

## **Voorwoord,**

*Ken je deze nog uit de jaren tachtig? Als het Reagent in Amerika, dan druppelt het in Brussel.*

*We hadden dus graag een redactiereisje naar New York versierd..., maar die vlieger ging niet op. De schamelheid van ons Oikonde Nieuws-budget instrueerde ons dat we best met onze voeten op de grond bleven en noopte ons tot een vroege stranding in de buurt van Utrecht, hartje Nederland.*

*Een kleine moeite dus – zouden de gebroeders Vermaelen zeggen – maar wat een wereld van verschil! De individualisering van de zorg, het managementsdenken, de marktwerking in de zorg: tegenover Vlaanderen is het in Nederland allemaal zoveel uitvergroot, als in een holle spiegel... Met zorgverzekeraars en zorgaanbieders en toezichthouders en polissen en contracten... En met cliënten, die klanten zijn geworden en (dus) voorwerp van een ongekende interesse...*

*Zorgend Vlaanderen is de voorbije decennia ook de rationalistische en economistische toer opgegaan. Veel minder spectaculair en minder grotesk dan in Nederland, maar de steeds toenemende instrumentalisering en de bureaucratisering, die daarvan de onvermijdelijke schaduw zijn, hebben het welzijnswerk hier te lande op dertig jaar tijd van aanzicht doen veranderen en het denken en handelen van welzijnswerkers grondig getransformeerd.*

*Maar in Nederland was de amplitude van de slinger dus nog veel groter en daar valt steeds meer kritiek te horen op de overdrijving van die omslag. De idee leeft bij velen dat instrumentalisering en managementsdenken een valabele bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van het welzijnswerk, als deze middelen juist worden ingezet en geen dominante posities gaan innemen. Maar het meest wordt er de marktwerking op de korrel genomen. Daar staan believers en non-believers diametraal tegenover mekaar. Op de website van het NRC Handelsblad woedde de ganse maand mei een kleine welzijnsoorlog tussen voor- en tegenstanders van marktwerking.*

*Kortom: Nederland worstelt op dit moment volop met een aantal ideeën en visies rond rationalisering en vermarkting, die daar ondertussen geconcretiseerd en geïmplementeerd zijn in de zorgverlening en dus hun sporen beginnen na te laten.*

*En dus ging de Oikonde Nieuws-redactie op zoek naar een Nederlandse weight watcher, naar iemand die het soortelijk gewicht zou kunnen wegen van de recente welzijnsevoluties aldaar, die ook hier aan onze deur komen aankloppen.*

*We waren dus geïnteresseerd in de spiegel van Nederland en kwamen uit in de buurt van Utrecht, bij professor Herman Meininger. We kregen de mening van Meininger te horen. Wij vonden het alvast een boeiend en inspirerend gesprek.*

*Veel leesgenot dus!*

*De redactie*

## **DE MENING VAN MEININGER**

*Hij werkte twintig jaar als geestelijk verzorger in een zorginstelling voor mensen met een visuele en verstandelijke handicap. In 1996 werd hij wetenschappelijk medewerker ethiek en adviseur van de Raad van Bestuur van een grote landelijke zorgorganisatie (en in Nederland kennen ze iets van grootschaligheid...). Sinds enige tijd is hij bijzonder hoogleraar 'sociale integratie van mensen met een verstandelijke handicap' aan de Vrije Universiteit Amsterdam.*

*Verleden jaar was hij nog een opgemerkte spreker op een studiedag van de dienst Begeleid Wonen Leuven. En in Zorg en Welzijn<sup>1</sup> van maart 2007 verscheen een opmerkelijk interview met hem. Professor Herman Meininger is een man met een mening. We zochten hem in zijn nederig stulpje op, ver van de files rond Utrecht en met een kanaaltje en een beekje in de buurt, zoals het in Nederland hoort. En we praatten met hem over het welzijnswerk in zijn land en over veel meer dan over hulpverlening aan personen met een handicap. Het werd een gesprek met een breedhoek en met diepgang. Zoals we het graag hebben.*

**Professor, om maar met de deur in je gezellige huis te vallen... De verzakelijking van het welzijnswerk hebben wij in Vlaanderen langzamerhand ook leren kennen. Enerzijds merk**

---

<sup>1</sup> [www.zorgwelzijn.nl](http://www.zorgwelzijn.nl)

**ik dat er in Nederland meer kritische stemmen zijn, die daarop reageren. Anderzijds durf ik toch te constateren dat de zorgverlening in Nederland nog veel meer verzakelijkt is dan in Vlaanderen...**

En je vraagt naar de redenen daartoe? Het zullen er veel zijn. Maar wat de zorgverlening in Nederland vandaag erg tekent, heeft te maken met de grondslagen zelf van ons huidig politiek bestel: de zogeheten waardenneutraliteit, die vandaag zo hoog in het vaandel wordt gedragen. En dus hoor je je als zorgverlener ook neutraal op te stellen en je zoveel mogelijk aan objectieve feiten te houden. Maar mensen zijn natuurlijk meer dan rationele wezens. En juist die verdichting maakt natuurlijk dat heel wat cruciale vragen steeds minder aan bod komen. Ik denk aan zingevingsvragen of levensbeschouwelijke of emotionele vragen, of vragen die niet zo maar te becijferen vallen of niet direct een meetbaar nut hebben. Al die essentiële vragen betreffen gronddimensies van het leven, maar vallen grotendeels buiten het maatschappelijke discours. En dus houden de ontwikkelingen in de zorgsector er nauwelijks rekening mee.

**Maar kunnen academici, wetenschapsmensen, ik denk aan mensen zoals Harry Kunneman, of Andries Baart, of Geert van der Laan of u zelf geen tegengewicht vormen?**

Och, je mag ons soortelijk gewicht niet overschatten. Wij leven in een betrekkelijke marginaliteit. Je hebt nu juist die mensen genoemd - en ik zou het lijstje natuurlijk nog kunnen aanvullen - die zich binnen de academische wereld niet specifiek bezighouden met een empirisch-rationele invalshoek. Binnen de academische wereld moet een belangrijk onderscheid gemaakt worden tussen wetenschappers, die meer vertrekken vanuit een hermeneutische, fenomenologische benadering en zij die de empirisch-rationele invalshoek voorstaan. Je kan wel spreken van een methodestrijd. Maar tegelijkertijd zie je toch ook een soort pact ontstaan tussen de managementswereld en die empirisch-rationele onderzoekers.

**En dan heb je nog de politiek, die toch ook veeleer de rationalistische, individualistische kaart trekt? De klassiek-liberale idee van de zich informerende, calculerende, kiezende en beslissende burger domineert toch het denken over zorgverlening, dunkt mij. Kan u dan bijna niet spreken van een pact tussen de politiek, de markt en de wetenschap?**

Ik zit nu dertig jaar in de zorg en in die periode had je de ene keer een overwicht van socialisten, dan weer van christen-democraten in de regering of combinaties ervan. En ik moet concluderen: feitelijk maakt het niks uit. Het klinkt misschien onnozel, en *zij* denken natuurlijk dat ze wel veel uitmaken, maar als je de ontwikkelingen in de zorg ziet van de laatste decennia, dan is blijkbaar iedereen het erover eens welke kant het moet uitgaan. Met wat nuances hier en daar binnen de krijtlijnen.

En eigenlijk speelt hier niet zozeer *het* liberalisme, maar wel een bepaalde, verengde vorm van liberalisme dat de gelijkheid en de broederlijkheid in behoorlijke mate heeft weggeduwd, en alleen de negatieve vrijheid van het individualisme heeft overgehouden. En *dat* liberalisme heeft in het marktdenken natuurlijk een perfecte partner gevonden. Ja, het grote probleem in de zorgverlening - ik heb het ooit wel eens in één zin willen formuleren - is dat het beleid ervan uitgaat dat mensen alleen maar voor zichzelf leven. Of zoals Margaret Thatcher ooit zei: "There is no such thing as society."

**En dus zijn het individualisme en het marktdenken en het managementsdenken de zorgverlening gaan veroveren?**

Dertig jaar geleden kwamen alle managers uit de sociale sector. Directies hadden een sterke binding met de werkers aan de basis. En in de jaren tachtig kregen we plots een toestroom van juristen, economen, organisatiedeskundigen... Allemaal mensen die dus geen relationele binding hadden met het werkveld, die uiteraard *hun* concepten en hun achtergronden meebrachten en ze nog konden opleggen ook.

**In Vlaanderen is die tendens er ook geweest, maar we hebben die toch enigszins omgebogen.**

Die ombuiging zie ik niet in Nederland. Hier en daar wordt wel bewust teruggegrepen naar directieleden die al *roots* hebben in de sociale sector. En natuurlijk brengen economen en juristen naast hun eigen kaders en concepten *ook* hun persoonlijkheid mee. Ik zeg dus niet dat daar geen goede welzijnsmanagers tussen zitten. Maar ik let toch vooral op het discours, dat er verkocht wordt, en op de ontwikkelingen daarvan: hoe wordt er over het werk en over de cliënten - men praat overigens meer en meer over *klanten* - gepraat? En dan zie ik nog zeker geen tekens van verandering. Nog iets merkwaardigs: ook als mensen uit het veld, basiswerkers, begeleiders zich bijscholen, dan is dat doorgaans niet om iets bij te leren over *hun* vak, maar dan is dat iets 'om hogerop te komen'. En dan kom je dus snel uit op managementsvaardigheden. Waartegen ik niks heb, maar mensen komen dan wel met het idee dat ze niet echt compleet zijn als niet voldoende managers-vaardigheden hebben. Ook binnen de organisaties zit er dus een soort mechanisme ingebouwd voor onderwaardering van het basiswerk.

**Ik denk dat wij ons in Vlaanderen nog altijd verzoenen met de vlakke carrière. Eigenlijk is het een evidentie: als je in Vlaanderen de sociale sector instapt, dan kies je voor een vlakke carrière.**

Hier zie je dat studenten zich tijdens hun opleiding al meer gaan richten op die managementsvaardigheden. Ze gaan cursussen of seminars volgen, die hen helpen om iets anders te worden, en niet zozeer om dat wat je gaat doen nog beter te leren doen...

De beroepsspecifieke cursussen worden dan voornamelijk gevolgd wanneer het beroepsprofiel het vereist of wanneer nieuwe wetten of procedures voorschrijven dat je je technische vaardigheden moet gaan aanzwengelen. En dan krijg je misschien nog wel een uitbreiding van de kennis, maar zelden een verdieping. En dat is jammer. Want je ziet dan dat zorgverleners meer en meer uitvoerders worden en meer en meer ook vanuit die hoedanigheid door het management worden aangesproken. Want uitvoerders laten natuurlijk meer sporen na dan denkers... Wat gedaan wordt kan in beeld gebracht worden, kan gemeten worden, kan

gemanaged worden, zie je? En natuurlijk hebben wij in de zorg doeners nodig. Zeker wel, maar op de eerste plaats toch denkende doeners. Want goede doeners zijn ook denkers.

**Dat betekent eigenlijk dat er in de opleidingen en in de vorming een veel breder concept van kennis moet gehanteerd worden dan er nu gangbaar is in grote delen van de academische wereld?**

Er bestaat niet alleen theoretische kennis, maar ook praktische kennis, ervaringskennis, allerlei soorten kennis die op een of andere manier allemaal met mekaar verweven zijn. Maar de dominante visies en modellen die aan het werkveld afgeleverd worden, komen van die dominante academische milieus, die alleen die kennis waardevol achten, die binnen één theoretisch model past en die experimenteel kan geverifieerd worden: het empirisch-rationeel model dus.

**Ik begin stilaan te snappen waarover u het in het begin had: over dat pact dat ontstaan is tussen het management en de empirisch-rationele onderzoekers.**

Het denken in functies en modules en verrichtingen is in Nederland steeds populairder geworden. Maar om al die opdelingen aan mekaar te knopen en om al die soorten informatie te stroomlijnen en te verwerken, had je natuurlijk managers nodig, die *capabel* waren om die complexiteit weer te gaan coördineren. En zo groeide die personele piramide met 'top-managers' en 'sub-managers'.

Terwijl, ik herinner mij nog onze gevalsbesprekingen uit de jaren zeventig: wij zaten allemaal aan één tafel en wij praatten met mekaar... De dokter zat erbij, maar ook de orthopedagoog en de maatschappelijk werker. En de fysiotherapeut adviseerde ook de dokter bijvoorbeeld. Maar nu communiceren al die mensen vooral via papier, dat via een manager eerst nog gescreend is.

**Dit is geen overdrijving? Is dit courant wat u nu zegt?**

Ik zeg niet dat ze mekaar niet meer ontmoeten, maar veel minder ontmoeten ze mekaar structureel. Een tijd geleden ging ik ergens naartoe en ik zei dat ik graag eens met het team zou praten. Toen zei iemand cynisch: "Een team, een team, er zijn hier zeven mensen die alleen maar mekaars handschrift kennen, en die eens per maand eventjes samenkomen om met mekaar snel even dingetjes te regelen..."

**Schuiven we zo niet af naar de hulpverlening aan de oppervlakte en naar de hulpverlening van de oppervlaktheid? En stimuleren we zo niet onrechtstreeks de verzuring in de samenleving?**

Ik denk dat we in Nederland al een eind op die weg zijn. En ik denk dat heel wat hulpverleners dat goed aanvoelen als ze klagen dat ze veel te weinig tijd en aandacht overhouden voor de cliënt. Ze blijven zitten met het gevoel van: we weten wel een heleboel, we weten wel hoe we het volgens het boekje moeten doen, op het kwaliteitsformulier kunnen we het allemaal keurig afvinken,... maar we weten hoegenaamd niet of we wel het goede doen. Veel zorgverleners zitten met dat nare gevoel. Dat zijn dan de betere zorgverleners, maar je hebt er natuurlijk ook zat die blij zijn dat ze om vijf uur naar huis kunnen.

Dit heeft natuurlijk ook met een culturele verschuiving te maken, met het statuut van *zorg verlenen*, dat mettertijd veranderd is. Toen ik binnenkwam in de sector, had de zorgverlening nog iets van het ouwe besef van roeping. Zorg verlenen was meer dan een baan van negen tot vijf. Het vulde het maatschappelijk leven van velen. 'Zorgen voor' was nodig en werd als zinvol beschouwd en had dus toch een zekere status. Zorgen was voor een groot stuk het leven van heel veel vrouwen bijvoorbeeld. Maar gaandeweg kregen vooral vrouwen ook veel andere perspectieven in hun leven, waardoor het zorg verlenen als beroep niet meer een hoofddeel van hun leven was, maar een klein deeltje ervan. En daarnaast kwamen natuurlijk de ontwikkelingen in de rechtspositie van de

professionelen. Er kwamen c.a.o.-'s, er kwamen keurige werkuren, alles werd veel meer afgebakend. Allemaal ontwikkelingen, die op zichzelf heel begrijpelijk zijn en in de tijdgeest passen, maar die de hulpverlening niet altijd ten goede komen. Dan krijg je het soort discussies van: "Ik loop over het terrein en mijn dienst is afgelopen en ik zie iets gebeuren met een bewoner van een andere leefgroep en moet ik daar dan wel naartoe gaan, want ik was al met de fiets op weg naar huis?" Dat was vroeger geen vraag. Dan zette je je fiets aan de kant en dan ging je erop af.

**Als ik het zo hoor, mag ik zeggen dat in Vlaanderen de marktwerking nog niet zo 'geavanceerd' is. Maar we zien ze wel aankomen en wij zijn wel bezig met het modulair organiseren van de zorg ...**

Wel naarmate het hele spectrum van zorg steeds meer ingedeeld gaat worden in aparte modules en aparte functies of wat dan ook, wordt de echte ratio die daarachter zit duidelijker: dat je het dan allemaal in tijd en in geld kunt gaan berekenen en langs managementsweg kunt gaan beheersen. Maar iedereen die in de zorg werkt, kan weten dat zorg een holistische activiteit is, die zich niet laat opknippen in allerlei kleine fragmentjes. Iedereen kan weten dat het essentieel gaat over een betrokkenheid bij een persoon. En natuurlijk vraagt dit heel wat kennis over die persoon. Je moet weten welke verrichtingen werken en welke niet, maar die verrichtingen blijven secundair op die betrokkenheid op die persoon.

Neem nu het voortdurend stellen van doelen of al die stappenplannen: zo wordt de hele omgang met een persoon gereduceerd, als in een mal gegoten. Het leven wordt als een planmatig en *dus* te beheersen proces voorgespiegeld. Terwijl het leven - wij weten het allemaal - niet te beheersen valt.

In Nederland zijn er overigens al heel veel mensen, die het woord 'zorg' uit hun vocabularium geschrapt hebben. Zorg identificeren ze met betutteling, met alleen maar verzorgende handelingen en dat zou niet emanciperend en alleen maar paternalistisch zijn, Terwijl

ik juist probeer duidelijk te maken dat hulpverlening en dienstverlening niets anders zijn dan specifieke vormen van zorg.

**Ik hoor veel over marktwerking in Nederland. Bij ons zijn het vooral 'de kwaliteitszorg' en de daaraan gekoppelde kwaliteitsaudits die het denken en het handelen van welzijnswerkers in hoge mate hebben beïnvloed. Speelt deze rationele, beheersmatige invulling van kwaliteitszorg in Nederland een rol?**

Zeer zeker! En dit is sterk gekoppeld aan het marktdenken. Want voor de markt is het natuurlijk interessant om te weten wie er goede kwaliteit en goede producten levert, zodat je op dit ogenblik zelfs ziet dat er van overheidswege een grote *benchmark* plaats vindt, waarbij geprobeerd wordt om de kwaliteit van de zorg van de voorzieningen zodanig in beeld te brengen dat je straks op de website van het ministerie van Volksgezondheid een soort ranking kan zien van wie de beste is en wie iets minder is. En dat zou dan een instrument moeten zijn in de handen van de 'klanten' om hun keuze te bepalen. Maar ook dat gaat volstrekt voorbij aan de werkelijkheid, aan wat nodig en zinvol is, aan wat voor die specifieke mens belangrijk is. In die ranking krijgen bepaalde topics een soort objectieve waardering. Maar waar komt die 'objectiviteit' vandaan? In bepaalde constellaties of situaties kunnen andere zaken van veel doorslaggevend belang zijn dan die dingen die via kwaliteitsonderzoek gemeten worden.

Zo'n ranking heeft natuurlijk heel veel te maken met hoe je naar *kwaliteit* kijkt. Het woord *kwaliteit* is ongetwijfeld een zinvol woord, ook in de zorgverlening. Maar op een bepaald moment wordt *kwaliteit* omgezet in *kwantiteit*, en in dat proces vinden zoveel reducties plaats dat de kwaliteit moet verwateren... De politiek blijft het een toverformule vinden, maar als je als sociaal wetenschapper naar die kwaliteitsrankings kijkt, dan kan je alleen maar constateren dat die dus een zeer beperkte betekenis hebben. Dan kun je je zelfs afvragen of je niet beter gewoon naar een aantal voorzieningen zou toestappen, en zelf eens zou gaan kijken hoe

het daar is, hoe mensen met mekaar omgaan en hoe jij te woord wordt gestaan. Dat zijn vaak veel belangrijker kwaliteitsindicatoren.

**Zou het kunnen dat een van de kernproblemen is dat we meer dan ooit de emotie en de ratio uit mekaar hebben getrokken en dat zoiets leidt tot kwaliteitsvertekening en kwaliteitsvershraling?**

Ik denk dat het zeker een aspect is dat een heel belangrijke rol speelt. Alleen mogen we ons niet vergissen. Want achter dat technocratisch-bureaucratisch complex - zoals ik het wel eens noem - zitten natuurlijk heel belangrijke drijfveren, die sterk van emotionele aard zijn. Daar zit een bepaald mensbeeld achter. Rationaliteit wordt met name gebruikt om een bepaald soort emoties te versterken en andere emoties buitenspel te zetten. Achter de drang naar economische rationaliteit en efficiëntie, achter de mechanische opvattingen van de werkelijkheid zit een bepaald mensbeeld, dat vooral zekerheid wil geven. Want rationaliteit is niet zo maar rationaliteit: het heeft de emotionele 'waarde' dat het houvast biedt. Je zou kunnen zeggen (lacht) dat het een soort alternatieve religie is. Rationaliteit is dus zeker niet emotieloos, maar juist een voedingsbodem voor een bepaald type emoties, terwijl het andere emoties eigenlijk doet atrofiëren. Martha Nussbaum heeft het in haar boek *Hiding from Humanity* o.a. over de schaamte. "Wij schamen er ons voor dat we zo beperkt en zo eindig zijn", zegt ze. Eigenlijk is heel veel van wat wij doen een poging om die realiteit te maskeren.

En rationaliteit heeft in zich ook altijd een zekere onbegrensdsheid: in die zin dat het de pretentie heeft om het totaal van de werkelijkheid begrijpelijk en inzichtelijk en beheersbaar te maken. Rationaliteit houdt dus impliciet ook een grote belofte in: de belofte dat we al die emoties en al die dingen, die we nu nog niet kunnen vatten of beheersen, toch onder controle zullen krijgen. Als we maar goed blijven nadenken en registreren en meten en onderzoeken...

**Wat vindt u van de tendens van de voorbije decennia om almaar meer middelen in te zetten op begeleid zelfstandig wonen voor steeds ruimere groepen van personen met een verstandelijke handicap en om almaar meer gedecentraliseerd te gaan werken?**

In Nederland heeft heel sterk de gedachte geleefd dat mensen met een verstandelijke handicap minder hulp nodig hebben als je ze geïntegreerd laat wonen. En dat is - denk ik - een illusie. De idee hierachter was natuurlijk ook dat de begeleiding bij het geïntegreerd wonen goedkoper zou zijn. En langzamerhand blijkt ook dit niet waar te zijn. Dit betekent niet dat we niet moeten blijven nadenken over sociale integratie. Maar dit nadenken zou zich niet mogen laten leiden door dit soort financiële overwegingen. Het zou moet vertrekken vanuit de persoon met een handicap en zijn directe, natuurlijke omgeving. Dan zal blijken dat *fysieke deconcentratie*, mensen laten wonen te midden van andere 'gewone' mensen, op zichzelf absoluut geen garantie is voor een geslaagde sociale integratie.

De idee dat mensen met een mentale handicap ook moeten kunnen gebruik maken van de 'gewone' diensten in de samenleving is natuurlijk niet slecht en moet ondersteund worden. Maar we zijn wel aan de verkeerde kant begonnen... Wij zijn begonnen met fysiek te deconcentreren en wat zie je dan gebeuren? Dat er dan bitter weinig tot stand komt van die sociale integratie. Terwijl de idee altijd is geweest: "Als je ze nou maar in de samenleving dropt, dan komt het allemaal wel vanzelf voor mekaar." Het politiek correcte, naïef optimistisch denken... En welke geluiden komen er nu sinds enige tijd uit diverse zorgorganisaties? Dat mensen terug willen naar zo'n beschermend terrein.

Als je goed toekijkt, zie je dat er in het denken rond begeleiding iets heel merkwaardigs is gebeurd: men heeft gedeconcentreerd, maar men heeft de vorm van begeleiding nauwelijks aangepast en in veel gevallen de omvang verminderd. Veel begeleiding die mensen vroeger kregen, heette nu plots '*overzorg*'. Men had de opportuniteit om in een nieuwbouwwijk plots een project van vijftig

woningen te kunnen realiseren, en daar zouden de mensen dan naartoe gaan. Het zou voor hen toch sowieso beter zijn, dacht men. En dus werd er niet verder nagedacht over de mogelijke ontworteling en over hoe mensen dan opnieuw hun draai zouden kunnen vinden. En dus plukken wij nu in Nederland een beetje de wrange vruchten van een naar mijn idee verkeerd begrepen integratieproces. En dus wil ik ervoor pleiten om de natuurlijke netwerken van mensen met een verstandelijke beperking - ongeacht de plek waar ze wonen - te versterken en zorgverleners vooral verbindende rollen te laten vervullen tussen cliënten en hun sociale netwerken. In hun familie, maar ook in hun buurt en op andere plekken waar ze aarding kunnen vinden.

Ik heb wel eens gezegd dat een goede begeleider best een buurtbewoner zou zijn. Het lijkt misschien een beetje een boutade, maar het zou best mooi en vooral nuttig en zinnig zijn. Overigens werkt het hier. Hier waar we nu zijn, in mijn directe buurt wonen een zestal mensen met een mentale handicap en hier woont ook iemand in de buurt, die bij hen werkt als zorgverlener. En dat is wat je moet hebben, want die persoon kent ook de sportverenigingen, die zingt hier in het koor, die kan de verbindingen leggen. En iemand die hier werkt, maar in Utrecht woont, die kan dat niet.

**Dat is ook de kracht natuurlijk van ons Wonen met Ondersteuning van een Particulier (W.O.P.), waarbij een persoon met een handicap, die alleen woont, toch wordt ondersteund door een vrijwilliger, die ook in de buurt woont. Maar terug naar de realiteit: hebben beleidsmakers in Nederland *hun* integratiedromen dan te zeer voor werkelijkheid genomen?**

Wat zeker gebeurd is, is dat men van sociale integratie een politiek project heeft gemaakt, terwijl het eigenlijk een zorgproject had moeten worden. Als het een zorgproject was geweest, dan was de eerste vraag geweest waar iemand het beste tot zijn recht zou komen en op welke woonplek iemand het best zou aarden. Bedenkingen dus, niet vanuit de grote ideologie maar vanuit de nederige inhoud en vanuit de concrete noden van die concrete

persoon. En op zichzelf is er natuurlijk niks in te brengen tegen de politieke idee en de politieke impuls dat mensen met een handicap er ook bijhoren en er willen bij zijn en dat ze zichtbaar mogen zijn en mogen meedoen aan het maatschappelijke leven... Dat is juist het moeilijke in de discussie geweest: dat je er niks kan tegen in brengen. Maar de vorm, de mal waarin je dat wonen giet, moet voor de ene mens heel anders zijn dan voor de andere. En wij hebben het bijna burgerlijk vertaald als: 'Integratie betekent wonen in een eengezinshuisje of in een appartementje'.

**Terwijl mensen die kwetsbaar en afhankelijk zijn, natuurlijk juist gebaat zijn met meer linken en gemeenschappelijkheden...**

Juist. Maar daaraan is nooit gewerkt, ook nauwelijks in de intramurale zorg, want ouders en omstanders staan nog altijd grotendeels buitenspel in de zorg. Dat heeft natuurlijk ook met die norm van individualisering te maken. Want de bewoner is de cliënt en met de rest hebben we - kort door de bocht gezegd - niks te maken. En zo ontstaat er een soort vervreemding van het natuurlijke sociale netwerk - ook in ruimere zin - en dat hebben we als zorgverleners ook maar laten gebeuren. Dus in die zin denk ik dat we daaraan medeschuldig zijn. Maar we maken er ons nogmaals medeschuldig aan op het moment dat we mensen zo maar in een wijk gaan neerzetten met een beperkte begeleiding. En in eenzelfde beweging werden - omwille van de sterk ideologische geladenheid - instituten per definitie slecht genoemd. En daarmee werd onwillekeurig ook ontkend dat vele bewoners van die instituten wijd vertakte sociale netwerken hadden. Alleen: die waren dikwijls niet zo zichtbaar. Dat konden bijvoorbeeld contacten zijn met de kuisvrouw, of met vrijwilligers die aangetrokken werden. En contacten met andere gehandicapten, die dikwijls heel intens en diepgaand kunnen zijn, die telden sowieso niet mee als sociale contacten, wat natuurlijk volstrekt onbegrijpelijk en onterecht is.

**Men mikte op de ‘grote’ integratie?**

Precies. Daarom zeg ik dat het een politiek-ideologisch geladen project is geweest, waar eigenlijk de mensen die met de inhoud van de zorg bezig zijn, bijna kritiekloos zijn gaan achterna lopen. Ook de vraaggestuurde zorg is zo’n groot politiek-economisch idee. Maar ook dat mist weer stevige grond. Vraaggestuurde zorg past zich natuurlijk naadloos in de rationaliteit van het marktdenken en van het managementsdenken in. Het woord ‘vraag’ is hier heel erg marktgericht ingevuld. In feite gaat het weer over een economische vraag, want het antwoord moet weer geformuleerd worden in termen van die functies of verrichtingen, die wij allemaal daarvoor gekwalificeerd hebben omdat ze calculeerbaar en planbaar zijn.

**U bedoelt dat in de vraaggestuurde zorg de vraag niet ‘overeind’ blijft, maar ook hier weer verengd wordt. Maar dat was toch juist de kritiek op de aanbodgestuurde zorg?**

Zeker. De kritiek op de aanbodgestuurde zorg was juist dat we de vraag van de cliënt afleidden naar wat wij in onze vitrine hadden staan. Het merkwaardige is: nu noemen we het anders, maar het proces is in wezen precies hetzelfde. Want de vraag gaan we nu op maat snijden van onze modules en van onze verrichtingen, die we allemaal op een rij hebben staan. En zo worden alleen maar illusies gewekt.

Op één punt heeft de gedachte van vraaggestuurde zorg wel betekenis, dat moet ik erkennen en aanstippen. Toen ik dertig jaar geleden begon te werken, leefde toch ook sterk de idee dat wij, de deskundigen, wisten wat goed was voor de cliënt. En al onze goedbedoelde pogingen om steeds weer goed te luisteren, vonden toch ook plaats binnen dat ‘deskundigheidsdenken’. En daardoor hebben we ongetwijfeld regelmatig de individuele voorkeuren en dus de eigenheid van de cliënt over het hoofd gezien. Dat moet ook gezegd.

**Maar komen de vragen van de cliënt, zeker de diepere *trage* vragen, ook niet onder druk te staan door de dominante**

**cultuur van het planmatig werken én door de resultaats-verbintenissen, die eraan komen?**

Zeer zeker. Vooral jonge hulpverleners zijn ondergedompeld in die plannen- en doelencultuur. En dan kan plots dat bepaald behandelmodel niet uitgevoerd worden, omdat de paps en de mams van de cliënt niet meewillen of omdat hij niet op de geschikte plek woont. En dan zie je de hulpverlenerskramp toenemen. Zo van: ja, nu kan ik die behandeling niet doorzetten. En waarom niet? Je moet toch dikwijls gewoon (leren) roeien met de riemen die je hebt... Het leven is zoals het is. En ga maar aan de slag, steeds in nauw overleg met de betrokkenen, en dan zie je wel waar het schip strandt of waar het moet bijgestuurd worden. Maar dat vinden vooral jonge begeleiders heel moeilijk. En het wordt inderdaad steeds moeilijker omdat hulpverleners ook steeds meer op aantoonbare resultaten worden afgerekend. Zo worden vragen natuurlijk gemanipuleerd en worden hulpverleners door het systeem min of meer gedwongen om cliënten in posities te zetten die ze niet echt willen of waar ze niet thuishoren.

Veel sociale wetenschappers maken ingenieuze ontwerpen en geloven ook absoluut in die plannencultuur. Maar het is even professioneel om een methode goed toe te passen, als om op een geschikt moment die methode terzijde te schuiven en iets heel anders te gaan doen. Die methodes zijn daarom niet slecht of pervers, maar wel het absolutistische geloof erin. Dat moet bestreden worden.

**Onder de titel ‘Verhalen verbinden’ houdt u op 22 mei aan de Vrije Universiteit Amsterdam een oratie over het belang van sociale netwerken voor personen met een mentale handicap. U heeft er al naar verwezen in dit gesprek. Maar hoe stimuleer je die netwerken, hoe leg je verbindingen in tijden van individualisering, hoe creëren we die omslag?**

Misschien moet ik beginnen met te stellen dat we daar niet al te idealistisch of te optimistisch over moeten doen. Daarom betreur ik des te meer dat zorgorganisaties zich zo weinig verantwoordelijk weten voor de weerstanden in de samenleving tegen mensen met

een mentale handicap, en zo weinig bijdragen aan een positiever beeld over deze doelgroep. Want internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat de houdingen en opvattingen tegenover mensen met een beperking in het algemeen behoorlijk ongunstig zijn. Doe maar eens wat straatinterviews, je zou versteld staan van de reacties. Waarom zou je bijvoorbeeld wegen moeten zoeken en hard gaan werken aan de sociale integratie van mensen met een mentale handicap in tijden dat je hun bestaan ook kunt voorkomen? "Mensen, die zo'n kind hebben, dat hoeft toch niet meer in deze tijden..." Zulke discours ga je meer en meer horen, terwijl de politiek en ook de wetenschap nog veel te veel uitgaan van het naïeve optimisme rond een samenleving die met open armen al die kwetsbare mensen staat op te wachten.

**Het optimisme van onze premier Verhofstadt, met achter hem geprojecteerd het citaat van de filosoof Karl Popper: "OPTIMISM IS A MORAL DUTY"...**

Ja, maar dat is natuurlijk ook een manier om alle kritiek te onderdrukken. Want als je ergens kritiek op hebt, dan word je al gauw voor pessimist versleten. Zo krijg ik vooral van managers nu de raad rond mijn nieuwe leerstoel om mij vooral niet bezig te gaan houden met al die weerstanden in de samenleving, maar te focussen op hoe je positieve acties vorm geeft, acties waarmee je kan scoren.. Terwijl ik de idee heb dat je het allebei moet doen: je hebt juist de kritische kant nodig om te weten wat je aan de activistische kant moet doen. Dus achter die schijnbaar positieve houding zit toch een boel weerstanden, die je pas tegenkomt op het moment dat je echt probeert die sociale netwerken te gaan versterken.

Maar terugkomend op jouw vraag naar "*hoe creëer je netwerken*": ik denk niet zozeer dat de omvang van de sociale netwerken van belang is, maar wel de kwaliteit, de diepgang ervan.

**Wel, in onze Oikonde-visie zijn vrijwilligers niet zozeer functioneel, maar relationeel. En daardoor misschien juist ook**

**superfunctioneel. Want is die wisselwerking, die inter-esse<sup>2</sup> voor mekaar juist niet wat een relatie kwaliteitsvol maakt en - daardoor ook - bestendigt?**

Wel, dat wou ik juist zeggen. De kwaliteit van relaties en netwerken zou ik willen formuleren in termen van een tweezijdigheid. Aan de ene kant: draagt het netwerk bij tot een zinvol bestaan van die cliënt? Aan de andere kant: heeft die cliënt ook een eigen bijdrage te leveren aan die relatie, een eigen rol? Is hij of zij op de een of andere manier ook belangrijk voor die andere? En dan hoeft dat netwerk niet superuitgebreid te zijn. Als die wisselwerking er is, dan gaat het eigenlijk niet meer over omvang. Dan gaat het over diepgang. Want ik ken verschillende mensen, die een enorm uitgebreid sociaal netwerk hebben, maar toch vreselijk eenzaam zijn.

**U pleit heel sterk voor meer *verhalen die verbinden*. U hecht dus veel belang aan vrijwilligerswerk en aan de kracht van het gewoon-menselijke contact. Maar wat is dan de plaats en de kracht van die beroepskracht?**

Ik heb altijd duidelijk het gevoel gehad dat ik 'professioneel' bezig was. Niet alleen omdat ik ervoor betaald werd, maar ook omwille van mijn instelling. Ik werkte niet als 'therapeut' maar veeleer vanuit het kader van *presentie*, vanuit een aanwezig zijn en in een soort creatieve deskundigheid iets mee-maken met de kwetsbare andere, dat blijkbaar helend werkt.

In mijn werk als geestelijk verzorger ben ik op een bepaald moment begonnen met kleine avondgroepjes met mensen met een heel ernstige mentale handicap en die ook automutileerden en zichzelf beschadigden. En daar organiseerde ik dan uurtjes mee met muziek, met stilte, met rustmomenten. En dan kreeg ik de reactie: "Maar wat doe je toch met hen, dat dat negatieve gedrag ineens weg is, als ze terugkomen?" Ja, ik doe eigenlijk niks bijzonders. Ik probeer een sfeer te maken waarin het fijn is om samen te zijn. En dat doe ik met heel eenvoudige liedjes en met een klein verhaaltje

---

<sup>2</sup> letterlijk: *wat zich tussen mensen afspeelt*

en met wat praten met mekaar, en mekaar aanraken en in een kring zijn en dat soort dingen. En dan kreeg ik dus de reactie: “Wat is dat nou voor therapie?” Nou, dat is natuurlijk geen therapie. Dat is gewoon aandachtig samenzijn. Maar het werkt wel therapeutisch, dat is zeker waar.

Zelf heb ik de idee dat professionaliteit juist zou moeten bestaan in die mix van goede kennis en vaardigheden in het toepassen van therapieën, maar ook van de grenzen kennen van je kennis en je kunde. En er dan soms mee stoppen, of er soms gewoon niet mee beginnen. En ook erkennen dat sommige dingen heel therapeutisch kunnen werken, ook al heet het geen therapie. En niet te pas en te onpas iets therapie noemen, als het gewoon goed is voor de cliënt.

### **Als het werkt, is het goed...**

Wat je straks zei, dat je zonder een basishouding van aandacht en respectvolle betrokkenheid geen goed begeleidingswerk kunt doen in deze sector: daar ben ik het van harte mee eens. Maar tegelijkertijd: professionaliteit bestaat niet in het zo maar opwekken van die basishouding. Die basis moet ook gekoesterd worden, gevoed worden, beschaafd worden in zekere zin en dat is iets wat je niet uit een boekje leert, maar wat je al doende leert, of wat je afkijkt van oudere, ervaren collega's. Goeie zorgverleners leren toch het grootste deel van hun vak door het af te kijken van anderen.

Wij zitten *te veel* vast in leerprocessen, waarbij dingen eerst geabstraheerd moeten worden en vastgelegd moeten worden en binnen een theoretisch model moeten gebracht worden... En dan pas denken we dat het overdraagbaar is geworden. Terwijl het in het welzijnswerk gaat over kennis die veel meer is dan boekenkennis. Ik bedoel: in een boekje kan prima uitgelegd worden hoe een schrijnwerker een zwaluwstaartverbinding moet maken, maar pas als je gezien hebt hoe het gebeurt en als je het vervolgens met vallen en opstaan geleerd hebt en iemand nog zeven keer je handen heeft vast gehouden, begin je je vak te kennen. Laat me het zo zeggen: het is dat soort ambachtelijkheid,

dat ook in ons werk een belangrijke rol speelt en dat in onze moderne samenleving tot nader order helaas te weinig aanzien heeft.

**Professor, uw tijd zit er op. En wij moeten nog drie uur zuidwaarts, waar alles blijkbaar toch nog altijd iets minder gestroomlijnd verloopt...**

**Mogen wij u nog veel succes wensen met uw oratie van 22 mei in Amsterdam. Uw voorzet doet me overigens terug-denken aan het provocerende boekje *Naar een modern paternalisme* van Kuypers en van der Lans uit 1994, waarin ze pleiten voor meer bemoeizorg.**

Wel, ik heb al aangehaald dat de zorgverlener van vandaag veel meer distantie heeft genomen. Soms uit gemakzucht, maar hij heeft zich natuurlijk ook laten terugdringen omdat hij bang was gemaakt voor betutteling en paternalisme. En alles wat op interventie leek, die niet met de expliciete of directe toestemming van de cliënt gebeurde, werd al snel daarvoor uitgemaakt. Terwijl wij natuurlijk juist cliënten hebben *daarom*: omdat ze hulp nodig hebben...

Interview: Dirk Verdonck en Eddy Van Tilt  
Reacties op dit interview zijn welkom op  
[oikondenieuws@oikondeleuven.be](mailto:oikondenieuws@oikondeleuven.be)