

Geen dokter, geen vrijwilliger

Lezing Sociaal Werk Nederland, Amersfoort 30 november 2016

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Twee jaar geleden mocht ik de Els Borstlezing houden. Die lezing ging over evidence based werken. Evidence based medicine had in Nederland een enorme impuls gekregen na het rapport Medisch handelen op een tweesprong, een publicatie van de Gezondheidsraad uit 1991, geschreven onder leiding van Els Borst. Medische handelingen moesten worden getoetst bij voorkeur in dubbelblind randomized clinical trials (één groep die de nieuwe behandeling krijgt, één groep die een placebo krijgt, of de oude behandeling, en dan kijken welk van die aanpakken meer effect heeft). In de geneeskunde is evidence based medicine een trend die nog steeds aan de gang is en die niet alleen ten doel heeft patiënten te behoeden voor ineffectief medisch ingrijpen maar ook kan leiden tot grote besparingen in de zorg. Nog vorige week publiceerden de gezamenlijke academische ziekenhuizen een lijst met maar liefst 1300 medische handelingen, die zinloos of niet effectief waren verklaard en waar artsen dus beter mee konden stoppen.

Ik betoogde in mijn lezing dat evidence based werken een heel goed idee was voor de cure maar dat ik betwijfelde of het paste in de care en in de wereld van welzijn en hulpverlening: uw wereld. In verpleeghuisland bleek bijvoorbeeld in diverse trials te worden onderzocht of volksdansen goed was voor demente bewoners. Dat betekende dat er dus forse aantallen gekwalificeerde onderzoekers groepen samenstelden van bewoners in een vergelijkbaar stadium van dementie, dat er vervolgens effecten moesten worden benoemd die wel of niet zouden kunnen optreden na een ochtend volksdansen en dat je daarna systematisch zou moeten meten of in de dansgroep meer positieve effecten (statistisch significante positieve effecten!) waren dan in de niet-dansgroep. In mijn hoofd zag ik al berichtjes hangen op het aanplakbord in het verpleeghuis van mijn schoonvader. "Met ingang van volgende week gaan we stoppen met de dansochtend en de middag 'nostalgische muziek'. Onderzoek heeft aangetoond dat deze interventies geen meetbaar effect hebben."

In de cure is het vrij eenvoudig te benoemen wat je wilt bereiken met een interventie: de tumor moet kleiner, de kankercellen moeten weg, het been moet weer kunnen lopen. In de care is dat – afgezien van de medische kanten: de verzorging van wonden, de bestrijding van benauwdheid – veel ingewikkelder. Wil je dat mensen nog zoveel mogelijk dingen kunnen doen (aardappelen schillen, eten koken, zichzelf aankleden)? Of wil je dat mensen hun laatste jaar of hun laatste maanden zoveel mogelijk verwend worden, als in een vakantiehôtel en neem je op

de koop toe dat mensen waarschijnlijk wat vaardigheden kwijt raken? Of wordt dat per bewoner overlegd en samen met de familie besloten? En in het laatste geval: hoe meet je dan nog welk van die twee aanpakken het beste is? Ik ken een verpleeghuisdirecteur die echt had nagedacht over kunst aan de muur van zijn verpleeghuis. Het maakte niet uit of bewoners de kunst mooi of lelijk zouden vinden, het ging erom dat bewoners en bezoekers iets hadden om over te praten, om zich over te verbazen, desnoods om zich aan te ergeren. Dat doorbrak de monotonie van een bezoek aan een verpleeghuis. Leek mij heel zinnig, maar leek me ook niet iets om in een rct te onderzoeken.

In de wereld van zorg en welzijn gelden vergelijkbare problemen. Sinds de harde kritiek van Hans Achterhuis mogen we nooit meer zeggen dat er in de wereld van zorg en welzijn niet hoeft te worden gemeten, omdat de effecten altijd positief zijn. Baat het niet, dan schaadt het soms wél en het is goed dat we ons af en toe beraden op de doelen en de effecten van hulpverlening. Maar dat betekent niet we voluit moeten afkoersen op evidence based hulpverlening, zodat we over een paar jaar ook een lijst kunnen opleveren met 1300 zinloze interventies. Professionalisering in die richting is niet verstandig, zo probeerde ik te betogen in mijn Els Borstlezing. Sommige mensen hebben daaruit geconcludeerd dat ik zou vinden dat hulpverleners iets is wat iedereen wel zou kunnen en wat we dus wel kunnen de-professionaliseren. Dat was niet mijn bedoeling. In deze lezing hier wil proberen uit te leggen wat ik wel bedoelde en vervolgens zien hoe dit zich verhoudt tot de plannen die u vanmiddag gaat bespreken, waaronder het professionaliseringstraject.

Tien jaar geleden had ik een bijzonder hoogleraarschap bij het Instituut Beleid en Management van de gezondheidszorg in Rotterdam. Een van mijn onderzoeksprojecten behelsde een vergelijking tussen huisartsen en chirurgen. Zoals ik nu praatjes mag houden voor zalen vol maatschappelijk werkers, zo deed ik dat toen voor gezelschappen huisartsen en medisch specialisten (ik heb erg leuk werk). Mijn toenmalige aio interviewde een groot aantal dokters en lezend in haar verslagen was ik altijd diep onder de indruk van wat dokters moesten kunnen: in een split second zien dat iets een aneurysma is en dan meteen gaan opereren. Drie keer per spreekuur een patiënt met vage buikklachten onderzoeken en dan telkens moeten kiezen tussen wel en niet verwijzen naar het ziekenhuis en verantwoording afleggen als je verkeerd kiest. Röntgenfoto's interpreteren. Lijstjes met bloedwaarden begrijpen. Ik was altijd vol bewondering.

Nu heb ik een bijzonder hoogleraarschap bij de Universiteit voor Humanistiek. Voor mijn nieuwe oratie hebben we interviews gehouden met ongeveer dertig ervaren maatschappelijk werkers. Mijn collega's aan de Universiteit voor Humanistiek volgen al sinds 2015 hulpverleners in wijkteams; ze lopen met deze mensen mee en ze maken observatieverslagen. Ik ben net zo onder de indruk als ik destijds was van die dokters, maar om andere redenen. Ik ben onder de indruk van het eindeloze geduld van hulpverleners die blijven proberen mensen bij te staan, ook als die mensen

chagrijnig en boos reageren. Ik ben onder de indruk van schuldhulpverleners die aangeven dat bij sommige cliënten stabilisatie het hoogst haalbare is en die desalniettemin gewoon blijven luisteren. Ik heb bewondering voor de sociale vaardigheden van hulpverleners die kunnen omgaan met mensen met een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of een combinatie van beide. Ik ben onder de indruk van de empathie van mijn respondenten die het niet opgeven als hun cliënten op allerlei manieren weer de fout in gaan: terugvallen in een verslaving, nieuwe schulden maken, de wet overtreden, teruggaan naar een foute man. Hulpverlening is een vak; ik zou het niet kunnen en ik vind het heel prettig dat ik leef in een samenleving waar anderen het wel kunnen.

Een vak is het dus zeker. Maar is het een professie? De vraag of sociaal werk een professie is werd voor het eerst serieus aan de orde gesteld in 1915 door Abraham Flexner, een expert op het gebied van medische opleidingen. Hij hield een lezing voor de NCCC, een verzameling van liefdadigheidsorganisaties en settlement house organizations (settlement houses waren een soort buurthuizen waarin op allerlei manieren werd geprobeerd sociale hervormingen te realiseren). Flexner hield zijn lezing lang voordat sociologen als Wilensky en Freidson hun teksten over de kenmerken van een professie hadden gepubliceerd maar hij liep toen al, met de verzamelde aanwezigen de vier klassieke kenmerken af van een professie: 1. een professie is een betaalde bezigheid. 2. Gebaseerd op gespecialiseerde kennis. 3. Professionals beschikken over professionele autonomie, zowel individueel (de ziekenhuisspecialist beslist wat de juiste behandeling is voor de patiënt; hij hoeft geen orders aan te nemen van de ziekenhuisdirecteur) als collectief (professionals bepalen zelf wie wordt toegelaten tot de professie en kunnen bij wangedrag ook zelf vakbroeders weer uitstoten). En 4. een professie heeft een specifiek, eigen hoger doel dat zwaarder weegt dan het algemeen maatschappelijk belang of de politieke waan van de dag. Voor artsen gaat het in beginsel om de gezondheid van de patiënt, ongeacht de kosten. Ongeacht de vraag of de patiënt al die kosten waard is. Je behandelt de slachtoffers van een verkeersongeluk, ook de schuldigen. Je behandelt de slachtoffers van een bomaanslag, maar ook de daders en je behandelt eerst degene die er het ergst aan toe is, ook al is dat de dader. Voor advocaten is het hoogste doel het belang van hun cliënt. Als ze die vrij kunnen krijgen op basis van een procedurefout bij het OM, of bij gebrek aan bewijs, dan is dat wat ze gaan doen. Zelfs als ze weten dat de cliënt de misdaad wel heeft gepleegd. Ongeacht de maatschappelijke consequenties.

Wat Flexner betrof voldeed sociaal werk niet aan twee van de vier genoemde criteria: er was geen gespecialiseerde "body of knowledge" waar sociaal werkers over beschikten. En het hogere doel van sociaal werk werd vastgesteld in samenspraak met de maatschappij of met de organisatie waar sociaal werkers werkzaam zijn. Er is niet één duidelijk hoger doel van sociaal werk. Sociaal werkers bij de reclassering hebben andere doelen dan medisch maatschappelijk werkers in het ziekenhuis, jeugdhulpverleners, schoolmaatschappelijk werkers,

schuldhulpverleners, hulpverleners in de verslavingszorg of klantmanagers bij de sociale dienst.

Als reactie op het betoog van Flexner gingen sociaal werkers in Amerika heel hard aan de slag om alsnog een gespecialiseerde body of knowledge te ontwikkelen. Die kennisbasis vond men in de psychologische /psychotherapeutische/psychoanalytische hulpverlening. Casework en individuele counseling waren hier de leidende principes. Sociaal werk historicus John Ehrenreich beschreef in een prachtig boek *The Altruistic Imagination* hoe het verder ging in Amerika. In zijn visie had het sociaal werk in Noord Amerika twee wortels: er was enerzijds de individuele hulp door proto sociaal werkers aan kwetsbare burgers en anderzijds waren er sociaal werkers die ijverden voor structurele maatschappelijk hervormingen: institutionele verandering, sociale wetgeving, betere huizen en leefomstandigheden, toegankelijke gezondheidszorg. De roep om professionalisering leidde in Amerika tot een vergaande nadruk op de eerste kant: de individuele hulpverlening. Eind jaren twintig brak in Amerika de grote economische crisis uit die leidde tot massa werkloosheid en alle soorten van ellende in de jaren 30. Sommige sociaal werkers keerden terug naar hun oude activistische wortels. Zij pleitten voor structurele hervormingen en lobbyden bij de politiek. Maar de meeste bleven vasthouden aan hun nieuw verworven body of knowledge, schrijft Ehrenreich. Ze bleven individueel counselen tegen de klippen op. Alsof al die rijen en rijen werklozen wel weer aan het werk zouden komen als ze geestelijk weer goed in hun vel zouden zitten. De kracht van het sociaal werk in de tijd van Abraham Flexner was dat men van veel dingen wat af wist, zodat men creatieve verbindingen kon leggen, tussen mensen, tussen problemen en tussen instanties. Door professionalisering in de richting van psycho-educatie, een gespecialiseerde body of knowledge, raakte men die breedte kwijt en dat was een verlies. Tussen de regels door pleit Ehrenreich in zijn boek voor een vorm van deprofessionalisering: het kon wat hem betrof wel een paar tandjes minder met die gespecialiseerde body of knowledge.

In Nederland hebben we gezien wat te ver doorgevoerde professionalisering in de vorm van een al te grote specialisatie kan betekenen voor het sociaal werk. Gespecialiseerde hulpverlening voor elk voorkomend maatschappelijk probleem – een opsplitsing van de hulpverlening naar doelgroep enerzijds en naar aandoening anderzijds – leidt tot een versplintering in de hulpverlening. Het leidt ook tot het langs elkaar heen werken van hulpverleners bij multi-probleemgezinnen, waarvan we de verhalen kennen uit de krant. Professionalisering van het sociaal werk moet niet betekenen: inzetten op een body of knowledge die zo specialistisch is dat de sociaal werkers hun holistische blik, hun generalistische kennis en hun vermogen om ongelijksoortige dingen te combineren kwijtraken.

Het is heel goed dat hogescholen in Nederland hun specialistische opleidingen samenvoegen tot bredere opleidingen sociaal werk. Het is ook heel goed dat Sociaal

Werk Nederland in het professionaliseringstraject heeft geprobeerd generalistische kerncompetenties te formuleren die recht doen aan de breedte van het vak.

Laten we de vier kenmerken van professies er nog even bij pakken en kijken hoe het staat met elk van die kenmerken.

Over de gespecialiseerde kennis hebben we het gehad. Dat gaat eigenlijk behoorlijk goed. Waar het ook goed mee gaat is professionele autonomie: ik vind het een goede ontwikkeling dat sociaal werkers een register gaan maken en dat geregistreerde sociaal werkers zich moeten oriënteren op hun beroepsgroep en tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn. Veel sociaal werkers werken tegenwoordig in wijkteams en zijn daar direct of indirect ondergeschikt aan de gemeente. Dat maakt het lastig om kritisch te zijn tegenover die gemeente en dat is soms wel nodig. Sociaal werkers moeten plannen en maatregelen van gemeenten ook ter discussie kunnen stellen. Dat kan lang niet altijd op de eigen werkplek (uit onze interviews bleek dat veel hulpverleners denken dat ze dan meteen ontslagen worden – voor jou tien anderen –); het is goed dat sociaal werkers hun eigen platforms, discussiefora en bijeenkomsten hebben waarop ze ervaringen uitwisselen en kritisch durven zijn over beleid voor kwetsbare groepen in hun gemeente. Ik vind het ook heel goed dat u als werkgever dit aanmoedigt en faciliteert.

Ik heb vooral zorgen over de twee overgebleven kenmerken.

Het eerste kenmerk stelt dat een professie een voltijds betaalde bezigheid moet zijn. Dat is een kenmerk dat in de literatuur over professies als geneeskunde, advocatuur en accountancy nauwelijks wordt besproken. Er is niemand die zegt: het is heel goed dat u mensen opereert, jaarrekeningen controleert, en verdachten verdedigt, maar wij vinden dat dit voortaan zonder betaling zou moeten gebeuren. Geneeskunde, accountancy en advocatuur waren mannenberoepen in de tijd dat de professionalisering optrad; het was volkomen redelijk dat deze professionals wilden worden betaald voor wat zij deden. In die professies gaat de discussie over de honoreringsstructuur: is het verstandig om advocaten alleen te betalen als zij een zaak winnen (no cure no pay)? Moeten accountants worden betaald door de bedrijven waarvan zij de jaarrekening controleren of leidt dat tot belangenverstremming? Moeten artsen in loondienst of is het beter hen te betalen per verrichting? In het sociaal werk – vanouds een vrouwenberoep – liep die discussie anders. Daar was het van meet af aan een vraag of er überhaupt moest worden betaald. Zou dat geen afbreuk doen aan de nobele motieven waarmee helpers zich begaven onder de kwetsbare groepen? Het was een hele toer om hulpverlening eind 19^e, begin 20^{ste} eeuw om te vormen tot een vak waarmee vrouwen zich een fatsoenlijk inkomen konden verwerven. Mijn stelling zou zijn dat deze verworvenheid nu weer op de tocht staat.

Hulpverleners van nu worden geacht hun taak zo snel mogelijk en zo veel mogelijk over te dragen. Aan familieleden van de cliënt. Aan de bureaus van de cliënt. Aan het

hele netwerk van de cliënt, al dan niet via een eigen kracht conferentie. Aan vrijwilligers, buddy's en maatjes. Aan ervaringsdeskundigen. Hulpverleners moeten zichzelf overbodig maken. Als vrijwilligers nog onvoldoende in staat zijn om bepaalde taken uit te voeren worden hulpverleners geacht hen een cursus te geven om dat beter te doen. Vrijwilligers worden soms zelfs gebonden aan contracten: ze moeten leren dat hulp bieden niet vrijblijvend is, dat ze niet met allerlei anderen mogen praten over wat ze zien als ze als vrijwilliger bij kwetsbare mensen over de vloer komen. Veel vrijwilligers in Nederland hebben een verleden in de zorg of een achtergrond in de zorg. Soms zijn het zelfs ontslagen hulpverleners. Je kunt dat een goede zaak vinden. Dan zeg je dat we zo met z'n allen minder geld kwijt zijn: we hoeven minder belasting en premies te betalen en kwetsbare mensen worden toch geholpen door goed getrainde, goed opgeleide vrijwilligers. Hulpverleners zijn vaak zo aardig dat ze ook nog mee zullen denken in deze logica.

Maar je kunt ook zeggen dat deze basale vorm van de-professionalisering niet goed is. Het is een vorm van uitbuiting. Mensen die serieus werk doen horen daar fatsoenlijk voor te worden betaald. Onlangs was er een aflevering van Zembla gewijd aan de jeugdzorg. De aflevering ging over gezinswoonvormen waarin kinderen woonden met een heel complexe problematiek: handicaps, trauma's, gedragsstoornissen en wat niet al. De constructie bij dit soort woonvormen was: een van de ouders komt in dienst bij de zorginstelling zodat men voltijds in staat is om voor deze kinderen te zorgen. Maar dat kon niet meer uit, had de zorginstelling berekend. En daarom stelde men voor om nu gewoon voor de kinderen te gaan zorgen tegen de gebruikelijke vergoeding voor gewone pleegkinderen. Kost en inwoning, zeg maar. Het leek mij volkomen onethisch om de vraag zelfs maar te stellen. Deze ouders gaven om hun ingewikkelde pleegkinderen. Ze wilden ze niet in de steek laten. Moesten ze nu hun eigen werk onbetaald voortzetten? Gelukkig was de journaliste van Zembla zo bijdehand om de zorgbestuurder te vragen of hij zijn eigen werk voortaan ook onbetaald wilde gaan doen. Daar moest hij nog eens over nadenken, was zijn antwoord.

In de stukken die u vanmiddag gaat bespreken zit ook een notitie over de honorering van toezichthouders. Daarin wordt gesuggereerd dat toezichthouder in een hulporganisatie ook vrijwilligerswerk zou kunnen zijn, nu hulporganisaties zelf immers zo veel met vrijwilligers werken. Ik zou u willen meegeven om de andere kant uit te gaan denken. Is het wel redelijk om zoveel van het werk dat uw professionals doen over te dragen aan vrijwilligers? Als een grote geest op het ministerie van Onderwijs en Wetenschap morgen op het idee komt om universitair onderwijs voortaan gratis te laten verzorgen door gepensioneerde wetenschappers of om er onbetaalde werkervaringsplaatsen van te maken voor pas afgestudeerden hoop ik dat mijn baas niet zegt dat ik daar constructief in mee moet denken en mijzelf overbodig moet maken. Ik hoop dat mijn baas dan pal voor mij staat en zegt dat dat natuurlijk helemaal van de gekke is.

Daaraan gekoppeld een vraag over het laatste kenmerk van professionalisme. Het hogere doel van de professie. In de stukken voor vanmiddag wordt veel nadruk gelegd op cliënt tevredenheid. De cliënt moet iets hebben aan de hulpverlening. Ik zou u willen vragen of dat voor sociaal werkers een haalbaar criterium is. Het is in het algemeen denk ik niet makkelijk om cliënten van het sociaal werk tevreden te stemmen: veel mensen zijn structureel kwetsbaar, veel problemen zijn niet echt oplosbaar, stabiliseren, pappen en nathouden is soms het hoogst haalbare. Maar dat effect wordt nog versterkt als er uitgebreide taakafsplitting plaatsvindt en hulpverleners alle makkelijke cliënten waar eer aan te behalen is moeten overdragen aan familie, netwerk, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. Het laat zich raden dat zij dan zelf de moeilijkste cliënten overhouden en om dan als meetlat voor goed werk te stellen dat deze cliënten tevreden moeten worden gesteld gaat waarschijnlijk heel erg ver.

Ik vat nog even voor u samen. Goed idee om in te zetten op generalistische competenties en generalistische kennis in het sociaal werk. Goed idee om in te zetten op versterking van de professie via een register en via na- en bijscholingsbijeenkomsten. Maar kijk uit voor de basale de-professionalisering van de hulpverlening waar uw professionals intussen mee worden geconfronteerd. Het is geen goed idee om hulpverleners te vragen om alle leuke, kansrijke, bevredigende elementen van hun werk over te dragen aan onbetaalde anderen – al dan niet na een daartoe strekkende, door hen zelf te verzorgen training - . Dat is een onzindelijke constructie. Het wordt nog erger als professionals, die dan alleen de allermoeilijkste problemen en de ingewikkeldste cliënten overhouden, vervolgens worden beoordeeld op klanttevredenheid.

U heeft ontzettend lieve, toegewijde, empathische mensen in dienst. Daar moet geen misbruik van worden gemaakt. Laat uw professionals niet uitbuiten.