

J. Breda & Th. Jacobs\*

*Het sociale welzijnswerk :  
zorgen voor hulp !*

### 1. De sociale welzijnszorg en de crisis: het basisprobleem

Wanneer de verzorgingsstaat op de korrel wordt genomen, dan gaat een goed deel van de kritieken over de wijze waarop de sociale welzijnszorg is georganiseerd. In welke mate wordt door deze kritiek de kern van de verzorgingsstaat geraakt ?

Wat deze sociale welzijnszorg precies omvat is moeilijk nauwkeurig vast te leggen, zeker wanneer een terreinmatige definitie wordt aangehouden. Dit is een definitie die het veld wil afbakenen op grond van in de maatschappij gehanteerde criteria. Ze staat tegenover een aspectuele definitie, die analytische grenzen legt. In dergelijke definitie is het niet zo belangrijk wanneer gedragspatronen die analytisch tot eenzelfde veld behoren, maatschappelijk anders ingebed liggen. Dergelijke definitie wil namelijk grensverleggend zijn.

Het terrein van de sociale welzijnszorg is maatschappelijk dus niet duidelijk afgebakend. Weliswaar heeft de communautarisering het probleem iets eenvoudiger gemaakt (Cauwelier, 1983). In de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 werd niet alleen een beleidsorgaan gecreëerd - het Vlaams Ministerie voor Gezin en

Welzijnszorg - maar wordt tegelijkertijd een omschrijving geboden van de sociale welzijnszorg. Dit Gemeenschapsministerie voor Gezin en Welzijnszorg houdt zich bezig met gezinnen (bv. gezins- en bejaardenhulp; Centra voor Prematrimoniaale, Matrimoniaale en Gezinsconsultatie; Nationaal Werk voor Kinderwelzijn), met maatschappelijk welzijn (Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, Centra voor Maatschappelijk Werk, Tele-Onthaal), met het onthaal en de integratie van migranten, met gehandicapten (bv. instellingen van het Fonds 81), met bejaarden (bv. poetsdiensten, maaltijden, rustoorden), met jeugdbescherming (bv. instellingen, jeugdbeschermingscomités) en met gevangenen en ex-gevangenen.

Al deze hulpverleningsvormen werden los van elkaar ontwikkeld binnen diverse nationale ministeries ; met de uitbouw van één gemeenschapsministerie voor sociale welzijnszorg werd in principe de weg vrijgemaakt voor het ontwerpen van een beleidskader waarin al deze initiatieven op elkaar afgestemd kunnen worden.

De overheveling is nochtans niet waterdicht. Het maatschappelijk definiëren van de sociale welzijnszorg is geen afgeronde zaak : de definitie is nog in opbouw. Zo zijn er aangelegenheden waarover, na ruim drie jaar, nog steeds onduidelijkheid bestaat onder wiens bevoegdheid ze horen: bijvoorbeeld de jeugdbescherming. Daarnaast zijn er beleidsmateries die elk eigen kaderontwerp hypothekeren omdat ze nog tot de nationale bevoegdheid gerekend worden. Ze worden dan ook door de gemeenschapsregering opgeëist: het bestaansminimum, de organieke wet op de OCMW's, de individuele tegemoetkomingen aan de minder-validen, het vreemdelingenbeleid (Steyaert, 1984: 2).

Maar zelfs wanneer deze onduidelijkheden in het grensgebied buiten beschouwing worden gelaten, is het moeilijk om de ratio te achterhalen die tot het samenbrengen van al deze initiatieven in één beleidsorgaan heeft geleid. Ligt de eigenheid van de sociale welzijnszorg in de aard van de doelgroep ? Er zou kunnen verdedigd worden dat deze beleidssfeer uitgebouwd wordt rond de zorg voor de erkende 'zwakke' groepen in onze samenleving, zoals de bejaarden, de gehandicapten, de migranten, de verwaarloosde jeugd, de daklozen, de vierde wereld. Zulke veronderstelling wordt evenwel tegengesproken door, bijvoorbeeld, de aanwezigheid van initiatieven voor het kind (NWK-raadplegingen), door de hulpverlening inzake relatie-moeilijkheden en crisisinterventie. Ook wanneer verondersteld wordt dat de eigenheid van de sociale welzijnszorg ligt in de

specifieke probleembenadering, wordt niet het volledige terrein omvat. De invalshoek zou deze van het algemeen maatschappelijk werk zijn en dus te onderscheiden van strikt medische, juridische of socio-culturele probleemduidingen. Daarbij springen de bedrijvigheden van het NWK en de residentiële voorzieningen voor verschillende groepen uit de band.

De gemeenschappelijke noemer van al deze in één ministerie samengebrachte initiatieven ligt met andere woorden niet voor de hand. Misschien is dit spijkers op laag water zoeken : het ministerie draagt per slot van rekening een dubbele naam. Ligt daarin niet reeds een optie vervat om twee beleidsobjecten uit elkaar te houden: langs de ene kant, de ondersteuning van gezinnen in de verschillende fasen van de gezinscyclus en langs de andere kant, de initiatieven voor de sociaal-zwakke bevolkingsgroepen ? Deze trend profileert zich met steeds meer duidelijkheid: sociale welzijnszorg wordt dan herleid tot de gerichte ondersteuning ten aanzien van de marginalen. In de toelichting bij de begroting 1984 wordt er alleszins gesproken van de 'herverdeling naar de kansarmen' en over 'de solidariteit met de sociaal-zwaksten' (Steyaert, 1984: 5).

Het geheel van de sociale welzijnszorg (in zijn ruime omschrijving, dit is als de ondersteuning van de bijzondere groepen én van het gezin) is niet een van de kleine broertjes van de verzorgingsstaat: het gaat over een, voor 1984, begroot bedrag van ongeveer 15 miljard frank (14.901,2 Bfr.). Er worden 37.234 personeelsleden tewerkgesteld in deze sector en het gaat over 2.453 voorzieningen (Steyaert, 1984: 6).

De wijze waarop deze sociale welzijnszorg is georganiseerd en de wijze waarop ze functioneert, d.w.z. de manier van hulpverlening, was reeds voorwerp van kritiek nog voor dat er sprake was van bezuinigingen en besparingen (Lammertyn, 1983: 4). De oplossing die in de laatste jaren het meest naar voor geschoven wordt is deze van de inbreng van meer vrijwilligheid.

Vrijwilligheid slaat in eerste instantie op een vraag naar de inzet van meer vrijwilligerswerk in de hulpverlenende organisaties: meer vrijwilligers naast de professionals, degenen die hulpverleners tot hun beroep hebben gemaakt. Het gaat meteen ook over het tegengaan van processen waardoor taakpakketten van vrijwilligers omgezet worden in beroepsrollen.

De roep naar vrijwilligheid houdt in tweede orde ook een vraag in naar meer particulier initiatief dat gunstig wordt afgeschilderd tegenover het overheidsinitiatief. Dit vinden we vooral terug in landen waar de sociale welzijnszorg voornamelijk tot stand werd gebracht en gestuurd wordt vanuit het

overheidsinitiatief, met name vooral het Verenigd Koninkrijk. Ten slotte slaat vrijwilligheid op een vraag naar de inschakeling van informele hulp in de hulpverlening.

Het probleem is eigenlijk hoe de kritieken op het welzijnswerk kunnen aanleiding geven tot kwaliteitsverbetering van het werkveld zonder dat daarbij de klok tientallen jaren terugge draaid wordt.

Velen vrezen een oprakelen van de discussies van de na-oorlogse periode, toen er beslist werd om aan de georganiseerde samenleving een specifieke taak van welzijnsbevordering toe te schrijven. Velen vrezen een terugkeer naar een louter residuële opstelling, zelfs een terugschroeven van het recht op hulpverlening en dit onder de dekmantel van besparingen (Lammertyn, 1983: 4; Cauwelier, 1984: Red 54). Dat deze vrees niet onterecht is, blijkt ondermeer uit de meest recente regelingen inzake de terugvordering voor bewezen hulpverleningsdiensten in het OCMW.

Dit is allerminst een geschikt klimaat om de noodzakelijke vernieuwingen door te voeren. Daartoe is duidelijkheid nodig : duidelijkheid vooreerst in de draagwijdte van de pleidooien voor méér vrijwilligheid, en klaarheid ook in het inschatten van de mogelijkheden en de beperkingen van de vrijwilligheid. Tevens moet vanuit de recente praktijk naar aanknopingspunten gezocht worden van waaruit criteria kunnen vastgelegd worden die de voorwaarden aangeven waaronder vrijwilligheid opportuun is. In dit artikel wordt een aanzet gegeven vanuit beide invalshoeken. De volgende paragraaf beschrijft beknopt hoe er geredeneerd wordt om de vrijwilligheid als oplossing naar voor te schuiven; de derde paragraaf omvat de resultaten van empirische onderzoeken naar de concrete voor- en nadelen van de diverse zorgsystemen en de laatste paragraaf formuleert een kader waarbinnen vrijwilligheid een plaats krijgt naast andere vormen van hulpverlening.

## 2. Pleidooien voor vrijwilligheid: de retoriek

Waarop steunt de veronderstelling dat de inbreng van meer vrijwilligheid een oplossing betekent voor de organisatie- en werkingsproblemen van de sociale welzijnszorg ?

Impliciet of expliciet wordt deze veronderstelling gesteund op twee - haast klassiek geworden - probleemomschrijvingen. Alhoewel verschillend, vertonen ze toch vele raakpunten. De eerste en oudste probleemomschrijving betreft de beroepsmatige uitoefening van het welzijnswerk en de problemen die daaruit voortvloeien voor de kwaliteit van de hulpverlening. In het Nederlandse taalgebied wordt deze invalshoek vertegenwoordigd door o.m. H. Achterhuis (1980) die het denken van Illich heeft vertaald naar het welzijnswerk toe. De tweede probleemomschrijving raakt eveneens een fundamenteel organisatiekenmerk van de moderne Westerse samenleving. Daar gaat het over de kwaliteit van de hulpverlening, en meer nog van het samenleven überhaupt, wanneer deze hulpverlening wordt gedomineerd door het initiatief van de overheid. Een duidelijke formulering van dit denken is te vinden bij Zijderveld (1983).

Wij beschrijven eerst beknopt de problemen die in het zicht komen wanneer het deskundigenwerk en de overheidsmatige organisatie als niet-vanzelfsprekend, als een sociale constructie beschouwd worden. Nadien bekijken we of dergelijke problemen inderdaad en alleen maar door de inbreng van meer vrijwilligheid kunnen opgelost worden.

## 2.1. De probleemschetsen

Pleiten voor vrijwilligheid betekent concreet het positief waarderen van het vrijwilligerswerk, de informele zorg en het particulier initiatief.

2.1.1. Het vrijwilligerswerk, waaronder de zelfhulp, en de informele zorg worden als 'lekenhulp' geplaatst tegenover de beroepsmatig uitgeoefende welzijnszorg. Het blijkt namelijk dat ook in de welzijnszorg de toenemende verdeskundiging van het werk niet het verhoopte resultaat biedt. Toenemende verdeskundiging werkt niet welzijnsbevorderend, maar heeft veeleer averechtse effecten: meer beroepsuitoefenaren en meer specialisme maken meer mensen tot cliënt van het welzijnswerk. Deze cliënten blijven langer of komen herhaaldelijk terug in het welzijns circuit. Daarenboven leidt verdeskundiging tot afhankelijkheid ten opzichte van de diensten en dit is precies een indicatie van onwelzijn.

Deze ontwikkeling is geen gevolg van de onwil van individuele deskundigen, maar wel van de ingebouwde mechanismen die in werking treden wanneer een samenleving steunt op deskundigheid. Deskundigheid is in onze samenleving namelijk een zaak van opleidingsinstituten, beroepsgroeperingen, loonbarena's. Er worden m.a.w. belangen geconstrueerd die niet noodzakelijk samenlopen met deze van de hulpvragers. Belangen die, bijvoorbeeld in een tijd van werkgelegenheids crisis te maken hebben met het behoud van de job, met het belangrijker maken van de job wat loonwinst impliceert of een betere financiering van de dienst, met het afbakenen van de eigen deskundigheid tegenover deze van andere disciplines.

Een ander met de deskundigheid ingebouwd mechanisme heeft te maken met de aard van de hulpverleningsrelatie. De logica van de deskundigheid leidt tot de afbraak van de mondigheid van de hulpvrager. Tegenover een deskundige heeft de hulpvrager nog weinig te zeggen over de manier waarop zijn probleem wordt opgelost : zijn probleem wordt vaak vertaald naar de capaciteiten en de bevoorrechte werkwijze van de hulpverlener toe. Wanneer hij de hulpverlener niet kan kiezen (zoals hij een huisarts of een specialist kiest) dan wordt de hulpvrager vervreemd van het hele hulpverleningsproces. In de hulpverleningsrelatie wordt zo afhankelijkheid en onmondigheid ingebouwd, wat indruist tegen de gangbare indicatoren van een kwalitatief goede hulpverleningsrelatie.

Vele van de problemen die in deze kritiek op de beroepsmatig uitgeoefende hulpverlening geformuleerd worden zijn reëel, ook in de Vlaamse welzijnszorg. Maar vooraleer de lekenzorg als alternatief wordt naar voor geschoven moet nagegaan worden of deze problemen inderdaad inherent zijn aan de deskundigheid. Bekijken we echter eerst de andere probleemformulering iets nauwkeuriger.

2.1.2. Deze ziet het particulier initiatief als de oplossing voor problemen in de welzijnszorg die toegeschreven worden aan het feit dat deze zorg vanuit een overheid wordt gedirigeerd. Deze benadering is vooral gangbaar in landen waarin de overheid de voornaamste ondernemer is in de sociale welzijnszorg. Haar wordt ondermeer verweten, het gebrek aan efficiëntie en kwaliteit van haar hulpverlening, maar hoofdzakelijk toch het onwelzijn-creërend karakter van een werkwijze die de oplossing van problemen automatisch naar 'de' overheid doorschuift.

Waarom werkt het toevertrouwen van de welzijnszorg aan de overheid onwelzijn in de hand ?

Ook hier wordt het inherente karakter van het proces beklemtoond: het heeft te maken met de veronderstelde eigenheid van het overheidsmatig optreden. De overheid voorziet immers op de duur niet enkel in de oplossing van de gestelde problemen, maar ze oefent gaandeweg ook meer een monopolie uit inzake het formuleren van legitieme problemen. Wat de oplossing betreft, beschikken overheden over een te beperkt instrumentarium om tegemoet te komen aan de heterogeniteit en de complexiteit van de probleemsituaties: legitieme problemen kunnen dan enkel problemen zijn waarvoor een oplossingsstrategie ter beschikking staat. Dit oplossingsstrategie wordt gekarakteriseerd als bureaucratisch en - hier overlapt de probleembeschrijving de voorgaande - verdeskundigd (Lauwers, 1983).

Wat de probleemformulering betreft zijn de kanalen waarlangs de legitimiteit wordt afgedwongen teveel geënt op politieke belangen (o.m. verzuiling) en te weinig op hulpverleningsbehoeften.

Het overheidsmatig optreden leidt tot gebreken inzake de efficiëntie en kwaliteit van hulpverlening; een monopolie van de overheid inzake welzijnszorg brengt eveneens ontwikkelingen in beweging die - althans volgens dit perspectief - regelrecht leiden tot een totale controle over het leven van de burgers. Er wordt (bijvoorbeeld inzake de jeugdbescherming en de bijstand) aangetoond dat er, met het overheidsinitiatief, een dynamiek ontwikkeld wordt die uitmondt in een vórgaande disciplinerende. Deze dynamiek is er vooreerst een van het zoeken naar steeds meer facetten van het leven waarin zich problemen voordoen en waarin derhalve kan opgetreden worden. Daardoor wordt het privé-leven in toenemende mate vermaatschappelijkt: onderwerp van de publieke sfeer en haar reglementeringen (Donzelot, 1977).

Maar ook in de diepte werkt deze dynamiek door: er kunnen steeds meer uitzonderingen in de reglementering ingebouwd worden, waardoor er minder achterpoortjes open staan. Een laatste element van deze dynamiek zou, bij wijze van hypothese, als volgt kunnen luiden: de burgers vragen a.h.w. zelf om disciplinerende teneinde zich te beveiligen tegen de aanspraken van (bepaalde categorieën) medeburgers. Het toespelen naar de overheid van het initiatief inzake welzijnszorg (en de oplossing van andere maatschappelijke problemen) zou een teken zijn van een toenemende terugtrekking van de burger in zijn privé-sfeer. Daarmee wordt bedoeld dat mensen de "sociale kant" van hun leven zouden beperken tot het gezin en eventueel tot hun vrienden- of familiekring. De "sociale kant van het leven" heeft evenwel steeds te maken met de bereidheid om

toegevingen te doen omwille van het behoud van het ruimere leefverband. Het terugschroeven van de bereidheid tot solidariteit tot de private wereld heeft natuurlijk netelige gevolgen voor de legitimiteit, voor de aanvaardbaarheid van allerlei beslissingen die ingrijpen in het dagelijkse leven omwille van een - niet als reëel gevoeld - hoger belang. Die aanvaardbaarheid zou minstens in twijfel getrokken worden.

Het tegendeel zou zich zelfs kunnen ontwikkelen: de idee zou kunnen veld winnen dat vertegenwoordigers van de publieke sfeer per definitie hun particuliere belangen behartigen en dat de enige manier om deze evolutie tegen te gaan erin bestaat om het publieke leven stricter te reglementeren. Een versteviging van sociale controle omwille van onderling wantrouwen dus, wat dit wantrouwen niet teniet doet maar aanwakkert.

Hoe wordt geargumenteed dat een heropleving van het particulier initiatief voor deze problemen een uitweg biedt ?

Uiteindelijk wordt in dit denken het probleem van integratie in een moderne samenleving als vertrekpunt genomen. Er wordt van de veronderstelling uitgegaan dat de functionele differentiatie van deze integratie, het uitbouwen van een speciaal instituut waarin integratie gerealiseerd wordt, de grondvesten van het samenleven zelf ondergraaft. Het behoren tot een groep, het leven in een gemeenschap moet volgens deze theorie tot uitdrukking komen in het dagelijkse leven van de burgers.

Zoals in paragraaf 3 in detail wordt duidelijk gemaakt, is er voldoende empirisch materiaal voorhanden om de stelling te verantwoorden dat vele van de in deze kritiek aangedragen problemen reëel zijn, ook in Vlaanderen. De onderzoeksresultaten van de werking van jeugdbeschermingsorganisaties en van OCMW's wijzen alleszins in deze richting. Maar vooraleer een - nieuw (Zijderveld, 1983: 216) - middenveld van particuliere initiatieven als alternatief naar voor te schuiven, moet nagegaan worden of deze problemen zonder meer inherent zijn aan elk overheidsinitiatief of dat zij ook aanwezig zijn wanneer de welzijnszorg veeleer door het particulier initiatief gedragen wordt.

## 2.2. Bespreking

Als er aangenomen wordt dat de hierboven aangehaalde problematiek, met name de averechtse werking van de bestaande welzijnszorg, steunt op een voldoende ruime empirische basis,



dan blijven er toch nog een aantal vragen over. In welke mate hebben de aangeklaagde tekorten te maken met de grondkenmerken van deskundigheid en overheidsinitiatief? Mag er misschien verondersteld worden dat ze te maken hebben met hun vormgeving in een concrete samenlevingsordering?

Het maakt niet weinig verschil uit of er geoordeeld wordt dat de problemen te maken hebben met de twee meest essentiële organisatorische ratio's in de moderne samenleving en niet met hun concrete realisatie. In het eerste geval gaat het om een radicale samenlevingskritiek; er wordt uitgegaan van de gedachte dat deskundigheid en overheidsinitiatief als leidende principes van organisatie a.h.w. uitgeput zijn, dat er met behulp van deze principes - om met N. Luhmann te spreken - geen bijkomende complexiteit meer kan verwerkt worden, dat ze veeleer meer complexiteit, meer onbeheersbaarheid doen ontstaan. Er moeten dan andere principes in de plaats gesteld worden. In de tweede interpretatie gaat het veeleer om een technische, systeem-interne opstelling. De organisatieprincipes behouden wel hun geldigheid, ze moeten evenwel ontdaan worden van een heel stel rituelen die hen dysfunctioneel maken in de huidige samenlevingscontext.

Het aangebrachte materiaal is o.i. niet voldoende om het failliet van de organisatieprincipes te bewijzen. Veeleer zijn er ontwikkelingen te bespeuren die de verwachting steunen dat zowel "deskundigheid" als "overheidsinitiatief" een meer aan de moderne mens aangepaste vormgeving kunnen aannemen. Door oog te hebben voor deze ontwikkelingen kan de theorie uitgebreid worden. In de vermelde kritieken heeft men immers enkel oog voor de veranderingsprocessen die gepaard gaan met een toename van de deskundige en overheidsmatige zorg; het andere veranderingsmoment, nl. de verschuiving die werd ingebracht door de introductie van de geëmancipeerde burger als maatstaf voor de kwaliteit van de hulpverlening werd buiten beschouwing gelaten.

Uit de praktijk blijkt dat de wereld van de bestaande hulpverlening in staat is om dit mensbeeld te recupereren: om technieken te ontwikkelen die toelaten het organisatieprincipe te behouden en tegelijkertijd te werken met een ander welzijns- of kwaliteitsconcept. Dit kan zowel in de vorm zijn van nieuwe initiatieven, nieuwe deskundigheden maar ook in deze van de verandering van het hulpverleningsproces.

Zo wordt bijvoorbeeld het monopolie van de groepsbelangen van de deskundigen doorbroken, wanneer ook de hulpvragers georganiseerd worden. Daardoor wordt een belangen-tegenge-

wicht gecreëerd, een proces dat deskundig kan worden begeleid door opbouwwerkers.

Dat de deskundigheid niet ipso facto moet leiden tot vervreemding en afhankelijkheid blijkt uit de nieuwere technieken in het hulpverleningsproces. Daarbij wordt tussen de deskundige en de hulpvrager afgesproken welk deelprobleem behandeld zal worden in een eerste fase van de hulpverlening en wanneer dit probleem moet afgewerkt zijn. Deze afspraken worden vaak vastgelegd in een contract. Eenzelfde vernieuwing wordt geïndiceerd aan de toename van de ambulante en kortlopende zorg; bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg.

Evengoed lijkt het voorbarig om de feitelijke problemen, gecreëerd door het overheidsinitiatief toe te schrijven aan het feit zelf dat een overheid de broodheer is. Ook hier moet de discussie meer aan de hand van technische argumenten gevoerd worden, dan wel met maatschappelijke argumenten. Zo werd door planningsdeskundigen een planmodel uitgedacht dat meer tegemoet komt aan de opstelling van geëmancipeerde burgers : nl. de planning als leerproces (Van Vught, 1979).

Ten slotte lijkt ook de stelling aanvechtbaar dat het toeschuiwen van de welzijnszorg naar de overheid per definitie een hogere graad van disciplineren tot gevolg moet hebben. Overheid staat niet gelijk met politie, alhoewel ze ongetwijfeld politionele trekken heeft. Hier lijkt onderzoek nodig dat moet uitwijzen in welke omstandigheden het mechanisme wordt in werking gesteld. Wanneer precies wordt een maatschappelijk werker geen helper meer, maar een controleur ? Hoe ligt de kosten-baten verhouding, d.w.z. wat brengt deze rolverschuiving op en voor wie ? Zijn er geen andere manieren om dezelfde doelstellingen te bereiken ?

In deze tweede paragraaf werd beknopt beschreven welke problemen er gezien worden in de organisatie en in het functioneren van de sociale welzijnszorg. Er werd aangeduid dat deze problemen zeer vaak teruggevoerd worden tot de fundamentele organisatieprincipes van onze samenleving: deskundigheid en overheidsinitiatief. Ook werd aangevoerd dat deze basisprincipes niet zonder meer als 'uitgeput' kunnen afgedaan worden; blijkbaar zijn zij in staat om aangepast te worden aan het levensgevoel van de 'nieuwe burger'. Betekent dit nu dat de idee van vrijwilligheid in de sociale welzijnszorg maar opzij kan gezet worden ?

Natuurlijk niet; maar de evaluatie van de waarde van de vrijwilligheid krijgt wel een meer technisch karakter. Het

wordt een vraag naar de feitelijke voor- en nadelen die vormen van vrijwilligheid kunnen opleveren ten aanzien van de kwaliteitsverbetering van de zorg. De randvoorwaarden voor zulke kwaliteitsverbeterende opstelling worden uiteraard gegeven door de politiek, door de politieke keuzen die gemaakt worden. Het gaat daarbij over de mate waarin de welzijnszorg residueel of institutioneel moet georganiseerd worden, de mate waarin daarvoor overheidsgelden kunnen aangesproken worden, de mate waarin de overheid sturend en reglementerend kan optreden. Deze discussie moet uiteraard ook gevoerd worden, maar ze moet 'zuiver' gevoerd worden, nl. als een politieke aangelegenheid.

In de volgende paragraaf wordt de vraag naar de mate waarin vrijwilligheid een oplossing biedt voor kwaliteitsproblemen in de welzijnszorg, dus de technische vraag, verder uitgewerkt. Deze vraag kan niet anders behandeld worden dan in vergelijking met andere zorgsystemen die inzake welzijnszorg aanwezig zijn.

### 3. Kritiek vanuit het hulpverleningssysteem

In welke mate verschaft de kritiek die vanuit het functioneren zelf van het zorgsysteem aangebracht wordt, een basis voor de kritiek die vanuit wereldbeschouwelijk oogpunt op de verzorgingsstaat geleverd wordt ?

Er bestaat inderdaad een meer technische kritiek op de efficiëntie en effectiviteit van het zorgen. Een van de uitgangspunten is de vaststelling dat er in onze samenleving (nog) andere zorgarrangementen bestaan (of bestonden) dan de beroepsmatig georganiseerde hulp. Inderdaad, naast die beroepsmatige zorg (van de overheid en in Vlaanderen vooral van particuliere zijde), fungeren nog drie andere hulpsegmenten: de vrijwilligerszorg, de informele zorg en de commerciële hulpverlening. De kritiek op de verzorgingsstaat houdt meestal een pleidooi in ten gunste van het vrijwilligers- en het informele segment. Zelden pleit men ten onzent voor het commerciële circuit, in tegenstelling tot de Verenigde Staten waar men ook deze vorm van privatisering propageert.

Onder beroepsmatig georganiseerde zorg wordt alle hulp en verzorging verstaan die uitgevoerd wordt door daartoe speciaal aangeworven en betaalde personeelsleden. Zij maken van de hulpverlening hun hoofdactiviteit. Vrijwilligerszorg is de zorg en hulp die verleend wordt door personen die hiervan geen hoofdactiviteit maken; zij halen er geen arbeidsinkomen uit. De arbeidsverhouding en niet de werkinhoud maakt het onderscheid tussen vrijwilligers- en beroepswerk. Beide werktypes vooronderstellen een georganiseerd verband. De informele sector onderscheidt zich precies op dit punt: de zorg verleend door gezins- en familieleden, door vrienden, kennissen en burens, door leden van etnische, religieuze of andere gemeenschappen, gebeurt niet in georganiseerde kaders. De hulp is een ongepland deel van de veelzijdige sociale relatienetten die al tussen deze personen bestaan. Deze netwerken voorzien te gelegener tijd in hulp en bijstand, al zijn zij niet speciaal daartoe opgericht noch worden zij in die richting gestuurd.

De kritiek die op de uitbouw van de sociale welzijnszorg geleverd wordt, kunnen wij aldus herformuleren: in het hulpsysteem zijn zorgsegmenten aanwezig die beter (en goedkoper) dan de beroepsmatige hulp kunnen presteren, met name de informele helpers en de vrijwilligers. In deze twee overige segmenten zouden talrijke tot nu toe ongebruikte mogelijkheden moeten schuilen.

In welke mate kunnen deze beweringen hard worden gemaakt? Dit is de eerste onderzoeksvraag die wij ons hebben gesteld. Voor ons kan deze vraag slechts afdoend beantwoord worden aan de hand van empirisch sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Deze research is thans meer en meer beschikbaar geworden onder de vorm van evaluatie- en effectiviteitsonderzoek. Hoofdzakelijk in de Angelsaksische landen is terzake vooruitgang geboekt. In eigen land staat het onderzoek nog grotendeels in een "registratiefase": men inventariseert er hoofdzakelijk de hulpverlenende activiteiten van de beroepsmatige sector (1).

De criteria aan de hand waarvan de zorg geëvalueerd zal worden, moeten vooraf duidelijk zijn. Een ervan is ongetwijfeld het kostenelement. Maar efficiëntie is onvoldoende. Er is ook de effectiviteitsvraag: wat is de zorg kwalitatief waard? Kwaliteit kan vooreerst omschreven worden als de subjectieve hulpervaring van de vrager (zijn satisfactie), maar kwaliteit bevat meer dan dat. Verkreeg de cliënt door de ontvangen hulp meer kansen, leeft hij gerieflijker, met minder last of pijn? Niet de ontvangen hulp (wat de hulpverlener doet) moet als criterium worden weerhouden, maar de uitkomst ervan

voor de cliënt. Dat zijn de termen waaraan wij de aanspraken van de drie zorgsegmenten willen toetsen. Uit de vergelijking van de respectievelijke voor- en nadelen kunnen wij daarop wellicht lijnen trekken naar latere zorg. Dat is hier onze tweede onderzoekopdracht: welke plaats kan er voorbehouden worden voor elk van deze segmenten en hoe kan dit georganiseerd worden? Wij starten met de voorstelling van het onderzoeksmateriaal.

### 3.1. De beroepsmatig georganiseerde hulpverlening

Over de verschijningsvorm van de Belgische beroepsmatige sociale hulpverlening zijn de voornaamste aspecten ruim bekend geraakt, dank zij de Nationale Onderzoeksprogramma's in de Sociale Wetenschappen.

De oudste tak in de beroepszorg wordt gevormd door de residentiële zorg voor bejaarden, voor kinderen en voor gehandicapten. De ambulante zorg is van recentere oorsprong. Zij is evenwel grotendeels op dezelfde bevolkingsgroepen gericht. De meest recente tak wordt gevormd door de psychotherapeutische hulpverlening. Samen met de ambulante zorg is zij de laatste vijftien jaar enorm toegenomen, wat nog niet betekent dat residentiële hulp aan inkrimping toe is.

De sociale kenmerken van de hulpontvangers zijn redelijk goed bekend. Het zijn al lang niet alleen maar bejaarden die hulp krijgen. Gezinnen en personen van allerlei origine en leeftijd krijgen financiële steun. Gezins- en bejaardenhulp gaan naar mensen die zich in familiale probleemsituaties bevinden en bovendien lage inkomens hebben. De samenstelling van de populaties in de residentiële sector is bekend. Ofschoon wij op dit gebied nog generlei traditie hebben, blijkt toch al uit diverse successieve rapporten dat de cliëntenkenmerken soms verrassend snel aan wijziging onderhevig zijn (2).

Voor de Belgische situatie is zeker de veelheid van initiatiefnemers zeer kenmerkend. Zowel de (lokale) overheid als allerlei particuliere groepen zijn in de beroepsmatige zorg actief. Net als in de meeste landen kenmerkt dit hulpaanbod zich door een functionele opdeling. De diensten zijn overwegend op één probleem of op één bevolkingsgroep gericht. Zelfs de initiatiefnemers die meerdere diensten aanbieden, hebben meestal intern een functionele opdeling. De diensten werken grotendeels gescheiden en worden pas aan de top opnieuw gecoördineerd.

De Belgische beschrijvingen geven wel een idee van de input en het verzorgingsproces, zij verschaffen veel minder uitsluitend over de uitkomsten en de resultaten van de hulpverlening. Dit geldt minder voor de financiële hulpverlening waar de cijfers van het Centrum voor Sociaal Beleid telkens aanwijzen dat de nationaal vastgelegde minimumuitkeringen veel lager liggen dan het subjectief ervaren sociaal levensminimum (Berghman, 1979: 583). Deze uitkomst kan bezwaarlijk in de schoenen worden geschoven van de beroepsmatige sociale zorg, alhoewel de kosten van dit hulpsegment de laatste vijftien jaar aanzienlijk zijn toegenomen. Het wegvallen van religieuzen als (goedkoop) uitvoerend personeel in de residentiële zorg en de geciteerde groei van de ambulante zorg zijn hiervoor als oorzaken aan te wijzen.

Wij gaan in het vervolg onderscheid maken tussen twee vormen van beroepsmatige zorg: de persoonsveranderende hulpverlening en de situatieveranderende. In deze laatste gaat het erom ofwel een nieuwe leefsituatie te scheppen (in de residentiële sector) ofwel een bestaande situatie aan te passen of te veranderen (de ambulante zorg). De zorg gericht op persoonsverandering wil rechtstreeks gedragingen wijzigen, houdingen veranderen of de persoonlijkheid omvormen.

In de hierna volgende inventarisatie van tekortkomingen zullen wij trachten de geconstateerde effecten terug te voeren hetzij op organisatorische tekortkomingen (gebrekkige planning of controle) hetzij op methodische gebreken (wanneer de gehanteerde methode niet deugt).

De hulpverlenende activiteiten die gericht zijn op persoonsverandering, en met name de talloze varianten van casework en psychotherapie, blijken niet bijzonder effectief. Tot deze conclusie komt men zowel op basis van systematische waarneming als op grond van experimenteel verkregen kennis. Zij leiden in meerderheid niet tot een beter functioneren van de persoon of gezin die ze ontvangt; wanneer dit wel gebeurt, is de verbetering zeer beperkt en kortstondig van aard. Enkel de specifieke hulp, gericht op één vooraf bepaald en beperkt handelingsaspect en bovendien uitgevoerd na overleg en met instemming van de cliënt, blijkt een min of meer blijvend effect te hebben (Reid en Hawrahan, 1981: 9-20). De therapeutische hulp, die zeer langdurig is en die gericht wordt op grootse veranderingen en verafgelegen gedragingen blijkt bijzonder weinig effectief te zijn. De critici scoren hier duidelijk punten. De residentiële zorg staat al veel langer in een niet zo gunstig daglicht. Over de situatie van en in de bejaardentehuizen is in ons land al enig werk verricht. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de

bejaarden voor zich zelf slechts op de laatste plaats een tehuis als verblijfplaats wensen (Jaumotte, 1981: 189). De slechte faam van de tehuizen ten aanzien van de mortaliteit en de morbiditeit van haar bewoners is deels ten onrechte. In veel tehuizen echter verricht het personeel vooral huishoudelijke, hygiënische en verpleegkundige activiteiten en is het aandeel van rehabilitatieve en sociale werkactiviteiten bijzonder laag. In het algemeen beschikt men nog niet over een aangepaste behandelingsmethodiek voor bejaardentehuizen (Goldberg en Connelly, 1981: 203-230). Jaumotte stelt in zijn studie over Waalse bejaardentehuizen vast dat deze zorg de patiënten ook sociaal afhankelijk maakt (1981: 174). Ook organisatorisch schort er veel in deze tehuizen. Vooral de overgang naar het tehuis en de opname in de instelling is veelal slecht uitgebouwd (Goldberg en Connelly, 1981: 209; Renier, 1978: 124) (3). Grotendeels is dit te wijten aan de zwakke methodiek maar ook aan een onduidelijke strategische opstelling : welke doelgroep wil men bereiken, de valiede of de niet-valiede bejaarden ? Uit recente gegevens blijkt dat die keuze in ons land lang niet algemeen gemaakt werd. In het Vlaamse landsgedeelte neemt niet alleen het aantal plaatsingen sneller toe dan de aangroei van de globale bejaardenbevolking, bovendien groeit het percentage geplaatste bejaarden dat nog valied is, aan (4). De kritiek op het beroepsmatige werk blijkt opnieuw terecht. Methodisch en organisatorisch zijn er aanzienlijke gebreken vastgesteld in de residentiële zorg.

Wat met de ambulante zorg ?

De situatieveranderende beroepsmatige zorg heeft twee grote voordelen : de kostprijs is veel lager dan de residentiële oplossingen en de hulpvrager kan in zijn vertrouwd milieu blijven dank zij dienstverleningen als gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, maaltijdenbedeling. Vooral over gezins- en bejaardenhulp is veel gepubliceerd geworden.

Organisatorisch loopt de gezins- en bejaardenhulp voornamelijk fout ten aanzien van de vereiste snelheid van optreden en de continuïteit waarmee de zorg kan worden verstrekt. Uit (Vlaams) onderzoeksmateriaal leren wij dat niet de helft van de aanvragen op tijd kan worden voldaan. Eén vierde van de aanvragen wordt op een wachtlijst geplaatst. Zij die dringend hulp nodig hebben komen wel het eerst aan bod maar zij verkrijgen toch minder hulp dan zij hadden gewenst (Ringoot en Martens, 1980: 69-82). De wachttijden blijken lang, de werktijden zijn niet altijd gepast. Veel bejaarden en gezinnen

wensen hulp te krijgen buiten de normale werkuren en tijdens de weekends (Ringoot en Martens, 1980: 121) (5). Zijn de meeste gebruikers over de hulp zelf tevreden, men noteerde toch een grote dissatisfactie over de genoemde tekortkomingen. Ook in Engels onderzoek merkt men deze problemen op (Goldberg en Connelly, 1981: 60). Daar noteerde men ook de erg ongelijke distributie van de diensten over het grondgebied (Bebbington en Davis, 1980: 433-482), iets wat in ons land ook het geval is (6).

In de werkuitvoering zelf schort er nogal wat aan de diagnose, aan de terugkoppeling en aan de beoordeling van het hulpverleningsproces. De verleende zorg lijkt te gestandaardiseerd, nu eens te ruim dan weer te weinig omvattend. In het geciteerde onderzoek noteerde men grote verschillen in diagnose ofschoon er in de noodkenmerken weinig verschil optrad. Nogal wat bejaarden kregen hulp voor activiteiten zoals koken en winkelen, die zij zelf konden doen en ook deden wanneer er geen hulp was (Goldberg en Connelly, 1981: 53-57). Uit het geciteerde Vlaamse onderzoek kan (indirect) worden geconcludeerd dat de noodsituaties van hen die afgewezen werden maar weinig verschilden van hen die wel hun aanvraag ingewilligd zagen (Ringoot en Martens, 1980: 126). De sturing en bijsturing van het hulpverleningsproces berust dikwijls eerder op organisatorische noodwendigheden dan wel op methodische overwegingen. In Engeland constateerde men dat bejaardenhulp jarenlang toegekend werd zonder dat een nieuw sociaal onderzoek werd ingesteld. De werksters speelden maar weinig gegevens door naar de diensthoofden en boden de hulp ter plaatse aan naar eigen inzicht (Goldberg en Connelly, 1981: 58-63). In de Vlaamse bestudeerde dienst trad dit controleverlies veel minder op, daar bleek het hernieuwde contact van de hulpvrager met de sociale werker vooral te functioneren als kanaal voor cliëntenklachten, iets waaraan maar zeer gedeeltelijk kon worden tegemoet gekomen (Ringoot en Martens, 1980: 122-124). De geleverde diensten blijken maar ten dele aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de cliënten. Bij ons bleek de meerderheid van de hulpaanvragen door (andere) sociale helpers geformuleerd te zijn. Precies deze cliënten bleken verhoudingsgewijze meer de aangeboden zorg te weigeren (Ibid.: 85). De cliënten zien - tot verrassing blijkbaar van de onderzoekers - de hulp vooral als een praktische bijstand en veel minder als een begeleiding; en toch liggen de geleverde prestaties, meer dan de cliënten aanvankelijk verlangden, op dit begeleidend terrein (Ibid.: 61, 65, 101). De cliënten constateren verder nog talrijke tekortkomingen, precies op die concrete dienstverleningen (grote schoonmaak, ontbijt klaar zetten, verstelwerk)



terwijl de hulpverleners zich eerder op het begeleidende vlak zien tekort schieten (Ibid.: 98). Ten slotte bleek dat bij een vierde van de cliënten nog andere hulpverleners over de vloer kwamen, maar dat met deze zeer weinig werd samengewerkt (Ibid.: 154). In het geciteerde Engelse werk klinkt deze toon ook door: de toekenning van de hulp gebeurt meer in functie van de bestaande dienstomschrijving dan wel uit hoofde van een specifieke respons op individuele noodsituaties (Goldberg en Connelly, 1981: 54-55, 62-63).

Uit beide studies blijkt dat de cliënten wel tevreden zijn, al heeft men niet de indruk dat zij veel te kiezen hadden (Ibid.: 76; Ringoot en Martens, 1980: 117).

Veel beperkingen, maar het heilzame effect liegt er niet om. Uit de Vlaamse studie blijkt dat, zelfs na enkele maanden, 18 % van de afgewezen gezinnen een of ander gezinslid heeft moeten laten opnemen in een residentiële instelling (Ringoot en Martens, 1980: 139).

Andere aan huis gebrachte diensten schieten op een vergelijkbare wijze tekort. In de maaltijdenbedeling wordt een groot verlies aan voedingswaarde opgelopen, de verplaatsingen worden te lukraak gepland en er is onduidelijkheid omtrent de oogmerken van deze zorg. Mikt men op betere voeding dan wel op sociaal contact? (Goldberg en Connelly, 1981: 54-65). In een Waalse studie wordt bijvoorbeeld vastgesteld dat de maaltijdenbedeling unilateraal aan de cliënten wordt opgelegd. De dienstverlening wordt zeker niet geïndividualiseerd (Jaumotte, 1981: 162). Kortom, in de zo noodzakelijk geachte ambulante zorg blijken de tekortkomingen niet moeilijk om aan te wijzen. Naast organisatorische moeilijkheden treden er ook problemen op ten gevolge van de methodische aanpak. De critici hebben opnieuw gelijk: het is niet omdat deze vorm van situatieveranderende hulp stevige resultaten kan opleveren dat de actuele uitvoering probleemloos verder gezet kan of moet worden.

Uiteindelijk kan op grond van ernstig onderzoek voor het geheel van de beroepsmatige zorg worden gesteld dat er op de meeste terreinen niet optimaal gepresteerd wordt. Er is telkens sprake van zowel organisatorische gebreken als van methodische tekortkomingen; bij het persoonsveranderend werk loopt het methodisch falen erg in de kijker. Toch wordt door de onderzoekers de noodzaak van genoemde residentiële, ambulante en persoonsveranderende zorg niet in twijfel getrokken, dit ondanks - uitgezonderd voor sommige varianten van psychosociaal werk -, een aantal onnodige plaatsingen en de niet aan de individuele behoeften aangepaste bedeling van ambulante

zorgen. Tot hiertoe werd op dit tekortschieten gereageerd met het vragen naar meer middelen. Men zou op die manier wel de resterende problemen klein krijgen, zo werd stilzwijgend aangenomen in de betrokken beroepssectoren.

Geldt bovenstaand beeld van de beroepsmatige hulpverlening voor alle types van initiatiefnemers, en met name zowel voor particuliere als voor openbare diensten ?

Aan de particuliere organisaties worden er, vanuit diverse hoeken, verstrekkende kwaliteiten toegeschreven. Met name zouden zij een grotere interne en externe flexibiliteit hebben, voornamelijk omdat zij onafhankelijk van de overheid werken. Intern zouden mensen en middelen soepeler worden ingezet, waardoor de service ook goedkoper kan worden geleverd. Extern zou de bewegingsruimte niet ingeperkt worden door allerlei statuten en beleidsniveaus: particuliere verenigingen zouden daardoor sneller op de problemen kunnen reageren en vaker pionier zijn. Precies door hun grotere interne participatie en door de betrokkenheid van de bevolking op hun werking zouden zij beter aansluiten bij de zich wijzigende voorkeuren en wensen van hun basis.

Doordat onderscheiden bevolkingsgroepen uiteenlopende voorkeuren hebben, zouden de particuliere organisaties bovendien zeer uiteenlopend reageren. Deze verscheidenheid van georganiseerde groeperingen zou een garantie kunnen zijn voor de spreiding van de macht, waardoor een meer plurale samenleving tot stand komt. En wanneer allerlei ontwikkelingen in de samenleving hen niet zinnen kunnen zij, omwille van hun onafhankelijkheid, druk uitoefenen op de overheid. Zo kunnen bijvoorbeeld onpopulaire problemen toch door een georganiseerde minderheid aan bod worden gebracht. Doordat dit type organisatie een spreekbuis is van de bevolking zelf, zal zij ook ernstig genomen worden door de buitenwereld. Ten slotte oefenen de leden en hun leiders bestuurs- en politieke vaardigheden in; aldus zou de gemeenschapscohesie worden bevorderd.

Tot zover een korte samenvatting van de geproclameerde voordelen van de particuliere organisatievorm.

In hoeverre ondersteunt de werkelijkheid deze voorstelling ? Uit empirisch sociologisch onderzoek (Kramer, 1981; Johnson, 1981; Breda, 1981) komt naar voor dat de genoemde 'voordelen' (goedkoop, pioniersrol, pressiegroep, diversiteit, participatie) aanwezig kunnen zijn in een bepaalde particuliere organisatie, maar dat zij zelden allemaal, zelden bij voortduring en zelden

alleen in deze organisatievorm voorkomen. Veelal kunnen slechts enkele voordelen worden gerealiseerd, gelden bepaalde toestanden slechts in het begin van de bestaanscyclus of juist alleen in de volgroeide fase. Soms zullen (ook) publieke of zelfs commerciële organisaties bepaalde van deze kenmerken vertonen. Het meest komen de hooggewaardeerde kenmerken voor bij kleine, nieuw opgerichte organisaties, bij degene die vrijwel geheel onafhankelijk zijn en voor zover zij vooral (zoniet uitsluitend) lokaal werkzaam zijn. Daar is de kans groot dat er een participatieve en dynamische organisatie tot stand komt. Maar zelfs dan moet men de interne democratie niet overschatten en is de betrokkenheid weliswaar reëel, maar niet af te meten aan de normen van ons politiek-vertegenwoordigend systeem.

Aan de basis van het ontstaan van deze verenigingen ligt een cyclisch proces van innoveren. Dit proces wordt veroorzaakt door diverse interne en externe organisationele ontwikkelingen. Vernieuwingen krijgen vorm doordat ondernemende groepen en personen nieuwe noden en oplossingen formuleren, zij daarvoor steun zoeken en vinden in sociale netwerken en bij de publieke opinie. Eens het initiatief van wal geraakt, wordt het snel verder gedetailleerd, verfijnd en geïnstitutionaliseerd. Intern worden allerlei procedures, personeelscategorieën en beslissingsregels aangenomen en als noodzakelijk beschouwd; extern verkrijgt men een wettelijk statuut, een plaats in de sectoriële werkverdeling en een ondersteuning vanuit een specifieke bevolkingsgroep. Er wordt een bepaalde praktijk gevestigd.

Tegelijk echter sluiten deze organisaties zich af ten overstaan van andersgerichte initiatieven, of men wordt in de verdediging gedrongen en gaat de eigen principes en uitgangspunten bevestigen. Aldus wordt het initiatief structureel inert. Beperkte wijzigingen blijven mogelijk voor zover zij de uitgangspunten respecteren en vooral het structurele kader intact laten. Maar nieuwe noden en oplossingen worden later toch weer geformuleerd, door andere groepen en personen. En de cyclus start van vooraf aan. Weer worden nieuwe organisaties opgebouwd, naast de al bestaande. Deze nieuwe instellingen zijn opnieuw sterk participatief, dynamisch, zij verkrijgen expliciete steun vanuit hun omgeving, enz.

Deze golfbeweging maakt begrijpelijk waarom de opvallende aangroei van instellingen niet continu in de tijd gebeurt, maar zich concentreert in zekere periodes. Elke golf creëert daarenboven haar eigen type instelling. Uiteraard leidt dit tot diversiteit en pluraliteit. En telkens wordt, wellicht heel even, dichter aangesloten bij nieuwe wensen en noden. Maar tegelijk

leidt zulk innovatiepatroon tot onoverzichtelijkheid (Breda, 1981).

Al blijkt dus dat een veralgemeende positieve score niet kan toegekend worden aan de particuliere organisaties, toch is dit nog geen pleidooi ten gunste van de publieke sector. Daar treden immers ook veel van deze gebreken op. In Engeland is de roep naar de 'vrije' sector erg begrijpelijk omdat de verzorgingsstaat er vrijwel geheel gebaseerd is (was) op publieke organisaties. Dit is zeker niet het geval in België (of Nederland). Gewis, net als in het Verenigd Koninkrijk is ook hier het onderscheid aanwijsbaar tussen een kleinschalige en lokaal gebaseerde sector en de grote, sterk gebureaucratiseerde en gecentraliseerde zorg. Maar in ons land geeft de particuliere sector de toon aan. Zij is niet afhankelijk van de staat, want deze laatste wordt door hen beheerst. Wat er aan beleid geproduceerd werd, is sterk naar hun wensen gevormd. De overheid zelf ontwierp vrijwel geen beleid, maar ratificeerde en legitimeerde (een deel van) de van onderuit gegroeide initiatieven. Een dergelijke strategie geeft een bonus aan die noden en groepen die zelf een zekere draagkracht hebben. In een context van rivaliteit (weze het wereldbeschouwelijke, regionale of professionele) leidt dit tot een mobiliseringsspiraal. Het initiatief van de ene groep zet ook de andere groep in beweging. Dit is een prachtige strategie als men een snelle verspreiding van nieuwe initiatieven wil. Als evenwel die groei niet meer mogelijk is en/of als de sectoren volgestouwd zitten, is deze beleidsbenadering niet meer de juiste weg. Er ontstaat dan een bestuurbaarheidsprobleem. Zo ver zijn wij thans in de sociale welzijnszorg in ons land.

De particuliere organisatievorm is in België dus niet 'de' oplossing. Integendeel, zij is veel meer deel van het probleem. Zoals steeds zullen er zich in de toekomst weer nieuwe noden en oplossingen aanmelden, zal er moeten gesleuteld worden aan de tekortkomingen van de actuele beroepsmatige zorg. Kunnen er innovaties gerealiseerd worden in een krimpende economie, met eenzelfde of zelfs lager budget? Men zal voor het eerst werksoorten, personeel en organisaties moeten terugschroeven of afvoeren en de vrijgekomen middelen elders inzetten. Dit is een nog ongekende situatie. Tot nu toe was alle verandering (die altijd een groei was) in de welzijnssector gericht op meer tewerkstelling. Het worden verscheurende keuzen.

Zijn de particuliere organisaties globaal wellicht kwalitatief niet beter, zij zouden wel goedkoper zijn; dit is thans een niet te verwaarlozen voordeel. Er zijn inderdaad diverse studies, gepubliceerde en niet-gepubliceerde, die zouden aantonen dat

particuliere organisaties goedkoper zijn, en soms zeer aanzienlijk.

Enkele oorzaken zijn snel identificeerbaar. In bepaalde particuliere diensten liggen bijvoorbeeld de loonniveaus een stuk lager dan in de openbare sector (dit is het geval met de gezins- en bejaardenhulp). In de particuliere sector wordt er meer dan in de openbare beroep gedaan op vrijwilligers. De meer gesofisticeerde analyses (Knapp en Missiakoulis, 1982: 335-355) resulteren in meer genuanceerde uitspraken. Als men zowel de inputkenmerken (zoals de noodsituaties), de schaafeffecten als de uitkomsten mee in de analyse betreft, bekomt men (in Engeland) voor bepaalde constellaties een bonus voor particuliere en voor andere situaties een bonus voor openbare instellingen.

Kortom, er is voorlopig weinig reden om aan te nemen dat het juridisch statuut op zich, duidelijke implicaties heeft op de efficiëntie en de effectiviteit van de beroepsmatige sociale welzijnszorg. De opgesomde gebreken en voordelen zullen in elk van de circuits voorkomen.

### 3.2. De sociale hulp die door vrijwilligers gepresteerd wordt

Het moet zijn dat de vrijwillige helpers van weleer zelf bewust waren van de gebreken van hun werk, zoniet hadden zij niet vooral naar een beroepsmatige uitbouw toegewerkt (Van der Marck, 1982: 22). Thans vertrekt de vrijwilligerswerking vanuit het verweer: zij voelt zich door de beroepsmatige zorg klemgereden. Niet alleen heeft deze laatste (verhoudingsgewijze) veel middelen, de antipathie van heel wat beroepshelpers t.a.v. de vrijwilligers is duidelijk. Door een kwart van deze groep worden vrijwilligers nu eens aanzien als deloyale arbeidsconcurrenten dan weer als ondergravers van deskundigheid: zij zijn onbetrouwbaar en zij vergalopperen zich. Een meerderheid van beroepswerkers wil het vrijwilligerswerk wel promoveren (Grosjean, 1978: 154-182).

Desondanks overleeft het vrijwilligerswerk niet enkel; het groeit aan. Deze dynamiek is verrassend en nieuw. Want vrijwilligersorganisaties waren lange tijd een synoniem voor erg traditioneel aandoende, en soms maffe, praktijken. Het verre verleden van deze vorm van hulp is daar niet vreemd aan. Allerlei kerkelijke initiatieven en vooral de hulp die direct door de begoede burgerij in vroegere tijden werd gepresteerd, hebben dit beeld geschapen.

Deze karikatuur strookt thans niet meer met de werkelijkheid. Men kan thans een viertal modellen van georganiseerde vrijwilligheid onderscheiden (Ruygers, 1977: 51-57).

Het eerste model is het geëvolueerde restant van de zojuist aangehaalde negentiende-eeuwse vrijwilligheid. Dat waren vrijwilligers die hulp aanboden vanuit een levensbeschouwelijke oriëntatie en deze overtuiging ook in hun hulpverlening kenbaar maakten. Thans is die externe betekenis weggefallen, maar het model herleeft in profane vorm als "bezoekprogramma's" bij bejaarden en gehandicapten. Nog onder hetzelfde model hoort de solidariteit thuis die allerlei hedendaagse verenigingen (service-clubs bijvoorbeeld) uit begoede kring manifesteren met betrekking tot sociale initiatieven. Hun inspanningen zijn veelal uitsluitend van financiële aard. Waren hun keuzeobjecten vroeger zeer traditioneel, thans maakt men het soms mee dat deze kringen experimentele programma's van de grond helpen komen.

Een tweede en meer recent model is de vrijwilligerscentrale. Hier tracht men aanbod van en vraag naar vrijwilligers met elkaar te verbinden. Deze vraag kan zowel van gezinnen als van organisaties komen. In ieder geval zet de centrale zelf geen eigen hulpprogramma's op.

In het derde model worden vrijwilligers direct ingeschakeld in het hulpverlenende werk zoals dat door beroepsmatige krachten wordt geconcipeerd, en dit vooral in residentiële en ambulante zorg (of nazorg). Dit model is in ons land waarschijnlijk het meest verspreide.

Ten vierde zijn er vrijwilligersorganisaties die zeer sterk op hun autonomie staan. Hun hulpverlening is slechts een onderdeel van hun optreden. Deze organisaties ijveren voor brede sociaal-culturele en/of -politieke doelstellingen. Het zijn deze oogmerken die bij hen inzet losmaakt. Voorbeelden zijn te vinden in het feminisme, de jongerenbewegingen, de zelfhulpbeweging. Vooral in deze laatste wordt de wederkerigheid in de hulprelatie gerealiseerd. Sommigen in deze groep van vrijwilligersorganisaties stellen zich anti-professioneel op, anderen zijn wel verbonden met beroepsmatige helpers.

Verder zijn er uiteraard heel wat vrijwilligers actief in bestuurlijke posities, ook in deze van beroepsmatige organisaties, particuliere zowel als openbare. Daarover zullen wij het hier niet hebben. Ons interesseert hier de uitvoerende vrijwilliger. Wij zullen het overwegend hebben over de vrijwilligers die in de eerste drie modellen actief zijn.

Hoe omvangrijk is de vrijwilligerspopulatie ? Preciese cijfers bestaan er in ons land niet. De partiële gegevens waar men over beschikt suggereren dat het een veelvoud is van de beroepsmatige helpers (Geerts en Ronse, 1980: 61). Sociaalpsychologen schatten het aantal personen dat in de Verenigde Staten spontaan bereid is hulp te bieden aan vreemden op ongeveer twintig procent van de bevolking (Kemper, 1980: 320-338). Zij schuiven dit cijfer naar voor als een soort universeel plafond. De werkelijke vrijwilligersinzet situeert zich waarschijnlijk een flink stuk lager.

Wie zijn nu die vrijwilligers en welke hulp verlenen zij ?

Alle beschikbare informatie wijst in dezelfde richting: het zijn voor alles (huis-)vrouwen van middelbare leeftijd die komen uit middenklassegezinnen (Goldberg en Connelly, 1982: 150-164; Van der Marck, 1982: 107; Bats, 1977: 69; Bollaerts, 1981: 9-10). Slechts via gerichte wervingsacties kan men ook een mannelijke participatie verkrijgen. Zo lukte het in Nederland, via een televisiecampagne, om het aandeel van mannen in vrijwilligersprojecten op te trekken tot veertig procent (Ruygers, 1977: 49).

Wat motiveert de vrijwilligers om dit werk te verrichten ? Ontegensprekelijk zijn er bij velen onder hen religieuze of humanitaire drijfveren aanwezig. Dit altruïsme is echter niet onvoorwaardelijk. Meestal komen er ook eigen drijfveren bij: een wens tot sociaal contact en sociale integratie, ervaring opdoen of een vorming krijgen, soms eigen problemen kwijtraaken. Deze motieven veruiterlijken zich bijvoorbeeld in de allocatie van taken. Respectabele cliënten en opdrachten worden vlugger aangenomen dan andere (Goldberg en Connelly, 1982: 116; Bats, 1977: 68-70).

Kortom , vrijwilligheid drukt zich uit in een context van ruil (Abrams, 1977: 125-140). Ook de hulpgever kent zekere behoeften en wenst zekere beloningen. Vroeger was dit trouwens nog meer evident; de motieven waren van sociaal-politieke of van wervende aard.

Welke hulp wordt er geboden ?

Meestal bestaat de vrijwilligershulp uit hetzelfde soort taken als deze die de vrijwilligers in hun gewone activiteiten verrichten, met name menselijk contact, emotionele steun en huishoudelijk werk (Goldberg en Connelly, 1982: 164; Van der Marck, 1982: 77). Deze hulp vertoont ook weer veel gelijkenis met beroepsmatige zorg uit de residentiële en vooral ambulante sector. Soms komen de vrijwilligers direct in de plaats van betaalde krachten en doen zij hetzelfde werk, bijvoorbeeld

maaltijden distribueren (Jaumotte, 1981: 33). Soms worden er door vrijwilligers ook meer gespecialiseerde taken uitgevoerd, bijvoorbeeld in dienstcentra (Jamar, 1981: 122), in J.A.C.'s (Samoy, 1978: 72-74, 83-85) of in niet-cliëntgerichte activiteiten (Ruygers, 1977: 92-106).

Voor wie worden deze activiteiten dan ontplooid ?

Ofschoon het patroon hier niet zo consistent is, lijkt het erop dat de vrijwilligers in grote mate - althans in activiteiten buiten residentiële instellingen - personen en gezinnen helpen die uit eenzelfde sociaal milieu voortkomen als zijzelf, met name dus de middenklasse. De relaties met personen uit lagere sociale groepen (lager dan de vrijwilliger) blijken stroever te verlopen (Goldberg en Connelly, 1982: 160-162).

Wat heeft men als effect bereikt bij de hulpvrager ?

Zelfs met voorbeeldig bestuurde en goed gevormde vrijwilligers blijft het effect van bezoekprogramma's (en in mindere mate van programma's waarin concrete diensten worden verricht) vrij gering te zijn. De vragers zijn weliswaar tevreden met het bezoek, maar hun levenssituatie (de last en hinder, de sociale relaties) is niet erg verbeterd. Zij voelen zich minder alleen, zijn gaan iets meer het huis uit, maar het maakt alles samen niet veel uit (Ibid.: 154-156). Goldberg en Connelly rapporteren dat één derde van de bezochte bejaarden geen nood had aan bezoek en dat veertig procent van de contacten door de bezoeksters zelf als niet succesvol werden aangezien. Het succes nam echter toe bij politiek of religieus-gemotiveerde helpers en bij vrijwilligers die zelf een hulpverlenende job op het oog hadden. Ook de buurtbevolking ziet het niet goed zitten. In meerderheid kenden zij de dienst niet en zij verklaarden er ook geen gebruik van te willen maken (Ibid.: 151-153, 163, 171). Een tegenvaller dus, al kan dit ons niet meer zo verwonderen nu wij weten dat ook de continue beroepsmatige zorg veel tekortkomingen kent. Methodisch is vrijwilligerswerk kennelijk geen wondermiddel, wat wel zeer verwonderlijk geweest zou zijn.

Er is meer. De penetratie van vrijwilligershulp in lokale gemeenschappen is niet groot. Noch de "upper-class" vrijwilligers in middenklassewijken noch de middenklasse-vrijwilligers in arbeiderswijken kunnen wortel schieten. In deze laatste buurten lukt het blijkbaar alleen met betaalde vrijwilligers uit de eigen groep. Zelfs waar het dan toch goed lukt is het dikwijls nog een formaliseren van sociale relaties die voorheen al bestonden (Ibid.: 160-162, 176). De vrijwillige hulp leidt dan ook niet tot een verhoging van de spontane buurtzorg (Bats, 1977: 70). Soms leidt het zelfs tot afweerreacties. Sommige families



schamen zich voor de toestand waarin zij verkeren. Zij willen de ruil niet aangaan (Goldberg en Connelly, 1982: 149, 162). Ten slotte blijkt dan ook dat een meerderheid van hulpvragers werd aangebracht door instellingen die beroepsmatige zorg verlenen (Ibid.: 163).

In hoeverre zijn deze onderzoeksresultaten een typische afspiegeling van de zeer op klasse-basis gestructureerde Engelse samenleving? Is het denkbaar dat in ons land, met zijn sterke verzuilde basis, deze "moral communities" erin slagen de klasse-barrières te overbruggen? In elk geval lijkt de conclusie te zijn dat vrijwilligershulp, om te kunnen aanslaan, een directe en onmiddellijke wederzijdse behoefte moet aanspreken en dat de kans op succes vergroot wordt wanneer beide een gemeenschappelijke levensstijl en -achtergrond hebben.

Vrijwilligerswerk is waarschijnlijk altijd al organisatorisch een improvisatiestuk geweest. De spreiding van de verleende hulp wordt niet bepaald door de nood maar door het aanbod van vrijwilligers. En dit situeert zich zoals gekend in de middenklasse. Werving, selectie en vorming komen niet of moeizaam van de grond (Goldberg en Connelly, 1982: 164; Bats, 1977: 69; Bollaerts, 1981: 10-11). En de administratieve component draait veelal uit op eenmanswerk (Goldberg en Connelly, 1982: 162; Bats, 1977: 82-83). Vandaar wellicht de slechte faam van vrijwilligers als onbetrouwbaar en chaotisch. Positieve ervaringen, organisatorisch alvast, zijn er met de vrijwilligers die vanuit een beroepsinstelling werken. De organisatie heeft immers meer controle op de toetreding, het engagement en de individuele inzet.

Hoe is het gesteld met de effectiviteit van het vierde model, de actievrijwilligers? Zij slagen er meestal wel in hun problemen zichtbaar te maken en te formuleren. Maar vlug blijkt dat de maatschappelijke structuren veel weerbarstiger zijn dan men aanvankelijk vermoedde (Van der Marck, 1982: 103). De hulpverlenende activiteiten laten een iets ander beeld zien. Niet dat hier alles wel lukt. Gelet evenwel op de zwakke resultaten van het persoonsveranderend sociaal werk kan men niet anders dan erkennen dat enkele van deze groepen (bijvoorbeeld de A.A.) niet onder hoeven te doen voor specialistische hulpverlening (6). Men kan hier niet zo maar veralgemenen. De zelfhulpbeweging is te heterogeen (en ook te weinig onderzocht) om er nu al harde uitspraken over te doen. Maar men kan ze niet zo maar terzijde schuiven. Het beschikbare onderzoek over de effectiviteit van participatie in zelfhulpgroepen levert immers een zeer ambigue beeld op: soms

heeft participatie geen, soms wel een effect op het psychisch of sociaal welzijn van de deelnemers (Katz, 1981: 148-150).

Vrijwilligheid, zo kunnen wij besluiten, is thans methodisch noch organisatorisch zeer succesvol. Enkel de concrete hulp die vanuit instellingen wordt verleend laat overwegend positieve effecten zien. Het is stellig een zeer goedkoop instrument, maar achter haar effectiviteitsaanspraken moeten grote vraagtekens worden geplaatst. Men kan niet direct een centrale plaats voor dit type hulpverlening bedenken.

### 3.3. De informele hulp

Gezins- en familieleden, vrienden, kennissen, burens en leden van (minderheids-)groepen zijn veelal sterk met elkaar verbonden. Zonder twijfel wordt de meeste hulp en bijstand verleend via dit zorgsegment, zelfs als men de opvoeding van de kinderen buiten beschouwing laat (Goldberg en Connelly, 1982: 144; Jaumotte, 1981: 117, 158; Elchardus, 1981: 367-392; Sundström, 1982: 25; Haairo-Manilla, 1983: 66-69). Het zijn voor alles gezins- en naaste familieleden en in het bijzonder de vrouwen (Nissel en Borneyea, 1982: 85; Samoy en Waterplas, 1983: 949) die hiervoor instaan. De overige informele zorgers brengen veel sporadischer hun deel in de zorg, behalve in sterk geïntegreerde buurten of bij minderheden (van sociale, religieuze, etnische of geografische aard).

De hulppatronen in de gezins- en familiesfeer zijn erg verscheiden. Zij variëren naar de levensfase van het gezin; zo krijgen jonge gezinnen meer lokale, oudere meer familiesteun. Vrouwen maken meer dan mannen gebruik van informele hulp. In de middenklasse is de steun intensief en sociaal gedifferentieerd en is ze wederkerig. In arbeiderskringen gebeurt de informele zorg meer op lokale basis, maakt men minder onderscheid tussen familie- en andere zorgers en betreft het een ruimere waaier van hulpmiddelen (Abbs, 1982: 40-41).

Dat er een uitgebreide onderlinge hulp in etnische groepen voorkomt is een gekende zaak. Veel meer dan bij de autochtonen wordt er beroep gedaan op de directe groepssolidariteit. Maar deze neemt soms eigenaardige vormen aan. Zo constateerde men in Nederland, dat in de Turkse groep aldaar allerlei bemiddelende taken tegen betaling werden verricht. Een commercialisering dus. Meer nog, lokale etnische centrumfiguren bouwden heuse patronageposities uit van waaruit zij jobs,

huisvesting en inkomens verdelen. Deze netwerken blijken dus tot vergaande afhankelijkheid te kunnen leiden (Kaufman en Schat, 1982: 373-382). Men doet er dus goed aan de informele zorg niet te gaan idealiseren.

Informele zorg concentreert zich sterk op bejaarde, zieke en gehandicapte personen. Zij bestaat uit onderdak, emotionele steun, hygiënische zorgen en alle vormen van huishoudelijke hulp. Wensen deze mensen in moeilijkheden deze zorg ?

Als bejaarden (en gehandicapten) kunnen en mogen kiezen, prefereren zij een zelfstandig leven te leiden, maar bij ziekte opteren zij voor familie­zorg boven instellings­zorg (Jaumotte, 1981: 156-158; Dooghe, 1981: 2). Voor de zorg van kinderen van buitenshuiswerkenden worden niet de grootouders maar wel een zelfgekozen particuliere burger bovenaan gezet (Jaumotte, 1981: 117-120, 156).

De familie wil wel zorgen, al kan de last op de informele zorg­ger zwaar drukken. Niet alleen zal een eventueel eigen arbeids­inkomen gederfd moeten worden, veelal zijn er nog additionele kosten. In een studie over familiale verzorging van gehandicapte bejaarden constateerde men bijvoorbeeld dat gemiddeld anderhalf tot drie uur per dag zorg aan de bejaarde werd besteed (Nissel, 1982: 45-53). Informele zorg is goedkoop voor de samenleving, niet voor de familie.

Voor het psychisch evenwicht zijn kleine ondersteunende sociale netwerken (zoals de gezins­vorm) wellicht on­vervang­baar. Vandaar dat beroeps­matige hulp allerlei substituten voorziet wanneer dit evenwicht verstoord of bedreigd wordt, bijvoorbeeld bij ontwenning, jeugd­problemen, mentale handicaps. Deze sociale netwerken ondersteunen immers de sociale identiteit van een persoon. Zij zorgen ervoor dat de netwerk­leden zich over gerezen problemen buigen. De sociale steun die eruit voortvloeit werkt voornamelijk als een buffer. De hinder wordt er niet kleiner op. Het is zelfs zo dat bij sterk gesloten netwerken minder externe steun ingeroepen wordt, die deze hinder eventueel zou kunnen reduceren ; maar men kan het mentaal beter aan. Zo stelde men vast dat alleenstaande werk­lozen meer ziekte­verschijnselen vertoonden dan zij die wel een sociale ondersteuning hadden (Maguire, 1983: 47-53).

De grote kracht van gezin en familie (en andere sociale rela­ties) is het feit dat zij het eerst beschikbaar zijn, het langst meegaan en vooral de wensen en de identiteit van de verzorgde beter dan wie ook kennen.

In de praktijk stellen er zich evenwel heel wat problemen. Het toenemend aantal eenoudergezinnen en, op langere termijn, de kleine gezinnen verkleinen de kans op informele hulp. De verhoogde geografische mobiliteit en de industriële reconversie van wijken en streken doet geen goed aan de sociale verbanden. Het aantal bejaarden neemt nog toe. Anderzijds komt er meer vrije tijd, zowel in de werkweek als in een beroepsloopbaan.

Kan dit zorgsegment er dan borg voor staan dat hulp precies daar beschikbaar is waar zich de grootste nood bevindt? Is de informele zorg in staat de hulp te doen toenemen wanneer de nood verhoogt?

Tot op zekere hoogte is het informele systeem sterk adaptief. In een Waalse studie vond men dat het beroepsmatige zorgsysteem vooral gebruikt werd wanneer bejaarden kinderloos waren en dat de familie en de buren meer hulp gaven bij grotere noden (Jaumotte, 1981: 117-120, 156). Ook Dooghe stelde vast dat vooral sterk hulpeloze bejaarden bij hun kinderen onderdak vonden. Als zij geen kinderen hadden nam het contact met de eigen broers en zusters toe en werden de buren actiever (Dooghe, 1981; Vanderleyden en Dooghe, 1979).

Toch dreigen er gevaren. Een gebrekkige kennis, een zwakke outillering van het gezin, de ongelijke inzet van de onderscheiden familieleden. De opgave gaat dan vlug de draagkracht van de informele zorgers te boven. Soms komt daarbij dat men te laat externe hulp inroept. Zo constateerden Nissel en Borneyea (1982: 66) dat gezinnen die de zorg voor een gehandicapte bejaarde op zich hadden genomen, als het ware geïsoleerd geraakten uit hun vroegere sociale contacten en geen hoogte kregen van het bestaan van allerlei voorzieningen, tegemoetkomingen en hulpinstrumenten. Ook ten onzent werd vastgesteld, in onderzoek over jonge gehandicapten, dat er veel problemen binnen het gezin bleven hangen (Samoy en Waterplas, 1983; Bijnens, 1981).

Informele zorg is uiteraard geen systeem waarin risico's billijk verdeeld laat staan herverdeeld worden, noch een stelsel waardoor problemen op het maatschappelijk forum belanden. Het is wat deze kwesties betreft, de antipode van de bestaansreden van het beroepsmatig sociale werk en de sociale zekerheid. Het biedt bovendien de kandidaat informele zorgger weinig houvast over de omvang van zijn eventueel engagement: de duur van het engagement, de intensiteit van het werk, de vereiste vaardigheid en de te voorziene ontwikkeling van de zorgopgave, zijn meestal niet vooraf te schatten. De zorgger in het beroepsmatige circuit weet dit wel.

Kortom, de informele sector is, of kan in veel gevallen een erg effectieve, en voor de samenleving erg goedkope hulp verschaffen. Evenmin als de twee voorgaande zorgsegmenten is het op zich een algemene, onvoorwaardelijke en voldoende waarborg; methodisch niet en vooral praktisch niet. Vooraleer wij alternatieve voorstellen formuleren, belichten wij ter afsluiting van deze paragraaf de onderlinge verhoudingen die er thans tussen de drie segmenten bestaan.

De verhouding informele zorgers - beroepszorg wordt sterk door deze laatste beheerst. Wij stelden vast dat de beroepszorg meestal in termen van "overnemen" handelt, dat er te snel en te onprecies met uniforme etiketten wordt omgesprongen en dat men de zorg te volledig naar zich toehaalt. Anderzijds staat de beroepszorg terughoudend ten overstaan van preventief werk. Zij gaan niet makkelijk ondersteunend werken ten behoeve van informele zorgers. Uit onbegrip deels, maar voornamelijk - en dat geldt zeker voor de sociale zekerheid om reden van de subjectieve rechten die men er kan op laten gelden - uit vrees voor een te grote vraag. In feite versterkt de ene houding de andere : zo lang mogelijk wachten leidt tot een zo volledig mogelijke overname van de vraag, en dit zonder voldoende "grenscontrole".

Het ontbreekt het algemene officiële beleid bovendien aan ondersteunende maatregelen ten behoeve van het informele zorgsysteem. Het is bijvoorbeeld fiscaal interessanter om alimentatie te betalen dan om tijdens weekends en avonden voor de bejaarde ouders te zorgen.

De verhouding informele zorg - vrijwilligerszorg is deels al aan bod gekomen. Wij constateerden dat de vrijwilligerszorg slechts goede resultaten boekte als zij toegang verkreeg tot de sociale netwerken. In het algemeen echter verhelpt de vrijwillige zorg nu precies niet de tekortkomingen van het informele circuit. De continuïteit van de inzet, de beschikbaarheid waar de noden het hoogst zijn, de deskundigheid waar onkunde heerst en de transfert van middelen waar deze ontbreken, het zijn net niet de pluspunten van de vrijwilligersinzet.

Ook de verhouding vrijwilligerswerk - beroepsmatige zorg is al aan de orde geweest. Wanneer zij in de beroepszorg is geïntegreerd bereikt de vrijwillige zorg haar beste resultaten.

Ten slotte zijn er de verhoudingen binnen de beroepsmatige hulpverlening. Residentiële en ambulante zorg staan niet altijd op goede voet met elkaar. De ambulante sector is veelal in oppositie met de residentiële tot ontwikkeling gekomen. Er zouden veel problemen voorkomen zijn, ware er eerst een stevige ambulante zorg tot stand gekomen. Ook binnen de ambulante zorg blijven er problemen. Door de overwegend functionele opbouw van het beroepsmatige hulpaanbod wordt al

te veel op een vraag gereageerd vanuit de geprefabriceerde oplossingen. De beschotten maken een brede reactie onmogelijk. In de profit sector zijn dergelijke functionele structuren al vergaand afgebouwd. Het wordt tijd dat de non profit-sector volgt.

Ten slotte is er de problematische verhouding particulier - overheidsinitiatief. Omdat beide in ons land een levensbeschouwelijke kleur verkregen is de verhouding extra problematisch.

Vooraleer wij "alternatieve" beleidsrichtingen aanduiden, willen wij kort twee "te gemakkelijke" oplossingen analyseren en afwijzen.

De eerste en de meest radicale ingreep zou het afschaffen of drastisch reduceren zijn van beroepsmatige zorg. In informele kringen en met vrijwilligers zal wel enig soelaas te bieden zijn. Het is echter zeer de vraag of deze zorgsegmenten hierdoor vanzelf aan dynamiek en slagkracht zullen winnen; veeleer zal een gevoelige reductie in het welzijn van een groot aantal zwakke groepen het best voorspelbare gevolg zijn. Dat dit gevolg niet zeer zichtbaar is, kan niet als bewijs aangevoerd worden voor de afwezigheid ervan.

Een tweede oplossing kan erin bestaan om cliënten en/of informele netwerkers meer te laten betalen voor de zorgen van de beroepshulp. Een vast bedrag voor iedereen maakt de administratieve verwerking makkelijk maar zal vooral de financieel zwaksten treffen; soms zullen dezen wegblijven. De hulpverlening wordt dan niet naar nood maar naar draagkracht bedeed. Bijdragen langs glijdende schalen komt aan dit laatste bezwaar tegemoet maar vereist administratief veel werk. Zij die het minste nood hebben, blijken dan weg te blijven (Judge, 1981). Het blijkt redelijk dat naar draagkracht betaald wordt.

Inkomensonderzoeken werpen evenwel vlug drempels op, ook voor hen die de hulp wel nodig hebben. Met betalingen alleen lost men bovendien de kwaliteitsproblemen niet op. België is een van de weinige landen waar de alimentatieverplichting in de hulpverlening geldt. Zij wordt thans terug aangewakkerd (door de volmachtsbesluiten van 31 december 1983). Gehanteerd als een glijdende schaal legt zij het informele netwerk een bijkomende last op. Men beoogt er een extra afscherming van de toegang tot de publieke dienstverlening mee te bereiken. Waarom precies hier en niet voor andere diensten, zoals onderwijs, cultuur en vervoer waar veel hogere uitgaven worden gedaan?

Afschaffen, reduceren of laten betalen, het zijn noodgrepen die (alleen) geld besparen maar niet effectiviteitsbevorderend zijn, voor geen enkele van de drie zorgsystemen.

#### 4. Wegen naar een alternatieve organisatie van de sociale welzijnszorg

Het zoeken naar nieuwe hulpmodellen vindt plaats tegen een achtergrond van toenemende opgaven en van dalende middelen. Wij zagen dat er heel wat redenen kunnen aangevoerd worden om een heroriëntatie uit te werken zodat de drie zorgsegmenten elkaar versterken. De richting waarin men oplossingen zoekt is deze: op de eerste plaats het ondersteunen van gezins-, familiale en andere informele helpers, tegelijk met het verhogen van de methodische en bestuursmatige kracht van vrijwilligers en met een betere planning en controle van de beroepszorg.

Een hoofdrol in dit alles lijkt weggelegd te zijn voor een of andere vorm van lokaal geïntegreerde "gemeenschapszorg". Er blijft evenwel plaats voor emancipatorische hulpvormen en voor zelfbewuste cliënten-initiatieven. Het geïntegreerd zorgsysteem is erop gericht om cliëntbetrokken te werken. De bereidwillige inzet van informele helpers wordt gesolliciteerd en ondersteund. Vrijwilligers worden flexibel ingezet naast beroepsmatige zorg. Alle hulpbeslissingen worden lokaal genomen. In de beroepsmatige zorg blijft enkel de planning en de controle van kosten en effectiviteit centraal. De kostengevoeligheid wordt in het systeem ingebouwd, bijvoorbeeld via gedecentraliseerde budgetten en schaduwprizen. De methodische rol van de sociale werker wordt omgebouwd: deze krijgt als opdracht een totaal overzicht te houden van elke vraagsituatie. Emotionele en persoonlijke ondersteuning wordt zo veel als mogelijk naar de informelezorger toegespeeld. Door vrijwilligers worden, in afspraak, de concrete werkzaamheden verricht. De werker coördineert enkel maar en overlegt met de verzorgde en de verzorgers. Tijdens het hulpverleningsproces moet de werker gestadig de activiteiten aanpassen en daarbij inspelen op de nieuwe problemen en mogelijkheden van cliënt en zorgenden. Hij is echter niet alleen een mobilisator van de lokale mogelijkheden; hij moet zelf nieuwe bronnen kunnen aanbrengen. Hij is beslist niet alleen maar een bemiddelaar tussen informele en vrijwillige helpers.

Dit geïntegreerde zorgmodel is in Engeland, op experimentele basis, onder twee vormen gerealiseerd. Enerzijds op algemene basis om alle basisnoden op te vangen, via een "patch-based team" (Hadley en McGrath, 1981) - wat zou kunnen vertaald worden als "lappendeken systeem" -, anderzijds via programma's gericht op specifieke groepen, zoals kinderen, gehandi-

capten of bejaarden (Challis en Davies, 1980). Deze vormen werden nauwkeurig opgezet en worden thans minutieus geanalyseerd naar hun effectiviteit en efficiëntie. Vooral het "Kent Community Care" project dat onder leiding van Prof. Davies loopt, wordt uitgebreid wetenschappelijk onderzocht (7).

Methodisch zijn deze projecten naar het zojuist geschetste model opgezet. Het vereist organisatorisch heel wat, vooraleer men zo ver is. De centrale leiding laat de hulpverlenende werkers ter plaatse beslissen en zij trekt zich terug op plannings- en controletaken. De organisatiestructuren werden ontfunctionaliseerd en gedecentraliseerd. De beroepswerker (en de vrijwilliger) staat een complex leerproces te wachten. Globaal speelt er zich een enorm proces van organisatie-ontwikkeling af.

Het gemeenschapskarakter van de zorg kan nog verder versterkt worden wanneer vrijwillige en informele helpers mee betrokken worden in de lokale (en wellicht centrale) besturing van de zorg (8).

Niet altijd en niet overal zal dergelijke integratie van zorg slagen. In Engeland laten veel lokale overheden dit model vooralsnog links liggen. De uitgangspositie is er evenwel beter dan bij ons. De lokale overheid heeft een quasi-monopolie op de sociale basisvoorzieningen en de financiële bijstand, met haar inherente controlefunctie, is niet in hun opdracht voorzien. Zoals bekend heeft ons O.C.M.W. die taak wel gekregen. Hier is er meer differentiatie van initiatieven en domineert noch de openbare noch de particuliere sector op lokaal vlak. De bestuurlijke systemen zijn zwak ontwikkeld en de rivaliteit is erg groot. Toch zijn er al aanzetten tot integratie, voornamelijk gericht op specifieke groepen. Met name in de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en in het bejaardenwerk is een en ander uitgeprobeerd. Wij verwachten echter dat de structurele remmingen in ons land omvangrijker zullen blijken. Of de lokale beleidsinstanties de hulpbeslissingen zullen laten decentraliseren is, gezien de hoge politisering, zeer de vraag. Personeel en cliënten hebben rechtsaanspraken opgebouwd ten overstaan van jobs en diensten. Het inzetten van vrijwilligers voor essentiële taken (essentieel voor gemeenschapszorg) zal zeker tewerkstellingskwesties oproepen.

Is de enig haalbare oplossing dan toch een algemene of selectieve afbouw? Het is waarschijnlijk realistischer om integratie gerealiseerd te zien via de zuilen, waarbij binnen elke zuil een eigen gemeenschapszorg tot stand komt.



Naast dit streven naar gemeenschapszorg blijft er ruimte voor andere innovaties door groepen die opkomen voor niet-erkende problemen of benaderingen. Eens hun aanbreng erkend is, kunnen zij desgevallend aansluiten bij een gemeenschapszorg-systeem of er zelf een uitbouwen.

De groei van verenigingen van zelfbewuste en geïnformeerde cliënten die hun eigen problemen en behandeling zelf onder ogen willen nemen kan de dominantie over het welzijnsbeleid door overheid, bestuurders en beroepskrachten doorbreken.

De critici van het welzijnsbestel hadden geen ongelijk. Er zijn veel gebreken maar tevens meer kansen dan men gemeenzaam aanneemt. De voorwaarde om ervan gebruik te maken is dat afgestapt wordt van de té simplistische en té werkelijkheidsvreemde oplossingen die tot nog toe door de externe critici voorgesteld werden. Snelle oplossingen zijn niet voorhanden. De heroriëntatie van de sociale welzijnszorg langs de geschetste lijnen kan er voor zorgen dat een zo groot mogelijk gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden, inbegrepen van de bereidheid van gewone mensen om te zorgen voor hen die hen dierbaar zijn.

## NOTEN

(\*) Dit artikel is het resultaat van een samenwerking tussen drie Antwerpse sociologen. In § 1 en § 2 legt Th. Jacobs summier uit hoe verschillende critici van de sociale welzijnszorg ertoe komen om te pleiten voor een herwaardering van de vrijwilligheid; in § 3 gaat J. Breda na wat er na empirisch onderzoek recht blijft van de stelling dat er in het hulpsysteem zorgsegmenten aanwezig zijn die beter (en goedkoper) dan de beroepsmatige hulp kunnen presteren. De reflecties van P. Messiaen op de teksten van deze auteurs hebben bijgedragen tot hun in elkaar passen en tot het formuleren van een aantal conclusies.

(1) De werkelijke start van het sociologisch onderzoek van de Belgische welzijnszorg vond plaats binnen de twee Nationale Onderzoeksprogramma's in de Sociale Wetenschappen (N.O.S.W.). In 1978 en 1981 werden de omvangrijke resultaten gepubliceerd door de Diensten van de Eerste Minister te Brussel.

- (2) Deze feiten worden breeduit weergegeven in de talrijke rapporten die in het kader van het N.O.S.W. werden geproduceerd door het team van de K.U.Leuven dat onder leiding van Leemans, Dumon en Lammertyn werkte in 1978 en 1981.
- (3) Meer dan één derde van de opnamen geschiedt zelfs zonder enige vorm van onderzoek.
- (4) E. Samoy (1981: 65) stelt vast dat 67,6 % van de bewoners van bejaardentehuizen nog valide is. Renier (1978: 76) bekwam een percentage van 50,9 %.
- (5) Zo zou twee derde van de gebruikers tijdens de weekends hulp nodig hebben.
- (6) In een niet-gepubliceerde studie aan de U.I.A. bleek dat A.A.-groepen niet onder moesten doen ten overstaan van psychotherapeutisch en psychiatrisch optreden.
- (7) D. Challis en B. Davies, The Thanet Community Care Project: some interim results, november 1981, Discussion Paper 194/3, University of Kent. De zorgverlening in het experimentele project blijkt in hoge mate effectiever en goedkoper te zijn dan de traditionele hulp die in een vergelijkbare controlegroep werd verleend.
- (8) A. De Swaan stelde een eigen variant hieromtrent voor (1983: 19-36).