

Hulpverleners in de participatiesamenleving

Toespraak ter gelegenheid van prijsuitreiking aan Marcel Spierts, 9 februari 2015
KNAW, Amsterdam

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Ik vind het erg leuk en eervol dat ik hier vandaag mag spreken bij de uitreiking van de De la Courtprijs. Het geeft mij de gelegenheid hardop na te denken over de vraag wat er zo bijzonder is aan de geschiedenis van sociaal werkers die Marcel zo mooi voor ons heeft opgetekend. Ik doe dat door een vergelijking te trekken met andere professies. Daarna mag ik een beetje speculeren over hoe het nu verder gaat, met die sociaal werkers, bij de overgang van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Een onderwerp waar Marcel zelf net ook al iets over heeft gezegd.

Ik begin met het eerste. Een paar jaar geleden deed ik samen met Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst van de Erasmus Universiteit onderzoek naar de ontwikkeling van beroepen en beroepsethiek onder invloed van maatschappelijke veranderingen en overheidsbeleid. We keken naar huisartsen en chirurgen en we stelden de vraag wat er met hun ethiek gebeurde onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen: het gestegen opleidingsniveau van patiënten, de toename van het aantal vrouwen in het medisch bedrijf. We deden dat op basis van een analyse van artsentijdschriften en op basis van interviews met oudere en jongere dokters. We konden de ontwikkelingen door de tijd goed volgen.

In de jaren vijftig en begin jaren zestig was het heel gewoon om patiënten niet precies te vertellen wat zij mankeerden. Een patiënt die ongeneeslijk ziek was moest vooral vertrouwen houden in de behandeling. Zo lasen we in *Huisarts en Wetenschap*, in 1959:

“Indien wij voldoende variatie en wisseling aanbrenge in onze therapeutische adviezen, krijgt de patiënt het vertrouwen dikwijls weer terug. [...] De idee: ‘er is toch niets meer aan te doen’ wordt op deze wijze weggenomen.” (Van Westreenen 1959:4)

Veertig jaar later gaat alles heel anders. In 1997 schrijft het *Tijdschrift voor Heelkunde*:

“Door de snel voortschrijdende informatietechnologie kan men op zeer snelle wijze over allerlei medische informatie beschikken. Zo kan het voorkomen dat een patiënt op basis van het televisieprogramma van de vorige avond of na een stukje ‘surfen’ op Internet beter geïnformeerd is over de laatste stand van zaken wat betreft een bepaald ziektebeeld dan de dokter waar hij tegenover zit.” (Van Dop 1997:28)

In de jaren vijftig eiste het artseneroep permanente toewijding. De door ons geïnterviewde chirurgen waren vaak nog opgeleid in die tijd. Een van hen vertelde:

“Had je weekenddienst, dan begon je vrijdagochtend om 8.00 uur, want dat was je gewone werk. Dan ging je de dienst in: vrijdagavond, vrijdagnacht, zaterdag de hele dag, zaterdagavond, zaterdagnacht, zondag de hele dag, zondagavond, zondagnacht en maandag de hele dag. En dan ging je om 19.00 's avonds uur naar huis. Dan had ik een koffertje bij me met allemaal brood erin en schone sokken en dat soort dingen. Dan was ik dus onafgebroken beschikbaar. Het was een hele drukke EHBO en het gebeurde wel dat je in zo'n hele periode van vrijdagochtend tot maandagavond 12 tot 14 uur sliep. Dan viel er ook wel eens iemand om van pure uitputting.”

Ook van de huisarts werd veel gevraagd. Patiënten konden op ieder moment van de dag aankloppen waardoor de huisarts “in zijn vrije tijd elk ogenblik kan worden ‘gestoord” (Jongsma 1958:135). We lezen in Huisarts en Wetenschap, in 1963:

“Om dit werk [psychologische aspecten van de huisartsgeneeskunde] te kunnen doen, moeten wij bereid zijn enkele avonden beschikbaar te stellen om met patiënten uitvoeriger op hun problemen in te gaan.” (Van Lidth – De Jeude 1963:96)

Zo is het allang niet meer. Tegenwoordig is een groot deel van de artsen vrouw en velen van hen werken parttime.

Jonge vrouwelijke huisartsen beschouwen hun vak als een gewoon beroep. Een van hen vertelde:

“De huisartsgeneeskunde is toch een mogelijkheid om de geneeskunde te beoefenen op een milde manier. Zonder dat het je hele eigen leven ondersteboven haalt. [...] Je kan toch een, twee, drie dagen werken tot je eigen voldoening en tevredenheid. Terwijl je ook tijd hebt voor andere dingen.”

Een jonge mannelijke chirurg zei:

“Ik denk dat mijn opleiders heel erg hun vak als *way of life* hebben. *The knife before the wife*, dat soort uitspraken. [...] En dat is bij mij anders. Ik zie chirurgie als mijn werk, als een gedeelte van mijn leven. Maar het is niet allesomvattend. En als ik 's avonds kan blijven voor een mooie operatie doe ik dat, maar als ik een afspraak heb met iemand zeg ik die er niet voor af. Nee. En dat is wel een iets andere mentaliteit denk ik dan veel van mijn bazen.”

Een oudere chirurg vertelde somber:

“De patatgeneratie heeft zich ook in de dokterswereld geïntroduceerd. Dat het privéleven erg belangrijk is geworden, dat botst toch ook in de opleiding regelmatig.”

In een iets minder intensieve vorm lieten we ook andere beroepen onderzoeken door studenten.

Antwan van Oijen was verpleegkundige op een afdeling kindergeneeskunde. Hij onderzocht hoe dat beroep was veranderd tussen de jaren zeventig en nu. Een van de door hem geïnterviewde verpleegkundigen vertelde over haar vak in de jaren zeventig:

“Ouders leverden hun kind af. Wij namen het over en de ouder ging naar huis. Ouders waren niet deskundig. Die mochten op bezoek komen van twee tot zeven en dat was al heel luxe want in andere ziekenhuizen mocht het niet iedere dag. Wanneer ouders op bezoek kwamen mochten ze ook gewoon hun kinderen wassen en aankleden. Het was een gunst die je als verpleegkundige verleende aan de ouders. Wel deed je dit alles samen. Je nam niets aan van ouders. Nee, de zuster die wist het allemaal. En dat kon toen denk ik ook nog, omdat ouders er vanuit gingen dat de zuster het wist.”

Een andere respondent vertelde:

“Wij deden alle plechtige vaardigheden bij de kinderen. De ouders brachten nooit een sonde in, de ouders gaven nooit prikjes. Wij deden tussendoor allemaal leuke dingen met de kinderen. Je probeerde voor te lezen, spelletjes te doen, kleuren en tekenen. Dat soort dingen deden we ook met de kinderen.”

In de loop van de jaren tachtig en negentig verandert dit. Ouders kunnen in de meeste ziekenhuizen 24 uur per dag bij hun kind zijn en veel ouders doen dat ook. Spelen met kinderen hoeft de kinderverpleegkundige nog maar zelden te doen. Hij of zij is er alleen nog voor de prikjes en de infusen.

Kinderverpleegkundige Thea vertelde:

“Mijn grootste ervaring daarbij was, dat de ouders de verzorging van het kind deden en dat wij gewoon de minder leuke dingen moeten doen. Dat jij dus een stuk afgeeft aan ouders dat wij eigenlijk heel erg leuk vonden; om het kind te verzorgen in bad te doen en voor te lezen. Dat hele stuk viel weg.”

Nog weer tien jaar later bemoeien ouders zich ook met de medische kanten van de zorg. Ze zoeken alles op over de ziekte en de behandeling van hun kind, ze houden de verpleegkundige non stop in de gaten via een webcam en menige ouder wil zelf ook infusen leren aanbrengen zodat de kinderverpleegkundige zich een soort coach voelt of een docent die dit aan de ouders moet leren. Het beroep van kinderverpleegkundige is veranderd in een soort **meta-werk**. Het eigenlijke werk wordt gedaan door de ouders. De verpleegkundige doceert en houdt toezicht.

Er is veel veranderd in de gezondheidszorg sinds de jaren vijftig. Maar uit het boek van Spierts heb ik geleerd dat de grote veranderingen in de gezondheidszorg in het niet zinken bij de ongelooflijke veranderingen die er in de twintigste en 21^{ste} eeuw hebben plaatsgevonden in de wereld van zorg en welzijn. Voorafgaand aan de periode die Spierts beschrijft hebben sociaal werkers zich ontwikkeld vrijwilligers – rijke mevrouwen die aan armenzorg deden - tot betaalde krachten. In de periode van de wederopbouw wordt ingezet op de modernisering van Nederland en bij dat proces hebben maatschappelijk werkers en welzijnswerkers een belangrijke rol. Spierts begint zijn hoofdstuk 3 met een prachtig citaat van professor de Quay (de latere minister-president) uit 1957:

“De geweldige veranderingen waarvoor bepaalde delen van onze samenleving staan – het IJmondproject, het Deltaplan, de ontwikkelingsgebieden, maken een hechter samengaan van cultureel en maatschappelijk werk gewenst. Zij moeten ervoor zorgen dat de mens bij alle economische en technische maatregelen niet vermalen wordt, dat de mens bij dit alles

steeds primair staat en dat een verdere ontmenselijking van de maatschappij wordt tegengegaan.” (p. 57).

In de jaren vijftig, zo leren we, helpen sociaal werkers jongens industrierijp te maken. Men tracht iets te doen aan de verwildering van de arbeidersjeugd die – citeer ik p. 75 – “leurt, hangt, slentert. .. er is vaak een ongedurige bewegingsoverdaad zonder doel. Ook de stem en de articulatie geven de personale uitdrukking van de holle leegte: men loeit, men brult, men kletst (..) men gilt en giert, men jengelt en zeurt.”

Het is niet eenvoudig als jongeren de hele dag naar een telefoonscherm turen of zitten te gamen op hun x-box, maar dit is natuurlijk ook niet makkelijk geweest.

Maar inpassen in de maatschappij is niet het enige doel. We hoorden al in dat citaat van De Quay; daarnaast was het nadrukkelijk de bedoeling de menselijke maat en menselijke waarden overeind te houden.

In de jaren zestig en zeventig wordt het sociaal werk opgezogen door de politiek. Spierts spreekt over de “deconstructie van de professie” en beschrijft beeldend de toestand aan de toenmalige sociale academies. “Er heerste chaos doordat studenten hun eigen leerroutes probeerden uit te stippelen. Sommige studenten beleefden de academie niet langer als een opleidingssituatie maar als een existentiële leefsituatie. Het democratiseringsoverleg stelde de opleidingsactiviteiten in de schaduw en bracht voor alle betrokkenen een slopend bestaan met zich mee.” (p. 132).

Het laat zich raden dat studenten onder die omstandigheden niet veel leren en het is dan ook niet raar en niet toevallig dat er kritiek komt op methodiek en wetenschappelijke onderbouwing van het sociaal werk, zowel in het buitenland als in eigen land.

Er wordt vervolgens ingezet op verwetenschappelijking van het beroep. Hoewel dit in principe een mooi streven is – iets anders zou ik zeker bij de KNAW niet durven zeggen – heeft het toch belangrijke nadelen. In de geneeskunde worden medicijnen en behandelmethoden altijd getest op overzichtelijke patiënten. Bij voorkeur mannen in de kracht van hun leven, die hormonaal niet schommelen en slechts één ding mankeren. Alleen diabetes. Of prostaatcancer. Alleen reuma. Medicijnen worden niet getest op broze tachtigers die allemaal dingen tegelijk mankeren: hoge bloeddruk, en staar, en gehoorverlies, en broze botten, en ziekte van Parkinson en prostaatcancer. In de gezondheidszorg is dat al een ernstig nadeel – er zijn heel veel oudere patiënten die lijden aan allerlei kwalen tegelijk en die worden opgescheept met een indrukwekkende pillendoos waarvan je met zekerheid kunt zeggen dat de combinatie van al die medicijnen in elk geval niet is getest in een *randomized clinical trial*. Maar in de gezondheidszorg zijn er gelukkig veel mensen die inderdaad 1 aandoening hebben. In de wereld van het sociaal werk is dat veel minder het geval. Gezinnen bestaan uit zwak begaafde ouders, die kampen met verslavingsproblemen, depressies en/of schulden. Kinderen met leerproblemen, foute vriendjes, gedragsproblemen. Als daar met *evidence based* hulpverleningsogen naar wordt gekeken leidt dit tot een veelvoud van hulpverleners per gezin; een situatie waar je zonder opeenstapeling van problemen al gillend gek van zou worden. *Evidence based* hulpverlening is maar beperkt mogelijk. Vaak zul je bovendien moeten accepteren dat niets echt helpt; dat problemen chronisch zijn, dat zwak begaafde ouders afkomstig met verslavingsproblemen en schulden nooit steunpilaren van de maatschappij en model gezinnetjes zullen worden.

Tot slot kregen de stille krachten van Spierts te maken met verzakelijking: opbouwwerkers moesten offertes gaan schrijven over wat ze zouden gaan doen met een buurt, wat dat ging opleveren en tegen welke kosten.

Ik zei al: in de gezondheidszorg is ook veel veranderd. We hebben aan de universiteit en in het onderwijs ook het nodige meegemaakt, maar deze reeks van grote veranderingen in een tijdsbestek van zestig jaar slaat toch wel alles.

En hoe moet het nu verder met de stille krachten van de verzorgingsstaat? Wat zal er na al deze ontwikkelingen gebeuren nu de participatiemaatschappij dicteert dat iedereen zoveel mogelijk voor zichzelf moet zorgen en anders hulp moet vragen aan zijn familie, vrienden, burens en overige netwerk?

Ik denk dat we vier voorspellingen kunnen doen, twee positieve en twee negatieve.

Eerste voorspelling. Er gaat worden ingezet op activering van de cliënt zelf. Dat vindt iedereen prima. Het is dé rode draad in het boek van Spierts. Hulpverleners vonden altijd al dat mensen het zelf moesten doen, dat ze moesten beginnen met hulpverleners “waar de cliënt is”, dat ze moeten leren om zichzelf overbodig te maken. Dit principe van de participatiesamenleving zal door iedereen worden onderschreven.

Een tweede beweging zal – hoop ik, denk ik – ook overwegend positief uitpakken. Het is een beweging naar minder specialisatie en in die zin een beweging die je als deprofessionalisering maar ook als professionalisering zou kunnen omschrijven. Een multi probleem gezin is niet gebaat bij één hulpverlener voor het ADHD zoontje, één hulpverlener voor de dochter die kampt met psychische problemen, één speciaal voor de schuldenproblematiek, één voor de drankverslaving van vader, en één om de zwakbegaafde moeder te ondersteunen. Het adagium van veel gemeenten – één gezin, één plan, één hulpverlener – klinkt mooi, al moet die hulpverlener wel collega’s op de achtergrond hebben om mee te overleggen, die mee kunnen denken over de juiste aanpak en die ervoor kunnen zorgen dat die ene hulpverlener geen problemen over het hoofd ziet.

De derde beweging is er een naar een andere vorm van deprofessionalisering. We laten mensen met problemen niet meer helpen door betaalde professionals, we proberen hen zoveel mogelijk te laten helpen door familieleden en burens. Ik vind dit om allerlei redenen een kwalijke ontwikkeling. Veel familieleden doen nu al heel veel voor bejaarde ouders en kwetsbare familieleden zoals volwassen kinderen met een verstandelijke beperking. Het is geen goed idee om toch al overbelaste mensen te vragen er nog een schepje bovenop te doen. Zorgverplichtingen zijn bovendien heel oneerlijk verdeeld in de bevolking: sommige mensen krijgen probleemloos gezonde kinderen. Anderen krijgen een kind dat verstandelijk en lichamelijk gehandicapt en dat nooit zelfstandig zal kunnen functioneren. Sommige mensen hebben ouders die gezond negentig worden en overlijden in hun slaap. Anderen hebben ouders die de pensioengerechtigde leeftijd niet halen. En weer anderen hebben ouders en schoonouders die tien of vijftien jaar zorgbehoevend zijn. Het lijkt mij buitengewoon oneerlijk om die laatste groep mensen op te zadelen met niet aflatende mantelzorgverplichtingen.

Ten slotte denk ik dat er een verschijnsel zal optreden dat Antwan van Oijen aantrof in de kinderverpleegkunde. Er komt een herverdeling van betaald naar onbetaald werk. In de zorg

wordt het steeds meer zo dat de leuke dingen van het werk – wandelen of fietsen met oudere verpleeghuisbewoners, naast hen gaan zitten, knutselen, liedjes van vroeger zingen – wordt gedaan door familie of vrijwilligers. De professionele hulp mag de bewoners naar de wc helpen, poep opruimen en mensen in de tillift hijsen. In het sociaal werk gaat het een beetje de kant uit dat het echte hulpverleners moet worden gedaan door het netwerk: familie of burens. De professional hoort het netwerk te organiseren en er toezicht op te houden. Hij of zij krijgt een meta-functie. Dat lijkt me een verlies en het lijkt me een probleem waar de beroepsgroep zich in de komende jaren in moet gaan verdiepen. Het is heel fijn dat de beroepsgroep daarbij de hulp heeft van Marcel Spierts, die hen kan laten zien waar en hoe men kan leren van de eigen geschiedenis.