

'Het zit gewoon niet goed in mijn systeem'

Etnografisch onderzoek naar de
inbedding van ervaringsdeskundigheid
in professionele (GGz-)praktijken



Aukje Leemeijer

'Het zit gewoon niet goed in mijn systeem'

Etnografisch onderzoek naar de
inbedding van ervaringsdeskundigheid
in professionele (GGz-)praktijken

Aukje Leemeijer

Copyright © 2024 Aukje Leemeijer

ISBN: 978-94-6483-698-1

Omslag en figuren: Macsen Flook

Lay-out en druk: Ridderprint

'Het zit gewoon niet goed in mijn systeem'

Etnografisch onderzoek naar de inbedding van ervaringsdeskundigheid in
professionele (GGz-)praktijken

'It's just not part of my system'

An ethnographic study how experiential expertise is embedded in professional
(mental health care) practices
(with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de rector magnificus, prof. dr. H.R.B.M. Kummeling
Ingevolge het besluit van het college voor promoties
in het openbaar te verdedigen op

woensdag 28 februari 2024 des ochtends te 10.15 uur

door

Aukje Maria Leemeijer

Geboren op 29 juli 1959
te Arnhem

Promotoren:

Prof. dr. M. Noordegraaf

Prof. dr. M.J. Trappenburg

Copromotor:

Dr. F.J. de Vijlder

Leescommissie:

Prof. dr. H.M. van de Bovenkamp

Prof. dr. M. Bussemaker

Prof. dr. P. 't Hart

Prof. dr. S. Keuzenkamp

Prof. dr. F.E. Scheepers

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt met financiering vanuit een Promotiebeurs voor Leraren van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) onder projectnummer 023.007.022

This research was supported by the Netherlands Organisation for Scientific Research (NWO) under project number: 023.007.022

Voor Ann

Inhouds

Inhoudsopgave

opgave

Hoofdstuk 1.

Inleiding	11
1.1. <i>Ervaringsdeskundigheid in professionele dienstverlening</i>	13
1.2. <i>Uitdagingen in professionele praktijken</i>	15
1.3. <i>Probleemstelling</i>	18
1.4. <i>Theoretisch perspectief</i>	20
1.5. <i>Onderzoeksaanpak</i>	22
1.6. <i>Relevantie</i>	23
1.7. <i>Opbouw van het boek</i>	25

Hoofdstuk 2.

Ervaringsdeskundigheid in GGz-dienstverlening	27
2.1. <i>Definities en discussies</i>	29
2.2. <i>De stem van de cliënt</i>	32
2.3. <i>Groeiende trend</i>	37
2.4. <i>Beroep en professionalisering</i>	40
2.5. <i>Verdergaande ontwikkelingen</i>	45

Hoofdstuk 3.

Kennis en professionaliteit in publieke dienstverlening	51
3.1. <i>Veranderend kennislandschap</i>	53
3.2. <i>Spanningsvelden in professionele praktijken</i>	57
3.3. <i>Professionaliteit en kennis: veranderende beelden</i>	63
3.4. <i>Professioneel handelen</i>	74
3.5. <i>Perspectief op kennis in professionele praktijken</i>	77

Hoofdstuk 4.

Onderzoeksaanpak	83
4.1. <i>Keuze voor etnografische benadering</i>	84
4.2. <i>Keuze voor drie FACT-teams</i>	86
4.3. <i>Toegang verkrijgen</i>	90
4.4. <i>Dataverzameling</i>	94
4.5. <i>Gebruik van theorie</i>	98
4.6. <i>Data-analyse</i>	99
4.7. <i>Schrijfproces</i>	101
4.8. <i>Tot slot</i>	102

Hoofdstuk 5.

Ervaringskennis selectief benut	105
5.1. <i>'Dit is mijn vak'</i>	108
5.2. <i>Soorten kennis verbinden</i>	111
5.3. <i>Ervaringskennis beperkt zichtbaar</i>	118
5.4. <i>'Ervaringskennis hebben we allemaal wel'</i>	122
5.5. <i>Conclusie</i>	126

Hoofdstuk 6.

Samenwerking met ervaringsdeskundigen begrensd	131
6.1. <i>'We zitten er als een team'</i>	133
6.2. <i>'Ik ben geen behandelaar'</i>	136
6.3. <i>'Als jij als psychiater het zegt, maakt het meer indruk'</i>	141
6.4. <i>'Haar rol is moeilijk vast te pakken'</i>	146
6.5. <i>'Je hebt best een dubbele identiteit'</i>	150
6.6. <i>Conclusie</i>	155

Hoofdstuk 7.

Ervaringsdeskundigheid onder druk	161
7.1. <i>'Ik wil dat iemand zelf zijn keuzes maakt'</i>	163
7.2. <i>'Er moet eerst een begeleidbaar doel komen'</i>	167
7.3. <i>'Iedereen is opgejaagd'</i>	171
7.4. <i>'Bij zorgen over een cliënt heb ik een verantwoordelijkheid als professional'</i>	176
7.5. <i>'Prioriteit één is dan toch: indekken'</i>	179
7.6. <i>'Beheersing gaat niet samen met herstel'</i>	186
7.7. <i>Conclusie</i>	190

Hoofdstuk 8.

Conclusies en aanbevelingen	195
8.1. <i>Inleiding</i>	196
8.2. <i>Beantwoording van de deelvragen</i>	198
8.2.1. <i>Op welke wijzen wordt ervaringskennis gerelateerd aan de kennis van GGz-professionals?</i>	198
8.2.2. <i>Op welke wijzen werken ervaringsdeskundigen samen met GGz-professionals in (interprofessionele) teams?</i>	201
8.2.3. <i>Op welke wijzen is er te midden van prestatie- en verantwoordings-eisen ruimte voor ervaringsdeskundigheid ?</i>	204
8.3. <i>Beantwoording van de hoofdvraag</i>	206
8.4. <i>Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk</i>	209
8.4.1. <i>Aanbevelingen voor onderzoek</i>	209
8.4.2. <i>Aanbevelingen voor de praktijk</i>	213
8.5. <i>Slotbeschouwing</i>	222
Referenties	224
Samenvatting	235
Summary in English	246
Dankwoord	256
Over de auteur	260

Hoofdstuk 1.

Inleiding

Inleiding

“Ervaringsdeskundigheid, ik vind het heel waardevol, maar tot op zekere hoogte. (...) Professionaliteit en deskundigheid moeten wat mij betreft nog steeds wel de leidraad zijn.”

Aan het woord is een teammanager in de geestelijke gezondheidszorg (GGz), die ik in het kader van een klein onderzoek in 2011 interviewde over het benutten van de ervaringsdeskundigheid van (ex)-cliënten¹ in professionele GGz-teams. Mensen die zelf cliënt zijn of zijn geweest, en deze ervaring inzetten om andere cliënten te ondersteunen in hun herstelproces, worden als ervaringsdeskundigen actief betrokken in de hulpverlening, steeds vaker als betaalde krachten. In de afgelopen jaren heeft deze ontwikkeling in de GGz een grote vlucht genomen (Pitt et al., 2013; Repper & Carter, 2011; Van Slooten et al., 2023), in Nederland én internationaal (vooral in Angelsaksische landen zoals de VS en Groot-Brittannië, maar ook in Scandinavië). De WHO stelt dat ervaringsdeskundigheid als derde kennisdomein moet worden gezien in de geestelijke gezondheidszorg (World Health Organization, 2022).

De onderliggende overtuiging is dat het benutten van ervaringsdeskundigheid bijdraagt aan een betere zorg- en dienstverlening. Ervaringsdeskundigen kunnen zorgen voor een betere aansluiting bij de eigen beleving en taal van cliënten, en kunnen hen perspectief tonen en hoop geven. Op die manier, zo is de veronderstelling, zullen ze cliënten ondersteunen bij hun herstel en het nemen van eigen regie, en functioneren ze als brug tussen cliënten en teams van professionals (Van Erp et al., 2012). De verwachting is dat het professioneel inzetten van ervaringsdeskundigen in de zorg en hulpverlening in de GGz zo het cliëntperspectief versterkt. Vrijwel alle grote Nederlandse GGz-instellingen hebben vanuit die verwachtingen en veronderstellingen vandaag de dag ervaringsdeskundigen in dienst als betaalde medewerkers binnen behandelteams (Van Slooten et al., 2023; Van Vugt et al., 2012). Deze ontwikkeling is echter niet onomstreden. De uitspraak van de teammanager laat daar iets van zien: zij uit haar aarzeling over de waarde van ervaringsdeskundigheid in de professionele praktijk van haar team. Een aarzeling die ik in het genoemde onderzoek bij meer professionals tegenkwam. De discrepantie tussen twijfels vanuit de professionele praktijk en de intenties en de hoge ambities en verwachtingen aangaande het inzetten van ervaringsdeskundigen vormden voor mij de aanleiding voor een meer diepgravend onderzoek. In dit proefschrift houd ik de professionele, betaalde inzet van ervaringsdeskundigheid kritisch tegen het licht.

1 In de GGz worden de termen patiënt en cliënt beide gebruikt. In dit proefschrift spreek ik over cliënten.

1.1. Ervaringsdeskundigheid in professionele dienstverlening

Ondanks het feit dat de inzet van ervaringsdeskundigheid steeds meer gemeengoed aan het worden is, zijn er vanuit de praktijk van de GGz ambivalente of ronduit kritische geluiden te horen. Jan Derksen, hoogleraar klinische psychologie in Nijmegen, stelde in 2019 in een ingezonden stuk in de Volkskrant (Derksen, 2019) dat het inzetten van (betaalde) ervaringsdeskundigen de GGz geen goede dienst bewijst. Hij betoogt dat bij psychische aandoeningen mensen zich te snel als deskundig zien en op basis van eigen beleving en ervaringen generaliseren en adviseren. Bovendien zouden ervaringsdeskundigen vaak zelf nog onvoldoende hersteld zijn. Trudy Jansen, directeur van Veerkrachtcentrale, een expertisecentrum voor ervaringsdeskundigheid, signaleert in haar artikel 'Stop de professionalisering van ervaringsdeskundigen' (Jansen, z.d.) dat op sociale media regelmatig berichten verschijnen over een afwerende houding van professionals, en dat er niet alleen positieve, maar ook negatieve geluiden zijn over de inzet van ervaringsdeskundigen. Bijvoorbeeld over ervaringsdeskundigen die in de beleving van anderen (dat kunnen mede-ervaringsdeskundigen zijn, of professionals) zijn 'doorgeschoten' in hun professionalisering, en zich weinig anders opstellen dan reguliere hulpverleners.² Twijfel ontstaat bovendien door discussie over de geldigheid van ervaringskennis, vanwege het feit dat ervaringen nu eenmaal altijd persoonlijk en uniek zijn.

Andere professionals in de GGz zijn positiever, maar worden niettemin geconfronteerd met lastige situaties in hun dagelijkse werkpraktijk, zoals ervaringsdeskundigen die nog te veel in hun eigen herstelproces zitten en daardoor onvoldoende aandacht hebben voor het verhaal van cliënten (Van Erp et al., 2012). Onderzoek wijst uit dat het inbedden van ervaringsdeskundigheid in de praktijk van GGz-teams vaak moeizaam verloopt en de nodige uitdagingen kent (Alberta et al., 2012; Van Erp et al., 2012; Huisman & Van Dijk, 2023). Terwijl de relatief nieuwe beroepsgroep van ervaringsdeskundigen streeft naar erkenning, ziet lang niet elke hulpverlener de ervaringsdeskundige collega's als gelijkwaardige professionals. Sommigen vrezen dat ervaringsdeskundigen de belasting van hun nieuwe rol moeilijk aan zullen kunnen, juist vanwege hun eigen kwetsbaarheid, of zetten vraagtekens bij de competenties van ervaringsdeskundigen (Alberta et al., 2012; Repper & Carter, 2011). Blijkbaar is het niet vanzelfsprekend en niet altijd

2 In dit proefschrift gaat het over ervaringsdeskundigen die op beroepsmatige, betaalde basis hun ervaringskennis inzetten in professionele GGz-teams. Hoewel zij in die zin gezien kunnen worden als professionals, gebruik ik voor hen de term 'ervaringsdeskundigen' om ze te onderscheiden van niet-ervaringsdeskundige professionals. Voor die laatste hanteer ik de term 'professionals'. Ik wil daarmee niet zeggen dat ervaringsdeskundigen niet professioneel kunnen zijn of handelen.

eenvoudig om in de context van de GGz ervaringskennis en ervaringsdeskundigen een plek te geven. Het brengt de nodige uitdagingen en vragen met zich mee, en ervaringsdeskundigheid wordt omarmd én betwist.

De hierboven gesignaleerde twijfels over ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundigen gaan meestal niet over mensen die hun ervaringen onbetaald, als vrijwilliger, inzetten. Denk bijvoorbeeld aan lotgenotengroepen, zelfhulpgroepen of buddyprojecten, waarin mensen met ervaring anderen ondersteunen in hun herstelproces, zonder betrokkenheid van de professionele hulpverlening. Of aan (ex)cliënten die als vrijwilliger voorlichting geven op scholen, aan beleidsmakers of aan buurtbewoners over hun ervaringen met psychische ontwrichting en herstel. De kritische geluiden betreffen juist en vooral ervaringsdeskundigen die als betaalde krachten werkzaam zijn in de GGz als een setting waarin sprake is van *georganiseerde professionele dienstverlening*, en die *samenwerken met professionals*. De inbedding van ervaringsdeskundigheid in deze context brengt specifieke uitdagingen met zich mee, zoals Alberta et al. (2012, p. 482) treffend verwoorden:

One identified set of challenges, referred to here as environmental, is associated with integrating peer support staff (PSS) into organizations or systems of care built around professionally credentialed staff members and the professional culture they generally embrace. Another set of challenges identified in the literature, referred to here as individual, is associated with peer staff members entering employment settings characterized by expectations inherent in this same professional culture as well as unfamiliar working conditions grounded in this culture.

Met andere woorden, de auteurs benadrukken dat ervaringsdeskundigen ('peer support staff') en hun ervaringskennis zich een plek proberen te verwerven in een setting die hier benoemd wordt als een '*professional culture*' met specifieke verwachtingen en condities. In dit proefschrift kijk ik kritisch naar het inbedden van ervaringsdeskundigheid in professionele teams, in de bredere context van georganiseerde, publieke professionele dienstverlening. Die bredere context genereert allerlei uitdagingen, die in dagelijkse professionele praktijken zichtbaar worden.

1.2. Uitdagingen in professionele praktijken

Het werken in een context van georganiseerde professionele dienstverlening brengt voor professionals vandaag de dag een aantal lastige uitdagingen met zich mee. Allereerst wordt van hen verwacht dat zij hun werk doen vanuit een geaccepteerde, breder geldende kennisbasis, die zij zich tijdens hun opleiding eigen hebben gemaakt. Niet voor niets noemt de hierboven geciteerde teammanager 'professionaliteit' en 'deskundigheid' in één adem. Het beschikken over de juiste *kennis en deskundigheid* is een belangrijke waarde in een professionele omgeving en vormt de maatschappelijke legitimering voor professioneel handelen (Brandsen & Honingh, 2013; De Vijlder, 2014; Hoijtink et al., 2021). Eén van de aspecten van ervaringsdeskundigheid die binnen dergelijke professionele omgevingen wordt betwist is de kennisbasis van ervaringsdeskundigen. Twijfel over geldigheid en toegevoegde waarde van ervaringskennis speelt regelmatig een belemmerende rol bij het inbedden van ervaringsdeskundigheid (Gates & Akabas, 2007; Van Erp et al., 2012).

Tegelijkertijd zien professionals zich echter zelf geconfronteerd met een maatschappelijk verschijnsel dat zich in de afgelopen decennia heeft ontvouwd: het ter discussie stellen – of zelfs het geheel afwijzen – van wetenschappelijke en professionele kennis (Achterberg, 2018; Rutjens et al., 2022). In de moderne samenleving speelt kennis aan de ene kant een steeds centralere rol – we zijn een kennissamenleving – maar aan de andere kant is die rol steeds diffuser (Noordegraaf, 2004, p. 22). De status van wetenschappelijke kennis is niet meer vanzelfsprekend en onder sommige maatschappelijke groeperingen, zowel in Nederland als daarbuiten, is een groeiend wantrouwen tegenover de wetenschap zichtbaar (Harrison & Luckett, 2019; Nichols, 2017; Rutjens et al., 2022). Voorbeelden van deze 'anti-expert'-stromingen zijn met enige regelmaat te vinden in de media. Zo leek tijdens de eerste golf in de Corona-crisis het vertrouwen in experts op de voorgrond te staan, maar naarmate deze crisis langer voortduurde werd een onderstroom van onvrede zichtbaar, met twijfels over gezag en besluitvorming op basis van wetenschappelijke kennis (Van Dijck, 2022). Een vertegenwoordiging van deze onvrede was te vinden in de beweging 'Viruswaarheid' (tegenwoordig Voorwaarheid).³ Andere voorbeelden zijn er te over. Protesterende boeren zijn het niet eens met de stikstofmetingen van het RIVM (Smit & De Vries, 2019), groepen ouders volgen het advies om hun kinderen te laten vaccineren niet op en wantrouwen wetenschappelijk onderzoek naar effecten en risico's van vaccinaties

³ Inmiddels neemt deze beweging Voorwaarheid in bredere zin een kritische houding aan ten opzichte van de overheid. Zie www.voorwaarheid.nl, geraadpleegd op 9 augustus 2023.

(Van der Berg et al., 2010), en klimaatverandering wordt betwijfeld door groepen in de samenleving die sceptisch staan tegenover wetenschappelijk onderzoek op dit gebied (Poortinga et al., 2011).

Kortom, de opkomst van ervaringskennis als (relatief) nieuwe kennisbron in de GGz vindt plaats tegen de achtergrond van een maatschappelijke context waarin kennis in brede zin wordt betwist, niet alleen ervaringskennis, maar ook het kennisarsenaal van professionals en wetenschappers. Het is interessant om vanuit die optiek te onderzoeken óf en hoe professionals ervaringskennis inbedden in hun op kennis gebaseerde professionele praktijken.

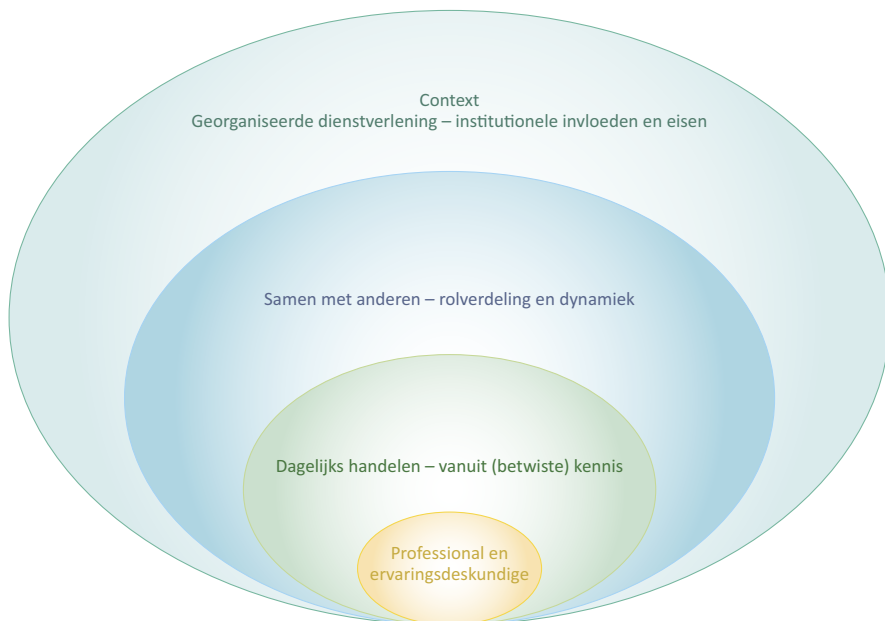
Vraagstukken waarmee professionals zich bezighouden zijn steeds complexer geworden (Melis & De Vijlder, 2014). Dat vraagt om meer kennis, en om een grotere diversiteit aan kennissoorten. Professionals werken om die reden in toenemende mate in *multidisciplinaire teams* en *samenwerkingsverbanden*, waarin van hen wordt gevraagd om over de grenzen van hun eigen kennis, discipline en organisatie heen te werken (Schot et al., 2020). Het organiseren en verdelen van rollen en verantwoordelijkheden in die multidisciplinaire contexten is ingewikkeld en vraagt expliciete aandacht. Het blijkt niet altijd gemakkelijk voor professionals om te navigeren tussen de eisen die vanuit hun eigen kennisdomein worden gesteld, en de eis om over professionele grenzen heen te werken en kennisdomeinen met elkaar te verbinden (Schot et al., 2020). In die toch al ingewikkelde context kan het toevoegen van nóg een kennisdomein, namelijk ervaringskennis, ingebracht door ervaringsdeskundigen, een extra uitdaging zijn.

Bestaand onderzoek laat dit zien. Zo komt onduidelijkheid over de rol van ervaringsdeskundigen in veel studies naar voren als een belemmerende factor voor succesvolle inzet van ervaringsdeskundigen (Asad & Chreim, 2016; Cabral et al., 2014; Crane et al., 2016; Fisk et al., 2000; Gates & Akabas, 2007; Hurley et al., 2016; Moran et al., 2013; Repper & Carter, 2011; Van Erp et al., 2012;). Hun rol en de verwachtingen daarover zijn vaak niet geëxpliciteerd en de beelden erover verschillen. Voor sommige professionals is het bijvoorbeeld onhelder of een ervaringsdeskundige eerst en vooral (de stem van) cliënten vertegenwoordigt, of gezien moet worden als een nieuw type professional met een eigen kennisdomein. Het is voorstelbaar dat de inbedding van ervaringsdeskundigen in professionele teams en organisaties, waar al sprake is van een ingewikkeld samenspel tussen verschillende typen professionals, een complexe opgave is.

Tot slot zijn er uitdagingen voor professionals gelegen in de *institutionele context* waarin ze werken. Professionals en teams in de GGz maken veelal onderdeel uit van grote instellingen, en daarmee van een organisatie-omgeving voor

publieke dienstverlening die bloot staat aan verschillende vormen van externe maatschappelijke druk. Immers, vanuit de samenleving worden eisen gesteld aan zorgorganisaties: eisen aan de inhoudelijke kwaliteit van zorg, aan effectiviteit en aan een efficiënte inzet van middelen. Risico's, of die nu inhoudelijk van aard zijn (zorg van onvoldoende kwaliteit, fouten en incidenten) of van financiële aard (verspilling of oneigenlijk gebruik van middelen), worden in het huidige maatschappelijke klimaat steeds minder getolereerd. Dat leidt tot sturingsprincipes binnen publieke organisaties waarin risicomijding, productiviteit, efficiëntie en doelmatigheid de overhand hebben, en tot een voortdurende druk en noodzaak voor professionele teams om intern en extern verantwoording af te leggen (Bovens & Schillemans, 2009).

Steeds moet kunnen worden aangetoond dat er is gehandeld volgens protocollen en richtlijnen. Incidenten worden breed uitgemeten in de media. Dat alles lijkt een stevige druk te leggen op professionals en professionele teams (zie o.a. Jansen et al., 2009; Noordegraaf & Steijn, 2013; Tonkens, 2008). Het is de vraag of een vruchtbare inzet van ervaringsdeskundigheid strookt met deze prestatie- en verantwoordingsdruk. Ervaringsdeskundigheid is inhoudelijk onlosmakelijk verbonden met wat in de GGz 'herstelgerichte zorg' wordt genoemd (Drake & Whitley, 2014): een benadering van zorg die aandacht, ruimte en tijd vraagt voor aanwezigheid en nabijheid bij de cliënt, en voor onderlinge reflectie en dialoog tussen professionals. Productietargets, (risico)beheersing en controle lijken daar moeilijk mee te combineren.



Figuur 1. Handelningsniveaus van professionele praktijken in publieke (GGz-)dienstverlening.

Samengevat: als we professionele praktijken in de GGz beschouwen als een setting van georganiseerde publieke dienstverlening, dan zien we dat professionals meerdere soorten uitdagingen tegenkomen. In analytische zin kunnen we dit op drie 'handelingsniveaus' situeren. Die niveaus zijn niet strak gescheiden, maar omvatten elkaar en zijn met elkaar vervlochten. Figuur 1 geeft dit weer.

De discussies, twijfels en vragen die de inzet van ervaringsdeskundigheid in de praktijk van de GGz met zich meebrengt, lopen als het ware door deze handelingsniveaus heen. Professionals én ervaringsdeskundigen zullen om moeten gaan met drie grote spanningen die onder deze uitdagingen schuilgaan:

1. in de dagelijkse zorg voor en behandeling van cliënten moet op grond van professionele kennis en tevens van (nieuwe) ervaringskennis gehandeld worden;
2. op teamniveau moeten rollen en taken verdeeld worden, en tevens (nieuwe) vormen van ervaringsdeskundigheid ingezet worden;
3. op organisatieniveau moet ingespeeld worden op institutionele invloeden in en rond GGz-instellingen, zoals de financiering en verantwoording, en moet tevens ruimte voor ervaringsdeskundigheid bewaakt worden.

Ze vormen de leidraad voor de opbouw van dit proefschrift. In hoofdstuk 3 beschouw ik deze spanningen op de uiteenlopende handelingsniveaus vanuit de theorie. In de hoofdstukken 5, 6 en 7 presenteer ik de empirie en verken ik hoe professionals én ervaringsdeskundigen in de onderzochte praktijken met de genoemde spanningen omgaan.

1.3. Probleemstelling

In de voorgaande paragrafen heb ik een drietal uitdagingen (i.e. spanningen) benoemd die centraal zullen staan om de discrepantie tussen ambities en veelgehoorde twijfels aangaande ervaringsdeskundigheid te begrijpen. De ervaringskennis die wordt ingebracht, is een kennisbron die in de praktijk nog niet vanzelfsprekend lijkt te worden benut. Het is een zoekproces voor ervaringsdeskundigen en professionals om zich tot elkaar te verhouden, en de inbedding van ervaringsdeskundigheid in professionele teams kan druk opleveren voor taakverdeling en coördinatie. Bovendien beïnvloeden maatschappelijke

verwachtingen en institutionele eisen het versterken van ervaringsdeskundigheid in grote dienstverlenende organisaties.

Doelstelling

Dit onderzoek reikt inzichten aan om kritisch te begrijpen of en hoe de genoemde spanningen zich uiten in professionele praktijken in de GGz, en hoe daarmee wordt omgegaan door professionals en ervaringsdeskundigen. Het onderzoek heeft daarmee ten doel om inzicht te bieden in de wijze waarop ervaringsdeskundigheid wordt ingebed in deze praktijken, en onder welke condities dit plaatsvindt.

Ik beoog daarmee bij te dragen aan de bestaande kennis over het inbedden van ervaringsdeskundigheid in de GGz. Veel onderzoek naar ervaringsdeskundigheid hanteert primair een 'hulpverleningsperspectief'. Het heeft de betekenis van ervaringsdeskundigheid in de cliëntrelatie en in de uitvoering van de zorg en behandeling voor die cliënt als vertrekpunt. In dit onderzoek kies ik voor een sterkere nadruk op een 'dienstverleningsperspectief'. Het vertrekpunt is primair dat professionals en professionele teams, waar ervaringsdeskundigheid een plek krijgt, onderdeel zijn van grote dienstverlenende organisaties, in dit geval de GGz. Deze context van georganiseerde dienstverlening analyseer ik vanuit de bestuurs- en organisatiekundige literatuur. Dit levert nieuwe invalshoeken op, die een aanvulling kunnen bieden op bestaand onderzoek. Het maakt het mogelijk om de aandacht meer te richten op interprofessionele, organisatorische en institutionele krachten, waardoor een rijker begrip ontstaat. In dit proefschrift 'leg' ik die krachten concreet en gedetailleerd 'open' door dicht bij de dagelijkse praktijk van professionele GGz-teams te blijven.

Vraagstelling

De vraagstelling die ik tegen deze achtergrond in dit proefschrift zal beantwoorden luidt:

Hoe en onder welke condities wordt ervaringsdeskundigheid ingebed in georganiseerde professionele praktijken in de GGz?

De volgende deelvragen zijn daarvan afgeleid, zij belichten de grotere uitdagingen op de drie handelingsniveaus:

1. *Op welke wijzen wordt ervaringskennis gerelateerd aan de kennis van GGz-professionals?*

Deze deelvraag richt zich op de kennis die voor professionals de basis vormt in hun werk voor en met cliënten. Ik laat zien welke kennisbronnen de onderzochte teams in hun dagelijkse praktijk benutten, hoe ze dat doen, en welke plaats ervaringskennis daarin heeft.

2. *Op welke wijzen werken ervaringsdeskundigen samen met GGz-professionals in (interprofessionele) teams?*

In deze deelvraag ligt de focus op de rollen van de ervaringsdeskundigen en de GGz-professionals in de onderzochte teams, en hun onderlinge interactie. Ik leg open hoe de interprofessionele samenwerking in de teams eruitziet, en welke plek ervaringsdeskundigen hierin hebben.

3. *Op welke wijzen is er te midden van prestatie- en verantwoordingsdruk ruimte voor ervaringsdeskundigheid?*

Deze laatste deelvraag richt zich op de prestatie- en verantwoordingsdruk waaronder de onderzochte teams werken. Ik maak zichtbaar hoe professionals in het realiseren van hun inhoudelijke intenties deze druk ervaren en hanteren, en wat de betekenis is voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid.

Het uitgevoerde onderzoek is allereerst *beschrijvend*; het beoogt zichtbaar te maken hoe en in welke mate ervaringsdeskundigheid in de huidige praktijk van de GGz is ingebed. Vanuit relevante theoretische inzichten in de bestuurs- en organisatiewetenschap zijn er daarnaast aanknopingspunten om de bevindingen te *begrijpen* en te *duiden*.

1.4. Theoretisch perspectief

In dit proefschrift plaats ik de genoemde uitdagingen in het licht van de *veranderde rol en betekenis van kennis* in de samenleving. Verder belicht ik ze vanuit de constatering dat ervaringsdeskundigheid – dat wil zeggen, ervaringsdeskundigen én hun ervaringskennis – in de GGz wordt ingebracht in een context van *georganiseerde professionele dienstverlening*. Vanuit deze keuzes ben ik tot aantal met elkaar verbonden theoretische perspectieven gekomen om de empirie te duiden. Ik beschrijf ze hier kort en werk ze verder uit in hoofdstuk 3.

In de afgelopen decennia is een rijk onderzoeksterrein ontstaan op het gebied van ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis. Dat heeft vooral inzichten opgeleverd over de ervaren waarde van ervaringsdeskundigheid voor cliënten en over een aantal factoren – zoals rolonduidelijkheid – die een rol spelen bij de moeizame inbedding van ervaringsdeskundigheid in de GGz (zie o.a. Alberta et al., 2012, Van Erp et al., 2012). De theoretische en conceptuele basis van onderzoek naar ervaringsdeskundigheid richt zich met name op de aard van ervaringsdeskundigheid, ervaringskennis en psychische ziekte, en op de identiteit van ervaringsdeskundigen (zie o.a. Baillergeau & Duyvendak, 2016; Fox, 2016). Weerman (2016) conceptualiseert 'ervaringskennis' vanuit een kennistheoretisch begrippenkader, voortbouwend op onder andere de filosoof Merleau-Ponty. Boevink (2017) doet dit impliciet, onder meer in narratieven over haar persoonlijke ervaringen met ontwrichtend psychisch lijden en herstel. Soms is er sprake van het ontwikkelen van een geheel eigen begrippenkader, bijvoorbeeld binnen Mad Studies (Beresford, 2020), een academische onderzoeksbenadering en gemeenschap die voortkomt uit de verschillende emancipatiebewegingen, net als bijvoorbeeld Vrouwenstudies of Disability Studies (Ferguson & Nusbaum, 2012). Vanuit Mad Studies worden gekte en psychisch anders-zijn vanuit sociologisch, filosofisch en politicologisch perspectief bekeken en nader geanalyseerd.

Bestaande conceptualisering van ervaringskennis vormen zeker aanknopingspunten voor verheldering van het begrip ervaringsdeskundigheid, de ontwikkeling van het beroep van ervaringsdeskundige en de inbedding hiervan in de GGz. Ze beschouwen echter ervaringskennis over het algemeen zonder een theoretische verbinding te leggen met andere soorten kennis, zoals professionele kennis, en andere relevante concepten. Het zijn en blijven primair 'hulpverleningsperspectieven', die dicht bij cliëntbehandeling, casuïstiek en zorgverlening blijven. In dit proefschrift wil ik een verbreding aanbrengen door het vraagstuk van ervaringsdeskundigheid in de GGz vanuit een 'dienstverleningsperspectief' te benaderen en een verbinding te maken met bestuurs- en organisatiekundige theorie. Daarbinnen biedt de literatuur over *professionaliteit* en over *georganiseerde publieke dienstverlening* aanvullende en verrijkende theoretische en conceptuele perspectieven. Ze maken het mogelijk niet alleen ervaringsdeskundigheid zelf, maar bij uitstel ook de 'ontvangende' context van publieke dienstverlening door professionals te analyseren en te duiden.

Ik verbind daarnaast ervaringskennis met theoretische en conceptuele benaderingen van (professionele) *kennis*. Ik maak gebruik van het concept 'professionele kennis' zoals dat is ontwikkeld door Markauskaite en Goodyear (2017). Kenmerkend aan dit kennisconcept is dat professionele kennis niet gezien wordt als een statische entiteit die een professional zich eigen kan maken, maar als

een dynamisch en fluïde fenomeen, dat tot stand komt in de relatie en interactie met anderen, met andere woorden een concept dat relationeel en processueel is. Met dit kennisconcept als vertrekpunt beschouw ik vervolgens bestaande conceptualisering van ervaringskennis. Ik belicht met name het concept van ervaringskennis dat Weerman (2016) presenteert, omdat dit eveneens relationeel en processueel van aard is.

Vervolgens zijn in de bestuurs- en organisatiewetenschap bruikbare concepten en perspectieven te vinden die behulpzaam kunnen zijn bij verklarende analyses en verdere theorievorming over het inbedden van ervaringsdeskundigheid in een professionele omgeving (zie o.a. Faulconbridge & Muzio, 2008; Noordegraaf & Steijn, 2013). Bestuurskundige literatuur biedt een kader om het ontstaan van de kennissamenleving en de consequenties daarvan voor professionals te analyseren. De beroepensociologie (*sociology of professions*) kent een rijk discours over de verbinding van professionaliteit en professionalisering met ontwikkelingen en dynamiek in organisaties en in de samenleving. Dat wordt vandaag de dag als '*professions in organizations*' aangeduid. Gaat het om concepten van professionaliteit en professionele besluitvorming die relationeel en processueel zijn, net als het kennisconcept van Markauskaite en Goodyear, dan benadruk ik het concept van 'verbindende professionaliteit' (*connective professionalism*) van Noordegraaf (2020). In hoofdstuk 3 ga ik daar uitgebreider op in.

1.5. Onderzoeksaanpak

Het doel van dit onderzoek is om kritisch te beschouwen en te begrijpen hoe de uitdagingen rond de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid zich uiten in de dagelijkse praktijk van GGz-professionals, en hoe daarmee wordt omgegaan. Dat vraagt om een onderzoeksaanpak die dicht bij die concrete, dagelijkse professionele praktijk blijft. Om die reden heb ik gekozen voor een kwalitatieve, etnografische benadering. Een belangrijk onderdeel van het onderzoek werd gevormd door (non-participatieve) observaties van drie ambulante werkende behandelteams in drie verschillende GGz-instellingen. Daardoor kon ik professionals en ervaringsdeskundigen in de teams bestuderen in hun dagelijkse handelen en in hun onderlinge interactie.

Een GGz-setting waar de professionele inzet van ervaringsdeskundigen standaard onderdeel van de werkwijze is, wordt gevormd door zogeheten FACT-teams. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment (Van Veldhuizen et al., 2008), een methode waarin ambulante, multidisciplinaire GGz-teams behandeling en begeleiding bieden aan mensen met langdurige en ernstige

psychiatrische problematiek. De FACT-methodiek schrijft voor dat een beroepsmatig werkende ervaringsdeskundige onderdeel uitmaakt van het team. Om die reden zijn in dit onderzoek FACT-teams bestudeerd. De behandeling van cliënten door deze teams heeft een brede focus. Mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek hebben vaak problemen op meerdere levensgebieden, zoals langdurige werkloosheid, schulden, of sociaal isolement. Daarom zijn de teams multidisciplinair samengesteld: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sociaal-agogische professionals en ervaringsdeskundigen vormen samen een FACT-team.

Ik observeerde elk FACT-team gedurende dertien of veertien dagen, telkens verspreid over een periode van ongeveer drie maanden, tijdens het dagelijkse werk. Dat bestond uit dagelijkse collectieve cliëntbesprekingen en andersoortige overlegvormen, zoals werkoverleg, intervisie of groepscoaching. Na afloop van deze teamoverleggen vonden de contacten tussen individuele teamleden en cliënten plaats. Teamleden legden huisbezoeken af of ontvingen cliënten voor een gesprek op kantoor, soms met familieleden erbij. In elk team schaduwde ik vier professionals (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en sociaal-agogische professionals) en de ervaringsdeskundigen tijdens dit deel van hun werkzaamheden. Met de onderzochte teams werden vooraf afspraken gemaakt over de randvoorwaarden, zoals waarborgen van anonimiteit en het verkrijgen van toestemming van cliënten.

Aanvullend hield ik tijdens de onderzoeksperiode interviews met de teamleden die ik schaduwde. Verder gaf ik aan elk team na afloop van de onderzoeksperiode een terugkoppeling over mijn bevindingen en ging ik met het betreffende team in gesprek over zaken die mij opgevallen waren of thema's die naar voren kwamen.

In hoofdstuk 4 beschrijf ik de onderzoeksaanpak uitgebreider en verantwoord ik de gemaakte keuzes.

1.6. Relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is allereerst gelegen in het feit dat ik met de gekozen etnografische benadering empirische kennis toevoeg aan bestaand bestuurs- en organisatiekundig onderzoek en aan de wetenschappelijke literatuur over professionals en professionalisering. Onderzoek naar professionalisering richt zich vaak op zorgprofessionals. Als aanvulling daarop biedt dit onderzoek verdiepende, empirisch gefundeerde inzichten over de wijze waarop zorgprofessionals, specifiek in de institutionele context van de GGz, omgaan met een relatief nieuwe kennissoort, ervaringskennis, en hoe zich dit verhoudt tot hun opvattingen over kennis en professionaliteit. Ook levert het inzicht op in

de wijze waarop professionals omgaan met een nieuwe beroepsgroep, namelijk ervaringsdeskundigen, die deze kennissoort inbrengt.

De etnografische benadering heeft eveneens wetenschappelijke relevantie voor het bestaande onderzoeksgebied naar ervaringsdeskundigheid. Veel onderzoek op dit gebied is van kwalitatieve aard en is vaak gericht op het in kaart brengen van ervaringen met en opvattingen over ervaringsdeskundigheid door middel van interviews en vragenlijsten. Het rechtstreeks observeren van het handelen van en interactie tussen ervaringsdeskundigen en reguliere professionals in hun dagelijkse werkpraktijk is een aanvulling hierop. Daardoor biedt dit onderzoek ook voor dit onderzoeksgebied empirische verdieping: het brengt naast ervaringen en opvattingen ook gedrag in beeld. Daarnaast vult dit onderzoek inzichten in de opvattingen van professionals over ervaringsdeskundigheid verder aan; het brengt hun perspectieven uitgebreid naar voren.

Tot slot ligt de wetenschappelijke relevantie voor het onderzoek naar ervaringsdeskundigheid in het feit dat ik onderzoek doe vanuit een bestuurs- en organisatiekundig perspectief. De actuele theoretische concepten vanuit deze wetenschappelijke discipline over (soorten) kennis, professionalisering en dynamiek en mechanismen in publieke dienstverlenende organisaties vormen een rijk aanvullend perspectief op bestaand onderzoek naar ervaringsdeskundigheid.

De maatschappelijke en praktische relevantie van het onderzoek is allereerst verbonden met dit laatste: het bestuurs- en organisatiekundig perspectief heeft niet alleen toegevoegde waarde op wetenschappelijk gebied, maar ook voor de praktijk. Vanuit dit perspectief kan ervaringskennis beschouwd worden als 'organisatiekapitaal', zoals 'S Jongers (2023) het verwoordt. De gepresenteerde bevindingen in de onderzochte GGz-context kunnen als exemplarisch worden gezien voor vergelijkbare contexten van georganiseerde dienstverlening. Ze kunnen aanknopingspunten bieden om de inbedding van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid in het dagelijks handelen van professionals in deze (organisatie)contexten verder te versterken. Het onderzoek kan daarmee van waarde zijn voor organisaties en teams in zorg en welzijn, en voor beleidsmakers bij (onder andere) zorgverzekeraars, brancheorganisaties en overheden die het benutten van ervaringsdeskundigheid in publieke dienstverlening willen stimuleren.

Tot slot is het onderzoek relevant voor opleidingen voor ervaringsdeskundigen. Met name in de kwalificerende opleidingen is in het programma aandacht voor organisatorische aspecten van het werken als ervaringsdeskundige, zoals samenwerking en communicatie met andere professionals en dynamiek in organisaties. De inzichten vanuit het gehanteerde 'dienstverleningsperspectief' kunnen dit aanvullen en verdiepen. Daarmee kan dit onderzoek bijdragen aan de

verdere ontwikkeling en inbedding van ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis in publieke dienstverlenende organisaties.

1.7. Opbouw van het boek

Volgend op deze inleiding geef ik in hoofdstuk 2 een beschrijving van de achtergronden en ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid in de GGz. De actuele stand van zaken rond dit onderwerp, zoals verdergaande professionalisering van ervaringsdeskundigen en verbreding naar andere sectoren dan de GGz komen vervolgens aan de orde. Ik verbind de vraagstukken die zich rondom ervaringsdeskundigheid voordoen met de uitdagingen waarmee professionals zich geconfronteerd zien in de context van georganiseerde (GGz-)dienstverlening.

In hoofdstuk 3 plaats ik de genoemde uitdagingen voor professionals in georganiseerde dienstverlening in een theoretisch perspectief over kennisintensivering in het publieke domein. Voortbouwend daarop presenteer ik een theoretische verkenning van de begrippen professionaliteit, professionele kennis, ervaringskennis en professioneel handelen, vanuit kennistheoretische en bestuurs- en organisatiekundige literatuur.

Hoofdstuk 4 gaat nader in op de aanpak van het onderzoek en de methoden die daarbij zijn gebruikt. Daarnaast geef ik een beschrijving van de setting waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. Ik licht toe waarom de keuze voor FACT-teams is gemaakt, beschrijf wat het werken volgens de FACT-methodiek inhoudt en geef een korte schets van de drie onderzochte teams.

In hoofdstuk 5, 6 en 7 presenteer ik de empirische bevindingen van het onderzoek. In elk hoofdstuk hanteer ik de in paragraaf 1.2 beschreven spanningen op de drie handelingsniveaus als kapstok. In hoofdstuk 5 gaat het over het benutten van ervaringskennis én professionele kennis in de dagelijkse zorg voor cliënten. In hoofdstuk 6 betreft het de samenwerking met ervaringsdeskundigen en het vormgeven aan die relatief nieuwe rol. In hoofdstuk 7 wordt geschetst hoe ervaringsdeskundigheid ruimte krijgt in een context waar prestatie- en verantwoordingseisen inherent zijn aan professioneel handelen.

In hoofdstuk 8 breng ik dit alles bij elkaar en beantwoord ik de deelvragen en de hoofdvraag. Ik reflecteer op de gekozen onderzoeks aanpak en theoretische perspectieven. Tot slot ga ik in op de wetenschappelijke en maatschappelijke implicaties van het onderzoek. De maatschappelijke implicaties vertaal ik naar een aantal mogelijke handelingsperspectieven voor de praktijk van ervaringsdeskundigheid in georganiseerde publieke dienstverlening.

Ervaringsdeskundigheid in GGZ-dienstverlening

Hoofdstuk 2.

Ervaringsdeskundigheid in
GGZ-dienstverlening

GGZ-
dienst
verlening

Op de website van de Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvEd) staat op de pagina 'Over ons' een filmpje waarin een vrouw (haar naam en achtergrond worden niet genoemd) een ode brengt, in de vorm van een gedicht, aan de 'hardcore ervaringsdeskundige'.¹ Zij start met de volgende tekst, die op het scherm achter haar zichtbaar is:

Ode aan de Hardcore Ervaringsdeskundige

*Dit is een ode aan de hardcore
ervaringsdeskundige
De ervaringsdeskundige die geen
zorgprofessional is
en dit ook niet wil zijn*

Een 'echte' ervaringsdeskundige is dus geen zorgprofessional, zo lijkt ze in deze dichtregels duidelijk te willen maken. De vraag is dan wat een ervaringsdeskundige wél is. De VvEd beschouwt ervaringsdeskundigen nadrukkelijk als een beroepsgroep en heeft de erkenning van dit beroep als speerpunt. "Het ervaringsdeskundige beroep is in opkomst", zo stelt de vereniging op haar website. En dat klopt; ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundigen staan sterk in de belangstelling en worden steeds vaker beroepsmatig ingezet (Van Slooten et al., 2023). Dat geldt in het bijzonder voor de GGz, bijvoorbeeld in ambulante behandelteams, in de verslavingszorg, in de forensische zorg en bij de behandeling van eetstoornissen. Maar ook in andere sectoren van zorg en welzijn werken steeds meer ervaringsdeskundigen, zoals in de jeugdhulpverlening en in wijkteams in het lokaal sociaal domein (Janssen & Van Lier, 2014; Van der Kooij & Keuzenkamp, 2018). Ervaringsdeskundigheid wordt dus in toenemende mate ingezet in contexten van georganiseerde professionele dienstverlening.

In dit hoofdstuk geef ik een overzicht van de ontwikkeling en plaats van ervaringsdeskundigheid in de context van georganiseerde dienstverlening (met name) de GGz. Ik beschrijf allereerst in 2.1 wat ervaringsdeskundigheid inhoudt en wat ervaringsdeskundigen zijn en doen. In 2.2 ga ik kort in op de historische wortels van ervaringsdeskundigheid in deze sector en geef ik weer vanuit welke overwegingen en achtergronden ervaringsdeskundigheid wordt ingezet. Paragraaf 2.3 biedt enige feitelijke informatie: waar zijn ervaringsdeskundigen beroepsmatig werkzaam, om hoeveel mensen gaat het? Ik geef hier verder een korte schets

1 Zie de website www.vved.org, geraadpleegd 3 maart 2023

van FACT-teams, de GGz-setting waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. In 2.4 beschrijf ik de ontwikkeling van het beroep ervaringsdeskundige, in de zin van (beoogde) professionalisering, maatschappelijke erkenning en positionering. In 2.5 tenslotte ga ik in op actuele ontwikkelingen rond ervaringsdeskundigheid in georganiseerde professionele dienstverlening in de GGz en in de bredere sector van zorg en welzijn.

2.1. Definities en discussies

Over de begrippen ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundige is veel spraakverwarring. Termen als ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid worden regelmatig door elkaar gebruikt. In het dagelijkse taalgebruik wordt het woord ervaringsdeskundig soms heel breed vertaald als ‘beschikken over levenservaring of werkervaring’, of wordt iedereen die ergens ervaring mee heeft bestempeld tot ervaringsdeskundige op dat gebied (Jansen, 2019a). Ook over de begrippen ervaringsdeskundige en ervaringswerker heerst verwarring en onduidelijkheid. Binnen de Nederlandse beweging rond ervaringsdeskundigheid in de GGz – ervaringsdeskundigen zelf, onderzoekers, opleiders – is regelmatig discussie over de exacte definities van deze begrippen. Een korte weergave daarvan volgt hieronder.

Ervaringsdeskundigheid

In een handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGz omschrijven Boertien en Van Bakel het begrip ervaringsdeskundigheid als: “het vermogen om op grond van eigen herstellervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel” (Boertien & Van Bakel, 2012, p. 12). Beschikken over ervaringsdeskundigheid betekent hier dat men in staat is om de eigen ervaring met ontwrichting en herstel te benutten voor het ondersteunen van andere die ditzelfde doormaken. Dit impliceert, zo voegen de auteurs eraan toe, dat men in staat is afstand te nemen van die eigen ervaring en een vertaling weet te maken naar de positie van anderen (Boertien & Van Bakel, 2012). In andere omschrijvingen wordt het begrip *ervaringskennis* in de definitie betrokken, bijvoorbeeld door Karbouniaris en Brettschneider (2008, p. 4): “een ervaringsdeskundige is in staat eigen ervaringskennis te verbreden en over te dragen aan derden”.

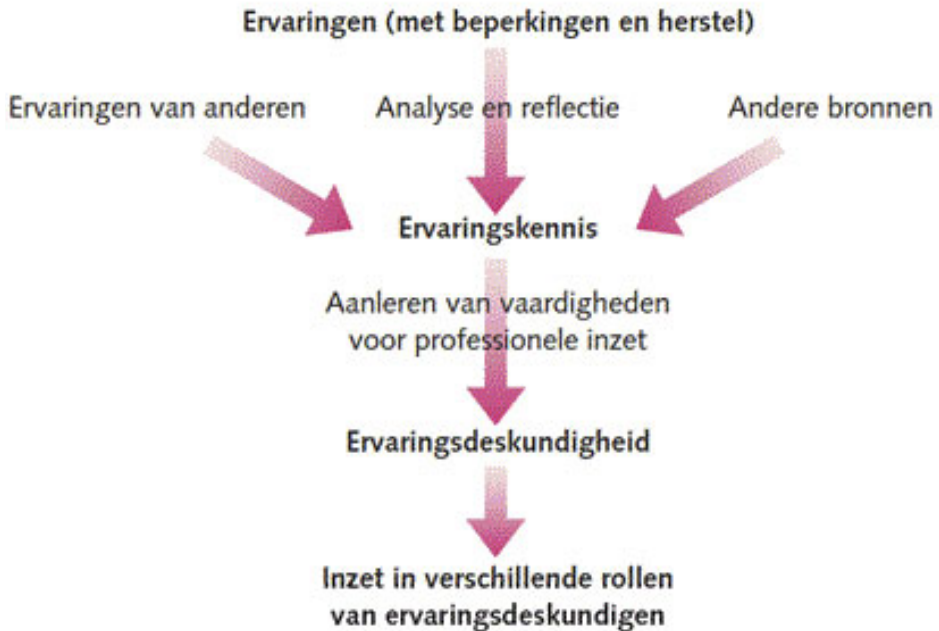
Wat ervaringskennis is, is eveneens onderwerp van discussie. Veelal wordt ervaringskennis in de GGz gezien als een geheel van kennis en inzichten die zijn ontwikkeld op basis van het delen van verhalen, reflectie en analyse van eigen

ervaringen (met psychische kwetsbaarheid of belemmeringen, ontwrichting, en dat veelal als cliënt in de GGz). Volgens deze definitie is dus enkel het feit dat iemand zelf ervaringskennis heeft niet genoeg om ervaringsdeskundig te zijn, maar vereist het dat men in staat is boven die particuliere ervaringskennis uit te stijgen en deze op een collectief niveau te beschouwen en benutten. In deze discussie wordt iets zichtbaar van het spanningsveld rond diffuse en betwiste kennis, zoals ik dat in de Inleiding introduceerde. Ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis gaan hand in hand, en de betekenisgeving daaraan is impliciet verbonden met opvattingen over deskundigheid en kennis. In hoofdstuk 3 ga ik hier in conceptuele zin uitgebreider op in.

Voortbouwend op dit alles is de volgende driedeling in ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid een gangbare, veelgeciteerde definitie geworden (Van Erp et al., 2012, p. 9):

De driedeling houdt in dat iemand ervaring heeft met een psychiatrische aandoening (en psychiatrische hulpverlening) en een herstelproces heeft doorlopen (ervaring), op de eigen ervaringen gereflecteerd heeft en die gedeeld heeft met anderen (ervaringskennis) en dat iemand geleerd heeft hoe deze kennis in te zetten om anderen te ondersteunen (ervaringsdeskundigheid).

De driedeling wordt vaak weergegeven in de volgende figuur (Boertien & Van Bakel, 2012):



Bron: Hilko Timmer, coördinator Bureau Herstel SBWU, In: Van Erp e.a. (2011).

In het verlengde van deze definitie wordt tegenwoordig ook gesproken over 'psychische kwetsbaarheid' of over 'ervaring met ontwrichting' of in plaats van 'ervaring met een psychiatrische aandoening', mede omdat het inzetten van ervaringsdeskundigheid inmiddels in meerdere maatschappelijke domeinen als waardevol wordt gezien.

Ervaringsdeskundigen

Kijkend naar de hierboven gepresenteerde omschrijvingen van ervaringsdeskundigheid zijn ervaringsdeskundigen dus kort gezegd mensen die hun persoonlijke ervaring met ontwrichting en herstel omzetten naar (collectieve) ervaringskennis via een proces van verhalen delen en gezamenlijke reflectie. Wanneer iemand dan ook nog de vaardigheden ontwikkelt om deze ervaringskennis over te dragen aan anderen en in te zetten in bijvoorbeeld de zorg voor GGz-cliënten, belangenbehartiging, onderzoek, of de ondersteuning van mensen die vastlopen door armoede en schulden, dan mag diegene zich ervaringsdeskundige noemen. Uit de laatste definitie kan afgeleid worden dat dit alles niet vanzelf ontstaat, maar

een leerproces is. In de loop der jaren is dan ook een breed scala aan speciale opleidingen in het leven geroepen om dit leerproces te faciliteren (zie 2.4).

Regelmatig wordt in discussies over ervaringsdeskundigheid het principiële standpunt ingenomen dat alleen mensen die een dergelijke opleiding hebben afgerond zich ervaringsdeskundige mogen noemen (Jansen, 2019a). In het verlengde daarvan spelen er – soms emotionele – discussies over de termen ‘ervaringsdeskundige’ en ‘ervaringswerker’. Dat speelt sterk in de GGz, maar is eveneens een issue in andere sectoren waar ervaringsdeskundigheid in opkomst is, zoals het lokaal sociaal domein. Jansen (2019a) constateert in een artikel op de website van de Veerkrachtcentrale, een digitale *community* voor ervaringsdeskundigen, dat er met de groei van het aantal banen en opleidingen voor ervaringsdeskundigen de afgelopen jaar discussie is ontstaan over wie zich ervaringsdeskundige mag noemen. Ze pleit voor duidelijkheid en stelt voor het woord ‘ervaringsdeskundige’ alleen als bijvoeglijk naamwoord te gebruiken in combinatie met een beroep, bijvoorbeeld ‘ervaringsdeskundige coach’ of ‘ervaringsdeskundige herstelwerker’. Voor de totale groep van beroeps-ervaringsdeskundigen bepleit Jansen de term ‘ervaringswerker’, of iemand nu wel of niet een opleiding op dit gebied heeft gevolgd. Het gaat erom of iemand zijn of haar ervaring beroepsmatig inzet, op welke manier en in welke setting dan ook. Het pleidooi van Jansen riep honderden reacties op. Uit een poll die zij vervolgens uitzette via Facebook (Jansen, 2019b) kwam naar voren dat 64% van de mensen die reageerden de voorkeur gaf aan de term ‘ervaringswerker’. De twist is niet beslecht, maar de term ‘ervaringsdeskundige’ wordt het meest gebruikt, zeker in formele uitingen, zoals functieprofielen, en binnen de beroepsvereniging VvEd.

In dit proefschrift gaat het expliciet over mensen met cliëntervaring in de GGz die als betaalde en speciaal hiervoor opgeleide ervaringsdeskundigen werken in professionele GGz-teams. Ik gebruik voor hen de term ‘ervaringsdeskundige’.

2.2. De stem van de cliënt

Het benutten van ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis is geen op zichzelf staand verschijnsel, maar past in een aantal bredere maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de veranderde rol van kennis in de samenleving, de toegenomen mondigheid van cliënten en burgers, en de ‘participatiesamenleving’. In hoofdstuk 3 bespreek ik een aantal relevante maatschappelijke ontwikkelingen uitgebreider vanuit een theoretische invalshoek. Hieronder belicht ik drie belangrijke argumenten en achtergronden van de huidige trend in de Nederlandse GGz om ervaringsdeskundigheid in te zetten. Ze hebben alle drie te maken met

een streven om cliënten meer invloed te geven in de zorg, niet alleen in de zin van beleidsinvloed en formele medezeggenschap, maar ook op het individuele niveau van zorg en behandeling. De onderliggende doelen kunnen daarbij heel verschillend zijn. Belangrijk is om die doelen en achterliggende redenen vanuit een duidelijke visie helder te hebben, omdat dat bijdraagt aan succesvolle inzet van ervaringsdeskundigheid (Boertien & Van Bakel, 2012).

‘Nothing about us without us’

Allereerst is er het principiële argument dat degenen aan wie zorg en ondersteuning wordt verleend daar zelf een belangrijke stem in horen te hebben. ‘Nothing about us without us’², luidt een bekend motto in de (internationale) patiënten- en cliëntenbeweging. De huidige ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid is voor een deel te verbinden met de geschiedenis van de cliëntenbeweging in de psychiatrie, die sterk opkwam in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw, en die voortkomt uit de bredere maatschappelijke ontwikkelingen in die tijd van democratisering en individualisering. Emancipatie, autonomie en zelfbeschikkingsrecht waren kernwoorden binnen deze cliëntenbeweging, die zeer diverse representanten kende (Van Dijkum & Henkelman, 2010). Een radicale stroming was de uit Italië overgewaaide beweging van de anti-psychiatrie, die sterk werd gekleurd door eigen ervaring van mensen met ‘cliënt-zijn’, en die de gevestigde geestelijke gezondheidszorg zag als een door macht en hiërarchie gekenmerkte institutie die niet genezend maar juist ziekmakend was. Hoewel deze wortels tegenwoordig minder prominent naar voren treden, kenmerkt een deel van de beweging zich nog steeds door kritische geluiden over de hulpverlening in de GGz, bijvoorbeeld in de achterban van MIND, de landelijke belangenorganisatie voor cliënten en cliëntorganisaties in de psychiatrie (www.wijzijnmind.nl). Anderen, zoals activist en onderzoeker in de GGz Ed van Hoorn, nemen nog fundamentele stelling (Van Hoorn, 2016) en betwisten de heersende normen en opvattingen over gekte, psychiatrische ziekte en gestoord gedrag. Aan de andere kant van het spectrum waren en zijn er vertegenwoordigers en organisaties van patiënten en cliënten die aanschoven bij beleidsmakers, zorgverzekeraars en het bestuur van zorginstellingen, om – deels met succes – democratische (overleg)structuren af te dwingen en medezeggenschap binnen de gevestigde instituties te bereiken en wettelijk te verankeren (Baklien & Bongaardt, 2014; Van Dijkum & Henkelman, 2010; Oosterhuis & Gijswijt-Hofstra, 2008) of financiering voor cliëntinitiatieven te regelen.

2 Het motto is afkomstig vanuit de zogeheten Disability Movement, een internationale beweging die zich sterk maakt voor gelijke rechten en kansen voor mensen met een beperking.

Al of niet vanuit overheids- of verzekeringsgeld en gefinancierd, er waren in die tijd en de jaren daarna vele cliëntinitiatieven die van veel betekenis zijn geweest voor de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid, zoals lotgenotencontact, zelfhulpgroepen, wegloophuizen en leef- en woonprojecten (Van Dijkum & Henkelman, 2010). Ze werden opgezet vanuit de wensen en doelen van cliënten zelf en vormden een alternatief voor de reguliere verslavingszorg en GGz. Uitgangspunt was dat mensen geen professionals nodig hadden om te herstellen. Mensen konden op eigen kracht, door elkaar te steunen en door ervaringen te delen, ervaringskennis ontwikkelen en regie nemen over hun eigen leven en herstelproces (Dixon et al., 1994).

Sommige van deze onafhankelijke cliëntinitiatieven verenigden zich in een eigen koepelvereniging, de Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzieningen (LFOS) (Roosenschoon & Nagy, 2001). Ook in de huidige tijd zijn er veel initiatieven die door cliënten zelf worden georganiseerd. Voorbeelden in Nederland zijn Umah-Hai, een woon-werkgemeenschap in Driebergen (www.umah-hai.nl), opgericht door mensen die ervaring hadden met psychische ontwrichting, of bekende zelfhulpgroepen als de (internationale) Alcoholics Anonymous. Vriend GGz is een *grassroots*-organisatie geleid door ervaringsdeskundigen, die hulp en ondersteuning biedt aan mensen met psychische problemen (Karbouniaris, 2023, p. 20). In opkomst zijn zogeheten Herstelacademies zoals het Enik Recovery College in Utrecht (www.enikrecoverycollege.nl) en Korak in het oosten van het land (www.korak.nl). Het zijn ontmoetingsplaatsen en leeromgevingen voor mensen die vanuit het delen van eigen ervaring met lotgenoten werken aan hun herstel, waarbij iedereen, ook betaalde krachten, ervaringskennis heeft. En recent komen in heel Nederland steeds meer Zelfregiecentra tot stand, die volledig vanuit mensen met eigen ervaring zijn opgezet, en die zich verenigen in de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel (NVZH) (www.nvzh.nl).

Initiatieven als deze maken zichtbaar dat cliënten vanuit hun ervaringen met psychische problemen of ontwrichting veel kunnen bijdragen aan hun eigen herstelproces en dat van anderen. Gaandeweg bereikte dat inzicht de reguliere hulpverlening en kregen mensen met cliëntervaring steeds vaker een rol in gevestigde, georganiseerde zorg en dienstverlening. In eerste instantie vaak nog als vrijwilliger, maar in de jaren 90 van de vorige eeuw kregen mensen in deze nieuwe rol meer maatschappelijke erkenning, en deden in de Verenigde Staten de eerste betaalde, professionele ervaringsdeskundigen hun intrede in de GGz. In Nederland volgde deze ontwikkeling wat later en werden begin deze eeuw de eerste betaalde ervaringsdeskundigen aangesteld (Canon Cliëntenbeweging GGz, 2017).

Herstelbenadering

Cliëntinitiatieven vormden dus een bron voor de erkenning van ervaringskennis. Sterk verbonden met het erkennen en benutten van deze 'nieuwe' kennissoort is een visie op zorg en behandeling die de herstelbenadering wordt genoemd, ook wel herstelgerichte zorg of herstelgericht werken. De wortels hiervan liggen in de jaren 90 van de vorige eeuw, toen uit de VS het concept 'rehabilitatie' opkwam als nieuwe werkwijze (Weerman, 2016). Dit paste binnen de ontwikkeling van extramuralisering, deinstitutionalisering en vermaatschappelijking van de GGz. Rehabilitatie bestond uit een geheel van behandel- en begeleidingsmethodieken die zich niet alleen richtte op het behandelen van de psychiatrische aandoening van cliënten, maar ook op hun sociaal en maatschappelijk functioneren. De overtuiging was dat mensen met een chronische psychiatrische aandoening wel degelijk in staat zijn om zich te ontwikkelen en verder te groeien, en een betekenisvol leven konden leiden, mét hun ziekte. Mede vanuit deze rehabilitatie-methode ontstond de herstelbenadering.

De herstelbenadering is breder en wordt deels vertaald in methodieken, zoals de SRH-methodiek (Steunend Relationeel Handelen). De benadering gaat uit van een sociaal-constructivistische visie op psychiatrische aandoeningen en wordt vaak gepositioneerd als tegengesteld aan de in de praktijk overheersende medisch-biologische kijk op psychiatrie (Steins Bisschop et al., 2020). Zorg die uitgaat van de herstelbenadering is zorg die niet sec gericht is op genezing en het wegnemen of verminderen van symptomen, maar op het herstel van het functioneren van cliënten in veel bredere zin: "in een herstelproces (her)ontdekken mensen (verloren gewaande) mogelijkheden voor een vervullend leven met of zonder aandoening" (Boertien & Van Bakel, 2012, p. 8). Herstelondersteunend werken is meer dan een methodiek; de benadering moet tot uiting komen in alle aspecten van de behandelcontext: de attitude van professionals, de cultuur en inrichting van de organisatie, een infrastructuur die cliënten op alle beleids- en organisatiegebieden invloed geeft, en een beleid dat gericht is op empowerment van cliënten en medewerkers (De Haan, 2013).

Nauw verbonden met deze herstelbenadering zijn het begrip 'empowerment' en het benutten van ervaringskennis. Empowerment wordt omschreven als 'in kracht komen' (Boertien & Van Bakel, 2012) of als "het bestaan van eigen kracht als uitgangspunt, met vermogen en wil om vorm te geven aan het eigen bestaan, zodat dat wint aan kwaliteit, ondanks ziekte of beperkingen" (Van Dijkum & Henkelman, 2010, p. 109). Het benutten van ervaringskennis is daarbij onmisbaar.

De herstelbenadering heeft de laatste decennia veel navolging gekregen, vooral in de ambulante GGz. Ze past bij moderne opvattingen over ziekte, gezondheid en zorg, zoals 'positieve gezondheid' (Huber et al., 2016) en draagt mede bij aan de groeiende inzet van ervaringsdeskundigheid.

Effectiviteit en kwaliteit van zorg

Een derde reden om ervaringsdeskundigheid te benutten is de veronderstelde bijdrage daarvan aan het realiseren van een goede kwaliteit van zorg. De redenering is dat ervaringsdeskundigheid het werken vanuit cliëntperspectief versterkt, en dat daarmee effectievere zorg wordt verleend. Deze sluit dan immers beter aan bij wensen en behoeften van cliënten.

Het blijkt echter niet eenvoudig de effectiviteit van het inzetten van ervaringsdeskundigheid aan te tonen. Kwantitatief onderzoek, uitgevoerd met Randomized Controlled Trials (RCT's), is zeer spaarzaam (Keuzenkamp & Van Hoorn, 2022; Lloyd-Evans et al., 2014; Pitt et al., 2013; Repper & Carter, 2011; White et al., 2020). Uitkomsten zijn niet eenduidig, maar wijzen wel in een positieve richting. Boevink (2017) voerde een RCT uit naar het effect van een door cliënten ontwikkeld en aangestuurd herstelprogramma. Zij vond kleine, maar betrouwbare positieve effecten. In een Cochrane review uit 2013 werden 11 RCT's beschouwd waarin GGz-zorg met en zonder ervaringsdeskundigheid werd vergeleken (Pitt et al., 2013). De inzet van ervaringsdeskundigen in deze RCT's had geen of een licht positief effect op de resultaten van zorg en behandeling, waarbij in de review wordt opgemerkt dat de kwaliteit van de RCT's matig was. Repper en Carter (2011) namen een deel van deze zelfde RCT's mee in hun literatuur review, en concludeerden dat op basis hiervan een positief effect lastig vast te stellen is, onder meer door te grote verschillen in uitkomstmaten. Ook de effectiviteit van de herstelbenadering, als benadering in de zorg waarin ervaringsdeskundigheid belangrijk is, is niet met 'harde' *evidence* onderbouwd (Drake & Whitley, 2014).

Kwalitatieve studies naar de wijze waarop betrokken (cliënten, ervaringsdeskundigen, professionals, managers) het werken met ervaringsdeskundigheid ervaren zijn er veel meer. Ze laten over het algemeen zien dat de inzet van ervaringsdeskundigen in verschillende GGz-contexten volgens veel onderzochten voordelen met zich meebrengt (Crane et al., 2016; Fisk et al., 2000; Van Vugt et al., 2012). Zo kunnen ervaringsdeskundigen het besef van het lijden van cliënten bij professionals versterken (Van Vugt et al., 2012, p. 480). Ervaringsdeskundigheid wordt geacht de afstand tussen zorgverlening en cliënten te verkleinen, en begrip en informatie-uitwisseling tussen professionals en cliënten te bevorderen (Agrawal et al., 2016; Asad & Chreim, 2016; Gillard et al., 2015). Onderzoek onder cliënten wijst erop dat zij door de inzet van ervaringsdeskundigen minder sociale isolatie ervaren, minder opnames nodig hebben, zich onafhankelijker en meer empowered voelen, minder last hebben van stigma, en hoop voelen op een betere toekomst (Gates & Akabas, 2007; Gillard et al., 2015; Repper & Carter, 2011). Tot slot kan volgens sommigen de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen bijdragen tot verandering op

systeemniveau naar een meer cliëntgerichte en herstelgerichte zorg (Van Spronsen & Van Os, 2021; Scheepers, 2021), omdat ervaringsdeskundigen kunnen fungeren als een brug tussen cliënten en de GGz-zorg als instituut (Gillard et al., 2015).

2.3. Groeiende trend

De GGz (en daarbinnen in eerste instantie vooral de verslavingszorg) kan als een voorloper ten opzichte van andere sectoren in Nederland worden gezien als het gaat om het benutten van ervaringskennis en het inzetten van ervaringsdeskundigen. Effectief of niet, op vele plekken zijn inmiddels ervaringsdeskundigen actief (Keuzenkamp & Van Hoorn, 2022; Van Slooten et al., 2023; Van Vugt et al., 2012). Een andere ontwikkeling is dat er meer aandacht komt voor 'familie-ervaringsdeskundigen', mensen die ervaring hebben als naaste of familielid van iemand met psychische problematiek of kwetsbaarheid, en op die manier betrokken zijn bij de ontwrichtende gevolgen daarvan (Van der Meulen & Van der Meulen, 2021).

Ervaringsdeskundigen vervullen een diversiteit aan rollen, vanuit diverse opleidingsachtergronden (zie 2.4), soms betaald, vaak als vrijwilliger of tegen een symbolische vergoeding. Ze geven voorlichting aan studenten van zorg- en welzijnsopleidingen, aan ambtenaren en beleidsmakers over wat het betekent om te leven met een psychische kwetsbaarheid, met armoede en schulden, of met een chronische ziekte of beperking. Plooy (2009) benoemt een diversiteit aan rollen die ervaringsdeskundigen in de GGz vervullen. Ze ondersteunen cliënten door voorlichting te geven, ze wegwijst te maken in de zorg of simpelweg regelmatig als praatpaal aanwezig te zijn in de huiskamer van een kliniek of in een buurthuis. Ze organiseren en begeleiden zelfhulp- en lotgenotengroepen en inloopvoorzieningen. Ze worden gevraagd om het cliënt- en ervaringsdeskundig perspectief in beleid en management van zorginstellingen te versterken, door te adviseren over beleidsontwikkeling rond herstelgerichte zorg, versterken cliëntperspectief en inzet van ervaringsdeskundigheid in zorg en behandeling. Ze adviseren, trainen en ondersteunen zorgteams en hulpverleners op deze thema's. In rollen buiten de GGz-instellingen adviseren ze onderzoekers en kennisinstututen over de keuze van onderzoeksthema's, financieringsaanvragen en verdeling van onderzoeksubsidies (Ten Haaft, 2020). Ze hebben inbreng in kwaliteitsmonitoring, en in de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden (De Gruyter et al., 2019). En steeds vaker zijn ervaringsdeskundigen als betaalde kracht werkzaam in professionele hulpverleningsteams (Van Slooten et al., 2023).

In dit proefschrift staat die laatste groep centraal, en dan specifiek in de GGz: ervaringsdeskundigen die beroepsmatig werkzaam zijn als lid van behandelteams en daar hun ervaringskennis inbrengen als nieuwe bron van kennis. Met hen heeft een aantal decennia geleden een nieuwe beroepsgroep zijn intrede gedaan in de GGz. Rond 2010 kwam de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen in de GGz in een stroomversnelling (Weerman, 2016). De beroepsvereniging van ervaringsdeskundigen in Nederland, de VvEd (Vereniging van Ervaringsdeskundigen) schatte medio 2020 in dat er op dat moment in zorg en welzijn in Nederland meer dan 2000 betaalde ervaringsdeskundigen werkten (Vermeiren & Timmermans, 2020). Van Slooten et al. spreken over 910 ervaringsdeskundigen, verdeeld over ongeveer 500 fte, die werkzaam zijn in de GGz en aanpalende sectoren, zoals beschermd en begeleid wonen en de maatschappelijke opvang (Van Slooten et al., 2023). Ze signaleren een groei ten opzichte van 2008, toen er naar schatting ongeveer 250 betaalde ervaringsdeskundigen in de GGz waren (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Precieze aantallen worden echter niet systematisch bijgehouden. Op het totaal van beroepsbeoefenaren in de GGz gaat het om een bescheiden aantal, maar de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen is zeker geen onbekend verschijnsel meer. Het kan een belangrijke trend genoemd worden; sommigen spreken zelfs over een paradigmashift (Van Erp et al., 2012, p. 5; Karbouniaris & Brettschneider, 2009). Op websites van verschillende GGz-instellingen wordt het thema ervaringsdeskundigheid expliciet benoemd, bijvoorbeeld door GGz-instelling Rivierduinen (www.rivierduinen.nl), die de inzet van ervaringsdeskundigen beschouwt als inherent onderdeel van de kwaliteit van zorg. Andere instellingen, zoals GGz Noord Holland Noord (www.ggz-nhn.nl), plaatsen ervaringsverhalen op hun website en verwijzen naar mogelijkheden om vanuit eigen regie en met steun van ervaringsdeskundigen aan herstel te werken. Lister, een GGz-instelling voor beschermd wonen, richtte de Herstelacademie Enik op vanuit het interne Bureau Herstel, geheel gerund door ervaringsdeskundigen (www.lister.nl). In deze organisatie adviseren ervaringsdeskundigen het management en trainen ze intern professionals op het gebied van herstelgerichte zorg en het cliëntperspectief.

Binnen grote GGz-instellingen werken ervaringsdeskundigen in veel gevallen in substantiële deeltijdcontracten (Van Slooten et al., 2023; Weerman et al., 2022). De functie-inschaling wordt wel vaak als te laag ervaren (Weerman et al., 2022). Hun inzet is slechts in een beperkt aantal behandelsettings gangbaar: FACT- en wijkteams, klinieken voor mensen met eetstoornissen en verslavingszorg zijn de bekendste voorbeelden. Lange tijd vormden bezuinigingen in de sector, gekoppeld aan marktwerking en verzakelijking, en het volledig ontbreken van een structurele financieringsbasis een grote belemmering (Van Erp et al, 2012).

Inmiddels zijn daar kleine stappen in gezet, mede dankzij de inzet van de VvEd. In de huidige bekostigingssystematiek (2023) kunnen zorgaanbieders de ureninzet van ervaringsdeskundigen declareren bij de zorgverzekeraars, mits het gaat om ervaringsdeskundigen die hiervoor een gerichte opleiding tot ervaringsdeskundige op niveau 6 (HBO) hebben afgerond. In de praktijk betreft dit maar een klein deel van de ervaringsdeskundigen; velen hebben een opleiding tot ervaringsdeskundige op MBO-niveau, of volgden een training of cursus (Weerman et al., 2022).

Tijdelijke financiering is wel breder beschikbaar. In mei 2021 organiseerde GGz-cliëntenplatform MIND een aantal online-sessies over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars op het gebied van de GGz³, onder meer van herstelondersteunende zorg (zie 2.2) en de inzet van ervaringsdeskundigheid. Bij zorgverzekeraars is sprake van een groeiende belangstelling en waardering van ervaringsdeskundigheid, die zich concreet vertaalt naar een groot aantal pilots, onderzoeken en experimenten. Verzekeraar Menzis bijvoorbeeld benoemt in zijn inkoopbeleid sinds 2018 het belang van ervaringsdeskundige inzet (Van Steenberghe & Van der Geijs, 2022), en heeft verschillende (tijdelijke) subsidies toegekend voor projecten, op lokaal niveau en in samenspraak met individuele zorginstellingen. Eén van de belemmerende factoren om tot een meer structurele financiering te komen, zo gaf één van de inkoopers tijdens deze sessie aan, is het ontbreken van 'harde wetenschappelijke evidence' over de effectiviteit van ervaringsdeskundigheid.

Een specifieke behandelsetting in de GGz waarin ervaringsdeskundigheid formeel verankerd is, zijn de zogeheten FACT-teams. FACT staat voor 'Flexible Assertive Community Treatment' (Van Veldhuizen et al., 2008). Het is een in Nederland ontwikkeld en gecertificeerd behandelmodel in de GGz, dat voortbouwt op een oorspronkelijk Amerikaans model (het ACT-model). Een FACT-team werkt ambulante, in de wijk, en behandelt en begeleidt mensen met een complexe en langdurige psychiatrische aandoening, voornamelijk thuis in hun eigen omgeving. Het model schrijft voor dat een ervaringsdeskundige onderdeel is van het multidisciplinaire behandelteam. De FACT-methodiek ligt dicht aan tegen de rehabilitatie- en herstelbenadering en wordt er vaak mee gecombineerd, vandaar dat het benutten van ervaringsdeskundigheid er onderdeel van is.

Een deel van de betaalde ervaringsdeskundigen in de Nederlandse GGz werkt dan ook in FACT-teams, waarvan er in Nederland ongeveer vierhonderd zijn. Een recente evaluatiestudie naar de modelgetrouwheid van FACT-teams liet echter zien dat die op het punt van ervaringsdeskundige inzet niet hoog is (Van Vugt et al.,

3 Deze 'MIND Perspectiefsessies' over het Zorginkoopbeleid van Menzis (17-05-2021) en van Zilveren Kruis (26-05-2021) werden online gehouden.

2018), dus het aantal ervaringsdeskundigen in FACT-teams kan in totaal lager liggen dan vierhonderd.

Deze teams zijn dus een goede 'vindplaats' van betaalde ervaringsdeskundigen die in een georganiseerde professionele setting samenwerken met andere professionals. Om die reden is dit onderzoek uitgevoerd bij een aantal FACT-teams (zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving).

2.4. Beroep en professionalisering

We zien dus dat ervaringsdeskundigen onderdeel worden van georganiseerde dienstverlening in de GGz en andere sectoren in zorg en welzijn. Parallel daaraan ontwikkelen en profileren ervaringsdeskundigen zich als beroepsgroep. Met de VvEd als belangrijke trekker is de afgelopen jaren een ontwikkeling ingezet naar professionalisering van het beroep ervaringsdeskundige. Dat voltrekt zich langs verschillende lijnen: van een groei aan trainingen en opleidingen op verschillende niveaus, tot het opstellen van competentie- en functieprofielen en initiatieven om de kwaliteit van het beroep te waarborgen, zoals een beroepsregister. Ik geef hier een kort overzicht.

Training en opleiding

In de loop der jaren is een brede waaier aan trainingen, leergangen en opleidingen voor ervaringsdeskundigen ontstaan (Karbouniaris & Brettschneider, 2009; Weerman, 2016), op verschillende niveaus en met elk zijn eigen accent op een bepaalde aanpak of methodiek. Om te beginnen is er een (al langer bestaand) omvangrijk en divers aanbod aan korte cursussen en trainingsprogramma's vanuit cliëntorganisaties, zorgaanbieders, Herstelacademies, onderwijsinstellingen en kennisinstituten. Voorbeelden zijn trainingen als 'WRAP' (Wellness Recovery Action Plan) of 'Herstellen doe je zelf', waarin mensen leren om vanuit hun eigen kracht en kwaliteiten om te gaan met hun psychische aandoening (Boertien et al., 2012). Docenten zijn zelf ervaringsdeskundig en in sommige gevallen gecertificeerd om een specifieke methodiek te onderwijzen. Het vertellen en delen van de eigen verhalen vormt de kern van dit soort trainingen.

Daarnaast zijn er langere, meer formele trainingsprogramma's, zoals de landelijk uitgevoerde Training Opleiding Ervarings Deskundigheid (TOED), één van de langst bestaande opleidingen, ontwikkeld door het onderzoeks- en trainingsbureau Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid (IGPB). Sommige van deze trainingsprogramma's mogen alleen door licentiehouders worden verzorgd, zoals het Amerikaanse programma 'Howie the Harp™', dat vaak aangeboden

wordt door of in samenwerking met een zorginstelling. In dit programma leren mensen die ervaring hebben met ontwrichting om deze ervaring om te vormen tot ervaringsdeskundigheid en beroepsmatig in te zetten in verschillende rollen en posities. Inhoudelijk omvat het een gedegen curriculum, van theorie over herstel en professionele kennis over psychische aandoeningen tot onderdelen als communicatievaardigheden en inzicht in groepsdynamiek. Dergelijke programma's zijn niet kwalificerend tot landelijke, door de overheid erkende diploma's, maar worden door organisaties in de praktijk vaak wel als erkende leerroutes beschouwd.

De laatste jaren zijn er echter wel formeel kwalificerende opleidingen ontwikkeld. Vanuit het reguliere beroepsonderwijs worden inmiddels veel opleidingen voor ervaringsdeskundigen aangeboden, zowel op MBO- als op HBO-niveau, variërend van niveau 3 en 4 binnen het MBO tot Associate Degree- en Bacheloropleidingen binnen het HBO. Ook zijn er MBO- en HBO-opleidingen, bijvoorbeeld Maatschappelijke Zorg of Social Work, die aan bestaande curricula een speciale route met ervaringsdeskundigheid hebben toegevoegd. De ontwikkeling naar formele, kwalificerende opleidingen en een steeds hoger opleidingsniveau zet zich nog voort. In Frankrijk is zelfs een interuniversitaire opleiding voor ervaringsdeskundigen, waarvoor het initiatief genomen werd in Lille, een stad waar diverse vernieuwende initiatieven in de GGz plaatsvonden (Westen et al., 2020). En begin 2023 is opleidings- en nascholingsinstituut PAO Psychologie een speciale opleiding 'Ervaringsdeskundige inzet in leiderschap, advies en bestuur' gestart, bedoeld voor mensen in leidinggevende, beleidsadviserende of bestuurlijke functies (PAO, z.d.).

Professionalisering en formele erkenning

Over de vraag of een ervaringsdeskundige een professional is en zou moeten zijn, leven sterk verschillende meningen. De overheersende opvatting – zichtbaar wordend in vaktijdschriften, uitingen op sociale media en in de vele conferenties en bijeenkomsten over ervaringsdeskundigheid – is dat 'professionalisering' van de beroepsgroep wenselijk is. De VvEd, als bepalende speler in het veld, lijkt ervaringsdeskundigen weliswaar niet als *zorgprofessionals* te zien (zie het citaat uit het gedicht aan het begin van dit hoofdstuk), maar verder wordt uit de rest van de website⁴ duidelijk dat zij tegelijkertijd ervaringsdeskundigen wél als 'professionals' ziet. De VvEd profileert zich als beroepsvereniging. Ze werd opgericht in 2012, voortbouwend op haar voorganger, de in 2005 opgerichte landelijke Vakvereniging voor Ervaringswerkers (VvE). Doel van de VvEd is om een stem te geven aan ervaringsdeskundigen die werkzaam zijn in het domein van zorg en welzijn, en

4 www.vved.org (geraadpleegd 3 maart 2023).

haar belangrijkste speerpunt is het verkrijgen van maatschappelijke erkenning van dit beroep. Op haar website schetst zij een breed scala aan “beroepsrollen” en stelt zij dat ervaringsdeskundigen zich “professioneel inzetten voor anderen”.

Een eerste stap in de professionalisering van ervaringsdeskundigen was het opstellen van functie- en opleidingsprofielen. In 2013 werd het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid (BCP-E) opgesteld door het Kenniscentrum Phrenos, HEE!⁵ en het Trimbos-instituut, in opdracht van de brancheorganisatie GGZ Nederland en onderschreven door de vakbonden AbvaKabo FNV en CNV Publieke Zaak (GGZ Nederland et al. 2013).

In 2022 werd door de VvEd een geactualiseerd Beroepscompetentieprofiel gepresenteerd, tot stand gekomen in samenwerking met ervaringsdeskundigen, cliëntorganisaties, kennisinstituten, vak- en brancheorganisaties, HRM-deskundigen en overheid. Dat gebeurde in het kader van de ontwikkeling van een Kwaliteitssysteem voor Ervaringsdeskundigen, een opdracht die aan de VvEd is toegekend vanuit ZonMw (Weerman et al., 2022). In het Beroepscompetentieprofiel is weergegeven wat de essentie van het beroepsmatig inzetten van ervaringsdeskundigheid inhoudt, waarbij de begrippen herstel, empowerment, stigma en ervaringskennis centraal staan. Daarnaast geeft het een overzicht van kerntaken, kritische beroepssituaties, beroepsniveaus en benodigde competenties van ervaringsdeskundigen. Het BCP-E is bedoeld als basis voor zorginstellingen om functieprofielen op te stellen en voor opleidingen om een curriculum te ontwerpen. Mede dankzij dit brede draagvlak wordt het in het werkveld, door opleidingen en organisaties, veel gebruikt.

Een volgende stap, tevens onderdeel van de ontwikkeling van het Kwaliteitsstelsel, was het tot stand brengen van een Beroepsregister voor ervaringsdeskundigen. Daaraan heeft de VvEd sinds 2017 met succes gewerkt; sinds januari 2023 kunnen ervaringsdeskundigen zich hier laten registreren als zij aan specifieke opleidingseisen voldoen, of als ze een verklaring van een werkgever of opdrachtgevers kunnen overhandigen waaruit blijkt dat zij gekwalificeerd zijn op basis van praktijkervaring⁶.

Parallel aan deze initiatieven tot professionalisering ontwikkelt de formele erkenning van het beroep ervaringsdeskundige zich verder, mede dankzij intensieve lobby van de VvEd. Zo bepleit deze al lang inpassing van de functie ervaringsdeskundige

5 HEE! staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid en is een beweging van en voor ervaringsdeskundigen, die door middel van o.a. opleidingen, trainingen, publicaties en beleidsbeïnvloeding het benutten van ervaringsdeskundigheid in de GGz stimuleert.

6 Zie www.registerplein.nl

in het salarisgebouw van de GGz-sector. In 2016 werd hierin een eerste succes bereikt: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) erkende de ‘ervaringsdeskundige ggz’ als beroep en nam het op in de zogeheten ‘dbc-beroepentabel’⁷, die mede de basis vormt van de bekostigingssystematiek in de GGz. Vanaf 2017 werd declaratie van de ureninzet van een deel van de ervaringsdeskundige beroepsbeoefenaren mogelijk gemaakt (NZa, 2019), mits dit gebeurde onder auspiciën van bepaalde erkende beroepsbeoefenaren. Begin 2021 is een volgende stap gezet in deze formele erkenning: er werd een akkoord bereikt tussen brancheorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en overheid over een nieuw bekostigingsmodel voor de GGz, het Zorgprestatiemodel, dat per 2022 is ingevoerd. In dit model⁸ mogen voor het eerst ‘ervaringsdeskundige werkers’ zelfstandig declareren, namelijk degenen die een afgeronde HBO-opleiding ervaringsdeskundigheid GGz op bachelor-niveau (niveau 6) hebben. De uren van ervaringswerkers met een minder hoog opleidingsniveau kunnen net als voorheen wel worden gedeclareerd, maar alleen onder de vlag van andere beroepen die wel zelfstandig kunnen declareren.

Alternatieve opvattingen

Niet iedereen is blij met deze ontwikkeling. In de reacties op de eerdergenoemde discussie over gebruikte terminologie (ervaringsdeskundige of ervaringswerker) werd door sommige tegenstanders van de term ‘ervaringsdeskundige’ een koppeling gelegd met deze steeds verdergaande professionalisering van ervaringsdeskundigen als beroepsgroep (Jansen, 2019b). Een negatief effect van de professionalisering, zo stellen zij, is dat een deel van de ervaringsdeskundigen buiten de boot dreigt te vallen. Ze doelen op ervaringsdeskundigen die hun ervaringskennis al langer beroepsmatig inzetten zonder daar een opleiding voor te hebben gedaan. Sommigen omdat ze gaandeweg in deze rol terecht zijn gekomen, anderen omdat ze door hun kwetsbaarheid niet in staat waren een opleiding te volgen. De zorg is dat zij minder serieus genomen zullen worden of niet meer als betaalde beroepskracht aan bod zullen komen. Niet helemaal onterecht; er zijn inderdaad organisaties die alleen ervaringsdeskundigen in een betaalde functie inzetten wanneer ze aantoonbaar een opleiding hebben gevolgd of opgenomen zijn in het beroepsregister (Weerman et al., 2022).

Anderen betogen dat met de voortschrijdende professionalisering juist het eigene van de ervaringsdeskundigheid verloren gaat (Van Hoorn, 2021; Jansen,

7 Dbc staat voor ‘diagnose-behandel-combinatie’, het model waarop tot 2022 de bekostigingssystematiek in de curatieve zorg in Nederland is gebaseerd.

8 Zie www.zorgprestatiemodel.nl

z.d.). Een valkuil van professionalisering kan zijn dat ervaringsdeskundigen in hun werkwijze, taalgebruik en houding in feite niet meer te onderscheiden zijn van andere, reguliere GGz-professionals (Gillard et al., 2015; Repper & Carter, 2011), waardoor rolonduidelijkheid ontstaat (voor henzelf en anderen) en zij ongewild en onbedoeld verder af komen te staan van de cliënt en het cliëntperspectief. Voor ervaringsdeskundigen kan dit leiden tot ambigue gevoelens en worstelingen rondom hun identiteit. Sommigen identificeren zich niet met professionals, maar evenmin (meer) met cliënten. Ze voelen zich daardoor eenzaam binnen een team, en belemmerd in het vervullen van hun rol als ervaringsdeskundige (Fisk et al., 2000). Anderen ervaren eenzelfde dubbelheid, maar slagen er desondanks in beide identiteiten te verenigen in hun persoonlijkheid en functioneren (Fox, 2016).

Een derde positie in deze discussie wordt ingenomen door (onder anderen) Alie Weerman (2016): zij ontwikkelde in een actie- en handelingsonderzoek aan de Hogeschool Windesheim een HBO-opleiding Social Work met ervaringsdeskundigheid, en promoveerde op dit onderwerp. Ze vertegenwoordigt de opvatting dat het zinvol en mogelijk is om hulpverleners die zelf cliëntervaring in de GGz hebben, deze ervaring expliciet te laten benutten in hun werk als sociaal-agogisch professional. Op diverse andere plaatsen in Nederland vindt dit navolging en is het inmiddels mogelijk om een opleiding of training tot 'zorgprofessional-met-ervaringsdeskundigheid' te volgen. Langs deze weg ontstaat geen aparte beroepsgroep, maar een nieuwe loot aan de stam van de bestaande sociaal-agogische beroepsgroep in de GGz: zorgprofessionals die ervaringsdeskundigheid als een extra 'asset' hebben.

Impact van professionalisering

Ondanks alle discussie is de maatschappelijke erkenning van ervaringsdeskundigen als betaalde beroepsbeoefenaren sterk verbonden met de hierboven beschreven professionalisering. Het beschikken als beroepsgroep over een formele, gecodificeerde kennisbasis - mede bereikt via kwalificerende opleidingen aan erkende onderwijs- en kennisinstututen - is in de praktijk immers een belangrijke basis om als professie te worden erkend (Brès et al., 2019; Faulconbridge & Muzio, 2008). In hoofdstuk 3 ga ik vanuit een theoretisch perspectief nader in op deze verbinding tussen kennis en professionaliteit.

Een consequentie van de professionalisering van ervaringsdeskundigen in de GGz is dat de uitdagingen en spanningen voor professionals in georganiseerde dienstverlening, die ik in hoofdstuk 1 heb gepresenteerd, zich eveneens zullen voordoen voor deze 'nieuwe' beroepsgroep. Bovendien zullen de bestaande spanningen op de drie handelingsniveaus de samenwerking en relatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals kunnen beïnvloeden. Ervaringsdeskundigen

brengen een kennisbron in, ervaringskennis, die ingebed wordt op het niveau van het dagelijkse handelen voor cliënten in de GGz, naast andere wetenschappelijke en professionele kennis over psychiatrische problematiek. De rollen en taken van ervaringsdeskundigen in professionele GGz-teams kunnen niet los worden gezien van die van de overige professionals. Dit alles vindt plaats binnen de institutionele context van de GGz, waar prestatie- en verantwoordings-eisen veel tijd en aandacht van professionals vragen. Ruimte maken voor ervaringsdeskundigheid kan in die context een uitdaging zijn.

2.5. Verdergaande ontwikkelingen

2

Ondanks de discussies en weerstanden die er zijn gaat de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid in de GGz verder. Kijkend naar deze nog steeds groeiende belangstelling zijn er twee vermeldenswaardige ontwikkelingen die eruit voortvloeien.

Werken aan vernieuwde GGz

De opkomst van ervaringsdeskundigheid in de GGz voltrekt zich niet als afzonderlijk verschijnsel, maar is verbonden met een bredere wens tot vernieuwing en verandering in de wijze waarop de professionele dienstverlening in deze sector is georganiseerd. Parallel aan de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid is een breed scala aan initiatieven ontstaan dat gericht is op nieuwe werkwijzen en organisatievormen in de GGz, soms opgezet naast de reguliere GGz-dienstverlening, soms in verbinding of samenwerking daarmee (Boumans et al., 2023).

Een voorbeeld is BuurtzorgT (www.buurtzorgt.nl), een organisatie van wijkteams voor specialistische GGz die is opgezet naar analogie van het initiatief Buurtzorg in de thuiszorg. Kleine autonome teams van professionals bieden GGz-behandeling en ondersteuning aan mensen thuis, waarbij ervaringsdeskundigheid een belangrijke plek inneemt, evenals het inbedden van de zorg in het persoonlijke netwerk van cliënten. De teams zijn geen onderdeel van grotere GGz-instellingen, maar opereren als een landelijk netwerk van kleine zelfsturende teams, met een landelijk ondersteunend team op aspecten als financiering, ICT-ondersteuning en kwaliteitsmonitoring en -beleid.

MIND, het eerdergenoemde landelijk platform voor mensen met psychische problematiek en hun organisaties, maakt zich onder meer via politieke en beleidsbeïnvloeding sterk voor vernieuwingen in de GGz waarin de stem van cliënten sterker vertegenwoordigd is. MIND werkt, net als vele organisaties in haar achterban, intensief samen met ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld in hun online

platform voor jongeren MIND Young, of door andere organisaties en initiatieven in contact te brengen met ervaringsdeskundigen via het MIND Expert Center. Andere voorbeelden, zoals Thrive Amsterdam, hebben meer het karakter van een sociale beweging waarin een brede diversiteit aan professionals, (zorg- en welzijn)organisaties, burgerinitiatieven, professionals en ervaringsdeskundigen samenwerken om mentale gezondheid te bevorderen.

Vermeldenswaard is verder een aantal innovatieve en met elkaar verbonden academische en praktijkinitiatieven waarin ervaringskennis en wetenschappelijke kennis bij elkaar worden gebracht en waarin de initiatiefnemers en andere betrokkenen gezamenlijk werken aan een vernieuwde inhoud en structuur van de GGz. Verbonden aan de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht UMC is in 2019 het User Research Centre (URC) opgericht (www.urm.umc.maastrichtuniversity.nl). Binnen dit centrum wordt onderzoek gedaan door ervaringsdeskundigen naar diensten en behandelingen binnen de GGz, vanuit het perspectief van de mensen die hier als cliënt mee te maken krijgen. Het URC werkt nauw samen met de Vereniging voor Ervaringsdeskundigen (VvEd), het Trimbos-instituut, Kenniscentrum Phrenos, Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU+) en GGz-organisatie Lister. Doel is om behandelingen en dienstverlening in de GGz te verbeteren, het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen te beïnvloeden en de verantwoordelijkheid van cliënten voor de eigen behandeling te vergroten.

Ook op andere plekken in de gevestigde academische centra bevinden zich warme voorstanders van ervaringsdeskundigheid. Hoogleraren psychiatrie als Floortje Scheepers (UMC Utrecht), Jim van Os (UMC's Utrecht en Maastricht) en Philip Delespaul (UMC Maastricht) voeren regelmatig – via sociale media, wetenschappelijke publicaties en uitingen in vaktijdschriften – een pleidooi om meer gebruik te maken van ervaringskennis (zie o.a. Scheepers, 2021 en Delespaul et al., 2016). Ze bestrijden het in hun ogen te dominante biomedisch wetenschappelijk perspectief in de GGz en maken zich sterk voor een meer diverse kennisbasis, waarin ervaringskennis een belangrijke plaats inneemt. Zij trekken daaruit bovendien de conclusie dat hiervoor vernieuwde modellen van georganiseerde professionele dienstverlening nodig zijn. Samen met anderen zetten zij zich daarom in voor een radicale transitie in de GGz. Een voorbeeld daarvan is de beweging die zich De Nieuwe GGZ noemt of – in een recente nadere uitwerking daarvan – het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) (Van Spronsen & Van Os, 2021). Daarin is een centrale plek ingeruimd voor ervaringsdeskundigheid. In de optiek van de initiatiefnemers en andere betrokkenen dienen de inhoudelijke, organisatorische en financieringssystemen in de GGz te worden aangepast om die nieuwe ontwikkeling mogelijk te maken (Van Spronsen & Van Os, 2021; Delespaul et al., 2016).

Maatschappelijke verbreding

Naast deze ontwikkelingen in de GGz is er een flinke verbreding te zien in het type contexten waar ervaringsdeskundigheid wordt omarmd. Over het algemeen gebeurt dit vanuit dezelfde motieven als in de GGz (zie 2.2). Men beoogt langs deze weg het cliëntperspectief te versterken, soms om principiële redenen, en vaak om de kwaliteit en effectiviteit van de verleende zorg of dienstverlening te verhogen. Zo raakt in de somatische zorg ervaringsdeskundigheid vooral ingeburgerd bij de behandeling en ondersteuning van mensen met chronische aandoeningen, zoals Parkinson, reuma of diabetes. In de jeugdzorg en jeugdhulpverlening is ervaringsdeskundigheid zeer actueel. Steeds meer jongeren met ontwrichtende ervaringen en cliëntervaring in de jeugdzorg zetten deze achtergrond in om andere jongeren te ondersteunen, zowel in vrijwillige als in professionele settings (Janssen & Van Lier, 2014). Voorbeelden zijn initiatieven als ExpEx, die jongeren traint als ervaringsdeskundige en hen inzet als maatje voor andere jongeren in de jeugdhulp (www.expex.nl), of Proud 2B Me, een website waar jongeren met eetstoornissen contact kunnen leggen met ervaringsdeskundige jongeren op dit gebied (www.proud2bme.nl). En onderzoeksfinanciers in zorg en welzijn, zoals ZonMw, betrekken steeds vaker ervaringsdeskundigen bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen en -programma's, en financieren praktijk- en onderzoeksinitiatieven rond dit thema (Ten Haaft, 2020).

In het onderwijs vindt ervaringsdeskundigheid allereerst zijn weg bij opleidingen voor zorg en welzijn. Veel van deze opleidingen betrekken ervaringsdeskundigen en anderen met ervaringskennis in lesprogramma's en leergangen om studenten direct in gesprek te brengen met hun toekomstige cliënten en hun perspectief te kunnen zien en begrijpen (Engels & Platenkamp, 2009). Ook andersoortige opleidingen, zoals ontwerp- en techniekopleidingen, raken overtuigd van het nut om het 'gebruikersperspectief' en de ervaringskennis van gebruikers een grotere rol te geven in het curriculum. In een enkele jaren geleden opgerichte 'Leergemeenschap Ervaringskennis' binnen de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen participeert een breed scala aan docenten en docent-onderzoekers, van logopedie tot autotechniek en financiële dienstverlening (HAN, z.d.a). Daarnaast groeit het aanbod aan kwalificerende opleidingen voor ervaringsdeskundigen. Zo startte de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen in september 2021 als vierde HBO-instelling in Nederland met een Associate Degree Ervaringsdeskundigheid (HAN, z.d.b)

Een sector waar ervaringsdeskundigheid momenteel sterk in opkomst is, is het sociaal domein (Van der Kooij & Keuzenkamp, 2018; Van Hoorn et al., 2020). Op lokaal (wijk)niveau wordt steeds meer belang gehecht aan het versterken

van het cliëntperspectief door het inzetten van ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigheid in het sociaal domein heeft vaak betrekking op thema's als armoede, schulden, dakloosheid of huiselijk geweld. Mensen met ervaring op deze gebieden maken steeds meer gebruik van het bestaande opleidingsaanbod voor ervaringsdeskundigen en besluiten hun ervaringskennis beroepsmatig in te zetten.

Kennisinstituut Movisie deed in 2018 een peiling onder leden van Sociaal Werk Nederland, de branchevereniging voor organisaties in deze sector, waaruit bleek dat in iets meer dan de helft van de deelnemende organisaties ervaringsdeskundigen actief waren. Nog ruim tien procent overwoog om ervaringsdeskundigen in te zetten. Meestal ging het om inzet als vrijwilliger; bij ongeveer een derde waren ook betaalde medewerkers specifiek voor ervaringsdeskundigheid in dienst (Van Hoorn et al., 2020). Overigens spelen opleidingseisen en daaraan gekoppelde financieringskwesties in de praktijk van het sociaal domein een minder beperkende rol dan voor het beroepsmatig inzetten van ervaringsdeskundigen dan in de GGz. Financiering van ervaringsdeskundigheid vindt vaak plaats vanuit de WMO-regeling van gemeenten en die is over het algemeen flexibeler dan de financieringssystemen in de GGz.

Tot slot

Duidelijk is dat ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid niet meer weg te denken zijn uit de GGz en andere sectoren van zorg en welzijn. Om met 'S Jongers (2023) te spreken: we kunnen stellen dat meer en meer organisaties in deze sectoren ervaringskennis zijn gaan beschouwen als organisatiekapitaal. In deze eerste twee hoofdstukken heb ik de ontwikkeling van de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid belicht vanuit de bredere ontwikkelingen in georganiseerde publieke dienstverlening. Ik heb daarbij een eerste verbinding gelegd met (veranderende) opvattingen over kennis en professionaliteit.

In het volgende hoofdstuk breng ik in dit alles verdieping aan vanuit een theoretisch perspectief. Ik laat daarin zien hoe de toenemende belangstelling voor ervaringsdeskundigheid én de vraagstukken die daaruit voortvloeien gerelateerd zijn aan kennisintensivering en het ontstaan van een kennissamenleving. Verder presenteer ik een theoretische verkenning van de begrippen kennis en professionaliteit. Deze theoretische perspectieven vormen de conceptuele en analytische basis voor de daaropvolgende empirische hoofdstukken.

Kennis
en pro
fessio
naliteit in
publieke
dienst
verlening

Hoofdstuk 3.

**Kennis en professionaliteit in
publieke dienstverlening**

In hoofdstuk 2 heb ik beschreven hoe ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis hun intrede doen in de GGz en daar een plaats (trachten te) veroveren naast wetenschappelijke en professionele kennis, die de geaccepteerde basis vormen voor professionele dienstverlening. Mede door de introductie van ervaringsdeskundigheid is die acceptatie echter ter discussie komen te staan: het gevestigd primaat van professionele en wetenschappelijk bewezen kennis is niet langer vanzelfsprekend. Deze ontwikkeling is niet uniek voor de GGz. In de hele samenleving vindt een grote verschuiving plaats in de waarde en betekenis van kennis. Er is sprake van een veranderend 'kennislandschap'. Dat heeft een aanzienlijke impact op publieke dienstverlening en op de wijze waarop professionals vanuit hun kennisbasis die dienstverlening handen en voeten geven. In dit hoofdstuk analyseer ik deze ontwikkeling vanuit een theoretisch perspectief, waarbij kennis en het professioneel handelen (vanuit kennis en in dienstverlenende organisaties) de rode draad vormen.

Het eerste deel van dit hoofdstuk is te beschouwen als een theoretische contextanalyse (3.1 en 3.2). Ik richt me hierin op een analyse van de *context van publieke dienstverlening*, vanuit de veranderende (maatschappelijke) betekenis van kennis. Ik verbind het veranderend kennislandschap met een aantal fundamentele maatschappelijke transities (3.1). Vervolgens beschrijf ik enkele opvallende consequenties voor professionele praktijken van georganiseerde dienstverlening. Ik geef een theoretische analyse van de uitdagingen voor professionele praktijken die ik in hoofdstuk 1 schetste, en identificeer daarbij een drietal spanningsvelden voor professionals, die in paragraaf 3.2 aan de orde komen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk (3.3 en 3.4) presenteer ik een aantal theoretische concepten over *professionaliteit*, *kennis* en *professionele besluitvorming en handelen*. Zij vormen de conceptuele basis voor dit proefschrift en dienen als heuristische 'bril' om de verzamelde empirische gegevens te beschouwen en te duiden. Allereerst kom ik in paragraaf 3.3 vanuit een brede verkenning van de professionaliseringsliteratuur en de academische literatuur over kennis en ervaringsdeskundigheid tot een aantal passende - en op elkaar aansluitende - perspectieven en concepten over *professionaliteit* en *kennis*, zowel professionele kennis als ervaringskennis. Ten tweede beschrijf ik enkele concepten over *professionele besluitvorming en handelen* (3.4) die behulpzaam zijn om het handelen van professionals in de genoemde spanningsvelden te interpreteren.

Ik eindig het hoofdstuk met een concluderende paragraaf op basis van deze theoretische verkenning (3.5).

3.1. Veranderend kennislandschap

Kennisintensivering

De veranderende betekenis en waardering van kennis in de moderne samenleving komt tot uiting in verschillende maatschappelijk vitale sectoren, zoals de zorg, sociaal werk, onderwijs, sociale zekerheid, veiligheid en rechtspraak. Kennis is een steeds belangrijker basis geworden voor professionele dienstverlening in deze sectoren. Diverse auteurs bestempelen deze ontwikkeling als het ontstaan van een 'kennissamenleving' of *knowledge society* (Cerroni, 2018; David & Foray, 2003; De Vijlder, 2014; Grundmann, 2017; Noordegraaf, 2004; WRR, 2002). Een gemeenschappelijke deler in de beschouwingen is het wijzen op de verbinding tussen kennis en economie: kennis is een cruciale productiefactor geworden in hedendaagse samenlevingen, naast arbeid en kapitaal. Voor steeds meer productieprocessen, maatschappelijke vraagstukken en beroepen is het nodig om te beschikken over (wetenschappelijke) kennis.

De ontwikkeling naar een kennissamenleving wordt in de sociologische en bestuurskundige literatuur gezien als nauw samenhangend met fundamentele maatschappelijke transitie (Faulconbridge & Muzio, 2008; Leicht & Fennell, 2008; Noordegraaf & Steijn, 2013; Saks, 2016; Susskind & Susskind, 2015; Tonkens, 2008), zoals de beschikbaarheid en inzet van nieuwe technologieën en ICT, informatisering, democratisering, een bredere toegang tot kennis, en gekoppeld hieraan emancipatie en veeleisende burgers. Al deze ontwikkelingen dragen direct of indirect bij aan het toenemend belang van kennis en zijn ermee verweven.

De samenleving is bovendien door dit alles veel complexer geworden, evenals de vraagstukken waar maatschappelijke organisaties mee geconfronteerd worden. Publieke dienstverlening is daardoor in toenemende mate dynamisch, complex, onvoorspelbaar en risicovol (Evetts, 2003; Noordegraaf, 2004; Noordegraaf & Steijn, 2013). Vanwege die toegenomen complexiteit neemt het belang van kennis nog meer toe; er is sprake van voortschrijdende kennisintensivering in de samenleving en in het publieke domein. De Vijlder (2014, p. 94) stelt dat de (welvaarts-)ontwikkeling van individuele personen, organisaties en samenlevingen mogelijk wordt door een steeds intensiever gebruik van kennis. Hiervan is op alle niveaus van individuen, organisaties en samenlevingen sprake en dat maakt enerzijds welvaart en innovatie mogelijk (het economische aspect), maar doet ook de complexiteit en dynamiek van organisaties sterk toenemen.

Kennisintensivering en de kennissamenleving zijn geen abstracties, maar kennen concrete uitingsvormen in de praktijk van alledag. Een aantal daarvan is relevant in dit onderzoek en laat ik hieronder de revue passeren.

Diffuse kennis

Een veelbeschreven aspect van de kennissamenleving is de brede toegankelijkheid van kennis voor iedereen, die mede mogelijk is geworden dankzij technologische ontwikkelingen als ICT en internet. Kennis is gedemocratiseerd: het monopolie op kennis van traditionele instituties als universiteiten of wetenschappers is doorbroken. Kennis is als gevolg daarvan ook sterker betwist en 'intrinsiek diffuus' geworden (Harrison & Luckett, 2019; Noordegraaf, 2004; WRR, 2002). Een enorme hoeveelheid informatie is beschikbaar en toegankelijk voor iedereen, en bovendien wordt deze informatie door verschillende mensen, vanuit een diversiteit aan referentiekaders, verschillend geïnterpreteerd. Er is geen sprake (meer) van eenduidige kennis; betekenissen zijn omstreden en kennis is ambigu geworden. In het verlengde daarvan is het vertrouwen in professionele kennis afgenomen (Nichols, 2017; Harrison & Luckett, 2019).

We zien hier een paradox: een toenemend wantrouwen in (wetenschappelijke) kennis, in een wereld waarin deze kennis als basis voor handelen en besluitvorming steeds belangrijker wordt. In het verlengde hiervan wordt de kennis van professionals niet langer zonder meer voor waar aangenomen door burgers en cliënten (die steeds beter zijn opgeleid en zelf steeds meer toegang tot kennis hebben). 'Harde' wetenschappelijke kennis is geen harde kennis meer. Parallel hieraan wordt meer waarde gehecht aan particuliere kennis en interpretatie van feiten vanuit de eigen mening en ervaring.

Impact op professionele dienstverlening

In de dagelijkse praktijk van professionals en teams in organisaties voor publieke dienstverlening zijn eveneens uitingsvormen van kennisintensivering zichtbaar. Het werken met protocollen, richtlijnen en kwaliteitssystemen is een voorbeeld. Professioneel handelen dient gebaseerd te zijn op bewezen kennis, die als het ware 'gestold' is in protocollen. Er is een sterke druk op professionals om *evidence based* te werken en specialistische kennis in te zetten. De Vijlder (2014, p. 95) spreekt in dit verband over "onttovering van de professionele mythe"; de professional kan zich niet langer verschuilen achter de 'geheimen' van zijn professe en zijn vrije handelingsruimte neemt af.

Kennisintensivering brengt verder een groeiende tendens tot vergaande specialisatie en professionalisering van beroepen mee (Noordegraaf, 2004). In een toenemend aantal beroepen dienen professionals te beschikken over een (wetenschappelijk) erkende basis van specialistische kennis, en is er een beweging tot afbakening van het beroep door middel van beroepsverenigingen, gedragscodes, kwaliteitssystemen en beroepsprofielen. Deze verwetenschappelijking doet zich in alle publieke sectoren voor (Noordegraaf, 2004; Tholen, 2017) en van

beroepsbeoefenaren in deze sectoren wordt een steeds hoger opleidingsniveau gevraagd. Er zijn tegenwoordig HBO- en universitaire masters voor verpleegkunde, sociaal werk, leraren in het primair onderwijs, politie en overheidsmanagers. De verwetenschappelijking levert bovendien nieuwe kennis en voortschrijdende inzichten op, en dat leidt samen met technologische ontwikkelingen en innovaties tot het ontstaan van (super)specialisaties binnen bestaande beroepen, of geheel nieuwe beroepen (zie o.a. Brès et al., 2019; Tholen, 2017).

In de kennisintensieve samenleving zijn vraagstukken en cases zo complex geworden dat ze niet vanuit één specialisatie of kennissoort aangepakt kunnen worden. Vrijwel altijd is nauwe samenwerking nodig tussen sectoren, organisaties en professionals. Netwerkorganisaties, ketensamenwerking en multidisciplinaire samenwerking zijn noodzakelijk geworden (Brandsen & Honingh, 2013; De Vijlder, 2014; Kuijer-Siebelink et al., 2019; Melis & De Vijlder, 2014; Tousijn, 2012; Trappenburg, 2016; Zuurmond & De Jong, 2010). Netwerksamenwerking is daarom inmiddels een wijdverspreid organisatieprincipe in het publieke domein (De Vijlder, 2014; Geuijen, 2011). Het vraagt van professionals om 'over grenzen heen' te kunnen werken, met professionals uit andere disciplines en uit andere organisaties en netwerken. Interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking is sterk toegenomen, mede omdat professionals sterker gespecialiseerd zijn (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Currie et al., 2008; Melis & De Vijlder, 2014; Vyt, 2008) en wordt gezien als een voorwaarde voor kwalitatief goede en cliënt- of persoonsgerichte dienstverlening (Chong et al., 2013; Kuijer-Siebelink & Scherpbier-de Haan, 2019).

Dit alles stelt nieuwe eisen aan professionals. Van hen wordt gevraagd zich bewust te zijn van hun bredere organisatorische en maatschappelijke omgeving, over grenzen heen te kunnen kijken en denken, en in staat te zijn om met anderen samen te werken. Ze dienen te beschikken over een gefundeerde kennisbasis voor hun werk, en moeten tegelijkertijd meerdere kennisbronnen – ook buiten hun eigen professionele kennisdomein – met elkaar kunnen verbinden en kunnen mobiliseren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Melis & De Vijlder, 2014; Wierda-Boer et al., 2017). Steeds minder functioneren zij als solist. Van Delden (2011) spreekt over de professionals die dit grensoverschrijdende werk doen als 'frontlijn-professionals'; Melis en De Vijlder (2014) over 'netwerkprofessionals'.

Institutionele veranderingen

Een derde belangrijke uitingsvorm van kennisintensivering is dat het beschikken over (professionele) kennis geen vanzelfsprekende en voldoende basis meer is voor legitimering van professioneel handelen (Schott et al., 2016). Vandaag de dag

zijn professionals in toenemende mate onderhevig aan verantwoordingeisen en prestatiemeting (Dent et al., 2016; De Vijlder, 2014; Evetts, 2011). Veel professionals werken binnen grote en bureaucratische organisaties en samenwerkingsverbanden, zoals zorg- en onderwijsinstellingen (Brock & Saks, 2016; Evetts, 2011; Faulconbridge & Muzio, 2008; Muzio & Kirkpatrick, 2011). Kostenbeheersing, efficiency en doelmatigheid zijn daar leidende principes, die zich vertalen in verzakelijking en managementdenken (*managerialism* en *New Public Management*) (Brock & Saks, 2016; Dent et al., 2016; Leicht & Fennell, 2008; Noordegraaf, 2015; Schott et al., 2016). Urenregistratie en productietargets zijn inmiddels niet meer voorbehouden aan het bedrijfsleven maar zijn ook in maatschappelijke organisaties gemeengoed geworden. Bestuurlijke verhoudingen en verantwoordelijkheden veranderen, werkprocessen worden gestandaardiseerd en resultaten dienen zichtbaar en aantoonbaar te zijn, leidend tot een groeiende bureaucrativering (Brock & Saks, 2016; Evetts, 2011; Faulconbridge & Muzio, 2008; Noordegraaf, 2015). Bedrijfsmatige principes hebben een overheersende rol gekregen in sectoren waar van oudsher de inhoud van het vak – onderwijs geven, patiënten behandelen – belangrijker was, gekoppeld aan waarden als commitment, autonomie, vertrouwen en collegialiteit.

De toegenomen complexiteit van maatschappelijke vraagstukken en individuele cases leidt bovendien tot meer onvoorspelbaarheid en meer risico's. Fouten en misstanden treden onvermijdelijk op, maar worden tegelijkertijd maatschappelijk steeds minder geaccepteerd en de druk om risico's te mijden en fouten te voorkomen is juist gegroeid. Het is één van de paradoxen van kennisintensivering: het gevoel van onveiligheid onder burgers groeit, terwijl er steeds meer gewerkt wordt volgens protocollen, richtlijnen en kwaliteitssystemen die juist bedoeld zijn om risico's te verkleinen. Daarmee is risicomanagement een dominant element in de *governance* van organisaties geworden. Het is een bekend verschijnsel dat incidenten leiden tot meer regelgeving en controle. Bovens en Schillemans (2009) signaleren een toenemende maatschappelijke roep om verantwoording en stellen dat de publieke sector zich in een 'permanente staat van publieke verantwoording bevindt'. Die verantwoording betreft verschillende terreinen. Zo moeten publieke instellingen verantwoording afleggen over hun financiële prestaties, over de kwaliteit van hun product of dienst, of over de doelmatigheid van hun processen, en op al die terreinen hebben ze met verschillende fora te maken (zoals overheden, rekenkamers, financiers, inspecties, cliëntenraden, interne toezichthouders), elk met hun eigen eisen, verwachtingen en verantwoordingsregimes (Bovens & Schillemans, 2009, pp. 26-29; Schillemans et al., 2011; Van Geffen et al., 2020; WRR, 2004).

3.2. Spanningsvelden in professionele praktijken

Kennisintensivering en het veranderde kennislandschap in de samenleving hebben dus een bepalende invloed op maatschappelijke organisaties en publieke professionele praktijken. Leicht en Fennell (2008, p. 431) verwoorden dit kernachtig:

But, as we'll see, the classic autonomous, peer-oriented professional practice is under pressure from institutional constituents interested in lower costs, more accountability, and ethical transparency at the same historical moment that technological changes put pressure on traditional, institutionalized methods for delivering professional services.

Het is niet voor niets dat de auteurs in dit citaat het woord *pressure* gebruiken. De in 3.1 beschreven uitingen van kennisintensivering – diffuse kennis; *evidence based* werken als norm; voortschrijdende professionalisering en specialisatie; interprofessionele en netwerksamenwerking; prestatie- en verantwoordingsregimes – zijn niet neutraal en zonder problemen, maar leiden tot praktische uitdagingen en soms tegenstrijdige eisen aan professionals en organisaties. Ik vertaal deze hier vanuit de theorie naar drie specifieke spanningsvelden voor professionals en professionele praktijken, die ik in deze paragraaf beschrijf en nader analyseer.

Harde en zachte kennis

Een eerste spanningsveld onderscheid ik rond de inhoud van de kennis die publieke professionals gebruiken in hun besluitvorming en handelen. In veel publieke domeinen (zorg, sociaal werk, preventie, jeugdhulpverlening) is zoals ik al beschreef *evidence based* werken een vereiste geworden. De zorgsector is een goed voorbeeld. In 2017 publiceerde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) een kritische analyse hiervan in het advies 'Zonder context geen bewijs' (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Financiers, toezichthouders en management in de zorg sturen sterk op *evidence* als principe. *Evidence based practice* (EBP) heeft als kenmerkend uitgangspunt een hiërarchie in soorten kennis; een 'pyramide van kennis'. Bovenaan staan klinische studies onder groepen mensen, *Randomized Controlled Trials* (RCT's), als meest betrouwbare kennisbron. Daarna volgen follow-up studies, *case control studies* en gevalsstudies als lagere kennisniveaus, en tot slot de individuele, op ervaring gebaseerde kennis van experts (Wyer & Loughlin, 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017; Serra, 2013). Zorgverzekeraars financieren bij voorkeur bewezen effectieve zorg en behandelingen. Professionals dienen te handelen op basis van richtlijnen, 'zorgpaden' en protocollen die zijn ontwikkeld vanuit wetenschappelijke kennis, *evidence based knowledge* (Raad voor

Volksgezondheid en Samenleving, 2017; Van Meijel, 2016). Over gemaakte keuzes, effecten daarvan en over de kwaliteit van de geleverde zorg wordt gedetailleerd verantwoording afgelegd middels diverse registratie- en evaluatiesystemen, waarin de nadruk ligt op meetbare gegevens en factoren.

De principes van EBP vertalen zich niet alleen in het gebruik van protocollen en richtlijnen, maar ook in de bredere institutionele context. Een voorbeeld is de formele verdeling van verantwoordelijkheden binnen zorgorganisaties en teams die voortkomt uit de financieringssystematiek voor geneeskundige behandeling (dbc-systematiek¹). In deze systematiek worden bestede uren uitsluitend vergoed als er aantoonbare en directe betrokkenheid is geweest van een zogeheten 'regiebehandelaar'. Deze formele (eind)verantwoordelijkheid is voorbehouden aan de hoogste en medisch-wetenschappelijk geschoolde professionals: artsen, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten (Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland, 2020).

Ook in andere domeinen dan de gezondheidszorg, zoals sociaal werk of jeugdhulpverlening, wordt steeds meer gestreefd naar academisering en *evidence based* handelen (Spierts et al, 2017). Overigens dragen professionele groepen vaak zelf bij aan dat streven, omdat het verdere professionalisering en maatschappelijke erkenning versterkt (Newman, 2013; Trappenburg & Noordegraaf, 2018; Van der Veen, 2013). *Evidence based* professioneel handelen bekrachtigt en verdedigt de wetenschappelijke basis van het werk, stimuleert reflectie en intersubjectiviteit tussen professionals onderling, bepaalt mede de toegang tot het beroep, en versterkt de status van de beroepsgroep.

Er is met andere woorden een sterke formele en institutionele druk om te handelen vanuit rationele, 'harde' perspectieven. Een gelijktijdige en tegenstrijdige ontwikkeling - en de aanleiding voor dit proefschrift - is dat er steeds meer waarde wordt gehecht aan het werken vanuit de wensen, de unieke ervaring en het eigen perspectief van cliënten, en aan het maken van keuzes samen met de cliënt. Dat impliceert het mobiliseren van 'zachte' kennis, zoals ervaringskennis van cliënten en stelt weer heel andere eisen aan professionals. Het past lastig in het dominante paradigma. Ervaringskennis kenmerkt zich immers juist door het unieke en particuliere karakter en is niet in harde, meetbare data, protocollen en richtlijnen te vangen. Bovendien plaatst het accepteren van ervaringskennis als kennisbasis impliciet vraagtekens bij het geldend primaat van wetenschappelijke

1 DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Een DBC beschrijft alle activiteiten die nodig zijn om een bepaalde diagnose en daaraan verbonden behandeling uit te voeren, en koppelt daaraan een vastgesteld aantal uren, gebaseerd op gemiddelden.

kennis. In het hierboven genoemde RVS-advies 'Zonder context geen bewijs' (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017) wordt het actuele monopolie van wetenschappelijk bewijs als basis voor praktijk, beleid en financiering in de zorg ter discussie gesteld en wordt een bredere benadering bepleit: de context van cliënten als vertrekpunt nemen, en besluitvorming in beleid en praktijk baseren op meervoudige soorten bewijs en een diversiteit aan kennisbronnen, inclusief de ervaringskennis van cliënten.

Ondanks pleidooien als deze lijkt in de praktijk een verbinding tussen harde en zachte vormen van kennis niet goed zichtbaar. Weerman en Abma (2019) signaleren precies dit spanningsveld bij het werken met ervaringsdeskundigheid in de professionele praktijk van de GGz en benoemen het als een *duality of knowledge*. Zij pleiten ervoor te onderzoeken hoe de verschillende kennissoorten met elkaar kunnen worden verbonden en wat er gebeurt als academische en ervaringskennis in onderlinge interactie worden gemobiliseerd (Weerman & Abma, 2019, p. 455).

Segmentatie en samenwerking

De toenemende professionalisering en specialisatie in publieke dienstverlening (o.a. Bellemakers, 2007; Goldfield, 2017; Kaslow et al., 2012; Noordegraaf, 2004), gecombineerd met de noodzaak om over grenzen heen te werken, zorgen voor uitdagingen voor professionals die ik hier vanuit de theorie identificeer als een tweede spanningsveld, namelijk dat tussen samenwerking en segmentatie.

Professionalisering en specialisatie leiden tot segmentatie tussen beroepsgroepen en soorten professionals, zowel in horizontale als in verticale zin, gekoppeld aan het type kennis waarop zij hun handelen baseren. Een ontwikkeling die voordelen heeft, zoals een grotere effectiviteit en efficiency (Trappenburg, 2016), maar zeker niet zonder nadelen is. Voortschrijdende specialisatie leidt tot domeinstrijd en eilandvorming tussen beroepen, fragmentatie van de zorg en een moeizamer samenwerking tussen verschillende soorten professionals, terwijl samenwerking en coördinatie noodzakelijker worden juist vanwege die specialisatie (Hall, 2005; Hupe & Van der Krogt, 2013; Brown & Bhugra, 2007; Tonkens, 2008; Trappenburg, 2016; Van der Veen, 2013). Daarbij komt dat de (veronderstelde) hiërarchie in soorten kennis zich weerspiegelt in een hiërarchie tussen soorten professionals. Freidson (2001) en Abbott (1988) wezen al op deze hiërarchische verhouding tussen verschillende kennissoorten en professies: hoe abstracter en gespecialiseerder de kennis waarover een professie beschikt, hoe meer status en macht deze beroepsgroep heeft. Recenter stellen onder anderen Currie et al. (2008, p. 543) dat professionals macht ontlenen aan hun specialistische kennis, en dat samenhangend daarmee een hiërarchie tussen professies ontstaat.

Aan de andere kant neemt in de praktijk van publieke dienstverlening de noodzakelijke samenwerking over grenzen heen zichtbaar toe. Trappenburg en Van Beek (2017) beschrijven bijvoorbeeld hoe in het lokale sociaal domein professionals vanuit welzijnswerk, ouderenzorg, woningbouwcorporaties en GGz gezamenlijk burgers in de wijk ondersteunen vanuit sociale wijkteams (en signaleren dat als gevolg daarvan een tendens naar 'de-specialisatie' plaatsvindt in het maatschappelijk werk). In de jeugdhulpverlening zijn gemeenten, centra voor jeugd en gezin, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de GGD gezamenlijk betrokken bij opvoedingsvraagstukken en de zorg voor kwetsbare kinderen en jongeren. En binnen zorginstellingen (ziekenhuizen, ouderenzorg, GGz) zijn vrijwel altijd meerdere disciplines betrokken bij de zorg en hulpverlening aan cliënten en patiënten.

Het is echter niet altijd eenvoudig om als 'netwerkprofessional' te laveren tussen de bestaande grenzen en afbakeningen van organisaties, disciplines en kennisdomeinen. Het kan leiden tot onduidelijkheden, door verspreiding van toezicht en controle, en ambiguïteit over te hanteren targets en standaarden (Adler et al., 2008). Er kan onduidelijkheid en strijd ontstaan over rolverdeling en verantwoordelijkheidsverdeling tussen verschillende typen professionals. Deze *role blurring* (Hall, 2005) heeft positieve kanten en helpt interprofessionele samenwerking (Chreim et al, 2013), maar wordt tegelijkertijd vaak juist genoemd als belemmerende factor (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Vyt 2008; Fiordelli et al., 2014; Wierda et al., 2019). Het effectief omgaan met grenzen tussen professionele domeinen, culturen en hiërarchie blijkt ingewikkeld; soms is het nodig grenzen te overschrijden, soms is het nodig ze duidelijk aan te geven, met name waar het formele verantwoordelijkheden betreft (Chreim et al., 2013). Toenemende specialisatie leidt tot versterking van de verschillende professionele culturen, en het kan moeilijk zijn om die grenzen tussen culturen en identiteiten, of hiërarchie tussen verschillende typen professionals, te overstijgen of doorbreken (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Currie et al., 2008; Hall, 2005; Noordegraaf & Van der Klauw, 2011; Powell & Davies, 2012; Tousijn, 2012). Er kan zelfs concurrentie ontstaan (bijvoorbeeld om het meest patiëntgericht te zijn) doordat professionele grenzen taai zijn, zoals Felder et al. (2018) lieten zien.

Anderen (Järvinen & Kessing, 2021; Van Bochove et al., 2018) kwamen tegenstrijdige mechanismen tegen in multidisciplinaire settings waar professionals te maken hadden met grenzen tussen professionele kennis en *lay knowledge*. Deels namen zij waar dat professionals deze grenzen juist proberen te versterken, door *demarcation* (Van Bochove et al., 2018), maar tegelijkertijd waren er ook mechanismen werkzaam die grenzen overbrugden; *welcoming work* (Van Bochove et al., 2018). Oborn en Dawson (2010) stellen dat multidisciplinaire teams moeite

hebben met het integreren van verschillende kennissoorten. Ze laten zien dat bestaande hiërarchische structuren tussen verschillende typen professionals doorwerken in gezamenlijke besluitvorming, waarbij professionals die werken vanuit een *evidence based* kennisbasis meer invloed hebben.

Ook de introductie van ervaringskennis in de GGz stuit op dit spanningsveld tussen segmentatie en samenwerking. Ervaringsdeskundigen, als nieuwe beroepsgroep en als dragers van deze 'zachte' kennissoort, zijn bezig hun rol en positie te veroveren in een context waar grenzen tussen beroepsgroepen overbrugd (moeten) worden, maar tegelijkertijd volop aanwezig zijn en belemmerend kunnen werken om kennissoorten met elkaar te verbinden.

Vertrouwen en verantwoording

Een derde spanningsveld dat ik onderscheid, omschrijf ik als 'vertrouwen versus verantwoording'. Van oudsher is de pijler waarop het vertrouwen in professionals berust de kennis waarover ze beschikken, die is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en is vergaard gedurende langdurige opleiding en training. Er is vertrouwen in het leervermogen en de zelfregulerende mechanismen van professionals (bijvoorbeeld door middel van *peer review*) om kennis te vernieuwen en om kwaliteit te blijven leveren. Op basis van hun kennis genieten professionals gezag en autoriteit, wordt de maatschappelijke legitimiteit van hun handelen erkend en wordt hen een grote mate van discretionaire ruimte toegekend in het bijdragen aan maatschappelijke doelen als veiligheid en rechtspraak, zorg en welzijn, of onderwijs (Freidson, 2001; Tonkens, 2008). Brint (1994) spreekt in dit verband over *social trustee professionalism*: professionals werden lange tijd gezien als de hoeders van maatschappelijk belangrijke kennis, die ze inzetten om bij te dragen aan het publiek belang. In de loop der tijd is de kennisbasis als onderscheidend kenmerk van professionals sterker op de voorgrond komen te staan ten opzichte van hun maatschappelijke rol, aldus Brint. Professionaliteit evolueerde naar *expert professionalism*, waarbij met name het beschikken over formele kennis bepalend is voor de mate van professionaliteit (Brint, 1994, pp. 39-44).

Dit vertrouwen in professionals vanwege hun kennis is echter geen vanzelfsprekendheid meer. Kennis is diffuus en betwist en mede daarom is het beschikken over een formele kennisbasis niet meer voldoende als legitimering van professioneel handelen. Professionals moeten bewijs leveren van het nut van hun interventies (*evidence based*), de effectiviteit en efficiency van hun werk (prestatie metingen), en ze moeten over steeds meer aspecten van dat werk verantwoording afleggen (Bovens & Schillemans, 2009). Er is zoals we zagen een

sterke institutionele focus ontstaan op meetbaarheid en rationaliteit. Newman (2013, p. 42) stelt dat de hechte verbinding tussen kennis en gezag van professionals (*knowledge-power knot*) is verslapt, onder meer door maatschappelijke ontwikkelingen als democratisering, marktwerking en *managerialism*.

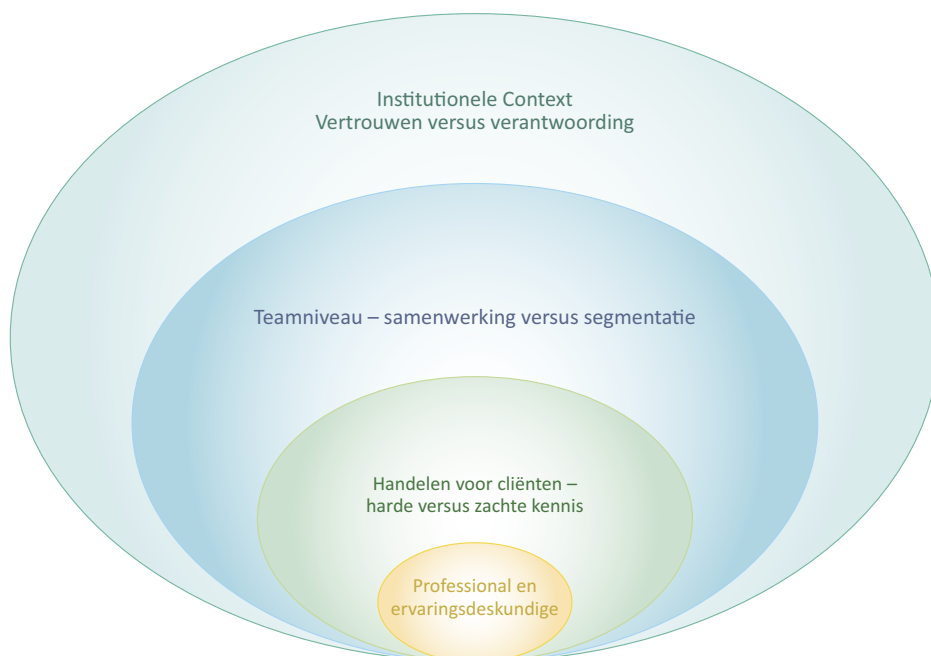
Dat alles leidt tot bureaucratie en tijdsdruk, en tot minder (ervaren) ruimte voor de zachte en impliciete aspecten van professioneel handelen, professionele autonomie en eigen verantwoordelijkheid (Jansen et al., 2009; Bovens & Schillemans, 2009; Tonkens, 2008; WRR, 2004). Het leidt tot andere prioriteitstelling, tot lijstjes afvinken, meer papierwerk, en standaardisatie van processen (Brandsen & Honingh, 2013, p. 878). De focus wordt verlegd van een oriëntatie op de eigen professionele gemeenschap met zijn kennisbasis en ethische codes naar de eisen en wensen van organisatie en cliënt. Of, zoals Felder et al. (2018, p. 89) het schetsen, er ontstaat een gelaagdheid van verschillende institutionele contexten: bovenop de institutionele laag van professionele autonomie en zelfregulatie is de institutionele laag van marktwerking gelegd, waardoor professionals tegelijkertijd in competitie met elkaar zijn én aan hun eigen en gezamenlijke professionele standaarden moeten voldoen.

Omgaan met die gelaagdheid blijkt niet gemakkelijk. Publieke professionals staan onder druk en voelen zich klem zitten tussen hun professionele autonomie en ruimte, en de beschreven verantwoordingseisen (Ackroyd, 1996; Farrell & Morris, 1999; Gleeson & Knights, 2006; Jansen et al., 2009; Noordegraaf & Steijn, 2013). Tonkens (2008, p. 10-12) spreekt over "een toenemend geïnstitutionaliseerd wantrouwen jegens professionals" en over "een akelige spagaat" en laat aan de hand van vele voorbeelden zien hoe de 'meetcultuur' de ruimte voor professionals inperkt. Tilburt (2014) benoemt dit spanningsveld als *dual agency* en laat zien hoe voor individuele professionals de tegenstrijdige eisen en normen (bijvoorbeeld de beste optie voor de patiënt tegenover het maatschappelijk belang van kostenbesparing) ingewikkeld uitpakken in hun besluitvorming, met dilemma's en spanningen tot gevolg. Overigens stellen verschillende auteurs (o.a. Hupe & Van der Krogt, 2013; Newman, 2013; Noordegraaf & Steijn, 2013) dat dit spanningsveld niet zozeer een dualiteit is, maar dat een divers geheel van actuele maatschappelijke ontwikkelingen nieuwe (verantwoordings- en prestatie)eisen aan professionals stellen. Een perspectief dat in lijn is met dat van Tonkens (2008), die een herwaardering en modernisering van professionaliteit bepleit, met als belangrijke aspecten daarvan: het versterken van de verantwoording naar burgers en een volwaardiger erkenning van de (ervarings) kennis van burgers.

Het inbedden van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid kan gezien worden als één van die actuele maatschappelijke ontwikkelingen waar professionals

mee te dealen hebben, en die ze waar moeten maken in het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording.

In deze paragraaf heb ik de praktische uitdagingen en soms tegenstrijdige eisen aan professionals en organisaties vanuit de theorie vertaald naar drie specifieke spanningsvelden voor professionals en professionele praktijken. Deze spanningsvelden, elk op een ander handelningsniveau, zijn hieronder op een vergelijkbare manier als in de inleiding visueel weergegeven (figuur 2):



Figuur 2: Spanningsvelden in de handelningsniveaus van professionele praktijken in publieke dienstverlening.

3.3. Professionaliteit en kennis: veranderende beelden

Aan de hand van drie spanningsvelden heb ik duidelijk gemaakt hoe het veranderend *kennislandschap* in de samenleving impact heeft op *professionele praktijken*. 'Professionaliteit' en 'kennis' zijn daarmee kernbegrippen in mijn onderzoek. In deze paragraaf presenteer ik – op basis van een verkenning van de

literatuur – een aantal relevante theoretische concepten die hieraan gerelateerd zijn. In de volgende hoofdstukken van dit proefschrift hanteer ik deze concepten om mijn empirische bevindingen te analyseren en te duiden. Allereerst is dat ‘verbindende professionaliteit’, een processuele en relationele conceptualisering van professionaliteit. Ten tweede zijn dat een aantal processuele en relationele concepten van professionele kennis en ervaringskennis.

Hieronder beschrijf ik deze concepten en verbind ik ze met elkaar en met de beschreven spanningsvelden. Die spanningsvelden heb ik gekoppeld aan maatschappelijke ontwikkelingen rond de betekenis en waarde van kennis, en aan de veranderingen die daardoor in professionele praktijken plaatsvinden. Daarom plaats ik deze concepten over professionaliteit en kennis in ditzelfde ontwikkelperspectief en laat ik zien hoe ze in het academisch debat zijn geëvolueerd.

Van pure naar verbindende professionaliteit

De theorievorming over professionaliteit heeft zich in de afgelopen decennia ontwikkeld parallel aan de grote maatschappelijke transitie en hun invloed op het publieke domein en publieke professionals. Een rode draad daarin is de toegenomen aandacht voor de impact van de veranderde maatschappelijke en institutionele context, en voor de dynamieken tussen professies en hun organisatorische en institutionele omgeving.

In klassieke beelden van professionaliteit wordt een professional vooral gedefinieerd aan de hand van een aantal unieke, bepalende kenmerken. Veel geciteerde auteurs bij wie elementen van deze ‘kenmerkenbenadering’ van professionaliteit zijn te vinden, zijn bijvoorbeeld Wilensky (1964), Abbott (1988) en Freidson (2001). Binnen deze benaderingen, in de wetenschappelijke literatuur onder meer benoemd als ‘pure professionaliteit’ (Noordegraaf, 2007) of *occupational professionalism* (Evetts, 2011), zijn verschillende varianten te onderscheiden (zie o.a. Saks, 2016) maar wat ze gemeen hebben is dat ze professionaliteit beschrijven en definiëren aan de hand van drie hoofdkenmerken: het beschikken over gespecialiseerde, abstracte kennis, verkregen na jarenlange opleiding en ontwikkeld en gereguleerd via universiteiten; een hoge mate van professionele autonomie; en een ideaal van dienstbaarheid aan de samenleving en aan cliënten (Trappenburg & Noordegraaf, 2018).

De relatie tussen professies en maatschappelijke context en het streven naar verbinding met de buitenwereld komt hier vooral tot uiting in het streven naar afbakening van en zeggenschap over het beroep (Noordegraaf, 2020). Een beroep is een professie als de beroepsgroep erin slaagt om een eigen, onderscheiden beroepsdomein en bijbehorende jurisdictie te vormen (Abbott, 1988) en daarop zelf zowel inhoudelijk als institutioneel – ondersteund door wet- en regelgeving

- controle uit te oefenen. Pure professionaliteit berust dan op *controlled content* (Noordegraaf, 2007). De inhoud van het beroep, *content*, bestaat uit de functionele, formele kennis en benodigde vaardigheden, maar impliceert ook het ontwikkelen van een professionele identiteit. Het principe van *control* versterkt dit: professies zijn georganiseerd in beroepsverenigingen die de toegang tot de professie reguleren en de kwaliteit en uitvoering controleren door het bepalen van opleidingsinhoud, toelating tot opleidingen, en door het hanteren van een beroepsregister en gedragscode. In dit laatste wordt het element van dienstbaarheid zichtbaar, het *service ideal* (Wilensky, 1964), of de *social trustee professional* (Brint, 1994). Het beschikken over individuele en collectieve professionele autonomie impliceert verder dat professionals kunnen rekenen op vertrouwen en maatschappelijke legitimiteit, met daaraan verbonden een zekere bescherming van hun positie en status (Noordegraaf, 2020; Saks, 2016).

Deze perspectieven op professionaliteit bieden echter geen bevredigend antwoord op de vraagstukken die voor professionals ontstaan door de toenemende invloed van de maatschappelijke context en de eerder beschreven transities (Noordegraaf, 2007; Saks, 2016), zoals vervagende grenzen, marktdenken en verzakelijking, meer verantwoordingsdruk en bureaucrativering. Ook het feit dat professionals steeds meer in grote, complexe en centraal aangestuurde organisaties werken, vraagt om andere perspectieven. Freidson (2001) bepleit een verdediging en herwaardering van de professionele logica tegenover de steeds overheersender logica's van markt en bureaucratie, een geluid dat ook in het maatschappelijk debat over professionals klinkt (Jansen et al., 2009; Tonkens, 2018; WRR, 2004; Van den Brink et al., 2010).

In de setting van grote organisaties, waarin managementprincipes leidend zijn, leidt deze verdediging echter volgens sommige auteurs niet tot een veiligstellen of behoud van de professionele logica. Waarden als efficiëntie en controle blijven dominant, waardoor professionals weinig eigen autonomie hebben. Daarom betogen zij dat professionaliteit niet zozeer 'bewaakt' moet worden vanwege de veranderde context, maar eerder mee moet veranderen. Evetts (2011) en Faulconbridge & Muzio (2008) spreken in dit verband over *organizational professionalism*, een benadering van professionaliteit waarin er een balans is, en professionele en organisatielogica's gecombineerd worden. Faulconbridge en Muzio (2008) betogen dat de logica's en systemen van organisaties zelfs ondersteunend kunnen zijn aan professionele waarden, doelen en prioriteiten. Zij toonden in hun onderzoek hoe professionele en managementprincipes verweven en onderling versterkend kunnen zijn. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar organisatiestructuren op basis van inhoudelijke professionele domeinen, *peer groups*, in een aantal grote internationale advocatenkantoren. Binnen deze *peer groups* krijgt de overkoepelende strategische missie een vertaling

naar de dagelijkse professionele praktijken, en wordt tegelijkertijd het ontwikkelen van de professionele deskundigheid, de onderlinge professionele support, en daarmee de professionele autonomie versterkt (Faulconbridge & Muzio, 2008).

De verwevenheid van professionaliteit en andere, 'externe' principes en waarden is nog sterker terug te vinden in het meest recente concept 'verbindende professionaliteit' (*connective professionalism*) van Noordegraaf (2020). Professioneel handelen is niet zozeer een afgebakende activiteit, ingebed in (organisatie)contexten met daarin geldende andere logica's. Veel eerder is het zo dat die andere logica's onderdeel zijn gaan uitmaken van het professioneel handelen. Van professionals wordt vandaag de dag gevraagd om hun werk zodanig te organiseren dat interdisciplinaire samenwerking mogelijk is, dat ze schaarste en capaciteitsproblemen kunnen hanteren, dat ze kunnen opereren binnen beperkte budgettaire kaders, en rekening houden met de belangen van een divers netwerk aan stakeholders. Ze worden geacht 'organiserende professionals' te zijn en verantwoordelijkheid te nemen voor het doelmatig en efficiënt organiseren van hun professionele handelen (Noordegraaf, 2020, p. 5).

Kennis en expertise op het eigen vakgebied zijn in deze benaderingen nog steeds een belangrijk en kenmerkend onderdeel van professionaliteit, maar vormen niet meer de pijler waarop autonomie en gezag van professionals is gebaseerd. Professionals zijn nog steeds experts, maar de veranderde context vraagt erom dat zij hun expertise verbinden met andere professionals, managers en beleidsmakers, cliënten en burgers, externe belanghebbenden zoals financiers, en indirecte stakeholders zoals de media. Professionaliteit wordt dus verbindende professionaliteit in vele opzichten (Noordegraaf, 2015, p. 15). De Vijlder (2014) stelt in het verlengde daarvan dat professionals, gezien de steeds complexer wordende vraagstukken en contexten, moeten leren omgaan met verschijnselen als 'niet-weten' en met botsende rationaliteiten. Betekenisgeving en oordeelsvorming kunnen niet plaatsvinden zonder verbinding met de buitenwereld, met organisatielogica's, met professionals vanuit andere disciplines en met cliënten en burgers. Professionals worden netwerkkprofessionals (Melis & De Vijlder, 2014); professionaliteit wordt relationeel. Professionaliteit is geen eigenschap of kenmerk, maar komt tot stand in interactie (Noordegraaf, 2020, p. 15):

Professionalism, in other words, is not so much made or produced by professionals themselves and then secured; it is largely 'made' by others/outsidere when they interact with professionals.

Een fundamentele implicatie van deze benadering is dat professionaliteit een processueel concept wordt (Noordegraaf, 2020, p. 5-6):

Professionalism is no longer solely linked to 'the professional'. It is linked to professional work processes (...). Instead of emphasizing the professional as 'solo practitioner', professionalism becomes more collective and processual.

Verbindende professionaliteit is daarmee een passend concept om naar de beschreven ontwikkelingen en spanningsvelden in het veranderend kennislandschap te kijken. Professionalisering is in deze benadering niet uitsluitend gericht op afbakening en inhoudelijke ontwikkeling van afzonderlijke beroepen en specialistische kennis, leidend tot segmentatie en het laveren tussen (ogenschijnlijk) moeilijk te verenigen kennissoorten, maar juist ook op samenwerken en verbinden, waardoor het overbruggen van professionele grenzen en het verbinden van kennisdomeinen mogelijk wordt.

Professionele kennis: relationeel en processueel

In samenhang met deze ontwikkeling in professionaliseringstheorieën heeft ook het denken over professionele kennis zich ontwikkeld en verbreed. Gaandeweg kreeg in de theorievorming kennis als onderdeel van professionaliteit een andere betekenis en dimensie, in lijn met het denken over professionaliteit: van kennis als een entiteit met bepaalde kenmerken naar kennis als een processueel en relationeel concept.

In de klassieke professionaliseringstheorie wordt kennis gezien als een kernelement van professionaliteit; kennis en professionaliteit zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Wilensky, 1964). We vinden hier een kennisbegrip dat geformuleerd wordt in termen van een te onderscheiden, zelfstandige entiteit met bepaalde kenmerken, iets dat mensen zich in een leerproces eigen kunnen maken en dat grotendeels overgedragen kan worden aan anderen. Freidson (2001, p. 27-32) beschrijft 'professionele kennis' als een optelsom van diverse soorten kennis: formele, gecodificeerde kennis, impliciete kennis, praktische kennis en alledaagse kennis. Hij koppelt professionaliteit met name aan de mate waarin iemand beschikt over formele, gecodificeerde en gespecialiseerde kennis (Freidson, 2001, p. 34). Abbott (1988) koppelt professionele kennis (*expert knowledge*) nadrukkelijk aan abstracte, geformaliseerde kennissystemen, ontwikkeld binnen universiteiten en academisch onderzoek.

Een meer processueel kennisconcept zien we bij auteurs die nadrukkelijk onderscheid maken tussen kennis en informatie (David & Foray, 2003; Weggeman,

2007). Informatie is passief, inert, en kan worden vastgelegd los van personen. Kennis daarentegen is gekoppeld aan het actief inzetten van deze informatie door een persoon. Weggeman (2007) omschrijft kennis als 'een persoonlijk vermogen om een bepaalde taak te verrichten' en vertaalt dit vermogen in een formule waarin kennis (K) een functie is van informatie (I), ervaring (E), vaardigheden (V) en attitude (A): $K = f(I \times EVA)$. Gecodificeerde kennis is volgens hem in het hoofd van de bezitter hetzelfde als informatie. Het geheel van ervaring, vaardigheden en attitude (EVA) is volgens hem te zien als het impliciete deel van professionele kennis, de *tacit knowledge*. Kennis ontstaat dan in een proces van betekenisgeving aan data, waarbij de componenten van bekende, gecodificeerde informatie en impliciete kennis, EVA, worden ingezet. Professionele kennis kan dus niet bestaan buiten het hoofd van een individu. Weggeman en vergelijkbare auteurs hanteren daarmee een kennisconcept dat processueel is, maar niet relationeel.

Dat is anders bij de meer context-georiënteerde benaderingen van professionaliteit, die de klassieke kennisconcepten vaak te individualistisch, objectivistisch en *acquisitional* (Fenwick, 2012, p. 4) vinden. Hier zien we meer relationele concepten van professionele kennis naar voren komen. In deze benaderingen is kennis onlosmakelijk verbonden met actief handelen in specifieke contexten en wordt het belang van het ontstaan (en verwerven) van kennis in interactie met anderen en met de omgeving benadrukt. Kennis is dan *knowing-in-practice* (Fenwick, 2012) of *knowing-in-action* (Schön, 1983). Het wordt nog steeds als een belangrijke pijler van professionaliteit gezien, maar dan vooral als een dimensie daarvan die verbonden is met de rol en positie van professionals in de samenleving en in organisaties. Barnett (1997) spreekt over de *critical professional*, waarbij *criticality* zowel naar een vereiste kritische houding van professionals ten opzichte van formele kennis verwijst, als naar een kritisch beschouwen van de relatie tussen de eigen persoon (professional) en de maatschappelijke omgeving. Professionals moeten niet zozeer problemen oplossen op basis van hun kennis, maar veel eerder in staat zijn om meerdere, soms tegenstrijdige denkschema's met elkaar te verenigen.

Noordegraaf (2020) benoemt *relational expertise* als één van de sleuteldimensies van (verbindende) professionaliteit. Professionals vullen hun eigen kern-expertise aan met de perspectieven en interpretaties van andere professionals om in samenwerking tot oplossingen voor complexe vraagstukken te komen. Contexten en vraagstukken zijn voortdurend aan verandering onderhevig als het gaat om inhoud, organisatie en structuur en onderlinge verhoudingen, en dit impliceert dat benodigde expertise 'adaptief' moet zijn: kennis ontwikkelt zich voortdurend, er is sprake van een continu leerproces in plaats van een vaststaand

professioneel kennisdomein (Noordegraaf, 2020, p. 9). Noordegraaf pleit daarmee voor het hanteren van een kennisbegrip dat relationeel én processueel is.

Een dergelijk relationeel en processueel concept van professionele kennis is te vinden bij Markauskaite en Goodyear (2017). Professionele kennis ligt in hun conceptualisering sterk in het verlengde van algemene kennis (*general knowledgeability*). Beide soorten kennis hebben, zo stellen zij, vergelijkbare fundamentele elementen als bouwstenen: expliciete, gecodificeerde kennis die collectief gedeeld en vastgelegd is; episodische kennis, opgedaan aan de hand van concreet ervaren casuïstiek in de praktijk; impliciete kennis (*tacit knowledge*) die vaak onbewust is en gebaseerd op (persoonlijke) ervaringen; attitude en waarden; het vermogen tot ordening en keuzes maken (regulatieve kennis); en tot slot vaardigheden (*know-how and skill*) (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 72).

Ze constateren dat over het algemeen in beide kennissoorten onderscheid wordt gemaakt tussen kennis (feitelijk, logisch, geobjectiveerd, onderbouwd) en geloof (overtuigingen, individuele waarheden los van erkenning door anderen), maar betogen dat dit scherpe onderscheid zowel op kennistheoretische gronden als in empirische zin niet te handhaven is. Voor professionele kennis geldt in hun optiek dat de geobjectiveerde formele kennis, zichtbaar gemaakt in vaardigheden en handelen, verweven is met waardeoordelen, standpunten, opvattingen en andere niet-rationele psychologische constructen. Ze stellen (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 74-75):

We use the term 'knowledge' in the broadest sense, to include justified propositions, hunches, beliefs, know-how, skills, habits, tacit knowledge and other constructs of human thought and behaviour expressed in language, action and other kinds of performance.

Een relevant aspect van dit kennisbegrip is verder dat professionele kennis niet gezien moet worden als een aparte, op zichzelf staande en statische entiteit. Kennis wordt niet alleen *zichtbaar* in taal en handelen in de praktijk, maar *ontstaat en wordt gevormd* in en door dit handelen, en is er niet los van te zien (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 75):

Professional knowledge, from this perspective, is a tool for interaction with the world: a tool that is used, mastered and produced in situated knowing.

Het impliceert tevens dat professionele kennis geen individuele aangelegenheid is, maar tot stand komt in de omgeving en context waarin professionals handelen

en interacteren, in een sociaal proces van betekenisgeving in relatie tot die context. Kennis wordt dus in interactie gevormd binnen het sociale construct dat professionele praktijken zijn, en waarin tot stand komt welke kennis als relevant en waardevol wordt gezien (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 75):

Practices, by being socially and historically constructed, constitute 'fields of action intelligibility' (...) which provide shape to the situation and inform practitioners about what makes sense and how they should proceed next. Practice, thus, provides a background with(in) which one distinguishes between what is reasonable and what is not, or, in a strong sense, what is true and what is false.

So, practical knowledge is not so much defined by an objective certainty of propositions, as by shared ways of seeing, a shared sense of relevance and similar ways of responding – a shared 'form of life' (...).

Markauskaite en Goodyear (2017, p. 120) spreken in dit kader ook wel over een *shared epistemic space*.

Het relationele en processuele karakter in de benadering van Markauskaite en Goodyear wordt verder zichtbaar in het onderscheid dat zij maken tussen drie vormen van professionele kennis: publieke kennis, persoonlijke kennis, en organisatiekennis (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 76-80).

Publieke professionele kennis is voor iedereen toegankelijk en kan worden gedeeld en overgedragen. Dat betreft zowel formele, gecodificeerde kennis, vastgelegd in handboeken, vakliteratuur en curricula, als de kennis die geduid kan worden als een vanzelfsprekend geheel van *cultural knowledge*, die geleerd wordt in de praktijk, door socialisatie, nadoen, oefening en ervaring. Persoonlijke professionele kennis is de kristallisatie van deze publieke kennis in een individu: een professional brengt expliciete en impliciete, eerder verworven kennis en vaardigheden in om accuraat te handelen in specifieke praktijksituaties. In de ruimte en de wisselwerking tussen deze publieke en persoonlijke kennis ontstaat en bevindt zich organisatiekennis: de gemeenschappelijk aanwezige publieke kennis én de verzameling van individuele persoonlijke kennisinhouden bepalen met elkaar wat er in de organisatie aan kennis bijeen wordt gebracht om specifieke situaties het hoofd te bieden.

De auteurs benadrukken dat organisatiekennis meer is dan de optelsom van publieke en individuele, persoonlijke kennisinhouden. Organizeatiekennis is bij uitstek een collectieve en dynamische, zelfs improviserende vorm van (professionele) kennis, die voortdurend ontstaat, vanuit het gezamenlijk vermogen van mensen om

in een specifieke context – vanuit de beschikbare kennis – betekenis te geven aan situaties en van daaruit te handelen. Professionele kennis is volgens deze auteurs dus geen statische eigenschap van de individuele of collectieve geest (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 80):

Rather it emerges dynamically from the shared propositions and collective performance of individuals across contexts and situations over time.

Het processuele en relationele karakter van professionele kennis wordt in deze beschrijving goed zichtbaar, en daarmee sluit dit kennisconcept nauw aan bij het concept van verbindende professionaliteit.

Ervaringskennis: een vergelijkbaar spectrum

In het verlengde hiervan maak ik een uitstap naar de literatuur over ervaringskennis, die vooral te vinden is bij auteurs over ervaringsdeskundigheid in de GGZ. In het kader van mijn onderzoek is het interessant en relevant om na te gaan hoe in deze literatuur 'ervaringskennis' wordt geconceptualiseerd. Ik zie daar een vergelijkbaar spectrum: van kennisconcepten die uitgaan van kennis als afzonderlijke entiteit, tot concepten die expliciet processueel en relationeel zijn.

In hoofdstuk 2 beschreef ik al de definitie van ervaringsdeskundigheid zoals die in de Nederlandse context vaak wordt gehanteerd². In deze definitie komt ervaringskennis tot stand door te reflecteren op de eigen ervaringen met een psychiatrische aandoening, met psychiatrische hulpverlening en met een herstelproces, en dit te delen met anderen. Reflectie en explicitering (want dat vraagt het delen van de ervaring met anderen) komen als kernelementen naar voren. Boevink (2017) werkt een conceptueel rijkere definitie en betekenisgeving van het begrip ervaringskennis uit (Boevink, 2017, p. 96-100). Zij definieert ervaringskennis nadrukkelijk als een vorm van collectieve kennis. Belangrijk in haar definitie is het element van verhalen. Ervaringskennis is opgebouwd vanuit individuele, en vervolgens met elkaar gedeelde verhalen over psychisch lijden en herstel. Door te zoeken naar algemeen geldende principes en patronen in de verhalen wordt tot een gezamenlijk verhaal

2 Hierin wordt uitgegaan van een driedeling in ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, die inhoudt dat: "iemand ervaring heeft met een psychiatrische aandoening (en psychiatrische hulpverlening) en een herstelproces heeft doorlopen (ervaring), op de eigen ervaringen gereflecteerd heeft en die gedeeld heeft met anderen (ervaringskennis) en dat iemand geleerd heeft hoe deze kennis in te zetten om anderen te ondersteunen (ervaringsdeskundigheid)." (Van Erp et al., 2012:9)

gekomen (Boevink, 2017, p. 100). Ook Faulkner (2017) benadrukt dit verhalende aspect en stelt dat mensen ervaringskennis ontwikkelen door anderen te ontmoeten en hun verhalen te delen in lotgenoten- en cliëntgroepen, een collectief proces van betekenisgeving. In die zin kan deze opvatting over ervaringskennis gezien worden als relationeel; het relationele is echter beperkt tot de relaties binnen de 'eigen' groep.

Een individualistischer benadering komt van Baillergeau en Duyvendak (2016), die acht soorten ervaringen benoemen (zoals 'ervaring met het doormaken van een ziekte', 'ervaring met stigma', e.d.) waaruit ervaringskennis is opgebouwd. In deze beide benaderingen komt ervaringskennis naar voren als een deels overdraagbare, te onderscheiden kennissoort, die de gangbare en geaccepteerde kennissoorten uitdaagt. Ze kunnen daarmee gezien worden als concepten die kennis als een zelfstandige entiteit zien - vergelijkbaar met de klassieke concepten over professionele kennis - en ervaringskennis nadrukkelijk *naast en tegenover* wetenschappelijke en professionele kennis plaatsen.

Tegelijkertijd streven onderzoekers naar het *verbinden* van ervaringskennis en andersoortige kennis. Baillergeau en Duyvendak stellen dat ervaringskennis niet vanuit wetenschappelijke kennis (*expert knowledge*) kan worden gevalideerd (Baillergeau & Duyvendak, 2016, p. 412). Boevink (2017) kiest de tegenovergestelde positie en wil beide kennissoorten verbinden door in een *Randomized Control Trial* de effectiviteit van het inzetten van ervaringskennis aan te tonen (Boevink, 2017, p. 111-132), dus expliciet vanuit het empirisch-analytisch kennisconcept van de biomedische wetenschap. Het is echter de vraag of hiermee werkelijk sprake is van verbinding tussen kennisconcepten; in zekere zin wordt het primaat van wetenschappelijke kennis juist bevestigd door deze kennissoort als norm te nemen.

Anders is dit bij Pols (2013), die stelt dat medische kennis en ervaringskennis vaak als complementair (en van eenzelfde aard) óf als elkaar uitsluitend (want van radicaal verschillende aard) worden gezien. Beide standpunten acht zij onbevredigend. Zij wil de verschillende kennissoorten juist 'in hun ingewikkelde relatie tot elkaar' zien en meer met elkaar verweven (Pols, 2013, p. 118). De bestaande scheidslijn vloeit volgens haar deels voort uit onduidelijkheid over de inhoud van ervaringskennis. Zij formuleert een concept van ervaringskennis dat dicht bij een processueel concept ligt: de patiënt ontwikkelt volgens Pols '(patiënten)kennis in actie' door de medische kennis naar het dagelijks leven te vertalen en daar te gebruiken (Pols, 2013, p. 118).

Tot slot is een expliciet processueel én interactief begrip van ervaringskennis te vinden bij Weerman (2016), die uitgebreid aandacht besteedt aan de

epistemologische kenmerken van ervaringskennis. Zij stelt de fundamentele vraag hoe het in principe mogelijk is om persoonlijke, unieke en voor anderen onnavolgbare ervaringen als bron van bredere, algemener geldende kennis te beschouwen. Zowel vanuit de beroepsbeoefening van sociale professionals als vanuit de positivistische, empirisch-analytische wetenschapsbenadering die ten grondslag ligt aan het biomedisch denken in de psychiatrie is dit volgens haar problematisch (Weerman, 2016, p. 69-72). In hun beroepsuitoefening dienen sociale professionals authentiek te handelen, maar daarbij is wel de norm dat het privé-domein van de professional niet betrokken wordt bij het onderbouwen van beroepsmatige keuzes. Het benutten van unieke, persoonlijke ervaring als kennisbron (ervaringskennis dus) is in de ogen van Weerman hier niet zonder meer in te passen. In de empirisch-analytische wetenschap zijn alleen waarneembare, toetsbare verschijnselen als 'waar' te beschouwen; ervaringskennis is dan problematisch, want de inhoud van de subjectieve ervaring is niet controleerbaar (Weerman, 2016, p. 74-76). Met andere woorden, vanuit de dominante perspectieven in de hulpverlening en de psychiatrie blijft ervaringskennis problematisch én blijft het nadrukkelijk tegenover professionele en wetenschappelijke kennis staan.

Als oplossing voor dit dilemma presenteert Weerman een 'existentieel-narratief perspectief op ervaringskennis' (Weerman, 2016, p. 93-96). Ze baseert zich hiervoor op de filosofie van Merleau-Ponty, die geen hard onderscheid maakt tussen de 'binnenwereld' van een mens en de buitenwereld, maar die juist een brug slaat tussen het subjectieve en het objectieve. Wij *zijn* fysiek *in* de wereld en begrijpen die wereld door deze waar te nemen in onze interactie ermee. In deze benadering zijn handelen, waarnemen en het benutten en ontwikkelen van kennis verweven (Weerman, 2016, p. 93):

Dat kan ook kennis zijn die in wetenschappelijke theorieën wordt vastgelegd. Leven, waarneming, onderzoek en kennis kunnen gezien worden als een hold upon the world. (...) De wereld van theorieën, concepten en narratieven zijn vanuit dit perspectief hulpmiddelen bij het handelen. (...) Elk onderzoek is volgens Merleau-Ponty wat dat betreft een 'handelingsonderzoek' en kent een circulair aspect: het begint vanuit een gegeven praktijk en verandert die.

Weerman spitst deze filosofie van Merleau-Ponty vervolgens toe op het begrip ervaringskennis als derde kennisbron naast wetenschappelijke en professionele kennis (Weerman, 2016, p. 94-96):

Vanuit dit fenomenologisch-existentieel perspectief is ervaringskennis kennis van de betekenisvolle manier waarop

*we als belichaamd persoon handelend in de wereld staan. (...)
Ervaringskennis is het aan elkaar demonstreren van een hold
upon the world en hierover met elkaar kunnen praten.*

In de zoektocht naar kennisbegrippen die inzicht kunnen bieden in de relatie tussen professionele kennis en ervaringskennis valt op dat in het denken over beide kennissoorten een vergelijkbare diversiteit en ontwikkeling zichtbaar wordt. De besproken theorieën over professionele kennis variëren van kennisconcepten die meer vaststaand, objectivistisch en *acquisitional* zijn tot kennisconcepten die meer processueel zijn, in meest uitgesproken en expliciete vorm dat van Markauskaite en Goodyear (2017). In de theorievorming over ervaringskennis tekent zich eenzelfde patroon af: van het afgebakend gedefinieerde concept van Boevink (2017) tot de meer processuele benadering van Pols (2013), en nog sterker die van Weerman (2016). Duidelijk komen hierin de processuele en relationele aspecten van kennis naar voren. Ervaringskennis volgens de conceptualisering van Weerman ligt daarmee dicht bij het kennisbegrip van Markauskaite en Goodyear.

3.4. Professioneel handelen

Het concept van verbindende professionaliteit en de processuele en relationele concepten van professionele kennis en ervaringskennis zijn helpend om anders te kijken naar publieke professionele praktijken en de beschreven spanningsvelden. Wat nog ontbreekt is een perspectief op het handelen van professionals: op de wijze waarop zij besluiten nemen en omgaan met de geschetste dilemma's en complexiteit. Daarom presenteer ik hier tot slot een aantal theoretische concepten die gericht zijn op professioneel handelen in de praktijk en op de besluitvorming door professionals: *mindlines*, *epistemic fluency* en *logic fluidity*. Inhoudelijk sluiten ze nauw aan bij de in 3.3 gepresenteerde concepten over professionaliteit en kennis; ook hier gaat het om processuele en relationele benaderingen.

Mindlines

Professionals mogen dan druk ervaren om *evidence based* te handelen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017), in de praktijk is het beeld genuanceerder. Uit verschillende studies wordt duidelijk dat professionals in hun dagelijks werk zeker niet alleen varen op richtlijnen en protocollen. Een Canadees onderzoek in de verslavingszorg (Jack et al., 2011) bijvoorbeeld laat zien dat de onderzochte (uitvoerend) professionals, zoals behandelaren en *counsellors*, hun besluiten vooral baseren op *best practices* waarmee ze zelf bekend waren, de specifieke behoeften

van de cliënt, en hun eigen professionele ervaring. Een beschrijvend onderzoek van kennisinstituut Movisie naar besluitvorming door sociale professionals op lokaal niveau (o.a. wijkteams) (Spierts et al., 2017) geeft eveneens aan dat *evidence based* handelen niet het belangrijkste is. Het blijkt dat sociale professionals besluitvorming als een zoektocht ervaren, die door een breed spectrum van factoren en actoren wordt beïnvloed (maatschappelijke waarden, voorkeuren van de cliënt, de organisatiecontext, eigen ervaring, en verschillende typen kennis). Professionals geven aan dat in die zoektocht gevoel en intuïtie de belangrijkste factoren zijn. Kennis, argumentatie en afweging spelen wel degelijk een grote rol, maar vaak impliciet, en professionals zijn nauwelijks bewust en actief bezig met het ontwikkelen en uitbouwen van hun kennisrepertoire (Spierts et al., 2017).

Gabbay en Le May (2004) onderzochten hoe professionals – in dit geval in de jeugdzorg – kennis mobiliseren en kwamen eveneens tot de conclusie dat formele richtlijnen (*guidelines*) hierbij nauwelijks een rol spelen. Zij accepteren deze werkelijkheid in professionele praktijken nadrukkelijk als gegeven en uitgangspunt, en presenteren vanuit deze positie een nieuw concept: ze stellen dat besluitvorming plaatsvindt aan de hand van *mindlines*. Het benutten van richtlijnen is slechts een beperkt onderdeel van professionele besluitvorming; andere, vaak impliciete kennisbronnen spelen een veel bepalender rol (Gabbay & Le May, 2004, p. 3):

In short, we found that clinicians rarely accessed, appraised, and used explicit evidence directly from research or other formal sources; rare exceptions were where they might consult such sources after dealing with a case that had particularly challenged them. Instead, they relied on what we have called “mindlines”, collectively reinforced, internalised tacit guidelines, which were informed by brief reading, but mainly by their interactions with each other and with opinion leaders, patients, and pharmaceutical representatives and by other sources of largely tacit knowledge that built on their early training and their own and their colleagues’ experience.

Epistemic fluency en logic fluidity

Als reactie op het gegeven dat besluitvorming door professionals in de praktijk plaatsvindt langs *mindlines*, zoals Gabbay en Le May het benoemen, kiezen auteurs verschillende benaderingen als het over het handelen van professionals gaat. Spierts en collega's (2017) bepleiten dat sociale professionals hun besluitvormingsproces veel explicieter maken en zichzelf steeds kritisch bevragen op de afweging tussen diverse belangen, waarden en soorten kennis.

Ook Møller (2019) kiest deze lijn. Zij benut het concept van *mindlines* in haar onderzoek naar besluitvorming door professionals in de kinderbescherming en toont hoe mobiliseren van verschillende kennissoorten niet is beperkt tot formele besluitvormingsmomenten, maar is geïntegreerd in de dagelijkse werkpraktijk. Kennis wordt dus niet zozeer als entiteit ingebracht, maar is veeleer *enacted*, wordt al handelend gemobiliseerd en gevormd. Møller bepleit daarom dat het een wezenlijk aspect van professionaliteit is om te expliciteren welke kennisbronnen zijn gebruikt om tot besluiten te komen (Møller, 2019).

Markauskaite en Goodyear (2017) tenslotte kiezen een vergelijkbare benadering, die aansluit bij hun eerder beschreven processuele kennisconcept, en presenteren het concept *epistemic fluency*. Ook zij nemen het benutten van meerdere impliciete en expliciete kennisbronnen door professionals als uitgangspunt en bepleiten dat professionals het vermogen dienen te ontwikkelen om met een diversiteit aan kennisbronnen om te gaan (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 1):

Working on real-world problems usually requires the combination of different kinds of specialised and context-dependent knowledge, as well as different ways of knowing. People who are flexible and adept with respect to different ways of knowing about the world can be said to possess epistemic fluency.

Epistemic fluency is een gelaagd en veelzijdig concept. Het ontwikkelen ervan impliceert volgens de auteurs een groeiproces in meerdere richtingen. Professionals leren kennis toepassen, vanuit deze praktijktoepassingen tot nieuwe ideeën te komen, en zo hun professionele ervaringskennis te verbinden met de formele professionele kennis. Het betekent dat ze in staat zijn tot reflectie op de eigen professionaliteit, en dat ze een focus op de toekomst en op verdere groei ontwikkelen. Het omvat het vermogen om relaties te bouwen met andere professionals. En tot slot impliceert het: geworteld zijn en actief in de wereld staan vanuit het kennen van de eigen professionele én persoonlijke identiteit (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 596). Het ontwikkelen van *epistemic fluency* is een (leer)proces dat al handelend in collectieve professionele praktijken plaatsvindt en waarbij vooral (ruimte voor) discussie tussen professionals een cruciale rol speelt (Goodyear & Zenios, 2007).

In deze beschrijvingen komt opnieuw een pleidooi naar voren voor het expliciteren van gebruikte kennisbronnen. Bovendien wordt duidelijk dat *epistemic fluency* een processueel en relationeel concept is. Het omvat zowel het vermogen van professionals om actief verschillende kennisbronnen te kunnen mobiliseren als het vermogen om in discussie en interactie met andere professionals gezamenlijk deze kennisbronnen te verkennen en verder te ontwikkelen.

Publieke professionals moeten in een complexe en dynamische context niet alleen verschillende kennisbronnen mobiliseren, ze moeten daarnaast de verantwoordings- en prestatiedruk en tegenstrijdige eisen kunnen hanteren waarmee ze in die context worden geconfronteerd. Vanuit een bestuurskundig perspectief benoemen Ten Dam en Waardenburg (2020) deze conflicterende waarden en principes waarmee professionals te maken hebben als verschillende 'institutionele logica's', zoals een professionele logica, een managementlogica, een commerciële logica en een patiëntgerichte logica. In hun onderzoek naar het handelen van zorgprofessionals in de multi-institutionele context van een Nederlands topziekenhuis zagen zij hoe deze professionals in hun dagelijkse interacties de narratieven uit de verschillende logica's gebruikten en met elkaar verbonden om de conflicterende waarden en principes te kunnen hanteren. Vanuit deze observaties komen de auteurs tot het concept van *logic fluidity*: het vermogen van professionals om zich vloeiend tussen de verschillende logica's te bewegen en op deze manier om te gaan met conflicterende eisen binnen de institutionele contexten van hun dagelijkse praktijken (Ten Dam & Waardenburg, 2020, p. 201). In zijn aard is ook dit een processueel en relationeel concept, en daarmee ligt het in het verlengde van *epistemic fluency*.

Vanuit deze drie concepten – *mindlines*, *epistemic fluency* en *logic fluidity* – kan het handelen en de besluitvorming van professionals beschouwd en geduid worden als een *dynamisch, processueel samenspel van collectieve interacties*. Dat geeft betekenis aan de wijze waarop professionals (kunnen) handelen in 'grotere' complexe contexten waarin een grote diversiteit aan kennisbronnen, actoren, instituties, perspectieven en logica's aanwezig is. We kunnen professioneel handelen en besluiten in een veranderend kennislandschap daarmee in een theoretisch perspectief plaatsen dat in het verlengde ligt van de processuele en relationele concepten van professionaliteit en kennis die in paragraaf 3.3 beschreven zijn.

3.5. Perspectief op kennis in professionele praktijken

Startend vanuit een brede analyse van de ontwikkelingen in praktijken van publieke professionele dienstverlening – de context waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden – ben ik gekomen tot een aantal theoretische concepten die een helpend perspectief kunnen bieden op het veranderend kennislandschap waarin die praktijken plaatsvinden en de spanningsvelden die daaruit voortvloeien. Verbindende professionaliteit, processuele en relationele kennisconcepten, en de begrippen *mindlines*, *epistemic fluency* en *logic fluidity*: het zijn begrippen die zowel

beschrijvend als voorschrijvend zijn, en die kunnen bijdragen aan analyse, duiding en verdere ontwikkeling van publieke professionele praktijken.

De beschreven spanningsvelden zijn sterk verbonden met klassieke beelden over kennis en professionaliteit. Door uit te gaan van meer processuele en relationele concepten wordt het beeld genuanceerder. Anders kijken geeft handvat om te begrijpen en wellicht – daaruit voortvloeiend – om anders te handelen. In deze slotparagraaf verbind ik daarom eerst samenvattend de gekozen theoretische concepten met de spanningsvelden die ik in 3.2 heb geschetst. Ik maak tot slot een verbinding met het kernthema van dit proefschrift: het inbedden van ervaringskennis in publieke professionele praktijken.

Kennissoorten verbinden

Het spanningsveld tussen harde en zachte kennis ontstaat vooral wanneer kennis wordt beschouwd als een zelfstandige, overdraagbare entiteit met vaststaande kenmerken. Het kijken en denken vanuit deze *duality of knowledge* leidt dan inderdaad tot een spanningsveld: het is of het een, of het ander. De kennissoorten zijn tegenovergesteld van aard en moeilijk verenigbaar. Kijken vanuit het processuele concept van Markauskaite en Goodyear (2017) impliceert dat de scheidslijnen niet zo scherp zijn en ook niet hoeven zijn: er is dan eerder sprake van kennissoorten die gradueel verschillen in de mate van objectiviteit en subjectiviteit, in het algemeen geldig zijn of juist particulier en uniek, die niet tegenover elkaar staan, maar op elkaar aansluiten en elkaar aanvullen. Het gebruiken van verschillende soorten kennis is vanuit dit perspectief niet zozeer een professionele eigenschap, maar veeleer een collectief, relationeel en interactief proces, waarin kennis in de vorm van al handelend wordt gemobiliseerd en ontwikkeld – een proces waarin *mindlines* vorm krijgen, en een proces dat verbindende professionaliteit en *epistemic fluency* vraagt én zichtbaar maakt.

Professionele grenzen overbruggen

Als kennis ter discussie staat én professionals tegelijkertijd gebruik moeten maken van meerdere kennisbronnen, als grenzen zich aan de ene kant manifesteren door afbakening tussen beroepen en professionals, en aan de andere kant vervagen of (moeten) worden overschreden, dan vraagt dat om een conceptualisering van professionaliteit die daarbij aansluit. De benadering van verbindende professionaliteit (Noordegraaf, 2020) komt het meest tegemoet aan die vraag en biedt perspectief om het spanningsveld tussen segmentatie en samenwerking te hanteren. De kracht van dit concept is dat het professionaliteit expliciet verbindt met ontwikkelingen in maatschappelijke en organisatorische contexten en dynamiek, en met de complexe relaties in die contexten. Professionaliteit is geen

vaststaande, afgebakende entiteit, maar krijgt vorm in een continue bewegende relatie tussen professionals, omgeving en andere actoren. Kennis is daar steeds onlosmakelijk mee verbonden, en verbindende professionaliteit sluit dan ook aan bij de kennisconcepten van Markauskaite & Goodyear (2017) en Weerman (2016). Ook *epistemic fluency* past hierbij: professionals die zich dit vermogen eigen maken, zullen beter in staat zijn om grenzen te overbruggen en met dit spanningsveld om te gaan.

Institutionele druk hanteren

De concepten verbindende professionaliteit en *epistemic fluency* geven eveneens een andere kleuring aan het omgaan met het derde spanningsveld, dat tussen vertrouwen en verantwoording. Vertrouwen in professionals is vanuit deze benaderingen niet uitsluitend gebaseerd op het beschikken over (bewezen, specialistische) kennis, maar is evenzeer verbonden met vermogens om grenzen te overbruggen, een diversiteit aan kennisbronnen te kunnen mobiliseren en verschillende soorten (professioneel-inhoudelijke, maar ook zakelijke en organisatorische) waarden en principes te kunnen verbinden. Het afleggen van verantwoording over het professioneel handelen is dan geen externe eis meer die aan professionals wordt opgelegd, maar is inherent aan het professional-zijn. Datzelfde geldt voor het beschikken over *logic fluidity*, het kunnen laveren tussen institutionele contexten met verschillende logica's, maakt het omgaan met externe institutionele prestatie- en verantwoordingsdruk.

Ervaringskennis inbedden

De concepten die ik in dit hoofdstuk heb belicht, bieden in hun samenhang een opening om anders te kijken naar kennis en professionaliteit in publieke dienstverlening, en om de vraagstelling van dit onderzoek vanuit een theoretisch perspectief te bezien. De conceptualisering van ervaringskennis door Weerman (2016) ligt dicht bij de conceptualisering van professionele kennis door Markauskaite en Goodyear (2017). Beide benaderingen stellen dat kennis al handelend en interacterend met de omgeving en met anderen ontstaat en actief wordt geconstrueerd. Uitgaande van deze beide conceptualisering zou we ervaringskennis op een andere manier kunnen zien dan nu vaak gebruikelijk is: niet zozeer als een 'nieuwe', heel andere vorm van kennis die bestaat naast of tegenover professionele kennis. Eerder zouden we over ervaringskennis en professionele kennis kunnen spreken als twee soorten kennis die in elkaars verlengde liggen, op eenzelfde spectrum van kennisopvattingen, en die elk hun eigen focus leggen op de verschillende (meer objectieve of meer subjectieve) aspecten van onze geleefde, ervaren, waarneembare wereld, die elk een ander aspect beschouwen van

ons *'being in the world'* (Weerman, 2016). Door vanuit de gekozen processuele en relationele concepten te kijken, kan het incorporeren van ervaringskennis in de GGz beschouwd worden als een collectief, interactief proces waarin professionals – met of zonder eigen ervaring met psychiatrische problemen – in staat zijn hun diversiteit aan kennissoorten samen te brengen, te mobiliseren en verder te ontwikkelen.

In de drie empirische hoofdstukken van dit proefschrift (hoofdstukken 5, 6 en 7) neem ik de drie spanningsvelden uit dit theoretisch hoofdstuk als uitgangspunt. In hoofdstuk 5 is dat het spanningsveld tussen harde en zachte kennis, in hoofdstuk 6 het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie, en in hoofdstuk 7 dat tussen vertrouwen en verantwoording. Ik beschrijf steeds hoe het betreffende spanningsveld zich uit in de professionele praktijken van de drie onderzochte teams, hoe de professionals in deze teams dat spanningsveld hanteren, en hoe ervaringskennis, ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid daar een plek in hebben. Ik gebruik tot slot de hierboven gepresenteerde (relationele en processuele) concepten van kennis, professionaliteit en professioneel handelen als de *'heuristische bril'* om deze bevindingen te analyseren en te duiden.

Onder

Hoofdstuk 4.

Onderzoeksaanpak

zoeks

aanpak

Het onderzoek waarop dit proefschrift is gebaseerd had als doel om kritisch te beschouwen en te begrijpen hoe uitdagingen rond de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid in professionele GGz-praktijken zich uiten. In dit hoofdstuk licht ik toe hoe ik vanuit deze doelstelling tot de keuze voor een kwalitatieve, etnografische onderzoeksaanpak ben gekomen. Ik beschrijf en verantwoord de wijze waarop deze aanpak concreet vorm kreeg. Na een voorbereidende periode waarin veel aandacht uitging naar vraagverheldering en literatuuronderzoek is het empirische deel van het onderzoek in de periode tussen januari 2018 en april 2019 uitgevoerd. Het vond plaats in drie multidisciplinaire, ambulante werkende GGz-teams, die onderdeel uitmaken van drie verschillende GGz-instellingen.

In paragraaf 4.1 beargumenteer ik de keuze voor een etnografische onderzoeksbenadering. De redenen om dit onderzoek uit te voeren bij drie FACT-teams in drie verschillende instellingen licht ik toe in paragraaf 4.2. Vervolgens beschrijf ik hoe het proces verliep om daadwerkelijk drie instellingen en teams te vinden die bereid waren aan dit onderzoek deel te nemen (4.3). Ook komt aan de orde welke randvoorwaarden daarbij werden gesteld. In 4.4 beschrijf en verantwoord ik de wijze van dataverzameling, waarin observaties en interviews de hoofdmoot vormen. Het theoretisch perspectief van het onderzoek heb ik in hoofdstuk 3 beschreven. Hoe dit in het onderzoek is geoperationaliseerd, is weergegeven in paragraaf 4.5. De wijze waarop ik de analyse van alle verkregen data heb uitgevoerd, beschrijf en verantwoord ik in paragraaf 4.6. Tot slot ga ik in paragraaf 4.7 kort in op het schrijfproces en de uitdagingen die zich daarin voordeden.

4.1. Keuze voor etnografische benadering

De keuze voor een etnografische benadering werd al in een vroeg stadium van het onderzoek gemaakt. Passend bij de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek was het streven om concrete, dagelijkse praktijken open te leggen. Daarmee werd beoogd inzicht te verkrijgen in de wijze waarop professionals en ervaringsdeskundigen in de GGz handelen, daadwerkelijk 'doen', voortvloeiend uit hun overtuigingen en betekenisgeving. Zoals Gains (2011, p. 158) het formuleert in een artikel over etnografisch onderzoek naar *'government elites'*:

(...) ethnography unveils the beliefs and actions of key actors and their sense-making narratives which have developed over time and which explain why and how these webs of belief inform elite action.

Dat is alleen mogelijk door hen in de dagelijkse context van hun werk te observeren, door dichtbij in praktijken aanwezig te zijn. Hammersley en Atkinson (2007, p. 3) beschrijven etnografisch onderzoek als volgt:

In terms of data collection, ethnography usually involves the researcher participating, overtly or covertly, in people's daily lives for an extended period of time, watching what happens, listening to what is said, and/or asking questions through informal and formal interviews, collecting documents and artefacts - in fact, gathering whatever data are available to throw light on the issues that are the emerging focus of inquiry.

De auteurs doelen hier op de klassieke etnografie, zoals die zijn wortels heeft in de culturele antropologie.

In grote lijnen sluiten deze beschrijvingen wel aan bij de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd, maar er zijn een paar essentiële verschillen. Om te beginnen heb ik als onderzoeker niet geparticipeerd in de onderzochte GGz-teams. Ik was als buitenstaander aanwezig, in een openlijke rol als onderzoeker, en voerde non-participatieve observaties uit. Wall (2015) beschrijft hoe zich vanuit de klassieke etnografie aangepaste vormen van etnografie hebben ontwikkeld, samenhangend met uitbreiding van het hanteren van deze benadering naar andere wetenschappelijke disciplines, zoals sociologie of andere sociale wetenschappen, met hun eigen onderzoeksthema's en doelstellingen. Eén van die aangepaste vormen is '*focused ethnography*', door Wall (2015, pp. 3-4) omschreven als een vorm van etnografie die gericht is op een duidelijk afgebakend vraagstuk in een specifieke context:

A focused ethnography usually deals with a distinct problem in a specific context and is conducted within a sub-cultural group rather than with a cultural group that differs completely from that of the researcher (...). Focused ethnography is especially relevant when conducting applied social research in highly fragmented and specialized fields of study (...).

De vraagstelling en het doel van dit onderzoek zijn gericht op zo'n specifiek, sterk afgebakend thema, namelijk de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid, in een specifieke context, namelijk multidisciplinaire teams in de GGz. De aanpak van dit onderzoek kan daarom als een vorm van *focused ethnography* worden beschouwd.

Een ander verschil met de klassieke etnografische benadering is dat ik als onderzoeker niet dag in dag uit was ondergedompeld in de onderzochte contexten.

In praktische zin was dat niet haalbaar, en om het doel van het onderzoek te realiseren niet noodzakelijk. Binnen de etnografie kan onderscheid worden gemaakt tussen *immersive* en *'hit-and-run'* etnografie (Rhodes, 2014, pp. 320-321). In de klassieke etnografie is de onderzoeker als participant langdurig aanwezig in de onderzochte context, en wordt er min of meer onderdeel van (*immersive ethnography*). Daar tegenover plaatst Rhodes vormen van etnografie waarin een onderzoeker slechts tijdelijk, op afgebakende momenten, soms op verschillende plekken, en niet per se participierend, observeert: *hit-and-run ethnography*. De manier waarop dit onderzoek is uitgevoerd, sluit aan bij deze laatste karakterisering.

Andere principes van (klassiek) etnografisch onderzoek waren wel van toepassing in dit onderzoek. Kenmerkend is het iteratief proces van theoriegebruik, dataverzameling en data-analyse (zie paragraaf 4.4 en 4.5), waarin observaties en interviews in eerste instantie een sterk open karakter hebben en er gaandeweg meer focus ontstaat. Expliciteren van gebruikte onderzoeksmethoden en methodentriangulatie bevorderen de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (Felder et al., 2021; Van Meijl et al., 2016). Reflexiviteit aangaande al deze aspecten is eveneens een belangrijk kwaliteitsaspect van etnografisch onderzoek (Van Meijl et al., 2016).

4.2. Keuze voor drie FACT-teams

Inherent aan etnografisch onderzoek is dat de onderzochten, in dit geval GGz-professionals en ervaringsdeskundigen, in hun alledaagse omgeving worden bestudeerd (Hammersley & Atkinson, 2007). De focus van dit etnografisch onderzoek is de inbedding van ervaringsdeskundigheid in settings van georganiseerde professionele dienstverlening, door betaalde ervaringsdeskundigen die hun ervaringskennis op een beroepsmatige wijze inzetten. De 'alledaagse omgeving' waarin dat gebeurt, is voor een belangrijk deel (zij het niet uitsluitend) gesitueerd in grote GGz-instellingen. Vandaar dat het onderzoek daar is gelokaliseerd.

Om twee redenen is vervolgens de keuze gemaakt om het onderzoek specifiek uit te voeren bij FACT-teams: ambulante, multidisciplinaire behandelteams die werken volgens de FACT-methodiek (Flexible Assertive Community Treatment). Ten eerste schrijft de FACT-methodiek voor dat een ervaringsdeskundige onderdeel uitmaakt van het behandelteam. FACT-teams vormen daarmee een logische vindplaats voor betaalde, beroepsmatig werkende ervaringsdeskundigen. Ten tweede was een aanname bij de aanvang van het onderzoek, ingegeven door de professionaliseringstheorie, dat de mate van professionalisering van

een beroepsgroep mede zou bepalen hoe de omgang met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen zou zijn. Tevens gaf eerder eigen onderzoek (Leemeijer, 2017; Leemeijer & Trappenburg, 2016) daarvan een indicatie. Daarom zocht ik bewust naar teams bestaande uit professionals met een verschillende mate van professionalisering (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en sociaal-agogische professionals). Multidisciplinaire FACT-teams voldoen aan die criteria, en de betreffende beroepsgroepen zijn allemaal in deze teams vertegenwoordigd.

Het FACT-model is uitgebreid beschreven in een Handboek FACT (Van Veldhuizen et al., 2008; Van Veldhuizen, 2016). Het model wordt beheerd en doorontwikkeld door de Vereniging F-ACT Nederland. Teams kunnen zich door de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) laten certificeren. FACT-teams werken voor cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen die vaak samengaan met andere problematiek. Cliënten komen langs verschillende wegen bij een FACT-team terecht: verwijzing door de huisarts, doorverwijzing door andere psychiatrische of psychologische behandelaren of teams, of aanmelding via een wijkteam. De psychiatrische diagnoses van cliënten zijn heel verschillend, van ernstige, langdurige en terugkerende depressies tot verslaving, een bipolaire stoornis, een ernstige vorm van autisme of een angststoornis. Sommige cliënten hebben meerdere diagnoses en een deel van deze cliëntgroep is licht verstandelijk beperkt. Doordat hun psychiatrische problematiek ernstig en langdurig is, kampen vrijwel alle cliënten ook met problemen op andere levensgebieden, zoals werkloosheid, financiële problemen en schulden, slechte zelfzorg of sociaal isolement.

De behandeldoelen worden samen met de cliënt vastgesteld, waar mogelijk met betrokkenheid van zijn naasten. De behandeling heeft een brede focus: het gaat niet alleen om het verminderen van psychische en lichamelijke symptomen, maar ook om het versterken van het emotioneel, sociaal en maatschappelijk functioneren van cliënten. Een FACT-team is om die reden multidisciplinair samengesteld: het FACT-model schrijft voor dat het team bestaat uit een psychiater, enkele psychiatrisch verpleegkundigen en agogisch hulpverleners (zij treden op als casemanager voor de individuele cliënten), een psycholoog, een trajectbegeleider gericht op arbeidsdeelname én een ervaringsdeskundige. Deze samenstelling kan nog worden aangevuld met een sociaaljuridisch dienstverlener, een ergotherapeut en een ambulante woonbegeleider (Van Veldhuizen et al., 2008).

Gemiddeld hebben FACT-teams een beoogde omvang van 10 tot 11 fte en hebben ze ongeveer 200 cliënten tegelijkertijd in behandeling (Van Veldhuizen, 2016). Die behandeling kan meer of minder intensief zijn; het flexibele van de FACT-methodiek zit hem er juist in dat er snel naar een intensiever contact en aanpak kan worden geschakeld als dat voor een cliënt nodig is. Dat kan bijvoorbeeld aan

de orde zijn bij een (dreigende) crisis, terugval in functioneren of verergering van symptomen. Het opschalen kan betekenen dat de frequentie van de huisbezoeken wordt verhoogd, de medicatie wordt opgehoogd, er een tijdelijke opname nodig is, of dat de psycholoog of psychiater intensiever betrokken wordt. Op deze manier kan er heel gericht naar de behoefte en omstandigheden van cliënten zorg en ondersteuning worden geboden. Elke dag start een FACT-team daarom met het bespreken van de cliënten die op dat moment bijzondere aandacht nodig hebben, omdat er crisis of achteruitgang dreigt, er net een opname achter de rug is of omdat iemand recent is aangemeld of binnenkort kan worden uitgeschreven. Tot slot werken FACT-teams nauw samen met andere zorgaanbieders, zoals wijkteams vanuit de WMO, instellingen voor verslavingszorg en huisartsen.

Etnografisch onderzoek, gericht op het gedetailleerd ‘openleggen’ van praktijken, is arbeidsintensief en omvat als gevolg daarvan over het algemeen slechts een beperkt aantal concrete settings of casussen. Dat maakt het diepgaand bestuderen ervan mogelijk (Hammersley & Atkinson, 2007). In dit onderzoek was het streven om drie teams te bestuderen. Meer zou in praktische zin te arbeidsintensief worden. Minder teams zou een smallere representatie van FACT-teams betekenen. De resultaten van etnografisch onderzoek zijn relatief beperkt generaliseerbaar (Felders et al., 2021), voortvloeiend uit het feit dat slechts één of enkele casussen of settings worden bestudeerd. Dit wil echter niet zeggen dat er helemaal geen sprake is van generaliseerbaarheid. Felders et al. (2021) geven aan dat gedetailleerde omschrijvingen van geobserveerde praktijken en veelvuldig gebruik van citaten de lezer in staat stellen zich in deze praktijken te verplaatsen en een vertaling te maken naar vergelijkbare praktijken. Ze benoemen dit als ‘inferentiële generaliseerbaarheid’. Rhodes (2014, p. 321) stelt eveneens dat het wel degelijk mogelijk is om algemene uitspraken te doen op basis van een casus, niet in de zin van statistisch betrouwbare stellingen, maar:

The extended case study ‘extract(s) the general from the unique, to move from the “micro” to the “macro”. (...) we can derive plausible conjectures from intensive fieldwork. ‘Small facts speak to large issues’ (...).

De keuze werd gemaakt om teams uit drie verschillende instellingen te onderzoeken. Deels speelden pragmatische afwegingen hierbij een rol. Het bleek moeilijk instellingen bereid te vinden tot deelname (zie 4.3), en vervolgens was het binnen de instellingen die positief reageerden lastig om meer dan één FACT-team bereid te vinden. Dit betekende dat ik nauwelijks selectief kon zijn in de keuze van de specifieke onderzoekscontext, bijvoorbeeld om een zekere verdeling aan te brengen

in de mate waarin of wijze waarop in de betreffende context beleid werd gevoerd op het gebied van ervaringsdeskundigheid.

Verder zijn er ook inhoudelijke afwegingen. Doel en vraagstelling van het onderzoek zijn immers gericht op de context van *georganiseerde dienstverlening* in de GGz in bredere zin; de FACT-teams kunnen gezien worden als een representant van deze context. Verder zou onderzoek binnen één instelling een te eenzijdig beeld kunnen opleveren, bijvoorbeeld vanwege het beleid van de betreffende instelling op het gebied van ervaringsdeskundigheid (stimulerend, of juist weinig aandacht hiervoor). Overigens is enige kritische reflectie op dit laatste aspect op zijn plaats; tijdens het onderzoeksproces en het verzamelen van de data had meer aandacht besteed kunnen worden aan dergelijke kenmerken van de bredere (organisatie) context van de teams. Dit is uiteindelijk maar summier gebeurd.

Hieronder volgt een korte kenschets van elk onderzocht FACT-team.

FACT-team Regio Oost (instelling A)

Dit FACT-team werkt in een regio met kleine dorpen, in het werkgebied bevindt zich geen middelgrote of grote stad. Eén van de uitvoerende professionals in het team (een SPV-er) is tevens teamcoördinator. Hij onderhoudt namens het team de contacten met de teammanager, die op afstand functioneert en vijf teams aanstuurt. Verantwoordelijkheden liggen daarmee laag in de organisatie en het team is redelijk zelfsturend. De instelling voert actief beleid op het gebied van ervaringsdeskundigheid. Ten tijde van het onderzoek was een intensief traject ingezet om in de hele instelling de methodiek Steunend Relationeel Handelen (SRH) te implementeren, waarin het nauw aansluiten bij het perspectief van de cliënt en de inzet van ervaringsdeskundigheid centraal staan.

FACT-team Noord (instelling B)

Het team werkt in het noordelijke deel van een kleine provinciestad. De teammanager stuurt twee FACT-teams aan en is veel aanwezig, onder andere bij het dagelijkse digibord-overleg. Daarnaast participeert zij namens beide teams (soms samen met de psychiaters of de psychologen) in veel interne, formele overlegsgremia: er is een 'intake-overleg', een aanmeldingsoverleg, een 'captains-overleg'. Instelling B heeft geen zichtbaar actief beleid gericht op ervaringsdeskundigheid. Het wordt bijvoorbeeld nauwelijks benoemd op de website. In de FACT-teams werken wel ervaringsdeskundigen. Tijdens het traject om toestemming voor het onderzoek te verkrijgen, betreft de bestuurder actief de cliëntenraad. Binnen de instelling vindt veel wetenschappelijk onderzoek plaats, er is een beleidsafdeling onderzoek en een Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en Innovatie.

FACT-team Stad Zuid (instelling C)

Dit team werkt in een aantal wijken in het zuiden van een middelgrote stad. De teammanager heeft twee FACT-teams onder zich, is af en toe bij de cliëntbesprekingen, maar niet vaak, stuurt redelijk op afstand en laat veel aan het team over. Er wordt weinig gerefereerd aan formele overlegstructuren. Instelling C voert geen zichtbaar beleid op ervaringsdeskundigheid, ook op de website van deze instelling is er weinig over te vinden. Er zijn alleen bij FACT-teams ervaringsdeskundigen werkzaam. Wel wordt ten tijde van het onderzoek een 'senior-ervaringsdeskundige' aangesteld, die een coachende rol voor de ervaringsdeskundigen in de teams moet gaan vormen.

4.3. Toegang verkrijgen

Ondanks het feit dat ik als onderzoeker en organisatieadviseur beschikte over een uitgebreid netwerk in de GGz, bleek het lastig om toegang tot GGz-instellingen (en daarbinnen FACT-teams) te krijgen om dit onderzoek uit te voeren. Instellingen werden vanaf begin 2017 benaderd via mijn eigen persoonlijke contacten, of via contacten die anderen uit mijn netwerk mij aanreikten. De eerste ingang tot instellingen waren daardoor heel verschillend: een lid van de Raad van Bestuur, een locatie- of afdelingsmanager, een teammanager van een FACT-team, een ervaringsdeskundige, psychiater of andere uitvoerende professional. Uiteindelijk verstreek een jaar voordat het lukte om bij drie van de dertien benaderde instellingen toegang en toestemming te verkrijgen.

De redenen voor instellingen of FACT-teams om niet mee te werken waren zeer divers en werden soms pas na een lange periode van overleg met diverse medewerkers en gremia duidelijk of gecommuniceerd. In een aantal instellingen werd in die periode al veel onderzoek naar of in FACT-teams gedaan. Andere teams gaven aan geen tijd te hebben, bijvoorbeeld omdat op dat moment bijscholing of training van teamleden veel aandacht vroeg. In diverse instellingen waren ingrijpende organisatorische veranderingen gaande, waardoor teams een onrustige tijd doormaakten en niet open stonden voor dergelijke verzoeken van buiten. Uiteindelijk werd toestemming verkregen van drie instellingen om bij één van de FACT-teams het onderzoek uit te voeren.

Belangrijk aandachtspunt bij het verkrijgen van toegang waren de randvoorwaarden die gerelateerd waren aan de ethische aspecten van het onderzoek. Juist bij etnografisch onderzoek een relevant aspect (Hammersley & Atkinson, 2007, pp. 42-43), en zeker als dit in de zorgsector plaatsvindt. Immers, het observeren van

professionals en teams in hun dagelijkse werk betekende dat ik namen van cliënten zou horen, cliënten zou ontmoeten en over zeer persoonlijke gegevens van hen zou beschikken. Dat vergde vanuit het onderzoek waarborgen voor behoud van privacy en anonimiteit, en vroeg om goede afspraken over het verkrijgen van toestemming van individuele professionals en cliënten.

Uiteindelijk is in het onderzoek op een aantal manieren aan deze randvoorwaarden voldaan. Allereerst werd volledige anonimiteit gegarandeerd. Ik maakte door middel van het opstellen van een geheimhoudingsverklaring de afspraak dat de betreffende instellingen en FACT-teams niet herkenbaar zouden zijn in publicaties over het onderzoek, en dat alle personen slechts geanonimiseerd zouden worden beschreven en geciteerd. In dit proefschrift zijn alle namen gefingeerd, en zijn beschrijvingen van situaties soms enigszins aangepast om herkenbaarheid te voorkomen.

Ten tweede werd een datamanagementplan opgesteld, waarin ook ethische en privacy-aspecten werden opgenomen. De ruwe en bewerkte data zijn geanonimiseerd en digitaal opgeslagen in een beveiligde *research directory* van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Ten derde werd, op verzoek van een van de instellingen waarmee overleg plaatsvond over toegang, het onderzoeksvoorstel voorgelegd aan een Medisch-ethische Toetsingscommissie (METC). Men wilde met een verklaring van een METC de garantie dat geen nadere toetsing nodig was in het kader van de Wet op het Medisch Onderzoek (een zogeheten niet-WMO-verklaring). Deze verklaring werd verkregen en daarmee waren mogelijke zorgen over ethische aspecten geen belemmering meer voor toegang.

Ten vierde zijn bij de start van het onderzoek de deelnemende teams en hun cliënten zorgvuldig geïnformeerd over het onderzoek. Teams ontvingen een informatiebrief, die vervolgens in een korte presentatie per team werd toegelicht. De cliënten van de professionals die ik zou gaan volgen, ontvingen een informatiebrief en een toestemmingsformulier. De betreffende professionals zorgden ervoor dat vooraf toestemming werd verkregen. Bij het observeren van gesprekken met cliënten en van huisbezoeken werd op het moment zelf nog een keer extra toestemming gevraagd. Een enkele keer trok een cliënt eerder gegeven toestemming ter plekke alsnog in.

De drie instellingen waar het onderzoek is uitgevoerd – vanwege de gemaakte afspraken over anonimiteit volsta ik hier met instelling A, B en C – kenden allemaal een andere ingangsroute en stelden andere voorwaarden. Hieronder beschrijf ik hoe het verkrijgen van toegang en het verlenen van toestemming in elk van deze drie instellingen verliep.

Instelling A (FACT-team Regio Oost)

Een eerste mailcontact werd gelegd met de Raad van Bestuur. Daarop volgde een gesprek met de bestuurder en een beleidsmedewerker. Het verdere proces was kort en informeel, veel overleg verliep telefonisch en per mail. De interne afstemming werd door de beleidsmedewerker gedaan: zij legde contact met een FACT-team en stemde het verzoek af met het bureau van de Geneesheer-directeur. Toestemming van dit bureau vereiste toetsing van het onderzoeksvoorstel door een Medisch-Ethische Commissie. Uiteindelijk werd door dit bureau toestemming gegeven op basis van de niet-WMO-verklaring van de METC, een geheimhoudingsverklaring en een datamanagementplan. De teamcoördinator van het benaderde FACT-team was enthousiast en na een kennismakingsgesprek met het team kon het onderzoek hier doorgang vinden.

Instelling B (FACT-team Noord)

Ook hier werd het eerste contact gelegd via een mail aan de Raad van Bestuur. Vervolgens vond een gesprek plaats met de bestuurder, het Hoofd Behandelzaken, de wetenschappelijk beleidsmedewerker van de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, en een vertegenwoordiger van de Cliëntenraad. De volgende stap bestond uit het presenteren van het onderzoeksplan aan de Programmaraad. Ter voorbereiding op dat laatste vond eerst een gesprek plaats met de voorzitter en de secretaris van deze raad. Uiteindelijk kon het onderzoek na enkele maanden gepresenteerd worden in de Programmaraad zelf. Deze reageerde positief, en de afspraak werd gemaakt dat via een aantal programmamanagers FACT-teams zouden worden benaderd. Parallel hieraan gaf de bestuurder aan dat na deze positieve reactie een formele goedkeuringsprocedure bij de interne Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en Innovatie (CWOI) doorlopen moest worden. Ook zou hij het onderzoeksvoorstel inbrengen in de Cliëntenraad. Na een langdurige schriftelijke procedure werd instemming van de CWOI verkregen. Ook de Cliëntenraad reageerde positief. Van de negen vanuit de Programmaraad benaderde FACT-teams waren er in eerste instantie twee die wilden meedoen. Uiteindelijk trok een van deze teams zich terug, waardoor alleen het laatste FACT-team overbleef. De toezegging verliep via de teammanager. Voordat het onderzoek bij dit team startte, werd met het team een afspraak gemaakt voor een korte presentatie en nadere kennismaking.

Instelling C (FACT-team Stad Zuid)

Eerste ingang waren twee professionals uit dit FACT-team, een SPV-er in opleiding en een ervaringsdeskundige, die ik ontmoette tijdens een congres over ervaringsdeskundigheid. Zij waren enthousiast over mijn onderzoeksplannen en wilden graag aan hun collega's in het team voorstellen aan het onderzoek mee te doen. Nadat het team hierop positief had gereageerd, volgden diverse contacten (telefonisch en per mail) met de teammanager, een programmamanager en een contactpersoon van de interne Commissie Onderzoek om zaken verder af te stemmen. Voor de eerste twee was met name de verwachte tijdsinvestering voor de teamleden een aandachtspunt, voor de Commissie Onderzoek de informatievoorziening naar teams en cliënten en de privacy. Uiteindelijk werd na enkele maanden en na een extra check bij het team toestemming verkregen. Tot slot vond ter voorbereiding nog een kennismaking plaats met het team, met een presentatie over het onderzoek.

Hammersley en Atkinson (2007, p. 39) wijzen erop dat dit proces van toegang verkrijgen al eerste inzichten kan opleveren over de settings waar het onderzoek plaatsvindt. In dit geval gaven de gesprekken en procedures enige (zij het beperkte) informatie over de bredere organisatiecontext waarin de drie te onderzoeken teams functioneerden. In instelling A werkten de bestuurder en beleidsmedewerker langs korte lijnen, ze gaven vanaf het eerste contact blijk van interesse voor het onderzoek, en formele procedures werden tot een minimum beperkt. Ik vond dit later weerspiegeld bij het betreffende FACT-team: het team Regio Oost kenmerkte zich eveneens door nieuwsgierigheid naar het onderzoek en een weinig formele of procedurele oriëntatie in de uitvoering van het werk. In instelling B was daarentegen sprake van een lang en uitgebreid formeel traject om toegang te verkrijgen, langs verschillende gremia en formele procedures. Dat kwam later herkenbaar terug tijdens de observaties bij team Noord: er werd vaak gerefereerd aan formele aspecten en overlegvormen en er was een duidelijke hiërarchie in de onderlinge verhoudingen. Bij instelling C tot slot verliep het verkrijgen van toegang vrij gemakkelijk; belangrijkste aarzeling van programmamanager en teammanager om mee te doen betrof de zorg over een te grote tijdsinvestering bij de professionals. Inderdaad een issue dat ook binnen het FACT-team Stad Zuid sterk speelde, zo bleek tijdens de uitvoering van het onderzoek.

4.4. Dataverzameling

De gebruikte methoden van dataverzameling zijn kenmerkend voor etnografisch onderzoek; observaties en interviews vormen de hoefdmoot (Hammersley & Atkinson, 2007). Daarnaast zijn tijdens de observatiedagen informele gesprekken gevoerd, en is na afloop van elke onderzoeksperiode een terugkoppeling aan het in die periode onderzochte team gegeven. Deze methoden-triangulatie draagt bij aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (Van Meijl et al., 2016).

In elk team waren er vijf professionals die ik schaduwde en interviewde. De selectie was gebaseerd op de gewenste vertegenwoordiging in het onderzoek van verschillende typen professionals: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sociaal-agogische professionals, en ervaringsdeskundigen. In de drie teams waren meerdere verpleegkundige en sociaal-agogische professionals werkzaam. Wie van hen ik zou observeren en interviewen, werd door de teams zelf bepaald. Interesse en bereidheid van de betreffende professionals, en hun verwachte aanwezigheid tijdens de beoogde onderzoeksperiode, waren daarbij de belangrijkste bepalende factoren. Dit leidde tot de volgende samenstelling van onderzochte professionals per team:

<i>Team</i>	<i>Onderzochte professionals (schaduwden en interview)</i>
Regio Oost	Ervaringsdeskundige, verpleegkundige (MBO-4), maatschappelijk werker, één van de twee psychiaters, psycholoog.
Noord	Ervaringsdeskundige, SPV-er, SPH-er, psycholoog, psychiater*. Daarnaast interview met ervaringsdeskundige van ander FACT-team. <i>*De psychiater kon slechts één dag individueel worden geobserveerd en er vond geen interview plaats, omdat hij tijdens de onderzoeksperiode uitviel door overbelasting.</i>
Stad Zuid	Ervaringsdeskundige/SPH-er, SPV-er, maatschappelijk werker/trajectbegeleider, psycholoog, psychiater.

Achtergrondgegevens over de instellingen (bijvoorbeeld over het beleid rond ervaringsdeskundigheid) werden verkregen via informatie op de website en uit de gesprekken in de voorbereidende fase met de contactpersonen en teammanagers. Ook werd informatie verkregen tijdens de observaties en interviews, en – zoals in 4.2 beschreven – vanuit het proces om toegang te verkrijgen.

De ruwe data die vanuit de observaties en interviews werden verzameld, bestonden uit onbewerkte veldnotities (digitaal, gemaakt tijdens observatie van team-overleggen, en handgeschreven, gemaakt tijdens observatie van cliëntcontacten) en geluidsopnamen van interviews. Ze werden digitaal uitgeschreven, geanonimiseerd en georganiseerd tot analyseerbare data: veldnotities van de team-overleggen,

geordend per dag aanwezigheid bij elk team; veldnotities van het meelopen met professionals, geordend per professional en daarbinnen weer per dag, en transcripten van interviews.

Uitvoering observaties en interviews

De observaties waren zo open mogelijk, in die zin dat ik ernaar streefde niet te selectief te zijn: ik noteerde tijdens de observaties zoveel mogelijk van wat ik zag en hoorde. Tegelijkertijd is het inherent aan observeren binnen etnografisch onderzoek dat de onderzoeker selectief waarneemt (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 142). Zo was ik in het bijzonder gespitst op interacties met ervaringsdeskundigen, en viel het mij op als die er niet of nauwelijks waren. Vanzelfsprekend waren uitspraken over ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid of de ervaringsdeskundige in het team voor mij relevant. Verder vormden aandachtspunten vanuit de theorie een leidraad (*sensitizing concepts*), bijvoorbeeld gericht op interacties en verschillen tussen professionals. Steeds heb ik keuzes gemaakt: wat noteer ik tijdens het observeren van de teams en de individuele professionals; hoe geef ik weer wat ik zag en hoorde? Relatief eenvoudig was om te noteren wat er gezegd werd (al vindt ook hier onwillekeurig selectie plaats). Lastiger was het beschrijven van andersoortige waarnemingen: non-verbale communicatie, het interpreteren van grapjes of humor of toonzetting in gesprekken, indrukken die ik kreeg van sfeer, het beschrijven van het gebouw of de ruimtes waarin de teams werkten. Ik heb ernaar gestreefd hierin zo feitelijk mogelijk te zijn.

Toch bleek uit ontvangen feedback dat mijn waarneming en de weergave ervan soms selectief en gekleurd was. Mijn betrokkenheid bij het onderwerp vertaalde zich soms onbewust in taalgebruik of accenten in beschrijvingen van de empirie. Regelmatige feedback hierop heeft mijn alertheid hierop vergroot en een neutralere benadering en weergave versterkt. Een andere invloed die ik als onderzoeker mogelijk had op de bevindingen is het feit dat ik openlijk en met bekendmaking van mijn onderzoeksdoel de observaties uitvoerde. De teamleden waren zich dus bewust van mijn aanwezigheid en hadden door mijn introductie vooraf hun eigen beelden over waar mijn aandacht op gericht zou zijn. Het is niet uit te sluiten dat zij zich anders uitten en gedroegen dan wanneer ik er niet was geweest. Soms spraken aanwezigen verwachtingen uit of maakten ze grapjes, bijvoorbeeld over wat ik zou moeten opschrijven. Mijn algemene indruk was wel dat de praktijk van alledag het snel overnam, en dat het belang en de urgentie van wat er besproken moest worden uiteindelijk bepalender was voor de gesprekken dan mijn aanwezigheid.

Alle gemaakte veldnotities werkte ik zo snel mogelijk na de observaties uit. Gaandeweg ontstond meer focus. Door het tussentijds verwerken van observaties en interviews kwamen nieuwe aandachtspunten of opvallende uitspraken naar voren, die de oriëntatie in latere observaties en interviews stuurden. Een voorbeeld daarvan is de uitspraak van een professional in het tweede team over formele professionele verantwoordelijkheden; dit werd in de interpretatie van de empirie uiteindelijk een belangrijk thema.

Ik liep bij elk FACT-team dertien of veertien dagen mee, verspreid over een periode van drie maanden. Tijdens die dagen observeerde ik alle gezamenlijke besprekingen van het team over cliënten: digibord-overleg, behandelplanbesprekingen, andere casuïstiekbespreking. Daarnaast woonde ik andere team-overleggen bij, zoals werkoverleg, intervisie, team-coaching of deskundigheidsbevordering. De teams hielden hun overleggen zittend om een grote vergadertafel in een vergaderkamer, of in de eigen teamkamer. Ik was zichtbaar aanwezig als onderzoeker; ik zat tussen de teamleden aan tafel, met (net als de meeste professionals) een laptop voor me waarop ik mijn aantekeningen ter plekke maakte. Dit maakte het mogelijk de uitwisselingen tussen de aanwezigen vrij letterlijk vast te leggen.

De gezamenlijke overleggen van de teams vonden steeds in de ochtend plaats. De rest van de dag hadden professionals hun eigen agenda, voor een belangrijk deel gevuld met huisbezoeken en afspraken met cliënten op kantoor (soms samen met collega's, en soms in aanwezigheid van naasten van de cliënt). Incidenteel namen teamleden deel aan overleg met collega's van andere teams of afdelingen binnen de instelling. Verder besteedden ze, zittend in de teamkamer, tijd aan telefoontjes en administratieve werkzaamheden, zoals het aanvullen van informatie in cliëntdossiers, bijwerken van urenregistratie of versturen van e-mails. Per team schaduwde ik vijf professionals gedurende twee of drie dagen tijdens deze werkzaamheden.

Tijdens het observeren van de individuele contacten van professionals met cliënten werd eerst hun toestemming voor mijn aanwezigheid (her)bevestigd. Daarna gaf ik desgewenst kort uitleg over het doel van de observaties, en beantwoordde eventuele vragen die cliënten hadden. Gedurende de rest van het gesprek tussen professional en cliënt hield ik mij afzijdig (ook in fysieke zin, door op afstand te gaan zitten) om het contact tussen hen zo min mogelijk te verstoren. Om dezelfde reden gebruikte ik geen laptop, maar een schrift om aantekeningen te maken. Waar ik of de professional merkte dat dit storend was, liet ik het maken van aantekeningen tijdens de observatie geheel achterwege.

De interviews werden soms op een 'meeloop-dag' ingepland, soms tijdens een (fysieke) afspraak op een ander moment. Ze waren semigestructureerd van opzet, met enkele aandachtspunten als focus, gevoed door de observaties en vanuit de theorie. Ik stelde vragen over de eigen rol en taak in het team, ieders inhoudelijke bijdrage, de samenwerking met ervaringsdeskundigen en andere professionals, en opvattingen over ervaringsdeskundigheid en de betekenis en waarde ervan. Gaandeweg ontstond net als bij de observaties meer focus. Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd.

Verder had ik tussentijds gelegenheid voor informele gesprekken met teamleden of cliënten en voor observaties, tijdens lunchpauzes, bij de koffieautomaat, of terwijl ik in de teamkamer aantekeningen uitwerkte, een gelegenheid die zich bijvoorbeeld voordeed als een cliënt geen toestemming voor mijn aanwezigheid had gegeven.

Het observeren van de teams gedurende een beperkte periode betekende dat er steeds sprake was van een momentopname. Die momenten waren toevallig en op pragmatische gronden bepaald: ik was bij voorkeur aanwezig op dagen dat vaste team-overleggen plaatsvonden, en verder was het afhankelijk van andere (werk)afspraken in mijn eigen agenda. Daardoor heb ik wellicht informatie gemist die mijn beelden hadden aangevuld of veranderd. Het kan zijn dat het team in de observatieperiode een bijzonder rustige of juist hectische tijd doormaakte, waardoor mijn bevindingen selectief zijn. Iets van dat laatste kwam naar voren tijdens de terugkoppeling naar de twee teams waar sprake was van de meeste prestatie- en verantwoordingsdruk. In beide teams waren professionals die aangaven dat in vergelijking met de observatieperiode de druk inmiddels als iets minder werd ervaren.

Member check

Na elke onderzoeksperiode bij een team gaf ik – na twee of drie maanden – een terugkoppeling, in de literatuur benoemd als *respondent validation* (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 181) of *member check* (Felder et al., 2021; Van Meijl et al., 2016). In een korte presentatie gaf ik aan welke informatie ik uit de observaties en interviews had verkregen, en tot welk beeld ik was gekomen over het team en de wijze waarop het team met ervaringsdeskundigheid en de ervaringsdeskundige omging. Vervolgens ging ik hierover met het betreffende team in gesprek. Deze gesprekken werden eveneens opgenomen en getranscribeerd.

Deze terugkoppelingen vonden plaats tijdens momenten die bij de teams stonden ingepland voor deskundigheidsbevordering of werkoverleg. Een gevolg was dat hiervoor bij alle teams niet meer dan een uur beschikbaar was. De diepgang

en kwaliteit van deze validering is daarom beperkter geweest dan gewenst. Aanvullend werd wel enige bevestiging van mijn bevindingen verkregen tijdens diverse presentaties over mijn onderzoek in het werkveld van zorg en welzijn, tijdens de afrondende fase. De geschetste gang van zaken in de teams en mijn interpretaties daarvan bleken herkenbaar te zijn. Dit vormde echter geen expliciet onderdeel van het onderzoek.

4.5. Gebruik van theorie

In etnografisch onderzoek zijn theorie en empirie met elkaar vervlochten en beïnvloeden ze elkaar in een iteratief proces. Theorie vormt een leidraad bij de dataverzameling en data-analyse, en omgekeerd kunnen de empirische data ertoe leiden dat theorie wordt aangepast of aangevuld (Hammersley & Atkinson, 2007). Dit iteratieve proces wordt abductie genoemd (Richardson & Kramer, 2006) en kenmerkt de wijze waarop theorie een rol heeft gespeeld en werd geoperationaliseerd in alle fasen van dit onderzoek.

Door gebruik te maken van wetenschappelijke literatuur uit verschillende academische disciplines is er sprake van theoretische triangulatie (Hammersley & Atkinson, 2007): de empirie is vanuit een diversiteit aan concepten en theoretische perspectieven benaderd, die elkaar aangevuld en versterkt hebben. Voor een uitgebreide weergave van de theoretische concepten in dit onderzoek verwijs ik naar hoofdstuk 3.

Concepten en theorie uit de literatuur over professionals en professionalisering dienden allereerst als *sensitizing concepts* voor de dataverzameling: ze gaven vooraf een eerste richting aan de waarnemingen (Hammersley & Atkinson, 2007). Het concept van verbindende professionaliteit bijvoorbeeld vormde een theoretische lens voor het observeren van de interacties tussen professionals. Het richtte de aandacht op aspecten als de interdisciplinaire samenwerking, het al dan niet verweven van institutionele eisen in het dagelijkse professioneel handelen, en het rekening houden met diverse logica's en belangen in hun dagelijkse context.

Tijdens de dataverzameling en eerste data-analyses kwamen thema's naar voren die aanleiding waren om aanvullende theoretische perspectieven bij het onderzoek te betrekken. Voorbeelden zijn concepten als *epistemic fluency* over het omgaan met verschillende kennissoorten, en *mindlines* over de inhoudelijke afwegingen die professionals maken in hun besluitvorming.

Tot slot zijn de gebruikte theoretische perspectieven leidraad geweest voor de data-analyse, inherent aan het iteratief proces van abductie. In de volgende paragraaf ga ik hier uitgebreider op in.

4.6. Data-analyse

Het proces van data-analyse startte met het herhaald en gedetailleerd lezen van de data. Hierdoor werd een eerste gevoel voor de opbrengst van de observaties en interviews gekregen. Hammersley en Atkinson (2007, p. 162) benadrukken het belang van dit proces van *close reading* om 'thuis' te raken in de data. Vervolgens zijn de data geordend in een herhaald proces van interpreteren en coderen, opnieuw lezen, gedetailleerder coderen en her-coderen. Dit proces van structureren en analyseren van de data is handmatig (zonder gebruik van software) gedaan. Hoewel de beschrijving hier in een min of meer chronologische volgorde wordt gegeven, liepen de verschillende stappen in de praktijk door elkaar. Het analyseren en interpreteren begon in feite al tijdens de dataverzameling, vond gedurende het onderzoek tussentijds plaats, en zette zich voort tot in de fase van het schrijven van de empirische hoofdstukken. Het proces is een afwisseling van gedetailleerd lezen en categoriseren, weer afstand nemen en naar het geheel kijken, verbanden leggen, patronen ontdekken en uitzonderingen zien. Dit continue en iteratieve proces is kenmerkend voor data-analyse in dit type onderzoek (Hammersley & Atkinson, 2007; Van Meijl et al., 2016).

De eerste stap in de analyse was het indelen van de data in drie hoofdcategorieën aan de hand van de onderscheiden spanningsvelden: kennis (harde versus zachte kennis), interactie tussen teamleden (samenwerking versus segmentatie) en besluitvorming en omgaan met verantwoordingsvragen (vertrouwen versus verantwoording).

Vervolgens bracht ik per categorie een eerste codering aan. Voor een deel waren deze ingegeven door de theorie of de vraagstelling van het onderzoek (*sensitizing concepts*), voor een deel kwamen codes voort uit de data zelf (*emergent concepts*). In de hoofdcategorie 'Kennis' waren dat bijvoorbeeld codes als 'professionele kennis', 'ervaringskennis', of 'meerdere kennissoorten', doelend op het gebruik van bepaalde soorten kennis door professionals, blijkend uit hun uitspraken. Daarbij werd tevens gecodeerd om welk type professional het ging. Bij de categorie 'Interactie tussen teamleden' waren voorbeelden van codes 'samenwerken' of 'vragen stellen aan collega'. Bij de categorie 'Besluitvorming/verantwoording' waren voorbeelden: 'eindverantwoordelijkheid psychiater', of 'risico'.

Codes werden waar nodig en mogelijk onderverdeeld in subcodes. Zo werd voor de code 'professionele kennis' een onderverdeling gemaakt naar vakinhoudelijke kennis, beleidskennis, praktijkkennis en kennis over de cliënt. Vakinhoudelijke professionele kennis werd weer verfijnd tot kennis vanuit de aanwezige disciplines, zoals psychiatrische, medische, psychologische kennis. In onderstaand overzicht is een uitgewerkt voorbeeld te vinden van hoofdcategorie, code en subcodes, met daarbij voorbeelden van notities of uitspraken waaraan deze codes werden gekoppeld.

Hoofdcategorie	Code 'professionele kennis' - subcodes:	Bijvoorbeeld tekst/uitspraak over:
KENNIS	Vakinhoudelijke kennis	<i>Diagnose, behandelmethode, symptomen, medicatie</i>
	Juridische kennis/kennis over regelgeving	<i>Aanvragen rechterlijke machtiging, bewindvoering</i>
	Beleidskennis	<i>Organisatie en structuur van de zorg, lokale beleid WMO</i>
	Praktijkkennis	<i>Actuele wachttijd voor inschakelen externe expert; gang van zaken binnen andere zorgvoorziening</i>
	Kennis van professional over de cliënt	<i>Feiten over de cliënt, wensen van de cliënt, oordelen of verwachtingen over de cliënt</i>

Belangrijk om te vermelden is dat de categorieën en codes een analytisch onderscheid aangeven; in de werkelijkheid is dat onderscheid er niet of minder strak. Uitspraken of delen uit veldnotities kunnen betrekking hebben op meerdere codes of categorieën.

Naast de codering maakte ik in de kantlijn van de tekst aantekeningen over de interpretatie van data of over zaken die mij opvielen. Een voorbeeld is de waarneming dat de professionals in de teams heel veel in vakjargon spraken; ze deelden in die zin een specifiek 'professioneel' taalgebruik. Dit wordt overal in de veldnotities zichtbaar en is om reden van overzichtelijkheid niet gecodeerd. In de tekst van het empirische hoofdstuk over kennis zijn voorbeeldfragmenten uit de data opgenomen (citaten, delen van gesprekken) om deze waarneming te illustreren. Een ander voorbeeld is dat ik aantekeningen maakte over wat ik *niet* zag. Zoals bij een ingewikkelde casus die in het team besproken werd, waarin gezocht werd naar mogelijkheden om contact met de betreffende cliënt te verbeteren. Tegen mijn verwachting in suggereerde niemand om de ervaringsdeskundige te betrekken. Dit geeft uiteraard iets weer over mijn eigen perspectief tijdens de observaties; het

illustreert dat 'objectief' waarnemen niet mogelijk is en dat het daarom belangrijk is reflexief en transparant te zijn op dit aspect van waarnemen en analyseren.

In etnografisch onderzoek speelt kwantitatieve data-analyse hooguit een zeer ondergeschikte rol (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 3). Zo ook in dit onderzoek, maar een oppervlakkige vorm van kwantitatieve analyse was niet geheel afwezig. Sporadisch kwam het voor dat ik 'turfde' hoe vaak een bepaald type uitspraak of interactie in de data voorkwam, om in de presentatie van de empirie het gebruik van termen als 'vaak' of 'regelmatig' te kunnen staven.

4.7. Schrijfproces

Schrijven is onlosmakelijk verbonden met het doen van etnografisch onderzoek en het schrijfproces is zeker niet beperkt tot de laatste fase ervan. Ik startte dit proces in feite al met het noteren van waarnemingen tijdens de observaties, gevolgd door het uitwerken van deze notities, en uitmondend in het construeren van een verhalend betoog door het analyseren en presenteren van dit materiaal. Voortdurend maakte ik daarin keuzes over *wat* weer te geven en *hoe* dit weer te geven. Schrijven en analyseren gaan daarmee samen op, zijn '*closely related*' (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 191). Dit geldt voor elke stap in het schrijfproces, zoals bijvoorbeeld wordt geïllustreerd door de beschrijving van de observaties in paragraaf 4.4.

Met name tijdens het schrijven van de empirische hoofdstukken kwam het analytisch aspect ervan sterk naar voren. Het construeren van het verhaal dwong mij om me voortdurend af te vragen wat ik wilde beweren met datgene wat ik aan data wilde presenteren. Dat betekende: vaak teruggaan naar de oorspronkelijke data en naar de coderingen, soms tot de slotsom komen dat nieuwe of meer gedetailleerde codes nodig waren, in detail inzoomen op het materiaal, weer uitzoomen om associaties en verbanden te zien. Het iteratieve proces liet zich hier ten volle ervaren.

Het eindproduct – dit proefschrift – is het best te beschrijven als een 'verhalend betoog'. De empirische hoofdstukken vormen daarin een centraal element. Op een verhalende manier worden daarin de data gepresenteerd. Ik heb ernaar gestreefd het doen en laten van de teams zoals ik dat waarnam 'levend' te maken voor de lezer. "In narrating events, we show how people act and react in particular social circumstances." (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 199). Tegelijkertijd dient dit verhaal om de lezer te overtuigen van de 'juistheid' van mijn interpretatie van de data, en de plausibiliteit van de gevolgtrekkingen die ik maak en beweringen die ik doe als onderzoeker en auteur. Schrijven is dus ook argumenteren (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 193):

(...) the ethnographer is engaged in a sustained attempt to translate their data into a text of social science argument, demonstrating relationships between data and concepts or theory.

Ik heb dit gedaan door te voorzien in 'thick descriptions' van de waargenomen situaties en gesprekken, en door het verhaal in de empirische hoofdstukken veelvuldig te illustreren met citaten. Hierin heb ik gepoogd voldoende expliciet en navolgbaar te zijn.

4.8. Tot slot

Het resultaat van het onderzoeksproces zoals ik dit in dit hoofdstuk beschreven heb, vindt zijn weerslag in de hiernavolgende drie empirische hoofdstukken. Ze vormen het hart van dit proefschrift. Ik heb ernaar gestreefd de bevindingen van het onderzoek in een verhalende vorm weer te geven, door aandacht te besteden aan concrete details over het werk en de settings van de teams, en door de onderzochte professionals en ervaringsdeskundigen veelvuldig aan het woord te laten. Ik beoog hiermee de lezer een inkijk te geven in de dagelijkse professionele praktijken van de onderzochte teams, en in de wijze waarop de professionals in deze teams omgaan met ervaringsdeskundigheid. In het afsluitende conclusiehoofdstuk kom ik tot een nadere duiding van dit alles.

Ervarings

Hoofdstuk 5.

Ervaringskennis selectief benut

kennis

selectief

benut

Het FACT-team Regio Oost heeft zijn thuisbasis in een klein kantoorgebouw aan de rand van het dorp, waar het team een eigen gang heeft met een aantal werk- en spreekkamers, een klein keukentje, en twee vergaderruimtes die gedeeld worden met andere organisaties in het pand. Op deze winterse dinsdagochtend voeg ik me bij de teamleden, die één voor één binnendruppelen, koffie halen bij de automaat op de gang, en zich verzamelen in de grote, wat donkere vergaderruimte voor het dagelijkse 'digibord'-overleg¹. Maatschappelijk werkster Katja² en SPH-er Marion komen uit de werkkamer achter in de gang. Verpleegkundige Erna sluit haar laptop aan op het grote scherm aan de wand. Vandaag is zij aan de beurt om het digibord-overleg voor te zitten. Ook Arja, de ervaringsdeskundige in het team, is aanwezig.

Nadat iedereen is aangeschoven rond de grote vergadertafel en is uitgekletst over het koude weer en schaatsplannen, begint Erna met de lijst cliënten die vanochtend één voor één worden besproken, telkens met de laatste gegevens zichtbaar op het scherm. Een deel van de cliënten komt heel kort aan de orde, met opmerkingen als *"ze is nog steeds opgenomen. Ik bel wel even met de afdelingsarts hoe de stand van zaken is"*, of *"ze stabiliseert, ben bezig medicatie van zyprexa naar oxydal te brengen, ik denk dat we daar een mooi succesverhaal hebben"*.

Bij anderen wordt langer stilgestaan, zoals bij Frits, een cliënt waar de laatste tijd veel mee aan de hand is. De psychiater, Ard, en ervaringsdeskundige Arja hebben de cliënt samen gezien. Arja wil proberen om hem te motiveren voor deelname aan een herstelgroep die zij als ervaringsdeskundige begeleidt. De anderen vinden dit een goed idee. Vervolgens komt aan de orde wat precies de diagnose van Frits is:

Arja: "Hij is bipolair, autistisch, manisch."

Ard: "Is dat jouw indruk of is dat gediagnosticeerd?"

Marion (SPH-er): "Uit het onderzoek kwam: 'autistische trekken'."

Susan (psycholoog): "Is hij ook zwakbegaafd? Vertoont nu pubergedrag!"

Arja: "Alles is voor hem 'moeten'. Heb met hem zijn medicatie uitgezet, dat duurde wel een uur."

(...)

Susan: "Hij overvraagt zichzelf."

Ard: "Diagnostiek naar intelligentie is wel zinvol. Dan weet hij het. Anders overvraagt hij zichzelf steeds weer."

1 Onderdeel van de FACT-methodiek is een dagelijkse bespreking van ongeveer 45-60 minuten aan het begin van de ochtend via een digitaal scherm, het digibord. Op dit digibord verschijnen de namen en dossiers van cliënten die vanwege een acute of veranderde situatie bespreking vragen.

2 In verband met de privacy van de mensen die aan dit onderzoek deelnamen, zijn alle namen van personen gefingeerd.

Arja: "Dat is geen herstel! Dat zijn verliesmomenten."

Susan: "Ik zal een aanvraag doen voor IQ-test. (...)"

Misschien zit er al een IQ-test in het dossier."

Dit gesprek tussen de professionals in team Regio Oost laat zien hoe de verschillende typen professionals in het team in hun onderlinge interactie een variëteit aan soorten kennis inbrengen. 'Harde', wetenschappelijke kennis, over diagnoses en IQ-tests. Maar ook 'zachtere' kennissoorten, zoals hun praktijkkennis over Frits (zijn 'pubergedrag', zijn neiging tot overvragen), of de ervaringskennis van Arja, die tot uiting komt in haar uitspraak over verliesmomenten. Ze geeft aan hoe diagnoses voor cliënten tot een gevoel van verlies kunnen leiden, in plaats van een stap naar herstel, zoals de intentie van haar collega's is.

Dit inbrengen van en bewegen tussen verschillende kennissoorten is een kenmerkend aspect van het werk in FACT-teams en kan verbonden worden met het eerste spanningsveld waarmee professionals in georganiseerde dienstverlening worden geconfronteerd: dat tussen harde en zachte kennis. De deelvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

Op welke wijzen wordt ervaringskennis gerelateerd aan de kennis van GGz-professionals?

In paragraaf 5.1 schets ik de wijze waarop de verschillende professionals in de drie onderzochte FACT-teams hun kennis inbrengen en geef ik aan hoe hun oriëntatie in eerste instantie gericht lijkt te zijn op 'harde', professionele kennis. Ik nuanceer dit beeld in paragraaf 5.2 door te laten zien hoe ze wel degelijk verschillende kennissoorten – harde én zachte – mobiliseren in hun collectieve interacties en in de interacties met cliënten. Vervolgens richt ik de aandacht op ervaringskennis: ik beschrijf hoe en waar deze kennissoort een plek heeft in de interacties binnen de teams en tussen ervaringsdeskundigen en cliënten (5.3). Die plek lijkt mede te worden beïnvloed door de beelden die binnen de teams bestaan over de aard en betekenis van ervaringskennis, het onderwerp van paragraaf 5.4. Tot slot geef ik in een concluderende paragraaf (5.5) een eerste duiding aan de bevindingen vanuit de theorie en leg ik een verbinding met de volgende hoofdstukken, waarin de twee andere spanningsvelden aan de orde komen.

5.1. 'Dit is mijn vak'

Het eerste wat mij als buitenstaander opvalt in de bovenstaande gesprekken van FACT-team Regio Oost – en ook in de andere FACT-teams is dit zo – zijn de vele impliciete én expliciete verwijzingen van de teamleden naar hun formele professionele kennis. Hun 'harde' kennis lijkt op het oog een belangrijke en zelfs dominante basis in het werk van de professionals.

Alleen al het taalgebruik is illustratief. Naast het gebruik van vele vaktermen ('signaleringsplan', 'intake', 'detox'), namen van medicijnen (clozapine, lithium, zyprexa) en afkortingen (MDO, ZAG, PAAZ)³ doen de teamleden tijdens hun cliëntbesprekingen veelvuldig uitspraken als:

"Hij is echt een dubbele-diagnose"

"Jij wilt een systeemgesprek plannen, toch?"

"Ik stuur een no show-brief"

"Ze zat even in fase rood, ze vindt het moeilijk om daar uit te komen"

"Wij zagen niet echt een toestandsbeeld"

De gebruikte taal verwijst impliciet naar professionele kennis in de traditionele zin van het woord. Deze zinnen kunnen immers alleen begrepen worden door mensen die kennis hebben over de psychiatrie: ziektebeelden en diagnoses, behandelmethodieken, werkwijzen, en het bijbehorende jargon.

Tijdens de observaties van de professionals in hun contacten met cliënten treedt hun professionele kennis soms 'tussen de regels' naar voren. Bij de huisbezoeken aan cliënten met één van de verpleegkundigen vraagt zij hen steevast – niet per se in deze volgorde – naar voeding, slaappatroon, hygiëne, en de medicatie. Ze lijkt een checklist in haar hoofd langs te lopen. Als ik haar ernaar vraag, zegt ze dat ze zich hiervan niet eens bewust is. Hardop doordenkend realiseert ze zich dat zij in contact met cliënten onbewust een vertaling maakt naar somatische problematiek. Specifieke somatische verschijnselen, bijvoorbeeld dikke benen van een cliënt, vallen haar op. Net als bij de andere verpleegkundigen die ik observeer, schemert de beroepsachtergrond en de verpleegkundige professionele kennis als *tacit knowledge* door in het contact met cliënten.

Explicietere verwijzingen naar professionele kennis zijn er ook, zoals in deze uitspraak van de psychiater van team Noord:

3 Respectievelijk: MultiDisciplinair Overleg; Zorg Advies Gesprek; Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis.

Chris: "Ik denk dat het waan is en geen schizofrenie. Als het waan is, is de prognose slecht, dus discutabel of je een heftig middel als clozapine moet voorschrijven. Anderzijds is ze suïcidaal, dus alles uit de kast trekken."

De woorden van Chris laten zijn kennis zien op het gebied van ziektebeelden (schizofrenie, wanen), van het verloop van dergelijke ziektebeelden (prognoses) en van de werking van medicijnen (wanneer is het voorschrijven van clozapine zinvol). Hij refereert expliciet aan deze kennis in de discussie tijdens het digibord-overleg over een cliënt die opgenomen is omdat ze zelfmoord dreigde te plegen. De cliënt had een goede dag en vond zelf dat ze met ontslag kon, maar de behandelaren van de kliniek en het FACT-team vinden dit te vroeg en hebben hier overleg over. Met een beroep op zijn psychiatrische kennis zet Chris zijn argumenten kracht bij; hij is van mening dat de vrouw nog een paar weken opgenomen moet blijven, en vindt wel dat medicatie gegeven moet worden.

Directe verwijzingen naar de eigen formele professionele kennis komen terug in de interviewgesprekken, zoals bij GZ-psycholoog Susan uit team Regio Oost. Op de vraag wat haar bijdrage is aan de behandeling van cliënten antwoordt zij:

*"Nou ik probeer wel mijn vak uit te oefenen natuurlijk."
(interviewer:) "En wat houdt dat voor jou in?"
"Mijn vak, ja, mijn vak is de cognitieve gedragstherapie, dus dat je mensen bijvoorbeeld met de angsten helpt, of een verandering van denken krijgen over hun ideeën. Dus dat is echt mijn vak. (...) datgene waarvoor ze verwezen worden om dat te gaan doen."*

En SPH-er Ruud van team Noord schetst het belang van de specifieke invalshoek van zijn beroepsachtergrond, de sociaalpedagogische hulpverlening. Hij ziet een duidelijke afbakening tussen de kennis van de verpleegkundigen in het team en zijn eigen agogische kennis:

"We moeten niet alles over één kam scheren, maar in de regel als je kijkt naar de verpleegkundige hoek worden mensen gezien vanuit hun ziek zijn. (...) Zo worden ze opgeleid, want dat vinden we goed en dat vinden we... in die opleiding doen we dat zo op die manier. Ik ben vanuit de agogische kant opgeleid. Dan kijk je eigenlijk veel meer naar de mens zelf. En dan ben je ook in het groepswork opgeleid (...)."

Tijdens de observaties komt die beroepseigen professionele kennis het duidelijkst naar voren in de individuele cliëntcontacten van de psychologen, de psychiaters en de maatschappelijk werkers. De contacten van deze professionals zijn in veel gevallen gericht op een deelprobleem waarover juist zij specifieke kennis hebben. Katja van team Regio Oost bijvoorbeeld richt zich als maatschappelijk werker in haar cliëntcontacten vrijwel uitsluitend op het oplossen van hun praktische problemen met instanties of met het beheer van hun administratie en financiën, en in team Stad Zuid gebruikt maatschappelijk werker Franc de IPS-methodiek⁴ om cliënten te begeleiden naar vrijwilligerswerk of betaald werk. Psychologe Susan ziet haar cliënten in het kader van opgelopen trauma's, slaapproblemen of dwangmatig verzamelen, en deze contacten bestaan vooral uit sterk methodisch opgebouwde gesprekken. Ook de andere psychologen werken met hun cliënten vaak aan de hand van methodieken, bijvoorbeeld diagnostische vragenlijsten of stappenplannen in een behandeling. De psychiaters in de teams spreken cliënten vooral (of soms uitsluitend) als het over medicatie en verloop van de psychiatrische aandoening gaat.

Ook in de cliëntbesprekingen en in onderlinge raadplegingen tussen professionals doen teamleden soms uitdrukkelijk een beroep op de specifieke vakkennis van collega's. Het duidelijkst is dat bij de psychiaters: andere teamleden betrekken of bevragen hen vaak vanwege hun kennis over medicatie, of vanwege fysieke medische problemen van cliënten. Aan de psychologen in de teams worden expliciet verzoeken gedaan voor een psychologische diagnose of behandeling, bijvoorbeeld gericht op vaststelling van autisme of op traumaverwerking. Voor het regelen van praktische zaken voor cliënten, bijvoorbeeld rond huisvesting of schuldsanering, worden de maatschappelijk werkers erbij gehaald.

Andere situaties die ik meemaak versterken mijn eerste indruk dat een oriëntatie op harde professionele kennis de overhand heeft bij de professionals, bijvoorbeeld door het werken met methodieken. Zo werd FACT-team Regio Oost ten tijde van het onderzoek getraind in de zogeheten SRH-methodiek (Steunend Relationeel Handelen), waarin herstelondersteunend werken (zie hoofdstuk 2) centraal staat. Maatschappelijk werker Katja schrijft de groei van het team in herstelgericht werken deels toe aan het volgen van deze SRH-training:

“Onze herstelgerichtheid is wel gegroeid, mede door de SRH-training. Binnen onze instelling zijn ervaringsdeskundigen

4 IPS staat voor Individuele Plaatsing en Steun (IPS), een methode om mensen met een ernstige psychische aandoening te helpen bij het verkrijgen en behouden van betaald werk.

samen met aandachtsfunctionarissen SRH deze training gaan doen, en zij hebben vervolgens weer de teams getraind.”

En tijdens mijn observatieperiode bij FACT-team Stad Zuid ben ik samen met SPV-er Ida en ervaringsdeskundige Agnes aanwezig bij een vergadering van een groep professionals (twee ervaringsdeskundigen, twee psychiaters, een SPV-er, een trajectbegeleider, en een lid van de cliëntenraad) uit verschillende afdelingen van de instelling. Zij bereiden een themamiddag voor FACT-teams voor over herstelondersteunende zorg (waarin ervaringsdeskundigheid een essentiële rol speelt). Doel van de middag is om professionals te inspireren en concrete handvatten aan te reiken om herstelondersteunende zorg in praktijk te brengen. Vooraf was afgesproken dat ieder een suggestie voor invulling van de middag zou doen. De suggesties die worden gedaan, betreffen tot mijn verwondering vrijwel zonder uitzondering professionele, vastgelegde methodieken: Yucel, RACT, het Iris-model, HEE-groepen, SRH, Roos van Leary, HOI...⁵ Daarmee lijkt hun visie op herstelondersteunend werken en de positieve effecten daarvan te versmallen tot het werken volgens een gestructureerde, professionele methodiek. Slechts een enkeling in het gezelschap denkt langs een andere lijn, bijvoorbeeld één van de aanwezige psychiaters, die voorstelt om tijdens de themamiddag vooral een open dialoog te organiseren over de inhoud van herstelondersteunende zorg, en hoe je dit als professional en als instelling praktisch vorm kunt geven.

Vakjargon, een sterke neiging tot denken in methodieken en instrumenten, teamleden die zich expliciet beroepen op hun specifieke, beroepseigen professionele kennis of elkaar daarop bevragen... het beeld van 'dominante harde kennis' die aan disciplines gebonden is, lijkt bij eerste observatie een overheersend perspectief.

5.2. Soorten kennis verbinden

Na enige tijd, naarmate ik meer bekend raak met de manier waarop de gesprekken tussen de teamleden verlopen, verschuift dit beeld. Allereerst blijken de professionals

⁵ De visueel georiënteerde Yucelmethode (vernoemd naar de bedenker) gaat uit van eigen kracht van mensen; RACT staat voor Resourcegroep Assertive Community Treatment, waarin het eigen netwerk van mensen wordt benut; Iris staat voor 'In reach in sight', een model waarbij er intensiever contact is naarmate de cliënt zieker is; HEE staat voor Herstel, Ervaring en Empowerment; de Roos van Leary is een communicatiemodel dat inzicht geeft in natuurlijke interactiepatronen tussen mensen; HOI staat voor Herstelondersteunende Intake.

naast de beroepseigen kennis eveneens te beschikken over een zekere mate van *kennis uit andere disciplines*. Dat komt bijvoorbeeld naar voren in het volgende gesprekje over een cliënt tussen twee teamleden van het FACT-team Stad Zuid:

Ida (SPV-er): “De uitslag van het intelligentieonderzoek is bekend, heeft consequenties voor jullie allemaal, voor wat zij aankan. Ze wil graag dagbesteding doen, maar dat moet prikkelarm zijn.” (...)

Mats (verpleegkundig specialist in opleiding):

“Waar moet je dan aan denken Ida?”

Ida: “75, maar tegenwoordig heb je verschillende gebieden, bij haar is informatieverwerking laag, maar als iets voorgedaan wordt kan ze het prima handelen.”

Ida en Mats, beiden met een verpleegkundige achtergrond, brengen in dit gesprek hun psychologische kennis in over intelligentieniveaus (de betekenis van score 75, namelijk een lage intelligentie) en verschillende gebieden van intelligentie (in dit geval: intelligentie in informatieverwerking). Ze weten die kennis te verbinden met psychiatrische kennis over deze specifieke groep cliënten: een lage intelligentiescore op dit gebied beperkt deze groep ernstig psychiatrische cliënten in hun dagelijks leven, ze kunnen daardoor maar weinig prikkels aan en hebben moeite informatie zelfstandig te verwerken. Het kennisarsenaal van deze twee professionals reikt dus verder dan hun verpleegkundige professionele kennis.

Er zijn veel meer voorbeelden van dit beschikken over professionele kennis vanuit andere domeinen. Zo blijken vrijwel alle professionals in de FACT-teams tot op zekere hoogte wel kennis hebben over medicatie. Een maatschappelijk werker geeft uitleg aan een cliënt – tijdens een gesprek over re-integratie naar werk – over de bijwerkingen van het medicijn lithium, of een verpleegkundige stelt in het digibord-overleg voor om een cliënt het medicijn clozapine te gaan geven. In een ander team hoor ik de psychiater aan een van de SPV-ers vragen of zij het ermee eens is dat een cliënt clozapine moet gaan slikken. Hetzelfde geldt voor psychiatrische diagnoses, of voor psychologische behandelingen: alle professionals beschikken wel over enige kennis op deze gebieden.

Ten tweede blijkt de *inhoud van professionele kennis diverser en diffuser* van aard te zijn dan het in eerste instantie leek. Professionele kennis in de zin van ‘harde, formeel vastgelegde kennis’ heeft in de praktijk verschillende – hardere en zachtere – uitingsvormen. Neem het hierboven geschetste gesprekje tussen Ida en Mats. Hun uitspraken over het intelligentieniveau van de cliënt en over wat dat betekent voor wat iemand nodig heeft, illustreren hun feitelijke, wetenschappelijk

onderbouwde kennis. Die wetenschappelijke kennis passen ze toe in kennis over behandel mogelijkheden, methodieken en protocollen (vormen van dagbesteding, handelingen voordoen). Vervolgens mobiliseren professionals die toegepaste kennis als ze een keuze maken voor een concrete behandelaanpak of methodiek. Daarbij speelt interpretatie een rol, gebaseerd op ervaring; een zachtere vorm van kennis dus. In het voorbeeld van Ida en Mats uit zich dat in hun keuze voor een bepaalde vorm van dagbesteding, die naar hun inschatting haalbaar lijkt voor deze cliënt.

Ten derde speelt in de gesprekken over cliënten niet alleen professionele kennis vanuit de verschillende disciplines een rol. De professionals *werken vanuit een veel breder arsenaal van kennissoorten*. Praktijkkennis over de situatie, wensen en eigenaardigheden van individuele cliënten. Praktijkkennis over de lokale context en situatie, en het aanbod van andere zorgorganisaties. Kennis over kenmerken of eigenaardigheden van bepaalde cliëntgroepen, zoals cliënten met een verstandelijke beperking. En kennis over landelijk en gemeentelijk beleid, over financiële kaders en over juridische bepalingen en regelgeving. Ze brengen een breed spectrum aan kennissoorten in, mede tot stand gekomen vanuit hun praktijkervaring als professional. De onderstaande twee voorbeelden illustreren dit.

Het eerste voorbeeld komt uit FACT-team Stad Zuid. Het team zit in de teamkamer bijeen voor het wekelijks multidisciplinair overleg (MDO), waarin cliënten uitgebreid worden besproken. Er wordt gezamenlijk gezocht wat ze kunnen doen voor Marga, een cliënt die veel aandacht vraagt en regelmatig problemen in haar omgeving veroorzaakt, ook nu weer. Psychiater Jaap schetst de situatie:

“Iedereen kent haar wel hè. Ben gisteren langs geweest, bij crisisdienst. Ze is zoals altijd een beetje randpsychotisch, achterdochtig, zeker niet knalpsychotisch, heel chaotisch...”

Henk (B-verpleegkundige): “Hoe kwam ze in beeld dan?”

Sanne (SPV-er): “In een restaurant, ze klampte mensen aan, politie erbij, die bellen de crisisdienst.”

Jaap: “Ze is heel ontregeld. We moeten nu inzetten op beschermd wonen.”

Jaap toont hier psychiatrische kennis over diagnoses (psychose, ontregeling, de ernst van deze symptomen), en psychiatrische kennis over een passende aanpak (namelijk de veiligheid en structuur van een instelling voor beschermd wonen). Ook heeft hij praktijkkennis over deze cliënt, want hij geeft aan dat deze symptomen bij haar vaker voorkomen (‘zoals altijd’).

De discussie gaat verder, het is een complex probleem waar ook de aanbieder van beschermd wonen, Woonzorg, bij betrokken is. Hun locatie De Winde voor beschermd wonen is volgens Jaap de beste optie, maar de cliënt wil dit niet. Wat is het alternatief? John, SPH-er, doet een voorstel en anderen reageren daarop:

“Binnen Woonzorg zelf hebben ze geen alternatief voor haar. Ze dachten aan een andere beschermde woonlocatie. Misschien iets directiever zijn, dan pakt ze het misschien wel. Ze hadden het over een flat in Zuid, maar niet De Winde.”

(...)

Henk: “Clozapine, dat moet ze weer nemen.”

Jaap: “Wil ze niet.”

John: “De Winde staan wel open, ze kennen haar, als ze haar dicht naast het kantoor zetten gaat het misschien wel. Misschien met het wijkteam overleggen over dubbele beschikking zodat Woonzorg er ook in kan blijven.”

Verpleegkundige Henk brengt hier zijn psychiatrische kennis in, wanneer hij een specifiek medicijn voorstelt. En ook John baseert zich op verschillende kennisbronnen. Zijn praktijkkennis, opgedaan vanuit zijn contacten met Woonzorg, blijkt uit zijn opmerkingen over het ontbreken van alternatieven bij Woonzorg, en over de praktische situatie binnen hun locatie (een woonplek vlak naast het kantoor). Zijn psychiatrische en psychologische kennis uit zich in zijn inschatting dat een directievere aanpak bij deze cliënt mogelijk effectief kan zijn. Zijn opmerking over het aanvragen van een dubbele beschikking getuigt van beleidskennis.

Het tweede voorbeeld komt uit een bespreking over een cliënt in het team Regio Oost tijdens het dagelijkse digibord-overleg. Mevrouw van Lier is weer opgenomen. Ze was een korte periode thuis, volgend op een eerdere opname, maar het ging al snel weer mis. Timo (verpleegkundige casemanager) geeft een schets van zijn bezoek aan haar en geeft in dat relaas blijk van zijn psychiatrische en medische kennis:

“Ze had allerlei waanbeelden. Ze is ook incontinent en heeft vermoedelijk weer blaasontsteking.”

Ard (psychiater): “Donderdag sloeg ze ook wartaal uit, maar ze had zich wel weer wat herpakt.”

Timo: “Ze is te vroeg ontslagen.”

Ard: “Bij de kliniek waren ook twijfels, maar mevrouw wilde weg.”

Timo: "Het was 's avonds bar en boos geweest, maar de volgende ochtend weer rustiger."

Flip (SPV-er): "Misschien goed haar wat langer op de kliniek te houden."

Ook Flip heeft een oordeel over de psychiatrische behandeling. Het team is het erover eens dat een langere opname nodig is. Timo heeft dit aangegeven aan de behandelaren in de kliniek. Intussen kijken de teamleden verder vooruit naar interventies die wellicht nog nodig zullen zijn, zoals gedwongen opname of behandeling. Daarbij komt hun juridische kennis naar voren:

Marion: "RM⁶ is aangevraagd."

Timo: "Voorwaardelijke RM."

Flip: "Hoe staat het nu met de RM? Is er nog geen onafhankelijke geweest?"

Ard, wijzend naar Timo: "Is de kliniek ervan doordrongen dat ze nu langer opgenomen moet blijven?"

Gesprekken als deze zijn kenmerkend voor de wijze waarop de overleggen in de FACT-teams verlopen. Alle verschillende kennisbronnen die de professionals kunnen mobiliseren – veel praktijkkennis over cliënten en hun situatie, de eigen vakspecifieke professionele kennis, én professionele kennis van andere disciplines – worden in interactie en dialoog bij elkaar gebracht, en zo komen ze gezamenlijk tot inhoudelijke keuzes.

Een enkele professional is van mening dat daarbij niet alle kennissoorten als evenwaardig worden gezien en dat met name de psychiatrische kennis soms zwaarder meeweegt in de besluitvorming binnen de teams. Psycholoog Elke uit team Noord geeft aan dat zij als psycholoog mensen voorlegt dat ze kunnen kiezen tussen *"pillen of praten en niet standaard altijd maar meteen pillen doen"*. Dat laatste is volgens haar nog wel enigszins de heersende cultuur, vooral bij cliënten die psychoses hebben. Ze refereert in dit verband ook aan een structureel collegiaal overleg dat plaatsvindt tussen de psychologen van de FACT-teams in haar instelling.

6 'RM' staat voor Rechterlijke Machtiging; een uitspraak van de rechter waarmee iemand onder dwang kan worden behandeld. Hiermee kan een cliënt bijvoorbeeld onder bepaalde voorwaarden gedwongen worden opgenomen. Met een voorwaardelijke RM kan een gedwongen opname voorkomen worden als de cliënt zich aan bepaalde voorwaarden (opgenomen in een behandelplan) houdt. In de huidige wetgeving, die in 2021 is ingegaan, is dit vervangen door een ZM (Zorgmachtiging).

Eén van de onderwerpen in dat overleg is de *“blijvende strijd”* die ze als psychologen moeten voeren om *“psychologische behandelingen in zicht te houden”*.

Ook ervaringsdeskundige Arja en SPH-er Marion uit team Regio Oost zinspelen op een dominante rol van psychiatrische kennis, in een gesprek dat zij hebben met een externe trainer, na afloop van een sessie met het team. Ze blikken samen met een externe trainer terug op de sessie groepscoaching SRH die zij zojuist met het team hebben gedaan. Voorafgaand aan de sessie heeft Marion aangegeven te willen bereiken dat teamleden *“kijken naar kracht en niet alleen naar diagnose en beperkingen”*. Arja uit zich tevreden over de opbrengst, maar constateert:

“Ze zitten hier natuurlijk allemaal op het ziektemodel vastgeklonken”.

Marion beaamt: “Ja, heel erg het medisch model”.

Tot slot komt in de teamdiscussies naar voren dat het mobiliseren van al die verschillende soorten kennis niet het enige is dat bepaalt welke stappen er worden gezet. *Persoonlijke indrukken, emoties en normen en waarden* kleuren de gesprekken en besluiten. De roerige situatie rond mevrouw Van Lier, die ik hierboven schets, laat ook dat aspect zien. In de periode dat ik team Regio Oost volg, wordt mevrouw Van Lier regelmatig besproken, en ik ontmoet haar zelf als ik een dag met ervaringsdeskundige Arja meeloop en we bij haar op huisbezoek gaan. Er spelen veel problemen bij deze cliënt: psychiatrische, medische en sociale. Er is daarom een intensieve begeleiding nodig vanuit verschillende disciplines. Het blijkt echter niet gemakkelijk om met haar om te gaan en een vruchtbaar contact met haar tot stand te brengen, en daarbij spelen emoties en persoonlijke voorkeuren zeker een rol. Verschillende teamleden zijn al haar eerste contactpersoon geweest, maar dat loopt niet altijd goed. Haar verstandelijk beperkte vriend, die bij haar inwoont, is altijd bij de gesprekken en is daarin soms een stoorzender. Arja vindt haar wel grappig en het lukt haar om met humor contact te leggen met de vrouw, maar dat geldt niet voor iedereen. Dan weer houdt de cliënt het contact af, dan weer laat ze mensen wel binnen, maar gedraagt ze zich ronduit grof en beledigend. Niet alle teamleden kunnen daar goed mee uit de voeten. Verpleegkundige Erna bijvoorbeeld was furieus na een crisis-huisbezoek samen met psychiater Ard, waarin de vrouw hen de huid had vol gescholden. Erna:

“Een he-le onbeschofte vrouw! We waren een kwartier te laat, ze ging me toch te keer. Als het aan mij had gelegen, waren we weggegaan. (...) Ze is op iedereen boos.”

Naar aanleiding van de herhaalde opname in de kliniek signaleert Timo dat nog niet is afgesproken wie hierna haar contactpersoon zal zijn. Dat is SPH-er Marion nu, maar mevrouw Van Lier en haar vriend zijn vaak boos op haar, ze *“hebben iets tegen haar”*, zo geeft Timo aan. Hij stelt voor dat de ervaren SPV-er Flip het gaat doen, volgens hem is de vrouw *“ook wel leuk”* en kan Flip er wel wat mee. Die werpt tegen dat hij niet zo goed met haar partner overweg kan, maar de anderen roepen dat iedereen dat heeft. Flip laat zich overtuigen. Marion raadt hem aan vooral goed met ervaringsdeskundige Arja te overleggen, zij heeft intensief contact met mevrouw Van Lier en weet dat positief te houden.

Uit deze nadere beschouwing van de geobserveerde gesprekken wordt duidelijk dat ‘professionele kennis’ niet uitsluitend de harde en discipline-gebonden kennis is die op het eerste gezicht dominant lijkt te zijn in de teams. Het beeld dat naar voren komt is veel genuanceerder. De teamleden verbinden door middel van dialoog en uitwisseling de verschillende soorten kennis en kennisbronnen waarover ze beschikken met elkaar: hun *professionele kennis wordt in interactieve processen werkzaam gemaakt*.

Bovendien blijkt deze toegepaste, ‘geleefde’ professionele kennis over discipline grenzen heen te worden gevormd. De verschillende kennissoorten zijn niet voorbehouden aan afzonderlijke disciplines. Niet alleen de psychiater in team Regio Oost, maar ook de verpleegkundig casemanager schat op basis van psychiatrische kennis, bijvoorbeeld over de betekenis van waanbeelden, wartaal en escalatie in gedrag, in wat nu een verstandige stap is. Hoe de procedure voor een rechterlijke machtiging (RM) verloopt, is bekend bij de SPH-er, de SPV-er én de verpleegkundig casemanager. En de vier professionals uit team Stad Zuid hebben allemaal praktijkkennis over de context en de situatie van de cliënt, kennen haar al langer en weten haar gedrag te taxeren. We kunnen zeggen dat de professionals in de teams *epistemic fluency* laten zien: ze blijken in staat om actief verschillende kennissoorten te verkennen, mobiliseren en verder te ontwikkelen.

In dit proces komen de professionals tot een collectief en steeds verder ontwikkeld beeld van de cliënten en hun situaties. Ze maken de keuzes voor interventies vanuit hun gezamenlijke, diverse kennis en hun praktijkervaringen. Vaak worden die gezamenlijk kennis, eigen praktijkervaring en die van collega’s impliciet gehanteerd in de onderlinge interactie en nauw verweven met emoties en overtuigingen. Hierin valt te herkennen dat het handelen en besluitvorming binnen de teams plaatsvindt langs *mindlines*, en niet langs formele, professionele *guidelines*.

5.3. Ervaringskennis beperkt zichtbaar

In al die interacties waarin kennis wordt ingebracht is er echter één kennissoort die tijdens mijn observaties bij de drie teams maar heel weinig zichtbaar wordt: ervaringskennis. De *epistemic fluency* die de professionals in de teams laten zien, lijkt zich niet uit te strekken tot ervaringskennis en deze kennissoort lijkt veelal nauwelijks verweven te zijn in de *mindlines* van de professionals.

Een illustratie hiervan is te zien in een langdurige casusbespreking in team Noord over Jolanda, een cliënt die net voor de tweede keer binnen een half jaar is opgenomen. SPV-er Luca heeft als 'dossierhouder' van Jolanda de casus ingebracht, omdat zij echt niet meer weet hoe zij verder moet met haar. De eerste opname was na een suïcidepoging, en er is nu zorg over herhaling. De beide SPH-ers in het team delen deze zorg, volgens hen was Jolanda bij deze recente opname opnieuw suïcidaal. Er volgt een uitgebreide besprekronde, waarin de aanwezige teamleden (onder andere de psychiater en de ervaringsdeskundige ontbreken) Luca bevragen op de situatie, de problemen waarmee de cliënt kampt, en op de acties die er tot nu toe zijn ondernomen. Het wordt duidelijk dat er al heel veel is geprobeerd, dat de betrokken teamleden eigenlijk niet goed weten wat de cliënt zelf precies wil, dat er angst voor een nieuwe suïcidepoging is, en dat het ontbreken van goed contact met deze cliënt onderdeel van het probleem is.

Het gesprek mondt uit in een adviesronde, waarin de collega's suggesties doen aan Luca voor het vervolg. Naast ideeën als meer structuur bieden, medicijnen ophogen en een signaleringsplan⁷ invullen, is één van de overtuigingen dat het belangrijk is een betere relatie met Jolanda te krijgen en haar vertrouwen te winnen. Luca geeft aan dat ze intensief heeft ingezet op versterken van het contact, maar dat ze bij Jolanda tegen een muur aanloopt, "*er is geen relatie op te bouwen*". Er volgen ideeën om te proberen het contact met Jolanda toch te verbeteren:

Driss (SPV-er in opleiding) "Zelf denk ik: dit gesprek met familie en broer hebben, aangeven dat wij ons ook onmachtig voelen, familie meenemen als bondgenoot. Met name vanwege de zorg over suïcide!"

7 Signalerings- of crisisplannen en crisiskaarten zijn instrumenten waarmee cliënten kunnen beschrijven welke signalen in hun eigen gedrag kunnen wijzen op een naderende crisis (bijvoorbeeld een psychose) en hoe de omgeving daar dan het beste op kan reageren. Elke cliënt in een FACT-team moet een signalerings/crisisplan hebben. Soms wordt het opstellen hiervan (samen met de cliënt) als taak toebedeeld aan de ervaringsdeskundige, maar ook professionals doen dit.

(...)

Jochem (IPS-begeleider): "Er was ook als oplossing bedacht om haar broer op korte termijn in te zetten."

Mieke (SPH-er): "Dat doen ze wel, houdt ze even vol, maar dat ebt dan weer weg."

Erik (SPV-er): "Signaleringsplan lijkt me heel belangrijk."

Elke (psycholoog): "Geestelijke verzorging inzetten? (...)"

De familie en de broer van Jolanda betrekken, geestelijke verzorging erbij halen: juist omdat het gaat om contact leggen en dicht bij deze cliënt komen, valt het op dat niet gedacht wordt aan de ervaringsdeskundige. Er wordt immers algemeen aangenomen dat ervaringsdeskundigen die verbinding bij uitstek kunnen leggen, omdat zij dit vanuit hun ervaringskennis doen.

Verder worden diverse suggesties gedaan voor het aanboren van kennisbronnen die nog niet benut zijn:

Petra (teammanager): "Is er extern advies opgevraagd?"

Elke: "Inderdaad. Andere partijen vragen om advies."

Petra: "CCE⁸ inschakelen."

Mieke: "Die hebben pas in november tijd..."

Elke: "Ander FACT-team?"

Ruud (SPH-er) denkt nog aan het inschakelen van het team voor cliënten met een verstandelijke beperking, en onderzoek doen zoals ook bij een andere cliënt is gebeurd:

"Dan hebben we er alles aan gedaan. Als ze een IQ van 65 heeft werpt het een ander licht op de zaak."

Elke: "Ook hier, achterdocht, waarom doe je dat? (...)"

Verschillende mogelijkheden om een beroep te doen op de kennis van anderen (andere GGz-teams, externe experts) passeren de revue, maar niet de optie van de ervaringskennis die de eigen ervaringsdeskundige uit het team, Thijs, zou kunnen inbrengen.

Niet alleen in deze casus, ook in andere collectieve besprekingen van dit Team Noord blijft ervaringskennis vrijwel onbenut. Slechts eenmaal hoor ik één van de professionals (Chris, de psychiater) een cliënt verwijzen naar Thijs. Zelf brengt Thijs tijdens de overleggen af en toe actief zijn ervaringskennis in door

8 CCE staat voor Centrum voor Consultatie en Expertise, een landelijk expertisecentrum waar zorgprofessionals advies kunnen vragen over ernstig probleemgedrag van cliënten.

vanuit het perspectief van de cliënt vragen te stellen of een opmerking te maken. Zo wil het team meer druk gaan uitoefenen op een cliënt die afhoudend is naar de hulpverlening en soms medicatie weigert uit angst voor bijwerkingen. Thijs waarschuwt en geeft aan dat druk ervaren juist frustratie kan opleveren. Bij een andere cliënt pleit hij voor meer geduld: het team bespreekt hoe een heel passieve cliënt in beweging kan worden gekregen, en Thijs geeft aan dat iemand erg veel tijd nodig kan hebben om zo'n omschakeling te maken. Over het algemeen reageren de andere teamleden echter nauwelijks op zijn inbreng, of ze leggen hun eigen standpunt nog eens uit.

In de andere twee teams gebeurt het iets vaker dat expliciet wordt gevraagd om ervaringskennis. In de meeste gevallen is dat om tot een beter contact met cliënten te komen. In beide teams is het vooral één professional die actief handelt om ervaringskennis te mobiliseren: SPV-er Ida in team Stad Zuid, en SPV-er Flip in team Regio Oost. Zij zijn allebei sterk gericht op het versterken van de eigen regie van cliënten en zijn het meest actief in het betrekken van ervaringsdeskundigen. Ida brengt cliënten die kampen met een verslaving vaak in contact met een aantal mensen met ervaringskennis die buiten het team als vrijwilliger inzetbaar zijn. Ze beschikt hiervoor over een klein netwerkje van cliënten, die hun ervaringskennis op deze manier in willen zetten voor mede-clieënten. Ze organiseert verder tijdens mijn observatieperiode een sessie voor het team om hun deskundigheid over verslaving te versterken, en doet dit samen met twee ervaringsdeskundigen. Ook Flip hoor ik cliënten regelmatig verwijzen naar zijn ervaringsdeskundige collega Arja. Het roept de vraag op of het mobiliseren van ervaringskennis vooral persoonsafhankelijk is. Het lijkt in elk geval niet vanzelfsprekend te zijn voor alle onderzochte professionals.

Die constatering betekent niet dat ervaringskennis onbenut blijft in alle onderdelen van het werk van de FACT-teams. De momenten waarop het mobiliseren ervan wél goed zichtbaar wordt, zijn de individuele contacten tussen ervaringsdeskundigen en cliënten tijdens de huisbezoeken. Zo vertelt ervaringsdeskundige Arja uit team Regio Oost regelmatig expliciet over haar eigen ervaring, bijvoorbeeld als ze met een cliënt een wijziging in zijn medicatie bespreekt waar hij aan moet wennen. Ze schetst hem hoe zij dit zelf meemaakte en wat toen voor haar de voor- en nadelen waren. Een andere cliënt, een jonge vrouw, vertelt tijdens het huisbezoek heel blij dat ze zwanger is, maar uit ook haar zorgen: zal ze wel een goede moeder kunnen zijn, met al haar psychische problemen? Arja vertelt over haar eigen ervaringen als moeder, in haar gezin gaat het goed al is het niet altijd gemakkelijk, en ze geeft aan dat iemand altijd meer is dan haar psychische stoornis.

Ook bij ervaringsdeskundigen Agnes uit team Stad Zuid en Thijs uit team Noord komt vooral tijdens hun individuele gesprekken met cliënten naar voren wat de betekenis kan zijn van hun ervaringen en ervaringskennis. In een gesprek met een cliënt over zijn signaleringsplan is Agnes er alert op dat er voldoende inbreng en regie van de cliënt zelf is, door te interrumperen met vragen als *“ik ben benieuwd wat jij er zelf van vindt?”* of door op te merken *“jij beslist”*. Ze uit zich vaak begrijpend, invoelend en herkenkend, en bewaakt steeds de eigen wensen van de cliënt (*“als je zelf niet meer kunt beslissen over medicatie, wie zou dit dan voor jou moeten doen?”*). In een lotgenotengroep voor mensen met psychosen, die begeleid wordt door Agnes en een ervaringsdeskundige collega, komt het thema ‘stoppen met roken’ aan de orde en vertelt Agnes open over haar eigen vroegere inspanningen om te stoppen met drinken.

Dat is precies wat de professionals aangeven als ik ze vraag hoe ze naar ervaringsdeskundigheid kijken. De meesten ‘lokaliseren’ ervaringsdeskundigheid vooral in de individuele relatie tussen ervaringsdeskundige en cliënten. Juist dáár ligt in hun optiek de toegevoegde waarde; vanuit hun ervaring maken ervaringsdeskundigen beter en gemakkelijker contact met cliënten:

“Mijn ervaring is dat ervaringsdeskundigen een extra ingang hebben bij patiënten”. (Jaap, psychiater team Stad Zuid)

“(…) want ik denk dat het wel een belangrijke brugfunctie vervult vanuit hun ervaring die zo’n ervaringsdeskundige heeft. Vanuit zijn of haar problematiek makkelijker kan aansluiten bij een patiënt.” (Ard, psychiater team Regio Oost)

“Ja, ik probeer natuurlijk ook naast de cliënt te staan. Maar Arja kan dat vanuit haar ervaring natuurlijk toch nog meer doen.” (Erna, verpleegkundige team Regio Oost)

Overigens vindt de inbreng van eigen ervaring niet altijd weerklank bij cliënten. Op een middag ga ik mee met Thijs op huisbezoek naar Riet, een oudere vrouw die al lang in behandeling is. Thijs stelt steeds vragen aan haar vanuit zijn eigen beleving: *“heb jij dat ook, dat je je beter voelt als je dit doet?”*. Riet reageert echter nauwelijks, geeft alleen korte antwoorden in de vorm van ja of nee, en het gesprek stukt in ongemakkelijke stiltes. Ervaringskennis of ervaringsdeskundigheid is blijkbaar geen garantie voor beter contact met cliënt, en wellicht draagt dat bij aan de bescheiden mate waarin professionals van die ervaringskennis gebruik maken.

In de wijze waarop Arja, Agnes en Thijs hun ervaringskennis mobiliseren, vallen tot slot twee aspecten op. Allereerst: het taalgebruik en de houding van de ervaringsdeskundigen in hun gesprekken met cliënten zijn vaak anders dan van de niet-ervaringsdeskundige professionals. Met Thijs maak ik een sessie mee van de herstelgroep die hij begeleidt. De groep bereidt een bezoek voor van iemand die zijn herstelverhaal komt delen, en het gesprek komt op het doormaken van een psychose. Een deelnemer heeft vragen over de genetische basis van psychosen, en over triggers als stress en drugsgebruik. Thijs vertelt hoe bij hem drugsgebruik, stress en psychosen nauw samenhangen. De anderen brengen daarop ook hun psychose-ervaringen in. Thijs constateert:

“We hebben allemaal op onze eigen manier psychose-ervaringen, en op onze eigen manier herstel”.

Thijs spreekt nadrukkelijk over ‘we’ en ‘onze ervaringen’. Ook Agnes doet dit regelmatig in haar ontmoetingen met cliënten. En Arja is zelfs in fysieke zin nabij: gaat bij een cliënt op de rand van het bed zitten, of op de rollator. Ze pakt bij een andere cliënt over de tafel heen haar handen vast, terwijl ze elkaar vertellen over hun vakanties. De cliënt vertelt me aan het eind van dit huisbezoek dat ze heel blij is met Arja: *“het is eerder alsof er een vriendin zit”* zegt ze, en geeft daarmee woorden aan de indruk die ik zelf van hun ontmoeting had. De ervaringsdeskundigen verhouden zich dus over het algemeen op een minder afstandelijke, informelere manier tot cliënten dan hun collega’s, vanuit de gedeelde ervaring en het begrip en de herkenbaarheid die daaruit voortvloeien.

Het tweede is dat er minder sprake lijkt te zijn van het mobiliseren van *collectieve* ervaringskennis. Het zijn vooral de eigen, individuele en particuliere ervaringen die deze ervaringsdeskundigen inbrengen. Als ze spreken over ‘wij’ of ‘onze ervaringen’ doelen ze op zichzelf en de cliënt, niet op ervaringsdeskundigen in het algemeen. Ze maken zelden een koppeling naar een breder geldende kennisinhoud die daarmee verbonden is, althans niet expliciet waarneembaar. Ervaringskennis in de zin van een collectief geldende kennissoort, zoals dat in de literatuur en in veelgebruikte definities wordt aangeduid, lijkt al met al nauwelijks een rol te spelen in het handelen en de besluitvorming binnen de teams.

5.4. ‘Ervaringskennis hebben we allemaal wel’

Wellicht is deze relatieve onzichtbaarheid van ervaringskennis in de praktijken van de teams voor een deel te verklaren uit het feit dat ‘ervaringskennis’ voor de teams

een diffuus begrip blijkt, dat in gesprekken zelden expliciet wordt genoemd en waar de teamleden in interviews of tussentijdse gesprekken heel verschillend invulling aan geven. De definities blijven meestal heel impliciet. Vaak maken ze weinig of geen onderscheid tussen het begrip 'ervaringskennis' en de begrippen 'ervaring' en 'ervaringsdeskundigheid'. Illustratief is het volgende gesprekje dat ik opvang in de teamkamer van team Stad Zuid:

Agnes (ervaringsdeskundige): "Nee, hij heeft ervaring maar dan is hij nog niet ervaringsdeskundig, dat is pas als je een opleiding hebt gedaan."

Nico (psychiater in opleiding): "O, dat is mooi om het zo te benoemen!"

Sanne (SPV-er): "Ja dat is zo, maar ik denk dat mensen die zelf cliënt zijn geweest zichzelf al snel als ervaringsdeskundig benoemen."

Als ik in interviews met niet-ervaringsdeskundige professionals vraag naar de rol van de ervaringsdeskundige in het team verwijst vrijwel niemand naar zijn of haar ervaringskennis. SPH-er Ruud uit team Noord lijkt eerder uit te gaan van het tegendeel als hij aangeeft dat de ervaringsdeskundige "wat minder belast is met theoretische toestanden", en psychiater Jaap uit team Stad Zuid benoemt vooral "het perspectief vanuit de patiënt" als hij het over ervaringsdeskundigheid heeft. Anderen benoemen als kern van ervaringsdeskundigheid niet zozeer de kennis, maar veeleer de ervaring:

"Ik denk dat het wel een belangrijke brugfunctie vervult vanuit hun ervaring die zo'n ervaringsdeskundige heeft. (...) Ik proef in de hele sfeer dat de patiënt het idee heeft dat-ie meegenomen wordt aan de hand van ervaringen die zo'n ervaringswerker, ervaringsdeskundige heeft." (Ard, psychiater team Regio Oost)

"Ik vind het sowieso heel belangrijk dat mensen met eigen ervaringen kunnen deelnemen aan hulpverleningstrajecten.(...) Agnes die zal als zij met cliënten werkt zich nadrukkelijk presenteren als ervaringsdeskundige, waarmee zij zich heel gelijkwaardig naast de cliënt opstelt en ook uitdrukkelijk vanuit eigen ervaringen zal praten." (Franc, maatschappelijk werker team Stad Zuid)

"Waarvan je echt kan zeggen dat is niet zozeer een professional, ondanks dat ze dat is, maar echt iemand met een stuk eigen ervaring." (Jan, psychiater team Regio Oost)

Een uitzondering is Ida, die wel expliciet verbinding aanbrengt tussen kennis en ervaring:

“Kennis en ervaring vind ik wel mooi klinken, omdat het inderdaad is dat mensen door de ervaringen, dat heb ik zelf ook in mijn leven, wat ik ervaren heb, daar doe ik kennis aan op.”

De ervaringsdeskundigen zelf maken wat meer onderscheid tussen ervaring en kennis, maar ook in de gesprekken die ik met hen voer komt het begrip ervaringskennis meestal vrij impliciet aan de orde en is de omschrijving ervan niet altijd scherp. Tijdens de observatieperiode bij team Noord interview ik Kiera, een collega-ervaringsdeskundige van Thijs bij een ander FACT-team binnen de organisatie. Zij verwijst in ons gesprek over ervaringsdeskundigheid impliciet naar een kennisbasis die verkregen wordt door opleiding:

“Ervaringsdeskundigheid, dat is echt een vak. Het wordt nog steeds gezien als mensen met ervaring (...). In plaats van: hier is iemand die ook opgeleid is, die ook een professional is.”

Verderop in het gesprek legt ze uit dat ervaringsdeskundigheid meer omvat dan de individuele ervaringskennis. Het omvat daarnaast reflectie op die individuele kennis, uitgaan van gelijkwaardigheid en wederkerigheid in het contact met cliënten, en inzicht in het systeem. Thijs zelf ziet vooral het delen van zijn eigen herstelverhaal als het meest essentiële element van zijn ervaringsdeskundigheid en heeft het niet over ervaringskennis. Hij beschouwt zichzelf als een (beginnend) beroepsbeoefenaar, die *“inzichten deelt vanuit de ervaringsdeskundigheid”* of *“vanuit het cliëntperspectief”*. Arja uit team Regio Oost laat zich in vergelijkbare termen uit. En Agnes spreekt zowel over ervaringskennis als over ervaringen als ze tijdens het interview dat ik met haar heb kijkt naar haar inbreng in het team:

“Dus ik bracht mijn ervaring wel in, maar het is niet heel veel ingezet. Toen. (...) Ik ga nu als ambulante begeleider aan de slag en ik gebruik mijn ervaringskennis.”

Verder stelt ze dat ervaringskennis zowel haar eigen kennis omvat als die van anderen met vergelijkbare ervaringen. Bovendien is ervaringskennis voor haar nóg breder, het is niet alleen gebaseerd op haar ervaring met ziek zijn en opgenomen zijn geweest in een kliniek, maar ook met haar levenservaring en ‘levenskennis’.

Dat laatste aspect geldt volgens haar overigens voor alle collega's in het team, niet alleen voor haar als ervaringsdeskundige.

Een deel van de professionals is van mening dat dat niet alleen voor levenservaring geldt, maar dat ook ervaringskennis in striktere zin niet uitsluitend is voorbehouden aan de ervaringsdeskundige. Zoals Nathalie, GZ-psycholoog in team Stad Zuid. In haar rustige, opgeruimde spreekkamer op het kantoor van het team handelt ze nog even een telefoontje af als ik binnenkom. Ze heeft tussen twee afspraken door tijd voor een interview. We halen koffie en gaan zitten aan de tafel waar zij ook haar cliënten ontvangt voor behandelgesprekken. Eén van de vragen die ik haar stel is wat 'ervaringskennis' voor haar betekent. Nathalie antwoordt:

“Ja, zoals ik het zie is het: het zelf hebben meegemaakt van psychische klachten of dat van heel dichtbij hebben meegemaakt. Ik denk ook wel ervaring met behandeling. Maar ook het geleerd hebben om dat op een adequate wijze in te zetten in je werk. Dat is ervaringsdeskundigheid. Ik denk dat ervaringskennis, dat we dat binnen het team allemaal wel hebben, maar om ook echt te weten van hoe gebruik ik dat in mijn werk als hulpverlener...”

Ze is zeker niet de enige met deze opvatting:

“Ik heet dan niet ervaringsdeskundige, maar gezien mijn historie ben ik dat.” (Franc, maatschappelijk werker in team Stad Zuid)

“Ik zeg altijd tegen cliënten: iedereen heeft iets in zijn rugzakje. Maar niet iedereen is ervaringsdeskundig.” (Erna, verpleegkundige in team Regio Oost)

“Tegelijkertijd denk ik ja in elk team zit natuurlijk ook veel meer ervaring dan we misschien van elkaar per se weten en dat gebruiken.” (Jan, psychiater in team Regio Oost)

Er is dus zowel bij ervaringsdeskundigen als bij professionals niet altijd helderheid over wat ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid inhouden, en er is in de drie teams geen sprake van een eenduidige, gezamenlijke invulling van deze begrippen. Gekoppeld daaraan zijn er heel verschillende beelden over de uniciteit en toegevoegde waarde ervan. Dit kan een verklaring zijn voor de waargenomen beperkte inzet van ervaringskennis. Als betekenis en waarde van ervaringskennis diffuus en onduidelijk zijn - voor individuen én voor het collectief - zullen mensen niet snel geneigd zijn deze kennissoort actief te mobiliseren.

5.5. Conclusie

In dit hoofdstuk heb ik met het 'openleggen' van de praktijken van de onderzochte FACT-teams met GGz-professionals en ervaringsdeskundigen allereerst zichtbaar gemaakt dat de professionals in de teams verschillende kennissoorten actief mobiliseren in hun besluitvorming over en zorg voor cliënten. Op het eerste gezicht – kijkend naar het gebruik van veel vakjargon, de nadruk op methodieken en uitspraken over wat professionals als hun vak zien – lijken professionals vooral hun formele, professionele kennis in te zetten. Kennis die is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, die professionals hebben opgedaan tijdens hun opleiding en die ze als hun specifieke, beroepseigen kennis toepassen.

Bij nadere beschouwing is nuancering van dit beeld nodig. De professionals mobiliseren in hun praktijken een veel breder kennisarsenaal. Ten eerste wordt praktijkkennis van professionals over cliënten en hun context – een vorm van zachte kennis, door ervaring opgebouwd – veelvuldig ingebracht. Ten tweede geven professionals regelmatig blijk van beleidskennis, bijvoorbeeld over wetgeving of lokaal beleid rond wonen en zorg. Ten derde beschikken ze tot op zekere hoogte over formele professionele kennis van andere disciplines. De professionals mobiliseren dus wel degelijk harde én zachte kennis. Ze komen langs *mindlines* en zeker niet alleen langs harde *guidelines* of protocollen tot onderbouwing van hun handelen. We kunnen concluderen dat ze in hun handelen en interacties *epistemic fluency* laten zien, het vermogen om verschillende kennissoorten actief te verweven en toe te passen. Daarmee weten ze in hun dagelijkse praktijken het spanningsveld tussen harde en zachte kennis te hanteren.

In de weergave van de gesprekken en observaties is tevens te zien hoe het mobiliseren van dit brede kennisarsenaal in de dagelijkse praktijk concreet tot stand komt. In de dialoog tussen professionals brengen zij hun harde én zachte kennis in, reageren ze op elkaars inbreng en bouwen erop voort. In dit proces van onderlinge interactie worden de verschillende kennissoorten nauw met elkaar vervlochten, verder ontwikkeld en praktisch gemaakt. Vanuit de kennistheoretische beschouwing in hoofdstuk 3 kan gesteld worden dat de kennis van de professionals 'zichtbaar' processueel en relationeel van aard is.

In dit interactieve proces van kennis mobiliseren en besluitvorming blijkt ervaringskennis echter nauwelijks een rol te spelen. De ervaringsdeskundigen brengen hun ervaringskennis vooral in tijdens hun één-op-één interacties met cliënten en veel minder in de dialoog met de professionals, bijvoorbeeld tijdens teamoverleggen. Die professionals op hun beurt vinden de toepassing van ervaringskennis vooral nuttig in het bewerkstelligen van een goed contact en (in hun

ogen) effectieve communicatie met cliënten. Vanuit zijn of haar ervaringskennis kan de ervaringsdeskundige een brug slaan tussen het team en cliënt, is de overtuiging. Zij 'lokaliseren' ervaringskennis vooral in de relatie tussen ervaringsdeskundige en cliënt; dáár heeft het een duidelijke functie en plaats. Maar in de gezamenlijke besluitvorming over behandeling van cliënten en over de wijze waarop het team contact legt of onderhoudt met cliënten wordt de ervaringskennis nauwelijks benut.

Een mogelijke verklaring is te vinden in onduidelijkheden over de betekenis van ervaringskennis en aarzelingen over de praktisch-professionele waarde ervan. Dit wordt tastbaar in verschillende uitspraken van de teamleden. Zowel ervaringsdeskundigen als professionals benoemen de inbreng van de ervaringsdeskundige lang niet altijd als *ervaringskennis*. Ze spreken over 'ervaring', 'inzichten vanuit cliëntperspectief' of 'ervaringsdeskundigheid' en geven daar verschillende definities aan. Sommige professionals uiten twijfel over de uniciteit en toegevoegde waarde, of zijn van mening dat iedereen in zekere zin over ervaringskennis of ervaringsdeskundigheid beschikt. Ze lijken ervaringskennis niet of nauwelijks als algemeen geldende, onderbouwde kennissoort te beschouwen, vergelijkbaar met professionele kennis.

Met andere woorden, in de (impliciete) epistemologische opvattingen van de teamleden lijkt een klassiek kennisconcept te overheersen. 'Kennis' wordt gekoppeld aan het eigen vakgebied, datgene waarin iemand als professional is opgeleid, en wordt impliciet gedefinieerd als de formele, professionele kennis die iemand zich in de opleiding heeft eigengemaakt. Dat geldt evenzeer voor de ervaringsdeskundigen, zoals de uitspraak van één van hen illustreert, waarin ze stelt dat iemand pas ervaringsdeskundige is na hiervoor te zijn opgeleid.

In hoofdstuk 3 beschreef ik dat vooral kennissoorten die gebaseerd zijn op abstracte, wetenschappelijke kennis, 'harde' kennis, in maatschappelijke én in professionele zin hoger worden gewaardeerd dan andere. Deze 'kennishiërarchie' lijkt zich hier voor te doen. Ze is bijvoorbeeld herkenbaar in de uitspraken over 'dominantie van het medisch perspectief' (harde kennis staat hoger in de hiërarchie) en over de betwijfelde waarde en betekenis van ervaringskennis (zachte kennis die juist laag in de hiërarchie staat). Daarnaast lijken zowel de dragers en inbrengers van ervaringskennis, de ervaringsdeskundigen, als de professionals kennis meer te beschouwen als een entiteit die afgebakend, overdraagbaar en leerbaar is, dan als een dynamisch proces dat in interactie tot uitwisseling en vernieuwing van inzichten leidt. In dit impliciet gehanteerde, klassieke kennisconcept is ervaringskennis blijkbaar een lastig te plaatsen fenomeen. Het spanningsveld tussen harde en zachte kennis is nog altijd reëel als het om ervaringskennis gaat.

In het volgende hoofdstuk bekijk ik het proces van kennis mobiliseren en besluitvorming in de professionele teams vanuit een andere invalshoek, namelijk vanuit de relaties en interacties tussen de professionals op teamniveau. Het kennisarsenaal van de professionals wordt immers gezamenlijk, in interactieve processen, gevormd en verder ontwikkeld. Dan is het relevant om de aard en dynamiek van het samenspel en de onderlinge relaties tussen professionals nader te beschouwen.

Samenwerking

Hoofdstuk 6.

**Samenwerking met
ervaringsdeskundigen begrensd**

met
ervarings
deskundigen
begrensd

Op een mooie lentemiddag loop ik binnen bij Jaap, de psychiater in FACT-team Stad Zuid. Tijdens de observatieperiode een paar weken geleden lukte het niet om een interview te plannen, dus we hebben er apart deze afspraak voor gemaakt. Met een kop thee zitten we op zijn spreekkamer, en ik vraag hem hoe hij kijkt naar het idee van betaalde ervaringsdeskundigen in GGz-teams. Hij is er zonder meer positief over: *“Ik vind dat fantastisch”*. Hij geeft aan dat in zijn optiek ervaringsdeskundigen een hele grote rol kunnen spelen in het motiveren van patiënten, dat ze drempelverlagend kunnen zijn voor mensen om een behandeling aan te gaan. Naar eigen zeggen maakt hij echter zelf weinig gebruik van de inbreng van de ervaringsdeskundige. Als ik doorvraag hoe hij het perspectief van de ervaringsdeskundige in de dagelijkse praktijk van zijn werk benut, antwoordt hij:

“Ja, eigenlijk nauwelijks in de praktijk, vind ik eerlijk gezegd. Maar wat ik zou willen in het ideale geval, is... in het ideale geval kan een ervaringsdeskundige altijd aansluiten als gewoon, volwaardige discipline die meekijkt van: “Wat kan ik toevoegen?” Dat zou mooi zijn, in een ideale wereld, net als een verslavingsdeskundige, een systeemtherapeut: die moeten eigenlijk allemaal een keer naar een patiënt kijken die hier komt. Maar dat is denk ik best moeilijk.”

En wat belemmert dan nu die ideale situatie, vraag ik. Jaap:

“Ik denk de onwennigheid ermee. Dus, het zit gewoon niet goed in mijn systeem. Ik heb het wel in mijn hoofd ergens, maar niet in de praktijk.”

De uitspraken van Jaap illustreren dat het niet alleen de betekenis van ervaringskennis is die in de praktijken van de FACT-teams bescheiden is, zoals in hoofdstuk 5 is beschreven. Ze doen vermoeden dat dit ook geldt voor de rol van ervaringsdeskundigen in het samenspel met de professionals in de teams. In dit hoofdstuk bespreek ik het samenspel tussen de verschillende professionals in de FACT-teams en in het bijzonder tussen de ervaringsdeskundigen en professionals in het licht van het tweede spanningsveld, dat tussen samenwerking en segmentatie. De deelvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

Op welke wijzen werken ervaringsdeskundigen samen met GGz-professionals in (interprofessionele) teams?

In paragraaf 6.1 beschrijf ik hoe samenwerking een vanzelfsprekend onderdeel is van het werken in de FACT-teams, vanuit de multidisciplinaire methodiek en

samenstelling. Dat daarbinnen sprake is van grenzen komt in 6.2 aan de orde: er is binnen die samenwerking sprake van segmentatie die is ingegeven door een praktische en functionele verdeling in taken en verantwoordelijkheden. Daarnaast maak ik zichtbaar dat segmentatie ook ingegeven kan zijn door beelden die mensen over de verschillende rollen hebben, en de betekenis die ze eraan geven. In de volgende paragrafen beschrijf ik hoe dit vooral geldt ten aanzien van de psychiaters (6.3) en de ervaringsdeskundigen (6.4). In paragraaf 6.5 komt aan de orde welke beelden de ervaringsdeskundigen zélf hebben over hun rol. Tot slot geef ik een eerste duiding aan al deze bevindingen vanuit de theorie in een concluderende paragraaf (6.6).

6.1. 'We zitten er als een team'

Samenwerken is inherent aan het werk van FACT-teams. De voorgeschreven aanpak en de multidisciplinaire samenstelling impliceren dat de professionals binnen deze teams voortdurend intensief samenwerken met beroepsbeoefenaren uit andere disciplines. Veel besluitvorming vindt in onderling overleg plaats tijdens collectieve cliëntbesprekingen, en teamleden raadplegen elkaar frequent buiten de vergaderingen om en komen daar tot afstemming en afspraken. In hoofdstuk 5 werd al zichtbaar dat deze uitwisselingen tussen professionals voor een deel inhoudelijk gestuurd zijn, vanuit een concrete vraag en daaruit voortvloeiende behoefte aan specifieke kennis. Heeft een cliënt naar het oordeel van de psychiater meer praktische ondersteuning nodig, bijvoorbeeld rond uitkeringen of administratie, dan haalt hij de maatschappelijk werker erbij. Is er ondersteuning nodig in dagstructuur of zelfzorg, dan zal dat de SPH-er of een casemanager of SPV-er zijn. Andersom wordt de psychiater zeer frequent ingeschakeld door de andere collega's voor controle of herzien van medicatie, of voor fysieke medische problemen. Samenwerking dus vanuit de behoefte aan elkaars kennis, en samenwerking waarin *epistemic fluency* zichtbaar wordt.

De aanleiding om een collega-professional om afstemming, hulp of steun te vragen, ligt echter niet altijd in de behoefte aan diens specifieke kennis. De onderlinge samenwerking wordt ook weleens door andere factoren gestuurd, zo vertellen verschillende geïnterviewden. Heel praktische bijvoorbeeld: wie is er toevallig aanwezig in het gebouw, wie heeft even tijd om te sparren, met welke collega is er een persoonlijke klik, wie is de collega die samen met jou dossierhouder of duo-begeleider van een cliënt is? Zelf zien de professionals hun samenwerking en kennisdeling als vanzelfsprekend:

“We denken mee met elkaar, we zitten er als een team! Niet solistisch.” (Erna, verpleegkundige team Regio Oost)

*“Je gaat niet geïsoleerd een behandeling doen.”
(Susan, psycholoog team Regio Oost)*

“Omdat ik psycholoog ben (...), ik kan daar niet onderuit dat ik natuurlijk ook degene ben die die kennis moet delen.” (Elke, psycholoog team Noord)

Sommige taken worden gelijkelijk verdeeld over de teamleden. In de teams is bijvoorbeeld het bedienen van het digibord en het leiden van de digibord-bespreking niet voorbehouden aan een bepaalde functie. Meestal wordt dit gedaan door een SPV-er of verpleegkundige, maar anderen pakken dit ook weleens op. Team Regio Oost start de dag steevast met een kort overleg van tien minuten, gericht op praktische zaken (mededelingen over externe contacten of bijzondere activiteiten van teamleden, melding van ziekte of afwezigheid) waarbij een willekeurige collega het voorzitterschap op zich neemt. En in team Stad Zuid verzorgen de teamleden bij toerbeurt de telefonische bereikbaarheid op vrijdagmiddagen, omdat dan vaak weinig mensen zijn ingeroosterd.

Verder beperkt de samenwerking tussen professionals zich niet tot het eigen team, maar strekt ze zich uit over de teamgrenzen heen. Psycholoog Elke uit team Noord vertelt dat zij maandelijks deelneemt aan het ‘psychologenoverleg’, een overleg waarin de psychologen van alle FACT-teams binnen de instelling kennis met elkaar uitwisselen, casuïstiek bespreken en zo een vorm van intervisie organiseren. Ze geeft aan dat dit bijdraagt aan kwaliteitsbevordering. Hetzelfde geldt voor Nathalie, psycholoog in team Stad Zuid: ook daar ontmoeten de psychologen van de FACT-teams elkaar *“om onderling binding en voeling te houden”*, aldus Nathalie. Team Stad Zuid ruilt soms cliënten met het ‘aangrenzende’ FACT-team dat in het centrum van de stad werkt, omdat dat in de planning of in de verdeling van het aantal cliënten beter uitkomt. FACT-team Noord heeft een structureel ‘aanmeldingsoverleg’, een ‘intake-overleg’ en een ‘captainsoverleg’, overleggen die allemaal worden gevoerd tussen dit FACT-team, het andere FACT-team binnen de instelling dat in een aangrenzend werkgebied opereert, en andere behandelteams binnen de organisatie. En voor alle onderzochte teams geldt dat zij regelmatig een beroep doen op de specifieke expertise van andere teams binnen de eigen organisatie, of cliënten daarnaar doorverwijzen. Dat gaat dan bijvoorbeeld om specialistische Teams Autisme, Trauma of Angst- en Stemningsstoornissen.

Tot slot vindt er – vaak op structurele basis – samenwerking plaats over de grenzen van de instellingen heen. In team Noord nemen professionals van het lokale WMO-team regelmatig deel aan de digibord-vergaderingen, omdat zij in hun werkpraktijk deels met dezelfde cliënten te maken hebben. Eenzelfde samenwerking vindt plaats in team Stad Zuid: er is een structurele afspraak dat altijd één van de woonbegeleiders van Woonzorg, de regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW), aanwezig is bij het digibord, omdat veel cliënten van het team op de RIBW-locatie De Winde wonen. Verder komt het regelmatig voor dat cliënten van team Stad Zuid zijn opgenomen op de psychiatrische afdeling van het vlakbij gelegen ziekenhuis, waardoor in dergelijke situaties samengewerkt en afgestemd moet worden met de behandelaren daar. En bij team Regio Oost schuift eens in de zoveel tijd een behandelaar van de verslavingszorg-instelling uit de regio aan bij de digibord-besprekingen, omdat dit team veel cliënten met verslavingsproblemen kent en er regelmatig naar de verslavingszorg wordt doorverwezen.

Tijdens de observaties blijkt dat de ervaringsdeskundigen in verschillende opzichten onderdeel zijn van deze interprofessionele samenwerking. Ze participeren in de dagelijkse digibord-besprekingen, en (met uitzondering van Thijs uit team Noord) in de uitgebreidere behandelplanbesprekingen of MDO's. Waar nodig en mogelijk zijn ze aanwezig bij Zorg Advies Gesprekken (ZAG) van teamleden met cliënten, of schuiven ze aan – soms samen met een sociaal werker of verpleegkundige – bij een consult dat een cliënt met de psychiater heeft. In team Noord begeleiden SPV-er Erik en ervaringsdeskundige Thijs samen een herstelgroep voor cliënten. In team Stad Zuid draait de ervaringsdeskundige mee in het rooster voor telefonische bereikbaarheid van het team. Ook participeren de ervaringsdeskundigen net als de professionals in intervisiesessies, trainingen en bijeenkomsten voor deskundigheidsbevordering. In team Regio Oost verzorgen ervaringsdeskundige Arja en haar collega Marion, SPH-er, samen een training SRH (Steunend Relationeel Handelen) voor het hele team, ondersteund door een externe trainer.

Teamleden zoeken elkaar regelmatig op om te sparren of kort te overleggen over situaties met cliënten, en dit is voor ervaringsdeskundigen niet anders. Zij raadplegen hun collega's, en andersom raadplegen de teamleden soms de ervaringsdeskundigen of verwijzen ze naar hen, waarbij het vaak gaat om het verbeteren van contact met een cliënt. Dat gebeurt formeel, in overleggen, maar ook informeel, in gesprekjes op de gang of tussen vergaderingen door. Ook in sociale zin zijn de ervaringsdeskundigen onderdeel van het team: even samen met een collega een sigaretje roken of koffiedrinken, zorgen of frustraties over andere collega's of cliënten delen, grapjes uitwisselen en kletspraatjes maken over thuis of vakantie. In dit soort dagelijkse activiteiten doen ze mee als ieder ander.

Samenwerken over professionele grenzen heen én over team- en organisatiegrenzen heen is dus in de drie FACT-teams goed zichtbaar en springt in het oog als een bijna vanzelfsprekend kenmerk van hun werkwijze. Interprofessionele samenwerking is binnen de teams inherent aan de FACT-werkwijze, en daarnaast zijn ze veelvuldig in verbinding en interactie over de grenzen van hun team en hun organisatie heen. Kijkend vanuit de theorie is het gerechtvaardigd om te stellen dat de onderzochte professionals in hun dagelijkse praktijken uitingsvormen van *connective professionalism*, verbindende professionaliteit laten zien. Ze kunnen met recht 'netwerkprofessionals' worden genoemd.

6.2. 'Ik ben geen behandelaar'

Tegelijkertijd zijn binnen deze samenwerking tussen professionals een aantal taken en verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend en verdeeld over de verschillende beroepsgroepen. Ieder heeft zijn eigen, onderscheidende bijdrage aan het werk van het team. Voor een deel vloeit dit logisch voort uit de multidisciplinaire FACT-methodiek met zijn voorgeschreven samenstelling van disciplines en daarbij behorende kennissoorten. Allereerst vervullen de verpleegkundigen, SPV-ers en SPH-ers in de teams de rol van 'dossierhouder' (of in team Regio Oost: de 'primair behandelaar'). Dit houdt in dat ze eerste contactpersoon voor cliënten zijn: ze onderhouden het contact met de cliënt via huisbezoeken of telefoontjes, onderhouden de contacten met andere betrokkenen bij de cliënt (familie en naasten, andere teamleden, professionals uit andere teams en organisaties), en zijn verantwoordelijk voor het bijhouden van de cliëntdossiers. Elke dossierhouder heeft een duo-partner, zodat de taken onderling overgenomen kunnen worden en er altijd vervanging is. Dagelijks zijn deze teamleden (met over het algemeen fulltime of ruime parttime aanstellingen) voor een deel van de dag op pad, op huisbezoek bij cliënten of soms naar overleg met andere zorgverleners. Hun overige werk, zoals administratie en dossiers bijwerken of telefoontjes plegen, doen ze in een gezamenlijke teamkamer (in teams Stad Zuid en Noord), of in een aantal gedeelde kamers met de deur open naar de gang (team Regio Oost). Dat levert veel tussentijdse informele contacten op, in de zijlijn van het werk, waarin ook kennis en informatie wordt uitgewisseld: even iets aan een collega vragen tijdens het bijwerken van een cliëntdossier, een verhaal opvangen over een cliënt van een collega die net terugkomt van een huisbezoek, of onbedoeld meeluisteren met een telefoontje. In aantal hebben de dossierhouders het grootste aandeel in de teams.

Bij cliëntbesprekingen (zoals het digibord en de behandelplanbesprekingen) zijn daardoor altijd wel één of meer dossierhouders aanwezig. Ze kennen de voorgeschiedenis en actuele situatie, de eigenschappen en eigenaardigheden van cliënten, en zijn door alle contacten bekend met hun leefomgeving. Ze koppelen tijdens cliëntbesprekingen in het team terug wat ze in contacten met cliënten hebben gehoord en gezien en doen suggesties voor vervolgacties, of nemen daar zelf initiatief in. Ze vormen met dit alles een inhoudelijke en functionele schakel tussen team en cliënten en hebben vaak een actieve bijdrage aan de besluitvorming. Kenmerkende bijdragen van dossierhouders aan de gesprekken in de teams luiden bijvoorbeeld zo:

“Ik ben er gisteren geweest. Ik heb de indruk dat de afspraken met Mats over het aan de gang gaan in huis de stemming tussen hem en zijn vader hebben verbeterd. Nieuwe afspraak voor volgende week. Hij moet bloed prikken, clozapine, maar dat komt volgende week.” (Ida, SPV-er team Stad Zuid)

“Gaat het goed mee, medicatie is afgebouwd, hij heeft nog wel veel lichamelijke medicatie. We waren eerst aan het afbouwen maar toen ontregelde hij, daarom nu via een opname. Erik gaat volgende week, we willen hem elke week zien na opname. Na volgende week weer huisbezoek en kijken hoe vaak dat nog nodig is. Ga nog met dochter afspreken over eventueel beschermd of begeleid wonen.” (Mieke, SPH-er team Noord)

In de teamkamers zijn meestal ook de maatschappelijk werkers en trajectbegeleiders te vinden. Ze doen daar hun administratieve taken, zoals het invoeren van informatie in cliëntendossiers, of plegen telefoontjes. Vaak ontvangen ze cliënten in één van de spreekkamers op de teamlocatie. Bij cliënten voor wie reizen om fysieke of mentale redenen lastig is, gaan ze op huisbezoek. Soms vergezellen ze cliënten bij bezoek aan instanties, zoals het UWV of de sociale dienst. Zij zijn professionals met een inhoudelijke rol die in vergelijking met de dossierhouders op een smaller, want specifiekere terrein van de behandeling en begeleiding van cliënten is gericht. Dat komt tot uiting in hun bijdrage aan overleggen. Katja, maatschappelijk werker in team Regio Oost, ondersteunt cliënten bij praktische zaken zoals uitkeringen en huisvesting en beperkt zich in haar rol en inbreng bewust tot haar beroepsgebied inhoudelijk terrein. Zo geeft ze tijdens een interview aan dat zij als maatschappelijk werker soms een discrepantie tegenkomt tussen de autonomie en wensen van een cliënt en het oordeel van haar collega-professionals in het team. Zij vindt echter dat het niet aan haar is om te beoordelen of sturende interventies vanuit het team toch nodig zijn: *“ik ben geen behandelaar”*. Haar bijdrage in collectieve

cliëntbesprekingen is heel bescheiden, en als ze iets inbrengt is het meestal op die praktische ondersteuning gericht. Ze komt bij cliënten altijd op verzoek van anderen (de dossierhouders met name, of de psychiater), dus haar werk vloeit voort uit de besluiten die anderen nemen. Dat geldt ook voor Franc, van oorsprong maatschappelijk werker en in het team Stad Zuid werkzaam als trajectbegeleider, en voor Jochem, IPS-er in team Noord. Op verzoek van de behandelaren en dossierhouders begeleiden zij cliënten naar re-integratie in werk of vrijwilligerswerk. Franc roert zich nog weleens in bredere zin in discussies over cliënten. Jochem stelt zich vooral luisterend op, en wordt slechts af en toe bevraagd door de anderen, alleen als het zijn specifieke terrein betreft.

De psychologen in de drie teams hebben eveneens een rol die zich grotendeels beperkt tot hun specifieke inhoudelijke terrein: de psychologische behandeling van een deel van de FACT-cliënten. Tijdens de cliëntbesprekingen is dit merkbaar aan hun inbreng: die is vaak op psychologische aspecten gericht. Ze stellen bijvoorbeeld de vraag of er getest is op autisme, of een traumabehandeling zinvol zou zijn, vragen wat is er gedaan aan slaaphygiëne, suggereren een specifieke behandelmethodiek, of een IQ-test om na te gaan of er naast een psychiatrische aandoening ook een verstandelijke beperking aan de orde kan zijn. Omgekeerd worden zij vooral op dit soort onderwerpen bevraagd door hun collega's. De psychologen gaan zelden op huisbezoek en zitten niet op de teamkamers, maar beschikken in alle drie de teams over een eigen spreekkamer, waar ze hun cliënten ontvangen. Die individuele (behandel)consulten met cliënten vullen een groot deel van hun werkdag. In sommige gevallen vervullen de psychologen in de drie onderzochte teams nog een andere specifieke rol, namelijk die van 'regiebehandelaar': de eindverantwoordelijke voor de gehele behandeling van cliënten.

Dit vloeit voort uit de financieringssystematiek¹ in de GGz, waarin is bepaald dat psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten deze formele eindverantwoordelijkheid mogen dragen. In de praktijk wordt deze rol maar voor een klein deel vervuld door de psychologen in de drie teams. In team Regio Oost is Susan regiebehandelaar voor het (beperkte) deel van de cliënten dat geen medicatie nodig heeft. In team Stad Zuid is psycholoog Nathalie slechts voor ongeveer 25 van de bijna 200 cliënten regiebehandelaar, namelijk de cliënten waar de psychologische behandeling voorop staat. En in team Noord vervult Elke de rol

1 Het Nederlandse financieringssysteem in de GGz, de dbc-systematiek, bepaalt dat er voor elke cliënt een eindverantwoordelijke 'regiebehandelaar' moet zijn. Dit kunnen psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten zijn.

van regiebehandelaar helemaal niet. Ze vertelt me dat dit een historisch gegroeide situatie is:

“Als functie zou ik regiebehandelaar mogen zijn, als hoofdbehandelaar, of verantwoordelijk voor de behandeling. Maar in de praktijk hebben wij toen hier bij FACT ervoor gekozen dat de psychiater bij alle mensen regiebehandelaar is. Andere FACT-teams hebben wel de caseload verdeeld onder de GZ-psychologen, verpleegkundig specialist en psychiater. Hier is daar toen niet voor gekozen. Maar ja, ik pleit daar wel voor om dat wel te gaan doen, om meer te verdelen. Maar toentertijd is dat hier niet... want die cultuur was er toen nog niet.”

Het zijn dus de psychiaters in de drie teams die voor het grootste deel van de cliënten deze rol van regiebehandelaar vervullen. De kennishiërarchie die in hoofdstuk 5 aan de orde kwam, lijkt zich in deze verantwoordelijkheidsverdeling te weerspiegelen. In team Noord is psychiater Chris zelfs regiebehandelaar voor alle cliënten. De psychiaters hebben daarmee een grotere ‘caseload’ – in het jargon van de teams – dan de andere professionals. Dat heeft praktische consequenties. Om te beginnen moeten de psychiaters alle cliënten waarvoor zij regiebehandelaar zijn minstens één keer per jaar zien, en bij een deel van de cliënten is die frequentie hoger. Ze besteden dus een substantieel deel van hun tijd aan individuele consulten met cliënten, die ze net als de psychologen op hun eigen spreekkamer ontvangen. Daarnaast hebben de psychiaters vanuit hun rol als regiebehandelaren binnen de instellingen specifieke taken, zoals crisisdienst draaien, RM-aanvragen doen voor andere teams, en het deelnemen aan overleg over aanmelding, intake, zorgprogramma’s of beleidsafspraken. Ze zijn daardoor in de praktijk lang niet altijd aanwezig bij de gezamenlijke digibord- en behandelplanbesprekingen. In team Stad Zuid is psychiater Jaap afwezig bij ongeveer een kwart van deze besprekingen die ik bijwoon, ondanks zijn fulltime aanstelling. In team Noord ontbreekt Chris – eveneens met een fulltime aanstelling – zelfs bij meer dan de helft van de digibord- en behandelplanbesprekingen die ik observeer. Besprekingen waarbij de psychiater formeel aanwezig moet zijn, zoals de jaarlijkse evaluatie van de behandeling samen met een cliënt, worden soms overgenomen door de dossierhouder of psycholoog, omdat Chris elders nodig is en zich vaak moet laten verontschuldigen. In team Regio Oost lijkt dit veel minder aan de orde. Er werken twee psychiaters, Ard en Jan, beide in deeltijd. In dit team is bij alle overleggen vrijwel altijd een psychiater aanwezig is, en soms zijn ze er allebei.

Naast deze verantwoordelijkheidsverdeling onderscheidt de rol van de psychiater zich van de anderen omdat zij arts zijn. Ze zijn de enige professionals die medicijnen mogen voorschrijven. Omdat vrijwel alle cliënten van de FACT-teams medicijnen gebruiken, hebben de psychiaters ook om die reden met het grootste deel van de cliënten individuele consulten. In de gezamenlijke cliëntbesprekingen wordt hun specifieke rol als arts zichtbaar wanneer ze vragen stellen of krijgen over medicatie of somatische problemen van cliënten:

“Jaap, jij moet hem zien, hij heeft clozapine” (Sanne, SPV-er team Stad Zuid)

“Is twee keer per week zijn hartslag meten genoeg?”

(Sanne naar Jaap, team Stad Zuid)

“Als jij haar van de week ziet, wil je dan kijken hoe het met de tremoren

gaat?” (psychiater Jan tegen verpleegkundige Erna, team Regio Oost)

Tot slot de ervaringsdeskundigen in de drie teams. Voor een deel lijken hun dagelijkse activiteiten (voor alle drie geldt dat ze dit in deeltijd doen) op die van de dossierhouders. Ze gaan op huisbezoeken, zijn soms aanwezig bij consulten van cliënten met de psychiater of met de trajectbegeleider, en brengen tijd door in de teamkamer, waar ze dossiers aanvullen en telefoontjes plegen. Het verschil daarbij is dat ze geen dossierhouder zijn, hun rol in de contacten met cliënten is daarmee anders. Een onderscheidende activiteit van de ervaringsdeskundigen is de begeleiding van een lotgenotengroep (Agnes in team Stad Zuid), een ‘WRAP²’-groep (Arja in team Regio Oost), of meerdere lotgenoten- of herstelgroepen (Thijs in team Noord). In de regel doen ze dit samen met een andere ervaringsdeskundige die werkzaam is binnen de betreffende instelling. Thijs heeft daarnaast nog andere, heel afwisselende werkzaamheden, die een substantieel deel van zijn tijd nemen: wandelen of koffiedrinken met cliënten, en het opzetten van een Zelfregiecentrum samen met Kiera, zijn collega-ervaringsdeskundige in de instelling.

De inbreng die de ervaringsdeskundigen tijdens collectieve cliëntbesprekingen hebben, verschilt enigszins per team. Agnes en Thijs nemen beiden een heel bescheiden rol in, ze zeggen meestal weinig. Hun collega’s bevragen hen slechts een enkele keer als ervaringsdeskundige, en verwijzen cliënten of andere collega’s maar weinig naar hen. Anders is dit voor Arja in team Regio Oost. Zij heeft een actieve inbreng in overleggen, soms expliciet vanuit haar ervaringskennis, maar

2 WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan, een zelfhulpmethodiek die mensen ondersteunt om (weer) regie over hun eigen leven te nemen, ondanks hun psychische beperkingen.

soms weinig verschillend van die van de anderen (melden hoe het met een cliënt gaat, vanuit een huisbezoek of ander contact, en meedenken over vervolgstappen en besluiten). Ze heeft net als de professionals in dit team de gewoonte om in gesprekken over cliënten de diagnoses erbij te noemen (in de andere teams gebeurt dit veel minder). Haar collega's verwijzen regelmatig naar haar of betrekken haar actief als ervaringsdeskundige, vooral om het contact met cliënten te versterken.

Kijkend naar dit geheel zijn er duidelijke verschillen zichtbaar in rol, inbreng en fysieke aanwezigheid van de diverse professionals, die te maken hebben met hun taken en verantwoordelijkheden en de duidelijke verdelingen daarvan in het werk van de FACT-teams. We kunnen stellen dat er sprake is van segmentatie tussen de diverse professionals die *praktisch en functioneel* van aard is. Op basis van de verschillende inhoud van ieders vakgebied en ieders eigen professioneel domein (specialisaties) zijn de diverse taken en verantwoordelijkheden toebedeeld aan specifieke beroepsbeoefenaren of verbonden aan een specifieke rol. Het uitvoeren van een behandeling om de slaaphygiëne van een cliënt te bevorderen, gebeurt door de psycholoog; het zorgen dat de cliëntdossiers op orde zijn gebeurt door de dossierhouders; het voorschrijven van medicijnen mag alleen de psychiater doen. Dat zorgt logischerwijze voor grenzen binnen de bestaande samenwerking; veel wordt in gezamenlijkheid besproken en besloten, maar ieder heeft daarbinnen wel zijn afgebakende verantwoordelijkheid. Er is sprake van een segmentatie die functioneel van aard is. Wat betreft de ervaringsdeskundigen is daarbij een kanttekening nodig: er is tussen hen en de professionals wel sprake van segmentatie, maar hun rol en functie is niet overal hetzelfde en blijkt evenmin altijd helder te zijn. In paragraaf 6.4 en 6.5 kom ik daarop terug.

6.3. 'Als jij als psychiater het zegt, maakt het meer indruk'

Uit de functionele verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen de FACT-teams vloeit voort dat de psychiaters een centrale rol vervullen in de teams. Mede vanwege hun formele eindverantwoordelijkheid hebben ze een belangrijke inbreng en een invloedrijke stem in de besluitvorming. Er lijkt daarbij echter nog iets anders mee te spelen dan alleen de functionele taakverdeling, namelijk een zekere hiërarchie in de onderlinge verhoudingen, met een groter gezag voor de psychiaters vanwege hun status als arts.

In team Noord komt dit op verschillende manieren tot uiting. Als Chris niet aanwezig is bij de collectieve cliëntbesprekingen van dit team (en dat is regelmatig het geval)

aarzelen zijn collega's soms om zonder hem besluiten te nemen, of ze stellen de besluitvorming uit tot hij er weer is. Ik hoor in Chris' afwezigheid vaak opmerkingen als *"hier moet Chris bij zijn"* of *"dit moeten we morgen maar bespreken als Chris er is"*. Ook checkt de teammanager bij genomen besluiten steeds bij de andere teamleden of de psychiater akkoord is. Het is aannemelijk dat de eindverantwoordelijkheid van Chris hierbij een rol speelt, maar zijn status als psychiater lijkt eveneens een factor. Als Chris wél aanwezig is, stelt hij bijvoorbeeld zelden een vraag aan de anderen, maar is de verhouding vaak omgekeerd: anderen richten zich met vragen en mededelingen tot hem, ook non-verbaal, en Chris uit zich in het algemeen meer stellend, en soms docerend. Psycholoog Elke refereert letterlijk aan de status en het gezag van de psychiater:

"Soms heeft het zin Chris te laten bellen, als arts zijnde."

De rol van teammanager Petra wekt eveneens een indruk van impliciete hiërarchische verhoudingen in dit team. Zo is zij als leidinggevende structureel aanwezig bij collectieve cliëntbesprekingen, zoals het digibord en de behandelplanbesprekingen, en heeft dan een actieve inbreng. Bij de andere teams is de teammanager weinig of zelden bij deze overleggen aanwezig. Illustratief zijn ook Petra's uitspraken over de 'playing captains'. Dit zijn in deze instelling degenen binnen de teams die de inhoudelijke coördinatie van de zorg doen, en het inhoudelijk zorgbeleid afstemmen met interne programmaleiders en zorgmanagers. Vanwege het tijdgebrek van de psychiater neemt Elke als psycholoog deel aan dit 'captains overleg'. Desondanks doelt Petra steeds op psychiater Chris als zij het over 'de captain' heeft. Op een gegeven moment is er bijvoorbeeld een conflict dat hoog oploopt. Eén van de verpleegkundigen wil dit op korte termijn als team bespreken. Petra stemt hierin toe en de agenda's worden erbij gepakt. Ze stelt dat zij 'de captain' er per se bij wil hebben - doelend op Chris, terwijl 'captain' Elke er op dat moment bij zit. Mogelijk wordt de hiërarchische cultuur binnen het team die hier naar voren lijkt te komen mede bepaald door de context van de betreffende GGZ-instelling. Die is vrij hiërarchisch georganiseerd, zoals ik zelf merkte bij het verkrijgen van toegang tot dit team voor mijn onderzoek. De besluitvorming daarover ging langs veel managementniveaus en gremia (zie hoofdstuk 4).

In FACT-team Regio Oost lijkt van dergelijke hiërarchische verhoudingen veel minder sprake te zijn. De inbreng van de verschillende professionals is meestal gekoppeld aan hun inhoudelijke terrein, en als de psychiaters afwezig zijn bij de collectieve cliëntbesprekingen, houdt dit de besluitvorming niet tegen. Toch is ook hier af en toe een groter informeel gezag van de psychiaters merkbaar. Soms zelfs letterlijk

benoemd, zoals in een kort gesprek tussen psychiater Ard en verpleegkundig casemanager Timo van team Regio Oost. Ze stemmen tussen de bedrijven door even met elkaar af over een groot overleg dat ze de dag erna met andere organisaties hebben over een vrouwelijke, licht verstandelijk beperkte cliënt. Er zijn zorgen dat ze niet goed genoeg voor haar kinderen kan zorgen. De kinderbescherming en Veilig Thuis zijn betrokken, en het jongste kindje is nu weggehaald. In het overleg morgen is het doel om blijvend opvang voor het kindje te regelen, zonder financiële last voor de ouders. Timo is als dossierhouder van deze cliënt het meest bij haar betrokken. Hij kent de situatie het best en heeft concrete ideeën over wat er gebeuren moet. Ard volgt hem in zijn voorstel. Toch wil Timo liever dat Ard morgen het woord doet:

“Als jij het zegt maakt dat meer indruk dan als ik dat doe.

Behandelinhoudelijk heb jij meer zeggingskracht.”

Ard: “Een psychiater heeft meer gezag dan een casemanager.”

Als er echt stevige discussie is over te nemen stappen in de behandeling van een cliënt, is in alle drie de teams de stem van de psychiater vaak doorslaggevend, en zelden wordt er expliciet tegengas gegeven aan de psychiaters. Als het al gebeurt, is het meestal door de SPV-ers met veel professionele ervaring en praktijkkennis. Wellicht omdat zij relatief – ten opzichte van de andere dossierhouders – hoger en specialistischer opgeleid zijn, of omdat hun ervaring hen gezag geeft in het team, of omdat de ouderen onder hen met de afronding van hun loopbaan in zicht minder belemmering voelen om hun visie te uiten. Maar ook zij refereren soms expliciet aan het informele gezag van de psychiaters. Zoals SPV-er Flip in team Regio Oost, een zestiger en een doorgewinterde ‘oude rot in het vak’. Hij heeft met psychiater Ard – pas kort actief als psychiater – discussie na een gezamenlijk gesprek met een cliënt die al jaren afhankelijk is van de hulpverlening, en nu huilerig en somber is nadat hij op eigen initiatief is gestopt met zijn antidepressiva. Ard voelt het meest voor het herstarten en eventueel ophogen van de medicatie, terwijl Flip tijdens het consult vooral probeert aan te sturen op de eigen kracht van de cliënt. Uiteindelijk wordt de afspraak gemaakt dat de cliënt de antidepressiva weer oppakt, maar voorlopig geen extra medicijnen krijgt. In hun nagesprek is Flip duidelijk een heel andere mening toegedaan. Maar, zo stelt hij nadrukkelijk, hij heeft natuurlijk niet de deskundigheid van Ard als het om zo’n diagnose gaat. Ard raakt in het gesprek niet overtuigd door Flip, en geeft aan de casus met andere collega’s te willen bespreken, vooral met de psycholoog.

In team Stad Zuid klinken opmerkingen als 'belangrijk om dit met de psychiater te bespreken' lang niet zo vaak als in team Noord. Toch heeft ook hier de psychiater soms impliciet meer gezag, zoals deze kleine uitwisseling laat zien:

Henk (SPV-er team Stad Zuid): "Jaap, ik wil snel met jou een ZAG³ inplannen. Ze moet echt weer aan de medicatie.

(...) Er staat ook een groot overleg gepland."

Jaap: "Daar kan ik wel bij zijn, maar ze mag van mij meteen al weer aan de medicatie."

Henk: "Ja weet ik, maar beter als we dat met z'n allen zeggen met jou erbij."

Het team maakt er grapjes over, hoor ik op een ochtend vlak voordat het digibord-overleg begint. De teamkamer zit al vol, iedereen is zich aan het voorbereiden op het overleg, mensen openen hun laptop, pakken nog gauw even koffie, het is een rommelige drukte. Jaap steekt zijn hoofd om de deur, mensen zeggen 'hallo' en Jaap grapt: "Waarom hoor ik geen 'hallo dokter'?". Hilariteit alom. Jaap verdwijnt nog even snel naar zijn kamer. Als hij een paar minuten later weer binnenkomt om zich bij het overleg aan te sluiten, krijgt hij de bal teruggespeeld en roepen zijn collega's luid en gespeeld braaf: "Goedemorgen dokter!".

Maar er zijn ook serieuzere verwijzingen naar het beeld dat psychiaters hoger in de hiërarchie staan. Treffend komt dit bijvoorbeeld naar voren tijdens een zogeheten 'moreel beraad', georganiseerd op initiatief van Jeroen in het kader van zijn opleiding tot SPV-er. Het is een bijeenkomst met als doel casuïstiek te bespreken die voor het team morele dilemma's met zich meebrengt. Over de gekozen casus, een cliënt die een aanvraag voor euthanasie heeft ingediend bij de Levenseindekliniek⁴, leven heel verschillende opvattingen en op een gegeven moment ontstaat discussie over de bepalende rol van de psychiater hierin⁵. Nico, psychiater in opleiding, neemt prikkelende stellingen in en voegt eraan toe dat hij dit doet "als arts en niet als persoon". Zijn collega's Franc (maatschappelijk werker) en John (SPH-er) ageren hiertegen:

Franc: "Dat is een valkuil, omdat artsen hoger in de hiërarchie staan."

John: "En hun perspectief is vooral wat in de wetten staat."

3 ZAG staat voor Zorg Advies Gesprek

4 De Levenseindekliniek heet tegenwoordig Expertisecentrum Euthanasie.

5 Bij een aanvraag tot euthanasie bij de Levenseindekliniek moet de eigen behandelend psychiater van de cliënt een advies uitbrengen.

Nico: "Wetten worden natuurlijk wel gemaakt door de slimme mensen in de samenleving, niet door de gemiddelde mensen."

Psychiater Jaap is niet aanwezig bij deze belangrijke inhoudelijke discussie, terwijl aan zijn inbreng wel behoefte is. Vrijwel iedereen is er; behalve Jaap ontbreken alleen teammanager Daan en verpleegkundig specialist Mats. Voor het team haakt deze casus in op een zeer actueel thema, omdat het in deze periode maar liefst drie cliënten in behandeling heeft die een verzoek tot euthanasie hebben ingediend bij de Levenseindekliniek. Nu het team een intensieve dialoog voert over dit moeilijke onderwerp, ervaren de andere professionals de afwezigheid van Jaap als psychiater als een gemis:

Ernst (SPV-er): "Hier moet ook Jaap bij zijn. Heel jammer dat we dit zonder hem doen."

Ida (SPV-er) en anderen vallen hem bij: "Ja, waar is Jaap? Waarom is hij er niet?"

Over de afwezigheid van Daan en Mats worden geen opmerkingen gemaakt. Gezien de rol van de psychiater bij dit soort casussen proberen de aanwezigen in te schatten hoe Jaap om zou gaan met aspecten van deze situatie (*"ik denk dat Jaap dit niet zou doen"*), maar ze moeten ernaar gissen. Mede hierdoor eindigt het gesprek zoekend en zonder tot een gezamenlijke lijn te komen.

De hier geschetste situaties in de drie teams maken duidelijk dat de psychiaters relatief veel invloed hebben op de besprekingen en besluitvorming, meer dan andere professionals. Het is aannemelijk dat dit mede voortvloeit uit hun eindverantwoordelijke positie, maar die functionele verdeling van verantwoordelijkheden lijkt niet de enige grondslag te zijn. Er is een informele hiërarchie merkbaar tussen de psychiaters en de overige teamleden. Er is sprake van een vorm van segmentatie die niet zozeer functioneel is, maar te maken heeft met de status en het gezag die de psychiaters – impliciet en expliciet – genieten. Tussen psychiaters en andere professionals doet zich dus om verschillende redenen segmentatie voor. Grenzen in deze samenwerking vloeien voort uit een duidelijke, functionele rol- en taakverdeling (specialisatie), én uit de in de teams heersende informele hiërarchie.

6.4. 'Haar rol is moeilijk vast te pakken'

In zekere zin is een vorm van segmentatie die niet voortkomt uit een functionele rol- en taakverdeling óók aan de orde als we kijken naar de samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en professionals, zij het op een andere manier. Er blijkt namelijk binnen de teams een brede variatie te zijn aan beelden over en waardering van de rol (de feitelijke én de gewenste) van de ervaringsdeskundige.

Er is één uitzondering. Het functioneren als 'brug naar de cliënt' wordt door vrijwel alle professionals beschouwd als een belangrijke, zo niet de belangrijkste, rol van de ervaringsdeskundige. Een opvatting die in het verlengde ligt van betekenis die de meeste professionals aan ervaringskennis geven: die heeft in hun ogen vooral meerwaarde bij het maken van contact met cliënten (zie hoofdstuk 5). Psycholoog Elke uit team Noord bijvoorbeeld laat zich positief uit over de inbreng van ervaringsdeskundige Thijs in het team, juist in die rol, en vanwege de rust die hij in het contact met cliënten heeft. Haar collega Ruud, SPH-er, geeft aan dat Thijs op een andere manier contact kan maken met cliënten dan hij: relaxter, door een rondje te gaan wandelen of fietsen, of samen een sigaretje te roken. En ook in team Regio Oost is het de rol van Arja als brug naar de cliënt die het meest wordt gewaardeerd. Zoals psychiater Ard, die het als volgt ziet:

"Het is eigenlijk een soort lotgenotencontact, zou je kunnen zeggen, maar dan wat meer in een geoperationaliseerde vorm bij iemand die ook echt een volwaardig teamlid is"

Het team heeft mede vanwege deze 'brugfunctie' afgesproken dat in principe elke nieuwe cliënt een gesprek heeft met Arja (een afspraak die in de praktijk vanwege tijdgebrek wel lastig blijkt te realiseren). Verpleegkundige Erna vertelt dat zij Arja er soms speciaal bijhaalt als ze met een cliënt in gesprek is, ze vindt haar aanwezigheid vaak erg fijn voor cliënten. En de woorden van psychiater Jaap uit team Stad Zuid die ik aan het begin van dit hoofdstuk citeer, refereren eveneens aan de rol van de ervaringsdeskundige als schakel tussen team en cliënten. Later in ons gesprek verwoordt hij het nog op een andere manier:

"Ik ben altijd wel verdacht, in mijn rol als dokter... die pillen wil slijten. En bij Agnes is dat niet zo, heb ik het idee. Ze nemen gewoon meer van haar aan, wat dat betreft. Ze is betrouwbaarder, en dichterbij."

Bij dit beeld – de ervaringsdeskundige als brug naar de cliënt – houdt de overeenstemming over de rol van ervaringsdeskundigen echter op. Gaat het om andere aspecten van hun rol, of over de manier waarop er in de praktijk gestalte aan wordt gegeven, dan is er soms onduidelijkheid en verschillen de meningen en verwachtingen nogal.

In team Stad Zuid komt vooral die onduidelijkheid naar voren. De collega's van ervaringsdeskundige Agnes zijn zoekend naar haar rol. Franc, maatschappelijk werker:

“Wat doet Agnes nu anders dan wij? Moeilijk vast te pakken!”

Psycholoog Nathalie stelt dat de rol van Agnes als ‘brug naar de cliënt’ waardevol is, maar is tegelijkertijd ambivalent. Ze uit twijfel over de unieke kracht en vaardigheid van de ervaringsdeskundige hierin:

“Maar dat hebben we allemaal wel denk ik...” (...) “Waar ik een beetje naar zoek is wat dan het eigene is...”

Haar collega's Jeroen, SPV-er in opleiding, en Franc, maatschappelijk werker, vragen zich hetzelfde af. Tijdens de terugkoppeling die ik het team na enkele maanden geef, benadrukken zij dat veel ‘niet-ervaringsdeskundige’ professionals impliciet wél ervaringskennis meebrengen, en dat hier meer aandacht voor zou moeten zijn. Er ontvouwt zich naar aanleiding daarvan een gesprek over ‘professional zijn’ en de mate waarin een professional persoonlijke ervaringen mee moet of mag meenemen in het werk met cliënten. De meningen daarover verschillen.

Wat verder mogelijk meespeelt in de diffuse beelden over de rol van Agnes, is het feit dat zij sinds enige tijd twee functies heeft: ervaringsdeskundige én SPH-er (en dus dossierhouder). Het zorgt voor sommige van haar collega's tot verwarring over haar rol. SPV-er Ida geeft aan dat zij in de praktijk onderscheid maakt tussen Agnes als ervaringsdeskundige en nu als SPH-er. Ze mist haar echter in de expliciete rol van ervaringsdeskundige, die volgens haar zou moeten inhouden dat Agnes een ander perspectief inbrengt in het team. In algemene zin vindt Ida dat professionalisering van ervaringsdeskundigen het risico in zich draagt dat de specifieke rol als ervaringsdeskundige te veel naar de achtergrond verdwijnt, en ze ziet dat nu bij Agnes gebeuren. Nathalie, psycholoog, signaleert dat Agnes nog zoekend en onzeker is in haar rol als SPH-er en dossierhouder. Net als Ida houdt zij het benaderen van Agnes als SPH-er gescheiden van het benaderen van Agnes als ervaringsdeskundige. Hoewel ze zich wel afvraagt of dat terecht is, en of die rollen

wat meer zouden moeten integreren, vond ze het duidelijker waarvoor ze Agnes kon benaderen toen die nog alleen ervaringsdeskundige was, namelijk: het contact leggen met cliënten. Net als Ida vindt Nathalie dat deze specifieke rol van Agnes als ervaringsdeskundige minder zichtbaar is geworden. Bovendien, zo voegt ze eraan toe, heeft ze de indruk dat die rol niet erg gemist wordt. Psychiater Jaap vindt dat Agnes vooral tijdens haar eerste periode in het team weinig zichtbaar was, en dat het team haar nog weinig accepteerde. Zij kreeg niet vanzelfsprekend ruimte van het team. Dat kwam door drukte en tijdgebrek, maar Jaap noemt nog een andere reden: hij wil niet voor iemand in het team hoeven zorgen, hij wil gelijkwaardigheid, en vindt dat Agnes zichzelf meer in had moeten vechten. En ook nu vindt hij dat ze zich nog te weinig zichtbaar maakt.

Het team herkent dit beeld tijdens de terugkoppeling die ik aan ze geef, en voegt eraan toe dat ze eigenlijk geen duidelijke verwachtingen hebben van de rol van een ervaringsdeskundige. Ze hebben dit nooit zo expliciet besproken. Daardoor hangt veel van Agnes zelf af, en die is dat in de afgelopen jaren aan het ontdekken en haar rol aan het ontwikkelen. Verder brengen enkele teamleden ter relativering in dat soms ook rollen van andere diffuus kunnen zijn, samenhangend met opvattingen over de wijze waarop het FACT-team invulling geeft aan het werk. Zijn we vooral behandelend of ook begeleidend? Hoeveel ruimte krijgen we binnen de bestaande kaders om onze rol- en taakverdeling te bepalen? Daarin ontstaat soms rolonduidelijkheid.

In team Noord benoemen enkele professionals naast het functioneren als brug naar cliënten nog een andere, positieve rol van hun ervaringsdeskundige collega, Thijs: ze geven aan dat hij hen regelmatig een spiegel voorhoudt. Psycholoog Elke ziet Thijs nadrukkelijk als inbrenger van het cliëntperspectief, en ze geeft aan dat hij met opmerkingen als ‘wacht eens even, is dit echt het beste?’ de andere teamleden aan het denken zet over hun besluiten en zorgt dat ze zich afvragen of ze de wensen van de cliënt echt voldoende bij de besluitvorming betrekken. SPV-er Erik, die aangeeft veel gesprekken met Thijs te hebben, benoemt precies datzelfde als zijn waardevolle rol. Zelf zie ik tijdens cliëntbesprekingen Thijs een heel enkele keer op die manier acteren, bijvoorbeeld door in te brengen dat een bepaalde beslissing voor de cliënt misschien erg onverwacht en daarmee onplezierig kan overkomen. SPH-er Ruud uit dat team stelt dat Thijs vanuit zijn ervaringsdeskundig perspectief een inbreng heeft die relativerend kan zijn. Als het team in de stress dreigt te schieten over een cliënt waarmee het even niet goed gaat, kan Thijs temperen en aangeven dat het niet altijd meteen misloopt:

“Hij is onze handrem.”

In de andere teams wordt deze relativerende en kritisch spiegelende rol van de ervaringsdeskundige echter zelden benoemd. In team Stad Zuid is het alleen Jaap die Agnes deze rol toekent:

“Zij kijkt toch op een andere manier naar herstel, vind ik. Ik zit toch vast in mijn medisch model, vaak. (...) En Agnes kan toch meer kijken van: nou, wat kun je eigenlijk? Je hebt een ziekte, maar... En daar helpt zij mij in ieder geval bij, om af en toe te denken: o ja!”

In team Regio Oost zijn het psychiater Jan en maatschappelijk werker Katja die hier een rol zien voor hun ervaringsdeskundige collega Arja. Katja stelt:

“Arja als ervaringsdeskundige houdt iedereen bewust. Wij kijken op een 'hulpverlener-manier'. Zijn gericht op wat wij zien dat niet goed gaat. Door Arja ben ik wel anders gaan kijken en werken, in die zin.”

Zij zijn echter de enige professionals uit het team die zich in deze zin uitspreken. Andere collega's vinden dat ze al cliëntgericht waren, altijd al naast de cliënt proberen te staan, en vinden niet dat ze anders zijn gaan werken door de komst van Arja. Psychiater Ard is wel positief over de rol van Arja, maar vindt het desgevraagd erg lastig om te benoemen wat dan haar concrete bijdrage is. Hij vindt niet dat zijn eigen manier van omgaan met cliënten is veranderd door haar rol. Psychologe Susan is er eveneens expliciet over, ze geeft aan dat de aanwezigheid van de ervaringsdeskundige in het team voor haarzelf niets verandert. Hetzelfde geldt voor verpleegkundige Erna:

“Mijn eigen manier van kijken is dezelfde gebleven, wij zijn al herstelgericht.”

Al met al kunnen we constateren dat er sprake is van segmentatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals die maar voor een deel voortkomt uit een functionele rolverdeling, namelijk waar het de rol als brug naar de cliënt betreft. Voor het overige zijn het vooral impliciete en expliciete opvattingen over de ervaringsdeskundigen die bijdragen aan segmentatie. Er zijn onduidelijkheden en verschillende beelden over de rol van ervaringsdeskundigen, en daaraan verbonden zijn er verschillen in waardering. Het verklaart wellicht de bescheiden participatie van de ervaringsdeskundigen in de interprofessionele samenwerking, zoals ik die in paragraaf 6.2 beschreef. Net als bij de psychiaters – maar met een andere inhoud – lijken de beelden over ervaringsdeskundigen en de soms ambivalente waardering van hun rol mede te zorgen voor segmentatie tussen hen en de professionals.

Daar waar de psychiaters impliciet een hogere status genieten, geldt voor de ervaringsdeskundigen het omgekeerde: hun status lijkt door alle onduidelijkheid en vaak beperkte waardering van hun rol eerder lager te zijn.

6.5. 'Je hebt best een dubbele identiteit'

Het beeld dat ervaringsdeskundigen zelf over hun rol hebben, is lang niet altijd hetzelfde als dat van hun collega's, en is bovendien soms ambigu. Het sterkst komt dat naar voren bij Arja, ervaringsdeskundige in team Regio Oost, die haar rol anders en breder ziet dan haar collega's doen. Ze vertelt dat cliënten haar consulteren als ze problemen hebben met hun diagnose en de acceptatie daarvan. Desondanks wil ze niet gezien worden als degene die er vooral voor de leuke contacten met de cliënten is. Over een rol als 'brug naar de cliënt', de rol die anderen haar met nadruk toebedelen, uit ze zich dubbelzinnig. In het interview met haar zegt ze:

"Ik laat me niet lenen om voor het team iets voor elkaar te krijgen bij de cliënt".

Maar op een ander moment brengt ze in:

"Mijn rol is juist om de kloof te verkleinen en rotzooi uit de weg te helpen zodat we elkaar beter begrijpen".

Overigens vindt Arja wel dat ze goed wordt ingezet in het team en veel geraadpleegd wordt door haar collega's. Ze werd vier jaar geleden bij binnenkomst heel open ontvangen. De functie van ervaringsdeskundige was toen nieuw in de organisatie. Het eerste half jaar was het "erg rommelen", aldus Arja, maar daarna is er wel invulling gevonden. Ze vindt dat ze geaccepteerd wordt en ziet zichzelf in die zin als onderdeel van het professionele team. Tegelijkertijd ziet ze zichzelf juist óók als een onafhankelijke ten opzichte van het team, als kritische, confronterende spiegel en adviseur. Ze trekt die kritische rol nog wat verder dan haar collega Katja hem schetste (zie 6.4). Arja:

"Het is in het begin natuurlijk wel zoeken geweest, maar hoe ik mijn rol zie is dat ik een adviserende en misschien wat confronterende functie heb naar mijn collega's. Zodat ik ze wat meer inzicht kan verschaffen hoe het is om aan de andere kant van het bureau te zitten. En ook ben ik er natuurlijk om stigma's en vooroordelen eigenlijk weg

te werken. (...) Op het moment dat er echt generalistisch gesproken wordt en vaak dan over één persoon, dan zeg ik daar wel iets van."

Die kritische houding en deels onafhankelijke positie ten opzichte van het team klinkt door in Arja's contacten met cliënten. Zo hoor ik haar in een telefoongesprek met een cliënt zeggen:

"Als een hulpverlener het niet goed doet bij jou, het beter denkt te weten, en iets anders doet dan jij wil, dan kun je bij mij terecht."

Arja is van mening dat de herstelgerichtheid van het team is verbeterd sinds haar komst, voor een deel doordat er binnen de instelling veel aandacht voor is, maar zeker ook door haar rolinvulling. Ze verschilt daarin van opvatting met de meeste anderen in het team, die aangeven dat ze zelf al herstelgericht waren, ook zonder dat er een ervaringsdeskundige werkzaam was.

Net als Arja geeft Agnes uit team Stad Zuid aan dat haar teamgenoten haar vooral raadplegen om beter contact met een cliënt te krijgen. Ze uit zich echter minder stellig dan haar collega's over haar unieke kwaliteit op dit gebied. Op de vraag waarom juist zij een brug naar de cliënt zou moeten of kunnen zijn, antwoordt ze wat aarzelend:

"Voordat ik de clozapine kreeg, heb ik vier jaar andere medicatie gehad. Wat bijna niks deed. Dus ik kan wel met mensen kijken van wat kan het je opleveren. De beelden en ideeën die je erbij hebt, kloppen die met de werkelijkheid. Waar zit je angst of blokkade. Niet zozeer om hun iets aan te praten, maar meer te kijken, is het wat voor jou. Hoe zit je daar in."

(interviewer:) *"En hebben zij dan het idee dat jij dat beter kan dan zij?"*

"Dat weet ik niet, dat denk ik als ze dat vragen."

Ze wil graag onderdeel zijn van het team ("Ik ben niet zo'n ervaringsdeskundige die op de barricaden staat"), maar vertelt dat het vanaf het begin lastig voor haar was om geaccepteerd te worden door haar collega's. Ze zat samen met de ervaringsdeskundige van een ander FACT-team in een aparte kamer, en kreeg het maken van signaleringsplannen en crisiskaarten voor en met cliënten als belangrijkste taak toebedeeld. Ze was formeel dan wel werkzaam als medewerker van het FACT-team, maar het feit dat ze in het begin apart in een andere kamer zat, was tekenend voor haar positie en hoe ze die ervaarde:

“Ik vond het allemaal spannend, en ik keek tegen iedereen op. Terwijl op een gegeven moment kreeg ik wel zoiets, van ik wil meemaken wat er in het team gebeurt. Dat is veel makkelijker communiceren, en dat was heel lastig, omdat... Ze accepteerden het wel, maar het was niet de gewoonte, want het was niet altijd zo geweest. (...) Het heeft niet echt strijd gekost, maar ik moest het wel een beetje inkleden, en een reden geven waarom ik dan....”

Als het gaat om de invulling van haar rol schetst ze tegenstrijdige beelden. Ze vertelt enerzijds dat er in het team veel onduidelijkheid was en deels nog is over haar rol:

“Er is altijd onduidelijkheid geweest over mijn rol. En dat speelt tot op de dag van vandaag tot aan het management. (...) En in het hele team, ik denk dat het voor mensen nog onduidelijk is, ik denk ook dat het in de andere teams onduidelijk is. Die rolverwarring is er.”

Maar verderop in het gesprek zegt ze:

“In het begin was het wel duidelijk, want ik was gewoon ervaringsdeskundige, en die maakt crisiskaarten en signaleringsplannen en die gaan mee met de collega's. Dat was mijn rol.”

In elk geval kreeg ze, na twee jaar op deze manier te hebben gewerkt, onvrede met haar rol en positie: ze vond de invulling van de ervaringsdeskundige rol te smal, voelde zich te weinig onderdeel van het team, en was in deze functie vrij laag ingeschaald. Ze besloot daarop – aanvullend op haar opleiding tot ervaringsdeskundige – een opleiding tot sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH) te volgen. Sinds ruim een half jaar is Agnes nu voor de helft van haar uren als SPH-er werkzaam, en voor de andere helft als ervaringsdeskundige. Een situatie die haarzelf meer duidelijkheid heeft gebracht, terwijl die, zoals hiervoor bleek, voor haar collega's juist tot rolverwarring heeft geleid. Voor Agnes betekent dit dat zij in feite geen onderscheid meer maakt tussen deze twee functies: ze is in haar optiek SPH-er die haar ervaringsdeskundigheid meeneemt, en doet van daaruit haar werk zo goed mogelijk. Ze ziet zichzelf nu pas in een volwaardige rol en voelt zich meer onderdeel van het team. Voor haarzelf was deze verandering van fundamenteel belang:

“Daarmee heb ik erkenning gekregen. Dat was echt vanaf het moment dat ik die kans kreeg (...). Ook doordat ik nu de opleiding volg, dat ik veel meer zelfvertrouwen ook krijg.”

Ze vertelt me in de weken dat ik meeloop met dit team meerdere keren hoe blij ze is met de *“professionele rol”* die ze nu heeft. Daarvóór had ze impliciet toch een gevoel van *“ik ben maar de ervaringsdeskundige”*. Tijdens de terugkoppeling aan het team brengt ze in dat ze zich inmiddels actiever opstelt in cliëntbesprekingen en vaker vragen op tafel legt vanuit een ander perspectief.

Ook Thijs uit team Noord vindt dat hij ruimte krijgt om zijn inbreng te leveren. Toen hij startte in het team vond hij zijn plek door zijn eigen verhaal over zijn psychose en de weg naar herstel met het team te delen, zo vertelt hij. Hij ervaart dat het team open staat voor zijn inbreng. In een eerder team waar hij stage liep als ervaringsdeskundige was de houding veel meer ‘wat kom je eigenlijk doen? Wat voeg je toe?’. Hier voelt hij zich serieus genomen. Zijn collega’s betrekken hem af en toe wel bij hun cliëntcontacten, maar zijn rol is verder nog aan het uitkristalliseren. In het begin van zijn periode bij het team gaf hij cliënten nog weleens medicijninjecties (hij is ook opgeleid als verpleegkundige), maar dat leidde voor hemzelf tot rolverwarring, dus daar is hij weer mee gestopt. Omdat hij nog niet zo lang als gediplomeerd ervaringsdeskundige werkzaam is (tot voor kort deed hij het werk als onderdeel van zijn opleiding) heeft hij nog niet veel individuele cliëntcontacten. Wel begeleidt hij enkele herstelgroepen, en gaat hij een deel van zijn uren besteden aan het opzetten van een Zelfregiecentrum, samen met een collega-ervaringsdeskundige van een ander team. En net als sommige van zijn collega’s dicht Thijs zichzelf nog een andere rol toe: hij houdt de anderen regelmatig een spiegel voor.

Net als bij de professionals in de drie teams is er bij de ervaringsdeskundigen dus niet altijd een eenduidig beeld over hun rol. Soms geven zij aan, zoals Agnes en Thijs, dat die rol onduidelijk is of nog duidelijker moet worden. De ervaringsdeskundigen willen graag onderdeel zijn van het team, ervaren zichzelf vaak ook zo, maar plaatsen zich er soms ook naast of tegenover, zoals Arja. En voor alle drie geldt dat zij hun rol breder zien dan ‘de brug naar de cliënt’, en in die zin een andere opvatting over de ervaringsdeskundige rol hebben dan de meeste professionals.

Tot slot komt uit de gesprekken en observaties nog een ander aspect naar voren: soms lijkt niet alleen hun rol maar zelfs hun identiteit diffuus te zijn. Zo geeft Thijs uit team Noord aan dat hij soms twee met elkaar strijdende kanten ervaart in het functioneren als ervaringsdeskundige: hij is lotgenoot én professional. Hij streeft naar een vertrouwensrelatie met cliënten. In het algemeen houdt hij vertrouwelijk wat cliënten met hem bespreken, vanuit gelijkwaardigheid. Dat kan echter dilemma’s meebrengen en botsen met de verantwoordelijkheid die hij voelt als professional:

“Signaleren kan wel een verantwoordelijkheid zijn. Als ik zorgen heb over een cliënt, heb ik ook een verantwoordelijkheid als professional.”

Zelf meen ik deze dubbelzinnigheid in identiteit te zien als ik aanwezig ben bij de ‘herstelgroep’ die Thijs begeleidt. De twee aanwezige cliënten en Thijs bereiden samen een workshop voor waarin een gastspreker komt vertellen over zijn ervaringen met autisme, en Thijs stelt zich tijdens de bijeenkomst op als één van hen. Hij geeft bijvoorbeeld regelmatig aan dat hij dingen herkent in het verhaal van de anderen en hij spreekt steeds in termen van ‘we’ en ‘wij’:

“We hebben allemaal op onze eigen manier psychose-ervaringen, en op onze eigen manier herstel.”

“We moeten effe beslissen.”

Tegelijkertijd pakt hij soms een andere rol, die hem van de anderen onderscheidt: hij leidt het gesprek, en geeft inhoudelijke uitleg aan de anderen, bijvoorbeeld over psychoses en over het belang van diagnoses. In die momenten lijkt hij zich eerder als professional dan als lotgenoot op te stellen.

Iets vergelijkbaars doet zich voor als ik een dag meeloop met Agnes uit team Stad Zuid. Ik woon een bijeenkomst bij van een cliënten-lotgenotengroep, die Agnes samen met Noor, collega-ervaringsdeskundige van een ander FACT-team, begeleidt. De groep komt aan het eind van de middag bij elkaar, de deelnemers druppelen om de beurt binnen en bedienen zich van de soep en de broodjes die Noor en Agnes hebben geregeld. Er vindt eerst een rondje plaats waarin iedereen vertelt hoe het met hem of haar gaat. Noor en Agnes doen mee als de anderen, en stellen zich hierin op als één van hen.

Agnes: “Ik heb een nieuw parkietje. De vorige is pas doodgegaan, en dat deed me meer dan ik had verwacht. Hij was er altijd sinds mijn opname.”

Tegelijkertijd nemen ze af en toe een rol aan die dichter lijkt te liggen bij die van professional. Ze leiden bijvoorbeeld het gesprek, stellen zich meer dan de anderen ondersteunend op (bijvoorbeeld door een deelnemster heel bemoedigend toe te spreken als zij iets vertelt over een positieve stap die ze afgelopen week heeft gezet), en bepalen in sterke mate het verloop van de bijeenkomst. Een tekenend moment doet zich voor als deelnemster Bianca opeens opstaat en haar jasje aantrekt:

“We hebben toch rookpauze?”

Noor: *“Nee, we hebben zo pauze. En dan mag je roken.”*

Na de pauze vragen Noor en Agnes aan de anderen welk thema ze vanavond willen bespreken. Dat wordt het thema verslaving. Iedereen blijkt daar wel ervaring mee te hebben, en de ervaringsdeskundigen delen die net als de anderen. Wel heeft hun inbreng andere accenten: ze dragen feitelijke informatie aan over verslaving, beschikbare medicatie hiervoor, en dragen kennis aan over wat er wel werkt en wat niet om verslaving te verminderen. Na afloop hoor ik ze onderling uitwisselen over de aanwezige cliënten, en hierin klinkt hun rol als professionals sterker door dan hun rol als lotgenoten. Ze analyseren de groepsdynamiek, benoemen wie er dominant waren, en plaatsen die expliciet in het licht van de problematiek van deze cliënten.

Er lijkt naast onduidelijkheid en verschillende beelden over de rol van de ervaringsdeskundigen sprake te zijn van een ambigue identiteit van ervaringsdeskundigen. Treffend wordt dit verwoord door Arja in het interview dat ik met haar heb:

“Het gaat erom dat ik een goede vertrouwensrelatie opbouw met de cliënt. En dat die zich vertrouwd genoeg voelt op het moment dat die zich niet serieus genomen voelt door de hulpverlening, dat hij dat met mij kan bespreken. En dat hij dan ook de behoefte, het idee en het gevoel heeft dat ik naar hem luister en daar een oplossing voor wil bedenken, in plaats van dat ik me meteen achter die hulpverleners schaar en zeg van ‘nou die zal het wel heel goed bedoeld hebben’.”
(interviewer:) *“Ja. Lastig.”*

“Ja, nou ja, en wat er nu bij me opkomt is dat je dus best een dubbele identiteit hebt. Wel en geen hulpverlener zijn.”

Ervaringsdeskundigen zijn dus zowel professional als lotgenoot van cliënten. Dat hoeft niet altijd een probleem te zijn, maar leidt soms wel tot onduidelijkheid of dilemma's, zoals bijvoorbeeld Thijs aangeeft. Mogelijk is deze dubbelzinnige identiteit nog een extra factor die zorgt voor segmentatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals.

6.6. Conclusie

Uit de in dit hoofdstuk gepresenteerde observaties en gesprekken in de onderzochte FACT-teams komt eerst en vooral naar voren dat interprofessionele samenwerking een belangrijke basis vormt in de dagelijkse praktijken van de teams. Cliënten worden

in gezamenlijk overleg besproken, contacten met cliënten vinden gezamenlijk plaats of worden onderling afgestemd, en regelmatig worden professionals uit andere teams en organisaties betrokken. Deze interprofessionele samenwerking is inherent aan het werken in de multidisciplinaire FACT-teams en krijgt dus ook 'echt' gestalte. Professionals erkennen elkaars kennis en verbinden hun eigen kennis met die van andere professionals, binnen en buiten de eigen context. Zij laten in de uitvoering van hun werk *epistemic fluency* zien, zoals beschreven in hoofdstuk 5. In die interacties houden ze rekening met andere perspectieven en invloeden, zoals die van andere zorgaanbieders (een instelling voor beschermd wonen, een WMO-team, een instelling voor verslavingszorg). Ze kunnen in die zin beschouwd worden als 'netwerkprofessionals', die uitingsvormen van verbindende professionaliteit laten zien.

Tegelijkertijd blijkt dat de samenwerking grenzen kent, en die grenzen worden zichtbaar: er is niet alleen sprake van samenspel, maar ook van segmentatie. De verschillende inhouden van ieders vakgebied, de eigen professionele domeinen, en de daaraan verbonden rol- en taakverdelingen binnen de FACT-werkwijze zorgen voor functionele scheidslijnen. Sommige taken en verantwoordelijkheden zijn toebedeeld aan specifieke beroepsbeoefenaren of verbonden aan een specifieke rol, zoals het voorschrijven van medicijnen aan de psychiater/arts, of het bijhouden van cliëntdossiers aan de dossierhouder. Deze afbakeningen zijn voor iedereen duidelijk; ze worden althans nergens ter discussie gesteld. In die zin is deze praktische en functionele vorm van segmentatie niet problematisch en lijkt ze net zo inherent te zijn aan het werken in de multidisciplinaire FACT-teams als het samenwerken over professionele grenzen heen.

Het beeld wordt genuanceerder als we kijken naar de relatie tussen psychiaters en andere professionals. In twee van de onderzochte teams dragen de psychiaters als regiebehandelaar - een rol die is bepaald vanuit de geldende financieringssystematiek - de formele eindverantwoordelijkheid voor alle of het overgrote deel van de cliënten. Dit ondanks het feit dat deze rol formeel ook toegekend kan worden aan de psychologen. De manier waarop deze verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk van deze teams zijn beslag krijgt, is niet geheel onproblematisch en heeft twee waarneembare gevolgen voor het samenspel met andere professionals. Ten eerste is vanwege de eindverantwoordelijkheid van de psychiaters hun invloed relatief groter dan die van de andere professionals. Met name in complexe casussen hechten de teams in de besluitvorming sterk aan het oordeel van de psychiater. Ten tweede is hun aanwezigheid bij teambesprekingen soms beperkt door tijdgebrek vanwege hun grote caseload en dat zorgt er in sommige gevallen voor dat anderen aarzelen in de besluitvorming of deze uitstellen. De eindverantwoordelijke rol van

de psychiaters brengt dus een zekere hiërarchie met zich mee, die deels functioneel van aard is, maar tegelijkertijd de samenwerking en besluitvorming kan hinderen. Bovendien wordt dit nog versterkt door het feit dat de anderen – impliciet en expliciet – meer gezag toekennen aan de psychiater, vanwege zijn status als arts. Uit de literatuur over interprofessionele samenwerking is bekend dat culturele patronen, zoals informele hiërarchie tussen professionals, taai zijn en een belemmering in de samenwerking kunnen vormen. De segmentatie tussen psychiaters en andere professionals die tijdens de observaties zichtbaar is, lijkt mede ingegeven te zijn door zo'n informele hiërarchie binnen de onderzochte teams.

Kijken we naar de relatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals, dan blijkt dat er wel samenwerking is, maar dat deze ondanks wederzijdse positieve intenties bescheiden is. Voor een deel is ook hier sprake van segmentatie met een functionele grondslag. In de FACT-methodiek is de rol van ervaringsdeskundige beschreven als: contact leggen met cliënten, hen vanuit ervaringskennis voorlichten over herstel, rehabilitatie en cliëntenrechten, en hun herstel ondersteunen en bekrachtigen, in individuele contacten en via groepen. Die rol krijgt in de onderzochte teams vorm in de praktijk, en wordt voor een deel benoemd en erkend als 'de brug naar de cliënt'. Tegelijkertijd wordt dit echter door sommige professionals ter discussie gesteld. Niet elke professional is ervan overtuigd dat deze verbindende rol tussen team en cliënt (contact leggen, aansluiten om herstel te bevorderen) uitsluitend en bij uitstek door ervaringsdeskundigen vervuld kan en moet worden. Er worden dus kanttekeningen geplaatst bij het specifieke (kennis)domein van de ervaringsdeskundige. Eén van de ervaringsdeskundigen ziet bovendien als valkuil dat de ervaringsdeskundige dan wordt ingezet om het perspectief vanuit het team over te brengen aan de cliënt, en zij wil haar rol niet op deze manier invullen. Een vorm van functionele segmentatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals is dus wel waarneembaar, maar is niet eenduidig; invulling en waardering van de rol als brug naar de cliënt verschillen.

Ten tweede ontstaan grenzen doordat er sterk verschillende opvattingen leven over andere aspecten van de ervaringsdeskundige rol. Met name de ervaringsdeskundigen in de teams zien voor zichzelf een rol weggelegd als een kritische spiegel voor het team, waarin ze het cliëntperspectief voor het voetlicht brengen en het team scherp houden in het meenemen van dit perspectief. Die rol opvatting wordt lang niet door al hun (niet-ervaringsdeskundige) collega's onderschreven; sommigen zijn van mening dat zij hier zelf al voldoende alert op zijn.

In het verlengde van deze rolonduidelijkheid draagt bij aan de segmentatie dat de ervaringsdeskundigen zichzelf vragen stellen over hun identiteit; zij ervaren die regelmatig als ambigu. Ze zien zichzelf in zeker opzicht als professional, beschikkend over specifieke kennis, opleiding en ervaring, maar ze ervaren zichzelf tegelijkertijd

soms als 'anders dan de anderen': als een teamlid dat meer gelijkwaardig is aan de cliënten, als lotgenoot, vanuit hun gedeelde ervaringen.

Samenvattend: in de relatie en interactie tussen ervaringsdeskundigen en professionals is eerder sprake van segmentatie dan van gelijkwaardige interprofessionele samenwerking. Ervaringsdeskundigen vertegenwoordigen niet zonder meer de "*gewone, volwaardige discipline die meekijkt*", zoals de psychiater uit team Stad Zuid zou wensen. Die segmentatie ontstaat om te beginnen uit twijfel over de eigenheid en uniciteit van de 'professionele specialisatie' van de ervaringsdeskundige. Daarnaast zijn er verschillende opvattingen en daarmee onduidelijkheid over de verdere invulling van de ervaringsdeskundige rol. Tot slot lijkt een ambigue houding tegenover de eigen identiteit van ervaringsdeskundigen mee te spelen. Wanneer zij zichzelf definiëren als lotgenoot van de cliënt, en daarmee als dichter bij de cliënt, dan kan dit een gelijkwaardige relatie met de professionals in de weg staan.

Verbindende professionaliteit, *connective professionalism*, krijgt een vertaling in de wijze waarop de professionals in de onderzochte teams samenwerken, over professionele, team- en organisatiegrenzen heen. Daar waar sprake is van een duidelijke functionele rolverdeling zijn grenzen in die samenwerking aan de orde, meestal zonder belemmerend te zijn. In die zin is het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie hanteerbaar. Maar er doen zich tevens andere vormen van segmentatie voor. In het geval van de psychiaters geldt dat aan hen (impliciet) een hoger gezag wordt toegekend. Deze informele hiërarchie kan de besluitvorming in de teams bemoeilijken. In het geval van de ervaringsdeskundigen leven er in de teams onduidelijke en diffuse beelden en opvattingen over hun rol en identiteit. Die staan een gelijkwaardige samenwerking in de weg en genereren spanningen. Het vormgeven aan het ideaal van verbindende professionaliteit is in deze realiteit lastig.

Ervaringsdeskundigheid onder druk

Hoofdstuk 7.

Ervaringsdeskundigheid onder druk

“Het moet heerlijk zijn om zo te kunnen werken”, verzucht Ruud, SPH-er in FACT-team Noord. We zitten in een kleine overlegruimte voor een interview, en Ruud doelt op de manier waarop zijn ervaringsdeskundige collega Thijs zijn werk kan doen: zonder een aantal formele verantwoordelijkheden die professionals in het team wél hebben, en met veel ruimte om zijn tijd zelf in te delen, omdat hij geen productietarget heeft. Daarmee heeft Thijs meer gelegenheid om een gelijkwaardige relatie met cliënten op te bouwen, stelt Ruud. Hij vertelt als voorbeeld over Riet, een oudere vrouw bij wie Ruud en Thijs allebei huisbezoeken afleggen:

“Want op het moment dat Riet wat is ontregeld, moeten wij haar ophalen. En niet Thijs. (...) Uiteindelijk ben ik degene geweest die die deur openmaakte en haar in de auto van de ambulance stopte. (...) Dus, in die zin ben ik mijn gelijkwaardigheid helemaal kwijt op dat moment. En die heeft Thijs.”

In een notendop illustreert deze uitspraak van Ruud dat de formele verantwoordelijkheden van professionals en de formele kaders waarbinnen zij werken medebepalend kunnen zijn voor hun handelen en hun relatie met cliënten. Ook al leek het contact tussen Thijs en Riet in zichzelf niet soepel te verlopen (zie hoofdstuk 5), volgens Ruud heeft Thijs toch meer gelegenheid om tot een gelijkwaardige relatie te komen, omdat een aantal formele kaders, in dit geval het uitvoeren van (een zekere mate van) dwang, voor hem niet aan de orde zijn. Professionals streven in hun handelen naar ruimte voor henzelf én voor cliënten, en het inzetten van ervaringsdeskundigheid beoogt dit nog te versterken. Maar dat streven kan ingeperkt worden door institutionele en organisatorische kaders. Het derde spanningsveld, dat tussen vertrouwen (en daarmee het kunnen nemen en geven van regie) en verantwoording, komt hier naar voren. Het thema van dit laatste empirische hoofdstuk is hoe het inzetten van ervaringsdeskundigheid binnen dit spanningsveld vorm krijgt. De deelvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

Op welke wijzen is er te midden van prestatie- en verantwoordingseisen ruimte voor ervaringsdeskundigheid in professionele GGz-teams?

Als eerste laat ik in paragraaf 7.1 zien dat de intentie om de eigen regie van cliënten ruimte te geven gedeeld wordt door professionals én ervaringsdeskundigen, zij het elk op hun eigen manier. In 7.2 wordt duidelijk dat dit niet de enige leidraad is; de verschillende professionele oriëntaties beïnvloeden eveneens waar professionals in hun behandeling en begeleiding van cliënten naar streven. Daar bovenop hebben professionals te maken met eisen en doelstellingen vanuit de organisatorische en institutionele context. Hoe ze omgaan met deze bedrijfsmatige en beleidsmatige

kaders, en tot welke druk de combinatie van al deze inhoudelijke en institutionele verantwoordelijkheden leidt, beschrijf ik in paragraaf 7.3. De ervaringsdeskundigen in de teams hebben minder dan de anderen te maken met deze prestatie- en verantwoordings-eisen, zo laat ik in 7.4 zien, al ervaren ook zij verantwoordelijkheid als onderdeel van het team. Die geldt vooral het inschatten en voorkomen van risico's, het thema dat in paragraaf 7.5 aan de orde is. De verantwoordingsdruk maakt dat er een sterke neiging tot risicomijding en beheersing ontstaat. In paragraaf 7.6 beschrijf ik hoe dat een belemmering lijkt te zijn voor herstelgericht werken, en daarmee voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid en de eigen regie van cliënten. Tot slot geef ik in een concluderende paragraaf (7.7) een eerste duiding aan deze bevindingen vanuit de theorie.

7.1. 'Ik wil dat iemand zelf zijn keuzes maakt'

De professionals in de FACT-teams nemen tijdens hun werk vele besluiten over cliënten, met inbreng van hun verschillende soorten kennis (zoals beschreven in hoofdstuk 5) en vanuit hun verschillende rollen (zie hoofdstuk 6). Tijdens de overleggen die ik bijwoon worden voortdurend grote en kleine knopen doorgesneden: moeten we vanmiddag even bellen, gaan we iets vaker langs, moet de medicatie opgehoogd worden, is iemand stabiel genoeg om 'van het bord af te halen', gaan we een rechterlijke machtiging aanvragen? Steeds weer worden afwegingen gemaakt. De onderzochte professionals zijn hierin tot op zekere hoogte autonoom: de teams, en in sommige situaties de individuele professionals, bepalen voor een groot deel zelf welke keuzes in de behandeling en begeleiding van cliënten worden gemaakt.

Een belangrijk richtsnoer bij het maken van die keuzes, zo stellen veel van de onderzochte professionals, zijn voor hen de wensen en doelen van cliënten zelf. Want dat is iets wat de hulpverleners in alle teams delen: de oprechte intentie om ruimte te geven aan de eigen regie van cliënten. Soms wordt dit expliciet benoemd. Zoals door Ida, SPV-er in team Stad Zuid. Op een ochtend wordt ze vlak voor het begin van het digibord-overleg gebeld door cliënt Willem, die worstelt met zijn alcoholverslaving. Ida was de dag ervoor bij hem op huisbezoek. Ze heeft een kort gesprekje met hem aan de telefoon, waarin ze hem enthousiast complimenteert. Het blijkt dat Willem gisteren wijn had gekocht, thuis ook nog twee flessen had staan, maar toen zo kwaad op zichzelf was geworden dat hij alles had weggegooid. Ida:

“Dan zie je hoe belangrijk het is om achterover te leunen en het aan iemand zelf over te laten. Want dan komt hij in zijn kracht.”

Tijdens de interviews spreken ook anderen zich in deze zin uit:

“Ik probeer wel uit te gaan van de hulpvraag van de cliënt.” (Nathalie, psycholoog Stad Zuid)

“Ik streef ernaar om mensen zo autonoom mogelijk te laten zijn.” (Katja, maatschappelijk werker Regio Oost)

“Ja, ik probeer altijd wel mensen bewust te laten zijn van het besef dat ze zelf ook regie kunnen hebben over hun eigen leven. En dat ze dat altijd wel moeten nastreven, ook al hebben ze veel psychiatrische problematiek.” (Ard, psychiater Regio Oost)

In gesprekken met cliënten vraagt Ard inderdaad regelmatig wat iemand zelf wil, net als de psychiaters Jaap en Chris in de beide andere teams. Andere professionals die ik observeer, en de ervaringsdeskundigen, geven op verschillende manieren, en in verschillende mate, ruimte aan cliënten om hun wensen in te brengen. Sommigen doen dat heel expliciet, met opmerkingen als ‘het is jouw eigen keuze wat je nu doet’. Soms gebeurt het in een indirecte of impliciete vorm, bij voorbeeld ‘kan ik nog iets voor je betekenen?’ als afsluitende vraag bij een huisbezoek. Verder checken de professionals vrijwel altijd of iemand het er mee eens is wanneer ze suggesties doen aan cliënten over te ondernemen stappen (en dat doen ze in elk gesprek wel). Erna, verpleegkundige in team Regio Oost, stelt dat de professionals er zijn om de cliënt te ondersteunen, maar om het hem wel zelf te laten doen. Ze schetst hoe ze daar in de praktijk mee omgaat, bijvoorbeeld bij het opstellen van een behandelplan, waarin de doelen van de cliënt moeten worden beschreven. Zij stelt dit plan op, terwijl de cliënt naast haar zit. Erna schrijft in de ‘ik’-vorm en zoveel mogelijk in de taal van de cliënt, en checkt steeds bij de cliënt of zij haar of zijn doelen juist heeft verwoord.

Zoals gezegd zijn er verschillen in inkleuring en accenten. Opvattingen over de betekenis en invulling van ‘autonomie’ en ‘eigen regie’ zijn niet altijd hetzelfde. Een voorbeeld waarbij dit naar voren komt is de discussie die plaatsvindt tijdens het ‘moreel beraad’ dat team Stad Zuid op een ochtend houdt. De ingebrachte casus betreft de euthanasiewens van een cliënt, en de discussie strekt zich uit tot het thema ‘eigen regie van cliënten’, en over het al dan niet gedwongen behandelen. De teamleden staan daar verschillend in. Zo heeft SPH-er John er moeite mee als anderen voor iemand bepalen hoe erg het lijden is, en daarmee hoe ver de behandeling moet gaan. Maatschappelijk werker Franc deelt dit en vindt dat cliënten zelfs bij een concrete doodswens een hoge mate van autonomie moeten

hebben. Een ander voorbeeld is een gesprek tussen psychiater Ard, SPV-er Flip en een cliënt, uit team Regio Oost, op de spreekkamer van Ard. De cliënt benadrukt steeds wat er niet goed gaat in zijn leven, dat hij alles moeilijk vindt, dat hij onzeker is en somber. Flip laat hem de andere kant zien, schetst hoe de cliënt in de afgelopen tijd juist positieve stappen heeft gezet, en zegt dat hij niet de rol wil oppakken om voor cliënt zaken te besluiten, of over te nemen:

“Jij wil dat van ons, maar wij willen die rol niet oppakken.”

Er ontstaat discussie over de volgende stappen in de behandeling. De cliënt wil meer medicijnen, Ard aarzelt, en Flip is ronduit tegen een dergelijke beslissing. Uiteindelijk gaat Ard nog niet mee in de wens van de cliënt om meer medicijnen voor te schrijven, al voelt hij hier wel wat voor. In het nagesprek met Flip geeft hij aan dat antidepressiva volgens hem de cliënt kunnen ondersteunen in het nemen van meer eigen regie. Flip bepleit juist een tegenovergestelde weg: meer medicatie zal de afhankelijkheid van de cliënt alleen maar doen toenemen, omdat hij dan gaat leunen op de medicijnen in plaats van op zijn eigen kracht. Beiden vullen dus ‘de autonomie van de cliënt’ op een andere manier in.

Voor een deel speelt wellicht de professionele achtergrond een rol bij de verschillen die naar voren komen. Maatschappelijk werker Franc en SPH-er Ruud bijvoorbeeld koppelen het streven naar eigen regie van de cliënt nadrukkelijk aan het versterken van de maatschappelijke positie van cliënten, een oriëntatie die inherent is aan hun beroep:

Ruud (SPH-er Noord): “Het begeleiden van mensen. (...) Een brug slaan naar andere instanties en naar familie toe. Mensen zo goed mogelijk vooruit helpen, zodat ze een zo zelfstandig mogelijk leven kunnen leiden. In welke hoedanigheid ook. (...) Mensen moeten zo snel mogelijk weer de GGz uit.”

Franc (trajectbegeleider Stad Zuid): “Maar vooral ook om de individuele cliënt bij te staan, de belangen te behartigen. (...) Ik wil mensen de regie laten houden. (...) Ik ben met een cliënt bezig om te werken aan een betere status als burger in deze samenleving. Als werknemer. Als maatschappelijke rol.”

Psychologen Susan (team Regio Oost) en Elke (team Noord) verbinden de eigen regie van cliënten aan de FACT-methodiek. Volgens Elke stimuleert die de focus op de eigen ‘doelen’ van de cliënt doordat problemen en klachten op negen leefgebieden in kaart worden gebracht. Susan uit team Regio Oost refereert eveneens aan deze

negen 'leefdoelen', zoals zij het noemt. Naast psychiatrie en psychologie noemt ze leefgebieden als lichamelijke gezondheid, wonen en zingeving. Volgens Elke zorgen de negen leefgebieden ervoor dat er breder gekeken wordt dan alleen psychische symptomen, en dat de blik minder eenzijdig dan elders in de GGz gericht is op beheersen en genezen. Ze koppelt het streven naar eigen regie van cliënten aan herstelgericht werken. Daarbinnen heeft elk type professional zijn eigen focus, zo stelt ze, en pakt ieder de herstelgerichtheid anders op:

"Ik denk meer dat sommigen vanuit hun eigen werkveld, of hun eigen ervaring, bijvoorbeeld eerder denken aan goh, dagbesteding of werk dan dat ik bijvoorbeeld zou denken. (...) Ik ben inderdaad meer ingevlogen voor dat stuk behandelen wat er nog ligt. (...) De een doet veel meer praktisch, de ander meer in zelfbeeld, of zo."

De koppeling tussen herstelgerichtheid en eigen regie van de cliënt wordt door meer professionals benoemd, bijvoorbeeld door Ida, SPV-er in team Stad Zuid. Binnen de herstelgerichte aanpak ziet ze de inzet van ervaringsdeskundigheid als een noodzakelijk onderdeel. De valkuil van haar FACT-team is namelijk dat de eigen regie van cliënten onder dreigt te sneeuwen. Ze signaleert dat het team soms de neiging heeft "te medisch of te theoretisch" te gaan denken, en de aansluiting bij cliënten verliest. De inbreng van de ervaringsdeskundige biedt dan tegenwicht. Ook psycholoog Elke noemt de inzet van ervaringsdeskundigheid als stimulans om herstelgericht werken en aandacht voor de eigen regie van cliënten te bewaken. Ze geeft aan hoe de oriëntatie van Thijs, de ervaringsdeskundige in haar team Noord, hierin belangrijk is:

"Ik ga al meteen van oké, dit is het probleem, hoe gaan we dat oplossen. Terwijl hij natuurlijk veel meer zoekende is van goh, wat kunnen we elkaar bieden, of... ik denk dat zijn rol daarin anders is, of zijn doel anders is dan dat van mij."

De ervaringsdeskundigen in de drie teams geven in de interviews inderdaad aan dat hun belangrijkste streven juist die autonomie van cliënten is, en dat die voor hen inherent is aan herstelgericht werken. Arja in team Regio Oost zegt te willen werken vanuit de cliënt en "het kunnen van de cliënt". Als zij een discrepantie tegenkomt tussen de mening van hulpverleners en van de cliënt over keuzes in de behandeling, wil zij dit best bespreken met cliënten, maar ze past ervoor om cliënten te gaan overtuigen. Ze wil nadrukkelijk dat mensen zelf hun keuzes maken. Thijs in team Noord zegt veel gesprekken te voeren met cliënten over hoe ze een grotere

zelfstandigheid kunnen ontwikkelen en behouden, en hoe ze zelf hun leven willen inrichten. Zijn collega-ervaringsdeskundige Kiera (van een ander FACT-team binnen de instelling) stelt dat herstelgericht werken *“natuurlijk ook geënt is, onder andere, op keuzevrijheid van mensen”*.

Ruimte geven aan de eigen regie van cliënten is dus voor alle professionals in de FACT-teams naar eigen zeggen een belangrijke leidraad in hun besluitvorming en handelen. Herstelgericht werken en ervaringsdeskundigheid worden daarin als versterkende factoren gezien, zowel door de ervaringsdeskundigen als door de professionals.

7.2. ‘Er moet eerst een begeleidbaar doel komen’

Tegelijkertijd blijkt dat de professionals niet alleen gericht zijn op de eigen wensen van cliënten, maar zelf óók een beeld hebben over hoe het leven van de cliënt eruit zou moeten zien. Sommigen geven aan dat het daarom niet altijd gemakkelijk is om de regie echt bij de cliënt te laten. Zoals Erna, verpleegkundige in team Regio Oost:

“Wij kunnen wel dingen bespreken met de client, maar die moet zelf bepalen. Bijvoorbeeld: ik kan zeggen ‘het lijkt mij goed dat je naar de instelling voor verslavingszorg gaat’, maar de cliënt kan ook nee zeggen. Dan is dat zo. En dan gaan we verder kijken. Maar de verantwoording terugleggen bij de cliënt is ook weleens moeilijk! Zeker bij deze doelgroep. Soms moeten we meer achteroverleunen.”

Ook SPH-er Ruud uit team Noord vindt het lastig om cliënten hun eigen regie te laten nemen. Ik vraag hem ernaar, nadat ik hem een paar keer tegen cliënten uitspraken hoor doen als *“denk er maar eens over na”* of *“jij moet bedenken wat je ermee wil”*. Ruud:

“Ik heb zelf lang in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gewerkt. Dan zit je veel meer op die zorgkant. Bij psychiatrie heb ik echt moeten leren om te zeggen: dat moet u zelf gaan doen. Vond ik heel moeilijk.”

Voor Nathalie, psycholoog in team Stad Zuid, is het een leerproces geweest om écht uit te gaan van de wensen van cliënten zelf, zo vertelt ze, omdat zij als professional altijd ook haar eigen ideeën heeft over wat helpend zou zijn voor een cliënt en welke

kant het in de behandeling op zou moeten gaan. Zoals bij de cliënt die ze zojuist heeft gesproken; haar idee is dat hij meer het huis uit zou moeten. De cliënt had aangegeven dat hij graag naar Zwolle zou willen kunnen reizen om zijn dochtertje te zien. Nathalie:

“En dan kan het best dat hij, als hij dat doel eenmaal heeft bereikt, (...) zegt van nu ben ik tevreden, nu is het voor mij goed. En dat heb ik wel in de loop der jaren geleerd, om dan niet nog te denken van nee, ik vind dat hij ook naar Groningen moet, of dat je weer aan het werk kunt. Nee, als dat doelen zijn die hij wil, dan gaan we daaraan werken. Dat is wel iets wat ik heb moeten leren. (...) Dan moet je toch overeenstemming zien te krijgen over doelen. (...) En welke behandeling of begeleiding kunnen we dan wel inzetten om jouw doelen te bereiken.”

De ideeën en voorkeuren die de verschillende professionals hebben over de te nemen stappen in de behandeling lijken onder meer samen te hangen met hun professionele oriëntatie. Illustratief zijn de uitspraken van psycholoog Susan uit team Regio Oost over ‘behandeldoelen’. Zij geeft aan dat de doelen die cliënten zichzelf stellen voor haar soms lastig hanteerbaar zijn. In haar optiek moeten de behandeldoelen van de cliënt passen bij haar aanbod als psycholoog, zodat ze haalbaar zijn, anders kan zij mensen niet helpen. Ze schetst een voorbeeld. Als een cliënt als doel heeft van zijn angsten af te willen, zal zij aangeven dat angsten bij het leven horen, en dat zij aan dat doel op zichzelf niet kan bijdragen. Zij zal er dan in haar woorden een “congruente hulpvraag” van proberen te maken, waar zij wel iets mee kan. Cliënten moeten ‘haalbare doelen’ stellen:

“Ja. Want ze hebben niet-begeleidbare doelen gesteld. Er moet eerst een begeleidbaar doel komen. (...) de hulpvraag en de doelen, dat moet haalbaar zijn, en dan moet ik kunnen zeggen, ja, zijn we het daar over eens. Hebben we een doel waar jij achter staat, waar ik achter sta (...)”

Een professional uit een ander vakgebied zou weer andere behandelstappen voorstellen, zo stelt Susan. Als voorbeeld noemt ze het verschil tussen psychiaters en psychologen:

“Maar kijk, met een psychiater, die vindt van nou, het slapen moet opgelost worden met een pilletje, ik bedoel maar iets. (...) En de psycholoog zegt, nou volgens mij moet-ie gewoon zijn slaaphygiëne op orde krijgen. Dan heb je natuurlijk wel een discussie.”

In dit zoeken van balans tussen de eigen regie van cliënten en het streven van professionals speelt nog een andere factor mee: het feit dat cliënten zich in een afhankelijke positie bevinden ten opzichte van de professionals. Psycholoog Elke uit team Noord kaart dit punt aan in het interview dat ik met haar heb. Ze stelt dat ieder teamlid op zijn eigen manier het cliëntperspectief voor ogen houdt, maar:

“Wat ik lastig vind... je hebt altijd een machtsverhouding, je hebt altijd een disbalans. Want ik ben de hulpverlener en jij bent iemand die hulp vraagt (...). Ik denk dat iedereen zich daar wel bewust van is dat die hiërarchie er eigenlijk is, of die disbalans, en ook streeft naar gelijkwaardigheid daarin. Maar het zit... ja, kijk, ik heb ook niet voor niks dit beroep gekozen, omdat ik graag iemand hulp wil verlenen. Dus het zit ook in mijn persoon om iemand te helpen, terwijl dat soms helemaal niet helpen is.”

Kortom, de verschillende professionele oriëntaties, gecombineerd met deze disbalans, zorgen ervoor dat de eigen regie van cliënten soms naar de achtergrond dreigt te verdwijnen. Inderdaad lijkt de nadruk in de besluitvorming binnen de teams vaak sterker te liggen op hetgeen de professionals nastreven dan op de wensen van de cliënt. Met name tijdens de digibord-overleggen – waarin veel keuzes over grote en kleine vervolgstappen worden gemaakt, en waar de cliënten zelf niet bij zijn – komen de eigen wensen van cliënten weinig expliciet aan de orde. Professionals verwoorden vaker wat volgens henzelf nodig of wenselijk is.

Dat laatste is eveneens het geval tijdens individuele contacten met cliënten. Daarnaast vragen de professionals in die contacten wel regelmatig na wat een cliënt zelf wil, meestal in de vorm van een vraag als ‘kan ik nog iets voor je betekenen?’ of ‘heb je nog vragen?’. Het uitgebreider en expliciet verkennen van de wens van cliënten gebeurt echter veel minder vaak.

Enkele ervaringsdeskundigen bevestigen dat de regie in veel gevallen meer bij de professionals dan bij de cliënten ligt. Agnes uit team Stad Zuid geeft aan dat zij meer dan de anderen expliciet samen met de cliënt zoekt naar ‘wat werkt en wat niet’. Arja uit team Regio Oost zegt letterlijk dat professionals nog te vaak vanuit door hén bepaalde doelen werken en de neiging hebben om een cliënt te willen ‘redden’. Als dat niet duidelijk wordt besproken, werken hulpverlener en cliënt elk aan een ander doel, zo stelt ze. Wel ziet ze dat dit in de loop van de tijd verbeterd is. Toen zij vier jaar geleden in het team kwam werken, moest ze er erg alert op zijn, bijvoorbeeld door erop te letten dat crisisplannen echt door cliënten zelf werden geschreven. Ze zegt het er zo uit te pikken als dat niet het geval is, doordat de bewoordingen dan te veel in ‘hulpverlenerstaal’ zijn.

Thijs uit team Noord geeft aan dat hij in teamoverleggen probeert alert te zijn op het perspectief van cliënten en zijn collega-professionals erop te wijzen als ze dat perspectief uit het oog dreigen te verliezen. Op zulke momenten vraagt hij hardop aandacht voor hoe een besluit door de cliënt ervaren zal worden. Zijn collega Kiera signaleert in dit team veel sturing door de professionals, en soms een houding van 'ik weet wat goed is voor jou':

"Er wordt heel veel overgenomen. (...) Niet zozeer uitgesproken in woorden, maar... Wat ik nu ook veel mensen hoor doen als ze in gesprek zijn met cliënten hier... Dat zit hem echt in kleine dingen. Bijna achter iedere zin het woordje 'hè' zeggen. 'Jij woont daar nu hè? Het is niet echt een gewenste situatie hè?' Dat gigantisch betuttelen, dat betuttelende toontje. (...) Ik voel waar die hulpverlener heen wil, ik voel het."

Ze voegt eraan toe dat het voor ervaringsdeskundigen anders ligt. Juist vanwege het ontbreken van de door Elke genoemde disbalans in de relatie met de cliënt draagt ervaringsdeskundigheid in Kiera's optiek bij aan ruimte voor eigen regie van cliënten:

"Ervaringsdeskundigheid gaat uit van die gelijkwaardigheid en wederkerigheid met de ander. (...) Er is een basis van ongelijkwaardigheid tussen een behandelaar en een cliënt. (...) Dus herstelondersteuning van mensen die vanuit een andere rol met een cliënt in gesprek gaan, dat ziet er heel anders uit. (...) Je kunt daarin herstelondersteunend werken maar de specifieke rol met die gelijkwaardigheid en die wederkerigheid, die is toch weggelegd voor die ervaringsdeskundigen."

Voor Arja, Thijs en Kiera is de bijdrage van ervaringsdeskundigen dus van belang om te bewaken dat het streven van professionals - vanuit hun professionele perspectief - in evenwicht blijft met de eigen wensen van cliënten. Kiera benadrukt dat het normaliseren van "wat soms als afwijkend gedrag wordt gezien" daar onderdeel van is, evenals aandacht geven aan zingeving en betekenisgeving door mensen zelf. Voor haar gaat dit zelfs zo ver dat zij de sturing volledig bij cliënten legt:

"Een echte goede ervaringswerker, dat klinkt raar, maar die wil niks. Die wil wel het beste voor de cliënt uiteindelijk maar die wil niks."

7.3. 'Iedereen is opgejaagd'

De professionals in de FACT-teams, evenals de ervaringsdeskundigen, zijn primair gericht op de inhoudelijke kant van hun werk, waarbij ze er allemaal naar streven om cliënten te ondersteunen in hun wegen naar herstel – hoe verschillend dat soms ook wordt ingevuld. Wat de professionals daarnaast delen, is het feit dat ze weliswaar een zekere autonomie en handelingsruimte hebben, maar geen absolute vrijheid: ze werken binnen organisatorische en institutionele kaders – zowel intern als extern – die formele verantwoordelijkheden en daaruit voortvloeiende verplichtingen met zich meebrengen. Deze professionele verantwoordelijkheid betreft niet alleen de inhoudelijke behandeling van cliënten, maar strekt zich uit tot verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de bedrijfsmatige en beleidsmatige kaders, veelal vertaald naar meetbare doelstellingen, zoals efficiency, effectiviteit en zorgvuldigheid van handelen door het voldoen aan protocollen en richtlijnen.

Over al deze aspecten moeten ze verantwoording afleggen; het is onderdeel van het dagelijkse werk van de teams. Tussen alle bedrijven door registreren en rapporteren de professionals gegevens over de hoeveelheid bestede tijd, de inhoud van die tijdsbesteding, de manier van werken, de effectiviteit van de behandeling, de gemaakte keuzes daarin. Zo hebben ze allemaal (met uitzondering van twee van de ervaringsdeskundigen) een productietarget: 85% van de gewerkte tijd moet besteed zijn aan werk dat direct cliënt-gerelateerd is. Tijdschrijven is daarom routine. Belangrijke acties voor en met cliënten en de daarbij gemaakte afwegingen leggen ze vast in de cliëntdossiers. Dat gebeurt vaak al kort en bondig tijdens de overleggen, en verder nemen de dossierhouders er gedurende de dag de tijd voor tussen huisbezoeken en andere cliëntcontacten door. In de behandeling zijn er voorgeschreven momenten, modellen en procedures voor het opstellen van behandelplannen, evaluatie daarvan, en besprekingen met de cliënt en met de eindverantwoordelijk behandelaar.

Regelmatig verwijzen mensen in gesprekken en tijdens observaties naar al deze registratie- en verantwoordingseisen, soms in intensieve discussies tijdens de teamoverleggen, maar net zo goed in terloopse opmerkingen tijdens het dagelijkse werk. Een kleine greep uit de voorbeelden:

“Ik zou dit declareren op 7.3, want we hebben over patiënten gepraat”.

(Nico, psychiater in opleiding, na het moreel beraad in team Stad Zuid)

“OK, zullen we dit allebei registreren als een kwartier?”

(Susan, psycholoog team Regio Oost, na informeel

afstemmen in de wandelgangen over een cliënt)

“Vraag om de verwijspapieren, dan hebben wij ze in het systeem staan” (Daan, teammanager Stad Zuid)

“We moeten haar altijd met z’n tweeën zien, en de suïcidale plannen altijd in het dossier zetten.” (Luca, SPV-er team Noord)

“Het behandelplan moet gevalideerd, kwestie van een vinkje zetten, maar Chris (N.B. de psychiater) is met vakantie. Dus dan weten we dat we komende week die mailtjes krijgen...” (Mieke, SPH-er team Noord)

“Waar moeten we dit nu weer op schrijven?” (...)

“We hebben het niet over een cliënt gehad.” (Henk, verpleegkundige en Sanne, SPV-er, team Stad Zuid).

Voor veel onderdelen van het werk zijn procedures vastgelegd. In team Noord woon ik een aantal overleggen bij die voortvloeien uit formele kaders en afspraken binnen de organisatie: er is een aanmeldoverleg tussen aanmeldingscoördinatoren vanuit verschillende behandelteams, er is een intake-overleg, en een ‘captains overleg’ over de zorginhoudelijke beleidskaders vanuit de instelling. In team Regio Oost legt psychiater Ard uit welke formele route afgelegd moet worden voordat iemand als cliënt tot dit FACT-team toegelaten wordt: verwijzingen die binnenkomen bij de polikliniek, vervolgens naar een aanmeldteam gaan, vastgelegd worden in formulieren waarop zaken moeten worden getoetst en afgevinkt, en een uiteindelijke goedkeuring door een SPV-er of psychiater van het FACT-team. Zijn collega Susan benoemt *“al die regels”* waarmee ze als professional te maken heeft, en vertelt dat het softwareprogramma Value Care automatisch een melding geeft als iemand iets niet of verkeerd heeft ingevoerd.

Ondanks de verwevenheid ervan in het dagelijkse werk laten de teamleden zich in veel gevallen kritisch uit over de productie- en verantwoordingseisen. Ze geven aan dat ze een (te) grote tijdbelasting met zich meebrengen en daarmee een hoge werkdruk veroorzaken. De meesten – ik kom slechts enkele uitzonderingen tegen – zien de productietargets en alle registratieverplichtingen daardoor als belemmerend voor hun eigenlijke, inhoudelijke werk en daarmee hun autonomie. Psycholoog Elke uit team Noord bijvoorbeeld is ontevreden over de inhoud van de behandelplanbesprekingen die ze voert, omdat de tijd daarvoor zo kort is. Ervaringsdeskundige Kiera signaleert dat de tijdsdruk invloed heeft op de inhoud van besluiten in dit team:

“Maar in negen van de tien gevallen gaat het zo snel dat als iemand roept van, ‘medicatie ophogen’ dan: baf.(...) Er is een gehaastheid in het gesprek, er is druk (...).”

En Flip, SPV-er in team Regio Oost, vertelt tijdens mijn terugkoppeling aan het team hoe hij vroeger de tijd kon nemen om een goed contact met cliënten op te bouwen op zijn eigen manier. Jaren geleden werkte hij met daklozen in een grote stad:

“Dan ging ik uren met ze onder de brug zitten roken. Maar nu kan dat niet meer, want ik moet na drie kwartier naar de volgende cliënt om mijn productietarget te halen.”

Verder lijken er met name voor de psychiaters nog andere, negatieve gevolgen van de hoge tijds- en verantwoordingsdruk te zijn. Niet zozeer in team Regio Oost; hier werken twee psychiaters, beide in deeltijd. Zij verdelen het totaal aantal cliënten, en bovendien is ook de psycholoog in dit team regiebehandelaar voor een deel van de cliënten. In team Noord en team Stad Zuid gaan de psychiaters echter sterk gebukt onder de hoge caseload. In beide teams is er één psychiater, die de eindverantwoordelijkheid voor het merendeel van de cliënten op zijn bord heeft en daarmee een zeer hoge caseload. Dit veroorzaakt niet alleen agendaproblemen, maar bovendien leidt het in combinatie met hun formele eindverantwoordelijkheid ('regiebehandelaarschap' genoemd) tot een forse mentale belasting.

Voor psychiater Chris in team Noord is die belasting tijdens mijn observatieperiode zelfs zo groot geworden, dat hij zich ziekmeldt. De directe aanleiding is het feit dat er een klacht tegen hem als eindverantwoordelijk behandelaar is ingediend. Gecombineerd met de al hoge belasting en enkele ingrijpende gebeurtenissen in zijn privésituatie is de stress hem te veel geworden en is hij tijdelijk uitgevallen. Zijn collega Ruud, SPH-er, stelt dat deze situatie veel invloed heeft op de rest van het team. Door het uitvallen van Chris staan de inhoud van Ruuds werk - mensen begeleiden en een brug slaan naar familie en andere instanties - en de verantwoordelijkheidsverdeling binnen het team onder druk. Collega's moeten taken overnemen die eigenlijk niet tot hun verantwoordelijkheid behoren en er is merkbaar stress in het team. Er worden wel maatregelen genomen; aan het eind van mijn observatieperiode meldt de teammanager dat Chris als hij weer terug zal zijn voor een deel van de cliënten alleen het medicatiebeleid gaat doen. Het regiebehandelaarschap zal vanaf dat moment ook bij Elke en een nieuwe, tweede GZ-psycholoog in het team belegd worden.

Voor Jaap, psychiater in team Stad Zuid, is de hoge werkbelasting eveneens volop aan de orde. Tijdens mijn observaties en interviews uiten zijn collega's

al enkele keren hun zorgen over hem, en Jaap zelf maakt af en toe in de zijlijn opmerkingen hierover, bijvoorbeeld over zijn *“ontploffende mailbox”*, of door op cynische toon mensen uit te nodigen hem zoveel mogelijk te cc-en. Recent is afgesproken dat zijn overbelasting in het werkoverleg besproken zal worden, en op één van de vaste overlegdagen van het team is het zover. Met veel geroezemoes loopt het multidisciplinair behandeloverleg ten einde en maakt iedereen zich op voor het werkoverleg, waarin het gaat over zaken als bedrijfsvoering, praktische afspraken en beleid. Vandaag sluit Elmer aan, één van de instellingsdirecteuren; hij maakt een ronde langs de teams. Jaap doet zijn verhaal als het agendapunt van zijn overbelasting aan de orde is. Wat hij nodig heeft, zo geeft hij aan, is dat hij kan vertrouwen op het team, dat hij niet hoeft te controleren of zaken op orde zijn: behandelplannen, contacten met cliënten, etcetera. Maar doordat er weleens *“een skeletje uit de kast komt”*, durft hij hier niet voor honderd procent op te vertrouwen. Hij ziet bijvoorbeeld dat cliënten weleens uit beeld verdwijnen bij de dossierhouders in het team.

Teammanager Daan haakt erop in: hoe gaat het team dit soort zaken voorkomen? Verpleegkundige Henk stelt voor om een keer de complete caseload door te nemen. Er volgt discussie over de frequentie waarmee dit dan zou moeten gebeuren en uiteindelijk spreekt het team af om binnenkort de caseload een keer uitgebreid door te nemen, en dit daarna regelmatig kort te herhalen. Jaap geeft aan dat dit ontlastend kan zijn. Daarmee is de kous echter niet af:

Mats (verpleegkundig specialist): “Ondanks dit, is er niet een grens aan de caseload?”

Jaap: “Daar zijn normen voor.”

Ida (SPV-er): “Is de consequentie dat de caseload dan omlaag gaat?”

Daan: “Voor hier betekent het: te weinig formatie psychiater. Dat wordt daardoor zichtbaar.”

Jaap (licht geïrriteerd): “Ik roep dat al zes jaar!”

Anderen kaarten dit probleem al langer aan. Daan zegt dat hij het niet wil wegwuiven, maar een concrete oplossing wordt niet genoemd.

De overbelasting van Jaap heeft impact op zijn collega's. In het interview dat ik met hem heb, brengt hij zelf zijn overbelasting ter sprake, en geeft daarbij aan dat het ook consequenties heeft voor het team, hoewel hij inschat dat voor de anderen de druk wat lager is:

“Ik heb nauwelijks tijd voor patiënten. (...). Ik denk dat de collega's in het team wel wat meer ruimte hebben. Maar zij voelen dat natuurlijk ook, zij voelen ook

mijn druk. Ik heb allerlei taken er nog bij als psychiater, in de locatiedienst. En ik moet RM-en voor andere teams doen, en diensten. (...) Ik denk dat zij iets afgebakender zijn met: dit is je caseload, en dat moet je doen."

(...)

"Ja, iedereen is opgejaagd. En een soort hyper-alert. Ik vind het wel een heel fijn team, hoor. Ik hecht heel erg aan mijn team. (...) Maar we staan ook voortdurend onder druk. En dat zie ik ook aan de individuele teamleden. En dat vind ik jammer, want ik denk: we komen ook niet goed tot ons recht op die manier."

De gejaagdheid die Jaap signaleert, wordt door anderen herkend, bijvoorbeeld door SPV-er Ida. Ze legt daarbij een verbinding met de inzet van ervaringsdeskundigheid:

"We willen te snel te veel denk ik en dat is waar je ook door stilgezet wordt als je de ervaringsdeskundigheid erbij meepakt, want dan weet je soms dat het veel meer tijd vergt."

Ook in het overleg met Elmer over de werkdruk van de psychiater komt deze hoge belasting van het team als geheel aan de orde. Het team maakte recent een lastige periode door vanwege een aantal heftige geweldsincidenten, overlijden van cliënten, en cliënten die euthanasie-aanvragen hebben lopen. Het heeft gecombineerd met de hoge caseload veel impact. Directeur Elmer heeft het gesprek aangehoord en vraagt wat kan helpen voor het team? *"De productiedruk eraf"*, reageert verpleegkundige Henk. Hij vertelt hoe hij zelf vorig jaar door de te hoge druk een periode ziek is geweest, wel terug is gekomen maar vindt dat hij zijn werk niet meer kan doen zoals het zou moeten. Hij heeft daarom besloten dat hij twee jaar eerder gaat stoppen dan gepland. Elmer gaat inhoudelijk echter niet in op deze opmerking over productiedruk. Hij noemt mogelijkheden en ondersteuning als principes om werklast te verminderen, en stelt de vraag wat team zelf kan doen, bijvoorbeeld door meer de samenwerking in de wijk te zoeken met andere partners. Een enkeling uit twijfel over het effect daarvan, anderen dragen nog andere suggesties aan, en de discussie waaiert uit zonder tot een duidelijk besluit of afspraak te komen. Tot slot rondt Henk het gesprek af door uit te spreken dat het team weer over moet tot de orde van de dag. Jaap verlaat de vergadering voor een afspraak, terwijl hij op licht cynische toon herhaalt: *"de orde van de dag"*.

De hier beschreven observaties in de onderzochte teams en de uitspraken van de professionals laten zien hoe formele professionele verantwoordelijkheden aan de ene kant een inherent onderdeel zijn van het werk van de FACT-teams. Vanuit

hun handelingsruimte en eigen professioneel perspectief streven de professionals naar herstel en eigen regie van cliënten, en daarbij houden ze als vanzelfsprekend rekening met organisatorische en institutionele belangen, perspectieven en eisen, zoals efficiency, verantwoordelijkheidsverdeling en inhoudelijk beleid. Met andere woorden, professionals geven vorm aan verbindende professionaliteit. Aan de andere kant lijkt voor hen daarin het evenwicht zoek: ze ervaren de druk van de organisatie- en institutionele belangen als onevenredig hoog. Dit zet hun autonome handelingsruimte als professional onder druk, en in het verlengde daarvan het ruimte geven aan eigen regie van de cliënt.

7.4. 'Bij zorgen over een cliënt heb ik een verantwoordelijkheid als professional'

De formeel bepaalde professionele verantwoordelijkheden en daaruit voortvloeiende verantwoordingseisen, én de druk die deze met zich meebrengen, gelden niet of veel minder voor de ervaringsdeskundigen in de drie teams. De verzuchting van SPH-er Ruud uit team Noord, aan het begin van dit hoofdstuk, laat dat verschil zien, en tijdens mijn terugkoppelingsgesprek met een ander team, Regio Oost, is het daar SPV-er Jelmer die precies hetzelfde punt aankaart. Ruud ervaart druk vanuit zijn verantwoordelijkheden en in zijn beleving is zijn ervaringsdeskundige collega Thijs daar vrij van. Thijs heeft inderdaad niet de formele professionele verantwoordelijkheden die zijn collega's wel hebben. Zo heeft hij geen productietarget; hij kan zijn uren heel vrij besteden en in de praktijk doet hij dat ook. Hij gaat bijvoorbeeld wandelen met cliënten of drinkt een kop koffie met ze, en investeert op die manier tijd en aandacht in cliënten om een vertrouwensband met ze te krijgen. Hij schrijft wel rapportages, bijvoorbeeld over gesprekken met cliënten, of een korte terugkoppeling aan het team als hij een bijeenkomst met een 'herstelgroep' heeft gehad, maar hij is geen dossierhouder. Bovendien is Thijs niet verantwoordelijk voor zaken als het toepassen van dwang wanneer een situatie met een cliënt mis dreigt te gaan. Dat maakt volgens Ruud dat hij meer dan de anderen tot een gelijkwaardige relatie met de cliënt kan komen. In die zin vindt Ruud dat het zo moet blijven, hij ziet hoe Thijs juist hierin van betekenis kan zijn. Omgekeerd heeft Thijs er begrip voor dat zijn collega's in crisissituaties minder open staan voor het perspectief van cliënten dat hij probeert in te brengen; zij moeten in zo'n situatie hun verantwoordelijkheid nemen, stelt hij.

Dit wil echter niet zeggen dat Thijs binnen zijn relatieve vrijheid helemaal geen verantwoordelijkheden heeft of voelt; ze zijn alleen minder strak formeel

vastgelegd en bepaald. Als ik zijn collega Erik, SPV-er, vraag hoe hij naar de verantwoordelijkheid van Thijs als ervaringsdeskundige kijkt, geeft hij aan dat Thijs – net als de professionals in het team – in sommige situaties wel degelijk een verantwoordelijkheid heeft om informatie over een cliënt in het team te delen, als dit zaken betreft die de behandelaar moet weten. Er zijn dus volgens Erik situaties waarin Thijs zijn vertrouwensrelatie met de cliënt op het tweede plan moet zetten, in het belang van de veiligheid van de cliënt zelf. Als voorbeeld noemt hij een cliënt die al vaak met een psychose was opgenomen en twee jaar geleden een ernstige poging tot suïcide had gedaan. Thijs hoorde tijdens een wandeling met de cliënt dat het niet goed met hem ging, en ontdekte bovendien alarmerende filmpjes op Facebook. Daarop trok hij – weliswaar na een korte aarzeling – aan de bel bij het team. Terecht volgens Erik, die aangeeft dat alle collega's weleens tegen dit soort vragen aanlopen. Thijs zelf deelt deze opvatting:

“Als je met iemand in contact bent en je merkt dat iemand, zeg maar, niet de verantwoordelijkheid meer over zichzelf kan hebben dan is er ook een goede reden om aan de bel te trekken. Want dan moet je een verantwoordelijkheid voor iemand nemen.”

Hij geeft aan dat het nemen van deze verantwoordelijkheid staat beschreven in het beroepscompetentieprofiel voor ervaringsdeskundigen en dat hieraan in zijn opleiding aandacht is besteed. Al vindt hij het soms een worsteling om af te wegen of hij vertrouwelijke informatie van een cliënt moet delen met het team of niet. Voor Thijs is vertrouwelijkheid het uitgangspunt, maar is signaleren wel een verantwoordelijkheid:

‘Als ik zorgen heb over een cliënt, heb ik een verantwoordelijkheid als professional’.

Voorheen was zijn beeld dat hij als ervaringsdeskundige meer dan de andere collega's de vertrouwensrelatie met de cliënt vooropstelt, maar inmiddels is hij daar niet meer zo zeker van. Hij heeft gemerkt dat anderen soms vergelijkbare afwegingen moeten maken en dit net als hij niet gemakkelijk vinden.

Het dragen van formele professionele verantwoordelijkheden speelt voor Agnes, ervaringsdeskundige in team Stad Zuid, juist wél een belangrijke rol in haar handelen voor en met cliënten. In hoofdstuk 6 schetste ik al hoe haar stap om behalve als ervaringsdeskundige óók aangesteld te zijn als SPH-er voor haar bepalend was om zich professional te voelen en zichzelf serieus te nemen. Daarin

is de koppeling met het dragen van een formele verantwoordelijkheid voor haar essentieel. Pas toen ze als SPH-er dossierhouder was en daarmee zelf de daarbij behorende verantwoordelijkheden droeg voor cliënten, voelde ze zich zeker en gelijkwaardig aan de anderen. Het geeft haar autonomie, zo stelt ze. Toen ze alleen ervaringsdeskundige was, vond ze het lastig dat ze in die rol wel kon signaleren, maar niet zelf kon handelen, omdat ze die verantwoordelijkheid niet droeg. Nu kan ze zelf beslissingen nemen en actie ondernemen – *“als professional”* – en dit vindt ze veel prettiger. Ze heeft nu een eigen caseload, en een productietarget voor het deel van haar werk dat ze als SPH-er is aangesteld. In de praktijk spreidt ze het aantal uren dat ze declarabel moet werken uit over haar beide aanstellingen (als SPH-er en ervaringsdeskundige), waardoor het target voor haar goed te behalen is.

Arja, ervaringsdeskundige in team Regio Oost, staat heel anders tegenover het moeten dragen van formele verantwoordelijkheden dan Agnes. Voor haar zouden ze een belemmerende belasting vormen, zo stelt ze. Voordat ze psychische problemen kreeg en daardoor uitviel, was ze in het sociaal domein en in de reclassering werkzaam als maatschappelijk werker. Ze wil de professionele verantwoordelijkheden die ze in die functie had nu niet meer dragen, mede vanwege de mentale belasting die dat voor haar met zich meebrengt. Ze is bang dat ze dat niet meer aan zou kunnen. In haar huidige functie als ervaringsdeskundige is ze geen dossierhouder en is ze dus gevrijwaard van de verantwoordelijkheden die daarbij horen, zoals het optreden in crisissituaties, het maken van behandelplannen en het up-to-date houden van het cliëntdossier. Wel heeft zij net als de anderen een productietarget, iets dat sinds anderhalf jaar ook van ervaringsdeskundigen binnen de instelling wordt gevraagd. Tussen afspraken met cliënten door is ze daarom net als anderen soms bezig om haar bestede tijd te registreren. Ze is er niet blij mee, omdat niet alles wat ze tot haar werk rekent ‘productie’ oplevert:

“Ik moet productie draaien, en het team adviseren telt niet als productie.”

Ondanks het feit dat Arja formeel geen dossierhouder is, neemt ze in de dagelijkse praktijk soms toch taken op zich die bij die rol horen. Zo blijkt tijdens een middag dat ik met haar meeloop dat ze voor één van de cliënten van het team optreedt als duo-dossierhouder, waarbij ze wel opmerkt: *“maar ik ga geen behandelplan maken”*. Later die middag spreekt ze met een andere collega af dat zij een zogeheten HONOS (een voorgeschreven methodiek voor behandelevaaluatie, met meetbare criteria) met een cliënt zal doen, een taak die eigenlijk tot de verantwoordelijkheid van de dossierhouder behoort. Als ervaringsdeskundige heeft (en neemt) Arja daarmee voor een deel wel formele professionele verantwoordelijkheden, al zijn

die beperkter dan die van de professionals. Daarnaast voelt zij, net als Thijs, in haar rol als ervaringsdeskundige de verantwoordelijkheid voor cliënten, als die dat zelf niet meer kunnen dragen, hoe lastig dat soms ook is:

“Ik leg wel een deel van die verantwoordelijkheid bij de cliënt, maar ik durf dat niet helemaal bij de cliënt te leggen. (...) want we lopen hier wel in een wijkteam met ernstig zieke mensen, zoals ze het noemen, dus dat vind ik dan ook wel lastig.”

De druk van verantwoordelijkheden en verantwoordingseisen is dus voor de ervaringsdeskundigen veel minder aan de orde dan voor de professionals. Kijkend naar de plaats van ervaringsdeskundigheid in het werk van de teams roept dit de vraag op wat de impact is van dit verschil: het lijkt erop dat er twee zijden aan de medaille zijn. De ervaringsdeskundigen hebben wel veel ruimte om hun werk en tijdsbesteding naar eigen inzicht in te richten, en kunnen daarin eigen regie van cliënten ondersteunen. Maar ze hebben mede door het ontbreken van formele verantwoordelijkheden weinig invloed op de keuzes in de behandeling van cliënten, terwijl zij juist geacht worden de ruimte voor eigen regie van cliënten te bewaken. Tekenend zijn de uitlatingen van Agnes, die aangeeft pas vanuit haar formele verantwoordelijkheden ruimte te ervaren *“om te handelen”*. En Thijs en Arja zien het als positief dat ze tijd en ruimte hebben om een vertrouwensrelatie met cliënten op te bouwen, maar vinden het tegelijkertijd lastig om het ervaringsdeskundig perspectief echt mee te laten wegen in de besluitvorming van hun teams.

7

7.5. ‘Prioriteit één is dan toch: indekken’

De verantwoordelijkheden die de professionals in de onderzochte FACT-teams dragen, hebben niet alleen tot gevolg dat zij veel druk ervaren, maar kunnen soms ook hun werkwijze en de inhoud van hun besluiten beïnvloeden. Het werk van FACT-teams heeft betrekking op cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Het zijn mensen die als gevolg van die problemen soms gedrag vertonen dat henzelf of anderen schade kan berokkenen; alle teams maken dat in de praktijk mee. In de periodes dat ik de teams observeer, komen regelmatig situaties ter sprake waarin een cliënt suicide heeft gepleegd of dreigt te plegen, zichzelf ernstig verwaarloost, niet goed voor een kind kan zorgen, of geweld gebruikt tegen naasten of een hulpverlener. In de digibord- en behandelplanbesprekingen moeten de professionals inschatten of er risico zal ontstaan op dit soort situaties. Gaat bijvoorbeeld de moeder van zes kinderen zichzelf werkelijk iets aandoen, zoals ze

tijdens een huisbezoek dreigt tegen SPV-er Erik uit team Noord? Een dilemma voor het team, want eventuele maatregelen, zoals een dwangopname van deze cliënt, wenden dit gevaar misschien wel af, maar hebben op ander gebied weer negatieve gevolgen voor de cliënt en haar kinderen.

Of neem zijn collega Luca, SPV-er: zij maakt zich ernstig zorgen over de baby van een cliënt. Ze vermoedt dat het kind verwaarloosd wordt, krijgt er geen goed zicht op, meldt haar zorgen bij Veilig Thuis, maar kan niet zonder meer handelen, terwijl zij wel medeverantwoordelijk is voor een veilig en zorgvuldig omgaan met deze situatie. In de andere teams doen zich vergelijkbare situaties voor, waarbij afwegingen moeten worden gemaakt over te nemen risico's. Soms worden die te groot geacht en komen de teams tot ingrijpende beslissingen, zoals deze mededeling van verpleegkundige Henk uit team Stad Zuid laat zien:

“Vanmiddag is er een ZAG¹. (naar de teammanager:) We gaan echt toch een RM aanvragen om te voorkomen dat ze weer verwaarloost, vermagert, afglijdt, overlast veroorzaakt. Hopelijk daarna naar De Winde. Ik weet niet of ze uit de woning gezet kan worden, er is wel dossier opgebouwd.”

Vooraf bij dit soort potentiële risico's en vergaande beslissingen komt naar voren hoe de formele verantwoordelijkheden en de daaruit voortvloeiende verantwoordingseisen een rol kunnen spelen. Om te beginnen hebben de teamleden veel aandacht voor *procedurele zorgvuldigheid*. Als er al een risico genomen wordt, dan moet het team dat uit kunnen leggen, en laten zien dat de juiste stappen in het besluitvormingsproces zijn gevolgd. Besluiten en interventies moeten dus goed worden vastgelegd en geregistreerd. In team Regio Oost wordt bijvoorbeeld in een werkoverleg uitgebreid stilgestaan bij de beste structuur en werkwijze voor de maandelijkse rapportage die de behandelaren moeten opstellen. Een ander agendapunt is ieders formele rol in het vastleggen en versturen van de jaarlijkse behandel-evaluatie, vanuit ieders betrokkenheid bij de behandeling en vanuit de dbc-financieringssystematiek. In dit team is het psycholoog Susan die het vaakst aandacht vraagt voor deze procedurele zorgvuldigheid, bijvoorbeeld rond het vastleggen van informatie in het dossier, of over het correct opstellen van een brief naar de huisarts van een cliënt. Voor het overige komen procedures af en toe terloops aan de orde, in zinnetjes als 'er is een melding van Value Care dat jij weer een afspraak met hem moet maken', of 'gaan we nu een behandelplan maken of niet?'

1 Zorg Advies Gesprek

In team Stad Zuid en team Noord zijn vooral de teammanagers alert. In team Stad Zuid is teammanager Daan meestal niet aanwezig bij de cliëntbesprekingen, maar als hij er is, is juist hij degene die regelmatig wijst op zorgvuldige registratie van besluiten en interventies. In team Noord is het vaak teammanager Petra – altijd aanwezig bij de cliëntbesprekingen – die aandacht vraagt voor procedures en die doorvraagt op mogelijke suïciderisico's. Het vastleggen van afspraken en informatie heeft steeds haar aandacht. Ze checkt frequent of informatie en besluiten zijn afgestemd met psychiater Chris (als eindverantwoordelijke), en stuurt hier expliciet op als dit nog niet is gebeurd. Vanuit het perspectief van verantwoording maakt ze opmerkingen als:

“Ik ga hier vaker naar vragen, zodat we scherper hebben waarom opname, en welke doelstellingen.”

“Medicatieveiligheid moet in orde zijn, anders problemen met de inspectie.”

“Eerst de second opinion, dan terugkoppelen. Als ze straks een klacht indient moeten we het heel goed communiceren...”

Maar ook anderen in het team zijn gespitst op het volgen van de juiste procedures. SPH-er Mieke en psychiater Chris bepleiten bij de bespreking van verschillende cliënten dat zaken goed in het dossier worden vastgelegd, *“voor het geval zaken mislopen”* rond deze personen. Formele onzorgvuldigheden kunnen namelijk verstrekken gevolgen hebben. Zo meldt één van de SPV-ers tijdens een digibord-overleg dat de RM-aanvraag voor een cliënt afgekeurd dreigde te worden, omdat de advocaat van de cliënt had gezien dat de psychiater het behandelplan niet had ondertekend.

Het informeren van andere betrokkenen is eveneens onderdeel van het zorgvuldig handelen. Zo ziet team Noord zich geconfronteerd met het feit dat een cliënt na een opname (vanwege een suïcidepoging) ontslagen wordt uit de kliniek. Ze zou in een beschermde setting moeten wonen. Er is een beschermde woonvoorziening in beeld, maar daar is op dit moment nog geen plek beschikbaar. De cliënt gaat echter wel terug naar huis en er blijft sprake van risico op suïcide. Niet alleen de kliniek wordt op de hoogte gebracht, ook de medewerkers van de beschermde woonvoorziening worden ingeseind op dit risico, evenals de familie:

Chris (psychiater): “Gaan we geen oplossing voor vinden, om haar in een passende setting te plaatsen. Prioriteit één is dan toch indekken, met kliniek bespreken dat het een gewogen risico is.”

Mieke (SPH-er): “Wel helder neerleggen in het overleg met familie, belangrijk dat wij signaal geven. Dan heb je het wel neergelegd.”

Naast deze aandacht voor registratie en informatievoorziening hebben de professionele verantwoordelijkheden en verantwoordingseisen nog een ander effect: ze kunnen de *inhoud* van besluitvorming beïnvloeden in een richting die gevoed wordt vanuit risicomijding. In de teams Noord en Stad Zuid komt dit tijdens de observaties en in gesprekken naar voren. In als risicovol beschouwde situaties worden afwegingen niet alleen bepaald door wat inhoudelijk het beste is voor de cliënt, maar ook door extra voorzichtigheid of zelfbescherming, of om ervoor te zorgen dat het team niet kan worden aangesproken op negatieve gevolgen. Sommigen benoemen letterlijk dat besluiten soms genomen worden om het team ‘in te dekken’, zoals ervaringsdeskundige Thijs uit team Noord:

“Nou, ik vind het soms jammer dat er dan wordt ingezet, dat er wordt gehandeld, en dat die keuze gewoon heel erg ingekleurd is omdat, ja, als ik het heel plat zeg; gewoon jezelf indekken. Gewoon als het heel erg uit de hand loopt, en je kan niet aantonen dat je op een gegeven moment over bent gegaan op verhoging van medicatie, of dat je echt dat soort stappen hebt gezet, dat je uiteindelijk wel een probleem hebt. Want je moet je kunnen verantwoorden waarom je dat niet hebt gedaan. En, ja, daar worden soms wel keuzes door gemaakt.”

Zijn collega Ruud, SPH-er, signaleert hetzelfde in andere bewoordingen:

“Stel er suïcideert zich iemand. En dat gebeurt helaas. (...) Dan zie je een bepaalde alertheid in zo’n team. Als er één iemand zich suïcideert dan lukt dat vaak nog wel. Maar, gebeurt daarna weer iets en weer iets, dan krijg je een bepaalde krampachtigheid in het team. Dat ga je toch krijgen. En dan gaan mensen op zekerheid staan. Dan ga je heel spastisch doen hè. Dan ga je hele rare dingen doen, hoor. Twee huisbezoeken en we durven allemaal niks meer. En nog een keer extra bellen en dat gaat soms heel ver hè.”

Ervaringsdeskundige Kiera, de collega van Thijs, koppelt dit ‘indekken’ nadrukkelijk aan de professionele verantwoordelijkheid van behandelaren. Ze coachte jarenlang teams binnen de instelling bij het inzetten van ervaringsdeskundigen en herstelgericht werken. Dat lukte deels, maar de verantwoordelijkheid van behandelaren bleek vaak een obstakel. Dan lieten teams haar weten geïnspireerd te zijn door haar coaching, en zeiden ze vaker ruimte te willen geven aan de wensen van cliënten zelf, vaker een keer risico te willen nemen, de cliënt te gunnen om eens te ‘struikelen’. Maar dan waren het toch met name de regiebehandelaren die dit tegenhielden. Hun invloedssfeer is volgens Kiera op dit punt groot.

Dat merkt ook team Stad Zuid. Maatschappelijk werker Franc geeft aan hoe de verantwoordelijkheid en daarmee de risicomijding van de psychiater 'doorsijpelt' naar de anderen, met name de dossierhouders:

"Ik kan me heel goed voorstellen dat Jaap hier last van heeft en geneigd is zich in te dekken. Zo wordt het ook soms gezegd in vergaderingen. Van wij moeten er in ieder geval voor zorgen dat we alles op orde hebben formeel. Dan baal ik van zo'n opmerking en in het begin ging ik er nog wel eens tegen tekeer, maar inmiddels hebben ze iets van toe maar, zo is het. In verminderde mate hebben dossierhouders daar ook last van. (...) Die worden op zich weer aangesproken door Jaap dat ze als dossierhouder een goed beleid voeren en goed uitvoerend werk verrichten. Dus zo trapsgewijs wordt dat zo neergelegd. Dat is logisch in deze samenleving, anderzijds is dat wel een risicovermijndend werken. Als je risico's gaat vermijden dan ga je op zeker zitten, maar daardoor heb je ook de kans dat je de plank mislaat."

SPV-er Ida ziet dat deze neiging tot risicomijding, vooral bij de regiebehandelaren, de laatste tijd is toegenomen en koppelt dit onder andere aan een naar incident dat het team recent heeft meegemaakt:

"Ja, dat is echt wat ik ook zie de laatste jaren, dat dat hoog aan het opkomen is en we hebben een nare toestand meegemaakt in ons team. Ik merk daar nog steeds heel erg de naweeën van en de regievoerders voelen dat het meeste."
(interviewer:) "Gaat dat over die cliënt die een moord pleegde?"
Ida: "Ja, dat heeft echt zijn nawerking, het risico en de beheersing, dat klopt wat je zegt. Dat speelt een belangrijke rol. We zijn daar nog steeds inhoudelijk als team over bezig in intervisie."

Risico's betreffen soms andere partijen waarmee het team te maken heeft, bijvoorbeeld als er de dreiging is dat een cliënt iemand iets aan zal doen. Dan komt nog nadrukkelijker de zorg naar voren dat teams aangesproken kunnen worden als er iets misgaat. In dit team is het vooral psychiater Jaap die in overleggen doorvraagt op mogelijke risico's. Zoals in dit gesprekje met SPV-er Ernst over een cliënt tijdens het digibord-overleg. De cliënt is door Mats, verpleegkundig specialist in opleiding, op de lijst voor het digibord gezet:

Ernst: "Die heeft Mats erop gezet, omdat hij een lange voicemail had ingesproken."

Jaap: "Wat was er zo alarmerend aan die voicemail?"

Ernst: "Alleen al dat hij meteen naar Mats ging, niet eerst via mij. Maar bericht was: zelfde als altijd (...)"

Jaap: "Was hij suïcidaal dan?"

Ernst: "Nee, maar wel heel boos op de buurvrouw, hij heeft last van haar."

Jaap: "Maar hij heeft toch niet de neiging om die buurvrouw wat aan te doen, of wel?"

Ernst: "Nou, hij heeft weleens gedreigd, maar (...). Is van die andere woonlocatie naar hier gegaan omdat hij daar niet meer te handhaven was."

Jaap: "Maar moet er deze week iets mee?"

Hoe ingewikkeld de afwegingen naar aanleiding van mogelijke risico's kunnen zijn, blijkt uit een ander voorbeeld: de complexe situatie rond mevrouw Smits, cliënt van team Stad Zuid. Zij is een moeilijk te benaderen cliënt, die zeer argwanend staat tegenover iedereen, ook tegenover haar behandelaren in het team. Ze laat niemand binnen in haar huis en een behandeling is daardoor vrijwel onmogelijk. Er is al verschillende keren van dossierhouder gewisseld om te proberen een beter contact met haar te krijgen en haar vertrouwen te winnen. Sinds kort is het Mats die het contact met haar onderhoudt. Hij bereikt in kleine stapjes vooruitgang; ze maakten kennis bij het tuinhek, mevrouw wilde al een keer koffie met hem drinken, en hij sprak haar een keer bij de voordeur. Daarnaast heeft mevrouw Smits financiële problemen. Haar schulden zijn hoog opgelopen en kort geleden is een deurwaarder aan de deur geweest. Die heeft ze evenmin binnengelaten, maar Mats meldt nog iets anders dat hem grote zorgen baart: hij heeft gezien dat mevrouw een hakbijl naast haar deur heeft staan.

"Ik wilde haar bespreken, omdat ik me afvroeg of we niet toch een RM moeten aanvragen. Spaargeld is op, deurwaarders beginnen zich te melden. Ze doet niet open. Te voorspellen dat er binnenkort deurwaarders met agenten komen, en dan heeft ze een hakbijl naast de deur staan..."

Het team bespreekt de situatie, die al een langere tijd voortduurt. Het wil de bereikte positieve ontwikkeling graag vasthouden. Jaap constateert dat de vrouw zonder twijfel psychotisch is en steeds agressiever haar autonomie aan het verdedigen is. Hij vindt dat ze een keer behandeld moet worden, maar oppert om eerst een aantal randvoorwaarden te verbeteren, zoals haar financiële situatie, door bijvoorbeeld een curator in te zetten. Aan de andere kant is er de angst dat dit allemaal te lang zal duren, en dat eventuele negatieve consequenties het team aangerekend zullen worden. Mats:

“Maar als het zo doorgaat... die hakbijl... dan gaan ze iemand aanspreken en dat is niet de curator!”

De discussie gaat verder, over de dreiging, de bijl, wie er ingeseind moet worden, of de wijkagent betrokken moet worden, of contact met de gemeente zinvol is, of er een machtiging voor dwangbehandeling moet worden aangevraagd. Sommige teamleden menen dat er een aanzienlijk risico op suïcide is bij mevrouw als er voor dwangbehandeling wordt gekozen. De familie van de cliënt lijkt juist wel achter dwangbehandeling te staan, want die maakt zich ernstig zorgen over hoe het nu gaat. De verschillende risico's én de wens om tegemoet te komen aan de autonomie van mevrouw Smits zelf komen steeds naar voren in de afwegingen. De teamleden willen niet dat het gevaar te hoog oploopt en spelen liever op safe. Er wordt uiteindelijk prioriteit gegeven aan het inseinen van andere partijen, zoals de politie, zodat iedereen die bij de cliënt komt weet dat de situatie gevaarlijk kan zijn. De keuze voor een dwangbehandeling of opname wordt nog niet gemaakt, maar blijft wel een optie, en mevrouw Smits wordt volgende week weer besproken tijdens het MDO. Aan alle handelingsopties kleven risico's, en uiteindelijk geeft voor dit moment het risico voor de omgeving, samen met het feit dat een eventueel ernstig incident het team kan worden aangerekend, de doorslag. Jaap blijft echter ambivalent over de gekozen lijn:

“De twijfel is: ons geweten is schoon, maar wordt die vrouw er beter van?”

De uitspraken en voorbeelden laten zien dat formele verantwoordelijkheden en verantwoordingseisen niet alleen zorgen voor ervaren werk- en tijdsdruk bij professionals, maar daarnaast zowel hun werkwijze als de inhoud van de besluitvorming beïnvloeden. Er zijn reële risico's, waardoor regelmatig keuzes moeten worden gemaakt die aandacht en ruimte voor professionele autonomie en in het verlengde daarvan eigen regie van de cliënt noodgedwongen beperken. Maar de verantwoordingsdruk, het afgerekend kunnen worden op zaken die misgaan, zorgt ervoor dat de balans soms doorslaat, in elk geval in de ogen van verschillende professionals en ervaringsdeskundigen. Vooral in de teams waar een grote druk wordt ervaren (Noord en Stad Zuid) komt de nadruk dan snel te liggen op risicomijding.

7.6. 'Beheersing gaat niet samen met herstel'

Uit de beschreven observaties en uitspraken blijkt de besluitvorming in de teams dus relatief sterk gericht te zijn op beheersing en risicomijding, terwijl toch alle teams streven naar herstelgericht werken, waarin de eigen regie van cliënten centraal staat. Deze spanning tussen beheersing en herstelgerichtheid wordt door verschillende professionals en ervaringsdeskundigen aangekaart in de interviews en gesprekken tijdens de onderzoeksperiode. Daarbij leggen ze een direct verband met de ruimte die er is voor (of gegeven wordt aan) ervaringsdeskundigheid.

Ervaringsdeskundige Arja uit zich redelijk tevreden over de ruimte die er in team Regio Oost is voor de inzet van haar ervaringsdeskundigheid. Ze geeft aan dat het team in de afgelopen jaren is gegroeid naar meer herstelgericht werken. In haar optiek is dit verbonden met het accepteren van risico's: als mensen zich ontwikkelen naar herstel, houdt dit in dat hulpverleners risico's moeten durven nemen, en daar is lef voor nodig. Als een cliënt alle moed heeft verzameld om bijvoorbeeld het minderen van medicatie bespreekbaar te maken, moet een hulpverlener daarnaar luisteren, zo vindt Arja, en bereid zijn daarin mee te gaan en zo'n risico te nemen. In vergelijking met de andere onderzochte teams lijkt team Regio Oost inderdaad minder gericht op beheersing. De professionele (eind)verantwoordelijkheid is hier meer gespreid, en de verantwoordingsdruk komt minder expliciet aan de orde in de onderlinge gesprekken en besluitvorming over cliënten. Arja ziet binnen haar team wel verschillen in risicobereidheid. Als voorbeeld noemt ze Flip, ervaren SPV-er, die net als zichzelf de eigen regie van cliënten een warm hart toedraagt. Flip is nog meer dan Arja bereid om risico's te nemen:

"Flip is ook heel erg herstelgericht. Alleen die doet het anders dan ik, dus wij hebben daar wel een visieverschil in. Hij is wel heel erg op eigen kracht. Ja, misschien ben ik daar nog wel meer zorgend in dan dat hij dat is, (...). Dus dat ik wat meer terughoudend ben nog dan dat hij dat is. Ja, hij neemt risico's. Grote risico's vind ik en ik hoop die risico's wat te beperken, omdat ik me ook nog enigszins verantwoordelijk voel. Hij legt het neer bij de cliënt."

Enkele maanden na de onderzoeksperiode in team Regio Oost bezoek ik hen opnieuw voor een terugkoppeling van mijn bevindingen. Een groot deel van het team is aanwezig: ervaringsdeskundige Arja, SPV-ers Jelmer en Flip, verpleegkundige Erna, psychiater Jan, psycholoog Susan, SPH-er Marion en maatschappelijk werker Katja.

Er ontstaat een geanimeerd gesprek, onder meer over de herstelgerichtheid van het team. Herstelgericht werken kost tijd en ruimte, brengen de professionals naar voren. Jan stelt dat huisbezoeken daarvoor meer gelegenheid bieden dan gesprekken in de spreekkamer, waar hij meer de neiging heeft om op de tijd te letten. Maar voor het overige noemen de aanwezigen niet expliciet dat een (te) grote werkdruk of verantwoordingsdruk herstelgericht werken belemmert. SPV-er Jelmer vindt dat de herstelgerichtheid van het team zich goed ontwikkelt, maar *“het zit nog niet echt in ons systeem”*, stelt hij. Psychiater Jan geeft aan dit wel te herkennen. Verderop in het gesprek benoemt hij dat het soms lijkt alsof de medische kant van de behandeling tegenover de herstelgedachte staat, terwijl dat juist samen op zou moeten gaan. Maar schakelen tussen die twee perspectieven is lastig, vindt hij. Flip voegt eraan toe dat taal een rol speelt: zowel de taal van herstel (hij spreekt bijvoorbeeld liever over ‘opknappen’ dan over herstel) als de medische taal scheppen afstand en maken aansluiten bij cliënten lastig, evenals de formele verantwoordelijkheden waar hij als professional op moet letten.

Bij de andere twee teams is de situatie echt anders: daar vormt de focus op beheersing – gekoppeld aan een hoge werkbelasting en een sterk ervaren druk van verantwoordings-eisen – wél een belangrijke belemmering voor herstelgericht werken. In team Noord zijn het tijdens de onderzoeksperiode met name de ervaringsdeskundigen die dit signaleren. Thijs stelt dat de druk van de verantwoordelijkheid die het FACT-team voelt, leidt tot een versterking van ‘crisis-oplossend denken’, op zoek gaan naar veiligheid, en ‘voor de ander denken’:

“En volgens mij is crisis-oplossend denken ook wel echt beslissingen nemen voor anderen.”

Zijn collega-ervaringsdeskundige Kiera ziet dit ook zo. Ze schetst de impact van de tijdsdruk en de neiging tot beheersing op herstelgerichtheid en de rol van de ervaringsdeskundige:

“Dus wat je ziet is dat binnen die beperkte tijd een soort beheersing van de situatie ontstaat (...) en vanuit die beheersing kun je bijna niet meer herstelondersteunend werken. (...) Als je het vanuit herstelondersteunend perspectief gaat bekijken dan zou je eigenlijk op een rustige manier in gesprek moeten gaan in de triade, dus behandelaar, familie en de persoon zelf, van, wat past er het beste in de situatie die er nu is? Daar is eigenlijk amper ruimte voor. (...) Wat is mijn rol dan op dat moment?”

Dus ondanks het feit dat verschillende teamleden – SPH-er Ruud, SPV-er Erik, psycholoog Elke – de ervaringsdeskundige inbreng van Thijs als tegenwicht zien voor de neiging tot beheersing en risicomijding van het team, komt volgens de ervaringsdeskundigen zelf juist door die beheersing het benutten van hun ervaringsdeskundigheid in de knel. Het komt herkenbaar naar voren in de praktijk, tijdens de observaties: Thijs wordt in team-overleggen heel weinig actief betrokken en professionals verwijzen zelden naar hem als ze zonder hem in overleg zijn, of in gesprek zijn met cliënten. En tijdens de terugkoppeling die ik na enkele maanden aan het team geef, blijken meerdere teamleden het beeld te herkennen, waaronder SPH-er Ruud:

“Je zal maar in dit team ervaringsdeskundige zijn! Lijkt me heel lastig.”

Het team is van mening dat Thijs als ervaringsdeskundige geen productietarget opgelegd zou moeten krijgen. Als er druk is, overheerst volgens Ruud de waan van de dag en moet er snel besloten worden over allerlei zaken. Hij geeft aan dat de grote druk waaronder het team in de onderzoeksperiode werkte de ruimte voor het perspectief van de ervaringsdeskundige en cliënten inderdaad wel beperkte. Anderen, zoals verpleegkundige Danny, psychiater Chris en psycholoog Elke, beamen dit. Daarbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat in de onderzoeksperiode de werkdruk erg hoog was. Het was een momentopname; inmiddels is het team in rustiger vaarwater gekomen. De caseload is teruggebracht tot beter hanteerbare proporties en het regiebehandelaarschap is nu over meer mensen verdeeld. De aanwezigen zijn van mening dat er nu meer ruimte en tijd is, en daarmee meer aandacht voor de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van Thijs, en voor de eigen regie van cliënten.

In team Stad Zuid benoemen sommige professionals tijdens de onderzoeksperiode expliciet dat beheersing en herstel moeilijk te verenigen zijn, bijvoorbeeld in het hierboven weergegeven werkoverleg over de hoge belasting van de psychiater en de rest van het team:

Jeroen (SPV-er in opleiding): “Daardoor gaan we van herstel naar beheersing.”

Jaap: “Maar er is ook de druk van buiten, politie, etcetera, op beheersing. Het wordt van ons gevraagd. En beheersing gaat niet samen met herstel...”

In het interview met SPV-er Ida kaart ze meerdere malen aan dat er spanning zit tussen herstelgericht werken en het benutten van ervaringsdeskundigheid aan de ene kant,

en zaken als protocollering, productiedruk en beheersing aan de andere kant. In haar optiek belemmeren die laatste aspecten van het werk dat ervaringsdeskundigheid een volwaardige plek in het geheel heeft. Maatschappelijk werker Franc deelt die mening; hij ziet aspecten als productiedruk en verantwoordingsdruk als belemmerend voor de ruimte die de ervaringsdeskundigheid van Agnes in het team krijgt. Het belemmerde ook haar acceptatie in het team, vindt psychiater Jaap. Toen Agnes enkele jaren geleden in het team kwam werken, was er ook veel druk in het team. Het was daardoor lastig voor haar om een plek te verwerven. Het team had in zijn optiek meer ruimte kunnen geven aan haar ervaringsdeskundige inbreng. Maar in alle drukte overheerste de focus op beheersing en productie en werd het bijna meer gedogen, zo vertelt hij met enige gêne. Hij is van mening dat ook in het algemeen het inzetten van ervaringsdeskundigheid sterk bemoeilijkt wordt door de huidige, sterk op beheersing gerichte context in de GGz:

“De aarde waarin het zaadje van ervaringsdeskundigheid terecht komt is onvruchtbaar.”

Tot slot benoemt Jaap nog een ander punt in relatie tot herstelgericht werken: het feit dat professionals door de sterke focus op beheersing een beperking van hun eigen autonomie ervaren:

“Ik vind het vreselijk om hier te werken, zal ik zeggen. (...) Ik denk dat ik ook niet heel lang hier meer werk. Nee, maar ik kan gewoon niet doen wat ik wil doen. Ik heb nauwelijks tijd voor patiënten, ik ben alleen maar aan het beheersen. En ik moet dingen doen om het voor de Bühne in orde te maken, waar ik gewoon niet achter sta. (...) Ja, ik voel me totaal niet gehoord, daarin. Ik klop echt aan de deuren, denk ik. En ik vraag echt: ‘Geef me autonomie. (...) Ik hoef helemaal niet meer geld. Daar gaat het helemaal niet om. Maar geef me een beetje vertrouwen en een beetje ruimte, en dan regel ik het.”

Als ik enkele weken na afloop van mijn observatieperiode terug ben bij team Stad Zuid om mijn bevindingen te presenteren, blijkt dat Jaap inderdaad niet meer bij deze instelling werkt. Hij is gaan werken bij een kleine zelfstandige GGz-aanbieder, waar hij meer ruimte heeft om naar zijn eigen professionele inzicht en herstelgericht te werken. Hetzelfde geldt voor SPV-er Ida, die is gaan werken bij een team van BuurtzorgT. De wel aanwezige teamleden bevestigen het door mij geschetste beeld van verantwoordingsdruk en geven aan dat het vaak gaat over *“heb je de komma's goed staan”* of *“staat het goed weggeschreven”*.

Ook het worstelen rond de situatie met de hakbijl van mevrouw Smits wordt herkend; *“kennis maakt verantwoordelijk”*, verwoordt Jeroen het dilemma. In het gesprek benadrukken ze opnieuw dat de gerichtheid op beheersing de inzet van ervaringsdeskundigheid en herstelgericht werken belemmert. Ze zijn dan teveel met zichzelf bezig en hebben geen tijd om echt te kijken naar de eigen wensen van cliënten. Toch merkt Wout, één van de nieuwe mensen in het team, op dat ze als professionals ook zónder die druk toch vaak de neiging hebben om óver cliënten te praten in plaats van mét cliënten. Anderen beamen dit, en benoemen dat juist daarom werken met ervaringsdeskundigheid zo belangrijk is.

In de maanden dat ik hier mijn onderzoek deed, maakte het team naar eigen zeggen een ‘pittige’ periode door. Ze geven aan dat de situatie inmiddels verbeterd is. De werkdruk is minder geworden, door een combinatie van factoren: de bezetting is beter en er doen zich de laatste tijd minder incidenten voor. Er is nu een andere psychiater, die veel minder dan Jaap voortdurend de verantwoordelijkheden sterk benadrukt en die meer op afstand functioneert. Dat laat meer ruimte voor onderlinge dialoog.

7.7. Conclusie

Kijkend naar alle observaties én naar de uitingen en reacties van de professionals en ervaringsdeskundigen in de onderzochte teams, is de conclusie dat de inzet van ervaringsdeskundigheid moeizaam tot bloei kan komen in teams waar de productieve verantwoordingsdruk als zeer hoog wordt ervaren. Dergelijke omstandigheden leiden tot een sterke focus op risicomijding en beheersing, en dat gaat – daarover zijn vrijwel alle onderzochten het eens – niet samen met een herstelgerichte benadering van cliënten. Daar waar professionals minder gebukt gaan onder deze druk, krijgen herstelgericht werken en daarmee het inzetten van ervaringsdeskundigheid meer ruimte.

Met de weergave in dit hoofdstuk van observaties en gesprekken in de teams heb ik een beeld geschetst van de wijze waarop professionals hun handelen en besluitvorming vormgeven in het spanningsveld tussen vertrouwen en ruimte kunnen nemen aan de ene kant en verantwoordingsdruk aan de andere kant. Voor de onderzochte professionals nemen hierin hun professionele intenties én het streven om cliënten zo veel mogelijk eigen regie te geven beide een belangrijke plaats in. Zij blijken er verder toe in staat om deze te verbinden en te vervlechten met institutionele en organisatorische eisen waarmee ze te maken hebben: zorginhoudelijke richtlijnen, financiële kaders en beleidsmatige en juridische

bepalingen. Ze voelen de verantwoordelijkheid om al deze perspectieven en eisen te verenigen en handelen daarnaar op een bijna vanzelfsprekende manier. Ze geven zo 'verbindende professionaliteit' handen en voeten in hun dagelijkse praktijk. Het gaat hier om een andere kant van verbindende professionaliteit dan in hoofdstuk 6. Daar kwam vooral het werken over professionele en organisatorische grenzen heen aan de orde. Hier ligt de focus meer op het verenigen van verschillende belangen, perspectieven en logica's in het dagelijks professioneel handelen. We kunnen stellen dat de professionals *logic fluidity* laten zien.

Tegelijkertijd blijkt echter dat het moeten voldoen aan prestatie- en verantwoordingseisen regelmatig de overhand krijgt in de dagelijkse praktijk. In de teams waar de institutionele en organisatorische doelstellingen en perspectieven (productiedruk, verantwoordingseisen) sterk overheersen en tot hoge werkdruk en mentale belasting leiden, komen zowel de professionele perspectieven en handelingsruimte als het cliëntperspectief en de eigen regie van cliënten moeilijker aan bod. Er ontstaat dan al snel een neiging tot beheersing en risicomijding.

Bovendien is de productie- en verantwoordingsdruk niet evenredig verdeeld binnen de teams, en deze verantwoordelijkheidsverdeling speelt een rol in de onderlinge verhoudingen. Psychiaters ervaren vanwege hun eindverantwoordelijkheid - en het vaak grote aantal cliënten waarvoor zij die verantwoordelijkheid dragen - de meeste druk, zo wordt in twee teams duidelijk. Zij ervaren het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoordingsdruk het sterkst en zijn meer dan hun collega's gespitst op risico's. Dit zet tevens veel druk op de teams en op de richting van de besluitvorming.

Daartegenover staan de ervaringsdeskundigen in de teams: zij ervaren die verantwoordingsdruk nauwelijks, door het ontbreken van een productietarget (behalve voor één van hen) en van formele professionele verantwoordelijkheden. Ze hebben meer ruimte en meer tijd, vooral in de individuele cliëntrelatie. Met andere woorden, het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording wordt vooral ervaren door de professionals en is veel minder aan de orde voor de ervaringsdeskundigen.

De keerzijde is dat ervaringsdeskundigen daar waar veel druk heerst weinig invloed hebben op de besluitvorming. Dit valt op meerdere manieren nader te duiden. Allereerst spelen impliciete opvattingen over professionaliteit een rol, getuige bijvoorbeeld de uitspraken van ervaringsdeskundige Agnes, die zich pas professional voelde toen zij formele professionele verantwoordelijkheden kreeg als de anderen. Verder kost het inbedden van ervaringsdeskundigheid als relatief nieuw perspectief in de context van de GGz tijd en ruimte, en die ontbreekt in deze teams.

Bovendien vragen ook herstelgericht werken, benutten van ervaringsdeskundigheid en ruimte geven aan eigen regie van cliënten *in zichzelf* al tijd, ruimte en aandacht.

Deze omstandigheden maken dat een onevenredig hoge productie- en verantwoordingsdruk de (regie)ruimte van de professionals beperkt, en dat het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording in zulke situaties sterk wordt ervaren. Ervaringsdeskundigheid komt dan nauwelijks uit de verf en de eigen regie van cliënten wordt aanzienlijk ingeperkt.

Conclusies en aanbevelingen

Hoofdstuk 8.

Conclusies en aanbevelingen

8.1. Inleiding

In de afgelopen decennia heeft het inzetten van ervaringsdeskundigheid in de GGz en in andere sectoren van zorg en welzijn een grote vlucht genomen. Dat was al zo bij de start van dit onderzoek, zo'n tien jaar geleden, en dat is sindsdien alleen maar sterker geworden. Een ontwikkeling die in de praktijk van verschillende sectoren in zorg en welzijn tot veel nieuwe initiatieven heeft geleid waarin ervaringsdeskundigheid ruimte krijgt. In hoofdstuk 2 noemde ik enkele voorbeelden, zoals Vriend GGz, een hulporganisatie opgezet door ervaringsdeskundigen, Herstelacademies Korak en Enik, of ExpEx, een initiatief in de jeugdzorg. Initiatieven als deze passen in het bredere maatschappelijke streven om het organiseren en uitvoeren van publieke dienstverlening (zoals zorg, welzijn, onderwijs, veiligheid) meer te baseren op wat cliënten, patiënten, wijkbewoners en burgers in hun dagelijks leven meemaken en ervaren.

Ze laten tevens zien dat dergelijke vernieuwende initiatieven rond ervaringsdeskundigheid in de GGz vaak ontstaan naast reguliere dienstverlenende organisaties (zie ook Karbouniaris, 2023, p. 14). Dat is een signaal: blijkbaar is het inbedden van ervaringsdeskundigheid in bestaande georganiseerde dienstverlening geen gemakkelijke opgave. Het brengt de nodige uitdagingen met zich mee. In mijn advies- en onderzoekspraktijk zag ik regelmatig hoe (zorg) organisaties, professionele teams en individuele professionals met positieve intenties ervaringsdeskundigheid proberen in te zetten, maar worstelen met de praktische implicaties ervan en met de waarde en betekenis van deze kennissoort. Daarin lag de aanleiding voor dit onderzoek. De uitdagingen en worstelingen van het inbedden van ervaringsdeskundigheid in professionele omgevingen zijn weliswaar eerder onderzocht, maar veelal met de zorg en hulpverlening als primaire invalshoek. Nog weinig is gekozen om dit vraagstuk te onderzoeken vanuit een 'dienstverleningsperspectief', waarin het vertrekpunt ligt bij professionele praktijken in dienstverlenende organisaties. Met dit onderzoek heb ik dit perspectief willen toevoegen, om daarmee bij te dragen aan meer inzicht in de institutionele en organisatorische factoren die een rol kunnen spelen bij de inbedding van ervaringsdeskundigheid in de GGz. Door een etnografische benadering te kiezen kon ik 'openleggen' hoe op microniveau het inbedden van ervaringsdeskundigheid in de dagelijkse professionele praktijken van de GGz vorm en inhoud krijgt.

Dit onderzoek gaat over het inbedden van *ervaringskennis*, ingebracht door *ervaringsdeskundigen*, in een specifieke *context*, namelijk die van de GGz, met nadruk op drie FACT-teams. Ik beschouw deze setting als exemplarisch voor de bredere context van georganiseerde publieke dienstverlening. Deze

context heb ik in analytische zin uiteengelegd in drie 'handelingsniveaus' van professionals, die terug te vinden zijn als rode draad in dit proefschrift. Voor elk handelingsniveau is een deelvraag geformuleerd. In drie empirische hoofdstukken zijn die ervaringskennis, ervaringsdeskundigen en context achtereenvolgens belicht vanuit die handelingsniveaus. In hoofdstuk 5 staat ervaringskennis centraal in het beschrijven van het handelen van GGz-professionals en ervaringsdeskundigen op het microniveau van dagelijkse interacties rond cliënten. In hoofdstuk 6 is de blik gericht op het niveau van het samenspel in en tussen teams: de samenwerking en interactie tussen de professionals onderling, inclusief de ervaringsdeskundigen. In hoofdstuk 7 wordt geanalyseerd hoe het professioneel handelen en daarbinnen de inzet van ervaringsdeskundigheid plaatsvindt binnen de geldende institutionele kaders; hier worden dus het organisatieniveau en de 'grotere' institutionele invloeden betrokken.

De bevindingen in de empirie duid ik vanuit een theoretisch kader dat ik in hoofdstuk 3 beschreven heb. De ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid plaats ik allereerst in het kader van bredere maatschappelijke ontwikkelingen rondom kennis. We leven in een samenleving waarin kennis steeds belangrijker wordt om complexe vraagstukken op te lossen; er is sprake van *kennisintensivering* en we leven in een *kennissamenleving*. Vervolgens heb ik geanalyseerd wat deze kennisintensivering betekent voor *professionals* in publieke *dienstverlening*. Daarbij kom ik tot *drie spanningsvelden* die zich voor professionals op de genoemde handelingsniveaus voordoen: tussen harde en zachte kennis, tussen samenwerking en segmentatie, en tussen vertrouwen en verantwoording. Ze vormen samen met de handelingsniveaus de kapstok voor de empirische hoofdstukken.

Voortbouwend op deze 'theoretische contextanalyse' hanteer ik een aantal processuele en relationele concepten over *professionaliteit*, *kennis* en *professioneel handelen*, die helpend zijn om de bevindingen op de verschillende handelingsniveaus te duiden.

In dit afsluitende hoofdstuk breng ik alles bij elkaar. Vanuit de theorie beantwoord ik de deelvragen (8.2) en de hoofdvraag (8.3) en presenteer ik een nadere analyse en interpretatie van de bevindingen. In paragraaf 8.4 bespreek ik de implicaties van het onderzoek. Ik reflecteer op de gehanteerde aanpak en methoden (8.4.1) en op het gekozen theoretisch perspectief (8.4.2). Tot slot ga ik in paragraaf 8.4.3 - in de vorm van een aantal handelingsroutes - in op de mogelijke implicaties van dit onderzoek voor de praktijk.

8.2. Beantwoording van de deelvragen

De onderzochte FACT-teams kunnen beschouwd worden als professionele GGz-praktijken die exemplarisch zijn voor professionele praktijken van georganiseerde publieke dienstverlening in bredere zin. In de spanningsvelden die zich in die GGz-praktijken voordoen, verwerkt in de deelvragen, zien we een vertaling van het veranderend kennislandschap voor professionals in publieke dienstverlening. In deze paragraaf beantwoord ik de drie deelvragen. Ik analyseer de bevindingen steeds vanuit het perspectief van de spanningsvelden op de drie handelingsniveaus, en duid vervolgens bij elke deelvraag de bevindingen vanuit de theorie.

8.2.1. Op welke wijzen wordt ervaringskennis gerelateerd aan de kennis van GGz-professionals?

De FACT-teams zijn een voorbeeld van een professionele praktijk waarin aan professionals tegenstrijdige eisen worden gesteld als het gaat om de kennisbasis voor hun handelen en besluitvorming. Vanuit de theoretische contextanalyse in hoofdstuk 3 heb ik dit benoemd als het spanningsveld tussen harde en zachte kennis. Weerman en Abma (2019, p. 455) pleiten ervoor te onderzoeken hoe de verschillende kennissoorten (professionele, academische kennis en ervaringskennis) met elkaar kunnen worden verbonden, en wat er gebeurt als deze vormen van kennis in onderlinge interactie worden gemobiliseerd. Dat is waar deze deelvraag op is gericht.

De professionals in de onderzochte teams werken voor een deel zichtbaar vanuit een basis van harde kennis, gevoed vanuit hun professionele achtergrond en opleiding. Het gaat dan bijvoorbeeld om medisch-wetenschappelijke, psychiatrische en psychologische kennis, vertaald in *evidence based* diagnose- en behandelmethodieken. Tegelijkertijd spannen ze zich in om herstelgerichte zorg te bieden, een aanpak waarover nauwelijks *evidence* beschikbaar is. Ze mobiliseren ook andere, zachtere vormen van professionele kennis, zoals kennis over sociaal-agogische werkwijzen, beleidskennis en juridische kennis. Tot slot benutten ze veel praktijkkennis, zachte kennis die is opgedaan door ervaring in het werk en in de dagelijkse werkpraktijk. Professionals brengen dus een breed spectrum aan kennissoorten in, opgedaan vanuit hun opleiding en vanuit hun praktijkervaring. Dit proces kunnen we zien als een illustratie van de kennisintensivering in publieke dienstverlening: de complexe casuïstiek waarmee de teams te maken hebben, maakt de inzet van veel kennis en van veel verschillende kennissoorten noodzakelijk.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het verenigen van al deze soorten harde en zachte kennis voor de professionals in de onderzochte teams een bijna vanzelfsprekend proces blijkt te zijn. Tijdens hun beraadslagingen over cliënten mobiliseren ze in onderlinge interactie deze diversiteit aan kennissoorten. Van een spanningsveld lijkt nauwelijks sprake te zijn. Gesteld kan worden dat de professionals in de uitvoering van hun werk *epistemic fluency* tonen (cf. Markauskaite & Goodyear, 2017): ze vervlechten in een interactief proces verschillende kennissoorten, en vormen en ontwikkelen zo een gezamenlijk kennisarsenaal. Hun besluitvorming vindt plaats aan de hand van *mindlines* (cf. Gabbay & Le May, 2004) en niet alleen aan de hand van *guidelines* of protocollen (als uitingsvormen van harde kennis).

Ervaringskennis is echter nauwelijks zichtbaar in dit collectieve proces van kennis mobiliseren in de teams. De ervaringsdeskundigen brengen hun ervaringskennis vooral in tijdens hun één-op-één interacties met cliënten en veel minder in de dialoog met de andere teamleden. Die laatsten vinden op hun beurt de toepassing van ervaringskennis vooral nuttig in het bewerkstelligen van een goed contact en (in hun ogen) effectieve communicatie met cliënten. Zij vinden dat de ervaringsdeskundige een brug kan slaan tussen het team en cliënt, en zij 'lokaliseren' ervaringskennis vooral in de relatie tussen ervaringsdeskundige en cliënt. Maar in de gezamenlijke besluitvorming over cliënten wordt de ervaringskennis zeer weinig benut.

Een echte verbinding tussen ervaringskennis en andere kennissoorten is dus in dit onderzoek nauwelijks zichtbaar geworden. Ondanks dat professionals het spanningsveld tussen harde en zachte kennis weten te hanteren, geldt dat blijkbaar niet als het om ervaringskennis gaat, en deze kennissoort lijkt nauwelijks deel uit te maken van hun *mindlines*. Een verklaring hiervoor is allereerst de onduidelijkheid binnen de teams over wat ervaringskennis is. Zowel ervaringsdeskundigen zelf als professionals geven heel verschillend invulling aan dit begrip. Ze benoemen het niet als 'kennis', maar hanteren woorden als 'ervaring', 'inzichten' of 'ervaringsdeskundigheid'. De ervaringsdeskundigen zelf zien het volgen van een opleiding tot ervaringsdeskundige als een voorwaarde om ervaringskennis te kunnen benutten. Verder twijfelen sommige professionals aan de betekenis, uniciteit en toegevoegde waarde van ervaringskennis. Ze zien ervaringskennis niet als een algemeen geldende, onderbouwde kennissoort, evenwaardig met bijvoorbeeld professionele kennis.

Vanuit deze bevindingen is de beperkte benutting van ervaringskennis nog op een andere manier te duiden: de professionals en ervaringsdeskundigen lijken impliciet uit te gaan van een klassiek kennisconcept, waarin de in hoofdstuk 3 geschetste kennishiërarchie weerspiegeld wordt: abstracte en wetenschappelijk

onderbouwde kennis wordt (maatschappelijk en in professionele omgevingen) hoger gewaardeerd dan zachtere kennissoorten. Kennis wordt gezien als een afgebakende, overdraagbare entiteit, iets dat men zich gedurende opleiding en training eigen kan maken. Het impliciete karakter van deze kennisopvattingen is niet ongewoon; epistemologische concepten worden zelden geëxpliciteerd in professionele praktijken of opleidingen (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 168).

Bovendien is hier een discrepantie te zien: de impliciete *opvattingen* van professionals over kennis en hun eigen kennisbasis lijken niet in overeenstemming te zijn met hun kennis*praktijken*. Het dagelijks handelen van de professionals valt namelijk te duiden als een voortdurend proces van onderlinge interacties waarin verschillende kennissoorten evenwaardig worden gemobiliseerd en vervlochten. Hun kennisarsenaal is vanuit die optiek te beschouwen als processueel en relationeel van aard. Dergelijke tegenstrijdigheden tussen opvattingen over kennis en het 'enacten' van kennis zijn evenmin ongewoon in professionele praktijken (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 174).

Naast deze discrepantie tussen kennisopvattingen en kennispraktijken is nog een tweede tegenstrijdigheid aan te wijzen. In het onderzoek uiten professionals twijfels over de waarde van ervaringskennis, maar niet over die van andere zachte kennissoorten. De aanpak en methodiek van herstelgericht werken bijvoorbeeld wordt niet betwist, terwijl deze benadering niet *evidence based* is, en het betrekken van ervaringskennis van cliënten – zachte kennis – hierin juist een belangrijk principe vormt. Herstelgericht werken is echter wél vertaald in praktische aanpakken en methodieken, waardoor het toch gezien lijkt te worden als een 'professionele' kennisbasis (in de klassieke zin). Dit geldt niet voor het benutten van ervaringskennis: de in het onderzoek betrokken ervaringsdeskundigen vertalen dat niet naar een vastgelegde aanpak of methodiek, maar hebben hierin elk hun eigen, particuliere manier van werken. Het werken volgens methodieken is een impliciet gehanteerde professionele norm binnen de dagelijkse professionele praktijken van de onderzochte teams. Dergelijke professionele normen maken onderdeel uit van het sociale construct dat professionele praktijken zijn, en zijn van invloed op welke kennis als relevant en waardevol wordt gezien (Markauskaite & Goodyear, 2017, p. 75). Ook dit kan verklaren waarom ervaringskennis weinig wordt benut; het is een kennissoort die niet goed past in de bestaande historische en sociale constructie van de betreffende professionele praktijken. Ervaringskennis maakt maar beperkt onderdeel uit van de *shared epistemic space* van de professionele teams.

8.2.2. Op welke wijzen werken ervaringsdeskundigen samen met GGz-professionals in (interprofessionele) teams?

Voortbouwend op het bovenstaande kunnen we het uitwisselen van verschillende kennissoorten en het langs die weg vormen van een gezamenlijk kennisarsenaal door de professionals in de onderzochte teams zien als het creëren van een *shared epistemic space*. Professionals moeten daartoe vormgeven aan interprofessionele samenwerking. Uit de observaties blijkt duidelijk dat die samenwerking een inherent onderdeel van het werken in de FACT-teams is. De onderzochte professionals overbruggen grenzen tussen kennisdomeinen (hun *epistemic fluency* draagt daaraan bij), overbruggen grenzen tussen teams en organisaties, en werken samen met professionals van andere disciplines en in andere contexten. Ze laten met andere woorden in hun dagelijkse praktijk uitingsvormen van verbindende professionaliteit zien en tonen zich 'netwerkprofessionals' (Noordegraaf, 2020; De Vijlder, 2014). In dit samenspel hebben de ervaringsdeskundigen gedeeltelijk een plek als alle anderen: ze nemen deel aan de dagelijkse inhoudelijke cliëntbesprekingen en soms ook aan uitgebreidere behandelplan-besprekingen, werken in het onderhouden van contacten met cliënten samen met de professionals, en maken in sociaal opzicht onderdeel uit van het team.

Binnen deze interprofessionele samenwerking is tegelijkertijd sprake van scheidingslijnen, van segmentatie. Een aantal taken en verantwoordelijkheden is duidelijk afgebakend en toebedeeld aan specifieke beroepsbeoefenaren. Zo mag alleen de psychiater medicijnen voorschrijven, ondersteunt de maatschappelijk werker bij praktische zaken, en is het zorgdragen voor een up-to-date cliëntdossier in alle teams de verantwoordelijkheid van de dossierhouders, in de praktijk de SPV-ers, SPH-ers en verpleegkundigen. Deze rolverdelingen zijn mede gekoppeld aan de verschillende specialisaties, aan ieders inhoudelijke en professionele domein. Ze zijn voor iedereen duidelijk en staan niet ter discussie. We kunnen spreken over een vorm van segmentatie die functioneel van aard is. Van een spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie blijkt hier nauwelijks sprake te zijn; voor de professionals is de functionele taakverdeling net zo vanzelfsprekend als het overbruggen ervan in hun onderlinge samenwerking.

Toch leidt de verdeling van taken en verantwoordelijkheden soms wél tot een vorm van segmentatie die de samenwerking belemmert, namelijk als het om de psychiaters gaat. Zij zijn in de onderzochte teams degenen die de eindverantwoordelijkheid dragen voor alle (in team Noord) of het overgrote deel (in de andere twee teams) van de cliënten. Het gaat hier om de formele eindverantwoordelijkheid, het regiebehandelaarschap, die vanuit de financieringssystematiek kan worden

toebedeeld aan psychiaters, psychologen of verpleegkundig specialisten. In de onderzochte teams zijn het overwegend de psychiaters die regiebehandelaar zijn. In de praktijk heeft deze verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk invloed op de interactie tussen psychiaters en de andere teamleden. Hun eindverantwoordelijke rol zorgt ervoor dat de psychiaters relatief veel invloed hebben op de besluitvorming. Vanwege hun grote caseload hebben ze een overvolle agenda, waardoor ze vaker dan andere professionals afwezig zijn bij teamoverleggen. Die combinatie – regelmatig afwezig, maar wel veel invloed – leidt er soms toe dat de andere teamleden besluiten met moeite nemen of zelfs uitstellen als de psychiater niet aan het overleg deelneemt. Er is sprake van een vorm van segmentatie waarin een hiërarchie weerspiegeld wordt tussen de psychiater en de andere professionals. Bovendien wordt hier nog een andere scheidslijn zichtbaar, die niet zozeer voortvloeit uit de functionele verantwoordelijkheidsverdeling, maar eerder uit een informele, veelal impliciete hiërarchie: psychiaters genieten meer status en gezag.

We zien hier opnieuw een weerspiegeling van de kennishiërarchie zoals die in hoofdstuk 3 is beschreven. De formele verantwoordelijkheid van het regiebehandelaarschap wordt in de financieringssysteem uitsluitend toegekend aan de hoogstopgeleide professionals, degenen die een (medisch-) wetenschappelijke opleiding hebben genoten. En informeel genieten de psychiaters vanuit hun status als arts een groter gezag. Deze formele en informele hiërarchische segmentatie leidt ertoe dat er in de samenwerking tussen psychiaters en andere professionals toch een spanningsveld merkbaar is.

Dat laatste, het zichtbaar worden van een spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie, is eveneens het geval als we kijken naar de ervaringsdeskundigen in de teams. Enerzijds zijn professionals én ervaringsdeskundigen het erover eens dat het maken van contact met cliënten, vanuit een gedeelde ervaring met psychische ontwrichting en herstel, tot de taak van de ervaringsdeskundige behoort; ze hebben een rol als 'brug naar de cliënt'. Anderzijds is binnen deze functionele taakverdeling in de teams de precieze rol van de ervaringsdeskundigen niet altijd duidelijk, en blijkt de concrete invulling van de 'brugfunctie' soms punt van discussie te zijn. Volgens sommige professionals is de taak om contact te maken en aan te sluiten bij de cliënt niet voorbehouden aan ervaringsdeskundigen. Zij betwisten in dat opzichte de uniciteit en toegevoegde waarde van hun professionele specialisatie. Eén ervaringsdeskundige benoemt als valkuil dat deze rol te veel wordt gezien als een manier om de cliënt te overtuigen van interventies die het team voor ogen heeft, in plaats van aan te sluiten bij de eigen wensen van de cliënt.

Over de verdere invulling van de ervaringsdeskundige rol blijken verschillende opvattingen te leven. Sommige professionals plaatsen vraagtekens bij de rol

van 'kritische spiegel voor het team', die door de ervaringsdeskundigen zelf wel wordt omarmd. Rolonduidelijkheid, een verschijnsel dat in de literatuur over ervaringsdeskundigheid vaak wordt benoemd (o.a. Van Erp et al., 2012; Gates & Akabas, 2007; Repper & Carter, 2011), zorgt hier voor een belemmerende vorm van segmentatie. Wat dat patroon nog versterkt is het feit dat ervaringsdeskundigen hun identiteit als ambigu ervaren: ze voelen zich soms vooral lotgenoot van cliënten, en in andere gevallen een professional als hun collega's. Al met al nemen ervaringsdeskundigen een onduidelijke plek in en zijn ze geen volwaardig onderdeel van het samenspel in de teams. De betwiste uniciteit van hun specialisatie als brug naar de cliënt, hun verder diffuse rol en hun ambiguë identiteit zorgen ervoor dat in de relatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie blijft bestaan.

Beschouwen we deze bevindingen vanuit de theorie, dan zien we dat de kennisintensivering in publieke dienstverlening hier tot uiting komt in de verschillende specialisaties van de professionals in de teams: elk heeft zijn eigen vakgebied en kennisdomein, en daaraan zijn taken en verantwoordelijkheden gekoppeld. Dat leidt tot een vorm van segmentatie die inherent is aan het werk en geen spanningen oplevert binnen de interprofessionele samenwerking. De wijze waarop de professionals hun samenspel hierin vormgeven kunnen we zien als een uiting van verbindende professionaliteit: onderdeel daarvan is dat professionals in staat zijn om verschillende kennissoorten met elkaar te verbinden en grenzen tussen professionele disciplines te overbruggen.

Daar waar die spanningen zich wel voordoen en segmentatie de samenwerking belemmert, spelen andere onderliggende factoren een rol. In het geval van de psychiaters kan de waargenomen segmentatie worden verbonden aan de impliciete kennishiërarchie die in maatschappelijke en professionele contexten is verweven, gebaseerd op een klassiek kennisconcept, waarin kennis wordt gezien als een afgebakende, overdraagbare entiteit. Psychiaters staan binnen die kennisopvatting hoog in de hiërarchie; ze krijgen een grote verantwoordelijkheid toebedeeld en genieten veel gezag, omdat ze beschikken over abstracte, op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde, medische kennis. In het geval van de ervaringsdeskundigen kan de onduidelijkheid over hun rol in het verlengde worden gezien van de onduidelijkheid over de aard van hun kennis, zoals die in hoofdstuk 5 is geschetst. Aangezien er impliciet twijfel lijkt te zijn of ervaringskennis wel 'echte' kennis is – hier wordt opnieuw de kennishiërarchie zichtbaar – is het niet verbazend dat er eveneens twijfel is over de meerwaarde van de inbreng van ervaringsdeskundigen.

8.2.3. Op welke wijzen is er te midden van prestatie- en verantwoordings-eisen ruimte voor ervaringsdeskundigheid ?

Deze laatste deelvraag richt zich op de manier waarop de onderzochte GGz-teams ervaringsdeskundigheid onderdeel (kunnen) laten zijn in hun handelen en besluitvorming binnen de institutionele context waarin zij werken: grote instellingen voor georganiseerde publieke dienstverlening. Als gekwalificeerde en erkende professionals zijn zij maatschappelijk gelegitimeerd om in die context te handelen en besluiten te nemen om cliënten te ondersteunen bij hun herstel; zij krijgen in die zin vertrouwen. De intentie waarmee de professionals hun werk in de praktijk vormgeven is hiermee in lijn. Professionals willen de autonomie van cliënten versterken, en daarvoor is het nodig cliënten ruimte te geven en vertrouwen te hebben in hun herstellervermogen. Dat impliceert dat professionals zelf ook ruimte krijgen, zodat ze situationeel en gericht op de individuele cliënt kunnen handelen.

In de praktijk blijkt de handelingsruimte voor professionals begrensd te zijn vanuit de formele verantwoordelijkheden die zij dragen. Het impliceert dat ze te maken hebben met prestatie- en verantwoordings-eisen op verschillende domeinen: zorginhoudelijke richtlijnen, kwaliteitskaders, bedrijfsmatige kaders zoals efficiency. Over al deze aspecten van hun werk moeten ze verantwoording afleggen. Voor de professionals in de onderzochte teams is dit alles verweven in hun dagelijkse praktijk. Gedurende de werkdag besteden ze op veel momenten tijd en aandacht aan zaken als het registreren van hun tijdsbesteding, het opstellen en evalueren van behandelplannen, en het rapporteren van besluiten, interventies, bijbehorende afwegingen en voortgang in de situatie van cliënten. Ze weten in die zin de prestatie- en verantwoordings-eisen te hanteren. We kunnen stellen dat de onderzochte professionals in relatie tot deze eisen 'verbindende professionaliteit' (cf. Noordegraaf, 2020) tot uiting laten komen: ze verenigen verschillende belangen, perspectieven en logica's in het dagelijks professioneel handelen. Tijdens het werk zijn ze in staat om te schakelen tussen de verschillende professionele en institutionele logica's en ze tonen daarmee *logic fluidity* (cf. Ten Dam & Waardenburg, 2020).

In de praktijk blijkt echter óók dat professionals veel druk ervaren door te moeten voldoen aan deze prestatie- en verantwoordings-eisen. De balans slaat in hun beleving vaak door naar dit aspect van hun werk, wat de eigen professionele handelingsruimte onder druk zet. Voor een deel komt dit door tijdsdruk, veroorzaakt door productietargets. Er is weinig tijd en daarmee aandacht voor cliënten, en weinig tijd om gezamenlijk in dialoog de verschillende opties voor behandeling en interventies af te wegen. Voor een ander deel spelen verantwoordings-eisen een rol: besluiten die 'verkeerd' uitpakken, bijvoorbeeld omdat ze de situatie van de cliënt niet verbeteren, of erger nog een crisis niet weten te voorkomen, kunnen

de professionals of de teams worden aangerekend. Het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording blijkt in dit opzicht voor de teams lastig te hanteren.

Een consequentie ervan is dat de teams in hun besluitvorming neigen tot risicomijding. Dit is vooral waarneembaar bij de twee teams waar de druk vanuit productie- en verantwoordingseisen als zeer hoog wordt ervaren. Risicomijding betekent in dit geval dat deze teams neigen naar keuzes die gericht zijn op beheersing van de situatie, op controle houden. Vertaald naar de concrete praktijk: kiezen voor medicatie ophogen in plaats van het nog even aan te zien, of een machtiging aanvragen voor gedwongen opname, daar de tijd ontbreekt om een dreigende crisissituatie af te wenden door gesprek en aandacht voor de cliënt. Zo wordt vermeden dat de teams erop afgerekend kunnen worden als er iets misgaat met cliënten of hun omgeving.

Deze gerichtheid op beheersing en controle werkt belemmerend voor de door de teams gewenste oriëntatie op herstelgericht werken en de inzet van ervaringsdeskundigheid. Vormgeven aan zorg en behandeling vanuit het principe van eigen regie van de cliënt, ondersteund door het benutten van ervaringskennis, is zonder meer de intentie. Maar er is een discrepantie tussen intenties en daadwerkelijke praktijken. Door de verantwoordingsdruk komt een herstelgerichte benadering maar beperkt uit de verf: zowel professionals als cliënten hebben daarvoor te weinig eigen ruimte. En daar waar de ervaringsdeskundige ruimte heeft (zoals in team Noord), wordt zijn inzet nauwelijks onderdeel van het collectieve proces. De institutionele condities blijken in deze teams inbedding van ervaringsdeskundigheid te beperken. Het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording toont zich hierin nadrukkelijk.

We kunnen dit alles duiden vanuit de theorie. Net als bij de andere twee handelingsniveaus komen impliciete, klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit tot uiting in de praktijk. Ook op dit handelingsniveau is een kennishiërarchie zichtbaar. Harde kennis heeft een dominante plaats in de externe en interne institutionele systemen. Professionals worden geacht te werken volgens methodieken en standaarden die wetenschappelijk zijn onderbouwd, *evidence based* zijn. Ze verantwoorden de hoeveelheid bestede tijd aan een cliënt; of dat met aandacht is gebeurd, is niet meetbaar en hoeft niet verantwoord te worden. In het rapporteren van resultaten gaat het eveneens om harde kennis; behandelbeoordelingen vinden plaats aan de hand van voorgeschreven modellen, die vragen naar meetbare uitkomsten.

De kennishiërarchie wordt eveneens zichtbaar in de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de financieringssystematiek. Het regiebehandelaarschap kan

alleen toegekend worden aan de beroepsgroepen die de meest wetenschappelijk gefundeerde opleiding hebben gevolgd: psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten. In de onderzochte teams zijn het merendeels de psychiaters die deze eindverantwoordelijke rol, en dus de grootste professionele verantwoordelijkheid, dragen. Dat zegt iets over vanuit welke kennis er gedacht wordt en op welke kennis er vertrouwd wordt.

Gesteld kan worden dat de onderzochte FACT-teams werken in een context waarin klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit zich vertalen naar de institutionele kaders. Aan harde, wetenschappelijke kennis wordt meer waarde gehecht dan aan zachtere kennissoorten. Ervaringsdeskundigheid, gebaseerd op zachte ervaringskennis, vindt daarin slechts moeizaam een plaats.

8.3. Beantwoording van de hoofdvraag

De vraagstelling die de basis vormt voor dit onderzoek luidt:

Hoe en onder welke condities wordt ervaringsdeskundigheid ingebed in georganiseerde professionele praktijken in de GGz?

Dit onderzoek richt zich op de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGz, dat wil zeggen betaalde, beroepsmatige inzet door hiertoe opgeleide ervaringsdeskundigen. Op grond van de voorgaande hoofdstukken en de beantwoording van de deelvragen kunnen we concluderen dat de inbedding van ervaringsdeskundigheid in deze setting van georganiseerde professionele dienstverlening beperkt is en moeizaam tot stand komt. Dat geldt vanuit het perspectief van elk van de drie geanalyseerde handelingsniveaus.

Op het niveau van het dagelijks handelen van professionals vanuit hun collectieve én individuele kennisbasis blijkt dat ervaringskennis nauwelijks onderdeel uitmaakt van hun kennisarsenaal. In het interactieve proces in de teams waarin zij alle beschikbare harde én zachte kennissoorten mobiliseren en vervlechten om tot besluitvorming en interventies te komen, wordt deze kennissoort niet of nauwelijks benut. Ervaringskennis wordt vooral 'gelokaliseerd' in de individuele relatie tussen ervaringsdeskundige en cliënt. Ondanks expliciet geuite positieve intenties lijkt onduidelijkheid en twijfel over de aard en toegevoegde waarde van ervaringskennis daarbij een rol te spelen.

Op het niveau van de interactie en samenwerking tussen de verschillende teamleden zorgen rolonduidelijkheid en een ambigue identiteit van ervarings-

deskundigen ervoor dat zij maar heel beperkt op gelijkwaardige voet met professionals in de teams participeren.

Op het niveau van de organisatie en de bredere institutionele kaders blijken productie- en verantwoordingsdruk het streven naar ruimte voor eigen regie van professionals én cliënten te overvleugelen door een gerichtheid op beheersing en risicomijding. Inbedding van ervaringsdeskundigheid, als onderdeel van herstelgericht werken waarin eigen regie juist centraal staat, wordt door al deze factoren belemmerd.

De spanningsvelden die ik op de verschillende handelingsniveaus heb onderscheiden – tussen harde en zachte kennis, tussen samenwerking en segmentatie, tussen vertrouwen en verantwoording – zijn voor de professionals voor een belangrijk deel hanteerbaar en het omgaan ermee is onderdeel van hun professionele repertoire. In het mobiliseren van harde en zachte kennis tonen ze *epistemic fluency*. In hun onderlinge samenspel en het handelen binnen de institutionele context laten ze verbindende professionaliteit, *connective professionalism*, zien. Echter, gaat het om ervaringskennis als zachte kennissoort, om de samenwerking met ervaringsdeskundigen, of om het ruimte maken voor eigen regie en vertrouwen, en het inzetten van ervaringsdeskundigheid als middel daartoe, dan treden deze spanningsvelden meer op de voorgrond. Ondanks intenties en ideaalbeelden rond de inzet van ervaringsdeskundigheid vinden deze maar heel beperkt een vertaling in de dagelijkse professionele praktijken.

De hier beschreven bevindingen liggen in lijn met resultaten van eerder onderzoek die in de wetenschappelijke en vakliteratuur over ervaringsdeskundigheid te vinden zijn (zie hoofdstuk 1 en 2). Met dit proefschrift beoog ik een aanvullend en rijker begrip van deze bevindingen aan te reiken door ze vanuit de bestuurs- en organisatiekundige theorie te duiden. Inbedding van de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid vraagt om organisatorische en institutionele condities die tijd en ruimte laten om zorg te bieden met aandacht en toegespitst op individuele cliënten en hun wensen en omstandigheden. In de onderzochte contexten, exemplarisch voor georganiseerde professionele dienstverlening, wordt daaraan nauwelijks voldaan.

Belangrijk is verder de constatering dat zowel de ervaringsdeskundigen als de professionals impliciet uitgaan van klassieke en gangbare opvattingen over kennis en professionaliteit. Kennis wordt gezien als een op zichzelf staande, overdraagbare entiteit. Verbonden daarmee is er sprake van een ‘kennishiërarchie’: abstracte, wetenschappelijk gefundeerde kennis wordt hoger aangeslagen dan kennis die niet of minder *evidence based* is. Deze epistemologische grondhouding uit zich in de teams onder meer in de gesignaleerde onduidelijkheid over wat ervaringskennis precies inhoudt, en in het verlengde daarvan in de geuite twijfels over de waarde

en betekenis van ervaringskennis. De impliciete opvattingen over professionaliteit liggen in het verlengde van deze kennisopvatting: professionals die zijn opgeleid vanuit een wetenschappelijke kennisbasis staan hoger in aanzien. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld (met name in twee van de onderzochte teams) in het grote gezag dat aan de psychiaters wordt toegekend, en in de onduidelijke rol en relatief marginale positie van ervaringsdeskundigen in de drie teams. De kennishiërarchie weerspiegelt zich in de onderlinge verhoudingen binnen de teams en in de verhouding tussen ervaringsdeskundigen en professionals.

De klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit en de daaruit voortvloeiende impliciete kennishiërarchie zijn niet alleen verweven in de dagelijkse professionele praktijken van de teams, maar ook in de institutionele context waarbinnen zij werken. Zo is binnen de financieringssystematiek voor behandelingen in de GGz de formele eindverantwoordelijkheid toegekend aan de professionals met de hoogste, meest wetenschappelijke opleiding: psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten. Verantwoordingseisen zijn sterk gericht op harde criteria: aangetoonde effectiviteit van behandelingen, meetbaar bestede tijd aan cliëntcontacten, zichtbaar volgen van methodisch voorgeschreven, wetenschappelijk onderbouwde behandelprotocollen.

De in dit onderzoek gehanteerde etnografische benadering heeft het mogelijk gemaakt om deze impliciete opvattingen te herkennen. Door de onderzochte professionals en ervaringsdeskundigen naar hun ideeën over hun werk als professionals en over ervaringsdeskundigheid te vragen en daarnaast door observatie hun praktijken 'open te leggen', is zichtbaar geworden dat praktijken en expliciete opvattingen niet op elkaar aansluiten. Dat reikt verder dan de oppervlakkige constatering dat de onderzochte professionals 'het wel zeggen maar niet doen', of 'er zijn ideaalbeelden maar de praktijk is anders'. De essentie gaat een laag dieper: er is sprake van impliciete, zich eigen gemaakte en institutioneel vertaalde opvattingen over kennis en professionaliteit. Die zijn als het ware verankerd in de wijze waarop professionele dienstverlening is georganiseerd.

Samenvattend kunnen we concluderen dat de wijze waarop de inzet van ervaringsdeskundigheid in de onderzochte GGz-teams nu vorm krijgt niet leidt tot inbedding in deze professionele praktijken. De condities in de institutionele context van deze teams lijken hiervoor onvoldoende passend: prestatie- en verantwoordingsdruk, gecombineerd met formele en informele hiërarchische verhoudingen tussen diverse typen professionals. Waar deze condities sterk aanwezig zijn, blijkt ervaringsdeskundigheid de minste ruimte te krijgen. In de teams waar de verantwoordingsdruk het hoogst was, was er ook het meest sprake van hiërarchie tussen professionals, en van segmentatie die verbonden is met

impliciete klassieke kennisopvattingen. Daar werd ervaringsdeskundigheid minder ingezet. Waar meer spreiding van verantwoordelijkheid was, en daardoor minder ervaren verantwoordingsdruk, werd minder gestuurd op beheersing en was er meer aandacht voor eigen regie van cliënten en voor ervaringsdeskundigheid.

Verder lijkt het dragen van professionele verantwoordelijkheden door ervaringsdeskundigen ertoe te leiden dat ze meer onderdeel van het team zijn en meer ruimte krijgen, maar tevens dat ze zich minder uitgesproken onderscheiden in hun specifieke ervaringsdeskundige rol. Het kan erop wijzen dat organisatorische en institutionele factoren een belangrijker verschil tussen ervaringsdeskundigen en professionals met zich meebrengen dan hun inhoudelijke en professionele gerichtheid. Het roept tevens de vraag op of het vervullen van een onderscheiden rol als ervaringsdeskundige samen kan gaan met het dragen van 'reguliere' professionele verantwoordelijkheden. En als het antwoord daarop negatief is, hoe dan een - al dan niet professionele - invulling van de ervaringsdeskundige inzet in de bestaande institutionele context eruit zou moeten zien. In de volgende paragraaf ga ik hier nader op in.

8.4. Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk

Als afsluiting van dit concluderende hoofdstuk geef ik aan welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor (verder) onderzoek en voor de praktijk. De aanbevelingen voor onderzoek die voortvloeien uit dit proefschrift hebben betrekking op drie thema's: de methodologie, het gebruik van theorie, en de context waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. De aanbevelingen voor de praktijk presenteer ik in de vorm van een aantal mogelijke handelingsperspectieven voor organisaties en professionals.

8.4.1. Aanbevelingen voor onderzoek

Methodologie

De keuze voor een etnografische benadering impliceert dat ik als onderzoeker de gelegenheid had om gedrag en interacties van de onderzochten gedetailleerd waar te nemen en in kaart te brengen. Dat is een waardevolle toevoeging in vergelijking met andersoortige kwalitatieve studies, waarin vaak het accent ligt op interviews of vragenlijsten. Een voorbeeld is de gesignaleerde discrepantie tussen de (impliciete) kennisopvattingen van de onderzochte professionals en de wijze waarop zij daadwerkelijk kennis mobiliseerden in hun dagelijkse professionele praktijken. Zonder observaties, met bijvoorbeeld alleen interviews, was dit niet

zichtbaar geworden. Waardevol is ook dat de observaties op microniveau, heel gedetailleerd, inzicht geven in het dagelijks reilen en zeilen in de onderzochte praktijken. De gekozen etnografische benadering “brengt dimensies aan het licht die in andere benaderingen in de schaduw blijven” (Hilgers, 2011, p. 351). Het verdient om deze redenen zeker aanbeveling meer etnografisch onderzoek te doen naar de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid. Daarbij zijn enkele lessen te trekken uit de methodologische beperkingen die in dit onderzoek naar voren kwamen (zie 4.4).

De waarneming van de etnografisch onderzoeker is altijd selectief en gekleurd. Dit zal onvermijdelijk de bevindingen en de interpretatie ervan beïnvloeden. Een te sterke kleuring door de onderzoeker kan allereerst voorkomen worden door al vooraf afspraken te maken over opzet en planning van een *member check*, zodat dit expliciet en zorgvuldig kan gebeuren en de onderzochten hierop voorbereid zijn. Ten tweede is expliciete reflectie hierop door de onderzoeker en het organiseren van regelmatige feedback op de uitingen van mogelijke vooringenomenheid (bijvoorbeeld in taalgebruik, of in de data-analyse en overige interpretatie van de bevindingen) een vereiste. Dat houdt de onderzoeker scherp en alert en versterkt een neutralere benadering en weergave.

Een selectief beeld van de onderzochte praktijken kan eveneens ontstaan als een onderzoek slechts in een beperkte tijdsperiode plaatsvindt. Dat was in dit onderzoek het geval en er is in die zin sprake van een momentopname. Dat kan voorkomen worden door gedurende een langere periode te observeren, of door na enige tijd of met enige regelmaat terug te keren in de onderzochte context.

Theorie

Om de empirische bevindingen in dit onderzoek vanuit een theoretisch perspectief te analyseren en te duiden, heb ik gebruik gemaakt van de wetenschappelijke literatuur uit verschillende academische disciplines. Elk van deze ‘*bodies of literature*’ had toegevoegde waarde, en bovenal bleek de verbinding tussen de verschillende theoretische perspectieven vruchtbaar.

De bestuurs- en organisatiekundige literatuur voorziet in een theoretisch fundament onder het perspectief dat ik in dit proefschrift benoem als het ‘dienstverleningsperspectief’. Hiermee wordt de context van de GGz beschouwd als een context van georganiseerde professionele dienstverlening. De bestuurs- en organisatiekundige literatuur biedt een kader om de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis in deze context te plaatsen. Allereerst door deze ontwikkeling te verbinden met *kennisintensivering* en de

kennissamenleving, en de impact hiervan op *professionals en professionele praktijken*. Vervolgens door vanuit de literatuur over professionals en professionalisering actuele benaderingen van professionaliteit te benutten als een vruchtbare theoretische lens. Voor het onderzoeksgebied over ervaringsdeskundigheid biedt dit aanvullende conceptuele kaders. Het verdient aanbeveling om meer onderzoek vanuit het hier gehanteerde 'dienstverleningsperspectief' te doen.

De kennistheoretische analyse van de begrippen professionele kennis en ervaringskennis maakten het mogelijk de (vaak impliciete) kennisopvattingen van professionals en ervaringsdeskundigen te duiden. Het zou interessant zijn dit verder uit te diepen en te onderzoeken, zowel in theoretische als in empirische zin. Daarbij zou het kennisconcept van Markauskaite en Goodyear (2017) verdieping kunnen aanbrengen in de conceptualisering van het begrip ervaringskennis.

Nu wordt vaak gesproken over drie van elkaar te onderscheiden kennissoorten: wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis. Een processueel en relationeel kennisconcept als dat van Markauskaite en Goodyear biedt een handvat om deze soorten kennis niet zozeer als naast of tegenover elkaar te zien, maar als gelijkwaardige kennissoorten op een spectrum dat zich uitstrekt van bijvoorbeeld meer objectief tot meer subjectief, van feitelijk waarneembaar tot particulier ervaren. Bovendien opent dit kennisconcept een verbindend handelingsperspectief: kennis ontwikkelt zich voortdurend in gezamenlijke, onderlinge (inter)actie. Verschillende kennissoorten bevinden zich dan niet tegenover elkaar of in concurrentie, maar zijn onderling aanvullend en overlappend, en kunnen elkaar versterken.

Het verbinden van de genoemde theoretische perspectieven over georganiseerde publieke dienstverlening, kennis en professionaliteit kan nog meer worden uitgediept en daarmee zorgen voor een verdergaand begrip van de wijze waarop vandaag de dag de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGz vorm krijgt.

Dit onderzoek kan verder een bijdrage leveren aan de bestuurs- en organisatiekunde, de professionaliseringstheorie en de theorie over professionele kennis en ervaringskennis. Het heeft laten zien hoe vanuit deze kennisgebieden tot een rijke duiding kan worden gekomen van de onderzochte empirie, en toont daarmee de waarde van actuele conceptualisering. Het verbinden van theorie over georganiseerde dienstverlening, professionals en kennis bood in die combinatie een nieuw theoretisch kader. De inbedding van ervaringsdeskundigheid kon daarmee worden geplaatst in het licht van bredere vraagstukken over diffuse en betwiste kennis, en over professionaliteit en over de verbinding hiervan met kennis(opvattingen).

Verder onderzoek naar ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis, en de relatie met professionaliteit, zal de theorievorming en empirische kennis binnen deze kennisgebieden nog kunnen versterken. Vanuit dit onderzoek komen al concrete onderzoeksthema's naar voren. Een voorbeeld is de aanname bij de start van dit onderzoek dat het omgaan met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen verschilt per type professional. Die werd in dit onderzoek niet bevestigd, terwijl de professionaliseringsliteratuur hiervoor wel aanwijzingen geeft. Ook ander onderzoek naar ervaringsdeskundigheid in de GGz (Leemeijer, 2017; Leemeijer & Trappenburg, 2016; Karbouniaris, 2023) wijst in die richting.

Onderzoekscontext

De multidisciplinaire FACT-teams waar het onderzoek plaatsvond zijn te zien als een representatie van de bredere context van behandelsettings in de georganiseerde, professionele GGz-dienstverlening. Het onderzoek maakte zichtbaar hoe dergelijke teams acteren in een context waar institutionele en organisatorische factoren direct van invloed zijn op de dagelijkse praktijk. Andere soorten teams in zorg en welzijn waar ervaringsdeskundigen werken hebben te maken met een context die vergelijkbare kenmerken heeft: prestatie- en verantwoordingseisen die door financiers en beleidsmakers worden gesteld, vraagstukken rond samenwerking en specialisatie, en het inzetten van verschillende kennissoorten. Dit maakt een zekere transfereerbaarheid van de resultaten naar vergelijkbare contexten van georganiseerde dienstverlening plausibel.

Desondanks verdient het aanbeveling om vergelijkbaar empirisch (etnografisch) onderzoek naar ervaringsdeskundigheid vanuit een dienstverleningsperspectief uit te voeren in meer settings dan alleen dit beperkt aantal FACT-teams. Ervaringsdeskundigen worden ook elders in de GGz ingezet, bijvoorbeeld in de verslavingszorg, in behandelcentra voor eetstoornissen en in de forensische GGz. Het 'openleggen' van praktijken in deze contexten kan aanvullend zijn op bestaand onderzoek. Hetzelfde geldt voor andere soorten georganiseerde dienstverlening in zorg en welzijn, zoals de jeugdhulpverlening of het sociaal werk. Interessant is verder om vergelijkend onderzoek te doen tussen settings met verschillende visies en beleid op het gebied van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld tussen organisaties waar expliciet beleid wordt gevoerd op dit thema en organisaties waar dit niet het geval is. Door verschillende contexten te onderzoeken kan de geldigheid van de conclusies in dit onderzoek nader getoetst worden en kan de kennis over de inbedding van ervaringsdeskundigheid in georganiseerde publieke dienstverlening worden verdiept.

8.4.2. Aanbevelingen voor de praktijk

Tot slot ga ik in op de betekenis van dit onderzoek voor de praktijk van ervaringsdeskundigheid in de GGz. De professionele inzet van ervaringsdeskundigen in de huidige institutionele en organisatiecontext van de GGz (en andere sectoren van zorg en welzijn) verloopt moeizaam, is de conclusie. Impliciete opvattingen over kennis en professionaliteit spelen daarbij een rol en uiten zich op de drie beschreven handelingsniveaus van professionele dienstverlening. Deze conclusie laat zich op verschillende manieren vertalen naar de praktijk. Ik doe dit in de vorm van drie alternatieve routes, te beschouwen als handelingsperspectieven voor de praktijk, die ik hieronder presenteer. Ze geven de verschillende keuzes weer die door betrokken partijen gemaakt kunnen worden om de inbedding van ervaringsdeskundigheid in georganiseerde GGz-dienstverlening te versterken.

Route 1: Voortzetten van professionalisering

Een eerste mogelijkheid is om de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen in professionele teams langs de ingeslagen weg voort te zetten, gekoppeld aan verdere professionalisering van ervaringsdeskundigen als beroepsgroep. Zij zullen immers in de huidige context alleen erkenning en bijbehorende inhoudelijke en financiële waardering krijgen als zij als volwaardige professionals – volgens de klassieke opvatting daarover – worden beschouwd. De huidige praktijk wijst uit dat deze route veel steun geniet, bij ervaringsdeskundigen zelf en bij andere betrokkenen in publieke dienstverlening die ervaringskennis een grote waarde toekennen. Er zijn steeds meer formeel erkende opleidingen op MBO- en HBO-niveau voor ervaringsdeskundigen. Er is een beroepsvereniging, de Vakvereniging voor Ervaringsdeskundigen, die een landelijk beroepscompetentieprofiel heeft ontwikkeld en ervoor heeft gezorgd dat er een beroepsregister voor ervaringsdeskundigen is. De eerste voorzichtige effecten blijven niet uit: stap voor stap wordt maatschappelijke erkenning bereikt. Een uiting daarvan is dat zorgverzekeraars sinds kort de professionele inzet van ervaringsdeskundigen financieren (binnen de geldende dbc-financieringssystematiek), mits zij op HBO-niveau zijn opgeleid. Inschrijving in het beroepsregister zal vertrouwen in de professionaliteit van ervaringsdeskundigen en hun kansen op een volwaardige positie op de arbeidsmarkt kunnen vergroten.

Een tweede argument is dat het voordelen heeft om ervaringsdeskundigen onderdeel te laten zijn van een professioneel team. Zij kunnen dan direct en intensief contact hebben met cliënten en hen goed leren kennen. Zo kan snel een weg worden gevonden om cliënten vanuit ervaringskennis te ondersteunen in hun herstel. De praktijk in de onderzochte teams laat zien dat dit inderdaad zo

beleefd wordt, zowel door ervaringsdeskundigen zelf als door professionals en cliënten. Daarnaast biedt een positie in een professioneel team in principe de kans om de ervaringskennis in te brengen in de besluitvorming over cliënten, en het perspectief van cliënten beter mee te laten wegen. De ervaringsdeskundigen in de drie onderzochte teams doen dit ook, zij het in bescheiden mate.

Het volgen van deze route vraagt nadrukkelijk om aangepaste randvoorwaarden in de institutionele en organisatorische context van de GGz (en andere sectoren in zorg en welzijn). De huidige praktijk wijst namelijk óók uit, zo blijkt onder meer uit dit onderzoek, dat de huidige condities in georganiseerde dienstverlening de inbedding van professionele inzet van ervaringsdeskundigheid belemmeren. Wil deze weg succesvol zijn, dan zullen die condities passender moeten zijn dan nu het geval is. In een context met minder druk is er meer ruimte voor ervaringsdeskundigheid, zo werd zichtbaar in team Regio Oost. In dat team was sprake van meer evenwicht in verantwoordelijkheidsverdeling, een minder hoge caseload voor psychiaters, en er werd tijd gemaakt voor intervisie.

Waar liggen mogelijkheden op de drie onderscheiden handelingsniveaus om een context te creëren die meer ruimte biedt?

Op het niveau van het dagelijks handelen van professionals en het samenspel binnen professionele teams is het belangrijk dat professionals en ervaringsdeskundigen met elkaar het gesprek aangaan over de wederzijdse verwachtingen en opvattingen. Dat kan door intervisie en dialoogbijeenkomsten te organiseren over onderwerpen als: wat verstaan we onder ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, wat zien we als toegevoegde waarde? In een professionele context is het verbinden van kennissoorten als onderdeel van interprofessionele samenwerking essentieel voor een effectieve dienstverlening, en dat impliceert erkenning van elkaars expertise. Andere vragen betreffen de verwachtingen van de rol van de ervaringsdeskundige, en de opvattingen over bijbehorende verantwoordelijkheden. Expliciete uitwisseling over dit soort onderwerpen vindt nog weinig plaats, terwijl ze wél leven bij de ervaringsdeskundigen en de professionals, zo werd ook in de onderzochte teams zichtbaar. Teammanagers, professionals, en ervaringsdeskundigen zelf kunnen een dergelijke dialoog initiëren en organiseren.

Er moet echter wel tijd beschikbaar zijn voor dit soort uitwisseling. En die tijd ontbreekt vaak, zo bleek duidelijk bij twee van de onderzochte teams. Om hier verandering in te brengen is actie nodig op het niveau van het samenspel binnen de teams, en op het niveau van de organisatiecontext. Er kan op beide handelingsniveaus onderzocht worden welke regelgeving, werkafspraken en procedures mogelijk onnodig zijn, of onnodig veel tijd kosten. Dat vraagt

om een kritisch tegen het licht houden – in samenspraak – van ingesleten en vanzelfsprekende werkwijzen, zodat overbodige bureaucratie die de organisatie of het team zelf creëert verminderd kan worden.

Naast het voeren van dialoog is het belangrijk om te werken aan een cultuur waarin fouten mogen worden gemaakt. Tolerantie voor verkeerd uitgepakte besluiten, en gaan staan voor een team dat lastige besluiten moet nemen waarbij weleens iets misgaat, vermindert de druk voor de professionals. Hoe lastig ook in de huidige context van prestatie en verantwoording: dit vraagt actie op team- en organisatieniveau. Teammanagers en het hoger management kunnen vanuit hun posities bijdragen aan een dergelijke cultuur. Uitvoerend professionals én ervaringsdeskundigen kunnen hier eveneens aan bijdragen. Als er binnen een professioneel team onderlinge steun, wederzijdse erkenning en tolerantie voor fouten is, kan ruimte ontstaan om risico's te nemen, of op zijn minst bespreekbaar te maken en explicieter af te wegen.

Tot slot zijn veranderde condities nodig op het niveau van de bredere institutionele context. Inhoudelijk kunnen beroepsgroepen, vertegenwoordigd door hun beroepsverenigingen, werken aan kwaliteitskaders en richtlijnen waarin niet alleen harde, meetbare criteria de basis vormen. Zorgverzekeraars kunnen dit stimuleren. Zij kunnen bijvoorbeeld nieuwe financieringsstructuren ontwikkelen, waarin de nadruk minder ligt op kwantitatieve productie, en waarin de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid op een 'vrijere' manier van een financiële basis wordt voorzien.

Voor de bestaande opleidingen en trainingen voor ervaringsdeskundigen betekent deze route een intensivering van de aandacht die er nu al is voor de context van georganiseerde professionele dienstverlening waarin op te leiden ervaringsdeskundigen werkzaam zullen zijn. Het is een onmisbaar onderdeel van het opleiden van beroepsmatig werkende ervaringsdeskundigen om bewustzijn te creëren over processen en patronen in professionele contexten, en handvatten meegeven om hierin te acteren.

In opleidingen voor professionals in de GGz, veelal opleidingen op HBO- en WO-niveau, verdient het aanbeveling om expliciet aandacht te besteden aan de waarde van ervaringskennis als kennisbron naast professionele en wetenschappelijke kennis. In verschillende HBO-opleidingen, zoals Social Work, gebeurt dit al in enige mate, bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen gastlessen te laten geven of ervaringsdeskundige docenten in te zetten. In het Landelijk Opleidingsplan voor Psychiaters (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2020) wordt als competentie het werken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met andere professionals genoemd, waarbij ervaringsdeskundigen expliciet en in één adem met andere beroepsgroepen worden genoemd. Professionals in opleiding komen langs deze

weg in aanraking met ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Er is echter meer nodig: uiteindelijk gaat het erom dat toekomstige professionals in staat zijn om een diversiteit aan kennisbronnen met elkaar te verbinden. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door studenten al tijdens de opleiding, tijdens stages en praktijkopdrachten, samen te laten werken met ervaringsdeskundigen.

De weg naar verdere professionalisering (vanuit de klassieke opvatting hierover) van ervaringsdeskundigen is al intensief ingezet en kent een sterke groep van pleitbezorgers. Binnen dienstverlenende organisaties en professionele teams groeit de inzet van betaalde ervaringsdeskundigen. In die zin is er een gerede kans dat deze route zich verder ontvouwt. De vraag is wel hoe realistisch en haalbaar deze route is als het gaat om het creëren van passender institutionele condities. Pleidooien hiervoor zijn er wel (zie bijvoorbeeld Van Spronsen & Van Os, 2021, pp. 148-149) en het bevorderen van ervaringsdeskundigheid en herstelgerichte zorg wordt institutioneel inmiddels wel meer gedragen, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars (zie Van Steenberghe & Van der Geijs, 2021). Ook het recente FWG Trendrapport GGZ 2023 (Bootsma et al., 2023) signaleert dit. De ontwikkeling verloopt echter traag en met bescheiden resultaat. Een valkuil is dat niet de institutionele context zich aanpast om ruimte te maken voor ervaringsdeskundigheid, maar dat inzet van ervaringsdeskundigheid alleen lukt als dit past binnen de bestaande kaders. Blijven inzetten op maatschappelijke erkenning van ervaringsdeskundigen als professionele beroepsgroep en inbedding van hun rol in georganiseerde dienstverlening, gekoppeld aan inspanningen om de institutionele context te veranderen, is een lange weg die veel energie kost en een twijfelachtige kans van slagen heeft. Bovendien houdt deze route vast aan klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit, die weinig ruimte bieden om in te spelen op de eisen die de actuele, complexe maatschappelijke vraagstukken vandaag de dag aan professionals stellen.

Route 2: Nadruk op vrijwillige inzet

Kijkend naar de moeizame inbedding van ervaringsdeskundigheid in de huidige institutionele context, langs de weg van professionalisering, is ook de tegenovergestelde conclusie mogelijk: het is beter die route niet na te streven. Een alternatief is om juist in te zetten op versterking van de vrijwillige inzet van mensen met ervaringskennis. Ervaringsdeskundigheid is waardevol en kan bijdragen aan een betere zorg, die meer recht doet aan wat cliënten zelf belangrijk vinden. De huidige weg van steeds verdergaande professionalisering kent echter te veel valkuilen; reden om de eerste route niet te volgen.

Eén van de valkuilen van professionalisering zoals die nu wordt vormgegeven is dat ervaringsdeskundigen onbedoeld tóch 'gewone' zorgprofessionals worden. Professionals waaraan eisen worden gesteld: opleidingseisen, prestatie-eisen, verantwoordingseisen. De eerste stappen in deze richting zijn al gezet. Er is een beroepscompetentieprofiel en een beroepsregister voor ervaringsdeskundigen waar opleidingseisen aan zijn gekoppeld. In het verlengde daarvan wordt betaalde inzet van ervaringsdeskundigen in organisaties door zorgverzekeraars - en in toenemende mate ook gemeenten - alleen vergoed voor degenen die een opleiding op HBO-niveau hebben afgerond. Ervaringsdeskundigen kunnen als professional geconfronteerd worden met dezelfde worstelingen als hun niet-ervaringsdeskundige collega's, voortvloeiend uit de geldende prestatie- en verantwoordingseisen, zoals productietargets en registratieverplichtingen. Met als gevolg dat ze - net als 'reguliere' professionals - te weinig tijd hebben om voldoende aandacht aan cliënten te geven, en onder alle druk keuzes moeten maken die gericht zijn op beheersing en risicomijding. In het Beroepscompetentieprofiel voor ervaringsdeskundigen is het creëren van en beschikken over 'vrije ruimte' een kernwaarde. Professionalisering zoals beschreven in de eerste route heeft als potentiële valkuil dat die waarde ondermijnd wordt.

Verder kunnen ervaringsdeskundigen als 'professionals onder de professionals' moeilijk de 'criticaster' van het team zijn. De waarnemingen in het FACT-team Regio Oost laten hier iets van zien. Ervaringsdeskundige Arja is net als de professionals in het team gebonden aan een productietarget en kan daardoor naar eigen zeggen haar rol als kritische spiegel voor het team onvoldoende waarmaken. Dit is namelijk een activiteit die niet als 'productie' geldt. Zij heeft daardoor geen tijd om dit aspect van haar rol als ervaringsdeskundige in te vullen.

Kortom, met verdergaande professionalisering kan de 'vrije ruimte' voor ervaringsdeskundigen verdwijnen, waarmee ook een deel van hun eigenheid verloren gaat. De verschillen tussen de ervaringsdeskundigen in de drie onderzochte teams zijn een voorzichtige indicatie voor deze valkuil.

Het is goed mogelijk om ervaringskennis te benutten zonder professionalisering van ervaringsdeskundigen. Vrijwillige inzet van ervaringsdeskundigheid vindt nu al op veel manieren plaats. Zelfhulpgroepen, zelfregiecentra en andere vormen van lotgenotencontact op vrijwillige basis laten zien dat mensen die te maken hebben met psychische (of andersoortige) ontwrichting onderling steun kunnen vinden bij lotgenoten ten bate van hun herstel. Mensen met ervaring leveren bijdragen aan het initiëren van onderzoek en beleid door vrijwillige deelname aan cliëntenpanels, klankbordgroepen en inspraakorganen.

De kunst voor organisaties, teams en professionals zal in deze tweede route zijn om het benutten van ervaringskennis langs deze weg te stimuleren, zodat het een meer vanzelfsprekend onderdeel wordt van dagelijkse professionele praktijken.

Deze route vraagt van professionals dat zij open staan voor en actief contact leggen met een diversiteit aan initiatieven en cliëntorganisaties, om het cliëntperspectief in hun eigen werk te betrekken. Het betekent dat de inbreng van ervaringsdeskundigen meeweegt in hun handelen en besluitvorming. Dit past bij een opvatting over professionaliteit die ervanuit gaat dat 'professional zijn' onder meer betekent: in staat zijn om verschillende kennisbronnen en kennissoorten met elkaar te verbinden (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017), en professionele en organisatorische grenzen te overbruggen. Dit onderzoek heeft op verschillende manieren zichtbaar gemaakt dat professionals hiertoe in staat zijn, het is zelfs een inherent onderdeel van hun professionele praktijken.

Het verdient aanbeveling om deze competentie tot 'boundary crossing' als onderdeel van professionaliteit explicieter op te nemen in de opleidingen tot professionals. Net als in de aanbevelingen voor opleidingen voor de eerste route gaat het dan om het overbruggen van grenzen tussen kennissoorten. In deze tweede route zou daarbij nog een extra accent kunnen liggen op het aangaan van verbindingen met cliëntenorganisaties en -vertegenwoordigers, door in de praktijk (stages, afstudeeropdrachten) met deze actoren te leren samenwerken.

Om dit te realiseren is het verder nodig dat (GGz-)organisaties en professionele teams op structurele basis verbindingen aangaan met initiatieven waar ervaringsdeskundigen hun ervaringskennis in kunnen brengen. Nu vindt samenwerking tussen dergelijke initiatieven en professionele dienstverlening veelal incidenteel plaats, en vanuit individuele teams of professionals, bijvoorbeeld door cliënten ermee in contact te brengen. Denk aan samenwerking tussen GGz-instellingen en herstelacademies, of aan deelname van ervaringsdeskundigen in panels die onderzoeksaanvragen beoordelen. Door ervaringsdeskundigen in dit soort initiatieven en vormen van vrijwillige inzet als volwaardige samenwerkingspartner van organisaties en teams te zien, kan nagedacht worden over manieren om de daar aanwezige ervaringskennis breder en structureler te benutten. Dat kan het versterken van bestaande vormen zijn (denk aan cliëntenpanels, of ervaringsdeskundigen uitnodigen bij deskundigheidsbevordering), maar ook het organiseren van nieuwe samenwerkingsvormen. Individuele professionals beschikken dan in hun dagelijkse werk over meer vanzelfsprekende wegen om ervaringskennis te benutten.

Voor ervaringsdeskundigen (en hun organisaties, initiatieven en opleidingen) betekent dit dat zij meer tijd en energie overhouden om zich te richten op hun essentie: het ontwikkelen en toegankelijk maken van ervaringskennis. Er hoeft geen 'strijd' meer te worden gevoerd voor erkenning langs de huidige klassieke

lijn van professionalisering. Die energie kan besteed worden aan versterking van de eigen initiatieven en het verbinden daarvan met professionele organisaties en instituties zonder de eigenheid te verliezen. Versterking van vrijwillige inzet betekent dan erkenning op grond van eigenheid en op eigen voorwaarden, in plaats van aanpassing aan de eisen en voorwaarden die in de huidige professionele context gelden.

Een nadeel van deze route is dat het benutten van ervaringskennis (te) vrijblijvend is, doordat ervaringsdeskundigen niet op structurele basis participeren in professionele praktijken. Ervaringskennis wordt dan niet als essentieel voor een goede dienstverlening beschouwd, wordt niet gezien als *organisatie*kapitaal, om met 'S Jongers (2023) te spreken. Evenmin zal het benutten van ervaringskennis op deze manier bijdragen aan organisatorische en institutionele veranderingen die meer ruimte bieden aan professionals, zodat weinig zal veranderen aan de prestatie- en verantwoordingsdruk. En dat belemmert dan mogelijk toch het verbinden van de professionele praktijken met ervaringsdeskundige initiatieven.

Een mogelijke valkuil in deze route is tot slot dat ervaringsdeskundigen geplaatst worden in een beperkte rol als klankbord, of als 'excuus-truus'. Het benutten van ervaringsdeskundigheid stijgt dan niet uit boven een manier om te toetsen of de dienstverlening vanuit het perspectief van cliënten voldoet, of verwordt tot iets wat 'voor de vorm' en daarmee te oppervlakkig wordt gedaan.

Gezien de ontwikkeling die de professionalisering van ervaringsdeskundigen momenteel doormaakt, lijkt deze route minder realistisch, al is er parallel aan de professionaliseringsbeweging een tegenbeweging op gang gekomen.

Route 3: Op maat organiseren van ervaringsdeskundige inzet

Een derde route is om niet eenzijdig te streven naar het opnemen van beroepsmatig werkende ervaringsdeskundigen in zoveel mogelijk professionele praktijken, maar om te zoeken naar differentiatie in de manieren waarop de inzet van ervaringsdeskundigheid georganiseerd wordt. Het onderzoek illustreert hoe in de huidige context van de GGz professionals sterk onder druk staan, en er weinig ruimte is voor inbedding van ervaringsdeskundigheid, althans, op de manier die wordt nagestreefd: het opnemen van professionele ervaringsdeskundigen als lid van (behandel)teams. Het is zinvoller niet te koersen op één organisatievorm, maar om afhankelijk van context en situatie te onderzoeken wat passende alternatieven – op beroepsmatige én vrijwillige basis – kunnen zijn.

Een voorbeeld waarmee in een enkele GGz-instelling is geëxperimenteerd, is het creëren van een interne pool van professionele, betaalde ervaringsdeskundigen,

die ingezet kunnen worden in verschillende teams. Voordeel is dat inzet van ervaringsdeskundigheid dan explicitering vraagt van verwachtingen en intenties – contact versterken met een cliënt, coaching van het team, meedenken over vervolgstappen in een behandeling, inbreng leveren bij deskundigheidsbevordering – wat rolonduidelijkheid kan verminderen. Ervaringsdeskundigen functioneren op deze manier als experts met ervaringskennis, die ingeschakeld kunnen worden bij een diversiteit aan vraagstukken binnen zorg aan cliënten. Doordat zij geen onderdeel zijn van behandelteams houden ze ‘vrije ruimte’ en hoeven ze niet te voldoen aan productietargets en verantwoordingseisen. Van een onevenwichtige verantwoordelijkheidsverdeling tussen ervaringsdeskundigen en professionals binnen teams is dan evenmin meer sprake.

Een andere vorm is om meer gebruik te maken van ervaringskennis waarover ‘reguliere’ professionals beschikken. Een niet onaanzienlijk deel van de professionals in zorg en welzijn heeft zelf ervaring met de problematiek van de cliënten waarmee zij werken. Verschillende bestaande initiatieven zijn erop gericht deze bron van ervaringskennis aan te boren (zie o.a. Karbouniaris, 2023). Bekend is de opleiding Social Work met Ervaringsdeskundigheid aan de Hogeschool Windesheim. Anderen bepleiten ‘zelfonthulling’ door professionals en werken hier actief mee in hun eigen werk als zorgprofessionals. Voordeel hiervan is dat ervaringskennis dan geheel verweven is in de uitvoering van zorg en dienstverlening, en niet apart georganiseerd hoeft te worden. Een voorwaarde is dat werving- en selectiebeleid hierop ingericht is, bijvoorbeeld door te streven naar een bepaald aandeel hulpverleners met ervaringskennis of (door opleiding verkregen) ervaringsdeskundigheid. Het aanstellen van mensen met ervaringskennis kan uitgebreid worden naar andere functies in georganiseerde dienstverlening, zodat deze kennissoort in alle organisatiedomeinen en op de drie handelingsniveaus benut kan worden. Denk aan een ervaringsdeskundige bestuursadviseur, manager of kwaliteitsmedewerker.

Een derde vorm van ‘ervaringsdeskundigheid op maat’ is om vrijwillige én beroepsmatige inzet te combineren. Een voorbeeld in dit onderzoek is SPV-er Ida in team Stad Zuid, die afhankelijk van de specifieke cliënt en de situatie een beroep doet op andere cliënten of ex-clieënten uit haar netwerk om op vrijwillige basis in gesprek te gaan met een cliënt die een moeilijke periode doormaakt. Ook schakelde zij twee ervaringsdeskundigen in tijdens een bijeenkomst voor deskundigheidsbevordering van het team over verslaving. In andere situaties vraagt zij haar ervaringsdeskundige collega Agnes om mee te gaan naar een cliënt. Met andere woorden, zij organiseert het aanboren van ervaringskennis op maat, afwisselend op vrijwillige of beroepsmatige basis.

Van teams en professionals vraagt deze route een bewustere oriëntatie op organiserende aspecten van hun werk. De praktijk laat zien dat professionals in staat zijn tot het verbinden van verschillende soorten professionele kennis (*epistemic fluency*), samenwerking over grenzen heen, en het verweven van institutionele logica's in het dagelijkse werk (verbindende professionaliteit). Dat biedt perspectief: professionals kunnen dit tevens inzetten voor het inbedden van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, en het zoeken naar ruimte en passende vormen hiervoor. Bewustwording en explicitering hiervan, onder meer door dialoog en reflectie, is daarvoor onmisbaar. Tevens ligt hier een opdracht voor opleidingen voor professionals: meer aandacht voor de competenties zoals die hierboven zijn benoemd voor de eerste en de tweede handelingsroute zal in het realiseren van deze derde route eveneens wenselijk zijn.

Organisaties voor professionele dienstverlening zullen vindingrijk moeten zijn om dit te realiseren, en ruimte moeten geven aan experimenteren, leren en gezamenlijk ontwikkelen. Teammanagers en het hoger management kunnen daar een stimulerende rol in nemen. Het vraagt om het loslaten van gangbare opvattingen over kennis en professionaliteit (of op zijn minst over het verbreden ervan), en van vastliggende structuren en verhoudingen.

Van ervaringsdeskundigen en hun organisaties vraagt deze route om te erkennen dat er meerdere manieren zijn om ervaringskennis in te brengen, in plaats van strijd te voeren over keuzes voor één specifieke vorm of richting, zoals nu regelmatig het geval is. Ruimte geven aan differentiatie en diversiteit in organisatievormen en rollen biedt meer mogelijkheden om ervaringskennis te benutten.

De keuze voor deze route laat onverlet dat het veranderen van organisatorische en institutionele condities, langs de lijnen zoals geschetst voor de eerste route, kan bijdragen aan een sterkere inbedding van ervaringsdeskundigheid in professionele praktijken. Noodzaak en urgentie daarvan zijn echter minder groot, en hierin kan een realistischer weg worden gezocht van kleine stappen en geleidelijke verandering.

Net als in de vorige route is hier een mogelijk nadeel dat inzet van ervaringsdeskundigheid te vrijblijvend of te instrumenteel blijft. Een illustratie van dit laatste is het feit dat de inzet van ervaringsdeskundigheid soms wordt genoemd als één van de oplossingen voor het groeiend personeelstekort in de zorg. Wanneer ervaringsdeskundigen geen onderdeel uitmaken van teams, is er minder zekerheid dat ervaringskennis wordt benut. Dit geldt in elk geval voor het eerste en derde voorbeeld van alternatieve organisatievormen zoals hierboven geschetst. Een belangrijk verschil met de tweede route is echter dat ervaringsdeskundigen,

afhankelijk van gekozen organisatievormen, in veel gevallen wél onderdeel van de organisatie zullen zijn en als betaalde beroepskrachten functioneren.

Het volgen van deze derde route betekent dat ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis een structureel en flexibel ingericht onderdeel van professionele, georganiseerde dienstverlening worden. Er is een veelvoud aan vormen waarop binnen deze georganiseerde context gebruik kan worden gemaakt van dit 'organisatiekapitaal'. Het biedt meer flexibiliteit dan de eerste route, en richt zich meer dan de tweede route op het *inbedden* van ervaringsdeskundigheid in professionele praktijken.

8.5. Slotbeschouwing

Met deze drie routes heb ik een aantal handelingsperspectieven gepresenteerd, die richting kunnen bieden aan het vertalen van de bevindingen in dit proefschrift naar de praktijk. De routes beogen verschillende opties te laten zien én de bijbehorende voorwaarden, kansen en valkuilen.

Het belang van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid in zorg en dienstverlening staat inmiddels nog maar weinig ter discussie. Duidelijk is dat het benutten ervan in professionele praktijken niet vanzelf gaat. "*Het zit gewoon niet goed in mijn systeem*", verzuchtte één van de geïnterviewden in dit proefschrift, en een professional in een ander team zei hetzelfde over zijn team. In die uitspraken weerspiegelt zich voor mij de gelaagdheid die ik in dit onderzoek tegenkwam: ervaringsdeskundigheid zit niet 'in het systeem' van de individuele professionals, maar evenmin in de werkwijze en patronen van de professionele teams en in de bredere organisatorische en institutionele context waarin ze werken. In die zin worden de bevindingen kernachtig samengevat in dit ene zinnetje.

Welke route ook wordt gevolgd om de inbedding van ervaringsdeskundigheid te versterken, ze vragen alle drie om concrete inspanningen en veranderbereidheid bij alle betrokken partijen. Professionals en hun teams en organisaties kunnen veel bereiken door explicieter aandacht te geven aan de organisatorische voorwaarden voor het inbedden van ervaringsdeskundigheid. Het organiseren van ruimte en tijd voor dialoog en reflectie, en het structureel en gericht aangaan van verbindingen met (organisaties van) ervaringsdeskundigen dragen daaraan bij. Beleidsinstanties, financiers en andere spelers in de bredere institutionele context kunnen binnen hun invloedssfeer meer ruimte bieden voor ervaringsdeskundigheid door belemmerende condities, zoals de huidige financieringsconstructies, aan te passen. En *last but not least* kunnen ervaringsdeskundigen zelf veel bereiken door bewuster aandacht te

geven aan benodigde organisatorische en institutionele condities, en ruimte te laten voor verschillen in opvattingen over beroepsmatige en vrijwillige inzet.

Voor alle betrokken actoren geldt bovendien dat bewustwording en explicitering van de eigen onderliggende opvattingen over kennis en professionaliteit bij zullen dragen aan gewenste versterking van ervaringsdeskundigheid. Als 'professionaliteit en deskundigheid wel de leidraad moeten zijn', zoals de teammanager aan het begin van het inleidende hoofdstuk stelt, dan is uitwisseling en dialoog over die begrippen nodig om de doorwerking ervan in de praktijk te begrijpen en vandaaruit te kunnen veranderen.

Een betere inbedding van ervaringsdeskundigheid in professionele praktijken vraagt om reflectie en dialoog, weldoordachte afwegingen en keuzes, samenspel van alle betrokkenen, en om verbreding van het 'hulpverleningsperspectief' naar een 'dienstverleningsperspectief'. Alleen dan kan het benutten van ervaringskennis werkelijk ingebed worden in professionele praktijken in zorg en dienstverlening, op het niveau van de individuele professionals, in professionele teams én in de institutionele context. Versterken van ervaringsdeskundigheid betekent: samen organiseren van ervaringsdeskundigheid.

Referenties

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Achterberg, P. (2018). Het gevecht om de waarheid. *Sociologie Magazine*, 26(2), 12-14.
- Ackroyd, S. (1996). Organization contra organizations: professions and organizational change in the United Kingdom. *Organization Studies*, 17, 599-621.
- Adler P.S., Kwon S. W., & Heckscher, C. (2008). Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*, 19, 359-376.
- Agrawal, S., Capponi, P., López, J., Kidd, S., Ringsted, C., Wiljer, D., & Soklaridis, S. (2016). From surviving to advising: A novel course pairing mental health and addictions service users as advisors to senior psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 40(3), 475-480. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0533-z>
- Alberta, A. J., Ploski, R. R., & Carlson, S. L. (2012). Addressing challenges to providing peer-based recovery support. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 39(4), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9286-y>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*, 41(2). <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 767-774. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9970-5>
- Baillergeau, E., & Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk and Society*, 18(7-8), 407-426. <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1269878>
- Baklien, H., & Bongaardt, R. (2014). The quest for choice and the need for relational care in mental health work. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 625-632.
- Barnett, R. (1997). *Higher education: A critical business*. SRHE/Open University Press.
- Bellemakers, C. (2007). (Nieuwe) professionals in de zorg welkom, als bondgenoot in empowerment - discussiebijdrage. *Sociale Interventie*, 16(3), 13-14.
- Beresford, P. (2020). 'Mad': Mad studies and advancing inclusive resistance. *Disability & Society*, 35(8), 1337-1342. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1692168>
- Boertien, D., & Van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Trimbos Instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Boertien, D., Van Bakel, M., & Van Weeghel, J. (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland: Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67(5), 276-283.
- Boevink, W. (2017). *HEE!. Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. [Proefschrift] Trimbos Instituut.
- Bootsma, J., Van de Glind, I., & Van der Ven, G. (2023). *Op het tweede gezicht: Een blik op ontwikkelingen in de ggz*. FWG Trendrapport GGz. Stichting FWG.

- Boumans, J., Kroon, H., & Van der Hoek, B. (2023). *GGz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Trimbos Instituut.
- Bovens, M., & Schillemans, T. (Eds.) (2009). *Handboek publieke verantwoording*. Uitgeverij Lemma.
- Branden, T., & Honingh, M. (2013). Professionals and shifts in governance. *International Journal of Public Administration*, 36(12), 876-883. <https://doi.org/10.1080/01900692.2013.798809>
- Brès, L., Mosonyi, S., Gond, J. P., Muzio, D., Mitra, R., Werr, A., & Wickert, C. (2019). Rethinking professionalization: A generative dialogue on CSR practitioners. *Journal of Professions and Organization*, 6, 246-264.
- Brint, S. G. (1994). *In an age of experts: The changing role of professionals in politics and public life*. Princeton University Press.
- Brock, D. M., & Saks, M. (2016). Professions and organizations: A European perspective. *European Management Journal*, 34, 1-6.
- Brown, N., & Bhugra, D. (2007). 'New' professionalism or professionalism derailed? *Psychiatric Bulletin*, 31, 281-283. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.016543>
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L., & Savageau, J. (2014). Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 104-112. <https://doi.org/10.1111/hsc.12072>
- Canon Cliëntenbeweging GGz (2017, 27 februari). *Ervaringsdeskundige, een nieuw beroep in de GGz*. Geraadpleegd op 14 augustus 2023, van <https://www.canonsociaalwerk.eu/nl>.
- Cerroni, A. (2018). Steps towards a theory of the knowledge-society. *Social Science Information*, 57(2), 322-343.
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 223-230. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.767225>
- Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J.-L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201-228. <https://doi.org/10.1177/1742715012468781>
- Crane, D. A., Lepicki, T., & Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282-288. <https://doi.org/10.1037/prj0000186>
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2008). Accounting for the "dark side" of new organizational forms: The case of healthcare professionals. *Human Relations*, 61(4), 539-564. <https://doi.org/10.1177/0018726708091018>
- David, P. A. & Foray, D. (2003). Economic fundamentals of the knowledge society. *Policy Futures in Education*, (1)1, 20-49.
- De Gruyter, M., Meulenkamp, T., Lammertink, Y., Van Hal, L., & Stoutjesdijk, F. (2019). *Vragen en antwoorden over het inzetten van ervaringsdeskundigheid van mensen met een chronische ziekte of beperking*. Verwey Jonker Instituut.
- De Haan, E. (2013). *De herstelspecial: De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. GGz Nederland.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGz! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis Uitgevers.
- Dent, M., Bourgeault, I., Denis, J.L., & Kuhlmann, E. (Eds.) (2016). *The Routledge companion to the professions and professionalism*. Routledge.

- Derksen, J. (2019, 10 september). GGz vraagt om echte specialisten. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 8 augustus 2023 van <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/ggz-vraagt-om-echte-specialisten~be28a813e/>
- De Vijlder, F., (2014). Leve de kennisbureaucratie! *Bestuurswetenschappen*, 68(3), 93-107.
- Dixon, L., Krauss, N., & Lehman, A. (1994). Consumers as service providers: The promise and challenge. *Community Mental Health Journal*, 30(6), 615-625.
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.
- Engels, J. & Platenkamp, C. (2009). Ervaringsdeskundige als eye-opener: Belang van inzet van ervaringsdeskundigen bij diverse vormen van onderwijs. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 33, 3-6.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415. <https://doi.org/10.1177/0268580903018002005>
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406-422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>
- Farrell, C. M., & Morris, J. (1999). Markets, bureaucracy and public management: Professional perceptions of bureaucratic change in the public sector: GPs, headteachers and social workers. *Public Money and Management*, 19(4), 31-36.
- Faulconbridge, J., & Muzio, D. (2008). Organizational professionalism in globalizing law firms. *Work, Employment and Society*, 22(1), 7-25. <https://doi.org/10.1177/0950017007087413>
- Faulkner, A. (2017). Survivor research and Mad Studies: The role and value of experiential knowledge in mental health research. *Disability and Society*, 32(4), 500-520. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1302320>
- Felder, M., Van de Bovenkamp, H. M., Maaijen, M. H., & De Bont, A. A. (2018). Together alone: organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of Dutch healthcare governance. *Journal of Professions and Organization*, 5, 88-105.
- Felder, M., Wallenburg, I., Kuijper, S., & Bal, R. (2021). Etnografisch onderzoek. *TVZ*, 3, 56-57.
- Fenwick, T. (2012). Co-production in professional practice: A sociomaterial analysis. *Professions and Professionalism*, 2(2), 1-16. <https://doi.org/10.7577/pp/v2i1.323>
- Ferguson, P. M. & Nusbaum, E. (2012). Disability Studies: What is it and what difference does it make? *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 37(2), 70-80.
- Fiordelli, M., Schulz, P. J., & Caiata Zufferey, M. (2014). Dissonant role perception and paradoxical adjustments: An exploratory study on Medical Residents' collaboration with Senior Doctors and Head Nurses. *Advances in Health Sciences Education*, 19(3), 311-327. <https://doi.org/10.1007/s10459-013-9471-7>
- Fisk, D., Rowe, M., Brooks, R., & Gildersleeve, D. (2000). Integrating consumer staff members into a homeless outreach project: Critical issues and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3).
- Fox, J. (2016). Being a service user and a social work academic: Balancing expert identities. *Social Work Education*, 35(8), 960-969. <https://doi.org/10.1080/02615479.2016.1227315>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Polity Press.
- Gabbay, J., & Le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *Bmj*, 329, 1-5.

- Gains, F. (2011). Elite ethnographies: potential, pitfalls and prospects for getting 'up close and personal'. *Public Administration*, 89(1), 156-166.
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 293-306. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Geuijen, K. (2011). Samenwerken in publieke netwerken. In M. Noordegraaf, K. Geuijen, & A. Meijer, (Reds.), *Handboek Publiek Management* (pp. 97-114). Boom Lemma.
- GGZ Nederland, Trimbos Instituut, HEE & Kenniscentrum Phrenos (2013). *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid*.
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M. & Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: Comparative case study research across a range of organisational contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 682-694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Gleeson, D., & Knights, D. (2006). Challenging dualism: Public professionalism in 'troubled' times. *Sociology*, 40(2), 277-295.
- Goldfield, N. (2017). Dramatic changes in health care professions in the past 40 years. *Journal of Ambulatory Care Management*, 40(3), 169-175. <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000201>
- Goodyear, P. & Zenios, M. (2007). Discussion, collaborative knowledge work and epistemic fluency. *British Journal of Educational Studies*, 55(4), 351-368, <https://doi.org/10.1111/j.1467-527.2007.00383.x>
- Grundmann, R. (2017). The problem of expertise in knowledge societies. *Minerva*, 55, 25-48. <https://doi.org/10.1007/s11024-016-9308-7>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188-196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hammersley, M., Atkinson, P. (2007) (3d ed.), *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- HAN (z.d.a). *Leergemeenschap Ervaringskennis*. Geraadpleegd op 7 september 2023 op <https://www.han.nl/over-de-han/onze-focus/fair-health/leergemeenschap-ervaringsdeskundigheid/#>
- HAN (z.d.b). *Associate Degree Ervaringsdeskundigheid in Zorg en Welzijn deeltijd*. Geraadpleegd op 7 september 2023 op <https://www.han.nl/opleidingen/associate-degree/ervaringsdeskundigheid-in-zorg-en-welzijn/deeltijd/>
- Harrison, N., & Lockett, K. (2019). Experts, knowledge and criticality in the age of 'alternative facts': Re-examining the contribution of higher education. *Teaching in Higher Education*, 24(3), 259-271. <https://doi.org/10.1080/13562517.2019.1578577>
- Hilgers, M. (2011). The three anthropological approaches to neoliberalism. *International Social Science Journal*, 61(202), 351-364.
- Hoijtink, M., Spierts, M., Van Pelt, M., Roose, R. & Verharen, L. (2021). Professionalisering. Waarom is het belangrijk voor sociaal werkers? *Vakblad Sociaal Werk*, 1, 8-12.
- Huber, M., Van Vliet, M. & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720.
- Huisman, K., Van Dijk, R. (2023). Ervaringsdeskundigheid. Nieuwe wijn in nieuwe zakken. *Participatie en Herstel*, 32(1), 25-32.

- Hupe, P., & Van der Krogt, T. (2013). Professionals dealing with pressures. In M. Noordegraaf, & B. Steijn, (Eds.), *Professionals under pressure: The reconfiguration of professional work in changing public services* (pp. 55-72). Amsterdam University Press
- Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., & Graham, I. (2016). A critical discussion of peer workers: Implications for the mental health nursing workforce. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 129-135. <https://doi.org/10.1111/jpm.12286>
- Jack, S. M., Dobbins, M., Sword, W., Novotna, G., Brooks, S., Lipman, E. L., & Niccols, A. (2011). Evidence-informed decision-making by professionals working in addiction agencies serving women: A descriptive qualitative study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 6(29), 1-13.
- Jansen, T. (z.d.). Stop de professionalisering van ervaringsdeskundigen. *Veerkrachtcentrale*. Geraadpleegd op 4 september 2023 van <https://veerkrachtcentrale.nl/stop-de-professionalisering-van-ervaringsdeskundigen/>
- Jansen, T. (2019a, mei). Het beroep ervaringsdeskundige heeft een nieuwe naam nodig. *Veerkrachtcentrale*. Geraadpleegd op 4 september 2023 van <https://veerkrachtcentrale.nl/het-beroep-ervaringsdeskundige-heeft-een-nieuwe-naam-nodig/>
- Jansen, T. (2019b, mei). 64% wil het beroep weer 'Ervaringswerker' noemen. *Veerkrachtcentrale*. Geraadpleegd op 4 september 2023 van <https://veerkrachtcentrale.nl/64-wil-het-beroep-weer-ervaringswerker-noemen/>
- Jansen, T., Van den Brink, G., & Kole, J. (Eds.) (2009). *Beroepstrots: Een ongekende kracht*. Uitgeverij Boom.
- Janssen, T., & Van Lier, L. (2014). *Een startdocument over ervaringsdeskundigheid in de jeugdhulp*. JSO.
- Järvinen, M., & Kessing, M. L. (2021). Self-casting and alter-casting: Healthcare professionals' boundary work in response to peer workers. *Current Sociology* 71(3), 414-431. <https://doi.org/10.1177/001139212111048532>
- Karbouniaris, S. (2023). *Let's tango! Integrating professionals' lived experience in the transformation of mental health services*. [PhD dissertation]. Leiden University Medical Center
- Karbouniaris, S., & Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ*. HU Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Kaslow, N. J., Graves, C. C., & Smith, C. O. (2012). Specialization in psychology and health care reform. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(1), 12-21. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9273-0011-9273-0>
- Keuzenkamp, S, & Van Hoorn, E. (2022). Wat doen ervaringsdeskundigen er eigenlijk toe? Een literatuurreview over de impact van ervaringsdeskundigen in één-op-één contacten. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 31(2), 4-22. <http://doi.org/10.18352/jsi.698>
- Kuijjer-Siebelink, W. & Scherpbier-De Haan, N. (2019). Interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg. In W. Kuijjer-Siebelink, S. Weijzen, & F. de Vijlder, (Eds.), *Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden in het sociaal en gezondheidsdomein* (pp. 8-16). HAN University of Applied Sciences.
- Kuijjer-Siebelink, W., Weijzen, S. & De Vijlder, F. (Eds.) (2019). *Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden in het sociaal en gezondheidsdomein*. HAN University of Applied Sciences.
- Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland (2020). *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. Zorginstituut Nederland.

- Leemeijer, A. M. (2017). *GGz-professionals en cliëntparticipatie: Zeggenschap van de cliënt: uitdaging voor de professional*. HAN Interfacultair Kenniscentrum Publieke Zaak.
- Leemeijer, A. M., & Trappenburg, M. J. (2016). Patient Centered Professionalism? Patient Participation in Dutch Mental Health Professional Framework. *Professions & Professionalism* 6(2), 1-19. <https://doi.org/10.7577/pp.1474>
- Leicht, K. T. & Fennell, M. L. (2008). Institutionalism and the professions. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & K. Sahlin (Eds.), *The Sage handbook of organizational institutionalism* (pp. 431-448). Sage Publications.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Instead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(39), 1-12.
- Markauskaite, L., Goodyear, P. (2017). *Epistemic fluency and professional education: Innovation, knowledgeable action and actionable knowledge*. Springer.
- Melis, K. & De Vijlder, F. (2014). *Tussen beeld en werkelijkheid: Schuivende beroepsbeelden van professionals in de jeugdzorg, gehandicaptenzorg en het maatschappelijk werk en van hbo-studenten in opleiding*. HAN Interfacultair Kenniscentrum Publieke Zaak, Nijmegen.
- Møller, A. M. (2019). *Organizing knowledge and decision-making in street-level professional practice: A practice-based study of Danish child protective services*. [PhD dissertation]. University of Copenhagen.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- Muzio, D., & Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations - a conceptual framework. *Current Sociology*, 59(4), 389-405. <https://doi.org/10.1177/0011392111402584>
- Newman, J. (2013). Professionals, power and the reform of public services. In M. Noordegraaf & B. Steijn (Eds.), *Professionals under Pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services* (pp. 41-54). Amsterdam University Press
- Nichols, T. (2017). How we killed expertise (and why we need it back). *Politico Magazine*. Geraadpleegd op 5 maart 2021 op <https://www.politico.com/magazine/story/2017/09/05/how-we-killed-expertise-215531/>
- Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Uitgeverij Coutinho, Bussum
- Noordegraaf, M. (2007). From "pure" to "hybrid" professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration and Society*, 39(6), 761-785. <https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187-206. <https://doi.org/10.1093/jpo/jov002>
- Noordegraaf, M. (2020). Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization*, 7(2), 205-223. <https://doi.org/10.1093/jpo/joaa011>
- Noordegraaf, M., & Steijn, B. (Eds.) (2013). *Professionals under Pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services*. Amsterdam University Press, Amsterdam

- Noordegraaf, M., & Van der Klauw, D. (2011). *Professional boundary work: Theorization of change and boundaries in multidisciplinary health care practices*. [Paperpresentatie]. Congres EGOS, Gothenburg.
- NZa (2019). *Dbc-beroepentabel dbc-pakket ggz 2019*. Geraadpleegd op 5 maart 2021 van <https://dbcregels.nza.nl/2019/documents/Dbc-beroepentabel%20dbc-pakket%20ggz%202019.pdf>
- Oborn, E., & Dawson, S. (2010). Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege. *Human Relations* 63(12), 1835–1857. <https://doi.org/10.1177/0018726710371237>
- Oosterhuis, H., & Gijswijt-Hofstra, M. (2008). *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Bohn Stafleu van Loghem.
- PAO (z.d.). *Opleiding ervaringsdeskundige inzet in leiderschap, advies en bestuur*. Geraadpleegd op 5 september 2023 van <https://pao.nl/opleiding-ervaringsdeskundige-inzet-in-leiderschap-advies-en-bestuur/>
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
- Plooy, A. (2009). Ervaringsdeskundigheid als vak: Expertise (ex)cliënten ggz steeds vaker ingezet in instellingen. *Sozio* 90, 20-25.
- Pols, J. (2012). *Care at a distance: On closeness of technology*. Amsterdam University Press.
- Poortinga, W., Spence, A., Whitmarsh, L., Capstick, S. & Pidgeon, N. F. (2011). Uncertain climate: An investigation into public scepticism about anthropogenic climate change. *Global Environmental Change*, 21(3), 1015-1024.
- Powell, A. E., & Davies, H. T. O. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science and Medicine*, 75(5), 807-814. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.049>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rhodes, R.A.W. (2014), 'Genre Blurring' and Public Administration: What Can We Learn from Ethnography? *Australian Journal of Public Administration*, 73(3), 317-330.
- Richardson, R., & Kramer, E. H. (2006). Abduction as the type of inference that characterizes the development of a grounded theory. *Qualitative Research*, 6(4), 497-513.
- Roosenschoon, B. J. & Nagy, E. (Eds.) (2001). *Ongebonden schilvoorzieningen: Cliëntgerichte alternatieven voor de GGz*. Uitgeverij SWP.
- Rutjens, B.T., Sengupta, N., Lee, R. van der, Koningsbruggen, G.M. van, Martens, J.P., André Rabelo, A., & Robbie M. Sutton (2022). Science Skepticism Across 24 Countries. *Social Psychological and Personality Science*, (13)1, 102-117.
- Saks, M. (2016). A review of theories of professions, organizations and society: The case for neo-Weberianism, neo-institutionalism and eclecticism. *Journal of Professions and Organization*, 3(2), 170-187. <https://doi.org/10.1093/jpo/jow005>
- Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld: Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen denken*. Uitgeverij De Arbeiderspers.

- Schillemans, T., Bovens, M., & Le Cointre, S. (2011). Publieke managers en publieke verantwoording. In M. Noordegraaf, K. Geuijen & A. Meijer (Reds.), *Handboek Publiek Management* (pp. 211-239), Boom Lemma.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schott, C., Van Kleef, D., & Noordegraaf, M. (2016). Confused Professionals? Capacities to cope with pressures on professional work. *Public Management Review*, 18(4), pp. 583-610. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1016094>
- Serra, H. (2013). Learning from Surgery: How Medical Knowledge is Constructed. *Professions & Professionalism*, 3(1), 1-18.
- 'S Jongers, T. (2023, 13 juni). *Beledigende broccoli* [Keynote]. Symposium Gezondheidsverschillen verkleinen... Hoe dan?, Nijmegen.
- Smit, P.H., Vries, J. de (2019, oktober). Is het wantrouwen van boeren over de stikstofmetingen terecht? *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 9 augustus 2023 van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/is-het-wantrouwen-van-boeren-over-stikstofmetingen-terrecht~bf16230e/>
- Spierts, M., Van Pelt, M., Van Rest, E., & Verweij, S. (2017). *Visie en vakbekwaamheid maken het verschil*. Movisie.
- Steins Bisschop, L., Decock, L., Meynen, G., & De Ridder, J. (2020). Een biologisch substraat voor psychische stoornissen: gouden toekomst of gouden bergen? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(5), 368-375.
- Susskind, R. & Susskind, D. (2015). *The future of the professions: How technology will transform the work of human experts*. Oxford University Press.
- Ten Dam, E. M. & Waardenburg, M. (2020). Logic fluidity: How frontline professionals use institutional logics in their day-to-day work. *Journal of Professions and Organization*, 7, 188-204. doi:10.1093/jpo/joaa012
- Ten Haaf, G. (2020). *Ervaringsdeskundigheid een stap verder: Signalement*. ZonMw.
- Tholen, G. (2017). The Changing Opportunities of Professionalization for Graduate Occupations. *Comparative Sociology*, 16(5), 613-633. <https://doi.org/10.1163/15691330-12341438>
- Tilburt, J. C. (2014) Addressing Dual Agency: Getting Specific About the Expectations of Professionalism. *The American Journal of Bioethics*, 14(9), 29-36. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.935878>
- Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Van Gennep.
- Tousijn, W. (2012). Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy. *Current Sociology*, 60(4), 522-537. <https://doi.org/10.1177/0011392112438335>
- Trappenburg, M.J. (2016). *Helpen als ambacht. Arbeidsdeling in de participatiemaatschappij*. Utrecht, Universiteit voor Humanistiek.
- Trappenburg, M., & Noordegraaf, M. (2018). Fighting the enemy within? Challenging minor principles of professionalism in care and welfare. *Professions and Professionalism*, 8(2), 1-16. <https://doi.org/10.7577/p2265>

- Trappenburg, M. & Van Beek, G. (2017). 'My profession is gone': how social workers experience de-professionalization in the Netherlands. *European Journal of Social Work*, 22(4), 1-14. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1399255>
- Van Bochove, M., Tonkens, E., Verplanke, L. & Roggeveen, S. (2018). Reconstructing the professional domain: Boundary work of professionals and volunteers in the context of social service reform. *Current Sociology*, 66(3), 392-411. <https://doi.org/10.1177/0011392116677300>
- Van Delden, P. (2011). Samenwerking in de frontlijn: Een nieuw ijkpunt voor professionalisme. *M&O Tijdschrift voor Management & Organisatie*, (6), 16-28.
- Van den Brink, G., Jansen, T., Soeparman, S., Van Hulst, M., & Van Gestel, N. (2010). *Professionaliteit, professionalisering en de reïntegratiesector: Een systematische review van inzichten*. Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Universiteit van Tilburg.
- Van der Berg, J. D., Roorda, J., & Westerman, M. J. (2010). Redenen om een dochter niet te vaccineren tegen humaan papillomavirus in Twente; vragenlijstonderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (154), A:1923.
- Van der Kooij, A. & Keuzenkamp, S. (2018). *Ervaringsdeskundigen in het sociaal domein: Wie zijn dat en wat doen ze?* Movisie.
- Van der Meulen, M., & Van der Meulen, J. (2021). *Nog onbekend maar hard nodig: familie-ervaringsdeskundige*. Movisie. Geraadpleegd op 7 september 2023 op <https://www.movisie.nl/artikel/nog-onbekend-maar-hard-nodig-familie-ervaringsdeskundigheid>
- Van der Veen, R. (2013). A managerial assault on professionalism?: Professionals in changing welfare states. In M. Noordegraaf & B. Steijn (Eds.), *Professionals under Pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services* (pp. 73-90), Amsterdam University Press.
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Van Dijk, J. (2022). Sociale media en het vertrouwen in medische expertise. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (166), D:7184.
- Van Dijkum, C., Henkelman, L. (2010), *Bewogen beweging. Verleden, heden en toekomst van de cliëntenbeweging in de GGZ*. Uitgeverij Tobi Vroegh.
- Van Erp, N., Rijkaart, A., Boertien, D., Bakel, van M., & Rooijen, van S. (2012). *Vernieuwende inzet van ervaringsdeskundigheid. Evaluatieonderzoek in 18 ggz-instellingen*. Trimbos Instituut/ Kenniscentrum Phrenos.
- Van Geffen, M., Brandsen, T., Lako, C. J., & Brand-De Wilde, O. M. (2020). Kwaliteitssystemen in de Nederlandse GGz hebben weinig impact op de praktijk van de zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(10), 888-895.
- Van Hoorn, E. (2016). Nieuwe kleren voor de GGz. *Tijdschrift voor Participatie en Herstel*, (2), 3-12.
- Van Hoorn, E. (2021, maart). Ich bin wie du? Ervaringswerkers zijn geen professionals, laten we daar helder over zijn. *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd op 7 augustus 2023 van <https://www.socialevraagstukken.nl/bin-ich-wie-du-ervaringswerkers-zijn-geen-professionals-laten-we-daar-helder-over-zijn/>
- Van Hoorn, E., Keuzenkamp, S., Meulen, M. van der (2020). *Ervaringswerk in het sociaal domein: Over pionieren en kwartier maken*. Movisie.
- Van Meijel, B. (Red.)(2016). *GGz-verpleegkunde in de praktijk*. De Tijdstroom.

- Van Meijl, T., Koster, M., Boeije, H., & Bolt, S. (2016). Etnografisch veldonderzoek. In P. Scheepers, H. Tobi, H. Boeije, (Reds.) (2016), *Onderzoeksmethoden*. Boom Uitgevers, Meppel
- Van Slooten, M., Sprinkhuizen, A., Weerman, A. (2023), Inzet van ervaringsdeskundigen in de ggz en aanpalende sectoren. *Participatie en Herstel*, 32(2), 5-18.
- Van Spronsen, M. & Van Os, J. (2021). *We zijn God niet: Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Uitgeverij Lannoo Campus.
- Van Steenberghe, K., & Van der Geijs, A. (2021, 17 mei). *Zorginkoopbeleid Menzis 2022*. [Powerpoint-presentatie] Perspectiefsessie MIND.
- Van Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D., Os, J. van (Reds.) (2008). *Handboek FACT: De Tijdstroom*.
- Van Veldhuizen, R. (2016). *Zakboek FACT: Zorg in de wijk voor mensen met ernstige psychiatrische problemen*. De Tijdstroom.
- Van Vugt, M. D., Kroon, H., Delespaul, P. A. E. G., & Mulder, C. L. (2012). Consumer-providers in assertive community treatment programs: Associations with client outcomes. *Psychiatric Services*, 63(5), 477-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201000549>
- Vermeiren, R., Timmermans, M. (2020). Tussen persoonlijke ervaringen en professionele eisen: Ervaringsdeskundige moet een beroep worden als elk ander. *De Psychiater*, 27(4), 16-18.
- Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 24(1), 106-109.
- Wall, S. (2015). Focused ethnography: A methodological adaptation for social research in emerging contexts. *Forum: Qualitative Social Research*, 16(1).
- Weerman, A. (2016). *Ervaringsdeskundige zorg- en dienstverleners. Stigma, verslaving & existentiële transformatie*. [Proefschrift]. Eburon.
- Weerman, A., & Abma, T. (2019). Social work students learning to use their experiential knowledge of recovery: An existential and emancipatory perspective. *Social Work Education*, 38(4), 453-469. <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1538335>
- Weerman, A., Van Slooten, M., & Sprinkhuizen, A. (2022). *Stand van zaken ervaringsdeskundigheid. Verslag van deelproject 1 van het project Ontwikkelen Kwaliteitssysteem Ervaringsdeskundigheid*. Lectoraat GGZ en Samenleving Hogeschool Windesheim
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Scriptum Management.
- Westen, K. H., Mulder, C. H., Kroon, H., Delespaul, P. (2020). De ggz in Oost-Lille: Inspiratie voor de praktijk van netwerkzorg in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(6), 465-471.
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, S., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(534), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- Wierda-Boer, H., Kuijjer-Siebelink, W., & Afram, B. (2019). Samenwerken in de 1^e lijn vraagt om interprofessionele verantwoordelijkheid. In W. Kuijjer-Siebelink, S. Weijzen & F. de Vijlder, *Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden* (pp. 39-50), HAN University of Applied Sciences.
- Wierda-Boer, H., Kuijjer-Siebelink, W., & De Vijlder, F. (2017). *Tussen beeld en werkelijkheid II*. HAN Kenniscentrum Publieke Zaak.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158. <https://doi.org/10.1086/223790>
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.

WRR (2002). *Van oude en nieuwe kennis. De gevolgen van ICT voor het kennisbeleid. Rapporten aan de Regering 61.*

WRR (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening.* Amsterdam University Press.

Wyer, P., Loughlin, M. (2020). Person centered healthcare and clinical research: the necessity of an evolutionary hierarchy of knowing and doing. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 8(2), 235-250.

Zuurmond, A. & De Jong, J. (2010). *De professionele professional: De andere kant van het debat over ruimte voor professionals.* Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Samenvatting

Achtergrond en onderzoeksvraag

In de afgelopen jaren heeft het benutten van de ervaringsdeskundigheid van (ex)-cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGz) een grote vlucht genomen in Nederland én internationaal. Mensen die zelf cliënt zijn of zijn geweest, benutten hun ervaringskennis en worden als ervaringsdeskundigen actief betrokken in de hulpverlening, steeds vaker als betaalde krachten. Vrijwel alle grote Nederlandse GGz-instellingen hebben inmiddels ervaringsdeskundigen in dienst als betaalde medewerkers binnen behandelteams. De verwachting is dat zij het cliëntperspectief versterken en cliënten ondersteunen bij hun herstel door aan te sluiten bij hun taal en beleving.

Deze ontwikkeling is echter niet onomstreden. Critici twijfelen aan de geldigheid van ervaringskennis, of stellen dat ervaringsdeskundigen te weinig competent, onvoldoende hersteld of te kwetsbaar zijn om als betaalde beroepskracht te worden ingezet. Professionals worstelen met de betekenis van ervaringskennis en de rol en verwachtingen van ervaringsdeskundigen. Juist in de context van georganiseerde, professionele dienstverlening is de inzet van ervaringsdeskundigheid niet vanzelfsprekend.

In dit proefschrift wordt vanuit een etnografische onderzoeksaanpak gedetailleerd opengelegd hoe in professionele GGz-praktijken omgegaan wordt met ervaringsdeskundigheid, en onder welke condities inbedding daarvan in georganiseerde dienstverlening plaatsvindt. De onderzoeksvraag, uitgewerkt en onderbouwd in **hoofdstuk 1**, luidt: *Hoe en onder welke condities wordt ervaringsdeskundigheid ingebed in georganiseerde professionele praktijken in de GGz?*

Een uitgebreide beschrijving van de achtergronden, stand van zaken en ontwikkelingen rond ervaringsdeskundigheid in de GGz is te vinden in **hoofdstuk 2**. Aan de orde komen allereerst de verschillende definities en discussies over het begrip ervaringsdeskundigheid. Vervolgens wordt ingegaan op de achtergronden en motieven om deze kennissoort te benutten in zorg en dienstverlening. Verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening, versterking van het cliëntperspectief, werken volgens de herstelbenadering, en principiële motieven (*'nothing about us without us'*) zijn de belangrijkste. De groeiende trend van (beroepsmatige) inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGz wordt geschetst en voorzien van feitelijke gegevens over de aard en omvang daarvan. Vandaag de dag hebben vrijwel alle (grote) GGz-instellingen ervaringsdeskundigen in dienst. Schattingen over de

aantallen variëren van ruim 900 in de GGz en aanpalende sectoren tot ruim 2000 in de hele brede sector van zorg en welzijn. Verder wordt ingegaan op de belangrijke ontwikkeling van professionalisering van het beroep ervaringsdeskundige. Er is een toenemend aantal opleidingen tot ervaringsdeskundige op verschillende niveaus, en de landelijke beroepsvereniging heeft gezorgd voor totstandkoming van (onder meer) een beroepscompetentieprofiel en een beroepsregister. Tot slot wordt de maatschappelijke verbreding naar andere sectoren in zorg en welzijn geschetst, en wordt een beeld gegeven van vernieuwende initiatieven in de organisatie van zorg en dienstverlening in de GGz die verbonden zijn met het inzetten van ervaringsdeskundigheid.

Theoretisch perspectief

In **hoofdstuk 3** wordt het theoretisch kader voor dit proefschrift gepresenteerd. Deze bestaat uit twee delen.

Het eerste deel bestaat uit een contextanalyse vanuit de bestuurs- en organisatiekundige literatuur, die leert dat in de moderne samenleving kennis steeds belangrijker is geworden. We leven in een kennissamenleving. De maatschappij en daarmee ook maatschappelijke vraagstukken zijn steeds complexer geworden en vragen in toenemende mate om kennis van verschillende aard, toegepast door steeds hoger opgeleide en meer gespecialiseerde professionals. Tegelijkertijd is kennis voor iedereen toegankelijker geworden dankzij technologische ontwikkelingen en democratisering. Een gevolg is dat kennis steeds is meer betwist: vertrouwen in wetenschappelijke en professionele kennis is niet meer vanzelfsprekend.

In deze kennissamenleving hebben professionals in georganiseerde publieke dienstverlening te maken met tegenstrijdige eisen aan hun werk, die zich uiten in een aantal spanningsvelden op drie handelingsniveaus. Op het niveau van dagelijks handelen voor cliënten doet zich een spanningsveld voor tussen harde en zachte kennis. Professionals worden geacht evidence based te werken, gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde methoden. Tegelijkertijd moeten ze ruimte maken voor zachtere vormen van kennis, zoals ervaringskennis. Op het niveau van het samenspel in professionele teams zorgt specialisatie voor grenzen en afgebakende kennisdomeinen, terwijl tegelijkertijd moet worden samengewerkt met professionals uit andere disciplines. Dit leidt tot een spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie. Op het niveau van handelen en besluitvorming in de institutionele en organisatiecontext hebben professionals tot op zekere hoogte hierin eigen ruimte, maar moeten ze over steeds meer handelingen en keuzes verantwoording afleggen. Hier wordt een spanningsveld zichtbaar tussen vertrouwen en verantwoording. Deze drie spanningsvelden voor professionals komen terug als leidraad in de empirische hoofdstukken van dit proefschrift.

In het tweede deel worden theoretische concepten over *professionaliteit*, *kennis* en *professioneel handelen* gepresenteerd. Binnen de bestuurs- en organisatiekunde biedt de professionaliseringstheorie passende concepten over professionals en professionaliteit in relatie tot de omgeving van dienstverlenende organisaties. Centraal in dit proefschrift staat op dit gebied het processuele en relationele concept van *verbindende professionaliteit*. Van professionals wordt gevraagd grenzen tussen disciplines te overbruggen, rekening te houden met een diversiteit aan belangen en verschillende logica's te verbinden. Professionaliteit is geen statische entiteit, maar komt tot stand en ontwikkelt zich voortdurend, in onderlinge interactie tussen professionals en andere betrokkenen.

In het verlengde van deze processuele en relationele conceptualisering van professionaliteit gaat dit proefschrift uit van *processuele en relationele concepten van professionele kennis en ervaringskennis*. Tot slot wordt een aantal begrippen gehanteerd die het omgaan van professionals met de drie spanningsvelden kunnen duiden. Wanneer professionals in staat zijn om verschillende kennissoorten met elkaar te verbinden, laten ze *epistemic fluency* zien. Het nemen van besluiten langs *mindlines*, waarbij niet alleen (op harde kennis gebaseerde) guidelines leiden zijn, maar ook andere, zachtere vormen van kennis, normen en waarden en praktijkervaring. En *logic fluidity*, een begrip dat aangeeft hoe professionals in staat zijn om diverse logica's - professionele, institutionele, organisatorische - met elkaar te verenigen.

Deze processuele en relationele begrippen over professionaliteit, kennis en professioneel handelen, vormen de conceptuele bril om de empirische bevindingen in dit proefschrift mee te duiden.

Onderzoeksaanpak

Gekozen is voor een etnografische onderzoeksbenadering (**hoofdstuk 4**). Passend bij de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek was het streven om concrete, dagelijkse praktijken open te leggen. Daarmee werd beoogd inzicht te verkrijgen in de wijze waarop professionals en ervaringsdeskundigen in de GGz handelen, daadwerkelijk 'doen'. Concreet betekende dit een onderzoeksaanpak waarbij de nadruk lag op non-participatieve observaties en interviews.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij drie FACT-teams (FACT staat voor de behandelmethodiek Flexible Assertive Community Treatment): ambulante werkende, multidisciplinaire behandelteams, gericht op cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek. Er werden drie teams in drie verschillende GGz-instellingen onderzocht. Toegang werd verkregen via persoonlijke contacten in GGz-instellingen op verschillende niveaus in de organisatie (Raad van Bestuur, uitvoerend professionals). Toegang verkrijgen bleek om diverse redenen moeizaam.

Een gerichte selectie van instellingen (bijvoorbeeld gericht op de mate waarin inzet van ervaringsdeskundigheid expliciet beleid was) was daardoor niet mogelijk.

Elk team werd gedurende dertien tot veertien dagen, verspreid over een periode van drie maanden, geobserveerd bij hun gezamenlijke overleggen over cliënten. In elk team werden daarnaast tijdens deze observatiedagen vijf professionals geschaduwd en geïnterviewd. De selectie hiervan was gebaseerd op de gewenste vertegenwoordiging in het onderzoek van verschillende typen professionals: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sociaal-agogische professionals, en ervaringsdeskundigen. Na afloop van elke onderzoeksperiode werd aan het betreffende team een inhoudelijke terugkoppeling over de bevindingen gegeven en de reacties daarop werden meegenomen in de dataverzameling (member check).

Dataverzameling, data-analyse en het schrijven van bevindingen en conclusies vonden plaats in een voortdurend en iteratief proces, waarbij de theoretische concepten een leidraad vormden. De processuele en relationele begrippen over professionaliteit, kennis en professioneel handelen vormden sensitizing concepts voor de dataverzameling. Gaandeweg kwamen uit de data andere begrippen en aandachtspunten naar voren die het vervolg van dataverzameling en -analyse mede stuurden; er was sprake van een abductief proces. De data-analyse bestond uit een herhaald proces van close reading, gevolgd door globaal en meer gedetailleerd coderen.

Bevindingen

In **hoofdstuk 5**, het eerste empirische hoofdstuk, is beschreven hoe professionals in hun dagelijkse praktijk het spanningsveld tussen harde en zachte kennis hanteren en welke plaats ervaringskennis daarin inneemt. Zichtbaar wordt dat het kennisarsenaal van professionals een diversiteit aan kennissoorten omvat, zowel harde, professionele kennis, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, als zachtere kennissoorten, bijvoorbeeld praktijkkennis over de situatie en eigenschappen van cliënten, of beleidskennis. Hun besluiten komen tot stand op basis van *mindlines*, en ze tonen *epistemic fluency*. In die zin weten professionals het spanningsveld tussen harde en zachte kennis te hanteren.

Echter, de ervaringskennis van de ervaringsdeskundigen wordt slechts beperkt benut en als het om deze kennissoort gaat, blijft een spanningsveld bestaan. Ervaringskennis maakt geen onderdeel uit van het kennisarsenaal van de professionals, en wordt in de praktijk én in de betekenis die eraan wordt toegekend vrijwel uitsluitend gelokaliseerd in de individuele relatie tussen de ervaringsdeskundigen en cliënten. Een mogelijke verklaring is onduidelijkheid over de betekenis en over de toegevoegde waarde van ervaringskennis. Hierin worden (impliciete) epistemologische opvattingen van de teamleden zichtbaar,

waarin een klassiek kennisconcept lijkt te overheersen. 'Kennis' wordt vooral gekoppeld aan het eigen vakgebied en wordt impliciet gedefinieerd als de formele, professionele kennis die iemand zich in de opleiding heeft eigengemaakt. Hier komt een 'kennishiërarchie' naar voren: kennissoorten die gebaseerd zijn op abstracte, wetenschappelijke kennis, 'harde' kennis, worden hoger gewaardeerd dan andere.

Het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie is aan de orde in het volgende empirische **hoofdstuk 6**. Inherent aan het werken in multidisciplinaire teams zijn beide aan de orde. Interprofessionele samenwerking vormt een belangrijke basis voor de professionals in de teams. Daarnaast werken zij samen met professionals buiten het eigen teams of de eigen organisatie; ze zijn 'netwerkprofessionals'. Tegelijkertijd is er segmentatie: er zijn binnen die samenwerking duidelijke en geaccepteerde grenzen, die vooral te maken hebben met taak- en verantwoordelijkheidsverdelingen op basis van kennisdomeinen.

Twee uitingen van segmentatie worden zichtbaar die belemmerend lijken te zijn voor de samenwerking. De eerste betreft de psychiaters in de teams. Het feit dat zij de formele eindverantwoordelijkheid dragen voor de behandeling van het overgrote deel van de cliënten heeft twee waarneembare gevolgen voor het samenspel met andere professionals. Hun invloed is daardoor groter, en zeker in complexe casussen weegt hun oordeel zwaar in de besluitvorming. Verder leidt hun grote caseload ertoe dat hun aanwezigheid bij overleggen vaak beperkt is, waardoor de besluitvorming wordt uitgesteld of met veel aarzeling plaatsvindt. De eindverantwoordelijke rol van de psychiaters leidt tot een hiërarchie, die deels functioneel is, maar tegelijkertijd de samenwerking en besluitvorming kan hinderen. Dit wordt versterkt door het feit dat de anderen – impliciet en expliciet – meer gezag toekennen aan de psychiater vanwege zijn status als arts.

De tweede uiting van een belemmerende segmentatie betreft de ervaringsdeskundigen. In de relatie en interactie tussen ervaringsdeskundigen en professionals is eerder sprake van segmentatie dan van gelijkwaardige interprofessionele samenwerking. Hun rol in de teams is begrensd en bescheiden en krijgt vooral vorm als 'brug naar de cliënt'. Invulling en waardering van deze rol verschillen echter. Niet iedere professional ziet het als unieke rol voor de ervaringsdeskundige. Andere aspecten van de ervaringsdeskundige rol, zoals het fungeren als kritische spiegel voor het team, staan eveneens ter discussie. En ervaringsdeskundigen zelf worstelen soms met hun identiteit: zijn zij vooral professional, of vooral lotgenoot van cliënten? Gekoppeld aan de twijfel over de aard en betekenis van ervaringskennis ontstaat de segmentatie tussen ervaringsdeskundigen en professionals dus uit twijfel over de eigenheid en uniciteit van de 'professionele specialisatie' van de ervaringsdeskundige.

Concluderend: verbindende professionaliteit, *connective professionalism*, krijgt een vertaling in de wijze waarop de professionals in de onderzochte teams samenwerken, over professionele, team- en organisatiegrenzen heen. Grenzen in die samenwerking zijn functioneel en meestal niet belemmerend; het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie is daar hanteerbaar. Maar er doen zich tevens belemmerende vormen van segmentatie voor. Juist in het geval van de ervaringsdeskundigen manifesteert het spanningsveld tussen samenwerking en segmentatie zich.

Tot slot wordt in **hoofdstuk 7**, het laatste empirische hoofdstuk, geschetst hoe professionals het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording hanteren en wat dit betekent voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid. De professionals nemen ruimte om hun professionele intenties te realiseren én om cliënten zo veel mogelijk eigen regie te geven. Zij verbinden en vervlechten dit met institutionele en organisatorische eisen waarmee ze te maken hebben. In hun verantwoordelijkheid om al deze perspectieven en eisen te verenigen tonen ze *logic fluidity*. Ook geven ze hier handen en voeten aan het aspect van 'verbindende professionaliteit' dat gaat over het verenigen van verschillende belangen, perspectieven en logica's in het dagelijks professioneel handelen.

Tegelijkertijd blijkt echter dat de geldende prestatie- en verantwoordingseisen regelmatig overheersen, met name in de teams waar de institutionele en organisatorische doelstellingen en perspectieven (productiedruk, verantwoordingseisen) tot hoge werkdruk en mentale belasting leiden. Er ontstaat daar een neiging tot beheersing en risicomijding, die ten koste gaat van ruimte voor eigen regie van cliënt én professional. Psychiaters ervaren vanuit de geldende verantwoordelijkheidsverdeling dit spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoordingsdruk het sterkst. Zij zijn meer dan hun collega's gespitst op risico's. Dit zet tevens veel druk op de teams en op de richting van de besluitvorming: die valt bij een sterk gevoelde verantwoordingsdruk vaker uit in de richting van risicomijding dan in de richting van de wensen van de cliënt. De ervaringsdeskundigen in de teams ervaren die verantwoordingsdruk nauwelijks, doordat zij geen of weinig formele professionele verantwoordelijkheden dragen. Ze hebben meer ruimte en meer tijd, vooral in de individuele cliëntrelatie. De keerzijde is dat zij weinig invloed hebben op de besluitvorming. Impliciete opvattingen over professionaliteit spelen daarbij een rol.

Gesteld kan worden dat de inzet van ervaringsdeskundigheid slechts moeizaam tot bloei kan komen in teams waar de productie- en verantwoordingsdruk als zeer hoog wordt ervaren. Het spanningsveld tussen vertrouwen en verantwoording is in die situaties voor professionals sterk aan de orde. Het werken volgens een

herstelgerichte benadering en het inbedden van ervaringsdeskundigheid kosten tijd en ruimte kosten, en die ontbreekt bij teams onder hoge druk. Dergelijke condities belemmeren de inbedding van ervaringsdeskundigheid.

Conclusie

In **hoofdstuk 8** worden de bevindingen samengevat, geduid vanuit de theorie, en wordt van daaruit tot conclusies en aanbevelingen gekomen. Op basis van de verkregen bevindingen kunnen we concluderen dat de inbedding van ervaringsdeskundigheid in de onderzochte setting van georganiseerde professionele dienstverlening beperkt is en moeizaam tot stand komt. Dat geldt vanuit het perspectief van elk van de drie geanalyseerde handelingsniveaus. Op het niveau van het dagelijks handelen van professionals vanuit hun collectieve én individuele kennisbasis blijkt dat ervaringskennis nauwelijks onderdeel uitmaakt van hun kennisarsenaal. Ervaringskennis wordt vooral 'gelokaliseerd' in de individuele relatie tussen ervaringsdeskundige en cliënt. Onduidelijkheid en twijfel over de aard en toegevoegde waarde van ervaringskennis lijkt daarbij een rol te spelen. Op het niveau van de interactie en samenwerking tussen de verschillende teamleden zorgen rolonduidelijkheid en een ambigue identiteit van ervaringsdeskundigen ervoor dat zij maar heel beperkt op gelijkwaardige voet met professionals in de teams participeren. Op het niveau van de organisatie en de bredere institutionele kaders blijken productie- en verantwoordingsdruk het streven naar ruimte voor eigen regie van professionals én cliënten te overvleugelen door een gerichtheid op beheersing en risicomijding. Inbedding van ervaringsdeskundigheid, als onderdeel van herstelgericht werken waarin eigen regie juist centraal staat, wordt door al deze factoren belemmerd.

Voor een belangrijk deel weten de professionals de drie spanningsvelden te hanteren. In het mobiliseren van harde en zachte kennis tonen ze *epistemic fluency*. In hun onderlinge samenspel en het handelen binnen de institutionele context laten ze verbindende professionaliteit, *connective professionalism*, zien. Echter, gaat het om ervaringskennis als zachte kennissoort, om de samenwerking met ervaringsdeskundigen, of om het ruimte maken voor eigen regie en vertrouwen, en het inzetten van ervaringsdeskundigheid als middel daartoe, dan treden deze spanningsvelden meer op de voorgrond.

Belangrijk is verder dat zowel de ervaringsdeskundigen als de professionals impliciet uitgaan van klassieke en gangbare opvattingen over kennis en professionaliteit. Kennis wordt gezien als een op zichzelf staande, overdraagbare entiteit. Er is sprake van een 'kennishiërarchie': abstracte, wetenschappelijk gefundeerde kennis wordt hoger aangeslagen dan kennis die niet of minder *evidence based* is. Deze epistemologische grondhouding uit zich in de teams

onder meer in onduidelijkheid over de aard van ervaringskennis en in het verlengde daarvan in twijfels over de waarde en betekenis ervan. De impliciete opvattingen over professionaliteit liggen in het verlengde van deze kennisopvatting: professionals die zijn opgeleid vanuit een wetenschappelijke kennisbasis staan hoger in aanzien. Bovendien zijn deze klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit en de daaruit voortvloeiende impliciete (kennis)hiërarchie ook verweven in de institutionele context. Formele eindverantwoordelijken zijn vooral toegekend aan professionals met de hoogste, meest wetenschappelijke opleiding en verantwoordingseisen zijn sterk gericht op harde criteria als efficiency en meetbare output van behandelingen.

Inbedding van de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid vraagt om organisatorische en institutionele condities die tijd en ruimte laten om zorg te bieden met aandacht en toegespitst op individuele cliënten en hun wensen en omstandigheden. In de onderzochte contexten, exemplarisch voor georganiseerde professionele dienstverlening, wordt daaraan nauwelijks voldaan. Verder lijkt het dragen van professionele verantwoordelijkheden door ervaringsdeskundigen ertoe te leiden dat ze meer onderdeel van het team zijn en meer ruimte krijgen, maar tevens dat ze zich minder uitgesproken onderscheiden in hun specifieke ervaringsdeskundige rol. Het kan erop wijzen dat organisatorische en institutionele factoren een belangrijker verschil tussen ervaringsdeskundigen en professionals met zich meebrengen dan hun inhoudelijke en professionele gerichtheid.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor onderzoek hebben betrekking op de gekozen etnografische benadering en op het theoretisch perspectief. De etnografische benadering is waardevol gebleken, onder meer door het gedetailleerd 'openleggen' van dagelijkse professionele praktijken, en door het zichtbaar maken van discrepanties tussen (impliciete) opvattingen en gedrag. Het verdient daarom aanbeveling om meer etnografisch onderzoek te doen naar ervaringsdeskundigheid. Versterking van de kwaliteit van dergelijk onderzoek kan verkregen worden door een langere (of frequenter terugkerende) onderzoeksperiode, en door het structureler en steviger inbouwen van *member checks*. Inhoudelijk kan het interessant zijn nader te onderzoeken of verschillen tussen typen professionals een rol spelen bij het benutten en inbedden van ervaringsdeskundigheid. Ook is het belangrijk de inbedding van ervaringsdeskundigheid te onderzoeken in andere contexten binnen de sector zorg en welzijn.

Om de empirische bevindingen in dit onderzoek vanuit een theoretisch perspectief te duiden, bleek de gekozen verbinding tussen verschillende academische disciplines en hun '*bodies of literature*' vruchtbaar. Het verdient aanbeveling om meer onderzoek naar ervaringsdeskundigheid te doen vanuit

het hier gehanteerde 'dienstverleningsperspectief', gebaseerd op de bestuurs- en organisatiekunde. Daarnaast zou het kennisconcept van Markauskaite en Goodyear (2017) een interessante verdieping kunnen bieden in de conceptualisering van het begrip ervaringskennis. Tot slot kan de verbinding tussen theoretische perspectieven over georganiseerde publieke dienstverlening, kennis en professionaliteit nog verder uitgediept worden.

De conclusies laten zich op verschillende manieren vertalen naar aanbevelingen voor de praktijk. Ze worden gepresenteerd in de vorm van drie alternatieve routes, als het ware drie mogelijke handelingsperspectieven.

De eerste route houdt in dat de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen in professionele teams langs de huidige weg wordt voortgezet, gekoppeld aan verdere professionalisering - volgens de klassieke opvatting daarover - van ervaringsdeskundigen als beroepsgroep. Deze route sluit aan bij de bestaande dominante praktijk. Het heeft voordelen om ervaringsdeskundigen onderdeel te laten zijn van een professioneel team, vanwege het direct en intensief contact met cliënten, wat het mogelijk maakt ervaringskennis snel en direct in te zetten.

Het volgen van deze route vraagt nadrukkelijk om aangepaste randvoorwaarden in de institutionele en organisatorische context van de GGz (en andere sectoren in zorg en welzijn). Te denken valt onder meer aan het creëren van ruimte en tijd voor dialoog over verwachtingen van en beelden over ervaringskennis en de rol van ervaringsdeskundigen, en het stimuleren van een cultuur waarin risico's niet altijd vermeden hoeven te worden. In de bredere institutionele context vraagt het om verbreding van de criteria voor kwaliteit en financiering van zorg en dienstverlening, waarin niet uitsluitend harde, meetbare factoren worden meegewogen. Nadeel van deze route is dat dergelijke veranderingen in de organisatorische en institutionele contexten traag en moeizaam verloopt. Een valkuil is daarmee dat niet de context zich aanpast om ruimte te maken voor ervaringsdeskundigheid, maar dat inzet van ervaringsdeskundigheid alleen lukt als dit past binnen de bestaande kaders. Bovendien houdt deze route vast aan klassieke opvattingen over kennis en professionaliteit.

Professionalisering van ervaringsdeskundigen kent als valkuil dat hun eigenheid en vrije ruimte verdwijnt, omdat zij aan dezelfde beperkende condities worden onderworpen als 'reguliere' professionals (opleidingseisen, prestatie-eisen, verantwoordingseisen). Een tweede route is dan ook om de nadruk juist te leggen op vrijwillige inzet van ervaringsdeskundigheid. Dit vindt nu al met succes op veel

manieren plaats, bijvoorbeeld in zelfhulpgroepen, zelfregiecentra en andere vormen van lotgenotencontact op vrijwillige basis.

Om dit te realiseren is het nodig dat (GGz-)organisaties, professionele teams en professionals op structurele basis verbindingen aangaan met initiatieven van en met ervaringsdeskundigen. Dat kunnen nieuwe en bestaande samenwerkingsvormen zijn. Dit past bij een opvatting over professionaliteit die ervanuit gaat dat 'professional zijn' onder meer betekent: in staat zijn om verschillende kennisbronnen en kennissoorten met elkaar te verbinden en professionele en organisatorische grenzen te overbruggen. Voor ervaringsdeskundigen en hun organisaties betekent dit dat zij hun tijd en energie kunnen besteden aan versterking van de eigen initiatieven en het verbinden daarvan met professionele organisaties en instituties, zonder hun eigenheid te verliezen. Een nadeel van deze route is dat het benutten van ervaringskennis (te) vrijblijvend of te instrumenteel is, doordat ervaringsdeskundigen niet op structurele basis participeren in professionele praktijken. Evenmin zal het benutten van ervaringskennis op deze manier bijdragen aan organisatorische en institutionele veranderingen die meer ruimte bieden aan professionals, zodat weinig zal veranderen aan de prestatie- en verantwoordingsdruk.

Een derde route is om te zoeken naar differentiatie in de manieren waarop ervaringsdeskundigheid wordt ingezet en dit telkens op maat te organiseren, afhankelijk van concrete doelstelling, context en situatie. Dat biedt meer flexibiliteit en daardoor meer slagingskans dan de eerste route, en minder kans op vrijblijvendheid dan de tweede route. Voorbeelden zijn in de praktijk al vindbaar: het creëren van een interne pool van professionele, betaalde ervaringsdeskundigen, in te zetten in verschillende teams; het benutten van de ervaringskennis van reguliere professionals; het combineren van vrijwillige en beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen, sommigen speciaal opgeleid, anderen vooral vanuit recente ervaring.

Van teams en professionals vraagt deze route een bewustere oriëntatie op organiserende aspecten van hun werk. Organisaties voor professionele dienstverlening zullen vindingrijk moeten zijn om dit te realiseren, en ruimte moeten geven aan dialoog, experimenteren, leren en gezamenlijk ontwikkelen. Van ervaringsdeskundigen en hun organisaties vraagt deze route om ruimte te geven aan differentiatie en diversiteit in organisatievormen en rollen; dit biedt meer mogelijkheden om ervaringskennis te benutten. De keuze voor deze route laat onverlet dat het veranderen van organisatorische en institutionele condities, kan bijdragen aan een sterkere inbedding van ervaringsdeskundigheid in professionele praktijken. Noodzaak en urgentie daarvan zijn echter minder groot. Dat geeft ruimte voor meer geleidelijke verandering. Net als in de vorige route is hier een mogelijk

nadeel dat inzet van ervaringsdeskundigheid te vrijblijvend of te instrumenteel blijft. Afhankelijk van gekozen organisatievormen zullen echter in veel gevallen ervaringsdeskundigen wél ingebed kunnen zijn in de uitvoering van georganiseerde dienstverlening, al dan niet als beroepskracht.

In een korte **slotbeschouwing** wordt aangegeven dat het inbedden van ervaringsdeskundigheid in professionele praktijken niet vanzelf zal gaan, welke van de drie routes ook gevolgd wordt. De titel van dit proefschrift, ontleend aan een verzuchting van één van de respondenten, refereert daaraan: 'het zit gewoon niet goed in mijn systeem'. Dat geldt voor de individuele professional, voor teams en voor de institutionele en organisatorische contexten waarin zij werken. Benutten van ervaringsdeskundigheid zal van alle betrokkenen concrete inspanningen en veranderbereidheid vragen. Versterken van ervaringsdeskundigheid betekent: samen organiseren van ervaringsdeskundigheid.

Summary in English

Background and research question

In recent years, the use of the experiential expertise of (former) clients in mental health care has become increasingly important, both in the Netherlands and internationally. People who are or have been clients in mental health care themselves use their experiential knowledge to be actively involved in the delivery of care and support. Almost all large mental health organizations in the Netherlands now employ experiential experts, increasingly as paid employees, within professional treatment teams. The expectation is that these experts strengthen the client's perspective and support clients in their recovery by connecting with their language, experience and feelings.

However, this development is not uncontroversial. Critics doubt the validity of experiential knowledge, or argue that experiential experts are too incompetent, insufficiently recovered or too vulnerable to be employed as paid professionals. Professionals struggle with the meaning of experiential knowledge and with the role and expectations of experiential experts. Especially in the context of organized, professional services, the use of experiential expertise is far from self-evident.

In this dissertation, an ethnographic research approach is used to reveal – in detail – how experiential expertise is handled in professional mental health practices, and under what conditions this is embedded in organized public services. The research question, posed and elaborated in **chapter 1**, is: *How and under what conditions is experiential expertise embedded in organized professional practices in mental health care?*

A detailed description of the background, state of affairs and developments regarding experiential expertise in mental health care can be found in **chapter 2**. First of all, different definitions and discussions about the concept of experiential expertise are presented. The background and motives for using this type of knowledge in care and services are discussed. Improving the quality of service, strengthening the client perspective, working according to the recovery approach, and principled motives (*'nothing about us without us'*) are the most important motives. The growing trend of (professional) use of experiential expertise in mental health care is outlined and clarified with factual data on its nature and extent. Today, almost all (large) mental health care institutions employ experiential experts. Estimates of the numbers vary from more than 900 in mental health care and adjacent sectors to more than 2,000 in the entire broader sector of care and welfare. Furthermore, the important development of professionalization of the profession of experiential expert is

discussed. There is an increasing number of training courses for experiential experts at various levels, and the national professional association of experiential experts has ensured the creation of (among other things) a professional competence profile and a professional register. Finally, the spread of experiential expertise to other sectors in care and welfare is outlined, and innovative initiatives in the organization of care and mental health care services are explored.

Theoretical perspective

The theoretical framework for this dissertation is presented in **chapter 3**. This consists of two parts. First, administrative and organizational literature show that knowledge has become increasingly important in modern society. We live in a 'knowledge society'. Society and therefore social issues have become more and more complex, increasingly requiring knowledge of various kinds, applied by increasingly highly educated and more specialized professionals. At the same time though, knowledge has become more accessible to everyone thanks to technological developments and democratization. As a result, knowledge has become more and more contested: trust in scientific and professional knowledge is no longer self-evident.

In this knowledge society, professionals in public service organizations face conflicting demands on their work, which manifest themselves in a number of areas of tension, at three levels of action. At the level of *daily work for clients*, there is a tension between 'hard' (i.e. evidence based) and 'soft' knowledge. Professionals are expected to work evidence-based, using scientifically proven methods. At the same time, they are asked to make room for 'softer' kinds of knowledge, like experiential knowledge. At the level of *working together in professional teams*, specialization creates boundaries and demarcated knowledge domains, while at the same time collaboration with professionals from other disciplines is required. This leads to a tension between collaboration and segmentation. At the level of *working and deciding in institutional and organizational contexts*, professionals have autonomy, but they also have to account for their actions and decisions. Here, a tension between trust and accountability becomes visible. These three areas of tension for professionals serve as a basis for the empirical chapters of this dissertation.

In the second theoretical part, theoretical concepts such as *professionalism*, *knowledge* and *professional action* are presented. Within public administration and organizational science, professionalization theory offers appropriate conceptualization of professionals and professionalism in relation to services organizations, in contexts. Central to this dissertation is the processual and relational concept of *connective professionalism*. In this concept, professionals are expected

to bridge boundaries between professional disciplines, to take into account a diversity of interests, and to connect different logics. Professionalism is not a static entity, but is constantly created and developed, in mutual interaction between professionals and other actors involved.

In line with this processual and relational conceptualization of professionalism, this dissertation builds on *processual and relational* concepts of professional knowledge and experiential knowledge. Finally, a number of concepts is used that can explain how professionals deal with the three tensions. When professionals are able to connect different kinds of knowledge, they show *epistemic fluency*. A second concept is *mindlines*, indicating that professionals' decisions are not solely based on (scientifically based) guidelines, but also on other, softer kinds of knowledge, values and moral standards, and practical experience. Third, *logic fluidity* is a concept indicating how professionals are able to unite various logics – professional, institutional, and organizational. These processual and relational concepts on professionalism, knowledge and professional action form the theoretical lens through which the empirical findings can be interpreted.

Research design

An ethnographic research approach was chosen (**chapter 4**). In line with the research aim and research question, concrete daily practices had to be 'opened up'. It is important to gain insight in the ways in which professionals and experiential experts in mental health care act, how they actually 'do' their work. This implied a research approach with an emphasis on non-participative observations and interviews.

The research was carried out in three FACT teams (FACT stands for the Flexible Assertive Community Treatment method): outpatient, multidisciplinary treatment teams, aimed at clients with severe and long-term psychiatric problems. Three teams in three different mental health organizations were studied. Access was obtained through personal contacts in mental health organizations, at different levels in the organization (e.g. Board of Directors, executive professionals). For several reasons, gaining access proved difficult. Therefore, a targeted selection of settings (e.g. selecting organizations with or without explicit policy on experiential expertise) was not possible.

Each team was observed for thirteen or fourteen days, spread over a period of three months, during their joint client meetings. In addition, four professionals and the experiential expert in each team were shadowed and interviewed during these observation days. The selection of professionals reflected different types of professionals: psychiatrists, psychologists, mental health nurses and social workers.

At the end of each research period, the team was given a substantive feedback of the findings and the responses were included in the data collection (*member check*).

Data collection, data analysis and the writing of findings and conclusions took place in a continuous and iterative process, guided by the theoretical framework. The processual and relational concepts about professionalism, knowledge and professional action and decision-making formed sensitizing concepts for the data collection. Gradually, other concepts and points of attention emerged from the data that helped guide the continuation of the data collection and analysis. This way, an abductive process was followed. The data analysis consisted of a repeated process of close reading, global coding and more detailed coding.

Findings

Chapter 5, the first empirical chapter, describes how professionals handle the tension between hard and soft knowledge in their daily practice, and what roles experiential knowledge plays. It becomes clear that the knowledge repertoire of professionals includes a diversity of knowledge types, both hard, professional knowledge, based on scientific research, and softer types of knowledge, like practical knowledge, sensitive about the situation and characteristics of clients, and policy knowledge. Professionals' decisions are based on *mindlines*, and professionals show *epistemic fluency*. In this sense, professionals know how to handle the tension between hard and soft knowledge.

However, the experiential knowledge of the experiential experts is only used to a limited extent. When it comes to this kind of knowledge, tensions remain. Experiential knowledge is not part of the knowledge repertoire of professionals. In practice and in meaning, it is almost exclusively localized in the bilateral relationship between an experiential expert and a client. A possible explanation is the uncertainty about the meaning and added value of experiential knowledge. This reveals (implicit) epistemological views of the team members, in which a traditional notion of knowledge seems to dominate. 'Knowledge' is mainly linked to one's own field of expertise and is implicitly defined as the formal, professional knowledge that is acquired during training and education. Here, a 'knowledge hierarchy' emerges: abstract, scientific, harder knowledge is valued higher than other types of knowledge.

The tension between collaboration and segmentation is discussed in the next empirical **chapter 6**. Inherent in working in multidisciplinary teams, both are at stake. Interprofessional collaboration forms an important basis for the professionals in the teams. In addition, they collaborate with professionals outside their own team or organization; they are 'network professionals'. At the same time, there is

segmentation: there are clear and accepted boundaries within this collaboration, mainly constituted by task divisions and separated responsibilities, linked to knowledge domains.

Two expressions of segmentation become visible, hindering collaboration. The first concerns the psychiatrists in the teams. The fact that they have formal 'ultimate' responsibility for the treatment of the vast majority of clients has discernible consequences for the interaction with other professionals. Their influence is pervasive, certainly in complex cases in which their judgment weighs heavily when it comes to decision-making. Furthermore, their large caseload means that their presence at meetings is often limited, which means that decision-making is delayed or takes place with lots of hesitation. The 'ultimate' role of psychiatrists leads to a hierarchy, which is partly functional, but at the same time can hinder cooperation and decision-making. This is reinforced by the fact that the others – implicitly and explicitly – grant more authority to the psychiatrist because of his/her status as a doctor.

The second manifestation of segmentation concerns the experiential experts. In the relationship and interaction between experiential experts and professionals, there is more segmentation than in other interprofessional cooperation. Their role in the teams is limited and modest, and mainly takes shape as a 'bridge to the client'. However, the interpretation and appreciation of this bridging role differ. Not every professional, for example, sees bridging as a unique role for experiential experts. Other aspects of the experiential expert role, such as acting as a critical mirror for the team, are also under discussion. Experiential experts themselves sometimes struggle with their identity: are they mainly professionals, or first and foremost fellow sufferers? Combined with doubts about the nature and meaning of experiential knowledge, the segmentation between experiential experts and professionals thus arises from doubts about the individuality and uniqueness of 'professional specialization' of the experiential expert.

In conclusion, connective professionalism is translated into the ways in which professionals in the teams studied work together, across professional, team and organizational boundaries. Boundaries in that cooperation are functional and usually not obstructive; the tension between collaboration and segmentation is manageable there. But other forms of segmentation block collaboration. The tension between collaboration and segmentation clearly manifests itself in and around experiential experts.

Finally, **chapter 7**, the last empirical chapter, outlines how professionals manage the tension between trust and accountability, and what this means for the use of experiential expertise. The professionals take space to realize their professional

intentions and to give clients as much autonomy as possible. They connect and relate to the institutional and organizational demands they face. In their responsibility to unite all these perspectives and requirements, they show logic fluidity. They also give substance to the aspect of 'connective professionalism', which is about bringing together different interests, perspectives and logics in daily professional action.

At the same time, however, it appears that performance and accountability requirements regularly dominate. This especially happens in the teams in which institutional and organizational objectives and perspectives (production pressure, accountability requirements) lead to high workload and mental strain. There is a tendency towards control and risk avoidance, which comes at the expense of leeway for the client's and professional's own direction. Psychiatrists experience this tension between trust and accountability most strongly because of the current division of responsibility. They are more focused on risks than their colleagues. This puts a lot of pressure on the teams and on the direction of decision-making: with strongly felt accountability pressures, decisions more often move towards risk avoidance than towards meeting the client's wishes. The experiential experts in the teams hardly experience this accountability pressure, because they have little or no formal professional responsibilities. They have more space and more time, especially in the individual client relationship. The downside is that they have little decision-making influence. Implicit views on professionalism play a role.

In sum, the use of experiential expertise flourishes with difficulty in teams in which production and accountability pressures are perceived as very high. The tension between trust and accountability is a strong issue for professionals in these situations. Working according to a recovery-oriented approach and embedding experiential expertise takes time and space, which is lacking in teams under pressure. The embedding of experiential expertise is hindered.

Conclusion

In **chapter 8**, the findings are summarized and interpreted, conclusions are drawn and recommendations are presented. Based on the findings obtained, we can conclude that the embedding of experiential expertise in the researched setting of organized professional services is restricted and difficult to achieve. This is true at each of the three levels of action we analyzed. At the level of the daily professional actions, it appears that experiential knowledge is hardly part of their knowledge repertoires. Experiential knowledge is mainly 'localized' in the bilateral relationship between an experiential expert and a client. Uncertainty and doubt about the nature and added value of experiential knowledge seems to play a role. At the level of interaction and collaboration between different team members, role ambiguity and an ambiguous identity of experiential experts ensure that there is limited equal

footing when it comes to professional relations. At the level of the organization and broader institutional frameworks, production and accountability pressures appear to outweigh the desire for space for self-management. Professionals and clients are surrounded by control and risk avoidance. Embedding experiential expertise, as part of recovery-oriented work in which self-direction is central, is hindered by all these factors.

To a large extent, the professionals know how to handle the three areas of tension. In mobilizing hard and soft knowledge, they show epistemic fluency. In their working together and in their relating to acting institutional contexts, they show connective professionalism. However, when it comes to experiential knowledge as a softer type of knowledge, to cooperation with experiential experts, to making room for personal autonomy and trust, and to the use of experiential expertise as a means to these ends, then these areas of tension become actual areas of (major) tension.

It is also important to acknowledge that both experiential experts and professionals implicitly start from traditional, common conceptions of knowledge and professionalism. Knowledge is seen as a self-contained, transferable entity. There is a 'knowledge hierarchy': abstract, scientifically based knowledge is valued higher than knowledge that is not or less evidence based. This epistemological attitude manifests itself in the teams, among other things, in uncertainty about the nature of experiential knowledge and, by extension, in doubts about its value and meaning. Implicit notions of professionalism are in line with this notion of knowledge: professionals who have acquired a scientific knowledge base are held in higher esteem. Moreover, these traditional notions of knowledge and professionalism and the implicit (knowledge) hierarchy are also interwoven in institutional contexts. Formal 'ultimate' responsibilities are mainly assigned to professionals with the 'highest', i.e., most scientific education. Accountability requirements are strongly focused on 'hard' criteria such as efficiency and measurable output of treatments.

Embedding the professional use of experiential expertise requires organizational and institutional conditions that allow time and space to care for clients, with attention and with an eye for their wishes and circumstances. In the contexts examined, exemplary of organized professional services, these are hardly met. Furthermore, carrying professional responsibilities by experiential experts turns them into team members and gives them more space, but this also implies that they can perform less distinguished experiential roles. Organizational and institutional factors activate more important differences between experiential experts and professionals than substantive and professional orientations.

Recommendations

Recommendations for research relate to the chosen theoretical perspective and ethnographic approach. The ethnographic approach has proven to be valuable, for example by providing a detailed 'opening up' of daily professional practices, and by making discrepancies between (implicit) views and behavior visible. It is relevant to conduct more ethnographic research into experiential expertise. Strengthening the quality of such research can be achieved by longer (or more frequently recurring) research periods, and by more structurally and firmly incorporating member checks. In terms of content, it may be interesting to investigate further whether differences between types of professionals play a role in using and embedding experiential expertise. It is also important to investigate the embedding of experiential expertise in other contexts within – and outside – the care and welfare sector.

In order to interpret the empirical findings in this research from a theoretical perspective, the links between different academic disciplines and their 'bodies of literature' proved to be fruitful. It is relevant to do more research into experiential expertise from the 'service perspective' used in this book, based on public administration and organizational science. In addition, the knowledge concept of Markauskaite and Goodyear (2017) could offer an interesting deepening of the conceptualization of the notion of experiential knowledge. Finally, links between theoretical perspectives on organized public service, knowledge and professionalism can be further deepened.

The conclusions lead to recommendations for practice, which are presented in the form of three alternative routes, or three possible action perspectives.

The *first* route means that the professional deployment of experiential experts in professional teams is continued along the current route, coupled with further professionalization – according to a classic view – of experiential experts as a professional group. This route is in line with existing dominant practices. Experiential experts as professional team members has advantages, because of direct and intensive contacts with clients, which makes it possible to use experiential knowledge quickly and directly.

Following this route explicitly requires adapted preconditions in institutional and organizational contexts of mental health care (and other sectors in care and welfare). This includes creating space and time for dialogue about expectations and images about experiential knowledge and the role of experiential experts, and for stimulating a culture in which risks do not always have to be avoided. In the broader institutional context, it calls for broadening the criteria for quality and financing of care and services, in which not only 'hard', measurable factors are taken into account. The disadvantage of this route is that such changes in the organizational

and institutional contexts are slow and difficult. A pitfall is that the context does not adapt to make room for experiential expertise, but that the use of experiential expertise only succeeds if it fits within existing frameworks. Moreover, this route adheres to classical notions of knowledge and professionalism.

The pitfall of professionalization of experiential experts is that their individuality and spaces disappear, because they are subject to the same restrictive conditions as 'regular' professionals (training requirements, performance requirements, accountability requirements). A *second* possible route is to put emphasis on the voluntary use of experiential expertise. This is already taking place successfully in many ways, for example in self-help groups, self-management centers and other forms of contact with fellow sufferers on a voluntary basis.

To achieve this, it is necessary that (mental health) organizations, professional teams and professionals make structural connections with initiatives by way of which experiential experts can contribute their experiential knowledge. These can be new and existing forms of cooperation. This fits with a view of professionalism assuming that 'being a professional' means, among other things: being able to connect different knowledge sources and types of knowledge and to bridge professional and organizational boundaries. For experiential experts and their organizations, this means that they can spend their time and energy strengthening their own initiatives and connecting them with professional organizations and institutions, without losing their own character.

A disadvantage of this route is that the use of experiential knowledge is (too) non-committal or too instrumental, because experiential experts do not participate in professional practices on a structural basis. Nor will the use of experiential knowledge in this way contribute to organizational and institutional changes that offer more space to professionals. There will be little change in performance and accountability pressures.

A *third* route is to look for differentiation in the ways in which experiential expertise is used and to organize this in a tailor-made way, depending on concrete objectives, context and situation. This offers more flexibility and therefore more chance of success than the first route, and less chance of non-commitment than the second route. Examples can already be found in practice: creating an internal pool of professional, paid experiential experts, to be deployed in different teams; using the experiential knowledge of regular professionals; combining voluntary and professional efforts of experiential experts, some specially trained, others mainly from recent experience.

This route requires teams and professionals to have a more conscious orientation towards organizing aspects of their work. Professional services organizations will have to be resourceful to achieve this, and give space to dialogue, experimentation, learning and joint development. This route requires experiential experts and their organizations to give space to differentiation and diversity in organizational forms and roles. This offers more opportunities to use experiential knowledge. Choosing this route does not alter the fact that changing organizational and institutional conditions can contribute to a stronger embedding of experiential expertise in professional practices. However, the need and urgency of this are less important. This gives room for more gradual change.

As in the previous route, a possible disadvantage is that the use of experiential expertise remains too non-committal or too instrumental. However, depending on the types of organization chosen, in many cases experiential experts will be able to be embedded in the performance of organized services, whether or not as professionals.

Final remarks

In a brief final reflection, it is indicated that embedding experiential expertise in professional practices will not happen automatically, whichever of the three routes is followed. The title of this thesis, taken from a statement by one of the respondents, says it all: *'it's just not part of my system'*. This applies to the individual professional, to teams *and* to the institutional and organizational contexts in which they work. The use of experiential expertise will require concrete efforts and willingness to change from all those involved. Strengthening experiential expertise means, organizing experiential expertise together.

Dankwoord

*"I do not need training.
I need time, love and tenderness."*

Ann Hurley

Het schrijven van een proefschrift, zeker als buitenpromovendus die het in deeltijd doet, vraagt een lange adem en veel doorzettingsvermogen. Dat lukt alleen als je verbinding voelt met je onderwerp en steeds terug kunt keren naar de dieperliggende motivatie. Vooral op moeilijke momenten vroeg ik me soms af: waarom wilde ik dit eigenlijk?

Voor mij begon alles bij Ann, dochter van Schotse vrienden, met wie ik een goede band had. Ergens begin jaren negentig bezocht ik haar terwijl zij opgenomen was in een psychiatrische kliniek in Edinburgh. Ze was toen denk ik zestien jaar oud, een intelligente en extraverte jonge vrouw, die echter sinds een paar jaar ernstig leed door wanen en psychoses. Terwijl ik met haar op haar kale kamertje in de kliniek zat, verwonderde ik mij over de afstandelijkheid en schraalheid van de zorg. Waarom slaat niemand even een arm om haar heen, vroeg ik me af. Waar ik warme aandacht had verwacht, zag ik gehaastheid en zakelijkheid. Dat dat voor haar ook zo moet hebben gevoeld, meen ik te lezen in het gedichtje bovenaan dit voorwoord dat zij in die periode schreef. Ann is niet beter geworden en overleed een paar jaar later.

Vanaf die tijd heeft de vraag mij beziggehouden hoe we ervoor kunnen zorgen dat de wensen en behoeften van mensen zelf écht gehoord worden in de zorg. Op veel verschillende manieren is dit een thema gebleven in mijn werk als organisatieadviseur en onderzoeker. Ik deed opdrachten voor en met cliëntenorganisaties in de GGz, was betrokken bij projecten om het cliëntperspectief in de zorg te versterken, en werkte daarin regelmatig samen met ervaringsdeskundigen. Het viel me vaak op dat de samenwerking tussen hen en de andere professionals in de zorg niet altijd gemakkelijk was en aan beide kanten vragen en dilemma's met zich meebracht. Daaruit is het onderwerp voor dit proefschrift voortgekomen.

Al is het soms een eenzame bezigheid, een proefschrift schrijven doe je niet alleen. In de afgelopen jaren hebben heel veel mensen dit voor mij mogelijk gemaakt.

Door mee te denken, mee te lezen, steun te bieden in welke vorm dan ook en belangstelling te (blijven!) tonen. Een aantal mensen wil ik hier apart noemen.

Allereerst mijn promotiebegeleiders, die met aandacht voor inhoud én persoon ervoor hebben gezorgd dat ik dit proefschrift tot een goed einde kon brengen. Veel dank voor de gelijkwaardige en constructieve samenwerking.

Mirko, je inhoudelijke en conceptuele creativiteit, je gedrevenheid om wetenschap van maatschappelijke betekenis te laten zijn, en je scherpe en kritische geest gaven mij enorm veel stimulans en inspiratie.

Margo, je betrokkenheid bij het onderwerp, je altijd kritisch meedenken en je oog voor detail hebben veel bijgedragen aan dit proefschrift. Op cruciale momenten kwam je met scherpzinnige en praktische suggesties om mijn onderzoek sterker te maken.

Frans, binnen de HAN baande je voor mij de weg om mijn onderzoekservaring uit te breiden en gaf je me een plek binnen het Kenniscentrum Publieke Zaak. Naast je waardevolle inhoudelijke bijdragen waardeer ik onze tussentijdse gesprekken over vele andere zaken, al dan niet tijdens een wandeling in Amelisweerd.

Natuurlijk was dit proefschrift niet mogelijk geweest zonder alle **cliënten en medewerkers** van de drie FACT-teams die ik in dit onderzoek heb gevolgd. Cliënten lieten me binnen in hun huis en vonden het goed dat ik erbij zat als ze met een hulpverlener in gesprek waren, vaak in situaties waarin het niet goed met ze ging. Ik bedank hen voor alle openheid, gastvrijheid en belangstelling. De mensen in de teams dank ik eveneens voor hun openheid en bereidheid om mij getuige te laten zijn van alle kanten van hun dagelijkse praktijk: moeilijke afwegingen, intensieve discussies, en gelukkig ook plezier en voldoening in hun werk. Tot slot dank aan het management en andere betrokkenen in de instellingen, die het mogelijk maakten deze teams te onderzoeken.

Als kleine, maar zeer betrokken klankbordgroep 'vanuit het veld' zorgden **Wouter van de Graaf, Bea Jongsma** en **Ben Roelands** voor een kritische blik als praktijkmensen die zich sterk maken voor ervaringsdeskundigheid in de zorg. Dank daarvoor. Wouter, ik heb genoten van je humor en van onze scherpe en vaak filosofische discussies. Bea, ik hoop nog vaak met je samen te werken (en te zingen..)! Ben, je plaatste voor mij alles steeds weer in een breder perspectief en gaf me mooie inzichtjes in alle landelijke ontwikkelingen.

Janne, hoe bijzonder én geweldig leuk is het om als dochter en moeder samen op te trekken als promovendi! Je was mijn onmisbare sparring partner bij het schrijven van dit proefschrift. Als antropoloog snapte je waar ik mee bezig was, dacht je mee over

methodologische kwesties, las je met kritische blik mijn concepten, en wist je me altijd weer het vertrouwen te geven dat het goed komt. Nog een paar 'PhD-dagen' met lekkere lunch en chocola, en dan is ook voor jou de eindstreep echt daar!

Marlot, mijn maatje bij USBO. Het was een enorm plezier om jou te ontmoeten, samen naar de ISA-conferenties te gaan en af en toe lief en leed te kunnen delen over onze promotie-ervaringen (en soms meer...). Van je scherpe blik en je ervaring als onderzoeker heb ik veel geleerd. Dank je wel voor je support en alle gezelligheid!

Dank ook aan alle andere mensen bij USBO die ik in de loop der jaren tegenkwam voor hun belangstelling en stimulans om dit avontuur aan te gaan. In het bijzonder **Arnold Wilts** voor zijn altijd relativerende woorden en **Esther Verheijen**, die alle afspraken tot in de puntjes regelde en me altijd weer even vrolijk een hart onder de riem stak.

Remmers van Veldhuizen voorzag me van nuttige achtergrondinformatie over FACT-teams en hun geschiedenis; dank daarvoor.

Macsen Flook, thank you for giving this book a wonderful finishing touch by your creative cover design!

Sparring partners en lotgenoten vond ik in het 'PhD-clubje' van onderzoekers naar ervaringsdeskundigheid: **Leonard, Simona, Paulina, Carolijn, Alke, Marloes en Margriet**. Mooi dat we er samen aan bijdragen om dit thema nog sterker op de onderzoeksagenda te zetten. Dank ook aan **Jan-Luuk Hoff** en **Marion van Lunenburg** voor het sparren over de verdediging.

Mijn promotietraject combineerde ik al die jaren met mijn werk bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). De steun van iedereen met wie ik in die periode samenwerkte heb ik enorm gewaardeerd. In het bijzonder alle (oud)collega's én studenten van de master Management en Innovatie in maatschappelijke organisaties (MMI). Jullie niet aflatende belangstelling en flexibiliteit betekende veel voor me. **Mirjam, Mieke, Sven, Wenne** en **Korrie**, jullie nabijheid en betrokkenheid was goud waard. De collega's van het toenmalige Kenniscentrum Publieke Zaak boden mij een aantal jaren lang een fijne plek in hun team van onderzoekers. **Teun**, dank dat je mij kennis liet maken met het begrip *epistemic fluency*.

De afgelopen jaren werd het Netwerk Ervaringsdeskundigheid binnen de HAN Academie voor Mens en Maatschappij een vertrouwde groep mensen, die me op de hoogte hielden van alle mooie initiatieven op dit gebied, binnen en buiten de HAN. Dank voor jullie uitnodiging om hiervan onderdeel te zijn. **Tim**, het was een leuke en spannende onderneming om samen het 'white paper' te schrijven; het

heeft mijn gedachtenvorming over professionalisering van ervaringsdeskundigheid verder aangescherpt.

Dank ook aan mijn huidige HAN-collega's binnen het programma Fair Health en het Leeratelier Ervaringsdeskundigheid. **Levi**, geweldig dat je als ervaringsdeskundige jouw scherpe blik over mijn concept-teksten wilde laten gaan. **Annica, Bibi, Lisbeth, Jessica** en **Marleen**: op het moment dat dit proefschrift zijn afronding naderde, boden jullie me de kans om alle opgedane kennis in praktijk te gaan brengen en – ongetwijfeld – verder te gaan ontwikkelen. Voor mij betekent het een prachtige nieuwe stap. Tijdens het schrijven van mijn proefschrift ontwikkelden mijn ideeën over ervaringsdeskundigheid zich, veranderden sommige overtuigingen, en kwamen nieuwe vragen op. Ik kijk er naar uit om samen met jullie, en hopelijk nog vele anderen, hieraan verder te werken en eraan bij te dragen om ervaringskennis een volwaardig onderdeel te laten zijn van professionele praktijken.

Mijn intervisiegroep: **Carla, Jaap, Huub, Willem, Martijn** en **Erika**, jullie zetten me steeds weer – al dan niet via de roddelmethode – op het goede spoor en lieten het luid en duidelijk merken als ik te veel aan mezelf twijfelde. Mijn koor '**Waar het asfalt ophoudt**', het zingplezier met jullie én al jullie lieve aandacht hielden me vaak op de been.

Mijn familie, ook al stond het soms ver van jullie af waar ik mee bezig was en wat me dreef, jullie bleven me toch volgen en vragen hoe het ging. **Mama, Rinske** en **Henk**, fijn als jullie straks met me meevieren! **Papa**, wat had je graag de verdediging van dit proefschrift meegemaakt. Je vroeg zo vaak wanneer het af zou zijn... in mijn gedachten ben je er straks bij.

Tot slot: al mijn lieve vrienden, vriendinnen, onze hechte burengroep, mijn 'carrièreclubje': te veel mensen om op te noemen. Iedereen die in al die jaren met me meegeleefd heeft en me is blijven aanmoedigen: dank jullie wel!

Ik eindig met het beste, mijn thuisfront. **Dick, Janne**, en **Floor**, ik kan me geen lievere en fijnere thuisbasis wensen. Dank jullie wel voor alle steun, geduld, aanmoediging en aandacht in de afgelopen jaren, gelukkig altijd gecombineerd met veel lekker eten en gezelligheid! Janne en Floor, jullie wonen allang niet meer thuis, maar samen met jullie partners **Macsen** en **Jay** blijven jullie dichtbij. Ik prijs me een gelukkig mens met twee zulke geweldige dochters. Dick, je gedrevenheid als onderzoeker kan ik na dit avontuur misschien beter begrijpen. In elk geval delen we het plezier om diepgaand en intensief in een onderwerp te duiken. En ja, etnografisch onderzoek is echt óók wetenschap... Gelukkig delen we daarnaast iets wat veel belangrijker is: ons leven en alle lief en leed dat daarbij hoort. Ik hoop dat we dat nog lang mogen blijven doen.

Over de auteur

Aukje Leemeijer (1959) studeerde in 1985 af aan de Landbouwniversiteit in Wageningen als bioloog op het gebied van ecologie en natuurbescherming. Na een korte loopbaan in de journalistiek was ze vanaf 1991 werkzaam in diverse functies als beleids- en organisatieadviseur in de zorg, bij verschillende organisaties en een aantal jaren als zelfstandige. In 2011 voltooide ze cum laude de Executive Master Organisatie, Cultuur en Management (OCM) aan het departement Bestuurs- en Organiseatiekunde (USBO) van de Universiteit Utrecht.

Van 2012 tot 2023 was zij hoofddocent Management & Organisatie bij de Master Management en Innovatie in maatschappelijke organisaties (MMI) aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). In 2023 vervulde ze deze positie voor een nieuwe functie binnen de HAN als onderzoeker en adviseur op het gebied van ervaringsdeskundigheid in dienstverlenende organisaties. Zij vervult deze rol onder meer voor de onderzoeksafdeling van de Academie voor Mens en Maatschappij, en binnen het HAN-brede programma Fair Health. Daarnaast is ze opnieuw werkzaam als zelfstandig organisatieadviseur en onderzoeker.

Voor de uitvoering van haar promotieonderzoek ontving zij van minister Jet Bussemaker (OCW) in 2016 een NWO Promotiebeurs voor Leraren. Sinds dat moment combineerde zij haar werkzaamheden voor de HAN met het promotietraject aan de UU. Zij nam regelmatig deel aan internationale (academische) conferenties en publiceerde enkele wetenschappelijke artikelen.

Haar ervaring en expertise liggen in het bijdragen aan verandervraagstukken in maatschappelijke organisaties. Daarbij is het versterken van het perspectief van cliënten en burgers - 'de mensen om wie het gaat' - altijd een belangrijke drijfveer.

