

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

2^e

Elis

Borst

Lezing

Bescheiden professies

Over evidence based werken

buiten de cure Margo Trappenburg

Bescheiden professies

Over evidence based werken
buiten de cure Margo Trappenburg

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid



Els Borst- Eilers Lezing

'Ik ben blij dat dat ophemelen van de participatiesamenleving
nu eens vakkundig en met goede argumenten is doorgeprikt'
Els Borst-Eilers, 16 december 2013



Dames en heren,

Op 16 december 2013 kreeg ik een mailtje dat ik de rest van mijn leven zal koesteren. Het ging als volgt.

Beste Margo,

Graag wil ik je even complimenteren met je NTvG lezing, die ik helaas had gemist maar nu in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heb gelezen. Wat een helder, voortreffelijk betoog! Ik ben blij dat dat ophemelen van de participatiesamenleving nu eens vakkundig en met goede argumenten is doorgeprikt en ook het idee dat hoger opgeleiden het gevoel moeten hebben dat hun solidariteit onevenredig op de proef wordt gesteld.

In de politieke arena wordt dit soort *framing* zonder argumenten helaas vaak voor zoete koek geslikt. Het is dan heel nodig dat wetenschappers hun mond open doen en vertellen hoe de feiten écht liggen. Die taak heb je uitstekend vervuld!

Hartelijke groet,

Els Borst-Eilers

Els Borst bleef na haar politieke carrière intens betrokken bij het politieke debat over de inrichting van de zorg en over alle ethische kwesties die daarbij speelden. Ze was aanwezig bij talloze fora, congressen en symposia. Soms als spreker of genodigde. Vaak gewoon als bezoeker, hoewel ze ook dan, volkomen terecht, als een soort koningin werd ontvangen en om commentaar werd gevraagd. Als ze er een keer niet was – zoals bij mijn NTvG lezing – stelde ze zich later op de hoogte van wat er besproken was en dan was ze ook nog zo attent om daarover te gaan mailen met de spreker.

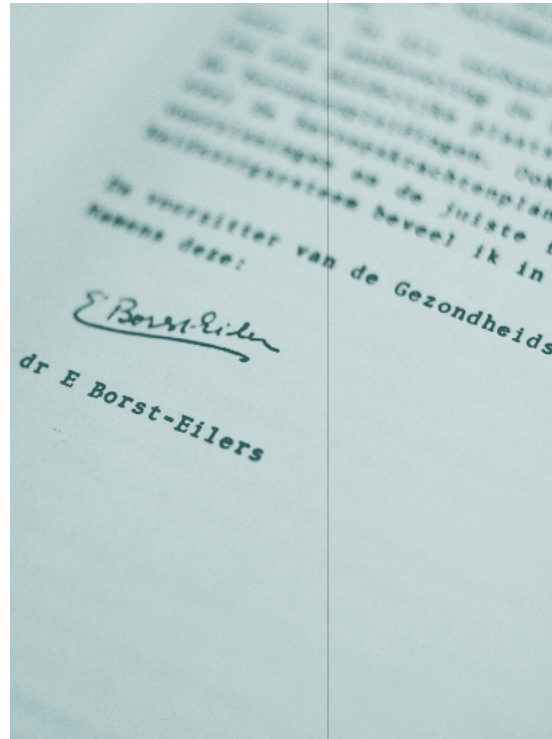
Gelukkig heeft ze de eerste Els Borst Lezing nog in persoon kunnen bijwonen. Deze lezing werd vorig jaar ingesteld ter ere van het tienjarig bestaan van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, waarvan Els Borst de *founding mother* was. Inez de Beaufort, de andere *founding mother* van het CEG, hield de eerste Els Borst Lezing. Zij sprak over het belang van onafhankelijkheid en presenteerde haar lezing tussen de regels door als een 'kleine ode aan Els'. Ik weet hoe blij ze is dat ze dat heeft gedaan, in het licht van de latere gebeurtenissen.

Zelf schreef ik ook al eens een kleine ode aan Els. Net als Inez deed ik dat tussen de regels door. Ik ben van huis uit politicoloog en politicologen slijmen niet met politici. Het is onze verklaarde missie om uitgesproken kritisch te zijn over macht en machthebbers. Maar middenin een zeer kritische column uit 1996, gewijd aan de eindeloze veranderdrift en de dadendrang van toenmalig minister van onderwijs Jo Ritzen, vond ik mijn eigen ode aan Els. Zij was destijds minister van Volksgezondheid in het eerste paarse kabinet en na al het gehannes met de plannen Dekker en Simons (dat de ouderen onder u zich misschien nog kunnen herinneren) had zij de stelselwijziging in de zorg afgeblazen. Ik schreef:

Ik ben al een tijdlang gekmakend jaloers op iedereen in de medische wereld, omdat minister Borst daar af en toe verklaart dat het heel goed gaat met de Nederlandse gezondheidszorg en dat er alleen marginaal hoeft te worden bijgestuurd. En dan tekent zij ondertussen principieel verzet aan tegen een voorkeursbehandeling voor werknemers; kijk, zo'n minister willen wij allemaal wel. Lieverkoekjes worden echter niet gebakken, zoals mijn oma vroeger zei.¹

En daarna gaat het dus verder over mijn bezwaren tegen het hoger onderwijsbeleid van Ritzen. Het is volgens mij het meest complimenteuzede dat ik ooit heb geschreven over een bewindspersoon.

In deze tweede Els Borst Lezing wil ik het met u gaan hebben over de verdeling van zorgtaken over professionals en niet-professionals (vrijwilligers, familieleden, burens en vrienden van zorgbehoevende burgers). Verdelingsvraagstukken zijn in de medische ethiek traditioneel onderbelicht. In het veelgebruikte handboek van Beauchamp en Childress, *Principles of Biomedical Ethics* gaat het over vier principes: autonomie, niet-schaden, weldoen en rechtvaardigheid. De eerste drie worden uitvoerig beargumenteerd, maar voor het laatste principe wordt de lezer verwezen naar normatieve kaders in zijn of haar politieke gemeenschap. Rechtvaardigheid, daar kan je immers heel verschillend over denken. Ik vind dat jammer. Ik denk dat de politiek in laatste instantie over al die principes moet oordelen, ook over autonomie, niet-schaden en weldoen. Dat is het wezen van een democratie. Maar op al die punten kunnen politici wel profiteren van morele adviezen.



Ik ga het dus uiteindelijk hebben over de verdeling van zorgtaken in de participatiesamenleving die op ons afkomt. Maar ik begin in 1991 en ik begin bij Els Borst. Zij was in 1991 vicevoorzitter van de Gezondheidsraad en als zodanig verantwoordelijk voor het advies *Medisch handelen op een tweesprong*.



Naar evidence based werken in de cure

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig discussieerden we in Nederland over keuzen in de zorg. Medisch-ethici en gezondheidsjuristen deden dat doorgaans aan de hand van een fictieve, doch netelige casus die bekend stond als 'het ziekenzaaldilemma'. U kent het misschien nog wel. Op een zaaltje liggen vijf patiënten. De eerste is een verstokte roker. De tweede is een beroemde violist of anderszins maatschappelijk belangrijk persoon.

Medisch-ethici hielden het meestal op violisten, maar u kunt daar natuurlijk uw eigen draai aan geven en Mark Rutte invullen. Of Klaas-Jan Huntelaar. De derde is een pas gepensioneerde man. De vierde is een jonge moeder van – onveranderlijk – drie kleine kinderen. En de vijfde is een puber. Ze hebben allemaal dezelfde ziekte, maar de dokter kan slechts van een van hen het leven redden, want er is schaarste in de zorg. Aan de hand van die casus kon je dan pleiten voor selectie op basis van eigen schuld (niet de roker), op basis van maatschappelijke relevantie (wel de violist), op basis van persoonlijke onmisbaarheid (de jonge moeder) of op basis van leeftijd (wel de puber, niet de bejaarde)². De Commissie-Dekker bracht in dezelfde periode een rapport uit waarin ze betoogde dat al dit soort keuzedrama's zouden verdwijnen als wij in de zorg meer marktwerking zouden introduceren. De Commissie-Dunning verkondigde in weer een ander rapport dat we allemaal moesten leren dat de bomen niet tot in de hemel groeiden en dat we alleen zorg zouden moeten vergoeden die je nodig had om als burger mee te kunnen doen in onze gemeenschap. Daar hoorde in-vitrofertilisatie dan bijvoorbeeld niet bij.

En toen was daar – temidden van al deze consternatie – een prachtig advies van de Gezondheidsraad, dat een einde maakte aan onze zorgen. In dat advies werd het verschijnsel van de interdoktervariatie aan de orde gesteld. Op basis van grondige literatuurstudie en interviews met tientallen specialisten concludeerde de Gezondheidsraad dat de ene arts om allerlei redenen een andere aanpak heeft dan de andere en dat dit een kosten-opdrijvend effect had. Een van de geïnterviewde internisten legde uit hoe het vaak ging met nieuwe diagnostische methoden:³

Artsen hanteren oude vertrouwde methoden het liefst, daar kunnen ze goed mee uit de voeten. Toch willen ze niet achterblijven en willen ze wel eens zien of nieuwe methoden hun beloften waarmaken. Het gevolg is dat zij beide doen.

De raad sprak met drie KNO-artsen over de vraag of hoofdpijn kan worden opgelost door het rechtzetten van het neustussenschot.⁴

Eerste arts: Hoofdpijn is beslist een indicatie. Deze ingreep heeft in de jaren zestig een grote graad van perfectie bereikt en men mag zich veel veroorloven in pogingen om de patiënt van zijn klachten af te helpen.

Tweede arts: Frontale hoofdpijn kan een indicatie zijn voor septumcorrectie, mits er sprake is van een duidelijk afwijkend septum.

Derde arts: Hoofdpijn is geen indicatie voor septumcorrectie. Als je wilt kun je altijd wel een afwijkend septum zien. Bij hoofdpijnklachten een septumcorrectie uitvoeren is geld verdienen.

Artsen signaleerden dat collega's niet altijd op de hoogte waren van de meest recente inzichten. Ze vertelden hoe ze door hun ziekenhuisdirectie onder druk werden gezet om onnodige behandelingen toch maar uit te voeren, omdat het ziekenhuis eraan verdiende of omdat de patiënt daar prijs op stelde. Specialisten biechtten eerlijk op dat er werd gesleuteld aan indicaties om lucratieve verrichtingen te kunnen declareren. Enzovoorts, enzovoorts. De boodschap van dit advies was glashelder. Zolang het zo'n chaos was in de medische wereld hoefden wij ons geen zorgen te maken over het lot van de lieve jonge moeder, de violist en de puber. Zelfs de verstokte roker en de bejaarde hoorden gewoon zorg te krijgen als ze ziek waren. Eerst moesten die artsen maar eens gaan doen waar ze al die jaren voor hadden doorgeleerd: geneeskunde bedrijven op de juiste manier. Op basis van regels, richtlijnen en protocollen, waarin werd vastgelegd hoe te handelen bij bepaalde symptomen en hoe te behandelen bij gegeven diagnoses. Op basis van serieus wetenschappelijk onderzoek: *randomized clinical trials*, waarin methoden met elkaar werden vergeleken en meta-analyses waarin de resultaten van grote aantallen trials bij elkaar werden gezet. *Evidence based* geneeskunde. Dat was goed voor de patiënt die op deze manier de juiste zorg kreeg voor zijn botbreuk, haar chlamydia en zijn prostaatkanker. Het was ook goed voor de medische professie. *Evidence based* geneeskunde benoemde precies waar de verschillen lagen tussen echte dokters en leken of kwakzalvers: echte dokters hanteren wetenschappelijk onderbouwde methoden. Leken en kwakzalvers doen maar wat. En ten slotte was het goed voor financierende instanties: zorgverzekeraars en de overheid konden met behulp van dit criterium bepalen welke zorg voor vergoeding in aanmerking zou komen. Onnodige of niet-werkzame behandelingen hoeven niet in het pakket.

Grenzen aan Evidence Based werken

Goede ideeën breiden zich soms als een olievlek uit, totdat er ergens een moment komt waarop we gaan denken: zijn we nu met z'n allen helemaal gek geworden? Zo is het ook gegaan met *evidence based* geneeskunde.

Evidence based werken werd de norm voor artsen in de curatieve zorg (ofschoon er daar tot op de dag van vandaag nog steeds veel medicijnen worden voorgeschreven en behandelingen worden uitgevoerd waarvoor de onderbouwing dubieus is). Voor paramedische beroepen als fysiotherapie, logotherapie, ergotherapie en psychotherapie werd de wetenschappelijk onderbouwde aanpak ook de aangewezen weg. *Evidence based* werken kon bovendien worden toegepast in de verpleging: *evidence based* wondverzorging. *Evidence based* benauwdheid bestrijden.

Evidence based werken vereist een planmatige aanpak en dat past goed in de curatieve zorg waar het gaat om interventies met een logisch, voor de hand liggend doel: er zit een tumor in je borst, een ontsteking in je keel, een splinter in je oog; je hebt een wond door een operatie, je hebt een tennisarm, je stottert of je moet zeshonderd keer per dag je handen wassen omdat je bang bent voor bacteriën. Er zijn hulpverleners die technieken in huis hebben om je daar vanaf te helpen: operaties, chemokuren, penicilline, wattenstaafjes, drukverbanden, massage-apparaten en cognitieve gedragstherapie. Je kunt dan goed uitzoeken welk van die technieken het beste werkt om het doel te bereiken.

Veel ingewikkelder ligt het in de *care*, waar planmatig werken minder goed past, omdat het veel minder duidelijk is wat je wilt bereiken met de zorg en het bijgevolg ook veel lastiger is om vast te stellen of een bepaalde aanpak het gewenste resultaat heeft gehad. Niettemin wordt ook in de verpleeghuiszorg en in de zorg voor mensen met ernstige verstandelijke beperkingen vaak bepleit dat er gestreefd moet worden naar wetenschappelijk onderbouwde zorg. Zo kwam ik in het International Journal of Geriatric Psychiatry een artikel tegen, getiteld 'Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature'.⁵ Dat artikel gaat over de vraag of demente verpleeghuisbewoners opknappen van dansen in enige vorm. En let wel: het gaat hier om een systematische literatuurreview. Dat betekent dat er eerder in een substantieel aantal verpleeghuizen onderzoek is gedaan naar het effect van dansen op demente bewoners. In al die huizen is dus planmatig nagedacht over een volksdansochtend: wat willen we er precies mee? Wat hopen we dat er gebeurt? Welke effecten bij onze bewoners gaan we registreren? Welke ongewenste bijeffecten verwachten we bij bewoners en bij medewerkers en hoe gaan we die scoren? De auteurs van het artikel hebben al die studies naast elkaar gezet voor een meta-analyse met als voornaamste doel te inventari-

seren welke vragen nog open liggen voor verdere studie. Ik werk al jaren aan universiteiten; ik sta dus in beginsel heel positief tegenover allerlei onderzoek, maar ik moet bekennen dat ik bij een dergelijk artikel een hysterische lachbui voel opkomen.

Evidence based werken werd ook de norm in de welzijnssector, waar ze het advies Medisch handelen op een tweesprong niet nodig hadden, omdat ze al veel eerder verschrikkelijk op hun kop hadden gekregen van filosoof Hans Achterhuis, die in zijn beroemd en berucht geworden boek *De markt van welzijn en geluk* uit 1978 de kachel aanmaakte met maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, jeugdwerkers en andere geitenwollensokkentypes, omdat ze maar wat aanrommelden zonder systematisch na te denken over doelen, interventies en bereikte effecten.⁶ Lezend in het boek van Achterhuis krijg je dezelfde associaties als bij Medisch handelen op een tweesprong: het is hoog tijd dat al die hulpverleners eens orde op zaken stellen in eigen huis.

Anderzijds is het juist in deze sector voorstelbaar dat *evidence based* werken negatieve effecten heeft. *Evidence based* werken is een aanpak die goed past bij overzichtelijke patiënten met eenduidige aandoeningen. Diabetesmedicijnen worden getest op patiënten die lijden aan diabetes. Niet op diabetespatiënten die daarnaast last hebben van zware depressies en migraineaanvallen. Medicijnen tegen hoge bloeddruk worden niet uitgetest op tachtigplussers die slecht ter been zijn, prostaatkanker hebben en kampen met beginnende dementie. *Evidence based* geneeskunde gaat niet goed samen met multimorbiditeit. In de wereld van het maatschappelijk werk en het welzijnswerk is multimorbiditeit (de zachte sectorvariant daarvan) eerder regel dan uitzondering.⁷ Natuurlijk, het komt voor dat een overigens probleemloos gelukkig gezin wordt overvallen door de problemen van een tienerzoon die op de middelbare school verkeerde vrienden krijgt en dan stelend in de HEMA wordt aangetroffen. Maar veel vaker lijken gezinnen in de hulpverlening op het gemiddelde gezin in Goede tijden, slechte tijden: moeder is dood, vader zit in de gevangenis, dochter is tienermoeder. Jonge vader van de baby was verslaafd aan coke, heeft een stiefbroer met niet-aangeboren hersenletsel, een vader aan de drank en ouders die om de zoveel tijd op het punt staan te gaan scheiden. En dan stip ik alleen nog maar de grote dingen aan. (Als tegenwicht tegen die violist van weleer ga ik in deze lezing werken met *low culture* voorbeelden. Ik waarschuw maar even.)

Evidence based werken in een dergelijke context betekent dat je een deelprobleem gaat aanpakken: het drugsgebruik, de opvoedvaardigheden van de tienermoeder, leren omgaan met niet aangeboren hersenletsel, het explosieve huwelijk, de schulden. Voor elk van die problemen bestaan aparte technieken, speciale instanties en gespecialiseerde hulpverleners: de verslavingszorg, de schuldhulpverlening, het maatschappelijk werk. En als je niet 'maar wat aan wilt rommelen' in zo'n gezin, moet je problemen waar jij niet voor hebt doorgeleerd doorwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverleners. Het streven naar *evidence based* hulpverlening is één van de oorzaken van een verschijnsel dat we kennen uit de krant als er familie-drama's hebben plaatsgevonden: gezinnen die worden overlopen door een groot aantal gespecialiseerde hulpverleners die allemaal doen waar ze voor hebben geleerd en die zich niet buiten hun competentie willen bemoeien met andere problemen.⁸

Op basis van eerdere rapporten en publicaties, waaronder een prachtig signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid uit 2007, weten we dat er grenzen zijn aan *evidence based* hulpverlening. Het werkt niet als er sprake is van multimorbiditeit, of multi-probleemgezinnen. Het werkt niet als er niet kan worden geëxperimenteerd om morele redenen. We zouden bijvoorbeeld graag zo precies mogelijk willen weten of het helpt om kinderen uit huis te plaatsen als hun ouders ze verwaarlozen. Uithuisplaatsing is op zichzelf meestal traumatisch en kinderen knappen ook niet altijd op van residentiële hulpverlening. Maar je kunt geen gerandomiseerd onderzoek doen met twee groepen kinderen en dan het toeval laten bepalen wie bij zijn ouders wordt weggehaald.⁹

Evidence based werken is vaak onzinnig in situaties waarin niets helpt. Moet je stervende patiënten wel of geen eten opdringen? Wat levert het op om dat systematisch uit te zoeken? Hoe moet je omgaan met kinderen en volwassenen met een zeer ernstige verstandelijke beperking? Vaak voegt het niets toe om dat systematisch uit te zoeken en kun je beter via een methode van *trial and error* uitvinden wat voor een specifieke persoon het beste is.

En ten slotte is het verstandig om te bedenken dat het doen van onderzoek en het verzamelen van *evidence* tijd, geld en moeite kost. In hetzelfde jaar waarin het CEG-signalement uitkwam verscheen een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau over integratiebeleid.

Daarin signaleerde het SCP dat veel gemeenten initiatieven ondernemen om de contacten tussen allochtonen en autochtonen te bevorderen: voetbaltoernooien, buurtbarbecues, fietscursussen voor allochtone vrouwen, interculturele festivals, uitwisselingsmiddagen tussen zwarte en witte scholen. Maar er wordt zelden bedacht wat men precies wil bereiken met een buurtbarbecue en een multicultureel festival en er wordt nog minder gemeten of dat doel dichterbij is gekomen.¹⁰ Daar had het SCP natuurlijk een punt, maar wat is het alternatief? Vantevoren bepalen dat een buurtbarbecue moet leiden tot een positiever beeld van allochtonen en autochtonen over elkaar en dan een voor- en nameting houden om te kijken wat het effect is? Na enkele maanden opnieuw gaan meten om te zien of dat effect beklijft? Dat maakt zo'n onderzoek een stuk duurder dan de hele buurtbarbecue.

Zorg verlenen via de gemeente

Evidence based werken is niet altijd de beste aanpak. Wel of geen *evidence* is dus ook niet altijd het juiste criterium als het erom gaat vast te stellen welke zorg en hulp collectief moet worden vergoed. Zorgverzekeraars weten dat inmiddels, maar vanaf volgend jaar hebben we te maken met nieuwe financierende instanties. De zorg voor ouderen, mensen met beperkingen en de jeugdzorg wordt voor een groot deel overgedragen aan gemeenten en gemeenten worden geacht de zorg zo zuinig mogelijk te organiseren. Ze moeten zorg inkopen bij zorgorganisaties en daarnaast willen veel gemeenten een deel van de zorg voor kwetsbare burgers overlaten aan het sociale netwerk van die burgers. Dat resulteert vaak in ongeveer de volgende aanpak:

Gaat het om *evidence based* zorg of hulp? Dan kopen we die in bij een zorgorganisatie en laten we de hulp verlenen door een geregistreerde professional met een relevante opleiding.

Gaat het om niet-*evidence based* zorg of hulp? Dan zijn er drie mogelijkheden.

- 1 Dan kunnen we het net zo goed niet doen.
- 2 Dan kunnen we het net zo goed aan de buurvrouw, de broer of de dochter overlaten.
- 3 Dan kunnen we het net zo goed aan (minder hoog opgeleide) ambtenaren overlaten.

Vanuit gemeenten bezien is dit een plausibele aanpak, maar het is een aanpak die hangt op het verschil tussen wel en niet *evidence based*, tussen hulpverlening waar je een serieuze opleiding voor nodig hebt en specifieke technieken voor in moet zetten en andersoortige hulp, waarvoor het allemaal niet uitmaakt.

Zorgorganisaties en professionele hulpverleners die zich zorgen maken over het lot van hun cliënten, patiënten, bewoners en over hun eigen werk, gaan als reactie op deze aanpak van gemeenten, over tot een tegenstrategie. Ze gaan proberen om zoveel mogelijk te lijken op dokters. Over een blindedarmoperatie zou niemand ooit zeggen dat we het net zo goed niet kunnen doen. Een blindedarmoperatie laten we nooit over aan de buurvrouw of de broer van de patiënt en voor een operatie worden ook nooit gemeenteambtenaren ingezet die een korte, gerichte training hebben gevolgd. Ergo: zorg dat jouw hulp de onverbiddelijke overtuigingskracht krijgt van een blindedarmoperatie. Zorg dat je vak een solide wetenschappelijke basis heeft. Investeer in onderzoek. Stimuleer een wetenschappelijke houding bij hulpverleners. Zorg dat ze gaan bijhouden welke aanpak effect heeft, in welk opzicht en in welke mate. Zorg dat het duidelijk wordt welke meerwaarde geregistreerde deskundige hulpverleners hebben boven de broer, de buurvrouw en de ambtenaar. Dat is een beetje de lijn die wordt gekozen in het recente rapport van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, Sociaal werk op solide basis, overigens een prachtig rapport waarin een heel uitvoerig en goed beeld wordt gegeven van de stand van het onderzoek op dit terrein.

Ik snap de aanpak van gemeenten en ik begrijp de tegenstrategie van sommige professionals en hun organisaties. Maar ik denk dat er zowel voor gemeenten als voor hulpverleners een andere manier van denken mogelijk is, die behulpzaam kan zijn bij het nadenken over de inrichting van de zorg in tijden van decentralisatie. In de rest van deze lezing wil ik een lans breken voor die andere manier van denken.

Klassieke en bescheiden professies

Die andere manier van denken begint met de constatering dat er twee soorten professies zijn. Klassieke professies: arts, accountant, notaris, advocaat. En bescheiden professies: maatschappelijk werker, ziekenverzorgende, docent, onderwijzer, gezinsvoogd, schuldhulpverlener. In de literatuur over professies zijn de kenmerken van klassieke professies

heel goed in kaart gebracht.¹¹ Het gaat bij die professies primair om **zeer gespecialiseerde kennis**. Je moet er jaren voor hebben doorgeleerd. Omdat het professioneel handelen in klassieke professies gebaseerd is op die zeer gespecialiseerde kennis kan dat handelen alleen goed worden beoordeeld door andere professionals. En dus beschikken klassieke professies over een hoge mate van **professionele autonomie**. Ze mogen zelf bepalen wie er tot de professie kan worden toegelaten en onder welke voorwaarden. Ze mogen zelf bepalen welke typen handelingen alleen door nog verder gespecialiseerde professionals mogen worden uitgevoerd (wie er een Whipple-operatie mag uitvoeren, voor welk type handelingen je anesthesioloog moet zijn of cardioloog). Ze mogen elkaar de maat nemen in gespecialiseerde tuchtrechtbanken. En ten slotte zijn klassieke professionals toegewijd aan een bij hun professie horend **hoger doel**. Voor de accountant gaat het om de financiële juistheid van de jaarrekening van een groot bedrijf, niet om het imago van dat bedrijf.¹² Voor de arts gaat het om de gezondheid van de patiënt en dat is soms iets anders dan de preferenties van diezelfde patiënt.¹³

Bescheiden professies hebben andere kenmerken. Bescheiden professionals beschikken over vakmanschap en dat vakmanschap hebben zij verworven door opleiding en ervaring. Zij zijn beter in hun vak dan mensen die dat vak niet uitoefenen, maar dat komt omdat onze maatschappij gebaseerd is op arbeidsdeling. Het werk dat bescheiden professionals doen zou je als niet-professional ook kunnen leren, als je daar de tijd voor zou nemen. Voor het werk van klassieke professionals geldt dat niet. Een handige vuistregel hier is: zou ik het betreffende werk kunnen laten verrichten door een willekeurige BN-er? We hebben op tv fascinerende programma's waarin Bekende Nederlanders op bezoek gaan bij gezinnen die zwaar in de schulden zitten, mee op reis gaan met kwetsbare ouderen of tienermoeders begeleiden. BN-ers worden sowieso buiten hun competentie overal voor ingezet: orkesten dirigeren, van duikplanken springen, ijsdansen en wat al niet; het werk van bescheiden professionals kan daar gemakkelijk bij. Maar het werk van klassieke professionals niet. BN-ers wordt niet gevraagd om eens een eenvoudige operatie uit te voeren of voor de show een grote jaarrekening te controleren.

Bescheiden professionals zijn geen ambtenaren. Het is niet zo dat de overheid simpelweg vaststelt wat een jeugdhulpverlener of maatschappelijk werker moet doen en wat een onderwijzeres moet doceren in haar klas.

Bescheiden professionals denken daarin mee en denken daar soms ook tegenin. Maar het bepalen van doelen en waarden gaat wel in samenspraak met de maatschappij of met de overheid, meer dan het geval is bij klassieke professies. Ten slotte is er bij bescheiden professies, in vergelijking met de klassieke professies, een veel beperktere mate van autonomie.

In de literatuur over professies is vaak sprake van processen van professionalisering. Dat suggereert dat bescheiden professies op weg zijn om echte, klassieke professies te worden, dat dit zou kunnen en dat het wenselijk is. Dat is volgens mij niet het geval.

We kunnen ons als burger afvragen waarom we in de maatschappij klassieke en bescheiden professionals hebben en dan kom je op twee verschillende antwoorden uit.

- Waarom zijn er chirurgen, advocaten en accountants in de maatschappij? Omdat we niet onze eigen blindedarm kunnen verwijderen of bloedpropjes kunnen wegdotteren, omdat we niet weten wat de recente jurisprudentie is als we een conflict hebben met onze buurman of verdacht worden van een misdrijf, omdat we boodschappenlijstjes al ingewikkeld genoeg vinden en beslist niet in staat zijn de jaarrekening van Heineken of Philips te beoordelen.
- Waarom zijn er bescheiden professionals? Sommigen van ons zouden het werk van sommige bescheiden professionals kunnen doen, net zoals sommigen ook in staat zouden zijn hun eigen fietsband te plakken, hun kozijnen te schilderen en hun cv-ketel te repareren. Dat we deze taken liever overlaten aan de fietsenmaker, de schilder of de verwarmingsmonteur is een kwestie van arbeidsdeling en dat geldt precies zo voor het verzorgen van demente bejaarden, het begeleiden van delinquente tieners het bijstaan van gezinnen met schulden.

Als het een kwestie van gewone arbeidsdeling is kun je vervolgens natuurlijk de gebruikelijke oplossing volgen. Als je niet zelf je band kunt plakken betaal je tien, vijftien of twintig euro aan de fietsenmaker voor het vervangen van je binnenband. Je onderhandelt met de schilder over een prijs voor de buitenboel en je sluit een serviceabonnement af voor je cv-ketel. In de hulpverlening is dat echter niet de meest logische oplossing. De gezinnen

en de individuen die worden getroffen door allerlei soorten van ellende zijn vaak niet erg kapitaalkrachtig. In sommige gevallen – bij de schuldhulpverlening bijvoorbeeld – is dat zelfs het belangrijkste probleem. Zelf hulp inhuren zit er dan niet in. Maar zelfs als je het zelf zou kunnen betalen is het de vraag of we dat als maatschappij de eerlijkste oplossing vinden.

Neem twee verschillende echtparen. Anna en Ben tegenover Chris en Dorien. Ze zijn allemaal rond de vijftig. De ouders van Anna en Ben zijn relatief jong overleden: de oudste was 72. Anna en Ben hebben daar veel verdriet van gehad, maar daar staat tegenover dat ze eigenlijk nooit voor hen hebben hoeven zorgen, hoewel ze natuurlijk veel op bezoek zijn geweest toen de moeder van Ben longkanker had en de vader van Anna ALS. Van beide ouderparen hebben ze geërfd en bijgevolg zitten ze er nu tamelijk warmpjes bij. Als ze hun pensioen gaan halen – dat zit bij hen niet heel erg in de familie en de regering blijft de pensioenleeftijd verder verhogen – kunnen Anna en Ben uitzien naar een onbezorgde oude dag. Heel anders ligt dat bij Chris en Dorien. Al hun ouders leven nog en zij worden in toenemende mate hulpbehoevend. Als het tegenzit en de participatiemaatschappij verder voortschrijdt hebben Chris en Dorien tot ver na hun pensioengerechtigde leeftijd zorgtaken voor een of meerdere ouders. Die ouders worden bovendien geacht de volledige erfenis op te maken aan het inhuren van hulp en zorg en aan eigen bijdragen voor zorg als een van hen in een verpleeghuis terecht komt. Is dat eerlijk? Collectief gefinancierde hulp door betaalde professionals kan de ongelijke verdeling van zorgtaken tussen Anna en Ben aan de ene kant en Chris en Dorien aan de andere kant een beetje recht trekken.

Een tweede reden waarom private financiering niet goed past bij het werk van bescheiden professionals is dat mensen zelf niet altijd inzien dat zij hulp nodig hebben: ze zijn verstandelijk beperkt, depressief, verslaafd of wanhopig en dat zijn niet de beste condities om na te denken over het soort hulp waar je baat bij zou kunnen hebben.

En waarom dan liever een bescheiden professional dan een ambtenaar? Dat komt omdat het fijn is om iemand te hulp te kunnen roepen die zich niet volledig identificeert met het belang of de beleidsfilosofie van de gemeente. Een bescheiden professional heeft wel oog voor het belang van de gemeente of het algemeen belang maar heeft daarnaast een

beroepscode waarin jouw belang centraal staat, heeft veel ervaring met cliënten zoals jij en kan samen met jou uitzoeken wat het beste voor jou is.

Afwegingen voor gemeenten

Als we bescheiden professies zo beschouwen zien de afwegingen voor gemeenten er meteen ook anders uit. Dan is het ultieme afbakeningscriterium niet ‘wat zou de burger zelf kunnen en wat is gespecialiseerde *evidence based* hulpverlening waarvoor je moet hebben doorgeleerd?’ Dan is de afweging ‘in hoeverre willen we als gemeente de burger ter wille zijn?’ Een strenge gemeente die voluit afkoerst op de participatiemaatschappij zegt tegen de burger: ‘het werk van bescheiden professionals (ziekenverzorgende in een verzorgingshuis, activiteitenbegeleider voor senioren) kunnen jullie zelf ook, als jullie je best maar doen en er de tijd voor nemen. En als je er geen tijd voor hebt omdat je een voltijds betaalde baan hebt verdienen je vast wel genoeg om zorg in te kunnen kopen. Er zullen vanzelf steeds meer bedrijven ontstaan waar je gezelschapsdames of geneeskundestudenten kunt inhuren voor een schappelijk bedrag.¹⁴ Als je zelf niet precies weet wat je nodig hebt aan hulp is er vast wel familie, een buurman of een vriend die je om raad kunt vragen.’ En in laatste instantie mag je een beroep doen op onze gemeente. Dan sturen we een ambtenaar naar je toe, die gaat kijken wat er aan de hand is, maar die daarbij het belang van de gemeentelijke financiën scherp in het oog zal houden.

Een mildere gemeente zegt tegen de burger: jij zou misschien zelf ook best je kinderen de juiste spelling van het voltooid deelwoord en de hoofdsteden van Europese lidstaten kunnen aanleren. Maar we hebben juffen en meesters die zich daar echt in hebben gespecialiseerd en we begrijpen dat het voor jou veel handiger is als je kind naar school gaat om basale vaardigheden te leren van deze bescheiden professionals. Op dezelfde manier zou je misschien ook zelf wel kunnen leren hoe je op een vriendelijke, geduldige manier moet zorgen voor bejaarden met beginnende dementie. Maar we hebben betaalde ziekenverzorgenden die daar beter in zijn en we snappen dat jij ook nog een eigen leven hebt en op een andere manier je brood moet verdienen. Voor je dementerende moeder regelen wij dus betaalde hulp. Wij doen dat voor jou om morele redenen. Zorgtaken zijn heel oneerlijk verdeeld in de bevolking. De een krijgt een kind met ernstige beperkingen, de ander krijgt probleemloos drie gezonde dochters. De een ziet haar kind als adolescent geleidelijk zijn eigen weg vinden in het leven. De ander zit in de permanente wanhoop

omdat haar zoon wordt getroffen door schizofrenie. De een heeft ouders die relatief jong overlijden, de ander heeft ouders die 95 worden met talloze kwalen en mankementen. We kunnen niet veel doen aan de onrechtvaardigheid van de natuur, maar we kunnen wel proberen om de daaruit voortvloeiende zorgtaken en financiële verplichtingen zo eerlijk mogelijk te verdelen.

Een mildere gemeente erkent dat burgers zelf niet altijd weten wat voor hulp zij nodig hebben. Zo'n gemeente zorgt dat er wijkteams zijn van bescheiden professionals die naar mensen toe gaan om te kijken wat er aan de hand is en om vervolgens op verstandige wijze hulp te organiseren. Een werkwijze die in heel veel gemeenten in meer of mindere mate al wordt gevolgd. Het werken in teams zou het grote voordeel kunnen hebben dat gezinnen die kampen met een scala van problemen toch worden geholpen door één hulpverlener, omdat deze hulpverlener kan overleggen met collega's in het wijkteam die met sommige problemen meer ervaring hebben, al dan niet op basis van specialistische training.¹⁵

Een mildere gemeente vindt het tenslotte een prettig idee dat er bescheiden professionals in die wijkteams zitten, niet alleen omdat zij ervaring hebben met en opgeleid zijn als hulpverleners, maar ook omdat zij de afwegingen op dit voor gemeenten nieuwe terrein kritisch zullen volgen, zodat gemeenten gedwongen worden goed na te denken over de voors en tegens van hun beslissingen.

Ik heb zelf een ongelooflijk leuke zoon die geen zorg van hulpverleners nodig heeft. Mijn ouders zijn relatief jong overleden, dus er wachten mij geen zware mantelzorgverplichtingen. Niettemin hoop ik dat ik in een gemeente woon die mild zal zijn voor inwoners voor wie dit anders ligt. Ik betaal graag belasting en premies zodat mensen die zorg en hulp nodig hebben, kunnen worden bijgestaan door bescheiden professionals met een normale baan en een fatsoenlijk salaris. Niet omdat die zorg en hulp door het hen omringende sociale netwerk met geen mogelijkheid kan worden geleverd, of omdat het hier zou gaan om hooggespecialiseerd werk vergelijkbaar met open hartchirurgie. Wel omdat het hier gaat om een verstandige vorm van arbeidsdeling, omdat mensen met zorgbehoevende familieleden ook een eigen leven moeten kunnen leiden.

Ik zal nooit meer horen of Els Borst dit met mij eens zou zijn geweest. Maar ik hoop van wel.

Noten

- 1 Trappenburg M. Het heldendom van Ritzén. *Socialisme & Democratie*, oktober 1996.
- 2 Trappenburg M. Soorten van gelijk. *Medisch-ethische discussies in Nederland*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1993.
- 3 Gezondheidsraad; Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch handelen op een tweesprong. Publicatie nr. 1991/23, bijlage, p. 14. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.
- 4 Gezondheidsraad; Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch handelen op een tweesprong. Publicatie nr. 1991/23, bijlage, p. 18. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.
- 5 Guzmán-García A., ea. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 28: 2013, p. 914-924.
- 6 Achterhuis H. De markt van welzijn en geluk. Baarn: Ambo, 1978.
- 7 Gerritsen, E. Hoe overleef je als gemeente de transitie jeugdzorg? 55 tips voor deskundig opdrachtgeverschap. Stadsregio Amsterdam en Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten, 2014, p. 204 en p. 225.
- 8 Zie voor een indringende analyse van dit verschijnsel: Kruijer A.J., Pels C. De dag dat Peter de deur dichttimmerde. Amsterdam: Van Gennep, 2012.
- 9 Yperen T. van. Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd. Rede RUG: Nederlands Jeugdinstituut, 2013. Zie verder ook de site van het Nederlands Jeugdinstituut, www.nji.nl. Vergelijk ook Montfoort A. van. Professionaliteit en nuchterheid in jeugdzorg en jeugdbeleid. Lectorale rede Hogeschool Leiden, 2008.
- 10 Gijsberts M., Dagevos J. (red.). *Interventies voor integratie*. Den Haag: SCP, 2007. Ik schreef er een column over: Trappenburg M. Evalueren voor beginners. *NRC Handelsblad*, 17-8-2007 (via www.margotrappenburg.nl).
- 11 Zie bijvoorbeeld: Noordegraaf M. From 'Pure' to 'Hybrid' Professionalism: Present Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*; 37: 2007, p. 761-785.
- 12 Het is overigens de vraag of alle accountants zich aan deze norm houden. Zie de bijdrage van Kloppenburg M. in Trappenburg M., Scholten W., Jansen Th. (red.). *Loonfatsoen. Eerlijk verdienen of graaicultuur?* Amsterdam: Boom, 2014.
- 13 Trappenburg M. Professionals en managers. In: Noordegraaf M., Geuijen K., Meijer A. (red.). *Handboek publiek management*, p. 165-190. Den Haag: Boom/Lemma, 2011.
- 14 Vergelijk Mebius D. Een student als kleinkind, maar dan wél betaald. *Metro*, 16-10-2014, p. 8.
- 15 Zie over wijkteams bijvoorbeeld Zarrinkhameh A. Van zorgcoöperaties tot sociale Wijkteams. Verschil in strategieën van gemeenten om te decentraliseren. Achtergrondstudie bij het advies Gemeentezorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en zorg, 2013. Overigens een kleine waarschuwing bij het werken in teams, gevonden in *Medisch handelen op een tweesprong*, in een beschouwing over multidisciplinaire teams in de oncologie: 'Multidisciplinaire teambesprekingen verhogen de kwaliteit van de behandeling, maar niet altijd de doelmatigheid. Er is altijd wel iemand die vraagt: heb je dit of dat al bekeken of bepaald? En dat gebeurt dan.' Gezondheidsraad; Beraadsgroep Geneeskunde. *Medisch handelen op een tweesprong*. Publicatie nr. 1991/23, bijlage, p. 14. In gemeentelijke wijkteams zou een zelfde effect kunnen optreden wat mogelijk afbreuk aan de doelstelling goedkoper te werken. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

Over de Els Borst Lezing

De Els Borst Lezing is in 2013 ingesteld ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG signaleert en informeert overheid en publiek over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ethiek, gezondheid en beleid. De lezing is vernoemd naar Els Borst, die als voormalig minister van VWS aan de wieg stond van het CEG. Els Borst-Eilers (1932-2014) heeft tijdens haar carrière veel aandacht besteed aan diverse ethische thema's. We zullen haar blijven herinneren om wat zij heeft betekend voor de gezondheidszorg en de ethiek.

Els Borst Lezingen tot nu toe

1e Els Borst Lezing – Kleine ode aan onafhankelijkheid (2013)

Uitgesproken door Inez de Beaufort, hoogleraar Gezondheidsethiek aan het Erasmus MC, Rotterdam, ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

Contactadres

Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 - 340 50 60

E-mail info@ceg.nl

Website www.ceg.nl

De Els Borst Lezing is een initiatief van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) en vond voor het eerst plaats tijdens het jubileumsymposium in 2013 ter gelegenheid van het tienjarig bestaan.

Het CEG is in 2003 opgericht, op verzoek van de toenmalige minister van VWS, Els Borst. Sindsdien signaleert en informeert het CEG over diverse ethische vraagstukken die worden opgeroepen door nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

De tweede Els Borst Lezing is uitgesproken door Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar Grondslagen van het maatschappelijk werk (vanwege de Marie Kamphuis Stichting) aan de Universiteit voor Humanistiek en hoofddocent bij Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.