

Hulpverleners volgens het Ikea-principe

In de participatiemaatschappij worden werkzaamheden verplaatst van betaalde hulpverleners naar cliënten, patiënten en consumenten. Dit 'Ikea-principe' heeft grote gevolgen voor sociale professionals.

Gercoline van Beek en Margo Trappenburg



Er zijn twee manieren waarop beroepen verdwijnen. In de eerste variant – het kantklosprincipe – verdwijnt het beroep omdat het werk dat erbij hoort simpelweg niet meer bestaat. We dragen geen harnassen meer, dus er zijn geen harnassenmakers meer nodig. Dankzij internet, televisie, radio en social media is het beroep van stadsomroeper overbodig geworden. Er zijn geen telegrambezorgers meer, want we sturen geen telegrammen meer. Digitale foto's hoeven niet te worden ontwikkeld. We zetten geen computerinformatie meer op ponskaarten die vervolgens door ponsypistes worden verwerkt. En we hebben veel minder klompenmakers nodig dan vroeger omdat er nog maar weinig mensen werken in de modder waar houten schoenen handig zijn.

In de tweede variant – het Ikea-principe – verdwijnt het werk niet, maar wordt het verplaatst, meestal naar een machine, naar de consument of naar een combi-

natie van die twee. We beheren zelf via de pc onze bankzaken, we checken zelf thuis in voordat we gaan vliegen, we scannen onze eigen artikelen bij de minisupermarkt op het station, we tanken zelf bij de benzinepomp, we boeken zelf onze vakantie via internet en we zetten zelf – vaak vloekend en zuchtend – meubels in elkaar die door de Ikea of de Wehkamp als halffabricaat worden aangeleverd. Als consumenten schikken wij ons in deze verplaatsing van het werk in onze richting. De verminderde service wordt gecompenseerd door 24 uur digitale bereikbaarheid en vaak betalen we ook een lagere prijs voor de producten.

Zowel het kantklosprincipe als het Ikea-principe leidt tot verlies aan werkgelegenheid. Beide ontwikkelingen spelen in op preferenties van de mens in zijn rol van consument, mogelijk ook van de mens in zijn rol van op winst gerichte aandeelhouder van een bedrijf, maar niet van de mens in de rol van werknemer





Zelf (vaak vloekend en zuchtend) meubels in elkaar zetten die je als halffabricaat hebt aangeschaft: het Ikea-principe.

– terwijl veel mensen dat natuurlijk ook zijn. Als beroepen verdwijnen volgens het kantklosprincipe, dan is het interessant om te kijken wat er met de werknemers gebeurt. Slagen zij erin om zich om te scholen van kantklosser/klompenmaker/ponstypiste tot webdesigner, app-ontwikkelaar of medewerker bij een attractiepark? Als beroepen verdwijnen via het Ikea-principe, dan is het niet alleen belangrijk om te kijken wat er met de werknemers gebeurt, maar ook wie het nog steeds bestaande werk voortaan uitvoert en op welke voorwaarden.

In je kracht gezet

In de gezondheidszorg en in de wereld van zorg en welzijn treffen we bij de transitie van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij vooral de tweede variant van verdwijnend werk aan: het Ikea-principe (Trapenburg, 2015). Werkzaamheden die vroeger werden

uitgevoerd door betaalde hulpverleners (verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, therapeuten en sociaal werkers) worden nu verplaatst naar de cliënten, patiënten, consumenten van deze diensten. Of naar hun netwerk. Net als in de private sector is het primaire doel van deze operatie kostenverlaging. In de private sector is dat echter een veel duidelijker deal: je koopt als consument een goedkopere kast, een goedkopere vakantie of een lagere benzineprijs, maar daar staat tegenover dat je zelf moet schroeven, boeken of tanken. In de publieke sector is de kostenverlaging gespreid over alle premie- en belastingbetalers, terwijl de lasten van de uitgekilde dienstverlening terecht komen bij een bepaalde groep: bij kwetsbare of zieke burgers en hun familieleden. Deze groep krijgt het Ikea-principe dan ook niet vaak in financiële termen uitgelegd ('Wij kunnen deze hulp niet meer bieden, mevrouw Jansen, omdat dit te duur wordt voor uw medeburgers'); meestal wordt het Ikea-principe in ►



Margo Trappenburg

- ➔ de zorg beargumenteerd in termen van ‘empowerment’. Mensen krijgen te horen ‘dat zij sterker zijn dan zij denken’, dat zij ‘het zelf kunnen oplossen, in hun eigen omgeving met hun eigen netwerk’. Mensen worden ‘in hun kracht gezet’.
- In sommige gevallen is dat precies de juiste retoriek. Het is fijn voor patiënten met een chronische aandoening (zoals reuma of diabetes) als zij zelf hun eigen ziekte kunnen ‘managen’, zonder daarvoor wekelijks of maandelijks naar het ziekenhuis te moeten (Mol, 2011). Het is fijn als mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking op zichzelf kunnen wonen en naar vermogen vorm kunnen geven

dochter met een ernstige beperking zelf moet blijven verlenen, wordt niet in haar kracht gezet.

Van hulpverlener naar cliënt

Het is onmiskenbaar waar dat het bieden van hulp er soms toe leidt dat mensen zelf dingen niet meer kunnen. Wie een man heeft die dagelijks kookt, verleert het koken. Wie zijn rijbewijs nooit gebruikt omdat zijn vrouw altijd rijdt, raakt zijn rijvaardigheid kwijt. Verpleeghuizen en psychiatrische inrichtingen werken hospitaliserend: mensen die daar worden opgenomen verliezen zelfredzaamheid (hoewel ze natuurlijk vaak worden opgenomen omdat ze niet zelfredzaam waren in de buitenwereld, en hoewel hun zelfredzaamheid mogelijk ook achteruit zou zijn gegaan als zij niet in een inrichting terecht waren gekomen).

Dit is zo'n bekend gegeven dat hulpverleners hier ook algemeen van op de hoogte zijn. Nederlandse huisartsen leren tijdens hun opleiding dat zij zorgen

Het is te hopen dat sociale professionals moedig,
reëel en assertief genoeg zijn

aan hun eigen leven (Verplanke & Duyvendak, 2010). Maar zelf doen is niet altijd prettig. Als een patiënt zichzelf wel kan leren wassen en aankleden, maar daarna de hele verdere dag uitgeput is, dan kun je je afvragen of dat zelf doen echt empowerend werkt (Pols, 2004).

Als de zorg wordt verplaatst van beroepskrachten naar onbetaalde familieleden, burens of vrienden, lijkt de retoriek van empowerment en in je kracht zetten nog vaker misleidend. ‘Je kunt het zonder professionele hulp, want je moeder gaat er nu met verdriedubbelde kracht tegenaan’. Wellicht is dat goedkoper voor de belastingbetaler, maar de chronisch zieke jongvolwassene die een dergelijke boodschap krijgt, ervaart deze niet als empowerment; en de moeder die de zorg voor een volwassen zoon of

en problemen van patiënten niet nodeloos moeten ‘medicaliseren’; dan komen mensen onnodig terecht in het medische circuit. Dat is niet alleen duur, het is ook niet goed voor mensen die dan onterecht worden opgescheept met het label van ‘patiënt’ (Dwarswaard, 2011). Sociaal werkers horen op enig moment in hun opleiding dat zij moeten leren zichzelf overbodig te maken; zo enigszins mogelijk moeten ze hun cliënt leren om het zelf te doen (de huishouding, de administratie, de financiën, de opvoeding van zijn kinderen). Activeren en empoweren zit in het DNA van de professe en is dus niets nieuws (Spierts, 2014). Voor zover het Ikea-principe in de hulpverlening ertoe strekt om de cliënt zelf dingen te laten doen (vroeger deed hulpverlener dit, nu doet cliënt dat) lijkt het een niet-revolutionair en aantrekkelijk idee.



Gercoline van Beek

Van hulpverlener naar netwerk

Wat gebeurt er als het werk wordt verplaatst naar het netwerk van de cliënt/patiënt? Dan wordt het Ikea-principe veel minder aantrekkelijk. We bekijken de gevolgen van verplaatsing naar het sociale netwerk (familie, burens en overigen) en naar vrijwilligers.

Familie

Het sociale netwerk van de cliënt/patiënt bestaat vooral uit familie en die familie doet vaak al veel. Denk niet alleen aan praktische zaken als de afwas, de boodschappen of de administratie, maar denk ook aan het permanente tobben: heeft mijn bijna-blinde vader met hersenletsel als gevolg van een beroerte het gas nu uitgezet? Loopt dementerende moeder niet te dwalen door de buurt? Neemt schizofrene zoon zijn medicijnen in? Kan ik er op vertrouwen dat verstandelijk beperkte dochter niet weer meegaat met een heel verkeerde man? Daar nog een schepje bovenop doen, net zolang tot de familie helemaal instort, lijkt een weinig aantrekkelijke strategie. Maar zelfs als de familie niet instort zou je je kunnen afvragen of het eerlijk is dat mensen vele jaren van hun leven moeten besteden aan het zorgen voor hun dementerende of aftakelende ouders of voor kinderen met een ernstige verstandelijke of psychiatrische beperking. Ze hebben al het verdriet en ze hebben al zoveel zorgen. Moet daar nu echt nog een tandje bij?

Als de norm wordt 'dat familie zorgt' (zelfs al is die norm niet juridisch afdwingbaar), dan zullen mensen dat gaan voelen. Elke ouder in Nederland voelt dat de ongeschreven norm is dat je je kind niet vijf dagen per week naar de naschoolse opvang mag sturen en als jouw zoon of dochter dit lot toch treft, dan wordt hij of zij dat zielige kind van wie de ouders hun werk belangrijker vinden dan hun gezin. Op dezelfde manier worden ouderen wier volwassen kinderen niet heel intensief voor hen willen zorgen straks zielige bejaarden met harteloze kinderen. Volwassen kinderen die zich niet willen schikken in de nieuwe norm zullen zich gedwongen voelen om dingen uit te leggen die in een regime van betaalde zorg met de mantel der liefde konden worden bedekt. Dat moeder lang niet altijd lief was, dat jongste broer stevast werd voorgetrokken, dat vader jarenlang veel te veel dronk; al dat soort jeugdfrustraties zullen weer op tafel komen. Dat probleem geldt niet alleen als het gaat

om de zorg van volwassen kinderen voor hun ouders. Het geldt ook voor ouders van volwassen kinderen met een verslaving of een psychiatrische aandoening. Het geldt ook voor hun 'brussen', wier jeugd vaak gekleurd is door de problemen van hun broer of zus. Moeten ze desondanks een morele verplichting voelen om te gaan mantelzorgen? En hoe voelt het voor mensen met een psychiatrische aandoening of bejaarden met een cumulatie van ouderdomsziekten om zozeer een beroep te moeten doen op hun familie?

Burens

Is het dan een idee om het netwerk uit te breiden? Is het een idee om niet alleen de familie maar ook burens bij de zorg voor kwetsbare groepen te betrekken? Burens zijn meestal niet overbelast, maar hier stuiten we op een tweede problematisch aspect van het Ikea-principe in de zorg. Voor zover we contact hebben met burens (er zijn genoeg mensen die hun burens nauwelijks kennen) berust dat op wederkerigheid. Vandaag krijg jij een kopje suiker van mij, morgen haal ik een pak melk bij jou. Vandaag pas ik op jouw kinderen, morgen houd jij een oogje op die van mij (Bredewold, 2014). Kortdurende intensievere zorgtaken (elke dag de kinderen naar school brengen zolang buurvrouw op bed ligt, zes weken boodschappen doen omdat buurman zijn been heeft gebroken) zijn in een goed burenscontact nog wel in te passen, maar blijvende zorgtaken voor mensen met een ongeneeslijke beperking of aandoening zijn voor de meeste burens veel te veel gevraagd.

Overigen

Een derde problematisch aspect van verplaatsing van de zorg naar het netwerk is dat de primaire doelgroep van het sociaal werk bestaat uit kwetsbare groepen met een lage sociaaleconomische status; mensen die een netwerk hebben dat vaak ook kwetsbaar is en waar men dus minder aan heeft dan de (gemeentelijke) overheid in de participatiesamenleving zou wensen.

Vrijwilligers

De familie is vaak al overbelast, burens zijn niet bereid tot structurele zorgtaken en het netwerk van kwetsbare groepen is zelf te kwetsbaar om veel hulp te kunnen bieden. Naar wie kan het werk dan worden verplaatst? Naar vrijwilligers natuurlijk! Veel vrijwilligers zijn nu ook al actief in de zorg. Daar ligt een heel reservoir open dat kan worden aangeboord voor extra taken. Dankzij het Ikea-principe in de publieke sector ko-

Blijvende zorgtaken zijn voor de meeste burens veel te veel gevraagd

- men bovendien vele zorgverleners op straat te staan: thuishulpen, activiteitenbegeleiders, medewerkers van sociale werkplaatsen die goed kunnen omgaan met mensen met een verstandelijke beperking, sociaal werkers die verstand hebben van de problemen waar kwetsbare gezinnen tegenaan lopen. Juist deze mensen zullen gevoelig zijn voor een moreel appèl om zich in te zetten voor zorgbehoevende medeburgers. Dit vierde effect van het Ikea-principe is een probleem dat levensgroot op de loer ligt en dat eigenlijk alleen goed kan worden aangepakt als voormalige hulpverleners weigeren mee te gaan in deze logica. Wat nog niet mee zal vallen, want heel vaak betreft het hier aardige, invoelende mensen op wie nooit tevergeefs een beroep wordt gedaan.

Het Ikea-principe in de publieke sector leidt tot deprofessionalisering van de hulpverlening. Deprofessionalisering in de platte, financiële betekenis van dat woord. 'Vroeger deed je het tegen betaling, nu zouden we heel graag zien dat je ongeveer hetzelfde blijft doen, maar dan gratis.' Dat lijkt een mogelijk pervers gevolg van de veranderingen in de verzorgingsstaat.

Vorbij het Ikea-principe

Daar staat wel een lichtpuntje tegenover. De omslag in de verzorgingsstaat brengt namelijk ook een andere vorm van deprofessionalisering met zich mee, in de betekenis van despecialisatie. De decentralisatie van de zorg in de participatiesamenleving gaat niet alleen over eigen kracht en onbezoldigde hulp in eigen kring; hij gaat ook over generalistisch werken en integrale hulpverlening. Kwetsbare burgers hebben vaak te maken met een cumulatie van problemen (werkloosheid, schulden, huwelijksproblemen, verslaving, leer- en gedragsproblemen van de kinderen, mogelijk afglijden in de criminaliteit). Het is niet handig als kwetsbare groepen voor elk van deze problemen een gespecialiseerde hulpverlener of organisatie in de arm moeten nemen. Niet alleen omdat de adviezen dan onvoldoende op elkaar afgestemd worden, maar simpelweg omdat iedereen gek zou worden van zoveel aandacht. Er wordt daarom bij de transitie gestreefd naar een zekere despecialisatie van de hulpverlening. Dat is een verstandig idee. Net als het activeren van de patiënt-cliënt zelf is ook dit idee niet nieuw – in elk geval niet voor maatschappelijk werkers die altijd hebben geleerd om problemen van cliënten in samenhang te bekijken. Althans in theorie. In de praktijk

van de afgelopen decennia is vaak ingezet op specialisatie. Mogelijk hing dat samen met de trend richting marktwerking die organisaties dwong om aan te geven waar zij nu specifiek, onderscheidend van anderen, goed in waren.

De integrale aanpak die beoogd wordt in het werken met wijkteams sluit aan bij wat sociaal werkers (maatschappelijk werkers, maar ook andere soorten hulpverleners) in hun opleiding al werd aangeleerd. De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers is zeer recent herdoopt tot *Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk* (BPSW), om de trend naar verbreding te onderstrepen. Hogescholen snoeien in het aantal gespecialiseerde opleidingen om meer algemeen inzetbare professionals af te kunnen leveren, in navolging van het advies *Meer van waarde van de Verkenningcommissie hoger sociaal agogisch onderwijs* (2014).

Dilemma's

Anders dan het Ikea-principe in de publieke sector is despecialisatie in principe een goed idee. Dat wil niet zeggen dat er op dit vlak helemaal geen dilemma's te verwachten zijn. In sommige gemeenten worden de leden van de wijkteams aangesteld als ambtenaar. Het is de vraag of de professionele inzet voor het belang van de cliënt altijd te verenigen is met de ambtelijke onderschikking aan het politiek gezag en de gerichtheid op het algemeen gemeentelijk belang. In andere gemeenten bestaat het wijkteam niet alleen uit hulpverleners, maar ook uit wijkagenten of gewone burgers. Ook dat kan heel ingewikkeld worden: hulpverleners weten in die gevallen niet goed welke informatie over cliënten binnen het wijkteam kan worden gedeeld. Het is te hopen dat leden van wijkteams hierover veelvuldig ervaringen uitwisselen en ook met de buitenwereld bespreken hoe dit verloopt. En wat betreft het Ikea-principe is het te hopen dat sociale professionals moedig genoeg zijn om aandacht te vragen voor de situatie van overbelaste familieleden, dat ze reëel genoeg zijn om de beperkingen te zien van burenhulp en kwetsbare netwerken, en dat ze assertief genoeg zijn om te weigeren hun eigen werk te gaan doen zonder betaling.

De literatuurlijst bij dit artikel staat op www.sozio.nl

OVER DE AUTEURS

Margo Trappenburg is hoofddocent Bestuurs- en Organisationswetenschap aan de Universiteit Utrecht en bijzonder hoogleraar Grondslagen van het maatschappelijk werk aan de Universiteit voor Humanistiek.

Gercoline van Beek heeft een achtergrond in de sociale wetenschappen en werkt als onderzoeker aan de Hogeschool Utrecht. Zij richt zich onder meer op professionalisering binnen het sociale domein.