



# **Gezond met Sociaal Werk**

**Marie Kamphuis Lezing 2015**

Lisbeth Verharen

# Gezond met Sociaal Werk.

## Marie Kamphuis Lezing 2015

*Lisbeth Verharen*

Het is een grote eer om op dit bijzondere moment in de geschiedenis van het sociaal werk de Marie Kamphuis Lezing te mogen geven. Nu de krachten van het sociaal werk worden gebundeld in de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Niet op eigen kracht maar op samenkracht verder. Zoals mensen het in wezen altijd op samenkracht doen of moeten doen. Het lijkt mij een goede beweging, zeker nu. Geen tijd verspillen met het benadrukken van verschillen tussen sociaal werkers - die er zeker zijn - maar profileren van datgene waar het sociaal werk goed in is. Want de samenleving verandert en meer dan ooit is er een kans voor het sociaal werk om te laten zien wat het waard is. Maar dan moet die kans wel worden benut. Daarvoor is het belangrijk om niet alleen binnen het sociaal werk de verbindingen te versterken maar ook die met andere beroepsgroepen, in het bijzonder de gezondheidszorg. In deze lezing laat ik zien dat het sociaal werk daarvoor goede kaarten in handen heeft.

### *Veranderingen in de gezondheidszorg*

Het zal geen enkele sociaal werker zijn ontgaan dat zich belangrijke maatschappelijke veranderingen voltrekken die grote consequenties hebben voor het werk. Termen als decentralisaties, transities, transformatie, kanteling en participatie roepen bij iedereen wel beelden, verhalen of ervaringen op. Gemeenten zijn druk met de inrichting van het sociale domein. Organisaties vertalen de veranderingen naar consequenties voor hun beleid. Professionals zoeken hun weg in de veranderde context. En de opleidingen voor sociale studies bezinnen zich op de betekenis van de veranderingen voor het onderwijs en de inrichting van de opleidingen (Verkenningcommissie hoger sociaal agogisch onderwijs, 2014). In de gezondheidszorg is dat niet anders. Begin dit jaar verscheen het rapport over een nieuwe beroepenstructuur in de zorg (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Volgend jaar komt daar een vervolg op met een rapport over een nieuwe opleidingsstructuur voor de zorg.

Leidend voor het denken over de noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg is het nieuwe gezondheidsconcept van Huber e.a. (2011): Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Zorgprofessionals gaan zich richten op het herstellen of bevorderen van het functioneren van mensen en

betrekken daarbij verschillende dimensies: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Zij moeten generalistisch werken en uitgaan van mogelijkheden van mensen. Klinkt dat niet bekend? Het had een taakomschrijving van sociaal werk kunnen zijn.

De commissie die de nieuwe beroepenstructuur voor de zorg heeft voorgesteld beweert dat veel vragen onnodig in de gezondheidszorg terechtkomen. “Deze hebben meer te maken met problemen op het werk, op school, in de relatie, het sociaal netwerk of de woonomgeving (...). Veel van wat nu in de gezondheidszorg wordt geboden, kan je overhevelen naar het sociale domein of door het eigen netwerk of de buurt laten regelen. Er valt veel te winnen door de samenhang tussen de diverse domeinen te bevorderen en gezondheid als wezenlijk onderdeel in alle domeinen op te nemen.” (Kaljouw & Van Vliet, 2015, p. 34) Hierin lees ik een oproep om het sociale domein en het domein van de gezondheidszorg meer te verbinden.

De nieuwe benaderingen in de zorg zijn gelabeld met termen als positieve gezondheid, patient-centered care, family-centered care en patient-empowerment. Uitgangspunt is de persoon in relatie tot zijn sociale context. Niet alles doen wat kan, maar wat moet. En daarbij aansluiten op de voorkeuren en wensen van de persoon. Dat kan een medische behandeling zijn, maar bijvoorbeeld ook begeleiding bij het leren omgaan met de beperkingen die een fysieke aandoening met zich meebrengt. Begeleiden bij zelfmanagement noemen ze dat in de zorg. Het lijkt me voor cliënten en patiënten een positieve ontwikkeling. Zij worden gezien in wie zij zijn en in wat er voor hen toedoet. Ze zijn meer dan een aandoening. En daar liggen kansen voor het sociaal werk. In het nieuwe gezondheidsconcept gaat het immers voor een belangrijk deel om dimensies waar sociaal werkers heel vertrouwd mee zijn: sociaal-maatschappelijke participatie, kwaliteit van leven, de spirituele dimensie en het dagelijkse leven.

De veranderingen in het denken over gezondheid zie ik daarom als een herwaardering voor welzijn. De scheidslijn tussen zorg en welzijn is altijd al dun geweest. De eerste medisch-maatschappelijk werkster in Nederland was een verpleegkundige die stelde dat de zorg niet adequaat is als enkel naar het fysiek functioneren van een persoon wordt gekeken (Querido, 1963). Marie Kamphuis sloeg persoonlijk een brug tussen zorg en welzijn door les te geven bij de Academie voor Gezondheid (Batenburg, 2013, p. 329). En in de meest recente ontwikkelingen zien we sociaal wijkteams waarin sociaal werkers en wijkverpleegkundigen naast elkaar werken.

Toch meen ik dat er voor het sociaal werk ook een risico schuilt in deze ontwikkelingen binnen de zorg. Het risico om terrein te verliezen aan zorgverleners die zich ontwikkelen in een richting waarin sociaal werkers expert zijn. Ook dát zou niet voor het eerst zijn. Denk aan de praktische hulpverlening die in veel ziekenhuizen is overgenomen door transferverpleegkundigen. Of de sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen die de plaats innamen van sociaal werkers in de GGZ.

Als zorgverleners zich laten leiden door het nieuwe gezondheidsconcept, schuiven ze meer op naar welzijn. Ik zie bijvoorbeeld al ergotherapeuten die in mijn ogen een

fraai staaltje sociaal werk leveren. Uiteindelijk gaat het erom dat de mensen die dat nodig hebben goed geholpen worden, dat moet op de voorgrond staan. Maar het is wel eeuwig zonde als daarbij niet geprofiteerd wordt van wat in het sociaal werk aan expertise is opgebouwd. De opdracht voor het sociaal werk is dan ook: aansluiten bij de ontwikkelingen in de zorg en proactief en effectief de verbinding leggen met de gezondheidszorg.

Voor professionals is verbindingen leggen misschien wel een van de grootste uitdagingen in de huidige tijd. Niet alleen met burgers en cliënten, maar op alle niveaus. Ook met informele netwerken, met andere professionals en met andere beroepsgroepen (Van Ewijk, 2014, p. 151). Het prachtige boek *Together* van Richard Sennett (2012) biedt een keur aan inzichten over wat er komt kijken bij het aangaan van verbindingen. Een daarvan is dat competitie en samenwerken dicht bij elkaar liggen en om een balans vragen. Beide kanten van die balans wil ik in het vervolg van mijn verhaal verkennen, specifiek voor de verbinding van sociaal werk met de gezondheidszorg.

## *Sociaal werk in competitie met de zorg*

Om met de competitie te beginnen: welke kaarten heeft het sociaal werk in handen? Het slechte nieuws is dat diverse thema's waarmee sociaal werkers zich profileren, inmiddels ook door de zorg zijn omarmd. Ik heb het dan over:

- integraal kijken, denken en handelen;
- begeleiden van mensen bij de uitdagingen die zij op hun pad tegenkomen;
- gerichtheid op empowerment.

Maar als je hier wat dieper in duikt, zie je ook verschillen. En daar komen in mijn ogen de pareltjes van sociaal werk bovendrijven.

Ten eerste het integraal kijken, denken en handelen. Sociaal werkers zijn kenners van het alledaagse leven van mensen, van hun psychosociaal functioneren en de verwevenheid van het materiele en het immateriële. Sociaal werkers schuwen de complexiteit niet. Het is een soort innerlijk weten dat het gaat om de interactie tussen delen, partijen en gebieden (Van Ewijk, 2014; Hooghiemstra & Verharen, 2013; Scholte & Sprinkhuizen, 2012; Trappenburg, 2015). Dat is niet alleen een kwestie van weten, maar zit in het sociaal werk verankerd. Er is een groot verschil tussen professionals die met de checklist van domeinen in de hand zeggen dat je naar de samenhang moet kijken, en professionals die dat als vanzelf doen. Die dat hebben geïnternaliseerd (Van der Laan, 2006; Sennett, 2008). Overigens wil ik niet beweren dat alle sociaal werkers als van nature integraal kijken, denken en handelen en ook niet dat geen enkele zorgprofessional dat doet. Daar zou ik menig zorgprofessional te kort mee doen. Denk bijvoorbeeld aan de wijkverpleegkundigen in sociaal wijkteams. Maar het sociaal werk mag wel trots zijn op een van de fundamenteën in dit werk, de gerichtheid op het kijken naar het geheel; de mens in relatie tot zijn omgeving.

Zoals ik eerder schetste wordt in de gezondheidszorg inmiddels ook een meer integrale benadering bepleit door verschillende dimensies van gezondheid te

onderscheiden. Niet alleen zorgprofessionals richten zich op deze dimensies, ook sociaal werkers. Iedereen brengt daar wel specifieke expertise in mee (Scholte & Sprinkhuizen, 2012). Het lijkt me evident dat zorgprofessionals meer expertise hebben op het gebied van lichaamsfuncties en sociaal werkers meer op het gebied van sociaal-maatschappelijk participeren (Van de Maat, Oude Avenhuis & Van Xanten 2014). Als ik vervolgens kijk naar de aspecten die de gezondheidszorg bij de verschillende dimensies noemt, dan valt me op dat ze allemaal immaterieel zijn (Factsheet Gezondheidsconcept Huber et al. versie 30102013). Ik mis de meer materiele aspecten als wonen, inkomen en schulden. Terreinen waarop het sociaal werk van oudsher thuis is. Bij sociaal maatschappelijk participeren onderscheidt de gezondheidszorg bijvoorbeeld betekenisvol werk, maar het sociaal werk kijkt ook gewoon of er wel brood op de plank is. In competitie met de gezondheidszorg is het belangrijk dat sociaal werkers zich bewust zijn van hun specifieke expertise: het sociale inclusief het materiele.

Ten tweede zijn sociaal werkers zeer bedreven in het begeleiden van mensen. De zorg zien we nu ook in die richting bewegen: van een dominante gerichtheid op behandelen, naar begeleiden bij het functioneren. Begeleiden bij het omgaan met de barrières die een mens tegenkomt. In het sociaal werk is het een oude discussie of je nu behandelt of begeleidt. Ik begrijp het strategische belang om dit werk als behandelen te willen aanmerken, want het levert meer status op en betere betaling. Maar voor mij is het altijd glashelder geweest: sociaal werkers begeleiden mensen. Dat komt voor mij goed tot uitdrukking in de manier waarop sociaal werkers zich verhouden ten opzichte van de doelgroep: een subject-subjectrelatie, een basis van gelijkwaardigheid (Van der Laan, 1990; Van Riet & Wouters, 1997). Het is echt een kunst om goed in contact met mensen te komen en te blijven. En het vraagt de nodige kennis, vaardigheden en passende attitude om vanuit dat contact mensen te begeleiden bij het omgaan met de dingen die er voor hen echt toe doen. In die kunst hebben sociaal werkers zich bekwaamd en ik kan iedereen aanraden om *Wat is Social Casework* van Marie Kamphuis weer eens te lezen om te ontdekken wat die bekwaamheid precies behelst (1967). Het gaat om de wetenschap en het hanteren van relaties (Van Batenburg, 2013, p. 18). Ook hiervan zou ik niet durven beweren dat zorgprofessionals hiertoe niet in staat zijn. Sommigen blinken er zelfs in uit. Maar voor het sociaal werk gaat het om het hart van het werk.

Empowerment is een goede bekende in het sociaal werk. Peter van Lieshout prees begin jaren negentig het thema empowerment aan binnen de sociale sector in Nederland ([www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)). En de BPSW noemt empowerment de kernwaarde van het sociaal werk (Schilder, 2015). Maar ook in de zorg staat deze gerichtheid meer en meer centraal. Het ligt ten grondslag aan de nieuwe definitie van gezondheid. Het kijken naar mogelijkheden in het functioneren van mensen en hoe zij die mogelijkheden kunnen vergroten en versterken. Het gaat ook over het verminderen van de afhankelijkheid van zorgverleners en de invloed van de patiënt op de zorgverlening. Shared decision-making, patient-empowerment, onder die noemers vinden we die gerichtheid in de zorg terug.

Wel heb ik de indruk dat er in de gezondheidszorg vaak sprake is van een nogal individuele insteek, een individuele bias noemt Van Regenmortel dat (2011, p. 16).

Dat brengt mij bij een derde pareltje van het sociaal werk, de multilevelbenadering: de aandacht voor persoonlijke, omgevings- en maatschappelijke factoren die van invloed zijn op het functioneren van mensen. Een van de hoofddimensies van de nieuwe definitie van gezondheid is weliswaar sociaalmaatschappelijke participatie, maar het accent ligt daarbij vooral op het individu en het sociale element. Het gaat om sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid en betekenisvol werk (Factsheet Gezondheidsconcept Huber et al. versie 30102013). Aspecten als woonomgeving, werkomstandigheden, toegang tot voorzieningen en maatschappelijke positie ontbreken daarin. Sociaal werkers zijn bedreven in het signaleren en duiden van omgevings- en maatschappelijke factoren die het functioneren van mensen bevorderen dan wel belemmeren (Scholte, Felten & Sprinkhuizen, 2013). In de nieuwe definitie van gezondheid staat letterlijk dat mensen zich moeten aanpassen aan en regie voeren op de uitdagingen die zij in het leven tegenkomen. Daar zitten grenzen aan. Dat weten sociaal werkers als geen ander. Mensen willen graag regie voeren op hun eigen leven, maar er zijn omstandigheden waarin dat wel heel lastig wordt. Kijken naar wat er wel kan is erg belangrijk, maar dat vraagt niet altijd om veranderingen van de persoon, maar vaak ook van de omgeving en de samenleving. Daar hebben we sociaal werkers hard voor nodig. Zij zijn gewend niet alleen op het niveau van individuen te interveniëren, maar ook op het niveau van de omgeving en de samenleving (Verharen & Nicolassen, 2011).

In competitie met de zorg zou het sociaal werk zich dus kunnen profileren met dit soort pareltjes: het sociale inclusief het materiele; de kunst van het hanteren van relaties en het interveniëren op alle niveaus. Ik heb niet de illusie volledig te zijn in het benoemen van de pareltjes. Het gaat er mij om dat in relatie tot de gezondheidszorg het nodig is om ze te herkennen en te duiden. Zelfbewustzijn van de specifieke kennis en kunde van het sociaal werk is nodig op alle niveaus: bij professionals, organisaties voor sociaal werk, de beroepsvereniging en de opleidingen.

De hogescholen werken aan een gemeenschappelijke kennisbasis Sociaal Werk (Kloppenburger & Van Bommel, 2015). Het lijkt mij uitstekend dat zo de kennis en kunde van het sociaal werk wordt verhelderd. Sociaal werkers slagen er niet altijd in om zelfbewust deze eigen kennis en kunde uit te dragen, terwijl dat in samenwerking van groot belang is. Weten wat je waard bent (Dunér & Wolmesjö, 2015; Van de Maat, Oude Avenhuis & Van Xanten 2014). "If we can be easy with ourselves, we can be easy with other people" (Sennet, 2012, p. 277).

In het je bewust zijn van je eigen kennis en kunde ontstaat wel de competitie met anderen, zoals de gezondheidszorg. Het risico bestaat dat deze competitie onttaardt in diskwalificerend vergelijken of in de ander als tegenstander zien en dan is de samenwerking ver te zoeken (Sennett, 2012, p.169). Dat zien we gebeuren tussen sociaal werkers onderling en tussen sociaal werk en andere beroepsgroepen. In de drukte om eigen en organisatiebelangen wordt het perspectief van de burger nog wel eens vergeten. Daar zijn zij in ieder geval niet bij gebaat (Dunér & Wolmesjö,

2015; Verharen, 2013). Effectief verbinden betekent samenwerken met anderen aan belangrijke waarden.

## *De kunst van samenkracht*

Samenwerken is allesbehalve eenvoudig. En ook dat is niet nieuw. Van Batenburg schrijft in haar biografie dat volgens Marie Kamphuis een groot gebrek aan samenwerking een van de grootste problemen was, in wat ze in 1959 de onmaatschappelijkheidsbestrijding noemden.

Volgens Sennett staat samenwerking onder druk door diverse ontwikkelingen in de samenleving. Het gevolg is dat de balans doorslaat in competitie, in concurrentie.

Tegelijkertijd raken we als samenleving er steeds meer van doordrongen dat samenwerking noodzakelijk is. Samenwerking kan verschillende vormen aannemen. Sennett schetst een spectrum van 5 vormen:

- altruïstisch, waarbij 1 partij zichzelf opoffert;
- win-win, waarbij beide partijen profiteren van de samenwerking;
- gedifferentieerd, waarbij beide partijen zich bewust worden van hun verschillen;
- zero-sum, waarbij een van de partijen wint en de ander verliest;
- winner-takes-all, waarbij een van de partijen de ander definitief uitschakelt.

In de samenwerking tussen sociaal werkers, sociaal werk-organisaties en het sociaal werk met de gezondheidszorg, zie ik naast vormen van win-winsamenwerking ook veel zero-sum (Dunér & Wolmesjö, 2015; Swart, 2014). Het gaat erom welke organisatie de meeste professionals mag leveren voor een wijkteam. Of welke professional zich de casuseigenaar mag noemen. Letterlijk hoor ik professionals wel eens zeggen: “ik ging toch maar weer mooi met 3 casussen uit het overleg.”

De balans tussen competitie en samenwerking is volgens Sennett het sterkst in het midden van het spectrum. Bij win-win en gedifferentieerd. In die verbindingen is sprake van wederkerigheid. Maar die balans ontstaat niet vanzelf. Daar zijn onderhandelingsvaardigheden voor nodig, uitwisselingen tussen partijen (p. 72-76). Sennett onderscheidt 2 typen uitwisselingen: dialectische en dialogische (p. 18-24). Dialectische zijn er op gericht om tot een overeenkomst te komen. Er samen uitkomen, liefst snel. Dus zoeken partijen naar het gemeenschappelijke. Onder de oppervlakte domineren vaak eigen belang en de eigen koers. Verschillen gaat men uit de weg, omdat die spanningen opleveren en snelle besluitvorming in de weg staan.

De balans tussen competitie en samenwerken vindt het beste zijn weg in de gedifferentieerde vorm, waarin juist de dialogische uitwisseling centraal staat. Het dialogische gesprek is meer gericht op het proces van uitwisseling, zonder op voorhand vast te leggen wat het resultaat moet zijn. Het vraagt goed luisteren naar elkaar, het oppikken van concrete details om zo de conversatie verder te helpen en nieuwsgierigheid naar wie de ander in wezen is. In de dialoog groeit het bewustzijn van de eigen visie en vergroot het begrip naar elkaar.

Sennett laat zien dat de huidige samenleving beter is in het organiseren van dialectische uitwisseling, dan dialogische. Natuurlijk zien we dat weerspiegeld in het

sociaal werk. Bij uitwisseling tussen professionals en tussen organisaties domineert de dialectische uitwisseling. Vaak hoor je bijvoorbeeld zeggen dat samenwerking lastig is omdat mensen van verschillende werksoorten niet dezelfde taal spreken. Ik zie dat als een teken van een dialectische benadering. Het verschil in taal wordt gezien als een sta-in-de-weg. In een dialogische uitwisseling kijk je niet op van een andere taal, maar ben je juist nieuwsgierig naar wat de ander met die taal tot uitdrukking probeert te brengen. Het begrip dialoog is populair, wordt veel gebruikt. Maar vaak noemt men het een dialoog, terwijl het in wezen een dialectische uitwisseling is.

Swart (2014) schrijft bijvoorbeeld in een artikel over zorgteams dat er nog weinig sprake is van elkaar bevragen en ingaan op elkaars standpunten. En dat veel overleg gaat over wat er aan de hand is, hoe het moet worden opgepakt en veel minder over het waarom en van waaruit.

### *Leren van het werken met de doelgroep*

In het werken met de doelgroep blinken sociaal werkers juist uit in het dialogische (Van der Laan, 1990, p. 247). Daarin hebben zij zich gespecialiseerd. Ik wijs nog maar eens op het werk van Marie Kamphuis. Van Batenburg (2013) citeert Kamphuis: “Je moet leren in het maatschappelijk werk je eigen burgerlijke beoordeling terug te zetten en je moet je afvragen wat anderen drijft” (p. 348). Sociaal werkers weten dat in de samenwerking met de doelgroep het neerzetten van de eigen argumenten in plaats van het verdiepen in het perspectief van de ander, de dialoog niet verder helpt. Het begint met het vinden van de opening naar de ander. Goed luisteren naar wat mensen zeggen en vooral naar wat ze bedoelen. En dat doe je, zoals Sennett dat omschrijft, met empathie, informaliteit en minimale assertiviteit. Je moet jezelf en de ander niet forceren (p. 208-211).

Die expertise kunnen sociaal werkers goed gebruiken in de relatie met andere professionals en andere beroepsgroepen, zoals beroepen in de gezondheidszorg. Een dialogische communicatie om te verkennen wat de ander weet. Nieuwsgierig en met respect naar de ander. Vergelijken met de eigen kennis en kunde. Niet om te diskwalificeren, maar om het willen weten en begrijpen. Omdat je samen meer voor elkaar kunt krijgen in het realiseren van sociale waarden (p. 274-278). Samen kun je dingen voor elkaar krijgen die je alleen niet kunt. Of zoals Sennet zegt: “Cooperation oils the machinery of getting things done, and sharing with others can make up for what we may individually lack” (2012, p ix).

Bij het werken met de doelgroep realiseren sociaal werkers zich steeds meer dat het belangrijk is om te kijken wie bij een situatie betrokken zijn en wat zij bijdragen of willen bijdragen (Kamphuis, 2014). Die aandacht voor de omgeving is op alle niveaus nodig, ook bij ontwikkelingen en vernieuwingen in het werk. Steeds nagaan wie betrokken zijn bij waar het sociaal werk zich mee bezighoudt en hoe de krachten met die partijen te bundelen zijn. Bij sociale innovaties zoals zorgcoöperaties zie je dat goed tot uitdrukking komen. Daar werken ondernemers en mensen uit de zorg, welzijn en techniek samen. Zij spreken niet dezelfde taal, hebben ieder een eigen cultuur en een andere expertise. Maar zij vinden bottom-up de opening naar elkaar,



vanuit datgene wat zij gezamenlijk echt belangrijk vinden (Adviesraad voor het Wetenschaps- en technologiebeleid, 2014). Daar vinden professionals elkaar in het 'Why', in wat hen drijft, in wat het goede is om te doen (Sinek, 2009; Verharen, 2013). In de praktijk zie ik bijvoorbeeld dat sociaal werkers en zorgprofessionals elkaar makkelijker vinden als zij het perspectief van de doelgroep centraal stellen.

### *Krachtig sociaal werk samen met de gezondheidszorg*

Niet alleen de doelgroep is gebaat bij effectieve verbindingen van sociaal werk met de gezondheidszorg, ook het sociaal werk zelf. In de samenwerking kun je jezelf versterken. Bij andere professies kom je uit je comfortzone, uit je vanzelfsprekendheden (Pullen- Sansfaçon & Ward, 2014). Wederzijds leren is een belangrijk effect van interprofessioneel samenwerken (Dunér & Wolmesjö, 2015; Swart, 2009; Swart, 2014). Juist in het contact met andere beroepsgroepen leer je duidelijk te maken waar je zelf voor staat, als professional en als beroepsgroep. De kansen om samen op te trekken en van elkaar te leren liggen er en worden ook wel benut. Bijvoorbeeld door een sociaal wijkteam dat besloot om de wijkverpleegkundige en de sociaal werker samen op pad te laten gaan bij multiprobleemsituaties waarin medische aspecten spelen. Of door de pedagogisch medewerkers, intensivisten en verpleegkundigen die zich in een landelijke werkgroep samen sterk maken voor het verbeteren van de opvang en begeleiding van kinderen die een dierbare op de intensive care bezoeken (zie [www.fcic.nl](http://www.fcic.nl)). En door Movisie (2015) met de activiteiten in het programma Sociaal en Gezond. Maar er blijven ook veel kansen liggen. Bijvoorbeeld in een stad waar de jeugdgezondheidszorg alle medewerkers schoolt in sociale netwerkversterking, terwijl in diezelfde stad ook alle sociaal werkers hierin scholing krijgen. De betrokkenen weten dat het gebeurt, maar opereren los van elkaar. Gezamenlijk aanbieden van deze training zou een uitgelezen kans zijn om elkaar te ontmoeten, beter te gaan begrijpen en van elkaar te leren. Ook in het onderwijs kom je dat tegen. De hbo-opleidingen gezondheid en sociale studies zijn bezig met curriculumherzieningen, veelal los van elkaar. Ook daar liggen kansen om samen op te trekken. In de ontwikkeling van het onderwijs, maar ook in de uitvoering. Zorg ervoor dat studenten gezondheid en sociale studies elkaar gedurende hun opleiding tegenkomen en ontdekken wat ze gemeenschappelijk hebben en waarin ze verschillen. Leer ze om te gaan met de balans tussen competitie en samenwerken. De samenleving ondergaat ingrijpende veranderingen die het sociaal werk en de gezondheidszorg voor grote uitdagingen plaatsen. In beide domeinen wordt hard gewerkt aan het zich verhouden tot die veranderingen. Er valt veel te winnen door hierin meer samen op te trekken.

Samenwerken met andere beroepsgroepen vraagt om terugvallen op de fundamentele van het sociaal werk, de verworvenheden. We hebben niet nieuwe sociaal werkers nodig zoals zo vaak wordt beweerd, maar zelfbewuste professionals die vanuit dat zelfbewustzijn zich kunnen verhouden tot de veranderingen in de samenleving en zodoende hun repertoire kunnen uitbreiden of verbeteren (Hooghiemstra & Verharen, 2015). Daarom ben ik ook positief over het project

'kennisbasis sociaal werk' van de hogescholen, want dat betekent expliciteren van die fundamenteën. Dat is niet het achteroverleunen tegen die fundamenteën, maar ze gebruiken om verder te bouwen aan het sociaal werk. Zoals Kamphuis: ambitieus, consequent vanuit de waarden waar het sociaal werk voor staat, zelfbewust van de eigen expertise, verder bouwen aan het beroep, door zich te verhouden tot wat er in de samenleving aan de hand is, samen met andere professies. Concurrentie inwisselen voor samenkracht.

Overeenkomsten tussen de gezondheidszorg en sociaal werk zijn er altijd geweest en nemen misschien wel toe. Daar moet je elkaar niet om bestrijden, maar in vinden en van elkaar leren. Daarnaast is het belangrijk je te blijven onderscheiden, te weten waarin je elkaar kunt aanvullen. Zodat competitie en samenwerking in balans blijven.

### *Het huis van de BPSW*

Het sociaal werk bundelt de krachten in het huis van de BPSW. Samenwerken is daarmee nog niet vanzelfsprekend. Je kunt samen in een huis wonen, waarbij ieder zich terugtrekt op zijn kamer. Isolatie is de vijand van samenwerking (Sennett, 2012, p 166). Het persbericht van de BPSW (2015) over de naamswijziging geeft vertrouwen. Daarin zegt Lies Schilder dat de BPSW een gastvrij gemeenschappelijk huis is met kamers voor verschillende beroepsgroepen én gedeelde ruimtes en flexplekken. Het sociaal werk kan sterker worden in verbinding met elkaar, maar ook, zoals ik in deze lezing heb bepleit, met andere beroepsgroepen. Het versterken van de verbinding tussen de verschillende beroepen binnen het sociaal werk mag er niet toe leiden dat de blik vooral naar binnen gericht wordt. Het is essentieel naar buiten te blijven kijken en in ieder geval de aansluiting te zoeken bij de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Als gezondheid gaat over het functioneren van mensen in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven, dan kan gezondheid niet zonder sociaal werk. Maar het is aan het sociaal werk om de boot niet te missen en aan boord van de gezondheidszorg te komen of te blijven. Daarom hoop ik dat in het huis van de BPSW de deuren openstaan. Ook de voordeur! Anderen binnenlaten, maar vooral veel naar buiten gaan. Nog zoiets waarin het sociaal werk goed is. De straat op, actief opzoeken, outreachend. Alle verworvenheden van het sociaal werk inzetten, niet alleen voor de doelgroep maar ook voor versterking van het beroep. Voor empowerment van het sociaal werk. En daar is een sterke beroepsvereniging voor nodig, zoals ook de Gezondheidsraad stelt in het rapport Sociaal werk op solide basis (2014). Een sterke beroepsvereniging bestaat bij de gratie van leden. Ik roep u daarom allen op ambassadeur te zijn voor het vergroten van het ledenaantal. Er is werk aan de winkel. Maar voor nu besluit ik graag met de woorden van Sonja Barend: "Voor straks lekker slapen en morgen gezond weer op". Met sociaal werk. Ik dank u voor uw aandacht.

*De Marie Kamphuis Lezing 2015 is in verkorte vorm uitgesproken tijdens het jaarcongres van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk op 19 november 2015.*

## Over de auteur

Lisbeth Verharen is lector Jeugd, Gezin & Samenleving bij Avans Hogeschool en associate lector Acute Intensieve Zorg bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Daarnaast is zij als lector betrokken bij een nieuw op te richten lectoraat Jeugd bij NTI Hogeschool.

Verharen is opgeleid als maatschappelijk werker, studeerde Algemene Sociale Wetenschappen en promoveerde op een onderzoek in het medisch-maatschappelijk werk aan de Universiteit voor Humanistiek. Ze werkte als maatschappelijk werker, docent en onderzoeker. Ze is bestuurslid van de Marie Kamphuis Stichting, lid van de wetenschappelijke adviesraad van de BPSW, voorzitter van het bestuur van de stichting Family and patiënt Centered Intensive Care (FCIC) en lid van de Raad van Toezicht van NIM maatschappelijk werk.

## Bronnen

- Adviesraad voor het Wetenschaps- en technologiebeleid (2014) *De kracht van Sociale Innovatie*. Advies 84. Den Haag: AWT
- Batenburg - Resoort, E. van (2013) *Grande dame van het social casework. Marie Kamphuis 1907-2004*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (2015) *NVMW heet nu BPSW*. Persbericht.
- Canon Sociaal Werk. *Empowerment*. [http://www.canonsociaalwerk.eu/int/details\\_verwant.php?cps=2&verwant=282](http://www.canonsociaalwerk.eu/int/details_verwant.php?cps=2&verwant=282) Geraadpleegd op 28-10-2015
- Dunér, A. & Wolmesjö, M. (2015) Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18:3, 354-369, DOI: 10.1080/13691457.2014.908166
- Ewijk, H. van (2014) *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociale domein*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Factsheet Gezondheidsconcept Huber et al. versie 30102013. [www.louisbolk.org/uploads/pdfs/Factsheet%20Operationalisering%20Gezondheidsconcept%2030102013.pdf](http://www.louisbolk.org/uploads/pdfs/Factsheet%20Operationalisering%20Gezondheidsconcept%2030102013.pdf) geraadpleegd op 06-11-2015
- Gezondheidsraad (2014) *Sociaal werk op solide basis*. Den Haag: Gezondheidsraad
- Hooghiemstra, E. & Verharen, L. (2013) *De kracht van het alledaagse. 's-Hertogenbosch: Avans Hogeschool*
- Hooghiemstra, E. & Verharen, L. (2015) Professionals in een veranderd speelveld: van onwennigheid naar weerbaarheid. *Jeugdbeleid*. DOI: 10.1007/s12451-015-0092-4
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, Smid, H. (2011) How should we define health? *BMJ*, 343: d4163

- Kaljouw, M. & Vliet, K. van (2015) *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*. Zorginstituut Nederland
- Kamphuis, E. (2014) Van individueel probleem naar sociale kwestie. *Maatwerk*, 4, 22-24
- Kamphuis, M. (1967) *Wat is Social Casework?* Achtste, gewijzigde druk. Alphen aan den Rijn: N. Samsom nv
- Kloppenburg, R. & Bommel, M. van (2015) *Project kennisbasis bacheloropleidingen sociaal werk. Rapportage eerste Delphi-ronde*. Vereniging Hogescholen, Sectoraal Adviescollege Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs (SAC HSAO).
- Laan, G. van der (2006) *Maatschappelijk werk als ambacht. Inbedding en belichaming*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Laan, G. van der (1990) *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*. Utrecht: SWP
- Maat, J.W. van de, Oude Avenhuis, A. & Xanten, H. van (2014) *Samenwerken tussen zorg en welzijn: nu is de tijd*. Utrecht: Movisie
- Movisie (2015) *Sociaal maakt gezond. Voor verbinding tussen welzijn, preventie en publieke gezondheid*. Utrecht: Movisie
- Pullen- Sansfaçon, A. & Ward, D. (2014) Making Interprofessional Working Work: Introducing a Groupwork Perspective. *British Journal of Social Work*. 44, 1284-1300
- Querido, A. (1963) Vijftig jaar medisch-maatschappelijk werk. *Tijdschrift voor maatschappelijk werk*. 17 (22), 481-486
- Regenmortel, T. van (2011) *Lexicon van empowerment. Marie Kamphuis Lezing 2011*. Utrecht: Marie Kamphuis Stichting
- Riet, N. & Wouters, H. (1997) *Helpen = Leren. Emanciperende hulpverlening als methode van het maatschappelijk werk*. Assen: Van Gorcum
- Schilder, L. (2015) Op naar een brede beroepsvereniging. *Maatwerk*, 1, 37-40
- Scholte, M., Felten, H. & Sprinkhuizen, A. (2013) *Opgelet! Systematisch signaleren in maatschappelijke ondersteuning en eerstelijns zorg*. Bussum: Coutinho
- Scholte, M. & Sprinkhuizen, A. (2012) Passende professionaliteit. In: A. Sprinkhuizen & M. Scholte, *De sociale kwestie hervat. De Wmo en sociaal werk in transitie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Sennett, R. (2012) *Together. The rituals, pleasures & politics of cooperation*. London: Allen Lane. Published in Penguin Books 2013
- Sennett, R. (2008) *De ambachtsman. De mens als maker*. Amsterdam: Meulenhoff
- Sinek, S (2009) *Start with Why: How Great Leaders Inspire Everyone to Take Action*. London: Penguin Books
- Swart, F. (2014) Effectief overleggen. Gespreksprotocol getoetst in een zorgadviesteam. *Maatwerk*, 2, 27-29
- Swart, F. (2009). Interdisciplinair samenwerken in het onderwijs. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(3), 62-80.
- Trappenburg, M. (2015) Accepteer dat sommige mensen afhankelijk blijven. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/artikel/accepteer-sommige-mensen-afhankelijk-blijven>. Geraadpleegd op 06-11-2015

- Verharen, L. (2013). Professionele kracht in de transitie jeugdzorg: Gewoon doen! In: E. Hooghiemstra en L. Verharen, *De kracht van het alledaagse.* 's-Hertogenbosch: Avans Hogeschool
- Verharen, L. & Nicolassen, A. (2011) *Maatschappelijk werk in de breedte. Reflectie op interventiekeuzen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Verkenningcommissie hoger sociaal agogisch onderwijs (2014) *Meer van Waarde. Kwaliteitsimpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaal agogisch onderwijs.* Den Haag: Vereniging Hogescholen