

Maatschappelijk werk¹⁾



In dit artikel wordt aandacht besteed aan de plaats van het maatschappelijk werk temidden van andere hulpvormen. Na een inleidend deel volgen een weergave van het algemeen maatschappelijk werk, het schoolmaatschappelijk werk, het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg en het ingebouwd maatschappelijk werk.

F.M. Alsem (1948) is bestuurslid van het NOW-functie-verband Maatschappelijk Werkers in de Intramurale Gezondheidszorg. Zij is werkzaam als chef bij de Dienst Maatschappelijk Werk Patiëntenzorg van het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam

Het maatschappelijk werk in Nederland, ontstaan, groei en huidige situatie²⁾

Welzijnsdenken in het verleden

Maatschappelijk werk is een vorm van maatschappelijke dienstverlening middels methodische hulp aan personen met problemen in hun maatschappelijk functioneren. Bij de hulpverlening kan worden betrokken een persoon, een gezin, een echtpaar of een groep. Mensen die hulp ontvangen worden cliënten genoemd.

Door de eeuwen heen is er dienstverlening geweest; vele samenlevingen kenden voorgeschreven hulpvormen aan volksgenoten, soms van bovenaf bepaald; de oude Grieken bijvoorbeeld kenden een doordacht systeem, mede gestoeld op filosofisch-ethische gedachten. Hoe inhumain het in sommige beschavingen ook kon toegaan, er is klaarblijkelijk steeds een (rest-) gevoel van menswaardigheid ten opzichte van slachtoffers, armen, verdrukten aanwezig geweest, dat zich uitte in één of andere, weliswaar zeer vaak minimale zorg.

In het oude bijbelse Oude en Nieuwe Testament vinden wij een duidelijke zorg voor de naaste; God liefhebben boven alles en de naaste als jezelf (welke geboden gelijk gesteld worden) is het wezen van de Thora; wie er fragmenten uit de vijf boeken van Mozes op naleest kan ontroerd worden door de doordachte, fijnzinnige, actuele aandacht voor de ander, tot op vandaag ingebed in vele Joodse gezinnen en kringen. Jezus, de Messias in het Nieuwe Testament was er de verpersoonlijking van.

L.F. Jens schrijft in 'Ethiek en Code van het

1) In het februarinummer van *Christen Democratische Verkenningen* is de beleidsvisie in de Nota Eerstelijnszorg op de samenhang tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening vanuit de optiek van de gezondheidszorg besproken door dr. C. Spreeuwenberg (red.).

2) Gebruikte literatuur:

Die Weltanschaulichen Grundlagen der Wohlfahrtspflege van D. Friedrich Ulrich (Berlin 1932);

Helpen als ambacht (Baarn 1951);

Theorieën over social casework van Robert & Nee (Deventer 1975);

Grote Spectrum Encyclopedie (Antwerpen 1976).

maatschappelijk werk' (uitg. Van Loghem Slaterus, 1967): 'onze beschaving rust op Athene, Rome en Jeruzalem'. Bij Athene denken wij aan het hoog stellen van de mens in zijn wezen, bij Rome aan het recht. Als zodanig hebben ook in het oude Europa deze tendenzen doorgewerkt, zoals in de kloosterorden in de middeleeuwen en daarna, in de diakonia van de kerken van de reformatie, in de charitas van de R.K. Kerk en niet te vergeten in vele vormen binnen het Remonstrantse en Humanistische volksdeel; dit alles tot op de dag van vandaag. Het voert in dit kader te ver, dit wijde veld van ontwikkelingen te beschrijven; interessant is nog toe te voegen hoe de eeuwen door de zienswijze in de filosofie over welzijn (eudaimonia) het denken en handelen wijzigden en wijzigen.

Ontwikkeling tot geplande zorg

Wij kunnen stellen dat drie vormen van welzijnszorg zich ontwikkelden; de liefdadigheid, de filantropie (steeds meer georganiseerd) en de georganiseerde welzijnshulp. Met dit laatste houden wij ons hierna bezig. Met name door de ontstane misstanden in de westerse landen door de industriële revolutie in de vorige eeuw werd mede door de staat georganiseerde maatschappelijke zorg hoogst urgent; de georganiseerde filantropie was, om meerdere redenen, niet meer tegen de nood opgewassen. Overigens gingen daaraan vooraf vele decennia van filosofie, discussie over de al of niet juistheid en wenselijkheid van deze staatszorg, aanvankelijk nog steeds gevoerd vanuit filantropische, ja sterk idealistische gedachten. Engels en Marx wensten dit soort filosofisch-theoretische onderbouw niet meer; deze waren immers onbegrijpelijk en ongrijpbaar voor de onderdrukten en bevorderden steeds meer hun vervreemding van eigen arbeid. Mede deze ontwikkeling gaf de stoot tot de overtuiging van het recht van individu en massa op menswaardigheid, dus op georganiseerde zorg daartoe (de gegroeide verschillen over socialisme en communisme blijven hier buiten beschouwing).

Ontstaan en ontwikkelingen van maatschappelijk werk

Er trad een 'verstatelijking' van de maatschappelijke zorg in. In Nederland liet en laat de overheid veel aan het particulier initiatief (p.i.) over en subsidieert veel van dit werk (zie hierna over een eventuele wettelijk-financiële onderbouw van het algemeen maatschappelijk werk). In sommige andere landen berust de welzijnszorg geheel bij de overheid. Zo ontstond vorige eeuw het maatschappelijk werk; opleidingsscholen (thans sociale academies) werden ook in Nederland opgericht; één en ander mede aangemoedigd door de ontwikkelingen in de maatschappelijke zorg vanuit Amerika, waar ook vanuit geheel andere hoeken het 'social casework' tot stand kwam vanuit de bezorgdheid voor ontwikkelingen binnen de psychiatrische zorg; het niet onderkennen van en werken aan de sociale aspecten van de problemen bij (psychische) ziekten van de patiënten. Hier wortelde zich, zij het ook vanuit andere ontwikkelingen, het beroep maatschappelijk werk (o.a. Mary Richmond, Florence Hollis, Harris Perlman).

In ons land zijn bekende uitbouwers o.a. Marie Kamphuis, L.F. Jens en P. Bakker. In de zestiger jaren kwam de code voor maatschappelijk werkers en het tuchtrecht binnen de beroepsvereniging voor maatschappelijk werkers tot stand en thans wordt binnen deze vereniging gewerkt aan wettelijke bescherming van het beroep.

De vraag naar maatschappelijk werk groeide, vooral na de tweede wereldoorlog, enorm, tot op de dag van vandaag; in minder dan tien jaar (1975-1984) is de hulpvraag binnen het algemeen maatschappelijk werk (één van de uitvoeringsvormen) met 100% gestegen. Dit vereiste en vereist een voortdurend op peil houden en uitbreiden van de methodiek, gesprekstechnische en psychologische vaardigheden van de werkers, voor een ieder van hen mede toegespitst op de eigen werksetting. Behalve in het maatschappelijk werk waar de hulpverleningen plaatsvinden vanuit particuliere instellingen, waarvan een aantal met levensbeschouwelijk-

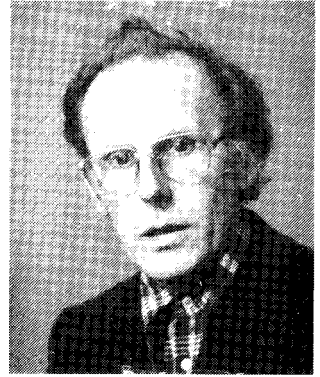
ke identiteit, wordt als maatschappelijk werker ook gewerkt in reclassering en kinderbescherming, in ziekenhuizen, in de gezondheidszorg, in bedrijven, op scholen, in de geestelijke gezondheidszorg, enz. enz. (op een aantal ervan wordt teruggekomen).

Maatschappelijk werk wordt verricht in verschillende werkmethoden zoals social casework, groepswerk, gezinsbehandeling (circular helpen in plaats van linear), echtpaarhulp. Daarnaast vindt steeds meer bekwaaming plaats in het zogeheten 'structureel maatschappelijk werk' (social action), waarin afzonderlijk geconstateerde problemen aangewend worden om signalerend op te treden, bijv. naar de overheid, of bepaalde groeperingen, zonodig actie voerend. Binnen de gebruikte methodieken worden soms therapievormen gebruikt, zoals Rogeriaanse counseling, gedragstherapie (veelal bij fobieën, dwanggedrag e.d.), gestalttherapie, enz.

Het probleem van het maatschappelijk werk met de 'etages' in de hulpverlening

Een fundamenteel probleem, sterker: een in feite onbruikbaar gegeven is de indeling van de hulpverlening in eerste, tweede en derde lijn. Het maatschappelijk werk benadert de mens in zijn één-zijn van lichaam, geest en ziel (héél de mens); sociale factoren werken in op zijn fysische en psychische bestaan, en andersom.

Een gegeven in onze samenleving en cultuur is dat de mens zijn problemen snel vertaalt in gezondheidsproblemen, ze somatiseert; vermoedelijk is een belangrijke reden dat ziek zijn gelegaliseerd is, het hebben van (sociale) problemen in wat voor vorm dan ook, echter niet of nauwelijks; men schaamt zich er voor (faalgevoel), 'anderen kijken je er op aan'. Zodoende komt men in het gezondheidscircuit, wordt soms al snel via huisarts, fysiotherapie e.d. naar de tweede (en derde) lijn gezondheidszorg doorverwezen; artsen im-



J. van Amstel (1926) is bestuurslid van de sectie maatschappelijk werkers van de NOW, in het bijzonder belast met de kwaliteitsontwikkeling van het maatschappelijk werk. Werkt als leidend maatschappelijk werker bij het Protestant's Sociaal Centrum in Amersfoort.

mers denken en handelen medisch, denken in andere categorieën. Met het 'verheffen' van een (ziekte)probleem naar bijv. de tweede lijn dreigt vaak ten zeerste de correlatie met het (probleem)gebeuren in het dagelijks bestaan teloor te gaan, ja er vindt middels menige behandelingsvorm, (let op het woord behandelen) niet weinig een stigmatisering op de patient (cliënt) plaats wiens probleem echter maar al te vaak samenhangt met dat van het gezin, het leef- of werkmilieu waarin hij verkeert/verkeerde. Oftewel: het integratief helpen inzake de dagelijkse situatie (geld, gezin, sex, verving, burenoverlast enz., bij intensief helpen vaak mogelijk binnen een korte hulpperiode) is afwezig, een hulpvorm waarvoor juist het maatschappelijk werk staat. De geringe waardering voor laatstgeschetste hulpopvatting en de prioriteit voor medicalisering, blijkt wel uit het verschil in financiën en arbeidsplaatsen tussen de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en het algemeen maatschappelijk werk, afgezet tegen de hulpcijfers en de financiële middelen (1982):

	AGGZ	AMW
totale kosten	410 miljoen	120 miljoen
gem. kosten per cliënt	f 4800,-	f 850,-
kosten per formatieplaats	f 106600,-	f 66000,-
aantal arbeidsplaatsen	3860	2250
aantal geholpen cliënten (1980)	170000	183000
gemiddeld aantal cliënten per jaar per formatieplaats	55	112

Tot slot

Bovenstaande tabel is slechts bedoeld om een indruk te geven van de financiële verhouding tussen één van de uitvoeringsvormen van het maatschappelijk werk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, hetgeen o.i. een bepaald verschil in waardering voor beide werksoorten uitdrukt. Tot dusver ging het om een algemeen beeld van het maatschappelijk werk. Hierna worden verschillende uitvoeringsvormen ervan weer gegeven.

Het algemeen maatschappelijk werk

Het specifieke van het algemene

Het 'algemeen maatschappelijk werk' (amw) kende eind zeventiger, begin tachtiger jaren slechte tijden. Deze eerstelijnsvoorziening leek van de vaderlandse welzijnsbodem te worden weggevaagd. Twee – elkaar beïnvloedende – redenen lagen daaraan ten grondslag. Allereerst was er de inhoudelijk kritiek: het amw zou te vaag zijn, stelde geen prioriteiten en maakte de cliënten slechts afhankelijk van de hulp. Daarnaast was er de financiële druk; de bezuinigingen zorgden er voor dat de nog aanwezige interne zekerheden omsloegen in paniekreacties. Net zoals ieder mens soms een crisis nodig heeft om van te leren (in de amw-praktijk zeer herkenbaar) gaf ook deze crisissituatie aanleiding tot ernstige bezinning. Die leidde er toe dat het amw ging duidelijk maken waar het voor stond. Voor het eerst werd door de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening JOINT een helder takenpakket beschreven en werd de kracht van het

amw aangegeven. Daarmee tegelijkertijd aantondend dat de inhoudelijke kritiek groten-deels onterecht was en bezuinigen op deze eerstelijnsvoorziening de samenleving als geheel juist duur zouden komen te staan! De gerichte en goed geregisseerde publiciteits- en politieke campagnes – tot dan toe ongekend voor deze zachte sector – sloegen aan. Het amw bleek weer een gewaardeerde voorziening te worden, hetgeen werd ondersteund door diverse officiële reacties. Zo toonde het Sociaal Cultureel Planbureau (al in 1977 in 'Profijt van de Overheid') aan dat amw-hulp overwegend wordt gegeven aan de minst draagkrachtigen. Waaruit bleek dat er wel degelijk keuzen worden gemaakt: een eerstelijnsvoorziening moet zich immers zodanig opstellen dat met name mensen die gevolgen ondervinden van maatschappelijke ontwikkelingen – de economische crisis bijv. – zich er met hun hulpvraag kunnen melden. Ook het vage, algemene karakter bleek op een juiste waarde te worden geschat. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid concludeerde in haar 'Signalement' nr. 14 in 1982, dat het amw als algemene voorziening duidelijke voordelen kent: behandeling in aanvulling op de mogelijkheden van het thuismilieu van de cliënt; een integrale benadering; voorkomen van te snelle doorverwijzing en het toesnijden van de hulp op de specifieke situatie van de cliënt. Tenslotte benadrukte de Harmonisatieraad dat het amw voortdurend moet duidelijk maken dat algemeen werken niet hetzelfde zou zijn als niet-deskundig werken. En last but not least erkende de staatssecta-

ris van WVC in zijn 'Eerstelijnsnota' (dec. 1983) het amw als één van de vier kerndisciplines in de eerste lijn.

Het amw kon weer ademen, maar vooral ook weer meer aandacht op de hulpverlening zelf richten. Want daar draait het om in de dagelijkse praktijk.

Een doorsnee praktijksituatie

Met een voorbeeld wil ik aangeven waar het amw in de praktijk voor staat. Mag ik u daarom voorstellen aan het echtpaar Valentijn, beiden midden-vijftigers, woonachtig in een plattelandsgedebied. Het echtpaar, waarvan de kinderen al uit huis zijn, heeft de laatste jaren nogal wat problemen gekend. De heer Valentijn, voorheen zelfstandig landbouwer, was wegens economische omstandigheden genoodzaakt elders in een fabriek te gaan werken. Daar bleek dat hij erg veel moeite had met deze overgang, alhoewel hij niet van opgeven wist. Toch moest hij dat, omdat de fabriek, eveneens wegens economische redenen, veel arbeiders moest ontslaan. Ook mijnheer Valentijn.

Daar zat hij thuis; 'gefaald' als zelfstandige, 'gefaald' als arbeider en nu de 'schande' van de werkloosheid er bovenop. 'Niet te genieten' was hij volgens zijn vrouw, die daarmee een extra aanslag kreeg te verduren op de nervositeitsklachten die ze toch al jaren kende. Regelmatige hoofd- en maagpijnen en veel medicijngebruik kenmerkten haar toestand. De huisarts verwees mevrouw Valentijn in deze situatie naar het amw: 'huwelijksproblemen', zo luidde de verwijzing. Hoewel eerst met enige tegenzin – uit schaamte – bleek ook de heer Valentijn bereid om met de maatschappelijk werker te praten. Dat het huisbezoek van deze laatste hem over de drempel had geholpen was duidelijk.

De eerste gesprekken verliepen wat stroef, daarna ging het beter en werden er een tiental gesprekken met het echtpaar gevoerd. Niet alleen over het huwelijksleven, maar ook nervositeitsklachten, de werkloosheid, financiële problemen en sociale spanningen waren een aantal onderwerpen die



A. Bobbink-van der Made (1935) is bestuurslid van het functieverband Bedrijfsmaatschappelijk werkers en lid van het sectiebestuur maatschappelijk werkers. Is werkzaam als hoofd van de afdeling maatschappelijk werk bij de N.V. Luchthaven Schiphol.

werden besproken. Aan het eind van deze reeks gesprekken was er duidelijk het een en ander veranderd in het leven van het echtpaar Valentijn.

Waarvan werd er zoal gewerkt in de gesprekken:

1. de huwelijksrelatie; de communicatie werd weer tot leven gebracht: bijv. de uitwisseling van meningen en gevoelens;
2. verwerking werkloosheid: faalgevoelens werden bespreekbaar en daardoor verminderd;
3. de psycho-somatische klachten (lichamelijke klachten veroorzaakt door psychische spanningen) van de vrouw verminderden aanzienlijk waardoor medicijngebruik praktisch niet meer nodig was. Een en ander werd in samenwerking met de huisarts afgebouwd;
4. financiële situatie; door middel van budgetteringsadviezen kreeg men meer zicht op eigen financiële (on)mogelijkheden, vanwege het rondkomen van een uitkering;
5. sociale situatie; door bekendheid met de

plaatselijke en regionale omstandigheden kon de maatschappelijk werker de faalgevoelens in de sociale sfeer goed begrijpen en het echtpaar activeren zich op te geven voor enkele sociale activiteiten in de omgeving.

Had de hulpvraag op een andere manier beantwoord kunnen worden? Aan burenen, familie of vrijwillige dames van de plaatselijke 'Raad en Daad' had het echtpaar hun privé-situatie in deze vorm nooit zo durven uiten. Daarnaast bleek de toestand dermate zwaar dat een deskundige aanpak op het gebied van relatiegesprekken, psychisch en sociaal inzicht en financiële problematiek niet te veel was. Integendeel!

Een gespecialiseerde aanpak in de 'tweede lijn' dan? Een psycholoog, een relatietherapeut of een budgetteringsdeskundige had ongetwijfeld goed werk kunnen doen. Maar of dit echtpaar de stap naar een bureau in de stad had willen doen, betwijfel ik sterk. En hadden die hulpverleners vanuit hun bureaupositie in de stad – en gespecialiseerd in een deelproblematiek – een overzicht op de gehele (thuis)problematiek gehad?

Nee, deze situatie – op onderdelen immers nog niet te zwaar – vereiste een echte *integrale* aanpak. Zoals dat 'algemene' van het amw ook wel wordt gekarakteriseerd: het betrekken van diverse achtergronden die een rol spelen in de probleemsituatie. Daarin ligt ook de kracht van het amw.

Ook in financieel opzicht mag wel eens genoemd worden dat in een dergelijk geval:

- kostenbesparend is gewerkt naar de medische zorg (huisarts, pillen);
- een psychische achteruitgang of crisis en daarmee een verwijzing naar de veel duurder psychiater of opname in een psychiatrische kliniek is voorkomen;
- een huwelijks crisis en daarmee wellicht een scheiding – met alle financiële consequenties vandien – is voorkomen;
- een financiële crisis en daarmee een schuldsanering via de Kredietbank is voorkomen.

Tel uit je winst? Nee, uiteraard is dit finan-

ciële rijtje weinig rationeel. Ik wil de waarde ook liever in het positieve aangeven. Dit praktijkvoorbeeld eindigde, hoewel voor de buitenwereld nauwelijks waarneembaar, zeer positief. Hoewel er uiteraard ook tal van praktijksituaties op een of andere manier minder positief eindigen, kan het voorbeeld van het echtpaar Valentijn zeker als herkenbaar amw-beeld worden aangemerkt.

Een nadere plaatsbepaling van het amw
Zo'n 2250 maatschappelijk werkers, verdeeld over 180 instellingen, houden zich in Nederland bezig met de uitvoering van algemeen maatschappelijk werk. 'Algemeen' wil zeggen, dat iedereen er met zijn of haar vragen of problemen terecht kan. In tegenstelling tot de meer gespecialiseerde maatschappelijk-werkvoorzieningen, waarbij het gaat om een bepaalde nauw omschreven hulpvraag. Het amw is een van de vier kern-disciplines van de 'eerstelijnszorg', ook wel algemene thuiszorg genoemd. De andere zijn: huisartsengeneeskunde, wijkverpleging en gezinsverzorging (met de laatste voorziening is het amw meestal in één instelling voor 'maatschappelijke dienstverlening' gevestigd).

Als kenmerken van een eerstelijnsvoorziening kunnen vooral worden genoemd:

- dichtbij aanwezig in eigen woon- of leefomgeving;
- voor iedereen toegankelijk;
- een lage drempel; er zijn geen voorwaarden vooraf;
- flexibel in aanpak; aanmelding zonder verwijzing is mogelijk, telefonisch of via een spreekuur; gesprekken thuis of op het bureau en zonodig ook avondafspraken.

Een groot voordeel wordt ook gezien in de *onafhankelijke* positie die de maatschappelijk werker bij het amw – als particulier initiatief – kan innemen. Niet gebonden aan een officiële instantie als een overheidsinstelling, ervaren de cliënten een maatschappelijk werker als een hechte vertrouwenspersoon. Daarmee kan ook als pleitbezorger worden opgetreden bij problemen tussen mensen onderling en tussen mensen en instanties;

soms de (gemeentelijke) overheid. Het amw geeft in zijn algemeenheid voortdurende – vaak intensieve – hulp, die er op gericht is, dat mensen met wat meer zelfvertrouwen en zicht op hun problematiek zelfstandig, kritisch en met verantwoordelijkheidsgevoel voor eigen leven kunnen blijven functioneren.

Een maatschappelijk werker bij het amw kent inderdaad een breed takenpakket. Het varieert van informatie en advies, hand- en spandiensten en bemiddeling rond tal van materiële, sociale en soms eenvoudige juridische kwesties tot – wat genoemd wordt – de 'procesmatige hulp'. Dit is de hulp waarbij door middel van gesprekken bij de cliënt stapje voor stapje meer inzicht en zelfvertrouwen gaat ontstaan om zelf weer problemen aan te kunnen in het leven. Dit is qua tijd het *hoofdbestanddeel* van het werk. Voorbeelden: eenzaamheid, relatie, gezin, overlijden, ziekte, arbeid, opvoeding, financiën, burens, vage nervositeits- of lichamelijke klachten.

Daarnaast heeft het amw een taak op het gebied van verwijzing. Bijvoorbeeld bij ingewikkelde juridische vragen of psychiatrische problemen. Ook ligt er een 'samenlevingsstaak', op het preventieve vlak, zoals signalering (buurtproblematiek), voorlichting (over eigen mogelijkheden bijv.) en stimulering van maatschappelijke activiteiten (vrijwilligerswerk, door middel van consultatie).

En uiteraard is er dan nog de samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn (naast genoemde kerndisciplines ook sociaal-cultureel werk, sociale diensten of politie) en tweede of derde lijn.

Dat brede takenpakket kost ook veel tijd. En die is zeer beperkt bij het amw; er wordt veelal hard gewerkt en menig maatschappelijk werker frustrateert zich aan het ervaringsgegeven dat er steeds meer achter de grote aantallen hulpvragen moet worden aangelopen en genoemde 'samenlevingsstaken' in meer preventieve zin nauwelijks kunnen worden aangepakt. Er ontstond dan ook flinke irritatie toen de staatssecretaris het in



J.A. Buitink (1948) is bestuurslid van het functieverband Algemeen Maatschappelijk Werkers (AMW) en is werkzaam als leidinggevend maatschappelijk werker bij de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Bollenstreek te Sassenheim.

zijn *Eerstelijnsnota* had over 'versterking van de eerste lijn', maar het amw voorlopig slechts aanraadt het te zoeken in een betere afstemming en samenwerking in de eerste lijn (pag. 49). En dat terwijl het amw de laatste jaren naast de grote stijgingen van cliëntenaantallen toch al veel energie heeft gestopt in samenwerkingsactiviteiten!

De druk op werkers is erg groot en dat gaat ten koste van een verantwoorde hulpverlening. In veel gebieden wordt ver boven de 'norm' gewerkt (de staatssecretaris zegt: 1 werker op 8000 inwoners; de beroepsvereniging NOW: 1 op 7000 inwoners); de praktijk laat zien dat één maatschappelijk werker op 10 à 12000 inwoners een riskant gebeuren is. Des te schrijnender is het feit dat bijv. bij de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) er nog steeds arbeidsplaatsen bijkomen. Dat daar nog grote leemten in het hulpaanbod bestaan is niet vreemd, die leemten zullen slechts toenemen omdat er weer nieuwe taken naar het amw worden toegeschoven. Hulpverlening aan buitenlanders bijvoorbeeld.

Een nieuw vacuüm?

In een fase waarin het amw gesterkt te voorschijn leek te komen uit een fundamentele – zowel inhoudelijke als structurele – bestaansstrijd en alle aandacht op de hulpverlening leek te kunnen worden gevestigd, blijkt er een nieuw vacuüm te gaan ontstaan. Enerzijds komt dat vanwege de zwaardere druk op de uitvoering en onvoldoende kwantitatieve en kwalitatieve groeimogelijkheden. (Deskundigheidsbevordering, begeleiding en management is structureel onverantwoord op een te laag niveau in het amw.) Aan de andere kant is er ook in politieke zin een grote leegte ontstaan. Waar het amw via de Kaderwet Specifiek Welzijn geheel gedecentraliseerd zou gaan worden, bracht de nieuw aangekondigde Wet Gezondheidszorg Maatschappelijke Dienstverlening onduidelijkheid over de vraag of er nu toch weer een vorm van centrale sturing zou komen. Het amw is daar op alle fronten voorstander van. Immers steeds maar weer op gemeentelijk niveau te moeten knokken voor bestaansrecht vergt veel, tē veel energie. En die blijkt vooral ten koste te gaan van de cliënten! Zelfs nu het Ministerie aan alle gemeenten duidelijk heeft gemaakt dat het amw in afwachting van de nieuwe wet intact moet blijven, zijn er diverse gemeenten die toch het mes op de keel van het amw zetten. Veelal zit daar de gedachte achter het amw in gemeentehanden te verkrijgen. Vanuit het standpunt van beheersbaarheid te begrijpen. Uit oogpunt van kwaliteit is genoemde gedachte echter funest. Een onafhankelijke beroepsuitvoering – die, waar nodig, ook de (plaatselijke) overheid in een individueel (cliënt versus sociale dienst) dan wel maatschappelijk verband kritisch volgt – is een zeer gezond uitgangspunt. De tegenwoordig toch al zo privacygevoelige samenleving is daarnaast niet gediend met een overheid, waar materiële en objectieve zaken als uitkering, huisvesting, etc. onder één dak zouden komen met immateriële, zeer persoonlijke en kwetsbare hulpverleningsactiviteiten. Overigens is het andersom ook gezond en noodzakelijk dat de (gemeentelijke) overheid

het democratische functioneren van een instelling voor maatschappelijke dienstverlening controleert.

Reactie NOW op nota 'Eerstelijnszorg'

In maart 1984 reageerde de Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (sectie MW) op de nota 'Eerstelijnszorg' van de staatssecretaris voor WVC. Uit deze NOW-reactie het volgende:

"Het wezen van het amw is: cliënten helpen

› Steeds maar weer op gemeentelijk niveau te moeten knokken voor bestaansrecht vergt te veel energie. ‹

zichzelf (weer) te helpen, namelijk zichzelf te helpen adequater te functioneren in hun relatiekring, in micro en meso; daarom betreft het amw deze 'omgeving' van de cliënt waar mogelijk in zijn werk. Bijvoorbeeld veel psycho-somatische klachten zijn terug te voeren op het disfunctioneren van de patiënt/cliënt in diens omgeving, hetwelk angsten, depressiviteit, agressie, afweer bij hem oproept hetgeen omgezet wordt in lichamelijke klachten. Dagelijks melden zich vele cliënten bij het amw met deze problemen aan. Duidelijk wordt dit ook in de nota Eerstelijnszorg aangegeven (blz. 30). Wij attenderen er bovendien op, dat in veel gevallen cliënten, die met hun psycho-somatische problematiek door het amw worden geholpen, juist het amw kiezen omdat deze hulpvorm 'gewoon' is, ook figuurlijk 'dicht bij huis'; ook komt het nogal eens voor dat zich aanmeldende cliënten 'uitgerangeerd' zijn in de tweede of derde lijn.

Een voorbeeld (recent gebeurd):

In een amw-instelling meldt zich een cliënt aan, voor een echtscheidingsgroep, die haar behandeling in een psychiatrisch centrum heeft afgebroken, inziend dat de medische behandeling aldaar, waarvoor zij volgens haar mededeling nog een jaar was ingepland, haar er niet bovenop hielp. Door de sterke druk op de zelfwerkzaamheid van de groepsleden wordt zij geholpen, uit het medische 'behandelingsmodel' te komen. De kosten van verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis bedragen ca. f 221,- per dag SCP. Volgens de huidige salarismnormen incl. werkgeversaandeel van de premies kost een doorsnee maatschappelijk werker ± f 60.000,- per jaar. Als deze maatschappelijk werker 284 verpleegdagen kan voorkomen, heeft hij zijn salaris al terugverdiend. In dit verband doet het ons vreemd aan te lezen (blz. 34) 'dat het nog onduidelijk is welke zwaarte van psychische problematiek de eerste lijn aankan' (voor ons wat betreft het amw). 'De deskundigheid om een adequate diagnose te stellen en adequate hulp te verlenen moet worden vergroot', aldus de nota op blz. 51. Elders wordt op nog explicietere wijze het amw tekort aan diagnostisch vermogen verweten, en wel vanuit de AGGZ (blz. 35). Bij deze opmerkingen wensen wij grote vraagtekens te plaatsen. Het amw diagnosticeert vanuit zijn beroeps-uitgangspunten op geheel andere wijze, o.a. *niet-medisch* (zelfs het woord 'diagnosticeren' als medische term is hier misleidend). Hierover sprekend wijzen wij op de nota van de Harmonisatieraad van oktober '82 die aangeeft dat het amw met 'een verwevenheid en complexiteit van problemen die aangeboden worden' te maken heeft (waarbinnen soms de psycho-somatische), en, aldus de Harmonisatieraad dat 'het amw hiermee op eigen deskundige wijze omgaat'. 'Wij zijn blij dat de nota Eerstelijnszorg veel van het bovenstaande herkent en erkent en op verschillende plaatsen aangeeft dat het amw ondanks en juist vanwege de sterke groei in de werksoort in zijn volume gekort is, in plaats van uitgebreid (de nota spreekt



A. de la Rie-Grootenhuys (1930) is bestuurslid van het functieverband Schoolmaatschappelijk Werkers. Zij is als maatschappelijk werker werkzaam bij de Stichting voor Maatschappelijk Werk in Emmen ten behoeve van een LOM (Leer- en opvoedingsmoeilijkheden)-school.

over de noodzaak van een correctie van de relatieve achteruitgang van de zestiger en zeventiger jaren). Dit staat in schrille tegenstelling tot de eveneens in de nota aangegeven aanzienlijke volume-groei in (o.a.) de eerstelijnsgezondheidszorg. Wij citeren de nota (p.22): 'Niettegenstaande de aanwas van problemen bleek het onontkoombaar om bij het terugdringen van de collectieve uitgaven tot nu toe ook op het voor deze werksoort(en) (o.a. amw) beschikbare budget te bezuinigen. Dit heeft op sommige plaatsen tot inkrimping van het aanwezige bestand aan hulpverleners geleid. Er wordt veel vindingrijkheid aan de dag gelegd om door nieuwe vormen van hulpverlening, het stellen van prioriteiten en andere maatregelen de gevolgen van de budgettaire problemen zo goed mogelijk op te vangen. Er is thans een situatie ontstaan, waarin het niet meer mogelijk is aan alle hulpvragen te voldoen'.

Wij voegen aan dit laatste toe: in wezen wordt er op maatschappelijk werkers roofofbouw gepleegd, en dat niet sinds gisteren of

eergisteren. De noodkreten, ook vanuit de NOW, worden vrijwel niet gehoord, althans niet gehonoreerd. Wij herhalen: het is en blijft een merkwaardige zaak, dat de dicht-bij-huis-functionerende eerstelijnsvoorzieningen als het amw moeten wijken voor de vaak veel duurere tweede (en derde) lijn. Ook deze Eerstelijnsnota is in zijn uitwerking daarin niet consequent."

Tot slot: een verlangen naar rust.

Het wordt tijd tijd dat er (politieke) rust gaat komen. Rust die het amw eindelijk de kans zal geven in organisatorische en kwalitatieve zin tot ontplooiing te komen. De nieuwe Eerstelijnsnotagedachte – een sterke eerste lijn in harmonie met elkaar en met de tweede lijn – wordt ook in het amw onderschreven. Maar het amw zit ook op de realisatiemogelijkheden te wachten en dat kan alleen middels een financiële versterking. Dan pas kan het amw het achterste van zijn tong laten zien: de brede 'integrale' hulpverlening in een vroeg stadium. Het 'specifieke van het algemene' wordt dan wellicht eindelijk eens echt (h)erkend.

Het schoolmaatschappelijk werk

Groei en identiteit van het schoolmaatschappelijk werk

Het schoolmaatschappelijk werk is ontstaan vanuit de behoefte van de school. De leerkrachten merkten dat ze bepaalde kinderen op school niet voldoende konden helpen door problemen thuis.

Eerst gingen leerkrachten op huisbezoek, om te proberen de ouders te helpen bij hun opvoedingsproblemen. Later werden dit maatschappelijke werkers, omdat deze problematiek op het vakgebied van het maatschappelijk werk en niet op het terrein van het onderwijs lag. Een intensieve samenwerking tussen schoolmaatschappelijk werk en school is het belangrijkste kenmerk van het schoolmaatschappelijk werk. Daarin onderscheidt het zich van het algemeen maatschappelijk werk, dat slechts incidenteel contact met het onderwijs zoekt.

Ontwikkeling van het schoolmaatschappelijk werk in Nederland

Na de tweede wereldoorlog is het schoolmaatschappelijk werk in Nederland tot ontwikkeling gekomen (zie het eerste deel van het artikel 'Het schoolmaatschappelijk werk, historie en actualiteit' van W. Galama en G. v.d. Kroon, documentatiemap smw in het buitengewoon onderwijs van de Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers). Al in de eerste jaren werkten schoolmaatschappelijke werkers vanuit verschillende instellingen, zoals gemeenten (afdeling onderwijs of sociale zaken, of een apart bureau), stichtingen voor de geestelijke volksgezondheid (afdeling school-psychologische dienst) of stichtingen voor school-sociaal werk. De grote diversiteit van instellingen van waaruit schoolmaatschappelijke werkers hun werk verrichten is in de loop der jaren blijven bestaan. Toch zijn er tegenwoordig twee soorten instellingen waar het merendeel van de schoolmaatschappelijke werkers in dienst is, n.l. stichtingen voor algemeen maatschappelijk werk en schoolbegeleidingsdiensten.

Schoolmaatschappelijk werk in het gewoon en buitengewoon (regulier en speciaal) onderwijs.

Van het begin af aan zijn schoolmaatschappelijke werkers zowel in het gewoon als in het buitengewoon onderwijs werkzaam geweest. Het schoolmaatschappelijk werk in het gewone onderwijs heeft zich voornamelijk ontwikkeld vanuit schoolbegeleidingsdiensten. Als er behalve leerproblemen ook problemen in het ouderlijk gezin vermoed worden, kan het schoolmaatschappelijk werk ingeschakeld worden. (Zeer duidelijk wordt dit omschreven in de doctoraalscriptie (orthopedagogiek) 'Schoolmaatschappelijk werk op de bres voor school en gezin' van Corrie Mekkelholt en Annelies Sepers, april 1983.)

In het buitengewoon onderwijs werkten scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen al jaren samen met het maatschappelijk werk vanuit Sociaal Pedagogische Diensten.

Ook scholen voor lichamelijk gehandicapten hadden vaak maatschappelijke werkers in dienst.

Vanuit het LOM-onderwijs bestond bij sommige scholen vanaf de oprichting behoefte aan maatschappelijk werk, bij andere groeide de behoefte in de loop der jaren. In 1971 is een experiment gestart vanuit het toenmalige ministerie van CRM, het Project Inschakeling Maatschappelijk Werk bij LOM-scholen. In april 1975 verscheen het eindrapport van de begeleidingscommissie. De voorname conclusie van de commissie was dat 'aan het maatschappelijk werk een belangrijk aandeel kan worden toebedacht in het onderkennen en tot oplossing brengen van relationele problematiek. Door zijn opleiding is de maatschappelijk werker meer dan de vertegenwoordigers van andere disciplines hiertoe in staat'. Ook de enquête, gehouden door de NOW in 1977 onder de hoofden van alle LOM-scholen, toonde aan dat er grote behoefte bestond aan 'eigen' maatschappelijk werk, vooral voor begeleiding, maar ook bij het toelatingsonderzoek. Als gevolg van het project en de enquête werd het met ingang van 1 januari 1979 door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen mogelijk gemaakt een maatschappelijk werker aan te stellen als lid van de toelatingscommissie van alle scholen voor buitengewoon onderwijs. Hoewel het Ministerie van CRM in 1978 toegezegd had eenzelfde bedrag beschikbaar te stellen voor begeleiding en in 1979 dat het algemeen maatschappelijk werk hiervoor extra formatieplaatsen kon krijgen, is dit nooit gebeurd, ondanks verschillende aanvragen.

Naast de subsidiëring van het schoolmaatschappelijk werk door de rijksoverheid moet eigenlijk als eerste genoemd worden de subsidiëring door gemeenten. Vele gemeenten zijn begonnen het schoolmaatschappelijk werk te betalen; later is dat voor een groot deel overgenomen door het rijk, maar nog altijd is de houding van gemeentebesturen van belang voor het schoolmaatschappelijk werk.

Waarom schoolmaatschappelijk werk?

Het belang van schoolmaatschappelijk werk als een vorm van jeugdhulpverlening is dat het, zelfs voor een eerstelijnsvoorziening, een lage drempel heeft waardoor het preventief werkt.

Doordat op school tijdig gesignaleerd kan worden als er iets mis loopt met het kind, kan het schoolmaatschappelijk werk, uiteraard nooit zonder toestemming van de ouders, inspringen voor de problemen te groot zijn. Vaak is met een kort aantal contacten de zaak weer in het goede spoor te brengen, zodat ouders en kinderen het weer (beter) alleen aan kunnen. Ouders van kinderen met opvoedingsproblemen gaan vaak naar RIAGG's (vroeger Medisch Opvoedkundige Bureaus), maar door inschakeling van schoolmaatschappelijk werk kan de stap naar deze (veel duurdere) tweedelijnsvoorziening nogal eens voorkomen worden.

Huidige situatie: knelpunten

In de discussienota 'Schoolbegeleiding' van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen van 1976 worden maatschappelijke werkers tot de minimumbemanning van schoolbegeleidingsdiensten gerekend (s.20). Bij de presentatie van de rijksregeling subsidiëring schoolbegeleiding wordt het schoolmaatschappelijk werk echter niet meer genoemd. Deze – niet verantwoorde – verandering ten opzichte van de oorspronkelijke tekst verhindert schoolbegeleidingsdiensten, die schoolmaatschappelijke werkers willen aanstellen, dit te doen en beperkt de mogelijkheden van de bestaande afdeling maatschappelijk werk.

In de Interimwet Speciaal Onderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs (ISOVSO) wordt bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) het maatschappelijk werk tot een minimale bezetting van de toelatingscommissie gerekend. Voor het onderwijs-ondersteunend personeel hebben per schoolsoort als uitgangspunt gediend de normen, die zijn opgenomen in de jaarlijkse circulaires aan de gemeenten betreffende de kosten van het buitengewoon onderwijs (de laatste is van

28 februari 1984). Het achterwege laten van bepaalde wijzigingen nu houdt niet in dat dit in een later stadium niet alsnog kan gebeuren. De AMvB's waarin dit vastgesteld wordt, worden binnenkort in de Tweede Kamer behandeld.

De meeste scholen, die het alleen met deze subsidie moeten doen, komen voor het maatschappelijk werk veel tijd tekort. In de toegestane tijd van 3 minuten per leerling per week (5 uur aan een school met 100 leerlingen) kan wel een toelatingsonderzoek gedaan worden, echter geen herhalings- of eindonderzoek of deelname aan het opstellen van het schoolwerkplan zoals óók verwacht wordt. Voor begeleiding van kinderen met problemen thuis heeft het maatschappelijk werk in het buitengewoon onderwijs geen tijd, terwijl juist daaraan de grootste behoefte bestaat. Zelfs voor verwijzen is geen tijd, evenmin als voor het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met de school. Schoolmaatschappelijke werkers, die in 20 uur 5 scholen hebben, wat geen uitzondering is, kunnen hun werk niet op een verantwoorde wijze doen.

De andere disciplines zitten veel royaler in hun tijd (psycholoog tweemaal zoveel), terwijl nooit onderzocht is hoeveel tijd ieder nodig heeft om op verantwoorde wijze zijn werk te doen.

Als jongste discipline in het buitengewoon onderwijs (op veel scholen pas twee of drie jaar) is het schoolmaatschappelijk werk nog bezig zijn weg te vinden. Het is echter van groot belang voor de kinderen met problemen dat schoolmaatschappelijke werkers hen voldoende hulp kunnen bieden.

Maatschappelijk werk in de gezondheidszorg

Een onderdeel van het maatschappelijk werk (mw) is het maatschappelijk werk dat verricht wordt in de gezondheidszorg. Dit kan zijn intramuraal (bijv. ziekenhuizen en verpleegtehuizen of extramuraal (instellingen voor ambulante zorg). Lange tijd werd gesproken over 'medisch maatschappelijk werk'. Wij pleiten er echter voor het predi-

kaat medisch weg te laten omdat ons beroep niet medisch is, maar actief is binnen het terrein van de gezondheidszorg. Het belang van het mw binnen de gezondheidszorg heeft te maken met o.a.:

- toenemende complexiteit van de samenleving, waardoor een toename van problemen op gebied van psychische en lichamelijke gezondheid;
 - het grotere belang dat wij allen hechten aan gezondheids- en weijzingszorg in het algemeen;
 - een steeds duidelijker besef van de samenwerking en samenhang tussen lichamelijke, psychische en sociale problemen.
- 'Integrale gezondheidszorg' biedt aandacht aan deze drie aspecten, geheel volgens de idee die jaren geleden al ten grondslag lag aan de herdefiniëring van gezondheid door de Wereld Gezondheids Organisatie: 'Gezondheid is een situatie van lichamenlijk, psychisch en sociaal welbevinden'.

Taak en functie

De taak van het mw in de gezondheidszorg is het begeleiden van cliënten/patiënten met psycho-sociale problemen die samenhangen met ziekte, opname en behandeling. De problemen die een belemmering vormen voor zijn functioneren kunnen van velerlei aard zijn. Zij kunnen liggen op het gebied van werk, huisvesting, vrije tijd, financiën, relatie met gezin, partner of anderen. Het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg kijkt naar die problemen voor zover ze te maken hebben met het ontstaan van ziekte, maar vooral naar hun belemmerende functie in groei naar herstel.

Dergelijke problematiek kan ook ontstaan als gevolg van ziekte, opname, invaliditeit en ingrijpende medische behandelingen, met name als de psychische en maatschappelijke aanpassing aan de nieuwe situatie niet goed verloopt. Enkele voorbeelden:

Psychische spanningen en lichamelijke klachten als gevolg van werkloosheid; terugkeer naar huis is niet meer mogelijk door ernstige ziekte of invaliditeit; opvang gezin na opname van de ouder; begeleiding bij

verwerking van ziekten met een slechte prognose; begeleiding bij psycho-somatische problematiek.

De gerichtheid op de samenhang van problemen met ziekte en opname onderscheidt het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg met het algemeen mw. In de hulpverlening wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid en de eigen mogelijkheden van de cliënt. Getracht wordt de cliënt zoveel mogelijk uit de patiëntenrol te houden, zo min mogelijk afhankelijk van hulpverleners om hem heen. Het mobiliseren van de eigen creativiteit en vergroten van de draagkracht verhoogt het effect van de hulpverlening. Het is van het grootste belang dat men zelf leert zijn eigen problemen op te lossen, eventueel met hulp van anderen, wat de weerbaarheid vergroot en de kans op toekomstige problemen kleiner maakt. Zeker in een afhankelijk makende omgeving als bijv. een ziekenhuis is dit een belangrijk taakaspect. Men zou in dit verband dus zelfs kunnen spreken van 'anti-patiënt'-gericht werken.

Een opname in een ziekenhuis of een verpleegtehuis betekent een enorme ingreep in iemands leven, zeker als het gaat om langdurige of ernstige ziekten. Bij het gehele proces is de maatschappelijk werker betrokken:

- een bijdrage aan de diagnostiek, inventarisatie van problemen die mogelijk een rol speelden in het ontstaan van de ziekte, een inventarisatie van de sociale situatie, een inventarisatie en coördinatie van de eventueel reeds bestaande hulpverleningscontacten;
- een bijdrage aan de behandeling als lid van het behandelingsteam, waarin in een samenwerkingsverband van gelijkwaardige partners (arts, verpleging, maatschappelijk werk, psycholoog, pastor) de totale behandeling, gecoördineerd en bijgesteld wordt. Concreet betekent dit regelmatig overleg waarin de maatschappelijk werker verantwoordelijk is voor de inbreng die relevant is vanuit zijn relatie met met de cliënt/patiënt;

- een bijdrage aan de ontslagfase, de voorbereiding en uitvoering daarvan, het leggen van contacten naar buiten, kortom het opzetten van een goede opvang na ontslag. Soms betekent dit een verwijzing naar andere hulpverleners, soms moet een veel ingrijpender besluit worden uitgevoerd als iemand bijv. niet meer naar huis kan terugkeren en naar een nieuwe woon/leefsituatie gezocht moet worden.

De maatschappelijk werker betreft voortdurend de situatie 'buiten' het ziekenhuis erbij, en probeert hierdoor mede te voorkomen dat de kloof met de thuissituatie die ontstaat door ziekte of opname te groot wordt. Het betekent ook dat de naaste relaties van de patiënt/cliënt bij de hulpverlening betrokken worden en blijven. Vanzelfsprekend moet er dan ook voor gewaakt worden dat de hulpverleners zelf niet langs elkaar heen werken zodat het voor de patiënt/cliënt onoverzichtelijk wordt. Dit is uiteraard een verantwoordelijkheid die de hulpverleners ieder voor zich en gezamenlijk moeten dragen. Feit is echter dat er in de gezondheidszorg veel lacunes zijn in de samenhang en samenwerking tussen de verschillende voorzieningen en werkers. De maatschappelijk werker loopt hier vaak tegenaan in zijn voortdurende poging de continuïteit van zorg voor de patiënt/cliënt te handhaven.

Brugfunctie

Vanuit de functie die het maatschappelijk werk heeft om lijnen te leggen van vóór de opname naar nu, vanuit de huidige situatie naar de situatie van ontslag wordt gesproken over het vervullen van een brugfunctie. Deze functie is van groot belang; immers, de effectiviteit van de opname en de behandeling zou ernstig teniet gedaan worden als de patiënt terecht komt in een situatie die volstrekt niet is aangepast aan de nieuwe situatie. Indien de brug niet op die manier gelegd is – zeker in een situatie met talloze voorzieningen, niveaus van zorgverlening en hulpverleners met de nodige lacunes in de samenhang daartussen – treedt niet zelden

na een val in zo'n 'gat' een terugval in de gezondheidstoestand van de patiënt/cliënt op. De positie van de maatschappelijk werker in de instelling, vanuit zijn deskundigheid met betrekking tot het genoemde veld daarbuiten, maakt hem bij uitstek geschikt om deze brugfunctie te vervullen.

Politiek beleid, steun en bedreiging tegelijk
In het beleid rondom de herstructurering van onze veel te duur geworden gezondheidszorg treedt een verschuiving op van de tweedelijnsvoorzieningen naar de eerste lijn. In dit verband enkele uitgangspunten uit de nota Eerstelijnszorg:

- versterking eerste lijn, inkrimping tweede lijn;
- nadruk in de hulpverlening op eigen mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving, geen onnodige afhankelijkheid van hulpverlening en daardoor zelfstandigheidsverlies;
- verbetering van de onderlinge samenhang en samenwerking tussen de verschillende instellingen en werkers.

Deze beleidspunten die gericht zijn op bezuiniging met toch een handhaving van continuïteit van zorg en kwaliteit hebben een eigenaardig en zelfs slopend effect op de positie van het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg, indien zij niet zorgvuldig worden toegepast. Het maatschappelijk werk in de instellingen voor tweedelijnszorg loopt een acuut 'gevaar 'wegbezuinigd' te worden (invoering budgetfinanciering, doorvoering van de COTG-normen die nog lang niet uitgebalanceerd zijn en irreëel voor met name het mw in ziekenhuizen), terwijl juist het mw een grote bijdrage levert aan bovengenoemde beleidspunten en deze ook erkent en ondersteunt vanuit haar functie. De maatschappelijk werker vanuit de tweede lijn:

- hecht veel belang aan een goede eerstelijnszorg;
- werkt voortdurend mee aan de ontplooiing van de mogelijkheden van de patiënt/cliënt om zijn weerbaarheid te vergroten

teneinde op eigen benen te kunnen blijven staan;

- legt voortdurend contacten naar de thuis-situatie van de cliënt, naar de hulpverleners extern, teneinde een goede opvang te garanderen;
- hecht groot belang aan onderlinge samenwerking tussen de hulpverleners en de voorzieningen teneinde te bereiken dat ook op dat vlak 'psychisch, lichamelijk en sociaal' op elkaar blijven aansluiten.

Een wijs beleid dient een samenhang te vertonen tussen de beoogde doelstelling en de te nemen maatregelen. Een gigantische bezuiniging van het maatschappelijk werk in de tweede lijn terwijl juist het maatschappelijk werk in de tweede lijn een zinvolle bijdrage levert aan het beoogde doel, lijkt een onwijze zaak.

Bij de bespreking van de nota Eerstelijnszorg met de vaste Kamercommissie voor Welzijn en Volksgezondheid werd door de staatssecretaris een motie aanvaard (ingediend door CDA) waarin wordt gepleit voor handhaving van het maatschappelijk werk in de tweede lijn teneinde deze bijdrage te waarborgen.

Het maatschappelijk werk binnen de gezondheidszorg bevindt zich in de voortdurende noodzaak zijn eigenheid en eigen plaats te bevechten, vaak tot onze verwondering, omdat ook en juist deze hulpvorm zo dicht bij de mensen en hun dagelijks bestaan staat. Politiek lijkt dit van lieverlee onderkend te gaan worden, ook inzake andere settingen waarin het mw zich manifesteert. Hopenlijk zal deze tendens zich ook in de gezondheidszorg doorzetten.

Ingebouwd maatschappelijk werk

In het kader van deze artikelenserie ligt het voor de hand om ook nader in te gaan op het begrip 'ingebouwd maatschappelijk werk'. Dit is de werksoort maatschappelijk werk die aanwezig is binnen organisaties die professionele hulp niet primair als doelstelling hebben. Genoemd is reeds het bestaan van mw in verschillende settingen zoals: reclassering, kindbescherming, scholen en

maatschappelijk werk in medische instellingen. Zo ook bestaat er in bedrijven het bedrijfsmaatschappelijk werk. Onder bedrijven worden dan verstaan al die organisaties, instellingen, fabrieken en instituten, waar op een of andere wijze geproduceerd wordt, materiële zaken of vormen van dienstverlening (banken e.d.).

Zoals reeds is aangegeven hebben de gedachten over hulpverlening zich eeuwen geleden ontwikkeld tot het huidige denken over hulpverlening, als *recht* dit te mogen ontvangen, en als *plicht* dit te verlenen. Sedert de industriële revolutie, toen er werkgevers- en werknemersverhoudingen begonnen te bestaan, zijn deze gedachten ontwikkeld binnen de bedrijven. In het huidige bestaan van de werknemer is een hele reeks van activiteiten ontplooid, waarbij het uitgangspunt was optimale zorg te besteden aan het welzijn van de werknemers in de bedrijven. De motieven hebben zich in de loop der decennia gewijzigd. De toen geheten arbeider werd omgeven met patriarchale zorg, charitatief bedeed en vanuit religieus beschouwen beoordeeld en opgevoed.

De huidige werknemer wordt, als de Arbeidsomstandighedenwet verder uitgewerkt

zal worden, mede verantwoordelijk voor eigen welzijn. Het maatschappelijk werk in bedrijven heeft deze ontwikkeling meegeemaakt, vanaf ongeveer 1900.

In het gehele proces van bewustwording van de werknemer over zijn arbeidsinbreng, zijn plaats en positie in het economische gebeuren, zijn parallellen te trekken naar de bewustwording van zijn maatschappelijke ontwikkeling, waarbij het maatschappelijk werk een taak heeft gehad.

Het bedrijfsmaatschappelijk werk is een vorm van eerstelijnsfunctie binnen de bedrijven geworden. In de samenwerking met externe hulpverlening zoals met de eerste en tweede lijn met name, is door de jaren heen in grote mate gebleken hoe noodzakelijk een goed functionerend hulpverleningsstelsel is, bij de ongelooflijk vele en intensieve problematiek die veel mensen te verwerken hebben in dit hedendaagse hectische bestaan. Vandaar dat ook het ingebouwd maatschappelijk werk er belang bij heeft de bestaansgrond van alle vormen van maatschappelijk werk als professionele hulpverlening geaccepteerd te zien om ook eigen legitimiteit van aanwezigheid te kunnen onderbouwen.

