

2.5 ‘Beheersbaarheid is de grote illusie.’

– Een gesprek met Paul Verhaeghe over ondernemerschap in zorg en welzijn

Mia Verstraete

Paul Verhaeghe is klinisch psycholoog, psychoanalyticus en hoogleraar aan de Universiteit Gent. In zijn recentste boek, *Identiteit* (2012), maakt hij een scherpe analyse van onze maatschappij. Ons collectieve denken, zo stelt hij, is diep doordrongen van het neoliberalisme. Efficiëntie, meetbaarheid, maakbaarheid en succes staan centraal. Hij toont aan hoe dit referentiekader een diepgaand effect heeft op onze identiteit, onze relaties en de manier waarop we onze samenleving vormgeven.

We spraken met hem over ondernemerschap in de zorg- en welzijnssector en over de evoluties die daarin gaande zijn. Paul Verhaeghe pleit voor een afbouw van het *new public management*, voor minder regels en meer gezond verstand, vertrouwen in de mensen op de werkvloer, en een bewuste omgang met de taal.

Wat kan de zorg- en welzijnssector leren van ondernemers?

Paul Verhaeghe: Ik denk dat het op zich een goed idee is om in de ondernemerswereld te gaan kijken welke ideeën daar leven die ook bruikbaar kunnen zijn voor de organisatie van welzijnswerk. Maar het hangt ervan af waar je precies naar gaat kijken. De bedrijfswereld vandaag kun je in minstens twee groepen opdelen. Er is een groep bedrijven die in een multinationalkeurslijf zitten, beursgenoteerd en meestal sterk top-down aangestuurd. Het is dat model dat de overheid overgenomen heeft, met het *new public management*, waarbij alles wordt uitgedrukt in termen van efficiëntie, effectiviteit, meten is weten, rendementscijfers, output en zo meer. Dit werkt niet. Het is ondertussen zeer duidelijk geworden dat dit weinig effectief is op middellange termijn. Het enige doel is kortetermijnwinst – vroeger via een gedwongen

verhoging van de productie, nu via de uitkering van dividenden. Bovendien creëert dit systeem bar slechte sociale verhoudingen, zowel tussen werknemers en management als tussen collega's onderling op de werkvloer, dus het is echt geen goed idee om dat over te nemen.

Naar aanleiding van mijn boek *Identiteit* heb ik een aantal keren voor ondernemers gesproken – ook uit grote bedrijven – en van verscheidenen onder hen kreeg ik te horen dat de kmo's, zelfs de grote, het veel beter doen dan beursgenoteerde multinationals. Een kmo heeft meestal een heel andere bedrijfscultuur dan een multinational, terwijl daar ook heel hard gewerkt wordt. Van een aantal van die ondernemers hoorde ik bovendien dat ze hun bedrijf willen weghalen van de beurs, om zo weer greep te krijgen op hun beleidsbeslissingen. Toch sterk, eigenlijk.

Als je dus over het muurtje wilt gaan kijken bij bedrijven, dan moet je goed opletten welk bedrijf je als voorbeeld neemt. De top-down georganiseerde multinational met het richtsnoer 'meten is weten' kopiëren, dat is geen goede zaak. Het is namelijk precies dat wat geresulteerd heeft in het *new public management* met die hele neoliberale stijl, die absoluut niet efficiënt en niet effectief is. Bovendien functioneert een dergelijke organisatie zeer mensonvriendelijk, zoals ik ook in mijn boek heb geschetst. Als je daarentegen naar familiebedrijven gaat kijken, of naar kmo's waar er een zekere bedrijfsidentiteit is, met een traditie van overleg waardoor mensen kunnen meedenken in functie van een rendementsstructuur – want uiteindelijk moet een bedrijf ook draaien – dan kan de welzijnssector daar zeker een aantal dingen van leren.

Welk soort aanpak kan er concreet overgenomen worden uit de bedrijfswereld? Want uiteindelijk werk je in de zorg niet met producten die je verkoopt, maar met mensen en relaties.

Dat is inderdaad een enorm verschil met de bedrijfswereld, dat je uitdrukkelijk in rekening moet brengen. Binnen de welzijnssector mag je er niet van uitgaan dat je producten verkoopt. Je kunt er ook niet van uitgaan dat je cliënten hebt – ik vind dat een volledig verkeerd taalgebruik, dat een verkeerd denken in gang zet. Het zijn geen producten en het zijn geen cliënten. Je moet er ook van uitgaan dat je veel minder dingen kunt meten. Want wat je gaat meten, moet je in cijfers vertalen, en veel van wat in de welzijnssector gebeurt, is niet kwantificeerbaar. Maar men doet het toch, en daardoor cre-

eert men artefacten die absoluut niet interessant zijn, integendeel. Dat soort zaken kun je gewoonweg niet overnemen.

Wat je wel kunt overnemen, is een beredeneerde overlegstructuur, het denken in termen van ‘Waar gaan we naartoe en wat willen we bereiken?’ Daar zitten zeker een aantal mogelijkheden. Er is het klassieke beeld van de welzijnssector waar men alleen maar praat en niets doet, en de bedrijfssector die te weinig praat en te veel wil doen. Wel, breng ze bij elkaar. Overleg is ontzettend belangrijk, maar op een bepaald ogenblik moet je ook tot besluitvorming komen en een aantal dingen uitvoeren. Idealiter zou er in zorgorganisaties een overlegstructuur moeten zijn waarbij de mensen die aan de basis werken, geraadpleegd worden. Ik hoor dat dit nu in de therapeutische sector veel te weinig gebeurt. Bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn er sinds de fusies een aantal centra die vierkant draaien, omdat er gewoonweg van boven naar beneden dingen opgelegd worden. Mensen op de vloer, met tien, vijftien jaar ervaring en een universitair diploma, zeggen: ‘Dat zal niet werken, hoor, maar ze hebben het ons niet eens gevraagd.’ Dat is gewoon dom. Je moet de mensen die het werk doen aan het woord laten, en dan nagaan hoe je hun inzichten en advies kunt implementeren en hoe je met een aantal noden van op de werkvloer rekening kunt houden.

Er gaat vaak een behoorlijk dwingende kracht uit van de overheid, die heel wat regels oplegt, soms ook verplichte fusies. Op welke manier kan men daar vanuit het veld tegen ingaan?

Gewoon weigeren. Zo veel mogelijk weigeren, radicaal. In het merendeel van de gevallen zijn die regels compleet overbodig en kun je ze beter laten vallen. Want zodra je daarin meegaat, hang je. Je kunt het niet *een beetje* doen. Net zoals je niet een beetje zwanger kunt zijn – je bent het of je bent het niet. Ik heb het laatste jaar een aantal keren in Nederland gesproken, waar die evolutie van het *new public management* nog veel sterker doorgedrongen is dan bij ons. Op grond daarvan is mij heel sterk duidelijk geworden dat een dergelijk model gebaseerd is op het voorbeeld van de top-down werkende multinationals. Welzijn en zorg passen niet in dat model, dat werkt gewoon niet. Die structuur is radicaal verkeerd, dus je moet daaruit. Dat is de enige oplossing.

Dat zal wellicht niet altijd makkelijk zijn, omdat je als welzijnsorganisatie toch voor een groot stuk afhankelijk bent van overheidssubsidies.

Die subsidies betekenen nog niet dat de overheid een structuur kan en moet opleggen die niet werkzaam is. Want daar gaat het uiteindelijk om: er wordt een structuur opgelegd die ingaat tegen de effectiviteit, in naam van de effectiviteit. Dat is de paradox. Er is ondertussen meer dan voldoende evidentie die aantoont dat hoe kleinschaliger een organisatie is, hoe beter ze functioneert. Hoe grootschaliger, hoe meer er fout gaat.

Betekent dit dat elke fusie verkeerd is en dat er geen grote structuren mogen zijn? Toch wel, je kunt een overkoepelende structuur hebben waarbinnen een aantal werkingseenheden relatief autonoom functioneren. Om een vergelijkbaar voorbeeld te geven: ik zat tijdens mijn middelbare schooltijd op internaat in een kleine school met maar één afdeling en 150 leerlingen. Mijn zussen zaten op een enorm grote school, maar die bleek precies dezelfde werking te hebben als de mijne. Want daar lieten ze de verschillende afdelingen als afzonderlijke units functioneren, die elk hun eigen autonomie hadden. Ze hadden wel een overkoepelende structuur, maar die diende waarschijnlijk vooral voor praktische zaken. Verder functioneerden die units zelfstandig. Mijn zussen en ik hadden uiteindelijk dezelfde ervaring van op te groeien in een groep van 150 leerlingen, met dezelfde leerkrachten en dezelfde voorzieningen. Dat functioneerde heel goed. Dus het *is* mogelijk om de voordelen van een grotere structuur te combineren met die van kleinschaligheid. Dat vraagt dan vooral vertrouwen. En natuurlijk moet men wel evalueren, maar dat moet dan op een verstandige manier gebeuren.

Hoe ziet u die evaluatie binnen zo'n structuur?

Minstens wederzijds, en met overleg. Een goed voorbeeld is het model dat Frank Van Massenhove hanteert, die de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid leidt. In die overheidsdienst werken heel veel mensen van thuis uit, en dat loopt allemaal vrij vlot. Op een paar jaar tijd heeft hij de dossierachterstanden kunnen wegwerken. Het werk gebeurt er op basis van wederzijds vertrouwen, van een uitgewerkte planning en van wederzijdse evaluatie.

Evaluatie moet niet alleen vanuit de leidinggevenden naar de werkvloer verlopen, maar ook in de omgekeerde richting. Als mensen die al jaren op de werkvloer staan, zeggen wat er wel en niet goed werkt, dan is het beleidsmatig heel verstandig om naar hen te luisteren. Want zij weten het wel. Als je dit soort werk tien, vijftien jaar doet, heb je een zicht op de praktijk dat iemand die op beleidsniveau zit – en die vandaag de dag in veel gevallen nooit op de werkvloer heeft gestaan – niet heeft.

Ziet u dat in de praktijk ook gebeuren in de zorg- en welzijnssector?

Te weinig, maar ik heb natuurlijk een negatieve *bias* wat dat betreft. Ik hoor vooral de geruchten waar het niet werkt. Ik ga ervan uit dat er een aantal fusies zijn waar het wél goed loopt. En ik ga er dan ook van uit dat men bij die goed werkende fusies een soort koepel heeft gecreëerd waaronder men relatief autonome eenheden laat functioneren, waar het management ook gaat luisteren en kijken naar wat er bij de verschillende eenheden nodig is. Maar dat is nu pure veronderstelling. De klachten die ik hoor over waar het niet werkt, gaan over fusies waar het management top-down een nieuwe werking heeft opgelegd zonder rekening te houden met de ervaringen en vragen van de mensen op de vloer. Waar er gewoonweg niet geluisterd wordt naar de mensen die in de praktijk staan. En dat is in een aantal gevallen op het randje af rampzalig.

Netwerking en samenwerking

Er is een evolutie geweest naar steeds grotere fusies; heel veel organisaties zijn met elkaar gaan samenwerken – soms gedwongen, soms meegaand in die beweging. Daar zijn wellicht toch ook voordelen aan verbonden, zoals het uitwisselen van expertise en het delen van faciliteiten? Hoe kan zo'n samenwerking volgens u optimaal verlopen?

Goh, ik zou zeggen vooral faciliteiten delen, en hier en daar expertise uitwisselen of aanvullen, dat zal zeker ook een voordeel zijn, ja. Als ik kijk naar de periode toen ik zelf in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg werkte: toen waren er centra die op grond van toevallige omstandigheden een veel beter team hadden om met kinderen te werken, een ander centrum had zich – ook weer om toevallige redenen – meer toegespitst op volwassenen, nog een ander op geriatrie... Dat zijn dingen die organisch groeien, omdat daar aanvankelijk toevallig een paar mensen zitten die het trekken. Dat kun je bij een fusie inderdaad op een bepaalde manier gaan sturen en zeggen: 'Als jullie die expertise hebben, behoud die, dan gaan wij onze hulpvragers naar jullie sturen', en omgekeerd. Dat is eigenlijk een kwestie van gezond verstand, uitgaand van wat er bestaat.

Wat met mensen die tegen wil en dank in zo'n fusie terechtgekomen zijn? Hoe kunnen zij zich wat loswrikken uit die dwang?

Er zijn heel veel mensen die gewoon vertrokken zijn, toch op die plaatsen waar een fusie slecht functioneert. Er zijn ook nogal wat ontslagen gevallen. Dat heeft af en toe vrij dramatische proporties aangenomen, dus die fusies hebben zeker brokken gemaakt. Maar andermaal: dat is een *bias* die ik heb. Ik heb vooral berichten gehoord over de plaatsen waar het verkeerd loopt. Om een rare vergelijking te maken: als je in de beginperiode dat abortus mogelijk werd aan psychotherapeuten had gevraagd: 'Wat denken jullie over abortus?', dan zou het merendeel van hen gezegd hebben: 'Niet goed, want volgens wat wij horen in onze consultatiekamer, heeft dat zeer negatieve gevolgen.' Dat klopt dus niet, want alleen de mensen bij wie het slecht afloopt, komen op consultatie. Diegenen bij wie het wel goed afloopt, zie je niet, en je weet zelfs niet eens hoeveel er zijn. Dus ik weet niet in welke mate ik dit mag veralgemenen. Ik weet wel dat minstens een aantal van die fusies op een abominabele manier gebeurd zijn en dat dit heel negatieve effecten gehad heeft, zowel voor het werk als voor de werknemers. Er zijn ongetwijfeld ook andere gevallen, die meer een organisch groeiproces gerespecteerd zullen hebben, die mensen gehoord zullen hebben, die faciliteiten en expertises gedeeld hebben. En dan biedt zo'n fusie natuurlijk voordelen.

Dertig jaar geleden zaten we in de tijd van 'Small is beautiful', nu lijkt het of de slinger helemaal de andere kant uit gaat en men zegt: 'We moeten mee met die beweging.'

De kunst is – en dat heeft dan inderdaad te maken met ondernemerszin – de voordelen van 'small is beautiful' en 'groter is meer efficiënt' te combineren. Je kunt het wat vergelijken met een middelgrote stad. Neem nu Gent: dat is een zeer aangename stad om in te wonen, want we combineren de voordelen van een grootstad met die van een kleine stad. We zijn niet te groot om de nadelen van een grootstad te hebben en we zijn groot genoeg om te ontsnappen aan de nadelen van een kleine stad. Naar analogie daarvan kun je het ook zo bekijken met die fusies in de zorgsector: wat zijn de voordelen van 'small is beautiful' die je kunt behouden binnen een grotere fusie? Hoe kun je dat organiseren op een manier waarbij je die voordelen niet kwijt raakt? Dat werd te vaak vergeten bij de fusies uit het verleden. Er moet minstens rekening gehouden worden met wat er is, en met de mogelijkheden en moeilijkheden

die binnen een bestaande groep aanwezig zijn, in plaats van gewoon dingen te gaan opleggen zonder dat men de gevoeligheden kent.

De rol van de overheid

Welke rol zou de overheid idealiter moeten spelen om het werk in de zorgsector mogelijk te maken op een manier die echt het welzijn van alle betrokkenen ten goede komt?

We moeten toch opletten dat we nu niet een te gemakkelijke tegenstelling gaan maken tussen de overheid en de zorgsector. Want dan is de overheid de grote boosdoener, die we moeten weg krijgen in de veronderstelling dat daarmee alle problemen opgelost zullen zijn. Zo eenvoudig is het nu ook weer niet. Het grote probleem vandaag zit eigenlijk in de middenkaders. De overheid heeft een aantal dingen geïmplementeerd, onder andere die fusies, en dat heeft – om het wat dramatisch uit te drukken – een soort monster gebaard. Je ziet dat er overal binnen die fusies een tussenlaag gekomen is, tussen de overheid en de mensen die het eigenlijke werk doen. En je ziet ook dat de mensen die het eigenlijke werk moeten doen, overbelast worden met taken die hun werk onmogelijk maken. Kijk maar eens naar de organigrammen en de functieomschrijvingen in de zorgsector, wat daar allemaal tussen zit. Die tussenlaag en de niet-productieve taken die daaruit voortvloeien, dat is het monster, dat geleidelijk aan een eigen leven is gaan leiden.

Eind jaren zeventig werkte ik in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Wij zagen patiënten van 's morgens tot 's avonds. Administratie en registratie waren er nauwelijks, wij hadden één vergadering per week, op vrijdagvoormiddag, daarna gingen we samen lunchen om eens lekker bij te praten en dat was het. Wij hadden een patiëntencontact van 80 procent. Nu is men blij als men aan 45 procent komt. Al de rest is administratie. Dat is niet efficiënt, dat is helemaal geen bedrijfsmodel. Een goede ondernemer schraapt dat soort dingen. Het belet mensen om hun echte werk te doen en het scheidt bovendien massaal veel frustratie. Doe dat weg, alstublieft!

Dat soort dingen wordt niet opgelegd door de overheid. Die heeft wel het startsignaal gegeven door op een bepaald ogenblik te eisen dat men zou professionaliseren en ondernemen, door fusies op te leggen, enzovoort. Maar het is die tussenlaag die zichzelf lamlegt, die dat *new public management* installeert

met een steeds groeiend aantal regels en restricties. Heel veel van wat nu verkeerd loopt in de zorgsector, hebben we zelf geïnstalleerd.

Vanwaar komt dat? Vanuit het streven om het beheersbaar te houden?

Ja, dat is de korte samenvatting, denk ik. En het heeft exact het omgekeerde effect: het wordt hoe langer hoe minder beheersbaar. Het is een soort gezwel dat zichzelf genereert en maar blijft groeien. Datzelfde fenomeen zie je ook in het onderwijs, in de hele tertiaire sector. Die administratie en procedures nemen steeds meer tijd in beslag, en als je vraagt wat de toegevoegde waarde daarvan is, blijkt die in verhouding tot de tijd die erin gestoken wordt minimaal.

Voor alle duidelijkheid: ik ben ervan overtuigd dat al die zaken met goede bedoelingen begonnen zijn. Er is niet ergens een kwade genius die dat heeft zitten uitdenken. Maar het is een moloch geworden, die wij zelf steeds maar blijven voeden. Het goede nieuws is dat we die dan ook zelf kunnen weghalen. Maar het grote probleem daarbij is dat mensen zichzelf moeten opheffen. En dat is natuurlijk veel gevraagd, want er zitten heel veel mensen in posities waar ze aan gehecht zijn. Sommigen vinden die titels heel belangrijk. Sommigen *willen* ook niet meer op de vloer staan en zijn omhoog gevluht. Op dat vlak zit er heel zeker een ernstig probleem.

De overheid de schuld geven omdat ze ons al die dingen opgelegd heeft, is dus te gemakkelijk. Het zit in *ons*, en we zullen het zelf moeten veranderen. De mensen in die middenlaag zouden eigenlijk de moed moeten hebben om te zeggen: 'We reduceren de regels en procedures tot een minimum, we kijken wat we kunnen afbouwen en we gaan ons eigenlijke werk weer doen, op de vloer.' En de leiding zou weer meer vertrouwen moeten hebben in de werking als dusdanig, zodat al die voortdurende registraties, controles en evaluaties overbodig worden.

Ik ben een groot voorstander van autonomie op de werkvloer. Maar dan moet je ook de klassieke formule hanteren: als iemand verantwoordelijkheid krijgt en daar dus ook op geëvalueerd kan worden, dan moet hij ook de macht krijgen die daarbij hoort. En dat is vandaag de dag een van de belangrijke pijnpunten: men geeft mensen wel de verantwoordelijkheid, maar niet de bijbehorende macht. En als het dan verkeerd loopt, krijgen ze toch de schuld. Dat is dodelijk. Geen verantwoordelijkheid zonder bijbehorende beslissingsmacht.

We zien nu dat er naast de reguliere hulpverlening andere initiatieven beginnen te ontstaan, die veel minder aan regels onderworpen zijn en die precies daarom veel beter functioneren. Dat zijn bijna allemaal vrijwilligersorganisaties. Denk maar aan TEJO in Antwerpen, die therapeutische begeleiding aanbiedt aan jongeren, of de Zelfmoordlijn. Er bestaan heel wat van die initiatieven, die drijven op het enthousiasme van een aantal vrijwilligers – vaak ook geschoolde krachten uit de sector, die hun rimpeldagen gebruiken om daarin mee te werken. Zij ontsnappen daar aan die regeldrift en hervinden er het plezier in hun werk dat ze niet meer ervaren in hun betaalde job. Het effect daarvan zie je bijvoorbeeld ook aan het feit dat er veel minder cliënten of patiënten – of hoe je hen ook noemt – afhaken. In de reguliere welzijnssector komen we steeds meer tot de vaststelling dat mensen voor wie de voorzieningen bedoeld zijn, afhaken. Omdat zij zelf ook het gevoel hebben dat ze in een systeem terecht komen dat in toenemende mate op beheersing en disciplinerend gericht is. En wat ook opvallend is: die vrijwilligersorganisaties hebben een rendement – om nu even in die termen te spreken – van 80, 90 procent cliënt-hulpverlenerscontact of patiënt-hulpverlenerscontact, omdat zij geen overmatige administratie hebben tussen beleid en praktijk. En dat heeft dan weer een heel goed effect op de wachtlijsten.

Zorgvuldig taalgebruik

Om even terug te komen op het woord ‘cliënt’: u zei eerder al dat u daar niet voor te vinden bent in de context van de zorg- en welzijnssector. Wat hebt u tegen dat woord? In deze sector spreekt men toch heel vaak van ‘cliënten’?

Ik ben als psychoanalyticus zeer gevoelig voor taal, ik houd van taal. Als wij bepaalde woorden gebruiken, brengt dat een heel denkkader met zich mee, en we zijn ons daar veel te weinig van bewust. Op het moment dat je over een ‘cliënt’ begint te spreken, zit je in een verkoopsysteem, zit je met rechten en plichten, met ideeën als consumententevredenheid, rendement, winst en verlies, enzovoort. Mensen die hulpverlening komen vragen, zijn geen cliënten. Zij zitten in een afhankelijke positie, anders kwamen ze geen hulp vragen. Dan moet je hen ook geen cliënt noemen. Ik ben een cliënt als ik naar de supermarkt ga om iets te kopen; dan beslis ik daar zelf over. Als ik zorg nodig heb, ben ik hulpbehoevend – en ik hoop dat men daarbij in de mate van het

mogelijke mijn autonomie zal respecteren, maar sowieso sta ik in een afhankelijke positie. Dus mij 'cliënt' noemen is boerenbedrog. Dat is niet zo.

Wat stelt u voor in de plaats?

In dit geval 'patiënt'. Of 'hulpbehoevende' of 'zorgvrager' – in elk geval iets waar het aspect 'zorg' in aanwezig is en wat een duidelijk onderscheid afbakent met de commerciële sector. Kent u trouwens de etymologie van het woord 'cliënt'? Dat verwees in het oude Rome naar de vrijgelaten slaven, die als aanhangsel bij de Romeinse families functioneerden. Dat is de oorspronkelijke betekenis van 'cliënt': vrijgelaten slaaf.

In de welzijnssector zie je tegenwoordig dat bepaalde groepen zelfs van de term 'zorg' af willen en meer gaan spreken over 'ondersteuning'.

Ik ga nu niet beweren dat we unilateraal de term 'cliënt' moeten vervangen door 'patiënt'. Dat is ook geen goed idee, want dan zit je meteen in de medische sector en worden alle problemen een ziekte. Maar het aspect van 'zorg', van vrager van steun, moet toch op de een of andere manier in de benaming aanwezig zijn.

Voor een aantal mensen in de sector lijkt 'zorg' bijna een vies woord te zijn geworden, een betuttelende term. In plaats daarvan zegt men dat mensen 'tot hun recht gebracht' moeten worden en dat er vooral in functie van hun autonomie gewerkt moet worden.

Ja, dat is voor een stuk juist, en dat opent die hele vraag over hoe we in de zorgsector de autonomie van wie zorg nodig heeft, op de een of andere manier kunnen respecteren. Maar je moet ervan blijven uitgaan dat er een afhankelijkheidspositie is. Dat is zo, het is een illusie dat te ontkennen.

Bovendien is het nog maar de vraag wat je precies met autonomie bedoelt. Want dat is ook zo'n woord dat heel erg kan misbruikt worden, net zoals vandaag gebeurt met 'responsabilisering'. Onlangs sprak ik op een studiedag in Nederland, waar het onder andere daarover ging. De term 'responsabilisering' wordt momenteel door de Nederlandse politiek gebruikt om mensen terug op de werkvloer te krijgen. En 'autonomie' betekent dan ook dat zij weer kunnen gaan werken. Ja, *noem* het dan zo. Maar dat is geen autonomie in de betekenis die ik als psychotherapeut aan dat woord geef. Als ik lesgeef over

psychotherapie, vertel ik mijn studenten: ‘De bedoeling van elke vorm van psychotherapie is dat je de persoon weer zijn of haar autonomie teruggeeft en jezelf als therapeut, zo snel als mogelijk is, terug overbodig maakt.’ Soms duurt dat lang – het kan een paar weken duren, maar ook een paar jaar – maar de bedoeling blijft jezelf overbodig te maken als therapeut. Het slechtste wat je kunt doen, is je patiënten in een passieve slachtofferpositie plaatsen. Deze redenering gaat ook over autonomie, maar dan in een heel andere invulling: iemand helpen om opnieuw keuzes te kunnen maken. Wat die persoon dan doet met die keuzevrijheid, is zijn zaak. Maar woorden als ‘autonomie’ en ‘responsabilisering’ gebruiken om iemand zo snel mogelijk uit de ziekteverzekering en opnieuw op de werkvloer te krijgen... Ik kan goed begrijpen dat zoiets een bekommernis is van de politieke overheid, en daar zijn ook goede redenen voor, maar dat mag niet de bekommernis zijn van een hulpverlener. Dat is onze taak niet.

In het taalgebruik van die hele evolutie die bezig is in de zorgsector, liggen er dus nogal wat adders onder het gras.

Dat taalgebruik is zeer gevaarlijk als je niet goed nakijkt wat men ermee bedoelt. En dat geldt voor al die termen. ‘Vermaatschappelijking’ is nog zo’n woord. Mijn eerste reflex is dan altijd: ‘Leg mij uit wat je daaronder verstaat. Wat zijn voor jou de concrete implicaties van die term “vermaatschappelijking”, van die term “responsabilisering”, van die term “autonomie”? Wat versta je daaronder?’ En dan zie je heel vaak dat daar heel verschillende dingen onder geschoven worden. En dat het soms doorgestoken kaart is. Je moet daar heel voorzichtig mee zijn. Een ander voorbeeld is ‘solidarisering’: dat kan bijvoorbeeld betekenen dat iedereen moet opdraaien om de financiële put te dempen die gemaakt is door een kleine groep. In dat geval betekent ‘solidarisering’ simpelweg uitbuiting.

Bewustwording over ons taalgebruik vind ik ontzettend belangrijk. Ik geef soms aan mijn studenten de opdracht om een tekst over een willekeurig thema te kiezen en met een marker alle economische termen aan te duiden. Je staat ervan versteld hoeveel dat er zijn. Het neoliberale referentiekader is zeer diep in ons denken doorgedrongen, zonder dat we ons ervan bewust zijn.

Op dat vlak is de theorie van Michel Foucault enorm bruikbaar. Kort samengevat: als je een bepaald discours gebruikt, heeft dat concrete effecten. Als het kortzichtig commerciële discours van het neoliberalisme – want daar komt het op neer – gebruikt wordt in de zorgsector, heeft dat zeer negatieve effec-

ten, zowel voor de werknemers als voor de zorgvragers. Dus dat discours moet er zo snel mogelijk uit en we moeten terug naar een taalgebruik dat er wel bij past. Het vroegere taalgebruik in de zorgsector komt natuurlijk uit een patriarchaal verleden, waarbij we een ander discours hanteerden, met andere negatieve effecten – dat moeten we niet opnieuw installeren. Maar het moet mogelijk zijn om een hedendaags discours te ontwikkelen over zorg, met aandacht voor de autonomie van de patiënt, in de zorgbetekenis van het woord. En dat kan ruim zijn: als iemand weer alleen naar de wc kan gaan, zonder hulp van een verpleegkundige, dan is dat ook autonomie. Zoiets is heel belangrijk, het gaat over waardigheid. Ook dat iemand zelf kan beslissen of hij terug gaat werken of niet, in functie van een aantal overwegingen. Maar een opgelegde autonomie is een *contradictio in terminis*, dat klopt niet. We moeten dus naar een ander taalgebruik, en wellicht zal dat een mix zijn van het vroegere taalgebruik met een hedendaagse visie.

Het woord 'ondernemerschap' roept bij sommigen ook concurrentie op.

Dat is weer zo'n voorbeeld van beladen taalgebruik. Ik sprak onlangs met iemand die in de kinderopvang werkt, in een vereniging die samenwerkt met Nederlandse partnerorganisaties. Ze vertelde mij over een gemeenschappelijke studiedag die ze hadden gehad. De presentaties van de Nederlanders en de Vlamingen waren heel verschillend, zei ze, en dat had alles te maken met de verschillen in organisatie. In Nederland is de kinderopvang georganiseerd volgens privaat model en werkt men concurrentieel. Bij ons niet. De voordrachten van de Nederlanders waren allemaal een soort reclamespot: 'Wij zijn de besten, dit hebben wij te bieden, we zijn zoveel gegroeid,...' De voordrachten van de Vlamingen gingen over: 'Wat kunnen we verbeteren? Wat kunnen we van elkaar leren?' Dat heeft te maken met een verschillend discours. Als je in een ondernemersklimaat zit in de commerciële betekenis van het woord, dan is de andere crèche inderdaad je concurrent. Als je die concurrentiesfeer niet hebt, dan bekijk je een andere crèche als een organisatie van collega's, waar je eens kunt gaan kijken en vaststellen: 'Dit doen wij beter, maar dat is bij jullie beter. Hoe doen jullie dat?' Het wordt een heel andere mentaliteit. En het is toch wel de moeite waard om even stil te staan bij de effecten van een concurrentieel beleid.

Gebruiken we dan eigenlijk wel de juiste term als we spreken van 'samen ondernemers in welzijn'?

Toch wel, want daarbij combineer je de twee termen: ‘ondernemers’ en ‘welzijn’. Wat je niet mag doen, is het commerciële discours en het *new public management* overnemen. Wat de kmo’s betreft, kun je als zorgsector zeker een aantal dingen gaan bekijken die de moeite waard zijn. Maar het idee van cliënten en van commercie is in de zorg niet bruikbaar. Dus je kunt inderdaad niet alles overnemen.

Het pijnlijkste voorbeeld zijn ziekenhuizen. Die moeten nu ook vooral winst maken. Tja, we zien de effecten, en in Nederland nog veel meer. Daar is de zorgsector zo goed als failliet, ironisch genoeg omdat men geprobeerd heeft een efficiënt en kostenbesparend systeem te installeren. Men heeft voor alles de kostprijs berekend. Dat betekent dat er een heel duidelijk verband werd gelegd: ‘Als je dit doet, mag het dat kosten.’ Maar wat men vergat, is dat zowel artsen als organisaties omgekeerd gingen lezen. Die zeiden: ‘O, dit brengt zoveel op en dat maar zoveel, dus doen we het eerste.’ Met als resultaat dat de duurste ingrepen en behandelingen nu het eerst gebeuren. Zo werkt dat systeem. Twee voorbeelden bij ons: een groot ziekenhuis in Antwerpen heeft de psychiatrische bedden ‘afgestoten’ en vervangen door cardiobedden, want die brengen veel meer op. In West-Vlaanderen deed een ziekenhuis hetzelfde met geriatrie bedden.

Dat omgekeerd lezen gebeurt overigens soms ook met goede bedoelingen. Kijk naar de zorgsector voor kinderen, waar specifieke labels toegang geven tot een welbepaald soort zorg. Een dergelijk systeem leidt bijna onvermijdelijk tot omgekeerde redeneringen. Een therapeut zegt bijvoorbeeld, met de beste bedoelingen: ‘Dit kind heeft echt hulp nodig, liefst in een omgeving waarin het zo goed mogelijk omringd is. Als ik de diagnose “autisme” geef, komt het in een klasje met heel weinig leerlingen terecht; daar zal dit kind het meest baat bij hebben.’ En dus krijgt het die diagnose. Dit zijn zaken die gebeuren, met de beste bedoelingen, maar eigenlijk is dat geen goed idee. Dit zijn de negatieve effecten van een beheersmodel waarbij men denkt alles in een Excel-sheet te kunnen gieten.

Toekomstblik

Als we in de zorgsector op dezelfde manier blijven verder gaan als we nu bezig zijn, waar denkt u dan dat we over een jaar of tien, vijftien uitkomen? En waar hoopt u dat we met de nodige bijsturing zouden uitkomen?

Dat is een moeilijke vraag. Het is makkelijker om te kijken naar Nederland. Daar is, zoals ik zei, een enorme privatisering bezig: alles wordt gedacht volgens het marktmodel. Dat heeft zeer negatieve effecten: het werkt niet efficiënt, het wordt onbetaalbaar voor de overheid, steeds meer mensen vallen uit de boot en op de koop toe daalt de kwaliteit van de zorg. Stel: ik ben een privéverzekeraar. Mensen zijn bij mij verzekerd en kunnen ook psychotherapie krijgen. Dan ga ik in functie van mijn winstcijfers kijken wat de goedkoopste – en in dit geval dus kortste – therapie is die ik kan terugbetalen. ‘Jij hebt een borderline persoonlijkheidsstoornis? De behandeling mag maximum 18.000 minuten duren. Alles wat langer duurt, betaal ik niet meer.’ Dat is het DBC-model – diagnose-behandelcombinatie – dat in Nederland al schering en inslag is. Het neemt zo’n karikaturale vormen aan: de behandelduur wordt uitgedrukt in aantal minuten.

Hier in België hebben wij een hybride vorm. Dat model wordt deels geïmplementeerd, maar deels ook niet, omdat wij toch nog altijd een systeem hebben dat meer sociaal gericht is en vooralsnog niet uitsluitend op winst uit is. Ik hoop dat we dat zullen kunnen behouden. Daarnaast hoop ik dat we dat *new public management* kunnen weghalen en weer meer verantwoordelijkheid en vertrouwen kunnen geven aan de mensen die het werk doen op de vloer, want zij weten wel hoe het georganiseerd moet worden.

Er is dus dringend weer nood aan menselijkheid?

Aan gezond verstand, en aan bewustwording. Het is in eerste instantie een kwestie van bewustwording, denk ik. Vooral dat. We moeten ons bewust worden van het taalgebruik dat we hanteren en van de waarden die daaronder verborgen liggen, ons bewust worden van hoe we zelf op die manier denken en wat voor consequenties dat heeft voor alle betrokkenen. Mensen met een hulpvraag in de zorg- en welzijnssector zijn geen cliënten in de commerciële betekenis van het woord. Er moet geen concurrentie zijn tussen zorginstellingen. Je kunt geen diagnose-behandelcombinaties opleggen voor problemen die niet medisch zijn. Maar men gaat daar dan ook een soort diagnostiek op toepassen met vastgelegde trajectpaden die gevolgd moeten worden. En zo werkt dat niet. Beheersbaarheid via zo’n berekend model is een grote illusie.