

Professionaliseren of deprofessionaliseren?

Lezing voor LOO MWD symposium, Utrecht, 17 april 2015

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Op 21 juli 2013 vond de politie het kapot geslagen lichaam van de twintigjarige Daniëlla van Bergen, in een hoekwoning aan de Opaalstraat in Groningen. Daniëlla sterft een dag later in het ziekenhuis. De autopsie laat een gruwelijk beeld zien. De verstandelijk beperkte Daniëlla, medewerkster op een zorgboerderij, werd wekenlang mishandeld door haar stiefvader, een man die eerder al een gevangenisstraf uitzat voor de verkrachting van zijn eigen twee dochters. Karin S., de moeder van Daniëlla heeft net als haar dochter een forse verstandelijke beperking. Het *Algemeen Dagblad* sprak met Grietje Blauwbroek, een vriendin van de familie. Die zegt: 'Karin had nooit moeder mogen zijn. Alle drie haar kinderen werden geestelijk en fysiek kapotgemaakt. Ook door haar. Ik heb het zelf gezien als ik daar op bezoek was.' Grietje Blauwbroek sprak haar zorgen over het gezin uit bij de politie, bij jeugdzorg en bij het meldpunt kindermishandeling. Ook de oma van Daniëlla trok aan de bel bij bureau jeugdzorg. De inspectie onderzocht de zaak en maakte een overzicht van de bij het gezin betrokken organisaties. De verschillende betrokken instanties bleken een veiligheidsplan te hebben opgesteld, dat de tragedie helaas niet heeft kunnen voorkomen.

We kennen het beeld van door hun ouders mishandelde en vermoorde kinderen en falende hulpverlening uit eerdere zaken. Vierjarige Rowena zat voor haar dood ongeveer twee maanden opgesloten in een hondenkooi. Haar stiefvader schopte Rowena herhaaldelijk in de buik, waarna het kind uiteindelijk stierf op 5 augustus 2001. Haar lichaam werd in stukken gezaagd en in het Veluwemeer gegooid. Ze werd bekend als het meisje van Nulde. Zes kinderen uit een gezin in Roermond kwamen om het leven in 2002 toen hun vader het huis waar ze woonden in brand stak. De driejarige Savanna uit Alphen a/d Rijn was slachtoffer van verwaarlozing en mishandeling en kwam uiteindelijk door verstikking om het leven in 2004. Twaalfjarige Gessica werd vermoord in 2006; haar lichaamsdelen werden teruggevonden in de Rotterdamse Maas.

Ik wil niet somber zijn over de participatiemaatschappij, maar ik denk dat we er rekening mee moeten houden dat de kans op deze vormen van ellende in de komende jaren groter gaat worden. Steeds vaker wonen mensen met een verstandelijke beperking (zoals de moeder, maar ook de stiefvader van Daniëlla) zelfstandig in een gewone buurt. Hetzelfde geldt voor mensen met een psychiatrische stoornis (Daniëlla's stiefvader had een "persoonlijkheidsstoornis met ontwijkende en antisociale trekken" en kampte daarnaast met alcohol- en cocaïneverslaving). Hetzelfde geldt ook voor ouderen die in toenemende mate hulpbehoevend worden of licht dementerend. De gekste mensen worden in hun kracht gezet.

Maar de moderne samenleving is ingewikkeld. Te ingewikkeld voor mensen met een laag IQ, zo constateerde het Sociaal en Cultureel Planbureau in een recent rapport. Mensen maken schulden. Mensen vinden geen werk. Ze raken op het slechte pad en komen in de gevangenis. Ze krijgen kinderen maar kunnen er niet goed voor zorgen. Het is een illusie te denken dat mensen met verstandelijke of psychiatrische beperkingen en hulpbehoevende ouderen toevallig allemaal toegewijde, slimme familieleden of burens hebben die bereid en

in staat zijn om vrijwel permanent een oogje in het zeil te houden. Vaak is het netwerk van deze mensen klein, zelf ook kwetsbaar en/of overbelast. En dus is het geweldig dat we professionele hulpverleners hebben. En dus is het geweldig dat u die hulpverleners opleidt en dat u hier vandaag met elkaar ervaringen gaat uitwisselen om te kijken hoe dat in de toekomst nog beter kan. Volgens mij bestaat de uitdaging van de toekomst uit twee elementen: multiproblematiek en chroniciteit. Dat zijn twee onoplosbare problemen. In dit praatje wil met u gaan nadenken over de vraag hoe de hulpverlening daar het best mee om kan gaan. Ik ga drie strategieën bespreken: professionalisering, deprofessionalisering en de bestuurskunde aanpak. Ik ben zelf bestuurskundige, ik werk aan een bestuurskunde opleiding, ik zit de hele dag tussen de bestuurskundigen, dus ik begin met die laatste strategie en ik zeg er direct maar bij: niet doen. Ga die kant niet uit.

Wat is de bestuurskunde reactie op multiproblematiek, zoals in de zaak Daniëlla? We kunnen die zien in het rapport van de inspectie. Men maakt een kaart van betrokken instanties rondom het gezin en men concludeert vervolgens dat er onvoldoende regie is geweest. Of onvoldoende coördinatie. Te weinig communicatie, te weinig afstemming, te weinig overleg. Mankerende dossiervoering. Mankerende dossieroverdracht. Onduidelijke verantwoordelijkheden. De oplossingsrichting is daarmee duidelijk. Er moet meer worden gecoördineerd, gecommuniceerd, beter worden afgestemd. Er moeten een wekelijks, maandelijks of dagelijks overleg in het leven worden geroepen en er moet een casemanager komen die daarvoor eerstverantwoordelijke is. Als ik mijn studenten uitstuur naar om het even welke organisatie is dat onveranderlijk hun analyse van de problemen die daar spelen. Er wordt altijd te weinig gecoördineerd en gecommuniceerd en dat moet dus beter. Het probleem is dat coördineren en communiceren tijd kost en die tijd gaat dus ergens anders vanaf. Bij mijn studenten ben ik op enig moment gaan eisen dat ze aangeven wat er dan een tandje *minder* mag: minder aandacht voor cliënten? Minder begeleiding van jongere collega's? Minder nascholing? Dat bekoelt het enthousiasme voor de bestuurskunde oplossing aanzienlijk.

Tweede oplossing. Professionalisering. Hiervoor doen we even een klein uitstapje naar de sociologische theorie. Peiling. Wie kent het artikel "The professionalization of everyone" van Harold Wilensky uit 1964? Aan mijn opleiding is dat de basistekst over professionalisering en verrassend genoeg bleken mijn sociologisch geschoolde collega's aan de Universiteit van Amsterdam dit hele artikel niet te kennen. Wilensky. Ook overigens een interessante wetenschapper. Boeken over politieke economie, de verzorgingsstaat, lerende organisaties. Zijn voorlaatste boek was bijna verloren geraakt bij een brand. Hij heeft dat weer bij elkaar moeten zoeken door hoofdstukken te verzamelen bij allerlei collega's. Maar zijn beroemdste wapenfeit is dit artikel uit 1964 en daarin betoogt hij dat professies drie centrale kenmerken hebben.

- Er is sprake van gespecialiseerde kennis, die de professional wel heeft en de leek niet.
- Er is sprake van professionele autonomie. Professionals gaan zelf over de opleiding van nieuwe professionals. Professionals mogen zelf bepalen wie bevoegd is een bepaalde handeling uit te voeren en wie niet. Professionals mogen zelf beoordelen - in gespecialiseerde tuchtrechtcommissies - of een van hen heeft gefaald.
- Ten slotte beschikken professionals over een eigen specifieke ideologie, een eigen hoogste doel. Voor artsen gaat het om de gezondheid van de patiënt. Voor advocaten gaat het om het belang van de verdachte (princiële partijdigheid, heet dat in advocatenkringen). Voor accountants gaat het om de juistheid van de jaarrekening en voor notarissen gaat het om rechtszekerheid voor alle betrokken partijen.

In de literatuur over sociaal werk - meest recent in het interessante rapport van de Gezondheidsraad *Sociaal werk op solide basis* - wordt veelvuldig gesteld dat het sociaal werk een gemankeerde professie is. Een halve professie, semi-professie, bescheiden professie. Geef het een naam. Er is te weinig sprake van wetenschappelijk onderbouwde kennis. Sociaal werkers zijn niet genoeg lid van hun beroepsvereniging, zij laten zich te weinig registreren als professional en zij kunnen dus ook onvoldoende werken aan hun professionele autonomie. Eigenlijk is het meest ontwikkelde element voor sociaal werkers hun professionele ideologie, hun hoogste doel. Hoewel dat in de jaren vijftig anders leek dan in de woelige jaren zeventig of de zakelijke jaren tachtig laat het mooie proefschrift van Marcel Spierts zien dat het al die tijd wel ging om activering en empowerment van cliënten.

In het rapport van de Gezondheidsraad wordt vervolgens geconcludeerd dat sociaal werkers zouden moeten streven naar verdere professionalisering. Zoeken naar wetenschappelijke onderbouwing van hun interventies, meer onderzoek doen, werken aan een onderzoeksinfrastructuur; samenwerking zoeken met universiteiten. Databanken opzetten en uitbouwen. Daarnaast veel vaker lid worden van een beroepsvereniging en streven naar veel systematischer registratie in beroepsregisters, waarna organisaties kunnen besluiten om vervolgens uitsluitend nog erkende professionals aan te stellen.

Hoewel er niet zo heel veel mis is met deze strategie betwijfel ik of ik dit iets gaat uithalen voor de twee door mij genoemde uitdagingen voor de hulpverlening: multiproblematiek en chroniciteit. Lees het rapport van de inspectie over Daniëlla nog eens door. Er is nergens sprake van ongeregistreerde of ongediplomeerde hulpverleners met onvoldoende expertise. Er wordt nergens gesteld dat de familie van Daniëlla of Daniëlla zelf zijn onderworpen aan interventies waarvoor onvoldoende evidence bestond, terwijl er andere, beter onderbouwde interventies hadden kunnen worden ingezet. Bij de bestuurskunde oplossing heb ik het gevoel dat die het probleem van Daniëlla en haar familie nog zou kunnen *verergeren* (door nog meer drukte rondom het gezin en de hulpverlening in het leven te roepen). Bij professionalisering als oplossing heb ik het idee dat het een strategie is die een beetje naast het probleem loopt; het is een strategie die ook niet specifiek voor dit type problemen bedoeld is. Maar misschien zie ik dat verkeerd; dit lijkt me een onderwerp waar we over door zouden moeten discussiëren. Vandaag op dit symposium of in de komende jaren.

In het vervolg van dit verhaal wil ik een lans breken voor de derde strategie. En daarvoor keer ik terug naar het mooie artikel van Wilensky.

Naast de drie bekende kenmerken van professies zijn er in dat artikel ook nog drie verborgen kenmerken van professies te vinden. Mijn stelling gaat zijn dat we moeten streven naar deprofessionalisering, niet op de drie hoofdkenmerken van professies (gespecialiseerde kennis, autonomie en professionele ideologie) maar op deze drie verborgen kenmerken van professies.

Om welke kenmerken gaat het dan? Het eerste verborgen kenmerk van professies is het verwijsprincipe. Als professionals een vraag krijgen voorgelegd die zij zelf niet goed kunnen beantwoorden verwijzen ze door naar een collega die dat wel kan. Ik hoor zelf als wetenschapper tot het uitgebreide gilde van de semi-professionals en ik doe dat ook. Als een journalist belt met een vraag over kiesgedrag verwijs ik door naar een collega bij politicologie in Leiden of Amsterdam. Heeft de beller een interessante vraag met een meer juridisch karakter dan weet ik wel iemand te zitten bij gezondheidsrecht. En als het gaat om vraag die ik in principe wel kan beantwoorden maar waar een ontzettend eng optreden op tv aan vastzit verwijs ik naar een collega die mediatraining heeft gevolgd en nergens bang voor is. Het verwijsprincipe.

Professionals doen ook - tweede verborgen kenmerk van Wilensky - aan het afschuifprincipe. De minder interessante, viezere of minder aantrekkelijke elementen van hun werk worden overgedaan aan lager betaalde leden van een andere professie, of aan niet-professionals.

Ten slotte is er het principe van onpersoonlijke, objectieve dienstverlening. Professionals kijken naar hun patiënten, cliënten, studenten, leerlingen vanuit de specifieke blik van hun beroep. Als ik werk van mijn studenten bekijk let ik op hoe ze schrijven, wat ze schrijven, of het degelijk in elkaar zit, of hun onderzoek netjes is uitgevoerd. Voor de beoordeling van hun werk is het niet belangrijk of ze mooi of lelijk zijn, of ze goed in hun vel zitten, of ze aardig zijn of niet, of hun verkering net aan of uit is, of ze een arbeidsintensieve bijbaan hebben, of ze net op kamers wonen en nog niet goed voor zichzelf kunnen zorgen. (Hoewel ik veel van dat soort dingen natuurlijk wel zie en weet. Ik herinner nog het eerstejaars meisje dat halverwege mijn werkcollega een beetje groenig de zaal uitrende. Haar medestudent zei: 'Ja, ik zei nog zo, Katrijn, je kunt echt geen kip eten die drie weken over de datum is.' Van dat soort dingen krijg ik dan toch ter plekke een kleine hartverzakking.)

Drie verborgen kenmerken van professies. We kunnen ze het best zien aan de hand van de professie bij uitstek: de geneeskunde. Medisch specialisten horen hun patiënten door te verwijzen naar een collega als zij onvoldoende verstand hebben van de aandoening van hun patiënt of van de behandeling die daarvoor aangewezen is. Een chirurg is geen dermatoloog, radioloog of gynaecoloog. Een internist is geen anesthesioloog en een uroloog is geen orthopeed. En huisarts moet zijn eigen beperkingen kennen en tijdig verwijzen naar het ziekenhuis.

Dokters schuiven een heleboel dingen af op lager opgeleid personeel: verpleegkundigen, laboranten, ziekenverzorgenden, doktersassistenten. Dat doen ze niet alleen (zelfs niet primair) omdat ze er zelf geen zin in hebben, maar omdat dit goedkoper is voor de premiebetaler, belastingbetaler of patiënt die de zorg moet betalen. Verpleegkundigen, doktersassistenten en laboranten verdienen veel minder dan medisch specialisten. En ten slotte kijkt de dokter gewoon naar wat we mankeren. Dat klinkt altijd een beetje kil - dat we worden gereduceerd tot de beenbreuk in zaal 7 - maar dat is vooral ook heel plezierig. Het is fijn dat de dokter ons niet veroordeelt als we teveel roken of drinken. Het is prettig dat de dokter niet kijkt of we lief zijn voor onze partner, of we onze buurvrouw wel eens helpen, of we ons afval scheiden en geen parkeerboetes krijgen. Het maakt niet uit of we mooi of lelijk zijn, elke dag kijken naar Goede tijden, slechte tijden, PVV stemmen of clandestien verliefd zijn op de buurman. We hebben een aneurysma, borstkanker, een gebroken pols of een hoge bloeddruk en daar gaat de dokter mee aan de slag.

Zijn die drie verborgen principes in het belang van de patiënt? Voor sommige patiënten is dat zeker het geval. Voor jonge patiënten die slechts één ziekte of aandoening hebben is het fijn om daarmee terecht te komen bij de meest geschikte specialist, zodat ze zo snel mogelijk weer beter worden. Voor die patiënten is het - in hun rol van belasting- en premiebetaler - ook handig dat de arts relatief eenvoudige werkzaamheden overlaat aan andere professionals. Voor die patiënten is het geen probleem en soms zelfs prettig als de arts hen objectief, zakelijk benadert en vooral probeert om hen te genezen. Daar gaat het immers om als je jong bent en ziek. Je moet zo snel mogelijk weer beter worden; je wilt verder met je leven. Heel anders ligt het waar het gaat om - wat in gezondheidszorg jargon wordt aangeduid als - ouderen met multimorbiditeit. Voor tachtig plussers die diabetes hebben, nierfalen en prostaatkanker is het geen fijn idee om voor elk van die aandoeningen naar een andere specialist te worden gestuurd in een ander ziekenhuis. Als

je tachtig plus bent bestaat je medische geschiedenis uit - zoals chirurg Atul Gawande het uitdrukt in zijn prachtige boek *Being Mortal* - "one damn thing after another". Je wordt niet meer helemaal beter; het gaat erom dat je desondanks nog een beetje aardig leven hebt met familie en andere dierbaren. In die situatie wil je niet worden verwezen. Je wilt dat je huisarts of je ene internist in het dichtstbijzijnde ziekenhuis zoveel mogelijk dingen zelf doet, ook al is hij niet de beste specialist voor prostaatkanker, en ook al zou je voor nierfalen beter terecht kunnen bij een gespecialiseerde nefroloog. Als je zo oud bent is het ook handig als je niet bij allerlei verschillende hulpverleners je verhaal hoeft te doen; dan is het fijn als je een vast gezicht hebt, als je de dokter zo nu en dan persoonlijk spreekt zodat hij of zij je kent en weet wat je nog wilt in het leven. En dat is gelijk het derde verschil met de jonge patiënt die één specifieke ziekte heeft. Hoogbejaarde patiënten moeten met hun arts een integrale afweging maken. Welke aandoening willen zij nog wel en welke niet meer laten behandelen? Wat zal een medische behandeling voor bijwerkingen hebben? Zul je er minder door gaan zien of horen? Dat zou wel eens zo invaliderend kunnen zijn dat je dan liever niet wordt behandeld. Misschien ben je weduwe, ben je de laatst overgeblevene in je familie, heb je geen kinderen, wonen je kinderen in het buitenland, zijn je kinderen al overleden. Al dat soort dingen doet ertoe op die leeftijd en het is fijn als de dokter dan het totaal plaatje ziet en zich niet beperkt tot onpersoonlijke, objectieve hulpverlening.

Voor de jonge, enkelvoudige patiënt zijn de drie verborgen principes van professionalisme - verwijzen, afschuiven en onpersoonlijk hulpverlenen - heel geschikt. Maar voor de tachtigplusser met multimorbiditeit pakken ze helemaal verkeerd uit. Hoe zit het nu in het sociaal werk? U weet dat beter dan ik, maar als ik zie en hoor waar sociaal werkers anno nu mee bezig zijn dan krijg ik de indruk dat er nog maar weinig cliënten zijn met enkelvoudige problemen. Mensen die één enkel probleem hebben zoeken vaak online hulp. De meeste burgers die professionele hulp nodig hebben kampen met meer problemen tegelijk. Mensen hebben een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek of allebei, ze hebben taalproblemen of leerproblemen of allebei, ze zijn aan de drank of aan de drugs of allebei, ze zijn werkloos of ze hebben schulden of allebei, ze hebben kinderen met wie het niet goed gaat op school, kinderen die ook zwakbegaafd zijn, kinderen met verkeerde vrienden die het criminele pad opgaan, kinderen die gepest worden op school, kinderen met een autistische stoornis en ga zo maar door.

Voor zulke cliënten zijn de drie verborgen principes van Wilensky net zo contraproductief als voor de tachtigplusser met multimorbiditeit. Je bent niet gebaat bij een aparte schuldhulpverlener (ook al is dat een hele goede), je bent niet gebaat bij een speltherapeut die de jongste dochter apart neemt, een jeugdreclasseerder voor de oudste zoon die in de jeugdgevangenis heeft gezeten, een verslavingsdeskundige voor de drankproblemen van vader, een begeleider van MEE voor de zwakbegaafde moeder, en een sociaal werker van jeugdzorg voor het middelste kind dat ook een verstandelijke beperking heeft. Ook al zijn dit hulpverleners die op hun deelterrein specifieke expertise hebben, die het deelprobleem op dat gebied mogelijk goed zouden kunnen aanpakken. Het is beter als je één vast gezicht hebt, één hulpverlener die in de buurt zit en regelmatig langs komt, die het totaalplaatje overziet, die regelmatig overlegt met collega's in het wijkteam over wat er moet gebeuren, maar uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid neemt en die niet heel veel andere gezinnen onder haar hoede heeft, die tijd kan nemen voor dit specifieke probleemgezin. Een professional die ook niet om economische redenen een groot deel van de hulpverlening overlaat aan goedkopere krachten zodat ze uiteindelijk niet meer goed weet wat er speelt. Een hulpverlener die ook langdurig bij het gezin over de vloer komt, die kan accepteren dat de problemen nooit allemaal gaan worden opgelost, dat er altijd hulp nodig zal blijven. Een hulpverlener die geduldig en empathisch weet te blijven, ook al maken mensen er zo nu en dan een puinhoop van. Hulpverlener zou - hoop ik altijd maar -

een vak moeten zijn waar continuïteit heel belangrijk is, waar mensen worden beloofd als ze langdurig hetzelfde werk blijven doen voor dezelfde cliënten.

We volgen een strategie van deprofessionalisering, maar die deprofessionalisering heeft betrekking op de drie verborgen karakteristieken van professies: het verwijfsprincipe, het afschuifprincipe en het principe van onpersoonlijke, objectieve hulpverlening. De koers die in heel veel gemeenten wordt gekozen bij de decentralisaties wijst heel duidelijk in die richting. Men organiseert de hulp in wijkteams waarin mensen met verschillende achtergronden met elkaar samen moeten werken. Men streeft naar een aanpak van één gezin, één plan, één hulpverlener. En aan de hogescholen wordt daar heel duidelijk al op ingespeeld. Het rapport *Meer van waarde* van de commissie-Boutellier bepleit een reductie van specialisaties, om te zorgen dat hulpverleners meer problemen in eigen hand durven houden (geruggesteund door collega's op de achtergrond). De lijst van workshops op dit congres wijzen ook heel duidelijk in de richting van despecialisatie. Mensen moeten

Er zijn workshops over integraal sociaal werk, en over generalistisch werken. Er is een workshop over wensen uit het werkveld en hoe je die moet vertalen in het curriculum. Er is een workshop over sociale wijkteams in de klas.

En het hoogtepunt in de lijst was wat mij betreft de workshop van Quintus Masius over schuldhulpverlening. Ik heb jarenlang artsen bestudeerd en in die hoedanigheid rondgelopen op artsencongressen. Artsen moeten dat soort dagen aflopen en daar workshops volgen en daar krijgen ze punten voor. Maar ze mogen zelf kiezen welke workshops ze willen volgen en mijn collega-onderzoekers en ik hadden vaak de stellige indruk dat artsen vaak cursussen volgden in dingen die ze allang goed konden. Zaten er bij een workshop sociale vaardigheden allerlei uitgesproken empathische huisartsen die hier geen cursus meer in nodig hadden. Het leek ons altijd veel logischer dat je zou bijscholen in wat je nog niet kon. En in dat licht was de aankondiging van de workshop schuldhulpverlening een klein pareltje. Ik citeer:

"Zowel bij cliënten als studenten heerst een aversie tegen alles wat naar recht en financiën riekt. Veel studenten Social Work hebben de opleiding niet gekozen voor de materiële kant. Daarnaast zijn er weinig docenten wier hart sneller gaat kloppen bij het uitrekenen van een aflossingsvrije voet. Door deze slechte waardering is materiële hulpverlening veelal het ondergeschoven kindje van veel opleidingen. De vakken materiële hulpverlening worden minimaal aangeboden. Hierdoor krijg je het slechtste van alle werelden: studenten krijgen te weinig les om deskundigheid te ontwikkelen, terwijl docenten het vak als een noodzakelijk kwaad 'erbij geven'.

Ja! Ga bijscholen in dingen die je *niet* leuk vindt en waar je hart *niet* sneller van gaat kloppen. Een heel goed idee!

Dames en heren, de grootste uitdaging waar u de komende jaren voor staat is de combinatie van multiproblematiek en chroniciteit. Denk niet dat u die problemen kunt oplossen met een bestuurskunde aanpak: meer communicatie, coördinatie en case management. Professionalisering is op zichzelf misschien waardevol, maar leidt niet tot een betere aanpak van die problemen. Deprofessionalisering zou wel kunnen helpen. Weg met het verwijfsprincipe, het afschuifprincipe en het principe van objectieve, onpersoonlijke hulpverlening. Ik wens u voor de komende jaren heel veel wijsheid toe en voor vandaag een leerzaam en inspirerend congres.