

Uitdagingen voor het professioneel handelen in de ontwikkeling van 'community care'

Auteurs: Greet Demesmaeker en Wim Van Tongel, lectoren AP-hogeschool, bachelor in de Orthopedagogie, optie Community Care.

1. Inleiding

De notie 'vermaatschappelijking van de zorg' kent haar oorsprong in de geestelijke gezondheidszorg en werd initieel voornamelijk gebruikt in relatie tot de zorg voor personen met een psychische problematiek. In dezelfde geest refereert het begrip 'community care' naar de ondersteuning van personen met een handicap in de samenleving. Ondertussen worden beide begrippen door elkaar gebruikt, meestal afhankelijk van de doelgroep waar het over gaat, en vinden ze hun ingang in meer sectoren van de hulpverlening. Ook in het nieuwe decreet betreffende de Integrale Jeugdhulp staat vermaatschappelijking van de zorg als eerste cliënt- en resultaatgerichte doelstelling. Vermaatschappelijking wordt vaak in een adem genoemd met andere begrippen zoals deinstitutionalisering, participatie, zelfbepaling, autonomie, eigen kracht, informele zorg en mantelzorg.

In deze bijdrage lichten we het concept 'community care' toe, en bespreken daarbij elementen van deze ontwikkeling die bepalend zijn voor het denken over huidige en toekomstige hulpverlening. We zullen stilstaan bij veranderingen in het profiel van de hulpverlener en de verschuivingen die dit met zich meebrengt in de positie ten aanzien van de zorgvrager. We gaan hierbij dieper in op uitdagingen en valkuilen die opdoemen voor professionele hulpverleners in het proces van de vermaatschappelijking van de zorg, en meer specifiek in de ontwikkeling van 'community care'.

2. Wat wordt bedoeld met 'community care'?

'Community care', letterlijk vertaald 'gemeenschapszorg', gaat over zorg in en door de samenleving. Hierbij staat het creëren van geschikte kansen en mogelijkheden voor mensen in een kwetsbare positie¹ centraal, om hen met de nodige 'ruggensteun' een volwaardige rol te laten spelen in de samenleving. Zorg wordt daarbij niet verengd tot enkel zorg die verstrekt wordt door professionele hulpverleners, maar zorg wordt ruimer geïnterpreteerd als ook informeel, en in de onderlinge sociale verhoudingen in de samenleving, waarbij mensen aandacht hebben voor elkaar, zich bekommeren om en betrokken zijn op elkaar.² De Engelse socioloog Bulmer³ spreekt over 'caring for' en 'caring about': *caring for* verwijst dan naar formele zorg ('care in the community'), terwijl *caring about* verwijst naar informele zorg ('care by the community'). Beide vormen van 'care' hebben elkaar iets te bieden en elkaar iets te geven. Daarom zullen actoren uit de formele en informele zorg elkaars draagvlak verkennen en samenwerken, waarbij het streefdoel is een alliantie te verkrijgen tussen de cliënt, de formele zorg en de informele zorg. De notie 'community care' stoelt op een alliantie tussen formele en informele zorg. Hierbij is het de rol van de professional om de bestaande professionele hulpverlening te verbeteren, en een gedeelde verantwoordelijkheid in het opnemen van de zorg met het natuurlijk netwerk en de gemeenschap. Daarbij zal de professional ook trachten gemeenschappen weer te binden en de sociale cohesie te verstevigen, zonder evenwel op termijn van het toneel te verdwijnen.

In die optiek gaan we in onze bijdrage dieper in op mantelzorg, als een exemplarische praktijk van gemeenschapszorg. Mantelzorg behelst immers een belangrijk deel van de informele zorg, en er kunnen breed toepasbare mogelijkheden en aandachtspunten gevonden worden in de samenwerking met mantelzorgers (dat trouwens nog steeds vaak geassocieerd wordt met zorg voor ouderen). De vergrijzing van de bevolking is reeds jarenlang thema van openbaar debat. Een belangrijk knelpunt van deze vergrijzing is dat de zorg voor de ouderen niet te organiseren/betalen is in zijn huidige vorm. Er blijkt een economische noodzaak om deze zorg voor ouderen anders in te vullen, waarbij ouderen de mogelijkheid moeten hebben om langer thuis te blijven wonen, mits ondersteuning door hun omgeving. Binnen andere domeinen van de zorgsector zorgt

¹ burgers die niet vanzelfsprekend aansluiting vinden in de samenleving: bv. mensen met een handicap, thuislozen, etnisch culturele minderheden, mensen met een psychische problematiek, ... en ondersteuning nodig hebben om volwaardig te kunnen participeren.

² Wilken, 2005.

³ Bulmer, 1987.

de tendens van deïstitutionalisering ervoor dat mensen met een chronische problematiek hun ondersteuning minder ontvangen in aparte voorzieningen maar meer binnen de maatschappij zelf, vaak binnen hun eigen netwerk. Zorgvragers en hun omgeving zijn ook mondiger geworden en verwachten meer zelf vorm te kunnen geven aan de ondersteuning die zij ontvangen. Beleid, hulpverlening en mantelzorgers zijn dus steeds meer op elkaar aangewezen. Dit vertaalt zich onder andere in allerlei initiatieven ter ondersteuning van de mantelzorger, en in ruim onderzoek dat de draagkracht van mantelzorgers moet optimaliseren. Er wordt gezocht naar geschikte methodieken die het mogelijk moeten maken dat mantelzorgers meer of langer de zorg voor hun familielid, buurman,... kunnen blijven opnemen. Er worden faciliteiten toegekend aan de mantelzorger, zoals verlofstelsels, financiële tegemoetkomingen, de hulp van professionelen,... Anderzijds vermindert de vanzelfsprekendheid waarbij naasten de zorg voor de familie, vrienden, burens,... op zich nemen, naarmate deze naasten zelf minder tijd kunnen vrijmaken voor deze zorg omwille van verschuivingen in gezinsstructuren, arbeidsmarkt en arbeidsomstandigheden (bv. verhogen van de pensioenleeftijd),... en ruimer in de samenleving (individualisering). Toch telt Vlaanderen circa 600.000 mantelzorgers, zo'n 10% van de Vlaamse bevolking.

Mantelzorg wordt door Hattinga Verschure gedefinieerd als 'alle zorg die in een klein sociaal netwerk aan elkaar gegeven wordt op basis van vanzelfsprekendheid en bereidheid tot wederkerigheid'.⁴ Een aantal elementen zijn eigen aan mantelzorg: het gaat om een deel van het netwerk, het impliceert een vorm van sociale relatie: familiaal, vriendschappelijk, buurrelatie,..., er is een zekere duur van zorg of hulp alsook een bepaalde intensiteit, waarbij het gaat om het overnemen/ondersteunen van zelfzorg en waarbij de rol van zorgverlener (mantelzorger) dikwijls niet geanticipeerd is. Mantelzorg valt binnen de informele zorg, naast zelfzorg en zorg door vrijwilligers, dit naast formele zorg, die de hulp en zorg door betaalde werknemers inhoudt. Beneken genaamd Kolmer omschrijft mantelzorg als: 'langdurige, intensieve, niet-georganiseerde zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een zorgvrager door een of meer leden uit diens omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie.'⁵ Traditioneel denken we bij mantelzorg aan de zorg voor ouderen, of zorg voor mensen met een chronische problematiek. Deze definitie trekt dit echter open naar andere domeinen waar het netwerk langdurig de zorg – op zijn minst deels – op zich neemt.

⁴ In Hattinga Verschure, 1981.

⁵ Beneken genaamd Kolmer, 2004.

2.1. Een relationeel concept

‘Community care’ beschouwen we als een relationeel begrip: het gaat over elkaar ontmoeten en verbinden, over activeren en inbedden. Bij activeren gaat het dan over mensen in beweging krijgen. Niettemin is een volgende stap het verstevigen van het sociale netwerk, pas dan heeft de individuele activering ook zin.⁶ Doordat de belangstelling voor elkaar versterkt wordt, kunnen we voor elk lid van de gemeenschap komen tot aansluiting en inbedding in de samenleving. Het gaat daarbij niet om een normatieve opvatting over burgerschap, waarbij door de overheid de norm wordt gesteld dat elke burger zijn bijdrage levert (en zijn rechten op basis daarvan ontleent). Het betreft een benadering van relationeel burgerschap⁷: burgerschap realiseert zich als men in relatie en dialoog treedt met elkaar, telkens weer. ‘The image of the citizen is not so much an image of an individual; rather, it is about ‘living together’ with others. The proposed self is a social self: to exist, it must relate to others. Relations make the citizen more or less integrated’.⁸ Dit impliceert een samen-leven, waarbij ieder individu door het aangaan van diverse verbindingen, interacties en relaties zichzelf kan ontplooien, zichzelf kan ‘eigen’ maken en leren kennen. Zo verwerft iedere persoon zijn autonomie: slechts in relatie tot en ontmoeting met de ander. Dat we de benadering van ‘community care’ definiëren als een relationeel begrip is dus bepalend voor de manier waarop we invulling geven aan het waardegeladen begrip ‘autonomie’.

In onze huidige maatschappij spreekt de overheid ons aan op onze eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid, die als norm worden beschouwd voor de autonome burger. Dit lijkt in tegenstelling te staan met onze relationele invulling van ‘community care’. Daarom willen we het concept ‘autonomie’ belichten vanuit verschillende perspectieven. Autonomie blijkt immers geen eenduidig begrip, en de vraag kan gesteld worden of de overheid dezelfde invulling voor ogen heeft dan de cliënt en de hulpverlener.

Boerman en Ebskamp geven vier opvattingen weer van waaruit we autonomie kunnen benaderen⁹:

- In de *vrijheidsbenadering* staat de visie centraal dat de mens vrij is en controle heeft over zijn eigen leven. Mensen beslissen zelf wat goed voor hen is en zijn in staat om zelf deze beslissingen te nemen. Hieraan is wel de voorwaarde verbonden dat er sprake moet zijn van competentie om eigen keuzes te maken. Enkel wanneer de persoon een

⁶ Van Ewijk, 2011.

⁷ Pols, 2006.

⁸ Pols, 2006.

⁹ Boerman & Ebskamp, 2005.

beslissing heeft genomen die ernstige gevolgen heeft voor hem, of personen die niet voldoen aan eisen ten aanzien van wilsbekwaamheid, zijn niet competent. De begrippen 'pluralisme' en 'tolerantie' sluiten hierbij aan: men laat de ander de ruimte. Zonder nuancering kan tolerantie echter leiden tot onverschilligheid: we volgen de cliënt in zijn keuze, ongeacht welke deze is en elke keuze is ook zijn verantwoordelijkheid. Deze invulling van autonomie sluit een grote groep mensen uit die moeten terugvallen op hulpverlening. Zij zijn niet competent, en kunnen dus niet autonoom zijn.

- In de *rationele benadering* wordt de nadruk gelegd op het vermogen van de mens om rationeel te handelen. Autonoom zijn betekent dan handelen op grond van rede en vanuit deze rede wordt bepaald wat goed handelen is. Vanuit deze opvatting kan de overheid invloed uitoefenen, door niet alle keuzevrijheid te geven. Enkel die waarden en normen die als redelijk worden opgevat, zijn de keuzemogelijkheden. Ook deze invulling lijkt vele hulpvragers uit te sluiten. Ze is bovendien zeer normerend.
- 'Identiteit' en 'uniciteit' zijn twee sleutelbegrippen in de *biografische benadering*. Elk individu maakt zijn eigen levensverhaal en geeft hier betekenis aan. De mens kan dus zelf richting geven aan zijn leven, door te handelen vanuit zijn eigen identiteit. Niet alle beslissingen zijn echter terug te vinden in de stijl die iemand ontwikkelt of in de context van zijn levensplan. Vanuit deze opvatting is dus niet elke keuze een autonome keuze, net omdat ze geen uiting geven aan zijn werkelijke zelf. De mens is echter maakbaar, hij creëert zijn eigen levensverhaal. Het is dan de opdracht van de hulpverlener om in dialoog de betekenis van de cliënt te achterhalen, zodat de cliënt keuzes kan maken die voor hem betekenisvol zijn.
- De *zorgethische benadering* ten slotte, kan beschouwd worden als een reactie op de liberale visie van de vrijheidsbenadering. Het uitgangspunt bij de zorgethische opvatting is om de mens te beschouwen als een relationeel wezen. De identiteit wordt bepaald door de relaties die een persoon heeft (cf. relationeel burgerschap). In deze relationele autonomie worden mensen niet gezien als onafhankelijke personen, zij zijn eerder op elkaar aangewezen. Zorg is de basiswaarde van intermenselijk verkeer, iedereen heeft zorg nodig, wat zich uit in een constante, interactionele wisselwerking van zorg nemen en geven. Niet de autonome wensen staan centraal, maar de behoefte aan goede zorg is het uitgangspunt, met ethische criteria tot het definiëren van wat goede zorg inhoudt.

Voorafgaande uiteenzetting maakt duidelijk dat autonomie vanuit deze vier opvattingen door verschillende mensen – en daardoor anders – wordt ingevuld. Boerman en Ebskamp verwoorden het als volgt: 'voor de een betekent autonomie zelfbeschikking, de vrijheid om het eigen leven geheel naar eigen inzicht in te vullen. Daarbij zijn wel rechten (op vrij-

heid) en plichten (om anderen niet te hinderen) en procedures (zodat iedereen rechtvaardig wordt behandeld) nodig. Voor een ander betekent autonomie de juiste keuze maken, verstandig kiezen (met je verstand kiezen). Daarin wil het respect voor autonomie niet zeggen dat wij willekeurige wilsbeschikkingen van mensen respecteren, maar dat wij respect hebben voor keuzes die iemand op goede, redelijke gronden maakt. In de zorgethische opvatting betekent autonomie juist weer iets helemaal anders. Daarin kan het accepteren van afhankelijkheid (het accepteren van zorg) een kenmerk van autonomie zijn. In de biografische opvatting wordt de autonomie vooral bepaald door de voorgeschiedenis van de betrokken personen en door de eigen opvattingen over het leven, toen, nu en in de toekomst.¹⁰

Hulpverlening die vanuit 'community care' wil werken, zal zich dus dienen te verhouden tot deze verschillende invullingen van autonomie, alsook de andere waardegebonden, normatieve concepten als zelfverantwoordelijkheid, eigen kracht,... Enkel de zorgethische en biografische benadering van autonomie en zelfbepaling sluiten aan bij de relationele invulling die we geven aan 'community care', waarbij dialoog en de unieke, individuele beleving centraal staan. Enkel in het stilstaan bij de uniciteit en eigen identiteit van de persoon, en in het aanvaarden van relationele interafhankelijkheid kunnen mensen autonomie realiseren.

2.2. Een opdracht op micro-, meso- en macroniveau

'Community care' (als vorm van professioneel handelen van de hulpverlener) heeft een opdracht op micro-, meso- en macroniveau. Vanuit deze opdrachten stellen we, vanuit de benadering van 'community care' in de opleiding, volgend streefdoel voor.

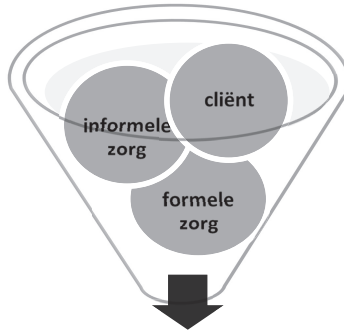
'Community care' streeft ernaar:

- Op microniveau: dat **mensen** hun eigen leven en hun leefomgeving vorm kunnen geven, waarbij zij doelen kunnen bereiken die door hen gewaardeerd worden. Daartoe zal 'community care' hen ondersteunen in het opbouwen en verstevigen van relaties met hun omgeving;
- Op mesoniveau: verbindingen maken met en ondersteunen van de omgeving van de cliënt, om deze **omgeving** bij te staan in hun informele zorg;
- Op macroniveau: de **samenleving** te sensibiliseren in het opnemen van een gedeelde verantwoordelijkheid en in te werken op maatschappelijke barrières (zoals stigmatisering en victimisering), zodat kansen worden gerealiseerd voor sociale inclusie van alle burgers. Het betreft tevens het signaleren aan het beleid over valkuilen die opdoemen in dit proces van vermaatschappelijking.

¹⁰ Boerman & Ebskamp, 2005.

'Community care' gaat daarbij – vanuit dialoog – op zoek naar de unieke beleving en betekenis die betrokkenen geven aan hun leven én de hulpverlening, waarbij ze zich niet blindstaart op beperkingen, problematieken,... maar openstaat voor mogelijkheden en krachten (zonder te vervallen in een ongebreideld, blind optimisme of normatieve zelfverantwoordelijkheid).

Onderstaande figuur geeft dit streefdoel visueel weer:



Alliantie door wederzijdse betrokkenheid, participatie en transparante communicatie

Figuur 1: streefdoel van 'community care'.

3. De plaats van 'community care' in het huidige maatschappelijke klimaat

Om zicht te krijgen op wat 'community care' kan inhouden, is het nodig het huidige maatschappelijke klimaat te verkennen. Dit klimaat zal mee bepalen hoe 'community care' vorm kan krijgen en bijgevolg hoe hulpverleners hiermee best aan de slag gaan.

Het begrip 'community care' kent zijn oorsprong in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en de Scandinavische landen. Reeds in de jaren zeventig werd in deze landen deinstitutionalisering bij wet vastgelegd. Naast deze ontmanteling van voorzieningen werd ingezet op diensten in de samenleving. Vlaanderen ging niet echt mee in die tendens, zelfs nu nog steeds wordt ondersteuning in grote mate geboden in voorzieningen. Weliswaar ruimen de grote voorzieningen stilaan plaats voor kleine groepswooningen of zelfstandig wonen met ondersteuning.¹¹ In Nederland sprak

¹¹ Van Hove, 2007.

men reeds eind jaren negentig over 'community care' en vermaatschappelijking van de zorg. In Vlaanderen vormde 2010 beleidsmatig een kantelmoment, het jaar dat Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren zijn beleidsnota 'Perspectief 2020' bekendmaakte. Hierin wordt volgend uitgangspunt naar voren geschoven: 'zo weinig mogelijk uitzonderlijk of afzonderlijk en zoveel mogelijk gewoon'.¹² Aanvullend in de beleidsbrief 2011-2012 gaat het over 'inzetten op vormen van informele zorg' als rode draad en 'vermaatschappelijking van de zorg'.¹³ Ook in het nieuwe Decreet Integrale Jeugdhulp van 2013 wordt vermaatschappelijking van de hulpverlening naar voren geschoven. Dit perspectief op ondersteuning zorgt steeds meer voor allerlei verschuivingen in het zorglandschap.

Het proces van deinstitutionalisering liep samen met het verzet van mensen tegen de manier waarop zorg en hulpverlening werd ingevuld. Wanneer mensen met een ernstige problematiek werden geconfronteerd, nam hulpverlening de zorg helemaal over. De verzorgingsstaat schoot door in zijn hulpverlening. Dit leidde tot segregatie, waarbij onder andere mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek buiten het maatschappelijk leven gehouden werden. Hulpvragers werden gereduceerd tot hun problematieken, en verloren daardoor allerlei rechten (bv. recht op gezinsleven, recht op werk, zelfbepaling,...),... In de tegenbeweging die daarop ontstond, werden principes en krachtlijnen voor hulpverlening geformuleerd die deze kritieken moesten tegemoetkomen: zelfbeschikking en eigen regie, eigen kracht, participatie,...

Een aantal van die principes hebben hun vertaling en verankering in het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (1989) en het Verdrag inzake de Rechten van Mensen met een Handicap (2006) gekregen, waarbij de staten die deze rechten onderschreven zich formeel engageerden om hun beleid dusdanig te organiseren dat deze rechten kunnen worden gerealiseerd.

In dezelfde periode van bovenstaande ontwikkelingen ontstaat een andere tendens binnen het beleid. Sinds een aantal decennia vindt in Vlaanderen (en internationaal) een verschuiving plaats van een verzorgingsstaat naar een managementstaat. Daar waar vroeger de overheid zorgde voor de sociale zekerheid en onderlinge solidariteit vooropstelde, zijn de kernwoorden in de nieuwe managementstaat efficiëntie en effectiviteit. Verhaeghe spreekt pessimistisch over een meritocratie, waarbij je slechts iemand bent op basis van je verdienste.¹⁴ Het beleid benadrukt

¹² Vandeuren, 2010.

¹³ Vandeuren, 2011.

¹⁴ Verhaeghe, 2012.

veeleer de onmogelijkheid om tegemoet te komen aan de toenemende vraag aan hulpverlening en de noodzaak van de maatschappij om anders om te gaan met de vragen van mensen in een kwetsbare positie. Burgers worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid, men verwacht dat men voor elkaar zorgt, actief het burgerschap opneemt. Het beleid sluit zich aan bij de principes die volgden vanuit de kritiek op de invulling van de verzorgingsstaat, maar ze geeft er wel een andere invulling aan. Zo wordt het recht op zelfbepaling en eigen regie verschoven naar de plicht op zelfredzaamheid, waarbij je zo veel mogelijk, zo lang mogelijk moet terugvallen op je eigen krachten en de kracht van je netwerk. Het *recht* op participatie verandert in de morele *plicht* om te participeren. Terecht spreekt Van Gunsteren over toenemende participatiedwang.¹⁵ Ook vertrekt ondersteuning van mantelzorgers niet steeds vanuit het recht op ondersteuning in het eigen milieu, binnen het eigen netwerk, maar moet de ondersteuning hulpvragers zo lang mogelijk weghouden van zwaardere (lees duurdere) hulpverlening. Terecht schrijft Beneken genaamd Kolmer: 'Mantelzorg wordt dan voornamelijk opgevat als iets utilitairs. Utilitair in de zin van 'met het nut als doel'. Mantelzorg lijkt dan een soort voertuig te zijn. Iets wat de samenleving 'gebruikt'. Mantelzorg wordt opgevat als de zogenoemde smeerolie van de samenleving.'¹⁶

In een kritiek op de manier waarop in Nederland de vermaatschappelijking van de zorg vorm wordt gegeven, beschrijft Tonkens het beleid dat lijkt te willen aansturen op affectief burgerschap: 'De herziening van de verzorgingsstaat is meer nog dan een herverdeling van taken, een hervorming van onze morele emoties: de overheid wil dat wij anders gaan voelen en oordelen, opdat wij door de overheid bedachte onderlinge zorgplichten als een intern gevoelde noodzaak ervaren. Er moet een verlangen naar onderlinge zorg ontstaan, gesteund door een verhaal over onvermijdelijke en noodzakelijke hervormingen.'¹⁷

Doordat het beleid, hulpverleners en zorgvragers gebruik maken van dezelfde terminologie en principes maar er een andere invulling aan geven, krijgen we op zijn minst een Babylonische spraakverwarring. Onderliggend ligt fundamenteel wel een andere visie op hulpverlening en de wijze waarop deze hulpverlening vorm moet krijgen, en de rol die de overheid daarbij heeft.

Gestuurd door de overheid wordt ervan uitgegaan dat de zorg of ondersteuning zo veel als mogelijk wordt gedragen door de maatschappij, en slechts daar waar nodig of wenselijk formele zorg wordt ingeschakeld.

¹⁵ Van Gunsteren, 2010.

¹⁶ Beneken genaamd Kolmer, 2014.

¹⁷ Tonkens, 2014.

Dat netwerken en de bredere samenleving betrokken worden bij de ondersteuning van (kwetsbare) burgers, lijkt ons een tegemoetkoming op de kritiek op de invulling van hulpverlening binnen de verzorgingsstaat. Toch maken we ons de bedenking of dit niet eerder een economische keuze is (budgettaire beheersing), dan wel vanuit een erkennen van de noodzaak aan verandering. Wordt hier door de overheid geen misbruik van gemaakt, mooi verpakt in 'containerbegrippen' waar ogenschijnlijk niemand kan tegen zijn: vraaggestuurd, emancipatorisch, empowerend, participierend,...? In het aansluiten bij deze principes kan de overheid de verantwoordelijkheid voor zorg en hulpverlening niet afwentelen op de individuele burger, diens netwerk en de bredere samenleving. Overigens durven we betwijfelen dat vermaatschappelijking van de zorg, waarbij onder andere meer wordt ingezet op ambulante hulpverlening van hulpvragers en hun netwerk, zal zorgen voor budgettaire verlichting: ambulante hulpverlening is niet de facto goedkoper dan residentiële hulpverlening. En doordat mensen met een lichtere zorgvraag hulp zullen ontvangen in hun eigen omgeving en niet meer in residentiële hulpverlening, zal de ernst van de problematieken binnen residentiële hulpverlening relatief verhogen, waardoor er voor die laatste hulpverlening weer meer budgetten moeten worden vrijgemaakt.

Positief aan de erkenning van het rechtenperspectief is dat dit zou veronderstellen dat elke burger een volwaardige positie heeft, uniek is en ondersteund wordt daar waar nodig voor een optimaal sociaal functioneren. Anderzijds zorgt het model waarbij sociale en maatschappelijke participatie wordt verwacht voor een grote valkuil binnen de huidige individualiseringstendens: men is slechts iemand als men deelneemt aan de samenleving. Burgers in een kwetsbare positie hebben echter grotere kans tot sociaal isolement, dit door individuele beperkingen en maatschappelijke factoren. Zij komen sneller terecht in de positie van tweedegradsburger. In sommige Vlaamse steden wordt, naar analogie met het huidige Nederlandse beleid, naast deze deelname ook een bijdrage verwacht van personen die ondersteuning krijgen. Wanneer deze bijdrage niet kan worden gegarandeerd, zal men nog meer uit de boot vallen.

De manier waarop vermaatschappelijking van de zorg in Nederland en Groot-Brittannië wordt ingevuld, dient ons waakzaam te laten zijn voor de wijze waarop de vermaatschappelijking van de zorg in Vlaanderen zijn invulling zal krijgen. De zorglogica's zoals omschreven door Verhagen vormen hierbij een boeiend referentiekader.¹⁸ Verhagen beschrijft (vooral in het kader van mantel- en thuiszorg) vier zorglogica's: de familiale, de

¹⁸ Verhagen, 2005.

professionele, de politieke en de economische zorglogica. Deze vier logica's vinden we terug in de praktijk en in het beleid:

- De *familiale zorglogica* wordt omschreven als volgt: 'conform de familiale zorglogica wordt zorg (...) gedefinieerd als een morele plicht of verantwoordelijkheid die binnen concrete, sociale groepen tot stand komt. Informele zorg vloeit voort uit de aard van de desbetreffende sociale relatie en de bereidheid tot wederkerigheid.'¹⁹ Informele zorg heeft naast persoonlijke betrokkenheid, ook een intuïtief, niet-methodisch karakter.
- De *professionele zorglogica* is in tegenstelling tot familiale zorglogica, methodisch. Zij heeft een eigen domein, met een eigen body-of-knowledge. Beroepskrachten kunnen binnen de professionele zorglogica oordelen en beslissen of en hoe zorg wordt verleend, maar moeten daarover ook verantwoording kunnen afleggen.
- De *politieke zorglogica* verwijst naar het concept van sociale rechtvaardigheid en een beleid waarbij zorg wordt geboden aan iedere burger op basis van rechtsgelijkheid zonder aanzien des persoons.
- Door de vermarkting van de zorg en door het introduceren van terminologie zoals vraaggestuurd, kwaliteit, cliënten, eigen kracht, autonomie (neo-liberale denken), werd de laatste decennia in de zorg ook een *economische zorglogica* geïnstalleerd. Deze is gericht op klantgerichtheid en doelmatigheid. Zorgaanbieders zijn dan ondernemers die zorg aanbieden aan consumenten, de zorgbehoevenden (zoals recentelijk bijvoorbeeld bekend werd dat Sodexo en de Nederlandse zorggroep Parnassia samen een Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent zullen uitbaten).

Deze vier zorglogica's lopen door elkaar in (het denken over) hulpverlening, maar zijn niet steeds even transparant. Door de beschreven verschuiving in de zorg is er toenemende aandacht van hulpverleners (professionelen) en vanuit het beleid (politiek) voor de informele zorg, vanuit inzichten en professionele kennis (professionele logica) maar ook vanuit economische motivaties (politieke dan wel economische zorglogica). Deze verschuiving impliceert dat er meer kennis komt (verwacht wordt) bij de mantelzorger, meer expertise, maar ook meer verantwoordelijkheid (een verschuiving naar professionele logica). Anderzijds impliceert dit een verschuiving in het loslaten van het eigen domein van de professional, het loslaten van eigen deskundigheid, en daarbij meer overlaten aan netwerk,... (verschuiving naar familiale logica). De vraag die daarbij rijst, is of beide betrokken partijen (mantelzorgers en hulpverleners) deze opgelegde verschuivingen kunnen volgen.

Wanneer ter ondersteuning van mantelzorgers workshops aan hen worden aangeboden waardoor hun kennis over de problematiek van hun

¹⁹ Verhagen, 2005.

naaste vergroot, vertrekt dit dan vanuit het idee dat zij daardoor een betere invulling zullen kunnen geven aan hun wens om voor hun familie-lid, buurman, kennis,... te zorgen of beter opgewassen zijn tegen de druk die het zorgen hen oplegt (familiale logica)? Of veronderstellen hulpverleners dat de mantelzorgers daardoor professionelere begeleiding zullen kunnen bieden (professionele logica)? Of hoopt de subsidiërende overheid dat mantelzorgers hierdoor meer en langer zullen kunnen instaan voor hun naaste (politieke en economische logica)? Op zich lijkt dit niet zo'n belangrijk onderscheid. Toch volgen hieruit een aantal fundamentele vragen: mag men aannemen dat binnen een relatie van wederkerigheid semiprofessionele zorg wordt toegediend? Kan een zorgvrager aangeven dat hij net geen, of niet die, zorg wil ontvangen van zijn naaste? Wat met de verantwoording die automatisch volgt uit semiprofessioneel begeleiden? Is dit een verantwoordelijkheid die men vanzelfsprekend op de schouders mag leggen van een mantelzorger?

Een ander fenomeen dat hierbij wordt vastgesteld, is dat het beleid invloed tracht uit te oefenen op de zorglogica's: zowel in Groot-Britannië als in Nederland wordt de familiale zorglogica geformaliseerd (waarbij een minimum aan zorg ten aanzien van een naaste wordt verondersteld). Bovendien tracht het beleid in te spelen op de moraliteit van zijn burgers, waarbij de morele verplichting, de vanzelfsprekendheid, in de media dusdanig wordt beklemtoond dat burgers zich steeds meer verantwoordelijk gaan voelen om zorg op zijn minst deels op te nemen.

De vanzelfsprekendheid die aan de basis ligt van mantelzorg, wordt geïnstitutionaliseerd in beleid (in Nederland: gebruikelijke zorg) maar ook – normatief – overgenomen door professionals. Dit zit zelfs verrat in de term mantelzorger: die impliceert immers reeds dat zorg wordt geleverd. In onderzoek en literatuur wordt weinig stilgestaan bij de naaste die geen mantelzorger is, of die onder de radar blijft, omdat de intensiteit van de geleverde zorg (ogenschijnlijk) te klein is. Daarmee wordt echter voorbijgegaan aan de beleving van het familielid dat reeds jarenlang een relatie heeft met de zorgvrager. De idee van de vanzelfsprekendheid versterkt dit net: is er nog wel ruimte voor het afwijzen (actief), of negeren (passief) van de rol van mantelzorger? De naaste wordt meestal ook enkel gezien in functie van de hulpverlening aan de zorgvrager en de mogelijke rol die de naaste kan (hoort) op te nemen. Het feit dat er een familiale of meer intieme relatie is, geeft vrijwel automatisch aanleiding om die naaste als mantelzorger aan te spreken. In het woord 'mantelzorger' lijkt het alsof het, binnen de hulp- en zorgverlening, onmogelijk is om deze mantel af te leggen. Tenzij met de nodige schuld en schaamte (in een maatschappij waar steeds meer appel wordt gedaan op de inzet van mantelzorgers), en bovendien de nodige assertiviteit.

De ondersteuning die geboden wordt aan de mantelzorger, vertrekt steevast vanuit de positie van de hulpverlener ten aanzien van de zorgvrager. Daarbij gaat men deels voorbij aan de belangen van de naaste die mantelzorg verleent. Er wordt dan wel opgemerkt dat de mantelzorger ook soms zorg vraagt, en bijgevolg emotionele ondersteuning moet krijgen (naast eventuele materiële ondersteuning). Deze emotionele ondersteuning blijft echter vertrekken vanuit de rol die de naaste 'dient' op te nemen ten aanzien van diens familielid, kennis, buur,... Bijgevolg wordt begrip getoond dat het even moeilijk is, er wordt informatie gegeven over het ziektebeeld om het begrip te verhogen,... steeds vanuit de optiek dat de naaste de zorg opnieuw zal opnemen. Hierdoor dreigt de goedbedoelde geboden ondersteuning zijn doel voorbij te schieten.

In een onderzoek van Van Audenhove & Declercq wordt stilgestaan bij de kwaliteit van de relatie: 'een slechte zorgrelatie gaat gepaard met vele andere ongunstige omstandigheden, zoals een hogere belasting, een lagere mate van tevredenheid en een hogere kans op het stopzetten van de thuiszorg.'²⁰ Zij pleiten er dan ook voor om hier voldoende rekening mee te houden. 'Naast de aandacht voor de behoeften van de cliënt of de belasting voor de mantelzorger, zou er in de hulpverleningssector ook ruimte moeten zijn voor het bespreken en zo nodig verbeteren van de relatie tussen de mantelzorger en de cliënt.'²¹

Verder wordt vanuit het principe van subsidiariteit formele hulp als aanvullend gezien op informele hulp. Dat impliceert dat de naaste zich dient te engageren tot een gestandaardiseerde hulp. Met andere woorden, de naaste levert een zekere mate van hulp (die systematisch moet zijn). Hierbij wordt verondersteld dat de mantelzorger stabiele zorg kan en wil leveren. Schommelingen in de aard en intensiteit van de hulp moeten dan worden opgevangen door het ondersteunende netwerk. Draagkracht, veerkracht, en het engagement van de mantelzorger is echter niet statisch: het is verbonden aan diens persoonlijk proces van 'coping', van verwerking. Daaruit volgt dat ondersteuning flexibel moet zijn (wat al deels zo is, door de mogelijkheid van kortverblijf-functies, maar deze komen onvoldoende tegemoet aan de nood van flexibiliteit). In het familiemanifest van Similes lezen we: 'Gezinsleden vragen professionele ondersteuning. Ze hebben een bijzondere en moeilijke rol, waarvoor ze op elk moment beroep moeten kunnen doen op de nodige ondersteuning, vooral in crisissituaties en bij langdurige en complexe zorgnoden.'²² Mantelzorg is geen afgesloten contract (hoewel hulpverlening, logischerwijs, dat wel graag zou willen). Een naaste die mantelzorg verleent, wil niet steeds aangesproken worden op zijn rol van zorgverlener,

²⁰ Van Audenhove & Declercq, 2007.

²¹ Van Audenhove & Declercq, 2007.

²² Similes, 2008.

maar wil ook ruimte voor het moment waarop hij die rol net niet wil of kan opnemen.

Naasten die zorg op zich nemen, doen dit vanuit de aard van hun relatie met de zorgvrager. Er is ruim onderzoek verricht naar de ervaren druk bij het verlenen van mantelzorg aan de naaste. 'Het probleem van de mantelzorger of vrijwilliger is daarom ook niet zijn of haar beschikbaarheid, maar zijn of haar belastbaarheid.'²³ Vanuit een grootschalig onderzoek bij mantelzorgers konden er drie categorieën gedefinieerd worden die van elkaar verschillen in de mate van belasting waarmee de zorgverlener te maken heeft: '... belasting als gevolg van de morele zorgverplichting, belasting door problemen met het combineren van taken, en belasting als gevolg van een teveel aan verplichtingen. Deze drie categorieën hebben een hiërarchische volgorde. Dit betekent dat een mantelzorger bij toenemende belasting zijn zorgtaak in eerste instantie alleen als een morele verplichting ervaart, vervolgens krijgt hij of zij moeite met het combineren van taken (werk, gezin en informele zorg), en ten slotte heeft hij of zij te veel verplichtingen, waardoor men gestresseerd raakt. Doordat de mantelzorger gaandeweg geleidelijk en onopgemerkt van de ene naar de andere categorie overgaat en daarbij uiteindelijk te ver gaat, wordt gesproken van de *mantelval*.'²⁴ Hulpverlening die mantelzorgers wil ondersteunen, moet dus voorkomen dat mensen de zorg als te zwaar ervaren, waardoor zij de zorg niet meer op zich kunnen nemen.

Hulpverlening die enkel uitgaat van de vanzelfsprekendheid van zorg, zou wel eens blind kunnen zijn voor de zorgvragen van mantelzorgers, waardoor deze mensen uitgeblust geraken en uiteindelijk moeten afhaken: 'Een (...) complicerende factor is dat mantelzorgers twee gezichten hebben. Aan de ene kant zijn zij zorgverleners, aan de andere kant – door de zwaarte van hun taak – ook mogelijke zorgvragers.'²⁵ Het is niet ondenkbaar dat mantelzorgers die de zorg als te zwaar ervaren, hier moeilijk over kunnen communiceren vanuit een gevoel van schuld, schaamte en tekortschieten (ten aanzien van hun morele verplichting). Een ander aspect dat volgt uit het onderzoek van Timmermans, De Boer en Iedema (2005), is dat hulpverlening respect moet tonen voor andere rollen die de mantelzorger opneemt: die van ouder, partner, werknemer, vrijwilliger, ... Het zou de zorg moeten zijn van de hulpverlening om mensen in deze rollen te vrijwaren.

Anders dan de verwachting die vanuit het beleid wordt gesteld dat burgers, individueel, vanuit hun netwerk of binnen de samenleving eigen verantwoordelijkheid moeten opnemen (en waardoor dat beleid geen of

²³ Kwekkeboom, 2010.

²⁴ Timmermans, De Boer, Iedema, 2005.

²⁵ Morée, 2004,.

minder verantwoordelijkheid moet opnemen binnen hulpverlening), geloven we in de kracht van een invulling van 'community care' waarbij hulpverlening aanwezig blijft, die samenwerkt met de zorgvrager binnen zijn netwerk en zijn ruime omgeving. Daartoe zal de hulpverlener zich anders dienen op te stellen, evenwel zonder uit beeld te verdwijnen omdat het netwerk of de ruimere samenleving een grotere rol opneemt in de zorg voor de cliënt (zie verder).

Reeds meer dan tien jaar geleden stelde in Nederland de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling²⁶ zich de vraag hoe 'community care' kan ingebed worden in de samenleving, om tegemoet te komen aan allerlei kritieken op het proces van vermaatschappelijking: vermaatschappelijking leek kwetsbare burgers vaak nog kwetsbaarder te maken. Anno 2014 staat Vlaanderen voor diezelfde vraag. We menen dat 'community care' een langetermijnvisie vraagt, die breed gedragen moet worden en uitgewerkt in beleid, financiële ruimte en acties, zo veel als mogelijk lokaal. Er dient zich een ontschotte cultuur te vormen, waarbij 'community care' gezien wordt als een gemeenschappelijke zorg van alle betrokken partijen. Binnen de welzijnszorg dient meer aandacht te komen voor haar noodzakelijke brugfunctie: zij fungeert als brug tussen de kwetsbare burger en de samenleving. De overtuiging dat hierbij de samenwerking met informele zorg een fundamenteel basisgegeven is, heeft haar impact op de rol van de professional. Een herpositionering dringt zich op.

4. Veranderende positie van de hulpverlener: staat de overheid hier voldoende bij stil?

Verschillende bronnen zijn het erover eens dat het profiel van een hulpverlener binnen de huidige samenleving gekenmerkt wordt door complexiteit.²⁷ De professional zal zich op verschillende fronten moeten inzetten, en wordt hierbij geconfronteerd met heel wat beroepsdilemma's: enerzijds individueel denken, anderzijds dit kunnen plaatsen in een ruimere context van (lokaal) sociaal functioneren en construeren van netwerken. We vertrekken vanuit de zelfbepaling van de cliënt, met keuzevrijheid en (relationele) autonomie als sleutelwoorden. Daarnaast zullen we moeten rekening houden met de behoeften en wensen van het netwerk, dit alles in een gestructureerde en daardoor soms begrenzend samenleving.

²⁶ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2002.

²⁷ Van der Lans, 2011; Van Ewijk, 2011; Scholte, Sprinkhuizen & Zuithof, 2012.

De hulpverlener zal een heel scala aan competenties moeten bezitten om op maat professionele interventies in te zetten. Interventies zijn niet langer gelijksoortig, maar worden afgestemd op context en situatie. De hulpverlener zal telkens opnieuw een relatie aangaan, waarbij de ontmoeting tussen de cliënt en de hulpverlener in het teken staat van gesprek en dialoog. Vanuit dit ecologisch en constructief perspectief fungeert de professional als bruggenbouwer tussen de verschillende actoren, en zorgt hij voor verbinding en aansluiting.

Ten aanzien van de overheid, die zich gebonden heeft aan de verplichting om mensen in een kwetsbare positie de nodige hulp te bieden, zal de professional valkuilen en beperkingen in de bestaande hulpverlening signaleren en het beleid sensibiliseren voor de nodige bijsturingen. De professional dient zich daarbij kritisch op te stellen tegenover een exclusief budgettaire, beheerskundige logica. Het uitgangspunt blijft een goede levenskwaliteit: beleid en regelgeving dienen daarop aan te sluiten om barrières te slechten en zo maatschappelijke diversiteit mogelijk te maken.

De hulpverlener dient zijn weg te vinden op microniveau (de cliënt), op mesoniveau (de context waar de cliënt deel van uitmaakt) en op macroniveau (de samenleving). Tussen de verschillende niveaus fungeert hij als verbindende factor, op macroniveau komt daarbovenop de sensibiliseringsopdracht.

Deze drie niveaus linken we aan 'empowerment' als denk- en handelingskader, ook hierin komt de meervoudigheid en verwevenheid van de verschillende niveaus terug.

4.1. De positie van de hulpverlener in relatie tot de cliënt (psychologisch kapitaal)

Op dit individuele niveau tracht de hulpverlener in relatie te gaan met de cliënt, een relatie die gebaseerd is op gelijkwaardigheid. Onderzoek van Verzaal naar empowerment-bevorderend gedrag van hulpverleners wijst uit dat er verschillende ideeën bestaan over de juiste invulling van het begrip 'empowerment', maar dat er wel overeenstemming is in de houding van de hulpverlener om empowerend te werken.²⁸ In haar onderzoek gaven cliënten aan dat volgende eigenschappen van de hulpverlening hen in staat stelden om hun leven in eigen handen te nemen:

- Respectvolle en onvoorwaardelijke positieve bejegening: luisteren naar de cliënt, de cliënt serieus nemen en de cliënt eigen verantwoordelijkheid laten nemen;
- Aansluitend bij hoe de cliënt zijn eigen situatie ziet en ervaart en bij de behoeften van de cliënt;

²⁸ Verzaal, 2002.

- Vraaggericht, waarbij de cliënt ondersteund wordt zijn eigen behoeften te verduidelijken, zijn doelen te stellen en eigen mogelijkheden te kunnen inzetten;
- Waarbij consequent benoemd wordt wat goed gaat.

Driessens komt in haar doctoraatsonderzoek tot dezelfde bevindingen: cliënten ervaren de inhoudelijke ongelijkheid tussen de hulpverlener en zichzelf niet als problematisch.²⁹ Integendeel, zij verwachten net dat de hulpverlener hen opnieuw wat richting kan geven in een stadium waarin zij het zelf niet meer zo goed weten. Wat voor hen van doorslaggevend belang was om aan te geven of zij hulpverlening geslaagd vonden, is net die beleving van de relationele gelijkheid. Afstandelijkheid en een paternalistische houding zorgen voor een afhankelijkheidspositie van de cliënt. Hulpverleners kunnen verschillende rollen opnemen, afhankelijk van de cliënt waarmee ze aan de slag gaan. Uit dit onderzoek blijkt echter dat enkel de hulpverleners die procesgericht werken, die rekening houden met de wensen, mogelijkheden en het tempo van de cliënt, en hierdoor een autonomieverhogende hulpverleningsrelatie aangaan, de meeste kans tot slagen hebben.

Het versterken van het zelfhelpend vermogen, krachtgerichte zorg en participatie zijn middelen tot het bevorderen van de eigen regie, tot het vergroten van het psychologisch kapitaal.³⁰ Afhankelijk dus van wie de hulpverlener voor zich heeft als cliënt, kan hij de ene keer als coach fungeren, en in een andere hulpverlenersrelatie als regisseur. Empowerment mag overigens geen norm of doel op zich zijn, waarbij burgers zo ver 'moeten gebracht worden dat ze willen willen. (...) Gaat het (...) werkelijk om *empowerment*, of veeleer om een soort dwang uitgeoefend op de wil van de ander?'³¹

4.2. De positie van de hulpverlener in relatie tot de omgeving van de cliënt (sociaal kapitaal)

Binnen de vermaatschappelijking van de zorg wordt verwacht dat de hulpverlener krachtbronnen rondom de cliënt gaat aanboren. In de huidige maatschappelijke situatie wordt dit opgelegd door de overheid. Men kan zich afvragen of de hulpverlener samen met de cliënt en zijn netwerk nog zelf kan beslissen wanneer, waar en hoe deze informele ondersteuning vorm krijgt. Wat als de cliënt liever niet door zijn partner wordt gewassen, maar eerder kiest voor meer afstandelijke, betaalde zorg? Wat als die partner zich niet comfortabel voelt om geconfronteerd te worden met een zorgafhankelijke partner? Het inschakelen van het sociale netwerk wordt de facto beschouwd als zijnde een meerwaarde,

²⁹ Driessens, 2003.

³⁰ Van Regenmortel, 2008.

³¹ De Dijn, 2010.

maar voor wie? In overleg met alle betrokkenen, zijnde de cliënt, zijn netwerk en de hulpverlener, dient er ruimte te zijn om vrij afspraken te kunnen maken over het al dan niet inschakelen van informele zorg. Daarnaast dienen de posities, en hiermee de rollen, van formele en informele zorg bespreekbaar te zijn en erkend te worden. Pas dan krijgt de term 'sociaal kapitaal' zijn waarde en de invulling waarvoor het staat: als een krachtbron die met toestemming van de cliënt en het netwerk wordt ingezet.

Vermaatschappelijking in de ruime betekenis van zorg in en door de samenleving, steunt hierbij op zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk.³² De opdracht van de hulpverlener is na te gaan of de inzetbaarheid van de zelfzorgers, mantelzorgers en vrijwilligers een vrije keuze is. Pas dan kunnen we spreken van persoonlijk empowerment. De hulpverlener dient hiervoor de vrijheid en ruimte te krijgen van de organisatie, waarmee we op het niveau van organisatie-empowerment zitten. In hoeverre wil de organisatie hier tijd en middelen voor vrijmaken? De hulpverlener moet de vrijheid hebben om ook af en toe eens op zijn bek te kunnen gaan, om nieuwe dingen uit te proberen, om mee het beleid en de koers te bepalen. Kortom, de hulpverlener kan zijn nieuwe opgave, waarbij hij afhankelijk is van welke positie de cliënt, zijn netwerk en hijzelf inneemt pas vormgeven wanneer hij behoort tot een lerende en flexibele organisatie.³³ Net het mee kunnen fluctueren met een veranderlijk sociaal netwerk geeft de hulpverlener de mogelijkheid om verschillende rollen op te nemen, gaande van lid van het netwerk tot zelfs netwerkbeheerder, indien die mate van ondersteuning gewenst is. In sommige netwerken krijgt de hulpverlener de taak om zichzelf mettertijd overbodig te maken, in andere zal hij een blijvende rol opnemen.

4.3. De positie van de hulpverlener in relatie tot de samenleving (maatschappelijk kapitaal)

Ten aanzien van de cliënt en stilaan ook ten aanzien van het sociale netwerk, heeft de hulpverlener zich reeds sinds de jaren tachtig gepositioneerd. De verschuivingen in het welzijnsbeleid dwingen hem nu ook een houding aan te meten ten opzichte van de samenleving. Vanuit de benadering van 'community care' dient niet enkel de 'care' te worden gereorganiseerd, ook aan de 'community' worden nieuwe eisen gesteld. Verschillende beleidsteksten spelen hier handig op in: vraaggestuurd, zelfredzaamheid, keuzevrijheid en participatie zijn slechts enkele containerbegrippen die te pas en te onpas worden gebruikt. Daar waar we bij empowerment als handelings- en denkkader de 'power' bij de cliënt ('*power from within*') en zijn netwerk ('*power with*') kunnen vertalen als

³² Van Regenmortel, 2008.

³³ Scheffers, 2010.

kracht, wordt dit op politiek-maatschappelijk niveau (*'power to'*) vertaald in macht en invloed.³⁴ Dit vraagt van een hulpverlener dat hij macht kan inzetten en invloed moet uitoefenen om te komen tot een open maatschappelijk klimaat. De hulpverlener zal activerend en innovatief te werk moeten gaan, de taal moeten spreken die de gemeenschap spreekt, en deze linken aan de taal van de overheid.

In deze positie wordt de hulpverlener aanzien als de bruggenbouwer tussen de cliënt en de gemeenschap. Voor deze stap kan worden gezet, heeft hij de taak om deze gemeenschap te sensibiliseren in wat ondertussen in de hulpverleningssector wel reeds ingang heeft gevonden: iedereen heeft het recht en de keuze om deel te nemen aan de maatschappij. Maar is de huidige maatschappij daar wel klaar voor? Verschillende initiatieven tonen aan dat het integreren in deze samenleving niet evident is voor personen in een kwetsbare positie. Zo heeft deinstitutionalisering ertoe geleid dat personen die vroeger in een beschermd milieu woonden en nu een huisje in de rij kregen toegewezen, te maken hebben met sociaal isolement, eenzaamheid, grote psychische problemen, uitbuiting,... De hulpverlener kan de cliënt en zijn netwerk wel voorbereiden op fysieke integratie in de maatschappij, zolang wij met zijn allen niet openstaan voor sociale integratie en dus echte inclusie, wordt de cliënt een vogel voor de kat. Net de vermaatschappelijking zou een middel kunnen zijn om de maatschappelijke uitsluiting tegen te gaan. De hulpverlener zal daarom tijd en ruimte moeten maken om verbindingen te leggen met de wijk, om het aanwezige, maar dikwijls onzichtbare, maatschappelijk kapitaal te kunnen inzetten, niet enkel ten behoeve van de cliënt, maar eerder om de sociale cohesie (terug) te versterken. Iedereen zal er wel bij varen. Lokaal is de hulpverlener een vertrouwenspersoon van alle buurtbewoners en gaat hij of zij op zoek naar de krachten die de wijk te bieden heeft.

Momenteel wordt zowel in Vlaanderen als in Nederland de discussie gevoerd of de hulpverlener dient te worden opgeleid tot een generalist, dan wel tot een specialist.³⁵ Als tegengewicht op de huidige fragmentatie, waarbij specialisten reeds voldoende aanwezig zijn in het leven van de kwetsbare burger, zijn we vanuit de benadering van *'community care'* eerder op zoek naar een generalist, die de verbinding maakt tussen alle betrokkenen: de cliënt en zijn netwerk, de cliënt en de samenleving, de cliënt en de formele en informele zorgverstrekkers. Wilken en Dankers spreken in hun onderzoeksrapport *'Schakels in de buurt'* over de *intermediaire professional*³⁶: de professional kijkt zowel vanuit het individuele perspectief als vanuit het perspectief van de wijk; daarnaast kan hij integraal werken, is sociaal en communicatief om netwerken op te bouwen,

³⁴ Van Regenmortel, 2008.

³⁵ Scholte, Sprinkhuizen & Zuithof, 2012.

³⁶ Wilken en Dankers, 2010.

te (re)activeren en te onderhouden. Deze integrale hulpverlener is meertalig: hij spreekt de taal van de cliënt, van de straat, van de wijk én van de overheid. Als vertaler legt hij verbindingen en slaat hij bruggen tussen de verschillende echelons.

4.4. De positie van de hulpverlener in relatie tot zichzelf (moreel kapitaal)

Wanneer we de hulpverlener beschouwen als diegene die de verbindende factor is tussen deze verschillende actoren en telkens weer verschillende posities dient in te nemen, kunnen we verwachten dat hij, zoals eerder reeds aangegeven, voor dilemma's komt te staan. Wierdsma benoemt deze beroepsdilemma's als 'plekken der moeite'.³⁷ Belangrijk lijkt ons om deze niet zomaar aan ons te laten voorbijgaan, maar tijd te maken en te nemen om te vertoeven op deze plekken, die kunnen beschouwd worden als dialoog- en ontmoetingsplatformen. De organisatie dient ruimte te geven aan platformen, om stil te staan bij vanzelfsprekendheden en om te reflecteren op beroepsdilemma's. De hulpverlener staat hierin in relatie tot zichzelf en vraagt zich niet enkel af: doe ik het goed en doe ik het goede, hij daalt ook af naar de ethische en existentiële dimensie: doe ik het om de goede redenen? Deze zelfpositie overstijgt de posities ten aanzien van de cliënt, de omgeving en de samenleving: deze dimensie legt de achterliggende normen en waarden bloot en wordt ook wel de zoektocht naar het moreel kapitaal genoemd.³⁸ Door een reflectief-reflexief-onderzoekende houding worden vanzelfsprekendheden plots niet meer zo vanzelfsprekend en kunnen dilemma's worden ontrafeld. Daar waar we enerzijds niet om de efficiëntie en effectiviteit binnen het marktdenken heen kunnen, ook in de welzijnszorg, houden we anderzijds een pleidooi om ruimte te creëren om stil te staan bij onze innerlijke drijfveren en existentiële inzichten. Dat moreel kapitaal is de input om te kunnen omgaan met spanningsvelden eigen aan de opdracht van een hulpverlener. Hij dient niet enkel keuzes te maken voor zichzelf, doch wil het goede voor de cliënt, het netwerk en de samenleving en zal ook daarom soms keuzes voor anderen moeten maken. Driessens en Geldof gebruiken hiervoor het begrip 'self-empowerment' van de professional³⁹ en sluiten hiermee aan bij de ontwikkeling van normatieve in plaats van technische professionaliteit. Wij opteren echter voor normatieve professionalisering, wat eerder verwijst naar het procesmatige en bewustwordingsaspect: de zoektocht naar afstemming tussen eigen en onderlinge waarden en normen is immers nooit af.⁴⁰

³⁷ Wierdsma, 2007.

³⁸ Kunneman, 2012.

³⁹ Driessens en Geldof, 2008.

⁴⁰ Van den Enden, 2011.

De hulpverlener is de persoon die, naast het al dan niet aanwezige netwerk, het dichtst bij de cliënt staat. Hij dient door de overheid erkend te worden in zijn verschillende posities. Vermaatschappelijking wordt opgelegd door het beleid en neemt daarmee de top-downroute. Laten we, naast de verantwoordelijkheid te leggen bij de burger, het legitimiteitsmandaat bij de hulpverlener leggen, in plaats van de door de overheid opgelegde outputlegitimiteit, waarbij zorg meetbaar en dus maakbaar wordt gemaakt. Laten we de hulpverleners opnieuw vertrouwen geven in hun kunnen, zodat ze vrij en op maat hun steeds wisselende posities kunnen inzetten, ten behoeve van het proces en in een samenwerking met de cliënt en/of zijn netwerk. Laten we terug wat meer geloven in hun eigen krachten en inzichten. Dat de hulpverlener rekening houdt met de wensen van de cliënt is trouwens niet nieuw: Steyaert heeft het bij deze reprofessionalisering en kanteling over een professionele renaissance.⁴¹ Daar waar de samenwerking reeds eerder gebeurde vanuit de betrokkenen zelf, wordt het nu echter geïnstrumentaliseerd. Men kan zich de vraag stellen of de hulpverlener nog eigenaar is van zijn eigen beroepsinvulling. Het is duidelijk dat in deze beleidslogica de organisaties worden gedwongen om zich zodanig te profileren als zijnde marionetten van de overheid. Hierbij wordt niet enkel de cliënt buitenspel gezet, de professionele deskundigheid wordt steeds verder ingeperkt. In de bacheloropleiding in de orthopedagogie kunnen we tegengewicht bieden om, vanuit de professionele logica, aandacht te hebben voor het vakmanschap van de hulpverlener. Spierts onderscheidt drie attenderende begrippen, die terug te vinden zijn in de beroepsprofielen⁴²:

- *Agogisch vakmanschap* behelst de communicatie, de ontmoeting, het aanvoelen van mensen. Hiervoor is het een noodzaak dat de hulpverlener zich verplaatst in de leefwereld van de cliënt, letterlijk en figuurlijk. In die ontmoeting is er sprake van communicatieve dialoog: niet enkel komen gesprekspartners evenwaardig aan bod, beiden hebben ook een invloed op het resultaat van het gesprek.
- Een tweede aspect is het *strategisch en organisatorisch vakmanschap*, waarbij de hulpverlener zich op strategische wijze positioneert ten aanzien van alle actoren en stelling durft in te nemen, vanuit een betrokkenheid en ten behoeve van de kwetsbare burger.
- Het derde begrip kadert zich binnen de *reflexiviteit*. Deze reflexiviteit omhelst enerzijds het voortdurend reflecteren op het eigen handelen, in overleg met collega's, anderzijds zorgt dit voor verbinding tussen deze attenderende begrippen. We herkennen in deze opdeling de verschillende relationele posities die de hulpverlener inneemt.

⁴¹ Steyaert, 2011.

⁴² Spierts, 2014.

5. Nabeschouwingen

Ter afronding van deze bijdrage, geven we een aantal bedenkingen mee, waarbij we ervan uitgaan dat de benadering van 'community care' slechts een middel is om het leven in de samenleving voor iedereen mogelijk en toegankelijk te maken.

Een eerste kanttekening verwijst naar de vertaling van 'community care': ondersteuning in en door de samenleving. In het huidige beleid wordt deze gewijzigde zorg nog ondersteund door de voorzieningen, weliswaar meer gericht naar de gemeenschap. Het lijkt ons echter belangrijk dat tegelijkertijd werk wordt gemaakt van het sensibiliseren van deze gemeenschap. Vooraleer men begint af te bouwen in residentiële hulp- en zorgverlening, dient het beleid op te bouwen in vermaatschappelijkte hulp- en zorgverlening. De vraag is of het huidige beleid in haar markt-denken, met effectiviteit en efficiëntie als kernbegrippen, hierin wil investeren. Concreet wil dit zeggen dat we niet enkel vanuit de welzijnszorg stappen dienen te zetten naar vermaatschappelijking. Vanuit meerdere invalshoeken dient zich bij maatschappelijke ontwikkeling een vorm van inkluderend denken te manifesteren, wil elke burger die noodzakelijke aansluiting kunnen vinden in de samenleving. Met andere woorden, er dient voldoende draagvlak te zijn, en 'community care' mag niet verengd worden tot het deïstitutionaliseren van de zorg, zoals nu vaak het geval blijkt te zijn. Dit laatste verwijst slechts naar fysieke integratie, terwijl leven in de samenleving een principe van leven is, waarbij erbij horen vooropstaat.⁴³ We zullen moeten evolueren van een push-plan, waarbij cliënten uit voorzieningen in de samenleving worden 'geduwd', naar een pull-plan.⁴⁴ Hierbij worden kwetsbare burgers verwelkomd en uitgenodigd door de lokale bevolking om deel te kunnen nemen aan allerhande samenlevingsactiviteiten. Naast deelname aan reguliere voorzieningen en diensten in de community of gemeenschap, is het proces van 'care' in de ruime betekenis, namelijk naast het zorgaspect het aandacht hebben voor en betrokken zijn op, een lange weg waar geen pasklare oplossingen voorhanden zijn. Kortom, het is niet genoeg dat vermaatschappelijking bij wet wordt vastgelegd (politieke integratie) en dat zorgvoorzieningen deïstitutionaliseren (fysieke integratie), de moeilijkste opgave lijkt net de sociale integratie, waarbij sensibilisering een eerste opstap kan zijn naar echte sociale inclusie. In deze sensibilisering heeft de hulpverlener een brugfunctie, waarbij hij enerzijds betrokkenen kan bijstaan in hun zogenaamde handelingsverlegenheid, en anderzijds

⁴³ Schuurman, 2002.

⁴⁴ Zoals vermeld in de Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling (2002) door Kristjana Kristiansen, hoogleraar in de sociale wetenschappen aan de universiteit van Trondheim, Noorwegen.

een belangrijke taak heeft in het vergroten van het absorptievermogen van de gemeenschap.

Er werd al regelmatig gesignaleerd dat cliënten die vanuit een voorziening in de maatschappij gaan wonen, vereenzamen doordat zij geen aansluiting vinden binnen hun omgeving. De weg naar vermaatschappelijking lijkt individualisering in de hand te werken. 'Community care' kan dus niet anders dan op micro-, meso- en macroniveau werken. Volgens onze invulling van 'community care' dienen mensen met een hulpvraag te kunnen kiezen waar en op welke manier zij zorg ontvangen, in samenspraak met hun netwerk en professionele ondersteuning, autonoom, en dus los van een moraal waarbij hen wordt gesuggereerd zo veel mogelijk terug te vallen op zichzelf en hun netwerk.

We pleiten voor hulpverleners die flexibel aanvullende ondersteuning kunnen bieden aan netwerken. 'Community care' mag niet beperkt worden tot aanvullende zorg: waar de professionele hulpverlener, cliënt en netwerk dat nodig achten, dienen professionele hulpverleners gewoon de nodige zorg te kunnen leveren.

Om 'community care' kansen op slagen te bieden, is het noodzakelijk dat niet enkel wordt ingezet op het individuele niveau van de hulpvrager, en/of op fysieke integratie in de maatschappij. Er zal ook, niet normaliserend, moeten gezocht worden naar hoe netwerken kunnen ondersteund worden, hoe buurten kunnen geactiveerd worden, om tenslotte de bredere maatschappij te sensibiliseren. Daar waar fysieke integratie zich eerder uit in verschillende vormen van leven, zoals in een voorziening of geïntegreerd in een wijk, gaat het fundamenteel over sociale integratie als een principe van samenleven.

We pleiten voor transparantie in de zorglogica waarmee hulpverlening wordt geboden. De vier logica's sluiten ons inziens mekaar niet uit. Ze kunnen aanvullend zijn. Maar hulpverlening moet kunnen blijven vertrekken vanuit de professionele zorglogica, en op zoek gaan naar een gezonde samenwerking met het netwerk, de omgeving, met ruimte en respect voor een familiale logica. 'Community care' mag echter niet ingezet worden als doel op zich, vanuit een politieke dan wel economische zorglogica: de verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning kan en mag door het beleid niet afgewenteld worden op de cliënt, het netwerk dan wel de samenleving.

Hulpverleners die vanuit het idee van 'community care' werken, moeten dit doen in een werkveld dat bezaaid ligt met valkuilen. Zij zullen zich daarbij dienen te verhouden tot allerlei ethische en existentiële dilemma's waarmee ze geconfronteerd worden. Daartoe dienen hulpverleners te worden opgeleid als generalisten die kunnen samenwerken met netwerken, en die zich assertief kunnen verhouden tot een beleid dat gestuurd wordt door een economische realiteit. Normatieve professionalisering van de hulpverlener lijkt ons daarom een absolute noodzaak: hiermee

wordt het belang van de hulpverlener als persoon uitgedrukt, die in staat is zijn communicatieve vaardigheden, zijn sensitiviteit voor bestaansvragen en de normatief-reflexieve competenties in zijn beroepscontext een plaats te geven.⁴⁵

'Community care' en vermaatschappelijking zijn concepten die kritisch dienen te worden opgevolgd. Te veel krachten spelen in dit veld, en ze zijn niet altijd even doorzichtig. De invloed van deze krachten is al bijzonder groot op de maatschappij in haar geheel, maar nog veel groter op de individuele leefwereld van de hulpvrager. Kritische zin mag er echter niet toe leiden dat belangrijke principes zoals krachten, eigen regie, empowerment,... inboeten aan belang. Zij blijven richtinggevend voor hulpverlening. We sluiten ons aan bij het appel van De Dijn: 'Of hebben we de visie en de kracht om van vermaatschappelijking van de zorg iets anders te maken dan een besparingsoperatie of een ideologische bepaald modeverschijnsel?'⁴⁶

6. Referenties

- BENEKEN GENAAMD KOLMER, D.M. (2004). 'Mantelzorg conceptueel verhelderd: Een uitdaging voor beleid, praktijk en gezondheidszorgonderwijs in de toekomst.' *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 28, 2, 15-19.
- BENEKEN GENAAMD KOLMER, D.M. (2014). 'Mantelzorg: smeerolie of gouden schroef?' In: van Vliet, J. & Jukema, J. (red.) *Perspectieven op ouder worden en de sociale professional*. Amsterdam: Boom/Lemma.
- BOERMAN, R. & EBSKAMP, J. (2005). *Een waardevolle leraar. Praktische ethiek en beroepsidentiteit*. Baarn: HB uitgevers.
- BULMER, M. (1987). *The social basis of community care*. London: Allen & Unwin.
- DE DIJN, H. (2010). *Vermaatschappelijking van de zorg: in welke maatschappij?* [lezing]. Geraadpleegd op 07/05/2014, http://www.pzolv.be/upload/HDD-Vermaatschappel_vd_zorg%20_2_.pdf
- DRIESSENS, K. (2003). *Armoede en hulpverlening. Overleven in isolement en afhankelijkheid* [proefschrift tot behalen van de graad van Doctor in de Politieke en Sociale Wetenschappen]. Gent: Academia Press.

⁴⁵ Jacobs, 2010.

⁴⁶ De Dijn, 2010.

- DRIESSENS, K. & GELDOF, D. (2008). 'Normatieve professionaliteit in het sociaal werk.' *Alert*, 34 (2), 66-71.
- HATTINGA VERSCHURE, J. (1981). *Het verschijnsel zorg – een inleiding tot de zorgkunde*. Lochem: De Tijdstroom.
- JACOBS, G. (2010). *Professionele waarden in kritisch dialoog. Omgaan met onzekerheden in educatieve praktijken*. Tilburg: Fontys Hogescholen.
- KUNNEMAN, H. (2012). Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn. [lezing]. Rotterdam.
- KWEKKEBOOM, R. (2010). *De verantwoordelijkheid van de mensen zelf*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- MORÉE, M. (2004). 'Professionele zorg en mantelzorg. Bruggen slaan tussen twee werelden.' *Denkbeeld*, 16, 10-13.
- POLS, J. (2006). 'Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care.' *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 77-104.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2002). *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: RMO.
- SCHEFFERS, M. (2010). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociale netwerkmethodiek*. Bussum: Coutinho.
- SCHOLTE, M., SPRINKHUIZEN, A. & ZUITHOF, M. (2012). *De Generalist. De sociale professional aan de basis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- SCHUURMAN, M. (2002). *Mensen met verstandelijke beperkingen in de samenleving. Een analyse van bestaande kennis en aanwijzingen voor praktijk en verdere kennisverwerving*. [studie] Utrecht: Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg.
- SIMILES, (2008). *Familiemanifest*. Geraadpleegd op 07/05/14, <http://nl.similes.be/page?pge=91&ssn=&lng=1>
- SPIERTS, M. (2014). *De stille krachten van de verzorgingsstaat. Geschiedenis en toekomst van de sociaal-culturele professionals*. Amsterdam: Van Genneep.

- STEYAERT, J. (2011). 'Van verzorgingsstaat naar wurgend lokaal sociaal beleid.' In Walraven, G. & Pen, C.J. (red.), *Van de maakbare naar de lerende stad, de praktijkgerichte bijdrage van lectoraten* (pp. 119-126). Antwerpen: Garant.
- TIMMERMANS, J., DE BOER, A. & IEDEMA, J. (2005). *De mantelval; over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*. Den Haag: SCP.
- TONKENS, E. (2014). *5 Misvattingen over de participatiesamenleving*. [afscheidsrede]. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.
- VANDEURZEN, J. (2010). *Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, versie 2 april 2010.
- VANDEURZEN, J. (2011). *Beleidsbrief 2011-2012*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- VAN AUDENHOVE, C. & DECLERCQ A. (2007). 'De mantelzorg, over zorglast, veerkracht en het belang van een goede relatie.' In: *Welzijns-gids: gezondheidszorg en welzijnszorg*, Afl. 65 (juli 2007), 41-59. Mechelen: Kluwer.
- VAN DEN ENDEN, T. (2011). *Waarden aan het werk. over kantelmo-menten en normatieve complexiteit in het werk van professionals*. Amsterdam: SWP.
- VAN DER LANS, J. (2011). *Eropaf! De nieuwe start van het sociaal werk*. Amsterdam-Antwerpen: Augustus.
- VAN EWIIJK, H. (2011). *Professional: hoe verder?* [lezing]. Utrecht: Kenniscentrum sociale innovatie.
- VAN GUNSTEREN (2010). *Guusje Gezag & de Eigenzinnige Burger. Burgerschapslzing 2010*. Nijmegen: Soeterbeeck Progamma Radboud Universiteit Nijmegen en het Forum voor Democratische Ontwikkeling.
- VAN HOVE, V. (2007). *De begeleider als bruggenbouwer*. Sint-Amans-berg: WIEV.
- VAN LAKERVELD, J. & DE OTTER, M. (2009). *Perspectief op inclusief, vruchten van praktijkonderzoek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- VAN REGENMORTEL, T. (2008). *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. [oratie]. Eindhoven: Fontys Hogescholen.

- VERHAEGHE, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- VERHAGEN, S. (2005). *Zorglogica's uit balans: het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard*. Utrecht: De Graaff.
- VERZAAL, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg. Onderzoek naar empowermentbevorderend gedrag van hulpverleners*. [Academisch proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- WIERDSMA, A. (2007). 'Verschillend denken maar afgestemd handelen: Omgaan met diversiteit en tijdelijkheid.' In S. Prins, S. Schruijer, J. Verboven & W. De Witte (red.), *Diversiteit en vertrouwen in sociale systemen*. Leuven: Lannoo Campus.
- WILKEN, J.P. (2005). *Gemeenschapszorg. Community care als concept voor een leefbaarder samenleving voor iedereen*. Geraadpleegd op 05/05/14, <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/CmsData/Articles>
- WILKEN, J.P. & DANKERS, T. (2010). *Schakels in de buurt: op weg naar nieuwe vormen van zorg en welzijn in de wijk*. Amsterdam: SWP.