



**iholland**  
hogeschool

# Stimulering Gezonde Samenleving

De paradoxale praktijk  
van professionals in de  
participatiesamenleving



# Stimulering Gezonde Samenleving

# Inhoud

Voorwoord	3
Het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving	5
Van participatiesamenleving naar gezonde samenleving	6
Morele kritiek: verzorgingsstaat maakt burgers onverantwoordelijk	7
Institutionele kritiek: instituties hinderen initiatief	14
Sociale kritiek: verzorgingsstaat schaadt sociale verbanden	23
Reflectie op ambitie	29
Dankwoord	31
CV	33
Bronnen	34

# Voorwoord

Geachte leden van het College van Bestuur, domeindirecteuren, collega's uit praktijk en wetenschap, studenten, familie, vrienden, en andere belangstellenden, hartelijk welkom.

Weet u het nog? In zijn troonrede van 2013 gaf koning Willem-Alexander het startschot voor de hervorming van de Nederlandse verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Enigszins geschrokken van de reacties en waarschijnlijk op aandringen van zijn coalitiepartner, de Partij van de Arbeid, maakte premier Rutte ruim een half jaar later per brief aan het parlement duidelijk dat de verzorgingsstaat wel degelijk blijft bestaan. In de tussentijd was 'participatiesamenleving' het woord van het jaar geworden en had de term aanleiding gegeven tot een brede maatschappelijke discussie die tot op de dag van vandaag gevoerd wordt.

Probeer u eens te denken aan de participatiesamenleving. Wat ziet u dan voor zich? U ziet waarschijnlijk iemand druk bezig, mogelijk actief als vrijwilliger of mantelzorger. U ziet niet iemand die stilzit in een stoel, vermoed ik. De persoon die u ziet (ik neem aan dat u een persoon ziet, niet een gebouw of een dier) is een verantwoordelijk type, schat ik zo in; niet iemand die de kantjes er vanaf loopt. Tot slot denk ik dat de persoon die u voor zich ziet buiten bezig is, of bij iemand thuis, een persoonlijke plek in ieder geval, niet een hele formele plek als een kantoortuin. Heb ik gelijk? Deze drie interpretaties van uw beelden vatten de participatiesamenleving samen: actieve mensen die verantwoordelijkheid nemen in een informele setting.

Haal het beeld nog even voor u. Laat dan nu eens zomaar een professional het beeld in lopen. Wie is deze professional? Ziet u een man of een vrouw voor zich? Wat draagt deze persoon voor kleren? Een casual outfit? Wat is dan het verschil met de die ander? Of draagt uw professional een pak? Vloekt dat niet enorm met de informele setting? Wat doet deze professional? Zorgen? Helpen? Aanmoedigen? Klaar om te helpen, maar ook om te gaan? Alert op signalen die nopen tot ingrijpen, maar aarzelend als die signalen zich voordoen? Zittend op de handen of bijtend op de tong? Staat uw professional er ongemakkelijk bij?

Deze lectorale rede gaat over dit ongemak. Ik zal ingaan op de gevolgen van de participatiesamenleving voor de wijze waarop professionals zich verhouden tot elkaar en tot zorg- of hulpbehoevenden, hun netwerk en de relaties tussen beide.

Exemplarisch voor de ongemakkelijke verhouding tussen professionals en cliënten is dat cliëntenbelangenorganisaties op 12 september 2015 wegbleven bij de manifestatie *Red de Zorg*, een demonstratie tegen de bezuinigingen. Het protest draaide volgens de belangenorganisaties te veel om het behoud van banen en ging te weinig over de inhoud van de zorg. Vanuit het oogpunt van professionals is het echter goed voor te stellen dat die twee onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: zonder thuiszorgers geen goede thuiszorg, zonder wijkverpleegkundigen geen goede wijkverpleging, zonder sociaal werkers geen maatschappelijke ondersteuning. Maar de belangenorganisaties leken de inhoud van de zorg belangrijker te vinden dan door wie de zorg verleend wordt.

Dat cliëntenbelangenorganisaties kritisch zijn op professionals die opkomen voor hun recht om goede zorg te verlenen is exemplarisch voor de bredere tendens dat professionals in de ogen van de maatschappij veel verkeerd doen. Als de overheid zich terugtrekt en meer verantwoordelijkheid van burgers verwacht, lopen professionals volgens de overheid al snel in de weg en voor burgers niet hard genoeg (vgl. Van Lanen, 2013). In het vervolg van deze rede zal ik dieper ingaan op de oorzaken van deze anti-professionele stemming. Daarvoor zoom ik in op de paradoxale praktijken van de participatiesamenleving. Mijn stelling is dat er tegenstrijdige verwachtingen zijn van professionals waardoor het vaak onmogelijk is aan alle verwachtingen te voldoen. In beleid en wetenschap is daar te weinig aandacht voor en wordt vaak te eenzijdig belicht in hoeverre professionals zich voegen naar geldend beleid. In deze rede wil ik daarom stilstaan bij hoe de tegenstrijdige verwachtingen van professionals te begrijpen zijn, met welke dilemma's zij als gevolg ervan te maken hebben en hoe zij daarmee kunnen omgaan.

# Het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving

Het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving onderzoekt de paradoxale praktijken van professionals in zorg en welzijn en de dilemma's waarvoor zij zich gesteld zien met als doel verder te professionaliseren. De Gezonde Samenleving als leidend thema binnen Hogeschool Inholland gaat over een meer integrale benadering van zorg en welzijn, waarbij de mensen zelf in hun totaliteit centraal staan en niet de afzonderlijke problemen waar zij tegenaan lopen. Daarbij verschuift de nadruk van grote zorginstellingen naar kleinschalig georganiseerde integrale voorzieningen, dichtbij de burger en diens sociale omgeving. Dit lectoraat is eveneens nauw verbonden aan de lokale context en het Haarlemse werkveld. Het dankt bovendien haar bestaan mede aan de inspanning en financiële steun van de gemeente Haarlem en de daar gevestigde Koninklijke Hollandse Maatschappij der Wetenschappen (KHMW).

In het streven naar de Gezonde Samenleving ziet Hogeschool Inholland drie belangrijke opgaven. Ten eerste, het opleiden van professionals die bijdragen aan *empowerment* en zelfmanagement. *Empowerment* betekent zowel het bijbrengen van zelfvertrouwen en controle over het leven om mensen in staat te stellen tot zelfmanagement (Rappaport, 1985; Wieck, 1983), als het bevorderen van een gedeelde verantwoordelijkheid voor het leven van hulpbehoevenden (Van Regenmortel, 2009). Die gedeelde verantwoordelijkheid bestaat uit steun van familie, vrienden of burens, en bevordering daarvan vindt plaats op zowel lokaal niveau als op politiek-maatschappelijk niveau, zoals de macht om wet- en regelgeving te veranderen (2009: 28). Vanuit het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving gaan we onderzoeken waar professionals op moeten letten en waar zij tegenaan lopen als zij zorgbehoevenden en hun netwerk zo willen *empoweren* dat zij meer zeggenschap en controle hebben over de zorg die zij geven en ontvangen. Daarbij zal nadrukkelijk oog zijn voor de grenzen van *empowerment*.

Een mogelijke manier daartoe is interprofessioneel leren en werken. Studenten leren om interprofessioneel samen te werken is de tweede kernopgave van de Gezonde Samenleving. Interprofessioneel werken houdt een manier van kijken, denken en leren in, waarbij grenzen tussen vakgebieden worden overbrugd. De ambitie is om op die manier de gezondheids- en welzijnsprofessional te verbinden. Voor studenten betekent interprofessioneel leren dat zij breder kennismaken met verschillende werkvelden door samenwerking met studenten en professionals uit andere disciplines. Dit alles moet vooral bijdragen aan een integrale benadering van burgers in hun omgeving. Het lectoraat gaat onderzoeken in hoeverre interprofessioneel werken dat mogelijk maakt, maar ook een oplossing kan zijn voor dilemma's waarvoor professionals zich momenteel gesteld zien. Daartoe doe ik in deze rede een aantal suggesties.

De derde kernopgave van de Gezonde Samenleving is optimaal gebruikmaken van technologische ontwikkelingen. In deze rede beperk ik mij op dit punt tot de ontwikkelingen die mogelijk een oplossing bieden voor de professionele dilemma's die de basis vormen voor de onderzoeksagenda van dit lectoraat.

# Van participatiesamenleving naar gezonde samenleving

Om de gevolgen van de participatiesamenleving te onderzoeken is het nuttig te begrijpen op welke verzorgingsstaatkritieken de participatiesamenleving een antwoord is. Ik onderscheid er vier.

Ten eerste de economische kritiek dat de verzorgingsstaat te duur is geworden. Op dit argument ga ik in deze rede niet al te diep in. De participatiesamenleving zou een goedkoper alternatief zijn, maar zowel in de wetenschap als in de maatschappij is een breed gedeelde consensus dat het nog te vroeg is om iets te beweren over de kosteneffecten van de participatiesamenleving op lange termijn en ook ik ga mij niet aan dat type voorspellingen wagen. De drie decentralisaties zijn gepaard gegaan met grote bezuinigingen, dus dat lijkt te bevestigen dat het goedkoper kan. Natuurlijk is dat allerminst een bewijs zolang we niet weten of de bezuinigingen problemen voortbrengen die kosten op lange termijn veroorzaken.

In deze rede ga ik in op drie kritieken die voor professionals relevanter zijn, omdat deze gevolgen hebben voor de aard van hun professionaliteit: de morele kritiek dat de verzorgingsstaat haar burgers passief en calculerend maakt, de institutionele kritiek dat de verzorgingsstaat het initiatief van burgers verhindert en de sociale kritiek dat de verzorgingsstaat ten koste gaat van sociale verbanden.

Op basis van deze drie kritieken zijn drie verschuivingen in gang gezet. De morele kritiek heeft vooral geleid tot een verschuiving van collectieve naar individuele verantwoordelijkheid (Kampen et al., 2013; Verbakel, 2014; Putters, 2014); burgers zijn in steeds mindere mate collectief verantwoordelijk voor sociale problemen en moeten steeds meer zelf tot een oplossing komen. De institutionele kritiek heeft vooral een verschuiving van formele naar informele arrangementen in gang gezet (Tonkens, 2014); oplossingen moeten steeds minder gezocht worden bij overheidsinstanties en steeds meer in informele circuits, zoals bij vrijwilligers, burens of familie. De sociale kritiek heeft geleid tot een verschuiving van passieve solidariteit naar actieve solidariteit (Trappenburg, 2009); van burgers wordt verwacht dat ze steeds meer solidair zijn in hun handelen in plaats van louter via belastingoverdracht.

De drie verschuivingen volgen uit de drie kritieken op de verzorgingsstaat, maar brengen zij ook oplossingen voor de problemen die aan de verzorgingsstaat toegeschreven worden dichterbij? En vooral: wat merken professionals van de verschuivingen en hoe hebben deze verschuivingen de verwachtingen van professionals veranderd? Om die vragen te beantwoorden zoomen we hierna in op de drie afzonderlijke kritieken, de verschuivingen die daaruit volgen en de dilemma's die deze veroorzaken. We werken per dilemma toe naar een onderzoeksvraag met betrekking tot de mogelijke gevolgen voor professionals in zorg en welzijn. Op het eind van mijn rede zal ik kort de projecten beschrijven waarmee dit lectoraat antwoord hoopt te geven op de onderzoeksvragen.



# Morele kritiek: verzorgingsstaat maakt burgers onverantwoordelijk

De eerste kritiek waarop de participatiesamenleving een reactie is, is dat de verzorgingsstaat haar burgers onverantwoordelijk, lui, passief en calculerend zou maken. Deze kritiek klinkt al sinds de jaren '70 toen de sociologen Jacques van Doorn en Kees Schuyt beweerden dat de verzorgingsstaat de burger stempelt "tot een zwak en afhankelijk mens" (Van Doorn & Schuyt, 1978: 41). In de vroege jaren '90 muntte Schuyt (1991) het begrip 'calculerende burger' toen hij wees op misbruik van voorzieningen en onrechtmatig gedrag dat voortvloeide uit een gebrek aan plichtsbesef.

Het voornaamste antwoord op deze morele kritiek is een verschuiving van collectieve naar individuele verantwoordelijkheid. Bij individuele problemen moeten mensen niet langer rekenen op een collectieve oplossing, maar zelf met een oplossing komen of op zijn minst naar vermogen bijdragen aan de oplossing. De verschuiving naar eigen verantwoordelijkheid wordt kracht bijgezet met beleidstermen als 'eigen regie' en 'zelfmanagement', die hun oorsprong vooral vinden in gezondheidszorgbeleid, en 'eigen kracht' en 'zelfredzaamheid', die hun oorsprong hoofdzakelijk vinden in welzijnsbeleid. De termen reizen sindsdien over en weer tussen beide sectoren.

De nadruk op eigen verantwoordelijkheid staat op gespannen voet met de autonomie van de cliënt; een ander principe dat professionals in zorg en welzijn hoog in het vaandel hebben staan. Die spanning ontstaat op het moment dat wijzen op en overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid indruist tegen de keuzevrijheid en zelfbeschikking van het individu. Dat wijzen op en overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid gebeurt door professionals, maar die rekenen daarvoor ook op het sociaal netwerk van mensen. De autonomie staat daarom niet alleen onder druk door professioneel ingrijpen, maar ook door sociale controle, zal ik hierna betogen.

De eerste vraag die in het onderzoeksprogramma van dit lectoraat centraal staat is daarom: hoe wegen professionals wijzen op en overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid af tegen het respecteren van de autonomie van cliënten? Ik zal nu toelichten waarom het activeren van, het sturen op en de sociale controle op de eigen verantwoordelijkheid en hulp vragen uit het netwerk zich moeizaam verhouden tot het respecteren van de autonomie.

## Activeren versus autonomie

Professionals in zowel gezondheidszorg als welzijn spreken mensen aan op hun individuele verantwoordelijkheid om zelf bij te dragen aan een oplossing voor hun probleem. De verpleegkundige spreekt de diabetespatiënt aan op de verantwoordelijkheid om insuline te nemen, de sportkundige wijst iemand met overgewicht op de verantwoordelijkheid te bewegen, de Wmo-consulent wijst de aanvrager van een voorziening in een keukentafelgesprek op de verantwoordelijkheid om zelf het huis schoon te houden en de klantmanager bij de sociale dienst wijst een bijstandsccliënt op de verantwoordelijkheid om werk te zoeken.

Wijzen op de individuele verantwoordelijkheid staat ten eerste op gespannen voet met de autonomie van cliënten zodra iemand geen verantwoordelijkheid wil nemen. Hester van de Bovenkamp en Jolanda Dwarsswaard (2015) signaleren dit dilemma in de gezondheidszorg en vatten het samen in de vraag: 'wat moet je als zorgverlener doen als cliënten de keuze maken om passief te blijven en de zorg over te geven aan de zorgverlener; moet je dit als autonome keuze respecteren of cliënten dwingen om zo veel mogelijk zelf te doen?'

Dat dilemma doet zich bijvoorbeeld voor bij verpleegkundigen in de palliatieve zorg. Volgens Van de Bovenkamp en Dwarsswaard verschillen hun opvattingen over wat goede zorgverlening is. Sommige verpleegkundigen vinden het van belang om te zorgen voor kwetsbare cliënten door allerlei zorgtaken van hen over te nemen. Anderen vinden dat het de waardigheid van de patiënt aantast als ze alle taken overnemen. Zij vinden het juist van belang dat ook deze patiënten zelf zo actief mogelijk blijven. Ze willen de autonomie van patiënten zoveel mogelijk in stand houden en versterken.

Dit lectoraat gaat onderzoek doen naar de wijze waarop professionals in zorg en welzijn omgaan met dit dilemma tussen eigen verantwoordelijkheid stimuleren en autonomie respecteren. Tijdens mijn veldwerk voor het project *De belofte van nabijheid*, een onderzoek dat ik samen met collega's van de Universiteit voor Humanistiek en de Universiteit van Amsterdam doe, observeerde ik dat welzijnsprofessionals het dilemma hanteren door de eigen verantwoordelijkheid aan cliënten voor te houden als autonomie. Dat was bijvoorbeeld het geval bij een wijkteammedewerker met wie ik langsging bij een vrouw die om hulp vroeg bij het zoeken naar een huurhuis. Het gesprek ging ongeveer zo:

*'Ik moet vanwege mijn gezondheid op korte termijn  
verhuizen en ik weet niet waar ik een nieuw huurhuis vind'.  
De generalist reageert: 'Waar zou u beginnen met zoeken?'  
'Internet?', vraagt de vrouw.  
De generalist draait zijn iPad naar haar toe.  
Mevrouw vult in 'huurhuis Eindhoven'.  
'Ik zie 'directwonen.nl' staan', zegt ze.  
'Klik er maar eens op', reageert de generalist zonder te kijken.  
Mevrouw scrolt door de woningen en vraagt:  
'Hoe vind ik nu iets hier in de buurt?'  
'Volgens mij kunt u dat heel goed zelf.  
Zal ik u eens uitleggen hoe wij werken?'  
'Dat heb ik al in de gaten: je legt het probleem gewoon terug bij mij.'  
'Het is ook niet mijn probleem, toch?'  
'Nee,' zegt mevrouw, 'en dat moet je vooral zo houden'.  
'O ja, waarom?', vraagt de generalist geamuseerd.  
'Dan krijg je stress, net als ik'.  
'O, ik krijg niet zo snel stress hoor'.  
'Nee, ik begrijp wel waarom', antwoordt de vrouw vinnig.*

Met de opmerking 'volgens mij kunt u dat heel goed zelf' verkoopt de wijkteammedewerker de vrouw haar eigen verantwoordelijkheid als autonomie. Ethicus Jan Vorstenbosch merkte hoe in de zorg op vergelijkbare wijze de eigen verantwoordelijkheid als 'eigen regie' aan de man gebracht wordt. In een mooi artikel in Trouw (24 september 2016) beschrijft Vorstenbosch een familieavond van de zorginstelling waar zijn 92-jarige moeder woont. De avond is bedoeld om over de betekenis van 'eigen regie' in gesprek te gaan. Vorstenbosch denkt daarbij vooral aan de autonomie van zijn moeder en legt uit dat zij vooral een keuze zou willen maken voor een vaste zorgverlener. In de loop van de avond komt volgens Vorstenbosch echter de aap uit de mouw. Hij schrijft:

*"Eigen regie' blijkt vooral te betekenen 'eigen verantwoordelijkheid' - de bewoners en vooral de familie moeten veel meer eigen verantwoordelijkheid nemen, want het verzorgingshuis is geen hotel, en kan geen 24-uurszorg bieden. (...) 'Eigen regie' klinkt aantrekkelijk - wie wil er nu niet zichzelf kunnen zijn en de touwtjes in handen hebben? Maar de term slaat niet meer op de realiteit die misloopt, het is taal die de werkelijkheid van mensen en situaties reduceert tot wat de instituties graag van ze willen."*

Ook de professionals die Vorstenbosch ontmoet op de familieavond verkopen de eigen verantwoordelijkheid als 'eigen regie'; een term die autonomie suggereert, maar eigen verantwoordelijkheid verlangt.

Beide voorbeelden suggereren een zoekrichting voor een antwoord op de vraag 'hoe wegen professionals de eigen verantwoordelijkheid af tegen de autonomie?'. Deze professionals lijken beide moeiteloos te verenigen. Toch nodigen de voorbeelden uit tot meer onderzoek naar dit dilemma, want de cliënten in de voorbeelden voelen zich niet erg serieus genomen.



### **Sturen versus autonomie**

Ten tweede staat wijzen op de eigen verantwoordelijkheid op gespannen voet met autonomie als de cliënt de verantwoordelijkheid anders invult dan de professional voor ogen heeft. Dat is vooral een probleem als de professional vindt dat de wijze waarop de cliënt die verantwoordelijkheid neemt zichzelf of anderen schaadt. In de gezondheidszorg is dat bijvoorbeeld het geval zodra de keuze van de patiënt een risico voor de gezondheid vormt. Dat stelt de professional voor het dilemma tussen de keuzevrijheid beperken en ingrijpen in de autonomie of keuzevrijheid bieden met het risico op verslechtering van de situatie. Van den Bovenkamp en Dwarsswaard (2015) geven het voorbeeld van een verpleegkundige die haar patiënten in bescherming neemt tegen keuzes met mogelijk negatieve gevolgen, omdat zij niet vertrouwt op het inschattingsvermogen van de cliënt. De verpleegkundige legt uit:

*'Soms leggen we de keus tussen thuisbehandeling [...] en behandeling in het ziekenhuis niet voor. Als ouders beperkt zijn in hun IQ. Als ze het gewoon niet begrijpen, dan vind ik het ook niet eerlijk om überhaupt de keuze aan te bieden. Want je kan zeggen: 'Ja, thuiszorg is er dan', maar die is niet vierentwintig uur daar.'*

De vraag die centraal zal staan in onderzoek dat vanuit het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving gedaan wordt is: welke afwegingen maken professionals in zorg en welzijn terwijl zij aansturen op de eigen verantwoordelijkheid van cliënten? Bovenstaand voorbeeld laat zien dat de risico's die met het aansturen op eigen verantwoordelijkheid gemoeid zijn een belangrijke rol kunnen spelen in beslissingen van professionals. Onderzoek dat vanuit dit lectoraat gedaan zal worden stelt deze relatie tussen risico-inschattingen en het wijzen op de eigen verantwoordelijkheid centraal. In lopend onderzoek naar wijkteams kwamen mijn collega's en ik tegen dat de risico-inschattingen van professionals verschillen en in belangrijke mate samenhangen met hun arbeidsverleden en opleiding (Kampen, Hölsgens en Tonkens, te verschijnen). Een professional zonder zorgachtergrond, blijkt minder risico's te zien en daardoor meer over te laten aan de eigen verantwoordelijkheid van cliënten. Een wijkteammedewerker met een achtergrond in de verslavingszorg kent het risico op terugval bij eenzaamheid en verveling. Hij schakelt direct huishoudelijke ondersteuning in en belt de klantmanager van de sociale dienst zelf. Hij wijkt op basis van zijn ervaring af van het aanspreken op eigen verantwoordelijkheid, zodat er snel iemand over de vloer komt en de cliënt niet naar de fles grijpt.

Welke gevolgen heeft dit voor de wijze waarop de hogeschool toekomstige professionals opleidt? Als arbeidsverleden en opleiding zo bepalend zijn voor de risico-inschattingen, en die inschattingen zo bepalend zijn voor de sturing van eigen verantwoordelijkheid, dan is er iets voor te zeggen om professionals generalistisch op te leiden. Anders worden de verschillen in de wijze waarop professionals mensen tot verantwoordelijkheid manen te groot en te willekeurig, want te afhankelijk van de opleiding en het arbeidsverleden van de professional die zij voor zich hebben. Toch blijkt uit het voorbeeld van het wijkteamlid met een achtergrond in de verslavingszorg dat juist die meer specialistische achtergrond maakt dat hij adequaat handelt. Wellicht biedt interprofessioneel werken uitkomst.

Interprofessioneel werken kan de kennis van professionals verbreden en verdelen om hen te helpen betere risico-inschattingen te maken. Door op de hoogte te zijn van de kenmerken van ziektebeelden kunnen Wmo-consulenten bijvoorbeeld beter de mogelijkheden tot het nemen van verantwoordelijkheid van cliënten met psychiatrische aandoeningen inschatten. De verbreding van kennis zou tot stand kunnen komen in de samenwerking tussen welzijns- en zorgprofessionals. In de praktijk gebeurt dat al, bijvoorbeeld wanneer gezondheidszorgprofessionals aanschuiven bij keukentafelgesprekken of tijdens multidisciplinaire overleggen; dat soort samenwerking voedt wijkteammedewerkers of Wmo-consulenten om in de toekomst in vergelijkbare gevallen adequate beslissingen te nemen en voedt zorgprofessionals onder meer met kennis over wet- en regelgeving. Bij interprofessioneel werken gaat het echter meer dan bij multidisciplinair overleg om komen tot een gemeenschappelijke visie en aanpak (Vinicor, 1995). Een voorwaarde daarvoor is meer interactie tussen de actoren (Tzakitzidis en Van Royen, 2008).

## Sociale controle versus autonomie

Een derde professioneel dilemma is tussen sociale controle en autonomie van cliënten. In reactie op de morele kritiek dat de verzorgingsstaat burgers lui, passief en calculerend maakt, stelt de overheid meer vertrouwen in sociale controle binnen families, wijken en buurten (Tonkens, 2014). Daar zou klaplopen beter te voorkomen zijn en zouden morele verplichtingen naar elkaar sterker voelbaar en bovendien moeilijker te ontlopen zijn. Dat zou families, wijken en buurten de aangewezen plek maken om zorg en ondersteuning te organiseren.

De sociale controle staat, net als het wijzen op de eigen verantwoordelijkheid door professionals, op gespannen voet met de autonomie van de cliënt. Het kan immers ten koste gaan van de zelfbeschikking van de cliënt. Neem een fysiotherapeut die een broer vraagt om een revaliderende hartpatiënte bij haar oefeningen te ondersteunen. Deze ondersteuning helpt om de patiënt te herinneren aan haar verantwoordelijkheid om oefeningen te doen en komt het herstel wellicht ten goede, maar wat als de broer zijn rol wel erg serieus neemt en de patiënt zich door hem gedomineerd voelt? Of stel dat een schuldhulpverlener een vriend vraagt om een cliënt die zich in de schulden steekt aan zijn betalingsverplichtingen te herinneren. De vriend zegt toe, maar zodra de schuldhulpverlener de deur achter zich dichttrekt, maakt hij misbruik van de situatie door de cliënt geld af te troggelen. De keerzijde van sociale controle is dus risico op misbruik, intimidatie en onderdrukking.

Zowel zorg- als welzijnsprofessionals hebben steeds opnieuw rekening te houden met deze negatieve gevolgen van sociale controle. Het dilemma voor de professional is deze sociale controle benutten, zonder dat deze ten koste gaat van de autonomie van cliënten.

Een complicerende factor daarbij is dat het zicht op de keerzijden van sociale controle steeds meer afneemt. Als mensen langer thuis wonen, ontstaat het risico dat nalatigheid, misbruik, mishandeling en intimidatie achter de voordeur verdwijnen en zich aan het blikveld van professionals onttrekken. Het antwoord daarop zal vermoedelijk zijn om meer te verwachten van sociale controle. Beleid dat erop gericht is mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, versterkt dus het professionele dilemma tussen sociale controle en autonomie.

Dit lectoraat gaat zich bezighouden met professionele vraagstukken omtrent de relatie tussen sociale controle en autonomie. De deelvraag die richting geeft aan onderzoek naar dit thema is onder welke voorwaarden sociale controle binnen netwerken de autonomie respecteert en hoe professionals die voorwaarden scheppen.



### Hulp uit het netwerk versus autonomie

Een vierde professioneel dilemma is die tussen hulp uit het netwerk en autonomie. De morele kritiek dat de verzorgingsstaat burgers van verantwoordelijkheid ontslaat heeft ertoe geleid dat in de participatiesamenleving ook de verantwoordelijkheid om het sociaal netwerk voor zorg en ondersteuning te benutten primair bij het individu ligt. De Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 stelt letterlijk: "Tot de eigen verantwoordelijkheid van de ingezetene behoort ook dat hij een beroep doet op familie en vrienden - zijn eigen sociale netwerk - alvorens hij bij de gemeente aanklopt voor hulp." (2014: 20). Trappenburg (2015) bestempelt dit beroep op de individuele verantwoordelijkheid van zorgbehoevenden als 'de opmars van het Ikea-principe': eerst zelf aan de slag om een oplossing te vinden voor je beperkingen, je ziekte, je psychiatrische stoornis. Als dat niet lukt moet er worden gezocht naar gratis hulp in de nabije omgeving (Trappenburg, 2015).

Dit Ikea-principe staat op gespannen voet met de autonomie van de cliënt, namelijk met de keuzevrijheid om al dan niet van de sociale omgeving afhankelijk te zijn, en met de privacy van de cliënt.

De eigen verantwoordelijkheid om hulp uit het netwerk te vragen bij de hulpbehoevende leggen, gaat voorbij aan de vraag of mensen wel geholpen willen worden door de mensen die het dichtst bij hen staan. Het valt op dat zowel beleid als onderzoek tot nu toe nauwelijks die vraag stellen. Voormalig staatssecretaris Van Rijn, die verantwoordelijk was voor de invoering van de Nieuwe Wmo, stelt dat we liever een kus van een familielid hebben dan een aai over de bol van een beroepskracht. Of dat voor iedereen geldt, is nog maar de vraag. Bij de meeste mensen gaat vragen om hulp aan het netwerk niet van harte (Linders, 2010), mede omdat mensen zich schamen voor hun afhankelijkheid (Grootegoed, 2013). 'Eigen regie' betekent voor hen waarschijnlijk dat zij die vraag helemaal niet hoeven stellen.

Voorbeelden van praktijken waarin het dilemma tussen hulp uit het netwerk en autonomie zich voordoet zijn keukentafelgesprekken, sociale netwerkversterkingstrajecten en Eigen Kracht-conferenties. Tijdens dat type interventies wordt samen met de cliënt het netwerk in kaart gebracht of bij elkaar geroepen met als doel meer onderlinge hulp te genereren. Dan is het voor de betrokken professional lavenen tussen een beroep doen op de sociale omgeving en de autonomie van de hulpbehoevende respecteren. Professionals lopen er in die praktijken tegenaan dat de voorkeuren van mensen wat betreft een beroep op het netwerk sterk uiteenlopen. Moet de professional die voorkeur respecteren of toch verlangen dat iemand een beroep op het netwerk doet?

Indien de cliënt geen beroep op het netwerk wil doen, loopt de professional bovendien tegen de privacy van de cliënt aan. De vraag is of een professional meer informatie over het netwerk kan en mag vergaren dan de cliënt verstrekt. Pieter Hilhorst en Jos van der Lans (2014), stelden vast dat burgers hierop anticiperen: "Als je zegt dat je contact hebt met je moeder gaan ze meteen kijken of je weer thuis kunt wonen", vertelde een Amsterdamse dakloze jongere hen. De andere jongeren vielen hem bij: "Je moet altijd zeggen: ik heb niemand, ik zie niemand, niemand kan me helpen." (Hilhorst & Van der Lans, 2014: 36).

Hulp of zorg aan het eigen netwerk moeten vragen kan voor cliënten dus een reden zijn om in contact met professionals de familie, vrienden en burens buiten beeld te houden. Een cliënt die maximaal gebruik wil maken van voorzieningen, doet er verstandig aan minimaal informatie prijs te geven over zijn netwerk. De participatiesamenleving doet de calculerende burger dus in een andere hoedanigheid terugkeren.

Het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving gaat onderzoeken hoe professionals omgaan met het dilemma tussen hulp uit het netwerk en autonomie en hoe zij zich daarin kunnen verbeteren. Een mogelijk antwoord op die laatste vraag is interprofessioneel werken. Overleg tussen professionals die bij dezelfde casus betrokken zijn, maakt het mogelijk een integraal beeld van de cliënt én zijn of haar netwerk te ontwikkelen en daarmee te werken. Daarmee is het conflict met de autonomie van de cliënt echter nog niet verholpen.

Empowerment zou een uitermate geschikt antwoord zijn op de druk die eigen verantwoordelijkheid op privacy, keuzevrijheid en zelfbeschikking legt. Voor professionals zou dan de vraag zijn hoe zij cliënten zo kunnen empoweren dat zij weerstand kunnen bieden tegen de druk om eigen verantwoordelijkheid te nemen. Maar professionals hebben een belangrijke rol bij het aanspreken en aansturen op die verantwoordelijkheid. Zijn zij dan niet vooral zichzelf aan het bestrijden? Jawel, dus ook empowerment zal niet het antwoord op iedere situatie zijn.

Het is dus maar de vraag of de uitweg uit de dilemma's die voortkomen uit de spanning tussen eigen verantwoordelijkheid en autonomie überhaupt gezocht moet worden in een werkwijze, methode of organisatieprincipe. De conclusie kan ook zijn dat beleid de professional in een onmogelijke spagaat brengt. In die gevallen kunnen oplossingen beter gezocht worden in de richting van het aanleren en faciliteren van een kritische houding van professionals ten aanzien van beleid en de voorwaarden scheppen om hun kritische geluiden gehoor en gevolg te geven. Waar mogelijk hoopt het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving ook daarin een rol te spelen.

# Institutionele kritiek: institutes hinderen initiatief

De tweede verzorgingsstaatkritiek op basis waarvan de hervorming naar de participatiesamenleving in gang is gezet, is de kritiek dat bureaucratische instituties het initiatief van burgers verhinderen (Raub, 2008; De Boer & Van der Lans, 2011). Terwijl de morele kritiek is gericht op de burger zelf, is deze kritiek dus gericht op instituties. De kritiek luidt dat instituties initiatief van burgers overnemen en daarmee burgerschap verdringen (Ostrom, 2000).

Als voornaamste antwoord op deze kritiek is met de participatiesamenleving een verschuiving van formele naar informele arrangementen ingezet. Buiten de institutionele setting, zoals in vrijwilligerswerk, verenigingen en familie, zijn minder formele regels en dat zou meer ruimte geven aan initiatief (Tonkens, 2014). Beleid en wetenschappelijke literatuur omschrijven dat verschil tussen informele en formele arrangementen vaak als een tegenstelling tussen leef- en systeemwereld, in navolging van de Duitse socioloog Jürgen Habermas.

De institutionele kritiek is naast een kritiek op formele instituties een warm pleidooi voor herwaardering van informele arrangementen, zoals buurten en sociale netwerken. In dat pleidooi worden formele arrangementen vaak tot de 'systeemwereld' gerekend en informele tot de 'leefwereld'. De systeemwereld wordt dan voorgesteld als een wereld vol werkinstructies, protocollen en procedures en de leefwereld is de plek waar we afgaan op intuïtie, waar schoonheid centraal staat en het draait om de werkelijke bedoeling (Hart en Buiting, 2012). De scheiding tussen systeem- en leefwereld heeft de laatste jaren het denken over zorg en welzijn sterk beïnvloed.

Dit begrippenpaar leef- en systeemwereld wordt op twee manieren gebruikt in analyses van zorg en welzijn. Deze leiden echter tot diametraal tegengestelde conclusies over de rol van professionals, zoals Mensink constateert (Mensink, 2015).

De eerste variant stelt dat de systeemwereld is 'losgezongen' van de leefwereld en vindt dat ambtenaren en professionals niet meer met burgers kunnen praten doordat ze uit andere werelden komen (Van der Lans et al., 2003). De beleidsopdracht aan zowel zorg- als welzijnsprofessionals is in dat geval om zich te manifesteren in de leefwereld van burgers. Dat is terug te zien in beleidstermen als 'achter de voordeurbeleid', 'keukentafelgesprek', maar ook aan omschrijvingen als 'wijkverpleegkundige' en het 'sociale wijkteam'; allemaal termen die de toegenomen nabijheid van professionals ten aanzien van de leefwereld beschrijven. De tweede betekenis die aan het begrippenpaar gegeven wordt, blijft dicht bij Habermas' oorspronkelijke analyse en stelt dat de systeemwereld de leefwereld 'koloniseert' met protoprofessionalisering als gevolg. Protoprofessionalisering, een begrip van Abram de Swaan, is een proces waarbij begrippen en houdingen die in professionaliserende kringen ontwikkeld zijn, worden overgenomen door leken. Daardoor ordenen, begrijpen, beleven en verwoorden leken hun moeilijkheden met zichzelf en anderen als problemen die te behandelen zijn door professionals (De Swaan, 1979; 2008). In de relatie tot gezondheid staat dit verschijnsel bekend als medicalisering en psychologisering.



Terwijl de eerste betekenis van leef- en systeemwereld professionals aanspoort tot nabijheid, spoort deze tweede aan tot afstand nemen en de ruimte laten aan zelfmanagement van burgers of zelfsturende gemeenschappen, waarop professionals hooguit kunnen aanhaken (Mensink, 2015).

Deze beide betekenissen worden meestal niet onderscheiden. Gevolg is dat beleid zowel afstand als nabijheid van professionals verlangt. Dat brengt hen in een lastig parket. Zij dienen zowel 'oplossingen te vinden in' de leefwereld van cliënten als daarvan juist afstand te nemen en 'ruimte te maken voor burgerkracht'. De twee tegenstrijdige analyses leiden tot vier dilemma's tussen beleidsverwachtingen en professionele principes. Ten eerste is de verwachting dat professionals zich als gelijkwaardige opstellen ten opzichte van de cliënt, maar ook gezag uitoefenen. Ten tweede dienen professionals maatwerk te leveren, maar dat schuurt met het principe van gelijke behandeling. Ten derde is de verwachting dat professionals cliënten vanuit een holistische visie bekijken, maar hebben zij ook focus nodig. Ten vierde moeten professionals zoveel mogelijk normaliseren, maar dwingt onder meer preventief werken hen ook in een vroeg stadium signalen te problematiseren.



### Gelijkwaardigheid versus gezag

Het eerste dilemma waar professionals zich door de verschuiving naar informele arrangementen voor gesteld zien, is tussen een gelijkwaardige opstelling richting de cliënt en gezagsuitoefening.

Beleid vraagt enerzijds om een gelijkwaardige opstelling van professionals jegens cliënten en anderzijds om gezag uit te oefenen indien nodig. Door als gelijken met cliënten in gesprek te gaan, zouden professionals bijvoorbeeld eerder 'de vraag achter de vraag' ontdekken en beter zicht op de mogelijkheden van iemands netwerk krijgen. Bovendien wordt gelijkwaardigheid als een voorwaarde voor empowerment beschouwd (Jacobs, 2001). Het dilemma voor professionals is echter dat die gelijkwaardigheid schuurt met het gezag dat professionals soms nodig achten om cliënten te bewegen tot het nemen van verantwoordelijkheid.

Het dilemma tussen gelijkwaardigheid en gezag is vermoedelijk vooral voelbaar in praktijken waarin professionals in de directe woonomgeving van cliënten verkeren. Daar ligt immers het meest voor de hand dat burgers zelf de dienst uitmaken. In dat opzicht is het een interessante ontwikkeling dat steeds meer beslissingen precies daar – op zijn minst gedeeltelijk – genomen worden.

Participatie is in dat verband een interessante casus, omdat het een terrein is waarop de verschuiving van formele naar informele arrangementen zich prominent voordoet. De uitvoering van de Participatiewet verplaatst bijvoorbeeld steeds meer naar de wijk. Op 1 april van dit jaar is vanuit dit lectoraat in samenwerking met collega's van Dien Hörn een door het Instituut GAK gefinancierd project op dit terrein van start gegaan. Daarin kijken we onder meer naar de rol van professionals op wijkniveau in het verbinden van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt met allerlei vormen van werkgelegenheid in de buurt.

Door wijkgerichte uitvoering van de Participatiewet wordt gezag steeds vaker achter de voordeur uitgeoefend. Vóór de Participatiewet was activering een taak van klantmanagers op kantoor, nu is het steeds vaker een taak van sociale wijkteamleden bij mensen thuis of in een buurthuis. Het kantoor van de sociale dienst is vaak gekarakteriseerd als een intimiderende omgeving die uitoefening van gezag mogelijk maakt en gelijkwaardigheid belemmert. Welke invloed heeft de veranderde locatie van de interactie op het verloop van deze interactie? Leidt het vooral tot meer gelijkwaardigheid in de interactie of geeft het ook nieuwe aanleidingen tot uitoefening van gezag? Denk bijvoorbeeld aan alle informatie die de thuissituatie de professional biedt (familiefoto's, hobby's, burens) en hoe die wellicht aangewend kan worden om de cliënt te activeren.

Dit lectoraat gaat onderzoek doen naar de mate waarin de informele context leidt tot gelijkwaardige interactie en naar de wijzen waarop professionals in informele contexten gezag verdienen en uitoefenen. Draagt gezagsuitoefening in de thuissituatie vanwege de informelere context bij aan meer gelijkwaardige interactie die maakt dat gezag (eventueel meer vreedzaam wordt betwist en) uiteindelijk beter wordt uitgeoefend en aanvaard? Of bemoeilijkt de meer persoonlijke context beide juist? Hoe gaan professionals om met het dilemma tussen gelijkwaardigheid en gezag?

De relevantie van beantwoording van deze vragen betreft de betekenis van de plaats van interactie – thuis of op kantoor, in informele of formele context – voor het vreedzaam uitoefenen, betwisten en accepteren van gezag. Daarnaast dragen de antwoorden bij aan onderwijs dat professionals opleidt die weten om te gaan met het dilemma tussen gelijkwaardigheid en gezag. Wellicht toont onderzoek aan dat de informele context maakt dat beide feilloos te verenigen zijn. Het zou ook kunnen dat gelijkwaardigheid en

gezag moeilijk te verenigen zijn en het beter is beide benaderingen zoveel mogelijk te verdelen over verschillende professionals. Onderzoek hiernaar zal richting geven aan interprofessioneel leren, omdat het duidelijk maakt in hoeverre professionals in staat zijn te schakelen tussen verschillende benaderingen of hoe beide benaderingen verdeeld worden in de samenwerking tussen professionals.

### **Maatwerk versus gelijke behandeling**

Het tweede dilemma waar de verschuiving naar informele arrangementen professionals voor stelt is tussen maatwerk en gelijke behandeling. Binnen informele arrangementen zou het beter mogelijk zijn om maatwerk te leveren. Maatwerk laat zich immers niet vastleggen in formele procedures en protocollen.

Maatwerk leveren in plaats van de regels naleven vraagt om nieuwe manieren van werken. Vooral welzijnsprofessionals worden steeds meer aangemoedigd tot improviseren in plaats van tot methodisch of evidence-based werken. Een voorwaarde om te kunnen improviseren is discretionaire ruimte om naar eigen inzicht beslissingen te kunnen nemen.

Deze ruimte geeft welzijnsprofessionals meer vrijheid bij het verdelen van hun inzet en collectieve middelen, maar maakt hen ook meer verantwoordelijk voor een rechtvaardige verdeling. Binnen hun nieuwe vrijheid stellen zij zich voortdurend de vraag op basis van welke criteria zij hun aandacht en middelen over cliënten verdelen, viel mij op in gesprekken die ik met hen had na afloop van keukentafelgesprekken. Een rechtvaardige verdeling zou zijn om gelijke gevallen gelijk te behandelen, maar dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan, want gevallen zijn natuurlijk nooit helemaal gelijk.

Bovendien kunnen welzijnsprofessionals voor zichzelf de stelregel hanteren om gelijke gevallen gelijk te behandelen, maar dat zorgt er nog niet voor dat gelijke gevallen door verschillende professionals gelijk behandeld worden. Een collectief vraagstuk is dus hoe het welzijnswerk zo te organiseren is dat gelijke gevallen gelijk behandeld worden.

De oplossing voor het dilemma tussen maatwerk en gelijke behandeling kan wellicht voor een deel gevonden worden in samenwerking met gezondheidszorgprofessionals. In zowel de gezondheidszorg als in de welzijnssector reflecteren professionals regelmatig in gezamenlijkheid op dilemma's die ze in hun werk tegenkomen. Door intervisie binnen afdelingen of teams blijft de gevonden oplossing echter sterk aan de lokale context gebonden, terwijl problemen vaak breder spelen.

Een mogelijke oplossing daarvoor is met behulp van technologische middelen de context waarin het intervisieoverleg plaatsvindt verbreden. In ons lopende onderzoek naar wijkteams hebben we bijvoorbeeld medewerkers uit verschillende gemeenten bij elkaar gebracht in een online discussieforum om over casussen te overleggen. Zij kwamen op basis van hele verschillende argumentaties tot hele verschillende maatwerkoplossingen. Inzicht in elkaars overwegingen helpt om een professioneel kader te ontwikkelen waaraan de rechtvaardigheid van maatwerk getoetst wordt.

Naast overleg met bijvoorbeeld collega-wijkverpleegkundigen kan juist een interprofessioneel perspectief op individuele casussen, over de grenzen van sectoren heen, helpen om te komen tot gedeelde rechtvaardigingen voor maatwerk. Door interprofessioneel overleg te voeren op casusniveau maken professionals gebruik van de maatstaven voor gelijke behandeling die de verschillende gezondheidszorg- en welzijnsdisciplines hanteren. Dat kan helpen om elkaars expertise te benutten bij het invullen van de discretionaire ruimte, zodat generalisten en specialistische hulpverleners elkaar op argumenten kunnen overtuigen om soms af te wijken van een voorgestelde aanpak.

Bij het verdelen van inzet en collectieve middelen doet zich een tweede probleem voor. Namelijk het probleem dat er tussen cliënten grote verschillen in mondigheid bestaan. Uit scriptieonderzoek van een van mijn studenten bleken de bureaucratische competenties waarover hulpaanvragers beschikken een belangrijke factor in de beslissing om wel of geen maatwerkvoorziening toe te kennen (Kampen en Beertema, 2015). Dat leidt tot discursieve ongelijkheid (Kampen, 2016): mondige aanvragers slagen erin om een ruimere voorziening te krijgen dan minder assertieve burgers en aanvragen die meer in de 'taal van de professional' geformuleerd waren, bleken kansrijker. Professionals die alert moeten zijn op overbelaste mantelzorgers zijn gevoeliger voor het argument 'mijn netwerk is overbelast' dan voor 'mijn broer is te druk'. Druk zijn we immers allemaal. Cliënten zijn zich daar in verschillende mate van bewust en het is aan professionals om dat verschil te compenseren met een eigen inschatting van de situatie.

Hoe kunnen we professionals daartoe opleiden? En in hoeverre is interprofessioneel werken op het snijvlak tussen gezondheid en welzijn daarvoor een mogelijke oplossing? Een brede opleiding en intensief overleg met gezondheidsprofessionals kan welzijnsprofessionals in staat stellen het onderscheid tussen mondige en minder mondige cliënten te maken doordat zij op de hoogte zijn van eventuele relevante relaties tussen cognitieve beperkingen en mondigheid. Door interprofessioneel werken leren zij bijvoorbeeld dat autisme ontremmend kan werken en manisch-depressiviteit op momenten kan leiden tot zelfoverschatting.



### Holistische visie versus focus

De institutionele kritiek luidt ten derde dat in de verzorgingsstaat problemen te veel versnipperd werden, doordat allerlei verschillende instanties problemen oppakten. Instituties werkten 'verkokerd' en knipten mensen op in afzonderlijke problemen, zo luidt de kritiek. Het beleidsantwoord hierop is tegenwoordig om van professionals te verlangen vanuit een holistische visie de mens in zijn totaliteit centraal zetten in plaats van zijn of haar problemen.

Deze holistische werkwijze staat op gespannen voet met de focus die professionals soms nodig hebben om hun werk te doen. Het druist in tegen prioriteren, bewaken van grenzen, respecteren van privacy en denken in louter mogelijkheden.

Ten eerste legt het professionals op om van algemeen naar specifiek te werken in plaats van naar eigen inzicht te prioriteren. Voor professionals is het lastig de mens in plaats van het probleem centraal te stellen als het probleem in de weg staat van het mens-zijn. Dit speelt vooral in de gezondheidszorg. Medisch specialisten schakelen bij voorkeur tussen de mens en het probleem centraal stellen, want anders bemoeilijkt dat bijvoorbeeld het opereren. Als een arts zich voortdurend bewust is dat zij in een mens aan het snijden is, bemoeilijkt dat haar werk. Maar ook welzijnsprofessionals lopen er tegenaan dat zij soms eerst het probleem centraal moeten stellen en dan pas de mens, zoals in de verslavingszorg, waar een aan lager wal geraakte moeder bijvoorbeeld eerst moet stoppen met drinken, dan pas over het verleden kan praten en dan pas over de kwaliteit van de opvoeding.

Ten tweede schuurt de holistische benadering van de patiënt met het bewaken van professionele grenzen (Van de Bovenkamp en Dwarsswaard, 2016). De mens in zijn geheel bekijken, maakt dat ook onderwerpen worden besproken die buiten het bereik van de professional vallen. In ons lopende onderzoek naar wijkteams zagen we dat het bevragen van meerdere levensdomeinen ook tot zicht op meer problemen leidt. De mens centraal stellen met behulp van bijvoorbeeld een zelfredzaamheidsmatrix brengt in de praktijk veel extra problemen aan het licht. Zorgverleners worstelen hier ook mee, volgens Van de Bovenkamp en Dwarsswaard. Zo vragen verpleegkundigen zich soms af of ze patiënten, die volgens hen best kunnen werken maar zelf vinden dat ze daar te ziek voor zijn, moeten aansporen aan de slag te gaan.

Ten derde schuurt de holistische visie met de privacy van cliënten, omdat het volgens Van den Bovenkamp en Dwarsswaard (2015) bemoeienis met allerlei aspecten van het leven van de cliënt vereist. Zoals met de opvoeding van de kinderen, school, financiën, sociale relaties en sport. Zij vragen zich af of cliënten er altijd op zitten te wachten om al deze dingen te delen met zorgverleners.

Ten vierde staat de holistische visie op gespannen voet met een ander populair beleidsadagium, namelijk kijken naar iemands mogelijkheden in plaats van iemands onmogelijkheden. Door de mens centraal stellen in te vullen als louter kijken naar iemands mogelijkheden neemt een professional de problemen niet serieus. Het eenzijdig belichten van iemands mogelijkheden leidt bijvoorbeeld bij cliënten van de sociale dienst tot pijnlijke situaties. Uit mijn eigen promotieonderzoek naar bijstandsgerechtigden bleek dat veel van hen juist aandacht voor hun geschonden levensverhaal nodig hadden voordat zij vooruit konden kijken. Ik zal niet gauw

vergeten hoe een bijstandsccliënt zijn plastic tas vol enveloppen van hulpverleningsinstanties op tafel smeedt toen de klantmanager zei dat zij het even niet over problemen gingen hebben, maar over waar meneer nog wel toe in staat was.

Dit lectoraat gaat empirisch onderzoek verrichten naar toepassing van de holistische visie en focus door professionals om op basis daarvan ideeën te ontwikkelen over wanneer de mens en wanneer het probleem centraal moet staan.

Interprofessioneel leren is mogelijk een vehikel om deze ideeën te ontwikkelen. Zorg en welzijn kunnen mogelijk van elkaar leren. Sociaal werkers zijn meer gewend de mens holistisch te bekijken en kunnen zorgprofessionals bijbrengen wanneer dat resultaat oplevert. Andersom kunnen zorgprofessionals sociaal werkers leren wanneer het wat oplevert om te concentreren op iemands probleem in plaats van de mens als geheel.



### Normaliseren versus problematiseren

De institutionele kritiek is ten vierde dat in de verzorgingsstaat de neiging bestond om te problematiseren. Dit is een kritiek die te herleiden is tot Ivan Illich' theorie dat zorg mensen ziek maakt (1976), maar vooral bekend is door Hans Achterhuis' kritiek op De markt van welzijn en geluk (1979), die destijds betoogde dat hulp mensen meer afhankelijk maakt, omdat professionals op zoek gaan naar problemen voor hun oplossingen.

Het beleidsantwoord hierop is tegenwoordig om te 'normaliseren'. Normalisering houdt in dat de oplossing voor problemen zo dicht mogelijk bij iemands informele netwerk gezocht wordt. Naast 'normaliseren' wordt dat, als het om zorg gaat, ook wel 'afschalen' of 'ontzorgen' genoemd. Oftewel: formele door informele zorg te vervangen en tweede- door eerstelijnszorg. Daarbij doen zich verschillende substitutievraagstukken voor.

Het vervangen van formele door informele zorg betekent ten eerste dat eerstelijns-professionals geacht worden te kijken of er zorgtaken opgepakt kunnen worden door het netwerk. De wijkverpleegkundige kijkt bijvoorbeeld of iemand uit het netwerk de steunkousen van een cliënt aan kan trekken in de ochtend en avond. De buurvrouw blijkt bereid dat in de ochtend te doen, maar in de avond komt haar niet uit. Daarvoor komt de buurman langs, want die kan juist niet 's avonds. Een wijkteammedewerker schakelt de schoonzoon in voor de boodschappen en dochter voor het huishouden. Zo verdelen de eerstelijnsprofessionals de verschillende problemen van een cliënt over de verschillende leden van iemands netwerk.

Het resultaat: de versnippering die de verzorgingsstaat verweten wordt, keert in een andere hoedanigheid terug, met het verschil dat de cliënt nu afhankelijk is van allerlei informele in plaats van formele contacten. Het probleem mag dan uit beleidsoogpunt 'genormaliseerd' zijn, vanuit het perspectief van cliënt en het netwerk hoeft het dat zeker niet te zijn. Het substitutievraagstuk rond een herschikking van verantwoordelijkheden van formele naar informele zorg is dus hoe nieuwe vormen van versnippering te voorkomen zijn. Technologische middelen kunnen hier wellicht uitkomst bieden. Een app als Caren stelt mantelzorgers in staat om de zorgtaken die voor bijvoorbeeld moeder verricht worden via de telefoon te verdelen en dat helpt wellicht versnippering te voorkomen.

Normalisering betekent ten tweede dat beleid erop gericht is om verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn van de tweede- naar de eerstelijns te verplaatsten. De verwachting is dat problemen preventief in de eerstelijns opgelost worden, voordat ze in de tweedelijns belanden én dat problemen die niet langer complex genoeg zijn om voor specialistische hulp in aanmerking te komen, door eerstelijnsprofessionals of het netwerk overgepakt worden. Dat laatste wordt ook wel 'afschalen' genoemd. Daarbij doen zich weer andere substitutievraagstukken voor.

Om preventief te werken is het nodig een probleem in een vroeg stadium als zodanig te herkennen en ernaar te handelen. Daarvoor werken eerstelijnsprofessionals dichtbij mogelijke probleemgevallen. De nabijheid moet zicht bieden op signalen waarop ingespeeld kan worden en vertrouwdheid wekken die zorgt voor meer openheid van cliënt naar professional (Kampen, Bredewold en Tonkens, 2016). Die openheid stelt de professional in staat om op tijd problemen te herkennen. Het 'vroegsignaleren' van problemen is een voorwaarde voor preventief werken (Kolner en Sprinkhuizen, 2014).

Maar ook hier bemoeilijken de tegengestelde verwachtingen van professionals hun opdracht. In beleidsterminologie hebben professionals in zorg en welzijn de opdracht om te 'normaliseren' en te 'ontzorgen', maar preventief werken veronderstelt nu juist dat professionals letten op wat niet normaal is en dat 'problematiseren'. Vooral ter bevordering van gezondheid bedrijft de overheid 'leefstijlpolitiek' (Dehue, 2014). Dat maakt dat professionals ook hun cliënten moeten laten inzien dat zij problematisch gedrag vertonen nog voordat het tot problemen leidt. Het eerste substitutievraagstuk is hoe professionals de normaliseringsambitie van de overheid en preventief werken combineren.

Het derde substitutievraagstuk heeft betrekking op het gezag dat kennis die in de nabijheid van probleemgevallen vergaard is genereert. Preventief werken dient te geschieden door in de nabijheid kennis te vergaren, maar hoe verhoudt die kennis zich tot andere kennisbronnen? De verwachting is dat de participatiesamenleving de gronden waarop professionals hun gezag claimen en waarop zij elkaar gezag toekennen verandert. Steeds meer lijkt te gelden dat hoe dichterbij de leefwereld professionals verkeren, hoe meer recht van spreken zij hebben. In beleid zien we bijvoorbeeld dat 'nabije professionals', zoals wijkteammedewerkers, naar voren geschoven worden als 'experts van het gewone leven' (Hermanns et al., 2012) en impliciet worden afgezet tegen de academisch geschoolde gezondheidsprofessional die meer vanuit een afstandelijke systeemwereld denkt.

Bodo Bombosch, als onderzoeker verbonden aan het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving, onderzoekt wanneer gezag op basis van nabije kennis wordt geclaimd, hoe dat wordt gedaan, wanneer gezag wordt toegekend aan nabije kennis en wanneer niet. Antwoorden op deze vragen zijn urgent, omdat er ingrijpende beslissingen worden genomen op basis van nabije kennis en het slechts in beperkte mate overdraagbaar is.

De toegang tot de nabije kennis over bijvoorbeeld een gezin blijft vaak exclusief bij de sociaal werker die nauw bij dat gezin betrokken is. In letterlijke zin kan deze sociaal werker uiteraard de kennis overdragen, maar het kost een opvolger tijd om op vergelijkbare voet van vertrouwen met hetzelfde gezin te geraken.

Interprofessioneel leren en werken zou doorschieten van eenzijdig vertrouwen in nabije kennis kunnen voorkomen, omdat het kennis en erkenning van elkaars expertise onder eerste- en tweedelijnsprofessionals bevordert. Indien zij op de hoogte zijn van elkaars expertise en vooral ook de grenzen ervan, zou dat oppakken en overpakken van problemen versoepelen.





# Sociale kritiek: verzorgingsstaat schaadt sociale verbanden

De derde verzorgingsstaatkritiek waarop de participatiesamenleving geënt is, is dat de verzorgingsstaat ten koste is gegaan van sociale verbanden tussen burgers, van sociaal kapitaal van mensen en van sociaal vertrouwen binnen gemeenschappen. Collectieve verzorgingsstaatregelingen verminderden afhankelijkheid van familie, buren of charitatieve instellingen en droegen zo bij aan autonomie, keuzevrijheid en zelfontplooiing (WRR, 2002: 90-99; Van den Brink, 2002). Deze individualiseringsprocessen hebben volgens onder anderen Putnam (2000) geleid tot egocentrisch gedrag, afnemende deelname aan het verenigingsleven, dalende inzet van vrijwilligers en afnemende politieke betrokkenheid.

Deze sociale kritiek heeft een verschuiving in gang gezet van passieve naar actieve solidariteit. Dat houdt in dat solidariteit meer tot uiting moet komen in handelingen dan alleen in herverdeling van middelen. Een antwoord dat inspiratie vindt in het werk van communitaristische denkers als Amitai Etzioni (1995). Dat betekent voor professionals dat mensen aansporen tot zorgverlening tot hun taak is gaan behoren.

Een professional die in informele relaties treedt om de wederzijdse verplichtingen te benadrukken is een drastische breuk met het recente verleden en druist in tegen de gedachte waarop de verzorgingsstaat gestoeld is. Destijds was de gedachte juist dat verzorgingsstaatarrangementen mensen bevrijden uit beklemmende familiebanden. De professionele zorg was een toevluchtsoord om daaruit te ontsnappen. Nu is de professional degene die familieleden aanspreekt actief solidair te zijn met elkaar.

Actieve solidariteit stelt professionals voor drie dilemma's met betrekking tot bescherming van sociale verbanden:

- 1) Is het belangrijker de zorg te regelen of eerlijk te verdelen?
- 2) Wiens belang staat voorop in geval van conflicten tussen cliënten en hun netwerk?
- 3) Moeten intieme relaties beschermd worden tegen of benut worden voor zorg?

## Zorg verdelen versus zorg regelen

De verschuiving van passieve naar actieve solidariteit stelt professionals ten eerste voor een dilemma tussen het dienen van een maatschappelijk belang en een individueel belang. Het maatschappelijk belang is in dit verband het eerlijker verdelen van de zorglasten en het individueel belang is de zorg geregeld krijgen.

Actieve solidariteit belooft een nieuw soort gelijkheid binnen sociale verbanden, omdat ze zou voorkomen dat sommigen zich er vanaf maken met louter het betalen van belasting en dat betaald werk ontslaat van zorgverplichtingen. In de participatiesamenleving is iedereen actief, zonder dat de dikte van je portemonnee of je maatschappelijke functie ertoe doet, zo luidt het ideaal.

Het toenemende beroep op actieve solidariteit heeft echter een klasse-specifiek effect; mensen blijken vooral solidair binnen de eigen sociale klasse. Dat heeft tot gevolg dat overwegend laagopgeleiden en lagere inkomens meer moeten zorgen en dat hoogopgeleiden en hogere inkomens grotendeels worden ontzien (Trappenburg, 2009), onder meer omdat zij zorg kunnen inkopen. De sociale ongelijkheid wordt dus groter.

Daarnaast vergroot actieve solidariteit de genderongelijkheid, want expliciet spreekt de participatiesamenleving misschien wel alle burgers aan; impliciet is dit niet het geval, want vrouwen zijn veruit in de meerderheid in informele praktijken als mantelzorg en vrijwilligerswerk (Da Roit en Thomése, 2016). Doordat vrouwen nu reeds meer zorg verlenen, zal het appèl om meer te zorgen per saldo betekenen dat vooral meer vrouwen – ook zij die recentelijk meer betaalde arbeid op zich hebben genomen – hun inzet zullen intensiveren. Een groter beroep op het informele betekent dus een groter beroep op vrouwen (Tonkens & Duyvendak, 2013).

Kortom: de zorgtaken zijn nog altijd scheef verdeeld; niet alleen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen lagere en hogere klassen. Deze taakverdeling ontstaat voor een deel bij professionals en daarom hebben zij een belangrijke rol in het eerlijker verdelen van de zorgtaken. Bijvoorbeeld door te zorgen dat mannen zich niet langer aan hun zorgtaken kunnen onttrekken. Door zich toe te leggen op het maatschappelijk belang van een eerlijke verdeling van zorgtaken, gaat de professional echter gemakkelijk voorbij aan het individueel belang van de zorgbehoevende.

Om de zorg te kunnen verdelen, dient de professional wel zicht op het netwerk te hebben. Op basis van mijn lopende onderzoek vermoed ik dat dit zicht beperkt is. De Wmo-consulent spreekt bijvoorbeeld de buurvrouw die de hulp in het huishouden heeft aangevraagd voor een buurman die in een vervuilde woning woont. De wijkteammedewerker heeft vaak redelijk zicht op een deel van de familie, de burens en soms enkele vrienden, maar kijkt voor extra ondersteuning al gauw naar degene die al iets voor de cliënt betekent. Over andere professionals heb ik soortgelijke vermoedens. Huisartsen hebben waarschijnlijk louter zicht op degenen die meekomen op consult. Wijkverpleegkundigen komen burens tegen in het trappenhuis of kennen de oudere kwetsbare bewoners van dezelfde flat.

Kortom: professionals komen vermoedelijk vooral in contact met reeds betrokken personen. Overige familieleden, vrienden en burens bevinden zich veelal buiten het blikveld. Als professionals in die gevallen dezelfde bereidwillige personen vragen nog meer voor iemand te betekenen, versterkt dat niet alleen de ongelijke verdeling van de zorgtaken, het leidt bovendien vaak tot een gevoel van tekortschieten bij juist diegenen die al veel voor iemand betekenen, zagen we in ons lopende onderzoek *De belofte van nabijheid*. Vaak hebben juist de mantelzorgers en cliënten gezamenlijk aan de bel getrokken omdat het niet langer ging. Door alsnog te vragen of de mantelzorger een extra taak kan oppakken, komen verhoudingen tussen familieleden, vrienden of burens mogelijk (verder) onder druk te staan.

Dit lectoraat gaat onderzoeken in hoeverre professionals in staat zijn en gesteld kunnen worden tot het eerlijker verdelen van zorgtaken. Beleid rept vaak over de 'hele mens in diens omgeving', maar in hoeverre hebben professionals eigenlijk zicht op die omgeving? En hoe kunnen professionals daarin gezamenlijk optrekken?

Interprofessioneel werken zou een oplossing kunnen zijn, zodat bijvoorbeeld een huisarts gebruik kan maken van de kennis van sociaal werkers zodat na een derde heupoperatie eens iemand anders assisteert bij het revalideren. Maar de sociaal werker heeft ook de huisarts nodig, want de huisarts kent vrijwel iedereen en dat helpt de sociaal werker weer het netwerk te verbreden.



### Netwerkbelang versus cliëntbelang

De verschuiving naar actieve solidariteit stelt ten tweede de professional voor een dilemma tussen het vooropstellen van het belang van het netwerk en het prioriteren van het belang van de cliënt. Actieve solidariteit is gebaseerd op wederkerigheid tussen naasten in concrete handelingen in plaats van wederkerigheid op het abstracte niveau van de verzorgingsstaat via belastingen. Dat maakt de wederkerighedsrelatie natuurlijk heel persoonlijk en volstrekt anders dan de wederkerighedsrelatie waarbinnen partijen anoniem bleven ten opzichte van elkaar.

Wat betekent dat voor professionals? De professional speelt zoals gezegd een rol bij het verdelen van de zorgtaken, maar ook bij het voorkomen en oplossen van belangenconflicten tussen cliënten en hun netwerk. En de kans op tegenstelde belangen is zeer reëel.

Professionals hebben rekening te houden met drie zaken. Ten eerste voelen hulpbehoevenden zich net zo goed aangesproken door het beroep op actieve solidariteit. Zij kunnen de noodzakelijke zorg van anderen daarom gevoelsmatig vaak alleen accepteren wanneer zij daar iets tegenover kunnen stellen (Linders, 2010). Het voortdurende gevoel dankbaar te moeten zijn, knaagt op termijn. Dat betekent voor zorg- en welzijnsprofessionals dat zij ontvangers van zorg en hulp in staat stellen tot wederkerigheid.

Ten tweede hebben niet alle betrokkenen in die wederkerige zorgrelaties het belang van de hulp-behoevende voor ogen. Dat zou een te rooskleurige weergave zijn. Zodra solidariteit niet via de overheid loopt, ontstaan naar verwachting meer belangenconflicten in het privédoein. Dat kan nare gevolgen hebben. Het onbehagen van de overheid bij het overlaten van zorg en ondersteuning aan het netwerk van ouderen is voelbaar in recente overheids campagnes rond ouderen mishandeling en financieel misbruik van ouderen. Die risico's gelden niet alleen voor ouderen. Doordat mensen met beperkingen steeds minder in instituties en meer in 'gewone' wijken wonen, neemt ook voor hen het risico op mishandeling en misbruik toe (Teeuwen, 2012; Bredewold, 2014).

Ten derde kan ook het netwerk slachtoffer worden van conflicten binnen zorgrelaties. Juist wanneer bijvoorbeeld burens mensen met beperkingen met open armen ontvangen, ontstaan vaak na verloop van tijd problemen die kunnen uitlopen op conflicten, laat Femmianne Bredewold in haar proefschrift zien (Bredewold, 2014). Zij pleit daarom voor het stellen van duidelijke grenzen en rollen in die wederkerigheidsrelaties.

De vraag die dit lectoraat stelt met betrekking tot actieve solidariteit is hoe professionals wederkerigheid binnen zorgrelaties mogelijk kunnen maken en hoe zij omgaan met eventuele belangenconflicten die ontstaan. Welke rol spelen professionals in belangenconflicten tussen cliënten en hun netwerk?

Zodra de belangen van het netwerk en de cliënt tegenover elkaar komen te staan, zou interprofessioneel werken een uitkomst kunnen bieden bij het afwegen van belangen. Indien professionals vanuit verschillende disciplines zich buigen over de relaties tussen de cliënt en de afzonderlijke leden van het netwerk, heeft een gezondheidsprofessional meer zicht op bijvoorbeeld de psychische gesteldheid van de cliënt, en een welzijnsprofessional op de draagkracht van het netwerk. Elkaars kennis hierover erkennen en benutten biedt mogelijk een uitweg uit het dilemma tussen het netwerkbelang en cliëntbelang.



## Liefde beschermen tegen zorg versus liefde benutten voor zorg

De kritiek dat de verzorgingsstaat sociale verbanden schaadde, heeft geleid tot een verschuiving van vertrouwen in professionals naar vertrouwen in naasten als degenen die de beste zorg leveren. Die verschuiving is op zichzelf een herwaardering van sociale verbanden. Het zorgt dat mantelzorgers meer gezien, gehoord en serieus genomen worden. Zij worden vooral gewaardeerd omdat zij duurzamere hulp zouden bieden.

Uit beleid, maar ook uit de verhalen van professionals, spreekt überhaupt een groot vertrouwen in het netwerk als constante factor in het leven van mensen. Dat beeld strookt niet met de werkelijkheid die uit onderzoek blijkt. Loes Verplanke en Jan Willem Duyvendak constateerden dat kwetsbare groepen juist moeite hebben om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden (Verplanke & Duyvendak, 2010). Niettemin is er groot vertrouwen in de duurzaamheid van sociale relaties en dat wordt vaak afgezet tegen het karakter van professionele zorg. Een door mijn collega in het onderzoek *De belofte van nabijheid* geïnterviewde professional beschouwde zichzelf als 'slechts een passant' (Bredewold et al., 2016). Naast duurzamer, wordt in de thussituatie verleende zorg uit het netwerk in beleid bovendien vaak voorgesteld als warmer, persoonlijker en meer toegewijd dan professionele zorg (Kremer, 2005; Bos et al., 2013; Tonkens en Duyvendak, 2013). De vraag voor dit lectoraat is vooral of dit romantische beeld overeind blijft zodra zorg in belang toeneemt ten koste van liefde.

Het laatste dilemma waar professionals mee te maken krijgen is tussen liefde beschermen tegen en benutten voor zorg. Benutten voor, omdat de geliefde vaak voor de hand ligt als verzorgende. Beschermen tegen, omdat de zorg ten koste kan gaan van intieme liefde binnen relaties. Beide gaan namelijk niet als vanzelfsprekend samen. Sterker nog, uit onderzoek blijkt dat zorg de intieme liefde kan verdringen.

In het buitenland is de relatie tussen zorg en intieme liefde onderzocht bij mensen die in toenemende mate afhankelijk zijn van hun netwerk en daaruit blijkt dat zorg grote spanning op intieme relaties kan zetten. Canadees onderzoek naar liefdes-, seks- en zorgrelaties van mensen met beperkingen laat bijvoorbeeld zien dat het mensen met beperkingen grote moeite kost om hun partner te behouden en dat ze soms relaties aangaan met iemand waar ze zich niet tot aangetrokken voelen (Liddiard, 2013). Daarnaast kost het veel inspanning om hun partner te leren voor hen te zorgen en daar dankbaarheid voor op te brengen. Leven met afhankelijkheid van een liefdespartner blijkt een grote opgave, niet in de laatste plaats door het voortdurend vermijden van ruzies.

Uit Brits onderzoek naar ALS-patiënten blijkt dat door toenemende intensiteit van het zorgen, de rollen van partners veranderen in 'verzorger' of 'verzorgde' en dat zij daardoor afstand voelen in hun relatie en de gelijkwaardigheid onder druk komt te staan (Taylor, 2015). Een indringende quote uit het onderzoek maakt de gevolgen van toenemende afhankelijkheid pijnlijk duidelijk. Een ALS-patiënt vertelt over haar relatie met haar echtgenoot: *'He used to undress me in a sexual way; now it is like I'm a child. I hate every minute of it.'*

De negatieve gevolgen voor de relatie zijn in bovenstaand geval te wijten aan het progressieve karakter van de ziekte, maar het zou kunnen dat een beroep op zorg door geliefden vergelijkbare gevolgen heeft voor hun intieme relaties.

De resultaten uit lopend onderzoek naar de drie decentralisaties wijzen erop dat intieme relaties inderdaad onder druk staan. In door ons geobserveerde keukentafelgesprekken geven verschillende mensen met beperkingen bijvoorbeeld aan dat de druk op hun relatie aanleiding is om hulp van de overheid in te roepen. Het invoeren van hulp door de overheid, in de vorm van een rolstoel, huishoudelijke ondersteuning of persoonlijke begeleiding, kan dus een manier zijn om de kwaliteit van relaties te waarborgen of te herstellen.

Als we louter onderzoeken of het netwerk de zorg overeind houdt, gaan we mogelijk voorbij aan andere, meer verborgen, gevolgen voor hun relaties. Stel dat de nieuwe zorgverantwoordelijkheden die de Wmo overdraagt op het netwerk leiden tot verstoorde relaties, dan kan dat zorgen voor angst-, stress- en schuldgevoelens bij mensen met beperkingen. Dit zou van invloed kunnen zijn op hun kwaliteit van leven en de mate waarin zij zich veilig voelen met alle gevolgen van dien voor hun gezondheid.

Het beroep op het netwerk kan ook leiden tot eenzaamheid, omdat het gevolgen kan hebben voor de kans op een nieuwe liefde. Enerzijds omdat hulpbehoevenden zich wellicht genooddaakt zien andere afwegingen te maken bij het aangaan van relaties, zoals 'kan deze jongen het opbrengen mij te verzorgen als dat nodig is?'. Anderzijds omdat potentiële liefdespartners mogelijk andere afwegingen maken bij het aangaan van een relatie met iemand met een beperking, zoals 'ben ik bereid om de dagelijkse zorg voor deze jongen op mij te nemen?'. Deze afwegingen zijn niet nieuw, maar nemen door de transitie naar een participatiesamenleving mogelijk wel in belang toe. Een deelnemer met spasmen aan het programma Undateables (BNN) zei zich daar helemaal niet mee bezig te willen houden. Haar stelling was: "Ik ben op zoek naar een geliefde, niet naar een verzorger." De ontwikkeling richting een participatiesamenleving maakt haar zoektocht en die van anderen steeds moeilijker.

Als dat het geval is, brengt de participatiesamenleving mogelijk meer schade toe aan sociale verbanden dan de verzorgingsstaat verweten werd. Voor dit lectoraat is het de vraag hoe professionals een rol kunnen spelen in het veiligstellen van intieme relaties binnen de context van een participatiesamenleving die meer zorgverantwoordelijkheden bij geliefden legt.

Mogelijk dat interprofessioneel werken een middel daartoe is. Overleg en samenwerking op casusniveau tussen welzijnsprofessionals die zorg verwachten van geliefden, en gezondheidsprofessionals, zoals psychologen en seksuologen, die de gevolgen voor intimiteit kennen, zou kunnen helpen bij het voorkomen dat nieuwe zorgverantwoordelijkheden intieme relaties op het spel zetten.

# Reflectie op ambitie

U zult gemerkt hebben dat deze lectorale rede bol staat van de ambities, terwijl ik voor twee jaar lang een dag in de week als bijzonder lector ben aangesteld. Dat vraagt om enige reflectie op de plannen die ik zojuist heb uitgesproken. Ten eerste leek het mij zinnig om over de duur van mijn eigen aanstelling heen te kijken, omdat ik niet verwacht dat professionals over anderhalf jaar verlost zijn van of weten om te gaan met de dilemma's die ik heb beschreven. Ook verwacht ik niet dat de context waarin professionals werkzaam zijn stel op sprong veranderen. Tijdens het schrijven van deze rede waren de Tweede Kamerverkiezingen en de uitslag doet mij vermoeden dat er met betrekking tot de paradoxale professionele praktijken in zorg en welzijn geen radicale trendbreuk te verwachten valt.

Ten tweede zijn de meeste onderzoeksvragen die u voorbij heeft horen komen te beantwoorden aan de hand van onderzoek naar een en dezelfde praktijken. Een belangrijke plek waar ik verwacht antwoorden op de onderzoeksvragen te vinden is in intervisiebijeenkomsten en multidisciplinaire overleggen tussen gezondheidszorg- en welzijns-professionals. De dilemma's komen voor een deel voort uit observaties van dat type overleg. Als onderdeel van een experimenteercyclus zullen we deze overleggen blijven observeren om potentiële oplossingen uit de praktijk op te halen, uit te (laten) proberen in de praktijk en daar weer over in gesprek te gaan tijdens collegiaal overleg. Deze experimenteercyclus is arbeidsextensief, blijft dicht op de professionele praktijk en draagt bij aan de uitvoering en het onderwijs van de hogeschool.

De derde reden dat ik ambitieuze doelstellingen heb geformuleerd is dat ik verwacht deze niet alleen te verwezenlijken. In het afgelopen half jaar heb ik gemerkt dat ik veel van mijn onderzoeksambities deel met de lectoraten Maatschappelijk Werk, Dynamiek van de Stad, Leefwerelden van Jeugd, en Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen. De ambitie om de domeinen gezondheid en welzijn te verbinden deel ik met hen, maar vooral ook met de lectoraten Kracht van Sport en Medische Technologie. Daarnaast verwacht ik veel van samenwerking met de opleidingen binnen het Domein Gezondheid, Sport en Welzijn, in het bijzonder de docenten en studenten van de opleidingen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening en Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Zowel docenten als studenten zullen betrokken worden bij het onderzoek, zodat niet alleen de uiteindelijk onderzoeksresultaten bijdragen aan het leerproces van studenten, maar ook het aanschuiven bij intercollegiaal overleg én de waardevolle ervaring van onderzoek doen.

De vierde en laatste reden voor mijn relatief hoge ambities is dat een groot deel van wat ik u vandaag vertelde voortborduurde op langlopend onderzoek dat ik de afgelopen drie jaar met collega's van de Universiteit voor Humanistiek en de Universiteit van Amsterdam verricht heb. Een belangrijke reden om mij aan Hogeschool Inholland te verbinden was om de uitkomsten uit dat onderzoek *De beloften van nabijheid*, direct ten goede te laten komen aan toekomstige professionals in opleiding. De fundamenten daarvoor heb ik geprobeerd te leggen in deze rede en dit krijgt een vervolg zodra in de loop van volgend jaar de eerste publicaties verschijnen. Op dat moment heeft de experimenteercyclus, die afgelopen april gestart is, resultaten opgeleverd die te vertalen zijn naar toepasbare kennis voor de praktijk.

Dat zal niet alleen in de vorm van schriftelijke publicaties gebeuren, maar ook middels bijeenkomsten en videomateriaal.





# Dankwoord

Tot slot wil ik graag de personen bedanken die belangrijk zijn geweest in de aanloop naar deze dag.

Om te beginnen wil ik mijn collega's bedanken met wie ik het onderzoek heb verricht waaruit ik voor deze rede zo uitvoerig inspiratie heb geput: Femmianne Bredewold, Loes Verplanke, Vicky Hölsgens, Evelien Tonkens, Jan Willem Duyvendak, Tania Huijben en Laurine Blonk. Ook UvH-collega's en kritische volgers van datzelfde onderzoek Margo Trappenburg, Jante Schmidt en Ellen Grootegoed wil ik bedanken. Dat onderzoek is overigens gefinancierd door het Instituut GAK en ik ben Harriet Vinke en Alex Brenninkmeijer erg dankbaar voor het meedenken vanuit dat instituut.

Bij Inholland ben ik hartelijk ontvangen door te veel mensen om op te noemen, maar in het bijzonder door Ard Sprinkhuizen, Bianca van Kester en Heleen Jumelet. Veel dank daarvoor. Ik kijk uit naar een prettige voortzetting van de samenwerking met Guido Walraven, Pauline Naber, Roel van Goor, Robbert Gobbens en Marije Baart. Ook op de verdere samenwerking met de docent-onderzoekers Anne de Schutter, Bodo Bombosch en Lisanne Rintjema verheug ik me erg. Ik hoop dat jullie een helder idee van mijn plannen hebben gekregen, want het valt soms niet mee dat in een dag in de week te bespreken. Dank ook aan Carla Rinkel, Dedan Schmidt en Vera van Waardenburg die mij in de eerste weken ingevoerd hebben in de hogeschoolorganisatie. Carla Kolner en Marc Hoijtink wil ik bedanken voor hun bijdrage aan de bijeenkomst van het Changing Welfare States Network voorafgaand aan deze rede.

Ard Sprinkhuizen, Bianca van Kester, Conny Rijkers, Dedan Schmidt, Evelien Tonkens en Heleen Jumelet wil ik bedanken voor het meelesen en becommentariëren van eerdere versies van deze rede.

Hartelijk dank aan de Koninklijke Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen, de gemeente Haarlem en het Domein Gezondheid, Sport en Welzijn voor de betrokkenheid bij de totstandkoming van het lectoraat Stimulering Gezonde Samenleving. De KHMW ben ik daarnaast erg dankbaar dat we van deze prachtige locatie mogen gebruikmaken.

Leden van het College van Bestuur, dank voor uw vertrouwen in mij als bijzonder lector op een thema waarmee Hogeschool Inholland zich zo nadrukkelijk onderscheidt. Dat vind ik een eervolle taak. Het bestuur van het Domein Gezondheid, Sport en Welzijn, in het bijzonder directeur Heleen Jumelet, hartelijk dank voor het mogelijk maken van mijn lectoraat en alle voorbereidingen in de aanloop naar deze bijzondere dag.

Lieve familie en schoonfamilie, dank voor alle liefdevolle ondersteuning van ons kersverse gezin dat tegelijk onderzoek en opvoeding probeert draaiende te houden.

Zonder oppassende opa's, oma's, tantes en oom had deze rede vandaag tien minuten geduurd. Vrienden, ik hoor jullie denken 'dat was lang genoeg geweest'. Toch bedankt dat jullie hier zijn. Dat waardeer ik enorm. Ik hoop dat jullie mij inmiddels weer vaker zien dan toen ik deze woorden op papier zette. Gelukkig gaan we heel snel weer een weekend weg. Lieve Marijn, dank je wel voor het mooiste jaar van mijn leven. Die andere twaalf met jou waren ook mooi, maar het afgelopen jaar had alles (Timo, als je dit ooit leest: ja, dit gaat over jou). Ook bedankt dat ik mij een deel van dat mooiste jaar met oordoppen in mocht opsluiten op de werkkamer.

Lieve ouders, dank voor een leven lang klaarstaan en het levende voorbeeld zijn van genieten. Het was tijdens het schrijven van deze rede dat ons eigen gezonde samenleven even wankelde. Hoe jullie daarmee omgingen was opnieuw een lichtend voorbeeld dat inspireerde om door te zetten.

Tot slot wil ik u allen bedanken voor uw aanwezigheid en belangstelling vandaag.

# CV

Thomas Kampen (1981) is socioloog en doet sinds zijn afstuderen in 2007 onderzoek naar veranderingen in de verzorgingsstaat, de laatste drie jaar in het bijzonder naar de decentralisaties van langdurige zorg, re-integratie en jeugdzorg. Hij promoveerde in december 2014 aan de Universiteit van Amsterdam op een proefschrift getiteld 'Verplicht vrijwilligerswerk: De ervaringen van bijstandsccliënten met een tegenprestatie voor hun uitkering'. Over zijn proefschrift gaf hij ruim 40 lezingen door heel Nederland. Onder zijn redactie verscheen in 2013 het jaarboek van het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken 'De Affectieve Burger: Hoe de overheid verleidt 'verplicht tot zorgzaamheid' (met Imrat Verhoeven en Loes Verplanke). Sinds 2015 is hij als Universitair Docent verbonden aan de leerstoel Burgerschap en Humanisering van de Publieke Sector aan de Universiteit voor Humanistiek. Per september 2016 is Thomas voor een dag in de week bijzonder lector bij Hogeschool Inholland.



# Bronnen

- Achterhuis, H. (1979) *De markt van welzijn en geluk. Baarn: Ambo.*
- Boer N. de, en J. van der Lans (2011) *Burgerkracht. De toekomst van het sociaal werk in Nederland.* Den Haag: RMO.
- Bos, D. J., Wekker, F. E. A., & Duyvendak, W. G. J. (2013). Thuis best: over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid. In: Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (red.) (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid.* Amsterdam: Van Genneep.
- Bovenkamp, H. van de, & Dwarswaard, J. (2015). Ethische dilemma's bij eigen regie: oproep tot reflectie. *Podium voor Bio-ethiek*, 22(2), 17-20.
- Bredewold, F. H. (2014). *Lof der oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners.*
- Bredewold, F., Kampen, T., Verplanke, L., Tonkens, E. en Duyvendak, J.W. (2016) Een mooie gedachte. Wat professionals denken over zelfredzaamheid en wat ze vervolgens (niet) doen. <http://www.evelientonkens.nl/wp-content/uploads/2015/03/Tussenrapportage-UvA-en-Uvh-onderzoek-30juni16.pdf>
- Brink, G. van den (2002) *Mondiger of moeilijker? Een studie naar de politieke habitus van hedendaagse burgers. (WRR Voorstudies en achtergronden V 115).* Den Haag: Sdu.
- Da Roit, B. (2007) Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State Elderly Care in Italy, *Current Sociology*, 55, 2: 251-269.
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar.* Atlas Contact.
- Doorn, J.A.A. van, en C.J.M. Schuyt (red.) (1978) *De stagnerende verzorgingsstaat.* Amsterdam: Boom Meppel.
- Dwarswaard, J., & van de Bovenkamp, H. (2016). Dilemma. *Nursing*, 22(6), 46-47.
- Etzioni, A. (1995) *The spirit of community. Rights, responsibilities and the communitarian agenda.* London: Fontana Press.
- Grootegoed, E.M. (2013). *Dignity of dependence. Welfare state reform and the struggle for respect.* Universiteit van Amsterdam.
- Hart, W., & Buiting, M. (2012). *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling.* Deventer: Kluwer.
- Hermanns, Jo, Andrea Klap, Karin Smit en Antoon Zwart (2012), *Wraparound care in de jeugdzorg: Implementatie van Intensieve Pedagogische Thuishulp.* Amsterdam: SWP
- Hilhorst, P. en Lans, J. van der (2014) 'Ik heb niemand, ik zie niemand, niemand kan me helpen'. In: *de Groene Amsterdammer*, 9 oktober 2014 - pp. 36-39
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine.* Marion Boyars
- Jacobs, G. C. (2001). *De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk (Doctoral dissertation, Utrecht:[sn]).*
- Kampen, T., Bredewold, F. en Tonkens, E. (2016) De beloften van nabijheid. Hoe de transitiepretenties in de praktijk uitpakken. In: Kruiter, A. J., Bredewolde, F., & Ham, M. (red). *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. Kroniek van een verandering.* Amsterdam: Van Genneep.
- Kampen, T. (2016) De Nederlandse 'participatiesamenleving' van tekentafel tot keukentafel. In: Vranken, J. en Pannecoucke, I. (red) *Federaal jaarboek Armoede in België*
- Kampen, Hölsgens en Tonkens (te verschijnen) The micro-politics of praise and concern.
- Kampen, T. (2010). Verplicht vrijwilligerswerk: de moeizame activering van bijstandsccliënten. In Verhoeven, I., & Ham, M. (red.), *Brave burgers gezocht. De grenzen van de activerende overheid* (pp. 41-55). Amsterdam: Van Genneep.
- Kampen, T. (2014). *Verplicht vrijwilligerswerk. De ervaringen van bijstandsccliënten met een tegenprestatie voor hun uitkering.* Amsterdam: Van Genneep.
- Kampen, T. en Beertema, B. (2015) De risico's en kansen van keukentafelgesprekken. *Counselling magazine*, editie 2, mei.

- Kolner, C. en Sprinkhuizen, A. (2014). *Uit het Doolhof Observaties en reflecties bij de ontwikkeling van sociale (wijk)teams in Noord-Holland*. Amsterdam: Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland
- Kremer, M. (2005) *How welfare states care. Culture, gender and citizenship in Europe*. Amsterdam: AUP.
- Lanen, M. T. A. van (2013). Wat doen sociaal werkers wanneer ze sociaal werk doen? Een etnografie van professionaliteit: Een etnografie van professionaliteit Delft: Eburon
- Liddiard, K. (2014) The work of disabled identities in intimate relationships. *Disability & Society*, 29:1, 115-128
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt* (Proefschrift, Universiteit van Tilburg).
- Mensink, W. (2015) *Systeem- en leefwereld: hoe de kloof te dichten*.  
<http://www.socialevraagstukken.nl/systeem-en-leefwereld-hoe-de-kloof-te-dichten/>
- Ostrom, E. (2000) *Crowding out citizenship, Scandinavian Political Studies*, 23, 1: 3-16.
- Putnam, R.D. (2000) *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd: op weg naar de participatiesamenleving*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rappaport, J. (1985) The power of empowerment language, *Social Policy*, 17, 2: 15-22.
- Raub, S. (2008). Does bureaucracy kill individual initiative? The impact of structure on organizational citizenship behavior in the hospitality industry. *International journal of hospitality management*, 27(2), 179-186.
- Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42.
- Schuyt, C.J.M. (1991) *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden: Stenferd Kroese.
- Swaan, A. de (1989) *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de Nieuwe Tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Taylor, B. (2015) Does the Caring Role Preclude Sexuality and Intimacy in Coupled Relationships?. *Sexuality and Disability*, 1-10.
- Teeuwen, M. (2012) *Verraderlijk gewoon. Lichtverstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Tonkens, E. (2016) Roeping, gezag en loyaliteit. Oratie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek
- Tonkens, E. (2014). De participatiesamenleving inhumaan? Socrateslezing.
- Tonkens, E., Duyvendak, J.W. (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (red.) (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (pp. 233-248). Amsterdam: Van Gennep.
- Trappenburg, M. (2009). *Actieve solidariteit*. Amsterdam: Vossiuspers.
- Trappenburg, M. J. (2013). De kern van solidariteit. *Ned Tijdschr Geneesk*, 157(A7224), A7224.
- Trappenburg, M. (2015). De opkomst van het Ikea principe. In: Cuperus, R. en Hurenkamp, M. (red) *Omstreden vrijheid. Waartoe een vrije samenleving verplicht*. (pp. 175-184) Amsterdam: Van Gennep
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2008). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. *Standaard*.
- Verbakel, C. M. C. (2014). Toenemende publieke steun voor meer eigen verantwoordelijkheid in de zorg?. *Bestuurswetenschappen* (68), 5-23.
- Verplanke, L. en J.W. Duyvendak (2010) *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: AUP.
- Vinicor, F. (1995). Interdisciplinary and intersectoral approach: a challenge for integrated care. *Patient education and counseling*, 26(1-3), 267-272.
- Wieck, A. (1983) Issues in overturning a medical model of practice, *Social Work*, 28: 467-471.
- WRR (2002) *De toekomst van de nationale rechtsstaat*. Rapporten aan de regering nr. 63. Den Haag: Sdu.

