



ONTWIKKELINGEN IN DE BELGISCHE ZORGVERLENING  
DE TERRITORIALISERINGSTHESE (\*)

Luc Notredame

*Zoals in de meeste West-Europese landen is ook de herstructurering van het Belgische zorgsysteem in een stroomversnelling gekomen. In dit essay wordt de aandacht gericht op het proces van vermaatschappelijking van het zorgsysteem en de daaruit voortvloeiende "onontkoombaarheid van de regulering", een opdracht die vooral door de staat ter harte wordt genomen, maar waarin management en burger een belangrijke rol spelen. Betoogd wordt dat in de (her)regulering de ruimtelijkheid een cruciale rol speelt, en deze regulering kan worden ghematiseerd als een (re)territorialisering van beleid, aanbod en vraag. Territorialiteit verschijnt hierin als een beheersingsstrategie t.a.v. de groeiende groep van mensen die aangewezen zijn op "verstatelijke verzorgingsarrangementen".*

---

(\*) Deze bijdrage is een bewerking van de paper, gepresenteerd op de Vlaams-Nederlandse studiedagen voor sociologen en antropologen ("Sociale problemen in België en Nederland"), Antwerpen 7-8.04.1988.

"Understanding the spatial organisation of society is crucial. It is central to our understanding of the way in which social processes work out, possibly to our conceptualisation of some of those processes in the first place, and certainly to our ability to act on them politically" (Massey, 1985)

Aujourd'hui plus que jamais, ce sont des arguments de type géographique qui imprègnent l'essentiel du discours politique" (Lacoste, 1982)

### 1. De ruimte in de sociale wetenschappen

Eén van de markante vernieuwingen in sociale theorie en praktijk is de groeiende aandacht voor de ruimtelijke aspecten van het maatschappelijk gebeuren.

De sociale theorie, en meer bepaald de sociologie, kan men evenwel niet verwijten nooit systematisch aandacht te hebben besteed aan de ruimte. Men kent de stads- en regionale sociologie als specialisme, maar deze benadert de ruimte als "fysische entiteit", als een kader waarin het menselijk handelen zich voltrekt en niet als een essentieel bestanddeel van dit handelen. Eenzelfde commentaar geldt voor de belangrijke onderzoekstraditie van de "human spatial behavior" (Baldassare, 1978) of van de wijze waarop de mensen de ruimte beleven en gebruiken. Deze traditie blijft bovendien sterk geënt op het individu en heeft weinig oog voor de sociale positie van deze individuen, noch voor de controle over de ruimte doorheen sociale mechanismen en, bij uitbreiding, voor de maatschappelijke organisatie van de ruimte.

Hierin komt de laatste tijd verandering. Auteurs gewagen van "a major renaissance of the interconnections between social relations and spatial structures as a central focus for scientific inquiry. (...) spatial structure is now seen not merely as an arena in which social life unfolds, but rather as a medium through which social rela-

tions are produced and reproduced" (Gregory, Urry, 1985). In het spoor van de interpretatieve sociologie (Mead, Garfinkel, Goffman) krijgt de tijd-ruimtelijke structurering van het handelen meer én systematischer aandacht, vooral in de structuratietheorie van Giddens (1984).

In dit wetenschappelijk essay wil ik niet dieper ingaan op deze belangwekkende theoretische ontwikkelingen. De centrale hypothese m.b.t. de territorialisering van/in de zorgverlening dient wel tegen de achtergrond ervan te worden gesitueerd. De eerstvolgende paragraaf borstelt een bondige schets van de globale ontwikkelingen in het Belgische zorgsysteem tijdens de zeventiger en tachtiger jaren. Vervolgens worden de ruimtelijke elementen in zorgsysteem en ontwikkelingen beschreven en wordt er een theoretisch kader ontworpen dat het mogelijk maakt de basishypothese te formuleren: territorialisering als een beheersingsstrategie t.a.v. de groeiende groep van mensen die voor de vormgeving van hun leefsituatie aangewezen zijn op wat De Swaan (1982) heeft geijkt als "verstatelijkte verzorgingsarrangementen".

## 2. Ontwikkelingen in het Belgische zorgsysteem

"De gezondheids- en welzijnszorg vormt een wezenlijke component van de samenleving". Deze programmatische vaststelling, als inleiding op het hoofdstuk "Welzijns- en gezondheidsbeleid" in het Vlaams regeerprogramma (1989), kan men lezen als de bevestiging van de vermaatschappelijking van de zorgverlening. Vermaatschappelijking verwijst naar de toenemende functionele betrokkenheid van het zorgsysteem bij de centrale politieke en economische processen in de samenleving. Wat dienen we hieronder te verstaan?

### 2.1. De structurele differentiatie

De formele zorgverlening is het resultaat van "structurele (functionele of sociale) differentiatie". Bij differentiatie worden één of meerdere functies van een so-

ciale rol, een relatie of een handelingsverband afgesplitst en tot onderwerp gemaakt van een andere, in sommige opzichten meer gespecialiseerde, organisatievorm. De zorgverlening is één van die functies die uit de private sfeer is gehaald en tot maatschappelijke institutie is geworden.

Hoe en in welk tempo de zorg structureel is gedifferentieerd is een complex verhaal. Vooreerst gaat het om verschillende ontwikkelingen (geneeskunde-gezondheidszorg en armenzorg-armoedebestrijding) die tot in de zestiende eeuw teruggaan en zeker geen lineair verloop hebben gekend. Sociale controle, emancipatiestrijd en professionalisering vormen een kluwen van verklarende factoren, terwijl macht en staat een determinerende rol hebben gespeeld (Rueschemeyer, 1986). De interne differentiatie, die pas goed op gang is gekomen in de twintigste eeuw, in de welzijnszorg zelfs na WO II, verloopt volgens een dubbele logica, enerzijds de logica van de arbeidsdeling (bv. ontstaan en ontwikkeling van specialismen en het afstoten van routinetaken naar paramedici), anderzijds de logica van de doelgroepen. Bekende historische voorbeelden van de tweede logica zijn het invoeren van een onderscheid tussen "principaele aermen", "secrete aermen", "scamele huiszittenden" en tenslotte dronkaards en leeglopers in de lokale armenzorg van het begin van de 16de eeuw (Michielse, 1986) en het differentiëren van de functies van de gods- en gasthuizen naar de passanten in de "bayerd", de oude en armenlieden in het armenhuis en de zieken in het gasthuis dat daarmee tot ziekenhuis is geworden (Querido, 1974). Later zullen de krankzinnigen van de zieken worden gescheiden en in een verdere stap de psychiatrisch zieken van de mentaal gehandikaptten.

De interne differentiatie heeft niet alleen geleid tot een rijk geschakeerde verzameling van categorieën, doelen risicogroepen, - die elk op hun beurt worden toegewezen aan en/of opgeëist door steeds nieuwe deskundigen, diensten en voorzieningen -, maar tevens tot het ontstaan van steeds grootschaliger en complexer productievormen, onderlinge afhankelijkheid en tot de objectieve

noodzaak tot samenwerking en coördinatie en bewuste sturing van het geheel (Juffermans (1982).

## 2.2. Het toenemend maatschappelijk belang van de zorgverlening

Het kan niet worden ontkend dat het zorgsysteem zich heeft ontwikkeld van een huisnijverheid tot een belangrijk sociaal-industrieel complex. Het aantal diensten en voorzieningen, het tewerkgesteld personeel (9% van de beroepsbevolking) en de financiële stromen (de binnenlandse bestedingen maken in 1987 9.7% uit van het BNP), de bijdrage van de zorgsector aan de "produktieve" economische sectoren, het zijn evenzovele tekenen van de onmiskenbare economische betekenis van de zorgsector (Wouters, Spinnewyn, 1988). Minstens even belangrijk zijn het politiek belang (naast de macht van de zuilen, de positie en de rol van de 'nieuwe middenklasse' van staatsambtenaren, professionele zorgverstrekkers, kaders en technici verbonden met de tertiarisering van de maatschappij en de toenemende overheidsinterventie) en het ideologisch belang (legitimatie, controle) van de sector.

Het maatschappelijk belang ervan neemt verder toe naarmate meer mensen op de zorg- en dienstverlening zijn aangewezen voor de vormgeving van hun leefsituatie. Historisch gezien is de sociale politiek steeds nauw verbonden geweest met de arbeid als maatschappelijk organisatie- en integratiekader (Lis, Soly, 1980). Deze symbiotische band tussen sociale politiek en arbeid is nu om verschillende redenen lossen aan het worden. Meerdere sociale problematieken kunnen niet meer in het kader van de arbeidsorganisatie en -verhoudingen worden opgelost zoals de vergrijzing van de bevolking en de structurele werkloosheid. Steeds gaat het om mensen die in een arbeidsmaatschappij zijn uitgeteld of niet meer productief kunnen worden gemaakt, noch als producent, als consument of als "prosument". Meer ingrijpend is dat de arbeid haar karakter als centrale maatschappelijke categorie verliest. Offe (1985) gewaagt van een "implosie" van de

kategorie van de arbeid, wijst op de decentrerende van de arbeid in relatie tot andere leefsfere en verwijst instemmend naar studies die het opkomen van nieuwe sociale en politieke conflicten karakteriseren als een overgang van een paradigma van 'distributie' naar dat van "form of life". Het sociale valt m.a.w. niet meer samen met de kategorie van de arbeid en wordt andermaal problematisch. Een nieuwe "sociale kwestie" dient zich aan. Het project van de Franse Revolutie, nl. de voorwaarden te scheppen voor veralgemeende deelneming aan een marktsamenleving doorheen een globaal bijstandproject dat in het teken staat van sociale (re)integratie en alle heil verwacht van arbeidsmobilisatie om dat doel te realiseren (Tanghe, 1987), verliest zijn fundament. De regulering zal op een andere manier dienen te gebeuren.

### 2.3. De actoren: de overheid

De belangrijkste actoren in de onontkoombaar geworden (her)regulering van de (formele) zorgverlening zijn de overheid en het management.

Het traditioneel voorwaardescheppend en infrastructuurbeleid van de overheid wordt stelselmatig vervangen door een meer sturende vorm van beleidsvoering gericht op kostenbeheersing en kwaliteitsbewaking. Dit wijst op verstatelijking, of beter, op verdergaande verstatelijking. Tijdens de voorbije decennia zijn de verzorgingsorganisaties door erkenning, subsidiëring en programmatische reeds in hoge mate afhankelijk geworden van de overheid als centraal beheers- en betalingsapparaat. De kwantitatieve groei van het aantal overheden (de communitarisering) en van het aantal bedrukte bladzijden in het Staatsblad (regelgeving) wijzen op stijgend overheidsingrijpen, zonder dat de overheid de voorzieningen zelf direct of indirect in beheer neemt. Deze regulering betreft bovendien niet enkel meer de organisatorische aspecten van de zorgverlening, maar steeds meer ook de zorginhoudelijke aspecten. Dit blijkt ondermeer uit de formalisering van het hulpverleningsproces op basis van cliëntenprofielen (kwantitatieve en kwalitatieve bepa-

ling van het zorgpakket in de gezins- en bejaardenhulp) en de dossiervereisten inzake begeleid wonen en dagbehandeling in de bijzondere jeugdzorg.

Na 15 jaar overheidsingrijpen tekenen zich de contouren af van een **beleidsproject**. De toon werd gezet toen De Saeger als Minister van Volksgezondheid zich uitsprak voor een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg, de introductie van de imperatieve planning in de ziekenhuissector en de verschuiving in de sociaal-prioritaire behoeften naar bejaarden, chronisch zieken en gehandikaptten. Dit **drievoudig programma** van herstructurering van deelsectoren, aanbodsbeheersing en reconversie of inhoudelijke verschuivingen in de prioritaire doelgroepen, zal het sociaal beleid geleidelijk gaan bepalen om in de tachtiger jaren de kern ervan uit te maken. Voorbeelden in de gezondheidszorg zijn respectievelijk de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg, de beheersing van de ziekenhuissector (eerst de imperatieve planning, daarna de beddenbeheersing en -afbouw en de budgettering) en de reconversie van de ziekenhuisbedden naar geriatrie en verzorgingsbedden voor bejaarden, alsook het aanmoedigen van alternatieve verzorgingsvormen zoals daghospitalisatie, beschut wonen in de psychiatrie en de thuisgezondheidszorg. In de welzijnssector zijn er de reorganisatie van de bijzondere jeugdzorg, de aanbodsbeheersing in de gehandikaptenzorg en het tot referentiepunt worden van het begrip "kansarmoede". Op een andere wijze ontleed, heeft het beleidsproject betrekking op:

- (1) Het beleid en beheer: hervorming van de ziekteverzekering en van de wetgeving op de mutualiteiten en de Orde van Geneesheren, de reorganisatie van de ondersteuningsstructuren in de welzijnszorg, het ontwikkelen van een eigen beheersinstrumentarium met als voornaam onderdeel het basisinformatiesysteem (minimale klinische en verpleegkundige gegevens in de ziekenhuizen en de verplichte cliëntenregistratie in de maatschappelijke dienstverlening), de oprichting van de Provinciale Welzijnscommissies en van het Bestuur Studief, Kwaliteitsbewaking en Welzijnsplanning

in de schoot van de Administratie van de Vlaamse Gemeenschap.

- (2) De voorzieningenstructuur: de voornaamste trefwoorden zijn hier coördinatie of de onderlinge afstemming van de voorzieningen, optimalisatie of betere afstemming op de (maatschappelijke) vraag, integratie en planning en/of programmatie.
- (3) De desinstitutionalisering en de "zorgzame samenleving". Geen van beide begrippen komt alsdusdanig voor in de beleidsteksten. Ze kunnen daarentegen wel fungeren als globale noemers waarop expliciete doelstellingen kunnen worden gebracht zoals de beddenafbouw, de differentiatie van voorzieningen en de bevordering van de thuiszorg. Het beleidsbeginsel is een "integrale hulpverlening" die geografisch en cultureel zo dicht mogelijk aansluit bij de leefwereld van de hulpvrager. Die hulpverlening wordt voorgesteld als "een continuum met aan het ene einde de persoon in zijn natuurlijk milieu, dat in de regel het gezin is, en aan de andere kant de residentiële instelling (de gezinsvervangende voorzieningen), met daartussen allerhande ambulante voorzieningen die persoons- en gezinsondersteunend zijn of die gezins- of milieu-aanvullend zijn" (Steyaert, 1985). Volledigheidshalve dient hieraan te worden toegevoegd dat het in hoofdzaak nog gaat om beleidsintenties waarvan de verwezenlijking zeer moeizaam verloopt. In de gezondheidszorg wordt de thuiszorg gepresenteerd als het sluitstuk én de bekroning van het nieuwe gezondheidsbeleid (Dehaene, 1986), de beperkte wetgeving terzake blijft echter zonder uitvoeringsbesluiten. Enkel op Gemeenschapsniveau werd een poging ondernomen om voor de noodzakelijke samenwerking en coördinatie enige financiële ruimte te scheppen (centra voor thuisgezondheidszorg).



#### 2.4. De actoren: het management

Helemaal uitgekristalliseerd is het beleidsproject niet, mede omdat de politiek-economische context pas in de tachtiger jaren fundamenteel van karakter is veranderd. Werden de "trentes glorieuses" gekenmerkt door "depolitiserings", in de tachtiger jaren is er eerder sprake van een ingrijpende "herpolitiserings" of de vervanging van de consensus door een in maatschappelijke tegenstellingen en belangen gedrenkte beleidsdiscussie omtrent de rol van de staat, de sociale (on)gelijkheid als centraal probleem en omtrent het beslag dat de collectieve voorzieningen leggen op de openbare middelen. Het is in dit tijdsgewricht dat het management een strategische positie verwerft in het veld van experts en machthebbers en het zorgbeleid verder in de richting stuwt van verzakelijking en commercialisering. In toenemende mate wordt de zorgverlening tot een handelsartikel dat op de markt wordt gebracht met de bedoeling om winst te maken. De ontwikkeling van warenruil en kapitalistische produktie is echter, omwille van de specificiteit van de zorgverlening, zeker op korte termijn eerder in beperkte mate te realiseren. Daarom ent de 'economisering' zich in eerste instantie op de arbeidsorganisatie (proletarisering van de artsen, neo-taylorisering, dekwalifikatie) en op de organisatiestructuren (multi-unit-management, contract- en project-management). Tegen deze achtergrond wordt de zorgsector een tekort aan kostenbewustzijn verweten naast een ondoelmatig en ondoeltreffend werken. De toon is gezet voor de volgende jaren: maatschappelijke effectiviteit (het verwezenlijken van voorgeschreven doelstellingen, aan te tonen via verplichte registratie en budgetteringstechnieken), kosten-baten analyse, marketing, kwaliteitsbewaking, bedrijfsmatige organisatie en de relatie tussen beheerder en professionele kracht zijn enkele van de onderwerpen die de discussie over de niet-commerciële dienstverlening anders gaan oriënteren en bepalen.

De doorbraak van het management is echter niet de enige manier waarop de toenemende invloed van de economische

rationaliteit tot uiting komt. Een andere is de afbouw van de zorgverlening aan het "onproduktieve" deel van de bevolking en de hoogtechnologische uitbouw van bv. de geneeskunde voor "gezonden met werk". Had de gezondheid vroeger "geen prijs", de gezondheidszorg krijgt nu ook een prijskaartje opgespeld, dit op het moment dat zij in het proces van afweging van de prioriteiten geen bijster sterke troeven op tafel kan leggen: zij blijkt relatief machteloos te staan tegenover het moderne ziekteprofiel, gezien de grote werkloosheid is het financieel interessanter arbeidskracht te vervangen dan wel te "repareren" en als enige troeven resten nog de lucratieve investeringen in de speerpunttechnologie en de mogelijke werkgelegenheid.

#### 2.5. De actoren: ... en de burger

In de schaduw van overheid en management eist ook de **burger** een ruimere plaats op in de vorm van participatie-initiatieven, zelfhulpgroepen en kritische sociale bewegingen. Als burger zet hij zich af tegen bevoogding en inmenging in zijn privé-leven. Als zorgconsument eist hij een minder bureaucratistische en meer ontvankelijke zorgverlening. Als zorgproducent eist hij de erkenning van zijn rol in de zorg en praktische ondersteuning hierin. De burger is hierbij evenwel het lot beschoren voortdurend door de andere actoren geherdefinieerd en ingezet te worden in de meest uiteenlopende rollen van burger, gebruiker/consument, betaler, leek, patiënt/cliënt, lid, kiezer, woon- en leefsituatie, het lokale. Deelarrangementen worden afgestoten en verwezen naar de solidariteit tussen "leden van een samenleving" die worden aangesproken als "burgers" en "moreel verantwoordelijke personen". Deze formalisering van de informele zorg maakt zorg én burger tot expliciet object van beleid, delegeert er taken en opdrachten naar toe en maakt ze tot integrerend onderdeel van "sociale ondersteuningsnetwerken". Of dit beleidsproject van de "zorgzame samenleving" veel kans op slagen heeft, is nog de vraag. Onduidelijk blijft immers hoeveel van de zorg "structureel gedifferentieerd" is. Hoeveel zorg werd en

wordt er nog steeds binnen de private sfeer "verleend"? Afhankelijk van de inhoud van het zorgconcept (en van de gebruikte methodologie) lopen de antwoorden sterk uiteen. Uit medisch-sociologisch onderzoek blijkt een hoge mate van zelfzorg, al wordt die dan veelal gediskwalificeerd omdat ze niet of te laat uitmondt in de "gepaste vraag" om professionele hulp. Evenmin is duidelijk op hoeveel zorgcapaciteit men binnen de private sfeer beroep kan doen. Enerzijds blijkt de informele zorg weldegelijk te functioneren in het kader van de kinderopvang, maar wordt de rol van deze "stille netwerken" verwaarloosd, geminimaliseerd en dus ook weer gediskwalificeerd (Elchardus, 1981). Anderzijds blijken in meer problematische situaties zoals bij verzorgingsbehoeftige bejaarden of gehandikapt en de ondersteuningsnetwerken door sociale en demografische ontwikkelingen te zijn gedesintegreerd, terwijl grote vraagtekens worden geplaatst bij de organiseerbaarheid ervan (Waterplas en Samoy, 1985).

### 3. De ruimtelijke dimensie van het zorgsysteem

De relatieve desinteresse voor de ruimtelijke structurering van het sociaal handelen geldt ook voor de verzorgingsociologie. Toch zal het voor iedereen duidelijk zijn dat het zorgsysteem een belangrijke ruimtelijke dimensie heeft. Voor de beschrijving hiervan lijkt een uitsplitsing in vijf niveau's aangewezen, nl. (a) de staat en de openbare voorzieningen, (b) het zorgbeleid of het niveau waarop vorm wordt gegeven aan de structuur van de zorgverlening tussen overheid en de georganiseerde zorg, (c) het netwerk van zorgorganisaties met hun taak- en functieverdeling, de onderlinge concurrentie, samenwerking en overleg, (d) het proces van zorgverlening waarin (formele) zorgverlener en zorgbehoevende elkaar ontmoeten (bv. de intramurale voorziening, de consultatieruimte, maar ook de patiëntenstromen), en tenslotte (e) de burger of potentiële zorgbehoevende c.q. de sociale problematiek.

### 3.1. De staat en de openbare voorzieningen

Het legitieme gebruik van geweld en de territorialiteit vormen de twee belangrijkste kenmerken van de moderne staat. Volgens Mann (1984) kan de eigenheid van de staat als sociale organisatie niet uitsluitend worden verklaard uit de functionele noodzaak van de staat of uit de veelheid van haar functies. De noodzakelijke derde en voor Mann meest belangrijke randvoorwaarde voor de autonomie van de staatsmacht is haar sociaal-ruimtelijke organisatie. Enkel de staat is intrinsiek gecentraliseerd binnen een afgebakend territorium waarover zij dwingende macht heeft. Deze specifiek sociaal-ruimtelijke organisatie voorziet de staat van een potentieel onafhankelijke basis voor machtsverwerving die uitsluitend haar ter beschikking staat. Hoe groter de infrastructurele macht van de staat (d.i. de macht om de activiteiten van de burgerlijke maatschappij doorheen de eigen infrastructuur te doordringen en centraal te coördineren), des te groter de territoriale begrenzing van de sociale interactie of de territorialisering van de sociale relaties. In dezelfde lijn denken auteurs als Kuypers (1981) - naarmate de rol van overheid zich uitbreidt en complexer wordt gaat het territorium zich uitdrukkelijker artikuleren als een veld van overheidsbeheer -, Cockburn (1977) - de staat ontwerpt ruimtelijke kaders om de eigen activiteiten beheersbaar te maken c.q. te houden, kaders die de territoriale uitdrukking zijn van een bestuurlijk ordeningssysteem - en Lacoste (1982) - territoria worden georganiseerd om beter de mensen te kunnen controleren die in steeds grotere getale onder het gezag staan van de staat.

De traditionele territoriale omschrijvingen van de staat (rijk, provincie, gemeente) voldoen niet meer wanneer de overheid aktiever betrokken raakt bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Daarvan getuigen de bestuurlijke reorganisatieprocessen zoals schaal aanpassingen (de fusie van gemeenten), de modernisering van bestaande niveau's (de provincie) en het zoeken naar extra bestuursniveau's (de regio). Het parool luidt optimaliseren, d.i. het

zoeken naar de optimale ruimtelijke schaal voor de organisatie van de kollektieve voorzieningen en van de besluitvorming terzake. Daarbij worden de uit de middeleeuwen overgeleverde en door de industrialisering nauwelijks aangetaste territoriale structuren ingeruimd voor concepten uit het management-arsenaal: verzorgingsgebied, adherentie, functionele oriëntatie van de bevolking, draagvlak.

In de kontekst van de zorgverlening verschijnt deze problematiek ondermeer in de voortdurende pogingen tot regionalisering van zorgbeleid en -organisatie. In de regionalisering voltrekt zich een reorganisatie op basis van werkgebieden. Naast de reeds vermelde bestuurlijke problematiek hoort hierin ook thuis de toewijzing aan diensten en voorzieningen van een verantwoordelijkheid voor het hen toegewezen territorium (zie verder). In België/Vlaanderen heeft de regionalisering reeds een respectabele, zij het beperkte traditie van politieke discours en tegendiscours, van vroegtijdig afgebroken experimenten en netjes gearchiveerd onderzoek (Notredame, 1986). De maatschappelijke en politieke discussie wordt echter gemonopoliseerd door de institutionalisering van nieuwe staatstructuren, terwijl een eventueel regionaliseringsprogramma weinig kans maakt aangezien een reorganisatie op basis van werkgebieden haaks staat op het dominante functionele organisatiepatroon van de zuilen. Hoe problematisch een regionaliseringsprogramma in België ook moge zijn, latent blijft het aanwezig in elk voorstel tot herordening en vindt het een uitdrukking in territoriale elementen, zoals de maximale afstand tussen de ziekenhuizen die samen een groepering wensen te vormen en de welzijnsregio's als onderdeel van de generieke welzijnsplanning. Meer algemeen kan men stellen dat de functionele (beroepsgroepen, private organismen) of verkokerde organisatie het veld moet inruimen voor een territoriale ordening, de echelonnering voor de regionalisering. Dit hangt niet enkel samen met verstatelijking, maar ook met de toenemende nood aan ordening die door de voorzieningen zelf wordt gevoeld.

Belangrijk is verder dat regelgeving, subsidiëring en dienstverlening door de onderscheiden overheidsniveau's uitsluitend betrekking heeft op de zorgverlening binnen de eigen territoriale omschrijving. Deze vaststellingen lijken zo vanzelfsprekend dat het niet bijster interessant wordt geacht er verder aandacht aan te besteden. Interessant wordt het pas wanneer gewezen wordt op de ongelijkheden en processen die deze structurering met zich brengt. Zo liggen de financiële steunbarema's in de ene gemeente beduidend (tot 25%) hoger dan in een andere gemeente, met als gevolg "zorgmigraties" van landelijke en residentiële gemeenten naar regionale steden.

### 3.2. De structurering van het zorgsysteem

In haar structuurbeleid poogt de overheid de zorgverlening een ruimtelijke structuur op te leggen. Verwijzen we hier slechts naar de planning en programmatie: piramidale structuur, ziekenhuisregio's en programmatiecriteria in de ziekenhuissector; één centrum per 50 000 inwoners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg; 5 provinciale RISO's (Regionaal Instituut voor de Samenlevingsopbouw) in de samenlevingsopbouw; de welzijnsregio als werkinstrument in de generieke welzijnsplanning. Voorlopig laat het beleid de ruimtelijke structurering van de voorzieningen intact, dit in tegenstelling tot meerdere buurlanden waar catchment area's zijn ingevoerd, met de bedoeling de cliënten of patiënten te kanaliseren naar welbepaalde voorzieningen, terwijl die voorzieningen verantwoordelijk zijn voor alle cliënten in het hen toegewezen territorium. Dit beperkt zich niet tot genationaliseerde systemen zoals Italië; ook in "public health"-systemen zoals in de Scandinavische landen wordt deze strategie gebruikt (Notredame, 1985a, 1988). Hierbij dient aangetekend dat het niet zo is dat de staat oplegt en de zorgorganisatie ondergaat dan wel zich aanpast. Waar de staat in terreinen binnendringt en deze (her)formeert, komt een botsing tot stand tussen de mechanica van de politiek en de interne logica van het terrein (Stuurman, 1982). Het resultaat van deze botsing

is zowel een herformatie van een nieuw terrein als een wijziging in het interne functioneren van de staat zelf.

### 3.3. Het netwerk van zorgorganisaties

Dat de zorgorganisaties zelf een ruimtelijke structurering kennen, spreekt voor zich. Gewezen kan worden op het erg meerduidige lokalisatiepatroon met als voornaamste krachtlijnen de concentratie van de zorgverlening in de steden, het vrij goed respecteren, zowel bestuurlijk als naar bedieningszones, van de provinciale grenzen en de verscheidenheid in patroon naargelang van het echelon. De organisatie van de belangenbehartiging is vanzelfsprekend in hoge mate bepaald door de ruimtelijke structuur van de overheid (koepelorganisaties als gesprekspartners van de overheid, Raden en Commissies allerhande), terwijl de 'vertikale communicatie' binnen de koepelorganisaties meer gedifferentieerd is (De Laet, 1987). Een derde element betreft de "functionele regionalisering", of de diverse praktijken van overleg, samenwerking en coördinatie die "in het veld" zijn gegroeid (verwijzingspatronen en samenwerkingsverbanden, gestructureerd overleg, contractuele regelingen, plaatselijke educatieve netwerken). De meest zichtbare, en wellicht ook de meest krachtige tendens hierin is de **verschuiving van hiërarchische (vertikale) naar territoriale praktijken**, praktijken dus die zich ontwikkelen binnen een territoriaal omschreven gebied (Degheldere, Notredame, 1987). Een voorbeeld van zo'n verschuiving in de ziekenhuissector vindt men in de weigering nog verder beroep te doen op de serviceverlening van of de belangenbehartiging door de nationale koepelorganisatie om met het aldus uitgespaarde lidgeld een eigen regionale stafwerking te ontwikkelen.

Deze tendens is niet verrassend, want loopt parallel met meer algemene maatschappelijke ontwikkelingen die hier gevat worden onder de noemer "horizontalisering" en fundamenteel ingrijpen op de sterk vertikaal georganiseerde moderne maatschappij. Als voorname illustraties van de tendens tot "horizontalisering" zijn aan te duiden:

- (1) het politiek-economische proces van territoriale segmentering van de produktie en het verhogen van de sociale, economische en politieke betekenis van de 'lokaliteit', in de betekenis van lokale of regionale arbeidsmarkt (vgl. de lokale tewerkstellingsinitiatieven). Men spreekt hier van "territorieuweconomieën": overheid, werkgevers en vakbonden bundelen in hun regio of gewest hun krachten om het hoofd te bieden aan de internationale competitie. Vlaanderen heeft terzake een rijke traditie (vgl. Leroy, 1983).
- (2) het politiek-culturele proces van (re-)identifikatie met politieke en andere territoria zoals de buurt.

#### 3.4. De zorgverlening

Binnen de zorgverlening is een cruciale ontwikkeling die van de de-institutionalisering. Bedoeld wordt de verschuiving van een instellingsgerichte naar een milieugegerichte zorg, van zorg buiten de gemeenschap (het zgn. "leprozen-paradigma") naar zorg in de gemeenschap (een zorg verstrekt in de leefomgeving van de hulpvragenden, gekoppeld aan het voorkomen van ziekte, handicap of disfunctioneren door in te werken op het sociale milieu waarin deze ontstaan) en vervolgens zorg door de gemeenschap (de zgn. "sociale ondersteuningsnetwerken"). Verschijningsvormen zijn de afbouw van het beddenbestand, de vervanging van intramurale door semi-murale en ambulante voorzieningen en de ontwikkeling van de thuiszorg. Het gaat hier om een ingrijpende wijziging in de dominante zorgconfiguratie: van de instelling naar het territorium.

In eerste instantie ging en gaat het om een brede, fundamentele én internationale hervormingsbeweging in de geestelijke gezondheidszorg, gebaseerd op sociale kritiek op bestaande organisatiepatronen (de "totale institutie") en het aan belang winnen van nieuwe therapeutische opvattingen (bv. normalisering). De praktische uitvoering ervan en de verbreiding naar het gehele zorgsysteem is evenwel niet los te zien van budgettaire imperatieven en valt niet toevallig samen met het toenemen



van het aantal mensen dat afhankelijk wordt van de verstatelijkte verzorgingsarrangementen. In de praktijk houdt de-institutionalisering niet in dat het aantal bedden afneemt, integendeel. De ziekenhuizen stoten dan wel de verblijfsfunctie af, deze functie wordt overgenomen door andere voorzieningen, meer bepaald de zgn. "thuisvervangende milieus", de rust- en verzorgingstehuizen, het beschut wonen, de dagcentra. Het middelpunt van de zorgorganisatie blijft niettemin de intramurale voorziening (hospitalo-centrisme). Het ziekenhuis wordt uitgebreid met niet (louter) bedgebonden activiteiten als polikliniek, medisch-technische diensten, zware apparatuur en diensten, dagbehandeling, maar alles blijft via het ziekenhuis geregeld, zelfs het beschut wonen in de psychiatrie. De plaats van de intramurale voorziening in de zorgorganisatie wordt scherper afgebakend als "hooggespecialiseerd zorgencentrum" waar de medische en institutionele macht is geconcentreerd en dat via strategieën van verticale integratie (het aanwenden van het netwerk als recruterings-, verwijzings- en afvoerkanalen) nog meer dan voorheen het centrum én referentiepunt wordt in het geheel van de zorgorganisatie. In de mate dat hierbij als principe wordt gehuldigd de "eenheid van bestuur" of "eenzelfde inrichtende macht" worden deze organisatienetwerken tot concerns die, uit de aard der zaak, regionaal gestructureerd zijn.

Het proces van zorgverlening kent m.a.w. als meest specifieke ruimtelijke structurering de intramurale voorziening. Was het prototype voorheen het psychiatrisch ziekenhuis of een instelling voor bijzondere jeugdzorg gesitueerd in een "lommerrijke" omgeving buiten de woongebieden, nu is het prototype het regionale organisatienetwerk met intramurale voorzieningen als centrum én referentiepunt. De ontwikkeling van de thuiszorg, als verruiming van het zorgsysteem, breidt het werkingsbereik van de zorgverlening uit tot de organisatie van het dagelijks leven en transformeert de woon- en leefsituatie van bevolkingsgroepen tot een nieuw territorium voor de organisatie van de zorgverlening. Dit enten van het zorgsysteem op de leefwereld, de woonplaats en directe

sociale omgeving gaat vergezeld van verschuivingen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en de ideologie van de eigen verantwoordelijkheid, en van verschuivingen van zorg- naar edukatieve strategieën gericht op leefstijlen (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, ADL-trainingen, praktische trainingen in zelfhulp). Het "territorium" wordt aldus tot een controle-dispositief dat wordt gerealiseerd in vormen van vraag-beheersing, van gedragsbeheersing via beïnvloeding van leefstijlen en van gemeenschapsbeheersing in de koppeling van territoria en mobilisatie van omgevingsfactoren (gezin, verwanten, burens, vrienden en lotgenoten).

### 3.5. De burger of (potentieel) hulpbehoevende

De lokalisatie van de burger of potentiële zorgbehoevende kan zowel beschreven worden in termen van de ruimtelijke organisatie van de staat (ingezetene van gemeente, provincie, gemeenschap, natie-staat) als in termen van de trade area van diensten en voorzieningen (potentieel patiënt/cliënt). Ook zijn er aanduidingen van "territoriale concentraties" van probleemgroepen, zoals kansarme buurten, terwijl in behoeftenonderzoek veelal een onderscheid wordt gemaakt tussen bv. stad en platteland. Dit zijn territoriale definities van sociale situaties. Sociale definities van territoriale situaties vindt men bv. in de identifikatie met bepaalde territoriale omschrijvingen zoals buurt, regio, enz.

### 3.6. Conclusies

Elk niveau kent (zich wijzigende) ruimtelijke organisatiepatronen. De aktievere inmenging van de overheid brengt een ruimtelijke ordeningslogica in het spel die op gespannen voet staat met de functionele opbouw van de voorzieningenstructuur. In de mate dat de staat de zorgorganisaties de eigen ruimtelijke structurering opdringt, onderwerpt ze deze aan de eigen logica die verschilt van de functionele logica (bv. het verzorgingsgebied) van de zorgverlening. De ruimtelijke structurering van de voorzieningen (lokalisatie, werkingsgebied, be-

stuurlijke organisatie) ondergaat fundamentele veranderingen doorheen de samenwerking en coördinatie "in het veld" (de functionele regionalisering). De de-institutionalisering tenslotte brengt de zorgverlening terug naar de gemeenschap. Niet toevallig verloopt dit proces gelijktijdig met de toename van het aantal mensen dat voor de vormgeving van hun leefsituatie aangewezen is op de zorg- en dienstverlening. Bij de "herverdeling van verantwoordelijkheden" tussen staat, (semi-)kollektieve voorzieningen en burger krijgt deze laatste, minder als individu dan wel als herontdekte gemeenschap, een steeds groter deel van de verantwoordelijkheid toegespeeld. Om dit laatste uitvoerbaar te maken worden mensen opnieuw een plek toegewezen - als zorgbehoevende in de eigen thuissituatie, als zorgverlener in de directe omgeving van de zorgbehoevende. Een algemene conclusie omtrent de ontwikkelingen zijn voorlopig niet te geven. Wel kan als centrale hypothese worden vooropgesteld een proces van historisch gegroeide ruimtelijke inbedding, daarna de-territorialisering en nu re-territorialisering. Tegen deze achtergrond wint de ontwikkelingsschets van de verzorgingsstaat, zoals uitgetekend door Lauwers (1979) aan relevantie. Volgens hem zijn de katholieke organisaties opgebouwd rond een "territoriaal ingebed familisme" en de socialistische organisaties rond mutualiteiten en coöperatieven. Vervolgens schetst hij een ontwikkeling naar cliëntificering (het lid wordt cliënt) en naar nieuwe samenhorigheden in de belangensfeer en de verzorgingsgemeente als een milieu van voorzieningen, eerder dan als een omvattend groepsverband. Re-territorialisering zou in deze context verwijzen naar het proces van de heropbouw van territoriaal bepaalde solidariteiten.

#### 4. Een theoretische benadering

Omdat het onderzoek waarop ik mij in dit essay baseer voornamelijk betrekking heeft op de regionalisering van de zorgverlening neem ik bij het uitwerken van een theoretisch kader deze problematiek als uitgangspunt.

#### 4.1. Een sociologische problematiek van de regionalisering

Opvallend is dat de sociologische benadering van de regionalisering, voor zover die al bestaat, in de meeste gevallen op het niveau blijft van de beschrijvende analyse van beperkte beleidsprocessen, het maken van kritische bedenkingen en het formuleren van direct bruikbare aanbevelingen. Deze toestand verwijst niet enkel naar de sterke betrokkenheid van de sociologie op het beleid, maar vooral naar het feit dat de regionalisering weinig of nooit wordt benaderd als een sociaal feit sui generis. Veelal wordt regionalisering geplaatst in een ruimer beleidsinstrumentarium zoals planning en budgettering. Een sociologische problematiek ontbreekt nagenoeg geheel.

Een theoretische aanzet tot zo'n problematiek vindt men in het bestuurskundig concept van de "relevante ruimte van besluitvorming" en de koppeling die in dit concept wordt nagestreefd "tussen twee hiërarchisch opgebouwde structuren: de ruimtelijke hiërarchie van de verzorgingsgebieden en de bestuurlijke hiërarchie die aan ieder (overheids)niveau een welbepaalde taakbehartiging opdraagt. Deze moeizame samenspraak tussen de besluitvormingshiërarchie en de economisch-sociaal-geografische hiërarchie vormt juist het knelpunt" (Delmartino, 1985). Een vergelijkbare benadering biedt de economisch-politologische welvaartstheorie waartoe als voorname criteria behoren: (a) het decentralisatiethema dat inhoudt dat ernaar moet worden gestreefd de gebruiker van publieke goederen te laten samenvallen met de burger die daarover beslist en ervoor betaalt, en (b) het leerstuk van de externe effecten dat voorhoudt dat het gebied waarvoor besluiten moeten worden genomen over voorzieningen met externe effecten zo moet worden gekozen dat alle externe effecten worden geïnternaliseerd.

De basis waarop beide benaderingen zich steunen is wat de geograaf Lacoste (1982) noemt de "spatialité différentielle", het gegeven dat de hedendaagse mens leeft in meerdere ruimtelijke contexten. Eén van die contexten

wordt bv. gevormd door de configuratie van de diverse netwerken waarvan hij afhankelijk is, zoals de politiek-bestuurlijk organisatie, de hiërarchie van verzorgingsgebieden, het netwerk van onderling afhankelijke bedrijven. Een tweetal Vlaamse sociologen (Leroy, 1983; Meuleman, 1982) hebben een vergelijkbare problematiek van de ruimte/de ruimtelijkheid ontwikkeld vanuit sociologische invalshoek. Teruggrijpend op de klassieke sociologen Halbwachs en Simmel tekenen zij drie constructiemomenten van de ruimte uit, drie momenten van ombouw van de fysieke tot de sociale ruimte: (a) de politieke constructie of de ruimtelijke organisatie van het maatschappelijk sturings- en beheersingssysteem, (b) de economische constructie of de ruimtelijke organisatie van de productiefactoren en -wijzen, en (c) de culturele constructie of de ruimtelijke organisatie van samenhang en integratie. Tussen deze momenten is er steeds een spanning aanwezig, potentiële fricties en conflicten die tot uiting komen waar de ruimtelijke organisatiepatronen van de subsystemen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. De subsystemen hebben immers, behalve andere doelstellingen en middelen, andere ruimtelijke referentiepunten en coördinaten, andere centra en periferieën, andere grenzen en indelingen, en dit omdat zij naar een andere omvang, een ander territorium, een andere sociale ruimte verwijzen. Regionalisering zou men sociologisch dus kunnen thematiseren als een strategie om de ruimtelijke structureringen van de onderscheiden maatschappelijke subsystemen op elkaar af te stemmen.

Een tweede element in de sociologische problematiek betreft de consequenties van de keuze voor een bepaalde schaal als regio. Elke schaal komt overeen met een analyzeniveau en zou moeten beantwoorden aan een niveau van conceptualisering. Elke schaal bepaalt dus in zekere mate wat gezien kan worden en wat verborgen blijft. Strategisch gezien komt elke groepering - een essentieel kenmerk van een regio - overeen met factoren die gunstig en andere die ongunstig inwerken op de verwezenlijking van maatschappelijke doelen (Lacoste, 1982). In de veronderstelling dat deze voor Lacoste epistemologische

stellingname zonder onoverkomelijke problemen overdraagbaar is op de organisatie van maatschappelijke verbanden, dan luidt de probleemstelling wat het regionale niveau laat zien en wat verborgen blijft, welke kennis dus wordt gegenereerd, welke belangen en behoeften kunnen worden gearticuleerd en tenslotte welke factoren gunstig kunnen inwerken en welke ongunstig (en vervolgens, de organiseerbaarheid ervan).

Eén van de voornaamste conflicten tussen de drie constructiemomenten zou kunnen zijn dat de moderniserende elementen in de politiek-economische structurering (territoriale definitie van sociale relaties, de "lege ruimte", de onpersoonlijke relaties en de versluiering van machtsbronnen) in botsing komen met de culturele structurering (sociale definitie van het territorium, inhoud en betekenis die plaats en ruimte voor de bewoners hebben). Of: in de termen van Habermas, de kolonisering van de leefwereld door het systeem.

#### 4.2. R.D. Sack: human territoriality

De hierboven genoemde elementen van de politiek-economische én culturele structurering zijn ontleend aan de "human territoriality"-theorie van R.D. Sack (1981, 1983, 1986). Zijn centrale stelling luidt: "Territoriality, by definition, is about control". Menselijke territorialiteit omschrijft hij als "the attempts by an individual or group to affect, influence, or control people, phenomena, and relationships, by delimiting and asserting control over a geographic area. This area will be called territory". Territorialisering is m.a.w. een ruimtelijke strategie om een differentiële toegang tot dingen en mensen te bewerkstelligen. "Territoriality makes the territory appear to be filled with power, influence, authority and sovereignty".

Territorialiteit is steeds ingebed in non-territorialiteit in die zin dat deze laatste vereist is om de eerste te ondersteunen. Territorialiteit is geen object, maar een relatie en dus altijd een sociale of menselijke constructie, meer bepaald "the primary spatial form power

takes". Territorialiteit komt voor op alle ruimtelijke schalen, van de persoonlijke ruimte tot de natie-staat. Meestal komen de territoria voor in een hiërarchische ordening en als onderdeel van complexe hiërarchische organisaties.

Territorialisering omvat niet enkel het omschrijven van dingen in de ruimte (bv. een gebied of regio), dit omschrijven dient te gebeuren met de uitdrukkelijke bedoeling te beïnvloeden, te bepalen of te controleren. Territorialisering is tevens gradueel, afhankelijk van het soort (inter)acties dat de territoria in- of uitsluiten én van de mate waarin zij deze (inter)acties binnen het domein organiseert. Ook kan een plaats het ene moment een territorium zijn, het andere niet.

Het voornaamste onderdeel van de theorie is opgebouwd als een antwoord op de vraag: "how, why, and under what conditions, a person or group uses a territorial rather than, or in addition to, a non-territorial strategy to control other people, things, and relationships". Daartoe omschrijft Sack tien potentiële redenen of oorzaken van territorialiteit c.q. potentiële consequenties of gevolgen van territorialiteit. Het verschil tussen de beide is bepaald door het feit of de persoon/groep in kwestie nieuwe territoria wil instellen dan wel gebruik maakt van bestaande territoria. Welke redenen feitelijk worden gebruikt is afhankelijk van de specifieke context. De eerste drie zijn:

- (1) efficiënte classificatie: territorialiteit vermijdt de nood aan opsomming en classificatie en kan één van de weinige middelen zijn om controle te verzekeren wanneer men niet in staat is alle relevante factoren en relaties op te sommen waartoe men toegang heeft; dit effect is vooral van belang in de politiek-bestuurlijke sfeer;
- (2) gemakkelijke communicatie, omdat het slechts één soort teken veronderstelt, nl. de grens;
- (3) afdwingen van controle op de toegang tot 'resources'; in het internationale politieke systeem

verschijnt dit als "staatsburgerschap" en het onderscheid tussen staatsburgers en vreemdelingen (Taylor, 1985); in het zorgsysteem de kanalisering van patiënten en het toewijzen van territoriale verantwoordelijkheid aan diensten en voorzieningen;

Deze drie redenen worden beschouwd als logisch (maar niet empirisch) prioritair, de zeven overige als afgeleiden. De drie behoren tot de definitie van het territorium en zijn noodzakelijke en voldoende eigenschappen van territorialiteit, zonder evenwel noodzakelijke of voldoende redenen/oorzaken te zijn van die territorialiteit. De zeven overige zijn:

- (4) reïficatie en zichtbaar maken van macht; één van de manieren om macht duidelijk en reëel te maken is doorheen de directe verband met het territorium van de moderne staat; in het zorgsysteem de koppeling tussen zorgregio's en centrale ziekenhuizen;
- (5) het verplaatsen van de aandacht van de relatie tussen controleur en gecontroleerde naar het territorium, zoals wanneer men zegt: 'dit is hier de wet'. Het lijkt alsof het territorium de agent van sociale controle is;
- (6) het depersonaliseren van relaties: het behoren tot een gemeenschap wordt vastgesteld aan de hand van het domicilie, bv. het onderstandsdomicilie in de bijstandregeling, de bevoegdheid van een bewaker in een gevangenis die territoriaal omschreven is;
- (7) het "zuiveren" van plaatsen ("place-clearing function"); territorialiteit verschijnt hier als een algemeen en neutraal middel om een plaats klaar te maken "for things to exist";
- (8) territorialiteit als container of matrijs voor de ruimtelijke eigenschappen van gebeurtenissen: het verzorgingsgebied van een stad mag dan al zeer uitgestrekt zijn, haar wettige macht is beperkt tot het gebied binnen haar grenzen; het territorium wordt het object dat aan druk wordt onderworpen



(bv. de eisen van het IMF) of waaraan zaken worden toegekend, zoals bij subsidies aan gemeenten;

- (9) wanneer de zaken die men wil beheersen niet aanwezig zijn, dan is het territorium conceptueel leeg. Territorialiteit helpt de idee te scheppen van een "lege ruimte" of een sociaal leeg te maken ruimte, d.i. verstoken van sociaal of economisch waardevolle zaken die men wil controleren; territorialiteit scheidt conceptueel plaatsen en dingen en recombineert ze als een toewijzing van plaatsen aan dingen of dingen aan plaatsen;
- (10) territorialiteit als voortbrenger van meer territorialiteit.

Deze tien "redenen" worden vervolgens samengevoegd tot primaire combinaties. In complexe hiërarchieën en in de bureaucratie kunnen de tien opgesomde redenen van belang zijn, maar vooral de eerste drie en verder de depersonalisering van relaties en territorialiteit als container. Dezelfde tendenzen die bijdragen tot een effectieve organisatie en bureaucratie kunnen evenwel ook aangewend worden als een verdeel-en-heers strategie waardoor een bepaalde organisatie onmisbaar wordt voor de coördinatie van de delen (bv. het "scientific management" op de werkplaats). De effectiviteit van een organisatie kan afnemen wanneer classificatie volgens gebied leidt tot de omschrijving van het verkeerde gebied of organisatie op een verkeerde schaal, en dus tot onaangepaste territoria en overloopprocessen. Voorbeelden kan men vinden in de welvaartseconomie (het leerstuk van de externe effecten) en in de begrenzing van de koloniale staten.

Hogere echelons in een organisatie zijn geneigd territoria te gebruiken om groepen te omschrijven, te controleren en vorm te geven, zodat met de leden ervan op een onpersoonlijke manier kan worden omgegaan. Deze territoriale definitie van sociale relaties (bv. elkeen die zich op een bepaald grondgebied bevindt heeft recht op maatschappelijke dienstverlening door het OCMW van dat grondgebied) is de moderne pendant van de in primitieve samenlevingen voorkomende sociale omschrijving van het

territorium waarbij, om toegang te krijgen tot een land, men lid moet zijn van een gemeenschap. Het begrip "burenhulp" als onderdeel van de te organiseren mantelzorg situeert zich op het snijvlak tussen de beide.

Classificatie volgens gebied en het gebruik van territoria als container kunnen aangewend worden om de onaangepastheid van de territoria te versluieren. Een voorbeeld is het toewijzen van de verantwoordelijkheid voor de armoedebestrijding aan het lokale niveau, terwijl de groeiende armoede in eerste instantie een gevolg is van een nationaal economisch en sociaal beleid.

Het verplaatsen van de aandacht naar het territorium en territoriale multiplicatie maakt het makkelijker het territorium te laten verschijnen als doel eerder dan als middel van controle; het nationalisme en het bedelven van interne conflicten onder de nationale consensus is hiervan een voorbeeld. Dezelfde combinatie kan sociale conflicten versluieren door de aandacht te richten op conflicten tussen territoria (bv. op conflicten tussen regio's i.p.v. op de sociaal-economische relaties die de conflicten tot stand brengen).

Differentiële toegang tot kennis kan gekoppeld worden aan de breedte van het bevoegdheidsgebied wanneer bv. lange termijn planning tot de verantwoordelijkheid behoort van het hoogste niveau dat tegelijk toegang heeft tot de meeste informatie en bevoegdheden en de korte termijn planning wordt toegewezen aan het laagste territoriaal niveau. Het vormgeven van het handelen op verschillende schalen, gekoppeld aan het toewijzen van lange- en korte termijnplanning aan de respectievelijke niveau's in de hiërarchie voorziet niet enkel in een zeer efficiënt middel van supervisie, maar biedt organisaties ook de mogelijkheid het ruimtelijke impact van beslissingen of gebeurtenissen te versluieren. Een voorbeeld van dit tweede effect is het kernenergiebeleid, waarin wordt beslist wordt welk deel van de (nationaal) benodigde electriciteit zal worden geproduceerd via kernenergie zonder aandacht te schenken aan de (lokale) beslissingen inzake lokalisatie en afvalverwerking.

Tenslotte, een combinatie van de territoriale definitie van sociale relaties samen met de "plaatszuivering" en vooral de conceptuele "lege ruimte" wijst op de mogelijkheid van herhaald opvullen, ledigen en herordenen van zaken in een territoriale matrijs. In deze constante **manipulatie van dingen binnen een territorium** verschijnt de ruimte als een efficiënt functioneel kader voor gebeurtenissen, terwijl die gebeurtenissen en de ruimte enkel toevallig met elkaar in verband (kunnen) staan. De ruimte wordt een systeem dat bestaat onafhankelijk van gebeurtenissen en deze niettemin kan omvatten.

Sommige van deze territoriale effecten, zo stelt Sack, zijn universeel en komen voor in praktisch alle historische contexten en sociale organisaties, andere zijn specifiek voor welbepaalde historische periodes en organisaties. Enkel de moderne maatschappij tendeert naar het gebruik van het volledige gamma van mogelijke effecten. Primitieve samenlevingen hebben hun eigen gebruik van territorialiteit (o.m. als instrument om de eenheid te bevorderen). Bij de opkomst van de beschavingen zijn de meest belangrijke nieuwe effecten van territorialiteit het gebruik ervan bij het regeren van anderen, het omschrijven van sociale relaties, het onderverdelen, onderwerpen en organiseren van bevolkingen. De belangrijkste nieuwe territoriale effecten die gepaard gaan met de opkomst van het kapitalisme en de moderniteit zijn het gebruik ervan in het conceptueel ledigen van de ruimte, de creatie van moderne bureaucratieën (onpersoonlijke relaties) en in het versluieren van machtsbronnen.

Sack besteedt veel zorg aan een "neutrale" formulering van zijn theorie en houdt de ethische connotaties abstract, hetgeen het mogelijk moet maken territorialiteit te koppelen aan meerdere visies op macht en organisatie. Hijzelf toetst zijn theorie aan de bureaucratie-theorie van Weber en de klasse-theorie van Marx. Empirische testen zijn uitgevoerd op grote formele organisaties zoals (de geschiedenis van) de katholieke kerk, de ontwikkeling van het Noord-Amerikaanse politieke systeem, de organisatie van de arbeidsplaats en van het Noord-Amerikaans leger.

### 4.3. De territorialisering van/in het zorgsysteem

Als empirische context is het zorgsysteem zeer aantrekkelijk. Voor elke "reden" of "combinatie" zijn er in het zorgsysteem meerdere illustraties te vinden. Classificatie, communicatie en controle vinden we ten overvloede in het planningsdenken (de distributie van voorzieningen én patiënten over een toenemend aantal bestuurlijke en functionele niveau's). Het territorium als matrijs kan een zeer productieve thematisering blijken van de "gemeenschapszorg", terwijl de "lege ruimte" heel toepasselijk is op de grootscheepse reorganisatie van zorgsystemen, o.m. in Italië (de problematiek van groepering/fragmentatie, zie Notredame, 1985a, 1985b). Evenzo kan de suggestie van Sack, dat ook op individueel niveau empirische contexten te construeren zijn, getoetst worden via een op de territorialiteit geïnspireerde analyse van praktische zorgsituaties.

Niettemin blijft de indruk bestaan dat de theorie vooral vruchtbaar is op het vlak van complexe en hiërarchisch gelaagde organisaties. Dit hoeft geen probleem te vormen, eerder integendeel. Het zorgsysteem kan zeer wel benaderd worden als een complexe organisatie waarin elk onderdeel een plaats heeft, van de centrale staat tot de individuele patiënt in zijn/haar thuissituatie. Dit is des te meer het geval naarmate het proces van verstatelijking voortschrijdt én de woon-en leefsituatie van de patiënt in het zorgsysteem wordt betrokken. Zo brengt het "nieuwe gezondheidsmodel" (vgl. Nota 2000), naast het formele zorgsysteem, ook de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen binnen als determinanten van de gezondheidstoestand, terwijl een benadering van het feitelijke zorgproces als een "servuctie" (Eiglier en Langeard) de patiënt/cliënt tot een integrerend deel van dat zorgproces maakt. Een ander argument om het zorgsysteem als een complexe organisatie te beschouwen vinden we bij Giddens (1987), waar hij stelt dat de sociologie zich moet ontdoen van de restanten van het 19de-begin 20ste eeuwse denken vervat in de reductionistische benadering van de moderne maatschappij als ge-

vormd door kapitalisme en industrialisme. Naast deze twee moeten we tevens oog hebben voor de drie andere parameters van moderniteit, nl. de ontwikkeling van administratieve macht, militaire macht en oorlog, en de culturele dimensie. Het is de eerste parameter die ons hier interesseert, vooral zoals hij werd beschreven door de theoreticus van de "disciplinaire maatschappij", M. Foucault.

In zijn spoor stelt Giddens (1984) dat "discipline can proceed only via the manipulation of time and of space". Het prototype van de disciplinaire maatschappij mag dan al de gevangenis zijn (of vergelijkbare instituten, zoals het ziekenhuis, de school, de kazerne), de hoofdkenmerken van discipline beperken zich niet tot dergelijke instituten: zij is "cellulair" (in termen van ruimtelijke distributie), "organisch" (het coderen van activiteiten volgens geprogrammeerde procedures), "genetisch" (voor wat betreft de seriële fasen) en "combinatorisch" (het verbinden van menselijke activiteiten als routes van een sociale machine). Waar het om gaat is het ontstaan van nieuwsoortige types van administratieve macht die worden gegenereerd door de geconcentreerde organisatie van menselijke activiteiten doorheen hun zeer preciese specificatie en coördinatie. De machtstheorie die hiermee is verbonden is er niet één van alleenlijk beperking van handelingsalternatieven, maar van simultane inperking én uitbreiding van alternatieven (de "productiviteit van de macht": Laermans, 1985).

In dit brede theoretisch kader kan territorialisering worden gedacht en begrepen als een beheersingsstrategie t.a.v. de groeiende groep van mensen die voor de vormgeving van hun leefsituatie aangewezen zijn op verzorgingsarrangementen. In functie daarvan wordt de formele zorgverlening geherstructureerd en wordt de woon- en leefsituatie gerationaliseerd. Na de rationalisering van het leger in de 17-18de eeuw en van de fabriek in het begin van de twintigste eeuw (Van Doorn, 1966) is naar het einde van de twintigste eeuw het "territorium" aan de beurt, d.i. de woon- en leefsituatie van grote, maar specifieke bevolkingsgroepen.

**BIBLIOGRAFIE**

- Cockburn, C. (1977), *The local state*, Pluto Press, London.
- Baldassare, M. (1978), Human spatial behavior, *Annual Review of Sociology*, 4, 29-56.
- Degheldere, C., Notredame, L. (1987), Welzijnsplanning: zoeklicht op de welzijnsplanning in Vlaanderen. Baert, H. (red.), *Welzijnsplanning. Praktijk en perspectieven*, KBS, Brussel, 63-93.
- Dehaene, J.L. (1986), *Beleidsnota*, Kabinet van de Minister van Sociale Zaken, Brussel.
- De Laet, R. (1986), *De ruimtelijke organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, VU, Brussel.
- Delmartino, F. (1985), Het concept "relevante ruimte van besluitvorming" als toets en leidraad voor territoriale hervormingen, roneo.
- De Swaan, A. (1982), *De mens is de mens een zorg*, Meulenhoff, Amsterdam.
- Elchardus, M. (1981), De stille netwerken en de luidruchtige dienstverleners, *Bevolking en gezin*, 3, 367-392
- Friedmann, J., Weaver, C. (1979), *Territory and function. The evolution of regional planning*, E. Arnold, London.
- Giddens, A. (1984), *The constitution of society*, Polity Press, Cambridge.
- Giddens, A. (1987), *Social theory and modern sociology*, Polity Press, Cambridge.
- Gregory, D. (1985), People, places and practices: the future of human geography. King, R. (ed.), *Geographical futures*, The Geographical Association, Sheffield, 56-76.
- Gregory, D., Urry, J. (eds.) (1985), *Social relations and spatial structures*, MacMillan, London.

## ONTWIKKELINGEN IN DE BELGISCHE ZORGVERLENING

---

- Hajer, R. (1980), *Volwassenenvorming - beleid en democratisering. Terugblik en perspectief*, De Horstink, Amersfoort.
- Juffermans, P. (1982), *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, SUN, Nijmegen.
- Kuypers, P. (1981), Het einde van het begin, Van Rees, W. (red.), *De strijd om de community. Over de betekenis en de toepassing van nieuwe Engelse opbouwpraktijken*, Van Loghum Slaterus Deventer, 211-269.
- Lacoste, Y. (1982), *La géographie, ça sert d'abord à faire la guerre*, Maspéro, Paris.
- Lacoste, Y. (1984), Les géographes, l'action et le politique, *Hérodote*, 33-34, 3-32.
- Laermans, R. (1985), De vele gezichten van de macht. Elementen voor een sociologisch machtsbegrip. Paper Sociologencongres, KU Leuven, 6-7.12.1985.
- Lauwers, J. (1979), Cultureel Vlaanderen tussen verleden en toekomst, *Politisering en professionalisering*. Referatenboek Vlaams-Nederlands Sociologencongres 10-11.09.1979, UI Antwerpen, 282-305
- Leroy, P. (1983), *Herrie om de heimat*, UI Antwerpen, Wilrijk, (proefschrift).
- Lis, C., Soly, H. (1980), *Armoede en kapitalisme in pre-industrieel Europa*, Standaard Uitgeverij, Antwerpen.
- Mann, M. (1984), The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results, *Archives Européennes de Sociologie*, 25, 185-213.
- Massey, D. (1985), New directions in space. Gregory, D., Urry, J. (eds.), *Social relations and spatial structures*, MacMillan London, 9-19.
- Meulemans, H. (1982), *Welzijn en ruimte: een sociologisch onderzoek naar de spreiding van sociaal be-*

- leid te Antwerpen, UI Antwerpen, Wilrijk, (proefschrift).
- Michielse, H. (1986), *Secours van den aermen. Jan Louis Vives, de hervorming van de armenzorg rond 1525 en de opkomst van een "andragogische technologie"*, *Tijdschrift voor Agologie*, 15, 267-287.
- Notredame, L. (1985a), *De riforma sanitaria in Italie. Verslag van een studiereis*, RU, Gent.
- Notredame, L. (1985b), *Regionalisering van de gezondheidszorg in Vlaanderen en Nederland. De institutionalisering van nieuwe besluitvormingsstructuren*, *Gezondheid en samenleving*, 6, 321-330.
- Notredame, L. (1986), *Regionalisering van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Bouwstenen voor een maatschappelijke discussie*, RU, Gent.
- Notredame, L. (1988), *De regionalisering van de gezondheidszorg in Scandinavië. Verslag van een studiereis*, RU, Gent.
- Offe, C. (1985), *Disorganized capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Paddison, R. (1983), *The fragmented state. The political geography of power*, B. Blackwell, Oxford.
- Querido, A. (1974), *Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa*, De Tijdstroom, Lochem
- Rueschemeyer, D. (1986), *Power and the division of labour*, Polity Press, Cambridge.
- Sack, R.D. (1981), *Territorial bases of power*, Burnett, A.D., Taylor, P.J. (eds.), *Political studies from spatial perspectives*, John Wiley, London, 53-71.
- Sack, R.D. (1983), *Human territoriality: a theory*, *Annals of the Association of American Geographers*, 73, 1, 55-74.
- Sack, R.D. (1986), *Human territoriality. Its theory and history*, Cambridge University Press, Cambridge.



- Sharpe, L.J. (1979), Decentralist trends in Western democracies: a first appraisal. Sharpe, L.J. (ed.), *Decentralist trends in Western democracies*, Sage, London, 9-79.
- Steyaert, R. (1985), *Vlaamse Regering. Beleid inzake Gezin en Welzijnszorg*, Brussel.
- Stuurman, S. (1982), De politiek, het sociale en het persoonlijke. Tegenwerpingen en problemen, Fennema, M., Van der Wouden, R. (red.), *Het politicologendebat: wat is politiek?*, Van Gennep, Amsterdam, 71-99.
- Tanghe, F. (1987), *Sociale grondrechten tussen armoede en mensenrechten*, Kluwer, Antwerpen.
- Taylor, P.J. (1985), *Political geography. World-economy, nation-state and locality*, Longman Harlow, London.
- Tarrow, S. (1978), Introduction. Tarrow, S., Katzenstein, P., Graziano, L. (eds.), *Territorial politics in industrial nations*, Praeger, New York, 1-27.
- Van Doorn, J.A.A. (1966), *Organisatie en maatschappij: sociologische opstellen*, Stenfert Kroese, Leiden.
- Waterplas, L., Samoy, E. (1985), De gehandikaptenzorg op de tocht? Berends, A. e.a. (red.), *Sociologisch jaarboek 1985*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 266-284.
- Wouters, R., Spinnewyn, H. (1988), *Het profijt van de non-profit. De economische betekenis van de gezondheids- en welzijnszorg*, KBS/HIVA, Brussel.