



**Logica en liefde  
in de verslavingszorg:**

**de behandelrelatie  
als basis voor zorgvernieuwing**

**Dr. Anne Goossensen**

**Logica en liefde  
in de verslavingszorg:**

**de behandelrelatie als basis  
voor zorgvernieuwing**

**Dr. Anne Goossensen**

Afbeelding: Igor Savchenko - 10.90-1 - ... yes, of course, but that doesn't mean that the last judgement doesn't exist - 1990 - 14,5 x 14,5 cm. Met dank aan galerie Berendsen.

Copyright © 2008 Hogeschool INHOLLAND

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of op enige andere manier, zonder vooraf schriftelijke toestemming van de uitgever: Hogeschool INHOLLAND.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en 17 Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijke vergoeding te voldoen aan Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezing, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.*

ISBN/EAN: 978-90-77812-21-1

Logica en liefde  
in de verslavingszorg:  
de behandelrelatie als basis  
voor zorgvernieuwing

Rede, uitgesproken bij de aanvaarding  
van het ambt als lector Verslavingszorg  
aan Hogeschool INHOLLAND  
te Rotterdam op 7 februari 2008  
door

**dr. Anne Goossensen**



## **Inhoudsopgave**

<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>1. Kwaliteit in de Nederlandse verslavingszorg</b>	<b>9</b>
<b>2. Kwaliteit van zorg als wetenschappelijk onderzoeksdomein</b>	<b>12</b>
<b>3. Kwaliteit in het primaire proces</b>	<b>19</b>
<b>4. Kwaliteit van de behandelrelatie: 'zien' en 'er zijn'</b>	<b>22</b>
<b>5. Kunnen we dat meten?</b>	<b>28</b>
<b>6. Kunnen we dat leren? Excelleren in menslievende zorg</b>	<b>33</b>
<b>7. Het lectoraat: Logica en liefde in de verslavingszorg</b>	<b>36</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>39</b>
<b>Referenties</b>	<b>40</b>



# Inleiding

De foto op de omslag van deze rede kan gezien worden als een verbeelding van het lijden van verslaafden. De foto toont een lachende en verzorgde man. Het oorspronkelijke beeld is echter gebarsten, verscheurd. Bloedrode scheuren hebben het onherstelbaar beschadigd. Ik zie er de ontwrichtende impact in van een verslaving op iemands leven, diens zelfbeeld en toekomstperspectief. Hoe zwaar weegt dat? Wanneer dit lijden gemeten wordt met een demoralisatieschaal, blijken verslaafden significant meer gedemoraliseerd dan mensen met een levensbedreigende vorm van kanker. Zij ervaren niet dat ze een ziekte of zwakke plek 'hebben', maar geven aan deze zwakke plek te 'zijn' (Jong 2006).

Deze rede gaat over de kwaliteit van de zorg voor mensen met verslavingsproblemen. Mensen die ontmoedigd zijn, de betekenis in hun leven hebben verloren, die gevoelens van hulpeloosheid en falen kennen, maar die anderzijds zich ook moeilijk hanteerbaar gedragen. Welk beeld hebben we van deze mensen? Hoe treden we hen tegemoet? Het begint bij waarnemen, bij kijken en zien.

De afbeelding op de omslag is van de Wit-Rus Igor Savchenko<sup>1</sup>. Hij sloot rond 1989 aan bij de traditie van de Russische narratieve fotografie. Hij neemt anoniem fotomateriaal als basis voor zijn werk. Met de bewerking van de beelden probeert Savchenko latente patronen in de werkelijkheid zichtbaar te maken. In 1994 stopte Savchenko met het gebruik van oude foto's en ging zelf fotograferen. Uit die tijd stamt de onderstaande tekst, die het slot vormt van het project 'On the Altered Behaviour of Sunlight'. Het gaat over zuiverheid van waarneming, over kaders en over verandering: niet onbelangrijke thema's als het om de behandelrelatie gaat.

*... 'We ourselves fail to notice that  
Our techniques of perceiving the world  
Are changing  
We ourselves are changing  
The consequences are not yet clear'*

---

<sup>1</sup> Igor Savchenko, de kunstenaar van het werk op de omslag, is de auteur van het gedicht 'On the altered behaviour of sunlight', 1996. Zie ook hoofdstuk vier en zijn website: <http://savchenko.dironweb.com/>



Met deze rede wil ik een bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid, de gekozen verander-instrumenten, maar vooral aan de normen en kaders, die gehanteerd worden voor goede zorg. Paul Bate<sup>2</sup> zegt hierover:

*'Quality is not just a method, discipline or skill. Quality is a human accomplishment, something that is constructed by people in their everyday actions and interactions with and for each other.'*

In deze rede ga ik op zoek naar een antwoord op de vraag hoe we die menselijke factor wetenschappelijk kunnen benoemen en aangrijpen als verbeterdimensie. Ik zal daarbij focussen op de behandelrelatie en een pleidooi houden voor een menselijker benadering, waar ruimte is voor liefde naast de logica. Kernvragen zijn: wat is er nodig om bij zorgvernieuwing een balans te vinden tussen inhoudelijk-technische en menselijke aspecten? Tot welke omschrijving van de optimale situatie in de klinische praktijk komen we dan? En wat is er nodig om dat te bereiken?

Hoofdstuk een beschrijft kwaliteitsinitiatieven in de Nederlandse verslavingszorg tot nu toe. In hoofdstuk twee plaats ik die initiatieven tegen een wetenschappelijke horizon door in te gaan op kwaliteit van zorg als wetenschappelijk onderzoeksdomein. Daarbij speelt de verkenning van paradigma's een rol. In hoofdstuk drie ga ik na hoe die paradigma's zich tot elkaar verhouden in het primaire proces. Dat leidt tot hoofdstuk vier, een meer 'poëtisch' intermezzo over de kwaliteit van indicatiestelling. Dan volgt hoofdstuk vijf, waarin het gaat over het wetenschappelijk vaststellen van kwaliteit van de menselijke factor in zorgsituaties en hoofdstuk zes waarin het leren excelleren in menslievende zorg centraal staat. Ik eindig met hoofdstuk zeven, waarin ik bespreek hoe we aan deze ontwikkelingen gaan bijdragen vanuit het lectoraat Verslavingszorg bij Hogeschool INHOLLAND.

---

<sup>2</sup> Lezing van Paul Bate op het BMJ kwaliteitscongres (International Forum on Quality in Health Care) Praag, 2006.

# 1. Kwaliteit in de Nederlandse verslavingszorg

Het is niet lang geleden dat je als verslaafde in Nederland met een bord om je nek rondliep tijdens de behandeling. Hier stond jouw belangrijkste les op geschreven. "Ik zal geen beloften meer doen, die ik niet na kan komen." Behandeling vond plaats vanuit een 'afbreken en opbouwen' perspectief. Door je haren af te scheren en een overall te dragen werd je gereduceerd tot een onpersoonlijke eenheid. Nadat je ontdaan was van je slechte gedrag, werd je langzamerhand weer opgebouwd. De behandeling vond buiten de maatschappij plaats en was sterk ideologisch gekleurd. Zo kon je jezelf terugvinden in een groepsmeditatie, geleid door iemand in roze of rode kleren met een houten kralenketting om. Handen boven je hoofd, op en neer springen en tien minuten roepen: "HOE HOE HOE". Natuurlijk was dit niet het enige aanbod. Andere populaire benaderingswijzen waren: gestalttherapie, ambulante groepstherapie en clientcentered therapy. Bij deze laatste therapie werd de patiënt maximaal gevolgd en hield de therapeut zich verre van sturing.

Sinds deze tijden heeft de verslavingszorg zich sterk ontwikkeld, overigens niet altijd door positieve prikkels. In de tweede helft van de jaren negentig groeide de kritiek op de sector. De media schetsten een negatief beeld van de verslavingszorginstellingen. Het zorgaanbod was sterk afhankelijk van de plaats van aanmelding, er werd slecht samengewerkt tussen zorgonderdelen en de resultaten waren beperkt. Er waren zelfs plannen om de sector maar af te schaffen (Schippers *et al.* 2005). Er was professionalisering nodig. Onderwijs over verslaving en verslavingszorg ontbraken in de beroepsopleidingen. En een breed gedragen onderbouwing voor de handelswijze van de verschillende disciplines was afwezig.

De sector nam de handschoen op. Begin jaren negentig kwam het kwaliteitsdenken op en de kwaliteitswet zorginstellingen kwam in beeld. Vanaf 1992 werd gestart met het ontwerpen van een toetsingskader, toen nog op basis van de ISO-normen. Vanaf 1999 startte een grootscheeps zorgvernieuwingsproject: 'Resultaten Scoren'. Het doel was om de kwaliteit van zorg te verbeteren, daarbij onderscheid makend tussen de behandeling voor de patiënten<sup>3</sup> die abstinente willen worden en de zorg voor verslaafden gericht op

---

<sup>3</sup> Er is consequent gekozen voor het aanspreken van mensen met een verslavingsprobleem als patiënt. Met de keuze voor patiënt in plaats van cliënt wil ik uitdrukking geven aan de ernst en de chroniciteit van verslavingsproblemen. Mijn inziens doet het woord cliënt hier in mindere mate recht aan.

schadebeperking. Gedurende negen jaar is gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van behandelmethoden en is gewerkt aan standaardisering. Dit resulteerde in een vijftigtal producten, waaronder protocollen, handboeken en richtlijnen. Het gaat bijvoorbeeld om protocollen die worden opgesteld voor situaties als intake en zorgtoewijzing, gedragstherapie detoxificatie, zelfhulp of dubbele diagnose.

Resultaten Scoren is een sterke impuls geweest voor het onderbouwen en uitwerken van vooral de enkelvoudige interventies in de verslavingszorg. De op diverse plaatsen ontwikkelde protocollen vonden hun weg echter niet als vanzelf naar de brede beroepspraktijk. De implementatie verliep niet soepel (Schippers *et al.* 2005).

Iemand die nu in een verslavingszorginstelling aan de slag gaat kan zich dus via de database van Resultaten Scoren verdiepen in een overzicht van effectieve interventies. Een deel van deze interventies is uitgewerkt als protocol, waarin precies wordt beschreven wat wanneer dient te gebeuren. Welke andere mogelijkheden om kwaliteit te bevorderen komt iemand die in de verslavingszorg werkt op dit moment tegen? Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zet in op drie aspecten van kwaliteit: het zichtbaar maken van kwaliteit, het vergroten van de invloed van patiënten en de veiligheid van de zorg. Prestatie-indicatoren en satisfactiemetingen zijn de belangrijkste instrumenten om kwaliteit te meten. De resultaten worden inzichtelijk gemaakt via '[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)'. Patiënten kunnen hier nazoeken welke instellingen goed scoren en kunnen vervolgens een keuze maken voor een aanbieder. Hiermee volgt de verslavingszorg de ziekenhuissector, waar al eerder een start werd gemaakt met de ontwikkeling en publicatie van indicatorgegevens. Het vergroten van de invloed van patiënten wil VWS vooral bewerkstelligen door toegankelijke informatie, door goede geschillenregelingen, door betrokkenheid bij de richtlijnontwikkeling en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

De zojuist begonnen zorgmedewerker ziet dus een bedrijvigheid om de juiste indicatorgegevens op de juiste plaats aan te leveren en kan via websites nazoeken hoe de eigen instelling ervoor staat. Naast het verbeteren van de inhoud van de zorg, en het meten van effecten, zijn er ook bewegingen die samenhangen met marktwerking in de zorg. Het aantal managers afkomstig uit bedrijfsmatige sectoren is sterk gestegen, evenals het denken in 'producten' en daaraan gekoppelde standaard tijdseenheden. Stel dat de nieuwe medewerker wordt ingezet voor het doen van een intake. Hij verwelkomt de patiënt en heeft dan 45 minuten om een gestandaardiseerde vragenlijst af te nemen.

Een vragenlijst met gesloten vragen, waar de patiënt 'ja', 'nee' of een getal op kan antwoorden. "Ja, ik heb vijf keer medicatie voorgeschreven gekregen voor psychische klachten". En op grond van deze gestandaardiseerde informatie wordt dan een behandeltraject voorgesteld.

Deze ontwikkelingen van marktwerking en protocollering zijn niet uniek voor de verslavingszorg. Ook in andere onderdelen van de gezondheidszorg en in het onderwijs vinden vergelijkbare bewegingen plaats. Niet iedereen is hier blij mee. Een groeiende groep professionals geeft aan een verarming van het professioneel handelen te ervaren. 'Beroepszeer' staat voor een ontevredenheid van hulpverleners omdat zij hun expertise niet kunnen inzetten ten gevolge van regels, controleprocedures en te krappe plannings. Hoewel de regels en protocollen zijn ingesteld om kwaliteit te bevorderen, zijn zij niet voldoende om de effectieve zorg te garanderen (Os *et al.* 2004). Er komt meer bij kijken. Een overmaat van protocollen en regels maakt dat professionals hun werk niet meer 'beziel' kunnen doen. Dit leidt tot onvrede en tot vertrek uit de sector (Brink *et al.* 2005).

Hoewel de prestatie-indicatoren door velen als een verbetering worden gezien, zijn er ook kanttekeningen. Het verzamelen van de informatie is veel werk, wat ten koste gaat van zorgactiviteiten. Daarbij komt dat er verschillende partijen zijn, die verschillende setjes indicatorgegevens vragen. Helaas zijn de ICT-voorzieningen nog dermate in ontwikkeling dat veel 'druk-op-de-knop-uitdraaien' niet mogelijk blijken te zijn en het uitdraaien van de data veel handwerk vergt. Behalve dat is er veel discussie over vertekeningen in de uitkomsten door 'case-mix'. Dit staat voor slechtere uitkomsten voor een instelling doordat een groep patiënten met zwaardere problemen is behandeld in vergelijking tot andere instellingen (Berg *et al.* 2003). En, tenslotte is er de berichtgeving over 'perverse effecten', waarbij zorgprofessionals negatief voor patiënten handelen om de prestatiescores positief te beïnvloeden. Het kan bijvoorbeeld gaan om het selecteren van patiënten met lichte problemen en daardoor een grote(re) kans op succes. Of het kan gaan om het bewust vertekenen van de cijfers (Berg *et al.* 2005). Want, inmiddels is uit onderzoek duidelijk geworden dat er wel effecten van het openbaar maken van prestatie-indicatoren optreden. Het brede publiek onthoudt de naam van goed en van slecht presterende instellingen en kan die na drie jaar nog reproduceren (Hibbard *et al.* 2005).

De verslavingszorg blijkt een dynamische sector te zijn, waar de afgelopen jaren veel veranderd is. De sector heeft hard gewerkt aan professionalisering en kampt met vergelijkbare thema's als overige gezondheidszorgsectoren, zoals de GGZ en algemene gezondheidszorg (Brink *et al.* 2005).

## 2. Kwaliteit van zorg als wetenschappelijk onderzoeksdomein

Sinds ik een jaar of vijf als wetenschapper op het terrein van 'kwaliteit van zorg' naar het internationale kwaliteitscongres voor de gezondheidszorg ga, is duidelijk dat het vakgebied van 'een beweging' is uitgroeid naar een volwassen vakgebied met eigen tijdschriften, onderzoeksmethoden en experts. Hoewel iedereen de namen van Donabedian, Berwick en Øvretveit kent, is jouw kwaliteit als wetenschapper niet meer afhankelijk van het aantal bij hen gevolgde cursussen. Er is een helder gemeenschappelijk referentiekader ontstaan, waar we vanuit vertrekken bij ons werk en waar we aan bijdragen. Het gaat om onderzoekswerk dat zich richt op het meten en verbeteren van kwaliteit in de zorgpraktijk. Bij het operationaliseren van 'kwaliteit van zorg' voor onderzoek en innovatie, zijn de volgende gebieden internationaal in gebruik: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid van toegang (IOM 2001). Tabel 2.1 licht kort toe waar de kwaliteitsgebieden voor staan en tot welke activiteiten ze in de verslavingszorg leiden.

*Tabel 2.1: toelichting van de kwaliteitsgebieden van het IOM (Institute Of Medicine)*

<b>Kwaliteitsgebied</b>	<b>Korte omschrijving</b>	<b>In verslavingszorg</b>
Veiligheid	Geen schade aanrichten. Fouten voorkomen. Verminderde alertheid voorkomen.	Komt in LAK programma.
Effectiviteit	Evidence based practice. Vermijden van ondergebruik effectieve zorg. Vermijden van overgebruik niet effectieve zorg. Het monitoren van uitkomsten.	Resultaten Scoren.
Patiëntgerichtheid	Respect voor waarden, voorkeuren en behoeften van de patiënt. Juiste en tijdige informatie en educatie. Inspraak-ruimte bij diagnose en behandeling. Betrokkenheid van familie en vrienden. Coördinatie en integratie van zorg.	Meten en terugkoppelen of zelfs publiceren van satisfactiegegevens, met behulp van de GGZ thermometer of de CQ-index. IGZ vervult een belangrijke rol.

<b>Kwaliteitsgebied</b>	<b>Korte omschrijving</b>	<b>In verslavingszorg</b>
Tijdigheid	Geen lange wachttijden voor: telefoon, eerste hulp, onderzoek, diagnose, behandeling.	Het kantelen van het zorgaanbod naar diagnose gerelateerde zorgprogramma's, die logistiek worden geoptimaliseerd, vindt bij enkele instellingen plaats.
Efficiëntie	Verspilling voorkomen in kwaliteit, administratie of productie. Verwijderen van zinloze procedures. Recycling.	Inzet bedrijfsgerichte managers.
Gelijke toegang	Specifieke aandacht voor subgroepen (op grond van geslacht, herkomst, handicap, sexuele geaardheid, etc.).	Specifieke hulpvormen en aandacht voor groepen die buiten de boot vallen, zoals allochtone verslaafden en Dubbele Diagnose problematiek.

*Het bevorderen van effectieve interventies als belangrijkste kwaliteitsimpuls*

In de derde kolom van tabel 2.1 staat beschreven welke verbeterprojecten er per kwaliteitsgebied voor de verslavingszorg ontwikkeld zijn. In de afgelopen jaren is niet op alle gebieden even sterk ingezet. Zo lijkt patiëntgerichtheid een kwaliteitsgebied, waarop het relatief moeilijk is om tot concrete doeltreffende projecten te komen. Satisfactieonderzoek is een bekende vorm, die helaas slechts zelden leidt tot innovatie (Edwards *et al.* 2004). Het presenteren van keuze informatie via internet is een tweede vorm, die vooral betrekking heeft op het moment voor opname. Weinig projecten richten zich op het proces van de hulpverlening, dat daarna plaatsvindt. Op het kwaliteitsgebied 'effectiviteit' is zwaarder geïnvesteerd en wel via de evidence based medicine benadering. Dit betreft een positivistische, biomedische aanpak, waarbij het belangrijkste streven is om professionals besluiten te laten nemen op basis van de resultaten van wetenschappelijke onderzoek (Sackett *et al.* 2000), bij voorkeur uitgevoerd in de vorm van Randomized Controlled Trials (RCT). Deze benadering leidde in de verslavingszorg tot een stijging van onderzoeksprojecten conform de RCT opzet. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek naar afkicken onder narcose, cue-exposure therapie en cognitieve gedragsinterventies.

Zo verschenen er overzichtspublicaties over de aangetoonde effectiviteit van interventies in de verslavingszorg (SBU-Report 2001). En zeer intensieve searches, naar bewezen effectiviteit van interventies, werden ook uitgevoerd in het kader van de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)). Richtlijnen gelden als belangrijke overzichtsdocumenten van effectieve interventies in de zorg.

### *Eenzijdige nadruk op evidence based medicine en richtlijnen*

Het leggen van een te grote nadruk op evidence based medicine als belangrijkste zorgvernieuwingstrategie heeft verschillende nadelen. Allereerst is het zo dat RCT onderzoek zich vooral goed leent voor helder afgebakende, eendimensionale therapiepraktijken, die goed modelmatig te isoleren zijn uit de complexe werkelijkheid. De betrouwbaarheid van RCT onderzoek is vanwege de sterk gereduceerde bias erg hoog. Als het echter aan komt op het terugbrengen van de onderzoeksuitkomsten naar de complexe werkelijkheid, dan blijkt de validiteit van de bevindingen beperkt (Campbell *et al.* 2000; Fulop *et al.* 2001; Wolff 2001; Forbes *et al.* 2002; Greengalgh *et al.* 2006).

Vanuit patiëntenperspectief wordt genoemd dat de uitkomsten van RCT onderzoek weliswaar gelden voor groepen patiënten, maar de geïnccludeerde patiënten zijn streng geselecteerd, zonder comorbiditeit<sup>4</sup> en niet representatief voor de patiëntengroep in de dagelijkse praktijk (Geelen 2001). Voor de verslavingszorg geldt dat complexe behandelvormen zoals een therapeutische gemeenschap moeilijk in te passen zijn in het RCT design en dus niet mee kunnen in de orde van effectieve interventies, met mogelijk negatieve gevolgen voor financieringswijzen. Voor andere interventies geldt dat het RCT design ten onrechte een onafhankelijke evaluatie doet vermoeden, zo betoogt (Dehue 2004) in een bekroond artikel over de evaluatie van het Heroïne Verstrekkingsexperiment. De beperktheid van opbrengsten uit RCT onderzoek wordt onderstreept door de in Engeland opgekomen 'realistic evaluation' benadering, waarin gesteld wordt dat de aangetoonde effectiviteit van een interventie niets zegt over de manier waarop een interventie werkt en voor welke groepen patiënten dit wel of niet opgaat (Pawson *et al.* 1997).

In de wetenschappelijke literatuur (Davis *et al.* 1999) duiken steeds meer aanwijzingen op die nadelen van een eenzijdig evidence based medicine verbeterkader benoemen. Met name het daadwerkelijk veranderen van de beroepspraktijk blijkt heel vaak uitermate moeizaam te gaan. Publicaties over gebrekkige implementatie en de oorzaken daarvan,

---

<sup>4</sup> Met comorbiditeit wordt bedoeld dat er naast de oorspronkelijke of hoofd diagnose andere ziektebeelden aan de orde zijn.

zijn inmiddels ruim voor handen. De interpretatie van dit probleem verschoof door de jaren heen van een 'innovatie probleem' (we weten niet hoe te implementeren) (Haines *et al.* 1994) via een 'gedragsprobleem' van de professionals die niet willen veranderen (Davis *et al.* 1999; Grilli *et al.* 2000; Zwarenstein *et al.* 2001; Freemantle *et al.* 2003) naar een probleem van de 'richtlijn als middel' (Grol 2001). De conclusie lijkt te zijn dat de causale relatie in de positivistische, biomedische benadering niet opgaat: gepubliceerde evidence leidt niet zonder meer, of zelfs moeizaam tot verandering in het gedrag van hulpverlener (Greengalgh *et al.* 2006).

### *Eerste, tweede en derde orde veranderingen*

Dat de impact van protocollen en richtlijnen beperkt kan zijn, wordt duidelijker door een onderscheid in eerste, tweede en derde orde veranderingen (Vervoort-Stoelinga *et al.* 2002). In het geval van eerste orde kwaliteitsprojecten brengt de instelling in kaart hoe ze ervoor staat, brengt haar huis 'op orde', bij voorkeur door het standaardiseren van processen en procedures. Werken met kwaliteitssystemen of het project Resultaten Scoren zijn goede voorbeelden van eerste orde projecten. Nadelen van eerste orde veranderingen zijn de hoeveelheid projecten, acties en producten, evenals de top-down beweging bij het doorvoeren van de vernieuwing.

Als het huis op orde is, kan een instelling overgaan tot tweede orde veranderprojecten. Een voorbeeld daarvan is een procesherinrichtingsproject (PHI) of klinisch pad project (Goossensen *et al.* 2005). In deze projecten wordt de klant centraal gezet en maakt men op instellingsniveau een koppeling tussen de logistieke kenmerken van de organisatie, de evidence en de taken van betrokken professionals. Er vindt veel meer aansluiting bij de organisatieaspecten plaats (Goossensen 2004). Zo wordt er nadrukkelijk gewerkt aan het verminderen van ervaren knelpunten op de werkvloer. In deze projecten bestaat geen implementatieprobleem, omdat er niets top-down ingevoerd hoeft te worden (Zuiderent-Jerak 2007). Tweede orde veranderingen worden wel gekenmerkt als 'verbouwingen van een deel van het huis'. Hoewel er geen implementatieproblemen zijn, kleven er wel andere nadelen aan dit soort projecten. De procesherinrichtingsprojecten zijn ziektegerelateerd, wat betekent dat een zorginstelling voor elk ziektebeeld een PHI project zou moeten uitvoeren, wil ze het totale aanbod herzien of 'kantelen'. Dat vergt nogal wat. Het aanpakken van één traject heeft echter weinig zin, vanwege gemiste verbetermogelijkheden op afdelingsniveau.



Bij derde orde veranderingen, verandert de gehele instelling omdat er een aantal basisregels aangepast zijn. Het kwaliteitsdenken is gericht op een paradigmaverandering en het beter voldoen aan de kenmerken van een vernieuwende samenleving. Ook het denken vanuit ketenperspectief hoort hierbij. Het meest bekende voorbeeld is de verpleeghuiszorg van Humanitas, waar bejaarde bewoners huisdieren mee mogen nemen, zelf bepalen of ze een fles wijn leegdrinken of niet en zo lang mogelijk worden gestimuleerd om wat ze nog kunnen te blijven doen (Marrewijk *et al.* 2004).

### *Social movement benadering*

Resumerend staan we op een punt in de vernieuwing van de verslavingszorg, waarbij er met behulp van een 'top-down' uitgezette programmatische benadering, grote hoeveelheden verbeteractiviteiten op vooral eerste orde niveau zijn uitgevoerd. Er zijn resultaten zichtbaar van deze activiteiten, maar de implementatie verloopt stroef en er participeert naar schatting slechts een beperkt deel van de zorgmedewerkers of teams in meerdere van deze vernieuwingsprojecten (Bate *et al.* 2004). De vraag komt op of een ander theoretisch perspectief op vernieuwing zou kunnen helpen om kwaliteitsimpulsen van een hogere (bijvoorbeeld derde) orde te initiëren, met een bredere reikwijdte. Vanuit een sociaal wetenschappelijke kijk op het doorvoeren van grootschalige transformaties in de zorg is de social movement benadering interessant. Bij een social movement gaat het om collectieve actie, waarbij individuen vrijwillig samenkomen rondom een bepaald onderwerp. Vaak wordt er radicale actie ondernomen. Het gaat om een tijdelijke publieke ruimte van waaruit collectieve actie ontstaat, resulterend in nieuwe ideeën, identiteiten en zelfs idealen. Social movements zijn goed wetenschappelijk bestudeerd (Eyerman *et al.* 1991; Tarrow 1998; Della Porta *et al.* 1999; Crossley 2002). Er zijn acht kenmerken van social movements, waaronder een combinatie van organisatie en disorganisatie (Bate *et al.* 2005). Hoewel movements vaak spontaan ontstaan, is er organisatie nodig om ze te laten voortbestaan. Het initiatief kan zich als een sociale epidemie verspreiden, of als een 'tipping point' (Gladwell 2000; Hunter 2007). Tipping points zijn omslagmomenten binnen een ontwikkeling van zich verspreidend 'aanstekelijk gedrag'. Het gaat om dat ene moment waarop alles in één keer kan veranderen.

Een groep innovatiewetenschappers in Engeland stelt social movements als inspiratiebron voor bij het doorvoeren van vernieuwingen in de zorg. Het gaat om een bottom-up benadering, die aansluit bij de beleving en emoties van professionals op de werkvloer. Professionals hoeven niet meer overtuigd te worden om mee te werken aan transformatie, want zij hebben zelf al de noodzaak voor verandering gezien en omarmd (Bate *et al.* 2004).

Hun betrokkenheid ontstaat door geraaktheid. Het gaat om overeenkomsten tussen iemands betekenissen, waarden, aspiraties, identiteit, biografie en die van de social movement. Door de herkenning ontstaat de wens betrokken te zijn en de behoefte om emotionele energie te investeren. (Zie ook tabel 2.2)

Tabel 2.2: verschillen tussen een 'programmatisch' en 'social movement' perspectief op verandering (Bate et al. 2004)

<b>Programmatische benadering</b>	<b>Social movement benadering</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centraal geleid: een gepland veranderprogramma met doelen en mijlpalen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bottom-up: verandering door het vrijkomen van energie, zelfgestuurd.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Motiveren van mensen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het 'raken' van mensen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verandering komt voort uit een beroep op de vraag "wat levert het voor mij op?"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persoonlijke kosten zijn mogelijk betrokken.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaat over het overwinnen van weerstand.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaat uit van oppositie, verandering kan niet zonder.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verandering overkomt mensen, leiders en volgelingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mensen veranderen zichzelf en anderen, peer to peer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedreven door formele systeem verandering (rollen instituties).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedreven door informele systemen.</li> </ul>

In hoeverre zou deze 'social movement' beweging iets kunnen betekenen voor zorgvernieuwing in de verslavingszorg? Resultaten Scoren is een duidelijk voorbeeld van de programmatische benadering. Het heeft vele vruchten afgeworpen, maar heeft problemen met het bewerkstelligen van doorgaande kwaliteitsverbetering, nu de makkelijkste winst is binnengehaald. Wat zou er gebeuren als voor de volgende stap een social movement wordt gefaciliteerd? Juist omdat het nu gaat om het meekrijgen van grote groepen professionals.

Mogelijk biedt de ervaring van 'beroepszeer' aanknopingspunten. In de verslavingszorg geven professionals aan last te hebben van de uit marktwerking voortvloeiende gevolgen voor hun werk. Ze ervaren wantrouwen vanuit hun management en vanuit de overheid, waarvoor ze indicatorgegevens aan moeten leveren. Ze zien de kwaliteit van zorg in het primaire proces gereduceerd, omdat ze hun expertise niet meer in kunnen zetten vanwege de strak geplande consulten en de nadruk op standaardisatie van de zorg.

Er is weinig ruimte om zelf in te schatten wat nodig is en daar gehoor aan te geven (Brink *et al.* 2005).

Pauline Meurs illustreert de problemen, die weliswaar in een ziekenhuiscontext beschreven worden maar ook zeer herkenbaar zijn voor de verslavingszorg, uit eigen ervaring: "Kort geleden moest mijn moeder (85 jaar) in het ziekenhuis worden opgenomen met ernstige hartklachten. De kwaliteit van zorg was in één woord slecht. Geen informatie, geen aandacht, geen inlevingsvermogen. De dag van haar ontslag kwam de dokter niet aan het begin van de ochtend zoals afgesproken maar pas om vijf uur in de middag. Zeven uur wachten, zonder bed en zonder eten. [...] De ervaring van mijn moeder illustreert wat er mis is in de publieke dienstverlening. Het relationele karakter is geheel naar de achtergrond verdwenen. De ontmoeting is gestandaardiseerd, de cliënt en de dienstverlener blijven anoniem. Mijn moeder werd een geval, materiaal dat bewerking behoeft en door het systeem van het ziekenhuis gehaald moet worden. Van een ontmoeting is nauwelijks sprake, laat staan dat er geïnvesteerd wordt in de kwaliteit van die ontmoeting." (Meurs 2006).

### 3. Kwaliteit in het primaire proces: effectief versus patiëntgericht

Voor welke taak ziet de professional zich gesteld in het primaire proces? Redenerend vanuit de kwaliteitsgebieden van het Institute of Medicine, dient de professional effectieve, veilige, efficiënte, tijdige en patiëntgerichte zorg te leveren voor iedere patiënt. Het is echter niet vanzelfsprekend dat deze gebieden met elkaar in lijn liggen. De meest effectieve interventie kan wel eens iets anders zijn dan de voorkeur van de patiënt en wat dan?

Wat betreft zorgvernieuwing zijn verbeterprojecten gericht op het bevorderen van effectiviteit anders dan projecten die focussen op het bevorderen van patiëntgerichtheid. Dat geldt ook voor de onderzoekstradities vanuit beide kwaliteitsgebieden en de bijbehorende publicaties. Wie zoekt naar publicaties met 'evidence based medicine' in de titel of met 'patientcentred' in de titel vindt honderden publicaties per paradigma per jaar. Maar bij het zoeken naar een combinatie van effectiviteit en patiëntgerichtheid in de titel, worden slechts enkele artikelen gevonden. Het merendeel van deze artikelen probeert de kloof tussen de beide paradigma's te overbruggen, of benoemt de noodzaak de kloof te dichten als belangrijke aanwijzing (Bensing 2000). We proberen dus de kwaliteit van zorg te verbeteren vanuit paradigma's die fundamenteel verschillen. Hoe verloopt dat in het primaire proces?

In het contact tussen de patiënt en de zorgprofessional ontmoeten de kwaliteitsgebieden effectiviteit en patiëntgerichtheid elkaar. Voor de verslavingszorg geldt dat evidence based inzichten belangrijk zijn om patiënten hoogwaardige interventies te bieden en hen te beschermen tegen onnodige of niet werkzame interventies. Maar tegelijkertijd is het strikt doorvoeren van evidence based inzichten een bedreiging voor patiëntgerichte zorg, zeker wanneer de voorkeuren van patiënten worden genegeerd of zelfs gefrustreerd. En toch kunnen deze niet zonder elkaar, want zonder patiëntgerichtheid kan de zorg te technisch worden, te weinig gericht op de gehele mens (Bensing 2000). Dat de twee benaderingen elkaar wel degelijk nodig hebben, blijkt ook uit onderzoek naar het doorvoeren van evidence based protocollen voor depressie (Os *et al.* 2004). De implementatie van evidence over behandeling van depressie bij huisartsen bleek niet voldoende om daadwerkelijk effect op patiëntniveau te bewerkstelligen. Alleen als patiënten ook de

communicatie als goed beoordeelden, trad er effect op. Diverse gedegen wetenschappelijke onderzoeken en reviews ondersteunen deze inzichten en tonen aan dat de kwaliteit van de behandelrelatie in positieve zin van invloed is op te behalen effecten van de therapie (Greenfield *et al.* 1988; Kaplan *et al.* 1989; Di Blasi *et al.* 2001).

Wat kan een hulpverlener doen om patiëntgericht te werken? Er zijn verschillende manieren om patiënten actief bij de zorg te betrekken. Globaal worden onderscheiden (Elwyn *et al.* 2003):

- a) het beïnvloeden van de verwachtingen van patiënten: het informeren van patiënten over waar zich te melden voor hulp en welke keuzes te maken;
- b) het betrekken van de wensen en voorkeuren van patiënten in hun behandeling;
- c) het onderzoeken van de behoeften van patiënten met behulp van specifieke instrumenten (decision aids, self-management tools);
- d) satisfactie onderzoek en andere vormen van feedback door patiënten op de behandeling, waaronder klachten, of spiegelbijekomsten;
- e) het betrekken van patiënten bij het opstellen van beleid.

In de Nederlandse verslavingszorg krijgt patiëntenparticipatie vooral vorm door keuze informatie, satisfactie onderzoek en inspraak bij beleid, zie ook de beschrijving van VWS speerpunten op dit gebied in hoofdstuk één.

Dat zijn al goede stappen, echter daarbij wordt het bevorderen van patiëntgerichtheid in de behandelrelatie geheel buiten beschouwing gelaten. Terwijl besluitvorming over de te kiezen therapie het moment lijkt te zijn om recht te doen aan een patiënt en diens voorkeuren en wensen. Het hangt dus af van vaardigheden van de professional op dit vlak, in hoeverre de patiëntgerichtheid een kans krijgt. De professional maakt het verschil bij de afweging tussen overwegingen vanuit het denkkader van effectieve zorg en dat van de patiëntgerichtheid.

Wat kan de hulpverlener doen? Levenstein geeft vier aanwijzingen voor het bevorderen van patiëntgerichtheid in het contact tussen hulpverlener en patiënt. Hoe kan door de hulpverlener aan deze punten gewerkt worden? Het hoofddoel van de patiëntgerichte benadering is het volgen van de aanwijzingen van de patiënt en het tonen van begrip voor de ervaringen van de patiënt vanuit zijn of haar perspectief (Edwards *et al.* 2001).

Dit kan door:

1. Het verkennen van zowel de ziekte als de ziekte-ervaring. Een patiëntgerichte benadering richt zich op de ziekte zelf en op de vier kerndimensies van de ziekte-ervaring van de patiënt: gevoelens, ideeën, de invloed van de ziekte op het functioneren van de patiënt en verwachtingen over hoe gehandeld zou moeten worden.
2. De gehele persoon begrijpen. Dit houdt in dat de arts niet alleen de ziekte begrijpt, maar ook de ervaring van de ziekte van de patiënt in de context van zijn of haar leven en persoonlijke ontwikkelingsfase. Kennis over de persoon kan bijvoorbeeld gaan over familie, werk en geloofsovertuiging.
3. Het vinden van een gemeenschappelijk referentiekader. Een effectief behandelplan vereist dat patiënt en arts overeenstemming bereiken over de oorsprong van problemen, over de prioriteiten, de doelen van de behandeling en de rollen die arts en patiënt innemen in het behandelproces.
4. Het versterken van de arts-patiëntrelatie. Het ultieme doel is het ontwikkelen van een effectieve relatie ten behoeve van de genezing van de patiënt. Hulpverleners dienen te erkennen dat alle patiënten uniek zijn en verschillende benaderingen vereisen. Zij moeten reageren op patiënten op een wijze die recht doet aan de behoeften van de patiënt.

Hoezeer evidence based medicine en patiëntgerichtheid in onderzoek ook gescheiden velden zijn, dit is niet vol te houden in het primaire proces. Daar komen de benaderingen op individueel niveau ontegenzeggelijk bij elkaar als er een besluit genomen moet worden over een behandelplan. Daar kan een goede hulpverlener door zorgvuldige communicatie de voorkeuren, angsten, wensen en behoeften van een patiënt op tafel krijgen. En vervolgens kan na uitleg van de mogelijkheden een gezamenlijk besluit genomen worden, waarbij persoonlijke voorkeuren en evidence based inzichten afgewogen worden. Om dat op een respectvolle, menselijke en zorgvuldige wijze uit te kunnen voeren is vakmanschap vereist. We weten niet welke voorkeuren patiënten hebben op groepsniveau. Er is zorgvuldige waarneming en communicatie nodig om tot inzicht in preferenties van elke afzonderlijke patiënt te komen. We kunnen instrumenten gebruiken om dat te ondersteunen, zoals decision aids. De hulpverlener heeft daartoe de sleutel in handen.

## 4. Kwaliteit van de behandelrelatie: 'zien' en 'er zijn'

Communicatie is de koninklijke weg om strijdige paradigma's te laten uitmonden in optimale zorg (Bensing 2000). Wat betekent dit voor de hulpverlener? Is communicatie een begrip dat hier dekkend genoeg is? En hoe verhoudt zich dit tot kwaliteit van de behandelrelatie, tot bejegening? Wat is het dan waar hulpverleners zich in kunnen kwalificeren? In poëtische zin lijkt het te gaan om kwaliteit van 'zien' en 'er zijn'. Ter illustratie is een tekst opgenomen van de kunstenaar Igor Savchenko (1996). Het betreft een lange tekst, die door Savchenko in het Engels is geschreven. De tekst is opgeknipt om interpretaties toe te kunnen voegen (zie ook bijlage 1 voor de integrale tekst).

*On the altered behaviour of sunlight*

*'...We no longer have  
A constant flow of sunlight.  
Light appears to us  
As a sequence of transient storms.  
Everything around us is lit up for a brief instant.  
The world picture shimmers....'*

Wat kunnen we waarnemen bij een patiënt en hoe duiden we deze waarneming? Stewart & Brown beschrijven dat patiëntgericht werken betekent: overeenstemming bereiken ten aanzien van de oorsprong van problemen en prioriteiten, de doelen van de behandeling en de rollen die arts en patiënt innemen in het behandelproces (Stewart *et al.* 2001). Zijn er dan zoveel aanleidingen waaruit de problemen kunnen ontstaan? Ja, Lettieri publiceerde bijvoorbeeld een boek met 43 verklarende theorieën voor problematisch druggebruik. De modellen en theorieën zijn gerangschikt naar categorieën: iemands aard, zijn relatie met zichzelf, met anderen, of met de maatschappij (Lettieri 1980). Voorbeelden zijn: de coping theorie, zelfvertrouwen theorie, genetische theorie, onafgeronde rouwtheorie, of de sociale beïnvloedingstheorie. Als het gaat over de oorsprong van de problemen, gaat het over de wijze waarop we de verslavingsproblemen 'zien', of hoe we ze 'labelen'. Als het gaat over vanzelfsprekendheid van het heersende

paradigma, en ook over veranderingen daarin, spreekt mij opnieuw het gedicht van Igor Savchenko aan. Hij vervolgt:

*'...But moments of lucidity and darkness  
Still alternate too fast,  
For us to notice them.  
We still believe  
The visible picture is steady....'*

Hoe selectief zien we wat er speelt bij iemand met verslavingsproblemen? Waardoor is ons beeld gekleurd? En kunnen we zien wat we niet zien? Kunnen we ons leeg maken voor de beleving van de ander? Kunnen we zicht krijgen op diens ziektemodel? Savchenko vervolgt:

*'...Though in actual fact  
Storms of sunlight  
Blow past more rarely and less regularly.  
Darkness has been gathering.  
Uncertainty keeps growing.  
The visual picture  
Is gradually being replaced  
By its speculative model.....'*

Gedurende de afgelopen decennia hebben we de nodige modellen voorbij zien komen. Het leertheoretische model, het biopsychosociaal model (BPS) en in de afgelopen jaren is er een sterke nadruk op het biologische en genetische model komen te liggen (Wetering *et al.* 2001). Maar er is meer, zie het werk van Lettieri (Lettieri 1980). En hoe verhouden de uiteenlopende werkelijkheden van de mensen zich tot een heersend model? Het gekozen model opent of sluit wegen richting behandelingsopties. Hoe vaak zou het voorkomen dat een te smalle visie, of een 'speculatief model', zoals Savchenko het noemt, onrecht doet aan het individu met verslavingsproblemen?

*'...But this we can only guess at  
From indirect signs  
Inexplicable and sudden failures.....'*



Door indirecte of soms zelfs directe signalen kunnen we tot de conclusie komen dat we er naast zitten. Hoe precies en hoe open durven wij te kijken bij een intake? Hoeveel tijd is er om een behandelrelatie op te bouwen? Hoeveel tijd nemen we om ons te verdiepen in de werkelijkheid van de patiënt en diens interpretatie? Hoe bekwaam zijn we in het opvangen van diens eigen duidingen, voorkeuren en diens identificatie van bijvoorbeeld belemmerende factoren? Hoezeer durven we onze kaders of interpretaties los te laten om ruimte te bieden? Hoe komt het bijvoorbeeld dat we nauwelijks hechtingsgedrag meenemen in onze diagnoses, laat staan in onze behandelingen, terwijl er krap een decennium geleden iemand promoveerde op de stelling dat deze hechtingsproblemen bij het merendeel van de verslaafden een primaire oorzaak van verslaving waren (Prins 1995)?

*'...We ourselves fail to notice that  
Our techniques of perceiving the world  
Are changing.  
We ourselves are changing.  
The consequences are not yet clear.'*

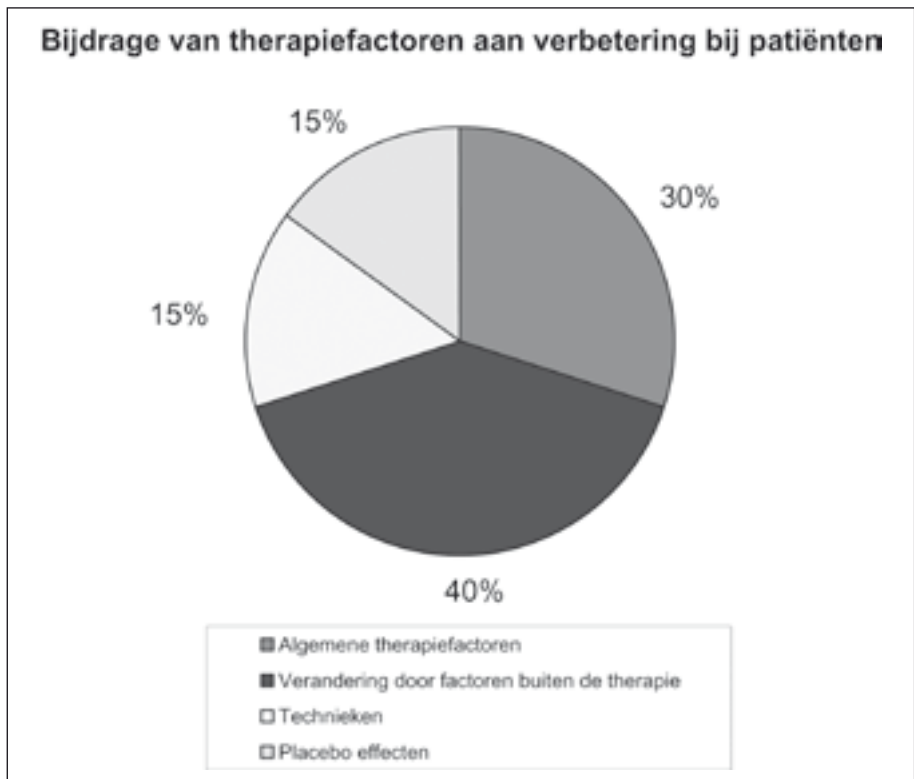
Het werk van Savchenko lees ik als een pleidooi voor zelfonderzoek en het durven kijken naar patiënten, los van de heersende kaders. Hen aan het woord te laten zonder alles meteen in te kaderen. Maar durven kijken naar ons kijken. Hier ligt een kans. Een kans voor professionals, die in lijn ligt met de ervaren problemen op grond van de huidige protocol-en-prestatie-gerichte-werkwijzen. Een kans om beroepszeer (Brink *et al.* 2005) te verminderen. Een kans om boven de steeds wisselende modellen uit te stijgen, het goede ervan te integreren en om patiënten niet met geweld in een te krap kader te duwen. Een prachtige nadere uitwerking van patiëntgericht werken. Met vorming van attitude, scholing in aandacht, bejegening en communicatie als belangrijkste aangrijpingspunten voor zorgprofessionals.

Er blijkt ook wetenschappelijke onderbouwing voor het belang van de behandelrelatie met het oog op effecten te zijn. Zo worden met het oog op de effecten van psychotherapie 'algemene' therapiefactoren benoemd (Colijn *et al.* 2003). Rosenschweig was de eerste auteur, die in een discussie over de werkzaamheid van verschillende therapeutische scholen wees op 'algemene therapie-factoren' (Rosenzweig 1936). Hij werkte deze nader uit als: de persoonlijkheid en overtuigingskracht van de therapeut, de interpretatie van het verhaal van de patiënt en het principe dat ingrijpen in een bepaald deel van de mens van invloed is op andere delen. Deze ideeën zijn opgepakt door Frank en Frank, die wezen

op het belang van algemene therapiefactoren zoals de context, de relatie, het bieden van een interpretatie, een ontwikkelweg en procedures (Frank 1961; Frank *et al.* 1991). Binnen de psychotherapie wordt aangenomen dat deze algemene therapiefactoren een groot aandeel hebben in het effect van zeer diverse therapievormen. 'Warmte' in het contact tussen therapeut en patiënt is een belangrijk voorbeeld van een algemene factor.

Hoe groot is die invloed van algemene therapeutische factoren op te behalen resultaten eigenlijk? Lambert presenteerde in een taartdiagram de resultaten van psychotherapieonderzoek (Colijn *et al.* 2003). Hij baseerde zich zowel op uitkomsten van effectonderzoek, als op de veel bredere literatuur van de laatste decennia over proces en effect in psychotherapie (zie figuur 4.1).

*Figuur 4.1. Procentuele bijdrage van de verschillende categorieën therapiefactoren aan verbetering bij patiënten (Lambert 1992).*



In percentages onderscheiden maakt hij duidelijk dat de toegepaste technieken slechts voor 15% bijdragen aan het effect van de behandeling. Algemene therapiefactoren dragen voor 30% bij aan bereikte effecten en factoren buiten de therapie voor 40%. Hier gaat het om iemands sociale kapitaal, bijvoorbeeld om het hebben van werk of een bevredigende daginvulling. Ook een goede partnerrelatie, of een sterk sociaal netwerk zijn hier voorbeelden van. Hoewel dit onderzoeksgegevens betreffen naar toegepaste psychotherapie methoden, valt te verwachten dat de conclusies niet heel ver aflaggen van de situatie in de verslavingszorg. Of dat het het tenminste waard is om dit via onderzoek verder uit te pluizen.

Een eerste belangrijke aanwijzing op grond van de conclusies uit het werk van Lambert voor het inrichten van 'genezingstrajecten', is dat het (mede) inzetten op ondersteuning van het systeem van de patiënt van harte aangemoedigd zou moeten worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een goede partnerrelatie, sociale steun of werk. Een tweede aanwijzing is dat van de factoren die therapie betreffen, de algemene therapiefactoren als belangrijkste worden beschouwd (Lambert 1992; Lambert *et al.* 1994) Om welke algemene therapiefactoren gaat het eigenlijk? Colijn en collegae noemen: empathie, warmte en acceptatie, samen te vatten als 'er voor iemand zijn' (Colijn *et al.* 2003).

### *Liefde in de zorg*

Hulpverleners die kiezen voor de verslavingszorg, kiezen vaak voor dit vak vanuit betrokkenheid. Ze voelen zich geraakt en willen graag iets betekenen voor mensen die problemen hebben. Het terugbrengen van menslievendheid in de zorg staat voor het teruggaan naar die motivatie en die als hoogste verheffen. Gedreven vanuit de wens iets te betekenen voor gekwetste mensen leert een professional in opleiding technieken en wordt vakkundig. In dit proces gaat soms iets mis als die verworven vakkundigheid vervolgens als hoogste doel wordt gesteld. Door een te belangrijke oriëntatie op het ziektebeeld, de diagnostische en therapeutische mogelijkheden, wordt soms de mens achter de patiënt uit het oog verloren. Volgens Annelies van Heijst lopen we daarmee een groot risico (Heijst 2005). Als we te ver doorschieten in het handelen volgens voorgeschreven protocollen, onderschatten we dat zorg voortkomt uit mensen voor mensen. Door voornamelijk te varen op vakkundigheid, organisatorisch perfectionisme of instrumentalisme, gaat de ruimte voor het menselijke verloren.

Dit is overigens geen individuele tekortkoming, maar een probleem van het gehele systeem, of zelfs van de gehele sector. Een volgende slag ter verbetering van de kwaliteit van de verslavingszorg, zou dit probleem kunnen onderkennen en voorkomen dat we op een eenzijdige wijze verder gaan in het bedrijfsmatige en marktgerichte model van instrumenteel-technische rationaliteit (Heijst 2005). De weg terug bestaat uit het terugbrengen van vakkundigheid tot benodigde expertise, die ingezet kan worden in het licht van het hogere doel: menslievendheid. Dit heeft gevolgen voor waarden in de behandeling. Het gaat dan niet meer alleen om iemand te genezen van diens kwaal, maar ook en vooral om er voor iemand te zijn (Heijst 2005). Kijkend naar de foto van Savchenko: misschien dat dit kan helpen bij het helen van het ontwrichte leven en het verscheurde zelfbeeld.

## 5. Kunnen we dat meten?

Wanneer we er van uit gaan dat goed hulpverlenerschap een combinatie vereist van het excelleren in menslievendheid als belangrijk onderdeel van vakkundigheid, hoe kunnen we dan die kwalificatie van een goede werkrelatie wetenschappelijk uitwerken en onderzoeken? Is het mogelijk om bijvoorbeeld de mate van 'warmte' in het contact te onderzoeken? Het uitgangspunt is dat onderzoek naar dit onderwerp in opkomst is. Het veld is in beweging. Er zijn instrumenten ontwikkeld om medische communicatie te beoordelen, er is een internationaal wetenschappelijk tijdschrift en een jaarlijks Europees congres (EACH). Sommige onderzoeken beschrijven de communicatie, andere leveren ook normen voor wat wenselijk is. De mate van 'warmte' in een therapeutisch gesprek zou bijvoorbeeld geoperationaliseerd kunnen worden door een veelgebruikt onderscheid tussen 'affectieve' en 'instrumentele' communicatie. Deze begrippen worden nader toegelicht in tabel 5.1.

Tabel 5.1. *Affectieve en instrumentele gedragingen (Sandvik et al. 2002).*

Affectieve gedragingen	Instrumentele gedragingen
Persoonlijke aandacht, sociale conversatie	Transition words (overgaan op een nieuw onderwerp)
Lachen, grapjes	Het geven van instructies
Goedkeuring laten zien	Checken of informatie goed is overgekomen
Het geven van een compliment	Vragen om herhaling
Overeenstemming laten zien	Vragen om een mening
Antwoorden zoals oké, aha, mmh	Gesloten vragen over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of andere vragen
Empathie (zich inleven in de gevoelens van een ander)	Open vragen over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of andere vragen
Zich zorgen maken	Geven van informatie over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of overige informatie

Affectieve gedragingen	Instrumentele gedragingen
Geruststellen, aanmoedigen, optimisme tonen	Sturing van gedrag m.b.t. medische conditie en behandeling
Zich legitimeren	Sturing van gedrag m.b.t. leefstijl en psychosocial
Partnership	Vragen van diensten of medicijnen
Op zichzelf betrekken	
Iets afkeuren	
Ergens kritiek op hebben	
Vragen om geruststelling	

Het Roter Interaction Analysis System (RIAS) is een instrument waarmee vastgelegd kan worden hoe vaak een hulpverlener instrumentele of affectieve uitspraken doet (Roter *et al.* 2002). Opgenomen geluidsfragmenten worden met dit gevalideerde instrument beoordeeld. Per gedeelte van een zin wordt er gescoord. Ook het aantal open en gesloten vragen wordt gemeten. Een voorbeeld van resultaten van onderzoek met het RIAS instrument op een oncologische afdeling van een algemeen ziekenhuis, staan afgedrukt in tabel 5.2. Voor de verslavingszorg zijn er nog niet zulke data beschikbaar.

Tabel 5.2. Affectieve communicatie per oncoloog in aantallen uitspraken Bron: (Fister 2007).

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Emotionele uitingen								
- Gemiddelde	6,9	0,43	4,1	0,37	14,6	0,63	3,80	0,17
- Minimum	1		0		3		0	
- Maximum	23		13		27		9	

Toelichting bij tabel 5.2: een belangrijk onderdeel van affectieve communicatie zijn de emotionele uitingen. Onder deze emotionele uitingen wordt hier bijvoorbeeld verstaan, zich in de ander invoelen, een onderwerp op jezelf betrekken, je in de ander invoelen. Dokter A en dokter C gebruiken tijdens hun consulten de meeste emotionele uitdrukkingen. Daarnaast betrekken dokter A en C de behandeling of een gespreksonderwerp tijdens het consult het meest op zichzelf. Dokter B toonde de meeste bezorgdheid naar de patiënten (Fister 2007).

Bij dit instrument zijn geen normen voor de gewenste hoeveelheid affectieve uitspraken, of open vragen. Wel kunnen professionals zich gezamenlijk buigen over de teruggekoppelde resultaten en onderling een wenselijke norm vaststellen. Hierbij is het afstemmen op de behoefte van de patiënt natuurlijk van belang. In plaats van wenselijke communicatie te benoemen, kan ook onwenselijke communicatie vastgesteld worden. Zoals het zogenaamde 'blocking behaviour'. Dit staat voor het abrupt op een ander onderwerp overgaan, of het negeren van een vraag van een patiënt (Heaven *et al.* 2001).

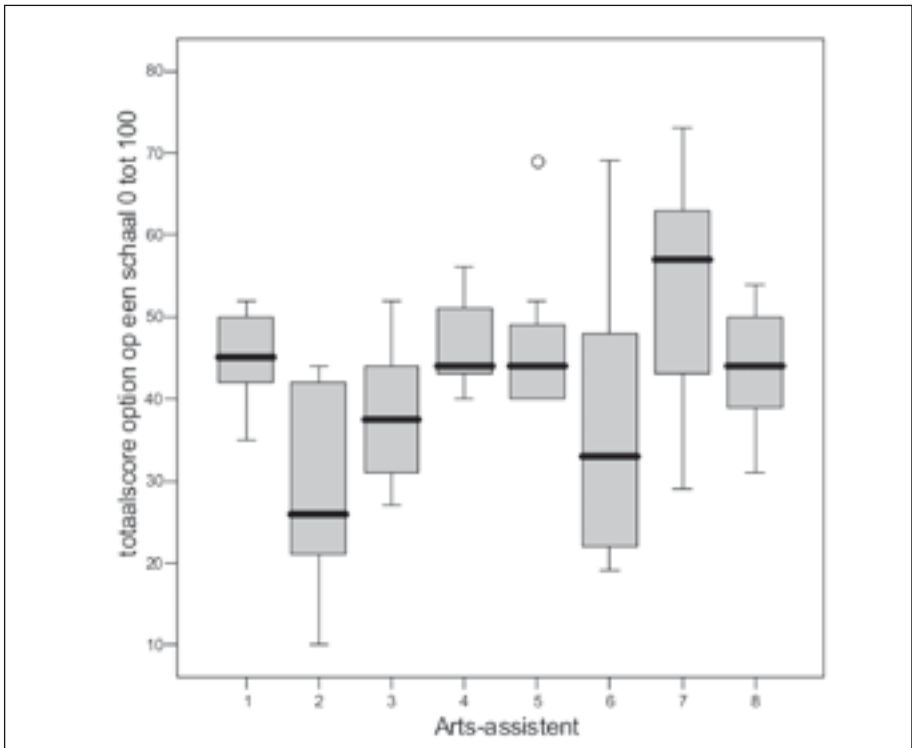
Een heel andere wijze om kwaliteit van communicatie te analyseren is het meten van 'shared decision making' (Elwyn *et al.* 2003). Hierbij gaat het om het betrekken van de patiënt bij besluitvormingsprocessen in de zorg. Weer wordt gewerkt met opgenomen gespreksmateriaal, op audio- of videotape. In de gevalideerde 'Observing Patient Involvement Scale (OPTION) zijn twaalf gedragingen onderscheiden, die gezamenlijke besluitvorming bevorderen (Elwyn *et al.* 2005).

De hulpverlener:

1. vestigt aandacht op specifiek probleem waarover beslissing genomen moet worden.
2. geeft aan dat er meer dan een manier is om met het probleem om te gaan.
3. stelt vast op welke wijze patiënt informatie zou willen krijgen.
4. geeft opsomming van keuzemogelijkheden (inclusief niets doen).
5. geeft uitleg over voors en tegens van de keuzemogelijkheden aan de patiënt.
6. gaat na welke verwachtingen patiënt heeft over aanpak probleem.
7. gaat na welke zorgen/angsten patiënt heeft over aanpak probleem.
8. controleert of patiënt informatie heeft begrepen.
9. geeft patiënt mogelijkheid vragen te stellen.
10. stelt vast in welke mate patiënt betrokken wil worden in de besluitvorming.
11. creëert de mogelijkheid om tot besluitvorming over te gaan.
12. biedt de ruimte om het besluit te herzien.

Na een training kan de onderzoeker het opgenomen materiaal beoordelen. De resultaten van het onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming worden omgerekend naar een totaalscore per arts. Een maximale score is een score van honderd punten voor de optimale vorm van gezamenlijke besluitvorming. In figuur 5.3 staat een voorbeeld van resultaten van onderzoek in de GGZ naar gezamenlijke besluitvorming.

Figuur 5.3. Gemiddelde totaalscores gezamenlijke besluitvorming per hulpverlener (1 tot 8) op een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) in Nederland



Bron: (Goossensen *et al.* 2007).

Een opvallend resultaat was dat bij de behandeling van depressie op een PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) geen enkele hulpverlener:

- vaststelde op welke wijze patiënt informatie zou willen krijgen (item 3);
- vaststelde in welke mate patiënt betrokken wil worden in de besluitvorming (item 10).

Mogelijk is dit in de verslavingszorg ook zo. Het stellen van deze twee vragen op 'metaniveau', waarin de hulpverlener naar de behoefte aan inbreng van de patiënt vraagt, zou een rechtstreekse aanwijzing kunnen zijn naar het verbeteren van gezamenlijke besluitvorming in de GGZ (Goossensen *et al.* 2007).



Kortom, er zijn verschillende concepten en gevalideerde instrumenten ontwikkeld om de communicatie in de verslavingszorg te operationaliseren en te meten. Dit dekt een deel van het begrip menselijke factor, maar zeker niet alles. Soms begint het al voor de communicatie, bijvoorbeeld bij kwaliteit van aandacht.

## 6. Kunnen we dat leren? Excelleren in menslievende zorg

Dat de kwaliteit van de behandelrelatie van wezenlijk belang is voor de resultaten van een behandeling, wordt inmiddels breed onderschreven (Meijel 2004; Jong 2006). Een goede behandelrelatie heeft positieve effecten op de therapietrouw, het ziekteverloop en ervaren behulpzaamheid (Frank *et al.* 1990). Maar welke ingrediënten kent een optimale behandelrelatie? En welke zijn de belangrijkste? Empathie, warmte en acceptatie (Colijn *et al.* 2003)? Inleving, het erkennen van het lijden en hoop bieden (Meijel 2004)? Humaan zijn, de patiënt serieus nemen, of het valideren van de patiënt voor wie hij is (Jong 2006)? En is dat te leren? Zo ja hoe? Of gaat het vooral om het afleren van bepaalde aangeleerde vaardigheden, ook wel 'de-skilling' genoemd (Barker 1999)?

Kenmerkend voor de presentietheorie, zoals die beschreven is door Andries Baart is de aandachtige benadering van de zorgvrager (Baart 2001). Presentie is een richtingaanwijzer voor het bereiken van kwaliteit in de omgang met patiënten. Het begint eigenlijk al voordat er is gesproken. Het gaat om kwaliteit van aandacht, enthousiasme en betrokkenheid, om de basale elementen van de attitude waarmee patiënten tegemoet worden getreden. Kenmerkend voor de presentietheorie is een zo open en zo aansluitend mogelijke ontmoeting. Door respectvol en zonder agenda contact te zoeken, kan in het contact duidelijk worden wat nodig is en of er iets nodig is. Alle voelhorens zijn gericht op verkenning van de vraag bij de patiënt, de werkelijke vraag, los van de denkkaders van de hulpverlener.

De vraag wat goede zorg is wordt dan voorafgegaan door een andere: wat vragen mensen eigenlijk als ze zorg vragen? Hier ontstaat de mogelijkheid om een basisregel van de huidige hulpverleningspraktijk te wijzigen. In plaats van het bieden van een technische en probleemoplossende activiteit kunnen hulpverleners ernaar streven maximaal 'present' te zijn. Dit 'present zijn' blijkt bij velen een belletje te doen rinkelen. Al snel, soms te snel, denkt men te weten waar het om gaat of het 'al jaren' te beoefenen. De ervaring leert dat het veel moeilijker is dan het klinkt.

*'It is healing to be fully present. Because it is so rare, when people encounter it, they find it irresistible. It stirs in them a memory of the stillness inside their own core. [...] Presence cannot be taught. It can, however, be uncovered, acknowledged and encouraged to reveal itself' (Watson 2004).*

Wie zich in de wetenschappelijke onderbouwde presentiebenadering verdiept, leert dat de methodiek zelf een welgeordend, goed omschreven en professioneel te bedrijven geheel is (Baart 2001). De presentiebenadering leert hulpverleners alle vereisten en verwachtingen ten aanzien van patiënten te laten vallen ten aanzien van gedragingen, probleempresentatie, vragen en voorwaarden. De beoordeling van de kwaliteit van werken begint bij de hulpverlener, en niet bij de mate waarop de patiënt zich weet te verhouden tot het hulpverleningsaanbod (Brinkman 2004). Het gaat om een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn (Baart 2001). Een globale typering van presentiebeoefening kan aldus samenvattend in kenmerken beschreven worden:

*Tabel 6.1: Methodische kenmerken van de presentiebeoefening (Baart 2001).*

<b>Methodische kenmerken (geclusterd)</b>	
Kenmerken betreffen	Strekking
1. beweging, plaats en tijd	de professional volgt de ander (in plaats van het omgekeerde)
2. ruimte en begrenzing	uit één stuk werken / integralisme (in plaats van fragmentatie en specialisering)
3. aansluiting	bij het geleefde leven zijn (in plaats van bij de bureaucratische schematisering ervan)
4. zich afstemmen	het goed van de ander centraal zetten (in plaats van de eigen - goede - bedoelingen)
5. betekenis	de ander is minstens bij één in tel (erkenning en relatie wegen het zwaarst)

In hoeverre kan de verslavingszorg haar voordeel doen met deze presentiebenadering? Het is niet iets totaal nieuws dat aan het werk van verslavingshulpverleners wordt toegevoegd, maar wel iets wat in de huidige zorgpraktijk is ondergesneeuwd. Mijn verwachting is dat wanneer er ruimte wordt gemaakt om de presentiebenadering door hulpverleners toe te laten passen, dit tot een grotere tevredenheid van patiënten én hulpverleners zal leiden. Ik acht de mogelijkheid van betere effecten niet uitgesloten. In beginsel kent elk contact in de zorg een relatie waar aan gewerkt kan worden, of er een interventie aan te pas komt, of niet. Bij de laagdrempelige opvang en sociale verslavingszorg, lijkt de presentiebenadering extra belangrijk, omdat daar minder interventies zijn om in te zetten.

Het leren van deze praktijkvoering is niet eenvoudig, maar biedt concrete en wetenschappelijk onderbouwde kansen om daadwerkelijk onderscheid te maken in de kwaliteit van de behandelrelatie. Er zijn inmiddels competenties onderscheiden, die als piketpaaltjes dienen bij het aanleren van de presentiebenadering. Het zijn er veel, te veel om allemaal te benoemen. Voorbeelden zijn: verbaal bekrachtigen, fysieke bekrachtiging, delen van gevoelens, tegenbeeld tonen, verduren, uitgaven of 'er zijn op afstand' (Brinkman 2004). Deze competenties zijn verder uitgewerkt naar vaardigheden. Bij 'verduren' horen bijvoorbeeld de volgende vaardigheden:

- aangaan: het volle pond van de misère willen zien en aanhoren;
- verergeren: zoeken naar andere, meer basale problemen;
- uitstellen: onderdrukken van een streven naar verandering;
- meelijden: uiting geven aan eigen emoties omtrent het lijden van patiënten;
- uitdrukken: expressiemiddelen voor het lijden aanreiken, bijvoorbeeld rituelen;
- delen: verhalen over eigen ervaringen met pijnlijke levenservaringen;
- afwijzen: laakbaar gedrag benoemen, zonder contact met patiënten te verbreken.

Inmiddels zal duidelijk zijn dat je niet met deze benadering aan de slag kunt gaan, zonder aanhoudend en diepgaand het eigen gedrag ter discussie te stellen. Het gaat niet om het aanleren van een nieuwe techniek, die in twee dagen getraind kan worden. Om de benadering aan te leren, om recht te kunnen doen aan de patiënt is 'jezelf leegmaken' een eerste stap. Door middel van zelfonderzoek kan de hulpverlener werken aan het evalueren van diens reacties en emoties. Door deze activiteiten leert een hulpverlener meer ruimte te creëren voor de patiënt en diens betekenisgeving. Dit kan het verschil maken in of de persoon zich 'gezien' voelt. Vanuit deze openheid en bevestiging kan een aanzet naar interventie ontstaan. Voor hulpverleners zijn belangrijke elementen in de scholing van presentie: introspectie, biografische analyse en aanhoudende reflectie (Brinkman 2004).

## 7. Het lectoraat: Logica en liefde in de verslavingszorg

Het lectoraat zet activiteiten uit, die in lijn liggen met de hiervoor gepresenteerde inzichten. Deze inzichten zijn samen te vatten in een aantal stellingen:

1. Aan de logica is in de verslavingszorg hard gewerkt: er zijn richtlijnen, protocollen, literatuuroverzichten en standaarden gemaakt. Dat was hard nodig! Goede kwaliteit van de zorg wordt echter vooral bereikt als effectieve interventies worden aangeboden vanuit een hoogwaardige behandelrelatie. Er is behoefte aan onderzoek naar de kwaliteit van de behandelrelatie en hoe die te bevorderen.
2. De implementatie van Resultaten Scoren is slechts beperkt gelukt. Dat is overigens een wereldwijde ontwikkeling bij implementatie van richtlijnen, die samenhangt met het te eenzijdige instrumentele karakter van richtlijnen als vernieuwingsvorm. Het mobiliseren van zorgprofessionals via de social movement benadering vanuit de breed ervaren beroepszeker problemen, zou een krachtige en zinvolle bottom-up beweging kunnen zijn, met als doel verslavingszorgpraktijken waarin ruimte is voor menslievendheid en effectieve interventies.
3. Zorgvernieuwing in de verslavingszorg is teveel gericht geweest op eerste orde veranderingen. Het is tijd dat de stap wordt gemaakt naar tweede en vooral derde orde veranderingen. Het bijstellen van de basisregels in de zorgverlening biedt dan kansen.
4. In de afgelopen jaren is de zorgvernieuwing in de richting gedreven van een te instrumenteel- technisch karakter. Het is tijd voor benaderingen waarin medewerkers en teams persoonlijker betrokken worden in de vernieuwingen, door aandacht te besteden aan 'zachtere' of menselijke aspecten van zorgvernieuwing zoals cultuur, leiderschap, identiteit en strategie.
5. Patiëntgerichtheid heeft te weinig voet aan de grond gekregen in de verslavingszorg. Het opleiden van professionals in de presentie benadering zou deze lacune kunnen invullen. Deze benadering zou breed toegepast moeten worden onder zittende en aankomende zorgprofessionals in de verslavingszorg.
6. Er is sprake van een doorgeschoten biologisch paradigma in de verslavingszorg. Patiënten worden vooral recht gedaan door het voorkomen van het ten onrechte kaderen van hun verhaal door de hulpverlener. Hiertoe biedt het werken vanuit een biopsychosociaal model mogelijkheden. Zorgprofessionals dienen de vele verschillende

verklarende theorieën voor het ontstaan van verslaving te kennen, ten einde een onterecht label te voorkomen.

7. In het huidige verslavingszorgaanbod heeft het product-denken geleid tot een verschrping van het aanbod. Medewerkers voelen zich gereduceerd tot hun methoden. Het is tijd om de beroepszeker beweging serieus te nemen en meer ruimte te scheppen voor het opbouwen van een relatie bij intake en behandeltrajecten.
8. Verslavingszorg professionals dienen opgeleid te worden tot vakkundige hulpverleners in termen van logica en liefde. Zij dienen zowel technische kennis en vaardigheden te verwerven, als gevormd te worden in attitude, empathie en betrokkenheid. Het curriculum dient voldoende aandacht aan deze relatie aspecten te schenken. Studenten die hier onvoldoende op scoren, dienen een bindend negatief advies te krijgen.

### **Wat gaat het lectoraat Verslavingszorg bijdragen aan deze ontwikkelingen?<sup>5</sup>**

#### *Onderwijs*

Ten eerste zet het lectoraat Verslavingszorg zwaar in op onderwijs ontwikkeling. In 2007/2008 worden vier differentiatie-minors Verslavingskunde ontwikkeld. Op deze wijze kunnen studenten SPH, MWD, pedagogiek en HBOV zich specialiseren als verslavingsagoog. De minors worden ontwikkeld in samenwerking met drie verslavingszorg instellingen, met Hogeschool Windesheim en met het Instituut voor Leefwijzen en Verslaving (IVO). De start van deze specialisatie zal plaatsvinden vanaf september 2008. In het studiejaar 2007/2008 wordt een reeks van 14 Masterclasses voor HBO docenten en andere geïnteresseerden georganiseerd, als opmaat naar de te geven minoren.

#### *Onderzoek*

Het lectoraat Verslavingszorg richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van de verslavingszorg. Wat betreft onderzoek en innovatie richt het lectoraat zich onder andere op implementatie, op onderzoek naar kwaliteit van teamfunctioneren, op onderzoek naar kwaliteit van bejegening en communicatie en naar de leerbaarheid van de presentiebenadering. De projecten hebben als doel bij te dragen aan herstel van de balans tussen logica en liefde in de zorg. Er wordt gezocht naar nieuwe normen voor kwaliteit van zorg, waarbij effectiviteit van interventies wordt meegenomen, maar op zichzelf niet voldoende wordt geacht.

---

<sup>5</sup> Zie voor de concrete projecten, uitvoerders en samenwerkingspartners de website: [www.inholland.nl/verslavingszorg](http://www.inholland.nl/verslavingszorg).

### *Training*

Het lectoraat heeft een training 'Bejegening in de laagdrempelige opvang ontwikkeld', waarin hulpverleners zich (bij)scholen in de omgang met patiënten in de laagdrempelige opvang. Juist in het 'harmreductie' gedeelte van de verslavingszorg worden de relationele vaardigheden van professionals beproefd. De ervaring heeft geleerd, dat deelname aan de training helpt om hulpverleners uit te rusten voor het werken in deze setting. In evaluaties geven deelnemers aan weer in contact te komen met de oorspronkelijke motivatie om met deze doelgroep laagdrempelig te willen werken en weer te ervaren trots te zijn op hun beroep.

### *Ten einde*

Deze rede gaat over kwaliteit in de Nederlandse verslavingszorg. Na een verkenning van kwaliteits-initiatieven die tot op heden gebruikt zijn, wordt duidelijk dat in Nederland sterk is geïnvesteerd op instrumenteel-technische vernieuwingen. Er zijn veel protocollen gemaakt, waarvan de implementatie verbeterd kan worden. De combinatie van deze vernieuwingslijn met consequenties van marktwerking brengt zorgmedewerkers op de werkvloer in de problemen, met negatieve consequenties voor patiënten.

Op het niveau van organisaties is de aanbeveling om aan de slag te gaan met implementatie projecten, waarin minder top-down en minder programmatisch gewerkt wordt. De social movement theorie biedt hier interessante aanknopingspunten voor. De weg is dan om professionals daar aan te spreken, waar ze geraakt zijn. Door te erkennen dat velen van hen hun bezieling niet meer kunnen leggen in het zorgwerk en last hebben van het 'productdenken', kan bereidheid voor verandering van grote groepen professionals als vanzelf ontstaan. De energie die dan gemobiliseerd wordt, kan helpen om op het niveau van de professional een balans te bereiken tussen de instrumenteel-technische aspecten van de beroepspraktijk en de behandelrelatie. Het gaat dan om zorg, waarin de professional en de patiënt ruimte krijgen om een relatie op te bouwen, met aandacht voor de belevingswereld, het ziektebeeld en voorkeuren van de patiënt.

Kwaliteitsbeleid in de verslavingszorg is nu gebaat met het erkennen van het belang van een optimale behandelrelatie, als wezenlijk instrument om patiëntgerichtheid te bevorderen. Het lijkt veelbelovend om daarbij in te zetten op onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlener-patiënt communicatie en op scholing om het niveau van die relatie te verbeteren. Dan terug naar het verscheurde beeld van Savchenko waar ik mijn rede mee begon: het zou mooi zijn als dit lectoraat zo een bijdrage zou kunnen leveren aan de zorg voor verslaafden, door het terugvinden van een balans tussen logica en liefde.

# Dankwoord

Zeer geachte leden van het College van Bestuur, ik voel mij vereerd het ambt van lector te mogen vervullen. Na een jaar INHOLLAND ervaring te hebben opgedaan, geniet ik nog dagelijks van de ruimte die er is om ambitieuze plannen te realiseren in een weefbeweging met het onderwijs en het veld van verslavingszorginstellingen. In lijn daarmee bedank ik ASAR voor de begeleiding op afstand bij het opstarten van dit lectoraat en voor de intensieve ondersteuning bij het uitbrengen van deze lectorale rede in het bijzonder.

Dorothe Renkema, als ik iemand in het zonnetje wil zetten, ben jij het. Je hebt als onmisbaar ankerpunt gefungeerd, gedurende de start van het lectoraat. En nog steeds word ik wekelijks gesteund door je praktische regeltaken en menselijke betrokkenheid.

Collega lectoren Van Meijel en Walraven ben ik zeer erkentelijk voor het meelesen van deze tekst. Dan dank aan Jaap van der Stel, die de aanvraag voor dit lectoraat schreef en als adviseur aan het lectoraat verbonden is. Joost van Daalen wil ik danken voor zijn wezenlijke bijdrage bij het aanscherpen van het gedachtegoed rondom teamfunctioneren en zorgvernieuwing. Ik vertrouw op prachtige experimenten in de toekomst. Andries Baart wil ik van harte danken voor zijn bereidheid tot samenwerking, evenals Dike van de Mheen.

Beste kenniskringleden. Dank voor jullie trouwe inzet. Het blijft een uitdaging om jullie tot ontwikkeling te prikkelen en de voorwaarden daarvoor maximaal te orkestreren. Mijn erkentelijkheid gaat in het bijzonder uit naar Theo van Dam, die aan de kenniskring verbonden is als ervaringsdeskundige.

Marc Koopmanschap, collega van het iBMG, dank voor de trouwe bereidheid om altijd mee te lezen met wat ik produceer. Dan mijn zonen Floris, Jerom en Ruben: naar jullie gaat mijn hart uit. Ik ben zo trots dat jullie er vandaag bij kunnen zijn. Zo groot al weer. En tenslotte Erik: ons contact vervult een diepe wens in mij. Ik geniet van je liefde, je wijsheid en het meest van onze gezamenlijke bespiegelingen over de wonderbaarlijke ontwikkelingen in onze levens.



# Referenties

- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht, Lemma.
- Bate, P., H. Bevan, et al. (2005). *Towards a million change agents: a review of the social movements literature: implications for large scale change in the NHS*. London, NHS modernisation agency.
- Bate, P., G. Robert, et al. (2004). *The next phase of healthcare improvement: what can we learn from social movements?* Qual Saf Health Care 13 (1): 62-6.
- Bensing, J. (2000). *Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*. Patient Educ Couns 39 (1): 17-25.
- Berg, M., Y. Meijerink, et al. (2005). *Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals*. Health Policy 75 (1): 59-73.
- Berg, M., W. Schellekens, et al. (2003). *Vliegen en gevlogen worden? Mythes en mogelijkheden van prestatie-indicatoren*. Medisch Contact 58 (8): 291-294.
- Brink, G. v. d., T. Jansen, et al. (2005). *Beroepszeer, waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam, Uitgeverij Boom.
- Brinkman, F. (2004). *Presentie in de praktijk, een verkenning in de maatschappelijke opvang*. Utrecht, NIZW.
- Campbell, M., R. Fitzpatrick, et al. (2000). *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. British Medical Journal (321): 694-6.
- Colijn, S., J. A. Snijders, et al. (2003). *Leerboek integratieve psychotherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Crossley, N. (2002). *Making sense of social movements*. Buckingham, Open University Press.
- Davis, D., M. A. O'Brien, et al. (1999). *Impact of formal continuing education: do conferences, workshops, rounds, and other continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?* Journal of the American Medical Association 282: 867-74.
- Dehue, T. (2004). *Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: double blinding is not possible*. Bmj 328 (7433): 228; author reply 229.
- Della Porta, D. and M. Diani (1999). *Social Movements: an introduction*. Oxford, Blackwell.
- Di Blasi, Z., E. Harkness, et al. (2001). *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. Lancet March (357): 757-62.
- Edwards, A. and G. Elwyn (2001). *Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible?* Oxford, Oxford University Press.
- Edwards, C., S. Staniszweska, et al. (2004). *Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed*. Sociology of Health and Illness 26 (2): 159-83.

- Elwyn, G., A. Edwards, et al. (2003). *Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement*. Qual Saf Health Care 12 (2): 93-9.
- Elwyn, G., H. Hutchings, et al. (2005). *The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks*. Health Expect 8 (1): 34-42.
- Eyerman, R. and A. Jamison (1991). *Social Movements: a cognitive approach*. Oxford, Polity.
- Fister, A. (2007). *Samenspraak. Een onderzoek naar communicatie tussen arts en patiënt in de oncologische zorg*. iBMG Rotterdam, Erasmus MC.
- Forbes, A. and P. Griffiths (2002). *Methodological strategies for the identification and synthese of 'evidence' to support decision-making in relation to complex healthcare systems and practices*. Nursing Inquiry 9: 141-55.
- Frank, A. F. and J. G. Gunderson (1990). *The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia*. Archives of General Psychiatry (47): 228–236.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins Press.
- Frank, J. D. and J. B. Frank (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
- Freemantle, N., H. E.L., et al. (2003). *Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Fulop, N., P. Allen, et al. (2001). *Studying the Organisation and Delivery of the Health Services: Research Methods*. London, Routledge.
- Geelen, K. (2001). *Wetenschappelijke GGz: einde van de cliënteninbreng?* Deviant 30.
- Gladwell, M. (2000). *The Tipping Point*. London, Abacus.
- Goossensen, A. (2004). *Reflectierapport Anders Werken in het Erasmus MC, pilot ovarium carcinoom*. Rotterdam, iBMG, Erasmus MC.
- Goossensen, A., A. van Vliet, et al. (2005). *Taakherschikking in de praktijk: Anders Werken in het Erasmus MC* Medisch Contact 60 (19).
- Goossensen, A., P. Zijlstra, et al. (2007). *Measuring shared decision making processes in psychiatry: skills versus patient satisfaction*. Patient Educ Couns 67 (1-2): 50-6.
- Greenfield, S., S. H. Kaplan, et al. (1988). *Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes*. J Gen Intern Med. Sep-Oct (3(5)): 448-57.
- Greengalgh, T., G. Robert, et al., Eds. (2006). *Diffusion of innovations in Health Service Organisations. A systematic literature review*. BMJ Books. Oxford, Blackwell Publishing.
- Grilli, R., N. Freemantle, et al. (2000). *Mass media interventions: effects on health services utilizations.*, Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Grol, R. (2001). *Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit and patient education*. Journal of the American Medical Association 286: 2578-85.
- Haines, A. and R. Jones (1994). *Implementing findings of research*. British Medical Journal 308: 1488-92.
- Heaven, C. and C. Green (2001). *Medical Interview Aural Rating Scale. Overview of Rating Scheme.*, Manual CRC Psychological Medicine Group.
- Heijst, A. v. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen, Klement.
- Hibbard, J. H., J. Stockard, et al. (2005). *Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation*. Health Aff (Millwood) 24 (4): 1150-60.
- Hunter, D. J. (2007). *Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg: tijd voor een nieuw paradigma*. G-lezing. Rotterdam.
- IOM (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* Washington, Committee on Quality of Health Care in America.
- Jong, C. d. (2006). *Chronisch verslaafd: de therapeut, de patiënt en de ziekte*. NISPA, Faculteit Sociale Wetenschappen. Nijmegen, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Kaplan, S. H., S. Greenfield, et al. (1989). *Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease*. Med Care. March (27(3)): S110-27.
- Lambert, M. J. (1992). *Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration*. Handbook of Psychotherapy Integration. Norcross and Goldstein. New York, Basic Books: 94-129.
- Lambert, M. J. and A. E. Bergin (1994). *The Effectiveness of Psychotherapy*. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th Edition. A. E. Bergin and S. L. Garfield. New York, Wiley: 143-89.
- Lettieri (1980). *Theories on drug abuse. Selected Contemporary Perspectives*. Research Monograph. NIDA, National Institute on Drug Abuse.
- Marrewijk, M. v. and H. M. Becker (2004). *The Hidden Hand of Cultural Governance: The Transformation Process of Humanitas, a Community-driven Organization Providing, Cure, Care, Housing and Well-being to Elderly People*. Journal of Business Ethics 55 (2).
- Meijel, B. v. (2004). *Over verstoorde levens ... en de kunst van het verplegen*. Lectoraat 'Best Practice in de GGZ verpleegkunde'. Alkmaar, Hogeschool INHOLLAND.
- Meurs, P. (2006). *Kwaliteit van de publieke dienstverlening: leer van de goede praktijken*. Volkskrant.
- Os, T. W. v., R. H. van den Brink, et al. (2004). *Are effects of depression management training for General Practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care?* J Affect Disord 80 (2-3): 173-9.

- Pawson, R. and N. Tilley (1997). *Realistic Evaluation*. Londen, Sage Publications.
- Prins, E. H. (1995). *Maturing out: An empirical study of personal histories and processes in hard-drug addiction*. Nederland, Van Gorcum.
- Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. American Journal of Orthopsychiatry.
- Roter, D. and S. Larson (2002). *The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions*. Patient Educ Couns 46 (4): 243-51.
- Sackett, D. L., S. E. Straus, et al. (2000). *Evidence-based medicine. How to practise and teach EBM*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Sandvik, S., H. Eide, et al. (2002). *Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS)*. Patient Educ Couns (46): 235-241.
- SBU-Report (2001). *Treatment of Alcohol and Drug Abuse - An Evidence Based Review*. T. S. C. o. T. A. i. H. Care. Sweden.
- Schippers, G. M., M. v. Es, et al. (2005). *De verslavingszorg professionaliseert: evaluatie van het zorgvernieuwingproject 'Resultaten Scoren'*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 60: 527-539.
- Stewart, M. and J. B. Brown (2001). *Patient-centredness in medicine. Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible?* A. Edwards and G. Elwyn. Oxford, Oxford University Press.: 97-117
- Tarrow, S. (1998). *Power in social movements: social movements, collective action and politics*. New York, Cambridge University Press.
- Vervoort-Stoelinga, T., F. E. Wiersma, et al. (2002). *Het profiel van de kwaliteitsfunctionaris*. Kwaliteit in beeld 12 (3): 4-7.
- Watson, I. (2004). *The Tao of Homeopathy*. England, Kendal.
- Wetering, B. v. d. and E. Czychewski (2001). *Visiedocument: het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam, Bouman Verslavingszorg.
- Wolff, N. (2001). *Randomised trials of socially complex interventions: promise of peril?* Journal of Health Services and Research Policy (6): 123-6.
- Zuiderent-Jerak (2007). *Standardizing health care practices*. IBMG. Rotterdam, Erasmus MC.
- Zwarenstein, M., S. Reeves, et al. (2001). *Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews.

On the altered behaviour of sunlight

We no longer have  
A constant flow of sunlight.  
Light appears to us  
As a sequence of transient storms.  
Everything around us is lit up for a brief instant.  
The world picture shimmers.  
But moments of lucidity and darkness  
Still alternate too fast,  
For us to notice them.  
We still believe  
The visible picture is steady.  
Though in actual fact  
Storms of sunlight  
Blow past more rarely and less regularly.  
Darkness has been gathering.  
Uncertainty keeps growing.  
The visual picture  
Is gradually being replaced  
By its speculative model.  
But this we can only guess at  
From indirect signs  
Inexplicable and sudden failures.  
While photographing at moments which do not coincide  
With the latest sunlight storms.  
We ourselves fail to notice that  
Our techniques of perceiving the world  
Are changing.  
We ourselves are changing.  
The consequences are not yet clear.

Igor Savchenko, 1996

