



Ervaringskennis als nieuwe kennisbron

EEN UITWERKING OP DE INZET VAN ERVARINGS-
DESKUNDIGHEID IN NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG



EEN BEETJE GEK

“Wat ik het meest problematisch vind achteraf van de diagnoses en de labels die ik heb gekregen, is dat ik dacht dat mijn denken en voelen niet normaal waren... Dat ze afweken. Wat ik geleerd heb door het zoeken, door open te zijn en daardoor openheid te ontmoeten, is dat dit niet zo is.

Iedereen die ik mocht en mag ontmoeten in mijn zoektocht had en heeft zijn of haar eigen bijzonderheid, een eigen manier van omgaan met hoe het leven hem of haar raakte en raakt. We lijken veel meer op elkaar dan we denken. We zijn allemaal een beetje gek.”

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
1. DE TOTSTANDKOMING VAN DEZE NOTA	5
DEEL 1. THEORIE. WAT IS ERVARINGSDESKUNDIGHEID EN HOE PAST HET IN ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG?	7
2. WAAR KOMT ERVARINGSDESKUNDIGHEID VANDAAN EN WAT IS HET IN EEN THEORETISCH KADER	8
3. DE BASISBEGRIPPEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID	12
4. VERANDERINGEN IN DE KIJK OP GEZONDHEID EN ZORG	21
DEEL 2. DE REGIO'S IN BEELD	29
5. DE DEFINITIES VAN HERSTEL, ERVARINGSDESKUNDIGHEID EN EMPOWERMENT IN DE REGIO	30
6. DE (MEER)WAARDE VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID	32
7. HOE ZETTEN WE ERVARINGSDESKUNDIGHEID NU IN?	38
8. WAT ZOUDEN WE WILLEN?	42
STAPPENPLAN VOOR 2022-2023	46
EINDNOTEN	47

FEBRUARI 2022

Voorwoord

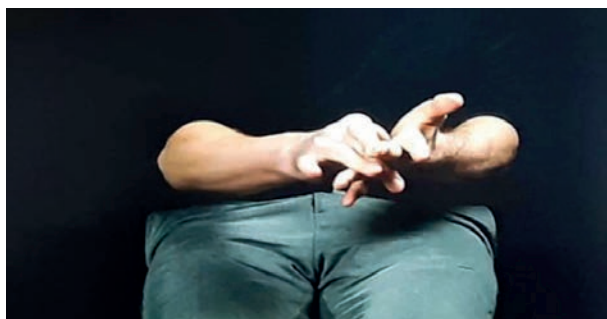
*Door: Evelien Meijerink,
kwartiermaker ervaringsdeskundigheid*

DE INZET VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID IN DE REGIO NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG

De inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid heeft in de afgelopen jaren een flinke boost gekregen. Ook in onze regio – Noord- en Midden-Limburg – maken we veel gebruik van deze kennisbron. Maar... zien we allemaal hetzelfde als we een woord als ervaringsdeskundigheid gebruiken? Hebben we met elkaar een duidelijk beeld van wat we willen in de toekomst en hoe we dat kunnen bereiken? En als we dan een duidelijk beeld hebben, weten we dan welke stappen we moeten zetten om daar uit te komen? Kortom is onze actie afgestemd op ons einddoel?



*Film Veerkracht
Take Twee*



Om dat te onderzoeken en te komen tot een gezamenlijke, gedragen perspectief voor de lange termijn hebben de verantwoordelijke wethouders in de regio mij - Evelien Meijerink - als kwartiermaker aangesteld. Ik krijg ondersteuning van een werkgroep die bestaat uit medewerkers van gemeenten Venray, Peel en Maas, Horst aan de Maas en Weert, en van medewerkers van Met-GGZ, Vincent van Gogh en Zelfregie NL.

In deze notitie leest u hoe de zoektocht naar een dat gezamenlijke perspectief tot stand is gekomen en wat de resultaten zijn. De notitie is op 9 juni 2022 vastgesteld door het Gezamenlijke Portefeuillehoudersoverleg Wmo voor Noord- en Midden-Limburg. Daarmee hebben de verantwoordelijk wethouders bekrachtigd dat dit de koers is die de regio wil varen.

1. De totstandkoming van deze Nota

Sinds de Commissie Dannenberg en de VN-resoluties omtrent inclusie is er in Nederland steeds meer aandacht voor het streven dat mensen de ruimte krijgen om zichzelf te ontwikkelen en op eigen wijze mee te doen aan de samenleving. Want, hoewel de commissie vooral bekend werd van het nieuwe verdeelmodel budgetten Beschermd Wonen, start haar rapportage met de inhoud. Wat is de visie op Beschermd Wonen in relatie tot Maatschappelijke Opvang en andere gemeentelijke taken? Het rapport van de Commissie Dannenberg uit 2015 luidt een nieuwe weg in naar een samenleving waarin iedereen een plek heeft en mee kan doen. Inmiddels beter bekend als sociale inclusie. Werken aan die inclusie is ook werken aan duurzaamheid. Alleen een inclusieve stad/gemeente is een duurzame stad/gemeente.

In de regio Noord- en Midden-Limburg is recentelijk de Regiovisie Meedoen en Wonen 2022-2026 vastgesteld waarin de gemeenten de koers hebben vastgesteld met betrekking tot de doordecentralisatie in de regio. De inzet van ervaringsdeskundigheid wordt in deze visie gezien als belangrijke manier om te komen tot meer inclusie.

De herijking van de visie en de ambities in de nieuwe Regiovisie voor 2022-2026 worden beschreven langs twee pijlers:

1. Meedoen & Erbij Horen

2. Wonen & Thuis in de wijk

Bij de pijler Meedoen & Erbij Horen wordt ervaringsdeskundigheid expliciet genoemd:

“Ervaringskennis en de inzet van ervaringsdeskundigen: de mogelijkheid hebben ervaringen te delen en hierdoor meer ervaringskennis op te doen wordt breed gewaardeerd. De aanwezigheid van zelfhulpgroepen, herstelgerichte activiteiten en laagdrempelige ontmoetingsplekken dragen bij aan het herstel en de inclusie van inwoners met diverse uitdagingen en problemen.”

Ook in de pijler Wonen & Thuis in de Wijk kunnen ervaringsdeskundigen als Primus Inter Paris naar de gemeenschap een heel grote rol spelen. Zij weten immers als geen ander hoe het is om te leven met een stigma, hoe het is om weer een gewaardeerde rol in de samenleving te krijgen, hoe anderen hieraan kunnen bijdragen en hoe moeilijk de weg kan zijn.

Een nieuwe kijk op oplossingen voor sociale inclusie

Sommige mensen hebben moeite om zelfstandig een bestaan op te bouwen en te behouden. Denk aan mensen met (ernstige) psychische problemen, een verslaving en/of een licht verstandelijke beperking. Een deel van hen heeft hierbij soms voor kortere of langere tijd ondersteuning nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een beschermde woonplek of begeleiding. Waar mogelijk ontvangen mensen deze benodigde zorg en ondersteuning in hun eigen woning. De (sociale) inclusie van deze groep mensen vraagt naast woningen ook om andere voorzieningen. Denk aan flexibele begeleiding, een zinvolle daginvulling en ontmoetingen. Bij dit alles weten we – al heel lang – dat de inzet van sterk gespecialiseerde zorg en begeleiding onvoldoende aansluit op de, vaak complexe, vraag van mensen. Sociale inclusie vraagt om vergaande vormen van samenwerking, maar ook om een nieuwe kijk op oplossingen. Andere bronnen van kennis, zoals ervaringskennis, zijn daarin onontbeerlijk.

Werkwijze

In de overtuiging dat een gedragen perspectief niet achter een bureau tot stand kan komen, heeft de Werkgroep Ervaringsdeskundigheid samen met de kwartiermaker gekozen voor

een interactieve werkvorm. Onder invloed van de lockdown van eind december 2021 moest deze werkvorm enigszins aangepast worden.

De kwartiermaker heeft in 2021 gesproken met uiteenlopende partijen die óf al ervaringsdeskundigheid inzetten, óf dat van plan zijn; partijen die op een of andere manier een rol spelen in mogelijke financiering; en uiteraard met ervaringsdeskundigen uit de regio die op verschillende manieren hun kennis inzetten. In totaal zijn er 121 gesprekken gevoerd, waarvan meer dan 50% met ervaringsdeskundigen zelf. Zij hebben hun vak beschreven en die beschrijving is getoetst aan onderzoek van de laatste jaren.

Deze nota met zicht op de inzet van ervaringsdeskundigheid in regio is dan ook tot stand gekomen met veel partijen en hierbij is gekeken naar de uiteenlopende manieren waarop we ervaringskennis als nieuwe kennisbron in de regio beter kunnen inzetten, om uiteindelijk te komen tot die sociale inclusie die we zo belangrijk vinden.

Op 15 december 2021 stond een congres gepland waarin de eerste bevindingen werden besproken met de uiteenlopende partijen. Corona gooide roet in het eten. Dit congres is noodgedwongen omgezet in een webinar. Onder leiding van Simone van Trier besteedden we uitgebreid aandacht aan wat ervaringsdeskundigheid is. Welke meerwaarde het heeft en wat de stand van zaken is met betrekking tot deze nota voor de Regio Noord- en Midden-Limburg?



Dit congres nakijken?

Kijk op vimeo.com/651252987 of scan de QR-code.

Een gedragen, gezamenlijk perspectief voor de lange termijn is geen optelsom van individuele meningen. Omdat toetsing tijdens een live congres op 15 december niet kon plaatsvinden, heeft de kwartiermaker na het schrijven van de eerste conceptteksten wederom met uiteenlopende partijen gesproken. Dit keer in groepsverband ook om onderling draagvlak te creëren. Ook hierbij is met name de mening van de ervaringsdeskundigen zelf meegenomen om te komen tot een goede beschrijving van het vak. Het daaruit voortvloeiende nieuwe concept is getoetst bij de Werkgroep Ervaringsdeskundigheid om op deze wijze te komen tot een nota die voorgelegd kon worden aan de Portefeuillehouders van de regio.

Deel 1. theorie

Wat is ervaringsdeskundigheid en hoe past het in ontwikkelingen in de zorg?

Wat is ervaringsdeskundigheid en waar komt het vandaan? Die vraag staat centraal in dit deel van de nota. Hiermee leggen we een fundament. In dit deel van de nota zijn de basisbegrippen rond ervaringsdeskundigheid gedefinieerd. Dit is van belang om met elkaar dezelfde taal te spreken. Tevens brengen we de scope waarbinnen ervaringsdeskundigheid is ontstaan en zich verder heeft ontwikkeld, in beeld.

2.

Waar komt ervaringsdeskundigheid vandaan en wat is het in een theoretisch kader

Ervaringsdeskundigheid is onderdeel van andere kennisbronnen die worden aangeduid als kennis van burgers. We beginnen dit onderdeel dan ook met een uitleg van de verschillende kennisbronnen. Ervaringsdeskundigheid werd in het verleden sterk gekoppeld aan de GGZ, omdat zij daar naam heeft gekregen. Echter, door te verwijzen naar haar kennisbron blijkt deze manier van kijken, denken en werken ineens al veel langer te bestaan en is zij veel breder van aard.

Kennisbronnen

Vaak maken we in onze samenleving een onderscheid tussen twee soorten kennis:

- *institutionele kennis, ofwel kennis van de overheid, professionals en onderzoekers;*
- *kennis van burgers.*

Kennis van burgers op grond van hun levenservaringen (ervaringskennis) is onmisbaar om het leven te begrijpen en om kwaliteit van leven, gezondheid en veerkracht te verbeteren. Echter, kennis van burgers wordt anders gewaardeerd in onze samenleving. 'Diplomakennis', die je ophaalt op een erkend instituut, vertegenwoordigt loonwaarde. Omgekeerd geldt dit ook: je hebt pas 'loonwaarde' met het juiste diploma op zak. Autodidacten die hun kennis vanuit hun levenservaringen halen, aangevuld met een persoonlijke zoektocht naar andere kennisbronnen, worden bij de toegang tot de arbeidsmarkt gestigmatiseerd en niet gewaardeerd op hun kennis.

Onze samenleving is sterk verdeeld in allerlei hokjes. Mensen worden opgedeeld in losse puzzelstukjes. Indien we burgerkennis al gebruiken in de wetenschap, dan halen we deze op bij hoger opgeleide burgers die zich roeren in allerlei belangengroepen.

De transformatie van de huidige samenleving in een 'smart', 'duurzame' en 'inclusieve' maatschappij heeft tot gevolg dat ook overheden steeds vaker te maken krijgen met complexe en controversiële vraagstukken. Om de juiste beslissingen te nemen, is de kennis van derden hard nodig. Beleidsmakers vallen daarvoor vaak terug op 'expertkennis'. Kennis van instituten dus. Het advies van deskundigen beschouwen zij daarbij immers als objectief en onafhankelijk, omdat hun expertise gebaseerd is op statistieken en onderzoeken. Echter, ook bij het maken van beleid zien we in toenemende mate dat de kennis van burgers onmisbaar is.

Veel ervaringsdeskundigheid van 'cliënten en patiënten' in de gezondheidszorg loopt via specifieke specialismen en specifieke diagnoses (psychose, reuma). Bronnen van stress, gebrekkige veerkracht en vele andere gezondheidsklachten in het dagelijks leven zijn echter generiek en contextueel en niet te vatten in disciplinaire en professionele termen en dus hokjes. Als voorbeeld: geldgebrek staat niet in een medisch handboek als oorzaak van een bepaalde ziekte, terwijl dit wel voor veel mensen een bron van stress is en daarmee van invloed op hun gezondheid. Zorg pakt deze oorzaken niet aan, maar is gericht op ziekte en ziekteprocessen.

Omgekeerd is het zo dat als zorg zich gaat bewegen binnen de context van mensen, dat dagdagelijkse dingen zoals het vinden van een netwerk of het vinden van een zinvolle dagbesteding onderdeel van de ziekte kunnen worden. Het gevolg? Mensen gaan onnodig een beroep doen op zorg.

Er gaan dan ook steeds meer stemmen op om ons meer te richten op gezondheid en minder op zorg. De hele beweging rond Positieve Gezondheid is hierop gestoeld. Laat de zorg zich concentreren op de ziekte en maak van gezondheid een breed maatschappelijk vraagstuk waarbinnen burgerkennis een heel grote rol speelt.

Systematische ontwikkeling van contextuele burgerkennis over een breed palet van levensvragen en gezondheidsproblemen, los van institutionele diagnoses, ontbreekt echter.

Kortom iedereen zoekt naar burgerkennis, maar in de praktijk wordt er weinig écht gebruik van gemaakt. En als dit al gebeurt, dan op zeer specifieke wijze. Zo wordt veel patiëntenkennis ontsloten bij burgers met een hoge Sociaal Economische Status (SES); mensen die relatief goede toegang hebben tot institutionele zorg, gemakkelijk communiceren met medisch specialisten, relatief mondig en assertief zijn, bekend zijn met vergaderformats en specifieke sociale etiquette. Met andere woorden, burger- en patiëntenparticipatie vertoont trekken van een diploma-democratie (Bovens et al. 2016).

Een effect hiervan is dat burgers die mee kunnen in die diploma-democratie zich gehoord voelen en kunnen 'afdrijven' van de burgers die hier niet in mee kunnen. Ofwel: er ontstaat een kloof. Daarmee rijst de vraag in hoeverre ze nog namens de 'patiënten' spreken. In hoeverre is de voorzitter van een (vaak geïnstitutionaliseerde) familieraad nog daadwerkelijk vertegenwoordiger van familiebelangen? Organisaties moeten zich hier bewust van zijn en hier aandacht voor hebben. Gemeenten die met name contact onderhouden met Adviesraden moeten zich hetzelfde realiseren.

De natuurlijke reflex in onze samenleving is om kennis vanuit ervaringen onder te brengen in het model van institutionele kennis. Hierdoor gaat een groot deel van die ervaringskennis verloren. Dit gebeurt ook bij de kennis rondom ervaringsdeskundigheid in de zorg. Het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem voor ervaringsdeskundigen in de GGZ is een voorbeeld van het institutionaliseren van burgerkennis. Het lijkt erop dat we de ervaringskennis van mensen pas serieus nemen als deze is vertaald naar een - voor ons - herkenbaar model.

Omgekeerd zijn kennisinstituten steeds meer geïnteresseerd in burgerkennis. Het werken via een zogenaamde Quadruple Helix aan het stedelijke ecosysteem wordt op steeds meer plaatsen toegepast. Hierin werken overheid, kennisinstituten, ondernemingen en burgers samen aan complexe vraagstukken. Burgerkennis is onontbeerlijk, zo is gebleken. In dit model zijn alle partijen gelijk en is de waarde van burgerkennis gelijk aan die van kennisinstituten. Dit komt ook steeds meer tot uiting in de wijze waarop hierin onderzoek wordt vormgegeven. De burger is in het hele proces van onderzoek een gelijkwaardige partij. In tegenstelling tot een aantal jaren geleden waarbij burgers vooral gebruikt werden om data te verzamelen (zoals het tellen van vlinders in de achtertuin).



Gebruikers van deze openbare ruimte zouden op voorhand een ander pad geadviseerd hebben.

Binnen zorg en ondersteuning weten we al lang dat opleidingskennis een slechte voorspeller is voor kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteit zit in heel andere deskundigheden en vaardigheden zoals al blijkt uit een analyse van de denker des vaderlands, Hans Achterhuis in zijn boek *De markt van Welzijn en Geluk* uit 1979. Zoals bij Achterhuis reeds aangegeven, zit goede hulpverlening vooral in het hebben van **algemeen menselijke kwaliteiten** zoals warmte, erkenning, luisterbereidheid, geduld en hartelijkheid. Maar ook recent onderzoek, zoals bij Andries Baart naar goede hulpverlening waaruit de presentiebenadering is voortgekomen, toont aan dat bovengenoemde, algemeen menselijke kwaliteiten de belangrijkste factor in goede hulpverlening zijn.

Menselijke kwaliteiten kun je niet uit een boekje leren. De cursus 'authentiek leren zijn' uit de jaren 80 inclusief cursusboek doet natuurlijk de wenkbrauwen fronsen. Veel zelfontplooiingscursussen maken echter nog steeds gebruik van elementen hiervan.

Een ander effect van zorg is dat instituties veelal autonomie van mensen ontnemen. Dit staat overigens los van de vele individuele, hardwerkende 'pareltjes in de zorg'. Vaak zijn die pareltjes natuurtalenten die geen agogisch handboek hebben gelezen, maar die worden aangetrokken om de klus te klaren. (Stevense et al).

Door het ontnemen van autonomie ontstaat 'hospitalisatie'. Deze gedragsverandering ontstaat door een ziekmakende wisselwerking tussen het individu en de omgeving. Inmiddels weten we dat als mensen lange tijd zorg ontvangen,

zelfstandigheid afneemt. Dit is een cyclisch proces: mensen worden steeds afhankelijker van zorg en passiviteit neemt toe. Daarnaast verdwijnen contacten in het normale leven, omdat deze moeilijker te onderhouden zijn. Wat voor mensen normaal zou moeten zijn, wordt vertaald naar ziekte en diagnose.

In de kern is 'meedoen en van betekenis zijn' voor mensen met een psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid niet anders dan voor mensen die niet te boek staan als iemand met een kwetsbaarheid. Echter, dat wat de meeste mensen, zonder dat ze zich dat de hele tijd bewust zijn, om zich heen hebben verzameld aan gewone, dagdagelijkse mogelijkheden om mee te blijven doen en van betekenis te zijn, is voor veel mensen met een psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid ver uit beeld geraakt. Zij moeten voor deze gewone, dagdagelijkse mogelijkheden vaak een beroep doen op geïndiceerde professionele hulp. Daarmee zijn zij geworden tot mensen met vooral een zorgvraag. Naast hun kwetsbaarheid waar ze wellicht zorg voor nodig hebben, worden hun participatievragen ook vertaald in zorgvragen. Dit pleit voor normalisatie. Zorg ervoor dat mensen in de eigen omgeving kunnen werken aan meedoen en van betekenis zijn. In de adviezen van de Commissie Dannenberg al hele belangrijk elementen.

Werken met en door burgerkennis/ervaringskennis en werken buiten instituties zijn twee belangrijke elementen die leiden tot nieuwe en betere oplossingen voor mensen met een zorg- en/of gezondheids- en/of levensvraagstuk waarbij peersupport en zelfhulp als motor kunnen functioneren. Maar daarover verderop in dit hoofdstuk meer.

Open sources of gesloten circuits?

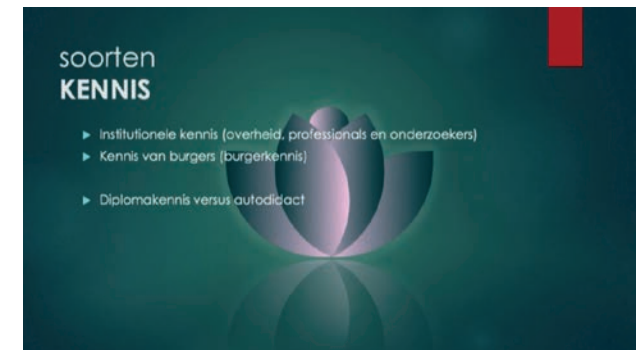
Een andere manier om het onderscheid tussen burgerkennis en institutionele kennis te duiden, is door te kijken naar de oorsprong van die kennis.

“Ervaringskennis ontstaat in de ervaring - in het meemaken - van een of andere fysieke of sociale of mentale buitenisigheid, terwijl professionele kennis wordt ontwikkeld, toegepast en overgedragen in een gespecialiseerde beroepsgroep. Voorwaarde voor toegang tot die groep en dus tot de professionele kennis is opleiding, selectie en training. Gesloten circuits. Groepen die ervaringen delen zou men daarentegen met een modern woord ‘open source’ kunnen noemen. Open circuits. Bij de één (ervaringskennis) opent de ervaring de deur, bij de ander (professionele kennis) is het gefaseerde lidmaatschap van een selecte groep de bron. Dat heeft historisch gezien altijd tot statusverschil geleid.”

(T. Borkman, Experiential Knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups.)

Over het vraagstuk of professionele en ervaringskennis elkaar aanvullen of uitsluiten, merkt Borkman op dat het ervan afhangt. Soms gebruikt een professional wel ervaringskennis maar herbenoemt en devalueert die binnen de systematiek van de eigen professionele kennis. Sommige professionele opvattingen geven meer ruimte aan ervaringskennis dan andere. En er is nog een variant... namelijk dat niet de professional maar de burger (klant, cliënt, patiënt) zelf bepaalt of en op welke momenten beide kennissoorten convergeren of conflicteren. Door bijvoorbeeld gelijktijdig gebruik te maken van professionele zorg en van zelfhulp (zeer gebruikelijk bij mensen in verslaving). Dus de vraag of

beide kennissoorten elkaar aanvullen of uitsluiten is eigenlijk een verkeerde vraag. De juiste vraag is wie bepaalt dat? Borkman: “Niet de professional maar de persoon zelf.”



Het opvallende hiervan is dat we in de afgelopen jaren veel literatuur op dit terrein hebben gezien, gestoeld op allerlei nieuwe onderzoeken. Echter, deze tekst van Borkman is al uit 1979(!) en werd recentelijk door Ed van Hoorn en Saskia Keuzenkamp in Sociale Vraagstukken weer aangehaald.

3.

De basisbegrippen van ervaringsdeskundigheid

De term ervaringsdeskundigheid is een containerbegrip geworden waar we van alles en nog wat onder scharen. Hoe vaak zien we tegenwoordig niet op TV: *'Meneer Janssen, ervaringsdeskundige'* als meneer Janssen iets vertelt over een aandoening of een gebeurtenis in zijn leven. Bij een gebroken been wordt meneer Janssen aangekondigd als ervaringsdeskundige. Maar meneer Janssen heeft op dat moment slechts ervaringskennis van zijn eigen gebroken been. Dat maakt hem nog geen ervaringsdeskundige.

Dit leidt ons tot de vraag: wat is een ervaringsdeskundige dan wel?

Door de vertroebelde term ervaringsdeskundigheid is het lastig om samen heldere keuzes te maken. De gesprekken met de stakeholders in de regio leverden ook een vertroebeld beeld op. De basisbegrippen rondom ervarings-

deskundigheid zijn ook hier in de regio niet bij iedereen even goed bekend. Daarnaast is er geen eenduidigheid in de gehanteerde begrippen. Dat is wel belangrijk! Kennis over wat ervaringsdeskundigheid is en een eenduidig begrippenkader dienen als basis voor een gezamenlijk perspectief voor de lange termijn.

Naar aanleiding van de gesprekken met de ervaringsdeskundigen uit de regio zelf is voor de uitleg van de basisbegrippen gekozen voor het model van Hilko Timmer. De ervaringsdeskundigen herkenningen zichzelf hierin, ze herkennen hun werkpraktijk hierin en het leidt tot eenheid in taal.

Herstel, collectieve ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid en empowerment zijn begrippen die aan elkaar gekoppeld zijn en voor de ervaringsdeskundigen in de regio onlosmakelijk met hun werk te maken hebben.



Basisbegrip 1: Herstel

HERSTEL IS DE BASIS VOOR
ERVARINGSDESKUNDIGHEID.

De herstelbeweging is een beweging van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de geest van die tijd ontstond er in de jaren zestig een beweging van kritische psychiatrie, ook wel antipsychiatrie genoemd. De mens zien als ding, als object werd niet langer geaccepteerd. Verschillende groepen in de maatschappij werden gemarginaliseerd. En verschillende wetenschappers zoals Foudraine gaven aan dat psychisch lijden niet los te zien is van de context. Een kijk op de psychiatrie die ook nu weer terrein wint zoals bij Floortje Scheepers in haar boek 'Mensen zijn ingewikkeld'. Of in boeken met betrekking tot Netwerkpsychiatrie.

De mens wegstoppen in inrichtingen, ver weg in bossen, had parallellen met hoe we in de jaren zestig in de maatschappij met allerlei andere groepen mensen omgingen (bijvoorbeeld gekleurde mensen). De psychiatrische inrichtingen moesten meer open en meer democratisch worden. Cliëntenraden deden hun intrede.

Steeds meer werd duidelijk dat sociale misère werd gemedicaliseerd: psychofarmaca (medicijnen) boden de oplossing; de context van die misère, of het lijden van de mensen bleven in behandelingen onderbelicht.

Naast deze kritische psychiatrie ontstond er ook een beweging van patiënten die vonden dat het anders moest. Die herstelbeweging groeide in de jaren negentig uit tot een beweging waarin mensen zelf gingen werken aan hun herstel en door middel van zelfhulp elkaar ondersteunden.

Herstellen van psychisch lijden is een existentieel proces, het is jezelf opnieuw uitvinden en dat psychisch lijden integreren in je levensverhaal. Hetzelfde geldt overigens voor lichamelijk lijden.

Van vandaag op morgen in een rolstoel terechtkomen, vraagt een nieuwe kijk op het leven dat je tot dan toe hebt geleefd. Lichamelijk lijden is echter vaak zichtbaarder. Mensen met permanent lijden, van welke aard dan ook, ervaren dezelfde soort obstakels: eenzaamheid, geen maatschappelijke rollen meer kunnen vervullen, stigma, zich buitengesloten voelen, et cetera. Ze moeten allemaal hun eigen levensverhaal als het ware opnieuw uitvinden. Ze hebben allemaal te maken gehad met levensontwrichtende ervaringen van lange duur.

William Anthony, directeur van het Psychiatric Rehabilitation Center in Boston, definieerde herstel in 1993 als volgt: *"Herstel is een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met de beperkingen als gevolg van psychiatrische handicaps. Herstel betekent je ontworstelen aan de rampzalige gevolgen van je psychiatrische toestand en ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuw doel in je leven."* (Anthony 1993).

Wat staat hier nu eigenlijk? Stel je voor: je krijgt de diagnose schizofrenie. Je wordt voor langere tijd opgenomen en je hele leven speelt zich af in de psychiatrie. Je wordt opgenomen vanwege psychosegevoeligheid... en nog eens... en nog eens. Je sport in de psychiatrie, je werkt in de psychiatrie, je hebt alleen maar vrienden vanuit de psychiatrie...

Het vergt heel veel moed om iets buiten die veilige wereld te ondernemen. Sporten bij een 'normale' vereniging... Je komt binnen in het kleedlokaal en denkt dat iedereen ziet dat op je voorhoofd het woord schizofreen staat. Dat kan heel beangstigend zijn. Je denkt ook dat mensen aan je kunnen zien dat je veel pillen slikt. Toch doe je mee aan de training, het veld op met de andere 'normale' leden. Je doet - kortom - iets heel bijzonders.

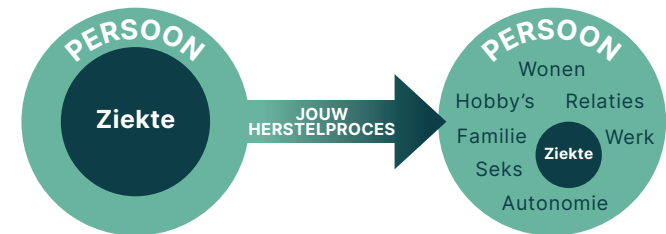
Na enkele trainingen zou het zomaar kunnen zijn dat mensen het leuk vinden dat je komt. En je realiseert je dat je eigenlijk leed aan zelfstigma. Nu ben je echter 'zomaar' lid van een sportclub. Je hebt een belangrijke zingevende rol terug. Niemand heeft je gedwongen om naar de sportclub te gaan. Sterker nog, het zou veiliger zijn om te blijven sporten in het 'zaaltje' van de instelling. Door een **actieve houding** aan te nemen, is het je gelukt.

Dat je in een gewone sportclub bent geaccepteerd, is hoopgevend en goed voor je zelfvertrouwen. Dit kan aanleiding zijn tot het weer aannemen van andere rollen in je leven. Bijvoorbeeld op het gebied van vrijwilligerswerk buiten de psychiatrie. Herstel gaat dus over terugkeren naar het gewone leven en hulpbronnen om je heen hebben die je ondersteunen in de basale dingen van het leven.

Je begint je te ontworstelen aan het samenvallen van de ziekte met jouw als persoon en identiteit. Je krijgt meer rollen terug waardoor je kwetsbaarheid minder ruimte inneemt in je leven. Je ziekte wordt als het ware weggeduwd door de andere rollen die je terugkrijgt. Mensen die te maken hebben

met een kwetsbaarheid die leidt tot afhankelijkheid van zorg, ervaren vaak een leegte. 'Wat betekenen ik nog als mens als ik op alle terreinen in mijn leven wordt benaderd als zieke patiënt?'

Dit is ook vertaald in volgend schema:



Deze afbeelding komt uit de GGZ, maar is zeker ook van toepassing bij lichamelijke kwetsbaarheid. Bijvoorbeeld iemand in een rolstoel, of iemand die door Q-koorts ernstig vermoeid is en van vandaag op morgen een heel ander leven moet leiden.

Herstel is **uniek en persoonlijk**. Wat voor de ene persoon geldt, geldt niet voor de andere. Herstel kent geen duidelijk begin- en eindpunt. En hoewel er ooit fasen van herstel beschreven zijn, zijn deze nooit lineair. Het is een proces van vallen en opstaan. Het is een proces dat zich afspeelt in het 'normale' leven en daarmee zijn modellen niet van toepassing.

Basisbegrip 2:

COLLECTIEVE ERVARINGSKENNIS

Een belangrijk onderdeel van herstel is het delen van ervaringen met anderen, bijvoorbeeld in zelfhulpgroepen. Samen met andere mensen reflecteren op (psychisch) lijden en gedeelde ervaringen en dat in een veilige omgeving. Dit gebeurt in gewone mensentaal en zonder diagnoses. De focus moet daarin liggen op kracht en kwaliteiten. De groep ontwikkelt gaandeweg mogelijkheden om met persoonlijke lijden anders om te gaan. Aan de basis staan ieders eigen ervaringen met ontwrichting en herstel. Iedereen die deze heeft meegemaakt, heeft een eigen verhaal. Dat verhaal wordt gaandeweg – in gesprekken met anderen – gemaakt, doordat mensen in eigen woorden beschrijven wat er met hen is gebeurd.

In het **eigen, subjectieve verhaal** geven mensen betekenis aan hun problemen en de manieren die zij hebben ontwikkeld om hiermee om te gaan. Om het herstel vorm te geven, benutten mensen hun eigen ervaringskennis en die van anderen (ook wel ‘doorleefde kennis’ genoemd). Dit is geen geïsoleerd proces, maar ontstaat in relatie met belangrijke anderen.

Al die verhalen bij elkaar vormen uiteindelijk **collectieve ervaringskennis**: kennis over hoe het is om te leven met een ontwrichtende situatie en de gevolgen daarvan. Want aan hoe het is om te moeten leven met een kwetsbaarheid, liggen gemene delers ten grondslag: eenzaamheid, stigma, zelfstigma, het verlies van maatschappelijke rollen, bejegening, et cetera. Daarnaast is er veel collectieve herstellkennis: kennis over hoe herstelprocessen verlopen, wat er nodig is om ze mogelijk te maken, et cetera.

Basisbegrip 3:

ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Als iemand in staat is om die collectieve ervaringskennis over te dragen aan anderen, spreken we van ervaringsdeskundigheid. Ervaringsdeskundigen hebben de vaardigheid om een context te creëren waarbinnen herstel mogelijk is. Het feit dat zij dit doen vanuit hun eigen ervaringen en ervaringen van anderen – en niet vanuit aangeleerde kennis – maakt dat er veel ruimte is voor herkenning en erkenning. Ervaringsdeskundigheid kan ingezet worden in diverse rollen. Elke rol vereist andere vaardigheden.

Aanleren van vaardigheden voor professionele inzet

Collectieve ervaringskennis ontstaat dus uit je eigen ervaringen en het delen daarvan. Collectieve ervaringskennis is niet iets wat je kunt leren op een reguliere opleiding. Opleidingen gericht op ervaringsdeskundigheid zijn vaak op zoek naar andere manieren om kennis aan te boren dan de manier die ze gewend zijn. Opleidingen gebruiken daarvoor ook vaak de collectieve ervaringskennis die aanwezig is onder de leerlingen.

Dat maakt de inzet van ervaringsdeskundigen dus ook wezenlijk anders dan de inzet van ‘zorg-professionals’. Ervaringsdeskundigen kunnen hun kennis en kunde inzetten in diverse rollen. Door les te geven, mensen individueel te begeleiden, door intervisie, begeleiding van zelfhulp, als teamlid van een behandelteam (FACT-team) of bijvoorbeeld als beleidsmedewerker. Al deze rollen vragen om uiteenlopende competenties en specifieke vaardigheden. Soms is het wenselijk om daarvoor een opleiding te volgen.

Belangrijk is dat het verhaal van de ander altijd centraal staat, niet het model van de interventies die voorhanden zijn. Veel opleidingen richten zich ook op deze competenties naast de vaardigheden.

Basisbegrip 4:

EMPOWERMENT

“Terugkijkend naar de oorsprong van het begrip empowerment stellen we vast dat het verbonden is met het streven naar emancipatie van sociaal achtergestelde individuen en groepen. Het geeft uitdrukking aan de kracht van mensen zelf om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen op (beperkende) levensomstandigheden. Empowerment is dus een kritisch begrip waarin de relatie tussen individu en maatschappij, een machtsvraagstuk, centraal staat. Het gaat over het verschuiven van de balans van bepaald worden richting zelf bepalen (meer ‘subject’ worden), zo dat werkelijke handelingsmogelijkheden ontstaan om je leven zelf en met anderen in te vullen. Dit gaat samen met een strijd tegen onderdrukkende systemen die de mogelijkheid om subject van het leven te zijn, beperken.” (Bouwman, Kroon 2016).

Bovenstaande begripsbepaling geeft heel goed weer dat empowerment te maken heeft met het heft in eigen handen nemen en met emancipatie. Voor mensen met een kwetsbaarheid die al jaren afhankelijk zijn van het zorgsysteem betekent ‘meer subject worden van de eigen levensomstandigheden’ echter veelal een tweezijdig proces. In het proces van empowerment gaan mensen, midden in hun kwetsbare situatie, niet alleen een strijd aan tegen maatschappelijke systemen, zij strijden ook tegen de belemmeringen die het gevolg zijn van een ziekte of beperking. Ook deze kunnen gezien worden als systemen die invloed hebben op de mate waarin iemand regie heeft over de invulling van het leven, bijvoorbeeld op het gebied van werk, wonen en sociale relaties.

Empowerment binnen zorg en welzijn krijgt zo een individuele én een maatschappelijke dimensie en heeft altijd als doel (een beetje) meer werkelijke macht over levensomstandigheden te verwerven. De inhoud en betekenis van empowerment kan daarmee voor iedereen anders zijn. Steun krijgen van mensen die dit proces van binnenuit zelf hebben meegemaakt, helpt dan. Ervaringskennis is hierin onmisbaar.



Michelle van Tongerloo huis- en straatarts in Rotterdam Trouw 29 januari 2022

De theorieën achter empowerment hebben in de afgelopen jaren geleid tot bezuinigingen. ‘Mensen kunnen steeds meer zelf’, was het devies en ‘zelfredzaamheid’ werd een synoniem voor ‘minder zorg’. Echter, het gaat in eerste plaats om het verleggen van grenzen tussen bepaald worden en zelf bepalen. Ook wanneer iemand afhankelijk is van anderen voor zorg of ondersteuning, kan de balans verschuiven naar meer zelfbepaling.

Empowerment van kwetsbare doelgroepen leidt dus niet automatisch tot minder zorgafhankelijkheid (en dus kostenbesparing). Een goed voorbeeld hiervan is het langer thuis laten wonen van ouderen. Veel mensen zijn heel erg blij als ze langer thuis, in hun eigen omgeving, kunnen wonen. Gevolg is wel dat de druk op thuiszorg is gegroeid. De zorgbehoefte neemt immers niet af. Zorg ontvangen in de eigen leefomgeving betekent echter wel dat de ziekmakende effecten van zorg, zoals hospitalisering, verminderen.

Ook binnen het overheidsbeleid neemt de aandacht voor het begrip empowerment toe. Door de dubbele vergrijzing en de toename van chronische aandoeningen, neemt het aantal zorgvragen in de komende decennia explosief toe. Diverse bronnen maken duidelijk dat het huidige zorgstelsel de komende vraag niet aankan. De Coronapandemie heeft die knelpunten nog verder blootgelegd. Vanuit de GGZ horen we al jaren de roep om meer geld en meer mensen omdat er meer vraagstukken op de sector afkomen. *Om aan deze problemen tegemoet te kunnen komen, zet de overheid in op het begrip empowerment, als veelbelovend concept voor de inrichting van de professionele zorg en de verschuiving van het accent op verzorging naar het accent op zelfzorg en zelfredzaamheid.* (Kwekkeboom & JagerVreugdenhil, 2009). Daarbij lijkt het begrip empowerment twee doelen tegelijkertijd te dienen.

Ten eerste biedt empowerment een antwoord op de kritiek vanuit de samenleving (vooral vanuit cliënten- en patiëntenbewegingen) dat de zorg onvoldoende aansluit bij de werkelijke behoeften. Extramuralisering en het betrekken en op waarde schatten van ervaringsdeskundigheid wordt op de politieke agenda gezet, met het begrip empowerment als verbindend concept. Tegelijkertijd lijkt de empowermenttendens ook mogelijkheden te bieden om de kosten van de professionele zorg te beheersen. Het is namelijk onver-

mijdelijk geworden om een deel van de collectieve lasten weer terug te leggen bij de individuele burger (Kwekkeboom & JagerVreugdenhil (red), 2009). Met name het feit dat empowerment wordt opgevat als iets dat bij het individu ligt, wordt een onderlegger voor de Wmo. Dit, gecombineerd met forse bezuinigingen, heeft ertoe geleid dat de paradigmashift die de Wmo voor ogen had niet, of maar ten dele, kon lukken omdat gemeenten geen middelen hadden om deze te bewerkstelligen.

Daarbij is empowerment op individueel niveau een onderdeel van een herstelproces. Van herstelprocessen hebben we al vastgesteld dat deze uniek zijn; empowerment is dat ook. Wat voor de één empowerend werkt, kan voor de ander juist disempowerend werken; wat in de ene context tot succes leidt, kan in de andere context geen effect hebben. Empowerment kan dus niet worden 'afgedwongen' met vooraf bepaalde interventies. Wat niet wil zeggen dat goed afgestemde interventies niet kunnen bijdragen. Ook hierbij is ervaringskennis onmisbaar, juist omdat het een individueel en uniek proces is waarbij voortdurend de context van dat moment leidend moet zijn.

Systematisch werken: hoe komen we naar het hart van Empowerment

De wortels van empowerment liggen in dezelfde maatschappelijke bewegingen zoals boven reeds aangehaald: sociale burgerrechtenbewegingen uit de jaren zestig, waaronder ook de vrouwenbeweging; als reactie op onderdrukking in de maatschappij als geheel; het bevorderen van ontwikkeling, emancipatie en ontplooiing; kritische perceptie op ongelijkheid; een eerlijker herverdeling. Deze community empowerment is gericht op het meer controle krijgen op het eigen leven. Dit had gevolgen voor organisaties waarbij

mensen steeds meer zeggenschap eisten en cliëntenraden hun intrede deden. Vergelijkbaar met de beweging die onder invloed van de kritische psychiatrie ontstond. Op individueel niveau gingen mensen steeds meer geloven in eigen krachten en capaciteiten. Deze psychologische empowerment kent drie lagen:

1. *De intrapersonlijke of zelfbelevingscomponent verwijst naar het geloof in eigen vaardigheden en mogelijkheden. Maar ook in het vertrouwen en de wil om de persoonlijke situatie te beïnvloeden.*
2. *De interpersoonlijke of interactionele component refereert aan kritisch bewust zijn van maatschappelijke mogelijkheden, normen en middelen, vaardigheden om deze te benutten, mobiliseren van bronnen.*
3. *De gedragscomponent heeft betrekking op de betrokkenheid bij de gemeenschap, participatie in sociale verbanden, constructief gedrag in de omgang met nieuwe situaties en het maken van keuzes. (Zimmerman en Warschausky, 1998; Steenssens en Van Regenmortel, 2007).*

“Empowerment als proces is het creëren van een professionele relatie waarbij de cliënt of de gemeenschap de controle neemt over een verandingsproces, waarbij zowel de doelstellingen van dit proces als de middelen die worden gebruikt, door hen wordt bepaald.”

(Tengland, 2008)

Hoe vreemd zou het zijn geweest als mannen het emancipatieproces van vrouwen zouden hebben bepaald. Even vreemd is de veronderstelling dat kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van zorgsystemen, niet hun eigen proces kunnen bepalen. Mits wordt voldaan aan een aantal randvoorwaarden, blijkt dat mensen met een kwetsbaarheid wel degelijk kunnen werken aan eigen empowerment.

Zinnvolle verbondenheid is de belangrijkste voorwaarde. Daarbij gaat het om het gevoel ergens bij te horen, iets te betekenen voor een ander. **Herstelwerk** staat op de tweede plaats. Hieronder vallen onder andere de strategieën die mensen toepassen in het omgaan met de eigen kwetsbaarheden. Op de derde plaats vinden we basisvoorwaarden als **rust, veiligheid, dagbesteding en genoeg geld om van te leven**. (Boevink et. al. 2008)

Opvallend: allemaal randvoorwaarden die behoren tot het sociale domein (en niet het zorgdomein).

Empowerment wordt de laatste jaren gelukkig steeds meer gezien als belangrijk kader voor sociale inclusie. Volgens Van Regenmortel (2010) richt empowerment zich op het versterken van personen en groepen met als doel dat iedereen een volwaardige plek heeft in de samenleving. *“Sociale inclusie staat voorop, maar wel met een duidelijk geloof in en appèl op de eigen krachten van burgers. Participatie wordt als motor beschouwd voor het beoogde versterkingsproces. Nadrukkelijk gaat het daarbij niet om participatiedwang, het (verplicht) meedoen aan maatschappelijk gewenste activiteiten. Het betekent eerder een actieve uitnodiging om te participeren binnen de samenleving. Ontmoeting en dialoog vormen hierbij de kernbegrippen. Aan de basis daarvan ligt de erkenning van individuele kwetsbaarheden, zonder deze te individualiseren. Van Regenmortel wijst op de samenhang tussen individuele kwetsbaarheid en maatschappelijke kwetsbaarheid. Zolang er binnen de samenleving op de kwetsbaarheid van mensen gereageerd wordt met stigma en discriminatie, zal de kloof tussen ‘kwetsbare’ burgers en ‘gewone’ burgers (voor zover die bestaan) groot blijven. Om deze afstand te verkleinen, dient een insidersperspectief te worden ingenomen. Empowerment hecht daarom grote waarde aan ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Alleen al de erkenning dat ervaring met moeilijke omstandigheden een waarde op*

zich is en een belangrijke bron van kennis, is voor de betrokkenen een bron van kracht. Het biedt mensen de veerkracht die nodig is voor het vinden van nieuwe betekenisgeving, het zoeken naar positieve identiteiten en het nemen van verantwoordelijkheid. (Oratie: 'Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg' Professor Dr. Tine van Regenmortel 2010.)

Mensen die in hun leven worden geconfronteerd met een psychische of lichamelijke kwetsbaarheid, moeten hiermee leren leven. Herstelgerichte zorg dient zich te richten op het persoonlijk herstel en niet eenzijdig op het bestrijden van de ziekteverschijnselen (Boevink et al., 2008, Boevink, 2009). De essentie van gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte. Zoals eerder al aangegeven met betrekking tot het overhevelen van burgerkennis naar institutionele kennis, gaat heel veel burgerkennis verloren omdat deze niet past binnen de modellen van institutionele kennis. Vraag is dan ook of een complex construct als empowerment überhaupt wel te meten valt. Zimmerman (1995) beargumenteert dat een universele meting een verkeerd beeld van empowerment kan geven door effecten te construeren als statische resultaten in plaats van dynamische ervaringen. *"De ontwikkeling van een universele maat voor empowerment is niet een juist doel, omdat het niet hetzelfde betekent voor elk persoon, elke organisatie of gemeenschap."* Uitkomsten kunnen daarom fluctueren en zijn afhankelijk van omstandigheden. Hetzelfde geldt voor herstel. Empowerment en herstel kennen echter wel een aantal principes of randvoorwaarden: 'faciliteren', 'ondersteunen', 'context', 'vrije ruimte', 'integrale aanpak'.

"Herstellen is een proces, geen eindpunt of doel. Herstellen is een houding, een manier om de dag en de uitdagingen die ik tegenkom onder ogen te zien. Mijn herstel betekent dat ik

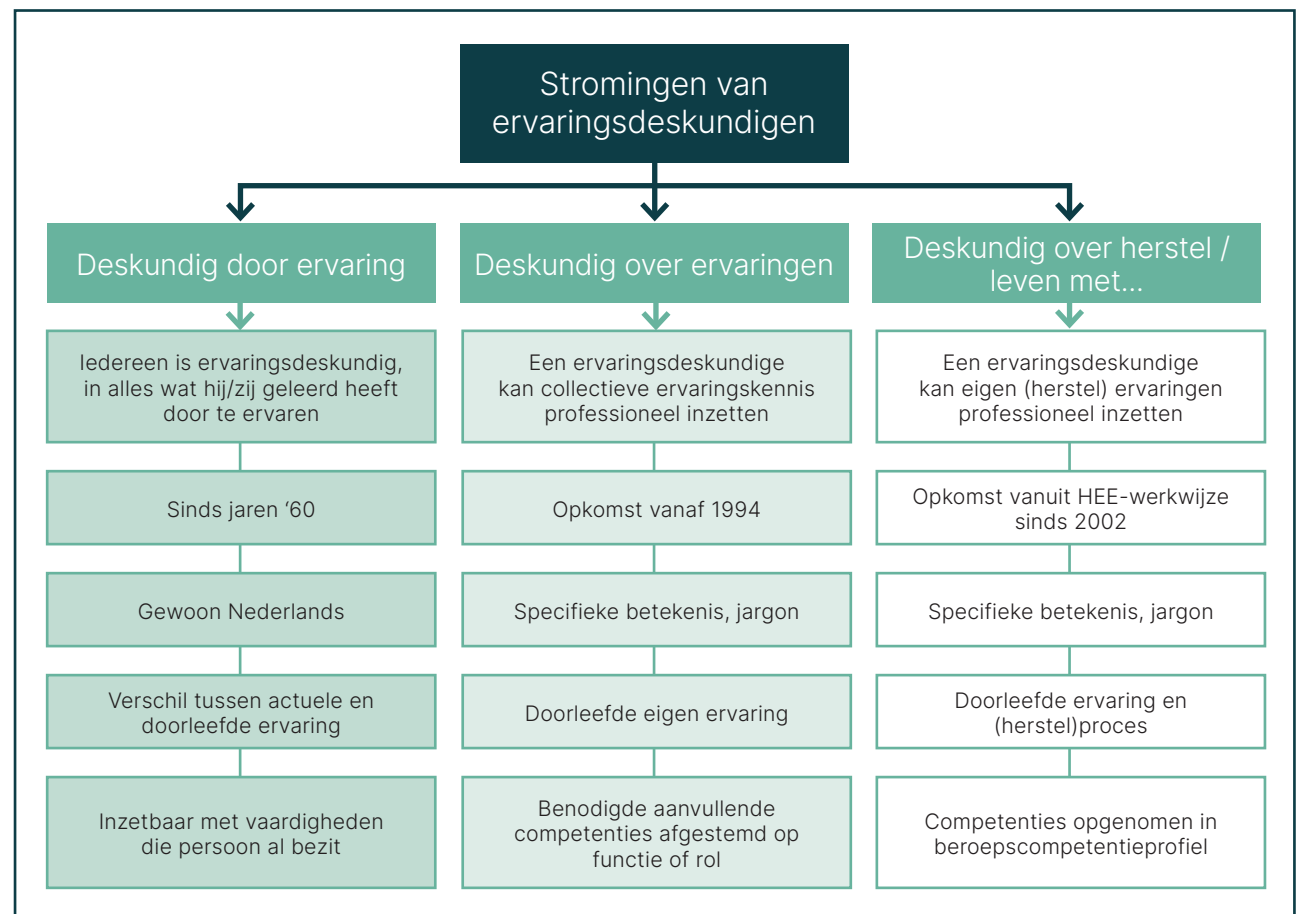
weet dat ik bepaalde beperkingen heb en dat er dingen zijn die ik niet kan. Maar in plaats van dat dit me dat tot wanhoop drijft en aanleiding is om op te geven, heb ik geleerd dat ik, juist door te weten wat ik niet kan, ook de mogelijkheden zie van alles wat ik wel kan." (Deegan, 1993)

Empowerment en herstel zijn dus geen interventie. Ze vallen niet onder methodieken, hebben geen kop en staart. Maar voor beide processen is ervaringskennis onmisbaar. Betekent dit dan dat ervaringsdeskundigen 'maar wat doen'? Ervaringsdeskundigen werken wel degelijk methodisch, alleen niet zoals we dat gewend zijn in institutionele kennis. De zeer complexe processen van herstel en empowerment vragen om ruimte voor het individuele proces van mensen en geven wel resultaten van persoonlijke groei, maar die zijn anders dan de statistische resultaten die we gewend zijn.

Empowerment heeft een context (vrije ruimte) nodig waarin ontmoeting, dialoog, herkenning en groei mogelijk zijn. Empowerment is een gevolg van iets wat je mogelijk maakt... faciliteert. Dat mogelijk maken van empowerment, oftewel herstelprocessen, is exact dát wat ervaringsdeskundigen zo goed kunnen.

- Ze weten hoe ze een vrije ruimte moeten creëren.
- Ze weten hoe ze die 'normale' leef-waarden mogelijk kunnen maken voor mensen voor wie ze niet meer vanzelfsprekend zijn.
- Ze weten hoe ze anders kunnen kijken naar mensen (i.p.v. alleen de rode bol zien, hardnekkig ook de andere mens-eigenheden en -kwaliteiten zien).
- Ze weten hoe ze mensen kunnen verleiden om weer te durven oefenen met het maken van eigen keuzes, eigen betekenisgeving, zichzelf weer als iemand die kan en mag groeien te durven zien.

En dat kunnen ze als geen ander, omdat ze zelf hebben doorleefd wat het betekent als je in een 'lege ruimte' leeft en niet meer weet waarom je mens bent. **Ervaringsdeskundigen hoeven daarom ook geen ervaring te hebben met een bepaalde diagnose of een bepaald probleem.** Zich vergeten voelen, eenzaam zijn, geen informeel netwerk hebben, geen stabiele woonsituatie hebben, geen doel in het leven ervaren en onvoldoende financiële middelen hebben, zijn universele begrippen die kwetsbare mensen allemaal ervaren.



4.

Veranderingen in de kijk op gezondheid en zorg

In de afgelopen jaren hebben we een duidelijke verschuiving gezien in de kijk op gezondheid en zorg. Een aantal van die veranderingen is van invloed op het thema ervaringsdeskundigheid en wordt hier kort aangeduid.

Gezondheidsverschillen en stress

In een baanbrekend essay, Gezondheidsverschillen voorbij (3-10-2020), heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving vastgesteld dat het beleid om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te doen afnemen, is mislukt. Deze verschillen nemen eerder toe dan af. De Raad stelt dat de benadering in de laatste decennia te individueel gericht is geweest. Men is voorbijgegaan aan de complexe, maatschappelijke ongelijkheid achter gezondheidsverschillen.

“Gezondheidsverschillen worden echter niet alleen veroorzaakt door sociaaleconomische ongelijkheid. In werkelijkheid is de achterliggende ongelijkheid veel complexer en overstijgt deze vaak de individuele mogelijkheden om die te beïnvloeden. Zolang we die complexe ongelijkheid niet adresseren, zal de aanpak van het probleem geen succes hebben. Met alle maatschappelijke gevolgen en kosten van dien. Dat is onrechtvaardig voor het individu, veroorzaakt hogere zorguitgaven en een mindere arbeidsparticipatie, maar zet ook het menselijke en sociale kapitaal van de samenleving onder druk. Bovendien legt die ongelijkheid een hypotheek op de maatschappelijke veerkracht – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart, zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk.”

De Raad beargumenteert dat er sprake is van ‘complexe ongelijkheid’. De werkelijkheid die gezondheidsverschillen veroorzaakt, is zeer complex. Complex omdat de oorzaken

zich niet laten vernauwen tot enkele sociaaleconomische factoren. Mensen met een hoge sociaaleconomische status, kunnen eenzaam (en daardoor ziek) worden, als hun sociale netwerk afbrokkelt.

Complex ook, omdat de oorzaken niet eendimensionaal zijn. Het gaat om een interactie tussen verschillende factoren. Ongelijkheid in onderwijs, positie op de arbeidsmarkt, sociale zekerheid, leefomgeving, gezondheid en sociale relaties staan niet op zichzelf; ze beïnvloeden elkaar, soms in negatieve, maar soms ook in positieve zin. Complex omdat het een correlatie van factoren betreft gedurende een lange periode in de tijd: verschillen ontstaan niet plots en zijn vaak een gevolg van een opstapeling van problemen gedurende de levensloop. Hierdoor wordt Giftige Stress gecreëerd.

Toch is er een grote groep zogenaamde ‘precairen’ aanwijsbaar: mensen die in een onzekere, zorgelijke situatie leven. **Meer dan een vierde van de Nederlanders ervaart op verschillende levensdomeinen verregaande problemen.** Het SCP concludeert dat deze groep tekortkomt op zowel persoonlijk, cultureel, economisch als sociaal kapitaal. Meer concreet: ze hebben geen ondersteunend informeel netwerk, geen stabiele woonsituatie, geen werk, geen dagbesteding, geen zingeving, ze zijn laagopgeleid, vaak onzeker en er zijn onvoldoende financiële middelen. Bovendien hebben ze te maken met een slechte fysieke en mentale gezondheid. Ze leven in permanente onzekerheid over hun toekomst. Dit brengt chronische stress en andere gezondheidsklachten met zich mee. Het verdwijnen van stabiliteit in bestaanszekerheid betekent voor hen achteruitgang in gezondheid.

Iemand's sociaaleconomische status was jarenlang de indicator voor sociale ongelijkheid. Inkomen en opleidingsniveau werden daarmee gaandeweg de bepalende factoren waar andere verschillen als het ware uit voortvloeien. Maar in onze

huidige samenleving zijn ook vaardigheden nodig om richting aan het leven te geven en met complexe problemen om te kunnen gaan. Om een weg te kunnen vinden in deze complexe maatschappij.

De Raad wil van een individuele benadering naar een maatschappelijke benadering. Complexe ongelijkheid gaat de samenleving als geheel aan. Kunnen we naast een diploma-democratie (zie pagina 8) wellicht ook spreken over een gezondheidsdemocratie. Gezondheid gaat ook over toegang. Toegang tot werk, tot inkomen, tot meedoen, tot gezien worden, tot aanhaken. Gezien de complexiteit van die gezondheidsverschillen is burgerkennis en daarmee ook ervaringskennis onmisbaar in de weg naar de oplossingen.

De complexiteit van de mens en het menselijk leven

In haar recente boek 'Mensen zijn ingewikkeld' pleit Floortje Scheepers, hoogleraar innovatie in de GGZ, voor een nieuwe visie op psychische kwetsbaarheid en voor het loslaten van modellen. Ze beschrijft waarom logica en modellen of kaders als de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tekortschieten en waarom we bescheiden moeten zijn over wat we weten of begrijpen van gedrag. Mensen zijn adaptieve, complexe wezens die, als ze ontregelen, in verbinding tot anderen tot herstel kunnen komen. Ook als we de oorzaak van die ontregeling nooit helemaal kunnen doorgronden.

Een groot deel van de mensen die door de GGZ wordt behandeld, heeft ooit een trauma meegemaakt. Trauma in een menselijk leven leidt tot een onmeetbaar aantal complexe interacties. De leefomgeving van een mens, de stress waaraan hij wordt blootgesteld, maar ook factoren als milieu, vormen

allemaal factoren die kunnen leiden tot ontregeling. In haar boek pleit Floortje voor de inzet van allerlei kennis om te komen tot collectieve intelligentie, waarbij burger- en ervaringskennis een heel belangrijke rol spelen.

De bekostiging van de GGZ kent echter een heel andere reflex. Daar waar er vroeger nog ruimte was voor de zogenaamde maatschappelijk psychiatrie, is de bekostiging nu volledig gekoppeld aan de DSM-5 diagnoses. Dit zorgt ervoor dat er helemaal niet gekeken wordt naar alle complexe factoren die uitmaken of iemand ontregelt of niet, maar dat er alleen maar gekeken wordt naar de biomedische factoren. Feitelijk kan en moet de psychiatrische zorg de maatschappelijke factoren niet oplossen, maar zij kan in netwerkmodellen wel andere partijen betrekken in de zorg.

Positieve Gezondheid

Mensen zijn niet hun aandoening. Toch focussen we daar in de zorg doorgaans wel op. Alle aandacht gaat uit naar klachten, gezondheidsproblemen en hoe we die kunnen oplossen. Positieve Gezondheid kiest een andere invalshoek. Het accent ligt niet op ziekte, maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies. Die bredere benadering draagt bij aan het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Hoewel deze benadering niet langer de ziekte, de diagnose of het label dat mensen opgelegd krijgen centraal stelt, gaat het nog steeds sterk uit van een individuele benadering. Eerder hebben we gezien dat gezondheid een veel bredere en complexere maatschappelijke dimensie heeft. Zelf actie ondernemen door te stoppen met roken of gezonder te gaan

leven, draagt zeker bij aan de individuele gezondheid. Maar maatschappelijke stressfactoren die we niet kunnen beïnvloeden, verslechteren diezelfde gezondheid aanzienlijk. En voor mensen die er helemaal alleen voor staan, die geen netwerk meer hebben, zijn sommige stappen heel erg groot.

Het uitgaan van het eigen vermogen van mensen past echter wel goed bij herstel en empowerment. Hierdoor sluit Positieve Gezondheid voor dat deel aan bij de inzet van ervaringsdeskundigheid.

De menselijke maat

“Als we de menselijke maat terug willen, dan kunnen we in het publieke domein beginnen door te stoppen met mensen te labelen als klant, cliënt, patiënt, gedetineerde, dakloze, uitkeringsgerechtigde, geïndiceerde, gevaccineerde, gediplomeerde, huurder, leerplichtige, zorgmijder, multi-probleem-gezin, statushouder, on-gedocumenteerde, gedupeerde, fraudeur, schuldenaar, wsnp-er, nugger, alokopper, Wajonger, jeugd-ggz-er, zorgwekkende zorgmijder, verslaafde, add-er, pddnoser, ptss-er, voortijdig schoolverlater... Om maar eens een paar labels te noemen. Met al die bureaucratische labels dehumaniseer je de mens en dus het systeem weer een stukje verder. Hoeveel mensen kwamen er vandaag op je spreekuur? Dat klinkt toch niet zoveel anders dan patiënten?”
Albert Jan Kruiter (Instituut voor Publieke Waarden)

In de Atlas van Afgehaakt Nederland (december 2021) laten Josse de Voogd en René Cuperus zien dat er in ons land steeds meer scheidslijnen lopen die onder andere te maken hebben met een verdeling van winnaars en verliezers. Verliezers doen op bijna alle maatschappelijk belangrijke terreinen niet meer mee. Van huisvesting tot werk, van gezondheid tot een netwerk hebben, van vertrouwen hebben tot toekomstangst.

De Voogd en Cuperus laten ook zien dat allerlei modellen hierop toepassen slechts een heel klein deel van de werkelijkheid blootlegt. Daarom zijn ze in allerlei cijfers gedoken op schaalniveau van specifieke buurten. Dit dicht bij de mensen onderzoeken, legt de complexiteit bloot. En die complexiteit vraagt dus ook om oplossingen vanuit de mensen zelf en gebruikmakend van de kennis van burgers zelf.

Micro-publieke plekken

Iedere gemeente kent plekken waar mensen van nature bij elkaar komen, elkaar treffen en met elkaar in gesprek gaan. Soms hebben deze plekken ook een zorgzaam karakter. Denk daarbij aan het schoolplein waar jonge ouders bij elkaar terecht kunnen met hun vragen en problemen rondom bijvoorbeeld opvoeding. Het begrip micro-publieke plekken wordt steeds vaker gebruikt om dit brede spectrum aan fysieke plekken te duiden.

Mensen komen elkaar tegen in huis en op het werk, maar ook in buurthuizen, cafés, bibliotheken en andere ‘hang outs’. Stadsonderzoeker Oldenburg (Oldenburg, 1989) noemde dergelijke plekken ‘derde plekken’. Deze plekken speelden volgens hem een belangrijke rol in de vorming van gemeenschappen, omdat mensen er leren wat ze kunnen verwachten van anderen en hoe je vreemden kunt vertrouwen. Derde plekken hebben volgens hem ook een belangrijke functie in de reproductie van democratie. Andere onderzoekers benadrukten de kracht van deze ‘derde plekken’ in etnisch diverse steden. Cultureel-geograaf en antropoloog Amin (2002) introduceerde het concept ‘micropublieken’:
“Micropublieken ontstaan waar werkplekken, scholen, jeugdcentra, sportclubs en andere sociale plekken diverse groepen samenbrengen en hen daarmee aanzetten om in alledaagse contacten een verstandhouding te ontwikkelen. Spanningen

tussen groepen worden niet opgelost in dialoog tussen hun leiders noch door grote gebaren tussen gemeenschappen, maar in alledaagse interacties in sportschool of schoolplein.”

Geïnspireerd door het werk van Amin, deed Hall (2012) onderzoek naar samenleven in winkels, cafés en huizen van de superdiverse Walworth Road in Londen. Ze observeerde de dagelijkse routines en liet zien hoe mensen met zeer uiteenlopende achtergronden vertrouwd met elkaar raakten, simpelweg doordat ze eenzelfde ruimte deelden en langs elkaar heen bewogen. Met kleding, voedsel, etalages, uithangborden en omgangsvormen lieten mensen zien hoe ze hun thuisgevoel in Londen combineerden met hun binding aan andere plekken op de wereld. Hall stelt dat juist vanwege het alledaagse karakter van contacten op plekken zoals aan Walworth Road, deze plekken een belangrijke politieke en sociale ruimte vormen in het moderne, multiculturele stadsleven.

“De micro-publieke plekken die wij bestudeerden, combineren de genoemde kenmerken van de derde plekken van Oldenburg waar het gaat om ontmoeting, plezier en gemeenschapsvorming; van de micropublieken van Amin, waar mensen met diverse afkomsten samenkomen voor bepaalde activiteiten; en van de prozaïsche publieken van Hall waar mensen in hun dagelijkse routines dezelfde publieke ruimte delen. Amin en Hall laten zien hoe specifieke plekken in een stad het mogelijk maken dat mensen die verschillen qua uiterlijk, religie en culturele gewoontes, samenleven. Bij de zorgzame plekken die in dit hoofdstuk centraal staan, gaat het ook om samenleven met verschillen... Verschillen in talenten en beperkingen, gezondheid en ziekte, betaald en onbetaald werk.

In de analyse richten we ons op de micropolitiek van deze micro-publieke plekken. Wat zijn de expliciete en impliciete regels voor eigenaarschap en omgangsvormen? Wat zijn

formele en informele criteria voor toegang en uitsluiting? Daarbij gaat het over de wijze waarop de fysieke ruimte is ingericht, de omgangsvormen in het sociale verkeer en de inzet van (financiële) middelen. Institutionele zorggebouwen dicteren door panoptisch en hiërarchisch toezicht met medici als ‘bewakers’ bepaalde normen over normaliteit en pathologie en faciliteren bepaalde dataverzameling over afwijkend gedrag en dus de productie van specifieke kennis. Het is de vraag hoe de ruimtelijke vormgeving van het voorliggende veld sociale relaties vormt en welke kennis over gezondheid en zorg daar gemaakt kan worden.” (Gezonde stad. Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte. Horstman en Knibbe 2022)

In hun publicatie ‘Hoe maak je een gezonde en inclusieve stad’, maken Horstman en Knibbe een analyse van hun werk van de afgelopen jaren in Limburg en Maastricht. Daarbij maken ze ook een analyse van die zogenaamde micro-publieke plekken, en dan in het bijzonder plekken die een voorliggende functie hebben en zorgzaam van aard zijn. Door etnografisch participatief onderzoek te doen op verschillende van deze plekken, zijn kenmerken te duiden die maken dat de micro-publieke plekken met een zorgzaam karakter ook werken:

- *De plekken brengen diverse sociale groepen en ‘vreemden’ samen op grond van gedeelde interesses in werk, creativiteit, groen, dieren of simpelweg omdat ze een aantrekkelijke sociale ontmoetingsplek zijn.*
- *Deelnemers of vrijwilligers hoeven geen diagnose of indicatie te hebben om binnen te komen en mee te doen. Veel mensen hebben zo’n indicatie wel, omdat grote organisaties in de zorg en het sociale domein mensen ‘met een indicatie’ en ‘met een diagnose’ naar deze plekken verwijzen. De plekken zelf zijn als zodanig niet van instituties maar van de gebruikers en de buurtbewoners.*

- Deze plekken delen een micropolitiek die gericht is op inclusie, sociale erkenning, en de-stigmatisering. Die micropolitiek uit zich in de organisatie van de fysieke ruimte, het gebruik van de-stigmatiserende woorden en in het gebruik maken van uiteenlopende financiële arrangementen (iedereen heet bijvoorbeeld vrijwilliger en financiering komt ook uit de verkoop van producten).

“De micropolitiek van zorgzame plekken bestaat ook uit zorgvuldig gekozen woorden die bijdragen aan nieuwe vormen van sociale erkenning. Taal beschrijft niet alleen groepen en hun problemen, het doet ook iets met die groepen. Mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben, ondervinden niet alleen last van ziekte, beperking of werkloosheid, maar ook van de labels die gebruikt worden in de zorg en het sociale stigma dat daaraan kleeft.” (Hoe maak je een gezonde en inclusieve stad? Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte. Horstman en Knibbe 2022)

- Zorgzame plekken hebben de ruimte zodanig ingericht, dat ‘omgaan met verschillen’ vanzelfsprekend is. De ruimte is niet gekarakteriseerd door fysieke, functionele en sociale scheidslijnen, maar door integratie. Veel gemeenten hebben gebouwen met dergelijke kenmerken en zouden die uitstekend kunnen inzetten.
- De plekken zijn van de gebruikers en de buurtbewoners, die er zelf vorm en inhoud aan kunnen geven. Daarbij is het van essentieel belang dat er een herkenbare naam op de deur staat, Koffie bij Wim bijvoorbeeld, en dat er **geen** gebruik gemaakt wordt van logo’s van organisaties die eventueel betrokken zijn.

“De doorontwikkeling van ervaringsdeskundigheid buiten de context van professionele instellingen en disciplines stukt echter, omdat er geen fysieke en sociale ruimte is waar die kennis zich kan ontwikkelen. Er is met andere woorden geen ruimtelijke verbinding tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid en gewoon alledaags leven. Zorgzame micro-publieke plekken zouden beschouwd kunnen worden als een nieuwe ruimte voor een nieuwe kennispolitiek, waarin ervaringsdeskundigheid een plek heeft. Op die plek wordt geen kennis gemaakt over afwijkingen en stoornissen zoals ze zich voordoen in een institutionele setting, maar over de dynamiek van lijden, veerkracht, herstel en participatie in het gewone leven.”

(Hoe maak je een gezonde en inclusieve stad? Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte. Horstman en Knibbe 2022)

Publieke verantwoording

Met de verschuivingen van taken naar gemeenten, is ook de verantwoording verschoven naar gemeenten. De verantwoordingssystematiek is in grote organisaties in alle lagen van de organisatie vertegenwoordigd. Dit geldt zeker ook voor zorgorganisaties. Medewerkers op de werkvloer weten hoe ze in het systeem alle handelingen moeten registreren en onder welke code, het middenmanagement kan de productie verantwoorden en in de zorg zijn KPI's al helemaal ingeburgerd. De directie gebruikt ze om de organisatie te sturen.



De waarden van de inzet van ervaringsdeskundigheid liggen veel dichterbij de waarden van de inzet van bewoners-initiatieven; bij de gewone menselijke waarden. Een ervaringsdeskundige die meegaat in de beweging van herstel van de bewoner kan niet aangeven hoeveel minuten dit gaat kosten, hoeveel afspraken er nodig zijn of welke stappen gezet worden. Alles hangt immers af van dat persoonlijke en unieke herstelproces zoals eerder beschreven. Tijd en maatwerk zijn in strijd met de publieke verantwoording die sinds de jaren 90 in alle facetten van de zorg is geïntroduceerd. Tijd en maatwerk en de inzet van ervaringsdeskundigheid vragen om een andere manier van publieke verantwoording.

Bovens en Schillemans geven in het Oxford Handbook of Public Accountability een politiek-filosofische en bestuurskundige analyse van publieke verantwoordingspraktijken. Ze laten zien dat publieke verantwoordingspraktijken die zijn ontwikkeld om openbaarheid, transparantie, democratisch toezicht en een democratisch gesprek mogelijk te maken, vaak hun doel voorbijgeschieten. *“Deze praktijken zijn vergaand*

en minutieus gefragmenteerd, gejuridiseerd en gebureaucratiseerd. Democratisch toezicht is ondoorzichtig geworden, afhankelijk van experts zoals accountants en financieel-economische specialisten en daarmee ontoegankelijk voor burgers. Met de ontwikkeling van een politieke cultuur van maakbaarheid, is verantwoording een sturings- en controle-instrument geworden van politieke professionals om alle ‘risico’s’ van beleid en ongelukken zoveel mogelijk van tevoren uit te sluiten: de cultuur van publieke verantwoording is een cultuur van ‘pech moet weg’ (Mertens et al., 2003).

“De ongelimiteerde expansie van verantwoordingstechnieken heeft echter veel negatieve effecten: naast hoge kosten, doet ze afbreuk aan andere publieke waarden zoals effectiviteit efficiency, vertrouwen en leren.” (Bovens & Schillemans, 2014)

De inzet van ervaringsdeskundigen in gemeenten - een duidelijke wens van de 14 gemeenten in Noord- en Midden-Limburg - vraagt om ongeregelde ruimte voor ‘plaatsmakers’ en vernieuwers. Publieke instituties, zoals gemeenten, hebben zich de taal van participatie, dialoog, gemeenschapsvorming en leefwereld toegeëigend en nodigen ervaringsdeskundigen uit om zich te laten horen. Verhalen van initiatieven die de publieke ruimte zorgzamer, socialer, leefbaarder en veerkrachtiger maken, laten echter zien hoe gecompliceerd de relatie is tussen initiatieven van ervaringsdeskundigen en instituties. Er is daarbij geen sprake van institutionele vijandigheid. Integendeel! De plannen en initiatieven worden allemaal welgezind tegemoet getreden en warm onthaald. En er zijn altijd behulpzame ambtenaren en bemiddelaars. **Er is dus geen sprake van wantrouwen op voorhand, echter instituties raken vaak verstrikt in de eigen verantwoording.** Bij de inzet van meer ervaringsdeskundige kennis in de regio, is aandacht voor andere manieren van publieke verantwoording dus een vereiste.



“Wil het maken van gezonde steden en gezonde omgevingen geen megalomane, institutionele en expertocratische onderneming worden, dan is het noodzakelijk om visie en kennis van burgers serieus te nemen en deze actief uit te nodigen. Verandering van de institutionele verantwoordingscultuur is echter cruciaal en urgent om bewoners serieus te engageren. Dat geldt met name voor burgers die het meest van institutionele praktijken afhankelijk zijn, die erdoor beschadigd zijn geraakt en die er weinig vertrouwen in hebben: burgers die niet goed weten hoe de hazen lopen en geen belangrijke 06-nummers in hun telefoon hebben staan. Diplomademocratie is ook in burgerparticipatie een groot probleem. Mensen die wonen in lage inkomensbuurten met slechtere woningen, meer onveiligheid, slechtere luchtkwaliteit, minder gastvrije ontmoetingsplekken en een lagere kwaliteit groen worstelen meer met gezondheidsproblemen en hebben minder macht om problemen rond publieke ruimte te definiëren en aan te pakken. Als ze proberen hun omgeving te verbeteren, lopen ze stuk in publieke verantwoording. Als vraagstukken rond gezonde steden en gezonde omgevingen en democratievraagstukken niet met elkaar verbonden worden, is er gerede kans dat gezondheidsverschillen worden gereproduceerd.” (Hoe maak je een gezonde en inclusieve stad? Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte. Horstman en Knibbe 2022)

“Mijn gevoel van totale eenzaamheid kwam voort uit het feit dat veel mensen met mij praatten over mijn symptomen, maar niemand met mij sprak over hoe het met mij ging. Niemand zei: ik ben hier om je te vertellen dat er een uitweg is...”

PATRICIA DEEGAN





Deel 2.

De regio's in beeld

In de volgende hoofdstukken gaan we verder in op de situatie in onze regio.

Dit doen we aan de hand van een aantal hoofdvragen:

- Welke definities hanteren we wanneer we praten over ervaringsdeskundigheid (gemeenschappelijke taal)?
- Wat is voor ons de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid? Waarom zetten we het in?
- Hoe zetten we ervaringsdeskundigheid nu in?
- Wat zouden we willen? Wat ontbreekt er nog en waar liggen kansen?

5.

De definities van herstel, ervaringsdeskundigheid en empowerment in de regio

Op grond van de literatuurstudie en de gesprekken met alle stakeholders en bovenal met de ervaringsdeskundigen in de regio, komen we tot de volgende definities.

HERSTEL

Herstel is een uniek en persoonlijk proces. Wat voor de ene persoon geldt, geldt niet voor de andere. Herstel kent geen duidelijk begin- en eindpunt. En hoewel er ooit fasen van herstel beschreven zijn, zijn deze niet lineair. Het is een proces van vallen en opstaan. Het is een proces dat zich afspeelt in het 'normale' leven en daarmee zijn modellen niet van toepassing. Uit onderzoek blijkt dat ervaringskennis een onmisbare bron is om herstel aan te jagen. Die ervaringskennis zou breed toegankelijk moeten zijn. Herstel vereist maatwerk.

Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid wordt uitgevoerd door iemand die in staat is om de collectieve ervaringskennis over te dragen aan anderen. Die collectieve ervaringskennis heeft de ervaringsdeskundige opgedaan in de eigen ervaringen en

ook in het delen van ervaringen met anderen. Het delen van ervaringen met anderen gebeurt in de vorm van zelfhulpgroepen. Ervaringsdeskundigen hebben de vaardigheid om een context te creëren waarbinnen herstel mogelijk is. Het feit dat zij dit doen vanuit hun eigen ervaringen en ervaringen van anderen en niet vanuit 'aangeleerde' kennis maakt dat er veel ruimte is voor herkenning en erkenning. Dat alleen al maakt minder eenzaam.

Ervaringsdeskundigheid kan ingezet worden in diverse rollen. Bijvoorbeeld in de rol van wederkerige gesprekspartner, trainer of beleidsmaker. Elke rol vereist andere vaardigheden. De regio erkent dat:

- *ervaringsdeskundigheid een volwassen professie is;*
- *deze kennis betaald dient te worden;*
- *er eisen gesteld mogen worden aan de kwaliteit van ervaringsdeskundigen;*
- *ervaringsdeskundigen vrije ruimte nodig hebben;*
- *ervaringsdeskundigen een belangrijke rol hebben in het normale leven (proces van herstel, in micro-publieke plekken, et cetera);*
- *ervaringsdeskundigheid veel kan oplossen maar niet altijd alles. Dit impliceert samenwerking met andere disciplines.*

Empowerment

Empowerment en herstel zijn geen interventie. Ze vallen niet onder methodieken, hebben geen kop en staart. Maar voor beide processen is ervaringskennis onmisbaar. De zeer complexe processen van empowerment en herstel vragen om ruimte voor een individuele proces van mensen. Ze geven resultaten van persoonlijke groei, maar anders dan de statistische resultaten die we gewend zijn.

Empowerment heeft een context (vrije ruimte) nodig waarin ontmoeting, dialoog, herkenning en groei mogelijk zijn. Empowerment is een gevolg van iets wat je mogelijk maakt, faciliteert. Dat mogelijk maken van empowerment, oftewel herstelprocessen, is exact dát wat ervaringsdeskundigen goed kunnen.

- Ze weten hoe ze een vrije ruimte moeten creëren.
- Ze weten hoe ze die 'normale' leef-waarden mogelijk kunnen maken voor mensen voor wie ze niet meer vanzelfsprekend zijn.
- Ze ontmoeten de mens als mens.
- Ze weten hoe ze mensen kunnen verleiden om weer te durven oefenen met het maken van eigen keuzes, eigen betekenisgeving, zichzelf weer als iemand die kan en mag groeien te durven zien.

En dat kunnen ze als geen ander, omdat ze zelf hebben doorleefd wat het betekent als je in een 'leeg bestaan' leeft en niet meer weet waarom je mens bent. ***Ervaringsdeskundigen hoeven daarom ook geen ervaring te hebben met een bepaalde diagnose of een bepaald probleem. Zich vergeten voelen, eenzaam zijn, geen informeel netwerk hebben, geen stabiele woonsituatie hebben, geen doel in het leven ervaren, onvoldoende financiële middelen hebben, zijn universele begrippen die kwetsbare mensen allemaal ervaren.***

6.

De (meer)waarde van Ervaringsdeskundigheid

Sinds de jaren negentig, toen er voor het eerst sprake was van de inzet van ervaringsdeskundigheid in de Geestelijke Gezondheidszorg, is er veel geschreven over de meerwaarde van deze inzet. Aan de hand van een aantal thema's die door de ondervraagden zijn genoemd, schetsen we hieronder de meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigen in de regio, aangevuld met verwijzingen naar literatuur.

Laagdrempelig

Mensen vinden het vaak gemakkelijker om contact te maken met een ervaringsdeskundige dan met een zorgmedewerker, omdat de ervaringsdeskundige zelf bekend is met het leven met een kwetsbaarheid en een gelijksoortige achtergrond als de cliënt. *“Het contact is laagdrempelig, omdat mensen weten dat een ervaringsdeskundige soortgelijke ervaringen heeft.”* (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006).

Ervaringsdeskundigen spreken dezelfde taal. Mensen moeten vaak keer op keer hun verhaal doen bij verschillende hulpverleners en zelfs dán voelen ze zich door die hulpverleners niet begrepen. Een ervaringsdeskundige weet wat iemand met kwetsbaarheid meemaakt, zonder telkens het verhaal te hoeven horen; zonder uitleg. *“Soms is zelfs één woord al genoeg.”* (Jong & Roeleveld, mei 2009).

Omgekeerd is het voor een ervaringsdeskundige ook vaak makkelijker om een bepaald delicaat onderwerp aan te snijden; een onderwerp waar een hulpverlener niet meteen over durft te beginnen. Een verpleegkundige van MET-GGZ

had hiervan een treffend voorbeeld. Bij een huisbezoek vroeg een ervaringsdeskundige naar het drugsgebruik van de avond ervoor. Iets dat de hulpverlener niet was opgevallen en wat hij ook zeker niet had durven vragen. Deze vraag brak het gesprek echter helemaal open.

Vertrouwen

Doordat een ervaringsdeskundige begrijpt wat mensen in een kwetsbare situatie meemaken, schept dit vertrouwen. Mensen voelen zich hierdoor veiliger en meer op hun gemak. Er is minder angst voor wanbegrip, waardoor zij ook gemakkelijker durven te praten. De gedeelde ervaringen vormen de basis voor een bijzondere verbintenis. Dit motiveert mensen om meer over zichzelf te vertellen. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008)

Bescheiden

Menselijk lijden kent geen eenvoudige en enkelvoudige oplossingen. Sterker nog, het is heel vaak niet op te lossen, maar het lijden moet een plek krijgen in het leven. Dat vraagt om een **bescheiden houding** van alle hulpverleners. Omdat ervaringsdeskundigen dit aan den lijve hebben ondervonden, weten ze als geen ander dat hun rol in het herstelproces van mensen een heel **bescheiden rol** is. Ze wordt echter door de meeste mensen wel ervaren als een heel belangrijke rol. (Boevink 2009)

Die bescheiden houding wordt ook ingegeven door het feit dat de ervaringsdeskundige zelf ook nog regelmatig worstelt met de eigen kwetsbaarheid. Herstel is een existentieel proces. Of, zoals een van de ervaringsdeskundigen vertelde: *“Ik vraag me vaak af waarom ik dit werk mag doen want ik kan het zelf ook niet iedere dag. Maar dan hou ik me weer voor dat mijn worsteling die ander juist helpt.”*

Erkenning

Door de herkenning die mensen vinden bij een ervaringsdeskundige, voelen ze zich erkend. Ze hebben het gevoel er niet langer ‘alleen’ voor te staan met hun problemen (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006). Dit helpt bij hun acceptatieproces en zelfwaardering. Een ervaringsdeskundige voelt geen oordeel over wat wel of niet ‘normaal’ is. Hij kent zelf het gevoel van ‘in de kou staan’ met een persoonlijke beleving en weet hoeveel pijn het doet als niemand je ‘kan en wil’ begrijpen of je zijn zelfs wordt ontkend. Hierin heeft een ervaringsdeskundige de rol als bondgenoot in ‘het onbekende psychische lijden’ (Boertien & Rooijen, 2010-2011).

Gelijkwaardig

Het contact tussen iemand in een kwetsbare situatie en een ervaringsdeskundige verloopt op een gelijkwaardig niveau, van mens tot mens (Bovenberg, Wilrycx, Bähler, & Francken, augustus 2011). Een ervaringsdeskundige komt naast iemand staan (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006). Respect, waardering, acceptatie en begrip staan centraal in het persoonlijke contact. Er is geen sprake van een hij-zij verschil, maar een gezamenlijk gevoel van solidariteit (Haaster, Hidajattoellah, Knooren, & Wilken, juli 2009). Die gelijkwaardigheid vertaalt zich ook in de manier van werken. Het proces van de ander is leidend.

Wederkerig

Een gesprek met een ervaringsdeskundige is niet eenzijdig. Het is een dialoog, waarin ervaringen worden gedeeld en waarbij het leren van en naar elkaar centraal staat. (Haaster, Hidajattoellah, Knooren, & Wilken, juli 2009)

Authentiek

Een Ervaringsdeskundige komt natuurlijk en persoonlijk over. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008)

Wanneer iemand spreekt vanuit eigen doorleefde ervaring is dit sprekender dan wanneer iemand vertelt over geleerde theorieën uit boeken. Het contact met reguliere hulpverleners ervaren mensen veelal als zakelijk, waarbij telkens een doel voor ogen wordt gehouden (Jong & Roeleveld, mei 2009). Een ervaringsdeskundige is oprecht geïnteresseerd, toont meer belangstelling en biedt een luisterend oor. (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006)

Presentie

‘Er zijn’ voor de mens in kwestie, staat centraal voor ervaringsdeskundigen. (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006)

Zij zijn minder dan hulpverleners bezig met het volbrengen van taken. Er is sprake van grote betrokkenheid. Een ervaringsdeskundige is toegankelijk en hanteert flexibele grenzen. Dit vermindert het gevoel van een eenzaam te leveren strijd die mensen in een kwetsbare situatie veelal voeren. (Jong & Roeleveld, mei 2009)

Een van de ondervraagden gaf het als volgt aan: *“Goh, ik kan het niet zo goed omschrijven, maar ik voelde dat er voor het eerst naar me werd geluisterd zonder dat ik alles hoefde uit te leggen, zeg maar.”*

Empathie

Een ervaringsdeskundige heeft meer inlevingsvermogen en kan beter meeleven met mensen, doordat hij begrijpt wat mensen meemaken en welk gevoel daarbij speelt. (Bovenberg, Wilrycx, Bähler, & Francken, augustus 2011)

De persoonlijke ervaring leidt tot meer begrip. (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006)

Normalisering

Veelal leggen hulpverleners (evenals de samenleving en directe omgeving van cliënten) de focus op het ‘ziek zijn’ of de ‘stoornis’. Er is sprake van stigma, met vaak zelfstigmatisering tot gevolg. (Boertien & Rooijen, 2010-2011)

Ervaringsdeskundigen laten cliënten inzien dat zij meer zijn dan hun ziekte. Zij kijken naar de persoon in zijn geheel. (Jong & Roeleveld, mei 2009)

Iedere geïnterviewde noemt deze normalisering als een heel belangrijke kernwaarde. Een deel van de ondervraagden verbindt hier ook aan dat de inzet van ervaringsdeskundigheid vooral veel meerwaarde heeft als ervaringsdeskundigen ruimte krijgen in het sociale domein en niet één-op-één gekoppeld zijn aan zorgorganisaties. Juist vanuit het oogpunt dat normalisatie een belangrijk middel is om weer te komen tot een eigen plek in de maatschappij.

Openheid

Door de inbreng van het eigen verhaal van ervaringsdeskundigen ervaren cliënten een bredere ingang om zelf ook open en eerlijk te zijn over hun problemen. Door te ervaren dat een ervaringsdeskundige ook veel ellende heeft meegemaakt in het psychische of lichamelijk lijden, beseffen mensen dat ze eigenlijk helemaal niet zo gek zijn als ze dachten. Door de openhartigheid van ervaringsdeskundigen krijgen ze het gevoel niks te hoeven verbergen. (Jong & Roeleveld, mei 2009)

Cliëntvolgend

Mensen in een kwetsbare situatie worden in hun eigen waarde gelaten. Ervaringsdeskundigen erkennen hun ‘unieke zelf’, zonder hierover te oordelen. Het essentiële aan de zelfkennis van een ervaringsdeskundigen is: ‘Weten dat je niet kan weten wat een ander beleeft, maakt iemand ervaringsdeskundig. Een beleving is niet goed of slecht, maar ‘slechts’ en beleving. Een ervaringsdeskundige stelt geen ‘normaal’ en onthoudt zich van iedere normering van de beleving. Je kunt nooit weet hebben hoe ‘iets’ er voor iemand anders uit ziet.’ (Boertien & Rooijen, 2010-2011)

Ervaringsdeskundigen doen hiermee recht aan een ‘eigen vrije ruimte’ voor mensen, waarvan de invulling hoogstpersoonlijk is en mag zijn. (Boertien & Rooijen, 2010-2011)

Onafhankelijk

Het behouden van de eigen autonomie zien ervaringsdeskundigen als cruciaal. De mens komt op de eerste plaats en staat centraal in het contact. De ervaringsdeskundige kijkt

naar datgene wat de mens zelf het belangrijkste vindt, waarbij hij aansluit en vaart op de wens en 'flow' van mensen. Mensen blijven verantwoordelijk voor de eigen keuze-mogelijkheden en ze geven het eigen tempo aan. Mensen leren op deze manier actiever omgaan met hun stoornis. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008)

De Ervaringsdeskundige heeft alle geduld en volgt zonder verantwoordelijkheden uit handen te nemen. Mensen ervaren het als prettig dat zij hun eigen vrije ruimte behouden die zij zelf kunnen invullen en verkennen zonder de druk van een doel met een uitgangspunt of resultaat. (Boertien & Rooijen, 2010-2011)

Deze onafhankelijkheid helpt mensen ook in hun omgang met hulpverleners. Ze zijn beter in staat om aan te geven wat ze nu echt nodig hebben om hun situatie te verbeteren.

Ervaringskennis

Door middel van het eigen levensverhaal zet een ervaringsdeskundige 'persoonlijke kennis' die vaak niet verwoord kan worden om in overdraagbare kennis. Deze narratieve methode geeft een uitdrukkingsvorm aan persoonlijke beleving. De narratieve methode met de zelfreflectie van een ervaringsdeskundige over de eigen ervaring vormen samen de ik-kennis. (Haaster, Hidajattoellah, Knooren & Wilken, juli 2009)

Reflectie

Ervaringsdeskundigen ondersteunen en begeleiden mensen in het reflecteren op de eigen ervaring. Hierdoor wordt iemand zelfbewuster en ertoe aangezet om ook zijn eigen ervaringskennisbron aan te boren. Door ervaringsverhalen

van de ervaringsdeskundige leert de ander zichzelf hieraan te spiegelen. Dit is een manier om het zelfinzicht van mensen te vergroten, zodat zij gaan inzien, hoe zij aan hun eigen herstel kunnen werken. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008).

Handvatten

Mensen in een kwetsbare situatie zoeken ervaringsdeskundigen eerder op met specifieke vragen. (Boevink, Plooy & Rooijen, 2006)

Een Ervaringsdeskundige kan, terugkijkend op zijn eigen ervaringen en wat hem geholpen heeft, handvatten aanreiken. Hij kan mensen anders naar situaties laten kijken of leren om hier op een andere manier mee om te gaan. (Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, augustus 2011).

Voorbeeldfunctie

Een ervaringsdeskundige wordt vaak ook gezien als 'rol-model' of voorbeeld. (Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, augustus 2011).

Een ervaringsdeskundige laat namelijk zien dat hij weet hoe het is, maar ook hoe het kan zijn. Doordat een ervaringsdeskundige laat zien wat hij allemaal heeft meegemaakt en wat hij heeft gedaan om tot het punt te komen waar hij nu staat, geeft hij mensen een stukje hoop. (Boevink, Plooy, & Rooijen, 2006)

Het onderdeel hoopverlening wordt door heel veel onder-vraagden genoemd als een speciaal onderdeel. Iedere keer als ze het in de praktijk meemaken, ervaren ze het als iets

speciaals. Hoopverlening hangt heel nauw samen met de hopeloze situatie waar veel mensen zich in bevinden. Hulpverleners erkennen dat ervaringsdeskundigen op een heel andere manier hoop kunnen verlenen.

Herstelperspectief

Mensen worden door een ervaringsdeskundige nooit afgeschreven. Ervaringsdeskundigen geloven in de mogelijkheden tot groei en ontwikkeling, waarbij de focus gericht blijft op herstel. Een ervaringsdeskundige gaat met de mens op zoek naar reële perspectieven. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008).

Dit houdt in dat de beperkingen een plekje krijgen, waarbij ze het leven niet continu in de weg staan. (Boevink, Plooy & Rooijen, 2006).

Veel mensen voelen zich echter wel afgeschreven omdat ze al zoveel hulpverlening hebben geprobeerd dat ze vaak niet zelf de eerste stap durven te zetten. Hiervoor is het van belang dat ervaringsdeskundigen drempelloze vrije ruimte krijgen waar ze in contact kunnen treden met mensen. En dat ervaringsdeskundigen kunnen werken vanuit de gemeenschap om zo in contact te komen met mensen.

Empowerment

Het empowermentprincipe is de basis in de ondersteuning van mensen. Vooral de eigen krachten en kwaliteiten worden aangewend om persoonlijke doelen te verwezenlijken. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008).

Ervaringsdeskundigen nemen mensen niet aan de hand mee om hen de weg te wijzen. Integendeel. Een ervaringsdeskundige wil juist laten zien: 'Kijk, ik volg mijn eigen weg, ga ook op zoek naar de jouwe.' (Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, augustus 2011)

Het doel van ervaringsdeskundigen is het streven naar toenemende onafhankelijkheid, waarbij zij met de mens kijken naar de mogelijkheden. Zij werken aan herstel door het vergroten van ambities, te focussen op talenten en te kijken waar de mens goed in is. (Brettschneider & Karbouniaris, januari 2008)

Woordkeuze

Bij empowerment en in de manier van werken van ervaringsdeskundigen is taal en het gebruik van woorden essentieel. Ervaringsdeskundigen vermijden medisch taalgebruik en diagnostiek, maar ook specifieke woorden als patiënt, cliënt of lotgenoot. Ervaringsdeskundigen werken vooral ontwikkelgericht en zijn bezig met de hele mens. Het 'zieke deel' is voor hen ook het deel van de mens waar de kracht in schuilt. Zij overwinnen immers iedere dag belemmeringen die andere mensen niet of minder ervaren. Ervaringsdeskundigen helpen mensen om anders naar zichzelf te kijken.

Tot slot

Ondervraagden gebruikten bovengenoemde woorden in relatie tot de inzet en werkwijze van ervaringsdeskundigen. Daarmee lijken ervaringsdeskundigen soms alleskunnners of het antwoord op alle vragen, terwijl zij zelf een heel ander

beeld schetsen. Ze benadrukken de hier genoemde woorden als een goede beschrijving van hun meerwaarde, echter hun houding kent een grote mate van bescheidenheid. Ervaringsdeskundigen worstelen dagelijks met hun eigen kwetsbaarheid. Daarin zit een paradox: dat zelf-worstelen maakt hen juist goed in hun vak, ze stellen zich echter ook regelmatig de vraag waarom ze dit mogen doen en of ze wel goed genoeg zijn. Door in het collectief te opereren kunnen ze elkaar ondersteunen. Dat ervaren ze als zeer waardevol en onmisbaar.



Bert Vinken · 2de
Sociaal Maatschappelijk Werker
3 u · 🌐

Herstellen doe je samen!

Sinds een tweetal maanden werk ik bij Confidence Twende. Nu loop ik al wat langer mee in de verslavingszorg en zie de thema's herstel en werken met naasten in de loop van de tijd steeds weer opduiken. Nu in de vorm van het werken met recoursegroepen door een uitstekend promotieonderzoek van Cathelijn Tjaden (Better Together, 2022). Daar word ik dan wel blij van, en ik zal proberen uit te leggen waarom.

Tot de jaren tachtig van de vorige eeuw hadden we als verslavingszorg nogal eens de gedachte dat de verslavingsproblemen ontstaan waren in of door de opvoeding en dat we moesten heropvoeden. Er bestond vaak het idee dat de werkers in de verslavingszorg de deskundigen waren en de familie (naasten/vrienden) moesten leren hoe ze met verslaving om moesten gaan. Of radicaal afstand nemen omdat ze anders de verslaving in stand zouden houden. Maar ook in die tijd werd er al met het systeem van de cliënt gewerkt en zagen we het belang ervan om ze te betrekken bij de behandeling. Tijden veranderen en met het werken met ervaringsdeskundigheid bij verslaving kwam ook de familie-ervaringsdeskundige in beeld. We leerden dat ervaring van naasten juist heel erg goed kan helpen bij het herstel van verslaving. Überhaupt is duidelijk geworden dat heropvoeden niet de weg is om te gaan, maar veel meer begeleiden in het persoonlijke groei- of veranderproces. En dat verslavingsbehandeling niet eenvoudig is en samenwerking met de cliënt en zijn/haar naasten belangrijk is voor duurzaam herstel. En intensiever samenwerken met naasten gaan we dus doen bij Confidence Twende, en ik ben heel blij (of trots ofzo) dat ik daar mijn steentje aan mag bijdragen.

Om te eindigen met een bekende uitspraak: Alleen ben je sneller, samen kom je verder.

 Voer hier uw commentaar in...

@ Plaatsen

 Home

 Mijn netwerk

 Plaatsen

 Meldingen

 Vacatures

LinkedIn 20 februari 2022

ERVARINGSDESKUNDIGHEID IS GEEN HYPE MEER!

Voorzitter van het 7e EFCAP congres 2022 Chijs van Nieuwenhuizen wist al vroeg wat ze wilde: werken in de psychiatrie met een combinatie van behandelen en onderzoek. Dit blijft een belangrijke leidraad in haar carrière, ook als ze de overstap maakt van de volwassen (forensische) psychiatrie naar de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie bij GGzE. 'Het is niet iedereen gegeven om als onderzoeker, manager, hoogleraar én behandelaar te werken' geeft Chijs aan, maar het is me gelukt. 'Dit is een groot voordeel omdat je weet over wie je het hebt en voor wie je het doet.'



Jongerenperspectief op de kaart
Ervaringsdeskundigheid speelt een

EFCAP2022.com

7.

Hoe zetten we ervaringsdeskundigheid nu in?

In de afgelopen vijftien jaar heeft de inzet van ervaringsdeskundigen in de regio als nieuwe body of knowledge een flinke vlucht naar voren genomen. Organisaties zoals METGGZ (en diens voorlopers) en Vincent van Gogh hebben ervoor gekozen om ervaringskennis in te zetten. Soms, in eerste instantie, in eigen dienstverband en later via de samenwerking met Zelfregie. Zelfregie als zelfstandige organisatie kent inmiddels ook een historie van zo'n vijftien jaar. Begonnen met allerlei vormen van inloop, soms gekoppeld aan specifieke voorzieningen, soms meer gesitueerd als inloop voor iedereen, als algemene voorziening.

De geboden (zelf)hulp is in de loop der jaren meegegroeid met de maatschappelijke opgave en heeft zich sterk verbreed. Zoals reeds in deel 1 aangegeven, kennen mensen in een precare situatie veel overeenkomstige kenmerken. Waardoor die situatie ontstaat, is niet zo van belang. Ze ervaren veelal dezelfde gevoelens en problemen. Gevoelens van eenzaamheid, buitengesloten zijn, ontbreken van netwerk, ontbreken van zinvolle dag invulling et cetera. De inzet van (zelf)hulpactiviteiten en de daaraan gekoppelde inzet van ervaringsdeskundigheid heeft zich op al die terreinen bewezen.

De regio kent tevens een breed spectrum aan cliëntenorganisaties; organisaties die op allerlei manieren de belangen van cliënten behartigen. Deze organisaties hebben lokale afdelingen en organiseren allerlei vormen van kennisoverdracht, hulp en ondersteuning.

Daarnaast is er ook veel verbinding met landelijke organisaties zoals Mind, Phrenos, de nieuwe Nederlandse vereniging voor Zelfregie en Herstel, et cetera. Door de lange geschiedenis in de regio, raadplegen organisaties elders in Nederland organisaties in onze regio voor overdracht van kennis en kunde. De regio Noord- en Midden-Limburg loopt mee voorop. Deze visie borduurt dus voort op een lange traditie.

Huidige inzet

De inzet van ervaringsdeskundigheid in de regio wordt langs twee sporen georganiseerd: als geïndiceerde maatwerkvoorziening of als algemene voorziening zonder indicatie. De ervaringsdeskundige maakt dan dus deel uit van het team dat zich richt op het individuele vraagstuk van iemand of maakt deel uit van een team waar mensen zonder indicatie een beroep op kunnen doen. Deze tweedeling doet het meeste recht aan de vormen van inzet in de regio. Dit is ook een landelijke tendens. Natuurlijk zijn er nuances en is dit niet zwart-wit. Echter ook hier geldt weer dat een indeling ertoe bijdraagt dat we met elkaar dezelfde taal leren spreken.

Geïndiceerde voorzieningen

Bij de geïndiceerde voorzieningen lopen de ervaringsdeskundigen vaak mee in een team, gaan ze op verzoek van collega's mee naar gesprekken of gaan ze zelf het gesprek

met iemand aan. Door de indicatie vormt de zorgprofessional het startpunt van de behandeling of ondersteuning. Binnen deze constructie bieden de betrokken organisaties ook vaak allerlei vormen van zelfhulp aan die worden begeleid vanuit de ervaringsdeskundigen. Soms is dit een onderdeel van het behandel- of ondersteuningsplan, soms is dit ook het sluitstuk.

Daarbij onderscheiden we twee organisatievormen:

1. *De ervaringsdeskundigen zijn in dienst bij de zorgorganisatie of worden ingehuurd.*
2. *Er worden specifieke opleidingseisen gesteld aan de ervaringsdeskundigen of hun praktijk ervaring is het belangrijkste.*

Dienstverband

Een dienstverband met een ervaringsdeskundige komt tot stand onder invloed van een aantal zaken. Sommige organisaties hebben in het verleden (toen de inzet van ervaringsdeskundigen net opkwam) gekozen voor het in dienst nemen van ervaringsdeskundigen. Echter, dit is niet altijd passend gebleken. De ervaringsdeskundigen kwamen niet tot hun recht in de organisatie of moesten in een te kleine groep opereren (soms zelfs als solist) waardoor hun kennis niet tot hun recht kwam.

Soms past de ervaringskennis ook niet bij het type organisatie. Dit laatste zie je vooral terug bij organisaties die in behandelteams werken het biomedische model leidend is.

Dit heeft ertoe geleid dat deze organisaties nu de keuze maken om ervaringsdeskundigen extern in te huren via een organisatie die hierin is gespecialiseerd. Vincent van Gogh en Zelfregie hebben bijvoorbeeld een dergelijke overeenkomst.

De 'wat nieuwere organisaties' hebben ervoor gekozen om hun teams volgens nieuwe modellen in te richten waarbij ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid een centrale rol spelen. Confedince Twende is daar een voorbeeld van. Ook hier zijn ervaringsdeskundigen in dienst. Buro Andersom kiest voor een andere werkwijze en huurt de ervaringsdeskundigen in bij Zelfregie.

Sommige organisaties willen in de toekomst graag zelf ervaringsdeskundigen in dienst hebben, maar lopen aan tegen het feit dat ze nu geen passende mensen kunnen vinden. Vanuit dat oogpunt kiezen ze voor inhuur.

Werkgeverschap

Het werkgeverschap aan ervaringsdeskundigen kent een andere dynamiek dan 'normaal'. Ervaringsdeskundigheid zit ook in het dagdagelijks omgaan met en leren van de eigen problemen/kwetsbaarheden. Ervaringsdeskundigen hebben door vaak langdurige uitval in het leven een gat in hun CV. Ervaringsdeskundigen kunnen te maken hebben met een armoedeval, waardoor ze soms nog midden in de schuldsanering zitten bij aanvang van een dienstverband. Ervaringsdeskundigen kunnen nog steeds ervaren dat ze geen netwerk hebben waardoor sommige vraagstukken meegenomen worden naar de werkvloer. Ervaringsdeskundigen worden soms geconfronteerd met kwetsbaarheden die heel dicht bij hun eigen kwetsbaarheden liggen waardoor ze ook zelf de balans weer moeten zoeken. Kortom... Het aannemen van ervaringsdeskundigen is een maatwerkproces en werkgever zijn van ervaringsdeskundigen vraagt specifieke werkgeverskwaliteiten. Echter de werkgever krijgt ook een ongekende kennisbron tot zijn beschikking; mensen met een krachtig levensverhaal. In de gesprekken met de uiteenlopende organisaties kwam dit herhaalde malen naar voren.

Opleidingseisen

Organisaties worstelen erg met dit thema. Een aantal organisaties in de regio wil regionaal een eigen opleiding vormgeven. Dit komt voort enerzijds vanuit social returnverplichtingen, anderzijds vanuit de vraag naar ervaringsdeskundigen.

Weer andere organisaties geven aan dat ze niet veel zien in traditionele vormen van onderwijs, maar vooral kijken naar de andere kwaliteiten van de ervaringsdeskundigen. De keuze voor een 'traditionele' zorgopleiding voor ervaringsdeskundigen komt voort uit twee dingen:

- *ervaringen uit het verleden waarbij het kennisniveau van de ervaringsdeskundigen niet paste bij de eisen van de organisatie;*
- *de bekostigingssystematiek.*

Op die bekostigingssystematiek is ook veel kritiek. Het beperkt organisaties in hun experimenteer ruimte met betrekking tot deze nieuwe kennisbron. Het feit dat het ministerie nu besloten heeft de bekostiging te koppelen aan niveau ,5 sluit niet aan op de vraag van zowel organisaties als cliënten van die organisaties. En het sluit al helemaal niet aan op de ontwikkelmogelijkheden van veel mensen die hun ervaringskennis graag willen inzetten.

Een deel van de organisaties zien niets in een reguliere opleiding. Een van de stakeholders gaf in het gesprek aan: *"Reguliere zorgverleners heb ik al genoeg in dienst. Ik wil juist die andere kennis inbrengen".*

In het verlengde van geïndiceerde voorzieningen

Initiatieven zoals de Herstelacademie in Venlo liggen nog in het verlengde van de geïndiceerde voorzieningen. De deelnemers daar komen vooral voort uit de deelnemende zorgorganisaties. Het streven is echter wel om door te groeien naar een zelfstandige voorziening waarbij de deelnemers met name burgers zijn die zelfstandig de weg vinden naar de Herstelacademie. De ervaringsdeskundigen die hierbij betrokken zijn, streven ernaar hier ook zelf vorm en inhoud aan te geven.

Algemene voorzieningen

Een tweede vorm van inzet van ervaringsdeskundigheid kenmerkt zich door de vrije toegang tot deze voorzieningen. Er is geen indicatie nodig en iedereen kan hiervan gebruikmaken. Dit landschap is heel divers en kent vele verschijningsvormen die niet zo makkelijk onder te verdelen zijn. Daarom kiezen we hieronder voor een beschrijving.

Als eerste kennen we een aantal vrije inlopen of herstelinitiatieven in de regio. Kenmerken van een zelfregie- en herstelinitiatieven zijn:

- *toegankelijk voor iedereen en in het bijzonder gericht op mensen met psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheden of problemen en hun naasten;*
- *de initiatieven ontwikkelen zich (voor een belangrijk deel) onafhankelijk van reguliere hulp- en zorgverlening;*
- *er is sprake van wederkerigheid tussen deelnemers en ervaringsdeskundigen;*
- *deelnemers komen binnenlopen en kunnen in hun eigen tempo bepalen aan welke activiteiten ze willen deelnemen. Die activiteiten zijn met name gericht op herstel en zelfhulp.*

Gemeenten zouden ervaringsdeskundigen graag inzetten in de zogenaamde sociale basis. Vrije inlopen, cursussen herstel, samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en burgerinitiatieven zijn hier voorbeelden van. Zij verwachten dat een dergelijke inzet de inclusie in de eigen gemeente bevordert. Gemeenten worstelen echter wel met de vorm en inhoud. Veel gemeenten hebben het idee dat hun eigen sociale basis heel anders vorm is gegeven dan die van andere gemeenten. Echter, bij doorvragen zijn er meer overeenkomsten dan verschillen.

Een andere verschijningsvorm is de koppeling van herstelwerkgroepen aan huisartsenpraktijken en de daar werkzame POH's. Die vorm wordt door zowel de huisartsen als de POH's hoog gewaardeerd. De POH's hebben de mogelijkheid om mensen die baat hebben bij zelfhulp snel te verwijzen en ervaren dat deze mensen bijna geen beroep meer doen op hun ondersteuning. Het huidige aanbod is echter te gering, omdat de zelfhulpgroepen snel vol zitten en er geen doorstroommogelijkheden zijn naar andere voorzieningen.

Het Algemeen Maatschappelijk Werk en het Welzijnswerk worstelen in de regio nog sterk met de inzet van ervaringsdeskundigen. Zij vinden het lastig om onderscheid te maken met hun eigen werkzaamheden.

*De herstelacademie
investeert in de
vrije ruimte*

Inzet van Ervaringsdeskundigen om hun specifieke kennis

Met name op een aantal specifieke terreinen ontdekken organisaties de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid. Denk vooral aan organisaties op het gebied van huiselijk geweld, jeugdzorg, kindermishandeling en problematische gezinssituaties en organisaties die te maken hebben met armoede. Hoewel de inzet van specifieke kennis natuurlijk meerwaarde heeft, onderkennen deze organisaties ook de gemene delers zoals eenzaamheid, stigma, buitgesloten zijn et cetera.

Op 23 maart vindt voor de eerste keer in Venlo het PSY-Café plaats. Het PSY-café is er om elkaar te ontmoeten, informatie te krijgen en ervaringen uit te wisselen. Iedereen is er welkom, ook naastbetrokkenen, hulpverleners en andere geïnteresseerden.

Thema
Stemming
Openheid over stemming...

Mijn ervaring met stemming
Door Gast spreker

Interactief gesprek met publiek
Door Professional

Datum Woensdag 23 Maart
Locatie Inclusiehuis, Leutherweg 88, Venlo
Tijd 19.00 - 21.00 (inloop vanaf 18.45 uur)
Aanmelden Verplicht: Vóór 16 Maart: herstelacademievenlo@gmail.com, onder vermelding van de reden waarom je graag deelneemt.

Opmerking Er is op dit moment plek voor 20 bezoekers. Afhankelijk van de hoeveelheid aanmeldingen, is het mogelijk dat we genooddakt zijn om een gedeelte van de aanmeldingen online te laten participeren. Hiervan brengen wij je tijdig op de hoogte. Voorkeur voor fysiek of online mag eventueel in de mail vermeld worden.

Woensdag 23 Maart:
PSY-Café Venlo

 @Herstelacademievenlo
 Herstelacademie Venlo

 **INCLUSIO SOCIALE BASIS**
Inclusie voor iedereen

 **met ggz**
Inclusie voor iedereen

 **moveo**
Inclusie voor iedereen



8.

Wat zouden we willen?

Veel ondervraagden geven aan dat zij, in zijn algemeenheid, kennis en kunde van ervaringsdeskundigen breder willen inzetten. Zodat meer burgers er een beroep op kunnen doen. Zodat het beter toegankelijk wordt in de regio. Toegankelijkheid via algemene voorzieningen heeft meestal de voorkeur. Dit is een logisch gevolg van het feit dat de gemeenten in de regio bij aanbestedingen organisaties reeds de opdracht hebben gegeven om de inzet van ervaringsdeskundigheid mee te nemen bij een indicatie.

Hoeveel ervaringsdeskundigen hebben we nu in de regio en hoeveel hebben we nodig? Het is een veelgehoorde vraag in de totstandkoming van deze nota. Een eenduidig antwoord is er niet. Hoeveel ervaringsdeskundigen er in de regio werkzaam zijn, ligt aan de interpretatie van de definitie. Doordat ervaringsdeskundigheid een containerbegrip is, zijn er geen betrouwbare cijfers voorhanden. Hoeveel ervaringsdeskundigen hebben we nodig? Dat is sterk afhankelijk van de groep die we toegang willen geven tot deze kennis. In relatie tot wat de verschillende stakeholders hebben gezegd, komen de ontwikkelmogelijkheden in dit deel van de nota aan de orde met daarbij ook een antwoord op de vraag: 'wat hebben we dan precies nodig in de regio?'

Ontwikkelmogelijkheid 1:

HET COLLECTIEVE KARAKTER VAN ERVARINGSKENNIS VERDER ONTWIKKELEN

De ervaringsdeskundige inzet in organisaties in relatie tot de mensen die bij hen binnenkomen met een indicatie wordt zo veelzijdig ingevuld dat we niet kunnen spreken van één aanpak. Spreken we bijvoorbeeld nog van een ervaringsdeskundige als deze een mbo-opleiding persoonlijke begeleiding heeft gevolgd? Spreken we nog van een ervaringsdeskundige bij een werknemer met ervaringskennis die een regulier contract persoonlijke begeleiding heeft? Iemand waarvan

verwacht wordt dat hij dezelfde taken uitvoert als een collega zonder specifieke ervaringskennis? Hoe moeilijk is het in dat geval om ervaringskennis openlijk in te zetten? Hoe moeilijk is het in dat geval om niet mee te kleuren met de organisatie waarin je werkt en hoe moeilijk is het om je eigen geluid over te houden? Een vraagstuk waar alle organisaties mee worstelen en dat door ervaringsdeskundigen regelmatig benoemd wordt.

Daarnaast speelt bekostigingssystematiek hierin ook een grote rol. De inzet van ervaringsdeskundigen wordt vaak bekostigd via de reguliere weg en reguliere opleidingen. Dit laatste zien organisaties als een makkelijke route om de inzet te bekostigen, maar ervaringsdeskundigen ervaren het regelmatig als een belemmering.

In dit dilemma zitten kansen voor de toekomst.

1. *Ontwikkeling van het collectieve karakter van ervaringskennis en daarmee ervaringsdeskundigheid. Er zijn nog veel **organisatorische** mogelijkheden om met name het collectieve karakter van ervaringskennis in de regio verder te ontwikkelen.*

Daar waar ervaringsdeskundigen in dienst zijn bij een organisatie, kan collectieve ervaringskennis verder ontwikkeld worden. Bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen tussen verschillende organisaties uit te wisselen. Daarmee vergroten we de expertise van ervaringsdeskundigen en werken we aan het collectieve karakter van hun kennis. Ontwikkeling van collectieve ervaringskennis dient een prominente plaats te krijgen in de opleidingen en kan door in het karakter van opleidingen en niet zozeer institutionele kennis die gericht is op reguliere zorg. Anders creëren we meer reguliere zorgmedewerkers. Daarnaast is het belangrijk om de ervaringsdeskundigen die in opleiding zijn ook kennis te laten maken met verschillende organisaties.

Collectieve ervaringskennis komt beter tot zijn recht door ervaringsdeskundigen niet zelf in dienst te nemen, maar door ze in te lenen vanuit een collectieve pool. Binnen die pool krijgen ervaringsdeskundigen automatisch verschillende werkzaamheden toebedeeld. Daardoor zijn ze beter in staat om het collectieve karakter van hun kennis te vergroten. Een groot voordeel hiervan is dat ervaringsdeskundigen zelf bepalen (kernwaarde) hoe hun vak zich ontwikkelt en dat ze minder snel de kleur van een organisatie aannemen.

2. Naast organisatorische mogelijkheden zijn er ook **inhoudelijke** mogelijkheden tot het vergroten van collectieve ervaringskennis. Zoals in deel 1 beschreven, wortelt het collectieve karakter van ervaringskennis in zelfhulpgroepen en individuele hulp (peersupport). Slechts een klein deel van de burgers uit de regio heeft momenteel toegang tot ervaringsdeskundigheid als nieuwe kennisbron. Door de toegang tot die kennisbron uit te breiden, investeren we niet alleen in de inwoners, maar ook in het collectieve karakter van de ervaringskennis van ervaringsdeskundigen. Ook hierbij is het van belang dat ervaringsdeskundigen zelf de mogelijkheid krijgen om dit verder te ontwikkelen en vorm te geven. Organisaties en gemeenten zouden daarin slechts moeten faciliteren en ontwikkelingen moeten volgen. Nieuwe concepten krijgen daarmee vorm in de praktijk.

Ontwikkelmogelijkheid 2:

MEER VRIJE TOEGANG TOT DE KENNIS VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN

"Bestaansonzekerheid is schadelijk. En de schade die het op lange termijn veroorzaakt, is vaak onomkeerbaar. Hoe meer men wordt geconfronteerd met een opeenstapeling van problemen, hoe meer die elkaar versterken en hoe

minder het vermogen wordt om ze zelf te verhelpen. En hoe groter het effect op de gezondheid. De weg naar een onzeker bestaan kan lang en hobbelig zijn, maar ook kort en heftig. De manieren waarop mensen in bestaansonzekerheid terecht komen, zijn net zo divers als de groep die dit overkomt. Ruim een kwart van de bevolking leeft in bestaansonzekerheid. Het ontbreekt hen aan de menselijke basisbehoeftes van veiligheid en zekerheid. Ze zijn niet zeker van werk, inkomen of een dak boven hun hoofd. Het eigen netwerk is te klein om klappen op te vangen. Zo worden ze als in een centrifuge naar de marge van de samenleving geslingerd." De Raad voor de Volksgezondheid 2021.

De Raad voor de Volksgezondheid heeft zich in de afgelopen jaren steeds meer geconcentreerd op een cumulatie van problemen bij mensen en de effecten daarvan op hun gezondheid. In de afgelopen zoektocht in de regio werd ervaringsdeskundigheid steeds gekoppeld aan een specifiek vraagstuk: *"We willen graag ervaringsdeskundigen met kennis op het terrein van armoede, lichamelijke kwetsbaarheid, psychische kwetsbaarheid, stigma, dakloosheid..."*

Overeenkomsten zijn echter dat al deze mensen met een vorm van bestaansonzekerheid geconfronteerd zijn. Met een vorm van eenzaamheid, met een vorm van buitengesloten zijn. Door in te zetten op zelfhulp en onderlinge hulp kun je de gemene deler aanspreken en stap je af van symptoombestrijding.

Zoals eerder meermaals gesteld, zijn problemen die mensen ervaren altijd veel complexer dan dat het lijkt. De kennis van ervaringsdeskundigen ontsluiten, voor een groot deel van de bevolking die nu problemen ervaren, geeft hen de vrijheid zelf keuzes te maken en geeft hen de mogelijkheid te werken aan empowerment.

Hoe ontsluiten we die kennis dan? Mensen bereiken, werkt het beste door direct contact in de leefomgeving. Concreet:

- *Door ervaringsdeskundigen te koppelen aan bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, welzijnsinstellingen, POH's, spreekuren bij gemeenten, et cetera.*
- *Door ervaringsdeskundigen te koppelen aan een vrije inloop waar mensen terecht kunnen met hun vragen.*
- *Door ervaringsdeskundigen een zichtbare, open plek in een buurt te geven.*
- *En door ervaringsdeskundigen de mogelijkheid te geven zelf hun inzet verder te ontwikkelen afhankelijk van de vraag die op hen afkomt. Met als hoofdprincipes: gelijkwaardigheid (geen hulpverleningsrelatie) en wederkerigheid (halen en brengen).*

Het RIVM en het instituut voor Publieke Waarden hebben zich in de afgelopen jaren gebogen over de vraag hoe we de kosten van de zorg in de komende jaren kunnen beteugelen. Daarbij speelt het investeren op Algemene Voorzieningen die vrij toegankelijk zijn en waarbij eerstel een belangrijke rol speelt een essentiële rol. Als we dan weten dat ook in onze regio een kwart van de mensen met enige vorm van bestaansonzekerheid te maken heeft, maakt dat het investeren in Algemene Voorzieningen die gebaseerd zijn op de kennis van ervaringsdeskundigen en herstel tot een grote ontwikkelkans voor de regio. Vanwege het collectieve karakter van ervaringskennis is het ook hier aan te bevelen om te werken met een pool van ervaringsdeskundigen die op de uiteenlopende plekken in de regio inzetbaar zijn.

Aanbevelingen

Deze twee ontwikkelmogelijkheden komen naar voren uit de gesprekken met de stakeholders en bieden veel mogelijkheden om op dit moment de inzet van ervaringsdeskundigheid

een boost te geven en de kennis beter te ontsluiten voor alle burgers in de regio. Dit leidt tot een aantal aanbevelingen.

- *Een deel van de organisaties in de regio heeft een gezamenlijke opleiding ontwikkeld vanuit het oogpunt van social return en de behoefte aan meer ervaringsdeskundigen binnen de eigen organisaties. De ervaringsdeskundigen die beginnen aan de opleiding, worden geplaatst bij een van de deelnemende organisaties. Voor de ontwikkeling van collectieve ervaringskennis zou een uitwisseling tussen organisaties gewenst zijn. Maak de keuze om mensen niet onder te brengen bij één organisatie, maar laat ze gedurende de opleiding **rouleren**.*
- *Een aantal zorgorganisaties heeft ervaringsdeskundigen in dienst en werkt nu al samen. De kennis van de ervaringsdeskundigen kan hierin nog op allerlei fronten beter ontwikkeld worden. Bijvoorbeeld door de ervaringsdeskundigen te laten meewerken in de uiteenlopende organisaties. De ervaringsdeskundigen krijgen daarmee ook meer een vrije rol tussen en binnen organisaties.*

Samenwerking tussen organisaties bekend dat ontstane verschillen in opvattingen overbrugd moeten worden. Daarvoor is het van belang dat organisaties aan dit traject beginnen vanuit de ambitie om inwoners een duurzame oplossing te bieden; een duurzame toekomst voor de zorg. **Organisaties moeten zich gezamenlijk maatschappelijk aandeelhouder gaan voelen en zich breed committeren aan de inzet van deze kennisbron.** Zij moeten de kennisbron de mogelijkheid geven zichzelf te ontwikkelen door het scheppen van vrije ruimte. Ervaringskennis is slechts 'eigendom' van de ervaringsdeskundigen zelf en niet van organisaties. Er dient een partnerschap te ontstaan dat verschillen overbrugt en komt tot een **gemeenschappelijke** inzet.

- *Vergroten van het aanbod van zelfhulp (peersupport in allerlei vormen) met als basis gelijkwaardigheid, (h)erkenning en wederkerigheid. Waarbij iedereen van elkaar leert.*



Ervaringsdeskundigen passen dit onder andere toe in herstelwerkgroepen of bij trainingen als 'Herstellen doe je zelf'. Daarbij begeleiden zij groepen en brengen ook hun eigen kwetsbaarheid in.

- *Ten slotte de aanbeveling om de kennisbron breed te ontsluiten door een pool ervaringsdeskundigen te vormen die door gemeenten wordt gefinancierd. Deze pool doet recht aan alle ideeën en wensen die er leven onder burgers en gemeenten. Deze pool kunnen gemeenten inzetten voor de sociale basis, in micro-publieke plekken, als adviesorgaan en ter ondersteuning van de inwoners van gemeenten. Deze pool is niet alleen gericht op zorgvraagstukken, maar richt zich met name op levensontwrichtende vraagstukken in de volle breedte. De pool versterkt de kennisbron van ervaringskennis, dient als vrije ruimte voor de inzet van ervaringskennis en kan als sterke regionale voorziening ook dienen als samenwerkingspartner voor andere organisaties die de ervaringsdeskundigheid het liefst op deze wijze betrekken (niet zelf in dienst).*

Bij de vorming van de pool grijpen we ook terug op wat Wilma Boevink in haar onderzoek (pagina 17) al voren naar haalde: *"Zinnvolle verbondenheid bleek het belangrijkste (voor het herstel van mensen). Daarbij gaat het om het gevoel ergens bij te horen, iets te betekenen voor een ander. Herstelwerk staat op de tweede plaats. Hieronder vallen onder andere de strategieën die mensen toepassen in het omgaan met de eigen kwetsbaarheden. Op de derde plaats vinden we basisvoorwaarden als rust, veiligheid, dagbesteding en genoeg geld om van te leven."* (Boevink et. al. 2008).

We sluiten tevens aan bij regionale en landelijke ontwikkelingen en voorbeelden.

Stappenplan voor 2022-2023

JUNI 2022: De nota wordt voorgelegd aan het regionaal portefeuillehoudersoverleg ter vaststelling.

JUNI 2022-OKTOBER 2022: Het voorstel voor een regionale pool voor de sociale basis en als algemene voorziening voor gemeenten wordt nader uitgewerkt.

OKTOBER 2022: Het voorstel voor een regionale pool voor gemeenten wordt aan de portefeuillehouders ter besluitvorming voorgelegd.

JANUARI 2023: start met een regionale pool van Ervaringsdeskundigen voor de sociale basis voor gemeenten als algemene voorziening. Bij deze pool wordt er tevens gekeken naar de publieke verantwoording. In het voorstel voor de portefeuillehouders wordt die publieke verantwoording expliciet meegenomen.

IN AANLOOP NAAR 2023 wordt organisaties die nu reeds Ervaringsdeskundigen in dienst hebben gevraagd te kijken naar samenwerkingsmogelijkheden en uitwisseling van kennis en kunde.

IN 2023 willen we regionaal bestuurlijk commitment ophalen voor de inzet van Ervaringskennis, Ervaringsdeskundigheid en de samenwerking op dit terrein in de regio.



Eindnoten

Gesproken met:

- *Ervaringsdeskundigen en Ervaringswerkers in de regio (onafhankelijk en vanuit organisaties) en landelijk;*
- *Zorgvragers uit de regio;*
- *Burgers met levensvraagstukken die (nog) geen beroep doen op zorg en ondersteuning, maar wel preventief kunnen profiteren van Ervaringskennis;*
- *Bewonersinitiatieven die willen werken aan inclusiviteit;*
- *Aanbieders van Ervaringsdeskundige inzet zoals Zorg-aanbieders, Woningcorporaties en Zelfregiecentra;*
- *Organisaties die geïnteresseerd zijn in de inzet van Ervaringsdeskundigen, maar nog niet weten hoe;*
- *Organisaties die zich bezig houden met thema's op het terrein van participatie, werk, armoedebestrijding et cetera;*
- *Financierders;*
- *Alle gemeenten.*