

## VHV EN KWALITEITZORG: VOORWAARDEN VOOR EEN WIN-WIN-RELATIE

Prof. dr. J. van Mens-Verhulst

*Lezing tijdens het Symposium ter gelegenheid van de afsluiting van het Landelijk Platform Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg, 23 november 1995.<sup>1</sup>*

In het kader van kwaliteitszorg zijn twee vragen aan de orde: Ten eerste, doen we de dingen goed - of kunnen ze misschien beter? Ten tweede, doen we de goede dingen.

Mijn stelling is dat een win-win-relatie tussen VHV en kwaliteitszorg alleen mogelijk is, als ook die tweede vraag aan de orde mag komen; en dan in een permanente discussie tussen managers, professionals en cliënten (of hun zaakwaarnemers).

### Kwalitatieve impuls op twee niveaus.

Er bestaan over kwaliteitszorg bestaan vele prachtige definities, maar ik kan hier volstaan met een heel eenvoudige: kwaliteitszorg is het organiseren van feedback over eigen functioneren en de resultaten daarvan en dat verbinden met leerprocessen.

Er zijn echter verschillende soorten leerprocessen mogelijk (Argyris and Schön, 1974; Bateson, 1973; van Mens-Verhulst en van Mens, 1990): leerprocessen van de eerste, en leerprocessen van de tweede orde.

De eerste soort vraagt naar "Doen we de dingen goed?". Daarbij gaat het om het bewaken van de kwaliteit. Bij dit leerproces van de 1e orde is men druk met de normale gang van zaken te meten, te beoordelen aan de hand van criteria, om vervolgens verbeteringen aan te brengen om beter aan de normen te voldoen. Daarbij staat de normering zelf niet ter discussie, maar gaat het om min of meer technische verbeteringen van bestaande routines, bijvoorbeeld een vriendelijker bejegening van cliënten, snellere administratieve procedures, kortere wachttijden, duidelijker regels van het aannemebeleid; en liefst ook efficiëntere methoden.

De tweede soort leerprocessen (in het kader van kwaliteitszorg) vraagt naar "Doen we de goede dingen?". Dat is zorg-voor-kwaliteit hebben. Bij dat leerproces van de 2e orde staan de normen, de kwaliteitseisen die in de 1e orde zo vanzelfsprekend zijn, juist wel ter discussie: daarover bezint men zich; die worden eventueel herzien; zo komt innovatie tot stand.

De kwalitatieve impuls die VHV heeft te bieden, ligt op beide niveaus.

---

<sup>1</sup> Gepubliceerd in "De Kwalitatieve Impuls. 4 jaren Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg". (Boumanhuis, Rotterdam)

### Bijdrage aan de kwaliteitsdiscussie

Twintig jaar geleden, toen zorg-voor-kwaliteit nog een non-item was, toen vrijwel niemand zich nog druk maakte over registratie en certificering - en al helemaal niet in de dienstverlenende sector - toen al zijn vanuit de vrouwenbeweging de eerste signalen gekomen dat er behoefte bestond aan een hulpverlening met andere kwaliteiten dan wat gebruikelijk was. In de loop der tijd hebben die andere kwaliteiten een naam gekregen: seksespecificiteit, politisering, cliëntgerichtheid en holistische benadering. Daarmee zijn eigenlijk 4 kwaliteitsdiscussies aangeduid<sup>2</sup>:

De eerste discussie is die van de seksespecificiteit, in plaats van seksneutraliteit. Inzet daarbij is de erkenning dat het verslavingspatroon van h  r er anders uitziet dan van h  m en dat er ook andere oorzakelijke processen aan ten grondslag (kunnen) liggen. Consequentie is dat je andere hypothesen neemt om mee te werken; hypothesen die soms ook uitmonden in gebruik van andere methoden en andere settings.

De tweede kwaliteitsdiscussie werd aangezwengeld onder de noemer van politisering (maatschappelijke bewustheid/emancipatie), als tegenwicht tegen de gangbare individualistische benadering. Uitgangspunt is dat sociale positie en socialisatie van cliënten een rol spelen in het ontstaan, de presentatie en het voortduren van problemen. Die sociale positie en socialisatie van vrouwen en mannen wordt dan uitgedrukt in termen maatschappelijke autonomie (of het gebrek daaraan); het persoonlijk zorgtekort (dat al of niet aanwezig is); en de zorg-respectievelijk liefdesplicht in onze samenleving die zich kan vertalen in enorme schuld- en schaamtegevoelens wanneer men daaraan niet weet te voldoen, om welke reden dan ook. Volgens de VHV getuigt het van kwaliteit van het hulpverleningsaanbod als het tot resultaat heeft dat deze maatschappelijke en culturele processen worden blootgelegd en doorbroken en als er voorzorgen worden genomen om deze processen zich niet te laten herhalen tijdens in de hulpverleningsrelatie. Met andere woorden, in die hulpverleningssituatie moeten zich niet de micropraktijken ontwikkelen van de schadelijk gebleken maatschappelijke machtsuitoefening.

Een derde kwaliteitsdiscussie droeg de noemer cliëntgerichtheid als alternatief voor de gerichtheid die bestond op de instelling en de beroepsgroep en als tegenwicht tegen het "deskundologisch regime" zoals Kunneman dat noemt: de situatie waarin alle deskundigheid wordt toegekend aan de beroepsbeoefenaren en de ervaringskennis en eventuele ervaringsdeskundigheid<sup>3</sup> van cliënten genegeerd wordt.

---

<sup>2</sup>De discussies staan niet geheel los van elkaar, maar het zou te ver voeren om daar nu dieper op in te gaan.

<sup>3</sup>Ervaringskennis staat voor de deskundigheid die een cliënt heeft ten aanzien van haar eigen leven en omstandigheden en het omgaan met haar klachten. Ervaringsdeskundigheid is door de Adviesgroep

De vierde kwaliteitsdiscussie betrof de holistische of integrale benadering als verbetering ten opzichte van de medisch-technische ofwel ziekte-benadering en tevens protest tegen een verkokering waarin verslaving bijvoorbeeld, alleen al door het verwijzingsbeleid, losgekoppeld wordt van andere problemen.

Deze vier kwaliteitsopvattingen vormen een van de impulsen die de VHV kan geven aan de discussie over de normen in de kwaliteitszorg.<sup>4</sup>

### Bijdrage aan de methodiekwontwikkeling

De impulsen die VHV heeft te bieden, zijn echter ook heel concreet. Er is binnen de VHV immers al jarenlang gewerkt vanuit de vier genoemde kwaliteitsopvattingen en er is inmiddels een ruim repertoire van concrete handelingsvoorschriften opgebouwd - de "do's and don't's" die bij die kwaliteiten horen. Die kundigheid en kennis kunnen instellingen goed gebruiken in hun leerprocessen van de eerste orde.

Ik denk dan aan principes die ook in de motivationele aanpak van Miller een belangrijke rol spelen (Meulenbelt en Weevers, 1994):

- \* cliënten aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid en kracht;
- \* voorlichting geven over gevolgen van verslaving (maar een moreel oordeel achterwege te laten);
- \* cliënt zelf het behandelingsdoel laten kiezen en niet bij voorbaat abstinentie als doel te nemen. Gecontroleerd gebruik is ook een optie, evenals het voorkomen van verslechteringen ofwel wel het handhaven van het huidige niveau.

---

VHV (1991) gedefinieerd als het vanuit eigen ervaring en der verwerking daarvan kunnen hanteren van een specifieke problematiek, en het kunnen aanwenden van deze deskundigheid ten behoeve van derden. Ervaringsdeskundigheid vereist dus reflectie op eigen ervaring en enige distantie. Zie ook Advies Ervaringsdeskundigheid van de Leergangen VHV (1992).

<sup>4</sup>In de discussie met de heer Kok van de inspectie kwam naar voren dat VHV in sommige van haar kwaliteitseisen niet meer alleen staat. De heer Kok vroeg zich daarom af of het wel nodig en ook verstandig was om van vrouwenhulpverlening te spreken als het eigenlijk 'gewoon' om goede hulpverlening gaat.

Inderdaad is cliëntgerichtheid inmiddels een algemeen geaccepteerde kwaliteitseis - zij het dat de uitleg die er aan wordt gegeven niet altijd overeenkomst met die van de VHV. Ook holisme wordt min of meer als een kwaliteit erkend, onder andere in het streven naar een bio-psycho-socio-benadering in de psychiatrie. Echter, in de praktijk blijkt eigenlijk altijd één van de drie aspecten de hegemonie te krijgen (Vaalberg, 1995). Dat euvel geldt overigens ook voor de VHV (Bransen, 1994).

Politisering en sekse- of genderspecificiteit zijn echter (nog) geen gemeengoed. Daarin onderscheidt de VHV zich nog steeds van andere soorten hulpverlening. Ze zijn weliswaar niet (meer) exclusief aan vrouwen gebonden, maar daarom mag het toch wel vrouwenhulpverlening blijven heten: VHV als geuzennaam, dus.

[Van Vrouwenhulpverlening naar Gender en Gezondheid. Publicaties en lezingen.

- \* hulpverleners hun eigen houding/vooroordelen over verslaving te laten onderzoeken;.
- \* het hulpverleningsproces als een leerproces in te richten, dat met vallen en opstaan kan worden doorlopen.

Ik denk dan ook aan de discussienota die de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid twee jaar geleden door ons project heeft laten opstellen en waarin vijftientig bladzijden met behoorlijk ver geconcretiseerde kwaliteitscriteria voorkomen.

Sinds een maand is er bovendien het document van het Landelijk Platform Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg met handvatten voor methodiekontwikkeling. Zoals gezegd, ook in praktisch opzicht, dat wil zeggen voor de leerprocessen van de eerste orde, is er een win-win-relatie mogelijk tussen VHV en kwaliteitszorg.

Tot zover de kansen, dan nu de valkuilen en de voorwaarden.

### Valkuilen

Om de valkuilen toe te lichten, wil ik even terug naar de oorsprong van kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. Die is heel wat prozaïscher dan sommigen van u misschien denken. Het kwaliteitsbeleid is namelijk vooral ingegeven door overwegingen van kostenbeheersing (van Houten, 1994). In de kwaliteitswet zorginstellingen staan doelmatigheid en doeltreffendheid voorop. Cliëntgerichtheid is daar min of meer een middel in. Waar het de wetgever om ging, is dat die cliënt de derde partij zou zijn op de zogenaamde zorgmarkt, naast zorgaanbieders en verzekeraars. Achterliggende gedachte was dat die cliënt - als calculerende consument - er zelf wel op zou letten dat hij of zij genezing of hulp krijgt tegen een zo laag mogelijk prijs. Cliëntgerichtheid in de gedachtengang van de wetgever staat dus - wederom - voor doelmatigheid, doeltreffendheid en kostenbeheersing en wordt en wordt uitgewerkt in termen van "een betere aansluiting tussen vraag en aanbod", "afstemming op de regionale behoefte" en als middel daartoe "participatie van cliënten in besturen".

In de instellingen is het streven van de kwaliteitswet vertaald in het bevorderen van een vlotte doorstroming en het verhogen van de controleerbaarheid, door heldere informatieverschaffing, een beter geregelde intake, protocollering en standaardisering van activiteiten, klachtenregelingen, effectmetingen enzovoorts. Kortom, het heeft een hele meetbaarheidscultus opgeroepen.

Dat is dus een ander soort cliëntgerichtheid dan waar het de VHV oorspronkelijk om ging, " het rekening houden met de leefsituatie van de cliënt", " de hulpvraag als uitgangspunt nemen". " de cliënt over het doel te laten beslissen", " de cliënt 'volgen', in plaats van 'verwerken'."

Dat waren aandachtspunten om een goede kwaliteit van leven te bewerkstelligen.

De valkuil die ik in dit verband zie, is dat in zo'n klimaat van kostenbeheersing de integratie van VHV gemakkelijk kan uitmonden in een technische reductie: alleen leren van de eerste orde, voorzover dat in de kraam van de integrerende instellingen te pas komt. Dat betekent verwaarlozing van de punten die moeilijk meetbaar zijn ("niet hard te maken"). Ik noem er enkele: aandacht, veiligheid, betrokkenheid, ruimte voor verdriet, geven van hoop, het laten merken "dat niets hoeft", simpelweg belangstelling tonen, het tempo van de cliënt respecteren. Het betekent ook dat een aantal thema's, technieken en principes van de VHV wordt toegepast terwijl de oorspronkelijke functie ervan verloren gaat. Bijvoorbeeld seksehomogene groepen (Boedjarath, 1994) en het inzetten van ervaringsdeskundigheid. Dat kan alleen al interessant zijn vanuit bezuinigingsoogpunt zonder dat het automatisch bijdraagt aan de sociale en psychische emancipatie van vrouwen.

Bij zo'n integratie zou de VHV een ander, belangrijk deel van haar identiteit niet meer kwijt kunnen, zoals haar zorgzame én emancipatoire bejegening van cliënten. En haar bereidheid tot permanente zelfreflectie in relatie tot de maatschappelijke machtsdynamiek, tussen mannen en vrouwen, maar ook zwarten en witten, hetero's en homo's, autochtonen en allochtonen (van Mens-Verhulst, 1995). Ook een derde aspect van haar identiteit zou de VHV niet meer kunnen realiseren: haar innovatieve instelling, waarmee ze probeert nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen in de hulpverlening te betrekken; ontwikkelingen als de komst van asielzoek(st)ers, de groeiende groep HIV-positieve vrouwen, de vrouwen die werk en gezin proberen te combineren, de sociaal-emotionele vereenzaming van carrièrevrouwen en de cultuurschok of de specifieke conflicten waarin migrantenvrouwen en -dochters verzeild kunnen raken (Mesch en van Mens-Verhulst, 1993)

Een tweede valkuil die ik zie, is de neiging om de kwaliteitsdiscussie van de tweede orde - voor zover die wordt gevoerd - te beperken tot het management<sup>5</sup>, met de verzekeraars op de achtergrond. Dat wil zeggen dat de normering tot stand komt over de hoofden van professionals en cliënten heen. Dat zijn enkel de partijen die 'gemeten' worden: professionals aan hun output, het klachtenpercentage en de mate waarin ze aan het protocol voldoen; cliënten aan hun tevredenheid.

Vanuit de VHV gezien is het echter essentieel dat ook de cliënten en de professionals zich kunnen mengen in de kwaliteitsdiscussie. Dat vergt misschien wel nieuwe overleg en -experimenteervormen, in ieder geval een tweerichtingsverkeer in de communicatie en tijdsinvestering: geen zaken die zo goed in een streven naar doelmatigheid passen.

---

<sup>5</sup> (directie/ afdelingshoofden/ VHV-coördinatoren).

Een derde valkuil die ik onder uw aandacht wil brengen betreft de taal waarin de discussies worden gevoerd. Iedere groep heeft zijn eigen taal om te verwoorden hoe de wereld en het werk eruit ziet. Zulke taalverschillen doen zich ook voor tussen de partijen die deelnemen aan de kwaliteitsdiscussie. Waar cliënten het hebben over klachten en behoefte aan 'een luisterend oor', drukken professionals zich doorgaans uit in termen van diagnose en behandeling en spreken managers, verzekeraars en de inspectie van vraag en aanbod. Daarbij concretiseren ze dat aanbod in 'zorgprogramma's'.

In onze onderzoeksprojecten blijkt echter dat de gangbare manier van denken en praten over hulpverlening het meestal bijzonder moeilijk maakt om de VHV-kwaliteiten zichtbaar te maken. Ik wil dat illustreren aan de hand van de manier waarop op dit moment zorgprogramma's worden beschreven, in de samenwerking tussen de instellingen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het is daarbij gebruikelijk de volgende punten vast te leggen: doelgroep, hulpvraag, diagnostiek (te vergelijken met de voorlopige hypothese in de verslavingszorg), probleemdefinitie, doelstellingen en activiteiten.

Daarin laat zich niet vanzelf vatten welke thema's centraal zullen staan tijdens de hulpverlening; welke zeggenschap de cliënt is toegedacht over de behandeling; hoe de relatie T-C verder is gedacht - qua deskundigheid/ intimiteit bijvoorbeeld; welke attitude van de hulpverlenende verwacht mag worden of hoe de nagestreefde doelen zich verhouden tot de deelname aan het maatschappelijk leven. Ook de

De elementen "diagnostiek en probleemdefinitie" zijn in de VHV juist niet bij voorbaat gegeven.<sup>6</sup> Om een VHV-programma adequaat te beschrijven, zijn er behalve doelgroep, hulpvraag en doelstellingen echter nog de volgende specifieke punten nodig:

- inhoud (en de grenzen);
- werkvormen (en de grenzen aan de methoden: geen paradoxale interventies, wel lijfwerk bijvoorbeeld)
- werkrelatie (gelijkwaardigheid - in welke opzichten wel, in welke niet; welke plaats wordt er ingeruimd voor de ervaringskennis van de cliënt?)
- deskundigheid van de hulpverleenster: niet alleen qua scholing, maar ook qua ervaring.
- organisatie: welke omgangsregels en randvoorwaarden gelden er, bijvoorbeeld in de tijdshantering (wel of niet op huisbezoek);
- wat is de maatschappelijke missie.

Dat is nogal een ander raamwerk om in te vullen wat de goede dingen zijn.

---

<sup>6</sup> De geïnteresseerden onder u verwijs ik naar de bundel *Debatten in de VHV*, waarin ik een produktmodel van hulpverlening uitwerk, als alternatief voor het produktmodel.

Soortgelijke analyses zijn te maken rond begrippen als 'deskundigheid', of het begrip autonomie.

### Voorwaarden

Gelukkig laten valkuilen zich omzeilen als je eenmaal weet waar ze zich bevinden. De win-winrelatie tussen VHV en kwaliteitszorg hoeft daarom geen utopie te zijn, mits een aantal voorwaarden wordt vervuld. Ik presenteer er hier vijf.

Voorwaarde een is de discussie over normen. Men moet samen de leerprocessen van de tweede orde (wat zijn de goede dingen?) aangaan. Kwaliteitsbeleid dat zich beperkt tot eerste orde leerprocessen kan namelijk zelfs schadelijk worden op den duur doordat het alleen maar "meer van hetzelfde" stimuleert en zo verstarring van de hulpverlening in de hand werkt.

Voorwaarde twee is de discussie over concepten. Men moet de taal, de begrippen waarmee wordt gewerkt, kritisch doordenken: kan daarin wel worden uitgedrukt waar het om gaat? Zo niet, kunnen we dan betere termen en kaders verzinnen?

Voorwaarde drie is de aandacht voor dat wat niet onmiddellijk meetbaar is. Immers, het meetbare mag niet verward worden met het waardevolle.

Voorwaarde vier is discussie met professionals en cliënten. Aan de discussies die gevoerd worden, moeten ook de professionals-van-de-werkvloer en de cliënten deel kunnen nemen. Dat hoeft niet altijd in vergadervorm, en zelfs niet altijd in woorden. Er bestaan onderzoeksvormen die hierin een ondersteunende rol kunnen vervullen<sup>7</sup>.

Tenslotte voorwaarde vijf: permanent discussie. De discussie over normen, tussen management, professionals en cliënten, is in principe een permanente discussie. Soms kan die even blijven rusten; maar in een snel veranderende wereld als de onze zal dat nooit voor lang kunnen zijn.

In feite zijn deze voorwaarden niet exclusief voor de integratie van VHV, maar gelden ze voor alle goede kwaliteitszorg. In geval van VHV zijn ze echter in tweeërlei opzicht essentieel. Ze zorgen ervoor dat de VHV zelf in beweging blijft en daardoor ook op langere termijn een kwalitatieve impuls blijft.

---

<sup>7</sup>Met name onderzoekers opgeleid in handelingsonderzoek kunnen hierin een faciliterende rol spelen. Voordeel voor de organisatie is dat de 'kostenpost' van een onderzoeker duidelijk kan worden gecalculiseerd en gelimiteerd.

### Referenties

- Argyris, C. & D. Schön (1974). Theory and Practice. London: Jossey-Bass Publishers.
- Bateson, G. (1973). Steps to an Ecology of Mind. Frogmore, St. Albans: Paladin.
- Bransen, E. (1994). De holistische benadering: heel de vrouw? In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus.
- Boedjarath, I. (1994). Vrouwengroepen: over oude principes en nieuwe doelgroepen. In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus.
- GHIGV (1993) Vrouwenhulpverlening: van opvattingen tot kwaliteitsprofiel. Een inventarisatie van opvattingen en eindtermen VHV in de GGZ. Rijswijk: GIGV.
- Houten, D. van (1995). Kwaliteit van leven in een zorginstelling. Lezing voor landelijk overleg recreatie en vormingswerk LORV.
- Kunneman, H. (1990). Humanisme, postmodernisme en het deskundologisch regime (oratie). Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Landelijk Platform Vrouwenhulpverlening in de Verslavingszorg (LPVV) (1995). Mate van integratie van vrouwenhulpverlening. Eindrapport schriftelijke enquête door de Werkgroep Strategie. Utrecht: NeVIV.
- Leergangen Vrouwenhulpverlening (1992) Advies Ervaringsdeskundigheid. Utrecht: Transact.
- Mens-Verhulst, J. van (1995). De beweging in beweging. In I. Graveland (red) De beweging in beweging. Amsterdam: SISWO.
- Mens-Verhulst, J. van en M.E. van Mens (1990). Zelforganisatie, innovatie en heterarchisch management. In Handboek voor organisatie.
- Mens-Verhulst, J. van & en Schilder, L. (1994). Beweging van de beweging: een epiloog met het oog op de toekomst. In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus.
- Mesch, H. & van Mens-Verhulst, J. (1993). Vrouwenhulpverlening op het transculturele pad. Utrecht: ISOR (UU/FSW).
- Meulenbelt, A. en A. Weevers (1994). Vrouwen en alcohol. Amsterdam: SARA/ van Gennep
- Vaalburg, A. (1995). Je kunt er pillen ingooien wat je wilt, maar de ziekte is te functioneel. Doctoraalscriptie Universiteit Utrecht, vakgroep ASW.