

# De professionalisering is dood . . . leve de professionalisering

## Het beroep in de (geestelijke) gezondheidszorg

*De geestelijke gezondheidszorg professionaliseert met rappe pas: meer professionals, uitbreiding van het domein van zorg, toename van het aantal formele beroepen en beter opgeleide professionals. Desondanks leidt deze professionalisering niet tot betere zorg, hetgeen blijkt uit een hoog ziekteverzuim en ontevreden cliënten. In deze bijdrage wordt beargumenteerd dat de beschreven malaise een gevolg is van de professionaliseringsparadox: kwaliteitsbevorderende maatregelen hebben als bijeffect dat professionals in het defensief worden gedrukt en zich niet langer eigenaar voelen van het primaire proces. Vijf factoren worden beschreven, te weten: wet- en regelgeving, institutionalisering en schaalvergroting, mondige en veeleisende klanten, wedijver tussen beroepen en wetenschappelijke vernieuwing.*

*De professionaliseringsparadox kan worden doorbroken door toepassing van nieuwe inzichten uit onderwijs- en organisatiekunde. Professionele ontwikkeling kan worden gerealiseerd door explicitering van praktijkkennis met behulp van reflectie op het eigen professioneel handelen en interactie met anderen. Professionals moeten daarin zelf het voortouw nemen en met elkaar learning communities vormen. Door elkaar te verleiden tot kennisproductie en die kennis vervolgens te relateren aan wetenschappelijke kennis (evidence based mental health) ontstaat een nieuwe dynamiek waarbij professionalisering bottom-up tot stand komt. Profesiegestuurd leren wordt aldus gekoppeld aan de beginselen van de lerende organisatie en hulpverleners maken zichzelf weer verantwoordelijk voor de kwaliteit van het primair proces.*

### Inleiding

De gezondheidszorg professionaliseert met rappe pas en op vele manieren. Professionalisering staat ten eerste voor de sterke stijging van het aantal professionals. In de totale zorgsector is tussen 1987 en 2000 het totaal aantal formatieplaatsen in instellingen gestegen van 367.000 naar 661.000 formatieplaatsen. Als gevolg van meer deeltijdinstellingen is de toename van het aantal personen nog groter. Op dit moment werken er ruim 950.000 mensen in de zorgsector.<sup>1</sup> Professionalisering van de gezondheidszorg betreft ten tweede een uitbreiding van het domein van professionele zorg. Steeds weer nieuwe aspecten van het leven zijn overgenomen door professionals. Soms is dat bewust gebeurd - professionele zorg is beter -

soms ook onbewust, bijvoorbeeld door 'mantelzorgers' tot betaalde arbeid aan te zetten en het gat dat zij laten met professionele zorg op te vullen. Professionalisering in de gezondheidszorg wordt ten derde gerealiseerd door de uitbreiding van het aantal beroepen. Mede door toedoen van de wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) is het aantal 'erkende' en formeel geregelde beroepen gestegen. En ten slotte is er sprake van verdere professionalisering van de gezondheidszorg via de professionals: de afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in uitbreiding van kennis en deskundigheid, zijn er duidelijkere kwaliteitseisen gekomen, zijn de opleidingen verbeterd, et cetera. Professionalisering dus op alle fronten.

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vervult hierin geen uitzondering. Van een kleine

\* Prof. dr. Giel Hutschemaekers is hoofd GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) en als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen KUN.

sector gecentreerd rond de psychiatrische ziekenhuizen is zij met bijna 100.000 professionals en ruim 700.000 aanmeldingen per jaar, één van de grotere en meest in het oog springende terreinen van de gezondheidszorg geworden. In twintig jaar tijd is haar cliëntèle meer dan verdrievoudigd (Hutschemaekers, 2000). De groei lijkt nauwelijks te stuiten en de sector professionaliseert in sneltreinvaart: meer beroepen, meer kwaliteitseisen, meer aandacht voor de opleiding. Alom verbetering, zo lijkt het althans.

Toch zijn er twijfels. Want doet professionalisering wel waarvoor het is bedoeld, namelijk zorgen voor betere zorg? Anders geformuleerd maakt professionalisering wel zo gezond en geeft het de professionals wel grotere competentie en meer mogelijkheden? In ieder geval is er alom onvrede. Dat geldt voor zowel de hulpverleners als de cliënten. De minister van volksgezondheid vond de problemen van de hulpverleners zo onrustbarend dat ze de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg er een formeel advies over vroeg (RVZ, 2000). Het oordeel van de (potentiële) klanten van de zorg blijkt allesbehalve mild. Veel oud-clieñten geven zelfs aan bij herhaling van het probleem niet zondermeer terug te gaan naar de GGZ. Ook zouden ze hun vrienden een negatief advies geven over een eventueel bezoek aan de GGZ (Friele et al., 2000). Over de negatieve gevolgen van professionalisering gaat deze bijdrage. Eerst ga ik in op de onvrede van professionals en koppel ik deze aan ontwikkelingen op het gebied van professionalisering. Vervolgens gaat deze bijdrage ook over een andere manier van professionalisering. Dat doe ik door een mogelijke uitweg uit de impasse te bespreken en te laten zien op welke wijze dat kan worden uitgewerkt.

## De professionaliseringsparadox

Wie kennis neemt van het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de professionals komt al snel tot de conclusie dat er iets goed mis is met de gezondheidszorg. Er zijn zorgen over de professionals, bij velen winnen de bedreigingen het op dit moment van de uitdagingen. Dat uit zich in vele toonaarden: de een wordt boos, de ander zet de hakken in het zand, een derde krijgt

burn-out terwijl weer een ander zich terugtrekt in zijn of haar behandelkamer. Parallel daaraan oordelen de cliënten dat de kwaliteit van de zorg onder de maat blijft. Er zijn niet alleen klachten over de lange wachtlijsten (deze worden mede veroorzaakt door het ziekteverzuim), maar ook over de bejegening en de effectiviteit van de geboden zorg wordt veel gemopperd. Steeds vaker hoort men dat het gezondheidszorgsysteem ziek is en gebukt gaat onder een malaise. Welke diagnose hoort bij deze klachten en wat is er aan te doen?

De RVZ is van mening dat de problematiek breder is dan de gezondheidszorg en geldt voor alle professionals (bijv. docenten, accountants en notarissen). Kenmerkend voor professionals is dat ze voortdurend bezig zijn met beroepsvormende activiteiten: zij ontwikkelen hun kennis en leren nieuwe methoden, tegelijkertijd zijn ze vaak bezig met de positie van hun eigen beroepsgroep en niet zelden leggen zij claims op tafel over hun bijzondere deskundigheden of eisen zij een uitzonderingspositie op binnen de organisatie. Dit proces, wordt in de literatuur gezien als de kern van professionalisering. Daarbij gaat het enerzijds om verdieping en verbetering van het vak, anderzijds om een organisatorisch en politiek proces waarbij groepen van professionals specifieke deskundigheden claimen, daarover zeggenschap eisen (professionele autonomie) en aandringen op wettelijke bescherming. Deze dubbele dynamiek zet nu eens aan tot vernieuwing en dan weer tot defensieve reacties. Op dit moment overheersen de laatste.

De RVZ heeft een analyse gemaakt van de vele factoren die professionals binnen de gezondheidszorg hinderen bij hun beroepsuitoefening en verdere professionalisering. Hier wil ik vijf van die factoren uitwerken: de veranderende wetgeving, de toegenomen mondigheid van de consument, inbedding binnen organisaties, spanningen tussen beroepsgroepen onderling en wetenschappelijke vernieuwingen.

## Wetgeving

De afgelopen jaren zijn er tal van nieuwe wetten van kracht geworden die directe gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Het betreft ten eerste de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Deze wet pretendeert op uniforme wijze de verschillende beroepen in de individuele gezond-

heidszorg te regelen. In de wet is gekozen voor een liberaal uitgangspunt: in beginsel mag iedereen de geneeskunst beoefenen. Wel is een aantal gevaarlijke handelingen voorbehouden aan beroepsgroepen die ter zake kundig zijn. Daarnaast regelt de wet titelregistratie. Een aantal titels wordt bij wet gereserveerd voor beroepsbeoefenaars die aan stringente kwaliteits- en opleidingseisen voldoen. Toch blijkt de wet in de praktijk niet tot grotere vrijheid te hebben geleid. Integendeel, opname in de wet wordt voor vele beroepsgroepen als een groot goed beschouwd. Weliswaar leidt opname tot overheidsbemoeienis, maar groot voordeel is dat het betreffende beroep 'officieel erkend wordt' en een eigen deskundigheidsdomein kan claimen.

Ook andere kwaliteitswetten, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), en de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) hebben een zelfde beperkende en reglementerende functie vervuld. In toenemende mate wordt het reilen en zeilen van professionals via wetgeving gecontroleerd. In tijd betekent dit dat de professional steeds meer tijd moet vrijmaken voor het schriftelijk vastleggen en toelichten van zijn handelen. Tegelijkertijd neemt de professionele ruimte af, waardoor de professionele autonomie wordt ingeperkt.

### **Mondige burgers**

Clënten krijgen steeds meer kennis en worden steeds mondiger, de socioloog A. de Swaan spreekt in dit verband van protoprofessionalisering (De Swaan, 1979). Als gevolg van protoprofessionalisering krijgen (potentiële) klanten van de GGZ steeds hogere verwachtingen van de effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg. Daarmee stellen zij steeds hogere eisen aan de professional die aan al die verwachtingen niet of onvoldoende kan voldoen. Clënten worden veelvuldig geconfronteerd met het gebrek aan effectieve zorg. Dat verklaart een deel van de gesignaleerde onvrede. De combinatie van hoge verwachtingen en een consumentenhouding, kan tot de overtuiging leiden dat enkel en alleen de interventies van hulpverleners mensen beter maken. Daarmee dreigt een zekere passiviteit, een zekere afwachtende houding en zelfs afhankelijkheid ten opzichte van de zorg te ontstaan. Eerder heb ik het vermoeden uitgesproken dat naar-

mate er meer en intensievere zorg wordt verleend de kans toeneemt dat het helend vermogen van professionals ondermijnd wordt en cliënten afhankelijker worden (Hutschemaekers, 2001).

### **Instellingen**

Hoewel professionals bijna per definitie een gespannen verhouding hebben met de instellingen waar zij werken, zijn er aanwijzingen dat de professional op dit moment wel erg in het defensief is gedrukt. De effecten van de grote overhead worden sterk door de professionals gevoeld: steeds meer moet in steeds minder tijd worden gedaan. Instellingen hebben bovendien veel meer controlerende taken gekregen, ook over het primaire proces. Vanuit bedrijfseconomische motieven is een overzichtelijke arbeidsdeling gewenst en vanuit het oogpunt van patiëntenzorg is het bovendien noodzakelijk om die processen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen. En omdat vele professionals daar nauwelijks affiniteit mee hebben is er een nieuwe groep managers op het toneel verschenen, met als gevolg dat de prominente rol van de professional minder zichtbaar wordt. Er treedt daardoor een zekere verambtelijking op. Een ander gevolg van dit alles is dat de verhouding tussen direct patiëntgebonden en overige uren steeds schever is geworden.

Deze verschuiving wordt versterkt door de schaalvergroting van instellingen. Hoe groter de instelling des te groter de noodzaak tot duidelijke regels. Want: hoe geringer de kans dat medewerkers elkaar zomaar tegenkomen en elkaar weten te vinden, des te noodzakelijker zijn heldere procedures. Naarmate er meer regels komen, des te formeler de functie- en taakomschrijvingen van de medewerkers en vervolgens des te geringer de kans op inhoudelijke uitdaging. Dat alles leidt tot verdere bureaucrativering en in menig geval tot het afhaken van professionals. Soms letterlijk: hulpverleners nemen ontslag en kiezen voor de eigen praktijk aan huis, maar meestal figuurlijk: de professional raakt in een afwachtende situatie en verschuilt zich in en achter de bureaucratie. Gevolg is dat de hulpverlener zich niet langer meer als eigenaar ziet van het primaire proces.

### **Andere beroepsgroepen**

Vervolgens de factoren die te maken hebben

met de relatie met andere professionals. Beroepen zijn voortdurend bezig met het verbeteren van hun producten, het ontwikkelen van kennis, het ontwikkelen van nieuwe methoden, enz. Bij professionalisering hoort daarom differentiatie en specialisering. Tegelijkertijd en bijna onvermijdelijk ontstaan er echter telkens opnieuw vragen over het domein van beroeps-groepen, hun taken, hun deskundigheid en hun verhouding tot andere disciplines; zo zeer zelfs dat het onderlinge onderscheid voortdurend een probleem is, waar heel wat negatieve energie bij vrijkomt. Dat geldt in het bijzonder voor beroepen die vaak binnen dezelfde multidisciplinaire teams samenwerken. Daar is sprake van een telkens terugkerende paradox: ondanks alle inspanningen van beroepen om zich te profileren en te verbijzonderen gaan zij steeds meer op elkaar lijken. Deze paradox geldt in ieder geval voor de geestelijke gezondheidszorg. Eigen onderzoek maakte duidelijk dat het oude vanzelfsprekende onderscheid tussen beroeps-groepen niet meer functioneert. Veel aspecten van diverse 'bodies of knowledge' zijn gemeenschappelijk geworden, referentiekaders op elkaar afgestemd en interventies over en weer toegeëigend. En hoe sterker de profileringsdrang van een beroeps-groep, des te groter de kans dat de eigenheid van die beroeps-groep verwatert (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998).

In plaats van erkenning van overlap en het zoeken naar oplossingen, lijkt de reactie van beroepsverenigingen toch vooral op wat men zou kunnen beschouwen als het omgekeerde Calimero-effect: 'Zij zijn klein en ik is groot en dat is niet eerlijk, oh nee' (want zij doen net alsof ik klein ben). Wat overheerst is een defensieve houding waarbij telkens claims naar voren worden geschoven over de eigen deskundigheid en waarbij de deskundigheid van andere beroeps-groepen wordt gerelativeerd. Beroepsverenigingen krijgen dan trekken van belangenverenigingen. Onder de noemer van kwaliteit van zorg wordt een heel arsenaal aan argumenten gehanteerd waarbij uiteindelijk toch verbetering van de eigen positie en verlaag van de status van de ander voorop lijkt te staan.

### **Wetenschappelijke vernieuwing**

Misschien komt de grootste bedreiging wel van binnen de eigen beroeps-groepen en wel

van collega-wetenschappers. Zij introduceren de ene na de andere vernieuwing. Deze vernieuwing zijn binnen de gezondheidszorg gebaseerd op een nieuwe wetenschappelijke wind. In toenemende mate is men daarbij gaan werken volgens een nieuwe systematiek van effectonderzoek, de 'randomized clinical trial'. Onderzoeksresultaten maken duidelijk dat de standaardbehandelingen in instellingen lang niet altijd de meest effectieve zijn. De effecten van farmacotherapie en kortdurende behandelvormen, zowel klinisch als poliklinisch blijken op zijn minst even effectief als de langerdurende en intensieve behandelvormen. Het blijkt zelfs dat veel van de traditionele behandelingen nauwelijks beter zijn dan niets doen.

De impact van het nieuwe onderzoek op de zorgpraktijk wordt versterkt door de opkomst van richtlijnen voor passende medische zorg. Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde uitspraken, bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen (Field & Lohr, 1990). Kenmerkend voor richtlijnen is hun 'professionele' gezagsbasis: richtlijnen worden door de beroeps-groepen gemaakt: ze zijn van en voor de professionals. Desondanks bestaat er grote weerstand tegen richtlijnen. Die weerstand wordt gevoed door de stelling dat de algemene regels van de richtlijn onvoldoende toepasbaar zijn op de complexiteit van de klinische praktijk. Die kritiek is des te opmerkelijker omdat bij herhaling wordt gesteld dat richtlijnen bedoeld zijn om 'het rationeel klinisch handelen te ondersteunen' en dat in 'individuele gevallen beredeneerd afgeweken mag worden'.<sup>2</sup> Richtlijnen, als aanbevelingen van buiten, versterken de weerstand onder hulpverleners. Want, hoe concreter en specifiek de richtlijn, des te geringer de professionele vrijheid van de hulpverlener.

Een vergelijkbare discussie doet zich voor rond het gebruik van protocollen in de GGZ. Protocollen zijn stapsgewijze beschrijvingen van de behandeling zoals deze van sessie tot sessie door de therapeut dient te worden uitgevoerd. Sommigen - vooral de wetenschappers - zweren bij protocollen, de professionals op de werkvloer moeten er echter niets van hebben (Klein, 1997; 1999). Protocollen blijken hen nog verder in het defensief te jagen. Protocollen komen namelijk voort uit een onderzoek-



straditie waar het voortdurend gaat over verschillen tussen interventies (Schaap, 2000). Het protocolmodel beschouwt therapeuten als klinische technici die een reeks standaardprocedures uitvoeren. Silverman spreekt zelfs van methodenverafgoding waarin techniek de alfa en omega is voor psychotherapeutisch effectonderzoek (Silverman, 1999). Uiteindelijk wordt de hulpverlener overbodig en vervangen door de computer. Dat veel hulpverleners weinig op hebben met protocollen is vanuit dat perspectief alleszins begrijpelijk.

### **De fuik**

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg voelen zich sterk gehinderd in hun beroepsuitoefening. Zelf leggen ze daarbij een directe relatie met nieuwe wetgeving, te assertieve cliënten en het management van de instellingen waarin zij werken. Dat is echter maar een deel van het verhaal. De malaise is ook gekoppeld aan de professionaliseringsactiviteiten van andere beroepsgroepen en leden van de eigen discipline. Hulpverleners voelen zich belaagd: door de toenemende wettelijke kaders, cliënten die ageren, verambtelijking, schaalvergroting, territoriumstrijd en wetenschappelijke vernieuwingen komen zij niet meer toe aan hun oorspronkelijke taken: het beter maken van cliënten.

De hier beschreven factoren ter verklaring van de malaise hebben minimaal één kenmerk gemeenschappelijk: in belangrijke mate zijn zij onderdeel van ons streven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De kwaliteitswetgeving van de overheid heeft als primair doel de burger van betere zorg te voorzien en daarvoor extra garanties in te bouwen. En ook de toegenomen aandacht binnen instellingen voor regels en procedures komt voort uit het streven de zorg beter te maken en te stroomlijnen. Professionaliseringsactiviteiten van andere beroepsgroepen en wetenschappelijke vernieuwingen hebben een zelfde doelstelling: verbeteren van zorg. En zelfs de toegenomen mondigheid van cliënten is een direct gevolg van professionaliseringsactiviteiten; cliënten gaan zich steeds meer gedragen als volwaardige en kundige consumenten. De malaise onder de professionals kan dus gezien worden als een ongewenst bijproduct van de professionalisering van zorg. Er is sprake van een paradox: meer professionalisering leidt niet tot krachti-

gere hulpverleners, maar tot minder slagvaardige hulpverleners die steeds vaker ziek zijn.

### **De ommekeer**

De professionaliseringsparadox moet worden doorbroken. Meer formele afspraken over beroepsdomeinen, meer bureaucratische procedures of nog meer protocollen helpen de hulpverlener alleen maar van de regen in de drup.

### **Reflection in action**

Verbetering realiseren we niet met nog meer input van buiten en al helemaal niet met nog meer regels en procedures. Ervaringen uit andere sectoren kunnen ons daarin de weg wijzen. Het fenomeen van de defensieve professional blijkt namelijk een belangrijk thema binnen de organisatiekunde. Een van de meest krachtige remedies daartegen blijkt het principe van de 'lerende organisatie' te zijn: maak een arbeidssituatie waarin medewerkers worden aangezet van elkaar te leren (Argyris, 1999). De lerende organisatie steunt op de aanname dat alle medewerkers, ieder op het eigen niveau, kennis hebben die de organisatie als geheel ten goede kan komen. Met het mobiliseren en systematiseren van die kennis worden ingeslepen gewoontes ter discussie gesteld, nieuwe werkvormen aangeleerd en raken werknemers sterker betrokken op de organisatie (Weggeman, 2000).

Het onderwijsveld kan hierbij voor de GGZ als voorbeeld dienen. Daar heeft zich namelijk een vergelijkbare ontwikkeling voorgedaan: mede als gevolg van de enorme schaalvergroting en de ene onderwijsvernieuwing na de andere zijn vele docenten gedemotiveerd geraakt (Prick, 2000; De Winter, 2000). Bovendien zijn binnen de onderwijskunde inzichten ontwikkeld die verklaren waarom deze demoralisatie niet met nog meer vernieuwingen van buiten kan worden opgelost. Die opvatting - vernieuwing moet top-down van buiten komen - steunt op het verouderde leerconcept van 'technische rationaliteit'. Kennis in een professionele organisatie wordt omwille van de onzekerheid, instabiliteit en uniciteit van de praktijk al doende verworven en leren wordt vooral gerealiseerd door reflectie op dit handelen (Schön, 1983). Volgens Kwakman wordt professionele ontwikkeling vooral gerealiseerd door het ex-

pliciteren van 'tacit knowledge' door middel van reflectie en interactie met anderen. Daarmee vestigt zij de aandacht op het bestaan en het belang van praktijkkennis (Kwakman, 1999). Vernieuwing kan van binnenuit komen, simpel en alleen door professionals uit te dagen hun praktijkkennis met elkaar expliciet te maken.

### Erkenning van praktijkkennis

De term praktijkkennis verwijst naar een geaccumuleerd en geïntegreerd geheel van kennis, opvattingen en waarden met betrekking tot de beroepsuitoefening die een professional opbouwt op basis van persoonlijke en professionele ervaringen. Hoewel de term wellicht anders doet vermoeden is praktijkkennis niet het tegenovergestelde van wetenschappelijke en of theoretische kennis. Beide kennisbronnen zijn zo ingepast in de praktijkkennis dat deze relevant en bruikbaar zijn bij het plannen en uitvoeren van beroepsactiviteiten (Driel & Verloop, 1998). Praktijkkennis is ten dele discipline- of professiegebonden en ten dele persoonsgebonden; praktijkkennis is tegelijk afhankelijk van de context (bijvoorbeeld type instelling, doelgroep, etc.) en is gebaseerd op (reflecties op) ervaringen in de praktijk en daarmee ook onderwerpgebonden. Ook is praktijkkennis hoofdzakelijk 'tacit', hetgeen inhoudt dat professionals het niet gewoon zijn deze kennis te expliciteren (Verloop, 1992).

Het valt op dat de onderwijskundigen nogal eens citeren uit oudere ook Nederlandse publicaties uit de gezondheidszorg. Snoek, die in 1989 promoveerde op het 'denken van de neuroloog', is een representant van deze traditie (Snoek, 1989). Ook het onderzoek van Boshuizen naar de ontwikkeling van medische expertise wordt regelmatig geciteerd. Medische expertise ontwikkelt zich in drie fasen. Gestart wordt met kennisverwerving en het leggen van relaties tussen deze kenniselementen. In de volgende fase gaat de student die kennis voorzichtig toepassen. Kenniselementen waarvan de student alleen door omstandig redeneren relaties wist te leggen, worden nu met elkaar verbonden. Daarna ontstaat, door ervaringen met patiënten, een kennisbestand dat wordt georganiseerd in ziektescripts; dit zijn verhalen over verschijningsvormen van ziekten in de dagelijkse praktijk, waardoor de arts ook de ziekte bij a-typische symptomen kan herken-

nen (Boshuizen, 1989). In de jaren negentig hebben Patel, Kaufman en Magder deze traditie voortgezet (Patel et al., 1996). Ook binnen de GGZ is vanuit deze traditie onderzoek verricht, bijvoorbeeld het onderzoek van De Ridder naar klinische beslissingen (De Ridder, 1991).

Waarom is deze onderzoekstraditie uit de gezondheidszorg verdwenen? Ik noem twee redenen. Ten eerste door de strikte scheiding tussen onderzoeker en onderzochte. Het onderzoek naar praktijkkennis zal pas echt tot leven komen als de professionals zelf het voortouw nemen. Praktijkkennis is namelijk precies datgene wat professionals van elkaar kunnen leren en bij elkaar boven water kunnen krijgen. Anders geformuleerd: alleen professionals zelf kunnen elkaar verleiden tot het verduidelijken, verdiepen en verbeteren van hun praktijkkennis. Het onderzoeken van elkaars praktijkkennis is een eigen activiteit van professionals. Onderzoek helpt professionals om hun eigen professioneel handelen te ondervragen en zo nodig te verbeteren. Ik geef een voorbeeld.

Enkele hulpverleners bespreken met elkaar welke cliënten geschikt zijn voor kortdurende behandeling. Therapeut A zegt 80% van de cliënten te kunnen helpen en de anderen nog geen 50%. Vervolgens wordt een aantal behandelingen van therapeut A geanalyseerd. Het verschil blijkt te herleiden is tot het eerste intakegesprek en de vrijheid waarmee therapeut A omgaat met de formele diagnose. In plaats van veel aandacht te besteden aan de formele classificatie gaat hij met de cliënt op zoek naar een gemeenschappelijke verklaring van wat er aan de hand is. Daarop wordt de hypothese geformuleerd dat het succes van kortdurende behandeling afhankelijk van de mate waarin hulpverlener en cliënt erin slagen een gemeenschappelijke hypothese te formuleren over het ontstaan en dus ook het verdwijnen van de klachten. Vervolgens brengt een ieder cases in waarbij het formuleren van gemeenschappelijke hypothese problemen oplevert. Van elkaar en vervolgens van de literatuur leert men tal van nieuwe strategieën. Uiteindelijk resulteert dit in een gemeenschappelijk interpretatieschema waarin relaties worden beschreven tussen type strategie, type hypothese, type cliënt en type hulpverlener.

Deze casus illustreert hoe hulpverleners met elkaar een proces op gang brengen van explici-

tering van praktijkkennis en verandering van praktijkvoering. Nodig is een forum van experts die elkaar ondervragen en de bereidheid hebben van elkaar.

### **Evidence Based mental health**

Dan het tweede argument voor het verdwijnen van deze onderzoekstraditie naar praktijkkennis. Het onderzoek naar de formele kenmerken van praktijkkennis biedt te weinig directe aanknopingspunten voor verbetering van de zorg. Nodig is een koppeling van praktijkkennis met uitkomsten van effectonderzoek, te weten: 'evidence based mental health', een variant van 'evidence based medicine'.

In het hedendaagse spraakgebruik van de effectonderzoekers wordt 'evidence based mental health' gekoppeld aan het toepassen van interventies waarvan door middel van modern effectonderzoek is aangetoond dat ze effectief zijn. Die definitie is echter onjuist. In zijn oorspronkelijke betekenis is dit begrip ruimer gedefinieerd. Evidence based medicine is volgens Sackett: 'the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients (Sackett et al., 1997). Sackett stelt uitdrukkelijk dat het gaat over 'integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise, we mean the proficiency and judgement that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice'. Ook de Gezondheidsraad hecht aan deze oorspronkelijke definitie van evidence based medicine: het gaat om het kunnen aanbrengen van een betekenisvolle samenhang tussen verschillende soorten gegevens, waarbij context-specifieke koppelingen worden gemaakt tussen 'weten hoe' en 'weten dat'.

Een vergelijkbare bespiegeling is mogelijk bij het begrip 'scientist practitioner'. Ook hier hebben we van doen met een begrip dat in zijn oorspronkelijke betekenis veel breder is dan in het huidige spraakgebruik. In zijn oorspronkelijke betekenis verwijst het naar de wijze waarop klinisch psychologen moeten worden opgeleid, namelijk voor *joint* training in onderzoek en praktijk. Alleen door combinatie kan 'the gap between formal training and scientific thinking on the one hand, and the demands of practice on the other' worden overbrugd (Raimy, 1950). De scientist practitioner wordt met

andere woorden gekenmerkt door de wijze waarop hij relaties legt tussen praktijk- en wetenschappelijke kennis. Hij weet zijn eigen handelen voortdurend te bevragen en te confronteren met bestaande kennis uit de literatuur of van zijn collegae. Het wetenschappelijke schuilt in de manier van werken en het leggen van verbanden tussen concrete vragen uit de praktijk en uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

Samenvattend: hulpverleners moeten weer mede-eigenaar worden van het primair proces. Dat kan gebeuren door hun praktijkkennis weer expliciet te maken. Ook heb ik betoogd dat een juist gebruik van wetenschappelijke kennis het expliciteren en systematiseren van praktijkkennis niet zal verzwakken maar juist versterken.

### **De professionalisering is dood . . . leve de professionalisering!**

Vertrekpunt voor deze bijdrage was de gesignaleerde onvrede onder professionals in de (geestelijke) gezondheidszorg. Een analyse van mogelijke oorzaken leidde tot de stelling dat deze onvrede het paradoxale gevolg was van activiteiten gericht op verbetering of professionalisering van de zorg zelf. Dit fenomeen heb ik de professionaliseringsparadox genoemd. Deels is deze paradox het gevolg van de wijze waarop verbetering van zorg wordt nagestreefd, namelijk met activiteiten van buiten. Daarmee wordt niet alleen de deskundigheid van professionals onvoldoende gebruikt, maar feitelijk ook ter discussie gesteld met als gevolg dat professionals in het defensief worden gedrukt. En defensieve hulpverleners zijn minder gemotiveerd en misschien ook wel minder effectief.

De voorgestelde remedie is simpel: maak professionals weer eigenaar van het primaire proces. Als geen ander weten zij wat er aan de hand is en als geen ander zijn in staat zijn de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze omkering van perspectief is een pleidooi voor een herwaardering van praktijkkennis. Die moet echter niet door buitenstaanders worden afgetaapt maar van binnenuit worden aangesproken. Dat kan door leerwerkgemeenschappen te organiseren waarbinnen professionals elkaar verleiden tot kennisproductie. Door elkaar te

bevragen over de inhoud van hun vak en de wijze waarop zij specifieke problemen aanpakken, verleiden ze elkaar hun praktijkkennis te expliciteren. Eerst gaat het over verduidelijken, vervolgens over verdiepen van die kennis en zo nodig ook over het verbeteren van die kennis. Nieuwsgierig zijn naar elkaars deskundigheid en van elkaar willen leren leidt ertoe dat het professioneel handelen transparanter wordt, dat professionals leren van 'best practices' en dat vastgeroeste patronen zichtbaar worden en dus verbeteren. Ook dat is professionalisering van zorg, maar dan bottom-up en niet top-down.

Dat klinkt mooi maar is het niet wat naïef gedacht? De les van de geschiedenis lijkt duidelijk: professionals werken vaak samen in teams, bijvoorbeeld in multidisciplinaire teams, maar zelden wordt een leerwerk-gemeenschap gerealiseerd. Professionals laten zich niet zomaar verleiden tot kennisproductie. Eerder in deze bijdrage heb ik zelfs moeten constateren dat het multidisciplinaire team eerder aanzet tot het tegendeel, namelijk defensief gedrag als gevolg van disciplinevervaging en formalisme. Volgens de onderwijskundigen zou dat wel eens kunnen samenhangen met het bijzondere statuut van professionals. Professionals ontlenen hun kennis aan de eigen professie. Ze hebben hun vak van beroeps-genoten geleerd en na- en bijscholing geschiedt meestal buiten de organisatie om via de beroepsverenigingen en externe scholings-activiteiten. Dat is het zogenaamde professie-gestuurde leren. Kenmerkend aan het professie-gestuurde leren is de gemeenschappelijke body of knowledge en afwezigheid van formele hiërarchie. Aan beide aspecten wordt niet voldaan binnen het multidisciplinaire team. Wellicht wordt de impasse doorbroken zodra de principes van de leerwerk-gemeenschap kunnen worden ingepast in het professie-gestuurd leren. Dat kan met het instellen van monodisciplinaire vakgroepen. Daarbinnen kan namelijk recht worden gedaan aan de discipline specifieke vak-kennis en het leren binnen de eigen organisatie (Krogt, 1995).

Deze perspectiefwisseling biedt niet alleen aanknopingspunten voor een andere positionering van de professionals, maar ook voor de andere betrokkenen waaronder de instellingen, de wetenschappers en de cliënten. Ik geef daar

van enkele voorbeelden.

Professionals hebben over het algemeen weinig affiniteit met management. Bovendien zijn groepen van professionals meestal ook niet goed in staat om snel en efficiënt op te treden. Het is winst als anderen (lees: de managers) dus die taken uitvoeren. Er hoeft dus niet veel veranderd te worden, hoogstens de volgorde van de beleidscyclus. Thans is de meest voorkomende volgorde dat managers het beleid voorbereiden, vaststellen en uitvoeren, terwijl de professionals dit alles van commentaar voorzien. Daarmee maken de managers zich tot inhoudsdeskundigen en de professionals zich tot commentatoren en stafmedewerkers die het beleid naar de praktijk vertalen. Omkering van de beleidscyclus leidt er toe dat de professionals wat vaker aan de voorkant gaan staan van de beleidscyclus (zij bepalen de inhoud), terwijl de managers zorg dragen voor de vertaling van inhoud naar beleid en de uitvoering daarvan.

De verhouding tussen wetenschappers en professionals kan op een vergelijkbare manier worden verbeterd. Op dit moment staat wetenschap te veel voor vernieuwing en de suggestie dat de huidige praktijk niet deugt. Ik pleit ervoor dat wetenschappers zich wat uitnodigender leren verhouden tot de praktijk. De conclusie dat landelijke richtlijnen - vooral gebaseerd op wetenschappelijke kennis - zo weinig aanhangers kennen op de werkvloer, zou ook wel eens iets kunnen zeggen over de kwaliteit van richtlijnen of de mogelijkheden die kennis toe te passen. Het wordt tijd dat wetenschappers nagaan waarom hun kennis zo weinig toepassing vindt. Zo is er twijfel of richtlijnen wel altijd bijdragen aan een verbetering van de zorg-praktijk. Want zelfs in de huisartsenpraktijk, waar al veel langer met richtlijnen en standaarden wordt gewerkt, blijken richtlijnen slechts beperkt toepasbaar (Grol et al., 1995). Ook zouden wetenschappers wat meer oog mogen krijgen voor de waarde van praktijkkennis en deze een stap verder te brengen door ze onderzoekbaar te maken. En op hun beurt zouden de professionals zich wat professioneler kunnen opstellen ten aanzien van nieuwe kennis want uiteindelijk heeft iedereen baat bij verbetering van de kwaliteit van zorg.

Verandering is ten slotte mogelijk en noodzakelijk in de verhouding tussen professional en cliënt. Thans overheerst aan beide kanten



onvrede: cliënten klagen en professionals haken af. Wellicht gebruiken beiden partijen elkaar onvoldoende of verkeerd. Een cliënt die van zijn hulpverlener genezing verwacht, komt vaak bedrogen uit. Een cliënt die daarentegen de kennis en kunde van de hulpverlener gebruikt om zijn eigen genezingsproces op gang te brengen, zal waarschijnlijk sneller herstellen, een kundiger hulpverlener aantreffen en met meer voldoening terugkijken op de ontvangen zorg. Omgekeerd geldt een vergelijkbaar proces. Een hulpverlener die beter weet en zijn cliënt niet echt betreft bij de behandeling is minder succesvol dan de hulpverlener die de cliënt aanspreekt op diens sterke kanten, hem betreft bij de behandeling en ervoor zorg draagt dat de cliënt de regie gaat voeren over zijn eigen zorg. Cliënten die meedenken empoweren zichzelf. En cliënten die hun hulpverleners uitdagen keuzes op tafel te leggen en praktijkkennis expliciet te maken, spreken hun hulpverleners aan op zaken waar zij verstand van hebben. Dat zet aan tot transparantie en daarmee zal de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg toenemen.

## Noten

- 1 www.azwinfo.nl
- 2 Zie bijvoorbeeld intentieverklaring van het bestuur NVvP bij de richtlijnen Nederlandse Vereniging voor psychiatrie.

## Literatuur

- Argyrus, A. (1999), *On organisational learning*, Massachusetts: Blackwell Business.
- Boshuizen, H.P.A. van (1989), *De ontwikkeling van medische expertise*, Meppel: Krips Repro.
- Driel, J. van & N. Verloop (1998), 'Pedagogical content knowledge: een verbindend element in de kennisbasis van docenten', in: *Pedagogische Studiën* 75 225-237.
- Field, M.J. & K.N. Lohr (eds.) (1990), *Clinical practice guidelines: Directions for an new program*, Institute of medicine, Washington: National Academy Press.
- Friele, R.D., P.Verhaak & M. Andela (2000), 'Vertrouwen in de GGZ: meer duidelijkheid gevraagd', in: *MGV* 55 (2) 122- 133.
- Hutschemaekers, G. (2000), 'Wordt Nederland steeds zieker? Kengetallen en achtergrondanalyses', in: *MGV* 55, 314- 335.
- Hutschemaekers, G. (2001), *Onder professionals*.

*Hulpverleners en cliënten in de GGZ. Oratie 2001*, Nijmegen: SUN.

- Hutschemaekers, G. & L. Neijmeijer (1998), *Beroepen in beweging*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Grol, R.A., F. Thomas & R. Roberts (1995), 'Development and Implementation of guidelines for family practice: Lesson from the Netherlands', in: *Journal of family practice* 40 435-439.
- Klein, D.F. (1997), 'A psychotherapeutic context for clinical Trials is promising, but manualization is not Arch Gen Psychiatry', in: Keijsers, G., A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin, *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ (2 delen)*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 54, 929-930.
- Krogt, F.J van der. (1995), *Leren in netwerken. Veelzijdig organiseren van leernetwerken met het oog op humaniteit en arbeidsrelevantie*, Utrecht: Lemma.
- Kwakman, K. (1999), *Leren van docenten tijdens de beroepsloopbaan. Studies naar professionaliteit op de werkplek in het voortgezet onderwijs. Proefschrift*, Nijmegen.
- Patel, V.L, D.R. Kaufman & S.A. Magder (1996), The acquisition of medical expertise in complex dynamic environments, in: Ericsson, K.A. (red.) *The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games*, USA, 127-165.
- Prick, L. (2000) *Onderwijs op de divan*, Amsterdam: van Gennip.
- Raimy, V.C. (ed.) (1950), *Training in clinical psychology*. The boulder conference. New York: Prentice-Hall.
- Ridder, D. de (1991) *De klinische rationaliteit. Diagnostische redeneringen en therapiekeuzes in het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie. 1968-1999*, Utrecht: NcGv. Zie voor een overzicht: Kaasenbrood, A. (1995), *Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatisch handelen*. Utrecht: NcGv.
- RVZ (2000), *Professionals in de gezondheidszorg*, Zoetermeer: RVZ.
- Sackett, L.D., W.X. Richardson, W. Rosenberg & R.B. Haynes (1997), *How to practice and teach evidence-based medicine*, New York: Churchill Livingstone.
- Schaap, C.P.D.R. (2000), *Integratie en differentiatie in de psychotherapie: perspectief op een beroep en opleiding*. Oratie, Zeist: Cure & Care publishers.
- Schön, D.A. (1983), *The reflective practitioner. How professionals think in action*, Aldershot: Arena.
- Silverman in Vandereyken, W. (1999) 'Psychotherapie: kunst en kunde in het fin de siècle.' In: Pieters, G. (red.), *Haalt de psychotherapie de 21e eeuw? Reflecties over psychotherapie en wetenschap*, Leuven: Garant, 37-46.
- Snoek, J.W. (1989), *Het denken van de neuroloog*, Rijksuniversiteit Groningen.
- Swaan, A. de (1979), *Professionalisering en proto-*

---

De professionalisering is dood . . . leve de professionalisering

fessionalisering, in: C. Brinkgreve, J.H. Onland & A. de Swaan, *Sociologie van de psychotherapie I: de opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, Utrecht: Het Spectrum, 170-240.  
Weggeman, M. (2000), *Kennismanagement: de prak-*

*tijk*, Schiedam: Scriptum.  
Winter, M. de (2000), *Beter Maatschappelijk Opvoeden. Hoofdlijnen van een eigentijdse participatiepedagogiek. Oratie*, Assen: Van Gorcum.