

Coreferaten

bij de tweede Els Borst Lezing van Margo Trappenburg:

Bescheiden professies.
Over evidence based werken buiten de cure.

Den Haag, 27 november 2014

Sociaal werk en zorg vrijgesteld van *evidence based practice*?

Door Prof. Dr. Jan Steyaert
pp. 2 - 5

De kracht van het verschil

Door Prof. Dr. Giel Hutschemaekers
pp. 6 - 9

Sociaal werk en zorg vrijgesteld van *evidence based practice*?

Coreferaat bij de tweede Els Borst Lezing van prof. dr. Margo Trappenburg

Prof. Dr. Jan Steyaert¹

Den Haag, 27 november 2014

Hoogleraar Sociaal Werk en Sociaal Beleid, Universiteit Antwerpen

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

Jan.steyaert@dementie.be

We hebben net de mooie tweede Els Borst Lezing horen uitspreken door Margo Trappenburg, de kersverse nieuwe bijzonder hoogleraar Grondslagen van het Maatschappelijk werk aan de Universiteit voor Humanistiek. Het is een inspirerende en prikkelende lezing geworden, die alvast doet uitkijken naar haar oratie en ander werk vanuit deze door de Marie Kamphuis Stichting mogelijk gemaakte leerstoel. Het thema van de lezing was de mogelijke rol van *evidence based* werken in de *care*. Terecht observeert Trappenburg dat die manier van werken in de *cure* heel goede resultaten heeft bereikt en daardoor als een olievlek is gaan uitdijen naar andere beroepen waaronder inderdaad sociaal werk en zorg. Maar, zo waarschuwt Trappenburg ons, er zijn grenzen en zelfs gevaren aan toepassing van *evidence based* werken in de sociale sector. Daarvoor geeft ze drie argumenten: het werkt niet in situaties van multi-morbiditeit, het is onzinnig in situaties waarin niets helpt (voeding bij stervende patiënten) en onderzoek zou veel meer kosten dan de interventie waard is (de buurtbarbecue). In het tweede deel van de lezing wordt een heel andere aanlegroute genomen om sociaal werk en zorg een vrijstelling te geven van *evidence based* werken: het gaat immers om bescheiden professionals die eigenlijk iets doen wat iedereen kan: "Het werk dat bescheiden professionals doen zou je als niet-professional ook kunnen leren, als je daar de tijd voor zou nemen." Dat we die professionals dan toch hebben, is een gevolg van slimme arbeidsdeling, en niet van gespecialiseerde kennis.

Het zijn uitdagende gedachten die, zoals het een co-referaat betaamt, leiden tot enkele observaties en kanttekeningen.

Een eerste observatie bij de lezing van Trappenburg gaat terug naar het mailtje van Els Borst in de inleiding. Borst verwijst daarbij naar het begrip *framing* en de kracht daarvan. Ik moet vaststellen dat er ook in de lezing van Trappenburg een bepaalde *framing* van sociaal werk en zorg insluit. We krijgen een beeld aangereikt van een sector die zonder specialistische kennis maar met via opleiding

¹ Prof. Dr. Jan Steyaert heeft een meervoudige betrekking op de sociale sector. Zo is hij wetenschappelijk medewerker bij het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, actief in de Master Sociaal Werk van de Universiteit Antwerpen, redacteur van de canon sociaal werk en voorzitter van de adviescommissie Databank Effectieve Sociale Interventies van Movisie. In 2010 was hij co-auteur van *De bijziendheid van 'evidence based practice': beroepsinnovatie in de sociale sector*. Amsterdam: SWP.

en ervaring opgebouwd vakmanschap aan de slag gaat. En daarbij vooral te maken heeft met de zachte sector variant van multi-morbiditeit. Tussen deze beide aspecten zit overigens een behoorlijke spanning: stevige probleemsituaties worden beantwoord met zwakke vakkennis! Laten we die *framing* maar een naam geven, Nederland is er immers erg bekend mee: Sjakie en de familie Flodder. U lacht, maar nog meer dan Achterhuis achtervolgt de stereotypering van sociaal werk uit deze film al bijna dertig jaar de hele sector van zorg en welzijn. Ondanks de herkenbaarheid van de thema's in de film (uithuiszetting, uitkeringen in combinatie met zwartwerk, verzaken aan leerplicht, drankproblemen, prostitutie, het nimby-effect, geweld op hulpverleners, ...) deed deze *framing* toen niet, en ook nu nog niet, recht aan de diversiteit van sociaal werk en zorg, de problematieken die aan bod komen en de daarvoor benodigde vakkennis.

Dat is gevaarlijk, want via *framing* opgebouwde beelden zijn wel degelijk krachtig in hun consequenties. U hoort hier het uit 1928 stammende theorema van Thomas doorklinken: "*If men define situations as real, they are real in their consequences*". Uit de medische sector en het klimaatdebat weten we dat industrie daarom heel bewust inzet in het bewerken van *frames*, en dat niet altijd met de meest nobele doelstellingen doet (Oreskes & Conway, 2010; van Soest, 2014). In Vlaanderen hebben we vergelijkbare instrumenten ingezet (wel met nobele doelstellingen!) om de maatschappelijke beeldvorming rondom dementie bij te sturen (Van Gorp & Vercruyssen, 2012; van Gorp, Vercruyssen, & van den Bulck, 2012) en zo het stigma te doorbreken en '*excess disability*' te vermijden. Er ligt voor sociaal werk en zorg een belangrijke en dringende uitdaging in het bijsturen van de stereotyperende maatschappelijke beeldvorming over haar werk. Dat blijkt vandaag nog maar eens.

Nu, één van de gevolgen van de "Sjakie en Flodder" *framing* van sociaal werk is dat het een verweerde professie is geworden. De samenleving investeert wel in de uitvoering van sociaal werk en zorg (hoewel steeds minder), maar nauwelijks in de uitbouw van de kennisbasis. Margo Trappenburg lijkt te berusten in die situatie, het gaat immers toch niet om zeer gespecialiseerde kennis. Ik vind dat echter zorgelijk en verbazend.

Die situatie is natuurlijk al jaren zo, maar wordt er met de decentralisaties en bezuinigingen niet beter op. Gemeenten worden onder druk gezet om vooral naar goedkopere zorg te zoeken, en dan is geld opzij zetten voor effectonderzoek weinig kansrijk. Bovendien, waarom zou gemeente A in effectonderzoek investeren waar nadien ook gemeente B en C en ... gebruik van maken? Ook werkgevers zoals brede welzijnsinstellingen worden hiermee geconfronteerd: liever een lagere prijs op de offerte dan de aanbesteding verliezen aan de concurrent. Dus ook hier wordt effectonderzoek geschrapt. Ook de Rijksoverheid, die in de Wmo nog wel de systeemverantwoordelijkheid blijft houden, investeert niet substantieel in de kennisbasis van sociaal werk en zorg. Waar blijft het ZonMw onderzoeksprogramma voor de sociale sector? Is het niet verbijsterend dat veel Nederlandse gemeenten nu sociale wijkteams invoeren om de decentralisaties en de bezuinigen op te vangen, zonder dat er ook maar één onderzoek beschikbaar is dat helder omschrijft wat nu eigenlijk een sociaal wijkteam is en kritisch bevraagt of de verhoopte resultaten ook echt gerealiseerd worden? Ik vind dat verbazend.

De sociale wetenschappen doen het iets beter dan gemeenten, rijksoverheid en werkgevers. Zij leveren wel degelijk inspirerend onderzoek. Het werk van Margo Trappenburg over passieve en actieve solidariteit waar Els Borst in haar mail naar verwees is daar een perfect voorbeeld van. Wat we hier echter missen is de vertaalslag van deze wetenschap naar aanpak kennis die sociaal werk en zorg op de werkvloer kunnen inzetten. Wellicht is de publicatiedruk aan universiteiten daarvoor te groot, al zijn er inspirerende voorbeelden van hoe die tegenstrijdige verwachtingen van universiteit en werkveld met elkaar te verzoenen. Ik verwijs met name naar de academische werkplaatsen van Tranzo bij de Universiteit van Tilburg (Siesling & Garretsen, 2014). Ook de nieuwsberichten eerder deze week over voorstellen van minister Bussemaker en staatssecretaris Dekker dat het aantal publicaties en proefschriften minder bepalend gaan zijn voor onderzoeksfinanciering geven misschien wat ruimte.

Ik vind het niet-investeren in de kennisbasis van de sociale sector zorgelijk omdat te snel wordt aangenomen dat het over vaardigheden gaat die we allemaal in ons hebben, die we allemaal begrijpen (er is immers geen ondoordringbaar vakjargon) en kunnen uitvoeren. Immers, we zorgen allemaal voor onze kinderen, en/of op latere leeftijd voor onze ouders. We helpen allemaal wel eens die vriend die wat in de problemen zit. Wat is daar nu speciaal aan? Het is tenslotte werk dat je makkelijk kan uitbesteden aan Bekende Nederlanders, aldus Trappenburg.

Was het maar zo eenvoudig. Trappenburg schrijft dat we bijvoorbeeld het verzorgen van *demente bejaarden*² net zo uitbesteden als het plakken van een fietsband: we kunnen het wel, maar als kwestie van slimme arbeidsdeling laten we het aan anderen over.

Nu, ik kan je vertellen dat zorgen voor personen met dementie geen werk is voor bescheiden professionals en juist heel specifieke gespecialiseerde kennis vraagt. Eén klein voorbeeld daarvan. Elke keer dat ik mijn vader ga bezoeken, 90 jaar en met vasculaire dementie opgenomen in een woonzorgcentrum, heb ik de neiging te vragen of het eten die middag goed was, of het bezoek aan de markt (elke week op donderdag) goed verliep. Uit oprechte belangstelling en om het gesprek op gang te brengen. Heel erg foute boel!

Vanuit mijn werk bij het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen ga ik een paar keer per jaar meelopen met de thuiszorg of op een woonzorgcentrum, afdeling voor personen met dementie. Ik zal nooit die eerste meeloopsessie vergeten toen ik uit belangstelling aan een vrouw van nog geen 50, met jongdementie, vroeg of ze kinderen had. Dat doe je toch als zorgende burger, belangstelling tonen voor het leven van de andere. Ik kwetste haar diep in haar ziel want als moeder wist ze nog best dat ze kinderen had en er voor zou moeten zorgen maar de paniek was groot omdat ze zich de namen van haar kinderen en zelfs hun bestaan niet meer kon herinneren. Bij deze mijn excuses aan haar en haar familie! Nooit vraag ik dus bij mijn vader daadwerkelijk of het eten die middag goed was, al ligt het elke keer opnieuw op het puntje van mijn tong.

Mensen met dementie nooit vragen stellen die beroep doen op hun geheugen, hoe korte termijn ook, is gespecialiseerde kennis die je als zorgzame burger niet hebt. En desondanks toch elke dag opnieuw betekenisvolle gesprekken voeren met dezelfde personen met dementie is geen bescheiden professionaliteit, maar een topprestatie!

Er is overigens niet alleen een verschil tussen de manier waarop wij als burgers zouden zorgen en hoe professionals dat doen. Ook professionals onderling hebben regelmatig effectonderzoek nodig om te evalueren of goed bedachte en met noeste arbeid uitgevoerde interventies wel de meest optimale vorm van zorg zijn. Erg vergelijkbaar met visueel bedrog is er immers soms sprake van interventie-bedrog: je denkt goed te handelen, je werkt hard, maar toch zijn de resultaten het tegenovergestelde van wat je hoopt te bereiken. *Evidence based practice* is hard nodig om die situaties van interventie-bedrog te ontmaskeren.

Opnieuw één voorbeeld. Sociaal werk en zorg omvat ook slachtofferhulp. Te maken krijgen met een zwaar verkeersongeval, een overval, verkrachting of brand gaat je emotioneel niet in de koude kleren zitten. En daarom hebben we zo iets als slachtofferhulp. Schijnbaar een activiteit zonder veel specifieke vakkennis, immers, als iemand uit ons sociaal netwerk zo iets overkomt, bieden we ook een luisterend oor. Bescheiden professionaliteit dus. Tot de sector van slachtofferhulp doorkreeg dat een luisterend oor aanbieden wel logisch klinkt en door slachtoffers erg gewaardeerd wordt, maar eigenlijk het risico op een posttraumatische stress syndroom doet toenemen, terwijl het juist de bedoeling was dat risico te verkleinen. Terecht dus dat '*critical incident stress debriefing*' (vakjargon voor 'luisterend oor') werd vervangen door alternatieve en betere interventies (Sijbrandij, 2009). Niks bescheiden professionals dus, wel reflectieve en lerende professionals.

De intuïtieve manier waarop we als burgers zorgen, de intuïtieve manier van zorgen die we vanuit een slimme arbeidsdeling uitbesteden aan slachtofferhulp blijkt helemaal niet optimaal te werken

² Gruwel. Alsof de persoon met dementie alleen zijn ziekte is. We hebben het toch ook niet over een kanker-persoon? Deze woordkeuze draagt niet bij aan een dementievriendelijke samenleving!

zonder het kritisch bevragen van resultaten, zonder effectonderzoek, zonder *evidence based practice*.

U zal begrijpen dat de titel van dit co-referaat een retorische vraag is en dat mijn inziens sociaal werk en zorg **niet** vrijgesteld zijn van *evidence based practice*. Integendeel, het is een ethische verplichting voor de sociale sector om er werk van te maken vanuit het besef dat op een intuïtieve wijze zorgen en hard werken geen garantie op succes is. We zijn het de cliënten ethisch verschuldigd kritisch te kijken naar de effecten van ons handelen, we zijn het de samenleving verplicht als onderdeel van de verantwoording van het zorgbudget dat we krijgen en we zijn het de beroepsgroep verschuldigd. Natuurlijk is *evidence based practice* in sociaal werk en zorg niet eenvoudig. Natuurlijk maakt de aard van de problematiek het complexer dan in de medische sector. En implementatie van *evidence based practice* inzichten zal al helemaal niet eenvoudig zijn. Dan moeten we immers hulpverleners uit hun 'comfort zone' halen. Dan moeten we erg geliefde grote uitgangspunten als *empowerment* of presentie of krachtgericht werken of persoonsgerichte zorg niet alleen kritisch bevragen maar ook in detail gaan beschrijven zodat duidelijk is wanneer het in de hulpverlening aanwezig is, en wanneer niet. De 'flou artistique' van de sector zal wat moeten verdwijnen. Bovendien zal het betekenen dat we soms ook zorgzoekende burgers uit hun 'comfort zone' moeten halen en interventies met een hoge aibaarheidsfactor moeten ontluisteren. Gaat je zoon of dochter met autisme graag paardrijden, dan moet je dat vooral doen. Maar geef je dat ook therapeutische waarde, helaas, dan ben je aan kwakzalverij aan het doen (KCE, 2014)!

Dat alles maakt het toepassen van *evidence based practice* in de *care* spannender en uitdagender, maar dat is heel wat anders dan er een vrijstelling voor krijgen!

Literatuur

- KCE. (2014). *Management of autism in children and young people: a good clinical practice guideline*. Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg.
- Oreskes, N., & Conway, E. (2010). *Merchants of doubt*: Bloomsbury press.
- Siesling, M., & Garretsen, H. (2014). De cocreatie van wetenschap en praktijk: twaalf jaar Tranzo. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92(4), 150-153.
- Sijbrandij, M. (2009). To debrief or not to debrief: het effect van opvang van slachtoffers van schokkende gebeurtenissen. In S. Leferink (Ed.), *Goed recht, 25 jaar slachtofferhulp Nederland* (pp. 77-83). Utrecht.
- Van Gorp, B., & Vercruyssen, T. (2012). Frames And Counter-Frames Giving Meaning To Dementia: A Framing Analysis Of Media Content. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1274-1281.
- van Gorp, B., Vercruyssen, T., & van den Bulck, J. (2012). Toward a more nuanced perception of Alzheimer's disease: designing and testing a campaign advertisement. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 27(6), 388-396.
- van Soest, J. P. (2014). *De twijfelbrigade*: MauritsGroen MGMC.

De kracht van het verschil

Kanttekeningen bij de tweede Els Borst Lezing van prof. dr. Margo Trappenburg

Prof. Dr. Giel Hutschemaekers

Den Haag, 27 november 2014

Klinische psychologie Radboud Universiteit Nijmegen

Pro Persona Wolfheze

Margo Trappenburg heeft ons zojuist getraakteerd op een prachtige en vooral provocerende tweede Els Borst Lezing. Daarvoor grote dank. Margo, je zet ons aan het denken, en dat was hoogst waarschijnlijk ook je intentie. De vraagtekens die je zet bij het begrip *evidence based* medisch handelen (EBP), het onderscheid dat je daarbij maakt tussen de *Cure* en de *Care* vind ik meer dan prikkelend, je schuwt het zelfs niet heilige huisjes ter discussie te stellen. Ook vind ik de naamgeving 'bescheiden professies' elegant, en goed aansluitend bij eerdere adviezen van de RMO. Je zou bijna lid van die professies willen zijn: bescheidenheid siert de mens. Tegelijkertijd, zo wil ik wel toegeven, ben ik op basis van je lezing, stiekem toch wel blij dat ik als psycholoog door jou tot de klassieke professies word gerekend.

Aan het einde van je betoog stel je de vraag of Els Borst het met je eens zou zijn. Zoals je zelf aangeeft, zal je dat nooit meer van haar vernemen. Ik had het geluk in 1998 uitvoerig met haar over de beroepen in de GGZ te mogen spreken. We hadden binnen het Trimbos-instituut net een serie studies over beroepen in de GGZ afgesloten en op grond daarvan een aanbeveling geformuleerd over de nieuwe beroepsstructuur in de GGZ. Els Borst vond dat een prima idee, en nam ons voorstel over. In haar beleidsvisie GGZ concludeerde ze dat de klinisch psycholoog en de psychotherapeut beter konden fuseren tot één nieuwe specialistische beroepsgroep, en daarop besloot ze bijschrijving in het register van psychotherapeuten niet langer mogelijk te maken. Die maatregel duurde maar kort, al in 2004 nam haar opvolger het besluit het register weer open te stellen en de bestaande onduidelijkheid voor lief te nemen. Wat voor hier vanmiddag interessanter is, was haar standpunt over wat wij toen noemden 'de begeleidende beroepen in de GGZ': verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en sociaal pedagogisch hulpverleners. Zij voelde zich zeer betrokken bij die disciplines, vooral bij de verpleegkundigen. Zij zag en erkende de problemen, zeker ook m.b.t. *evidence based* handelen. Als de dag van gisteren herinner ik mij een aantal zinnestukjes die ze mij in het oor fluisterde toen ik naast haar mocht zitten, tijdens een symposium over die beroepen in de GGZ. Eentje ervan wil ik u niet onthouden. Aan het woord was een van de bestuursleden van de beroepsvereniging van een van die begeleidende beroepen. Het betoog kwam er op neer, dat er zoveel wetenschappelijke vooruitgang mogelijk was dat ooit alle beroepsgeenoten *evidence based* zouden werken en voortdurend wetenschap zouden consulteren bij problemen in het dagelijks werk. Els Borst met een ondeugende blik en vervolgens in mijn oor: 'Dat noemen ze nu een romantische beroepsopvatting'. Ik denk Margo, dat jij en Els Borst het daarover samen wel eens zouden zijn geworden. Iets anders is echter de door jou voorgestane oplossing. Laat ik het maar eufemistisch zeggen: zo heb ik toenmalig minister Borst daar nooit over horen spreken.

Een aantal beroepen, zo laat Margo Trappenburg ons overtuigend zien, heeft grote moeite met *evidence based* werken. En dat ligt niet alleen aan die beroepsbeoefenaren zelf, maar vooral aan hun professionele opdracht en de beperkingen van het *evidence based* werken zelf. Ten aanzien van vele *care* taken is de *evidence* beperkt, waardoor *evidence based* werken al snel een loze kreet dreigt te worden. Zeker als je je daarbij bedenkt dat wensen van de cliëntèle veel belangrijker zijn in de keuze voor zorg dan de stand van wetenschap. Maar wat exact is het probleem? Te weinig *evidence* voor deze complexe zorgwerkelijkheid, te weinig planmatige aanpak, of is het toch vooral dat veel beroepsbeoefenaren onvoldoende zijn geschoold en onvoldoende academisch opgeleid om voortdurend de stand van wetenschap bij te houden. Ongetwijfeld is de *evidence* beperkt en draagt die *evidence* een sterk specialistisch karakter, maar is dat echt een probleem? Misschien wel in de definitie van *evidence based* werken die Margo Trappenburg aanhangt. Bij haar lijkt *evidence based* werken, al zegt ze dat niet hardop, gekoppeld aan het toepassen van effectief bewezen interventies. Maar dat is wel een heel beperkte definitie van *evidence based*, waar niemand echt voor kan zijn, zelfs niet de meest doorwinterde positivist, en zeker niet de ethicus. Want het is dan nog maar een kleine stap om 'goede' zorg gelijk te stellen aan bewezen effectieve zorg.

Dat is echter nooit de officiële definitie geweest die Sackett hanteerde; Sackett ziet *evidence based* werken meer als een cyclisch proces waarbij wetenschappelijke kennis, klinische expertise en voorkeuren van cliënten gezamenlijk leiden tot keuzes in het zorgproces en er vervolgens sprake is van voortdurende evaluatie van de resultaten. *Evidence based* werken is een vorm van methodisch werken. En in deze definitie is beperkte wetenschappelijke kennis nooit een reden om niet *evidence based* te werken; hooguit een argument om nog meer aan te sluiten bij de voorkeuren van de cliënt in combinatie met de eigen klinische expertise. Ik vermag niet in te zien waarom deze oorspronkelijke definitie van *evidence based* werken niet van toepassing zou kunnen zijn op bescheiden beroepen.

Iets anders is of iedere beroepsbeoefenaar daar voldoende toe geëquipeerd is en of je het moet willen dat al die praktisch hardwerkende professionals daar voortdurend mee bezig moeten zijn. Maar daarvoor zijn andere oplossingen, bijvoorbeeld door onderscheid te maken tussen professionals die vooral bezig zijn met concrete zorguitvoering en professionals die meer betrokken zijn bij de wetenschap en in staat zijn nieuwe inzichten te vertalen naar het werkveld. Verpleegkundigen spreken in dit verband van *practice development*. Voor een vertaling naar het werkveld van maatschappelijk werkers verwijs ik graag naar het werk van mijn promovenda Mariëlle van Pelt, verbonden aan de master *Social Work* aan de HAN te Nijmegen.

Ik vat samen: de onmogelijkheid van *evidence based* werken, zoals door Margo Trappenburg beschreven, zou wel eens het gevolg kunnen zijn van een te eenzijdige definitie van *evidence based* werken en een te radicaal doorgedachte gelijkheid van professionals per beroepsgroep. EBP is niet alleen heel goed mogelijk voor bescheiden beroepen, ze is vooral ook noodzakelijk, tenminste als men bereid is te erkennen dat methodisch werken een sine qua non is voor professionals in de zorg.

Ik vermoed dat ik hiermee toch niet helemaal recht doe aan het argument van Margo Trappenburg. Haar kritiek snijdt dieper; EBP leidt bijna automatisch tot het opknippen van complexe zaken in '*des choses claire et distinctes*' om met Descartes te spreken. EBP zou misschien wel mede debet zijn aan de familiedrama's waar te veel gespecialiseerde hulpverleners naast elkaar heen werken, ieder met een eigen doelstelling, een eigen plan van aanpak en eigen interventies. Heel graag zou ik op dit

moment heel hard roepen dat Margo Trappenburg nu echt veel te ver gaat en kapitaliseert op onbewezen stellingen. Maar ik moet toegeven: dat roepen zou op zijn minst even weinig *evidence based* zijn als de uitspraak van Margo Trappenburg zelf. Bovendien heeft ze een belangrijk punt: EBP knipt complexe zaken in kleinere ogenschijnlijk heldere zaken en speelt daarmee specialisten met vooral oog voor het detail in de kaart. Ik volg de zorg van Trappenburg op dit punt. Toch ben ik minder pessimistisch en vermoed ik dat hier sprake is van een klassiek geval van de baby en het badwater. In de huisartsgeneeskunde is veel over dit onderwerp gediscussieerd (Stange and Ferrer 2009). Het blijkt dat ook generalisten heel goed uit de voeten kunnen met de EBP.

Graag maak ik de overgang naar de oplossing van Trappenburg: erken de verschillen tussen de klassieke en bescheiden beroepen en stel de bescheiden beroepen vrij van *evidence based* werken en in het verlengde daarvan van al te planmatig werken, dat 'in de *care* minder goed zou passen'. Is dat een oplossing? Hiervoor beoogde Jan Steyaert al dat dit hem een heel slecht idee lijkt, en ook ik moet toegeven dat ik nog niet geheel en al overtuigd ben. Misschien blijken bescheiden professionals in de praktijk van alledag niet zo heel erg methodisch en planmatig te werken. Maar of je dat ook moet willen? Het suggereert dat kwaliteitsverbetering van hun handelen niet goed mogelijk is, en vooral dat er geen principieel onderscheid bestaat tussen hun handelen en dat van de burgers. Dat is althans wat Margo Trappenburg stelt: de klassieke beroepen doen zaken die burgers zelf niet kunnen, de bescheiden professionals doen zaken die burgers zelf ook kunnen. Eerder vormen zij het sociale gezicht van een gemeente en de lokale samenleving; zij verzachten de pijn en staan voor de solidariteit binnen de samenleving. Dat laatste vind ik een mooie gedachte, de zin ervoor – geen principieel verschil tussen burger en professional een te simpele – lees: te specialistische en te *evidence based* achtige - opvatting over de toegevoegde waarde van professionals. Dat punt wil ik graag toelichten.

EBP wordt wel simpelweg uitgelegd met een concreet voorbeeld: stel, je hebt twee interventies om een probleem te tackelen, de eerste is bewezen effectief en de ander niet. Welke moet je kiezen? Het antwoord is snel gegeven, zeker als er geen verschillen in kosten en ongewenste bijeffecten zijn. In dat voorbeeld zit de gedachte verstopt dat de interventie het werk doet, niet de professional die hooguit een kundige expert is in het uitvoeren van die interventie. Mijn stelling is dat daarmee een belangrijk aspect van de professionele toevoeging uit beeld verdwijnt. Ter illustratie een voorbeeld uit mijn eigen sector: antidepressiva als interventie bij depressies. We weten heel veel over welk antidepressivum moet worden toegediend bij welke vorm van depressie. Dat is het resultaat van veel goed opgezet onderzoek. Maar ondertussen zijn de meest spectaculaire resultaten uit beeld verdwenen: de belangrijkste effectverschillen worden niet veroorzaakt door het medicijn maar door de professional die ze voorschrijft (Kim, Wampold et al. 2006). Ik wil het hier niet hebben over de al dan niet specifieke therapeutische effecten als wel over de toegevoegde waarde van professionals en dan vooral over de specifieke waarde van de context die ze scheppen. De EBM aanpak heeft geen oog voor die toegevoegde waarde. Ten onrechte. Het creëren van een goede professionele context wordt vanzelfsprekend aanwezig veronderstelt, terwijl het feitelijk een van de belangrijkste elementen vormt van effectieve zorg. (Frank and Frank 1991). Alleen al het simpele feit dat de patiënt weet dat degene die zorgt een deskundige professional is, maakt het verschil. Probeer u het maar eens: hetzelfde antidepressivum stiekem oplossen in de melk en dat toevoegen aan het ontbijt en de lunch van een depressieve patiënt. 95% kans dat deze patiënt er niet op reageert. Buiten de helende professionele context verliest zelfs zo'n sterke interventie zijn kracht.

De 'healing' context waarin professionals en hun cliënten opereren, creëert een setting waarin woorden, daden en middelen een helende betekenis krijgen. Diezelfde woorden, daden en middelen hebben buiten die setting een heel andere lading. Een voorbeeld: psychologen die partnerrelatietherapie bedrijven, weten heel goed dat de interventies die zij in die context uitvoeren een heel ander effect sorteren, dan dezelfde interventies bij identieke problemen in de relatie met hun partner. Om datzelfde effect te sorteren zijn in die andere context heel andere interventies nodig. Lotgenoten en mantelzorgers zullen het niet in hun hoofd halen dezelfde taal en houding te bezigen als de dokter. Doen ze dat wel dan krullen niet alleen onze tenen van ongenoegen, maar is de kans levensgroot dat ze heel snel aan de kant worden gezet. Een therapeut moet heel omzichtig te werk gaan om een patiënt van zijn verslaving af te helpen, de lotgenoot in een AA groep kan soms niet bot en hard genoeg zijn om datzelfde effect te sorteren. Gelukkig krijgen we weer meer oog voor dat onderscheid. Goede zorg bestaat bij de gratie van verschil maken en complementariteit tussen burger, klassieke professional en bescheiden professional. Bescheiden professionals definiëren als niet principieel verschillend van burgers betekent een geweldige verarming van de zorg.

Burgers dichten bescheiden professionals andere vaardigheden en intenties toe dan lotgenoten of mantelzorgers. Dat toedichten mag niet alleen maar gebaseerd zijn op gebakken lucht of toeval. Dat vraagt wat van die professionals, bijvoorbeeld gedegen scholing en professionalisering, met daarin onderzoek naar de meest passende interventies in de specifieke context waarin ze opereren. Het vraagt daarnaast van die professionals een voortdurend streven naar kwaliteitsverbetering, hetgeen in onze tijd met de ons bekende onderzoeksmethoden, zoveel betekent als doelgericht en planmatig werken. Doen ze dat niet en stellen ze zich vooral op als 'vertegenwoordiger' van de solidaire lokale context, dan zullen ze vlug hun unieke en toegevoegde waarde verliezen, alleen al omdat velen van ons zullen denken dat de buurvrouw het voor minder geld en meer solidariteit veel sneller en beter doet. Ik vrees met Jan Steyaert dat de oplossing van Margo Trappenburg een verkeerde *framing* zou kunnen activeren, waardoor, zonder dat de professionals veel veranderen aan hun gedrag, hun zorg aan effectiviteit zal interen en hun toegevoegde waarde aan de zorg alleen maar afneemt.

Literatuur

Frank, J. D. and J. B. Frank (1991). Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy. Baltimore London, the John Hopkins University Press.

Kim, D., B. Wampold, et al. (2006). "Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modelling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. ." Psychotherapy Research **16**: 161-172.

Stange, K. C. and R. L. Ferrer (2009). "The Paradox of Primary Care." Annals of Family Medicine **7**(4): 293-299.