

Hans van Ewijk is strategisch adviseur NIZW en lector sociaal beleid aan de Hogeschool Utrecht.

Gery Lammersen is adviseur NIZW Beroepsontwikkeling.

Binnengekomen 18 januari 2006

Geaccepteerd 10 maart 2006

HANS VAN EWIJK EN  
GERY LAMMERSEN

## WERKERS IN DE ZORG VOOR GEHANDICAPTEN

### Op weg naar een verdere professionalisering

In dit artikel gaan we in op de essentie van het beroep en de beroepsopvatting van werkers in de gehandicaptensector, gebaseerd op de deelstudie *Work with Adults with Severe Disabilities. A Case Study of Denmark, the Netherlands and Sweden* (Hansen & Jensen, 2004; Ewijk, Lammersen & Broers, 2003) die is verricht in het kader van het meerjarig grootschalig Europees onderzoek *Care Work in Europe. Current Understandings and Future Directions* (2001-2005). We laten zien dat voor werkers in de zorg de relatie de kern van het werk is en dat het werk zich afspeelt binnen een gevoelige ethische context en vanuit een diffuus beroepsbeeld.<sup>1</sup> Aan het eind van dit artikel leveren we een bijdrage aan het debat over het niveau en de inhoud van de sociale professional in de zorg. Een sociale professional staat voor een reflectieve beroepskracht (*practitioner*) die op verantwoorde wijze wetenschappelijke kennis en kennis van methodieken en praktijken toepast binnen steeds wisselende contexten.

#### VRAAGSTELLING EN ACHTERGROND VAN HET DEELONDERZOEK

Ons deelonderzoek naar de opvattingen van professionals in de zorg over de kern van het vak en de betekenis van de zorg maakte deel uit van een meer-

jarig grootschalig onderzoek *Care Work in Europe*. Het *overall* onderzoek, gefinancierd door het onderzoeksdepartement van de Europese Commissie, had als hoofddoel in kaart te brengen hoe de zorg in verschillende Europese landen begrepen en georganiseerd wordt en in welke richting de zorg zich verder ontwikkelt en zou moeten ontwikkelen. Deze interesse van de Europese Commissie voor de zorg komt voort uit het feit dat de zorg één van de grootste en snelst groeiende sectoren in de Europese Unie is. Bovendien veroorzaken vergrijzing, ontgroening en verschuivende leefpatronen (tweeverdieners en mobiliteit bijvoorbeeld) vermoedelijk een groot tekort aan informele en formele zorg in de komende decennia. De uitkomsten van het onderzoek wil de Europese Commissie dan ook benutten voor een verdere verdieping en debat over de toekomst van de professionele zorg. Ons internationale onderzoeksteam constateerde vanaf het begin dat in de Europese vraagstelling 'zorg' een lastig en omstreden begrip is. In verschillende landen bestaat geen sector zorg. *Care* en *long-term care* worden door bijvoorbeeld Denen en Zuid-Europeanen niet echt herkend. In Denemarken hebben ze het over de bijdrage van de sociale pedagogiek en het *social work* aan de ontwikkeling en het welzijn van burgers. Zorg wordt als impliciet onderdeel van de pedagogiek en het *social work* gezien. In Zuid-Europese landen is de

zorg als sector veel minder ontwikkeld en geprofileerd. Maar ook daar waar zorg (*care*) een veel gebruikt woord is, blijken de interpretaties, definities en terreinafbakeningen sterk te verschillen. Vandaar dat we als onderzoeksteam besloten veel aandacht te besteden aan de vraag hoe zorg gezien en begrepen wordt. We typeerden ons onderzoek als hermeneutisch en 'verstehend'. Door als het ware te proberen tot de kern van de zorg door te dringen hoopten we het debat te verdiepen en te verrijken. We vermoedden ook dat in de kern van de zorg de verbinding tussen de praktijken gevonden zou kunnen worden. Een expliciete beperking in ons onderzoek was dat we ons richtten op de professionele zorg.<sup>2</sup>

In de eerste fase vergeleken we zorgsystemen en het beleid uit de zes deelnemende landen<sup>3</sup> aan de hand van nationale overzichtsrappportages, analyseerden we vraag en aanbod van beroepskrachten en bestudeerden we literatuur over de kwaliteit en werkomstandigheden. In de tweede fase voerden we drie kwalitatieve – onderling vergelijkbare – studies uit naar de opvattingen en praktijken van werkers in respectievelijk de kinderopvang, de ouderenzorg en de zorg voor mensen met een handicap. De derde fase bestond uit een inventarisatie van innovaties, een speciale casestudie naar de beroepsuitoefening in de praktijk met behulp van video-opnamen en de opstelling van het eindrapport.

In het deelonderzoek waarover we hier rapporteren, wilden we een verdiepend inzicht krijgen in het karakter en de praktijk van het werk in de gehandicaptensector door uitvoerende werkers, beleidsmakers en opleiders te interviewen over hun opvattingen, interpretaties en ervaringen.<sup>4</sup> We formuleerden de volgende hoofdvragen:

- 1 Hoe zien de betrokkenen het karakter en de essentie van de zorg?
- 2 Wat zijn de opvattingen over de kwaliteit van het werk, de ethiek en de professionalisering?
- 3 Hoe zijn deze opvattingen (mede) te verklaren uit de opleidingsachtergrond en de samenstelling van de beroepsgroep en beleidscontext van de verschillende landen?

Vanuit deze brede hoofdvragen is vervolgens een semi-gestructureerde vragenlijst en codeboek opgesteld. In dit deelonderzoek zijn in totaal 35 uitvoerende werkers, 15 beleidsmakers en 12 opleiders uit Zweden, Denemarken en Nederland uitgebreid geïnterviewd.<sup>5</sup> In dit artikel concentreren we ons op de vraag naar de essentie van de zorg, de ethiek en de professionalisering.

## IN DE ZORG IS DE RELATIE ESSENTIEEL

Uit praktisch alle interviews kwam overduidelijk naar voren dat voor werkers in de zorg de relatie met de gehandicapte essentieel is. De kern van die relatie is samen te vatten met de woorden 'begrijpen', 'belevén' en 'dialoog'.

### Begrijpen

*Understanding* was het kernwoord in ons driejarig onderzoeksproject. We wilden begrijpen hoe werkers in de zorg hun werk zagen en ervoeren en hoe dat te verklaren viel uit de verschillende contexten en de dominante trends in de zorg in Europa (Moss & Cameron, 2002; Ewijk, Hens, Lammersen & Moss, 2002). Begrijpen is misschien ook wel de kern in het werken met mensen met een (ernstige verstandelijke) handicap. *Het belangrijkste is om de kleine signalen te verstaan en daarop te reageren. Je moet ze de kans geven duidelijk te maken wat ze willen. Dat maakt hen als persoon sterker. Ik heb vooral met kinderen gewerkt en je krijgt veel van hen terug. Een kind kan iets duidelijk maken met zijn blik, bijvoorbeeld dat hij naar de wc moet. Als je dat niet ziet, denkt men dat het kind nog niet zindelijk is* (Hansen & Jensen, 2004). Het begrijpen ligt allereerst op het niveau van het begrijpen wat de persoon duidelijk wil maken. Als iemand die niet of nauwelijks kan praten, het gevoel krijgt dat de ander hem of haar toch snapt, draagt dat bij aan zijn zelfvertrouwen. Een bestuurder van een grote instelling vertelde hoe gehandicapten die als gewelddadig werden beschouwd en door een nieuwe aanpak waarbij het luisteren en begrijpen centraal stond, volledig veranderden. Ze hadden niet langer bewakers nodig en hoefden niet meer vastgebonden te worden. De ouders wisten niet wat ze zagen (Ewijk,

Lammersen & Boers, 2004). Begrijpen vindt ook plaats op een dieper niveau: het begrijpen van de persoon op zich en in zijn situatie. Dit 'verstehen' vind je terug in de interviews in uitspraken over respect hebben en over de wil zich vergaand met de ander te kunnen identificeren, als het ware in de huid van de ander te kruipen.

### Beleven

We vonden het opvallend hoe veel van de werkers benadrukten dat ze zo'n plezier hebben in het werken met verstandelijk gehandicapten. Er zijn, volgens hen, zo veel mooie dingen in dit werk. *Het plezier heb je omdat je ziet hoe gelukkig ze zijn als we er weer zijn. Ze staan te wachten bij het raam en wuiven als we weggaan. Het zijn nog gelukkige mensen en we hebben echt iets gemeenschappelijk* (Hansen & Jensen, 2004). Je zou uit een citaat als dit – en er zijn veel van dit soort citaten – kunnen opmaken dat het diep menselijk verlangen naar geluk en naar plezier in sterke mate wordt gevonden in het omgaan met verstandelijk gehandicapten. *Het mooiste is wanneer je weer naar huis gaat na een dag werken en je hebt dat gevoel dat je echt met ze in contact geweest bent... Ze zijn zo verrijkend en invoelend. Ze weten precies hoe je je voelt. Dat is eigenlijk heel indrukwekkend* (Hansen & Jensen, 2004).

Er zijn echter ook keerzijden. We hebben werkers gesproken die vertellen over geweld en zelfs pogingen tot wurging. *Die pijn voelde ik nog heel lang daarna* (Hansen & Janssen, 2004). En deze werker bedoelde niet de fysieke pijn. Contact leggen met de meest ernstig gehandicapte groep is heel lastig. *Het in contact komen met deze doelgroep is behoorlijk lastig omdat je zo weinig terugkrijgt. Je moet tevreden zijn met hele kleine dingen. Eigenlijk is dit niveau van functioneren te laag voor me. Wanneer ze terugkomen van hun vakantie, bijvoorbeeld, dan liggen ze daar maar en je krijgt eigenlijk geen reactie van ze. Als je hier langer werkt, ga je wel een verschil in reactie zien, een glimlach of andere gezichtsuitdrukking, maar dat is het. Ik vind daar te weinig bevrediging in* (Ewijk, Lammersen & Boers, 2003).

### Dialogo

Werkers hebben sterk het gevoel een langdurige relatie aan te gaan. Dit lijkt ons kenmerkend voor het werken in deze sector. Meestal zitten sociale professionals in een setting waarin het de bedoeling is om de ander te reïntegreren, weer terug te krijgen in de maatschappij, een relatief kort durend proces. Bij het werken met verstandelijk gehandicapten zijn integratie en participatie ook kernbegrippen maar wel met de wetenschap dat deze doelgroep permanente ondersteuning nodig heeft. De kern van die ondersteuning, volgens de werkers, is dat de professional een betekenisvolle relatie is in hun wereld. Betekenisvol omdat de professional een zekere veiligheid biedt, omdat hij of zij vertrouwen geeft, bemoedigt en aanmoedigt en gewoon een aantal praktische zaken regelt. Geen van de werkers pretendeert ouders of gezinsleden te vervangen maar het karakter van de relatie heeft toch veel gelijkenis ermee. *Ik pas niet op ze, ik leef samen met hen, zo drukte een van de geïnterviewde het uit. Je bent er 's morgens vroeg als ze wakker worden. Je bent er 's avonds als ze gaan slapen. Je bent er als ze verdrietig zijn wanneer iemand overlijdt. Het is alsof, alsof je deel uit maakt van hun leven* (Hansen & Jensen, 2004). Veel werkers hechten eraan om te benadrukken dat de dialoog tussen hen en de gehandicapten een open dialoog is waar gelijkwaardigheid vooropstaat. Het gaat om anders zijn, niet om meer of beter zijn.

### Verschillende perspectieven op de aard van de relatie

Ruwweg kwamen we drie verschillende maar tegelijk ook deels overlappende perspectieven tegen in de verhalen van de werkers.

Het eerste perspectief is zorgen voor het welzijn van de betrokkene. Het accent ligt op het leven te veraangename, pijn te verzachten, zorgen dat 'ze het prettig hebben'. *Dat je je cliënten een beetje vrede met hun leven weet te geven en je tijd voor ze hebt* (Hansen & Jensen, 2004). Deze zorgzame benadering wordt door verschillende geïnterviewden gezien als een wat traditionele opvatting gevoed vanuit liefdadigheid en meeleven. Sommige werkers praten erover alsof het verleden tijd is. Je zou je kunnen afvragen of hier sprake is van een zekere gêne

omdat het zo 'liefdadig' klinkt en niet past in de moderne taal in de zorg.

Het tweede en dominante perspectief is het ontwikkelingsperspectief. *Ik denk dat we in eerste instantie ernaar streven dat ze onafhankelijker worden maar dat vraagt heel veel begeleiding en ondersteuning van ons* (Hansen & Jenssen, 2004). Centraal staat de opdracht de cliënt meer zelf verantwoordelijk te maken, te laten deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, hem te activeren, te integreren, fysiek, mentaal, moreel en verstandelijk een stapje verder te brengen. *Iedere twee jaar wordt er een nieuw zorgplan opgesteld. Het jaar daarna wordt het weer geëvalueerd. In het zorgplan zijn de belangrijkste doelen gericht op werken... In welke richting zou de cliënt willen en kunnen gaan* (Hansen & Jenssen, 2004). Deense werkers noemen zichzelf pedagogen gericht op ontwikkeling van het individu en zijn netwerk. Ze hebben ook praktisch allemaal een pedagogische opleiding gehad. Dit pedagogisch zelfbewustzijn komt in uiting in het volgende citaat: *We hebben het over twee fundamenteel verschillende manieren van kijken naar mensen... Het is een andere manier van denken. Het is niet zo dat verzorgenden geen goede mensen zijn maar ze zijn opgeleid om iets anders te doen. Wij focussen op ontwikkeling en zij focussen op ziektes. Wij focussen niet op genezen – dat is het grote verschil, geloof ik* (Hansen & Jenssen, 2004). In Nederland komen we sociaal-pedagogen tegen, verplegenden en verzorgenden op verschillende niveaus. Het ontwikkelingsperspectief klinkt sterk door bij de beleidsmakers en opleiders en enkele sociaal pedagogen. Veel andere werkers bevinden zich wat dichter

tegen het 'zorgperspectief' aan en benadrukken het creëren van een prettige en veilige omgeving. Onze Deense collega's zagen dit als een gevolg van het feit dat in Nederland de gehandicaptenzorg nog grotendeels institutioneel en groepsgericht is.

Het derde perspectief – duidelijk aanwezig in Zweden en hier en daar ook in Nederland – is gericht op het uitgangspunt dat de professional diensten levert gericht op de vraag van de cliënt. Of zoals een Zweedse verzorgende het verwoordt: *Er staat in mijn functieomschrijving dat ik de armen en benen van de betrokkene ben. Mijn baan is om alle dingen te doen die hij wil maar hij heeft geen begrip voor het feit dat je een persoon bent. In zijn ogen ben ik gewoon een slaaf* (Hansen & Jensen, 2004). Hier stuiten we op het probleem dat een directe vraagsturing de cliënt feitelijk tot een werkgever maakt maar dat deze daarvoor absoluut niet is toegeest.

Onze Deense collega's brachten een schema in dat was ontworpen door Hjort-Hansen en Hoeg (1999), vervolgens van een vijfde kolom is voorzien door Hansen (2002) en door ons (Van Ewijk, Lammersen) licht is bewerkt.<sup>6</sup>

De eerste twee kolommen staan voor zorg in tijden en landen waar de zorg als professionele activiteit niet of nauwelijks ontwikkeld is. Vanaf de twintigste eeuw zien we in de westerse landen en vooral in de Scandinavische landen de opkomst van de professionele zorg, de derde kolom. Eind twintigste eeuw treedt een volgende fase in waarbij enerzijds een zakelijke dienstverlening opkomt (kolom 4) en ander-

	<b>Informele-zorg-benadering</b>	<b>Diakonale benadering</b>	<b>Professionele benadering</b>	<b>Dienstverlenings-benadering</b>	<b>Participatie-ontwikkelings-benadering</b>
Sociale context	Gezins sfeer	Kerk	Behandeling	Markt	Pedagogisch
Ideaal	Bevestiging relatie	Liefdadigheid	Wetenschappelijke methode	Product verkoop	Autonomie en burger zijn
Vereiste	Jezelf opofferen	Iemand in nood helpen	Je werk goed doen	Dienstverlening	Leerproces
Focus	Welzijn van betrokkene	Roeping	Preventie, interventie	Contractuele verplichtingen	Bijdragen aan ontwikkeling
Doelgroep	Familieleden, vrienden	Mensen in nood	Mensen met een indicatie	Klantensegment	De lerende medeburger

zijds een verdere professionalisering gericht op participatie en ontwikkeling (kolom 5). De komende decennia zal blijken of één van deze perspectieven dominant wordt of dat er nieuwe, slimme combinaties tussen de verschillende kolommen ontstaan.

### Normalisatie, burgerschap en diversiteit

Achter de geschetste perspectieven schuilt het debat over de visie op mensen met een (verstandelijke) handicap. Hoewel nog wel iets nagalmt van de liefdadigheidsbenadering, gaat het huidige debat vooral over normalisatie, burgerschap en diversiteit. Normalisatie is in Denemarken, Zweden en Nederland een discussie sinds de jaren zestig. In plaats van een mens met een handicap te zien als een onvolmaakt mens die verzorgd moest worden, kwam de opvatting dat mensen met een handicap normale mensen zijn en die zo normaal mogelijk behandeld moesten worden (Gennep, 2000; Gennep & Steman, 1997). Dit veranderde de ideeën over de zorg en de rol van de professional dramatisch. In Nederland was Dennendal daar de exponent van. Weg met de afhankelijkheid, het klein houden en op naar een gelijkwaardige verhouding tussen gehandicapte en professional (Tonkens, 1999). In de huidige in zwang zijnde burgerschapsbenadering gaan we nog een stap verder. Iedere burger – dus ook mensen met een (ernstige) verstandelijke handicap – wordt gezien vanuit het idee dat ze zelfverantwoordelijk zijn en medeverantwoordelijk (RMO, 2000). Activering en participatie zijn de daarbij passende professionele benaderingen. Sommige geïnterviewden verwijzen naar alweer een misschien nieuwe dominante visie, die van de diversiteit of in woorden van onze Deense collega's 'mede-burgerschap'. In deze visie blijft de verstandelijk gehandicapte gezien worden als volwaardig burger maar wel 'op zijn manier'. De Deense benadering legt daardoor duidelijk minder accent op bijvoorbeeld werk als normalisatieprincipe. Werken past niet in 'hun manier van zijn' dus waarom geen andere dagbesteding? Tegenover een sterke nadruk op integratie van gehandicapten in de buurt pleiten sommigen juist voor veel meer ruimte van een eigen subcultuur van gehandicapten, zoals dat ook al op Dennendal het geval was (Tonkens, 1999). De meeste geïnterviewde werkers refereren overigens niet expliciet naar de verschillende perspectieven, de visies

komen meer impliciet naar voren. Als onderzoekers vonden we dat de Deense werkers hun praktijk beter konden verbinden – op het niveau van argumentatie en reflectie – met de meer achterliggende noties over theorieën en beleidsdebatten dan hun Zweedse en Nederlandse collega's.<sup>7</sup>

### ETHISCHE DILEMMA'S

Het eerste wat ons als onderzoekers opviel bij het vragen naar rechten en ethische dilemma's, was dat de Zweedse en Deense werkers zich veel meer beriepen op de feitelijke wetgeving. We zouden kunnen zeggen dat hun kennis en gevoel voor de juridisering van sociale verhoudingen sterker was dan bij hun Nederlandse collega's. De Nederlandse *Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken* is van recente datum. In de nieuwe wet is expliciet het recht op zorg, hulpmiddelen en aanpassing van de omgeving vastgelegd, zij het met de beperking dat die aanpassing vooralsnog slechts geldt in het werk, het onderwijs en het openbaar vervoer. Dit bewustzijn van de wet en het belang ervan leek bij de Nederlandse werkers niet sterk te zijn maar de werkers hebben wel een scherp gevoel voor de noodzaak om tot een gelijkwaardige relatie te komen. *Om er achter te komen wat je cliënt wil, moet je echt goed opletten op de signalen die iemand geeft. .... Je moet dus altijd je inspannen om hen te begrijpen. Iedere dag moet je je bewust zijn dat je de volledige macht over ze hebt, in principe, maar tegelijkertijd moet je hun vaak verkeerd begrepen wensen vertalen in 'wat bedoel je precies?'* (Ewijk, Lammersen & Boers, 2003). In dit citaat voel je de spanning om de ander volledig tot zijn recht te laten komen terwijl je er als professional er niet aan ontkomt om te interpreteren wat de ander bedoelt. Een volgend dilemma is dat tussen het recht op vrije keuze en het recht op bescherming. Werkers met verstandelijk gehandicapten ervaren dagelijks de spanning tussen deze beide rechten. Een van de Deense werkers haalt een beeldend voorbeeld aan. *Het laatste jaar kreeg hij een grote passie voor in de bus rijden. Dus hij loopt de weg af en stapt op de bus naar het centrum en dat is heel opwindend voor hem. Zijn moeder is erg bezorgd dat hij seksueel of op een andere manier misbruikt wordt, dat hij gewond zal raken,*

enzovoort. Haar bezorgdheid is begrijpelijk, maar wij kunnen Peter niet in de weg gaan zitten maar we vragen hem wel om ons te informeren als hij weggaat en wij akkoord kunnen gaan (Hansen & Jenssen, 2004). Andere werkers komen met voorbeelden of je mag toestaan dat een cliënt op zijn blote voeten en met een t-shirt 's winters naar buiten gaat. Je hebt ook een plicht als begeleider om goed te zorgen voor je cliënt. Een derde complex terrein voor de werkers ligt op het gebied van contraceptie en sterilisatie. Nederlandse werkers klagen ook over gebrek aan duidelijke regelgeving of richtlijnen op dit gebied (Ewijk, Lammersen & Boers, 2003). Misschien nog lastiger wordt het als dwangverpleging moet worden toegepast. Wanneer mag je iemand – ter zelfbescherming of bescherming van medebewoners – opsluiten of vastbinden? Iedereen is het erover eens dat zoiets een laatste 'redmiddel' is maar wanneer is dat het geval en is gebrek aan personeel in bepaalde situaties een argument voor zo'n ultieme maatregel?

## VERSTERKEN VAN NETWERKEN

### Het proces van deïstitutionalisering

Van huis uit was de leefomgeving van de volwassen (ernstig) verstandelijk gehandicapte het instituut. Die instituten werden gezien als een sociale gemeenschap, een netwerk op zich (Bengtson, 2003). Contacten met familie en de omgeving werden als weinig belangrijk beschouwd. ...*In de oude instituten was lang de opvatting dat je je kind moest overgeven en het vergeten. Men dacht, en vermoedelijk met de beste bedoelingen, dat ze een beter leven zouden hebben in die instituties en de ouders door zouden gaan met hun gewone leven... Een consequentie was dat het primaire netwerk van de bewoners in principe non-existent was* (Hansen & Jenssen, 2004). De normalisatie zette de zaak finaal op zijn kop. Het accent kwam juist te liggen op versterking van de relaties met de familie, de buurt, met leeftijdgenoten. De bewoners werden fysiek verplaatst van instituten naar de buurten, een in Zweden en Denemarken sinds een jaar of tien voltooide operatie. In die tien jaar werden de instituties volledig ontmanteld en de bewoners in kleine groepen in kleine units in gewone woonwijken gehuisvest. Het verschil tussen Zweden en Denemarken was, dat in Denemarken een

landelijk en lokaal erkende beroepsgroep aanwezig was om zich met de zorg te belasten: de breed en hoog (bachelor niveau) opgeleide sociaal pedagoog. In Zweden was, net als in Nederland, veel minder sprake van een dominante beroepsgroep. Bovendien koos Zweden voor een meer marktgerichte en vraaggerichte benadering waardoor een stevige professionele identiteit zich niet kon ontwikkelen. Alle in Zweden en Denemarken geïnterviewde werkers, opleiders en beleidsmakers zijn overigens positief over de deïstitutionalisering. Wel zien we, vooral in interviews met Zweedse beroepskrachten, enige bezorgdheid over de eenzaamheid van hun cliënten. In Nederland ligt het wat betreft de deïstitutionalisering fundamenteel anders. De discussie of de zorg voor mensen met een handicap volledig gedeïstitutionaliseerd zou moeten worden, is niet geslecht. *Ouders zijn niet gewend om zelf te kunnen beslissen, dat proces gaat heel langzaam. Je moet ze goede voorbeelden laten zien van wat mogelijk is. Community care is een heel moeilijk concept. Sommige ouderverenigingen zijn er heel bezorgd over. Het is heel belangrijk voor hen om de veiligheid en kwaliteit van leven te garanderen voor hun kinderen* (Ewijk, Lammersen & Boers, 2003). Vermoedelijk heeft dit verzet in Nederland tegen de deïstitutionalisering ook te maken met het feit dat in ons land de normalisatie in eerste instantie binnen de instituten zelf vorm kreeg. In de Scandinavische landen ging het normalisatie denken direct over in de ontmanteling van de instituten. In Nederland werden de instituten hervormd en daarmee aantrekkelijker.

### Familie

Alle geïnterviewden benadrukken het belang van de familie, en in het bijzonder de ouders, voor mensen met een verstandelijke handicap. Toch hebben veel werkers gemengde gevoelens. Een van de geïnterviewden zegt het heel kernachtig: *Als je hele leven lang de ouders zeggen 'Ja, maar hij is slechts een kleine jongen', ook al is hij feitelijk allang een volwassen man...* (Hansen & Jenssen, 2004). Ouders blijven hun volwassen geworden gehandicapte kind vaak als een kind beschouwen, voor de professionals is hij of zij voor alles een volwassene, een burger. Ondanks dat veel werkers een zekere ambivalentie hebben ten opzichte van de opvattingen en benaderingswijze van

familieleden, erkennen ze volmondig het emotionele belang van de gezinsrelatie. *Wij moeten professionals zijn wanneer we met ze samen zijn. We mogen hun haar verzorgen, ze troosten maar we zullen nooit dezelfde gevoelens krijgen voor hen als een familielid voor hen heeft. Daarom is het belangrijk ervoor te zorgen dat er familie is – of een ander volwassen persoon – die voor dat deel kan zorgen (Hansen & Jenssen, 2004). Of nog scherper gezegd: Volgens mij zijn ouders de werkelijke meesters in troosten, lief hebben en zorgen... Wij zijn goedkope vervangers, zo is het. Ik denk dat je hiervoor diep respect moet hebben en hierin een kans voor samenwerking moet zien in plaats van te denken dat wij het beter weten omdat we pedagogen zijn (Hansen & Jenssen, 2004). Sommige werkers wijzen op het belang van ouders als bron om beter om te kunnen gaan met hun kinderen. Soms worden kritische opmerkingen van de ouders ook zeer gewaardeerd en direct geïmplementeerd. Een tijdje terug zaten we thee te drinken met een vader. Toen de vader zei: 'Het is heerlijke thee, weet je, maar waarom zet mijn dochter die thee niet? Ik ben toch bij haar op bezoek!' Inderdaad, hij had helemaal gelijk. Ik dacht wat ontzettend goed dat hij dat zei (Ewijk, Lammersen & Boers, 2003).*

Een vergelijking tussen de werkers uit de drie landen onderling laat zien – ook al is de steekproef te klein om tot vergaande conclusies te komen – dat door de bank genomen Nederlandse werkers het lastiger vinden om goed met ouders om te gaan dan hun Deense en Zweedse collega's. Vermoedelijk is dit mede toe te schrijven aan het feit dat in Nederland nog veel mensen met een handicap in grote instituten zitten en ouders moeilijker toegang hebben tot hun kinderen dan wanneer ze in een wooneenheid in de buurt wonen.

### Vrienden

Uit de interviews blijkt dat veel mensen met een handicap een heel beperkte wereld hebben waar het om kennissen en vrienden gaat. Het gevaar van eenzaamheid neemt daardoor toe als ze in kleine wooneenheden leven en er niet gericht gewerkt wordt aan contacten leggen en onderhouden. We kunnen vrienden onderscheiden in vrienden met een soortgelijke handicap en vrienden zonder zo'n handicap. Er is een zeke-

re discussie in welke mate vooral de onderlinge vriendschap benadrukt moet worden of dat het accent moet liggen om juist met heel andere vrienden om te gaan. *Soms hebben ze een duwtje nodig door ze te vertellen dat ze een eigen subcultuur kunnen creëren die wel een beetje wild en over de grenzen heen mag zijn. Het zijn jonge mensen... We moeten daarin op kleine schaal participeren. Ik heb het idee dat ze er ook mee bezig zijn. Zij hebben mobieltjes en sms'en op grote schaal. Ze doen dit vaak, net als andere jonge mensen (Hansen & Jenssen, 2005). In deze visie zijn vooral de 'soortgenoten' van belang. Voor veel gehandicapten blijven in de praktijk de contacten beperkt tot huisgenoten en zoals sommige werkers erop wijzen, die kiezen ze niet zelf. De basishouding van de meeste professionals is om bewoners te sterken om met elkaar om te gaan, hoewel er verschillende opvattingen zijn over de mate waarin je hen als een groep moet zien. In ieder geval hebben werkers de ervaring dat ze het zonder professionele ondersteuning niet gemakkelijk met elkaar redden. ...maar ze hebben geen hechte sociale relatie met elkaar. Verschillende van hen zitten rustig met een kop koffie samen met de drie andere bewoners. Ze hebben een pedagoog nodig of in ieder geval iemand om de voorzitter te zijn of hoe moet ik dat zeggen (Hansen & Jenssen, 2005). Een weer heel andere dynamiek en problematiek ontstaat wanneer er een echte relatie ontstaat. Sommige hebben een vriendje of vriendinnetje... Ze beschouwen zich als geliefden ('sweethearts') maar naar ons idee is het meer een soort vriendschap. Ze willen dan ook samen slapen wat we alleen toestaan als de noodzakelijke maatregelen zijn genomen (Hansen & Jenssen, 2004).*

Vrienden maken buiten de eigen groep om gaat meestal moeizaam. *Ze lijken ook moeilijk in staat te begrijpen in welke mate ze anders zijn. Ze moeten niet denken dat ze een vriendje of vriendinnetje in de discotheek in het centrum zullen vinden of daar nieuwe vrienden zullen maken... Het is waarschijnlijk één van de moeilijkste taken in ons werk – hen een soort zichzelf begrijpen bij te brengen, een inzicht in hun eigen handicaps en hen te leren dat te accepteren (Hansen & Jenssen, 2004).*

## De buurt

Een derde belangrijk netwerk zou de buurt kunnen zijn, de plek om meer of minder vluchtige contacten te hebben, op straat herkend te worden, de publieke ruimte als ontmoetingsplaats. De ervaringen van werkers over de mate waarin de mensen met een handicap zich thuis voelen in de buurt, er een plek krijgen en deel uitmaken van het buurtnetwerk, voorzover dat bestaat, zijn sterk wisselend. Vooral Nederlandse geïnterviewden klagen veel over vijandigheid, ongeïnteresseerdheid en soms zelfs discriminatie hoewel er ook positieve ervaringen tegenover staan. Het volgende citaat tekent misschien het meest voorkomende beeld. *Daarentegen zijn onze bewoners goed ontvangen in de stad. Velen kennen hen als burenen... Ze zullen geen nauwe relaties aan gaan met hen als burenen maar ze zeggen goedendag en komen met bloemen als ze jarig zijn en maken een vriendelijk praatje en dat soort dingen. Maar ze worden geen deel van hun leven. Zo gaat dat niet. Ze zullen hun eigen netwerken moeten vinden* (Hanssen & Jensen, 2004). We hebben nauwelijks interviewfragmenten die verwijzen naar een sterke betrokkenheid en rol van de buurt. Geen van de geïnterviewden verwijst naar mogelijkheden om met voorzieningen in de buurt zoals buurthuizen, sportclubs, kerken aan de slag te gaan. Ook het nadenken over welke rol de buurt zou kunnen spelen, is weinig ontwikkeld naar het lijkt.<sup>8</sup>

## DE NIEUWE ROL VAN DE BEROEPSKRACHT

In de instituties vormde de staf feitelijk de ruggengraat van het sociale netwerk. Met de verschuiving naar wooneenheden in de buurten en de ideeën over normalisatie en medeburgerschap verschuift de rol van de professional. Op grond van onze interviews zetten we een aantal opgaven voor de nieuwe rol van de beroepskracht op een rij.

### Aangaan van een betekenisvolle relatie

Hoewel deze rol iets minder dominant wordt, blijft deze wel essentieel. Dat komt in praktisch alle interviews naar voren. Een professional in de zorg voor (ernstig) verstandelijk gehandicapten is een belangrijk persoon in hun leven. Daar moet de werker bewust en gericht mee kunnen omgaan.

## Scheppen van het juiste klimaat

Veel werkers zien zichzelf ook als een soort facilitator. Door een zekere sfeer te scheppen, zorg te dragen dat de zaken worden geregeld, de bewoners in de gaten te houden, komen de bewoners en de netwerken gemakkelijker in beweging.

## Samenwerken met de familie

Deze opgave begint met de vraag in welke mate de beroepskracht hiervoor verantwoordelijk is. Een Zweedse werker zegt het heel cru. *Het is geen zaak voor de staf of de zorgorganisatie om het contact te onderhouden met de familie* (Hansen & Jenssen, 2004). De redenering is dat bij een klant- en vraaggerichte benadering je het aan de klant moet overlaten. Dus als de klant – de gehandicapte of zijn familie – niet vraagt om samenwerking of contact, moet je dat ook niet als werker doen. Deze radicale doortrekking van de vraagsturing is echter een uitzondering. Praktisch iedereen vond dat er meer en beter met de familie moet worden samengewerkt. De belangrijkste elementen daarin zijn 1) erkenning van het gezin als emotionele thuisplaats, 2) begrijpen van wat in de ouders omgaat, 3) gebruikmaken van hun kennis, 4) het recht op privacy van de gehandicapte respecteren, ook in het overleg met de ouders (dus niet alles vertellen), 5) werken aan een continue interactie of dialoog, 6) zo nodig de discussie aangaan bij overbescherming, het klein houden en andere houdingen en gedragingen van ouders die om bijstelling vragen, 7) daar waar nodig het familienetwerk vervangen. Dat laatste geldt bijvoorbeeld bij veel oudere gehandicapten waar de ouders zijn overleden. Wat opvalt, is dat bij de door ons geïnterviewden de focus praktisch volledig op de ouders is gericht. Andere gezinsleden, laat staan familieleden in de tweede of derde lijn komen niet ter sprake. Een gerichte methodiek om met familienetwerken om te gaan wordt nergens genoemd. We vinden ook weinig spontane verwijzingen naar een meer systematische samenwerking waarbij bijvoorbeeld behandelplannen samen met ouders worden opgesteld en uitgevoerd.

## Versterken van vriendennetwerken en vriendschappen

Uit een aantal interviews, vooral de Nederlandse, maken we op dat veel werkers van huis uit groeps-



werkers zijn. Er wordt veel belang gehecht aan het versterken van de groepsband en aan groepsactiviteiten. De kunst van het samenleven blijkt vooral moeilijk te zijn in wooneenheden waarin niet permanent staf aanwezig is. Veel minder horen we over individuele contactlegging met vrienden buiten de instelling, de wooneenheid en activiteitencentra voor mensen met een handicap. Wel is er een specifiek begeleidingsvraagstuk wanneer er vaste relaties ontstaan. We hebben geen interviewfragmenten waar het werken aan het verkrijgen en onderhouden van een vaste relatie wordt benadrukt. Het lijkt meer iets wat sommige gehandicapten overkomt en waar vervolgens een vraagstuk van hoe ermee omgaan ontstaat. Een vertrouwen dat vriendschappen met niet-gehandicapte leeftijdgenoten ontstaat, is gering. Wel zien we hier en daar 'maatjesprojecten' waar vrijwilligers een relatie leggen met een gehandicapte.

#### Samenwerken met de buurt

De mogelijkheden om buurtbewoners en buurtvoorzieningen expliciet in de methodiek te betrekken zijn nog weinig verkend. Over het algemeen beperken de werkers zich tot een lichte faciliteringsrol. Ook in Denemarken waar het sterkst wordt ingezet op de netwerkbenadering is dit deel nog het minst belicht (Hansen & Jenssen, 2003).

### EÉN BEROEPGROEP OF MEERDERE BEROEPSGROEPEN?

In de internationale vergelijking is het boeiend om te zien hoe in verschillende landen functies horizontaal en verticaal worden geordend. In Denemarken is duidelijk sprake van één dominante beroepsgroep die breed is opgeleid doordat verpleegkundige, verzorgende en agogische competenties in de pedagogisch medewerker worden verenigd. Deense pedagogen gaan ook uit van een 'holistische' benadering in de zin dat de professional alle soorten activiteiten – van hoog tot laag – verricht. Wel zien we in een aantal gevallen laag gekwalificeerde beroepskrachten als persoonlijke assistenten voor hulp bij de dagelijkse levensverrichtingen. Van de zes onderzochte landen kent Nederland daarentegen de meest fijnmazige horizontale (verpleging, sociaal pedagogen, verzorgenden) en

verticale (in niveaus) indeling en daarnaast een veelvoudig fantasierijk geheel aan functiebenamingen (Ewijk, Hens, Lammersen & Moss, 2002). In Zweden zien we veel beroepskrachten met een achtergrond in de verpleging of het social work en veel verzorgenden met een lagere of geen beroepskwalificatie. Voor de Denen staat vast dat we voor het werken met mensen met een handicap echte professionals nodig hebben (Dale, 1989). Een echte professional is in staat op hoog kwalitatief niveau uit te voeren (*performance*), te plannen, vast te stellen wat er aan de hand is (*assessment*) en zijn handelen met de juiste argumenten te onderbouwen (Hansen & Jensen, 2004).

### NOODZAAK VAN EEN MEER GEPROFILEERD BEROEP EN OPLEIDINGSSPECIALISME VOOR MENSEN DIE IN DE ZORG VOOR MENSEN MET EEN HANDICAP GAAN WERKEN. EEN BIJDRAGE AAN DE DISCUSSIE

In Nederland, zoals in bijna alle Europese landen, ontbreekt het aan een stevige beroepsidentiteit van werkers die in de zorg werken. Dit is in de eerste plaats toe te schrijven aan het feit dat de zorg van huis uit sterk is verkokerd. Ouderenzorg, GGZ-zorg en gehandicaptenzorg zijn in aparte stelsels georganiseerd waarbij ieder stelsel eigen functie-indelingen en beroepsprofielen kent. In de tweede plaats wordt zorg nog steeds geassocieerd met het helpen bij dagelijkse verrichtingen in het huishouden en met de verzorging van het eigen lichaam. Zorg is in die zin een verlengstuk van de verpleging enerzijds en van begeleiders, behandelaars en pedagogen anderzijds. In ons *Care Work*-onderzoek was misschien wel het meest besproken probleem of 'zorg' te zien en uit te bouwen is als een aparte tak met eigen beroepskrachten. Hoewel we op internationaal niveau geen eenduidige omschrijving van de zorg konden vinden en we als onderzoekers het ook niet op alle punten eens waren, waren we het over één ding wel eens: de toekomst van de zorg vraagt om een professioneel opgeleide beroepskracht. Professioneel verwijst naar het vermogen tot reflectie en het vakkundig gebruikmaken van wetenschappelijke kennis, van methodieken en instru-

menten en de kunst om in verschillende contexten adequaat te reageren. De belangrijkste argumenten – gebaseerd op beleidstrends – zijn enerzijds de lokalisering van de zorg waardoor zorgverleners aan huis in vaak heel complexe situaties adequate oplossingen moeten vinden en anderzijds de sterker wordende marktwerking en schaalvergroting die vraagt om professionals die kunnen innoveren en zorgprocessen kunnen managen. Op grond van onze interviews met werkers komt een beeld van een verzorgende naar voren waarbij het accent niet ligt op verzorgende handelingen maar op het omgaan met de zorgvrager en de netwerken eromheen. Deze relationele kant zit vol ethische en methodische dilemma's waarop geen standaardantwoorden zijn. Deze trends en bevindingen verwijzen ons inziens naar de behoefte aan een verzorgende op bachelor niveau (Ewijk, 2004).<sup>9</sup> Veel van de kerncompetenties komen overeen met die van collega's in het maatschappelijk werk, opbouwwerk en andere beroepen en functies in zorg en welzijn. Het specifieke van de verzorgende is de verbinding van agogische competenties met verplegende en verzorgende. Er is een aanzienlijke markt voor sociale professionals met deze combinatie. Sterker nog, ons inziens is er een dringende noodzaak om deze professional sterker te profileren en meer specifiek op te leiden binnen het social work-domein om zo voldoende beroepskrachten te kunnen blijven aantrekken en de kwaliteit van de zorg in de komende decennia op peil te houden en te verbeteren.

Een van de belangrijkste aanbevelingen uit het overall onderzoek was dan ook om de versterking van de zorgsector en de professionalisering van de *workforce* stevig ter hand te nemen. Om in de toekomst voldoende kwaliteit te kunnen garanderen én om aantrekkelijk te blijven voor nieuwe lichten beroepskrachten die in de zorg willen werken, is het essentieel om een interessante markt en een interessant beroepsprofiel te creëren. Dat 'interessante van die markt' zal naar onze stelling overtuiging moeten aansluiten op de *drive* van de huidige beroepskrachten die ligt in de ander willen begrijpen en ondersteunen in zijn ontwikkeling. Tegelijk zijn er veel argumenten naar voren gekomen om de kern van het beroep deels te verleggen naar de versterking van het netwerk en

de zelfverantwoordelijkheid van de gehandicapte (medeburgerschap). Deze 'nieuwe' professional in de zorg vraagt om een verdergaande reflectie en methodisering van het vak, vooral in het versterken en ondersteunen van netwerken, het bijdragen aan medeburgerschap en het omgaan met de ethische en juridische aspecten en dilemma's.

## NOTEN

- 1 Bij het schrijven van dit artikel voelden we de spanning tussen de hoeveelheid materiaal, de talloze daar achterliggende reflecties en theorieën en de toegestane hoeveelheid woorden. Voor hen die meer willen lezen, zijn de rapporten beschikbaar op de website [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- 2 Onderzoek naar professionele visies en opvattingen over de zorg in brede zin (jeugdzorg, kinderopvang, ouderenzorg en gehandicaptenzorg) op Europees niveau zijn er nauwelijks. Wel zijn er veel onderzoeken naar informele zorg en zorg in deelsectoren.
- 3 Het onderzoek werd gefinancierd door de Europese Commissie in het kader van het vijfde raamwerkprogramma *Improving the Human Research Potential and the Socio-Economic Base*. Deelnemende landen waren Denemarken (Jydsk Pedagog Seminarium, Aarhus), Zweden (Institutionen för Socialt Arbete, Umea University), Nederland (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW), Spanje (Fundación CIREM, Barcelona), Hongarije (NCCSZI, Budapest) en het Verenigd Koninkrijk (Thomas Coram Research Unit, University of London).
- 4 In het onderzoek zijn ook enkele werkers geïnterviewd die werken voor mensen met (alleen) een ernstige lichamelijke handicap. In dit artikel gaat het duidelijk over het werken voor mensen met een (ernstige) verstandelijke handicap.
- 5 De werkers zijn in de drie landen zo veel mogelijk evenredig verdeeld over residentiële voorzieningen, dagopvangvoorzieningen en thuiszorg en verdeeld over de verschillende niveaus van beroepsuitoefening. Alle interviews van gemiddeld anderhalf uur zijn volledig uitgeschreven, gecodeerd en geanalyseerd in NVIVO. Dit gebeurde vanwege de taalproblemen per land waarvan

- Engelstalige rapporten werden gemaakt die uiteindelijk de basis vormden voor de overall analyse die bij dit deelonderzoek bij de Deense onderzoekers lag maar tot stand kwam door voortdurende correspondentie en discussie tussen de drie onderzoekteams.
- 6 Dit schema is vanuit Deens naar Engels vertaald en vervolgens naar Nederlands. Bij vertalingen van dit soort schema's en begrippen moet een letterlijke vertaling soms wijken voor een meer contextuele vertaling. In die zin is dit schema een eigen interpretatie van het oorspronkelijke schema.
- 7 Helaas is het aantal gevoerde interviews te klein om dit vermoeden voldoende te staven. Te meer omdat in de Deense populatie gemiddeld wat meer hoogopgeleiden werkers zaten. Toch kwamen de onderzoekers uit de drie landen onafhankelijk van elkaar en daarna gezamenlijk tot deze waarneming op grond van de manier waarop de werkers uit de verschillende landen over zichzelf, de cliënteel en hun wederzijdse relatie spraken.
- 8 In de interviews is niet expliciet gevraagd naar de betekenis van de buurt. Opvallend is wel dat bij de antwoorden op de vraag naar het belang van netwerken de buurt (of mensen uit de buurt) nauwelijks werden genoemd. De spontane antwoorden verwezen vooral naar de familie en naar medebewoners, soms naar de professionele verzorgers maar zelden naar de buurt.
- 9 In deze afsluitende discussieparagraaf verbreden we de werker in de gehandicaptenzorg naar de werker in de zorg, dus inclusief ouderenzorg, zorg in de GGZ en thuiszorg.
- Bengtson, I.S. (2003) 'Historical traces and current challenges in disability policy'. In: Bengtson, S., L.S. Bonfils & L. Olsen (eds) *Handicap, quality development and user involvement*. Copenhagen: AFK Forlaget.
- Escobodo, A., E. Fernandez & D. Moreno (2002) *Surveying, Demand and Supply. Consolidated report*. Londen: Thomas Coram Research Unit, University of London. [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- Ewijk, H. van, G. Lammersen & H. Boers (2003) *Working with the Mentally Handicaped. Netherlands National Report*. Utrecht: NIZW.
- Ewijk, H. van, H. Hens & G. Lammersen (2002) *Literature review since 1990 on quality, job satisfaction and gender issues in the care work force. The Netherlands*. Utrecht: NIZW. [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- Ewijk, H. van, H. Hens, G. Lammersen & P. Moss. (ed) (2002) *Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report*. Londen: Thomas Coram Research Unit, University of London. [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- Ewijk, H. van (2002) *Surveying demands, supply and the use of care. The Netherlands*. Utrecht: NIZW. [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- Ewijk, H. van (2004) 'Characteristics of Care and Social Work' In: *European Journal of Social Education*, 7.2004, 83-89.
- Gennep. A.V. & G.V. Hove. (2000) 'Zijn het burger-schapparadigma en inclusie dan niet bruikbaar voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap?'. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten* 26(4), 246-255.
- Gennep, A. van & C. Steman (1997) *Beperkte burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Utrecht: NIZW.
- Hansen, H.K. & J.J. Jenssen (2004) *Work with adults with severe disabilities. A case study of Denmark, the Netherlands and Sweden*. [www.carework.dk](http://www.carework.dk).
- Hjort-Hansen, J. & D. Hoeg (1999) 'Modeller og rammer for omsorg – Udviklingstendenser i aldreomsorgen'. In: P. Fromholt (ed) *Svoekkelse i alderdommen. Omsorg o getik i svaekkelsesforlobet*. Copenhagen: Dafolo.

## LITERATUUR

- Arensbergen, C. van & S. Liefhebber (2004) *Landelijk competentieprofiel voor de beroepskracht in het primair proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.
- Bakk, A. & K. Grunewald (1998) *Care book. A book about people with functionally disabilities*. Stockholm: Liber AB.

Jensen, J.J. & H.K. Hansen (2002) *Review of literature since 1990. The psychosocial job environment, job satisfaction, gender and other diversities in the care workforce, and quality of care services. Denmark.* www.carework.dk.

Johanson, S. & C. Cameron (2002) *Review of literature since 1990. Job satisfaction, quality of care and gender equality. Consolidated report.* www.carework.dk.

Johanson, S. & P. Noren. (2002) *Literature review since 1990 on quality, job satisfaction and gender issues in the care work force. Sweden.* www.carework.dk.

Moss, P. & Cameron, C. (2002) *Care Work and the Care Workforce. Report on Stage One and State of the Art. Consolidated Report.* Thomas Coram Research Unit, University of London. www.carework.dk.

NIZW (2005) *Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches gehandicaptenzorg, jeugdzorg, kinderopvang en welzijn&maatschappelijke dienstverlening.* Utrecht: NIZW Beroepsontwikkeling. www.beroepenzorgenwelzijn.nl.

NIZW (20005b) *Gehandicaptenzorg. Branchespecifieke beschrijving van de mbo-verpleegkundige.* Utrecht: NIZW Zorg & NIZW Beroepsontwikkeling.

RMO (2000) *Aansprekend burgerschap,* Den Haag  
Tonkens, E. (1999) *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig.* Amsterdam: Bert Bakker.

Wilken, J.P. (2002) *Tussen illusie en werkelijkheid. Over de maakbaarheid van maatschappelijke reïntegratie.* Utrecht: Hogeschool van Utrecht.

## SUMMARY

This article is based on a research *Work with Adults with Severe Disabilities. A Case Study of Denmark, the Netherlands and Sweden*, which forms part of the large scale European research project *Care Work in Europe. Current Understandings and Future Directions* (2001-2005). In this particular research 65 workers, trainers and policy makers were interviewed about their understanding of care and their views

on professionalisation, ethics and quality. Findings are, that for care workers the relationship with the users is essential in supporting them in their development and coping with life. The work is carried out within a sensitive ethical context and a diffuse professional profile. The Dutch researchers agree with their Danish and Swedish colleagues that the profile and quality of care and care workers need to be brought to yet a higher level, as does the social recognition for the profession. One way to bring this about, is an education for care workers on bachelor level, in which competencies with regard to social casework are connected to nursing and caring competencies.