



Sociaal werk is een relationeel beroep

Over de kracht en kunst van relationeel werken

Jean Pierre Wilken, lector Participatie, Zorg en Ondersteuning, Hogeschool Utrecht
Sabrina Keinemans, lector Sociale Integratie, Hogeschool Zuyd

Januari 2024



Platform Lectoren Sociaal Werk

1. Inleiding

Sociaal werk is een relationeel beroep. Dat is het centrale thema van deze bijdrage. We schetsen het belang ervan en gaan in op wat relationeel werken inhoudt. We beschrijven de wetenschappelijke inzichten die de waarde van relationeel werken aantonen en onderbouwen. We doen dit omdat weliswaar breed bekend is dat sociaal werk een relationeel beroep is, maar dat dit in de dagelijkse praktijk ook snel onder druk komt te staan. Zo spraken wij eens een sociaal werker die veel tijd en energie in de relatie met een cliënt investeerde en hem heel langzaam nabij kwam. In een tijdsbestek van maanden bewoog ze van een gesprek op het bankje voor zijn huis, naar een gesprek op de bank *in* zijn huis. Tijd die ze grotendeels buiten haar formele werkuren investeerde, omdat deze in geen van de categorieën paste waarmee ze haar werk kon verantwoorden en legitimeren. De relatie, in onze visie de kern van het sociaal werk, wordt hier naar de randen van het professionele repertoire verdreven. Met deze bijdrage, willen wij relationeel werken de volle aandacht geven die het in onze ogen verdient.

In onze visie is sociaal werk in de kern een vorm van relationele zorg. Zorg vatten we daarbij breed op. Vaak wordt het begrip zorg verengd tot vormen van (professionele) hulpverlening, zoals ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg of gehandicaptenzorg. Maar zorg is wat mensen voor elkaar doen en heeft existentiële betekenis. Mensen zijn voor hun leven en welzijn immers afhankelijk van elkaar. We weten uit onderzoek dat hoe mensen zich tot elkaar en hun omgeving verhouden essentieel is voor welzijn en gezondheid. Het draait om betrokkenheid op de ander, om een relatie waarin zorg tot uitdrukking gebracht wordt. Een sociaal professional voegt bijzondere vormen van zorg toe, daar waar mensen zelf, door wat voor omstandigheden dan ook, verminderd in staat zijn voor zichzelf of anderen te zorgen. Hij doet dit zowel door allerlei vormen van ondersteuning te bieden als aan de kwaliteit van relaties te werken. In deze bijdrage gaan we niet zozeer in op praktische vormen van hulpverlening, zoals budgetbeheer of arbeidstoeleiding. We focussen vooral op het ondersteunen van mensen bij het aangaan, verbeteren of handhaven van verbindingen met andere mensen, ook wel het verbeteren van sociale cohesie genoemd. Sociale cohesie is belangrijk voor sociaal kapitaal, de waarde die sociale verbanden hebben voor kwaliteit van leven. Maar je werkt niet alleen *aan* sociale kwaliteit je doet dit ook op een sociale (lees: relationele) wijze. Dat is de kracht van sociaal werk: het op relationele, interactieve wijze bevorderen van sociale kwaliteit.

Professioneel sociaal werk beschouwen we als *welzijnszorg*, dus de zorg voor het welzijn van mensen. Welzijnszorg richt zich nooit alleen op een individu, hoewel hier wel het startpunt kan liggen, maar altijd ook op de omgeving, dus op de kwaliteit van sociale interacties (naast de kwaliteit van noodzakelijke materiële hulpbronnen). Als sociaal werker beweeg je je per definitie in netwerken, en deze zijn altijd relationeel van aard. In de manier waarop je je verhoudt tot actoren in deze netwerken, hoe je houding is en hoe je communiceert, komt al zorg tot uiting. En relationeel werken draagt in alle opzichten - idealiter - bij aan welzijn.

2. Wat uit onderzoek naar voren komt

Uit talloze studies blijkt dat effectieve hulp- en dienstverlening gestoeld is op een goede samenwerkingsrelatie tussen een professional, iemand in de rol van cliënt en andere mensen in het netwerk. We spreken over een 'persoonlijk-professionele relatie' om duidelijk te maken dat het persoonlijke en het professionele nauw met elkaar verbonden zijn (Wilken & Den Hollander, 2019). Bij een professionele relatie is er sprake van een beroepsmatige inzet, waarbij je diensten levert en professionele deskundigheid betaald ingezet wordt. Dit geeft tevens het begrenzend kader aan waarbinnen de relatie plaatsvindt. Met 'persoonlijk' duiden we op de inzet van de professional als persoon, met zijn eigen kwaliteiten en levenservaring, met zijn commitment om de ander te zien als iemand met dezelfde menselijke basisbehoeften. De persoonlijk-professionele relatie kan gekenschetst worden als een samenwerkingsrelatie. Anneke Menger en Andrea Donker (2013) duiden dit ook wel aan met het begrip 'werkalliantie'. In het werken met jeugdigen en gezinnen wordt ook wel gesproken over de pedagogische relatie, die zowel een persoonlijke c.q. emotionele als een taakdimensie heeft (Van Hattum, 2018). Er wordt een persoonlijke verbinding tot stand gebracht waardoor er aan bepaalde doelen (gericht op kwaliteit van -samen- leven) gewerkt kan worden.



In de loop van de jaren zijn er in de hulpverlening tientallen stromingen en honderden, zo niet duizenden methoden ontwikkeld die allen claimen effectief te zijn. Sommigen richten zich op een specifieke doelgroep of problematiek, anderen hebben een breed toepassingsgebied. Lang niet alle benaderingen zijn echter bewezen effectief. Wat we weten over effectiviteit is opgenomen in internationale databases zoals de Cochrane Review¹ of landelijke databases zoals de databank Effectieve Sociale Interventies². De laatste jaren is er steeds meer belangstelling ontstaan voor wat algemene werkzame factoren zijn, dus factoren die eigenlijk altijd van belang zijn (zie o.a. Spanjaard, Veerman & Van Yperen, 2015; De Vries, 2017). Dit worden ook wel *aspecifieke* factoren of *common factors* genoemd. Duncan e.a. (2010) en Wampold en Imel (2015) analyseerden uitgebreid decennialang onderzoek naar wat werkt in de hulpverlening. Het betrof onderzoek over psychotherapie, counseling, en andere vormen van hulpverlening door psychiaters, psychotherapeuten en sociaal werkers. Hun belangrijkste bevinding was dat gegeven dezelfde doelgroep/diagnose de ene methode niet beter werkt dan de andere. Methodes met tegengestelde theorieën over wat werkt en met heel andere procedures en technieken kunnen hetzelfde effect hebben.

Wat vooral van belang blijkt is de eigen inzet van de burger (in combinatie met de steun van zijn omgeving), de persoonlijk-professionele inzet van de professional en de kwaliteit van hun samenwerkingsrelatie. Professionele hulp- of dienstverlening blijkt in de kern een relationeel fenomeen te zijn, geen instrumenteel. Wat daarbij van belang is, is dat de professional gelooft in zijn manier van werken en de werking van zijn werkwijze. 'Wie werkt' lijkt dus belangrijker dan 'wat werkt'. Toch is er bij het bovenstaande wel een kanttekening te plaatsen. Het betreft vooral onderzoek bij vormen van psychotherapie, die over het algemeen worden toegepast bij mensen die gemotiveerd beginnen aan de therapie en over een redelijk cognitief vermogen beschikken. Het zou dus kunnen zijn dat bij mensen waar dit niet of minder het geval is, de methode (of een programma met meerdere activiteiten) een groter gewicht in de schaal legt, bijvoorbeeld omdat deze een betere structuur biedt. Het sociaal werk bedient zich ook van allerlei methoden. Vaak worden deze aangeduid als 'sociale interventies'. Ten onrechte wordt hiermee de indruk gewekt dat de methode de kern is van de professionaliteit. Bovendien komt de term interventie uit een tijd dat sociaal werkers zich spiegelden aan medische en paramedische beroepsgroepen, waar technisch en protocollair handelen centraal stond. Zij meenden dat hun 'ingrijpen' de sleutel was tot verandering ('social worker knows best'). Wij denken, - en onderzoek ondersteunt dit -, dat de relatie de kern is van de professionaliteit. Sociale presentie³ dus, in plaats van sociale interventie.

Het dialogisch werken waarbij een evenwaardige samenwerking tot stand gebracht wordt om tot gewenste doelen te komen, op basis van hoop en positieve verwachtingen, verklaart het grootste deel van de effecten van psychosociale hulp- of dienstverlening. Dit vraagt om voortdurende relationele afstemming (Lambert, 2013; Wilken, 2010; Rober, 2017). In deze bijdrage expliciteren we wat wij daaronder verstaan.

3. Theoretische onderbouwing

Voor onze benadering van relationele afstemming, bouwen we voort op inzichten uit de zorgethiek. Zorgethiek is een stroming binnen de ethiek, die ontstaan is in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Doorgaans wordt Carol Gilligan als founding mother van de zorgethiek aangemerkt. Samen met haar leermeester Lawrence Kohlberg, deed ze onderzoek naar morele ontwikkeling. Het vermogen om vanuit abstracte morele principes van rechtvaardigheid te redeneren werd in dit onderzoek steeds als eindpunt van morele ontwikkeling voorgesteld. Wie universele waarden erkent en onderschrijft, en deze in het leven na probeert te leven, heeft – volgens de theorie van Kohlberg – het hoogste stadium van morele ontwikkeling bereikt. Gilligan ontdekte echter dat veel vrouwen en meisjes niet dit hoogste stadium bereiken, maar op een andere manier moreel redeneren. Niet een universeel principe van

¹ <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/reviews>

² Zie <https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>. Andere databanken zijn: Databank Effectieve Jeugdinterventies (<http://www.jeugdinterventies.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>), Databank interventies in de langdurende ouderenzorg en gehandicaptenzorg (<http://www.databankinterventies.nl/interventies>), en de Databank Erkende interventies GGZ (<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies>).

³ We verwijzen hier naar de theorie van de presentie van Andries Baart (2001), die een belangrijke inspiratiebron vormt voor ons denken over relationaliteit.

rechtvaardigheid, maar de concrete alledaagse verantwoordelijkheden die ze jegens andere mensen ervaren zijn leidend voor hun moreel handelen (Gilligan, 1982). Dit 'web van relaties' waar mensen deel van uitmaken en waar zij een moreel appel van uit voelen gaan, is de basis van wat uiteindelijk zorgethiek is gaan heten. De zorgethiek heeft dus haar wortels in empirisch onderzoek, maar de inzichten die daarin zijn opgedaan zijn vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw filosofisch en ethisch verder uitgewerkt. Rode draad daarin is het uitgangspunt dat mensen relationele wezens zijn en hun (moreel) handelen niet los van die relaties gezien kan worden. Hoewel deze relationele manier van moreel redeneren vooral in empirisch onderzoek onder vrouwen werd aangetroffen, wil dat overigens niet zeggen dat zorgethiek specifiek een vrouwelijke moraal is.

Zorgethiek is inmiddels een bekende en erkende loot aan de stam van ethische theorieën, en veel auteurs leveren daar tot op de dag van vandaag een bijdrage aan. Er zijn dus veel zorgethische schrijvers en benaderingen, maar twee daarvan willen we in het kader van deze bijdrage expliciet benoemen. Allereerst mag het werk van Joan Tronto niet onvermeld blijven. Na Carol Gilligan is zij wellicht de meest bekende zorgethica, onder andere omdat ze nader invulling heeft gegeven aan de wijze waarop moreel redeneren in zorgethiek er uit kan zien. Kernachtig samengevat stelt Tronto dat een goed leven op deze aarde alleen mogelijk is als mensen zorg dragen voor elkaar en de wereld om hen heen. Moreel redeneren verloopt dus niet volgens algemene principes, maar moet zich richten naar de vraag wat goede zorg is. Hoe kunnen mensen antwoorden op het moreel appel dat uitgaat van het 'web van relaties' waar zij deel van uitmaken? Dit antwoord komt volgens Tronto in een proces tot stand, dat bestaat uit de volgende vier fasen (Tronto, 1993; Kanne, 2016):

1. **Caring about: je ergens iets van aantrekken en betrokkenheid daarop tonen.**
2. **Taking care of: zorgen dat er iets gebeurt met een nood of behoefte die je signaleert.**
3. **Care-giving: een concrete zorgende activiteit verrichten en dat op een competente manier doen.**
4. **Care-receiving: zorg ontvangen en responsief zijn voor de manier waarop zorg door een ontvanger wordt gewaardeerd.**

Een belangrijke vraag – ook in het werk van Tronto – is wie onderwerp van zorg mag zijn, wie zorg moet geven en wat goede zorg in dit verband is. Sommige mensen worden te veel met zorg belast, anderen doen minder; en soms vinden we dat de zorg die geboden wordt mensonwaardig is (zie bijvoorbeeld Van der Zwaard, 2021). Tronto stelt in dit verband dat zorgwerk in onze samenleving meer gewaardeerd zou moeten worden, en dat de organisatie van zorg meer aandacht zou moeten krijgen in een democratische samenleving (Tronto, 2013). Hiermee wordt duidelijk dat zorgethiek een duidelijke politieke dimensie heeft. Ze houdt zich niet alleen bezig met de vraag hoe goede zorg tussen zorggever en ontvanger tot stand komt, maar met name ook met de vraag hoe we als samenleving zorg organiseren, met het oog op het 'web van relaties' waar mensen deel van uitmaken.

Hoewel Tronto expliciet aandacht heeft voor *de wereld* waarin mensen leven – en zorg dus breder definieert dan alleen zorg voor mensen – ligt in de vroege zorgethiek echter wel sterk de nadruk op de interdependentie van mensen. Het web van relaties waaraan gerefereerd wordt is een menselijk web. Meer recent doet echter steeds meer de gedachte zijn intrede dat voor een goed leven op deze aarde mensen niet alleen afhankelijk zijn van elkaar, maar ook van de wereld om hen heen en dat hun moreel handelen zich dus niet alleen moet richten op goede zorg voor mensen, maar ook op goede zorg voor de wereld. Dit is het tweede inzicht uit de zorgethiek⁴ dat we willen expliciteren. Het 'web van relaties' dat de basis vormt voor de filosofische en ethische doordenking van zorgethiek, bestaat niet alleen uit menselijke relaties, maar ook uit relaties tussen mensen, dieren, de materiële wereld waar wij onderdeel van zijn. Het ontstaan van COVID-19 en de pandemie die daar het gevolg van was, illustreert dit. Het feit dat dit virus werd overgedragen van dier op mens, en ons fundamenteel in ons bestaan bedreigde, maakte eens te meer duidelijk dat alles op de wereld in relatie tot elkaar staat. Daarmee kan ook alles op deze wereld deel uitmaken van een zorgbetrekking, dat wil zeggen: zorg ontvangen, dan wel verlenen, dan wel op een andere manier een rol spelen in het zorgproces, zonder dat dit meteen wederzijdse verplichtingen met zich meebrengt (Kanne, Keinemans, De Jonge, 2020). Zorgen is niet alleen iets dat mensen doen, maar waarin ook andere vormen van leven en objecten betrokken zijn (Puig de la Bellacasa, 2017).

⁴ Overigens is dit een inzicht dat niet alleen uit de zorgethiek afkomstig is, maar ook uit andere vormen van ethiek en filosofie. De filosoof en socioloog Bruno Latour is bijvoorbeeld in dit verband een belangrijke inspiratiebron voor zorgethici.

Kortom: zorgethiek heeft als uitgangspunt dat mensen onderdeel zijn van een web van menselijke en niet-menselijke relaties (zoals dieren, de natuur) en dat het voor een goed leven op deze aarde noodzakelijk is om dit web van relaties in stand te houden en daar bekommernis om te tonen en zorg voor te dragen.

Sociaal werkers hebben natuurlijk een heel belangrijke rol in dat web van relaties. Allereerst omdat zij vanuit hun functie eveneens een relatie aangaan met mensen. Andries Baart (2004), de geestelijk vader van de presentietheorie die sterk leunt op de zorgethiek, stelt dat het ingebed zijn in relaties de meest essentiële vorm van zorgen en verzorgd worden is. Sociaal werk als relationeel beroep te zien heeft dus belangrijke en verstrekkende implicaties. Het gegeven dat sociaal werkers eerst en vooral relaties aangaan met mensen, en vanuit die relatie proberen van betekenis te zijn staat centraal in het sociaal werk. Doordat sociaal werkers relationeel aansluiten kunnen zij (beter) het perspectief van mensen begrijpen en hun(zorg)behoeften leren kennen, maar ook zicht krijgen op de (uitwerking) van (zorg) relaties. Sociaal werkers hebben als geen ander zicht op de manier waarop professionele en informele zorg gestalte krijgt in onze samenleving en zijn zelf als persoon en professional onderdeel van het zorgsysteem dat we als samenleving hebben ingericht. Dat maakt hun werk door en door politiek.

Ten tweede bouwen sociaal werkers ook aan het onderhoud van de draden in het web van relaties. Zoals ook in de inleiding werd verwoord, versterken sociaal werkers het sociaal kapitaal van mensen en proberen ze sociale verbindingen tot stand te brengen of te versterken waarbinnen zorg voor elkaar én voor de omgeving mogelijk wordt. En ook hier heeft dit expliciet een politieke lading omdat sociaal werkers – met het oog op de kernwaarden van hun professie – bij uitstek daarbij oog hebben voor de insluitende en uitsluitende werking van deze verbindingen, en de manier waarop systemen, zoals sociale en zorgvoorzieningen, hier al dan niet aan bijdragen. Overigens heeft Tronto (2013) later nog een vijfde fase toegevoegd aan het zorgproces dat hierop aansluit, namelijk 'Zorgen met' (caring with). Zij verstaat hieronder dat de zorgbehoeften en de manieren waarop ze worden vervuld in overeenstemming moeten zijn met democratische waarden zoals rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid voor iedereen. Dit raakt aan waarden die ook in de internationale definitie van sociaal werk staan en onderstreept nog duidelijker de politieke dimensie.

Ten tijde van de COVID-19 crisis was bijvoorbeeld het credo 'samen tegen corona' alomtegenwoordig. Deze leus stond zelfs op de achtergrond geprojecteerd van de persconferenties van de overheid. Al snel werden echter kritische vragen gesteld bij dit 'samen'. Alle burgers werd aangeraden om zoveel mogelijk vanuit huis te werken. Voor diverse – niet toevallig vaak slecht betaalde – beroepen was dat echter niet mogelijk. Pakketbezorgers, verpleegkundigen en verzorgenden, medewerkers in de voedselketen: ze werden als cruciale beroepen erkend, maar ook in de frontlinie gezet zonder afdoende beschermende middelen met meer kans op het oplopen van het virus. Wie streden er dan precies 'samen' tegen corona? En voor wie werd eigenlijk minder goed gezorgd?

Hierna zoomen we echter in op de eerste gestalte die relationaliteit in de sociaal werk praktijk kan krijgen: de manier waarop goede zorg tot stand kan komen in een betekenisvolle betrekking tussen zorgverlener en zorgontvanger.

4. Welk beroep gedaan wordt

Als sociaal werker ben je zoals gezegd 'beroepshalve' onderdeel van het web van relaties dat mensen met elkaar onderhouden. Mensen gaan om verschillende redenen een relatie met jou als sociaal werker aan. Soms gedwongen door een instantie; soms vanuit onmacht, omdat ze echt niet weten hoe het verder moet; of soms ook 'gewoon' omdat je een bekend gezicht bent in hun wijk. De kunst is om als sociaal werker zodanig aan te sluiten dat er ruimte ontstaat voor de ander om tot uitdrukking te brengen wat hem of haar bezig houdt. In modern jargon wordt dit dikwijls aangeduid als 'vraagverheldering', maar het gaat om veel meer dan vragen duidelijk krijgen. Het gaat niet zozeer om 'hulpvragen' maar het aangaan van een relatie waarbinnen verlangens, wensen, en dat wat pijn doet duidelijk kunnen worden, zodat de sociaal werker daar passend bij kan aansluiten. In die zin maakt de relatie niet alleen mogelijk dat een cliënt zich met alle shit, zorgen en verlangens kan tonen, maar wordt ook de professionaliteit van de sociaal werker door en in de relatie zichtbaar.

In iedere relatie speelt de vraag van vertrouwen mee: wat mensen belangrijk vinden kan alleen gedeeld worden in de wetenschap dat jij als hulpverlener trouw en betrouwbaar bent. Kortom, er zijn verschillende lagen. Bovendien willen mensen als één geheel gezien worden. Het gaat zelden om een probleem alleen, maar ook om de context en betekenis van het probleem en om onderliggende behoeften. Het is belangrijk deze lagen en dimensies te erkennen en de betekenisgeving van de ander te leren kennen. Pas vanuit dit begrip kan er adequate zorg worden geboden. Adequate zorg betekent aansluiten bij de noden en behoeftes van de cliënt, en bieden wat hiervoor nodig is. Uit een analyse van verhalen van mensen die gedurende lange tijd allerlei ervaringen met zorg hebben, komt een aantal basisvragen naar voren (Wilken, 2010).

De vragen zijn:

1. Kan ik je vertrouwen?
2. Ben je iemand waar ik me veilig bij voel?
3. Ben je iemand die me echt begrijpt?
4. Kun je mijn appèl erkennen en bevestigen?
5. Ben je in staat om me te helpen?

Deze vragen vertegenwoordigen evenzovele basisbehoeftes, zoals een ander kunnen vertrouwen en je veilig voelen in de relatie, begrip, erkenning en bevestiging ervaren. Mensen zullen vanaf het eerste contactmoment met jou als sociaal werker zoeken naar signalen of boodschappen om jou te testen en antwoorden te vinden op deze vragen. De eerste vier vragen hebben betrekking op jou als persoon en zijn dus relationeel van aard. De laatste vraag gaat over 'hulpvermogen'. Hulpvermogen heeft betrekking op deskundigheid, op kennis van zaken, op adequaat kunnen handelen, aansluitend en passend bij wat nodig is. Achterliggend speelt dikwijls de vraag: 'Kun je me helpen een hoopvol perspectief te creëren?'

5. Sociaal werk als een responsief proces

Een goed verstaander heeft in voorgaande wellicht al de fasen herkend zoals deze door Tronto worden beschreven: 1. zorgen maken om (caring about), 2. zorg op zich nemen (taking care of), 3. zorg verlenen (care giving), en 4. zorg ontvangen (care receiving). Goede zorg is eerst en vooral een responsief proces waarin een zorggever en ontvanger met elkaar interacteren en waarin het signaleren van de behoefte aan zorg, het organiseren en uitvoeren van zorg en de interactie tussen geven en ontvangen elkaar afwisselen. Deze fasen van zorgen zijn in analytische zin van elkaar te onderscheiden, maar in praktische zin onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het proces van zorgen is niet lineair maar circulair en dynamisch van aard. De ene fase beïnvloedt de andere of is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde (zonder fase 1 geen fase 3 en fase 2 is noodzakelijk voor fase 3, terwijl fase 1 ook bepaald wordt door de uitkomst van fase 4). Fase 4 is te zien als de 'motor' van het hele zorgproces. Zonder een respons van de ontvanger en diens (on)uitgesproken oordeel zal zorg uiteindelijk ophouden te bestaan. Het begrip respons moet je daarbij overigens breed opvatten. Het gaat om alle verbale en non-verbale reacties van de ander op de zorg zoals die gegeven wordt. De andere drie fasen hebben bovendien een functie in het op gang houden van het zorgen (wanneer behoeften niet worden opgemerkt of de zorg niet feitelijk wordt gedaan, dan stopt het proces), hun evaluatieve kracht is echter beperkter. Voor iedereen zijn alle vier de zorgfasen van belang. In het leven van iedere dag is de derde fase echter het meest concreet waarneembaar en direct te ervaren.

Wilken (2010, 2019) geeft het begrip 'care-receiving' of 'zorg ontvangen' een bredere betekenis. Hij herdefinieert dit als *zorgresponsiviteit* en geeft dit een centrale rol. Zorgresponsiviteit geeft de voortdurende interactie weer tussen 'gever' en 'ontvanger'. Beide reageren voortdurend op elkaar en in dit proces dienen afstemming en aansluiting plaats te vinden. Vanuit het perspectief van de sociaal werker is responsiviteit het vermogen om te reageren op de ander op basis van wat waargenomen wordt. Die waarneming betreft zowel de affectieve behoeftes als de behoeftes die verbonden zijn met de fysieke, psychische of sociale situatie waarin de persoon zich bevindt. Dit vraagt om de inzet van alle zintuigen, inclusief je intuïtie. Je gebruikt letterlijk je hele lijf. Het gaat ook om luisteren met je hart, en horen wat niet gezegd wordt. Dit vraagt een open houding en een grote mate van jezelf kunnen verplaatsen in de ander. In de schoenen van de ander gaan staan, door de ogen van de ander kijken. Verder uitvergroot gaat het om het vermogen jou en je gedrag te evalueren vanuit het perspectief van de ander.

Door op deze wijze te kijken naar een zorgproces, kan het vier fase model van Tronto verder ingevuld worden vanuit de professionaliteit van de sociaal werker.

Figuur 1. Zorgresponsiviteit als draaipunt voor goede zorg

Sociaal werker	Kernkwaliteit	Ervaring van de ander
<i>Care responsiveness</i> : aansluiten bij (zorgen dat je ziet hoe de ander jou en jouw inzet zorg ervaart en adequaat reageren)	<i>Responsiviteit</i>	Ik ervaar gezien te worden als mens met mijn kwaliteiten en zorgen. Ik ervaar dialoog en samenwerking. Ik ervaar dat mijn behoeften begrepen en beantwoord worden.
Elementen: <i>Caring about</i> : het waarnemen van een zorgbehoefte (om de ander geven; zien wat er aan de hand en nodig is)	<i>Aandachtigheid</i>	De sociaal werker is gevoelig voor (al) mijn behoeften.
<i>Taking care of</i> : zorgen dat er passende acties ondernomen worden (zorgen dat)	<i>Verantwoordelijkheid</i>	De sociaal werker zorgt dat passende steun en hulp geregeld worden.
<i>Care giving</i> : uitvoeren van zorg en ondersteuning (zorg geven)	<i>Competentie</i>	De sociaal werker is in staat om passende ondersteuning te bieden.

In de eerste kolom staan de vier fasen van Tronto, waarbij we het begrip 'care receiving' vervangen hebben door 'care responsiveness' en centraal hebben geplaatst. Zorgresponsiviteit staat niet alleen op zichzelf maar komt ook tot uitdrukking in andere aspecten, zoals zorgbehoeftes waarnemen, zorg organiseren en uitvoeren. In de middelste kolom staan de bijbehorende kwaliteiten van jou als sociaal werker. In de rechterkolom staat het perspectief van de cliënt cq. diens naasten.

Kern is dat de ander jou als persoon waarneemt en jouw gedrag als responsief en adequaat. Dat wil zeggen passend bij wat de ander tot uitdrukking brengt. Er is altijd sprake van communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. Bij mensen die zich moeilijk via spraak kunnen uiten zal de reactie op het handelen van de hulpverleners vooral non-verbaal van aard zijn, zoals het geval is bij dementerende verpleeghuisbewoners.

Zorgresponsiviteit is de kunst om bijvoorbeeld bij mensen die niet kunnen praten hun lijden 'te zien'. Madeleine Timmermann (2010) geeft hiervan prachtige voorbeelden in haar studie bij de zorg voor dementerenden in een verpleeghuis. Zo beschrijft zij mevrouw De Pauw die tijdens de verzorging snel angstig wordt en soms zelfs van zich afslaat. Ze jammert en roept regelmatig 'au'. 'Au' kan beschouwd worden als een uitroep van pijn. De verzorgenden gaan echter gewoon door met hun handelingen (p. 134 e.v.). Timmermann merkt op dat het niet alleen hoeft te gaan om lichamelijk ongemak, maar ook om de pijn niet (voldoende) gehoord te worden door de verzorging, en daarmee buitenspel gezet te worden, als iemand die iets over zichzelf te zeggen heeft. Passende zorg is in dit geval de bewoner op een zodanige manier verzorgen dat er recht wordt gedaan aan haar behoefte om gehoord en gerespecteerd te worden. Maar daarvoor is het nodig dat deze behoeften gezien worden. We zien hier een gebrek aan zorgresponsiviteit, die ook met zich meebrengt dat mevrouw de Pauw niet als autonoom mens gezien wordt. Evenmin wordt haar lijden recht gedaan.

De ontvanger is dus voortdurend responsief en doet dat op basis van sensorische en mentale ervaringen. De ander neemt waar of jij hem/haar ziet, en zijn/haar situatie begrijpt. Vervolgens wordt getoetst of wat nodig is op adequate, dat wil zeggen passende bij de persoon en de situatie, wijze georganiseerd wordt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het regelen van schuldhulpverlening, of het inschakelen van een psycholoog. Dan wordt tijdens het uitvoeren van activiteiten (begeleiding, dienstverlening) nagegaan of dit op een prettige en competente wijze gebeurt. De meeste mensen

zullen tijdens al deze drie fasen kunnen aangeven wat hun ervaringen zijn. Bij mensen die hier niet toe in staat zijn, rust er een extra verantwoordelijkheid op de schouders van de sociaal werker om erachter te komen hoe de ander de verschillende elementen van zorg ervaart. Bijvoorbeeld door goede observatie of met hulp van naasten die de persoon goed kennen. In het ideale geval ontstaat er dialoog. Dan wordt sociaal werk een samenspraak en kan er een samenwerking ontstaan.

Zorgresponsiviteit draait dus om:

- De wil het perspectief van de ander te begrijpen (oprechte belangstelling en nieuwsgierigheid)
- Jezelf proberen te verplaatsen in de schoenen van de ander, door vanuit zijn of haar ogen proberen te kijken
- Aansluiten, aansluiten, en blijven aansluiten.....
- Inzet van alle zintuigen
- Continue aandachtigheid en waakzaamheid

Samengevat: er is sprake van responsiviteit bij zowel jou als sociaal werker als bij de mensen waarmee je in relatie staat. Het is een voortdurend interactief en wederkerig proces. Een belangrijke competentie is dat je je bewust bent van deze wederkerigheid en je inzet kan afstemmen op basis van de ervaringen en reacties van de ander. Het zal duidelijk zijn dat zorgresponsiviteit in grote mate een relationele aangelegenheid is. In de interactie met de ander (of anderen, zoals een partner, gezin, school, buurt of vereniging) ontstaat de aansluiting en afstemming die nodig is om adequate steun te realiseren.

6. Conflict en begrenzing

Goede zorg vraagt responsiviteit, en aandacht voor de noden van mensen die jouw hulp als professional nodig hebben. Dat wil echter niet zeggen dat de vragen of gedragingen van cliënten kritiekloos opgepakt moeten worden, of dat de relatie tussen professional en cliënt altijd rimpelloos is. Juist in situaties waarin vanuit een relationeel perspectief zorg wordt geboden, zal er ook sprake zijn van conflict, kunnen emoties hoog oplopen en cliënt en professional over elkaars grenzen gaan. Immer: een professional en cliënt brengen eigen perspectieven en logica's in die met elkaar geconfronteerd moeten worden om elkaar te leren kennen, maar die ook met elkaar kunnen botsen (Van der Linde, Schaftenaar & Timmerman, 2020).

Grensoverschrijdingen zijn niet per se onwenselijk en hoeven niet koste wat kost voorkomen te worden. Ze zijn belangrijk om te ontdekken wat het 'goed' is dat op het spel staat in een zorgbetrekking. Juist in deze grenssituaties toont zich wat er echt op het spel staat voor een cliënt en wordt duidelijk wat de behoefte van de cliënt achter de initiële, of evidente vraag is (zie paragraaf 4). Je kunt daarmee dus van grensoverschrijdingen leren (wat doet er toe voor jou, waarom doe je dit op deze manier, waarom stoort het mij). Van der Linde, Schaftenaar en Timmerman (2020) expliciteren twee elementen die belangrijk zijn voor dat leren. Allereerst dat er niet te snel aan de grensoverschrijding voorbij wordt gegaan (excuses aanbieden en door), maar dat ze wordt onderzocht. Wat gebeurde er precies waardoor het conflict ontstond? Wat was de betekenis ervan voor mij en de cliënt? Wat zegt dit over onze relatie? Maar ook vraagt een grensoverschrijding relationeel herstel: de relatie raakt immers beschadigd of vervormd en daar moet iets mee gebeuren om verder te kunnen. Wat kunnen we doen om ervoor te zorgen dat we weer verder kunnen met elkaar?

7. Welzijnszorg als praktijk

Iedere mens en iedere situatie is anders. Telkens opnieuw is voor jou als sociaal werker de uitdaging om maatwerk te leveren en de 'beste praktijk' te creëren (MacIntyre, 1985). Goede zorg is daarbij onvermijdelijk relationeel ingerichte en afgestemde zorg (Baart, 2018). 'Maatwerk' heeft hier een dubbele betekenis: het gaat zowel om de relatie (een 'maatje' die de basale vragen onderaan paragraaf 4 kan beantwoorden) als om zorg die past bij wat nodig is.

Baart onderscheidt een viertal elementen van goede zorg (Baart, 2008, p. 52):

- Verzorgdheid;
- Zorgvuldigheid;
- Zorgzaamheid en
- Bezorgd mededogen.

Deze elementen laten zich gemakkelijk plaatsen in figuur 1. Zorgzaamheid (als sociaal werker blijf je je bekommeren om de ander) en bezorgd mededogen (je bent als mens begaan met de ander) horen vooral bij 'om de ander geven'. Verzorgdheid (doen wat behoort gedaan te worden en nodig is, bijvoorbeeld iemand ondersteunen om een baan te krijgen) hoort bij zorgen dat en bij zorg geven. Zorgvuldigheid (deze handelingen doen met aandacht, toewijding en passend bij de ander) is op alle vier van toepassing. Als we dit vertalen naar *zorg- of ondersteuningsbehoeften* gaan deze vier elementen vooral over de manier waarop de ondersteuning gegeven wordt, even los van waar deze op gericht is (bijvoorbeeld het oplossen van schuldenproblematiek). Het zijn universele elementen, waarvan de waarde inmiddels in diverse contexten is blootgelegd. Bijvoorbeeld in de ouderenzorg (Timmermann, 2010), reclassering (Schafteenaar, 2018; Sturm, 2022), onderwijs (Bastiaansen, 2022). Ieder mens die met jou te maken heeft wil graag dat jij handelt op een verzorgde, zorgvuldige, en zorgzame wijze en dat dit met mededogen gebeurt. Daarin verschilt onze invulling van relationeel handelen van andere benaderingen: de relatie is niet slechts een instrument om een ander (hulpverlenings-)doel te bereiken, maar is een doel in zichzelf.

Goede zorg is pas goede zorg als deze als helpend ervaren wordt door de ander. Aandacht moet ervaren worden, evenals het positieve van relaties. Je weet pas of je lol beleeft aan bepaalde activiteiten als je ze doet. Je krijgt zelfvertrouwen als je ervaart dat iets je goed afgaat. Zelf ervaren en reflecteren op ervaringen beschouwen we als een belangrijk middel om vooruit te komen. Het gaat daarbij zowel om positieve als om negatieve ervaringen. Van alle ervaringen kun je leren en groeien. Als sociaal werker is het dus belangrijk de persoonlijke percepties en ervaringen van de cliënt als bron te gebruiken. En om mensen te ondersteunen bij het gebruiken van hun persoonlijke ervaringen voor hun eigen ontwikkeling.

Het gaat er om wat voor de cliënt of zijn omgeving op dit moment in de tijd belangrijk is. Het streven is om een samenwerkingsrelatie te scheppen, primair met de cliënt en daarnaast met het netwerk daaromheen. Maar dit ontstaat alleen als er sprake is van wederzijds aandacht en vertrouwen. Het samenspel wordt idealiter gekenmerkt door onderlinge betrokkenheid, respect en aandacht. Er kan veilig gesproken worden over verschillen. Er is een positieve, hoopvolle atmosfeer. Iedereen kan met zijn eigen kwaliteiten en kwetsbaarheden tevoorschijn komen.

Op deze wijze is er sprake van waardigheid en gelijkwaardigheid: iedereen wordt met respect benaderd, ieders waarde wordt gezien en iedereen wordt in zijn waarde gelaten. Gelijkwaardigheid dient niet verward te worden met gelijkheid. Juist in ongelijkheid schuilt de mogelijkheid van elkaar te leren en elkaar aan te vullen. Diversiteit is daarbij een groot goed, een rijkdom waaruit geput kan worden.

Petra Schafteenaar (2018) deed onderzoek naar relationele zorg in de forensische psychiatrie. Ex-clieñten staan er na het afronden van hun behandeling relatief alleen voor. Bijna de helft van de mensen valt dan ook terug in de criminaliteit. In het onderzoek dat Schafteenaar uitvoerde onder 100 cliënten, werd dat percentage teruggebracht naar 16 procent. Het grote verschil werd bereikt door het bieden van relationele zorg, waarbij vertrouwen opbouwen, successen vieren en aandacht voor het gewone leven belangrijk zijn. Dat begint in de kliniek en gaat door na ontslag. De relatie tussen behandelaar en cliënt staat voorop. Het contact na het verlaten van de kliniek kan bestaan uit huisbezoek, uitnodigingen om naar de kliniek te komen of telefoontjes. Voor iedere cliënt worden daar op maat afspraken over gemaakt, afhankelijk van wat bij iemand past. Cliënten zijn blij als hun relationele zorg wordt geboden en zeggen hierdoor het gevoel te krijgen dat zij meer meetellen in de samenleving. Ook de zorgverleners waren positief en haalden meer voldoening uit hun werk. Deze resultaten worden bevestigd in het onderzoek van Annelies Sturm (2022). Zij concludeert dat het voor reclasseringscliënten, die doorgaans weinig vertrouwen hebben in zichzelf en in anderen, essentieel is dat er tijdens het toezicht een vertrouwensrelatie opgebouwd kan worden. Sturm toont aan er een directe relatie is tussen de mate van vertrouwen en het risico op recidive. Hoe meer vertrouwen, hoe minder terugval in delictgedrag.

Het realiseren van een dergelijke relatie is lang niet altijd gemakkelijk. Het is mooi als het in een keer klikt, maar soms kost het veel moeite om een verbinding tot stand te brengen. Als werelden erg uiteenlopen kan het moeilijk zijn bruggen te slaan. Dit kan veel geduld en volharding vragen. Het creëren van iets gemeenschappelijks hoeft lang niet altijd via gespreksvormen. Vaak is samen iets doen effectiever. Dit kan variëren van samen koffiedrinken, een maaltijd klaarmaken of een wandeling maken. Betrokkenheid kan ook ontstaan door iets urgents te helpen oplossen, bijvoorbeeld huisvesting voor iemand regelen die dakloos is. Het draait dikwijls om het creëren van hoopvolle perspectieven.

Andere elementen die belangrijk zijn om invulling te geven aan relationele zorg zijn toegankelijkheid en continuïteit. Relationele verbondenheid is niet alleen gebonden aan face-to-face contacten, maar is een affectief gevoel dat voortdurend aanwezig is. Het heeft te maken met de wetenschap dat er iemand voor je is, die je kunt bereiken als dat nodig is. Of dat nu is via een appje, een mailtje of een telefoontje.

In haar onderzoek naar aandachtige betrokkenheid in het onderwijs, noemt Bastiaansen het belang van 'aandachtskruimeltjes' voor de pedagogische relaties: kleine luchtige momenten in de dagelijkse onderwijspraktijk waarin een volwassene er blijk van geeft dat een leerling wordt opgemerkt en hij of zij betrokken is op de leerling. Een van de leerlingen in het onderzoek van Bastiaansen benoemt het als 'die superkleine dingen die je eigenlijk niet merkt of niet kan beschrijven' (2022, p. 124) maar die juist de oprechte betrokkenheid in een pedagogische relatie tot uitdrukking brengen.

8. Epiloog

In deze bijdrage beschreven we de kern van het sociaal werk als 'relationeel handelen'. Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van de relatie een belangrijke succesfactor is voor professionele inzet. Relationeel handelen heeft voor sociaal werkers een dubbele betekenis. Het gaat zowel om de wijze waarop gewerkt wordt als om de beoogde doelen en de daarbij behorende acties, namelijk het verbeteren van sociaal functioneren en sociale kwaliteit. Dikwijls wordt gezegd dat sociaal werkers hun eigen instrument zijn, en dat klopt ook, mits het om relationeel handelen en niet primair om instrumenteel handelen gaat. We onderbouwden de waarde van relationeel werken met inzichten uit de zorgethiek en de presentietheorie. Het in praktijk brengen van relationeel handelen dient op een verzorgde, zorgvuldige, en zorgzame wijze te gebeuren. Een belangrijke notie hierbij is *zorgresponsiviteit*, het vermogen voortdurend adequaat aan te sluiten bij de ervaringen en communicatie van de ander in de interactie met jou. Relationeel werken vraagt niet alleen een houding die gebaseerd is op (zorg)ethische principes maar ook een sensitiviteit voor basale menselijke behoeften en voor de affectieve kanten van menselijke interacties. Het vergt veel relationele vaardigheden om goed te kunnen aansluiten bij een grote diversiteit aan mensen en situaties. Tot slot laat relationeel werken zich goed verbinden met andere waarden van sociaal werk zoals inclusie en sociale rechtvaardigheid. Door de wijze waarop je een relatie aangaat, en hierin erkenning geeft, doe je 'recht' aan de ander. Door op een gelijkwaardige, 'machtsvrije', dialogische en krachtgerichte wijze de relatie vorm en inhoud te geven, werk je tevens aan participatie en empowerment.

Bronnen

- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2004). What makes care good care? *Sociale Interventie*, 3, 14–26.
- Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven*. Amsterdam: SWP.
- Bastiaansen, E. (2022). *Aandachtige betrokkenheid als pedagogische grondhouding* (Proefschrift). Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Kanne, M.E. (2016). *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*. Delft: Eburon.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed.), 169–219. Hoboken: John Wiley & Sons.
- MacIntyre, A. (1985). *After virtue*. London: Duckworth.
- Menger, A. & Donker, A. (2013). De werkaliantie in het gedwongen kader: de theorie. In: Menger, A., Krechtig, L en Bosker J. (2013). *Werken in gedwongen kader. Methodiek voor het forensisch sociaal werk*. Amsterdam: SWP. 115-134.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care. Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007). *Rechtvaardige en duurzame zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Rober, P. (2017). *Samen in gezinstherapie. Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk*. Pelckmans Pro.
- Schaftenaar, P. (2018). *Contact gezocht. Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: SWP.
- Soklaridis, S., Ravitz, P., Adler Nevo, G. and Lief, S. (2016). Relationship-centred care in health: A 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*: Vol. 3: Iss. 1, Article 16.
- Sturm, A. (2022). *To be trusted: the role of the working alliance in probation supervision*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Den Haag: Lemma.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press.
- Van der Linde, M. Schaftenaar, P., Timmerman, G. (2020). Relationeel begrenzen, een alternatief voor het denken over grenzen vanuit de presentiebenadering. *Waardenwerk* 81, p. 37-42



Van der Zwaard, W., (2021). *Omwille van fatsoen. De staat van menswaardige zorg*. Den Haag: Boom.

Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.

Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Uitgeverij Klement.

Vosman, F., Den Bakker, J. & Weenink, D. (2016). How to make sense of suffering in complex care practices? In Spaargaren, G., Weenink, D. & Lamers, M. eds. (2016). *Practice theory and research. Exploring the dynamics of social life*, pp. 117–130. New York: Taylor and Francis.

Vosman, F. & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Med Health Care and Philos.* Springer Science.

Vries, Sj. de (2017). Wat werkt er en hoe? Het common factors model als basis voor de psychosociale hulpverlening in het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* – 2017 – Volume 26, Issue 3, 4–27.

Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work, second edition*. New York: Routledge.

Wilken, J.P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.

Wilken, J.P. & D. den Hollander (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen*. Utrecht: SWP.

Wilken, J.P. (2019). De basis van Steunend Relationeel Handelen. In: Wilken, J.P. & D. den Hollander (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen*. Utrecht: SWP, pp 27-53.

Contact

Platform Lectoren Sociaal Werk

E-mail: platformlectorens@inholland.nl

Telefoon: 06 3100 6653

Website: www.lectorensociaalwerk.nl

LinkedIn: www.linkedin.com/company/75866403/

