

De 'bejegening van de cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg; de rol van het management

Jaap van der Stel

Verschenen in Praecox, maart 2002 (special t.g.v. afscheid Miel Gans). In verkorte vorm ook verschenen in *Health Management Forum*, 8, juni 2002.

Korte samenvatting: in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat de *bejegening van de cliënt* prominent op de agenda. Verandering in het beleid veronderstelt dat er de bereidheid tot zelfreflectie en verandering bestaat. Het van belang dat cliënten hun eigen (behandel)situatie zo veel als mogelijk te kunnen controleren. Dat verhoogt de effectiviteit van de interventies. Het thema staat verder in de aandacht omdat de nieuwe wetgeving in de gezondheidszorg ons daartoe verplicht. In dit artikel wordt een theoretisch kader geschetst voor de verdere bespreking van het onderwerp bejegening. Daarbij wordt uitdrukkelijk ook de rol van de managers belicht. Door hun beleidsvoering scheppen zij al dan niet de institutionele voorwaarden voor een ideale cliënt-hulpverlenerrelatie.

Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat de *bejegening van de cliënt* prominent op de agenda. Het is een ongemakkelijk onderwerp want het wordt vaak gevoed door, meestal impliciete, verwijten over het gedrag van 'anderen'. Verandering in het beleid veronderstelt echter uitdrukkelijk dat er de bereidheid tot zelfreflectie en verandering bestaat (Applebaum & Wohl, 2000). Een serieuze benadering van het thema bejegening is geboden. In de *eerste* plaats is het van belang dat cliënten hun eigen (behandel)situatie zo veel als mogelijk te kunnen controleren. Mede daardoor verhoogt de effectiviteit van de interventies. Een aspect hiervan is instemming (compliance) met de behandelstrategie van de zijde van de cliënten en hun betrokkenheid (commitment) bij de uitvoering van het behandelplan. Hiermee kan ook een bijdrage worden geleverd aan de preventie van agressie en dwang in de zorgverlening. In de *tweede* plaats staat dit thema in de aandacht omdat de nieuwe wetgeving in de gezondheidszorg ons daartoe verplicht.

Hieronder doe ik een aanzet tot een theoretisch kader voor de verdere bespreking van dit thema. Daarbij belicht ik uitdrukkelijk ook de rol van de managers. Door hun beleidsvoering scheppen zij al dan niet de institutionele voorwaarden voor een ideale cliënt-hulpverlenerrelatie. Ook de wijze waarop managers met hun medewerkers omgaan, staat niet los van hoe hulpverleners hun cliënten bejegenen. Maar daarmee is de kous niet af. Ook al ontmoeten managers face-to-face hun cliënten zelden (behalve als ze een dubbelfunctie bekleden), de resultaten van hun handelen (of het uitblijven daarvan) zijn van invloed op de concrete wijze waarop de hulpverlening plaatsvindt. Ik veronderstel dan ook dat de wijze waarop

en de mate waarin managers daadwerkelijk - en dus niet alleen met een hoop retoriek - zich proberen in te leven in hun klanten, zijn weerslag heeft op de cliënt-hulpverlenerrelatie (de wijze waarop zij elkaar 'bejegenen'), en daarmee ook gevolg heeft voor het resultaat van de behandeling. Dit inzicht zou een centraal onderdeel moeten zijn van hun sturingsconcept (zie ook: Van der Stel, 2000), maar het wordt zelden als zodanig benoemd.

Ik kijk in mijn benadering van het onderwerp af van de gangbare manier van denken, zoals die in gidsjes over cliëntgericht werken te vinden is (zie bijv.: Kragten, 1999). Daarin wordt het onderwerp hoofdzakelijk beperkt tot de kwaliteit van de dyadische relatie tussen hulpverlener en cliënt. En ik verzet me zeker tegen de reductie van het onderwerp tot zoiets als 'omgangsvormen'.

De opbouw van dit artikel is verder als volgt. Allereerst bespreek ik enkele recente sociale en culturele ontwikkelingen die ertoe hebben geleid dat de patiënt 'klant' is geworden en waardoor psychiaters in verschillende GGZ-instellingen hun 'patiënten' niet meer als zodanig mogen aanduiden. Daarna voer ik enkele begrippen in waarmee ik een theoretisch kader schep om het thema 'bejegening' in de GGZ verder te analyseren: Theory of Self, Theory of Other en Theory of World. Vanuit die achtergrond probeer ik enkele conclusies te trekken voor wat betreft de wijze waarop het thema 'bejegening van de cliënt' meer concrete inhoud kan krijgen. Verder geef ik antwoord op de vraag of we een aanstaand 'koningschap' van de 'klant' mogen verwachten en of dat eigenlijk wel gewenst is. Tot slot ga ik in op de vraag hoe komt het dat in de GGZ de beleidsplannen, zoals zulke die gericht zijn op de onderhavige thematiek, in de praktijk zo vaak sneuvelen.

De patiënt is klant geworden

De klant is koning hebben ondernemers jarenlang geroepen – de praktijk was anders. Het gold hoogstens voor de kleine middenstanders. Die hebben altijd gehandeld vanuit het besef dat ze rekening moesten houden met wat de klant wilde. Zeker als er voor hem een alternatief in de buurt was. De producenten van consumptiegoederen hebben echter lang gedacht dat zij zelf het beste wisten *wat* de toekomstige gebruikers nodig hadden en *hoeveel*. Ze legden daarom meestal meteen maar een voorraad van hun goederen aan. De grote leveranciers van 'diensten', zoals ziekenhuizen, konden weliswaar geen voorraad aanleggen, – hun 'producten' krijgen pas een concrete vorm op het moment dat ze 'geconsumeerd' worden. Maar voor de rest verschilden zij in hun gedrag niet zoveel van de producenten van wasmachines of rolstoelen. Zij bepaalden vooraf al het antwoord op de nog niet eens gestelde vraag van de klant, en anders wilden ze de vraag van de klant wel eerst even 'vertalen'. Daardoor viel het niet zo op dat de 'echte vraag' van de klant maar

weinig serieus werd genomen. In de geschiedenis van de GGZ zijn hierover schrijvende voorbeelden van bekend en die geschiedenis is nog lang niet afgesloten.

De tijden veranderen op dit gebied ingrijpend. In plaats dat reeds bestaande oplossingen op zoek zijn naar passende problemen wordt nu de omgekeerde weg bewandeld. Ondernemingen, producenten van goederen en diensten beseffen thans maar al te goed dat ze terdege en welgemeend, rekening moeten houden met de behoeften van hun klanten. Doen *alsof* wordt snel doorzien en kan hen – in een situatie van mededinging – duur komen te staan. Wat die mededinging betreft heeft de gezondheidszorg, vooral de geestelijke tak daarvan, het vooralsnog erg makkelijk. De GGZ-instellingen hebben in hun werkgebied bijna een monopolie. Zolang ze het niet héél erg bont maken, zijn de inkomsten min of meer gegarandeerd. Mensen met ernstige psychische problemen moeten vroeg of laat toch wel bij *hen* aankloppen om hulp.

Zo lang de economische concurrentie in de GGZ nog op zich laat wachten, is het behelpen met *dwang* en *drang* door de overheid. Hierdoor kunnen de instellingen en beroepsbeoefenaren bewogen worden 'klantvriendelijker' te zijn c.q. rekening te houden met de 'rechten van de cliënt'. De laatste jaren zijn tal van wetten aangenomen die de rechtspositie van de cliënten hebben versterkt (zoals de WGBO), en stap voor stap rukken de cliëntenraden op naar strategische posities in het besluitvormingsproces van de instellingen. Directies hebben daarover heus het zweet nog niet in de handen staan. Maar als over enkele jaren de 'emancipatie' of 'empowerment' van de cliënten nóg meer serieuze vormen heeft aangenomen, en er daadwerkelijk voor de klanten wat te 'kiezen' valt, is het opletten geblazen. Enkele jaren terug wisten consumentenorganisaties de opgeblazen kabelmaatschappij en monopolist UPC flink de schrik aan te jagen. Ze hadden opgeroepen niet meer te betalen voor nooit geleverde diensten – terecht natuurlijk.

Behalve 'dwang en drang' door overheid en 'consumenten' bestaat er gelukkig ook een organisatie-interne impuls. Nog vaak vervat in ongemakkelijk taalgebruik zijn diverse GGZ-instellingen begonnen met projecten gericht op 'klantvriendelijkheid', 'vraaggestuurd werken', 'zorg op maat' en – niet te vergeten – de 'bejegening van de cliënt'. Dit, in het schuldbewuste besef dat zij niet meer *alleen* kunnen uitmaken wat goed is voor hun klanten. Professionals kunnen zich niet goed voorstellen dat hun cliënten de diagnose stellen en kunnen aangeven hoe ze behandeld willen worden. De problematiek is vaak van dien aard dat zij daar vaak onvoldoende toe in staat zijn. Maar de professionals weten het zelf vaak ook niet. Hoe het ook zij, de tendens is dat cliënten veel beter geïnformeerd zijn over hun klachten en stoornissen. En in het kielzog daarvan weten ze ook steeds beter wat voor soort behandeling ze willen en wat voor behandelaar zij zich

daarbij voorstellen. Deze ontwikkeling heeft ertoe geleid dat behandelaren zich meer bewust zijn geworden van de rationaliteit van het 'klantgerichte' werken. Onderzoek heeft hen intussen geleerd dat rekening houden met de voorkeur van de cliënt (bijvoorbeeld zijn of haar verzoek om ECT, terwijl de hulpverlener daar nog niet van wil weten) een aspect is van 'evidence based medicine'. Dat wil zeggen: de uitgesproken voorkeur van de cliënt is een gewichtig indicatiecriterium bij de afweging over een geschikte therapie, omdat dit de 'compliance' met de behandeling sterk verhoogt. In recente richtlijnen van de American Psychiatric Association (helaas dringen die, in verwaterde vorm, pas na enkele jaren in Nederland door), zoals die over de behandeling van depressie (Karasu et al, 2000), heeft dit criterium een voorname plek ingenomen.

Het negeren van de 'aanwijzingen' van de cliënt kan als een kunstfout opgevat worden. Het is even wennen en slikken. Maar we leven in een geïndividualiseerde samenleving (Van der Stel, 1999), met naar verhouding veel eigzinnige, goed opgeleide en geïnformeerde cliënten, familieleden en kennissen. In zo'n situatie dient in de GGZ eens te meer het cliëntenperspectief voorop te staan.

Theorieën over jezelf, de ander en de wereld

Om de discussie over de bejegening van de cliënt op een meer omvattende wijze te kunnen bespreken, voer ik in deze paragraaf enkele begrippen in.

Mensen hebben sterk de neiging 'zichzelf te verklaren'. Als ze voor zichzelf duidelijk hebben *wie* ze zijn, *wat* ze willen en *waar* ze naar toe gaan, heeft het vaak weinig zin hen op andere gedachten proberen te brengen. Hetzelfde geldt voor hun interpretatie van de sociale realiteit, of de specifieke betekenis die ze toekennen aan de relatie die ze met anderen zijn aangegaan. Van zichzelf en van anderen in hun omgeving maken ze modellen of 'theorieën'. Daarmee kunnen ze de werkelijkheid reduceren tot de voor hun relevante dimensies en variabelen. Ze kunnen zich slechts van iets bewust worden als ze daarvan een model ontwikkeld hebben - hoe primitief dan ook. Een 'theorie' over wie je bent, wat je vaardigheden zijn, wie je bent, wat je doet en waar je heen wilt, is een absolute *noodzaak* om als mens volwaardig te kunnen functioneren. Ik vat dit samen met de term Theory of Self (TOS). Hiernaast hebben mensen theorieën over anderen, over wat iemand van plan is of voelt en wat hem of haar motiveert. Dit vat ik samen in het concept Theory of Other (TOO). Het impliceert het vermogen om zich in een ander in te leven en een ander ook als een *subject* te kunnen zien. In beide theorieën zitten ook relationele aspecten besloten: in de TOS of de TOO definieert iemand zichzelf, of de ander, in relatie tot de (machts)positie die hij of zij inneemt in het relevante sociale netwerk. Cognitieve neurowetenschappers gaan ervan uit dat

zelfbewustzijn een voorwaarde is voor een theorie van de 'mind' van een ander; de samenhang gaat zelfs zover dat grotendeels dezelfde hersencircuits worden geactiveerd als mensen zich een beeld van zichzelf of een beeld van een ander vormen (Vogeley et al, 2001).

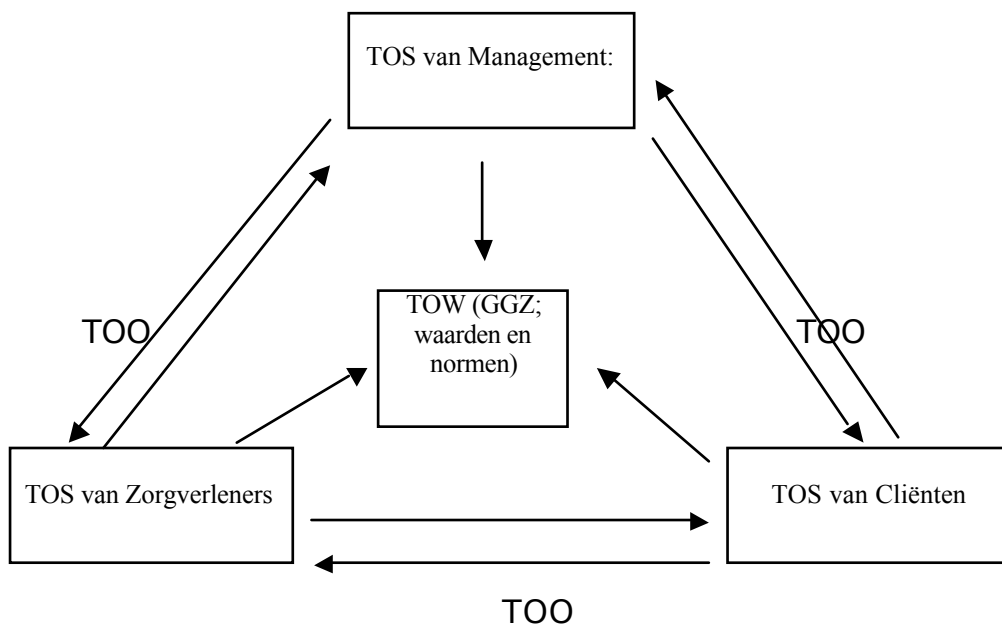
Beide theorieën of modellen hebben betrekking op ruimtelijke en temporele aspecten. In een normale ontwikkeling worden deze theorieën voortdurend getoetst aan de praktijk en de reacties van anderen op het eigen gedrag. Daarmee kunnen mensen zichzelf zo goed mogelijk aanpassen aan hun sociale omgeving c.q. daarop op een zo effectief mogelijk wijze invloed op uitoefenen. Behalve modellen van zichzelf en van anderen in hun sociale omgeving maken mensen ook modellen van de voor hun relevante wereld en praktijk. Dit model, dat ik de Theory of World (TOW) noem, valt gedeeltelijk samen met TOS en TOO.

Eerder heb ik gesteld dat mensen zichzelf graag willen 'verklaren'. Ze willen niet alleen greep hebben op wie ze zijn, maar ook op wat ze willen, hun perspectieven. Cognitieve inhoud over wat *is*, convergeren zo met emotionele en motivationele impulsen en betekenissen over wat voor iemand *relevant* (gewenst, nastrevenswaardig) is en wat niet. Deze betekenissen kunnen we – in het geval ze met andere gedeeld kunnen worden en een zekere abstractiegraad bereikt hebben – aanduiden als 'normen en waarden'. Dit houdt in dat TOO, TOS en TOW relevant kunnen zijn voor (de bereidheid tot) het handelen.

Ook al hebben mensen geen face-to-face communicatie, ze vormen hun modellen over zichzelf in nauwe samenhang met wat ze te weten komen of bedenken van de modellen die anderen over hen gevormd hebben. De beelden die mensen van elkaar vormen kunnen van grote (positieve of negatieve) invloed zijn op het zelfbeeld en het gedrag van de betrokkenen. Menselijke samenwerking en samenleving veronderstelt een minimale overeenstemming tussen de deelnemers over hun modellen en hun waarden en normen. Het veronderstelt ook dat de wijze waarop de betrokkenen de taal hanteren een hoge mate van overeenstemming moet hebben. Er mogen verder niet te grote discrepanties bestaan tussen de modellen die mensen van elkaar en van zichzelf hebben. Er moet hierin in ieder geval voldoende overlap bestaan, opdat er een gemeenschappelijk vertrekpunt bestaat om de verschillen te benoemen, te bespreken en zo mogelijk en zo gewenst te verkleinen. Dat veronderstelt dat de deelnemende 'partijen' een voldoende mate van responsiviteit moeten hebben, en bereid en/of in staat moeten zijn *actief* aan hun modellen (TOS, TOO, TOW) te 'werken'. De mogelijkheden daartoe zijn uiteraard afhankelijk van leeftijd, sociaal-culturele achtergrond en de (neuro)psychiatrische toestand van de betrokkenen.

Bejegening in de GGZ

In het onderstaande schema heb ik de hierboven besproken zienswijze gerelateerd aan de discussie over de 'bejegening' van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Ik onderscheid hier drie 'partijen': management, zorgverleners en cliënten. Het schema suggereert dat alle partijen in enige vorm een theorie over zichzelf (TOS) en over de andere partij (TOO) ontwikkelen, alsook een model (TOW) hebben gevormd van de geestelijke gezondheidszorg en de daaraan gerelateerde waarden en normen.



De drie partijen in dit model zijn gelijkwaardig. De diverse onderdelen zoals die in dit schema aangeduid zijn, hangen nauw met elkaar samen – het heeft weinig zin ze geïsoleerd te bekijken. De bejegening van cliënten hangt niet alleen samen met de wijze waarop de afzonderlijke partijen zich opstellen, deze wordt namelijk ook beïnvloed door de wijze waarop zorgverleners en managers met elkaar omgaan. Ik wil de zaak niet nodeloos ingewikkeld maken; ik wil helemaal niet het risico lopen de cliënten 'mede schuldig' te maken voor hun eventuele negatieve ervaringen. Het gaat mij om de vraag of er over en weer voldoende responsiviteit aanwezig is. En het gaat mij om het antwoord op de vraag of er voldoende communicatiemogelijkheden bestaan, en in hoeverre die ook daadwerkelijk benut worden. Kortom: wordt het 'samen leven' en 'samen werken' tussen deze drie partijen op een productieve wijze tot ontwikkeling gebracht?

Mijn stelling luidt dat de kwaliteit van de relatie tussen zorgverleners en hun cliënten nauw samenhangt met die tussen de zorgverleners en hun management. Ik verwacht weinig tegenwerpingen bij deze stelling.

Wat anders is het natuurlijk als de consequenties hiervan ter sprake komen. Problemen in de organisatie, foutieve of terechte maar negatieve beeldvorming over en weer, hebben beslist hun weerslag op de door de cliënten ontvangen zorg. Dat ik hier ook een directe relatie aanbreng tussen management en de cliënten zal meer verbazing wekken – ze zien elkaar tenslotte zelden. Het is mijns inziens echter zonneklaar dat managers een (impliciet of expliciet) model hebben van de cliënten en daar ook naar handelen. Dat model, waarin cliënten in het ergste geval nog slechts in termen van 'productiecijfers' en beschikbare 'budgetten' zijn terug te vinden, blijkt uit de voorzieningen en de inrichting van de gebouwen waar de cliënten verblijven, de wijze waarop cliënten ingeschreven en toegelaten worden tot de zorg, én de wijze waarop de organisatie is opgetuigd en zich in de openbaarheid aan hen presenteert. Zo ervaren cliënten impliciet hoe het management over hen denkt. Managers ervaren daarentegen, door de geregistreerde therapietrouw, het klachtgedrag, en indirect door de kenmerken van de groepen mensen die zich bewust *niet* in willen laten schrijven, hoe er door de cliënten over de – door de managers vertegenwoordigde – organisatie wordt gedacht. Het is dus van groot belang ook na te gaan in hoeverre de modellen die deze twee partijen hebben over de GGZ en haar waarden en normen met elkaar overeenstemmen. Ik veronderstel dat er vaak van zó'n grote divergentie sprake is dat het in de uiteindelijke zorgverlening wel mis *moet* gaan. In de praktijk ontstaat er in de GGZ veel misverstand doordat mensen geneigd zijn – uit angst, onzekerheid of gewoon onwetendheid – aan elkaar definities (over de 'ander' of de aangegane relatie) *op te leggen*. Door gebrek aan zelfreflectie en flexibiliteit kunnen verkeerde patronen lang blijven bestaan.

In de geestelijke gezondheidszorg is het nóg moeilijker dan elders in de gezondheidszorg om met elkaar te communiceren over wederzijdse uitgangspunten, verwachtingen en perspectieven. Dat komt door de aard van de problemen van de cliënten. Gebrek aan voldoende zelfinzicht of inzicht in een ander, alsook problemen in de tussenmenselijke communicatie, zijn een paar van de veelvoorkomende klachten die kunnen leiden tot hulpvragen. Het management en de medewerkers mogen zich echter niet achter de gebrekkige vaardigheden van hun cliënten verschuilen. Het is onverstandig, al was het maar omdat hun cliëntengroep door de bank genomen vanwege de aard van hun problemen, die in potentie hun gehele persoonlijkheid raken, juist extra *gevoelig* is voor het gedrag of de waardering van andere mensen. Hier komt bij dat zorgverleners voortdurend het risico lopen dat ze – door de belasting die zij in hun werk meemaken, vooral in klinische situaties – vaak ongewild van de 'onderhandelingshuishouding' die de GGZ zou moeten zijn een 'gebodshuishouding' maken. Onzekerheid en onmacht bij de professional kunnen in deze tak van zorg relatief makkelijk

transformeren in een dominant naar voren schuiven van 'regels', 'afspraken' en dus in het hanteren van 'macht'. Aldus kan de zorgverlener of de manager in een situatie verzeild raken waarin zij zich in hun *definities* van de situatie verharden. Dat patiënten als reactie hierop een vergelijkbaar 'halsstarrig' gedrag gaan vertonen (of zich agressief uiten) lijkt haast voor de hand te liggen. Vanuit moderne opvattingen over zorgverlening, gebaseerd op inzichten uit de sociale psychologie, kunnen we zo'n verstrakking en verstarring van de werkrelaties typeren als een regressieverschijnsel.

Ik vat het voorgaande betoog als volgt samen: idealiter is er sprake van een hoge mate van congruentie tussen de diverse 'theorieën' (TOO, TOS, TOW) van de drie partijen met een hoge mate van consensus als gevolg; de TOW werkt hierbij als *middelpuntzoekende* kracht. In de praktijk is er tussen de drie partijen niettemin vaak sprake van onenigheid en sluimerende conflicten; de TOW werkt dan als *middelpuntvliedende* kracht.

Vragen en discussie

Consequenties: dialoog tot de consensus erop volgt

Uit het voorafgaande kunnen we afleiden dat het niet voldoet als de ene partij nadenkt over de andere, om tot de slotsom te komen dat 'de relatie' of 'de bejegening' beter moet en ook beter kan. Cruciaal is een actieve, georganiseerde *uitwisseling* van opvattingen. Het is van belang te streven naar een grotere congruentie van de diverse theorieën die men er over en weer op nahoudt en koestert. Ik pleit ervoor 'werkplaatsen' tot stand te brengen waarin vertegenwoordigers uit alle drie de partijen ervaringen en ideeën over goede zorgverlening uitwisselen. In zulke werkplaatsen, die pas zin hebben als ze geen incidenteel karakter dragen, kunnen ze proberen onder woorden te brengen hoe ze zichzelf en hun rol in het grotere geheel zien, en kunnen ze met elkaar voorstellen ontwikkelen voor de wijze waarop een zo productief mogelijke omgang met elkaar te bereiken is. Gelukkig bestaan er op dit vlak al tal van op verandering gerichte initiatieven.

We moeten ons bij initiatieven tot verandering en vernieuwing wel goed bewust zijn van een algemeen menselijk trekje: het vermogen tot misleiding en manipulatie. Mensen beschikken over een 'Machiavelliaanse intelligentie' (Byrne & Whiten, 1988) – de kunde om anderen jouw plannen te laten uitvoeren. Zodra mensen een model hebben van de geest van een ander zijn ze in potentie in staat een ander tot andere gedachten en gedrag te verleiden of – het onderscheid is maar klein – te misleiden. Omdat deze vaardigheid in het hierboven aangeduide GGZ-veld niet beperkt is tot één partij, is het zaak ervoor te waken dat de wederzijdse 'bejegening' daadwerkelijk gemeend is én blijft. Anders is de kans groot dat er tussen de diverse

'partijen' een soort wapenwedloop optreedt waar niemand echt bij gebaat is. Hier komt bij dat niemand, in welke rol dan ook, als een onbeschreven blad de GGZ binnenkomt. Eerder in de levensloop kan er al van alles mis gegaan zijn. Het allermoeilijkste is het ons bewust te worden van de ongewenste ingeslepen gedragspatronen en te proberen daarin verandering aan te brengen.

Met de term 'emotionele zelfsturing van de cliënt' is mijns inziens de kern aangegeven van waar het in de GGZ uiteindelijk om draait. Zodra we de ontwikkeling daarvan frustreren is het werk dat we doen betrekkelijk zinloos. Dus zullen we ervoor moeten zorgen dat 'de bejegening van de cliënt' niet alleen iets te maken heeft met fatsoenlijke 'omgangsvormen' of met 'rechten', maar in de eerste plaats betrekking heeft op de verhoging van de zelfcontrole, - controle op de eigen levensomstandigheden en in het bijzonder op het eigen hoofd en gedrag. Ik denk dat nog veel te vaak op een Machiavelliaanse manier wordt geprobeerd cliënten te verleiden (beter gezegd: te misleiden) tot de aanname van 'onze' ideeën over hulpverlening of 'onze' ideeën over wat er met de cliënt aan de hand is. Hoe goed deze ideeën in professioneel opzicht ook mogen zijn, zo'n attitude is meestal contraproductief. Veel klachten van cliënten hebben hiermee te maken - vaak vernemen we ze pas nadat de cliënt de instelling al heeft verlaten.

Uit mijn gedachtegang is een hypothese af te leiden: als we de bejegening relateren aan de concepten TOO, TOS en TOW dan kunnen we een maat opvoeren voor de kwaliteit van de bejegening als zijnde de mate waarin *congruentie* bestaat tussen de TOO, TOS en TOW van de drie hier opgevoerde partijen. Hoe minder er sprake is van congruentie, hoe groter de kans dat de drie partijen klachten over elkaar hebben en hoe kleiner de kans dat er sprake is van 'compliance', 'loyaliteit', 'motivatie' en hoe lastiger het wordt het beoogde behandeldoel te bereiken. Congruentie en overeenstemming ontstaan zeker niet vanzelf, ze veronderstellen een permanente, niet vrijblijvende dialoog tussen de drie partijen en zo nodig de bereidheid en het vermogen tot aanpassing van gedrag. Beter gezegd: een dialoog.

Zal de cliënt ooit 'koning' worden?

Consensus duurt vaak maar even. In een veranderende samenleving veranderen de oriëntaties en perspectieven van de diverse partijen bij voortdoring. Eenmaal bereikte resultaten smaken naar meer en zo wordt de GGZ meegezogen in een dynamiek van permanente verandering.

Ik denk dat cliënten hun emancipatieproces niet zullen beëindigen als ze eenmaal de status van 'consument' in de zorgverlening bereikt hebben. Ze willen straks ongetwijfeld méér dan - voorzien van een zak

met geld en 'rechten' – voor zichzelf zo voordelig mogelijk GGZ-diensten 'in te kopen'. Lange tijd bepaalden de instellingen wat goed was voor de patiënten – hún rechten bleven beperkt tot het mogen stellen van een hulpvraag. Vanwege hun kritiek op de wijze waarop ze geholpen werden bij hun problemen, waren ze wel gedwóngen de rol van consument aan te nemen. Ze moesten belangen gaan behartigen en – gebruik makend van technieken uit de vakbeweging en het actiewezen – voor zichzelf een stevige onderhandelingspositie opeisen.

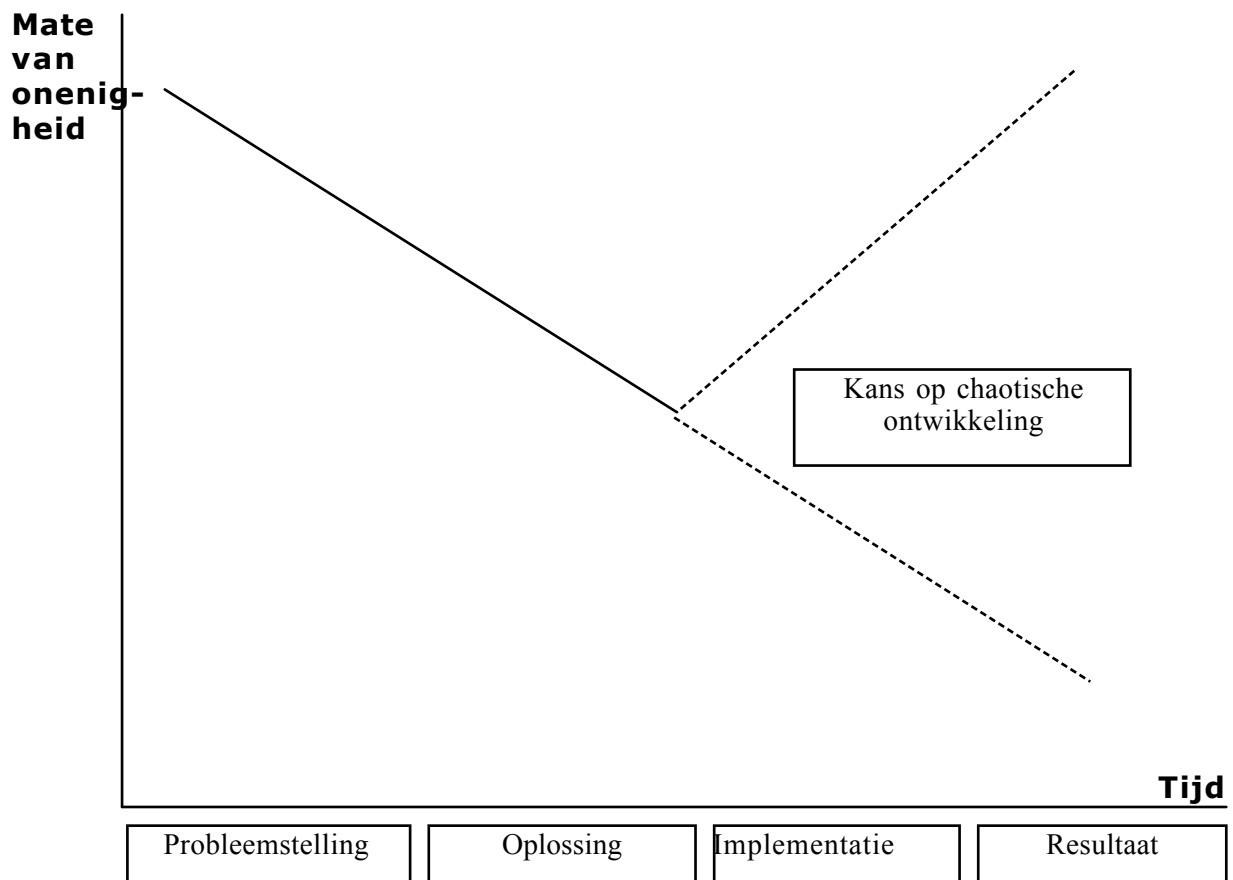
Voorlopig is het behaalde resultaat nog mager. Ik verwacht echter dat cliënten (of hun vertegenwoordigers) in de komende periode – veel meer dan thans het geval is – ook *inhoudelijke* invloed willen uitoefenen op de wijze waarop de zorg verleend wordt en binnen welke context dat gebeurt. Dat betekent dat cliënten vroeg of laat zowel formeel als informeel een steeds belangrijker plaats *in* de organisatie van de GGZ zullen willen bemachtigen. Als dat inderdaad het geval is, zal op termijn ook het organisatieconcept van de GGZ moeten veranderen: niet het management en de medewerkers *tegenover* de 'klant', maar management, medewerkers én cliënten in één organisatorisch verband, zij het met verschillende rollen. Dat lukt natuurlijk alleen maar als de 'sfeer' binnen de bestaande GGZ-organisatie daartoe voldoende uitnodigend is. Een belangrijk onderdeel daarvan is ook de kwaliteit van de relatie tussen management en medewerkers. Deze heeft nu vaak nog teveel *disfunctionele*, aan het traditionele machtsdenken gerelateerde, kanten. Dat moet veranderen want wat je 'krijgt' geef je meestal ook weer door: een strakke, op macht gebaseerde, hiërarchie in de werkrelaties vloeit gemakkelijk over in een bevoogdende relatie tussen cliënt en hulpverlener. In moreel opzicht is dit niet meer van deze tijd, het werkt bovendien averechts om de cliënt te leren zélf invloed uit te oefenen op hun situatie.

We zijn er niet bij gebaat dat de cliënt als klant ook 'koning' wordt, - dit vloeit ook niet voort uit de voorgaande gedachtegangen. Er zijn weliswaar goede redenen om vraagtekens te plaatsen bij de afgeschermdede professionele autonomie van de hulpverlener. De rollen moeten echter niet 180 graden omgedraaid worden. Cliënten hebben weten door de bank genomen best wel een idee 'wat goed voor hen is'. Maar daarmee nemen ze nog niet de plaats in van de hulpverlener of het management. Het kan wel zo zijn dat rekening houden met hun wensen over de behandeling vaak gunstig uitpakt op het behandelresultaat. Er zijn echter ook voorbeelden bekend waaruit blijkt dat dit geen wetmatigheid is (zie bijvoorbeeld Bedi et al, 2000). En hoe zit het met de kosteneffectiviteit van de voorkeur van de cliënten? Er zijn diverse metastudies verricht waaruit blijkt dat voor veel psychosociale en psychiatrische problemen een groepsbehandeling even effectief kan zijn als een individuele therapie (zie: Van der Stel, 2002). De voorkeur van de cliënten gaat desondanks meestal uit naar een individuele behandeling, - deze kost per cliënt echter vier keer zo

veel (Piper & Joyce, 1996). Moeten instellingen hun behandelaanbod desondanks toespitsen op individuele behandelingen? Misschien is zoiets wel de uiterste consequentie van het consumentisme, maar het ondergraaft het streven naar evidence based medicine en doelmatigheid. Een vergelijkbaar probleem betreft in dit kader de medisch-ethische verantwoording van gedwongen hulpverlening en bemoeizorg.

Waarom is de praktijk vaak in strijd met de theorie?

Met goede bedoelingen beleidsvoornemens omtrent de bejegening van de cliënt zijn we er echt nog niet. Niet voor niets struikelt menig projectleider over de effectieve 'implementatie' van projectplannen op dit vlak. Het vertrekpunt van beleidsontwikkeling – in de fase van de probleemstelling, wanneer er nog geen sprake is van een projectplan – is meestal een hoge mate van onenigheid. Dat is niet erg want het is juist de bedoeling via discussie tot consensus te komen. In de hierop volgende fase, wanneer er wordt gezocht naar een oplossing van het beleidsprobleem en er een projectplan wordt opgesteld, neemt de mate van onenigheid meestal af en ontstaat er een vorm van consensus. Helaas vergeten managers maar al te vaak wat er in het verleden met hun goede voornemens is gebeurd. Het kán goed gaan: in dat geval neemt de mate van onenigheid nóg meer af, ook al blijven er vaak nog lang weerstanden tegen verandering merkbaar. Maar het is net zo goed mogelijk dat de implementatiefase in het moeras eindigt. Dat kan door gebrekkige voorbereiding, een foutieve inschatting van de uitgangspunten en het gedrag van de organisatie, of het niet consequent uitvoeren van beleidsvoornemens. De mate van onenigheid neemt dan weer toe en het is in zo'n situatie maar beter het projectplan voorgoed in het archief op te bergen.



In de bijgaande figuur is dit beleidsproces verbeeld. De mate van onenigheid kan in de tijd afnemen, mede gevoed door de positieve berichten over de reeds behaalde resultaten in de implementatiefase. Er dreigt echter in deze fase ook een *chaotische* ontwikkeling, die samengaat met een toenemende onenigheid.

Waarom is de theorie van organisatieverandering, waarin men in een rechte lijn 'vloeiend' overgaat van de ene naar de andere projectfase, zo vaak in strijd met de praktijk? Daarvoor zijn tal van redenen aan te geven – ik noem er een paar. De aanleiding tot nieuw beleid is vaak diffuus, het probleem is zelden helder geformuleerd en niet zelden het 'eigendom' van een selecte groep (bijvoorbeeld alleen het hogere management). De gekozen oplossing kan het resultaat zijn van een *compromis* (in plaats van consensus), of – erger nog – de voorgestelde 'oplossing' gaat aan een gedegen probleemstelling vooraf. Normaliter hebben we goede begrippen nodig als het theoretische gereedschap om een goede analyse te maken van de situatie. In de praktijk is er helaas vaak sprake van een sterke fixatie op modieuze *buzz*-woorden. Deze presenteren een amalgaam van 'instant'-problemen en dito -oplossingen. Ze zijn echter ongeschikt voor een diepgaande analyse van de situatie en het in kaart brengen van het beoogde veranderingsproces. Organisatieadviseurs hebben er niettemin goud

mee verdiend. Tot slot, bij de implementatie komt vaak de aap pas uit de mouw en breken de vragen los: in wiens belang was het ook alweer om te 'moeten' veranderen? Wat was de 'echte' reden? Was het beoogde resultaat wel in overeenstemming met de mogelijkheden van de organisatie? Was de route waarlangs het resultaat behaald moest worden wel goed doordacht?

Enthousiasme en voluntarisme maken de mens blind voor reële obstakels. Veel verandertrajecten in de geestelijke gezondheidszorg verlopen daarom chaotisch in plaats van lineair – van A naar B.

Literatuur

Applebaum SH & Wohl L (2000) Transformation or change: some prescriptions for health care organizations. *Managing service Quality* 10, 279-298.

Bedi N et al (2000) Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry* 177, 312-318.

Byrne R W & Whiten A (1988) *Machiavellian Intelligence: Social Expertise and the Evolution of Intellect in Monkeys, Apes and Humans*. Oxford: Oxford University Press.

Karasu TB, Gelenberg A, Merriam A, Wang P (2000) Practice guideline for the treatment of patients with major depression. Washington: American Psychiatric Association.

Kragten R (1999) *Bejegening in de GGZ. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. Utrecht: Cliëntenraad W.A. Huis.

Piper WE & Joyce AS (1996) A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *Int J Group Psychother* 46, 311-328.

Stel JC van der (1999) Individualisering, zelfbeheersing en sociale integratie. In P Schnabel (red.) *Individualisering en sociale integratie*. Nijmegen: SUN.

Stel JC van der (2000) Behoefte aan gouden standaard voor managers. Management zorginstellingen moet op hoger plan komen. *Health Management Forum* 6, 29-31.

Stel JC van der (2002) De vergelijking van groepstherapie met individuele behandeling; de relevantie voor het beleid in de geestelijke gezondheidszorg. Aangeboden aan *Tijdschrift voor Psychotherapie*.

Vogeley K, Bussfeld P, Newen A, Herrmann S, Happe F, Falkai P, Maier W, Shah NJ, Fink GR & Zilles K (2001) Mind reading: neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage* 14, 170-181.