige burgers', omdat het degenen die niet zo mondig zijn uit beeld laat verdwijnen. Bovendien heeft de mondige cliënt de professional klem gezet (Tonkens, 2003). In die laatste constatering zit ook de relevantie van het kritisch kijken naar begrippen als 'mondigheid' en 'autonomie' voor de opleiders aan toekomstige professionals. Ook Van den Brink, Trappenburg en Van Houten zien knelpunten (Brink, 2004; Trappenburg, 2005 en Houten, 1999 en 2000). Maar wat als knelpunten en bedreigingen worden gezien heeft te maken met de definitie en de invulling

die aan het begrip vermaatschappelijking wordt gegeven. Dit probleem wordt nog versterkt door het feit dat in de omschrijving van vermaatschappelijking opnieuw termen worden gebruikt die voor verschillende uitleg vatbaar zijn. Het vergelijken van standpunten wordt daardoor bemoeilijkt. Ook wordt het gesprek ingewikkeld, omdat zowel voor - als tegenstanders van bepaalde aspecten van wat door hen vermaatschappelijking wordt genoemd, in hun redeneringen en argumentatie nieuwe termen gebruiken die niet eenduidig zijn. De conceptuele verwarring kan zich dus op drie niveaus afspelen: het begrip vermaatschappelijking zelf, de begrippen waarmee het begrip nader wordt ingevuld, en de begrippen die in de redeneerketen voorkomen om een bepaalde praktijk te onderbouwen.

Ook in de eerdergenoemde, vanuit het lectoraat uitgevoerde onderzoeken bij de overheden, instellingen en cliënten, kwamen verschillende invullingen van het begrip vermaatschappelijking en diverse connotatie daarbij naar voren, evenals verschillende interpretaties en vertalingen naar de praktijk. Als aanvulling op de eerdere onderzoeken vanuit het lectoraat is recent onderzoek gedaan naar ervaringen met en de visie op vermaatschappelijking van persoonlijk begeleiders, die werkzaam zijn met mensen met een verstandelijke beperking (Lange en Wajon, 2007). Aanleiding daarvoor was een van de resultaten uit eerder onderzoek, namelijk het grote belang dat persoonlijk begeleiders hebben voor het welzijn van cliënten die zelfstandiger zijn gaan wonen. Door studenten van Avans Hogeschool is in het kader van hun afstuderen onderzoek gedaan naar beeldvorming in een wijk voor het laten participeren van mensen met een beperking of psychiatrische problematiek in een wijkcentrum. Een vergelijkbaar onderzoek door studenten naar draagvlak voor het in een buurt wonen, loopt in het studiejaar 2006-2007.

Met al deze onderzoeken vanuit het lectoraat, het SCP en anderen, regionaal en landelijk, wordt langzaam een 'lappendeken' zichtbaar van de verschillende praktijken en ervaringen met, opvattingen over en perspectieven op het verschijnsel vermaatschappelijking. Een perspectief dat toch in alle beleidsnota's, debatten, artikelen, onderzoeken, zorgvisies, onderzoeksrapporten en discussies een rol speelt, is tot nu toe in het lectoraat nog niet expliciet belicht. Dat betreft het hierboven gesignaleerde probleem van de conceptuele onduidelijkheid en verwarring, die mogelijk doorwerkt in het vormgeven aan wat men als vermaatschappelijking ziet. Het constateren van deze lacune was aanleiding voor dit onderzoek.

1.2 Aanleiding voor dit onderzoek

Vermaatschappelijking is niet alleen een min of meer recent verschijnsel in de praktijk van zorg en welzijn, het is ook een min of meer recente idee, een begrip, een concept. Met 'min of meer recent' wordt bedoeld dat het begrip vermaatschappelijking ruim twintig jaar geleden werd geïntroduceerd, terwijl opvattingen en praktijken die als haar voorlopers kunnen worden beschouwd al eerder in de twintigste eeuw opkwamen.

Omdat de respondenten in het empirische onderzoek hoogstens een geschiedenis van veertig jaar in de sector zouden kunnen hebben, en er vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw duidelijk het een en ander veranderd is in de sector, is gekozen voor een verslag van veertig jaar theorie en praktijk in beeld gebracht. Alleen in de literatuurstudie is een kleine excursie gemaakt naar een verder verleden tijd.

Aanleiding voor dit onderzoek was het besef en de ervaring dat niet alleen met het begrip vermaatschappelijking, maar ook met een aantal andere begrippen die in de omschrijving van vermaatschappelijking voorkomen, verschillende zaken bedoeld kunnen worden. Er is zowel sprake van een verschil in opvatting over de begrippen zelf, als over hoe ze in praktijk gebracht kunnen of moeten worden. Dat in kaart brengen was het basisidee voor dit onderzoek. Op grond van een bepaalde concrete invulling, omschrijving en interpretatie ervan, is een aantal veranderingen in de zorg- en welzijnspraktijk in gang gezet en doorgevoerd. Het begrip verscheen op een gegeven moment zowel in visiestukken, beleidsnota's, doelstellingen en projectomschrijvingen van instellingen, als in publicaties en in de media. Aanvankelijk, vanaf 1982, werd het als een nieuw ideaal en mogelijke oplossing voor geconstateerde ongewenste zaken gepresenteerd. Vanaf begin jaren negentig ging het idee, het beleid en de praktijk van vermaatschappelijking steeds meer gepaard met kritische kanttekeningen. Er komt vanaf die tijd een pleidooi op voor 'modern paternalisme', 'bemoeizorg' als een tegenbeweging tegen de ideeën van keuzevrijheid, eigen verantwoordelijkheid, zelfstandigheid en autonomie, die in de poging het begrip vermaatschappelijking nader in te vullen, gebruikt werden. Kritische geluiden in de jaren negentig kwamen van de kant van theoretici, denkers en wetenschappers. Een voorbeeld daarvan is het proefschrift van Henselmans, sinds 1989 projectleider van een bemoeizorgproject in Rotterdam, over 'bemoeizorg/ ongevraagde hulpverlening' aan schizofrene patiënten (Henselmans, 1993). Een ander voorbeeld is het debat in de Balie en het gelijknamige pamflet 'Naar een modern paternalisme' (Kuypers en Lans,

1994). Een laatste voorbeeld is een artikel dat bij de Academie voor Sociale Studies van Avans Hogeschool in de onderwijsmodule beroepsethiek wordt gebruikt: 'Autonomie in de hulpverlening. Een herinterpretatie' (Widdershoven 1998).

Ook vanuit cliënten en familieleden zijn kritische geluiden te horen en te lezen en die kritische geluiden worden met de tijd sterker. Dat blijkt uit hun websites, artikelen en ingezonden brieven in de kranten. Het volgende citaat uit een brief van een psychiatrische patiënt liegt er niet om: "De huidige wetgeving, die beoogt de vrijheid van psychiatrische patiënten te beschermen, leidt in de praktijk tot machteloosheid, wanhoop en uitzichtloos lijden, van zowel de psychiatrische patiënt, heden ten dage eufemistisch 'cliënt' genoemd, als de familieleden en vrienden in zijn directe omgeving". Daar sluit de kop van een bespreking van een onderzoek uit 2001 door het Trimbosinstituut: "Cliënten moeten snel weer patiënt worden", aardig bij aan.

Uit de kop 'Vermaatschappelijking is te ver doorgeslagen' boven een artikel in de Staatscourant over het project 'Huisjes' vanuit de vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie Ypsilon komt ook een bepaalde suggestie naar voren. Is dat terecht? En wat wordt er eigenlijk mee bedoeld? De betekenis van begrippen, de inhoud die er aan wordt gegeven, de concrete invulling, de associaties en connotaties spelen misschien een rol in dergelijke uitspraken. Maar hoe? In bovenstaande en andere uitspraken komen allerlei woorden voor die ook vaak voorkomen in de omschrijving of invulling van (het doel van) vermaatschappelijking. En het begrip vermaatschappelijking zelf is ook niet zomaar eenduidig te definiëren, zoals in paragraaf 1.1. al is geconstateerd. Dit probleem speelt niet alleen in discussies en in ingezonden brieven, maar dan ook in zorgvisies en beleidsnota's en in overheidsstukken. Dan blijft het gebruik van een bepaald woord met een bepaalde interpretatie en invulling echter niet zonder gevolgen. Dan kan het leiden tot besluiten, tot daden, tot investeringen, tot bouwen en afbreken, kortom tot concrete veranderingen die op hun beurt weer effecten hebben in het dagelijkse leven van veel mensen.

Het idee dat het gebruik van woorden met een bepaalde lading, waardering en betekenisgeving aanleiding kan zijn voor een bepaald beleid en de uitvoering daarvan, ligt ten grondslag aan dit onderzoek. Een zelfde idee lag ten grondslag aan een publicatie in 1970, Anatomie van het welzijn. Het voorwoord is van Dr. Marga Klompé, destijds minister van

Cultuur, Maatschappelijk Werk en Recreatie, die net een Memorandum over Wetgeving op het gebied van het maatschappelijk en cultureel welzijn had gepubliceerd. Zij schrijft: "Het is nu al weer verscheidene jaren dat het toverwoord Welzijn in omloop is. Het gebeurt natuurlijk meer dat bepaalde woorden opeens in de mode raken, maar het overvloedig klin-ken van het woord welzijn is niet alleen een kwestie van modieus taalgebruik. Er steekt een werkelijkheid achter dit woord, die velen hevig beroert en tot grote inspanningen brengt. Uit naam van ons aller welzijn voeren vele groepen actie om bepaalde zaken te bevorderen of te vermijden, er worden organisaties opgericht, er wordt veel geld aan uitgegeven... Als een term en het verschijnsel dan zo'n grote rol zijn gaan spelen verdient het aandacht van de wetenschap ter kritische overdenking" (Tienen, 1970). Vervang in deze tekst 'welzijn' door 'vermaatschappelijking' en de onderliggende idee van dit onderzoek is beschreven.

Daarnaast was de aanleiding voor dit onderzoek dat een bepaald aspect van 'vermaatschap-pelijking', te weten het ideologische aspect, nog niet expliciet in de eerdere onderzoeken van het Lectoraat aan de orde was gekomen. Het idee dat betekenisgeving, onafhankelijk van het waar of handig zijn van die betekenis, aanleiding geeft tot een bepaald gedrag, is algemeen bekend. Soms keert de wal het schip en wordt een idee genuanceerd, bijgesteld, of zelfs weer losgelaten. Het nadeel van een bepaalde idee erg belangrijk vinden, kan zijn dat men ande-re zaken uit het oog verliest. Kritisch stilstaan bij de termen kan wellicht bijdragen aan een andere koers, het keren vóór de wal. Het aangeven van de juiste koers is niet de doelstel-ling van dit onderzoek. Het onderzoek zal zich beperken tot een nadere beschouwing van de betekenisgeving in en rondom het begrip vermaatschappelijking en de gevolgen daar-van voor de ontwikkeling van beleid en het voorzieningenaanbod. Op grond daarvan zal ook gekeken worden naar de gevolgen van een bepaalde betekenisgeving voor het leven van de betrokkenen en voor het onderwijs aan de toekomstige professionals. Maar hoe meer er over gesproken en geschreven wordt en hoe meer er uit naam van vermaatschappelijking iets in praktijk wordt gebracht, des te meer krijgt men de indruk dat het om een paraplubegrip gaat (Koops en Kwekkeboom, 2005).

ZorgVisie hield in 2006 een enquête onder een steekproef van ruim zeventig zorgbestuurders en managers uit de GGZ en gehandicaptenzorg over het vermaatschappelijkingsideaal. Ruim de helft van de respondenten vindt dat vermaatschappelijking een ideologisch beladen term is geworden. Uit de enquête blijkt ook dat het doel van vermaatschappelijking in de loop

der jaren steeds bescheidener is geworden. Het ideologische gehalte blijkt bijvoorbeeld uit de omkering van doel en middel. “Vermaatschappelijking is te zeer een ideologie geworden. Het zou geen doel op zich, maar een middel moeten zijn, dat kan bijdragen aan het welzijn van de cliënt”, stelt de directeur van een stichting in Midden Limburg. Hetzelfde idee spreekt uit de Openbare les waarmee de lector Vermaatschappelijking in de Zorg het lectoraat feestelijk opende (Kwekkeboom, 2004). Dit onderzoek naar de waarden van en de voorwaarden voor vermaatschappelijking voor zover het (on)kritisch gebruik van de begrippen daar een aandeel in heeft, sluit daar op aan.

1.3 Doel en relevantie van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan welke betekenis er de afgelopen 25 jaar aan het begrip vermaatschappelijking is gegeven, en eerder aan de zogenaamde voorlopers van dat begrip. Verder was het doel om te onderzoeken welke effecten die betekenisgeving heeft gehad voor het denken over en voor het in praktijk brengen van zorg. Dat gebeurt door aandacht te besteden aan de begrippen die in de omschrijving van het begrip vermaatschappelijking het meeste voorkomen. Het onderzoek is, behalve voor het werkveld, ook relevant voor het lectoraat Vermaatschappelijking in de zorg, omdat het lectoraat mede als doelstelling heeft in het reguliere onderwijs een bijdrage te leveren. Om de huidige generatie studenten adequaat voor te bereiden op de beroepspraktijk in de sector is het van belang dat zij kennis opdoen van het verschijnsel vermaatschappelijking in de zorg.

Het doel van dit onderzoek is dus het perspectief te onderzoeken, de visie, de betekenisgeving, die, in het begrip vermaatschappelijking zelf en in de andere begrippen waarmee dit begrip wordt ingevuld, besloten ligt. Die betekenisgeving wordt in relatie gezien tot het concrete aanbod van voorzieningen op het gebied van wonen, werken en dagbesteding aan mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met psychiatrische problematiek. Dat aanbod heeft effecten op het concrete leven van alledag van de betrokkenen. En het heeft invloed op de manier van werken van de begeleiders en andere zorg- en hulpverleners in de sector. De betekenisgeving beïnvloedt ook het zien van kansen en bedreigingen van wat men onder vermaatschappelijking verstaat.

In het onderzoek, met name in het verslag van het literatuuronderzoek, zal aandacht worden besteed aan de historische en maatschappelijke context van de 20e eeuw. Opvattingen van individuen maar ook van groepen en samenlevingen ontstaan en ontwikkelen zich, veranderen en verdwijnen onder invloed van de omgeving. De betekenisgeving van begrippen gebeurt daarom niet puur individueel; er is vaak sprake van trends en mode, ook in de sector van zorg en welzijn. De betekenisgeving speelt zich af in een sociale context, en heeft een geschiedenis die niet los is te zien van maatschappelijke, vaak economische ontwikkelingen. Impliciete associaties en connotaties in definities en omschrijvingen van de belangrijke begrippen in het spreken over vermaatschappelijking dringen via media, vanuit de overheid of actiegroepen, door in de discussies in de sector en in het maatschappelijke debat. Dit debat speelt zich altijd af in maatschappelijke ontwikkelingen, in de bestaande sociaal-economische context. Theorieën en modellen komen op en gaan weer weg. Voor dat verschijnsel werd in de jaren zeventig het begrip 'paradigma' geïntroduceerd en uitgelegd aan de hand van de verschuiving van medisch model naar sociaal model die toen in de geneeskunde plaatsvond.

Het is niet alleen zo dat begrippen ontstaan in een bepaalde historische context, maar omgekeerd – en dat is voor dit onderzoek meer relevant – is het ook zo, dat als er eenmaal een bepaald begrip is, vanuit dat idee de maatschappelijke context wordt veranderd. Hierboven werd dat al geïllustreerd met het begrip welzijn in 1970; in hetzelfde jaar verscheen er een boekje over de ontwikkelingen in de GGZ, waarin die worden beschreven met aandacht voor de veranderende 'mentaliteit' door de eeuwen heen. Ter illustratie een citaat hieruit: "Slechts zó kan deze zorg op zijn betekenis worden gewaardeerd en – temidden van het tumult der maatschappelijke gebeurtenissen – van zijn nauwe bindingen met mentaliteit en financiële mogelijkheden van de maatschappij doen blijken... En zoals de huidige benadering slechts bestaanbaar is, doordat de mentaliteit binnen onze samenleving deze mogelijk maakt, zo is het begrijpelijk dat alle maatschappelijke ontwikkelingen der achter ons liggende eeuwen een duidelijke weerspiegeling vinden in de houding die men tegenover geestesziekte aanneemt... Wellicht wordt ook de huidige situatie een wat betrekkelijker gegeven, dat tot bescheidenheid maant... Het is mogelijk dat door een juister zicht op de historische ontwikkeling oude maar hardnekkig voortlevende - denkbeelden over psychisch gestoorde mensen worden afgebroken en een gaver voorstelling van de huidige situatie wordt gevormd" (Schut, 1970).

1.4 Context van het onderzoek

Dit onderzoek betreft de relatie tussen een bepaalde visie, op vermaatschappelijking en de woorden die in de invulling van dat begrip een rol spelen, en het in praktijk brengen van ideeën van vermaatschappelijking, de voorlopers daarvan, en de begrippen die er mee in verband worden gebracht. De context van het onderzoek is divers. Op de eerste plaats is er de context van het historische kader. Het ontstaan van (het gebruik van) het begrip vermaatschappelijking en de diverse kernbegrippen in de omschrijving van dat begrip, in de sociaal-maatschappelijke omgeving. Daarnaast is er het ideologische aspect. Dat betreft de kernbegrippen die voorkomen in de omschrijving van vermaatschappelijking, en die verschillende betekenissen kunnen hebben. Dan is er de sociologische of praktische invalshoek. Die betreft de effecten die deze begrippen gehad hebben en momenteel hebben op de concrete plannen, projecten en veranderingen in de sector. Ten slotte is er de ideologie- kritische of filosofische benadering. Van daaruit worden kritische kanttekeningen gezet – mede gezien de concrete ervaringen vroeger en nu - bij deze begrippen en de invulling ervan.

Het onderzoek bestaat uit twee gedeeltes. Op twee manieren is gezocht naar een antwoord op de onderzoeksvraag en de daaruit afgeleide deelvragen.

Het eerste onderzoek betrof een literatuurstudie, het tweede een empirisch onderzoek onder beleidsmedewerkers, managers en directieleden die al langere tijd en momenteel nog steeds in de sector werkzaam zijn. Centraal in het onderzoek staat het begrip en het verschijnsel vermaatschappelijking in de zorg, aan mensen met een verstandelijke beperking, dan wel een psychiatrische problematiek, en de belangrijkste begrippen die gebruikt worden om het verschijnsel vermaatschappelijking te omschrijven. De selectie van de begrippen die in het onderzoek worden meegenomen is in eerste instantie gebaseerd op de literatuurstudie en in tweede instantie ook op de gevoerde gesprekken met de respondenten. Er is gekozen voor de begrippen die in de literatuur het meeste gebruikt werden, te weten begrippen die te clusteren zijn in het idee van 'eigen keuze', begrippen die behoren tot een cluster 'burgerschap' en ten slotte het begrip vermaatschappelijking zelf.

De centrale onderzoeksvraag was:

welke betekenisgeving was de afgelopen veertig jaar, voorafgaand aan het gebruik van het begrip vermaatschappelijking gangbaar en is dat nu, en welke effecten heeft die betekenis-

geving (met een aantal daarin gebruikte begrippen) gehad op de succesfactoren en de knelpunten bij de realisering in de praktijk van wat uit naam van die betekenisgeving werd beoogd?

Hoewel deze vraag de rode draad was in de gesprekken met de respondenten die al langere tijd werkzaam zijn in de sector en nu in beleids- en managementfuncties zitten, is zij slechts indirect aan hen gesteld. Waar wel concreet naar is gevraagd is het volgende:

1. Welke theorieën, personen en instellingen hadden aanvankelijk invloed op hen, de beleidsmakers van nu?
2. Wat is er op grond van ideeën die in een bepaalde tijd invloed hadden gerealiseerd op het gebied van wonen, dagbesteding en welzijn van mensen met een beperking? En welke oorzaken hadden daar volgens de respondenten invloed op?
3. Welke (paradigma)verschuivingen vonden – o.a. door de confrontatie met de praktijk - plaats?
4. Hoe kijken zij nu aan tegen de begrippen uit de drie clusters: zelf kiezen, burgerschap en vermaatschappelijking?
5. Hoe zien zij de toekomst?

Deze vragen voor de gesprekken met de respondenten zijn ontleend aan de literatuurstudie, en komen tevens voort uit de behoefte om een link te leggen naar het onderwijs via het lectoraat.

1.5 Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 en 3 wordt verslag gedaan van de literatuurstudie. De resultaten van de literatuurstudie worden globaal weergegeven. De literatuurstudie heeft twee resultaten opgeleverd. Het eerste is een schets van de historische maatschappelijke omgeving waarin de sectoren GGZ en VGZ zich in Nederland in de 20e eeuw hebben ontwikkeld. Op de tweede plaats zijn daar de meest relevante begrippen in de betekenisgeving uit gedistilleerd. De begrippen die in de bestudeerde literatuur zijn gevonden waren uitgangspunt voor de gesprekken.

Een aparte paragraaf in de geschiedenis is gewijd aan het ontstaan, de rol en de visie van cliënten-, patiënten- en ouderverenigingen.

In hoofdstuk 4 wordt de opzet, uitvoering en het resultaat van het onderzoek onder de respondenten van een aantal instellingen in de sector in de regio Zeeland en West-Noord-Brabant beschreven. De resultaten worden beschreven met de nadruk op deelvragen 1, 2 en 3, dus de historische kant. Wat de respondenten verteld hebben over hun ontwikkelingsgeschiedenis wordt gelegd naast wat in de literatuur over deze periode in hoofdstuk 2 (geschiedenis) is geschreven.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten op de deelvragen 4 en 5 beschreven, die meer betrekking hebben op de betekenisgeving, nu en in de toekomst. Er worden conclusies getrokken uit de gesprekken, en deze worden gerelateerd aan de literatuurstudie over de betekenisgeving, die in hoofdstuk 3 is beschreven.

In hoofdstuk 6 wordt vermeld wat verder in de gesprekken naar voren is gekomen, hoewel daar vanuit de literatuurstudie niet expliciet naar is gevraagd, op het gebied van betekenisgeving en hun denken over de toekomst.

In hoofdstuk 7 wordt vermeld wat de respondenten gemeld hebben over hun werkers, welke problemen zij bij hen waarnemen, en wat zij denken dat hun werkers nodig hebben aan competenties om met de veranderingen in betekenisgeving en concrete zorgverlening goed te kunnen (blijven) functioneren.

Tot slot worden in hoofdstuk 8 vanuit de conclusies met betrekking tot de gevolgen die een bepaalde betekenisgeving kan hebben voor de zorg- en hulpverlening, en dus voor het concrete werken dat invloed heeft op het leven van de cliënten, aanbevelingen gedaan. Deze betreffen de werkers en begeleiders. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de betekenisgeving die een rol speelt in een van de belangrijkste knelpunten, namelijk het bijna letterlijk knel komen te zitten van de werkers die het dichtst bij de cliënten werken, in schijnbaar onoplosbare dilemma's (Lange en Wajon, 2007). Vanuit de aanbevelingen voor de werkers wordt de overstap gemaakt naar de aanbevelingen voor het onderwijs aan beginnende professionals.

Gekozen is in dit onderzoek voor de term cliënt om de gebruikers van de voorzieningen, de subjecten waar de vermaatschappelijking om draait, aan te duiden. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychiatrische problematiek, behalve wanneer dat in de context relevant en dus noodzakelijk is. Mensen met... is te omslachtig, patiënt klinkt te somatisch-medisch, gebruiker of klant te economisch-consumptief, en burger te politiek-juridisch. In het woord cliënt zit van allemaal

2 De (voor)geschiedenis

2.1 Inleiding

Het was noodzakelijk in het kader van dit onderzoek de literatuurstudie beperkt te houden. De selectie die gemaakt is, is groter uitgevallen dan aanvankelijk was voorzien, maar blijft een selectie. En nog deels een willekeurige en daardoor wellicht onevenwichtige selectie ook. Het bestuderen van de literatuur had een oriënterende bedoeling voor de gesprekken. Bij de selectie van de literatuur is gefocust op ideologische lading en relevantie, dat wil zeggen op betekenisgeving. Aanvullende literatuur bleek achteraf nodig vanwege de resultaten van de gesprekken en deze wordt bij de conclusies vermeld. In de privé-bibliotheek bleek nog veel uit de beginperiode van de veertig jaar die in de onderzoeksopzet waren voorzien (1965-2005) voorhanden. Bovendien was te voorzien dat de tijd waarover de respondenten uit eigen ervaring in de sector konden vertellen ook ten hoogste veertig jaar zou zijn. Behalve een klein uitstapje naar de eerste helft van de twintigste eeuw gaat het literatuuronderzoek over veertig jaar theorie en praktijk.

Er wordt in dit hoofdstuk niet ingegaan op de concrete ontwikkelingen in de sector, ontstaan en geschiedenis van instellingen, noch op wetgeving en regelgeving. De geschiedenis wordt alleen verteld voor zover er bepaalde ideeën en opvattingen opkomen, tot een bepaalde praktijk aanleiding geven, en weer veranderen of verdwijnen. Ze is alleen bedoeld om de achtergrond en de situatie te schetsen van waaruit ook een begrip als vermaatschappelijking kon ontstaan, wat haar voedingsbodem was, en wat haar voorlopers waren. Aanvankelijk was het de bedoeling de geschiedenis in de jaren zestig te laten beginnen, aansluitend bij het gangbare idee dat er toen 'nieuwe' ideeën ontstonden en er van alles veranderde. Tijdens de literatuurstudie veranderde dit beeld en daarom wordt er ook kort stil gestaan bij de ontwikkelingen in het begin van de twintigste eeuw.

In hoofdstuk 3 worden de begrippen geclusterd in drie groepen, te weten 'eigen keuze', burgerschap en vermaatschappelijking. De drie clusters geven ook min of meer een historische volgorde weer. Toch levert dat geen waarheidsgetrouw beeld op, omdat er begrippen zijn die al een eeuwenlange geschiedenis hebben, en relatief nieuwe begrippen. Bovendien is het niet zo dat begrippen werkelijk uit het niets opkomen en helemaal verdwijnen, ze worden vaak een tijdlang in elk geval nog door elkaar gebruikt. Omdat de belangrijkste focus in dit onderzoek de inhoud, de betekenis van de begrippen is en het effect daarvan op de praktijk van vermaatschappelijking in de sector, wordt niet veel aandacht besteed aan de historische volgorde.

De vragen die door middel van de literatuurstudie geprobeerd zijn te beantwoorden, en die later in het empirische onderzoek ook min of meer in deze vorm aan de respondenten zijn gesteld, waren de volgende.

Wanneer, waardoor en waar is het begrip 'vermaatschappelijking' in Nederland ontstaan, welke kernbegrippen zijn in de nadere invulling van het begrip opgenomen en hoe zijn deze begrippen in het vervolg een rol gaan spelen in beleid en praktijk van de sectoren GGZ en VGZ? Wanneer veranderde de betekenisgeving? Vanuit welke hoek werd die aangestuurd en door wie werd het later overgenomen? Welke (paradigma) verschuivingen vonden plaats? Wat was daarvan het effect in beleid en realisering van veranderingen in de sector?

De resultaten van de literatuurstudie worden weergegeven onder twee aspecten. Ten eerste historisch: de ontwikkelingen in Nederland en in het buitenland in dit hoofdstuk. Ten tweede theoretisch: de begrippen die voorkomen in het theoretische kader van waaruit ontwikkelingen worden aangestuurd, beschreven, geïnterpreteerd en geëvalueerd, in hoofdstuk 3.

2.2 Vermaatschappelijking, wat er aan voorafging

...tot 1945

In een interview uit 1980 vertelt de toen bijna tachtigjarige psychiater Querido, de grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland, over zijn werk voor de GGD in Amsterdam, waar hij in 1931 de opdracht kreeg het aantal opnames te beperken. Hij legt huisbezoeken af in de volksbuurten van Amsterdam om mensen voor wie een opname in de psychiatrie dreigde, met behulp van hun 'maatschappelijk steunsysteem' thuis te kunnen laten blijven wonen (VN, 1980). Tevens reisde hij jarenlang de 40 gestichten in Nederland af waar de 3000 patiënten uit Amsterdam (op de 30.000 in Nederland) verbleven en wist er elke keer een paar uit te halen die volgens hem naar huis konden, ook weer als de omgeving meewerkte. Querido keek naar de 'wijdere' omgeving, zag de invloed van de omgeving in het ontstaan van de problemen en stelde ook dat mensen niet beter werden door ze te isoleren, maar de meeste mogelijk wel door een andere benaderingswijze.

De geschiedenis van ideeën over en praktijken van 'vermaatschappelijking' gaat dus verder terug dan vaak gedacht wordt. Het algemeen gangbare beeld is immers dat het denken hierover in de jaren zestig is begonnen. Maar ook Querido was niet de eerste die kritiek had op de gangbare praktijken van opsluiting buiten de samenleving en nadacht over andere manieren

om mensen te behandelen en genezen. Al aan het einde van de achttiende eeuw ontstond in verschillende Europese landen het optimistische idee dat de geketende waanzinnigen in de gestichten door ze te behandelen als menselijke wezens te genezen zijn. Veel van hun vreemde en agressieve gedragingen zouden juist reacties zijn die opgeroepen werden door de dwang en de opsluiting. In de boeken over de sociale geschiedenis van de waanzin wordt met name de Parijse psychiater Philippe Pinel genoemd, die in 1793 hoofdgeneesheer was geworden van Bicetre, het Parijse ziekenhuis dat onderdak bood aan krankzinnige mannen. In 1794 zou hij letterlijk en eigenhandig de kettingen van de krankzinnigen van de Bicetre en de vrouweninrichting Salpêtrière hebben losgemaakt 'in een gebaar van psychiatrische bevrijding, een nieuw licht voor de behandeling van waanzinnigen' (Foucault, 1961; Porter, 1987).

Vanaf de negentiende eeuw stijgt echter het aantal opsluitingen 'ter wille van veiligheid en genezing' spectaculair. In Engeland zaten in 1800 zo'n 5000 mensen in gestichten, in 1900 ongeveer 100.000 en in 1950 meer dan 150.000. In datzelfde jaar zaten in de Verenigde Staten bijna een half miljoen gestoorde mensen opgesloten in psychiatrische instellingen.

In Nederland ontstaan eind achttiende eeuw de eerste specifieke instituten voor duidelijk opvallende categorieën gehandicapten: 1790 doofstommeninstituut Groningen, 1808 blindeninstituut Huizen en 1853 het eerste internaat voor zwakzinnige kinderen, 'idioten' genoemd, in Den Haag. Men gaat duidelijk verschil maken tussen krankzinnigen als zieken van geest en zwakzinnigen. Aan het einde van de negentiende eeuw komen er geleidelijk meer instituten voor zwakzinnigen, die ook 'medisch-pedagogische doelstellingen hebben, en er komen speciale 'debielenscholen' '. Dolhuizen, verbeterhuizen, krankzinnigengestichten voor allerlei soorten volwassenen, waaronder ook krankzinnigen die overlast bezorgden, waren er al langer. Reinier van Arkel in Den Bosch dateert van 1442 en Willem Arntsz in Utrecht van 1461. Al deze instellingen lagen in de stad.

In 1818 wordt bij Koninklijk Besluit vastgesteld dat genezing van patiënten het doel van krankzinnigengestichten moet zijn. In 1841 wordt de eerste krankzinnigen wet van kracht en een inspectie ingesteld. In 1884 wordt de krankzinnigenwet herzien. Opname is alleen nog mogelijk met gerechtelijke machtiging, en er ontstaat een groot aantal (17) inrichtingen op levensbeschouwelijke basis en buiten de steden zoals in Vught, Loosduinen en Zuid-Laren. De betere zorg en specialisatie, ook in de zwakzinnigenzorg, bracht wel meer afzondering van de maatschappij mee. Het paviljoensysteem komt in de plaats van een groot gebouw, en de opleiding voor het personeel wordt geüniformeerd. Rond 1920 wordt de term gesticht steeds meer vervangen door termen als Instelling, Ziekenhuis of Stichting. In 1929 vindt weer

een wijziging van de krankzinnigenwet plaats, waarbij vrijwillige opname en ontslag mogelijk wordt. Na de Tweede Wereldoorlog komt er meer aandacht voor recht op een menswaardig bestaan voor iedereen, en maatschappelijk welbevinden.

Het waren Engeland en de Verenigde Staten waar vanaf het begin van de twintigste eeuw de inspiratie vandaan komt voor een andere aanpak. Querido was in 1930, met nog een paar andere Nederlandse kopstukken uit de sector van zorg en welzijn als Pameyer van de Rotterdamse inrichting Maasoord en Juffrouw Lekkerkerker van de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB), naar het eerste Internationale Congres voor Geestelijke Volksgezondheid in Washington geweest.

Na de eerste wereldoorlog had de Duitse inrichting in Erlangen –weliswaar uit gebrek aan personeel en voedsel- de patiënten buiten de instelling bij gezinnen in de stad ondergebracht, onder controle van de psychiater. Dat bleek zo'n succes, dat een aantal Nederlandse inrichtingen, onder andere Santpoort en Den Dolder, het idee van 'voor en nazorg gericht op ontslag' als beleid overnamen. Uit dat idee zal zich in de jaren zestig de SPD in de grote steden ontwikkelen.

Bevlogen jaren: 1945 – 1965

De eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog zijn bevlogen jaren, ondanks de materieel moeilijke omstandigheden. Veel bewegingen, tijdschriften en verenigingen ontstaan, in de hoop op het bijdragen aan 'nooit meer oorlog' en een betere wereld. Ook in de sector van de VGZ en GGZ wordt een en ander weer op peil gebracht en ingezet tegen moreel verval, ontwrichte gezinnen, en bedreiging van de openbare orde. Aanvankelijk draaien alle ideeën en initiatieven om (her)opvoeding, preventie en saneren, in het kader van een 'psychische hygiëne'. In de jaren vijftig vindt een grote uitbouw en organisatie van de GGZ sector plaats en maakt langzamerhand het 'zedelijkheidsoffensief' plaats voor een therapeutisch discours. Vanuit Engeland en de VS komt de therapiecultuur overwaaien, vanuit de psychoanalyse raakt het woord neurotisch in de mode.

De overheid volgt in die jaren nog het particulier initiatief, maar langzaamaan gaan de instellingen in de sector en de bevolking steeds meer initiatief van de overheid verwachten. In de jaren zestig komt er een hausse aan subsidieregelingen op gang en gebeurt er van alles tegelijk. Optimisme naast kritiek op misstanden, aandacht voor de invloed van sociale factoren en tegelijk individualisering, psychofarmaca naast psychodrama, patiënten/cliëntenbewegingen enerzijds en professionalisering anderzijds.

Een nieuw paradigma: 1965 - 1982

Rond 1965 vindt een paradigmaverschuiving plaats: in de VGZ slaat de pedagogische gerichtheid van na 1945 (zwakzinnigenzorg, kindbescherming, kinderspsychiatrie, Medisch Opvoedkundige Bureaus) definitief om in aandacht voor volwassenenpsychologie. Therapie in plaats van opvoeding wordt het nieuwe paradigma.

In de GGZ veranderen de psychiatrische inrichtingen onder invloed van de mogelijkheden van psychofarmaca, er is een uitgebreide arbeids- en creatieve therapie, de 'therapeutisch milieugedachte' ontstaat, sociotherapeuten, en de eerste poliklinieken en ambulante zorg ontstaan naast de intramurale.

Eind jaren zestig komen de eerste kritische boeken uit en ontstaan er experimenten en conflicten. De kritiek komt van de kant van de nieuwe intellectuelen, op alle aspecten van de gevestigde orde. Het is weer een bevlogen tijd, maar anders dan na 1945 (Lieshout, 1985). De zorgsector wordt nu zelf onderwerp van kritiek, in plaats van dat ze gezien wordt als de oplossing van maatschappelijke problemen. De maatschappelijke betrokkenheid keert zich tegen de zorginstituties, tegen het medische model, tegen de hulpverlening. Vanuit de kritiek ontstaan allerlei alternatieve instellingen als JAC en Release. Dit is de tijd van de kritische geluiden over de toestanden in gezinnen, in instellingen en tegen het medische model. Ondanks de tegenbeweging en de kritiek groeiden het aantal instellingen en het aantal bedden echter nog flink. Ook de reguliere zorg neemt toe en de stigmatisering gaat door (Kwekkeboom, 2001). De Gekkenbeweging komt met een affiche op spiegelpapier: Ooit een normaal mens ontmoet? En...beviel 't?

Er verschijnen veel boeken over de misstanden in de psychiatrie. Als eerste het boek van Goffman, *Totale instituties*, dat veel sociaal wetenschappers inspireerde (Goffman, 1975). Een van de belangrijkste opvattingen in deze tijd is dat de maatschappij, het gezin, de instituties gek of ziek zijn, en niet de cliënt of patiënt gek is. Dat is het centrale idee in de stroming of beweging die de antipsychiatrie wordt genoemd. Dat begrip was en is een verzamelnaam voor onderling nogal diverse theorieën, opvattingen en praktijken. Een van de meest kenmerkende overeenkomsten is wellicht het idee dat de kritiek (anders dan de term antipsychiatrie doet vermoeden) niet alleen gericht was op misstanden binnen de psychiatrie, maar op de psychiatrie in zoverre ze bijdroeg aan het verhullen van maatschappelijke misstanden. Het woord antipsychiatrie slaat niet zozeer op een kritiek op de psychiatrie als zodanig, maar op haar functie als in stand houden van de praktijken in gezin, werk, school en andere instituties. Dit zou men haar maatschappijkritische of de politieke oriëntatie kunnen noemen. De maat-

schappij wordt gezien als ziekmakend, de patiënt als slachtoffer van zieke maatschappelijke verhoudingen. Juist de meest gezonden (in een gezin, in een werksituatie, in de hele samenleving) kunnen daar niet tegen. De kritiek op de hardheid, het ziekmakende waardoor individueel lijden ontstaat, is uit een aantal van de titels van de boeken uit deze tijd af te lezen: 'Hoe mis is het', 'Stenen hebben pijn' en 'Bomen spreken', de laatste twee van de psychiater Maas, directeur van de tbs- kliniek de Pompekliniek in Nijmegen. (Rooy en Steers, 1972; Maas, 1973 en 1975). Maas keerde zich fel tegen alle uitoefenen van deskundigheid, omdat dat een ongelijke machtsverhouding bewoners-sociotherapeuten betekende (Maas, 1973 en 1975; Broekhoven, 1973). Ook de titel 'Wie is van hout?' is veelzeggend. Het boek van Jan Foudraïne, die gewerkt had in de VS. en opgeleid was tot psychiater in Washington, werd een bestseller, met 25 drukken in twee jaar tijd. Foudraïne werd in 1965 chef de clinique in Stichting Veluweland, Ederveen, een kleine therapeutische gemeenschap (30 mensen) en werd de 'Messias van de schizofrenen' genoemd (Foudraïne, 1971). Al deze boeken protesteren tegen de 'verdingelijking' van mensen (stenen, bomen, hout), waarvan de patiëntendemonstraties in de collegezalen die in die tijd bij de Medische Faculteiten door de hoogleraren werden gegeven, een voorbeeld waren. De titel van het boek van Foudraïne doelt daar expliciet op.

Aan de kritiek in Nederland liggen ook invloeden vanuit het buitenland ten grondslag. In een aantal landen in West-Europa en in de VS vindt eenzelfde ontwikkeling plaats als in Nederland. Laing, Cooper en Esterson zijn de meest bekende namen uit Engeland; hun boeken werden in het Nederlands vertaald en leidden tot aandacht voor het ziekmakende gezinssysteem en het politiseren van de psychiatrie. In Frankrijk werd in hetzelfde jaar als de studentenopstanden in Parijs, 1968, in Straatsburg de universitaire psychiatrische kliniek gesloten. Maar een van de meest invloedrijke, want tot de verbeelding sprekende, bewegingen is die van de democratische psychiatrie in Italië. Van antipsychiatrie ('60) tegen de instituties werd het een democratische psychiatrie in de maatschappij, waaraan politieke partijen en vakbonden deel namen en vrijheid als medicijn werd gezien ('70). In 1977 werd het psychiatrische ziekenhuis van Triëst definitief gesloten, en een jaar later werden bij wet alle inrichtingen gesloten. Daar voor in de plaats kwamen er ambulante structuren en beschermde woonvormen. De hulpverleners bezochten de patiënten thuis. Niemand bleek terug te willen naar vroeger, hoe veel lijden er ook bleef en hoe het er in huis ook vaak niet uitzag. Door politieke tegenwerking is het experiment deels mislukt, deels verspreid over het hele land doorgegaan (Schmid, 1977).

Ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten komt vanaf 1970 de roep om integratie en deconcentratie. Het meest bekende Nederlandse voorbeeld uit deze tijd is (1969–1974) Dennendal. In 1969 werd Carel Muller directeur van Dennendal, de afdeling 'zwakzinnigen' van de Willem Arntz Hoeve in Bilthoven/Den Dolder. Hij begon vanuit het idee van 'verdunning' met kleine woongroepen. Het was een alternatieve scène waarvan 'kabouters' en dienstweigeraars deel uit maakten, met een biologische moestuin en een theetuin. Beslissingen werden collectief genomen. Het ging immers om 'gewoon samen mens zijn'. De zwakzinnigen zijn niet vreemd, zij zijn spontaan en direct. Het anders zijn wordt juist gewaardeerd. De instelling zou omgevormd worden, op basis van een ontwerp van architect Van Klingeren, tot een woonwijk. Het bestuur ging dwarsliggen. Piet Reckman werd voorzitter. 'Nieuw Dennendal' werd gesticht, en in 1974 na een hetze van De Telegraaf en onder het kabinetsnet den Uyl ontruimd. Maar het was volgens Tonkens een mijlpaal in onze geschiedenis (Tonkens, 2003).

Van 1970 tot 1972 probeerde in Leiden psychiater Sjef Teuns bij het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) eenzelfde vernieuwing als in Dennendal door te voeren, het MOB onder de mensen te brengen en een eigen opleiding te starten. Het leidde ook hier tot een conflict met het bestuur en Teuns werd ontslagen.

In 1970 liep St. Bavo, Noordwijkerhout, voorop met de Hafakker. Een tweede Nieuw Dennendal, dit keer vanuit een psychiatrische inrichting. Twee oude paviljoens met zeventig mannen op een zaal, spanlakens en andere toestanden krijgen een nieuwe aanpak. Er komen groepsleiders in plaats van broeders. Gewoon samen mens zijn in plaats van behandelen. St. Aloysiuspaviljoen wordt woon- en leefgemeenschap de Hafakker. In 1978 is het leven er zo op het oog veel beter op geworden, met eigen kamers, veel activiteiten, een eetcafé. Maar de groepsleiders zijn onaantastbaar, ze maken de dienst uit in hun vaste leefgroep. Het verdunningsidee en omgekeerde integratie worden pas in 1986 gerealiseerd, in een verdunningswijk op het instellingsterrein voor mensen met en zonder beperking.

De overheid neemt het over: 1982-2002

Waarom is voor deze periode gekozen, voor de jaren 1982 en 2002 als markeerpunten? In recente literatuur wordt gesproken over 'sinds de jaren 80'. De meeste acties zijn begin jaren '80 voorbij, maar als er gebouwd gaat worden, is dat toch rond 1980 vanuit een ander concept.

In 1982 kwam de 'moratoriumgroep' met een voorstel om te stoppen met de bouw van

nieuwe klinieken. Dat kan als een concrete mijlpaal worden beschouwd, een uiting van een omslag in denken. In 2002 was de Taskforce Vermaatschappelijking GGZ klaar met haar opdracht en kwam met het rapport *Erbij horen*. In hetzelfde jaar publiceerde de RMO het rapport *De handicap van de samenleving*. In beide rapporten is de conclusie dat meer gekeken moet worden naar de voorwaarden waaraan van de kant van de maatschappij moet worden voldaan om vermaatschappelijking werkelijk een kans van slagen te geven. En in plaats van aan 'de' overheid wordt daarbij een belangrijke taak toegekend aan de lokale overheid.

In de twintig jaar ertussen is er veel gebeurd, en is de basis gelegd, zowel qua beleid als mentaliteit, voor de wetgeving, waaronder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), en de vormgeving aan de vermaatschappelijking van de zorg die wij nu meemaken.

De jaren zestig en zeventig waren gekenmerkt door kritiek op (misstanden in) de grote instituties, zowel in de GGZ als in de VGZ. De zorg voor verstandelijk gehandicapten maakte tot ver in de jaren tachtig deel uit van de geestelijke gezondheidszorg en veel VGZ-instellingen waren onderdeel van Psychiatrische instellingen, zoals Dennendal van Den Dolder, en het St. Aloysiuspaviljoen van de St. Bavo. Ook in de meer gespecialiseerde VGZ-instellingen bestond kritiek op de instituties. Dat deze kritiek minder luid was, is te verklaren door het feit dat deze instellingen voor het merendeel waren opgezet vanuit religieuze of charitatieve organisaties (noot: Mans, 1998). Die kritiek leidde tot modernisering van de instellingen en kleinschaliger nieuwbouw in de jaren tachtig. In de VGZ-sector vindt een groei plaats van kleinschalige woonvoorzieningen, gezinsvervangende tehuizen, GVT genoemd, en dagcentra. Vooral de cliënten van een hoger niveau profiteren van beter wonen en betere dagbesteding. Zowel de tijdsgeest als nieuwe psychofarmaca maken het mogelijk te realiseren wat een aantal mondige cliënten, kritische hulpverleners en wetenschappers wilden. St. Bavo in Noordwijkerhout loopt voorop en nadat al in de jaren zeventig en begin jaren tachtig oude paviljoens waren omgezet in moderne woonvoorzieningen, De Hafakker, maken zij in 1986 een experimentele 'verdunningswijk' op het instellingsterrein, waar 'gewone' mensen tussen de mensen met verstandelijke beperking komen wonen. Deinstitutionalisering en kleinschaligheid wordt een brede politieke beweging. De begrippen volwaardig burgerschap en community care komen steeds meer centraal te staan.

Vanaf 1984 komen in stukken vanuit de overheid steeds meer begrippen als deinstitutionalisering, extramuralisering, ambulante hulpverlening voor (Kwekkeboom, 2001). Psychiatrische ziekenhuizen, de 'totale instituties', zijn vanaf eind jaren '70 al meer poliklinisch

en (semi)ambulant gaan werken. Onder invloed van de Democratische Psychiatrie in Italië houden psychiaters als Romme, Van de Heide en Van Ree o.a. in vaktijdschriften pleidooien voor in 'het eigen milieu' blijven, tegen isolement, voor gebruikmaken van voorzieningen in de stad (Heide en Ree, 1982). Inderdaad worden zwembaden, kapsalons en dergelijke in instellingen afgebroken, en begint ook het wonen in woonvoorzieningen in de wijken. Maar over het algemeen blijft de instelling dominant, al is die wat moderner en kleinschaliger geworden. Geen deinstitutionalisering dus, maar wel vernieuwingen binnen de Psychiatrische ziekenhuizen en heel veel ver- en nieuwbouw. Het wonen is vaker gescheiden van behandelen: er is meer deeltijdbehandeling, er ontstaan sociowoningen. Er wordt begonnen met bouwen vanuit het idee van beschut wonen, beschermd wonen en verdunning. De RIBW's ontstaan. Naast extramuraliseren en deinstitutionaliseren worden nu ook rehabilitatie en normalisering trefwoorden. In 1984 verschijnt de eerste overheidsnota (Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid) waarin wordt gesproken over extramuralisering. Bedden moeten vervangen (gesubstitueerd) gaan worden door beschermde woonplekken (RIBW). De sociale psychiatrie was al in 1981 gereorganiseerd in RIAGG's (Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg). Maar door de hoge vlucht die de psychotherapie heeft genomen onder invloed van ontwikkelingen in de jaren zeventig, wordt juist de klassiek sociale psychotherapie uitgehold. Tegelijkertijd ontstaat er echter door de extramuraliseringstendenzen meer behoefte aan crisisopvang en nazorg. Verdragende factoren voor de ontwikkeling vormen beperkingen in geld en ruimte, weerstanden vanuit de organisaties zelf, te weinig faciliteren vanuit de overheid. Er ontbreekt een wettelijke basis, zoals in Scandinavië, waar het 'recht op zorg thuis' vanuit het idee van keuzevrijheid in de wet is vastgelegd.

De doorwerking van idealen en theorieën jaren uit de jaren zestig en zeventig, zij het gematigd, roept samen met de behoefte aan bezuinigingen en efficiëntie een nieuwe praktijk in het leven. Voorzichtig tekenen zich in deze periode ook opvattingen en begrippen af die momenteel sinds een paar jaar aan de orde van de dag zijn: de verantwoordelijkheid voor, participatie, activering. Een begrip als 'verantwoordelijkheid' is nooit helemaal weggeweest, maar er is wel sprake van een accentverschuiving en een andere invulling. In de kabinetten Lubbers I en II in de jaren tachtig werd gesproken over de 'verantwoordelijke samenleving', maar verantwoordelijk betekende meer 'eigen bijdrage' dan 'eigen keuze', en eerder zorgzaamheid voor anderen dan 'baas in eigen buik'. Het 'zelf kiezen' uit allerlei mogelijkheden raakt op de achtergrond, ten gunste van het moeten kiezen binnen wat mogelijk is (Reijen en Buchem, 1984).

In 1993 vindt zowel het debat 'Keuzes in de zorg' plaats als het uitkomen van het rapport 'Kiezen en delen' van de commissie Dunning.

Vanaf 1994 worden er grootschalige veranderingen aangekondigd.

Begin jaren negentig bleek Nederland namelijk één miljoen inwoners in de WAO te hebben, een grote werkeloosheid, lage arbeidsparticipatie van vrouwen, een aankomende vergrijzing, een verstikkend web van wet- en regelgeving, de pan uitrijzende kosten voor de gezondheidszorg en 'calculerende burgers'. De verzorgingsstaat kwam daardoor steeds meer onder druk te staan, financieringen werden veranderd, privatisering en deregulering, kortom, het markt-denken, marktwerking en welzijnsmarketing deden hun intrede. Rechten en plichten moesten meer in evenwicht zijn en het activeren van de arbeidsmarkt werd weer belangrijker dan vrijetijdsbeleid. De gemeentes kregen meer beslissingsbevoegdheid én een rol als regisseur. De scheidende burgemeester van Amsterdam, Ed van Tijn, spreekt naar aanleiding van de gemeenteraadsverkiezingen van 1994 van een 'verzorgingsstad' in plaats van de verzorgingsstaat. In die jaren wordt er ook een ander sociaal stelsel voorbereid, de 'verzorgingsstaat nieuwe –stijl'. In de sector van zorg en welzijn betekenen de bezuinigingsmaatregelen bijvoorbeeld budgetsubsidie vooraf aan instellingen, in plaats van het dekken van de uitgaven achteraf, en voor de burgers betekent het 't zelf bijverzekeren.

De 'oude' welzijnsterminologie van zelfontplooiing, zelfredzaamheid en emancipatie wordt minder gewaardeerd. Er is meer angst om op zichzelf te worden teruggeworpen, door het wegvallen van de vertrouwde sociale omgeving. Dat brengt welzijnswerkers er toe de functies van het systeem en de naaste omgeving over te gaan nemen, in plaats van grote maatschappelijke veranderingen te bepleiten. Er vindt opnieuw een verandering in betekenisgeving plaats. De kritiek van Hans Achterhuis op de welzijnswerkers, op de 'normatieve onmaatschappelijkheids bestrijder' uit de jaren vijftig en de gepolitiseerde welzijnswerker uit de jaren zestig en zeventig, lijken vergeten (Achterhuis, 1980). Vanaf 1994 komt het moraliseren weer voorzichtig op, en staat de professionele afstandelijke werker soms weer tegenover het 'autonome' individu. Zowel de termen bemoeizorg als 'modern paternalisme' worden in 1993 en 1994 geïntroduceerd. Sociaal verpleegkundige Henry Hesselmanns krijgt in 1993 een prijs van het Nationale Fonds voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor zijn project 'bemoeizorg' bij de Rotterdamse RIAGG. Het jaar daarna promoveert hij op dit onderwerp en is verbaasd dat men doet alsof hij het wiel opnieuw heeft uitgevonden. Hij doet en bepleit immers niets anders dan Querido in de jaren dertig in Amsterdam (Hesselmanns, 1993).

In 1994 bieden Paul Kuypers en Jos van der Lans bij een debat in De Balie in Amsterdam

hun pamflet 'Naar een modern paternalisme' aan minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Hedy d'Ancona aan (Kuypers en Lans, 1994).

Bij participatie en integratie wordt in deze periode vooral aan vrouwen, allochtonen en ouderen gedacht. In 1989 is 'sociale vernieuwing' de slogan. Deze blijft echter steken in een paar leuke kleine projecten in achterstandswijken. Vrees voor sociaal isolement van die groepen leidt tot aandacht voor wonen, werk en welzijn, de trefwoorden die later ook genoemd worden bij de vermaatschappelijking, integratie en participatie van mensen met beperkingen. Maar over hen gaat het in deze jaren in de publieke opinie, politiek debatten en media niet vaak. Vermaatschappelijking is voorlopig nog een interne notakwestie. Het begrip komt in 1984 voor in een nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid, en vanaf 1996 in een aantal adviezen en congressen in de sector, maar dringt nog niet door tot het grote publiek (Kwekkeboom, 2001).

De GGZ Groningen voert vanaf 1997 als eerste in Nederland een project uit dat niet alleen het idee vermaatschappelijking van de zorg expliciet als uitgangspunt heeft, maar ook in de praktijk het begrip waarmaakt. Mensen met een verstandelijke beperking gaan niet alleen wonen in een gewone woonwijk, maar in samenwerking met zorgaanbieders, ouderverenigingen, sportorganisaties, sociaal- cultureel werk e.a. wordt ook het opbouwen van een sociaal netwerk in de wijk gestimuleerd en ondersteund. In het project wordt daarvoor een methodiek ontwikkeld, die vanaf september 1998 in vier dorpen en wijken in Groningen wordt gebruikt.

In 2000 start de Taskforce GGZ en in 2002 is het rapport klaar. Een nieuwe periode is aangebroken.

Terugkijkend op deze twintig jaar kan men zeggen dat het, vergeleken met de er aan voorafgaande jaren zestig en zeventig die uitvoerig zijn besproken, een 'stille' periode was. Dat klopt, voor zover het acties, pamfletten, grote verhalen en idealen betreft. Maar de nota's, wetsvoorstellen, commissies, rapporten, fusies en reorganisaties volgden elkaar snel op. Het overheidsbeleid was in toenemende mate gericht op samenhang in de zorg, en participatie, al was die aanvankelijk op vrouwen en allochtonen, later ook op ouderen gericht en niet op mensen met beperking.

Twee tendensen lijken samen aan de basis te liggen voor de verschuiving in deze periode: enerzijds het afnemen van het revolutionair élan, van utopie en wereldhervorming en anderzijds het terugbrengen of herijken van de verzorgingsstaat. Misschien ingegeven door eenzelfde praktijk die duidelijk werd: de beperkingen en de ongewenste neveneffecten van de

ideeën van zelf kiezen en zelfontplooiing, van recht hebben op en geldbomen die de hemel ingroeiden, van ontzuiling en emancipatie, en voornamelijk aandacht voor consumptie, welzijn en vrije tijd. De jaren tachtig en nog meer de jaren negentig kenmerkten zich door de discussie over bezuinigingen in het kader van de verzorgingsstaat- nieuwe- stijl en de 'sociale vernieuwing', de slogan uit de jaren negentig, nadat in de jaren tachtig al over realisme, no-nonsense, een stap terug, doelmatigheid verhogen, eigen bijdrage, reorganisatie van de verzorgingsstaat en decentralisatie van voorzieningen werd gesproken.

2.3 Vermaatschappelijking: 2001- heden

In 2002 wonen 6000 mensen beschermd, 2000 begeleid en er is veel dag- en deeltijdbehandeling. Er zijn 110 dagactiviteiten centra en 73 regionale Psychiatrische Centra, tegenover nog 28.000 APZ-bedden (Trimbosinstituut). Elders worden aantallen genoemd als 20.000 en 23.000, dus van deinstitutionalisering is in elk geval nog geen sprake. In 2003 wonen en werken op het terrein van de Hafakker de cliënten in gewone huizen in een gewone wijk, maar er is nog geen sprake van integratie. In 2004 woont van de mensen met een verstandelijke beperking in Nederland (30.000) inmiddels eenderde in huizen in wijken. 20.000 (dat zijn er absoluut gezien meer dan in 1974) wonen nog in instellingen, staat in de Humanist nummer 3 van 2004.

Een vereniging als Onderling Sterk, met als beleidsmedewerkster Conny Kooijman, die in de jaren zeventig medewerkster van Carel Muller op Dennendal was, pleiten nog voor opheffen van de inrichtingen. De instellingen blijken bovendien steeds duurder te worden, omdat de cliënten die er blijven wonen degenen zijn die de meeste zorg behoeven. Nu, in 2006 wordt Dennendal (sinds 2001 onderdeel van de Stichting Reinaerde) echt gesloten en er komt een nieuwe wijk op die plaats. Omgekeerde verdunning. Niet de 'gewone mensen' naar het instellingsterrein, maar de mensen met beperking de wijk in. Een verkeersluwe wijk, met allemaal dezelfde huizen. Van de inwoners zal één op zeven een verstandelijke beperking hebben.

2.4 Excursie: Cliënten-, patiënten en ouderbewegingen

In de literatuur kwam ook de rol van de cliënten en patiënten ter sprake. Omwille van de overzichtelijkheid is ervoor gekozen om deze kort als een apart item te bespreken.

In 1964 is de Stichting Pandora (= hoop in de doos van Pandora) opgericht door een in de VS wonende Nederlandse zakenman, Van Ameringen. Het doel is het zichtbaar maken en bestrijden van vooroordelen over psychiatrische (ex-)patiënten en de rehabilitatie daardoor bevorderen. In de GGZ waren het aanvankelijk ook de (ex-)cliënten geweest die samen met de werkers bekritiseerden, protesteerden en actievoerden. In 1980 eiste de cliëntenbeweging dat alle psychiatrische inrichtingen gesloten zouden worden.

In de VGZ waren er in de jaren zeventig steeds meer initiatieven vanuit ouders om kleinschalige woonvormen te starten en een aantal instellingen en particuliere woonvormen is daaruit ook ontstaan. Wat de patiëntenbeweging en anderen wilden, wordt in de jaren tachtig in toenemende mate in het beleid opgenomen. Integreren in de samenleving, weg uit de bossen, vraaggericht, zorg op maat, cliëntperspectief, kijken naar mogelijkheden in plaats van naar beperkingen.

De cliëntenorganisaties zijn inmiddels geïnstitutionaliseerd, beter georganiseerd, gefuseerd. Ze zijn bijna allemaal tot landelijke organisaties uitgegroeid. Ze zijn gesprekspartner, zorgen voor inbreng van de gebruikers van zorg in de regionale visiestukken en andere beleidsstukken. Daarnaast functioneren ze als informatiepunt, adviesgever, individuele ondersteuningbieder, als netwerk en sociaal contact. Er is ondertussen veel gerealiseerd van wat cliënten, patiënten en ouders wilden. Toch lijkt het alsof de meeste en hardste kritiek op wat er nu is, op 'vermaatschappelijking', weer vanuit de cliënten- en patiënten en ouderverenigingen komt. Maar net als bij de medezeggenschapsraden en studentenraden is het een probleem geworden om voldoende actieve leden te krijgen en houden. In een verslag van een bijeenkomst van de Cliëntenbond GGZ in Goes in 2004 staat dit laatste probleem als eerste punt van zorg. Een verklaring ervoor zou het medicijngebruik kunnen zijn, waardoor mensen niet tot veel komen. Maar de avond in Goes was belegd om te spreken over 'vermaatschappelijking'. Cliënten hebben de indruk dat de maatschappij daar niet op zit te wachten. Uit onderzoek blijkt dat weliswaar 75 procent van de mensen vindt, dat cliënten in de maatschappij moeten kunnen terugkeren, maar als het erop aankomt, om iemand naast je te hebben wonen, of er zelf bij betrokken te zijn, is het percentage mensen dat voor vermaatschappelijking is, aanzienlijk minder. De aanwezige (ex-)cliënten kunnen zelf niet zeggen dat ze contacten hebben met mensen in de samenleving. Ook vanuit de Cliëntenbond Utrecht komen dezelfde kritische geluiden, velen missen de aansluiting met de samenleving en de bonden uiten het vermoeden dat die 'vermaatschappelijking' eigenlijk gewoon een bezuinigingsoperatie is om de zorg voor psychiatrische patiënten tot een minimum te kunnen terugbrengen.

De Cliëntenbond heeft in 2000 en 2001 themabijeenkomsten over vermaatschappelijking gehouden in het hele land. De belangrijkste problemen die gesignaleerd werden, waren: arbeid, armoede, stigmatisering, weerstanden in de maatschappij, verkommering en verloedering. Afdeling Valkenburg rapporteert in 2001: "De vermaatschappelijking verloopt moeizaam. De groep heeft er geen optimistische verwachtingen van. Ze voorziet veel weerstanden in de maatschappij tegen de aanwezigheid van GGZ-cliënten." Alle stemmingen gaven een gelijk beeld: de optimisten waren ver in de minderheid. Anderzijds is de Cliëntenbond ook weer niet gelukkig met de geluiden die vanuit Ypsilon, de in 1984 opgerichte Vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of psychose komen. Ypsilon verspreidt volgens hen een nogal negatief beeld van patiënten die eigenlijk beter met dwang zouden kunnen worden opgenomen. De familieleden hebben zich destijds verenigd, omdat ze buiten de behandeling van hun familielid werden gehouden. "We wisten heel weinig. Daar waren we boos over." Maar oprichtster Ria van der Heijden is nu bozer dan toen. "...dat trof mij erger dan mijn zoon. Hugo had het naar de zin. Hij schilderde, verzorgde kippen, hakte hout... Ze zaten achter hekken, maar ze hadden het goed... Absolute nitwits hebben toen gezegd: ze moeten de stad in. En daar zitten ze nu te verkommeren in een flatje op driehoog... Het is een theorie, zoals het vroeger een theorie was dat het beter was als ik mijn zoon niet zag... Er horen ook woorden bij die niet deugen. Zoals het woord cliënt. Een cliënt is iemand die de keuze heeft. Maar een schizofrene patiënt heeft geen keuze. En toch hebben mensen die beter zouden moeten weten, hoog opgeleide mensen, het over cliënten en over overlastgevers. En overlastgevers moet je opruimen natuurlijk. Op het moment dat je zulke woorden gebruikt kun je dat ook doen. Als je patiënt zegt, kun je dat niet doen" (NRC 2004). Deze uitspraken bevatten twee duidelijke voorbeelden van een veronderstelde werking van begrippen. Op de eerste plaats de theorie 'ze moeten de stad in' die aanleiding geeft tot een bepaalde praktijk, zonder te kijken of dat in alle gevallen tot een verbetering voor het leven van de cliënt leidt. En op de tweede plaats geeft het woord 'cliënt' meteen heel andere mogelijkheden dan 'patiënt'. Men gaat er anders mee om, omdat er andere (on)mogelijkheden aan worden toegedicht.

3 Literatuuronderzoek: betekenisgeving

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op een aantal kernbegrippen zoals ze in de bestudeerde literatuur voorkomen en waar in het historische gedeelte in hoofdstuk 2 niet op is ingegaan. Het gaat er om welke begrippen in welke tijd en context door wie worden gebruikt en wat de betekenis en de invulling van die begrippen is en welke connotaties en legitimeringen er bij worden gegeven. Uit de enorme hoeveelheid literatuur is gekozen voor een paar voorbeelden, waarin de verschillende invullingen van het begrip naar voren komen. Het gaat om clusters van woorden die met elkaar in verband worden gebracht, die soms hetzelfde lijken te betekenen, die elkaar oproepen. Er is steeds gekozen voor een fundamenteel kernbegrip, waarbij de andere woorden in de invulling ervan, of als consequenties of als voorwaarde, een rol spelen. Drie begrippen staan centraal. Eigen keuze, burgerschap en vermaatschappelijking.

Als eerste is gekozen voor de clusternaam 'eigen keuze', om een aantal begrippen samen te nemen die vanaf de jaren zestig steeds meer in de literatuur voor komen. 'Eigen keuze' staat hier voor alle begrippen waarin het woordje zelf, eigen of auto voorkomt. Er is gekozen voor eigen keuze als kapstok, omdat het zelf kiezen de basis of de kern of de voorwaarde blijkt te vormen voor de andere begrippen.

Als tweede is gekozen voor burgerschap, omdat het alle andere begrippen die uitdrukking geven aan het meer kijken naar het lid zijn van de samenleving dan naar het individuele 'zelf kiezen', blijkt af te dekken. Vermaatschappelijking tenslotte is het begrip dat de laatste jaren de paraplu is geworden waaronder alle ontwikkelingen in de zorg zich afspelen en waar het ook in dit onderzoek uiteindelijk om gaat.

3.2 Eigen keuze

Onder 'eigen keuze' kan een aantal begrippen worden genoemd die allemaal verwijzen naar het individu, naar zelf (auto-), en naar eigen. Ze worden vaak in verband gebracht met verdergaande 'individualisering'. Het zijn de begrippen als: eigen verantwoordelijkheid, zelf kiezen, zelfontplooiing, zelfstandig, zelfredzaamheid en autonomie.

Een poging om deze begrippen te ordenen, levert het volgende op: uitgaande van de eigen keuze die een individu heeft kan men vinden dat die keuze ook gerealiseerd moet kunnen

worden. Dat is autonomie (zelf bepalen hoe te leven), zelfontplooiing, zelfstandigheid, zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van anderen. Bij al deze begrippen valt al op dat er een onderscheid gemaakt zou kunnen worden naar: zelf kiezen, beslissen, en het zelf kunnen of moeten uitvoeren van die keuze. Zelfstandigheid en zelfredzaamheid verwijzen al meer naar het ook kunnen doen van iets. In het begrip eigen verantwoordelijkheid zit diezelfde dubbelheid. Het kan ofwel als equivalent worden bedoeld aan zelf kiezen, waarbij de keuze ook kan zijn iets niet zelf te doen, ofwel met zelf uitvoeren, zelf doen van iets, zelf oplossen. Het dragen van de consequenties van de eigen keuze is bij allebei de interpretaties inbegrepen, maar krijgt bij de tweede betekenis toch al gauw iets van 'eigen schuld, dikke bult'.

De begrippen in dit cluster worden vanaf de jaren zestig in toenemende mate gebruikt, in een kritiek op de bestaande machtsverhoudingen in alle sectoren van de samenleving en ook in de sector van zorg en welzijn. De begrippen eigen keuze en autonomie komen voor in de boeken van de antipsychiatrie, de humanistische psychologie en van nieuwe therapieën, die vaak verwijzen naar de existentialistische filosofie met het idee van menselijke vrijheid, veroordeeld zijn tot kiezen en verantwoordelijkheid (voor de keuze) (Reijen, 1987).

In het boek dat in Nederland in de sector wellicht het meest bekend is geworden, 'De markt van welzijn en geluk' van Hans Achterhuis, werd de welzijnswerkers verweten dat ze mensen afhankelijk maken met hun bemoeienis, goede bedoelingen en emanciperen. Mensen verliezen het vermogen om voor zich zelf te zorgen, zich zelf te helpen, dus hun autonomie (Achterhuis, 1980).

Al vrij snel – dus nu oud, maar ook nog altijd actueel – is er al literatuur waarin kritische kanttekeningen worden gezet bij de bovengenoemde begrippen. Nijk schrijft in 'De mythe van de zelfontplooiing' over de dubbelzinnigheid en het vage van dit begrip (Nijk 1978). Deze begrippen zijn impliciet normatief en waarderend, ze bevatten al intenties en verwachtingen en worden gebruikt als leidraad voor beleid en handelen, en als kwaliteitsnorm. Ze hebben de neiging tot een vanzelfsprekende dominantie te worden, tot een mythe. Zijn kritiek op het idee van zelfontplooiing is dat de mogelijke maatschappelijke belemmeringen weinig aandacht krijgen, omdat de nadruk op een 'zelf' wordt gelegd, zonder dat duidelijk is wat dat zelf inhoudt. Hij ziet het gevaar voor legitimering van egoïsme, zonder dat hij dat begrip verder uitlegt.

Tonkens wijst er twintig jaar later op dat het begrip zelfontplooiing in de eerste periode een totaal andere inhoud had dan later. Het ging niet om een individualistisch, laat staan egoïstisch, begrepen idee. Het ging juist om een relationele, maatschappelijke of politieke cate-

gorie, zoals de acties laten zien (Tonkens, 1999). Oftewel: vrijheid in gebondenheid. En zoals Maslow schrijft: zelfontplooiing als groeibehoeft, niet vanuit gebrek, en pas als andere behoeften zoals sociale contacten en erkenning waren vervuld. Zelfontplooiing was gekoppeld aan een verandering, verbetering van de hele maatschappij. De zelfontplooiing was tegelijk gericht op de ander en op een andere maatschappij. Volwaardig menszijn vereiste ook rechtvaardigheid.

Pas aan het eind van de jaren tachtig kreeg het begrip volgens Tonkens een 'egocentrische' invulling en ging gelijk op met de ontwikkeling van de liberale marktmaatschappij. Nu is individuele zelfontplooiing een vanzelfsprekend uitgangspunt geworden, zonder bescheidenheid en geduld. Mondig zijn is grote mond(igheid) geworden volgens Micha de Winter (Winter en anderen, 2006). Een geluid dat steeds vaker wordt gehoord, en ook in de professionele term 'vraaggericht' tot en met de klachten van 'veeleisend' en toenemende agressie aan de balie tot uiting komt.

In twee recente publicaties wordt 'eigen verantwoordelijkheid', een begrip dat ook voor het kabinet Balkenende II een sleutelbegrip is, maar dan niet in de zin van keuzemogelijkheden hebben, maar van zelf doen, onder de loep genomen (Brinkman, 2006; Ossewaarde, 2006). In de kabinetsvisie 2003 staat dat burgers een te groot beroep doen op collectieve voorzieningen en dat maakt ze afhankelijk en apathisch. Eigen verantwoordelijkheid van 'na de verzorgingsstaat' heeft de connotatie van 'eigen keuze, ja of nee kunnen zeggen' kennelijk totaal verloren. Ossewaarde wijst op de 'discourstransformaties' van het idee van 'eigen verantwoordelijkheid'. Hij onderscheidt drie discours, waarvan de eerste de individuele invulling is, van het eigen geweten en de eigen keus. Het tweede discours is dat waarin de burger verantwoordelijkheden krijgt van de overheid, in de zin van mee mogen beslissen om sociale kwesties op te lossen en daardoor opstand en revolutie te voorkomen (pacificatie). In het derde discours (van na de verzorgingsstaat) is eigen verantwoordelijkheid het zelf dragen van risico's geworden. Hoewel Ossewaarde deze transformatie beschrijft over vijf eeuwen, is ze ook waar te nemen in de afgelopen veertig jaar. Burgers claimden in de jaren zestig de eigen verantwoordelijkheid in de zin van zelf kiezen en inspraak, daarna werd in raden en commissies een verantwoordelijkheid gegeven en daarmee actie en ingrijpendere veranderingen voorkomen en momenteel is het beroep op eigen verantwoordelijkheid bedoeld als een toeschuiven van wat er gedaan moet worden naar de mensen zelf.

Tegelijkertijd is er ook een beweging van meer 'zelf kiezen', maar in de zin van consumenten op de markt. Op dit idee en op deze praktijk van 'zelf kiezen' is in toenemende mate kritiek te lezen, vooral in (kranten)artikelen, omdat dit veronderstelt dat iedereen als consument op

de markt kan kiezen. En dat is misschien niet zo vanzelfsprekend, omdat er aan het kiezen op de markt een prijskaartje hangt. De invoering van het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel heeft laten zien dat 'zelf kiezen' naast niet voor iedereen mogelijk, ook geen pretje is. Het levert vooral veel papierwerk op, men 'raakt er onder bedolven'.

Bij het begrip 'autonomie' in de hulpverlening zijn kritische kanttekeningen gezet door Widdershoven (Widdershoven, 1998). Het gaat volgens hem niet om een negatieve vrijheid (afzien van inmenging of belemmering), maar om een positieve vrijheid: het vermogen om zelf invulling te geven, zelf greep te hebben op. Hij onderscheidt drie concepten van autonomie: de autonomie als recht dat men heeft, en waarbij de beslissingen bij de cliënt worden gelegd, zonder te kijken naar de voorwaarden waaronder dat recht te realiseren zou zijn. Bij de tweede, autonomie als identificatie, helpt de hulpverlener (na de beslissingen getoetst te hebben) de cliënt om de beslissingen van de cliënt in te passen in het leven van de cliënt. Bij autonomie in communicatie wordt de relatie hulpverlener–cliënt gezien als een onderhandelingsituatie.

Kort samengevat kan men zeggen dat alle begrippen die eenzijdig verwijzen naar een zelf, naar een autonoom individu, discutabel zijn, omdat in de praktijk mensen altijd met anderen te maken hebben en de autonomie van de een altijd wordt gerelativeerd of begrensd door de autonomie van de ander, als men reëel wil blijven.

3.3 Burgerschap

Het idee van burgerschap is meer recent op de agenda gezet van individuen, belangengroeperingen en bestuurders dan het 'zelf kiezen'. Aan het burgerschap worden meestal nog termen als volwaardig of (recent) actief toegevoegd. Ook hulpverleners begonnen het als hun taak te zien rekening te houden met volwaardig burgerschap, en niet alleen als gevolg van extramuralisering. Ook al woont iemand (nog) in een instelling, als verantwoordelijke burger organiseer je zelf je sociale leven en kom je op voor je rechten.

Bij de begrippen in dit cluster horen begrippen als normalisatie, integratie en participatie. Meestal wordt in de literatuur, vooral als het om mensen met beperkingen gaat gesproken over 'volwaardig burgerschap'. de toevoeging 'volwaardig' is nodig omdat burger ook in een andere, beperktere betekenis kan worden opgevat, als onderdaan in een staat, zodat ieder-

een die lid is van een natie, het al zou zijn. Niet alleen integratie en participatie, maar ook de begrippen uit het eerste cluster eigen keuze zouden gebruikt kunnen worden om 'volwaardig' burgerschap in te vullen. De verschillen tussen de twee clusters begrippen zijn niet zo absoluut.

In het 'eigen keuze' cluster werd immers ook uitgegaan van het individu (ik, zelf, eigen), en werd het als individu aangesproken, maar vooral als op zichzelf betrokken, terwijl het bij dit tweede cluster gaat om begrippen waarbij het individu vooral wordt gezien als lid van een groep of van de hele maatschappij. Er ligt dus een ander accent. Wanneer de begrippen uit het cluster 'eigen keuze' in de omschrijvingen van het begrip vermaatschappelijking worden gebruikt, doelt men daarmee op het zelf kunnen kiezen. Bijvoorbeeld te kunnen kiezen waar en met wie en hoe men woont, dus de regie hebben over het eigen leven. Wanneer begrippen uit het cluster burgerschap in de omschrijving van vermaatschappelijking voorkomen, ligt de nadruk op de invoeging in een bestaand kader, het meedoen en een aandeel leveren aan een groter geheel, erbij horen. In 'mondige burgers' komen de clusters bij elkaar (Tonkens, 2003). Het begrip 'mondige burger' hoort in de in dit onderzoek gekozen indeling toch meer in het eerste cluster thuis. Mondig duidt op 'opkomen voor jezelf'. In het begrip burger zoals in het tweede cluster bedoeld gaat het om de burger die in het geheel is opgenomen en daarin meedoet. Burgers hebben rechten, maar ook plichten.

Van Houten spreekt over 'inclusief burgerschap' (Houten, 2000). Hij wijst er op dat 'burgerschap', en zeker het begrip 'burgerlijk', in Nederland naar spruitjes riekt, en daarom begrippen als volwaardig (door de Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad), aansprekend (door de RMO), actief (door Tonkens) of inclusief (door hem zelf) er aan toegevoegd worden. Met inclusief bedoelt hij: iedereen kan er een beroep op doen, niemand is ervan uitgesloten. Voor zover dat nog niet is gerealiseerd, beveelt hij 'empowerment' aan als een manier om het te realiseren, totdat iedereen 'er toe doet' in een gevarieerde samenleving. Dat laatste lijkt een mentaliteitskwestie, maar in zijn artikel bedoelt hij ook dat mensen met beperkingen echt meedoen, feitelijk deelnemen aan. Ook Van Gennep legt de nadruk op het echt mogelijk maken, aanvullen, voorwaarden creëren, juist omdat er sprake is van mensen met beperkingen (Gennep, 2004). Van Gennep spreekt zelf nog altijd liever van handicap (Gennep, 2006). In dit onderdeel gaat het over begrippen waar juist het sociale aspect in wordt uitgedrukt, zoals ook gebeurt in termen als zorgzame samenleving, civil society, solidariteit. Anders dan in het volgende cluster vermaatschappelijking wordt hier gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen, rechten en plichten die aan de individuele burgers worden toegekend of van de

individuele burgers worden gevraagd, en niet naar de maatschappij als geheel.

Het begrip 'normalisering' heeft in de literatuur ook een negatieve klank, opgevat als disciplineren, zoals bij Foucault en bij Michielse (Foucault, 1961; Michielse, 1989). In de sector is en wordt het vooral gebruikt in de zin van 'gewoon net als iedereen' mee kunnen doen, zo gewoon mogelijk leven en heeft dan niet die negatieve klank.

Er is een verschil dat zich aftekent met het eerste cluster 'eigen keuze', waarin er vooral van wordt uitgegaan dat mensen, iedereen zelfs, al iets hebben of kunnen. In het tweede cluster 'burgerschap' ligt het accent meer op de beperkingen en daardoor op het creëren van voorwaarden. Historisch wordt vaak een omgekeerde lijn gezien: van denken vanuit beperkingen naar mogelijkheden, bijvoorbeeld in de rehabilitatiedachte. Met 'vroeger' wordt dan echter verwezen naar de tijd van vóór het denken in termen van 'zelf kiezen'.

3.4 Vermaatschappelijking

Nog altijd zijn 'extramuralisering' of 'deinstitutionalisering' begrippen waar bij vermaatschappelijking gemakkelijk aan wordt gedacht. Maar steeds meer worden er andere woorden aan toegevoegd en wordt juist gezegd dat het méér is dan extramuralisering, méér dan wonen in de wijk. Zowel begrippen uit het eerste (eigen keuze) als uit het tweede cluster (burgerschap) kunnen voorkomen in de omschrijvingen die worden gegeven van vermaatschappelijking. Omdat het een abstract begrip is, heeft het al vanaf het begin vele betekenissen gehad en er komen er nog steeds bij. De invulling van het begrip, dat wil zeggen wat er nodig is of moet zijn, wil er van vermaatschappelijking sprake zijn, kan beperkt of ruim zijn. Vermaatschappelijking kan worden begrepen als het uiteindelijke doel, maar ook als een proces dat eerst doorlopen moet worden om tot een ander doel te komen. Extramuralisering is daarmee vergeleken een eenvoudig begrip, er kan geen misverstand over bestaan wat het betekent. Niemand is eigenlijk in staat om direct en eenduidig aan te geven wat precies met vermaatschappelijking wordt bedoeld. Men heeft steeds meer woorden nodig om het enigszins uit te leggen. Door de jaren heen wordt er bovendien steeds iets aan toegevoegd. Het fungeert dus niet alleen als een paraplu, het is ook een stapelbegrip.

Zoals Jos van Loon recentelijk bij zijn promotie zei:

"Een instituut sluiten is nog geen deinstitutionalisering en dat laatste is nog geen kwaliteit van leven" (Van Loon, 2006).

Het uitleggen van wat het dan wel is, wordt echter steeds moeilijker. Het is niet meer mogelijk het over vermaatschappelijking te hebben zonder een hele trits andere begrippen te gebruiken, die echter stuk voor stuk ook voor vele interpretaties vatbaar zijn. Inderdaad, zoals eerder in paragraaf 1.2 al is opgemerkt, is het idee van vermaatschappelijking steeds meer een 'ideologie' geworden. En het trekt in zijn kielzog een aantal ideologisch beladen begrippen mee, die grotendeels uit een lange religieuze, filosofische, humanistische en/of politieke traditie stammen.

In 2001 verschijnen zowel het proefschrift van Kwekkeboom als van Kal over respectievelijk vermaatschappelijking in de GGZ en over 'kwartiermaken' (Kwekkeboom, 2001; Kal, 2001). In beide proefschriften komt naar voren dat vermaatschappelijking als idee wel aardig is ingeburgerd, maar dat er voor de realisering het een en ander moet gebeuren, met name van de kant van de maatschappij, waarmee wordt bedoeld: instellingen, lokale overheid, verenigingen, organisaties en sociale omgeving. Kal stelt dat vermaatschappelijking om kwartiermaken vraagt. Vermaatschappelijking betekent volgens haar: het tegengaan van maatschappelijke uitsluiting van kwetsbare groepen. Ook kwetsbare mensen worden als burger gezien én in hun maatschappelijkheid. 'Kwartiermaken' is het ruimte creëren in de samenleving, zowel fysiek als qua mentaliteit en houding, waardoor ook mensen met beperkingen en problemen daadwerkelijk kunnen meedoen.

In 2002 verschijnt er een aantal nota's, rapporten en onderzoeken waarin knelpunten benoemd worden. Steeds meer wordt duidelijk dat ondanks aandacht en beleid veranderingen in de praktijk slechts langzaam, beperkt en met wisselend effect van de grond komen. De meest genoemde belemmeringen voor de voortgang zijn een tekort aan vormen van ondersteuning en begeleiding die passen bij de vraag van de cliënt (maatwerk). Mede daardoor worden cliënten onvoldoende bereikt. Er is sprake van te weinig samenwerking tussen en te weinig coördinatie van instellingen en voorzieningen. Er is te weinig draagvlak bij de bevolking (nimby= not in my back yard) en er zijn trends in de samenleving die haaks staan op de vermaatschappelijkingsgedachte.

'Kwetsbaar in het kwadraat', een rapport van de RMO dat in 2002 verschijnt, ziet de oorzaken van kwetsbaarheid in fragmentatie, rationalisering en juist ook in de extra- muralisering van het voorzieningenaanbod.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg publiceert in 2002 het rapport 'Samen leven in de samenleving: community care en community living', waarin de community care als een voorwaarde wordt gezien voor community living. Maar het eerste staat nog in de kinderschoe-

nen en zou wettelijk verankerd moeten worden en bij de gemeentes moeten worden ondergebracht. Advies: een nieuwe ziektekostenverzekering en een nieuwe dienstverleningswet.

In 'Community care: de uitdaging voor Nederland', een rapport van het Verwey-Jonkerinstituut uit 2002, wordt 'community care' omschreven als ondersteuning van mensen met beperkingen door de samenleving zelf. Ook in dit rapport wordt de noodzakelijke voorwaarde voor het slagen daarvan gezien in het -meer dan nu gebeurt- actief medeverantwoordelijk maken van de samenleving. Omdat het nu vooral de instellingen zijn die de ondersteuning bieden, en er tegelijk sprake is van deinstitutionalisering, is er alleen sprake van fysieke integratie, maar nauwelijks van sociale integratie.

Ook de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid signaleert in 'Zorg van velen', verschenen in 2002, dat de bestaande zorg ontoereikend is, mede veroorzaakt door extramuralisering en drempelverlaging. Daarom zou de GGZ ook niet alleen meer aansluiting moeten zoeken bij de algemene welzijns- en zorginstellingen, maar ook een 'zorg van velen', dat wil zeggen van de burgers moeten worden. Het advies luidt: meer samenwerking, meer draagvlak. In hetzelfde jaar 2002 geeft de Taskforce Vermaatschappelijking met de titel 'Erbij horen' een korte en bondige definitie van vermaatschappelijking. Het gaat in de GGZ erom 'de cliënt zo volwaardig mogelijk mee te laten draaien in de maatschappij'. In dit rapport is geprobeerd te analyseren aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om werkelijk in de maatschappij te integreren. Zo wordt gesteld dat het om meer gaat dan om de- institutionalisering en kleinschaligheid, wil er echt in de maatschappij geleefd kunnen worden. Dat is niet in een RIBW en niet naar een speciaal DAC, maar zelfstandig wonen in een gewoon en eigen huis, in een gewone buurt, met behulp van een maatschappelijk steunsysteem. Dát is integratie, dát geeft vrijheid van keuze, en dát is kwaliteit van leven. Er worden ook in het rapport 'Erbij horen' heel wat problemen gesignaleerd die realisering daarvan in de weg staan. Van de kant van het zorgaanbod: schotten in de financiering, zorgverdunding, compartimenten, geen coherent beleid. Van de kant van de samenleving: te weinig draagvlak en tolerantie in de samenleving, te weinig maatschappelijke structuren en te weinig systemen als jobcoaching die de scheiding van wonen en zorg meer mogelijk zouden maken. Dus: sociale netwerken in een zorgzame samenleving zullen het wonen in alle mogelijke varianten voor mensen met beperkingen mogelijk maken, en normalisatie en eigen verantwoordelijkheid bevorderen. Maar om dit te realiseren zijn weer voorwaarden nodig enzovoort...

De samenleving die het zou moeten doen is nog te weinig ingericht om cliënten echt mee te laten doen en ook om hen het gevoel te geven er echt bij te horen. De overheid moet

duis voorwaarden scheppen, en daarin zouden de gemeenten de regierol moeten krijgen. Gezien al het bovenstaande spreekt de RMO ten slotte in het rapport 'De handicap van de samenleving', ook al uit 2002, van een impasse. Er is veel meer aan infrastructuur nodig, meer toegang, meer op maat, meer faciliteiten. Kortom: voorwaarden creëren. En gezien al het bovenstaande is het begrijpelijk dat er een voorstel is gekomen voor een nieuwe wet, de Wmo. In alle bovenvermelde rapporten en adviezen wordt immers een belangrijke taak gezien voor de lokale overheid.

Uit de rapporten komt duidelijk naar voren dat het begrip steeds meer wordt uitgebreid met alles wat er na het extramuraliseringsidee voor ideeën is opgekomen. En het lijkt of men steeds meer woorden nodig heeft om uit te leggen wat vermaatschappelijking is. Het is een containerbegrip geworden voor alles wat er de afgelopen veertig jaar aan begrippen en trends voorbij is gekomen, lijkt wel, en het kan zowel als doel als middel worden gezien, zoals blijkt uit de definitie (waarin alleen gesproken wordt over de doelgroep' mensen met psychische stoornissen') die het Trimbosinstituut in 2003 geeft.

"Vermaatschappelijking heeft als doel het extramuraliseren van het zorgaanbod en het integreren van mensen met psychische stoornissen in de maatschappij. Hieronder verstaan we een zo normaal en volwaardig mogelijk leven als burger, op alle relevante levensgebieden zoals wonen, werken en sociale contacten".

In deze definitie en doelstelling voeren de woorden uit het tweede cluster de boventoon: participatie (meedoen) en integratie. Integratie lijkt daarin als belangrijkste te worden gezien. Het veronderstelt ook getolereerd worden en geaccepteerd. Interessant is dat Pinto, die veel heeft geschreven over beleid ten aanzien van allochtonen, van het idee van integratie als doel is afgestapt en het juist omdraait: integratie is mooi, maar is nog geen participatie (Pinto, 1998). In volwaardig burgerschap als gewoon meedoen in alles, zit ook meer de participatiegedachte dan integratie, omdat dat meer verwijst naar de anderen die in een positie zitten om te accepteren, tolereren of gedogen. Integratie is passief, participatie is actief. Tonkens wijst er trouwens op dat vermaatschappelijking dertig jaar geleden meestal integratie werd genoemd, en een andere term is voor community care. De kern is dat alle groepen volwaardig kunnen meedraaien in de samenleving – dat ze midden tussen andere burgers kunnen wonen, werken, leren en recreëren (Tonkens, 2004). De Van Dale lijkt haar gelijk te geven, want geeft als omschrijving: integratie in de maatschappij of het worden tot een inte-

gerend onderdeel van de maatschappij. In het boek 'Ontbrekende kaders' wordt echter gesteld dat community care een diepgaandere ideologie heeft dan vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking is onderdeel van de beleidstaal geworden, een verzamelterm waarin vaak impliciet aspecten van community care en volwaardig burgerschap worden ondergebracht (Daal, 2003).

Meininger schrijft dat vermaatschappelijking niet alleen een reorganisatieprogramma van professionele zorgverlening is dat onder meer in vormen van transmuralisering tot uitdrukking komt. Het vraagt ook om andere attitudes en gedragsvormen in de samenleving en dus ook in geloofsgemeenschappen en zingevingsnetwerken (Meininger, 2004). De meest omvattende omschrijving komt uit de Begrippenlijst van het NIZW. 'Vermaatschappelijking van de zorg is een verschuiving binnen de zorg waarbij er naar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard) chronisch zieken en kwetsbare ouderen met al hun potenties en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen en hen daarbij waar nodig is te ondersteunen'. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer extramuralisering, community care, empowerment en vraagstukking. De meest kritische omschrijving staat bij de conclusies van het al eerder aangehaalde verslag van een enquête door Zorgvisie uit 2006: 'Vermaatschappelijking: het doel is in de loop der jaren steeds bescheidener geworden'. Op de prioriteitenlijst scoort de doelstelling 'hogere kwaliteit van leven' bijna twintig punten hoger dan 'volwaardig burgerschap'. Dit gegeven zal in hoofdstuk 6 ondersteund blijken te worden door de respondenten in dit onderzoek.

4 Het empirisch onderzoek: geschiedenis

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is verslag gedaan van wat er in de literatuur is terug te vinden van de effecten van betekenisgeving in de praktijk. De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt: In hoeverre heeft de omschrijving van het begrip vermaatschappelijking in de zorg, met behulp van andere begrippen als 'eigen keuze', 'burgerschap' en dergelijke, invloed op de succesfactoren en de knelpunten bij de realisering ervan in de praktijk? In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van wat de respondenten in de sector zeggen zelf te hebben meegemaakt aan (verandering) in betekenisgeving en welke effecten daarvan zij in de praktijk hebben gezien. Hoe kijken de respondenten terug en hoe kijken zij naar de toekomst? In hoeverre hebben de respondenten zelf bijgedragen aan veranderingen en dragen zij daar momenteel aan bij, op een positie waarop zij beslissingen kunnen nemen? De vragen die aan de respondenten zijn gesteld kwamen voort uit de literatuurstudie en uit ervaringen in het onderwijs, met het werkveld en met de beginnende professionals en met deeltijdstudenten die al langer in de sector werkzaam zijn. Voor het weergeven van de resultaten uit de semi-gestructureerde gesprekken is gekozen dit te doen aan de hand van de eerder geformuleerde deelvragen. Deze worden achtereenvolgens in de paragrafen van hoofdstuk 4 en 5 besproken.

- 4.3 *Welke theorieën, personen en instellingen hadden aanvankelijk invloed op hen, de beleidsmakers van nu?*
- 4.4 *Wat is er op grond van ideeën die in een bepaalde tijd invloed hadden gerealiseerd op het gebied van wonen, dagbesteding en welzijn van mensen met een beperking? En welke oorzaken hadden daar volgens de respondenten invloed op?*
- 4.5 *Welke (paradigma)verschuivingen vonden -onder andere door de confrontatie met de praktijk- plaats?*

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de laatste twee deelvragen weergegeven.

- 5.2 *Hoe kijken zij nu aan tegen de begrippen uit de drie clusters: zelf kiezen, burgerschap en vermaatschappelijking?*
- 5.3 *Hoe zien zij de toekomst?*

4.2 De gesprekken, opzet en uitvoering

Tussen 5 januari en 20 april 2006 zijn tien gesprekken gevoerd met 'ideologische sleutelfigu-

ren' die speciaal voor dit onderzoek zijn benaderd. Eén gesprek vond plaats met twee personen. Behalve van de uitgebreide en op dit onderzoek gerichte gesprekken, is ook gebruikge- maakt van gesprekken die in juni/juli 2004 zijn gevoerd met respondenten in vergelijkbare posities, voor het in dezelfde regio uitgevoerde onderzoek van het Lectoraat (Kwekkeboom, e.a. 2005).

De informatie uit deze twee gesprekken is bij sommige deelvragen (naar wat er is gerealiseerd en naar de toekomst) meegenomen, bij andere (naar de eigen geschiedenis en naar verschui- vingen in betekenisgeving) was dit niet mogelijk.

Er zijn voor dit onderzoek vier gesprekken gevoerd met GGZ-instellingen (vijf personen) en zes met VGZ-instellingen (zes personen).

De werving van de respondenten is op twee manieren gebeurd. Eerst is bepaald welke de meest relevante instellingen zijn in de regio, voor zover al bekend was uit eerder onder- zoek (Kwekkeboom e.a., 2005). Van een aantal instellingen was daardoor ook bekend welke persoon de aangewezen respondent zou zijn ('ideologische sleutelfiguur') en is die direct benaderd. In alle gevallen leidde dat tot een gesprek. Bij een paar instellingen is aan een contactpersoon gevraagd wie de aangewezen respondent zou zijn en is het contact op die manier tot stand gekomen. Het verzoek om een gesprek is door iedereen ingewilligd. Alle respondenten van de instellingen bekleden een functie als leidinggevende in beleid/ management/directie/bestuur. Van de organisatie MEE is gesproken met de communicatie- medewerker.

De gesprekken vonden plaats op de twaalf instellingen die kort worden geschetst wat betreft hun ontstaan, achtergrond, aanbod, visie en wat er op grond daarvan is gerealiseerd met betrekking tot wonen, werk, dagbesteding en eventueel welzijn. Deze achtergrondinformatie over de instellingen is opgenomen in bijlage 1.

Alle instellingen bevinden zich in de regio Zeeland en West- en Midden-Brabant. Elk gesprek duurde tenminste een uur en het gesprek vond plaats op de instelling waar de respondent werkzaam is. De gesprekken zijn voor het merendeel opgenomen en later letterlijk uitgetypt. De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een half gestructureerde vragenlijst. De achtergrond van de respondenten was: gedragswetenschapper (5), psychiatrisch (b-)verpleegkundige (2), sociale academie (2), anders (4).

Allemaal zijn ze al langere tijd in de sector werkzaam: gemiddeld twintig tot dertig jaar. Van de zes respondenten uit de GGZ zijn er drie meer dan dertig jaar werkzaam in de sector, drie meer dan twintig jaar. Drie van de vijf personen in de VGZ werken sinds begin jaren zeventig

in de sector, twee personen sinds respectievelijk 1985 en 1990. Het gaat om twaalf mannen en één vrouw. Terzijde: dit laatste is wellicht een illustratie van het gegeven dat in de sector van zorg en welzijn de meeste uitvoerenden op de werkvloer vrouw zijn, maar in de hogere regionen van beleid en management nog weinig vrouwen te vinden zijn.

De resultaten van de antwoorden op de eerste vraag zijn per sector (GGZ en VGZ) en vervolgens in chronologische volgorde beschreven om een vergelijking met de resultaten uit de literatuurstudie in hoofdstuk 2 en 3 te vergemakkelijken. Bovendien sluit dit aan bij het idee van dit onderzoek om te kijken naar een historische lijn in betekenisgeving, gekoppeld aan mogelijke effecten in de praktijk. De vragen houden ook expliciet de historische lijn vast. Bij de antwoorden op deze eerste vraag speelde als beïnvloedende variabele mee, dat niet alle respondenten even lang in de sector werkzaam zijn.

Over het begrip 'vermaatschappelijking' wordt wat uitvoeriger bericht, omdat daarover in alle gesprekken het een en ander gezegd is. Het begrip 'kwaliteit van leven' bleek een vaak terugkerend item, hoewel dat niet in de voorafgaande literatuurstudie was meegenomen. Dit niet-geanticipeerde resultaat wordt in hoofdstuk 6 besproken, evenals de resultaten op de vraag aan de respondenten naar hun kijk op de toekomst.

Naar de consequenties voor de opleiding van professionals in de sector is niet expliciet gevraagd. De opmerkingen die door de respondenten zijn gemaakt over de eigen werkers en wat er eventueel binnen de instelling aan deskundigheidsbevordering wordt gedaan, worden in hoofdstuk 7 vermeld.

4.3 Welke theorieën, personen en instellingen beïnvloedden aanvankelijk deze beleidsmakers van nu?

Als eerste werd gevraagd wat de gebeurtenissen en de begrippen waren die zij zich herinnerden, en waarmee voor hen iets in gang werd gezet. Een begrip waardoor zij gingen nadenken over de manier van werken in de sector waar zij toen werkzaam waren. Wanneer was dat en waar? Praktisch iedereen kon meteen aangeven wat voor ervaring, boek, begrip of ontmoeting bij hem of haar iets op gang had gebracht. Meestal waren daar ook al direct een of meerdere begrippen aan gekoppeld die in de literatuur voorkomen en ook op de van te voren gemaakte vragenlijst staan.

In de GGZ-sector noemen drie verschillende respondenten een naam van theoretici als Goffman met zijn boek *Totale instituties*, Jan Foudraine en Bennett (revalidatie-rehabilitatie, Engeland). Een van hen heeft tijdens zijn studie in Engeland zelf kennisgemaakt met de revalidatiebeweging van Bennett.

De antipsychiatrie wordt door vier van de vijf personen genoemd, met de namen van Laing, Cooper, Basaglia, Foucault, Guattari, Onrust. Landen die met de antipsychiatrie in verband worden gebracht zijn Engeland en Italië, in mindere mate Frankrijk en Zweden. Één persoon is tijdens zijn studie begin jaren zeventig op een groot antipsychiatrie congres in Leuven geweest. Twee respondenten hebben belangrijke ervaringen opgedaan in Italië.

“Voor mij was de grote eye-opener bij een studiereis naar Triëst, Italië, in 1994/1995 viel het kwartje, heel basaal. Ik liep daar over het terrein met patiënten en verpleegkundigen, en men was daar in de weer met een patiënt die wat vreemd gedrag vertoonde. En de manier waarop die twee verpleegkundigen met die patiënt omgingen, zonder dat ik het kon verstaan wat ze zeiden, ze stonden, letterlijk, naast, en niet tegenover de patiënt, en toen dacht ik: daar gaat het om.” (GGZ)

Een ingrijpende gebeurtenis in Nederland die men noemt is op de eerste plaats Dennendal. Ook wordt de invloed van St. Bavo als voorloper (1975) met nieuwe woonvormen genoemd. Daarna volgt Het Hooghuis in Etten-Leur (1979). Door drie respondenten wordt de RIBW-beweging vanaf 1985 als een ingrijpende verandering genoemd.

“St.Bavo heeft mij toch wel gevormd. St.Bavo was in de psychiatrie de eerste instelling in Nederland die voor de chronische patiënt expliciet beleid ging voeren... Dat was in half jaren zeventig. St.Bavo was de eerste die wilde beginnen met een woonvoorziening voor de chronisch psychiatrische patiënt... Kijk, wat er op de Bavo gebeurde was ook van landelijke betekenis.” (GGZ)

In de GGZ-sector worden geen initiatieven van ouders genoemd, zoals in de VGZ, die aan de grondslag lagen van bepaalde ontwikkelingen, maar wel van cliënten zelf.

Door één persoon wordt de cliëntenbeweging al in 1970 in Nederland genoemd als belangrijk, dit in tegenstelling tot andere landen, waar dat nog niet bestond.

“Op het congres van de antipsychiatrie in Leuven, 1980/1981... Uit Nederland waren niet zo veel bewogen sprekers, maar wel vooral de cliëntenbeweging. En het leuke was, je zag een scheiding ontstaan: de klassieke Franse geïnstitutionaliseerde structuralisten, die ik ook had bestudeerd, en academische hoogdravende verhalen hielden, gingen zich letterlijk scheiden, want de Nederlanders en de Zweden en de Italianen die begonnen aan de andere kant van de zaal een eigen congresje, met de cliëntenbeweging die uit Nederland het congres binnen kwam. Ze onderbraken voortdurend de monologen van de hooggeleerden, en ze begonnen eigenlijk hun eigen congres, en daar is voor mij die hele cliëntenbeweging ook gaan leven.” (GGZ)

Dat blijkt in de praktijk niet altijd gemakkelijk te zijn, en ook niet altijd te stroken met opvattingen van de instelling. Een persoon noemt halverwege de jaren negentig de cliëntenraad in een instelling, die actief was met betrekking tot sепareerbeleid. Zij dachten in die kwestie juist aan het belang van medepatiënten en waren daarom niet tegen separatie, wat de respondent wél had verwacht.

Bij één instelling bestaat momenteel een werkgroep waar cliënten in meedenken en participeren in de rol van aanspreken van medecliënten. Maar om werkelijk iets te veranderen op de werkvloer is niet zo gemakkelijk. De instelling en de werkers zoeken vooral het directe contact met de cliënt om die tot zijn recht te laten komen en gelijkwaardigheid te bereiken. Het luisteren naar, gebruikmaken van de ervaring van de individuele cliënt wordt wel twee keer genoemd.

Door een persoon wordt expliciet benoemd dat zoiets als een familiebeweging moeilijk is, omdat veel cliënten juist geen goed contact met de familie hebben.

In de VGZ-sector worden beduidend minder namen genoemd die in de theorie en de literatuur voorkomen. Alleen Van Gennep is door twee respondenten genoemd.

Als voorbeeldland wordt twee keer Scandinavië genoemd, in de zin dat de landen daar verder zijn dan Nederland. Een keer wordt de VS genoemd, omdat daar (in Massachusetts) vanuit een mensenrechtenbeweging radicaal gedeïnstitutioniseerd is.

“Daarvoor zijn studiereizen geweest naar Amerika, ook met een aantal mensen gesprekken gevoerd. En het een en ander kwam overwaaien deze kant op. Waarbij respect, midden in de samenleving, voorwaarden scheppend, ondersteunend en niet overnemend, volwaardig

burgerschap, allemaal dat soort begrippen kwamen toen voor 't eerst om de hoek... en er was een staat in Amerika die alle inrichtingen gesloten heeft, acuut stoppen, en hup, we gaan alles in de samenleving doen." (VGZ)

In Nederland worden als voorbeeld van verregaande deïstitutionalisering en vermaatschappelijking twee keer Arduin genoemd. Een keer wordt gezegd dat er invloed is uitgegaan van de Pameyerkring in Rotterdam. Eén keer wordt de opleiding (Sociale Academie Breda) genoemd als belangrijk voor de eigen bewustwording, naast ontwikkelingen in de maatschappij, vooral de tv, die gezorgd hebben voor veranderingen in de sector met betrekking tot het wonen.

Initiatieven van ouders en ouderbewegingen worden in de VGZ wel vaker genoemd. Van de vijf instellingen (MEE wordt hierbij niet meegerekend omdat dit geen echte 'instelling' is) zijn er vier ontstaan op initiatief van ouders. Het motief was de kinderen wat dichterbij te kunnen laten wonen. Ouderbewegingen hebben altijd een belangrijke rol gespeeld. Eén persoon meent zelfs dat zij vroeger belangrijker en sterker waren dan nu. Twee andere personen zeggen dat de houding van de ouders veranderd is. Ze leveren hun kind niet meer zomaar af, maar willen ook weten wat de mogelijkheden zijn, zich oriënteren op wat er kan. Ze zijn daarin wel veeleisender geworden, niet meer alleen het wonen. De vraag naar zorg en ondersteuning bij van alles en nog wat breidt uit.

Er is wel soms een verschil van mening met de instelling over de wenselijke vorm van zorg. Twee personen zeggen dat ouders liever kiezen voor meer beschut en niet alleen laten wonen.

Een verschil met eerder dat expliciet wordt genoemd (twee keer) is dat er ook met de cliënt wordt gepraat en dat daarvoor empowerment nodig is, om de cliënt zelf te kunnen en durven laten kiezen.

"Onze instelling is zo'n vijftig jaar geleden ontstaan vanuit een oudervereniging, dus een belangenbehartigingsorganisatie, die zei 'onze kinderen gaan nu ver weg, naar duinen en bossen, met heel veel op een terrein, waar de grond goedkoop is. Uit hun eigen sociale netwerk vandaan, weg van hun eigen wonen, werk, sport, kerk etc. Dat willen wij niet' " (VGZ)

"In West- Brabant was niets (rond 1965) aan intramurale verstandelijke gehandicaptenvoor-

ziening; en wel bossen. Je moest naar Tilburg of verder naar het oosten. Piusoord en dergelijke klassieke oorden.

Inmiddels is die kaart aardig opgevuld. Onze instelling is in dat gat gesprongen. De invloed van de ouders in de jaren zestig, zeventig en tachtig die was veel sterker dan nu.”(VGZ)

Kortom: de rol van de ouders blijkt niet eenduidig te zijn. Ze is complex. Drie verschillende houdingen worden in de gesprekken genoemd. Op de eerste plaats is er sprake van angst voor eenzaamheid, meer bij ouders dan bij de cliënten zelf en bij de instelling.

“De grootste zorg die regelmatig wordt uitgesproken met name door verwanten, is ‘leuk en aardig dat jullie dat doen, appartementen daar en zus en zo, maar gaat zij of hij niet vereenzamen?’.” (VGZ)

Op de tweede plaats komt het meer dan vroeger voor dat ouders eisen stellen aan goede zorg.

“Na tien jaar aanbod van nieuwe mogelijkheden gaan klanten ook diensten van je vragen, naschoolse opvang, noodvoorzieningen, allerlei vormen van respite-care, en vanuit die hoek ontwikkel je natuurlijk ook je aanbod.” (VGZ)

En op de derde plaats is er sprake van meer overleg met ouders die zich goed oriënteren. Er worden in verschillende instellingen goede bijeenkomsten met ouders gehouden.

4.4 Wat is er op grond van de ideeën wel en niet gerealiseerd op het gebied van wonen, dagbesteding en welzijn van mensen met een beperking? En wat had daar volgens de respondenten invloed op?

Een belangrijke doelstelling van het onderzoek was om te onderzoeken hoe een bepaalde betekenisgeving in de praktijk uitwerkt. Uit de gesprekken komt het volgende naar voren.

In de GGZ leidde het idee van normalisering tot het wonen in een ‘sociaal pension’, in villa’s in groepen van 16 tot 24 en dat waren volgens een respondent juist eilandjes in de samenleving.

Het idee van integratie werd opgevat als wonen en werken in de maatschappij, dus de cliënten gingen de herenhuizen weer uit, de sociale woningbouw in, naar gewone huizen in gewone wijken.

"...wij merkten dat dat genormaliseerde leven zich afspeelde in grote herenhuizen, villa's, met mensen met heel hoge ideologie maar eigenlijk mensen die heel erg werkten vanuit de goodwill of een principe en als je dat goed ging bekijken was er eigenlijk van normalisatie helemaal geen sprake... en toen werden dat dus gewoon eilandjes, in combinatie met die voorzieningen erbij een soort neo-kolonisatie zal ik maar zeggen." (RIBW)

Normalisatie leidde tot de RIBW's ter vervanging van de 'sociale pensions' en voor de begeleiders tot 'meewonen', je gelijkwaardig opstellen. En dus niet de cliënten aanspreken op hun gedrag, maar op de groep de krant gaan zitten lezen, er zijn, niet zorgen voor.

Vermaatschappelijking gaf aanleiding tot bij voorbeeld een project als Ruimte voor Resultaat, tot decentralisering van wonen ook voor chronische cliënten. En tot het zolang mogelijk cliënten thuis verzorgen. Maar ook tot veel regelgeving, een budget voor allerlei verschillende activiteiten door verschillende instanties en personen. Vermaatschappelijking wordt ook als aanleiding gezien voor het ontstaan van RIAGG en RIBW, wonen in een rijtjeshuis, het gezinsmodel, het gebruikmaken van reguliere voorzieningen (huisarts, buurthuis).

Het leidde tot mensen met forse problematiek in het beschermd wonen en tot wachtlijsten. Het leidde tot het scheiden van chronische en behandelpsychiatrie, van verschillende milieus, verdund wonen, scheiden van huisvesting en zorg.

Het idee van 'zorg op maat' wordt op St. Bavo in verband gebracht met een eigen huis, zelfstandig wonen, maar ook met verlaten van een totaal begeleidingsconcept. Elk huis kreeg eigen begeleiding, en zo werd de cliënt afhankelijk van de ideeën en normen van de begeleider. Er was weinig sturing van de professionals.

Op dit moment leidt het idee van kwaliteit van leven weer tot een pleidooi voor veilige plekken, een asielfunctie en meer op individuele basis kijken wat iemand wil, zegt men bij een GGZ-instelling. Maar ook nog steeds tot wonen in de wijk, als is het dan wel zaak meer te praten met woningcoöperaties, en de positieve resultaten ervan te laten zien, zoals minder overlast. Toch wordt het idee tegelijk ook in verband gebracht met omgekeerde integratie in

plaats van in de samenleving integreren.

In de VGZ-sector leidde het idee van zelfbeschikking eind jaren zestig tot verzet tegen de instituties waar alles, van welk programma op de gemeenschappelijke tv werd bekeken tot het eten, werd bepaald door de instelling. Daarom kwamen er eerst eigen kamers, met een eigen tv. Nog verder de stap naar transmurale zorg en dat je bij iemand moet aanbellen in plaats van zo naar binnen stappen. Vermaatschappelijking leidde tot kleinschalige woonlocaties en dat leidt voor de instellingen in de VGZ weer tot meer gebouwen huren in plaats van ze te kopen en in eigendom te hebben.

Het idee van volwaardige burgers leidde van aanbod naar vraaggericht.

Door het idee van vermaatschappelijking werd erg de nadruk gelegd op sociaal contact en een sociaal netwerk. De medewerkers krijgen nu een cursus sociaal netwerk in een van de VGZ-instellingen. Het leidde tot onderzoek doen in de maatschappij, investeren in de maatschappij, het draagvlak vergroten, meer communiceren met buurtbewoners. Tegelijk wordt ook gezegd dat het voor de cliënten moet gaan leiden tot ook de niet prettige kanten van het leven in de maatschappij te accepteren.

Het uitgaan van wat de cliënt wil (zelfbeschikking) betekent in de praktijk het aanbieden te verhuizen als iemand het ergens niet bevalt, zo ook bij de dagbesteding. Dat leidt weer tot concurrentie in de dagbesteding. Er is ook een ander contact met de ouders gekomen: ouderbijeenkomsten twee maal per jaar. En een belangrijk verschil is voor cliënten het zelf boodschappen doen, het hebben van een eigen portemonnee.

Vermaatschappelijking heeft vooral geleid tot het wonen in gewone straat in een gewone wijk. Omdat de bedoelde integratie niet lukte is er nu meer aandacht -nog steeds in het kader van integratie- voor de noodzakelijke voorwaarde dat de wijk van tevoren bekend en vertrouwd wordt gemaakt met de nieuwe burens.

Pas na het wonen, dus in tweede instantie, is men ook gaan kijken naar de vrije tijd, wonen en dagbesteding werden gescheiden. En vanwege het idee van normalisering en integratie, gebeurde de dagbesteding in gewone clubs, in het dorpszwembad, terwijl het eigen zwembad werd afgebroken. Nu wil men echter in het kader van 'kwaliteit van leven' van de cliënten weer terugkeren naar vrijetijdsbesteding voor cliënten onderling. Tegelijk gaat jobcoaching voor het realiseren van werken in gewone bedrijven nog wel door, omdat dat wel het ideaal blijft.

Integratie vraagt om het versterken van sociale vaardigheden, want hoe kun je jezelf realiseren in een context die daar niet aan toe is? Dat valt niet mee. Er is ook veel meer nodig om moeite te doen om bij de cliënt er achter te komen waar hij/zij wil wonen en zo. De nieuwe ideeën en praktijken vragen wel om veel praten met ouders om het uit te leggen. Niet zozeer betekenisgeving, maar ook geld kan echter leiden tot een verandering, bijvoorbeeld dat er nu weer grotere groepen samen worden gezet, vanwege financiële problemen. Wat blijft is wel dat ze nog wel een eigen appartement met eigen voorkeur hebben, dus het is nooit meer 'terug naar af'.

Bij MEE wordt vooral het idee van vraaggestuurd genoemd en als gevolg van die mentaliteitsverandering, moet men in de praktijk de cliënt de regie geven of laten over gemaakte keuzes.

Er wordt ook een attitudeverandering, dus een andere praktijk gesignaleerd bij ouders: meer eisen, zich zelf oriënteren, maar tegelijk wordt de cliënt als losser van de familie gezien.

"Als ik kijk hoe vroeger een cliënt bij ons kwam, echt letterlijk zo: pa en ma stonden voor de deur en zeiden 'hier heb je onze Gerard en zorg er maar goed voor.' Gerard die lachte dan, en ging naar binnen... De ouders bepaalden vroeger heel veel, uit angst of onmacht, nu krijg je toch meer de situatie: het gaat om mijn kind, het mag zelf kiezen, dat zie je toch steeds meer. Vroeger bepaalden ze van alles en nog wat. ...en die cliënt die proeft dan eens hier en dan eens daar van. Je gaat eerst met die cliënt in gesprek, wat wil je nou wel en wat wil je niet?" (VGZ)

Dat geeft dan soms weer botsingen tussen wat de cliënt wil (en waar de instelling meestal achter staat) en wat de ouders willen, of andersom. Soms willen de ouders meer dan de cliënt of de instelling.

Er is ook een trend van ouders naar de cliënten zelf in het kader van empowerment, maar ook tegelijk een sterke lobby van ouders die daar weer tegen zijn, signaleert men in een andere instelling.

4.5 Welke (paradigma)verschuivingen vonden – o.a. door de confrontatie met de praktijk plaats?

Bij de vorige deelvraag naar de invloed van betekenisgeving op de praktijk, is ook al een

aantal illustrerende voorbeelden gegeven van verschuivingen in die betekenisgeving. Burger-schap werd door een respondent bij een VGZ-instelling een belangrijke 'tekstbreuk' genoemd ná het individualiseren.

Het gaat bij een paradigma om een idee, en wel om betekenisgeving. Het begrip 'paradigma' stamt uit de theorie van Herbert Kuhn in de jaren zeventig en het grote voorbeeld was in die tijd de verschuiving van medisch model naar sociaal model. Hoe ontstaan ze? Door (ver)andere(de) omstandigheden, dus van buitenaf, maar het kan gebeuren omdat het idee zelf niet adequaat werd opgevat of in praktijk gebracht. Dit laatste, de betekenisgeving zelf die aanleiding kan zijn voor een andere praktijk, is de insteek geweest van dit onderzoek. De vraag is dan of de betekenisgeving, de invulling of omschrijving van een idee dat men probeert in praktijk te brengen, al of niet klopte met de realiteit. Het kan zijn dat een idee dat in de praktijk wordt gebracht daarin niet het gewenste effect heeft, of dat het in de praktijk onvoorziene en ongewenste bijeffecten blijkt te hebben.

Dan is het zaak het begrip te herzien, een balans te vinden tussen het ene begrip en een ander, een nieuw, of eventueel eerder gebruikt begrip.

Ook in het onderscheid tussen de drie clusters begrippen, 'eigen keuze', 'burgerschap' en 'vermaatschappelijking' die in hoofdstuk 3 vanuit de literatuur zijn beschreven, zitten al verschuivingen in richtinggevende begrippen door de jaren heen. Van individualisering naar meer maatschappelijk, van medisch naar sociaal model, van autonomie naar wederkerigheid, van eigen verantwoordelijkheid naar maatschappelijke opdracht en van groepswonen naar individueel, van de autonome deskundigheid van de professional naar vraaggericht.

In de GGZ-sector noemden de meeste respondenten uit de begintijd van hun studie of opleiding en het werken in de sector het idee van eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid als een belangrijke richtlijn. Dat was in die tijd een verandering ten opzichte van het weten wat goed is voor de ander. Het idee van eigen keuze is in de loop der jaren voor de meeste respondenten duidelijk verschoven naar weer meer inbreng van de professional, naar het gewoon (!) aanspreken van mensen met een psychiatrische problematiek, zoals je dat met anderen ook zou doen.

"Nou, ik denk dat het doorgeschoten is; kijk, als ik met vrienden en vriendinnen een afspraak gemaakt had en we zouden 's avonds naar NAC gaan en om wat voor reden haakt daar

de helft van af of meer, dan vind ik het eigenlijk niet normaal dat je toch gaat. En, maar toen, dat werd toen gedacht van wel, dat moest je vooral wel doen... maar als het gaat over normalisatie, ja, dan is het toch eigenlijk niet normaal, als je met een groepje afspreekt en de helft haakt af, dan zoek je een alternatief dat wel passend is, denk ik. In de ideologie ging je er vanuit dat het gelijkwaardig was.” (GGZ)

Er komt met de jaren ook meer oog voor het welzijn van de cliënt, naar samen zoeken naar wat goed voor ze is. De woorden ‘zelf kiezen’ worden nog wel vaak gebruikt, maar nu in het kader van het hoe te wonen, en van de dagbesteding, maar niet meer het zelf kiezen van alle mogelijke gedrag. Het is in die zin het kiezen van de consument geworden, zoals dat ook in de hele maatschappij steeds belangrijker is geworden. Het gaat om het kiezen uit een aangeboden pakket mogelijkheden.

Maar tegelijk is het zelf kiezen van individueel gedrag dat storend of nadelig kan zijn voor anderen onder de noemer van ‘jezelf zijn’, net als in de gewone-mensenmaatschappij minder gangbaar. Er is sprake van een tendens van aanspreken op, je ermee bemoeien, waarden en normen, een fatsoensoffensief. Rekening houden met anderen en afspraken nakomen wordt weer als ‘normaal’ gezien, ook voor mensen met een problematiek of beperking.

Dat zelf kiezen en jezelf mogen (of moeten?) zijn werd in de jaren zestig en zeventig juist gezien als een manier om in de maatschappij te leven, authentiek, anders dan anderen. Aanvankelijk was er sprake van een zekere idealisering van gestoordheid, je ‘psychose koesteren’ noemde iemand in de GGZ het.

Later werd het in de maatschappij juist gezien als je er als burger, genormaliseerd (ook in het idee van Dennendal) en niet meer afwijkend, zo gewoon mogelijk in leefde. Anders gezegd: er is een verschuiving van ‘gewoon jezelf zijn’ naar ‘gewoon rekening houden met anderen’. De keuzevrijheid die jarenlang was bepleit, wordt gerelativeerd en bijgesteld, omdat ze tegen het doel van de hulpverlening bleek te werken.

“Het was ook een poging, in die tijd natuurlijk, om de psychiatrische patiënt een plek in de maatschappij te geven, maar wel vanuit de jaren zestiggedachte: je mag op een eigen manier in de maatschappij staan, vooral authentiek kunnen zijn, vrij maken. Maar dat verschoof, eind jaren tachtig, naar de psychiatrische patiënt als burger. De maatschappij kwam meer in beeld, daar hebben we het nog vaak over.” (GGZ)

Ook in de VGZ is sprake van een verschuiving van aanbodgericht naar meepraten, naar vraaggericht, naar zelf kiezen, maar meer nog dan in de GGZ blijkt die keuze steeds meer te gaan om keuze uit een aangeboden pakket, met een beperkt budget persoonsgebonden en bij een bepaalde zorgverzekeraar. Al deze termen duiden de grenzen van de keuzevrijheid aan. En als het gaat om 'werkelijke keuzes', zoals een kinderwens, dan blijkt dat een ander soort keuze te zijn, en dan is het ook een ander verhaal.

Het ruimte willen laten voor de eigen keuze van de cliënt leidt daarmee ook tot dilemma's bij de werkers, en misschien mede daarom verschuift het idee weer naar het belang van samen overleggen en afspraken maken. Dat moeten andere mensen ook. Er is een verschuiving van zelf kiezen, van individualisme, waar erg sterk de nadruk op werd gelegd, naar relatie tot anderen, met als argument dat individualisering ook leidde tot vermindering van welzijn.

"In de jaren 'tachtig was er een omslag naar normaliseren, en nu weer een omslag... we moeten niet met zijn allen collectief negeren dat er toch mensen zijn met hulpvragen en met problemen, en liever in een wat meer beschutte en beschermde omgeving, dat mijn kind gelukkig kan zijn en de vrijheid kan hebben om te skelteren, ook al is het een volwassen vent, dan die vrijheid niet meer omdat hij in de wijk niet kan skelteren omdat ze hem vreemd aankijken..." (VGZ)

Een verschuiving die door een respondent van een VGZ-instelling wordt gesignaleerd is die van kijken naar onmogelijkheden is gegaan naar kijken naar mogelijkheden. Maar dat brengt wel het nieuwe probleem mee dat soms wat wonen betreft het meer de begeleiders zijn die denken dat iemand het al of niet kan. In een andere instelling is dat ook gesignaleerd en vindt de respondent dat dit weer moet veranderen, en er alleen naar gekeken moet worden of de cliënt het zelf wil.

Een andere verschuiving is die van het apart, zowel op gebied van wonen als dagbesteding en vrije tijd, naar geïntegreerd en weer terug: het was een tijdlang een doodzonde om iets apart te organiseren, wordt door een respondent gezegd. Maar nu komt het idee weer terug van een veilige basis. Van het idee dat in de maatschappij wonen hetzelfde is als integreren, is men teruggekomen.

"Het is zelfs een tijdlang een doodzonde geweest om als organisatie iets apart te organiseren voor mensen met een handicap. Nee, die moesten naar de gewone sportvereniging, naar de gewone disco, kroeg, want dat was midden in de samenleving, dat was integratie. Maar volgens mij werkt dat niet, want ieder van ons, ieder mens - volgens mij is daar een sociologisch begrip voor, stratificatie- zoekt toch mensen om zich heen waarmee enige herkenning is... waarom zouden we van mensen met een beperking verwachten dat ze roomser moeten zijn dan de paus. Dat is in wezen een dogma, verplichten, moeten integreren." (VGZ)

5 Het empirisch onderzoek: betekenisgeving

5.1 Inleiding

Omdat betekenisgeving het belangrijkste aandachtspunt van het onderzoek en van de gesprekken vormde, wordt hier eerst een meer gedetailleerder kwantitatief beeld gegeven van de resultaten. In de rapportage van de literatuurstudie met betrekking tot betekenisgeving in hoofdstuk 3 is onderscheid gemaakt in drie clusters begrippen: 'eigen keuze', 'burgerschap' en 'vermaatschappelijking', met hun respectievelijke invullingen.

Het eerste cluster 'eigen keuze' had als andere trefwoorden: autonomie, eigen verantwoordelijkheid, individualisering en zelf... Deze vijf coderingen leveren samen een groot aantal vermeldingen in gesprekssegmenten op.

Het tweede cluster burgerschap (integratie, normalisatie, participatie en rehabilitatie) had er nog beduidend meer. De hypothese is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van begrippen als eigen keuze, naar burgerschap, en daarna naar vermaatschappelijking, dat samen met community ook goed is voor een groot aantal vermeldingen. Hierbij moet wel vermeld worden dat het gesprek expliciet was aangevraagd in het kader van vermaatschappelijking van de zorg en de respondenten ook allen al bekend waren met het lectoraat. Soms werd het begrip 'vermaatschappelijking' dan ook door hen zelf gebruikt, waar dat anders misschien niet gebeurd zou zijn. Van de andere kant werden de begrippen uit de eerste twee clusters weer vaak gebruikt in het praten over en invulling geven aan het begrip en verschijnsel vermaatschappelijking. Vooral de begrippen uit het eerste cluster werden relatief vaker gebruikt als het gesprek ging over de terugblik en er werden bovendien vaak meteen relativerende of zelfs kritische opmerkingen bij gemaakt. De hypothese is ook dat er opnieuw sprake is van een paradigmaverschuiving en begrippen als kwaliteit van leven, geluk en bejegening, die vaak genoemd werden, een nieuwe 'trend' aangeven. In hoofdstuk 6 wordt hier op teruggekomen.

Van alle genoemde relevante begrippen heeft 'wonen' het hoogste aantal vermeldingen. Waarschijnlijk komt dat, omdat het juist geen apart gespreksonderwerp betrof, maar bijna het hele gesprek daar eigenlijk over ging. Kennelijk wordt een gesprek over vermaatschappelijking gemakkelijk een gesprek over het wonen van cliënten, omdat het nog steeds als de eerste en meest belangrijke voorwaarde voor vermaatschappelijking wordt gezien. Het wonen kwam dan ook bij elke betekenisgeving aan de orde en differentieert dus niet.

5.2 Hoe kijken de respondenten nu aan tegen begrippen uit de clusters : zelf kiezen, burgerschap en vermaatschappelijking?

A. 'Eigen keuze'

In de GGZ-sector wordt over eigen keuze, eigen verantwoordelijkheid en dergelijke begrippen genuanceerd gedacht en gesproken. Eigen keuze, de regie hebben over eigen leven, is weliswaar een ideaal, maar er is oog voor de beperkingen, waardoor iemand dat niet altijd kan. Door een persoon wordt de vergelijking gemaakt met gewone burgers, die tegenwoordig ook gek worden van 'eigen keuzes'. Daarom worden er methoden gezocht (rehabilitatie, empowerment) om de vaardigheden om zelf te kiezen te herstellen. Als dat niet gedaan wordt, wordt 'eigen keuze' een afschuiven van de kant van de begeleider. Iemand merkt op dat eigen keuze altijd al selectief werd gebruikt, waarom het één wel en het ander niet, bijvoorbeeld wel waar je woont, maar niet hoe je je huis inricht; geen therapieplicht, wel regels in huis en daarbij nog de afhankelijkheid van hoe de ene of de andere begeleider die regels interpreteerde en hanteerde.

"Maar autonomie werd erin vertaald als zelf kunnen beslissen en op jezelf kunnen zijn en nemen van eigen verantwoordelijkheid en een eigen plek hebben, pas later, is het inzicht gegroeid dat autonomie eigenlijk ook iets zegt over de relatie met de omgeving en dat autonomie alleen bestaat dankzij afhankelijkheid." (GGZ)

Hoewel in de VGZ-sector in eerste instantie termen als eigen keuze en zelf willen en dergelijke snel worden gebezigd, is er toch bijna altijd direct een relativering in de zin van 'zover als kan', 'als het mogelijk is'. Er is meer sprake dan bij de GGZ van het niet geleerd hebben, het nooit gevraagd zijn, en daarom meer nodig in termen van ondersteuning en begeleiding. Vooral als het gaat om wonen, is kunnen kiezen nog steeds de norm. Instellingen proberen juist daarom een zeer gevarieerd aanbod te hebben. Het kiezen waar men woont is niet zo moeilijk om aan de cliënt over te laten en dat gebeurt dan ook in sommige instellingen heel radicaal. Daarmee kan kennelijk weinig mis gaan en zelfs als het om de een of andere reden ergens niet goed bevalt, is het ook weer mogelijk van woonruimte te veranderen. Het is immers een keuze uit het aanbod van de instelling en de begeleiding kan aan elke woonvorm aangepast worden.

Bij één instelling wordt heel duidelijk enige reserve ten aanzien van autonomie als 'eigen

keuze' in acht genomen. Het argument is dat echte autonomie altijd relationeel is. Eigen keuze of autonomie kan dan wel de tijdsgeschiedenis zijn, vindt de respondent, maar dan toch maar een stapje terug, want die letterlijk opgevatte 'eigen keuze' zou in de praktijk kunnen betekenen dat iemand 'recht op ongeluk' (door een zelfgekozen situatie) heeft.

"Ik gebruik wel eens het begrip relationele autonomie. Kijk, autonomie in de zin van: ik heb niks met anderen te maken, dat leidt tot excessen, tot verharding, tot vereenzaming. Dan heb je wel heel veel rechten, maar ergens keert de wal het schip. Dus relationele autonomie: je staat altijd in relatie tot anderen... ook meer vanuit een mensvisie, die mijn mensbeeld meer recht doet." (VGZ)

Hetzelfde probleem met 'eigen keuze' ziet men ook in een andere instelling. Wat te doen als iemand bij belangrijke beslissingen als een kind willen krijgen, de gevolgen niet lijkt te kunnen overzien? Het is niet altijd gemakkelijk om er achter te komen wat iemand precies wil. Bij MEE bestaat de indruk dat het zelf kiezen naar steeds meer terreinen is overgeslagen en nog steeds wordt uitgebreid, en ook hier werd dat als problematisch gezien. Bij één instelling is na het wonen de dagbesteding steeds meer iets dat valt onder het zelf kunnen kiezen, dus is er een ruim aanbod en wordt er soepel met gewenste veranderingen van werkplek omgegaan. Illustratief voor het enerzijds nog steeds en zelfs uitgebreidere terrein van de 'eigen keuze', en anderzijds voor de beperking daarvan. Want men kan en moet zelfs kiezen welke dagbesteding men wil, maar niet of men naar een dagbesteding gaat. Dat laatste is geen optie. Zoals al eerder is gesignaleerd: keuze uit een aanbod, geen keuze voor een allerindividueelste manier van leven. Hier gaat 'eigen keuze' over in het tweede cluster van betekenisgeving: participatie.

B. Burgerschap

Volwaardig, actief of gewoon burgerschap wordt door alle respondenten in de GGZ-sector direct in verband gebracht met, of eigenlijk al omschreven als: normaal leven, tussen de andere mensen, gebruikmaken van de voorzieningen in de maatschappij, integratie en ook gewoon meedoen, participatie.

Vraagtekens zijn er echter bij de respondenten ten aanzien van het keurslijf dat normaliseren ook inhoudt. De vragen die gesteld werden zijn de volgende. Wat is eigenlijk 'normaal'? Is dat wat je ook accepteert van je gewone vrienden? En is normaal wel zo leuk en is het wel

zo nodig? En nog een stapje verder hebben sommige respondenten bij het idee van burgerlijk iets van 'huisje- boompje beestje' en daar werd in de jaren zestig juist negatief naar gekeken. Toen was het ideaal immers soms juist het anders durven zijn, het afwijken, niet-conformistisch zijn, zoals eerder ook al is benoemd.

Er is aandacht voor de aanpassingen, door één respondent 'prothesen' genoemd, die nodig zijn, zoals medicijnen en ondersteuning voor sommige cliënten. Er is zorg om de eenzaamheid. Één instelling zoekt het normale liever in een 'genormaliseerde bejegening' dan in het normaal wonen. Daarmee wordt het gelijkwaardig met de cliënt omgaan bedoeld.

Volwaardig of gewoon burger zijn staat bij alle VGZ-instellingen hoog in het vaandel. Er is wel oog voor de beperkingen van cliënten (wat kan, in zover mogelijk) maar als ideaal is het niet omstreden. Het heeft te maken met zichtbaar zijn in de samenleving en meedoen. Waar wel vragen bij gesteld worden is het idee van alles samen met gewone mensen doen. Want hoe gewoon is dat? Een respondent vindt dat iedere mens toch gelijkgestemden zoekt voor bepaalde activiteiten. Het is beter dat de instelling het contact met andere mensen probeert te organiseren, dan het aan cliënten en aan de samenleving als een eis te stellen. Maar als de instelling het organiseert, dan werkt het juist niet, wordt in een andere instelling gezegd. Want het afdwingen door iets te organiseren is niet genoeg om het contact automatisch te laten gebeuren. Er is ook een verschil, bijvoorbeeld in tempo tussen cliënten, tussen mensen, en tussen hen onderling. Dus moet het contact juist gedifferentieerd zijn.

Er lijkt ook steeds meer aandacht te komen voor het idee dat een burger niet alleen rechten, maar ook plichten heeft en dat voor andere mensen ook niet alles mogelijk is. Ook mensen met beperkingen zullen bepaalde zaken als lastig of ongewenst moeten meemaken.

C. Vermaatschappelijking

Bij de meeste personen is er bij vermaatschappelijking meer dan bij de eerdere begrippen de connotatie van opgelegd, van bovenaf, ministerie, nota's, ideologie. Er worden dan ook nogal wat kanttekeningen bij het begrip gezet.

"Bij 'vermaatschappelijking' denk ik aan community care, binnen onze instelling is dat hetzelfde, binnen een gewone gemeenschap als mensen met een beperking, gewoon burger zijn en deel hebben aan de samenleving. Het begrip kwam overwaaien vanuit ministeries en wordt dan na een tijd niet meer zo gebruikt." (VGZ)

“Ik denk- de vermaatschappelijking van zorg lees ik alleen in stukken, ik gebruik het woord zelf nooit- dat het ‘t mogelijk maken van participatie is, bij individuele doelen en in het persoonlijk functioneren.” (MEE)

Wat in de GGZ-sector opvalt, is dat de respondenten niet goed raad weten met het begrip vermaatschappelijking. De meeste respondenten noemen het een term uit nota's, ze gebruiken het woord zelf niet, en weten dat er heel verschillende zaken onder verstaan kunnen worden.

Dat laatste lijkt in elk geval te kloppen, want degenen die zich wel wagen aan een omschrijving en het woord wel gebruiken, blijken inderdaad nogal verschillende zaken te bedoelen.

“Vermaatschappelijking is toch ook een term die je nog steeds vaak hoort, maar het is soms wel erg onduidelijk wat er nu precies wel en niet onder valt, en kwaliteit van leven, dat is iets waar we vaak over praten. Vermaatschappelijking, we noemen het wel, zeker in stukken van de organisatie kennen we de onderzoeken wel en we kennen de terminologie wel.” (GGZ)

Bij een GGZ-instelling werd opgemerkt dat het een ideologie is die veel van mensen vraagt, terwijl de samenleving juist steeds individueler wordt. Bij drie van de vier instellingen komt expliciet het idee naar voren dat er een goede en een slechte interpretatie van vermaatschappelijking is. Het slechte wordt omschreven als 'zichzelf moeten zien te redden in deze maatschappij, die niet zo maatschappelijk is', een 'waarde op zich, wonen, een oppervlaktefenomeen, waarbij alles van bovenaf wordt geregeld' en 'de patiënt waar aan getrokken wordt, als consument de maatschappij in'.

“Als vermaatschappelijking geïnstitutionaliseerd wordt in projecten waarbij mensen in een wijk in een huis gaan wonen- en niet dat ik dat resultaat slecht vind- maar als het een waarde op zich wordt, ingekaderd in beleid, beleidsvisie, dan is het de authentieke weg.” (GGZ)

Het goede daarentegen zou zijn: 'de maatschappij verandert, schept de voorwaarden die nodig zijn', 'de bejegening wordt maatschappelijk, d.w.z. maakt gebruik van de deskundigheid van de cliënt, gaat uit van gelijkwaardigheid en is betrokken', en 'de maatschappij komt de instituties in en er is een onderhandelingspositie voor de cliënt'.

“Verkeerde vermaatschappelijking is iedereen in de maatschappij zich moeten laten redden, terwijl de maatschappij daar niet naar is.” (GGZ)

Ook in de VGZ is vermaatschappelijking voor sommige respondenten een beleidsterm, van bovenaf opgelegd.

“Vermaatschappelijking is een idee van het ministerie om meer informele zorg te kunnen benutten.” (VGZ)

En ook in de VGZ-sector wordt vermaatschappelijking overwegend gezien als iets dat meer aan de kant van de samenleving, instellingen en burgers ligt dan aan de kant van de cliënten. Wie moet er eigenlijk vermaatschappelijken? De cliënt, de instelling of de maatschappij? De instellingen en de maatschappij zullen zich moeten aanpassen, zodat het voor meer cliënten mogelijk wordt, vindt men in een VGZ-instelling.

De maatschappij moet vermaatschappelijken, wonen is maar een middel, de houding van de werkers in de samenleving (Belastingdienst en zo) moet veranderen, dat is het standpunt van MEE. Een vergelijkbaar idee heerst bij een VGZ-instelling: de pictogrammen op postkantoren zijn afgeschaft, terwijl dat juist drempelverlagend werkt voor de cliënten. Cliënten moeten een sociaal netwerk hebben, contact in de samenleving kunnen krijgen. Dat is niet gemakkelijk, maar anderzijds moeten de cliënten (de instellingen) ook realistisch zijn en ook de niet prettige kanten aan het leven in deze maatschappij accepteren. Het is alleen mogelijk voor cliënten van een hoog niveau, en ouders willen het (alleen wonen in de maatschappij) ook niet, is de ervaring bij een instelling. Het belangrijkste is ‘naast mensen staan’, gelijkwaardigheid, dat is de nieuwe professionele houding. Wij denken in een driehoek: cliënt-ouders-professional, maar we zullen daar een vierkant van moeten maken, zegt een respondent. De vierde hoek is de maatschappij, vindt men bij een andere instelling.

5.3 Conclusies uit het empirisch onderzoek

In de GGZ-sector blijkt de antipsychiatrie, en dan vooral de Italiaanse, een belangrijke invloed te hebben gehad op de opvattingen van nu van een aantal van de respondenten. Het was voor hen niet zozeer de theorie, maar vooral een persoonlijke ervaring die indruk heeft

gemaakt. Een persoon zegt 25 jaar op rij naar Italië op werkvakantie te zijn gegaan, een andere persoon heeft het affiche van Triëst nog op zijn werkkamer hangen en weer een ander heeft contact met een psychiater in Frankrijk, Marc Ledoux, die nog altijd op die manier werkt en hij zelf zegt heimwee te hebben naar die tijd van het 'straatvechter zijn'.

Ook de RIBW (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen)-periode wordt vaker genoemd als een keerpunt.

Dennendal is maar één keer genoemd, en dan nog indirect, via St. Bavo.

Maatschappijkritiek wordt niet (meer) zo expliciet benoemd, het gaat vooral om de cliënt serieus nemen, luisteren, bejegening. Het ideaal is nu eerder acceptatie door de maatschappij dan de maatschappij veranderen.

In de VGZ-sector is minder sprake van een 'revolutionair' verleden en er wordt vaker melding gemaakt van de beweging van ouders en ouderinitiatieven als motor van verandering. De link naar de maatschappij als onderdeel van het probleem wordt niet gelegd. Het gaat duidelijk om een aangeboren beperking en de maatschappij moet daar steeds op een goede manier op inspelen.

Sommige respondenten menen dat de overheid bepaalde begrippen overneemt, maar daar wellicht andere motieven mee verhuult, zoals bezuinigingen. Een enkeling zegt dat zodra een idee van bovenaf komt, het een verandering ondergaat.

Wat de begrippen zelf betreft, die in de verschillende clusters in hoofdstuk 3 zijn besproken, blijken vooral 'eigen keuze' (cluster a) en zelf de regie hebben over je leven en dergelijke nog vaak genoemd te worden.

Maar wat opvalt is, dat er meer oog is voor de beperkingen van het zelf kunnen kiezen, dat het zelf kiezen tevens wordt gezien als iets wat ondersteund en begeleid ofwel versterkt moet worden. Er wordt terugkijkend, vooral in de GGZ, gesproken over een te ver doorgeslagen nadruk op zelf kiezen, en ook wordt het idee van zelf kiezen achteraf soms te ideologisch gevonden, en ook achteraf beschouwd als iets dat niet werkte in de praktijk.

Toch maakt het idee van 'eigen keuze' nog steeds een belangrijk deel uit van de omschrijvingen van vermaatschappelijking en van het ideaal dat respondenten in hun hoofd hebben. Normalisatie en normalisering (cluster b) worden eigenlijk niet meer gebruikt in de omschrijving van 'vermaatschappelijking', maar wel de begrippen normaal leven, gewoon meedoen en

dergelijke. De reden zou kunnen zijn dat het begrip 'normalisering' nogal dwingend klinkt en op 'disciplinerend' lijkt.

Ook burgerschap komt niet meer zo vaak in de omschrijvingen van vermaatschappelijking voor. Er worden nu begrippen als 'gewoon meedoen' en 'erbij horen' gebruikt. Integratie en participatie zijn juist wel vaak gebruikte woorden.

Het woord vermaatschappelijking (cluster c) wordt in de gesprekken vaak gebruikt, wellicht meer omdat men weet dat het onderzoek wordt gedaan in het kader van het lectoraat Vermaatschappelijking in de zorg, dan omdat het voor de respondenten een vaak gebruikt woord is. Velen zeggen dat ook expliciet: het is iets uit nota's. De omschrijvingen en de context waarin het wel door hen wordt gebruikt zijn dan ook erg divers en hebben soms ook niet veel te maken met de term zoals die in de nota's wordt gebruikt (eigen invulling aan geven).

Alle woorden uit a en b kunnen er in voorkomen en in elk geval zit er van allebei wat in. Er komen vooral naar de kant van de maatschappij toe bedenkingen ('die is er nog niet klaar voor, wellicht minder dan ooit') en obstakels en wat de cliënten betreft enerzijds het dwingende ('iedereen moet zo nodig') gekoppeld aan de bezorgdheid dat het de kwaliteit van leven niet noodzakelijk bevordert. Niemand denkt nog aan alleen buiten de instelling wonen; iedereen weet dat er méér bij komt kijken. Opvallend is dat de voordelen van beschut, beschermd, op het terrein vaak genoemd worden, één keer ook wel 'omgekeerde vermaatschappelijking' genoemd.

Vermaatschappelijking wordt niet gezien als waarde en ook niet als doel op zich, maar als een middel tot een beter, prettiger leven voor de betrokkenen.

Het begrip is kennelijk van een andere aard dan de andere gebruikte begrippen. Misschien is het te complex, te totaalomvattend, om direct eenduidig te zijn. Het vraagt om nadere invulling.

Samenvattend kan men zeggen dat uit de gesprekken blijkt dat zich momenteel twee verschuivingen in betekenisgeving afspelen.

Op de eerste plaats blijft het 'zelf kiezen' als richtlijn en streven bestaan en wordt dit zelfs uitgebreid. Dat laatste blijkt uit de veelgebruikte begrippen als 'vraaggericht' en empowerment en het moeite doen om er achter te komen wat de cliënt echt zelf wil. Maar het zelf kiezen is tegelijk ingeperkt tot kiezen uit een bepaald aanbod. De cliënt is als de consument, die ook niet zelf kiest wat er te koop is. Er is ook in de zorg steeds meer sprake van marktwerking en concurrentie. Maar als het over de cliënten gaat, wordt er tegelijk ook gekeken naar

de kwaliteit van leven, en lijkt dit de overhand te gaan krijgen in plaats van het 'zelf kiezen'. Ook de relatie met anderen, de plichten en dus niet alleen de rechten, worden er in betrokken. Dus ook al wordt het begrip 'zelf kiezen' nog in allerlei varianten veel gebruikt, in feite is het zelf kiezen meer dan tien of twintig jaar geleden expliciet ingeperkt door de markt, de kwaliteit van leven en het rekening moeten houden met andere mensen.

Op de tweede plaats blijkt dat bij het praten over integratie en participatie in de maatschappij en over vermaatschappelijking niet meer alleen gedacht wordt aan het eenzijdig integreren en gebruikmaken van voorzieningen. Steeds meer valt het woord 'wederkerigheid', iets terugdoen, iets betekenen voor de maatschappij. Interessant is dat sommige respondenten vinden dat dit juist een middel kan zijn tot werkelijk integreren, terwijl het eerste idee van 'alleen maar meedoen', gebruikmaken van, niet zo integratiebevorderend bleek te zijn. Integreren, je moet er ook wel wat voor doen, het gaat niet vanzelf.

Het idee van iets terug doen wordt trouwens niet alleen gebruik voor de cliënten, maar ook voor de instellingen. Daarvoor wordt het begrip 'maatschappelijke opdracht' of 'maatschappelijke verantwoordelijkheid' gebruikt.

In het volgende hoofdstuk zal op dit gesignaleerde verschijnsel van een verschuiving naar 'kwaliteit van leven' en 'wederkerigheid' verder worden ingegaan. Het is immers een niet op geanticipeerd en niet verwacht gevonden resultaat van dit onderzoek.

6 Andere resultaten uit de gesprekken

6.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 5 al is gesignaleerd, werden in de gesprekken door de respondenten opvallend vaak andere ‘trefwoorden’ genoemd dan uit het literatuuronderzoek naar voren waren gekomen en waar naar gevraagd werd. Enerzijds wordt dat verklaard door het te voren gericht en dus selectief zoeken in de bestaande literatuur, waardoor andere begrippen buiten beeld zijn gebleven. Anderzijds blijkt de tijd in de praktijk niet te hebben stilgestaan. Anno 2006 blijkt men in de instellingen met andere zaken bezig te zijn en ook deels andere woorden te bezigen dan van uit de literatuur werd verwacht. Na de gebleken resultaten uit de gesprekken is daarom nog een beperkt aanvullend literatuuronderzoek verricht naar de aard van de door de respondenten vaak genoemde begrippen. De twee meest in het oog springende begrippen zijn ‘kwaliteit van leven’ en ‘wederkerigheid’.

6.2 Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is in de meeste instellingen nu duidelijk het favoriete begrip. Het werd in de gesprekken vaak genoemd als een kritische kanttekening bij het idee van vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking zou meer van bovenaf komen, zoals al is beschreven in hoofdstuk 5. Bij kwaliteit van leven gaat het echt om de individuele cliënt, om de bejegening, om aan te sluiten bij wat de cliënt wil, wat bij hem of haar past. Ook daarin kunnen, evenals bij vermaatschappelijking alle woorden uit a (eigen keuze) en b (burgerschap) voorkomen, maar vermaatschappelijking als totaalbegrip niet.

Het lijkt geen verdere invulling nodig te hebben, iedereen weet uit eigen ervaring wat het is. Slechts één instelling heeft daar wel onderzoek naar gedaan en het begrip geoperationaliseerd (Merks, 2004). Het is geen begrip dat uitsluitend voor mensen met beperkingen wordt gehanteerd, zoals volwaardig burgerschap of vermaatschappelijking. Het is het ideaal voor iedereen, zoals zelf kunnen kiezen. Maar anders dan bij dat zelf kiezen, is het bij kwaliteit van leven niet gezegd dat iedereen het alleen kan en alleen zou moeten doen. Bij iedereen spelen andere mensen en de situatie een rol in de kwaliteit van leven. Dat blijkt ook uit het onderzoek dat bij één instelling is verricht, en waar ‘relaties’ in de operationalisering op de eerste plaats komt. Het belang daarvan is immers algemeen menselijk. Kwaliteit van leven heeft juist ook bescherming, inspanning van anderen en ondersteuning nodig.

Een prettig leven voor de cliënt lijkt bovendien makkelijker te realiseren, omdat het dichtbij is, individueel, in de persoonlijke sfeer, voor één persoon. Het zit meer in kleine dingen dan zoals vermaatschappelijking, dat zich eerder in de voorwaardelijke, faciliterende sfeer afspeelt, minstens op instellings- en maatschappijniveau. Wat doe je als individuele manager of hulpverlener als je wilt bijdragen aan vermaatschappelijking? Kwaliteit van leven heeft het voordeel dat het in heel kleine zaken kan zitten, in de persoonlijke omgang met een cliënt, in de bejegening.

Sommige respondenten brengen het begrip kwaliteit van leven naar voren wanneer zij hun kanttekeningen plaatsen bij vermaatschappelijking, zoals eerder al is geschetst. Wanneer zij vermaatschappelijking associëren met iets van bovenaf, een plicht voor iedereen, zich moeten redden in de maatschappij, dan wordt vaak het begrip kwaliteit van leven genoemd als een alternatief. Als kenmerken, en voordelen, ervan boven vermaatschappelijking als ideaal of waarde of norm, worden genoemd: het veronderstelt geen geforceerd sociaal contact, het is geen sociale norm, het laat ook alleen zijn toe.

“Maar moeten we misschien niet meer interventies inzetten en trainingen geven om te kunnen leven in eenzaamheid. We zijn te gericht op geforceerd sociaal contact. Dat wil niet zeggen dat we daar helemaal mee moeten stoppen, maar nu lijkt het alsof de norm voor kwaliteit van leven de hoeveelheid sociale contacten is. Maar is dat nu zo’n absolute noodzaak die per se moet?” (GGZ)

Er wordt niet zo aan de cliënt getrokken, de problematiek kan ook worden geaccepteerd. Het betekent een plek waar het goed toeven is, met goede bejegening en weinig dwang. Het is meer iets individueels, het criterium ervoor ligt bij het individu zelf. Er zelf achter komen wat jou zin geeft. Misschien is het ook minder vormgeven dan zingeven aan het eigen leven. De relatie met de individuele begeleider blijkt een succes- of faalfactor voor kwaliteit van leven. Maar bejegening is anderzijds toch ook weer niet zo gemakkelijk te faciliteren als voorzieningen. Het is immers meer kwalitatief dan kwantitatief.

“Ik merk steeds meer dat de kwaliteit van de relatie van cliënten met de individuele begeleider de succesfactor is of de faalfactor, veel meer dan de techniek of accommodatie, de relatie met de therapeut is belangrijker dan de methode/ therapie, de attitude van medewer-

kers is zo belangrijk, en de bejegening, door een belangrijke vaste persoon, werd door cliënten gezegd” (GGZ)

Een voordeel is ook dat er voor verhoging van de kwaliteit van leven minder grote veranderingen nodig lijken te zijn. Wat weer niet hetzelfde is als dat het gemakkelijker zou zijn; de bejegening is namelijk cruciaal. ‘Het is de software, wonen is de hardware’, zei iemand. De instituutsgedachte, niet de instituten zijn verkeerd. Het is goed als die ook veranderen, maar als de instituutsgedachte niet mee verandert, ben je er nog niet.

Ook in de VGZ-sector wordt benadrukt dat het persoonlijke contact, een veilige basis, herkenning, mensen bij wie je je thuis voelt om je heen, een leven leiden dat bij je past, kortom: welzijn, geluk, kwaliteit van leven, het belangrijkste, het doel is.

“Wat past bij de cliënt, wat is voor hem/haar een prettige manier van leven, kwaliteit van leven? Het leven dat bij hem/haar past, is niet hetzelfde als de stad in, wel te kiezen hebben, en de mogelijkheden moet je dan wel weten, wat belangrijk is, een woning uitkiezen, en bij een zwembad of bij een station.” (VGZ)

Zoals al eerder is vermeld, heeft één VGZ-instelling -waar kwaliteit van leven het centrale begrip is geworden- dat vage begrip geprobeerd objectief en wetenschappelijk te operationaliseren en komt tot de volgende vijf componenten:

- relaties staan centraal;
- keuzemogelijkheden hebben;
- ontwikkelen en gebruiken van competenties;
- ontplooiing;
- respect.

Het gaat weer over de cliënt, en niet om andere belangen, bijvoorbeeld belangen van de samenleving. Kwaliteit van zorg staat in dienst van de kwaliteit van leven, en is geen doel op zich (Merks, 2004).

“...en later is daar bij ons kwaliteit van leven, dat is eigenlijk op dit moment bij ons het centrale begrip...En met dat begrip kwaliteit van leven, relaties staan daarin centraal, daar

zitten keuzemogelijkheden in, regie kunnen voeren over eigen leven, ontwikkeling en gebruik van competenties, dus ontplooiing, een stukje respect zit er in, vijf elementen, zitten er in... Dus wij zitten nu veel meer op die kwaliteit van leven, als iets, op een manier dat je je persoonlijke levensperspectief ook gaat invullen; want dat kan variëren, sommige mensen zeggen: 'ik kies er echt helemaal voor op basis van een bepaalde opvatting, of voorkeur, om in een kleine groep te wonen', en een ander zegt: 'geef mij die zelfstandigheid maar...'" (VGZ)

Ook wordt bij een instelling het microniveau en het individuele genoemd als een groot voordeel van praten in termen van kwaliteit van leven. In hoe kleine dingen kwaliteit van leven kan zitten blijkt uit een paar voorbeelden die genoemd zijn: zelf de hagelslag in de supermarkt kiezen of de kleur van je pyama. Bij een andere instelling heeft men het over respectvolle bejegening bij de zorg en ondersteuning waarbij het individu voorop staat. Bij nog een andere instelling noemt men het 'naast mensen staan' en 'warme zorg' of naastenliefde.

Uit de gesprekken komt dus naar voren dat 'kwaliteit van leven' nu, nadat er een tijdlang veel gesproken is over kwaliteit van zorg, het meest gebruikte begrip is geworden. Het fungeert als een nieuw ideaal om na te streven in het belang van de cliënten. Het wordt ook benoemd in termen van 'een prettig leven', een leven dat 'bij de cliënt past' of welzijn.

Ook uit recent onderzoek komt deze trend naar voren (Loon, 2005). Het spreken over kwaliteit van leven duidt er op dat in het proces van vermaatschappelijking steeds meer oog komt voor de kant van de cliënt, en het ideologische gehalte van de gebruikte begrippen minder wordt. In tegenstelling tot vermaatschappelijking verwijst het ook minder naar een objectieve toestand dan naar een subjectieve beleving. En dat maakt het moeilijk om er een precieze definitie van te geven.

In een ander recent onderzoek worden drie te onderzoeken invalshoeken van kwaliteit van leven onderscheiden, die alle drie aanleiding zijn voor een nieuwe stroom van onderzoeken. Op de eerste plaats wordt genoemd het hebben van voldoende materiële middelen en hulpbronnen die men kan aanwenden naar eigen inzicht. Op de tweede plaats dat wat men geluk noemt. En op de derde plaats capabilities, het hebben van reële mogelijkheden (Robeyns, 2004).

Een andere bron noemt juist de combinatie van objectieve en subjectieve zaken als kenmerkend voor kwaliteit van leven. "Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan." (Hoeymans, 2005). Volgens dit rapport van het Nationaal Kompas Volksgezondheid is kwaliteit van leven dus

zowel objectief (het functioneren en beperkingen daarin) als subjectief (het beleven van beperkingen). Het gaat er niet alleen om wat iemand feitelijk kan, maar ook over wat hij of zij daarvan vindt. Hoe echter de relatie is tussen de beperking en de evaluatie en het aandeel van de beperking in de evaluatie, wordt niet duidelijk gemaakt.

Kortom: Kwaliteit van leven is bij uitstek een filosofisch begrip, in de zin dat de invulling ervan erg speculatief is. Zelfs als er kwantitatief onderzoek naar zou worden gedaan, is datgene wat men onderzoekt nog afhankelijk van wat men er eerst onder heeft verstaan. Hoe meet je het? Wat zijn de criteria? Hoe bevorder je het? Er is weinig of geen eenduidigheid in wat er aan gedaan kan worden om het te bewerkstelligen. Kwaliteit van leven is een ruim begrip dat veel aspecten in zich heeft. Hoe weeg je de verschillende factoren daarbinnen? Hier speelt hetzelfde probleem als met geluk(sonderzoeken) en het al eerder genoemde begrip welzijn in de jaren zeventig, dat juist een voorloper van het begrip vermaatschappelijking was (Tienen, 1970).

6.3 Wederkerigheid

Een tweede begrip dat opvallend veel in de gesprekken werd genoemd is het idee van wederkerigheid, iets terugdoen dóór mensen met een beperking vóór de maatschappij. Dat dit idee goed aan zou kunnen sluiten bij de redenatie in de Wmo werd over het algemeen niet opgemerkt, en er dus ook niet mee in verband gebracht.

Wat wel werd gezegd, is dat men het in de praktijk nog niet ziet gebeuren. Niet alleen nu niet, maar men ziet het ook eigenlijk niet als een reële mogelijkheid, zeker niet op korte termijn. Een mooi idee, maar de realisering ervan werd nergens concreet gemaakt. Het blijft bij wat nu al gebeurt door winkeltjes, copyshops en dergelijke die mede door cliënten bemenst worden.

“Nu zeg ik meer van, we hebben iets te bieden. Onze mensen en wij kunnen een bijdrage leveren aan de sociale leefbaarheid in die wijken en dat is nu ook een heel nieuwe insteek, vind ik, dat ook mensen met een psychiatrische beperking van betekenis kunnen zijn en dat er een soort wisselwerking kan ontstaan van psychiatrie in de wijk en tussen - als je bijvoorbeeld kijkt naar depressie en eenzaamheid, naar overlast, naar noem het maar allemaal op waar gemeentes vooral mee bezig zijn, waar woningcorporaties en politie mee te maken kunnen krijgen, dat wij toch vooral sterk willen zijn, van kijk hoe kunnen juist ook mensen met een

beperking tot nut zijn.” (GGZ)

“Terwijl er nu tal van initiatieven zijn om een bijdrage te leveren: een bakkerijtje dat alleen maar overeind te houden is als daar mensen met beperkingen werken, een zorgboerderij waar mensen met een beperking deel uitmaken van het productieproces en daar plezier en waardering en ook het zelfrespect uithalen en hun contact met de samenleving.” (VGZ)

6.4 Denken over de toekomst

Aan het einde van de gesprekken werd in het algemeen gevraagd hoe de respondenten de toekomst van de vermaatschappelijking zagen en dus niet expliciet naar de rol van de Wmo daarin. In dat kader werden de Wmo en de gevolgen die deze wet zou kunnen gaan hebben voor de instellingen in het algemeen en voor de vermaatschappelijking in het bijzonder echter wel door de respondenten ter sprake gebracht.

Er bleek vooral onduidelijkheid, onzekerheid en een lichte achterdocht over de motieven te bestaan. Als motieven ‘achter de Wmo’ werden genoemd: economische motieven: hoeveel geld gaat er dadelijk naar zorg?, het is een bezuiniging, de AWBZ is niet meer te handhaven, de AWBZ wordt uitgekleed, het is een politieke keuze, de overheid neemt het over en dergelijke.

De Wmo gaat de Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet, delen van de AWBZ en de Ziekenfondswet en een aantal subsidieregelingen vervangen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van alle voorzieningen komt in handen van de gemeenten. De gemeenten zouden daardoor alles goed op elkaar af kunnen stemmen. Ze moeten dan ook verantwoording gaan afleggen aan de burgers. De gemeente moet beleid ontwikkelen op negen terreinen, prestatievelen genoemd: sociale samenhang en leefbaarheid in wijken, ondersteuning van jongeren en ouders met problemen, informatie en advies, ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers, bevorderen van participatie van mensen met psychosociale problematiek, maatschappelijke opvang en steunpunten huiselijk geweld, openbare GGZ, ambulante verslavingszorg. Deelname van iedereen, ook van mensen met beperkingen, staat dus hoog in het vaandel. De basisgedachte is om van een verzorgingsstaat naar een ‘civil society’ te komen, en dat vraagt om een andere instelling van de burgers (Ewijk, 2006).

Bij de meerderheid van de respondenten stond dus onzekerheid en bezorgdheid op de voorgrond. Ze uitten dat als volgt: er is veel voor nodig, het is een gigantische operatie, het vraagt veel infrastructuur en gekwalificeerde mensen, de gemeenten hebben daar geen verstand van, voor mensen die geen overlast geven zal niet gemakkelijk iets gedaan worden.

“Ja, we hebben nogal eens te maken met cliënten die niet voor overlast zorgen, in het kader van de Wmo soms wat moeilijk uit te leggen ...een schizofreen die ergens achter zijn geraniums zit te verpieteren, die zorgt niet echt voor zoveel overlast...En de maatschappij, om dat grote woord te gebruiken, die lijkt er steeds meer op gericht om problemen te voorkomen... dus waarom zou je daar nu, straks in het kader van de Wmo, hoe moet ik nou uitleggen aan een wethouder dat die drie ton moet investeren in een schizofreen om die extra begeleiding te geven, terwijl ze toch al geen overlast veroorzaken, hun natje en hun droogje hebben...”
(GGZ)

De angst is ook dat ouderen die in de meerderheid zijn meer aandacht en geld zullen krijgen. Bij een paar respondenten leeft het idee dat vooral ouderen en lichamelijk gehandicapten de kans zullen krijgen bij de gemeentes wat binnen te slepen. Dit enerzijds vanwege hun aantal, anderzijds vanwege hun sterke belangenbehartigingsorganisatie en lobby.

“De Wmo heeft vermaatschappelijking als ideaal. De VGZ zal moeten lobbyen. Het zijn altijd de ouderenbonden grotere groepen binnen de gemeenten die de gemeente al kent, en dan zit daar een zorgaanbieder namens de gehandicapten, minderheidspositie toch altijd de doelgroep bij de gemeente in beeld houden... De VGZ cliënten vormen een minderheid ten opzichte van andere spelers ” (VGZ)

“Dat is veel moeilijker uit te leggen en het zijn ook niet zulke fysieke aantallen zoals je die nu bij ouderen hebt, dat is een groep die staat best wel op de agenda en ouderen, iedereen kent ouderen, iedereen heeft met ouderen te maken iedereen, enfin, iedereen wordt ook zelf ouder en merkt daar wat van dus dat is veel makkelijker, maar niet iedereen kent een gewone teruggetrokken schizofreen” (GGZ)

Het bedreigende gaat ook uit van de gedachte aan concurrentie, waardoor mogelijk de kwaliteit van leven in gevaar komt en die vooral een bedreiging is voor niet mondig cliënten. Er

ontstaat een krachtenveld en veel bureaucratische rompslomp. Marktmechanisme neemt het over van solidariteit.

"Ik zie de Wmo vooral als een bedreiging...Maar het veronderstelt wel dat je het hebt over een mondige cliënt, en in mijn beleving is iemand met een verstandelijke beperking, die kan wel mondig zijn, maar er zit wel een risico in...maar mensen met een verstandelijke beperking hebben van jongs af aan ondersteuning nodig gehad in de regie van hun eigen leven en zullen dat ook in het kader van de Wmo niet meteen zelf gaan doen. En zitten we dan niet heel veel moeilijke dingen te doen die mogelijk in een politiek krachtenveld terechtkomen waarvan mensen met beperkingen kind van de rekening kunnen worden." (VGZ)

Sommigen vragen zich af of de (min of meer impliciete) vooronderstellingen en de expliciete eisen vanuit de Wmo niet haaks staan op de trends in en de toerusting van de maatschappij, zoals ook gebeurt door Van den Brink, Koops en Kwekkeboom (Brink, 2006; Koops en Kwekkeboom, 2005).

"In zijn algemeenheid kost het in een wijk erg veel moeite om tot sociale cohesie te komen, de samenleving is veel individueler geworden, en veel ieder op zich, zelf ook met directe burens goed contact, maar verder zelf niet met mensen in de wijk; en andere mensen hebben dat ook, maar wij hebben een keuzemogelijkheid; mensen in de psychiatrie vaak uitgekotst." (GGZ)

Het is niet verwonderlijk dat in het idee over de toekomst van de sector de Wmo een rol speelt. Toch valt juist daarom op dat de respondenten van de meeste instellingen aangeven nog nauwelijks aandacht te hebben voor en nagedacht te hebben over de Wmo. Het management is er volgens hen nog niet echt mee bezig.

Toch kwamen in de gesprekken ook een paar positieve punten van de Wmo naar voren. De Wmo biedt ook kansen om meer samen te gaan werken met andere organisaties in de wijk, werd bij een GGZ-instelling genoemd. De gemeente kan meer gaan betekenen voor de doelgroepen was een ander genoemd voordeel. Iemand had het idee dat voor kortdurende zorg een beroep op de omgeving (eigen verantwoordelijkheid) mogelijk wel zou werken. Nog twee genoemde mogelijke verbeteringen zijn dat de infrastructuur wat zou kunnen gaan aantrekken, en dat het voor cliënten ook kan betekenen dat ze gebruik gaan maken van gewone voorzieningen

7 Eisen aan de nieuwe professional

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een aantal eisen beschreven dat aan de nieuwe professional gesteld wordt, zowel vanuit de praktijk bij monde van de respondenten in dit onderzoek, als vanuit recente literatuur en conferenties. De nieuwe professional kan op twee manieren worden bedoeld: de toekomstige professionals in opleiding én de huidige werkers die in verander(en)de omstandigheden nieuwe kennis, een nieuwe houding en nieuwe vaardigheden nodig hebben.

Een van de belangrijkste doelstellingen van dit onderzoek was om te weten te komen hoe een bepaalde betekenisgeving het handelen van de professionals heeft gestuurd, en hoe hun ervaringen in de praktijk de betekenisgeving heeft bijgesteld. Daarbij was vooral gedacht aan de respondenten zelf, in hun eigen (lange) loopbaan in de sector. Bij de laatste vraag naar hun toekomstverwachtingen kwamen naast hun ideeën over de Wmo ook hun opvattingen naar voren over de werkers in hun instellingen.

De ervaringen van de respondenten, de werkers van eerder, de managers van nu, blijken ook relevant te zijn voor de werkers nu. Uit de opmerkingen van de respondenten over hun werkers op de werkvloer, waar dus niet expliciet naar gevraagd is, blijkt dat zij daar wel veel over kunnen zeggen. Niet alleen over hun al dan niet aanwezige competenties, maar ook over hoe een (veranderde) betekenisgeving zowel voor de werkers zelf als voor hun cliënten kan uitpakken. Zij zien ook hun problemen en dilemma's daarin.

Uitgangspunt van het onderzoek was ook dat een bepaalde betekenisgeving het handelen niet alleen richting geeft, maar eveneens aanleiding kan geven tot problemen voor de werkers. Betekenisgeving is noodzakelijk en onvermijdelijk bij menselijk handelen. Niemand doet zomaar iets. De betekenisgeving moet realistisch zijn, anders keert de wal het schip. Ze moet ook ruimte laten voor een eigen invulling, niet te dogmatisch zijn, anders wordt het een keurslijf.

Zeker voor professionals die in teamverband en intensief met mensen werken moet de betekenisgeving aansluiten bij zowel de werker, de concrete situatie, de maatschappij, als bij de functie, de doelgroep, de cliënt...

Daarvoor moet de betekenisgeving bewust zijn, goed doordacht en van tijd tot tijd weer eens kritisch bekeken worden. Enige mate van historisch besef, en het kennismaken van ervaringen

gen van anderen kunnen moeilijke morele dilemma's en dogmatische starheid voorkomen. Anders lijden concrete dilemma's in de praktijk gemakkelijk tot onzekerheid, frustratie, burn-out, verloop en ziekteverzuim.

Niet alleen de betekenisgeving van de professional zelf, maar ook de verwachtingen van en de eisen die aan de professional worden gesteld vanuit een bepaalde betekenisgeving zijn aan veranderingen onderhevig.

In dit onderzoek naar betekenisgeving waren de respondenten geen van allen (meer) uitvoerend begeleider op de werkvloer, maar maakten deel uit van directie, management, beleidsfuncties. Zij hebben wel een aantal opmerkingen gemaakt over hun werkers, de eisen die aan ze gesteld worden en waar ze tegen aan lopen. In de volgende paragraaf wordt een aantal van hun opmerkingen weergegeven en in de paragraaf daarna wordt een korte selectie uit recente literatuur over de nieuwe professional besproken. In het volgende en laatste hoofdstuk wordt het door de respondenten gesignaleerde meegenomen in aanbevelingen voor werkers en voor het onderwijs aan de toekomstige professionals.

7.2 Wat zeggen de respondenten over hun werkers?

In de gesprekken die gevoerd zijn met beleidsmedewerkers, directieleden en managers, zijn door hen een aantal zaken genoemd die hun werkers missen of waar betekenisgeving en praktijk niet altijd op elkaar aan sluiten. Wat betekenen de verschuivingen in uitgangspunten, doelstellingen en veel gebruikte begrippen, voor de werkers en via hen voor de cliënten? Uit een ander onderzoek van het lectoraat Vermaatschappelijking in de zorg dat onder persoonlijk begeleiders van VGZ- en GGZ-instellingen is uitgevoerd, komt als belangrijkste dilemma naar voren: ingrijpen of eigen keus, emanciperen, ontplooiing of betuttelen, afhankelijk maken (Lange en Wajon, 2007). Het 'denken te weten wat goed is voor een ander' versus 'de ander moet het zelf weten' is een ethisch dilemma, een gewetensvraag, omdat aan beide kanten een waarde meespeelt en dus ook een 'kwaad' als men die niet realiseert. En het is een dilemma, dat wil zeggen dat niet beide mogelijkheden tegelijk te realiseren zijn. In dit onderzoek naar betekenisgeving bevestigen uitspraken van de managers dat.

"Het is natuurlijk wel een dilemma voor de werkers, een toenemend proces waar ze dage-

lijks mee te maken hebben. Ga ik altijd zeggen, we vinden dat onze cliënten een eigen leven moeten leiden, de regie over eigen leven moeten hebben en houden, als werker ondersteun je dat. Maar daar zitten wel grenzen aan, en je komt die dilemma's dagelijks tegen. En hoe dan ook, ook al lijkt het of je er niets van zegt of vindt, je bent naar mijn idee altijd wel normatief bezig, of je iets zegt of niet.” (VGZ)

De problemen die de respondenten zien voor of met hun werkers betreffen op de eerste plaats het feit dat vanuit een bepaalde betekenisgeving eisen worden gesteld aan de werkers, of ze dat nu kunnen of niet. Omdat betekenisgeving het onderwerp van het onderzoek en het gesprek was is deze opmerking te verwachten. Vanuit een andere betekenisgeving kan hun handelen dan weer worden bekritiseerd en kunnen ze worden aangesproken op hun, juist ook goedbedoelde, gedrag. Betekenisgeving geeft daarentegen ook de mogelijkheid zich er achter te verschuilen. De werkers kunnen een bepaalde betekenisgeving gebruiken om iets op de cliënt af te schuiven, zich er van af te maken. Ook dit kan weer goed bedoeld, te goeder trouw zijn, en ze kunnen ook daar dan weer op aangesproken worden door anderen. Al met al lijkt betekenisgeving een riskant terrein van ideologische discussies, legitimering en kritiek, eisen en verontschuldiging te vormen.

Een concreet probleem in de nieuwe situatie van vermaatschappelijking is dat medewerkers nieuwe activiteiten van anderen soms als concurrentie ervaren: ‘er vallen dingen voor mij weg’; ‘de leuke dingen gaat het netwerk met de cliënt doen’. Ze hebben ook moeite om iets aan de cliënt zelf over te laten. Een klassiek dilemma is groter geworden: afstand en nabijheid, hoe gewoon ga je met cliënten om? In hoeverre neem je je persoonlijke leven mee naar je werk? Hoe verbind je ‘professionaliteit en warme zorg’? Hoe combineer je verzakelijking met aandacht en bezieling?

De managers constateren zelf een bepaalde beeldvorming van medewerkers over cliënten, namelijk, dat de cliënten niet zo veel kunnen. Ze diskwalificeren ze, dus wat er dan wel en niet gebeurt met de cliënten heeft meer te maken met de opvattingen van de begeleiders en niet met de capaciteiten van de bewoners.

Door enkele respondenten, zelf gevraagd voor dit onderzoek vanwege hun betrokkenheid en ideologische gehalte, wordt aan hun werkers gebrek aan commitment, aan élan, aan durf, er echt voor gaan, en een tegenbeweging vormen, toegeschreven. Ze denken nog vanuit een machtspositie, niet vanuit gelijkwaardigheid, en die houding wordt heel hardnek-

kig genoemd. Ze willen hun subcultuurtje niet opgeven, is door iemand genoemd. Ze zijn een belangrijk knelpunt in de organisatie, zegt een ander. Ze stappen gewoon bij een cliënt binnen zonder bellen (geen respect), dat waren de regels en gewoontes in de instituten. Ze weten niet beter, ze houden de cliënt liever in een afhankelijke positie, dan zijn zij de baas in de instituten. Ze hebben moeite om een rol op de achtergrond te krijgen. De professional komt namelijk bij sommige instellingen op de laatste plaats, wordt gezegd.

Behalve het constateren van 'tekortkomingen' aan de kant van de werkers, is er ook oog bij de managers voor de moeilijke situatie waarin de begeleiders zitten. Ze lopen aan tegen het dilemma van de eigen keuze van de cliënt versus hun verantwoordelijkheid als hulpverlener. Ook de autonomie van de cliënt erkennen versus de relatie met anderen, een dilemma voor de werkers waar ze dagelijks en in toenemende mate mee te maken krijgen. Steeds meer komen de werkers terecht in belangentegenstellingen, die door de managers benoemd worden als driehoek (cliënt, werker, instelling), vierkant (cliënt, werker, instelling, maatschappij) en frontlinie. Het personeel is steeds meer geïsoleerd bezig. Ze lopen overal een uurtje binnen, zijn meer op zichzelf aangewezen of werken in kleine groepen. Daardoor is er veel verloop en krijgen de werkers ook steeds lastigere contracten.

7.3 Eisen aan de nieuwe professional in de literatuur

In deze paragraaf wordt een aantal algemene competenties beschreven die de huidige werkers volgens recente literatuur missen. De nieuwe eisen die aan de professional worden gesteld zijn direct terug te voeren op maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen die de laatste jaren hebben plaatsgevonden en op de daarmee samenhangende paradigmaverschuivingen, waarin ook het begrip vermaatschappelijking een centrale plaats in neemt. In de literatuurstudie van dit onderzoek is bekeken welke trefwoorden in de betekenisgeving de afgelopen veertig jaar een rol hebben gespeeld. In de gesprekken is vooral gevraagd naar paradigmaverschuivingen en de gevolgen daarvan voor de praktijk. Op dit moment is er sprake van een paradigmaverschuiving waar we met het begrip en verschijnsel vermaatschappelijking middenin zitten.

De afgelopen jaren is een aantal publicaties, waaronder ook artikelen in vaktijdschriften,

verschenen waarin gesignaleerd wordt dat de ontwikkeling naar vermaatschappelijking in de samenleving andere competenties van de werkers binnen de sector vraagt. Onder een competentie wordt het complexe geheel van kennis, houding en vaardigheden verstaan. Voorbeelden van kennis die de werkers nu volgens de respondenten (meer dan eerder) nodig hebben, zijn: kennis van de sociale kaart en van de nieuwe wet- en regelgeving, kennis van multi-probleemgezinnen en van psychiatrische diagnostiek. De andere houding of attitude die nodig is, blijkt vooral het zich opstellen tegenover de vraag, de eigen keuze en de verantwoordelijkheid van de cliënt te betreffen. Vooral op het gebied van de houding speelt de betekenisgeving een grote rol. Genoemde vaardigheden zijn bijvoorbeeld het kunnen praten met buurtbewoners en het sociaal activeren van een cliënt.

In de literatuur werd evenals in de gesprekken (vast)gesteld dat de opleiding, ervaring en competenties van de huidige professionals niet soepel aansluiten bij eisen van de samenleving en de sector. Dat heeft niet alleen negatieve gevolgen voor cliënten, collega's en instellingen, maar ook voor de professional zelf. Veel gehoorde klachten zijn verlies van arbeidsvreugde, werkdruk en stress, onzekerheid, spanning, frustratie, met -naast cynisme- ook de al eerder genoemde reacties van burn-out, absentie en verloop.

Op de eerste plaats wordt in de literatuur vaak genoemd dat er meer samenwerking tussen verschillende instellingen, professionals en maatschappelijke instellingen nodig is, terwijl tegelijkertijd van professionals wordt gevraagd dat ze concurreren en zich profileren. Dat laatste heeft te maken met de marktwerking waartoe ze zich moeten gaan verhouden.

De mondige cliënt is (via burger) tot consument (zelf kiezen, de klant is koning, vraaggericht) geworden, en dat werkt(e) tegen de autonome en normatieve professional. Tonkens pleit evenals Van den Brink voor een herwaardering van professionals (Tonkens, 2003 en Tonkens en anderen, 2006; Brink, 2005 en 2006). De rol van burger is echter omvattender dan die van consument. Burgers zijn minder eigenmachtig, ook al gedragen ze zich vaak wel zo (Van der Laan, 2002).

Van aanbod- naar vraaggericht leren werken is een 'Copernicaanse wending in het denken' (Voogt en Wiertsema, 1991). Deze gaat gepaard met het terugdringen van de rol van de professional.

Naast de marktwerking in de maatschappij blijken professionals intern veel last te hebben

van management en bureaucratie. Van Den Brink noemt de last die professionals hebben van het management in een boek 'beroepszeer' (Brink en anderen, 2005). De rationalisering en de bedrijfsmatige aanpak in de sector staat haaks op de mogelijkheid tot (het ervaren van) zelfontplooiing in het werk, dat juist een sterk motief voor deze beroepskeuze vormde. Deze spanning leidt tot cynisme. Welke organisatievormen en vormen van sturen en leiderschap kunnen bezieling bij professionals behouden en vergroten?

Wat betreft het directe contact met cliënt(systeem) speelt het dilemma: de cliënt laten kiezen of zelf durven ingrijpen, voor de meeste werkers een grote rol. Dit dilemma kan men ook omschrijven als: Autonome cliënt en Getemde professional. Onder dit gegeven wordt in de literatuur heel wat aan nieuwe eisen genoemd: het vraaggestuurd kunnen werken, onderhandelen, op gelijke voet met de cliënt omgaan, flexibiliteit; individueel, divers, grensverleggend werken.

Het is vooral Tonkens die spreekt over de getemde professional (Tonkens, 2003). Zij stelt tegelijk dat door de invoering van de Wmo de professionals weer harder nodig zullen zijn dan ooit. En ze zullen ook weer meer te zeggen moeten krijgen. Ze pleit voor een stakeholdersraad, waar uitvoerende professionals medezeggenschap hebben. Niet alleen tegenover de lokale overheid en andere instellingen en instanties, maar ook tegenover de cliënten is het zaak weer de eigen professionele autonomie te herwinnen. De autonomie van de mondiale cliënt heeft de professionele autonomie monddood gemaakt (Van Reijen, 1998). Vlaar en anderen spreken over 'de professionaliteit gesmoord' (Vlaar, 2003).

Een kenmerk van het werken in een vermaatschappelijkte sector is dat de professional eerder ondersteunend, adviserend en begeleidend werkt dan helpend, zorgend en bepalend. Het werken speelt zich meer in de maatschappij af dan in de instelling. Het is veel belangrijker geworden de hulpvraag van de cliënt te kunnen herkennen en expliciteren. Werkers hebben in toenemende mate te maken met onafhankelijke belangenbehartigers. Professionals moeten zich (opnieuw) op hun maatschappelijke rol bezinnen en als werkers bevinden ze zich steeds meer in 'de frontlinie' (Savornin Lohman, 2001).

Maar door het onderscheiden van de verschillende levensdomeinen verliest de werker tegelijk haar centrale positie en wordt ze één speler in een ondersteunend netwerk. Ook dat levert spanning op tussen autonomie en netwerksturing.

Een bijkomend probleem van de '(groot)mondige cliënt' in de huidige maatschappij is agressie, eisend gedrag en gedragsproblematiek (Winter en anderen, 2006). Dit vormt in toenemende mate een probleem in de sector, ook doordat cliënten met meervoudige, complexe en zwaardere problematiek in de instellingen en in begeleide woonvormen blijven. Speciale groepen vragen aandacht: dubbele diagnose cliënten (verslaving en psychiatrische problematiek of verstandelijke beperking) en jongeren met beperkingen en gedragsproblemen. Complexere doelgroepen vragen meer kennis, vragen om 'over de grenzen van het beroep' heen te kunnen kijken en stappen.

Van den Brink verklaart gedragsproblematiek, eisen en agressie (en de lichtere vorm daarvan in onfatsoenlijk en ongewenst gedrag) door het feit dat in de jaren zestig zelfontplooiing iets was van en voor de bovenklasse, die tegelijk een groot moreel en cultureel kapitaal bezat. Doordat het idee van zelfontplooiing is gedemocratiseerd en overgenomen door lagen van de bevolking die dat morele en culturele kapitaal niet bezitten, pakken dezelfde denkbeelden heel anders, zelfs averechts uit. Van den Brink heeft zijn hoop gesteld op de professionals die dat morele en culturele kapitaal wel bezitten, en daardoor een voorhoede zouden kunnen en moeten vormen in een 'moreel offensief', een 'beschavingsoffensief' (TSS, mei 2006). Hij ziet de professionals als de onzichtbare ruggengraat van de samenleving, die de zaken -zonder dat zij dit misschien zelf weten- bij elkaar houden en orde in en richting aan de samenleving geven. Niet alleen in de maatschappij, maar ook in de sector zou er daarom nog meer sprake moeten zijn van een 'moreel reveil', dat na dertig jaar 'zelfontplooiing', eigen keuze en vrijheid, een jaar of zes geleden voorzichtig is ingezet. Het is volgens hem jammer dat veel professionals hiervoor nog huiverig zijn. Zij verliezen daardoor ook als beroepsgroep terrein. De hulpvraag stijgt, maar naar een ander soort professional, de normatieve professional, die niet bang is voor en vies van meer dwang en drang, stelde Van den Brink bij zijn afscheidsrede van het NIZW in Utrecht op 24 februari 2006.

Op een studiedag over de 'zelfdenkende professional' in 2004 werd de behoefte uitgesproken aan professionals die denken en doen met elkaar kunnen verbinden, doordat ze verbanden zien, verschillende perspectieven kunnen onderscheiden, en een eigen positie kunnen en durven te bepalen.

Op weer een andere studiedag van de GGZ Breda in maart 2004 werd geconstateerd dat 'de professionals in de wereld van zorg en welzijn, maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg zich in de knel voelen. Er is sprake van toenemende protocollering, verster-

king van het marktdenken, toenemende verharding en individualisering. Professionals ervaren steeds minder ruimte om betekenisvol contact te maken met hun cliënten/patiënten. De ruimte voor het vak wordt ingeperkt door protocollen, regels, voorschriften en sturing middels budgetten'. Op deze studiedag bleek echter dat genoemd spanningsveld geen exclusief probleem voor de professional is. Het management van de betreffende organisaties ervaart dezelfde spanning. In het huidige politieke klimaat worden verschuivingen in de richting van privatisering, commercialisering en marktwerking gelegitimeerd door het beeld van de mondige individuele burger, die zelf in staat is zijn keuzes te maken en daarvoor de verantwoording te dragen. Dit beeld wordt echter in de praktijk van de organisaties dagelijks gelogenstraft. Hoe realiseren de organisaties dan nog hun voornaamste doelstelling: er te zijn voor mensen die hen het hardst nodig hebben.

Uit dit beperkte overzicht van wat door de respondenten in de instellingen en door theoretici en wetenschappers in de sector wordt gemist aan competenties door de nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij en in het beroepenveld, zijn direct aanbevelingen aan het onderwijs, zowel qua deskundigheidbevordering en bijscholing als qua regulier onderwijs af te leiden. In het volgende hoofdstuk wordt een aantal concrete aanbevelingen concreet gedaan. In het kader van dit onderzoek betreffen zij vooral het kritisch stilstaan bij de betekenisgeving, naast het benoemen van competenties die in het onderwijs aan de orde moeten komen.

8 Aanbevelingen voor nieuwe professionals en hun opleiding

8.1 Inleiding

Naast de maatschappelijke ontwikkelingen als marktdenken, bureaucratie en de invoering van de Wmo, waarover in het vorige hoofdstuk kort is geschreven, zijn het ook de directe contacten met de cliënten zelf die bij de werkers aanleiding kunnen zijn voor 'beroepszeer' (Brink en anderen, 2005). In het directe contact met de cliënt (en het systeem) uit zich de gangbare betekenisgeving in het door veel werkers ervaren en verwoorde dilemma: de cliënt zelf laten kiezen of zelf als mens en als professional (durven) ingrijpen. Dit verschijnsel kan men ook omschrijven als: Autonome cliënt, Getemde professional (Tonkens, 2003). Het is vooral in de bejegening van de cliënt waar heel direct dilemma's kunnen worden ervaren.

In een ethisch dilemma zijn altijd twee waarden in het geding. Bijvoorbeeld het zelfbeschikingsrecht of de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt enerzijds en het welzijn, de kwaliteit van leven, de bestwil van de cliënt anderzijds. Het is juist de goede bedoeling, de wens om goede zorg te geven, om de goede keuze te maken, die het dilemma oproept. Want wat men ook kiest, men geeft een belangrijke waarde op, en hoe kan een professional die keuze voor zichzelf en tegenover anderen rechtvaardigen?

Het belangrijkste actuele dilemma dat steeds terugkomt in de gesprekken met begeleiders en andere werkers in de sector, is: moet ik de eigen keus van de ander (cliënt/bewoner) respecteren, of mag ik ingrijpen (dwingen, activeren, sancties opleggen) en me ermee bemoeien? (Lange en Wajon, 2007)

Deze vraag is uitdrukking van een ethisch dilemma: je moet één van de twee kiezen, en aan elke keuze zitten min of meer vervelende consequenties vast. Omdat de professional die wil voorkomen, kan het stellen van deze vraag in de praktijk verlamdend werken. Het blijven dubben kan werkers afhouden van ingrijpen, dat wil zeggen het uitvoeren van bepaalde handelingen, die toch voor de cliënt gunstig kunnen zijn.

De invulling van een begrip kan te maken hebben met het ontstaan van dilemma's. De invulling of connotatie die iemand aan een idee als 'eigen keuze of eigen verantwoordelijkheid' geeft, kan het dilemma 'ingrijpen of niet' veroorzaken.

Daarom zou een kritisch doordenken van de terminologie die in de dilemma's een rol speelt, en die veelvuldig in de sector gebezigd wordt, nuttig kunnen zijn. Het beschreven dilemma is ook te verwoorden als de keuze tussen autonomie (eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid) en bemoeizorg. De angst of de terughoudendheid om in te grijpen, om zich er mee

te bemoeien, wordt mede veroorzaakt door een bepaalde invulling van de begrippen eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid.

Daarom worden in de volgende paragraaf enige aanzetten gegeven voor een kritische door-denking van deze begrippen, die in het dilemma 'ingrijpen of niet' een belangrijke rol spelen. Het zijn de begrippen uit het eerste cluster dat is besproken bij de betekenisgeving in hoofdstuk 3 en 5. Er is gekozen om alleen van deze begrippen hier een aanzet tot kritische beschouwing te geven. De betekenisgeving speelt in dit geval direct mee in het contact met de cliënt, in de eigen bejegening, en werpt de professional terug op de eigen (moeilijke) beslissing. Een tweede argument om deze begrippen te kiezen als een voorbeeld van kritische doordenking, is het feit dat met de invoering van de Wmo de terminologie van 'eigen verantwoordelijkheid' en 'verantwoordelijkheid voor anderen' weer nieuw leven wordt ingeblazen, wat een kritisch stilstaan bij die begrippen eens te meer nodig maakt. Bovendien, als het waar is dat de rol van de professional verandert in de richting van de normatieve professional, zal dit dilemma nog meer een rol kunnen gaan spelen, omdat het 'durven ingrijpen' nog meer aan de orde zal zijn (Brink, 2004).

De andere twee clusters met begrippen als burgerschap, participatie en vermaatschappelijking lijken wat afstandelijker te zijn. Natuurlijk is ook daar sprake van verschillende invullingen en connotaties, maar die lijken wat 'verder van het bed', dat wil zeggen van het directe contact met de cliënt. Wat er onder die noemers en uit naam van die begrippen al dan niet gebeurt, heeft vaak te maken met het beleid van een instelling en met maatschappelijke voorwaarden. Ook al kunnen daarin concrete keuzes in het directe contact door de werkers zelf gemaakt worden, waarschijnlijk worden die toch minder persoonlijk ervaren. Een zelfde verschil is ook merkbaar bij de nieuwe begrippen: kwaliteit van leven en wederkerigheid. Kwaliteit van leven ziet men vooral in de bejegening van de cliënten, wederkerigheid heeft te maken met de instellingen en/in de maatschappij.

In de volgende paragraaf wordt bekeken of en hoe in het werkveld en in de opleiding een kritisch kijken naar de betekenisgeving mogelijk kan bijdragen aan het minder ervaren van dilemma's door de professionals in de praktijk.

8.2 Een aanzet voor een zinvolle betekenisgeving die het voorkomen van ethische dilemma's en beroepszeer vermindert

Het hierboven gesignaleerde dilemma 'niet ingrijpen of wel ingrijpen' kan men ook vertalen als de spanning tussen een vraaggerichte houding en de eigen professionele normativiteit, ofwel als het dilemma autonomie van de cliënt of je met de keuze bemoeien.

Hier volgen een paar kritische overwegingen, aan de hand van een analyse van het woordgebruik en van een al dan niet impliciete betekenisgeving. Het gaat daarbij om de connotaties bij de begrippen zelf kiezen en eigen verantwoordelijkheid. Soms worden deze begrippen gebruikt als een legitimering om niet in te grijpen, dus tegen bemoeizorg. Maar ze kunnen ook gebruikt worden als een argument vóór zich ermee te bemoeien, namelijk als een eigen keuze van de hulpverlener.

Bij het zelf (laten) kiezen, iemands keuze respecteren, zelfbeschikkingsrecht en dergelijke, is het op de eerste plaats belangrijk te weten wat men bedoelt met zelf kiezen: gaat het om de act van het kiezen zelf (het zelf beslissen) of om het kunnen uitvoeren van de keuze (de beslissing) (Reijen, 1984).

Zelfs wanneer iemand beschikt over het vermogen zelf te beslissen, kan de autonomie in de zin van het kunnen uitvoeren of doen van iets, wel degelijk door een ander beperkt of ongedaan gemaakt worden. Dat is voor mensen met beperkingen in ieder geval niet anders dan voor iedereen. Het motief waarom men er een stokje voor steekt is mogelijk wel een ander: bij mensen met beperkingen is het meestal met goede bedoelingen.

Op de tweede plaats: wat wordt bedoeld met eigen keuze? Wanneer erkent de werker dat iets 'echt' de eigen keuze is van de cliënt? In de beroepscode voor de Maatschappelijk Werker staat bijvoorbeeld in artikel 11: ingrijpen is slechts gerechtvaardigd als de cliënt niet in staat is de eigen wil te bepalen... Wat zijn de voorwaarden waaraan een keuze moet voldoen om 'erkend' te worden, zodat er niets in de weg wordt gelegd? Of de werker zelf ook deze keuze zou maken, of het in de samenleving normaal is, of het niet strijdig is met bepaalde waarden en normen? Vaak wordt als argument aangehaald dat de cliënt niet in staat is tot een eigen vrije keus, omdat zij de consequenties niet kan overzien. Maar wie kan dat ooit werkelijk wel helemaal? Misschien overziet ze ze wel, maar maakt ze een andere afweging. Kortom: de kreet: 'dat is je eigen keus' gaat net zo min of net zo veel op, in elke situatie, voor iedereen.

Laten we nu het begrip 'eigen verantwoordelijkheid' eens kritisch bekijken, in het verlengde van het idee van 'eigen keuze'. Dan valt meteen iets vreemds op. In het gebruik van de term '(eigen)verantwoordelijkheid' zelf komt de spanning tussen autonomie en zorg tot uitdrukking. Het beroep op de eigen verantwoordelijkheid kan immers zowel gebruikt worden om iemand te wijzen op haar of zijn onontkoombaar zelf te moeten kiezen (= autonomie) als om iemand te vertellen dat zij/hij voor iets of iemand 'moet zorgen'. Vandaar de begripsverwarring rondom het begrip verantwoordelijkheid, door de dubbele betekenis van verantwoordelijkheid in de betekenis van 'zelf kiezen' en die van 'iets moeten doen'. Het begrip eigen verantwoordelijkheid roept enerzijds nog altijd associaties op met de autonomie, het zelf beslissen, de inspraak en het 'baas in eigen buik' van de jaren zestig. Maar in de jaren daarna heeft zich langzaam een verschuiving voorgedaan van die interpretatie naar een opvatting van eigen verantwoordelijkheid als zelfzorg, mantelzorg, zelf betalen, eigen risico en 'eigen schuld, dikke bult'. En dat leidt tot verwarring, zeker bij mensen in de sector van zorg en welzijn.

De conclusie is dan, dat wanneer eigen verantwoordelijkheid wordt opgevat als zelf kiezen het juist mogelijk is om je wel met een cliënt te bemoeien., wanneer je het zelf wil en er praktische consequenties en ongemakken voor over hebt. Er is geen excuus meer mogelijk.

Menselijke verantwoordelijkheid wordt dus in het dilemma 'ingrijpen of niet' impliciet in twee verschillende betekenissen gebruikt.

a) De eigen verantwoordelijkheid in de zin van zelfbepaling, autonomie, vrijheid, zelf kiezen en beslissen.

b) De verantwoordelijkheid in de zin van zorg, plicht, iets behoren te doen.

In het eerste geval wordt de vrijheid en de keuze gelaten, in het tweede krijgt men een taak of plicht opgelegd. De twee betekenissen sluiten elkaar als het ware uit, zijn tegenstrijdig met elkaar.

Wanneer een professional niet wil of durft beslissen, ingrijpen, sturen, dwingen, uit 'respect voor de eigen verantwoordelijkheid' van de cliënt, dan zet zij op dat moment de eigen verantwoordelijkheid buitenspel. Ze beroept zich dus op de 'eigen verantwoordelijkheid' die ze toeschrijft aan de cliënt en daarmee tegelijk zichzelf ontzegt. Dat maakt het beroep op de 'eigen verantwoordelijkheid' tot een dubieus beroep in de hulpverlening (Reijen en Buchem, 1984).

8.3 Aanbevelingen voor de opleidingen

Wat in de voorgaande paragraaf over een aanzet tot een zinvolle betekenisgeving is geschreven, die mogelijk het terechtkomen in onoplosbare dilemma's kan voorkomen, kan ook aan de orde komen op de opleidingen. Te denken valt aan onderwijsonderdelen waarin beroepsethiek, kernvragen van het beroep, morele dilemma's, zingevingsvraagstukken, zelfregulatie en supervisie aan de orde komen.

In de beroepsopleidingen is een paar jaar geleden een start gemaakt met competentiegericht onderwijs, waarin de integratie van kennis, vaardigheden en attitude, gericht op kritische beroepssituaties in de praktijk centraal staat. Onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, veranderde visies op onderwijs en ontwikkelingen in het beroepenveld, zijn nieuwe beroepsprofielen en opleidingsprofielen geschreven. Daarin komen praktisch alle eisen aan en wensen met betrekking tot de werkers voor, die in de literatuur en in de voor dit onderzoek gevoerde gesprekken zijn genoemd.

Niet alleen vanwege de naam, maar ook vanwege de inhoud van het beroep, is het niet toevallig dat vanuit de NVMW (Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers) in toenemende mate aandacht wordt besteed aan vermaatschappelijking (NVMW, 2006). Vanouds is de kerntaak van het maatschappelijk en sociaal werk (de naam zegt het al) het helpen individuele cliënten tot hun recht te laten komen als mens en als burger, in hun sociale omgeving en in de brede maatschappelijke context. Kortom: hun sociaal functioneren te versterken. Als we exemplarisch voor sociaal werk (dat ook het beroepsdomein van CMV (Cultureel Maatschappelijke Vorming) en SPH (Sociaal Pedagogische Hulpverlening) omvat), het nieuwe beroepsprofiel van de maatschappelijk werker bekijken, blijkt dat daarin expliciet de normatieve professionaliteit wordt genoemd (NVMW, januari 2006, p. 14 e.v.).

Het zelfbeschikkingsrecht ofwel de eigen keuze van de cliënt 'gooit hoge ogen', maar wordt genuanceerd. Een citaat: "Dat wil niet zeggen dat de maatschappelijk werker zich per definitie achter die keuze stelt. Hij neemt de geldigheidsaanspraken van de cliënt serieus, maar kan diens keuzen tegelijk ter discussie stellen, net zo goed als zijn eigen (professionele) opvattingen die hij ontleent aan zijn professionele opdracht" (ibid, p. 15). De toon is in tien jaar tijd anders geworden als het gaat om rol van de professional. Het lijkt een rechtstreeks antwoord op Tonkens: 'De maatschappelijk werker stelt zich dienstverlenend op, maar is niemands knecht...niet alleen in algemene zin maar ook in concrete situaties maakt hij duidelijk waar

hij voor staat en waarop hij is aan te spreken' (ibid, p.15).

Ook het paternalisme, volgens de beroepscode nooit helemaal weg geweest, is weer terug en wordt nu een 'verantwoord paternalisme' genoemd, voor mensen die de regie over hun leven kwijt zijn (ibid, p.18).

En ook in het vernieuwde opleidingsprofiel van MWD, Avans Breda, van juni 2006 wordt over de normatieve professional gesproken, die keuzes moet en mag maken ten aanzien van de geldigheidsaanspraken van de cliënt. De voor- en nadelen die maatschappelijke ontwikkelingen kunnen hebben voor mensen met beperkingen worden daarin expliciet genoemd. Evenals trouwens de vermaatschappelijking van zorg, uit ideologisch of uit economisch motief, als een factor in de samenleving, waardoor de maatschappelijk werker voor nieuwe opgaven wordt gesteld.

Tot slot volgt nog een terugkoppeling naar de uitspraken van de respondenten. Naast de door hen gesignaleerde tekortkomingen en knelpunten bij hun werkers, die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn, werden er ook ideeën geuit over een nieuwe aanpak, een nieuwe professionaliteit en nieuwe methodieken. Hieruit zijn direct aanbevelingen voor de opleidingen af te leiden

De behoeften vanuit de managers en beleidsmakers zijn hieronder gerangschikt naar de drie onderdelen van competenties: kennis, houding en vaardigheden. De benoemde vaardigheden zijn daarbij ver in de meerderheid.

Kennis moet evidence-based zijn, want het gaat tegenwoordig weer over behandelen, en het werk wordt wetenschappelijker. Wat betreft benodigde kennis is in de GGZ kennis van de biologische psychiatrie expliciet genoemd. Ook het kunnen werken met rehabilitatiemethodieken is nodig. En de werkers moeten nadenken over hoe professionele zorg na de invoering van de Wmo geleverd kan worden.

Onder houding vallen uitspraken als: de kwaliteit van de relatie met de hulpverlener, de ander begrijpen, de attitude, de bejegening, de persoonlijk begeleiders zijn het ijkpunt van de week, hét sociale contact. Werkers moeten van zorggever raadgever worden. Ze moeten van 'het beste met iemand voorhebben', van helpen, toe naar voorwaarden creëren, en de cliënt serieus nemen, in plaats van ze alles uit handen nemen. En met frisse ogen kijken in plaats van een routine uitvoeren.

Wat betreft nieuwe vaardigheden zijn genoemd: er achter kunnen komen wat de cliënt 'echt' zelf wil, kunnen praten over zingeving en over leven en dood. Dat werd door een respondent een braakliggend terrein voor veel hulpverleners genoemd. 'Ze worden er niet in geschoold'. Professionals moeten een idee krijgen van hun maatschappelijke opdracht, ze moeten leren maatschappelijk te ondernemen. Ze zouden moeten leren praten over de toekomst van cliënten, over hun persoonlijke ontwikkeling, over groei en herstel. Ze moeten wat er in Den Haag gebeurt kunnen uitleggen aan cliënten, het naar microniveau vertalen. Ze moeten leren onderhandelen met ouders die eisen stellen. Ze moeten leren de informele zorg te begeleiden, vooral ook na de invoering van de Wmo.

De vaardigheid 'kwartiermaken' is genoemd: in de wijken, bij bedrijven gaan praten, communiceren met de bureaus, dat moet worden aangeleerd. Ook het ondersteuning kunnen bieden aan zorgboeren en andere samenwerkingspartners. Ze moeten bemiddelen, hun gezicht laten zien. En ze moeten ondersteuning geven bij het leiden van een eigen leven, bij empowerment.

Hoe vertalen zich deze algemene eisen concreet naar de verschillende beroepsdomeinen, die zowel in het werkveld als in de nieuwe opleiding tot Brede Bachelor Social Work niet gescheiden, maar wel onderscheiden zijn?

Hoewel SPH'ers (Sociaal Pedagogische Hulpverlening) kwantitatief sterk vertegenwoordigt zijn in bepaalde sectoren, waaronder de VGZ, staat het beroep momenteel erg onder druk. Ze zijn vooral opgeleid om in (primaire leef-)groepen en instellingen te werken, hetgeen haaks staat op vermaatschappelijking en ambulantisering. Ze missen bovendien bepaalde kwaliteiten die MWD-ers (Maatschappelijk Werk en Dienstverlening) en CMV-ers (Culturele Maatschappelijke Vorming) wel hebben, en die juist nodig en nuttig zijn in het vermaatschappelijkingsproces. Te weten: sociaal-agogisch werken in complexe maatschappelijke situaties (MWD) en sociale activering in wijken en buurtcentra (CMV).

Ze zullen zich meer moeten gaan profileren op bepaalde doelgroepen en meer op hbo-niveau moeten leren werken, zelfstandiger, en met meer verantwoording in complexe situaties. Ze zullen meer overzicht moeten hebben van de maatschappelijke context om ook een integraal plan te kunnen maken, om ook als case-manager of in een andere coördinerende functie te kunnen werken. Aandacht hebben voor het sociale netwerk wordt belangrijker. Ze moeten vooral beter worden toegerust voor samenwerking met anderen. Er moet meer aandacht komen voor ambulantisering, rehabilitatie, juridische kennis en het werken met

dreiging en dwang.

In het sociaal cultureel werk en opbouwwerk, waar voornamelijk CMV-ers werkzaam zijn, is er volgens Paul Vlaar en anderen een grote kloof tussen het beroepsprofiel en de theorie (van sociale activering, ondersteuning, civil society) enerzijds en de praktijk anderzijds (Vlaar, 2003). In de praktijk is al lang geen sprake meer van nadenken, theorievorming en debat, door de hoge werkdruk. De professionele kwaliteit laat daardoor te wensen over, terwijl die juist nu zo nodig is. Onderwijs en werkveld zijn uit elkaar gegroeid en doen dat nog steeds meer.

In de vernieuwde opleiding MWD, Avans Breda, zijn de 'normatieve professional', aandacht voor diversiteit en voor analytisch vermogen de nieuwe aandachtsvelden, waarbij herhaaldelijk aan de publicaties van Kunneman, Van Ewijk en Tonkens wordt gerefereerd (Kunneman, 1996; Ewijk, 2006; Tonkens en anderen, 2006).

Het lectoraat Vermaatschappelijking van de Zorg zal hopelijk in de komende jaren, samen met de twee andere lectoraten Gerontologie en Hulpverlening aan Vrouwen, uitgroeien tot een waarlijk Kennis- en Expertise centrum, om zo haar doelstelling om bij te dragen aan het opleiden van de nieuwe professionals in de sector succesvol te realiseren. Niet alleen vanwege de competenties van die professionals, maar vooral ook vanwege de kwaliteit van leven van de mensen met beperkingen met en voor wie zij ooit zullen werken.

Samenvatting

In deze publicatie wordt verslag gedaan van een onderzoek, zowel in literatuur als in de praktijk, naar betekenisgeving in de sector van GGZ (Geestelijke GezondheidsZorg) en VGZ (Verstandelijk GehandicaptenZorg), als het gaat om vermaatschappelijking van zorg. Betekenisgeving, dat wil zeggen: welke begrippen worden gehanteerd en hoe worden ze ingevuld met weer andere begrippen, en hoe worden die begrippen opgevat?

Het literatuuronderzoek bestrijkt vooral de afgelopen veertig jaar, hoewel kort aandacht wordt besteed aan voorlopers van vermaatschappelijking eerder in de vorige eeuw. Want ook al was het woord vermaatschappelijking nog niet bekend, wat Querido in de jaren dertig van de vorige eeuw in Nederland deed, lijkt er verrassend veel op.

Kort wordt ook aandacht besteed aan de rol van de cliënten-, patiënten- en ouder-bewegingen in de veranderingen in de sector.

Gekeken is naar veranderingen in begrippen en de praktijk die met veranderingen in betekenisgeving samengaat en dus mee verandert. Er is onderzocht of er sprake is geweest van zogenoemde paradigmaverschuivingen in betekenisgeving. Een paradigma is een min of meer collectief denkkader om de werkelijkheid te typeren en als dat kader niet meer blijkt te voldoen, wordt vervangen door een ander. Zowel in de individuele bejegening als in de maatschappelijke en organisatorische vormgeving van de zorg aan mensen met beperkingen speelt het onderliggende mensbeeld een rol. De zieke, gehandicapte, gekke of afwijkende persoon werd cliënt, de cliënt werd burger, en de burger, en niet alleen die met beperkingen, wordt nu meer en meer consument.

In dit onderzoek gaat het dus om een visie op mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met een psychiatrische problematiek en de uit die visie voortvloeiende opvattingen over de meest geëigende zorg en begeleiding.

Er is uitgegaan van het idee dat juist een oprechte bedoeling om zo goed mogelijke zorg te verlenen aan mensen met beperkingen leidt tot verschuivingen in zowel de betekenisgeving als tot veranderingen en aanpassingen in de praktijk. De inhoud en invulling van de onderliggende begrippen en de vormgeving aan de zorgverlening mogen veranderen, de zorg om de mens met beperkingen blijft even groot.

Heel duidelijk blijkt dat in de gesprekken die voor dit onderzoek zijn gevoerd met een aantal werkers, deels in de jaren zeventig opgeleid en begonnen met werken in de sector, inmiddels terechtgekomen in beleids- en managementfuncties. Sommige begrippen oefenen nog steeds

hun invloed uit en soms kijken ze, zelfs met heimwee, terug naar 'die' tijd. Zowel toen als nu, onder veranderde omstandigheden, rijk aan ervaringen en met groeiend inzicht, is het dezelfde bekommernis om de mensen met beperkingen die hen nog steeds drijft, en ook deels deed terugkomen van de slogans van eerder.

De kritiek uit de jaren zestig en zeventig op de 'totale instituties' kwam vooral van theoretici, ideologen, sociaal wetenschappers en idealistische professionals. Maar daarna hebben ook maatschappelijke ontwikkelingen, economische beperkingen en nieuwe wetenschappelijke kennis de praktijk veranderd. Soms is een lichte achterdocht te bespeuren naar de motieven van de overheid om bepaalde begrippen over te nemen en veranderingen in te voeren. Misschien spelen, vermoeden zij, naast de goede zorg, mogelijk ook motieven van bezuiniging, beheersing en voorkomen van overlast en gevaar voor anderen een rol.

De conclusie is, dat er zich binnen een periode van ruim veertig jaar inderdaad een verandering aftekent in betekenisgeving, van paternalisme en bemoeizucht, via eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid, naar modern of verantwoord paternalisme en bemoeizorg. Maar de constante is toch dat er altijd leidende ideeën in de sector blijven over wat goed of beter is, kortom wat voor de eigen bestwil is, van mensen met beperkingen. De zorg blijft, en wel in dubbele zin. Iedereen is er van overtuigd dat er altijd de een of andere vorm van zorg en begeleiding nodig zal zijn voor mensen met beperkingen. En er zullen altijd mensen blijven die bezorgd zijn om die mensen met beperkingen en die juist daarom zullen blijven zoeken naar theorieën en opvattingen, naar woorden, om hun zorg te uiten en hun goede bedoelingen uit te drukken om ze concreet vorm te geven in tastbare zorgverlening.

Hoewel het begrip vermaatschappelijking al meer dan twintig jaar in nota's van de overheid voorkomt, is het bij het grote publiek en ook bij de instellingen, lijkt het, pas sinds enige jaren ruimer bekend geworden. Een van de meest opvallende resultaten van de gesprekken die voor dit onderzoek zijn gevoerd is echter dat men in de praktijk al weer voorbij het begrip vermaatschappelijking lijkt te zijn. Kwaliteit van leven en wederkerigheid zijn de nu meest genoemde uitgangspunten in de zorg voor mensen met een beperking.

Een verschuiving in de visie op (zorg voor) mensen met beperkingen gaat gepaard met het gebruik van andere begrippen, met nieuwe connotaties en die verschuiving heeft niet alleen

consequenties voor de benadering van de cliënten, maar ook voor het zelfbeeld van en de eisen aan de professionals die met en voor hen werken. In de gesprekken met de managers en beleidsmakers is ook daar veel over gezegd.

Het onderzoeksverslag wordt daarom afgesloten met aanbevelingen voor de huidige werkers en voor het onderwijs aan de nieuwe professionals. Nieuwe professionals in dubbele zin: toekomstige professionals die nog in opleiding zijn, en professionals met andere, nieuwe competenties. Het beroepenveld van het Maatschappelijk Werk en Dienstverlening is bij die aanbevelingen als exemplarisch gekozen. Gezien het kader van dit onderzoek zijn de aanbevelingen vooral gericht op een kritisch stilstaan bij betekenisgeving, en nemen daarin begrip een belangrijke plaats in, die door de invoering van de Wmo nieuw leven zijn ingeblazen, te weten eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid voor anderen.

Summary

This publication reports on a literature and practical study carried out to ascertain the meaning assigned to the notion of socialisation of care in the mental health (GGZ) and intellectual disability (VGZ) sectors in the Netherlands. The study seeks to discover the concepts that underlie that meaning and how those concepts are interpreted.

The literature study concentrated mainly on the last forty years, although attention was also briefly devoted to precursors of socialisation earlier in the 20th century. Because although the word socialisation (vermaatschappelijking in Dutch) was not yet known at the time, the work done by Querido in the Netherlands in the 1930s bears striking resemblances to it. Brief attention was also given to the role played by representatives of clients, patients and the elderly in the changes that have taken place in the sector.

The study looked at changes in concepts and practice that go hand in hand with changes in the meaning assigned to socialisation, and which therefore also change. The study examined whether any paradigm shifts have taken place in the meaning assigned to socialisation of care. A paradigm is a more or less collective theoretical framework for describing reality, and when that framework no longer proves adequate, it is replaced by another. The underlying view of human beings plays a role in both the approach to individual clients and the social and organisational design of the care for people with impairments. The ill, disabled, psychiatrically disturbed or deviant person became a client, the client became a citizen, and the citizen - and not only the citizen with impairments - is today increasingly becoming a consumer.

This study is thus concerned with the view of people with intellectual disabilities and people with psychiatric disorders, and with the opinions resulting from that view on what constitutes the most appropriate care and support.

The starting point is the idea that it is precisely the sincere intention of providing the best possible care for people with impairments which leads both to a shift in the meaning assigned and to changes and adaptations in the practical implementation. The substance and interpretation of the underlying concepts and the design of the care may change, but the high standard of care provided to people with impairments remains unaltered.

It emerged in the interviews conducted for this study that a number of staff, some of whom

were trained and began working in the sector in the 1970s, are now in policy and management posts. They are still influenced by some concepts from that period and sometimes they look back, even with nostalgia, to 'the old days'. Both then and now, however, under changing circumstances, with a wealth of experience and growing insight, they are driven by the same concerns for people with impairments, and have partly moved away from the old slogans as a result.

The criticisms of the 'total institutions' in the 1960s and 70s came mainly from theoreticians, ideologues, social scientists and idealistic professionals. Later, however, social developments, economic constraints and new scientific knowledge also helped change the practice of care delivery. Sometimes it is possible to detect a slight suspicion of the motives of the government in assuming certain concepts and introducing changes. Perhaps, the interviewees suspect, as well as quality of care other motives may play a role, such as saving money, exerting control and preventing nuisance and danger for others.

The conclusion is that within a period of just over 40 years a change has indeed taken place in the way that care is interpreted, from paternalism and a desire to control, via own choices and own responsibility, to a modern or responsible paternalism and a desire to care. But the constant factor is that there are always guiding ideas in the sector about what is good or better, in short what is in the best interests of people with impairments. The care remains, and in a dual sense. Everyone is convinced that some form of care and support will always be needed for people with impairments. And there will always be people who are concerned about those people with impairments, and who precisely because of this will continue to search for theories and interpretations, for words, to express their care and good intentions and to give them tangible form in practical care delivery.

Although the notion of socialisation of care has been appearing in government policy documents for more than 20 years, it is only in recent years that it has become more widely known among the public at large and, it seems, among institutions. However, one of the most striking outcomes of the interviews conducted for this study is that in practice people already seem to have moved beyond the concept of socialisation. Quality of life and reciprocity are now the most frequently cited principles in the care for people with impairments.

A shift in the views on (the care for) people with impairments is accompanied by the use of different concepts, with new connotations, and that shift not only has consequences for the way in which clients are approached, but also for the self-image of and the demands placed on the professionals who work with and for them. A great deal was said about this in the interviews with managers and policymakers.

This report accordingly concludes with recommendations for current workers and for the training of new professionals. The term 'new professionals' has a double meaning here, including both future professionals who are currently still in training and professionals with other, new competencies. The professional field of social work and social services is chosen as an example for those recommendations. Given the framework within which this study was carried out, the recommendations are focused mainly on a critical review of the way in which meaning is assigned to the provision of care. Concepts into which the introduction in the Netherlands of the Social Support Act (Wmo) has breathed new life, namely own responsibility and responsibility for others, occupy an important place here.

Literatuurlijst

Achterhuis (1980)

Achterhuis, H. De markt van welzijn en geluk. Baarn: Ambo, 1980.

Akkermans (2006)

Akkermans, C. Aanspoelen aan de Achtergracht. Maatschappelijke ontwikkelingen, cliëntèle vorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG& GD (1933- 1988). Amsterdam: Aksant, 2006.

Bosch (2002)

Bosch, E. Waar bemoei je je mee!!! Kritisch reflecteren op het spanningsveld autonomie versus beschermwaardigheid. Zorgvuldig omgaan met morele dilemma's in de zorg. Soest: Nelissen, 2002.

Brink (2004)

Brink, G. van den, Schets van een beschavingsoffensief. Over normen, normaliteit en normalisatie in Nederland. Amsterdam: University Press, 2004.

Brink en anderen (2005)

Brink, G. van den, Th. Jansen en D. Pessers (red.) Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Amsterdam: Boom, 2005.

Brink (2006)

Brink, G. van den, Tijdschrift Sociale Sector, mei 2006.

Brinkman (2006)

Brinkman, F. (red.) Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat. RMO. Amsterdam: SWP, 2006.

Broekhoven (1973)

Broekhoven, W. van, Een poging tot ordening van het verschijnsel Pompekliniek met behulp van de begrippen "therapeutische gemeenschap" en "sociotherapie", en de theorie van Maslow. Nijmegen: KU, 1973.

Brown (1974)

Brown, P.M. Marxisme en psychologie. Een inleiding. Amsterdam: Bert Bakker, 1978.

Buchem e.a. (1980)

Buchem, L. van, E. Elbers, M. van Elteren. Psychotherapie en maatschappelijk handelen. De therapie- conceptie van de Kritische Psychologie van Klaus Holzkamp en Ute Holzkamp-Osterkamp. Utrecht: RU, 1980.

CINOP (2004)

Stuurgroep/ Cinop, Brondocument leren en burgerschap. Juni, 2004.

Cuijpers en Zomerplaag (2003)

Cuijpers, M. en Zomerplaag, J. Het werkt! Voorbeelden van mensen met ernstige beperkingen die ondersteund werken. Utrecht: NIZW, 2003.

Daal (2003)

Van Daal, P. Ontbrekende kaders. Veranderingsprocessen in de verstandelijk- gehandicapten-sector. Tilburg: PON, 2003.

Dekker en Hart (2005)

Dekker, P. en De Hart, J. de goede burger. Tien beschouwingen over een morele categorie. Den Haag: SCP, 2005.

Dorrestein en Van Daal (2004)

Dorrestein, A. en Van Daal, P. Te gekke burgers. Cliënten over volwaardig burgerschap. Tilburg: PON, 2004.

Esselink e.a. (1983)

R. Esselink e.a., Psychiatrische tegenbeweging in Nederland. Amsterdam: Van Gennep, 1983.

Evans (1976)

Evans, R.I. R.D. Laing. Over de man en zijn ideeën. Amsterdam: Bert Bakker, 1976.

Ewijk (2006)

Ewijk, H. van, De WMO als sociale innovatie; een impuls voor sociaal werk. Sociale Interventie, jrg. 15, nr.3. Den Haag: Lemma, 2006.

Filosofie & praktijk (2006)

Filosofie & praktijk, Themanr. mondigheid, autonomie, democratie. Jrg. 27, nr. 2/3. Budel: Damon, 2006.

Foucault (1961)

Foucault, M. Geschiedenis van de waanzin. Meppel: Boom, 1975.

Foudraine (1971)

Foudraine, J. Wie is van hout...een gang door de psychiatrie. Bilthoven: Ambo, 1971/ 25e druk 1973.

Foudraine (1979)

Foudraine, J. (Swami Deva Amrito) Oorspronkelijk gezicht. Een gang naar huis. Baarn: Ambo, 1979.

Gennep en Steman (2002)

Gennep, A. van en C. Steman. Beperkte burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen. Utrecht: NIZW, 2002 (7e druk).

Gennep en Steman (2004)

Gennep, A. van en Steman, C. Supported living. Een handreiking voor begeleiders. Utrecht: NIZW, 2004 (9e druk).

Gennep (2006)

Gennep, A. van, Vermaatschappelijking. Lezing bij Avans, Breda, 19-4-2006.

Goei (2002)

Goei, Leonie de, De psychohygiënisten- psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland. 1924–1970, Nijmegen: SUN.

Goffman (1975)

Goffman, Totale instituties. Rotterdam: Universiteit Pers, 1975.

Heide en Van Ree (1982)

Heide, T.G.W.v.d. en Van Ree, F. Een 'democratisch psychiatrisch' alternatief voor psychiatrische

ziekenhuizen. In: *Metamedica, Themanr. Herbezinning op de psychiatrische zorg*. Jrg. 61, nr. 10. Lochem: De Tijdstroom, 1982.

Henselmans (1993)

Henselmans, H., Bemoeizorg. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Delft: Oberon, 1993.

Heijst (2005)

Heijst, Dr. J.E.J.M.van, Leven met een beperking en zingeving. In: Kwekkeboom en Wijnen (2005), p. 35 – 46.

Hoeymans (2005)

Hoeymans, N. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.nationaalkompas.nl

Holkampgroep (1975)

De "Holkampgroep". Psychologie en marxisme, een terreinverkenning. Amsterdam: SUA, 1975.

Holkampgroep (1977)

De "Holkampgroep". Psychologie en marxisme, een terreinverkenning. (3e verbeterde en uitgebreidere druk) Amsterdam: SUA, 1977.

Hooijdonk (2003)

Hooijdonk, J. van, Omgekeerde integratie. In: W.I.V. (2003), p. 79–89.

Houten (1999)

Houten, D. van, De standaardmens voorbij. Amsterdam: Elsevier/Tijdstroom, 1999.

Houten (2000)

Houten, D. van, Inclusief burgerschap en sociale rechten. In: Tijdschrift voor humanistiek, jrg. 1, nr. 3, p. 7-18, 2000.

Jagt (2001)

Jagt, L. Moet dat nou? Hulpverlening aan onvrijwillige cliënten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghem, 2001.

Janssen e.a. (1995)

Janssen, M., de Jonge, M. en Pols, J. Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en meningen. Amsterdam: Babylon-De Geus, 1995.

Jonkers (2006)

Jonkers, P. Autonomie, kritische vragen bij een ideaal. In: Filosofie & praktijk (2006).

Kal (2001)

Kal, D. Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Boom, 2001.

Koops en Kwekkeboom (2005)

Koops, H. en Kwekkeboom, M.H. Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten. Den Haag: SCP, 2005.

Kunneman (1996)

Kunneman, H. Van theemutscultuur naar walkman –ego. Contouren van postmoderne individualiteit. Amsterdam: Boom, 1996.

Kuypers en Lans (1994)

Kuypers, P. en Van der Lans, J., Naar een modern paternalisme. Over de noodzaak van sociaal beleid. Amsterdam: De Balie, 1994.

Kwekkeboom (2001)

Kwekkeboom, M.H. Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: SCP, 2001.

Kwekkeboom (2004)

Kwekkeboom, M.H. De waarde van vermaatschappelijking. Openbare les, 23-01-2004, Breda: Avans, 2004.

Kwekkeboom e.a. (2005)

Kwekkeboom, M.H. e.a. Veel onderweg. Vermaatschappelijking in de Zorg in Zuidwest-Nederland. Breda: Avans Hogeschool, 2005.

Kwekkeboom en Wijnen (2005)

Kwekkeboom, M.H. en Wijnen-Sponselee, M. Th. Zin geven. Noties rondom vraagstukken van zingeving als je ouder wordt of moet leven met een beperking. Breda: Avans Hogeschool, 2005.

Kwekkeboom e.a. (2006)

Kwekkeboom, M.H. e.a. Een eigen huis...ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving. Den Haag: SCP/ Avans /PON, 2006.

Laan (2002)

Laan, Geert van der, Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap. In: Sociale Interventie, 2, 2002.

Laing (1960)

Laing, R. Het verdeelde zelf. Meppel: Boom, 1969 e.v.

Laing en Cooper (1964)

Laing, R. en Cooper, D. Rede en geweld. Meppel: Boom, 1970.

Laing en Esterson (1975)

Laing, R.D. en Esterson, A. L'équilibre mental, la folie et la famille. Parijs: Maspero, 1975.

Lange en Wajon (2007)

Lange, A. van en Wajon, T., Het gewone voorbij...Bevindingen van persoonlijk begeleiders in de zorg met vermaatschappelijking. Breda: Avans Hogeschool, 2007.

Leegwater (2005)

Leegwater, E. Beeldvorming over psychiatrische patiënten. GGZ Nederland. Amsterdam: TNS NIPO, 2005.

Lieshout (1985)

Lieshout, P. van. Veertig jaar geestelijke volksgezondheid. Een analyse van het MGv. Trimbos, MGv,nr. 40, pag. 1243-1274, 1985.

Lohuis e.a. (2002)

Lohuis, G., Schilperoort, R. en Schout, G., Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGz. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2002.

Loon (2006)

Loon, J. van, Arduin: van zorg naar ondersteuning: kiezen voor kwaliteit leidt tot ontmanteling van de instituutorganisaties. Antwerpen/Apeldoorn, Garant, 2006.

Maas (1973)

Maas, J.R.M. Bomen spreken. Amsterdam: Contact, 1973.

Maas (1975)

Maas, J.R.M. Stenen hebben pijn. Amsterdam: Contact, 1975.

Mans, I. (1998)

Maas, Inge. Zin der zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen. Amsterdam: Bert Bakker, 1998.

Marge (1983)

Margeteksten 5, Kongresboek "GGZ in de Nederlandse Verzorgingsstaat". In het kader van het "Netwerk Alternatieven voor de Psychiatrie". Utrecht: 7 t/m 10 april 1983.

Merks (2004)

Merks-van Brunschot, I., Organizational dynamics in the care sector. A case study focused on "Stichting Prisma" in Waalwijk, The Netherlands. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2004.

Meijninger (2005)

Meijninger, Dr. H.P., Zin leren zien. Zinervaring en levensbeschouwing in de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. In: Kwekkeboom en Wijnen (2005), p. 46- 63.

MGV (1980)

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. Jrg. 35, Nr. 1. Utrecht: 1980.

Michielse (1989)

Michielse, H.C.M. Welzijn & discipline. Van tuchthuis tot psychotherapie. Amsterdam: Boom Meppel, 1989.

Nijk (1978)

Nijk, A. De mythe van de zelfontplooiing en andere wijsgerig andagogische opstellen. Amsterdam/Meppel: Boom, 1978.

NRC (2004)

In een hoek gesmeten. En moeder van een schizofrene zoon over de hulpverlening. NRC, 10 -04-2004

Nuy en Meininger (2000)

Nuy, M. en Meininger, H. Menselijk tekort versus schaarste in zorg. In: Filosofie en praktijk, jrg. 21, nr. 2, p. 22-33. Leende: Damon, 2000.

NVMW (januari 2006)

NVMW, Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker. NVMW, Utrecht: januari 2006.

NVMW (2006)

NVMW, Beum, M.(red.), Factsheet maatschappelijk werk en WMO. Informatie voor de professional in de praktijk. Utrecht: NVMW, 2006.

Ossewaarde (2006)

Ossewaarde, R. Eigen verantwoordelijkheid: bevrijding of beheersing? RMO. Amsterdam: SWP, 2006.

Pinto en Ree (1998)

Pinto, D. en Ree, A. J. van, Samen verder. Ontwikkeling van participatiebeleid. Achtergrondinformatie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Porter (1991)

Porter, R. De zin van de waanzin. Een sociale geschiedenis. Amsterdam/Antwerpen: Veen, 1991.

Ramadan (1999)

Ramadan, O. Markt en democratie. De invloed van privatisering op de efficiëntie van maatschappelijke ordening en democratie volgens sociaal- democraten. Amsterdam: UVA, 1999.

Reijen (1983)

Reijen, M. van. Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u? In: Tijdschrift voor gezondheid en politiek. P. 26-30, Jrg. 1, nr. 3, 1983.

Reijen en Buchem (1984)

Reijen, M. van en Buchem, L. van. Eigen verantwoordelijkheid: een dubieus beroep in de hulpverlening. Baarn: Nelissen, 1984.

Reijen (1984)

Reijen, M. van. Filosofie en hulpverlening I. Wijsgerige kernbegrippen. Baarn: Nelissen, 1984.

Reijen (1987)

Reijen, M. van. Filosofie en hulpverlening II. Mensopvattingen. Baarn: Nelissen 1987.

Reijen (1999)

Reijen, M. van, Pleidooi voor de autonomie van de professional. Lezing t.g.v. 100 jaar MWD. Breda: Hogeschool Brabant, 1999.

Robeyns (2004)

Robeyns, Ingrid, De kwaliteit van het leven: drie politiek-filosofische benaderingen, in: Ethiek en Maatschappij, 2004.

Rollies (1988)

Rollies, J. (red.) De gezonde burger. Gezondheid als norm. Nijmegen: SUN, 1988.

Roy en Steers (1972)

Roy, M. de en Steers, T., Hoe mis is het. Een studie over maatschappij en inrichting. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1972.

Schaaf (2003)

Savornin Lohman, J. de en H. Raaff, In de frontlinie tussen hulp en recht. Bussum: Coutinho, 2001.

Schalk (2006)

Schalk, R. e.a. De WMO komt! Den Haag: Kluwer, 2006.

Schmid (1977)

Schmid, S. Vrijheid is de beste medicijn. Over de democratische psychiatrie in Italië. Amsterdam: Van Gennep, 1979.

Schnabel (1980)

Schnabel, P. Patiëntenraden in psychiatrische inrichtingen. P. 32 – 50. In: MGV (1980)

Schnabel (1995)

Schnabel, P. De weerbarstige geestesziekte. Nijmegen: SUN, 1995.

Schut (1970)

Schut, J. Van dolhuys tot psychiatrisch centrum. Ontwikkeling en functie. Haarlem: De Toorts, 1970.

Siebesma (2005)

Siebesma, P. De droom van Grunewald. De ontwikkeling van zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking in Zweden van 1985 tot 2005. Assen: De Zijlen, 2005.

Szasz (1970)

Szasz, Th. Ideologie en waanzin. Wat wil de psychiatrie? Bilthoven: Ambo, 1972.

Tienen (1970)

Tienen, J. M. van (samensteller), Anatomie van het welzijn. Deventer: Van Loghem Slaterus, 1970.

Tijdschrift voor agologie (1977)

Verzorgingsstaat: beleid, onderzoek, ideologie. Themanr. van het Tijdschrift voor agologie, jrg. 6, afl. 5. Amsterdam/Meppel: Boom, 1977.

Tonkens (1999)

Tonkens, E. Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig. Amsterdam: Bert Bakker, 1999.

Tonkens, E. (2003)

Tonkens, E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW, 2003.

Tonkens (2004)

Tonkens, E. en Kohlmann, C. Werk maken van vermaatschappelijking. Groen Links en de WMO. Den Haag: Tweede Kamer, 2004.

Tonkens (2006)

Tonkens, E. Burgerschap, competentieontwikkeling en toerusting. St. Actief Burgerschap, 2006.

Tonkens (maart 2006)

Tonkens, E., Voorkom gemarkeerde vermaatschappelijking. Socio, Nr. 68, Amsterdam: SWP, maart 2006.

Tonkens en anderen (2006)

Tonkens, E. (red.), Uitermark, J., Ham, M. e.a. Handboek moraliseren. Burgerschap en ongedeelde moraal. Amsterdam: Van Gennep, 2006.

Trappenburg (2005)

Trappenburg, M. Gezondheidszorg en democratie. Inaugurale rede, bijzonder hoogleraar patiëntenperspectief, EUR, Rotterdam: Erasmus MC, 2005.

Trimbos e.a. (1972)

Trimbos, C.J.B.J. e.a. Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit de Nieuwe Linie, 1971. Amsterdam: Contact, 1971.

Trouw (2006)

Sint Bavo wordt "gemengde"wijk. Wilfried van der Bles, in Trouw, 28-02-2006.

Visser (2004)

Visser, E. de, Ontsporen, dan pas hulp. Hoe de ideologie van zelfbeschikking faalde. Volkskrant, 20 maart 2004.

Vlaar (2003)

Vlaar, Paul e.a. De professionaliteit gesmoord. In: Tijdschrift voor de Sociale Sector, mei 2003

Vliet e.a. (2004)

Vliet, K. van (e.a.), Toekomstverkenning ten behoeve van een Beroepsstructuur in zorg en welzijn. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2004.

VN (1977)

Psychiatrie op zijn best. In: Vrij Nederland, Themagr. 17 sept. 1977, p.2 -26.

VN (1980)

Querido over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland. In: Vrij Nederland, Themagr. 6 dec. 1980, p. 3- 48.

Voogt en Wiertsema (1991)

Voogt, P. en Wiertsema, W., Sociale vernieuwing: een Copernicaanse wending in het denken. Den Haag: 1991.

Wending (1980)

Mensbeeld in de psychotherapie. Themannr. van het tijdschrift Wending. Jrg. 35, nr. 11. Den Haag: Boekencentrum, 1980.

Widdershoven (1998)

Widdershoven, G. Autonomie in de hulpverlening. Een herinterpretatie. In: Tijdschrift voor de sociale sector. Jan/febr. 1998.

Winter en anderen (2006)

Winter, M. de, Schillemans, TH. en Janssens R. (red.) Opvoeding in democratie. Amsterdam: SWP, 1996.

Wijnen (1999)

Wijnen, A. van, Volwaardig burgerschap, een haalbaar ideaal. St. Katel: Consult, 2002.

W.I.V. (2003)

W.I.V.- emancipatiecahiers nr. 1, Emancipatie: "De rechte weg van A naar B?" Sint-Amansberg (B): W.I.V., 2003.

Over de auteur

Miriam van Reijen is afgestudeerd in Sociale filosofie en ethiek (1974) en in cultuur- en godsdienstsociologie (1984). Van 1973 tot en met 1985 was zij als filosoof werkzaam aan de Medische Faculteit van de universiteit in Nijmegen. Momenteel is zij docent filosofie en beroeps-ethiek aan de Academie voor Sociale Studies, Breda, van Avans Hogeschool. Zij heeft de afgelopen vier jaar deel uitgemaakt van de kenniskring van het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg.

Publicaties o.a.:

- Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u? In: Tijdschrift voor gezondheid en politiek. P. 26-30, Jrg. 1, nr. 3, 1983.
- Eigen verantwoordelijkheid: een dubieus beroep in de hulpverlening. (met L. van Buchem), Baarn: Nelissen, 1984.
- Filosofie en hulpverlening I. Kernbegrippen. Baarn: Nelissen, 1984.
- Filosofie en hulpverlening II. Mensopvattingen. Baarn: Nelissen, 1987.

© **Avans Hogeschool, Lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg**

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.