

# Vragen met betrekking tot professionalisatie

DOOR DR. P. C. J. VAN LOON\*

## 1. INLEIDING

Ten aanzien van de versnelde professionalisatie kan men de vraag stellen of daarbij kansen moeten worden aangegrepen om nieuwe mogelijkheden te scheppen voor activiteiten van vrijwilligers, dan wel of daarbij voorrang moet worden gegeven aan herprofessionalisatie; herprofessionalisatie dan op grond van een tweede, eigenlijk preliminaire vraag, te weten of de professionalisatie zich zo snel heeft voltrokken dat eerst een proces van herprofessionalisatie overweging verdient.

De professionalisatie is niet te stuiten, inherent als zij is aan de ontwikkeling van de samenleving. De cijfers tonen het aan: vóór 1920 werd ongeveer 12,5 procent van het nationaal inkomen besteed aan overheidsuitgaven. Dit percentage is in 1975 gestegen tot 52,5 en bij voortgaande trend zal in 1980 een vierde deel van alle overheidsuitgaven worden besteed voor onderwijs en gezondheidszorg – een zeer hoog percentage voor uitkeringen in de sector sociale verzekeringen dan nog buiten beschouwing gelaten.

Bij het voortgaande proces van professionalisatie neemt het streven van professionele en ook van para-professionele werkers naar een eigen identiteit in kracht toe. Bij dit verhevigde streven zijn de kansen, dat in deze samenleving gewone burgers zich het lot van medemens aantrekken\*\* zeer gering, hetgeen dan weer tot een volgende vraag leidt: kunnen slechts door het voeren van een bepaalde strategie mogelijkheden worden geschapen voor een creatieve en daarmee solidaire samenleving van medeburgers?

## 2. STREVEN NAAR IDENTITEIT

Individualiteit en identiteit raken elkaar. Individualiteit drukt uit waarin

\* Raadsadviseur bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

\*\* Lamberts, H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 492.

\*\*\* Querido, A. Godshuizen en gasthuizen. De Tijdstroom, Lochem, 1974.

de ene mens zich van de ander in zijn optreden, aard en wezen, kortom gehele habitus onderscheidt, en geeft de constante aan van het totaal van iemands rolvullingen. Identiteit of juistere identiteitsbeleving is een levensvoorwaarde voor welbevinden; zonder beleving van eigen identiteit ontstaan er grote remmingen voor het ontwikkelen van individualiteit. Identiteit is een continuïteit van het zichzelf zijn en een eigen plaats te vervullen binnen de samenleving. Om tot bevestiging van ieders individualiteit en identiteit te komen, streeft men naar erkenning van elkanders continue identiteit.

Het proces van professionalisatie in de publieke dienstensector wordt gekenmerkt door een voortdurende strijd om de identiteit. Vele teamverbanden stranden en vele pogingen tot samenwerking mislukken omdat deze strijd om de eigen identiteit nog niet ten einde is gestreden. Dit negatieve effect zou men actueel kunnen noemen in relatie tot het overheidsbeleid, dat samenwerkingsverbanden, in het bijzonder in de eerstelijns-gezondheidszorg, aanmoedigt. En waarom aanmoedigt? Denkt men dientengevolge een hogere kwaliteit, een hoger rendement voor de patiënt te kunnen garanderen? Of gaat het er bij die aanmoediging van overheidswege tot samenwerkingsverbanden alleen om de kosten van de gezondheidszorg te drukken? Het moet mijns inziens in de eerste plaats gaan om de kwaliteitsverbetering.

## 3. DEPROFESSIONALISATIE

Het interessante verschijnsel doet zich voor dat men met betrekking tot de uitvoering van de geneeskunde spreekt van deprofessionalisatie ten gevolge van de hoge mate van superspecialisatie en subspecialisatie in de geneeskunde. De professe van algemeen geneesheer dreigt te verdwijnen.

Het is wellicht goed nog eens te herinneren aan Querido's geschiedschrijving „Godshuizen en gasthuizen”, waarin deze de oorsprong van de geneeskunde beschrijft\*\*\*. Ziekenhuizen van de westerse wereld zijn ontstaan uit de

christelijke geloofsleer en de christelijke cultuur, schrijft de auteur. Dat wil niet zeggen, dat er een verband tussen geloof en geneeskunde zou hebben bestaan, waarvan het ziekenhuis het produkt was. Bij de antieken en met name in de oosterse wereld waren religie en geneeskunst wél verbonden, dikwijls zo nauw, dat de geneeskunst niet alleen een religieus aspect had, zelfs een onderdeel van de geloofspraktijk vormde. Zolang ziekte gelijk stond met een bezoeking van de godheid of beschouwd werd als het gevolg van het afwenden van de godheid van de mens, zolang de priester, tevens geneesheer, doende was de gestoorde verhouding met de godheid te herstellen, zolang sprak het vanzelf dat genezen een religieuze handeling was, die zich afspeelde in de tempel.

Querido gaat verder: wanneer een plaats bijzondere geneeskraft bezat ten gevolge van een goed-gunstige goddelijke invloed – een bron, een grot, een woud – concentreerden zich daar de priesters van de godheid en tevens kwamen de zieken van heinde en verre om hier genezing te zoeken. Ook hier vielen tempel en ziekenhuizen samen.

Toen de geneeskunst zich enigermate zelfstandig begon te ontwikkelen en een wetenschappelijk karakter kreeg in die zin, dat een reservoir van ervaringen ontstond, dat rangschikking mogelijk maakte en ook voor volgende geslachten toegankelijk was, bleven de door deze speciale studie gevormde artsen altijd nog priesters. Zij oefenden – aldus Querido – de geneeskunst uit als sacramentele handeling in naam van God, die hen het wetenschappelijk inzicht had ingeschonken, maar vooral, die hen met de kracht tot genezing had begiftigd.

De christelijke leer trok een scherpe lijn tussen geloofspraktijk en geneeskunde. Niet het lichaam, doch de ziel diende te worden gered. De geneeskunst kon aanvankelijk niet in de christelijke cultuur doordringen, maar bleef geconserveerd in de oosterse beschavingscentra, die Europa pas zouden bevruchten in de vroege renaissance. Immers, het gebruik van genees-

middelen en het doen van geneeskundige handelingen werd op zijn minst door de geloofsleer gelijk gesteld met een terugvallen in heidense gebruiken, doch het kon ook tovernij, hekserij of zwarte kunst betekenen.

De algemene geneesheer-functie, die geleidelijk is ontstaan, is door een grote specialisatie vervaagd en er zijn slechts deeltaken, die in feite in een gemeenschappelijk verband moeten worden behartigd. In de literatuur wordt gesproken van vervaging van beroepsidentiteit van de medische professie en van beroeps crises. Uit de publikaties in dit tijdschrift kan men concluderen, dat het speciaal de huisartsen in hun zwevende „setting” zijn, die het het moeilijkst hebben.

#### 4. SNELLE GROEI SOCIALE DIENSTENSECTOR

In de publieke dienstensector in ons land is 50 tot 70 procent van de actieve beroepsbevolking werkzaam. De sociale dienstensector is een niet onbelangrijk deel daarvan. De groei van deze sociale dienstensector en daarmee het snel doorzetten van de professionalisatie werd ten onzent vooral mogelijk gemaakt door een vlugge opkomst van beroepsopleidingen, die professionele vaardigheden ontwikkelden en hoge eisen stelden aan theoretische kennis. De beroepsopleidingen werden gesteund door beroepsorganisaties, die zich allereerst gaven door het vaststellen van ertcodes, regels voor ethiek en beroepsgeheim.

Tussen 1945 en 1975 kan men ten aanzien van de ontwikkeling van beroepsopleidingen spreken van wildgroei. Men kent nu de situatie, dat de sector maatschappelijke dienstverlening is onderverdeeld of ingedeeld in organisaties, die bepaalde soorten beroepskrachten te werk mogen stellen, een proces dat werd gesanctioneerd, enerzijds door uitvoerige subsidieregelingen – onder voorwaarden, waarin de professies met een gedetailleerde taakomschrijving werden omschreven – anderzijds op gang gebracht door het streven naar een wettelijke titelbescherming.

Dit naar mijn mening kunstmatig scheppen van professies heeft kunstmatige barrières opgeworpen voor samenwerking in teamverband. Bij deze

ontwikkelingsgang identificeerde men zich bovendien met de overheid door het tot stand brengen van nationale, provinciale, regionale en lokale organisaties. Alles werd verticaal georganiseerd, van boven naar beneden; de dwarsbalken ontbraken.

Deze professionalisatie werd onstuitbaar omdat zij statusverhogend werkte, een toegang verschafte naar financiering en een mogelijkheid bood voor een beroepsidentiteits-rol. Het bijverschijnsel van rol-conflicten, werd beschouwd als een uiting van het groei-proces naar „samenwerking”. Bij deze kritische benadering moet niettemin worden erkend, dat het geloof in de vooruitgang en kwaliteitsverbetering door een wetenschappelijker beroepsuitoefening een drijvende kracht is geweest bij dit professionalisatie-proces.

#### 5. GRENZEN VAN DE PROFESSIONALISATIE

Onder leiding van Drs. Groffen van de Rijksuniversiteit te Groningen hebben onderzoekers een paar jaar gewerkt in begeleidingsprojecten in de hulpverlening en daardoor de werkzaamheden leren kennen in kindertehuizen, voogdij-instellingen, „Jacs”, gezondheidscentra, ziekenhuizen en in instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. Kernvraag van de onderzoekers – die ik hier en onder punt 6 aan het woord laat in een door mij herschreven proza – is: hoe blijft de hulpverlening op het spoor van het werkelijke helpen?\*

Bij de mensen, die hulp vragen, zijn de basis-voorwaarden voor het deelnemen aan het dagelijks leven geschonden. Slaagt de samenleving er in aan deze basis-voorwaarden te sleutelen door middel van hulpverlening? Dieper nog ligt de vraag of de samenleving het probleem van de geschonden basis-voorwaarden wel kan afwentelen op de professionele hulpverlening. In feite wordt – zonder dat het wordt gesteld – de medemenselijkheid en doorleefde solidariteit van de medeburgers reeds aan de orde gesteld. Deze krijgt minder kansen. Dat is een sociaal gegeven in deze tijd.

\* Drs. W. Groffen en anderen: „Met de neus op het helpen”, gestencilde uitgave Psychologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen; december 1974 (uitverkocht).

Voor de professionele hulpverlener is de hulp-vrager altijd een andere, een minder in het ideaal-beeld passende, een zorgbehoevende en in feite een maatschappelijk zwakke. De onderzoekers vragen zich af of met name bij de medici de autoriteit van de geneeskunde zodanig afstraalt op de persoon en op het persoonlijk optreden, dat zij in feite de patiënt hulpbehoevender maken. Deze kernvraag is ook reeds gesteld in het onlangs verschenen boek van Ivan Illich „Medical Nemesis”.

De onderzoekers vragen zich in het bijzonder af of de twee kanten van het helpen steeds voldoende worden herkend en behartigd. Het is de kant van de patiënt, die hulp behoeft en satisfactie, maar het is ook de kant van de helper die zichzelf in zijn identiteit bevestigd wil zien. Voorts is aan die kant ook de vraag van het geaccepteerd worden in de samenleving. In de samenleving is er minder acceptatie van afwijkend-zijn.

Hoe kan de samenleving, hoe kan de burger om de hoek anders leren reageren?

#### 6. PROFESSIONELE VAARDIGHEID EN PERSOONLIJKE GEVOELENS

De onderzoekers constateren in het algemeen dat de theoretische kennis bij de opleiding voorop staat, en dat er een grote achterstand is in professionele vaardigheid.

In feite wordt de professionele vaardigheid ontwikkeld en vernieuwd tijdens het werken. Daarvoor is de verwerking van persoonlijke gevoelens essentieel.

Het is bij samenwerking in instellingen helaas een heersende norm geworden, dat men bij stafbesprekingen niet kan overgaan tot het uiten van persoonlijke gevoelens. De onderzoekers menen, dat daardoor een sterke rem op de spontaneiteit en vruchtbaarheid van het team-overleg wordt gelegd. Bij werken in team-verband zijn de professionele werkers van verschillend niveau en hebben een andersoortige beroepsopleiding gevolgd. Met name bij de samenwerking met artsen hebben degenen, die een andere opleiding hebben genoten al te gemakkelijk de neiging aan te nemen, dat de artsen hun mening baseren op professionele vaardigheden en kunde.

Gepleit wordt voor het ontwikkelen van empirisch vermogen: de kundigheid waarnemingen op te doen, waarmee een te gemakkelijke uitleg van de werkelijkheid ongedaan kan worden gemaakt, zodat men een meer genuanceerd begrip van de werkelijkheid krijgt.

Het samenwerken in team-verband moet worden aangeleerd. Elke samenwerking houdt een vorm van vernieuwing van het eigen werk in. Het is van belang dat de professionele werkers in het team-gesprek hun persoonlijke gevoelens kunnen uiten, waarbij ongerustheid en bezorgdheid over een vernieuwing moeten kunnen doorklinken.

De onderzoekers vinden dat in het belang van de patiënt en van het gezamenlijk produkt van het team de persoonlijke onzekerheden, de twijfels en de angst als feitelijkheden bij de overwegingen moeten worden betrokken. Zij spreken de vrees uit, dat het afschermen van het uiten van persoonlijke gevoelens een gevolg is van onzekerheid van de leider van het team. Men noemt het een voortdurend teken van zijn onvermogen een goede samenwerking in het team te scheppen.

De conclusie van de onderzoekers is, dat het van groot belang is de dienstverlening aan de professionele helpers verder te ontwikkelen. Er is in feite geen hulp voor de professionele werker mogelijk. Bij het inschakelen van vrijwilligers wordt zijn onzekerheid nog vergroot. Deze onzekerheid wordt nog groter als hij voor problemen komt te staan, die niet pasklaar zijn gesneden op zijn beroepsrol. Wij kunnen veilig stellen – aldus de onderzoekers – dat de werker in het eerste contact met de klacht of de vraag om hulp met een veel breder probleem te maken krijgt, dan binnen zijn beroepsdefinitie past. Wil hij het probleem goed onder ogen zien, dan zal hij behalve over de kundigheid zijn vak te beoefenen ook nog moeten beschikken over het inzicht zijn vak niet te beoefenen als hij dat niet zinvol en/of doelmatig acht.

De wijze waarop de aankomende professionele werker deze rol met gedrag opvult is beslissend voor de toekomstige praktijkrol. Daarvoor is geen levende ervaring beschikbaar. Het is een onderdeel

van de training als men eenmaal in de praktijk werkzaam is.

De onderzoekers concluderen dat er in tal van beroepsopleidingen een schijnprofessionalisme wordt gekweekt. Deze schijn wordt in de verschillende beroepsopleidingen helaas ingebracht om het beroep meer status te geven. Men eist wetenschappelijke kennis, hoewel deze in het dagelijks werk vrijwel niet wordt gebruikt of door de desbetreffende professionele werker niet voldoende kundig kan worden toegepast, omdat het uitzonderingsgevallen blijven.

Tot zover Drs. Groffen en medewerkers.

Deze onderzoekuitkomst vormt mijns inziens een pleidooi voor het geven van prioriteit aan het overwegen van een herprofessionalisatie, voorafgaande aan het ontwikkelen van een strategie voor inschakeling van vrijwilligers. Inzet voor een herprofessionalisatie zou moeten zijn een produkt-innovatie binnen de eerstelijns-gezondheidszorg.

Het komt mij dringend noodzakelijk voor dat de rol-relaties binnen de beroepsuitoefening voortdurend worden herzien tengevolge van zowel wetenschappelijke als van maatschappelijke ontwikkelingen.

Drs. W. Groffen en zijn medewerkers hechten niet zoveel waarde voor de beleving van de identiteit aan de erodes en de ethische gedragsregels, die als beroepsgedrag-vormend worden aangemerkt. Zij menen, dat hier een rationalisatie plaatsvindt onder het odium van een zekere wetenschappelijkheid, die inhoudelijk niet zo gewichtig is.

## 7. HET DILEMMA BIJ DE PRODUKT-INNOVATIE

Het Britse Bureau voor Gezondheids-economie te Londen heeft een brochure uitgegeven onder de titel *The health care dilemma*.\*

De arts – met name in de eerste lijn – moet een dubbelrol krijgen:  
– diagnostiseren, behandelen, consulteren c.q. verwijzen;  
– mensen met „minor ill-health” opvangen en leren dat in het leven

\* *The health care dilemma*. Office of Health Economics. 162 Regent Street London W1R 6 DD. Augustus 1975.

gevoelens van „unwellness” normaal zijn.

„Both the public and the profession could reverse the present trend towards a continued expansion of demand for health care resources if ill-health were less readily accepted as unavoidable and as being the responsibility of the health service rather than the individual” (pag. 17).

De nieuwe rol plaatst de Nederlandse huisarts voor een dilemma. Toch zal van het vervullen van deze rol – gesteund (zo mogelijk) door de massa-media met adequate voorlichting – de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland en de sociale weerbaarheid van de bevolking voor een belangrijk deel afhangen.

Kan de Nederlandse huisarts deze tweede rol consequent vervullen? Durft hij de verantwoordelijkheid voor dit type beslissingen op zich te nemen? Kan hij „neen” zeggen, zonder te discrimineren?

## 8. DE TOEKOMST IN HANDEN VAN DE HUISARTS?

Van 11 tot 14 november 1975 is in Berlijn onder verantwoordelijkheid van het parlement van de Raad van Europa een colloquium gehouden onder de titel „Veranderingen in de bevolkingsopbouw van de West-Europese landen en de problematiek van de stijgende kosten van het sociale zekerheidsstelsel”.

Honderdvijfveertig parlementariërs, deskundigen van sociale zekerheid en deskundigen van de vakbeweging waren bijeen. De conclusie van het colloquium: Het West-Europese stelsel van sociale zekerheid staat op instorten als op korte termijn geen halt wordt toegeroepen aan de stijgende vraag van de bevolking naar medische hulp, overal waar deze hulp geen adequaat helpen kan worden.

Het lot ligt in handen van de medische professie.

Ik meen, dat de ernst van de zaak:  
– dwingt tot herprofessionalisatie;  
– het overwegen waard maakt om de dubbelrol te kenschetsen als enerzijds „medische professie” en anderzijds „gezondheidsprofessie”;  
– extra financiering kan claimen bij het behartigen van de rol van „gezondheidsprofessie”.