

Gert Schout<sup>1</sup> is zelfstandig gevestigd onderzoeker/  
consultant bij bureau OvZO in Groningen. E-mail:  
gertschout@ovzo.nl.

Binnengekomen 30 augustus 2007

Geaccepteerd 15 oktober 2007

GERT SCHOUT

## ZORGVERMIJDING EN ZORGVERLAMMING

15

### Naar een praktijktheorie voor de openbare geestelijke gezondheidszorg

#### INLEIDING

In Nederland lopen 24.000 tot 110.000 sociaal kwetsbare mensen kans om buiten beeld van de hulpverlening te raken. De zorg voor deze mensen is organisatorisch ondergebracht in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). De OGGz is geen traditionele organisatie met een gebouw en met vast personeel op de loonlijst. Feitelijk is het een interorganisatoneel werkverband zonder een centrale partij die zijn wil dwingend aan anderen kan opleggen. Hulpverleners van verschillende instellingen moeten samen initiatief en daadkracht tonen om sociaal kwetsbare mensen te helpen. Hier slagen zij niet altijd in, waardoor mensen van passende hulp verstoken blijven. Belangrijke processen die daaraan bijdragen, zijn zorgvermijding – het mijden van zorg door kwetsbare mensen – en zorgverlamming – het mijden of uit de weg gaan van moeilijke cliënten door (zorg)instellingen.

In de internationale vakliteratuur wordt dit maatschappelijk probleem, van een doelgroep met meervoudige problemen die behoefte heeft aan integrale hulp maar daarvan verstoken blijft, vanuit verschillende invalshoeken onderkend en beschreven. Studies die specifiek ingaan op de interactie tussen zorgverlamming en zorgvermijding, ontbreken echter. Het ontbreekt

bovendien aan empirisch gefundeerd onderzoek naar condities en competenties die het mogelijk maken om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen. Het is deze constatering en de behoefte aan methodische aanwijzingen en nascholing in de praktijk die aanleiding zijn geweest om een theorievormend onderzoek te starten naar dit onderwerp. In dit artikel wordt dan ook antwoord gezocht op de vraag hoe zowel de productie en de reductie van zorgvermijding en zorgverlamming begrepen kunnen worden.

#### METHODE

Hoe kun je het verschijnen en verdwijnen van zulke complexe verschijnselen als zorgvermijding en zorgverlamming onderzoeken? In ieder geval niet door in de studeerkamer te blijven, maar door erop uit te trekken en professionals aan het werk te zien. Tussen 1998 en 2007 is met behulp van een exemplarisch praktijkonderzoek gekeken naar competenties van hulpverleners die zorgvermijding en zorgverlamming wisten te keren. Wat typeert deze hulpverleners? Welke persoonskenmerken brengen ze in? Welke werkwijze en welke gedragingen leiden tot contact en vertrouwen? En onder welke condities slagen zij daarin? We hebben met observaties gekeken naar hulpverleners die ondanks de regeldichtheid, handelingsruimte wisten te

creëren. Met aanvullend surveyonderzoek hebben we gekeken of we deze competenties en condities scherper konden formuleren.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij de praktijk voor OGGz in de stad Groningen. Om verschillende redenen kan deze praktijk getypeerd worden als een zogenoemde 'good practice', een praktijk waar anderen van kunnen leren. In het onderzoek is niet alleen gekeken naar de professionals die werkten in deze praktijk, maar ook naar de aard en de samenwerking met andere instellingen en andere professionals. Er is met andere woorden niet alleen gekeken naar competenties van hulpverleners, maar ook naar de condities waarin ze deze laten zien. Het onderzoek bestond uit vijf onderdelen:

1. Een veldonderzoek waarin de aangetroffen werkwijze is beschreven.
2. Een onderzoek met behulp van focusgroepen waarmee verbeteringen in deze werkwijze zijn aangebracht.
3. Het systematisch opgraven van kennis met behulp van 'stimulated recall'.<sup>2</sup>
4. Met een aanvullend survey is onderzoek gedaan naar persoonlijke eigenschappen die hulpverleners in staat stellen om zorgvermijding en zorgverlamming terug te dringen.
5. De empirische bevindingen zijn gecontrasteerd aan de uitkomsten van literatuuronderzoek. In dit literatuuronderzoek is gezocht in twee richtingen: naar condities die vermijding en verlamming produceren en het omgekeerde, condities die vertrouwen en initiatief produceren.

In deze studie is gekozen voor een systemische analyse, dat wil zeggen dat zorgvermijding niet los wordt gezien van zorgverlamming, dat competenties niet los worden gezien van condities, dat het ontstaan van zorgverlamming niet los wordt gezien van een overweldigend institutioneel kader in het werkveld. Daarbij is in de analyse uitvoerig gebruikgemaakt van Giddens' structuratietheorie (1984). Hulpverleningsprocessen en institutionaliseringsprocessen zijn in deze studie – in navolging van de structuratietheorie – geherdefinieerd in termen van structuur, hulpbronnen, structuratie en van (re)productie van systemen. De ontwikkelingsgang

van identiteiten, structuren, instituties en de wisselwerking ertussen kon zo in beeld worden gebracht.

## DE PRODUCTIE VAN ZORGVERMIJDING EN ZORGVERLAMMING

De Groningse psychiater Van Veldhuizen (1998) heeft als eerste een relatie tussen zorgvermijding en zorgverlamming gelegd. Hij liet zien dat er een nauwe relatie ligt tussen de gebrekkige daadkracht van instellingen en het onvermogen om adequaat hulp te zoeken van cliënten. In dit artikel gaan we nog verder.

Zorgvermijding en zorgverlamming zijn verschijnselen die elkaar versterken en elkaar oproepen. Mensen die de zorg mijden, zijn mensen die kennelijk het vertrouwen missen in instituties die bedoeld zijn om hen ter zijde te staan. Hoe kan dat? In dit artikel wordt zorgvermijding verklaard uit de overbodigheid van mensen die langdurig aan de zijlijn staan. Deze overbodigheid produceert een afkering van de samenleving die zich laat zien in zorgvermijding.

### Zorgvermijding

Het proces van marginalisering naar extreme marginalisering, van uitsluiting naar normverval, heeft raakvlakken met twee begrippen die in de sociologie worden aangeduid als anomie en vervreemding. Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt en soms als synoniem aangeduid. Dat zijn ze echter niet. Durkheim – de geestelijk vader van het begrip anomie – duidt met het begrip de teloorgang aan van samenbindende normen en instituties en het ontbreken van ordescheppen- de mechanismen. Het begrip anomie heeft een macrodimensie (functieverlies van primaire groepen, verlies van groepscohesie, individualisering) en een microdimensie (gevoelens van zinloosheid, sociale isolatie).<sup>3</sup> We concentreren ons eerst even op de microdimensie. Bij anomie overheerst enerzijds het individuele gevoel niet (meer) tot de maatschappij te behoren en anderzijds het in gebreke blijven van identificatiemogelijkheden van het individu met anderen. Srole<sup>4</sup> onderscheidt vijf aspecten in het concept anomie:

1. het gevoel dat politieke leiders onbereikbaar zijn en onverschillig staan tegenover mijn behoeften;
2. het gevoel dat de sociale orde in essentie willekeurig en onvoorspelbaar is;

3. de ervaring van sociaaleconomische achteruitgang, dat de bereikte welstand achteruitgaat;
4. een verlies van geïnternaliseerde waarden en normen en een gevoel van zinloosheid van het leven;
5. het gevoel niet meer ondersteund te worden door sociale netwerken (p. 712 en 713).

Het zijn mensen die gemakkelijk de volgende zin in de mond nemen: '... of je nou door de hond of door de kat wordt gebeten, het maakt toch niet uit.' Of extremer: onaangenaam ruikend of onverzorgd de straat op gaan, schreeuwen in het openbaar, openlijke vijandigheid tonen tegenover personen, frauderen met uitkeringen. Zij herkennen zich dan niet meer in de samenleving en de codes die daarin gangbaar zijn. In een rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau over sociale uitsluiting wordt dit gedrag aangeduid als 'onvoldoende culturele/normatieve integratie', waarmee wordt bedoeld dat mensen centrale normen en waarden behorend bij een actief sociaal burgerschap, onvoldoende naleven. Maar ook een gering arbeids-ethos, een geringe opleidingsbereidheid, niet stemmen, misbruik van sociale zekerheid, delinquent gedrag, afwijkende pedagogische opvattingen en afwijkende opvattingen koesteren over rechten en plichten van vrouwen en mannen behoren tot dit gedragsrepertoire (Jehoel-Gijsbers, 2004).

De tegenhanger van anomie is het 'gevoel van integratie': een positieve beleving van participatie in de verschillende maatschappelijke velden, het gevoel greep te hebben op het eigen leven en het ervaren van verbondenheid. Geïntegreerde mensen voelen zich veilig, hebben een positief toekomstbeeld, koesteren geen gevoelens van politieke machteloosheid, hebben een lage mate van utilitair individualisme<sup>5</sup>, een interne *locus of control* en een algemeen vertrouwen (vgl. Jacobs e.a., 2001). Hulpverleners hebben graag te maken met cliënten uit deze laatste groep. Ze delen dezelfde cultuur en herkennen dit bij elkaar. OGGz-clieñten voldoen zelden aan dit profiel. OGGz-clieñten zijn cliënten die altijd te laat komen, die altijd bij de verkeerde instantie de verkeerde hulpvraag stellen, die het niet lukt om zich coöperatief op te stellen – sterker nog – die aversie oproepen of zich onttrekken aan de hulpverlening. Een groep kortom die gemakkelijk buiten de boot valt. Engbersen (1996) duidt in navolging

van Ghandi deze groep aan als 'the least, the last, the lost en the latest'. Deze groep vindt veel minder gemakkelijk zijn weg naar de hulpverlening. Hulpverleners spannen zich voor deze mensen niet vanzelfsprekend tot het uiterste in, al helemaal niet als deze mensen zich onttrekken aan hulp of niet gemotiveerd zijn. Een zichzelf reproducerende situatie van herkenning, wederzijdse inzet en waardering komt bij deze mensen niet op gang. Er is echter meer aan de hand dan dat hulpverleners en cliënten niet hetzelfde wereldbeeld delen.

In Nederland leven 1,5 miljoen mensen van een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering<sup>6</sup> en slechts een beperkt deel van deze mensen is volgens de huidige criteria re-integreerbaar (Hoff e.a., 2003). Een deel, dat moeilijk re-integreerbaar is, bestaat uit burgers die langdurig van een sociaal minimum leven en weinig kans op betaald werk hebben, die chronisch ziek of gehandicapt zijn en die beschikken over geringe leercapaciteit. Managers van de sociale diensten in Nederland schatten dat ongeveer de helft van de huidige bijstandsgerechtigden – 330.000 mensen – niet meer zal uitstromen naar regulier werk (Edzes, Moes en Westerhof, 2006). Bij een relatief hoog minimumloon zoals we dat in Nederland kennen, dat voor een deel bestaat uit premies en afdrachten, hebben relatief veel mensen een slechte kans op de arbeidsmarkt doordat ze niet productief genoeg zijn (De Beer, 2001). Bij een aantrekkelijke economie krijgt het re-integreerbare deel van de 1,5 miljoen mensen weer kansen, een vaste kern van mensen met forse arbeidshandicaps blijft aan de kant staan. De mensen die tot de vaste kern behoren, zitten als het ware 'permanent op de reservebank'. Door de grote afstand tot de arbeidsmarkt lijkt een bestaan aan de zijlijn voor hen haast onontkoombaar.

Als het niet lukt om een plaats te veroveren in de samenleving, is het moeilijk om vertrouwen te hebben in de instituties en de functionarissen die een onderdeel zijn van die samenleving. Volgens de Amerikaanse socioloog Merton (1964) veroorzaakt de oriëntatie op opwaartse mobiliteit in Westerse kapitalistische maatschappijen sociale druk. Als er beperkte mogelijkheden zijn om mobiliteitsdoelen te realiseren, kan dit leiden tot verschillende aanpassingsstrategieën waarmee deze druk kan worden verminderd. Eén van deze strategie-

en is het gedrag dat zorgmijders typeert: terugtrekking (retraite).<sup>7</sup> Anders gezegd: het hoge levenstempo en de druk om te presteren produceert afhakers; mensen bij wie uitsluiting en zelfuitsluiting elkaar versterkende processen zijn geworden. Waar de overheid een beleid voert dat gericht is op 'meedoen' en 'activering', zoeken zorgmijders de retraite. We gaan nu de microdimensie van deze terugtrekking verder ontrafelen.

Meetellen en erbij horen zijn basisbehoeften van mensen (Schuyt en Voorham, 2000). Niet meetellen en permanent op de reservebank zitten doen afbreuk aan het zelfbeeld en de identiteit. Wolf (2002) constateert dat mensen die positieve aandacht krijgen, deze oordelen internaliseren en zich ernaar gaan gedragen.

- 18 Omgekeerd gaat dit mechanisme ook op. Wie langdurig aan de zijlijn staat, gaat zichzelf zien als overbodig en presenteert zich ook zo. Deze representatie roept bij anderen gemakkelijk aversie op en zo kan een negatieve cirkel ontstaan van deprimering, representering, aversie, uitsluiting en zelfuitsluiting. Wolf (2002) beschrijft hoe transities in de identiteit van burger naar probleemgeval uiteindelijk kunnen leiden tot het zich niet meer houden aan gangbare codes in de samenleving:

*'Door een negatieve of afwijzende bejegening door anderen die vaak weer een reactie vormt op schendingen van gangbare omgangsvormen en regels, kunnen mensen een negatief zelfgevoel ontwikkelen. Onbewust kunnen zij zich in hun gedrag gaan oriënteren op het beeld dat de ander van hen heeft en hun algemene zelfpresentatie daaraan aanpassen. Gedrag en zelfpresentatie roepen bij anderen gemakkelijk weer aversies op, wat opnieuw voeding geeft aan negatieve zelfwaardering en gevoelens van deprimering. Als dit proces samengaat met een zekere etikettering, kan de aangereikte identiteit een schaduw werpen over de eigen identiteit en er op den duur zelfs mee samenvallen. Transitie in de identiteit van burger naar die van bijvoorbeeld psychiatrische patiënt, dakloze, zorgmijder, overlastveroorzaker of veelpleger vormen het sluitstuk van het proces van uitburgering. Hoe groter de vervreemding van het eigen zelf, des te kleiner wordt de druk om zich te houden aan de gangbare codes in de samenleving' (p. 20).*

Niet meetellen in de samenleving betekent voor sommigen berusting in het lot en zoeken naar eigen netwerken en bezigheden. Het zoeken naar eigen netwerken van gelijkgestemde personen kan echter ook leiden tot een cultuur met neerdrukkende normen. Een citaat uit het WRR-rapport *Vertrouwen in de buurt* (2006) weerspiegelt dit goed: 'Collectieve armoede nodigt niet uit om trots te zijn' (p. 53). Zo beschrijft de Amerikaanse socioloog Portes (1998) gesloten gemeenschappen waarin groepsolidariteit verbonden is met een gemeenschappelijke beleving van vijandigheid ten opzichte van de doorsneesamenleving. In deze gemeenschappen kan individueel succes de groepscohesie ondermijnen doordat dit laatste juist is gebaseerd op de veronderstelde onmogelijkheid van het voorkomen van succes. Dit resulteert in neerdrukkende normen die de leden van de groep of gemeenschap op hun plaats houden en waaruit personen met ambitie wegvluchten. In het wereldbeeld van deze groep gemarginaliseerden is individueel succes onmogelijk en individuen die het tegendeel bewijzen, verlaten de groep of worden uitgestoten omdat ze het wereldbeeld van de groep ondermijnen. Ook Dalrymple<sup>8</sup> signaleert deze neerdrukkende cultuur, met name bij de onderklasse. Het nemen van verantwoordelijkheid, het tonen van initiatief is in deze onderklasse volgens hem getaboeïeerd. Het is aannemelijk dat dit krachtig omarmen van een wereldbeeld waarin sprake is van een negatieve zichzelf waarmakende voorspelling (zie je wel, de wereld deugt niet), ook een rol speelt in het wereldbeeld van extreem gemarginaliseerden. Een vast en haast onwrikbaar wereldbeeld lijkt de gevoelens van onzekerheid, onvoorspelbaarheid en chaos terug te dringen die gepaard gaan met extreme marginalisering. Het mijden van zorg valt samen met een algeheel wantrouwen in de samenleving en de instituties die daarin functioneren. Nooteboom (2002) wijst erop dat vertrouwen samengaat met zelfvertrouwen. Een gebrek aan zelfvertrouwen kan doorslaan naar een overmaat aan wantrouwen. Deze personen ervaren eenzijdige afhankelijkheid en machtsongelijkheid, worden achterdochtig en worden overgevoelig voor aanwijzingen van opportunisme. Zorgvermijding lijkt te worden aangejaagd door een overgevoeligheid voor aanwijzingen dat de hulp-

verlening of de instanties die zij vertegenwoordigen, toch niet deugen.

### Zorgverlamming

Zoals zorgvermijding kan worden begrepen met behulp van het begrip anomie, zo kan zorgverlamming worden begrepen door het begrip vervreemding. Vervreemding ontstaat volgens Zijderveld (2000) als er een te groot en overweldigend institutioneel kader is. Individuele integriteit en individuele talenten kunnen dan niet tot ontplooiing komen. Een strikte scheiding tussen het persoonlijke en het functionele bemoeilijkt het aanboren van talenten; de persoon wordt een functionaris. Vervreemding komt voor bij abstracte, logge, overbureaucratische, gerationaliseerde en geformaliseerde instituties. Volgens Frissen (2007) gaan de instituties van de verzorgingsstaat gebukt onder een massieve regeldichtheid. Als de hoeveelheid voorschriften en protocollen toeneemt en de discretionaire ruimte<sup>9</sup> afneemt, kunnen professionals vervreemd raken van zichzelf en van hun creativiteit en vervallen in wat Schuyt (1994) 'bureaucratische onverschilligheid' noemt. Een voorbeeld.

*Een instelling voor schuldhulpverlening in het noorden van het land moet bezuinigen, per 1 januari 2006 moeten er twaalf medewerkers verdwijnen. Hierdoor gaat men meer op kantoor werken en worden huisbezoeken steeds minder afgelegd. Soms is dit erg inefficiënt. Heeft men bij een bezoek op het kantoor een brief of legitimatiebewijs vergeten, dan kan een betalingsregeling niet in werking worden gezet en moet er een nieuwe afspraak worden gemaakt. Sommige cliënten komen dan niet weer of komen pas veel later terug terwijl de schulden verder oplopen. Bij de mensen thuis liggen alle papieren die nodig zijn om een regeling te treffen, daar kunnen soms beter spijkers met koppen worden geslagen. 'Omdat ik zelf niet achter mensen aan ga, kan ik hulpverleners van andere instellingen moeilijk aanspreken op het feit dat ze niet achter mensen aan gaan die dreigen weg te zakken'.<sup>10</sup>*

Tekenen die wijzen op vervreemding bij medewerkers, zijn onverschilligheid, procedureel gedrag, cynisme en afwentelingsgedrag. In een subtiele gedaante is dit

soms te zien als hulpverleners routines en gewoonten doorzetten die niet functioneel zijn: hulpverleners die aangeven dat ze pas aan de hulpverlening kunnen beginnen als toestemming van beide ouders gegeven is (en ondertussen stopt de hulpverlening aan het kind); anamneseformulieren afnemen bij mensen, ondanks dat ze daar angstig op reageren; hulpverleners die mensen op kantoor laten komen alhoewel de cliënt de machtsongelijkheid die daarmee gepaard gaat, moeilijk kan verdragen. Deze subtiele vormen van vervreemding zijn niet verwonderlijk. Het is niet alleen de regeldruk, de economisering en de verzakelijking van de zorg die vervreemding in de hand werkt, het is ook de verregaande differentiatie en specialisatie in de zorg. Probleemkluwen klanten of multiprobleemgezinnen hebben al gauw een tiental hulpverleners om zich heen verzameld die zich allemaal bezighouden met een deelgebied als: huisvesting, uitkering en schuldhulpverlening, verslaving, psychiatrische problemen, huiselijk geweld, pedagogische problemen. De differentiatie heeft niet alleen betrekking op inhoudelijke deelgebieden, maar ook op de verschillende fases in de zorgketen. Voordat de feitelijke hulpverlening begint zijn er vaak nog verschillende hulpverleners betrokken bij het signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren en doorverwijzen. Deze ketens zijn niet alleen storingsgevoelig, ze belemmeren het tot stand brengen van langdurige therapeutische relaties. Van het werken aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen of aan maatschappelijk herstel komt door deze versnippering weinig terecht.

Als hulpverleners het totaal niet kunnen overzien, is het moeilijk om verantwoordelijkheid te zien en te nemen. Deskundigheid op deelgebieden gaat gepaard met verlies van inzicht in de wijze waarop deelproblemen elkaar versterken. Betrokkenheid en het begaan zijn met het lot van de ander worden hierdoor bemoeilijkt. De socioloog Bauman (1998) noemt dit 'deconstructie van de morele persoonlijkheid'. In de deelrapporten van de IGZ over recente kindermishandelingszaken (onder andere het Maasmeisje) zien we hier een portret van: er was geen totaalbeeld en niemand voelde zich eindverantwoordelijk. Afzijdigheid was de overlevingsstrategie van de betrokkenen.

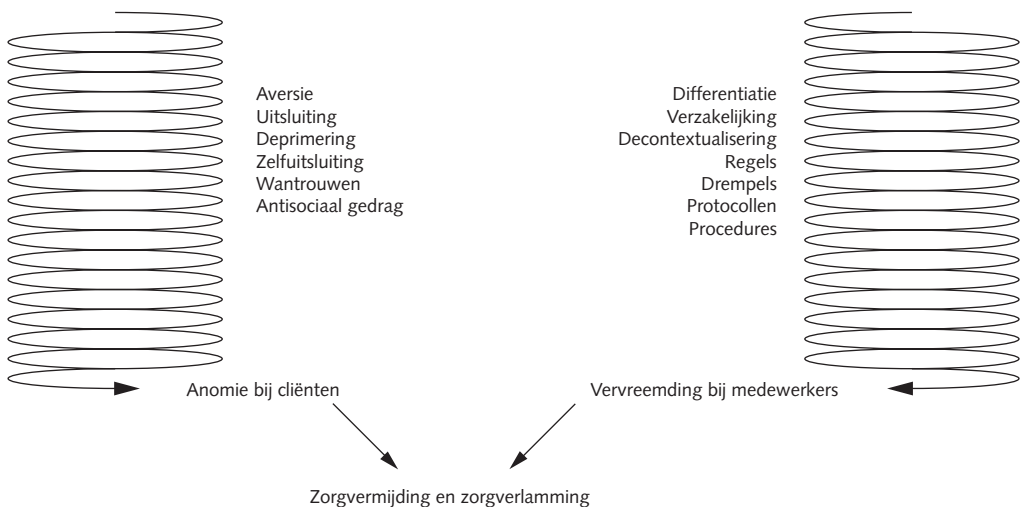
Zorgverlamming kan al met al worden omschreven als een proces waarin iedere instelling een reden heeft om zich niet met lastige cliënten te bemoeien en waarbij de actoren het initiatief van anderen afwachten of cliënten als een hete aardappel aan elkaar doorgeven. Het onvermogen om de kluwenproblematiek van cliënten te overzien voedt de machteloosheid van de afzonderlijke hulpverleners.

### De reproductie van zorgvermijding en zorgverlamming

Zijderveld (2000) ziet de processen van anomie en vervreemding die in het voorgaande zijn beschreven, als twee met elkaar verbonden, maar wel verschillende ziekten. Samen vormen ze de tweelingziekte van de moderniteit. Toegepast op de vraagstelling van dit artikel kan vervreemding worden gezien als een proces waardoor medewerkers van maatschappelijke instellingen gescheiden raken van hun morele bronnen, hun talenten en hun creativiteit en anomie als een proces waarin mensen het gevoel hebben dat ze van de samenleving en haar instituties niets meer te verwachten hebben. Als vervreemdingsprocessen bij medewerkers en anomische processen bij cliënten samenkomen in hulpverleningssituaties, kan er een mengsel ontstaan van zichzelf waarmakende voorspellingen ('zie je wel, de cliënt is niet gemotiveerd' c.q. 'zie je wel, de hulpverlening deugt niet') die eindigen in zorgverlamming en zorgvermijding (zie afbeelding 1).

### DE PRODUCTIE VAN VERTROUWEN EN INITIATIEF

Het voorgaande wekt de indruk dat actoren opgesloten zitten in condities die onafwendbaar leiden tot zorgverlamming en zorgvermijding. Dit is echter niet het geval. OGGz-clieënten, professionals en bestuurders acteren niet onder zelfgekozen omstandigheden, maar beschikken wel over mogelijkheden om condities te veranderen en naar hun hand te zetten. In het onderzoek waarvan we in dit artikel verslag doen, zijn we op zoek gegaan naar een praktijk waarin het de actoren lukt om de negatieve spiralen van anomie en vervreemding te ontlopen. Een praktijk waar hulpverleners te vinden zijn die situaties weten te creëren waar krenking en machtsongelijkheid worden vermeden of weggewerkt. Een praktijk waarin hulpverleners helpen om de inperkende beelden die cliënten geconstrueerd hebben van de binnen- en buitenwereld ('het wordt toch nooit wat...'), helpen deconstrueren als dat nodig is. Een praktijk waar het (zelf)vertrouwen van cliënten wordt hersteld, waar instellingen en professionals initiatieven nemen. Waar in de vorige paragraaf wantrouwen en vervreemding centraal stonden, richt deze paragraaf zich vooral op de productie van vertrouwen en initiatief. Daarbij richten we ons allereerst op de competenties van hulpverleners: hoe doen deze hulpverleners die vertrouwen weten te winnen? Hoe kijken, lopen, praten, zitten deze personen? We hebben



Afbeelding 1: De (re)productie van zorgverlamming en zorgvermijding.

bovendien niet alleen gekeken naar hoe doen ze, maar ook hoe zijn ze. Een voorbeeld.

*Aan het eind van de ochtend bellen we aan bij een benedenwoning. Een man van midden dertig doet vloekend en schreeuwend de deur open. Hij maakt enkele smalende opmerkingen over de hulpverlener: 'Zo, ben jij daar ook eens.' Enmaal binnen loopt de man door naar de keuken en schreeuwt en scheldt daar verder [Is bij de sociale dienst uit het gebouw verwijderd, heeft een voorschot niet gekregen, red.]. De heftigheid van het schreeuwen en schelden neemt niet af. G. gaat op de bank zitten. Af en toe komt de man vanuit de keuken terug de kamer inlopen met een mes [pas later wordt duidelijk dat hij er slechts een boterham mee smeert]. G. reageert kalm en maakt opmerkingen als: 'Zo eh ...' of 'Goh man, wat is het ook wat...' Af en toe stelt G. vragen als: 'En hoe ging het toen verder?' G. haalt uit de binnenzak van zijn spijkerjasje een plastic zakje met boterhammen en begint te eten. Geleidelijk bedaart de man en gaat zelf ook een boterham eten.*

In deze situatie spelen (empathische en structurende) vaardigheden maar een beperkte rol. De rust van de hulpverlener – dat hij gaat zitten en zelf gaat eten – werkt op de een of andere manier de-escalerend op de cliënt. Waarschijnlijk spelen er ook allerlei onbewuste mechanismen bij de man een rol als: zittende mensen sla je niet; etende mensen voelen zich bij mij kennelijk op hun gemak en dat kan ik niet (lang) onbeantwoord laten; een taboe op vijandigheid ten opzichte van iemand die mij wel accepteert en vertrouwt; met deze hulpverlener moet ik niet ook nog eens problemen krijgen. De vervlechting van innerlijke taboes, externe demping en latente loyaliteiten zorgen samen voor een de-escalerende context; kalmte produceert kalmte. Het voorbeeld laat zien dat onderzoek naar competenties voor het terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming, niet alleen kan kijken naar het *doen*, maar ook naar het *zijn*.

De analyse van deze en andere voorbeelden laat zien dat hulpverleners die erin slagen om contact te maken en vertrouwen te winnen, een stijl van werken volgen die we hebben getypeerd als *waarderend*, in tegenstelling tot *normerend*. Ondanks overlast of risicovolle

leefstijlen, geen opgeheven vingertje, geen gehamer op (nog niet bereikte) doelen. Deze hulpverleners vertrekken vanuit acceptatie van wat er is, proberen aan te sluiten bij de persoon en diens leefwereld. In hun doen en laten zoeken deze professionals naar mogelijkheden om kwaliteiten en prestaties van cliënten boven water te krijgen en deze te markeren. Erkenning van de persoon speelt in de werkwijze een doorslaggevende rol.

Hiervan nu een voorbeeld dat een vervolg is op het fragment dat we hiervoor beschreven.

*G: Wat voor soort mensen krijgen nu hun zin bij de sociale dienst?*

*H: Weet ik veel.*

*G: Nou, denk eens na.*

*H: Ja, mensen die ja en amen zeggen ... Ja, en misschien wel rustig zijn.*

*G: En wat voor soort persoon stond er aan de balie toen jij werd verwijderd?*

*H: Een opstandig figuur.*

*G: Hoe vaak krijgen die hun zin?*

*H: Nooit.*

*G: Zijn er ook rustige mensen in jouw leven geweest van wie jij de kunst heb kunnen afkijken?*

*Korte tijd later ontspint zich een gesprek waarin H. zichzelf leert zien als iemand die het in zijn leven moest doen met volwassen die kort aangeboden waren en gewelddadig optraden. G. complimenteert hem ook met de vele geslaagde pogingen om het zonder ruzie op te lossen*

In het licht van zijn geschiedenis is het zonder ruzie een weg vinden door het woud van gecompartmenteerde instellingen voor deze cliënt een hele prestatie. De voorbeelden laten zien dat niet alleen het *doen* (in dit geval de vaardigheden als herdefiniëring, tonen van empathie, helpen met keuzen) van de hulpverlener ertoe doet, maar ook het *zijn* (zie tabel 1). Waar in de vorige paragraaf negatieve vicieuze cirkels tussen hulpverleners en OGGz-clieënten op gang komen, verschijnen in deze casus positieve zichzelf reproducerende sociale situaties. De erkenning, de acceptatie, het geduld levert de hulpverleners allerlei retourgiften op: binnengelaten worden in iemands woning, binnengelaten worden in het levensverhaal, vertrouwd worden.



Deze subtiele retourgiften wakkeren de intensiteit van het contact en het vertrouwen verder aan.

In het onderzoeksmateriaal zijn aanwijzingen te vinden dat hulpverleners die het 'juiste' midden weten te vinden van de persoonlijke eigenschappen die hierna genoemd worden, het vermogen hebben om contact te maken en vertrouwen te winnen, maar ook om condities te creëren waarin samenwerking en initiatief naar voren kunnen komen.

afstandelijkheid	compassie	vereenzelviging
afzijdigheid	trouw	symbiose
eenzelvig	betrokkenheid	identificatie
defaitistisch	vasthoudendheid	drammerig
volgzaam	kritisch ten opzichte van de mainstream	opstandig
rigide	flexibiliteit	toegeeflijk
pessimisme	optimisme	onkritisch, eufoor
onhandig	diplomatiek	strategisch
ongeduld	geduld	lethargie
voorspelbaar	creativiteit	onbezonnenheid
vermoeid	stressbestendigheid	jezelf voorbij lopen
egoïsme	altruïsme	jezelf wegcijferen

**Tabel 1: De positionering van persoonlijke eigenschappen in het 'juiste' midden.**

Kijken we terug op het voorbeeld van de schreeuwendeman, dan valt op dat de hulpverlener uit het voorbeeld flink wat eigenschappen uit het middelste rijtje nodig heeft om vertrouwen te kunnen winnen.

Vermoeide, pessimistische, ongeduldige, rigide personen komen in deze casus niet verder.

Het lijkt er misschien even op dat in ons onderzoek hulpverleners geportretteerd zijn met uitzonderlijke kwaliteiten, een soort halfgoden. In werkelijkheid zagen we hulpverleners aanmodderen en soms missers maken. Dit aanmodderen leidde echter niet tot zorgverlamming, maar leidde ertoe dat contact tot stand kwam, dat er hulpverlening op gang kwam, dat overlast afnam, dat crises minder heftig werden, dat er met

vallen en opstaan samenwerking tussen instellingen werd gerealiseerd. Dit aanmodderen en de subtiele retourgiften die eruit voortkomen – zoals het eerdergenoemde binnengelaten worden in iemands woning, vertrouwd worden, enzovoort – worden door de betrokken hulpverleners dan ook beleefd als een vitale praktijk. Ze praten er graag over, ze houden er studiemiddagen over, betrekken er stadsdeelcoördinatoren en politici bij.

We hebben de indruk dat de genoemde competenties worden uitgelokt door condities. Dat competenties ruimte kunnen krijgen en bevestigd worden, maar (helaas) ook het omgekeerde, ingekneld en beperkt. Met andere woorden: er zijn condities waaronder hulpverleners erin kunnen slagen om contact te maken, vertrouwen te winnen en samenwerking tussen voorzieningen van de grond te krijgen. Zorgvermijding en zorgverlamming kunnen niet gediend onder deze condities. We bespreken hier de belangrijkste.

*Geringe afstand tussen de lokale bevolking en voorzieningen* is de eerste conditie. In situaties waar zorgvermijding en zorgverlamming worden teruggedrongen, kunnen signalen over verkommering en overlast uit de lokale bevolking gemakkelijk hun weg vinden naar de hulpverlening. Dit betekent dat de lokale bevolking weet waar de hulpverlening te bereiken is en dat de bevolking erop vertrouwt dat de signalen worden opgepikt. De bereikbaarheid, de beschikbaarheid, de aanklambaarheid, het coördinerend vermogen, de flexibiliteit en de laagdrempeligheid van de voorzieningen spelen een grote rol in het ontstaan en voortduren van zorgvermijding. Dit impliceert een tweede conditie, een zekere *kleinschaligheid* waardoor sleutelfiguren uit de lokale bevolking en professionals van voorzieningen elkaar kunnen kennen. Kleinschaligheid betekent ook een *gebiedsgerichte betrokkenheid* van hulpverleners. Behalve de wijkagent en de woningbouw zijn instellingen gericht op doelgroepen en op programma's. In de 25 gemeenten van de provincie Groningen wordt op dit moment gewerkt aan een plan om hulpverleners van verschillende instellingen een vast werkgebied toe te delen, waarin ze een zekere handelingsvrijheid krijgen om te doen wat nodig is (Schout, 2007). Zo kunnen partijen een geschiedenis



opbouwen waarin het onderlinge vertrouwen zich kan ontwikkelen. Als dit vertrouwen sterk is, durven sleutelfiguren uit de lokale bevolking of omstanders zich gemakkelijker in te laten met sociaal kwetsbare mensen. Wetend dat de hulpverlening bereikbaar en initiatiefrijke is, durven de actoren een rol te spelen in signalering, toezicht en informele steun. Het omgekeerde helaas ook. Een paar incidenten waarin overlast of verkommering in een woonomgeving voortduren, kan een beeld produceren van afzijdigheid, lage reactiesnelheid, bureaucratische opstelling. Het verlies van vertrouwen gaat te paard, het terugwinnen ervan te voet.

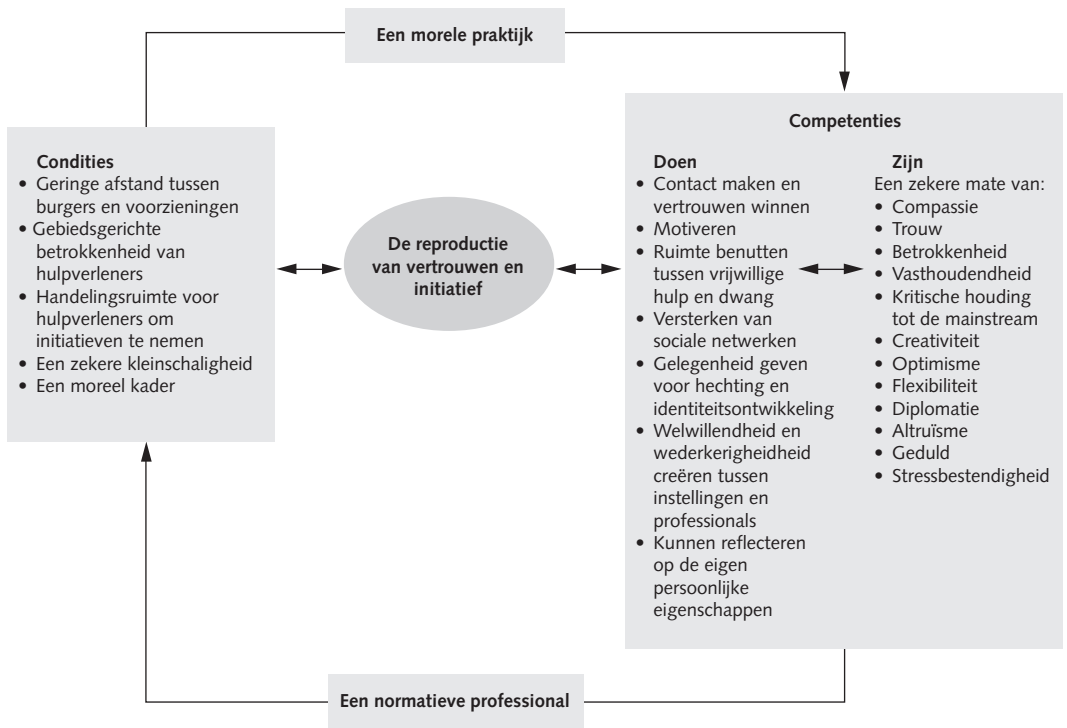
*Handelingsruimte voor medewerkers om initiatieven te nemen* is een vierde conditie. Als medewerkers vrijheid krijgen (*of nemen*) om contacten te leggen met sleutelfiguren uit de lokale bevolking, om vergaderingen te beleggen met collega's uit andere voorzieningen, om delen van hun tijd naar eigen inzichten in te vullen, ontstaat er ruimte voor creativiteit. Deze creativiteit is nodig omdat het werk met OGGz-cliënten zich niet in kantoorjablonen laat persen. Soms is het nodig om 's avonds bij iemand langs te gaan, om eerst via de brievenbus contact te leggen, om van alles om een clientsysteem heen te regelen dat niet op de geijkte formulieren van de voorziening kan worden weggeschreven. In dit onderzoek zijn hulpverleners geportretteerd die deze vrijheid deels krijgen, maar ook deels nemen; ze rommelen met regels en creëren daarmee ruimte. De laatste en vijfde conditie die we bespreken, is de minst tastbare; een *moreel kader*. Een omgeving waar zorgvermijding en zorgverlamming geen voet aan de grond krijgen, is een omgeving waar onverschilligheid ter discussie wordt gesteld, waar bestuurders, leidinggevend en hulpverleners breukvlakken in de zorg (onnodige doorverwijzing en fragmentatie) vermijden en waar de vaste wil is dat burgers toegang krijgen tot zorg. De morele praktijk die zo gestalte krijgt, bouwt (voort) aan tradities, geeft zicht op relevante doelen, kanaliseert verlangens van medewerkers en behoedt hen daarmee voor morele uitglijders.<sup>11</sup> Competenties zijn vanuit dit gezichtspunt geen individuele aangelegenheid meer, maar een conditie die werkers de gelegenheid biedt om steeds *het juiste midden* te zoeken in de ontwikkeling van hun persoonlijke eigenschappen (zie tabel 1). Het *juiste midden* in deze afbeelding

is overigens niet bedoeld als een gefixeerd eindpunt of een autoritaire aanwijzing. Ook is het geen tijdloze, boven contexten verheven wijsheid, maar juist het vertrekpunt van een dialoog. Door bevraging en door leerzame wrijving zoeken de actoren naar het 'juiste' midden. Het midden wordt dus steeds opnieuw gevonden, bijgestuurd en geherdefinieerd.

Zoals gezegd, is men tijdens het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan, op zoek gegaan naar een praktijk waarin het de actoren lukt om de negatieve spiralen van anomie en vervreemding te ontlopen. Opmerkelijk resultaat van deze zoektocht was dat niet alleen competenties van professionals relevant bleken, maar ook de condities waaronder zij werken. Sterker nog: vertrouwen en initiatief – het tegendeel van vermindering en verlamming – komen tot stand in een wisselwerking tussen competenties en condities. Een waardeerende stijl van werken genereert subtiele retourgiften. Deze retourgiften voeden nieuw vertrouwen en reproduceren intensiever contact. De competenties die verbonden zijn met deze waardeerende stijl van werken, krijgen ruimte en worden op hun beurt weer gevoed door bepaalde condities. In een kleinschalige omgeving, met een zekere handelingsruimte en de toewijzing van een vast werkgebied kan deze werkwijze zich ontwikkelen. Ook condities en competenties veronderstellen elkaar dus, verwijzen naar elkaar en roepen elkaar op (zie afbeelding 2)

## CONCLUSIE

Dit artikel draait om de vraag hoe de productie en de reductie van zorgvermijding en zorgverlamming begrepen kunnen worden. Zorgvermijding kan worden gezien als een overlevingsstrategie van mensen die 'permanent op de reservebank van de samenleving zitten'. Zorgverlamming komt voor in omstandigheden waarin niemand eindverantwoordelijk is en laat zich zien in procedureel gedrag, in afzijdigheid. Zorgvermijding en zorgverlamming wakkeren elkaar aan, veronderstellen elkaar en verwijzen naar elkaar. Vertrouwen en initiatief – het tegendeel van vermindering en verlamming – komen tot stand in een wisselwerking tussen competenties en condities die het spiegelbeeld vormen van het voorgaande. Een waardeerende stijl van



**Afbeelding 2: Terugdringen van zorgvermijding en zorgverlamming: een praktijktheorie.**

werken genereert subtiele retourgiften. Deze retourgiften voeden nieuw vertrouwen en reproduceren intensievere contact. De competenties die verbonden zijn met deze waarderende stijl van werken, worden bevestigd, worden gevoed en krijgen ruimte onder condities als kleinschaligheid, een vast werkgebied en een zekere mate van handlingsvrijheid. Ook condities en competenties veronderstellen elkaar, verwijzen naar elkaar en roepen elkaar op.

## NOTEN

1. Gert Schout promoveerde onlangs aan de Rijksuniversiteit Groningen op een proefschrift over zorgvermijding en zorgverlamming. Max van der Kamp†, Harry Kunneman (Universiteit voor Humanistisch) en Jacques Zeelen waren zijn (co) promotoren. Geheel onverwacht overleed Max van der Kamp op 6 juli 2007. Dit artikel is gebaseerd op onderdelen van het proefschrift van Gert Schout (2007) *Zorgvermijding en zorgverlamming*.

*Een onderzoek naar competentieontwikkeling in de OGGz.* Amsterdam: SWP.

2. Een systematische vorm van hardop denken. Zie: Busse, A. en R. Borromeo Ferri, 2003.
3. Zie de introductie van Passas, N. en R. Agnew, 1997, p. 1-26.
4. Vanuit deze vijf aspecten ontwikkelde Srole een vragenlijst voor het meten van sociale integratie. Zie: Srole, 1956.
5. De mate waarin individuen zich onthouden van (of bezighouden met) op eigenbelang gerichte normovertredingen zoals belastingontduiking, zwartwerk, illegaal kopiëren.
6. Het getal van 1,5 miljoen mensen die in Nederland leven van een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering is afkomstig van het Sociaal Cultureel Planbureau. Zie de internetsite: [www.scp.nl/onderzoek/werkherhvatting/default.htm](http://www.scp.nl/onderzoek/werkherhvatting/default.htm).
7. Merton onderscheidt vier aanpassingsstrategieën: conformisme, innovatie, ritualisme en retraite. Zie hoofdstuk 4 en 5 in: Merton, 1964.

8. Zie het hoofdstuk 'Lost in the getto' in: Dalrymple, 2001.
9. Met discretionaire ruimte wordt de beslissingsvrijheid en de handelingsruimte bedoeld waarbinnen professionals kunnen werken. Als er voldoende discretionaire ruimte is, krijgt moreel handelen een kans. Zie voor een uitgebreide beschrijving van dit begrip: Schuyt en Steketee, 1998. Vergelijk ook het WRR-rapport *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004.
10. Voorbeeld ontleend aan: Polstra en Schout, 2005.
11. Vergelijk MacIntyre, A. *After Virtue*. Londen: Duckworth, 1985.

## LITERATUUR

- Bauman, Z. (1998) *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid*. Meppel: Boom.
- Beer, de P. (2001) *Werk, een uitgewerkt medicijn? Arbeidsparticipatie, welvaart en ongelijkheid in de postindustriële samenleving*. Nijmegen: SUN.
- Busse, A. en R. Borromeo Ferri (2003) 'Methodological reflections on a three step design combining observation, stimulated recall and interview'. *ZDM*, vol. 35(6), p. 257-264.
- Dalrymple, T. (2001) *Life at the bottom: The world-view that Makes the Underclass*. Chicago: Ivan Dee.
- Edzes, A., M. Moes en E. Westerhof (2006) *WWB monitor 2006. Twee jaar WWB*. Utrecht: CAB/ Divosa.
- Engbersen, R. (1996) 'Sociale activering'. *Tijdschrift voor de sociale sector*, mei, nr. 5.
- Frissen, P.H.A. (2007) *De staat van verschil*. Amsterdam: Van Gennep.
- Giddens, A. (1984) *The constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Oxford: Polity Press.
- Hoff, S., G. Jehoel-Gijsbers en J.M. Wildeboer Schut (2003) *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002*. Den Haag: SCP.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Deelrapport 'Van overlastbestrijding naar bemoeizorg; een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders'*. Den Haag: IGZ.
- Jacobs, D., K. Abts, K. Phalet & M. Swyngedouw. (2001) *Verklaringen voor etnocentrisme. De rol van sociaal kapitaal, sociaal economische onzekerheid, sociale integratie en gevoelens van discriminatie*. IPSoM-bulletin (3).
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004) *Sociale uitsluiting in Nederland*. SCP-publicatie 17. Den Haag: SCP.
- MacIntyre, A. (1985) *After Virtue*. Londen: Duckworth
- Merton, R.K. (1964) *Social Theory and Social Structure* (revised and enlarged edition). New York: Free Press.
- Nooteboom, B. (2002) *Vertrouwen. Vormen, grondslagen, gebruik en gebreken van vertrouwen*. Schoonhoven: Academic Service.
- Passas, N. en R. Agnew (1997) *The Future of Anomy Theory*. Boston: North Eastern University Press, p. 1-26.
- Polstra, L. en G. Schout (2005) *Evaluatie van de OGGz in de gemeente Groningen*. Groningen: SoZaWe.
- Portes, A. (1998) 'Social Capital, its origins and applications in modern sociology'. *Annual Review of Sociology*, nr. 24, p. 1-24
- Schout, G., G. Lohuis en R. Schilperoord (september 2002) 'Onderwijs in nabijheid'. *Onderwijs & Gezondheidszorg*, nr. 5, p. 9-13.
- Schout, G. (2007) *Naar een gebiedsgerichte aanpak van de OGGz in de gemeente Groningen*. Groningen: OvZO.
- Schout, G. (2007) *Zorgvermijding en zorgverlamming. Een onderzoek naar competentieontwikkeling in de OGGz*. Amsterdam: SWP
- Schuyt, C.J.M. en C.A. Voorham (2000) *Sociale uitsluiting*. Amsterdam: SWP.
- Schuyt, Th.N.M. en M. Steketee. (1998) *Zorgethiek: ruimte binnen regels*. Amsterdam: SWP.
- Schuyt, C.J.M. (1994) *De productie en de reductie van bureaucratische onverschilligheid*. Lezing Juristen Fonds Personae Miserables.
- Srole, L. (1956) 'Social Integration and Certain Corollaries: An Explanatory Study'. *American Sociological Review*, vol. 21, p. 709-716.

- Veldhuizen, R. van (1998) 'Zorgverlamming'.  
*Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 12,  
p. 1175-1185.
- Wolf, J. (2002) *Een kwestie van uitburgering*.  
Amsterdam: SWP.
- WRR-rapport (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR-rapport (2006) *Vertrouwen in de buurt*.  
Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Zijderveld, A. C. (2000) *The Institutional Imperative, the Interface of Institutions and Networks*.  
Amsterdam: Amsterdam University Press.

## SUMMARY

26 | ZORGVERMIJDING EN ZORGVERLAMMING |

The aim of this article is to understand the dynamics that bring forth the production and reduction of care avoidance and care paralysis. Care avoidance and care paralysis not only coincide, they reinforce and recall each other. Sometimes care workers however produce situations in which these phenomena are pushed back, situations in which trust and initiative – the opposite of care avoidance and care paralysis – appear. Pushing back care avoidance and care paralysis is linked to a style of work: establishing contact from a starting point of acceptance; looking for opportunities for affirmation; marking (small) progress. Care avoidance and care paralysis cannot thrive under conditions as: the proximity between the local population and care facilities; the committed involvement of professionals to a fixed territory; a network wherein signals (of nuisance or deprivation) and actions can be linked; discretionary space for professionals to develop initiatives; a small-scale service level so that key figures from the local population and professionals of the care facilities can axially know each other; and finally a moral framework where indifference is brought up for discussion.