

VROUWENHULPVERLENING

OP

HET

TRANSCULTURELE

PAD

HEIKE MESCH
JANNEKE VAN MENS-VERHULST

Mei 1993

Uitgave door: Faculteit der Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht

Druk: Utrecht, 1993
Reproductie-afdeling Faculteit Sociale Wetenschappen

Copyright ISOR.
Uitgegeven door het ISOR, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

All rights reserved, including those of translation into foreign languages. No part of this publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the author.

ISBN 90-5187-146-5

WOORD VOORAF

Dit rapport is het resultaat van een samenwerking die begon als een stageovereenkomst binnen het project 'Kwaliteit van VHV', dat weer deel uitmaakt van het onderzoekprogramma Sekse, Moraal en Zorg van Universiteit Utrecht.

Bij het opstellen van een discussienota over VHV bleek dat zowel in het veld als bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg de vraag leefde in hoeverre de kwaliteitseisen die vanuit VHV worden geformuleerd, ook van toepassing zijn op allochtone hulpvraagsters.

Voor Heike Mesch, toen stagiaire bij het project, was dit reden om zich verder te verdiepen in de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Al eerder in haar studie had ze een werkstuk over dit onderwerp gemaakt. Nu maakte ze een onderzoeksplan om dat vervolgens zelf uit te voeren. Janneke van Mens-Verhulst, leidster van het totale project 'Kwaliteit van VHV', begeleidde haar hierbij. De stage heeft geresulteerd in het onderzoeksverslag '*ALLOCHTONENVHV, een onderzoek naar de kwaliteit van VHV voor allochtone vrouwen*'.

Na afloop van de stage was er aan weerskanten behoefte om tot een bredere verspreiding van de onderzoeksresultaten te komen. Het stageverslag is toen door Janneke van Mens-Verhulst bewerkt tot het rapport dat hier voor u ligt. Dit is gebeurd in nauw overleg met Heike Mesch.

'Want de wereld is niet goed genoeg; wij moeten hem beter maken'
(Alice Walker, 1986)

Onze dank gaat uit naar alle vrouwenhulpverleners die bereid waren om in een telefonisch of persoonlijk interview hun kennis over trans- en multicultureel werken met ons te delen.

Heike Mesch
Janneke van Mens-Verhulst

INHOUD

Woord vooraf	1
Inhoudsopgave	3
1 Het onderzoek	7
1.1 Probleemstelling	7
1.1.1 Kader van het onderzoek	8
1.1.2 Vraagstelling	9
1.1.3 Doelstelling	9
1.2 Theoretisch kader	10
1.2.1 Definitie van begrippen	10
1.2.1.1 Kwaliteit	10
1.2.1.2 Het primaire proces van hulpverlening	11
1.2.2 Kwaliteitsaspecten van VHV	12
1.2.2.1 VHV-kwaliteiten m.b.t. het primaire proces	12
1.2.2.2 Uitgangspunten van VHV	14
1.2.3 Allochtone vrouwen	15
1.2.4 Transculturele hulpverlening	16
2 Verantwoording en onderzoeksmethode	19
2.1 De doelgroep	19
2.1.1 Cijfers	19
2.1.2 Achtergronden	20
2.2 Dataverzameling	21
2.2.1 Documentenanalyse	22
2.2.2 Interviews	22
2.2.2.1 Selectie van respondenten	22
2.2.2.2 Methode van interview	23
2.2.2.3 Kwaliteit van hulpverlening nader geoperationaliseerd	23
2.3 Dataverwerking	24
2.4 Onderzoeksverloop	25
2.4.1 Extra informatiebronnen	25
2.4.1.1 Riagg's	25
2.4.1.2 Opvangvoorzieningen	26
2.4.2 Rapportage	26
2.4.2.1 Kwaliteit van het hier aangeboden kennisprodukt	27

3De onderzoeksgegevens	29
3.1Allochtone hulpvraagsters in de opvangsector	29
3.1.1Bronnen	29
3.1.2Het primaire proces	30
3.1.2.1Het hulpverleningsaanbod	30
3.1.2.2Begeleiding, ontslag/nazorg	30
3.1.3Geldigheid VHV-kwaliteiten	31
3.1.4Belemmeringen en knelpunten	34
3.2Allochtone vrouwen in de Riaggs's	36
3.2.1Bronnen	36
3.2.2Het primaire proces	36
3.2.2.1Het hulpverleningsaanbod	36
3.2.2.2Diagnose	37
3.2.2.3Behandeling	38
3.2.2.4Nazorg	41
3.2.3Geldigheid VHV-kwaliteiten	41
3.2.4Belemmeringen en knelpunten	43
3.2.4.1Organisatorische knelpunten	43
3.2.4.2Externe knelpunten	44
3.2.4.3Weerstanden vanuit de doelgroep	44
3.3Allochtone cliënten in de semi- en intramurale psychiatrie	45
3.3.1Bronnen	45
3.3.2Het primaire proces	45
3.3.2.1Het hulpverleningsaanbod	45
3.3.2.2Diagnose	47
3.3.2.3Behandeling	47
3.3.2.4Nazorg	49
3.3.3Geldigheid VHV-kwaliteiten	49
3.3.4Belemmeringen en knelpunten	49
3.3.5Hulpverleningsproces: werken met een Turkse vrouwengroep	50
3.3.5.1Het hulpverleningsaanbod	50
3.3.5.2Diagnose	51
3.3.5.3Behandeling	52
3.3.5.4Nazorg	52
3.3.6Geldigheid VHV-kwaliteiten	52
3.3.7Belemmeringen en knelpunten	54

4 Conclusies over kwaliteitseisen voor Vrouwenhulpverlening aan allochtone vrouwen	55
4.1 Conclusies ontleend aan opvanginstellingen	55
4.1.1 Het primaire proces	55
4.1.1.1 Kennis van hulpverle(e)n(st)ers	55
4.1.1.2 Attitude van hulpverle(e)n(st)ers	55
4.1.1.3 Hulpverleningsrelatie	56
4.1.1.4 Inhouden	56
4.1.2 Structuur en beleid	56
4.1.2.1 Interne voorwaarden	56
4.1.2.2 Externe voorwaarden	58
4.2 Conclusies ontleend aan Riaggs's	58
4.2.1 Het primaire proces	58
4.2.1.1 Kennis hulpverle(e)n(st)ers	58
4.2.1.2 Attitude hulpverle(e)n(st)ers	58
4.2.1.3 Hulpverleningsrelatie	59
4.2.1.4 Inhouden van hulpverlening	59
4.2.2 Structuur en beleid	59
4.2.2.1 Interne voorwaarden	59
4.2.2.2 Externe voorwaarden	60
4.3 Conclusies ontleend aan semi- en intramurale psychiatrie	61
4.3.1 Het primaire proces	61
4.3.1.1 Kennis hulpverle(e)n(st)ers	61
4.3.1.2 Attitude hulpverle(e)n(st)ers	61
4.3.1.3 Hulpverleningsrelatie	61
4.3.1.4 Inhouden van hulpverlening	61
4.3.2 Structuur en beleid	62
4.3.2.1 Interne voorwaarden	62
4.3.2.2 Externe voorwaarden	63
4.4 Antwoord op de vraagstelling	64
4.4.1 Kwaliteitsaspecten van het primaire proces	64
4.4.1.1 Bejegening	65
4.4.1.2 Diagnose en behandeling/begeleiding	65
4.4.2 Geldigheid van de VHV-uitgangspunten	67
4.4.2.1 Seksespecificiteit	67
4.4.2.2 Aandacht voor machtsverschillen	68
4.4.2.3 Transparantie	68
4.4.2.4 Autonomiebevordering	68
4.4.2.5 Politisering	69
4.4.2.6 Cliëntvriendelijkheid	69

4.4.2.7Zelfreflexieve attitude van de hulpverlenende	70
4.4.3Voorwaarden voor transculturele hulpverlening	70
4.4.3.1Voorwaarden op uitvoerend niveau	71
4.4.3.2Voorwaarden op instellingsniveau	71
5Aanbevelingen	75
5.1Aanbevelingen voor de kwaliteitsdiscussie	75
5.2Aanbevelingen voor de VHV	76
5.3Slotwoord	77
Literatuur	79
Bijlage 85	
Index 89	

Hoofdstuk 1

HET ONDERZOEK

1.1 PROBLEEMSTELLING

Het aantal allochtone vrouwen dat gebruik maakt van psychiatrische zorg neemt toe. Op de hulpverlening aan allochtone vrouwen is in de psychiatrie echter nog nauwelijks een visie ontwikkeld (Huijbregts, 1990). Dit maakt de vraag actueel wat de vrouwenhulpverlening (VHV) aan allochtone vrouwelijke psychiatrische patiënten heeft te bieden.

De geldigheid en toepasbaarheid van VHV-principes en -werkwijze voor allochtone cliënten wordt in twijfel getrokken in de literatuur over de opvangsector; een sector waar men al langer ervaring heeft met zorgverlening aan allochtone vrouwen.

Henken-David (1990) stelt bijvoorbeeld vast dat de concepten van VHV slecht aansluiten bij de belevingswereld van allochtone vrouwen. Zij vermoedt dat allochtone vrouwen de feministische visie onjuist interpreteren en zich veelal tot scheiding overgehaald voelen.

Ook uit een gesprek met een Marokkaanse gezondheidsvoorlichtster komt naar voren dat het principe autonomie, zoals in de VHV gehanteerd, nauwelijks aansluit bij Moslim-vrouwen. Weliswaar zijn er in Marokko ook veel ontwikkelingen gaande waardoor de grenzen tussen mannen en vrouwen niet meer zo streng gehanteerd worden, maar de mensen die naar Nederland gekomen zijn, houden aan hun oude waarden vast (gesprek met Marokkaanse gezondheidsvoorlichtster, 1992).

Al eerder analyseerde Elmaim (1987:48-57) dat de ideeën van vrouwenopvang over zelfstandigheid van vrouwen en de daaraan gekoppelde hulpverlening niet aansluiten bij de hulpvraag van Marokkaanse vrouwen

'die meestal er op is gericht bemiddeling bij huwelijksproblemen te krijgen en niet zozeer zelfstandigheid'.

Voorzover Marokkaanse hulpvraagsters toch zelfstandig gaan wonen, blijkt het verblijf in het vrouwenopvangscentrum daar dan niet adequaat op voor te bereiden.

Meijer (1990) schrijft met betrekking tot VHV-principes:

'Een hulpverleningsmethodiek die uitgaat van gelijkwaardigheid tussen hulpverle(e)n(st)er en hulpvraagster gaat vaak voorbij aan de socialisatie van zwarte vrouwen'

Deug (1990:190) citeert Turkse en Marokkaanse hulpverleensters die vinden dat Nederlandse hulpverleensters te veel uitgaan van eigen normen en waarden:

'Zij zullen zich moeten realiseren dat cliënten geen verlengstuk zijn van wat zij kennen en als normaal beschouwen - dat zijn immers veelal middle class normen. Ook dient een hulpverleenster in te zien, dat cliënten zich niet altijd dezelfde normen en waarden kunnen permitteren.'

Zij wijst er op, dat machtsverschil op basis van etniciteit (en vaak ook klasse) niet een vanzelfsprekend aandachtspunt is binnen de hulpverlening; ook niet wanneer hulpverleensters zich wel bewust zijn van de machtsongelijkheid als een belangrijke factor in hun werk.

Naast de bedenkingen over de principes van VHV worden er ook twijfels geuit aan de geschiktheid van de werkwijze van VHV. Dit betreft met name de vraag van groepsgewijze of individuele begeleiding. Over de voorkeur en voorwaarden van groepsgewijze begeleiding bestaat nog onduidelijkheid (Cordus, 1991).

1.1.1 KADER VAN HET ONDERZOEK

Al deze vragen en twijfels waren op zich al voldoende reden om over te gaan tot een inventarisatie van welke ideeën er over VHV-voor-allochtone-vrouwen in het veld bestaan. Directe aanleiding waren vragen vanuit de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, gesteld tijdens de opstelling van haar rapport over kwaliteitseisen met betrekking tot VHV¹.

¹ De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid werkt aan een nota over kwaliteitseisen voor vrouwenhulpverlening in de psychiatrie, die in het voorjaar van 1992 had moeten verschijnen (Adviesgroep, 1991:44).

Uiteindelijk kon de inventarisatie worden gerealiseerd binnen het project 'Kwaliteit van VHV' van de Universiteit Utrecht, dat zich richt op de bestudering van vrouwenhulpverlening en hulpverlening-aan-vrouwen vanuit een kwaliteitszorg-optiek.

Het project is ontstaan in antwoord op de toenemende behoefte aan kwaliteitszorg binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg. Ook binnen de VHV lopen er discussies over kenmerken en kwaliteiten van het eigen 'produkt' (van Mens-Verhulst, 1992b; Vos, 1993).

Genoemd project draagt bij aan deze discussies door deze via onderzoek criteria te expliciteren en vervolgens instrumenten te ontwikkelen voor kwaliteitsmeting (Vos, Franssen en van Mens-Verhulst, 1992).

1.1.2 VRAAGSTELLING

Als vraagstelling van het onderzoek is geformuleerd:

Welke kwaliteitsopvattingen bestaan in de VHV over het primaire proces van hulpverlening aan allochtone vrouwen in de semi- en intramurale psychiatrie?

Voor het verkrijgen van een gedifferentieerd beeld over de verschillende kwaliteitsopvattingen is deze vraagstelling onderverdeeld in de volgende drie deelvragen:

- 1)Gelden VHV-kwaliteitskenmerken voor het primaire proces ook voor allochtone vrouwen?**
- 2)Welke extra kwaliteitseisen moeten worden gesteld aan het primaire hulpverleningsproces met allochtone vrouwen?**
- 3)Welke voorwaarden zijn nodig voor de realisatie van de beoogde kwaliteiten?**

1.1.3 DOELSTELLING

De antwoorden dienen een beeld te verschaffen van de kwaliteitsopvattingen van VHV aangaande de hulpverlening aan allochtone vrouwen in de psychiatrie en de daaraan verbonden mogelijkheden en knelpunten.

De verzamelde informatie kan als vertrekpunt dienen voor de discussie over de kwaliteitskenmerken van 'transculturele VHV' in de psychiatrie. In die zin geeft dit onderzoek een eerste aanzet om vanuit de empirie (multicultureel

werken) te komen tot een theoretisch onderbouwde visie van 'transculturele VHV' en tot zorg-op-maat voor allochtone vrouwen.

1.2 THEORETISCH KADER

1.2.1 DEFINITIE VAN BEGRIPPEN

1.2.1.1 Kwaliteit

Kwaliteit is volgens Donker (1992) subjectief, relatief en multidimensionaal. Hieruit blijkt al dat het om een complex begrip gaat.

Dat kwaliteit subjectief is, betekent dat er niet één extern criterium voor kwaliteit bestaat, maar dat alle bij de gezondheidszorg betrokken partijen (zoals overheid, behandelaars, verzekeraars en consumenten) eigen opvattingen over kwaliteit kunnen hebben en verschillende kwaliteitseisen kunnen stellen.

Dat kwaliteit relatief is, betekent dat kwaliteit varieert naar tijd en plaats (context).

Dat kwaliteit een multidimensionaal karakter heeft, geeft aan dat kwaliteit niet door één specifiek aspect wordt bepaald, maar is samengesteld uit een in principe oneindige hoeveelheid van verschillende kenmerken die tezamen tot een oordeel over de kwaliteit kunnen leiden.

Definitie van kwaliteit

De in dit onderzoek gehanteerde definitie van kwaliteit is ontleend aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1990):

'Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften.'

Aan de definitie voegt de NRV enkele opmerkingen toe over de te volgen werkwijze:

'De definitie van kwaliteit geeft aan dat het bij het (beoordelen van) kwaliteit gaat om verschillende eigenschappen of kenmerken van een produkt of proces of dienst. Wil men iets zeggen over de kwaliteit van het geheel dan zullen eerst de kenmerkende onderdelen en/of eigenschappen van het onderwerp moeten worden vastgesteld. Vervolgens kan er per onderdeel of eigenschap worden bekeken hoe het met de kwaliteit gesteld is en in hoeverre deze bijdraagt aan de kwaliteit

van het geheel.'

Met deze aanwijzingen is in de verdere aanpak van het onderzoek rekening gehouden. Daarom zijn eerst de verschillende kenmerkende onderdelen van het primaire proces in de hulpverlening benoemd.

1.2.1.2 Het primaire proces van hulpverlening

Voor behandelaars staat het primaire proces van de hulpverlening doorgaans gelijk met (de reeks) hulpverleningscontacten tussen hulpvrager en hulpverlener. Volgens de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV, 1990) dient het primaire proces ruimer te worden opgevat en ook het verblijf van een cliënt in een instelling te omvatten alsmede diens beleving ervan.

Voor dit onderzoek was de ruimere opvatting van de GHIGV het meest adequaat, omdat daarmee de gendergebonden en mono-culturele vanzelfsprekendheden meer-dimensionaal in beeld kunnen worden gebracht. Dit is natuurlijk een voordeel wanneer het gaat om hulpverlening aan vrouwen en allochtonen. Ook al staan in dit onderzoek de contacten met allochtone cliënten centraal, toch moet er ook aandacht worden geschonken aan verschillende meer 'externe' factoren die deze contacten (kunnen) beïnvloeden. Daarom zijn in het onderzoek ook de factoren betrokken die te maken hebben met het verblijf in de instelling en de organisatie ervan².

Om de verschillende onderdelen van het primaire proces te onderscheiden, is gebruik gemaakt van de indeling van de Projectgroep VHV (1986:31-33). Dit leverde voor VHV in de psychiatrie vier rubrieken op.

² Deze factoren, die meestal in de voorwaardenscheppende sfeer liggen, worden hier vermeld onder 'belemmeringen en knelpunten' (Hoofdstuk 3) en 'voorwaarden, structuur en beleid' (Hoofdstuk 4).

- *De eerste rubriek bestaat uit algemene aspecten van de hulpverlening; daartoe worden aanbod en inhouden van hulpverlening gerekend. We hebben daar het aspect 'bejegening' aan toegevoegd³.
- *De tweede rubriek betreft diagnose.
- *De derde rubriek gaat over behandeling en wordt verder opgesplitst in methode en setting.
- *De vierde rubriek geldt ontslag en nazorg.

1.2.2 KWALITEITSASPECTEN VAN VHV

De geschiedenis van VHV zal hier niet opnieuw worden uiteengezet. Dat zij is ontstaan uit ontevredenheid over en kritiek op de 'traditionele' gezondheidszorg, mag ondertussen bekend worden verondersteld. Hoe zij zich heeft ontwikkeld, kan op een andere plek worden nagelezen⁴.

Volstaan wordt met het opsommen van de kwaliteitskenmerken van VHV⁵ die voor dit onderzoek belangrijk zijn. Bij deze opsomming is een onderscheid gemaakt tussen kenmerken betreffende onderdelen van het primaire proces en algemene uitgangspunten.

1.2.2.1 VHV-kwaliteiten m.b.t. het primaire proces

Algemene aspecten

Kenmerkend voor aanbod en inhouden van VHV is de afstemming op specifieke 'vrouwen-problematieken'. Hierbij moet worden gedacht aan programma's voor vrouwengroepen die zich bezig houden met onderwerpen als seksueel geweld, autonomie, woede en agressie. Welke thematiek ook de leidraad voor de hulpverlening vormt, steeds worden in deze programma's naast de individuele

³ Zie voor een eerdere uitwerking van bejegening in de VHV van Mens-Verhulst (1991b: 64-67).

⁴ Bijvoorbeeld bij van Mens-Verhulst in 'Modelontwikkeling voor Vrouw-en-hulpverlening', 1988 (p. 17-34) of bij Nicolai in 'Vrouwenhulpverlening en psychiatrie', 1992 (p. 141-145).

⁵ Deze uitgangspunten zijn gedestilleerd uit Adviesgroep VHV, (1991); Mens-Verhulst, Franssen en Vos (1991) en Nicolai (1992).

ook de maatschappelijke factoren in kaart gebracht die het 'gezonde functioneren' van een hulpvraagster belemmeren.

'Dergelijke factoren worden vervolgens op maatschappelijk niveau aangepakt en niet slechts als een probleem van de betrokken cliënte beschouwd'(Projectgroep VHV, 1986:31).

De VHV-bejegening wordt gekenmerkt door openheid en duidelijkheid over uitgangspunten, doelen en machtsongelijkheid tijdens de behandeling en liefdevolle aandacht en steun (Projectgroep VHV, 1986:32).

Diagnose

Kenmerkend voor de diagnose is, dat er geslachtsrolpatronen en culturele /maatschappelijke invloeden als bronnen van pathologie bij worden betrokken (Projectgroep VHV, 1986). Een andere belangrijke kwaliteit is dat er aandacht wordt besteed aan gebieden als socialisatie, overlevingsstrategieën, bronnen van kracht en de geleefde werkelijkheid van vrouwen - gebieden die in de traditionele psychiatrische diagnostiek buiten beschouwing blijven (Nicolai, 1992).

Behandeling

Kwaliteitskenmerken van behandeling zijn te verdelen in kenmerken van methoden en setting.

Van de VHV-methodieken zijn de belangrijkste kwaliteiten de actiegerichtheid, non-verbaliteit en diversiteit, bijvoorbeeld in methoden als lijfwerk, bio-energetica, psycho-motoriek en rollenspel (Mens-Verhulst, 1992).

Daarnaast kan het werken met 'rondjes' en het themagericht-werken tot de kwaliteitskenmerken gerekend worden (Ouborg, 1986).

De VHV-setting is zo mogelijk sekse-homogeen en het werken in groepen geniet de voorkeur. Om de onderlinge herkenning en steun te bevorderen, worden de groepen samengesteld uit vrouwelijke cliëntes die hetzij in vergelijkbare sociale posities verkeren, hetzij gelijksoortige problemen of doelstellingen hebben, dan wel een combinatie van deze kenmerken vertonen (Mens-Verhulst, 1992b).

Ontslag en nazorg

Bij ontslag en nazorg ligt vanuit de VHV de nadruk op het opbouwen van een netwerk van zorg. Dit heeft zowel betrekking op de individuele hulpvraagster als op de samenwerking tussen verschillende zorginstellingen.

Eenzijds wordt de individuele cliënte gestimuleerd om een sociaal netwerk op te bouwen door bijvoorbeeld deel te nemen aan zelfhulpgroepen, emancipatieprojecten enzovoorts. Anderzijds worden de verschillende zorginstellingen aangespoord om een netwerk van VHV-programma's te realiseren, waardoor het mogelijk wordt cliëntes te verwijzen naar een verwant hulpaanbod in andere, ambulante instellingen en opname zo kort mogelijk te houden (Projectgroep VHV, 1986).

1.2.2.2 Uitgangspunten van VHV

Aan de kwaliteitskenmerken van het primaire proces liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

Seksespecificiteit

Er wordt aandacht besteed aan de invloed van sekse op de psychologische ontwikkeling en de socialisatie van de vrouw.

Aandacht voor machtsverschillen

In de hulpverlening wordt er de aandacht op gevestigd dat vrouwen meer dan mannen en op vele terreinen worden geconfronteerd met machtsverschillen. Daarbij speelt het begrip 'geïnternaliseerde onderdrukking' een centrale rol.

Transparantie

De machtsongelijkheid tussen hulpverle(e)n(st)er en cliënt en de wederzijdse verwachtingen worden zo veel mogelijk geëxpliciteerd om een symmetrische hulpverleningsrelatie tot stand te laten komen.

Autonomiebevordering

In de hulpverlening is aandacht voor de kracht van vrouwen, hun zelfredzaamheid en hun probleemoplossend vermogen.

Er wordt een bewustwordingsproces in gang gezet zodat zij hun eigen keuzes kunnen maken.

Symptomen of klachten worden niet als defecten of tekorten gezien, maar als oplossingsstrategieën die overleving mogelijk maken.

Politisering

Vrouwen nemen bepaalde maatschappelijke posities in. Deze worden als maatschappelijke en situationele factoren betrokken in de interpretatie en behandeling van klachten, naast de individuele factoren.

Cliëntvriendelijkheid

Het hulpverleningsproces wordt voor cliënten inzichtelijk en controleerbaar gehouden.

Uitgangspunt van de hulpverlening is de eigen ervaring van de cliënten.

Bij het formuleren van hulpvraag en oplossingsmogelijkheden worden de cliënten actief betrokken.

Zelf-kritische houding/attitude

Om bovengenoemde uitgangspunten in de hulpverlening te kunnen realiseren, moeten hulpverle(e)n(st)ers voortdurend kritisch naar zichzelf kijken en op eigen handelen reflecteren. Ze dienen zich bewust te zijn van hun eigen socialisatie, de door hen gehanteerde normen en waarden en de invloed die deze hebben op hun hulpverlening.

1.2.3 ALLOCHTONE VROUWEN

Immigranten, etnische minderheden, allochtonen, buitenlandse, migranten- en zwarte vrouwen zijn allemaal begrippen die de ronde doen als het over vrouwen gaat die niet-Nederlands zijn. Elk van deze begrippen heeft zijn eigen specifieke politieke betekenis, die hier verder buiten beschouwing wordt gelaten. De discussie die hierover gaande is, moet op andere plekken worden gevoerd.

In het onderzoek is voor het vrij neutrale begrip allochtone vrouwen gekozen. Dit begrip is heel ruim genomen. In principe worden hiermee alle vrouwen bedoeld die niet-Nederlands zijn. Deze groep bestaat voornamelijk uit Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Arubaanse, Molukse en Antilliaanse vrouwen. In de gevallen dat de informatie betrekking heeft op een specifieke groep allochtone vrouwen, wordt de desbetreffende naam gebruikt. Voor het overige worden de verschillende nationaliteiten met de term 'allochtone vrouwen' samengevat. Gezien de heterogeniteit van nationaliteiten, religies en culturele tradities is het

eigenlijk niet te rechtvaardigen om de verschillende nationaliteiten en bevolkingsgroepen onder één noemer te brengen. Het onderzoek betreft echter de transculturele bruikbaarheid van vrouwenhulpverleningskwaliteiten in het algemeen. Dat wil zeggen dat het er om gaat of VHV-principes een gemeenschappelijk geldigheid hebben voor al deze groeperingen. Daarom is het toch verantwoord de doelgroep van het onderzoek te omschrijven als 'allochtone vrouwen'.

1.2.4 TRANSCULTURELE HULPVERLENING

De trans- of crossculturele visie is met name ontstaan onder invloed van de sociale psychologie en de culturele antropologie. Volgens deze visie moet het menselijk gedrag gezien worden binnen zijn etnische en culturele context. Dit houdt in dat men onder andere rekening houdt met de individuele migratiegeschiedenis, de gevolgen daarvan en de sociale positie zowel in het land van herkomst als ook in Nederland. (Van Heusden en Van den Eerenbeemt, 1989, volgens Meijer en Pereira, 1991).

De culturele antropologie heeft ook invloed op de ontwikkelingen binnen de psychiatrie. Vanuit de transculturele visie mogen psychische stoornissen namelijk niet los gezien worden van sociale relaties en culturele interpretaties. De hulpverlening moet er daarom op bedacht zijn dat de ervaringswereld van immigranten zich heeft gewijzigd door confrontatie met de Nederlandse cultuur. Dit is merkbaar in zowel de aard van hun psychische klachten als hun visie op ziekte en genezing. Met deze veranderingen zou meer rekening moeten worden gehouden in de diagnoses en therapeutische doelstellingen. Ook moet in de hulpverlening aan immigranten nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de samenhang tussen psychische problematiek en de slechte sociaal-economische situatie waarin velen van hen verkeren (Heezen, 1987).

Binnen de psychiatrie is er zelfs een aparte stroming ontstaan die zich bezighoudt met de benaderingswijze en diagnostiek ten aanzien van mensen uit een andere cultuur: de transculturele psychiatrie. Problematisch is evenwel dat de definiëring van dit begrip niet-eenduidig is.

Limburg-Okken (1989) schetst uitvoerig de standpunten die binnen de transculturele psychiatrie ingenomen worden. Kort samengevat kan het spanningsveld waarbinnen zich het debat afspeelt met twee uitersten worden aangegeven. Aan de ene kant zijn er de 'universalisten', die psychische ziekte als universeel verschijnsel beschouwen; zo'n ziekte kan ieder mens waar ook ter wereld overkomen. Dit betekent dat zij de westerse psychopathologie als referentiekader gebruiken. Aan de andere kant staan de 'relativisten' of 'contextualisten', degenen die ervan uitgaan dat elke cultuur haar eigen specifieke stoornissen kent. Vanuit hun visie zijn psychische syndromen alleen te begrijpen

in termen van de eigen culturele context. Duidelijk is, dat deze verschillende benaderingswijzen verregaande implicaties voor de hulpverlening hebben. Zonder in deze controverse op voorhand een standpunt in te nemen, is het toch mogelijk de stelling van Limburg-Okken te onderschrijven dat het zinvol is om zich in het contact met allochtone cliënten

'te realiseren, dat bepaalde aspecten in de ene cultuur als normaal kunnen worden opgevat, terwijl zij volgens de andere als pathologisch kunnen worden opgevat' (Limburg-Okken, 1989).

Hoofdstuk 2

VERANTWOORDING ONDERZOEKSMETHODE

2.1 DE DOELGROEP

2.1.1 CIJFERS

Het toenemende multiculturele karakter van onze samenleving zal zich op den duur weerspiegelen in de geestelijke gezondheidszorg. Tot nu toe is het moeilijk om exacte cijfers te geven, omdat psychiatrische ziekenhuizen in hun registratie niet structureel aandacht besteden aan land van herkomst. Over allochtone vrouwelijke (en mannelijke) cliënten zijn nog moeilijker gegevens te vinden, omdat er, zodra er over etniciteit wordt gerapporteerd, veelal geen onderscheid in sekse meer wordt gemaakt.

De enige instelling die onderzoeksgegevens kon leveren over de allochtone patiëntenpopulatie was het vroegere Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. In de periode van 1985 - 1988 is het percentage van allochtone patiënten binnen Santpoort gestegen van 18% tot 25%.

De verhouding tussen het aantal allochtone opgenomen mannen en vrouwen is niet evenredig. Vrouwen maken 30% uit van de allochtone patiëntenpopulatie (Wesenbeek, 1992). Dit is in tegenstelling met de groep Nederlandse patiënten, waarbij de verhouding ongeveer fifty-fifty is.

Omdat 'allochtoon' is gedefinieerd als 'niet-Nederlands' en er veel verschillende nationaliteiten onder dit begrip vallen, is er weinig te zeggen over de afzonderlijke bevolkingsgroepen. Wel wordt bij het onderzoek gesignaleerd, dat Surinamers en Antillianen onder hen de grootste groep zijn (Dekker e.a., 1990).

Op grond van de gegevens van Lamers (1992) kunnen wel enkele uitspraken worden gedaan over de afzonderlijke bevolkingsgroepen en hun aandeel in de mannelijke en vrouwelijke patiëntenpopulatie. Hij heeft aan de hand van de landelijke PIGG-gegevens vastgesteld, dat het aantal opnames van mannen en vrouwen (per 1000 inwoners) enigszins fluctueert tussen 1984 en 1989 en dat er moeilijk trends zijn te ontdekken.

Ook hier blijkt dat Surinaamse en Antilliaanse mannen aanzienlijk vaker worden opgenomen dan andere mannen. In de totale mannelijke patiëntenpopulatie zijn ook Marokkaanse mannen oververtegenwoordigd, terwijl Turkse mannen juist ondervertegenwoordigd zijn.

Bij de vrouwelijke patiënten doet zich een soortgelijk beeld voor. De Surinaamse

en Antilliaanse bevolkingsgroepen zijn oververtegenwoordigd. Opvallend is echter hoe weinig Marokkaanse en Turkse vrouwen opgenomen zijn. Gesteld kan worden dat vrouwen uit de Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse bevolkingsgroepen minder vaak worden opgenomen dan mannen (Lamers, 1992).

2.1.2 ACHTERGRONDEN

Het gegeven dat er zo weinig allochtone patiënten in de psychiatrie te vinden zijn, wekt nieuwsgierigheid. Gezien hun maatschappelijke positie en levensomstandigheden is het niet aannemelijk dat hun psychische 'gezondheid' er beduidend rooskleuriger uit ziet dan die van autochtone vrouwen. Wat houdt hen dan weg uit de psychiatrie?

Uit de vier modellen die Schnabel, Bijl en Hutschemaeckers (1992) onderscheiden om de stijging in gebruikscijfers van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen te verklaren, zijn - in spiegelbeeld - vier hypothesen af te leiden voor deze onderconsumptie. De verklaringen sluiten elkaar overigens niet uit. De eerste hypothese luidt, dat allochtonen vergeleken met de autochtone bevolking in relatief gunstige omstandigheden verkeren. Deze gedachte lijkt Eppink (1992) aan te hangen als hij suggereert dat migranten patiënten langer thuis blijven dan autochtone patiënten omdat het netwerk van verwanten voor opvang zorgt.

De tweede hypothese is, dat het gebrek aan aanbod voor allochtonen de vraag laag houdt. Deze hypothese wordt ondersteund door een inventarisatie van het Centrum Buitenlanders Midden Nederland te Utrecht, waaruit blijkt dat zwarte en migranten vrouwen bijna uitsluitend naar die hulpverleningsinstellingen gaan waar ook een specifiek aanbod voor hen is (Imran Çinar, geciteerd in Wassink, 1992).

De derde hypothese is, dat allochtone burgers minder mondig zouden zijn dan autochtone burgers, in de zin van minder hoge normen stellend aan hun gezondheid en minder geneigd om hulp te zoeken bij gespecialiseerde hulpverleners. Een soortgelijke verklaring voeren Brook en de Graaf (1985) aan, als zij veronderstellen dat het lager aantal Marokkanen en Turken in de psychiatrie een gevolg is van het feit dat migranten minder goed geformeerd zijn en (daardoor) minder snel worden verwezen.

De vierde hypothese houdt in dat allochtonen, minder dan autochtonen, hun problemen als psychisch definiëren. Beide laatste hypothesen klinken door in de woorden van Eppink (1992), wanneer hij stelt dat een toename in de consumptie van (geestelijke) gezondheidszorg door allochtonen zich in een aantal gevallen laat begrijpen als teken van culturele adaptatie aan het consumptiepatroon van de autochtone populatie.

Tenslotte kan een vijfde hypothese worden ontleend aan Brook en De Graaf

(1985), die ook de manier waarop de hulp wordt verleend binnen het gezichtsveld brengen. Zij opperen dat bij migranten psychische problemen minder snel worden herkend. Verder sluiten ze de mogelijkheid niet uit dat ernstige psychische problematiek van migranten vaker onjuist wordt gediagnostiseerd.

Op de vraag 'Wat houdt allochtone vrouwen weg uit de psychiatrische zorg?' is voorlopig nog geen antwoord te geven. Geen van de bovengenoemde verklaringen differentieert immers naar sekse. Een seksespecifieke precisering van de modellen zou daarom een waardevolle aanvulling zijn.

Onderhavig onderzoek kan geen soelaas bieden, omdat het is gericht op de explicitering van kwaliteitseisen. En passant komen bij de toelichtingen wel verschillende verklaringen aan bod, maar ook dan ontbreekt een empirische toetsing of nadere theorievorming.

2.2 DATAVERZAMELING

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van documentenanalyse en interviews. Bij de keuze van deze methoden heeft een drietal overwegingen de doorslag gegeven.

Ten eerste betrof het een inventariserend onderzoek. Om een zo volledig mogelijk beeld te geven van de kennis over het primaire proces, was het dus raadzaam verschillende soorten kennisbronnen te raadplegen, namelijk schriftelijk en mondeling.

Ten tweede moest de planning en uitvoering binnen vier maanden (20 uur per week) voltooid zijn.

Ten derde ging het om een specifieke en 'jonge' populatie rond een doelgroep (allochtone patiënten in de psychiatrie) die pas recentelijk meer onder de aandacht is gekomen. Dit maakte het waarschijnlijk dat er nog maar weinig schriftelijke informatie beschikbaar was, maar ook dat het moeilijk zou zijn om respondenten te vinden voor mondelinge ondervraging. Toch is gepoogd door middel van interviews ook de latent aanwezige kennis aan het licht te brengen, voorzover tijd en menskracht dat toelieten.

2.2.1 DOCUMENTENANALYSE

Begonnen is met een literatuurverkenning. Daarbij zijn ook jaarverslagen van psychiatrische ziekenhuizen en landelijke koepelorganisaties geraadpleegd. Deze literatuurstudie was gericht op enerzijds de VHV-opvattingen ten aanzien van hulpverlening aan allochtone vrouwen en anderzijds kwaliteitseisen van migran-

tenhulpverlening.

Voor het inventariseren van kwaliteitseisen van migrantenhulpverlening is voornamelijk gebruik gemaakt van documenten die op de ervaringen van het voormalige Psychiatrisch Ziekenhuis Santpoort gebaseerd zijn: Graafsma en Tiekens (1987); Lamers (1987); Heezen (1987); en Wesenbeek (1992).

Het analyse-instrument waarmee data aan de documenten zijn ontlokt, wordt nader beschreven in de paragraaf over methode van interview.

2.2.2 INTERVIEWS

2.2.2.1 Selectie van respondenten

Bij de selectie van de respondenten is de sneeuwbalmethode gevolgd. Deze methode is bijzonder geschikt als het gaat om bliksemonderzoek en/of als het onderzoeksveld zeer ontoegankelijk toont (Van der Zee, 1983).

Beide condities waren in dit onderzoek aanwezig:

- Het was belangrijk zo snel mogelijk een zo breed mogelijk beeld van de ideeën van VHV-in-de-psychiatrie te verkrijgen, in een periode van vier maanden.
- De meeste algemene psychiatrische ziekenhuizen verkeren nog in het beginstadium van incidentele activiteiten of initiatiefgroepen VHV; de projecten staan merendeels nog in de kinderschoenen (Egtberts, 1991). Dit maakte dat potentiële informanten niet alleen moeilijk te vinden waren maar dat een interview ook niet altijd gelegen kwam.

Het toepassen van de sneeuwbal methode betekent dat aan elke respondent wordt gevraagd of hij/zij nog verdere respondenten kan aandragen. Deze worden dan benaderd en hen wordt wederom gevraagd naar nieuwe kennisbronnen. De selectie wordt beëindigd als de indruk ontstaat dat er geen principieel nieuwe kennis meer naar voren komt.

De hierboven geschetste selectiemethode heeft er in dit onderzoek toe geleid dat zowel VHV-coördinatoren als -hulpverleners zijn geïnterviewd.

2.2.2.2 Methode van interview

Gekozen is voor een halfgestructureerd interview om de respondenten zoveel mogelijk vrijheid te geven in het vertellen over hun kennis en ervaringen.

Er zijn drie clusters van vragen gemaakt (zie bijlage). Deze structuur is aangebracht om voldoende greep te krijgen op het complexe onderwerp, zodat de interviewer kon nagaan of een zo volledig mogelijk beeld van de kwaliteitsaspecten was verkregen.

Met behulp van het eerste cluster zijn de kwaliteiten van het primaire proces geïnventariseerd. Leidraad hiervoor waren de vier in 1.2.1.2 onderscheiden aspecten: hulpaanbod, diagnose, behandeling en ontslag/nazorg.

Met behulp van het tweede cluster kwam aan de orde in hoeverre VHV-kwaliteitsaspecten ook geldig zijn voor allochtone vrouwen. Hiertoe zijn de in paragraaf 1.2.2.1 besproken VHV-kwaliteiten aan de geïnterviewden voorgelegd.

Met behulp van het derde cluster is systematisch nagevraagd welke weerstanden, knelpunten en belemmeringen ten aanzien van VHV aan allochtone vrouwen zich voordoen. Dit cluster gaf rechtstreeks antwoord op deelvraag 3.

2.2.2.3 Kwaliteit van hulpverlening nader geoperationaliseerd

De hierboven geschetste beslissingen operationaliseren als het ware de multidimensionaliteit, relativiteit en subjectiviteit van het kwaliteitsbegrip in dit onderzoek.

Het multidimensionale karakter is gelegen in de verzameling uitgangspunten, inhoud, methoden, settings en organisatorische voorwaarden, verdeeld over drie fasen van het hulpverleningsproces (diagnose, behandeling, nazorg).

De relativiteit is uitgewerkt in termen van cultuurgebondenheid, meer dan in termen van gebondenheid aan tijd en plaats. Er is immers gevraagd in hoeverre VHV-kwaliteiten geldig zijn voor cliënten met verschillende culturele achtergronden.

De subjectiviteit is toegekend aan de VHV-behandelaars en -coördinatrices

die aan het woord zijn gelaten bij de inventarisatie van kwaliteitseisen en -definities.

2.3 DATAVERWERKING

De clusterindeling, beschreven onder 'methode van interview' (zie 2.2), is niet alleen gebruikt bij de verwerking van de mondelinge gegevens. Ook de schriftelijke data zijn er mee geordend.

Voor de interviews kon worden volstaan met een schriftelijk samenvatting van de belangrijkste aandachtspunten.

Het schriftelijke materiaal moest echter eerst nog worden geanalyseerd aan de hand van de onderwerpen in de clusters. Pas nadat alle literatuurbronnen op deze manier waren bewerkt, konden de gegenereerde data per cluster worden samengevat. Deze samenvattingen zijn hier weergegeven onder de noemers 'primaire proces', 'geldigheid van de VHV-kwaliteiten' en 'belemmeringen en knelpunten' (zie hoofdstuk 3).

Voor de beantwoording van de deelvragen, zoals afgeleid uit de vraagstelling van het onderzoek, was een andere doorsnede en bewerking van de onderzoeksgegevens nodig. In feite vereiste dit een kanteling van de verzamelde datamatrix. Als analyse-instrumenten voor de deelvragen 1 en 2 konden de verschillende VHV-kwaliteitsaspecten uit paragraaf 1.2.2 worden gebruikt.

Voor analyse van het materiaal uit cluster 1 - dat over alle sectoren was verzameld - zijn de VHV-kwaliteitsaspecten gebruikt die ten aanzien van het primaire proces zijn opgesomd in 1.2.2.1: algemene aspecten, diagnose, behandeling, ontslag/nazorg. Per kwaliteitsaspect is nagegaan of dit in het materiaal was terug te vinden, in hoeverre het geldig was en welke specificatie eventueel gewenst was.

Voor het materiaal uit cluster 2 zijn de zeven uitgangspunten van VHV (zie 1.2.2.2) als analyseinstrument gebruikt: seksespecificiteit, aandacht voor machtsverschillen, transparantie, autonomiebevordering, politisering, cliëntvriendelijkheid en zelfkritische attitude.

Daar cluster 3 met deelvraag 3 correspondeert, was hier geen nadere analyse nodig en konden de resultaten direct worden samengevat.

2.4 ONDERZOEKSVERLOOP

2.4.1 EXTRA INFORMATIEBRONNEN

In afwijking van het oorspronkelijke onderzoeksplan zijn de kwaliteitsopvattingen niet alleen op gegevens uit de semi- in intramurale psychiatrie gebaseerd. Uit het onderzoek van de psychiatrie-bronnen kwam namelijk al spoedig naar voren dat er in dit veld nog nauwelijks ervaring was opgedaan met VHV aan allochtone vrouwen. Toen is besloten het onderzoek uit te breiden tot Riagg's en opvanginstellingen, omdat er in deze sectoren vermoedelijk meer ervaring en kennis voorhanden zou zijn.

Het materiaal uit de opvang-sector en de Riagg's is op dezelfde manier verwerkt en gerapporteerd als het materiaal uit de psychiatrie, om zo een zekere consistentie te bereiken en ook de deelvragen over alle onderzochte sectoren te kunnen beantwoorden.

2.4.1.1 Riagg's

Gepoogd is van de Riagg-hulpverlening aan allochtonen een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen, juist vanwege de hier aanwezige en met de psychiatrie vergelijkbare therapeutische functie. De tijd ging echter steeds meer dringen. Om de gegevens zo representatief mogelijk te houden zijn twee documenten geanalyseerd. De uitkomsten zijn aangevuld met een interview met de enige 'zwarte' hulpverleenster in dit onderzoek. Er mag van worden uitgegaan dat hiermee een vrij betrouwbare afspiegeling is bereikt van de kennis die op dit ogenblik in de grote steden voorhanden is, want de drie bronnen waren afkomstig uit Utrecht, Amsterdam en Rotterdam. Met andere woorden, ook al zou men het onderzoek uitbreiden, dan nog is er geen wezenlijk nieuwe of andersoortige kennis te verwachten.

De Riagg-data zijn op de eerder beschreven wijze geanalyseerd.

2.4.1.2 Opvangvoorzieningen

De opvang-sector onderscheidt zich van de twee andere sectoren door het ontbreken van een therapeutische functie. Er is daar echter wel veel kennis aanwezig over hulpverlening aan allochtone vrouwen. Niet alleen heeft men hier al het langst ervaring met deze doelgroep, maar die ervaring is voor de psychiatrie ook uiterst relevant omdat ze de verblijfsfunctie en het intensieve dagelijkse contact met allochtone bewoonsters betreft.

Gezien het feit dat er in de opvangsector al betrekkelijk veel kennis op schrift is gesteld over hulp aan allochtone vrouwen, was het mogelijk met literatuuronderzoek te volstaan. Er zijn in deze sector dus geen interviews afgenomen. De vraagstelling is beantwoord door middel van documentenanalyse.

Voor de analyse volgens de vragen in de clusters 1 en 2 moest in verband met de beschikbare onderzoekstijd een selectie worden gemaakt uit de beschikbare documenten. Criteria waren de mate en duur van ervaring; opvangvoorzieningen verschillen namelijk sterk in het percentage allochtonen dat zij onder hun bewoonsters tellen en de omvang van de periode waarin ze ervaring hebben opgebouwd. Dit heeft geleid tot de keuze van twee instellingen - Vrouwenopvang Rijnmond en Stichting Saadet, waarvan in totaal drie documenten beschikbaar waren: Cordus (1991) en VOR (1992) respectievelijk Saadet (1991). Deze documenten zijn met behulp van de hiervoor beschreven analyse-instrumenten bewerkt.

Voor de beantwoording van de vragen in cluster 3 konden meer documenten over opvangvoorzieningen worden benut. Er was namelijk minder voorbereiding nodig, omdat knelpunten en voorwaarden meestal al in aparte hoofdstukken vermeld staan. Hieruit zijn de belangrijkste kwaliteitseisen gedestilleerd en in de resultaten vermeld.

2.4.2 RAPPORTAGE

Er zou belangrijke informatie verloren zijn gegaan, als de sectorspecifieke kwaliteitseisen die tijdens de analyse naar voren kwamen, waren genegeerd. Om zo'n verlies te voorkomen, zijn de resultaten op twee manieren weergegeven. Eerst zijn in hoofdstuk 4 de kwaliteitseisen per sector opgevoerd. Daarbij zijn de kwaliteitseisen ten aanzien van het primaire proces integraal weergegeven en is het aanvankelijk onderscheid in cluster 1 en 2 losgelaten. Omwille van de overzichtelijkheid en bruikbaarheid is daarbij een vertaalslag gemaakt naar vier categorieën, die ook bruikbaar zijn uit het oogpunt van (bij)scholing: kennis hulpverle(e)n(st)er, attitude hulpverle(e)n(st)er, hulpverleningsrelatie en inhouden hulpverlening (zie 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1). Deze indeling loopt dus vooruit op de - noodzakelijke - processen van deskundigheidsbevordering. De kwaliteitseisen uit cluster 3 zijn onderverdeeld in interne en externe voorwaarden (zie 4.1.2, 4.2.2, 4.3.2).

Vervolgens zijn de deelvragen van het onderzoek beantwoord per aandachtspunt door de drie sectoren te vergelijken. Besloten is om in dit deel alleen die kwaliteiten te betrekken (4.2) die in alle drie de sectoren geldingskracht bleken te hebben.

2.4.2.1 Kwaliteit van het hier aangeboden kennisproduct

Er mag van worden uitgegaan dat het onderzoeksresultaat een valide afspiegeling vormt van de huidige stand van kennis ten aanzien van vrouwenhulpverlening aan

allochtone vrouwen. Er is immers systematisch gepoogd de verzamelde informatie zo representatief mogelijk te doen zijn, voor alle drie de sectoren.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is verzekerd door de gegevens uit de verschillende sectoren op dezelfde manier te bewerken en door hetzelfde instrumentarium te analyseren.

De generaliseerbaarheid van de resultaten is vermoedelijk groot omdat zij ontleend zijn aan drie verschillende zorgsectoren.

De bruikbaarheid van de conclusies mag als hoog worden getaxeerd op grond van de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid in relatie tot de actuele ontwikkelingen.

Hoofdstuk 3

DE ONDERZOEKSGEGEVENS

In dit hoofdstuk wordt per sector weergegeven welke kwaliteitsopvattingen er leven ten aanzien van VHV voor allochtone vrouwen.

De sectoren zijn gerangschikt naar de hoeveelheid informatie die zij opleverden en niet naar het chronologisch verloop van het onderzoek. Begonnen wordt met de sector die het meest verbonden is met VHV en die, wat allochtone hulpvraagsters betreft, over de meeste ervaringsdeskundigheid beschikt.

3.1 ALLOCHTONE HULPVRAAGSTERS IN DE OPVANGSECTOR

3.1.1 BRONNEN

De meeste literatuur over VHV aan allochtone vrouwen is te vinden op het gebied van opvangvoorzieningen.

Over vrouwenopvang stelt de Adviesgroep VHV (1991:61):

<deze..> 'wordt terecht vaak in een adem genoemd met de vrouwenhulpverlening. Dit gezien de vergaande verwevenheid van de principes van vrouwenhulpverlening in het hulpverleningsaanbod van deze instellingen. De principes van vrouwenhulpverlening zijn zichtbaar in alle vormen van begeleiding, ondersteuning en hulpverlening'.

De opvanginstellingen hebben sinds 1981 in hun verslagen toenemende aandacht aan allochtone hulpvraagsters besteed. Hiermee waren ze de eersten die vanuit VHV-principes op deze doelgroep attendeerden (Huijbregts, 1990).

Voor de informatie over de opvangsector zijn de documenten bestudeerd van de Adviesgroep VHV (1991), Cordus (1991), Deug (1990), Henken-David (1990), Huijbregts (1990), Da Lima (1988), Meijer en Pereira (1990), Sijses & Bekker (1990), Saadet (1991), Vrouwenopvang Rijnmond (1992).

3.1.2 HET PRIMAIRE PROCES

3.1.2.1 Het hulpverleningsaanbod

In Nederland bieden 21 Blijf van mijn Lijf-huizen, 5 Vrouwenopvangcentra, 12 Fiom-huizen en twee opvanghuizen voor Islamitische vrouwen en meisjes geheel

of gedeeltelijk hulp aan allochtone vrouwen vanuit de visie van VHV (Adviesgroep, 1991). Naar schatting is in totaal ongeveer vijfendertig procent van de bewoonsters in de opvanginstellingen allochtoon (Meijer & Pereira, 1990). Natuurlijk varieert dit percentage per instelling en plaats; bij Vrouwenopvang Rijnmond (VOR) is bijvoorbeeld bijna de helft van de bewoonstersgroep van niet-Nederlandse afkomst (Huijbregts, 1990).

De opvangvoorzieningen hebben vooral een begeleidings- en niet zozeer een behandelingsaanbod. De methodieken waarmee wordt begeleid, zijn niet voor iedere instellingen dezelfde. Om die reden biedt de in dit onderzoek gehanteerde indeling van het primaire proces⁶ niet zo'n geschikt kader voor het samenvatten van de onderzoeksgegevens van de opvangvoorzieningen. Daarom wordt hier volstaan met een globale samenvatting betreffende het primaire proces.

3.1.2.2 Begeleiding, ontslag/nazorg

Het hulpverleningsaanbod kan per voorziening nogal verschillen, omdat het veld uit verschillende typen voorzieningen bestaat. Vaak wordt als algemene omschrijving de term 'vangnetfunctie' gebruikt. Dit refereert aan de vele cliënten die al een lange hulpverleningscarrière doorlopen hebben en uiteindelijk in de opvang terecht komen.

Alle bestudeerde instellingen bieden een eerste opvangmogelijkheid en kunnen vervolgens doorverwijzen. De meeste opvanghuizen bieden hun bewoonsters tijdens de opvang procesmatige begeleiding. De intensiteit daarvan kan verschillen van 'het bieden van een luisterend oor en wat praktische tips' tot 'het bieden van regelmatige hulpverleningsgesprekken met een medewerkster vanuit de instelling' (Adviesgroep VHV, 1990). Naast deze individuele begeleiding bestaat ook de mogelijkheid van groepsbegeleiding en begeleiding van de leefgroep. Het groepswork kan uit themagroepen bestaan, waarbinnen ook speciale aandacht is voor allochtone cliënten (Meijer & Pereira, 1990).

Wat specifieke hulpverlening aan allochtone vrouwen betreft, vermelden Meijer en Pereira (1990) dat sommige opvanghuizen structurele maatregelen hebben getroffen om aan te sluiten op de behoefte van allochtone vrouwen. Deze maatregelen bestaan uit de inrichting van een gebedsruimte en de aanpassing van regels, bijvoorbeeld rond eten en hygiëne. Ook wordt er in sommige opvanghuizen expliciet gelet op racisme en discriminatie.

Weliswaar geven alle instellingen er blijk van specifieke aandacht te hebben voor allochtone cliënten, maar slechts in enkele instellingen zijn duidelijk herkenbare

⁶ (diagnose, behandeling, ontslag/nazorg);

uitgangspunten en werkwijzen ten behoeve van deze doelgroep geformuleerd.

3.1.3 GELDIGHEID VHV-KWALITEITEN

Uit de beschikbare documentatie zijn twee instellingen geselecteerd⁷ voor een exemplarische beschrijving en nadere analyse, namelijk Vrouwenopvang Rijnmond en Stichting Saadet.

Exemplaar 1: Vrouwenopvang Rijnmond (VOR)

Een van de instellingen die structurele maatregelen heeft genomen ten behoeve van hulpverlening aan allochtone vrouwen is de VOR in Rotterdam. Ten eerste wordt transcultureel werken expliciet in het jaarverslag genoemd als doelstelling van de organisatie (VOR, 1992). Ten tweede wordt er in het personeelsbeleid al vanaf 1983 positieve actie gevoerd voor zwarte en migrantenvrouwen. Ten derde wordt er systematisch gewerkt aan de kennis- en deskundigheidsbevordering van de medewerksters op het gebied van sociaal-culturele achtergronden van de zwarte bewoonstersgroep. Bovendien worden er anti-racismetrainingen gegeven en zijn racisme en discriminatie onderwerp van discussie. Aan de VHV-principes⁸ is 'actieve racismebestrijding' als uitgangspunt toegevoegd:

'In de hulpverlening wordt gewerkt vanuit respect voor de eigen waarden en normen van de hulpvraagster en haar culturele achtergrond. Racisme wordt actief tegengegaan' (Cordus, 1991).

Met het oog op de kwaliteit van het hulpverleningsproces is met name gewerkt aan de vergroting van het aantal allochtone hulpverleensters en aan de nazorg. De toename van het aandeel van allochtone medewerksters gold als een minimum-voorwaarde voor een adequate hulpverlening aan allochtone vrouwen. De nazorg werd een aandachtspunt, toen men signaleerde dat allochtone vrouwen - eerder dan autochtone vrouwen - in een isolement dreigen te raken als ze zelfstandig gaan wonen (Elmair, 1987). Om dit isolement te doorbreken, praktische hulp te kunnen bieden en om zelfstandigheid en weerbaarheid van de cliënten te

⁷ Zie voor nadere toelichting 2.4.1 onder 'opvanginstellingen'.

⁸ Hun VHV-principes zijn : probleeminterpretatie vanuit de maatschappelijke positie, autonomiebevordering, holisme, symmetrische hulpverleningsrelatie (Cordus, 1991).

stimuleren, is er in 1990 een nazorggroep in het leven geroepen. Wegens gebrek aan middelen was dit initiatief echter van korte duur en ontbrak de mogelijkheid om de effectiviteit van een dergelijke groep te evalueren (VOR, 1992).

Uit het onderzoek naar hulpverlening en positieve actie bij VOR (Cordus, 1991) blijkt dat over het algemeen zowel hulpvraagsters als hulpverleensters positiever zijn over het huidige hulpverleningsaanbod aan allochtone vrouwen.

'Er wordt meer rekening gehouden met de culturele achtergronden van de zwarte- en migrantenbewoonsters⁹.'

Door de komst van zwarte medewerksters zijn de herkennings- en identificatiemogelijkheden van zwarte bewoonsters toegenomen. Zwarte bewoonsters hoeven ook minder uit te leggen, omdat er een duidelijker beeld is ontstaan van de verschillende achtergronden van bewoonsters. De feministische hulpverleningsprincipes worden eerder gerelativeerd en aangepast.

'Zo wordt er bijvoorbeeld meer rekening gehouden met de betekenis van de familie voor de vrouw in kwestie en de consequenties die verschillen tussen een "wij"- en "ik" cultuur met zich meebrengen bijvoorbeeld ten aanzien van assertief gedrag van vrouwen' (Cordus, 1991).

Wat de hulpverlening aan allochtone vrouwen betreft, is de VOR een vrij progressieve instelling te noemen. Toch doet zich ook hier nog steeds een aantal knelpunten voor. Daarom heeft men besloten om een extern deskundige aan te stellen voor de begeleiding van een grondige reorganisatie (VOR, 1992).

Exemplaar 2: Stichting Saadet

Een ander voorbeeld van aan allochtonen aangepaste hulpverlening is het opvanghuis voor Islamitische vrouwen en meisjes van de Stichting Saadet (1991). Deze instelling werkt voor één bepaalde - Islamitische - doelgroep, waardoor er gemakkelijker kan worden voldaan aan voorwaarden voor 'hulpverlening op maat'.

⁹ Met de term 'migranten-vrouwen' worden meestal Turkse en Marokkaanse vrouwen bedoeld, terwijl 'zwarte vrouwen' gebruikt wordt voor Surinaamse, Antilliaanse, Arubaanse en Molukse vrouwen.

Omdat iedere vrouw bij Saadet met de Islam bekend is, kan letterlijk en figuurlijk een ruimte worden gecreëerd waarbinnen de eigen leefwijze gehandhaafd kan blijven. Voedingsvoorschriften en religieuze feestdagen kunnen er zonder problemen worden nageleefd. Aangezien dergelijke regels kunnen worden gewaarborgd, is deze vorm van opvang niet bij voorbaat onaanvaardbaar voor de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Op die manier is het voor een aantal hulpvraagsters makkelijker om weer naar hun familie terug te keren. Belangrijk is dus het gemeenschappelijk referentiekader van de bewoonsters en het behoud van hun eer.

De hulpverleners van de Stichting Saadet hebben specifieke deskundigheid, zowel qua attitude als qua kennis. Op die manier kan er op een flexibele manier met de culturele dimensie worden omgegaan. Er wordt gekeken naar de aspecten die de vrouwelijke cliënten binnen hun cultuur sterk kunnen maken; cultuur wordt dus niet als een probleem benaderd. De hulpverleners zijn zich bewust van hun eigen normen en waarden en hoe deze eventueel verschillen met die van hun cliënten.

Er wordt bij Saadet ook rekening gehouden met een aantal praktische aspecten van hulpverlening. Soms missen allochtone vrouwen namelijk de vaardigheden en kennis die nodig zijn om in Nederland een zelfstandig leven te kunnen leiden. Ze weten niet hoe ze formulieren moeten invullen of bij welke instanties ze moeten zijn. Deze praktische hulpverlening is erg intensief en vergt veel tijd, ook al door de taalproblemen die zich voordoen.

Saadet's drie belangrijkste uitgangspunten voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen zijn: het werken vanuit de VHV-principes, het bieden van intensieve hulpverlening en het hanteren van een dynamische cultuuropvatting.

De VHV-principes die Saadet hanteert, zijn: a) de eigen ervaring van de vrouwelijke cliënten centraal stellen; b) hun autonomie vergroten en c) expliciete aandacht besteden aan de relatie tussen de individuele problematiek en de maatschappelijke positie van vrouwen. Volgens Saadet zijn deze uitgangspunten goed te hanteren voor allochtone hulpvraagsters, als men maar flexibel genoeg blijft om de begeleiding op de behoefte van de individuele vrouwelijke cliënt af te stemmen. Naast individuele begeleiding worden er ook groepsgesprekken aangeboden waarin de bewoonsters herkenning en steun bij elkaar kunnen vinden. Ook worden de cliënten zich in het contact met elkaar meer bewust van hun situatie en specifieke positie.

Intensieve hulpverlening verwijst naar zelfredzaamheid, zelfstandigheid en emancipatie - begrippen die ook in de VHV centraal staan. Naast individuele factoren spelen ook sociale en maatschappelijke factoren een grote rol:

'... allochtone vrouwen staan in sociaal opzicht onderaan de maatschappelijke ladder; ze worden blootgesteld aan discriminatie, racisme en sexismen.' (Saadet 1991:17)

Al deze factoren probeert men in de hulpverlening te integreren. Wederom geldt dat de hulpverlening aangepast moet worden aan de mogelijkheden en behoeften van de betreffende vrouw.

Het hanteren van een dynamische cultuuropvatting maakt het mogelijk ook rekening te houden met verschillen en veranderingen binnen de Islamitische cultuur. Op deze manier wordt ruimte geboden voor een individueel afgestemde hulpverlening, die vrouwen niet meer het slachtoffer van haar cultuur laat worden (Saadet, 1991).

3.1.4 BELEMMERINGEN EN KNELPUNTEN

Communicatie wordt als voornaamste probleemgebied aangewezen. Hiermee wordt niet alleen bedoeld op het feit dat veel allochtone cliënten geen of gebrekkig Nederlands spreken, maar ook op de verwarring door onbekendheid met andere vormen van non-verbale communicatie en het daaraan verbonden betrekkingaspect. Van westerse kant wordt de cultuurgebonden bescheidenheid en beleefdheid bijvoorbeeld al snel aangezien voor een gebrek aan assertiviteit en zelfstandigheid (Cordus, 1991).

Een praktisch knelpunt is dat zowel de hulpvraagster als de hulpverleenster het werken met een tolk als problematisch ervaren, met name als er geen vrouwelijke tolk beschikbaar is (Meier & Pereira, 1990).

Dat er te weinig tolken zijn en met name te weinig vrouwelijke tolken, is een van de structurele problemen.

Een principiële knelpunt is dat er cultuurverschillen bestaan in de manier waarop men met problemen pleegt om te gaan. Zo is het in de Antilliaanse en Surinaamse cultuur niet vanzelfsprekend om problemen verbaal aan te pakken (Aitatus, 1989). Men is er meer gericht op concrete oplossingen, niet op een uitdiepen van problemen. Gesignaleerd wordt dat allochtone hulpvraagsters vaak andere, te hoge verwachtingen van de hulpverlening hebben: ze verwachten hulp in ieder opzicht - immaterieel én materieel. De discrepantie in wederzijdse verwachtingen wordt nog versterkt door de onbekendheid van allochtone vrouwen met de werkwijze en de hulpverleningsmogelijkheden in Nederland (Henken-David, 1990).

Het omgaan met het culturele aspect of met cultuurverschillen speelt eigenlijk door het hele hulpverleningsproces heen een grote rol. Het wordt vaak als problematisch ervaren, omdat de hulpverleensters zich geen raad weten met hun onzekerheden. Bovendien is hun kennis over vreemde culturen meestal gering in omvang en stereotiep van aard, wat gemakkelijk tot onmacht kan leiden. Als er

een allochtone hulpverleenster aanwezig is, dan wordt er dikwijls meteen een beroep op haar gedaan.

Over de kwestie of allochtone hulpverleners geschikter zijn voor hulpverlening aan allochtone vrouwen, zijn de meningen overigens verdeeld. Van de zijde van de hulpverleenster wordt de verwachte onvoorwaardelijke solidariteit als problematisch ervaren. Van de zijde van de hulpvraagster kan de angst voor roddel in de eigen (allochtone) gemeenschap reden zijn voor wantrouwen. Het aantrekken van allochtone maatschappelijke werksters is bovendien nog geen vanzelfsprekend onderdeel van het instellingsbeleid. Wordt er echter een allochtone hulpverle(e)n(st)er aangetrokken, dan kan het gebeuren dat zij alle problemen rond allochtone cliënten op haar schouders moet nemen en zo onder een te grote werkdruk komt te staan, wat vervolgens tot een hoger ziekteverzuim kan leiden.

Tijdgebrek wordt ook meermalen als probleem genoemd. Er is heel veel tijd en geduld nodig voor het creëren van een vertrouwensrelatie en het (ondersteunen van het) aanleren van sociale vaardigheden. De extra aandacht die vereist is voor - praktische en materiële zaken betekent soms een ongewenste belasting voor de hulpverleners, ook al wordt hiermee tegelijkertijd een betere ingang voor verdere hulpverlening gecreëerd (Sijses & Bekker, 1990).

Een veel gesignaleerd knelpunt betreft de spanningen rond leefgewoonten, opvoedingsideeën en eetgewoonten tijdens het verblijf in de opvangvoorzieningen (Cordus, 1991).

Voldoende ruimte om de eigen religie uit te oefenen is een minimumeis, die in dit verband wordt gesteld. (Deug, 1990).

Een ander knelpunt is, dat allochtone (ex)cliënten extra nazorg nodig hebben, omdat zij in een veel groter isolement terecht komen als ze zelfstandig wonen (Deug, 1990).

3.2 ALLOCHTONE VROUWEN IN DE RIAGG'S

3.2.1 BRONNEN

De informatie in deze paragraaf is ontleend aan twee Riagg-documenten, die beide een methodiekbeschrijving geven van een Turkse en een Marokkaanse vrouwengroep. Het ene document is afkomstig van Riagg Stad Utrecht (Limburg-Okken & Tuerlings, 1992) en het andere betreft een Amsterdamse Riagg (Donk & Nistelrooij, 1992). Deze informatie is aangevuld met de gegevens uit

een mondeling interview met een psychologe die ervaring heeft met individuele hulpverlening aan allochtone vrouwen en met het begeleiden van groepen allochtone vrouwen. Zij is werkzaam in het 'migrantenteam' van een der grote steden.

3.2.2 HET PRIMAIRE PROCES

3.2.2.1 Het hulpverleningsaanbod

Het hulpverleningsaanbod in de drie Riagg's bestaat uit zowel Turkse en Marokkaanse vrouwengroepen als ook uit individuele begeleiding. Limburg-Okken & Tuerlings (1992) hebben hun uitgangspunten niet geëxpliciteerd, maar geven aan dat de groep vooral begeleidend van aard is. Donk en Nistelrooij (1992) werken expliciet vanuit VHV-principes en proberen de cliënten inzicht te bieden in het verband tussen klachten en spanningen van het migrantenbestaan¹⁰. De geïnterviewde psychologe werkt expliciet vanuit VHV-principes.

3.2.2.2 Diagnose

'Cultuur' speelt op verscheidene manieren een rol tijdens de diagnose. Ten eerste moet rekening worden gehouden met het feit dat ziektebeleving en klachtenpresentatie per cultuur kunnen verschillen:

'Wat in de ene cultuur als waan wordt gezien, kan in een andere cultuur als heel gewoon worden ervaren' (interview).

Ten tweede is cultuur een factor in de diagnose. Dit betekent voor het DSM-systeem¹¹, dat steeds meer als diagnostisch systeem dan als classificatiesysteem wordt gebruikt, dat er een culturele as moet worden toegevoegd (en gebruikt).

¹⁰ Met de term 'bestaan van de vrouwelijke migrant' wordt geduid op factoren als meervoudige discriminatie (op grond van ras, sekse en klasse), slechte sociale omstandigheden (isolement) en zwakke juridische positie.

¹¹ Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders is bedoeld om beelden van geestesziekten en de oorzaken daarvan te standaardiseren. Inmiddels is er een derde, herziene versie in gebruik: DSM-III-R en wordt gewerkt aan de vierde versie, die vermoedelijk minder pathologiserend zal zijn voor vrouwen en homoseksuelen (Brown, 1990; Nicolai, 1991; Walker, 1990).

Inmiddels is duidelijk geworden dat groepswork ook een nuttige functie kan vervullen in de indicatiestelling. Donk en Nistelrooij (1992) melden bijvoorbeeld dat bij veel allochtone cliënten pas een gerichte diagnose kon worden gesteld nadat de groep was afgelopen. Over de redenen hier van laten zij zich niet verder uit.

3.2.2.3 Behandeling

Methodie

Wat de methode betreft, wordt er unaniem over de positieve effecten van lichaamswerk gesproken. Tijdens het groepswerk wordt nadrukkelijk op de lichamelijke kant van de klachten ingegaan door middel van lijfwerk en ontspanningsoefeningen. De geïnterviewde psychologe acht therapievormen die meer op actie en minder op het verbale zijn gericht, zeer geschikt voor allochtone vrouwen. Het blijft echter persoonsafhankelijk. Meestal gaat het om cliënten die hun spanningen lichamelijk (moeten) uiten; daar sluiten gedragstherapie en lijfwerk heel goed bij aan. Ook systeemtherapie en partner-relatietherapie zijn dikwijls geëigend, aangezien dit soort therapieën meer ingaat op de 'wij-cultuur', en daarmee op de culturele context waarin veel allochtone cliënten leven.

Themagericht werken blijkt in beide groepen als positief te worden ervaren. Limburg-Okken en Tuerlings (1992) hebben als groepsleiding een thema achter de hand om op die manier, als het nodig blijkt, structuur in de zittingen aan te brengen.

In een later stadium van de hulpverlening komen veelvuldig problemen naar voren als 'het hangen tussen twee culturen' en 'de dubbele normen en waarden ten aanzien van het losmaken van het ouderlijk huis'.

Een groot deel van de cliënten heeft seksueel misbruik-ervaringen doorgemaakt (interview). Donk & Nistelrooij (1992) uiten in hun beschrijving wel een vermoeden in deze richting, maar gaan er niet dieper op in omdat het thema niet expliciet naar voren is gekomen in hun groepen.

Wat in alle gegevens terugkomt, is dat de hulpverleners in toenemende mate aandacht besteden aan onderwerpen als discriminatie en racisme. Deze thema's worden zowel door de groepsleiding als door de groepsleden zelf aangedragen en bespreekbaar gemaakt.

Analoog aan hun ervaringen met een Nederlandse vrouwengroep hebben Donk en Nistelrooij (1992) tevoren een structuur vastgelegd voor het verloop van de bijeenkomsten om zo een handvat te hebben voor de

zittingen. Hun structurering bestond uit eerst een rondje 'goed en nieuw'¹², daarna ruimte voor lijf- en ontspanningsoefeningen, vervolgens het bespreken van thema's en een afsluiting met een rondje 'hoe ga je weg?'. Een rondje 'goed en nieuw' bleek in de allochtone vrouwengroep echter niet te werken en moest worden veranderd in een rondje 'goed en slecht'.

Setting

Wat de setting betreft, blijkt de sekse- en cultuur-homogene groepssetting heel goed aan te sluiten bij allochtone vrouwelijke cliënten. Meestal komen ze uit een 'wij-cultuur' en lijden ze onder spanningen en vage lichamelijke klachten. Andere overeenkomst is dat ze een aantal belangrijke ervaringen gemeenschappelijk hebben. Ze hebben een migratiegeschiedenis achter de rug en kampen met vergelijkbare maatschappelijke dilemma's en met isolement.

Vooraf het groepswerk blijkt in een behoefte te voorzien. Het biedt herkenningmogelijkheden, het doorbreekt het sociale en affectieve isolement en bevordert het ontstaan van een taal en gemeenschappelijke referentiekaders om een diffusiteit aan klachten en zorgen in uit te drukken. De groep kan de vroegere vrouwengemeenschappen vervangen (Limburg-Okken & Tuerlings, 1992; Donk & Nistelrooij, 1992).

Op deze functie wordt ingespeeld door aan de bijeenkomsten een open karakter te geven. Eén keer per jaar wordt er met een aantal cliënten een groep gevormd, maar gedurende dat jaar kunnen ook nog nieuwe leden instromen. Verder wordt er geen tijdslimiet aan de deelname in de groep verbonden. Er bestaat de mogelijkheid om samen gezellig koffie en thee te drinken en als er geen kinderopvang beschikbaar is, kunnen de kinderen naar de bijeenkomst meegenomen worden (Limburg-Okken & Tuerlings, 1992).

¹² 'Goed en Nieuw houdt in dat ieder[e deelnemster] aan de groep tenminste één ding noemt dat zij de afgelopen week goed van zichzelf vond, dat voor haar leuk of fijn was om mee te maken en wat daar speciaal voor haar goed aan was en/of wat haar eigen rol of aandeel daarbij was' (Zie Ouborg, 1986:33).

Punten van verschil

In de onderzoeksgegevens worden een aantal verschillen aangegeven. Enerzijds gaat het om verschillen tussen Nederlandse en Turkse/Marokkaanse vrouwengroepen. Anderzijds betreft het verschillen tussen allochtone vrouwen.

Vergelijking van Nederlandse vrouwengroepen met Turkse/Marokkaanse vrouwengroepen levert de volgende punten op. Ten eerste zijn Turkse en Marokkaanse vrouwen heel terughoudend in het praten over hun eigen problemen, uit angst voor onderlinge roddel. Hierdoor is het benadrukken van de vertrouwelijkheidsregel, de opbouw van een vertrouwensrelatie en een groepsgevoel van nog meer gewicht dan bij de hulpverlening aan Nederlandse vrouwen. Klachten benoemen als een overlevingsstrategie in de bedreigende situatie die migratie is, kan het groepsgevoel versterken. Door samen iets concreets te ondernemen, bijvoorbeeld een fietsles, kan de ontevredenheid over het vele praten worden overwonnen. Er ontstaat dan een vertrouwensband die het mogelijk maakt (verder) te praten. Zodra dit gebeurt, wint de groep aan diepgang. Dan (pas) kunnen de verschillende thema's aan bod komen.

Ten tweede moet in de hulpverlening aan allochtone vrouwen rekening worden gehouden met hun andere wijze van omgaan met emoties. Het gemeenschappelijke element is daarin heel belangrijk; te individueel gerichte opdrachten werken daardoor niet, of worden tot een groepsgebeuren omgebouwd.

Ten derde blijkt de formulering van persoonlijke doelen een manier van werken te zijn die slecht aansluit bij allochtone vrouwen. Zowel persoonlijke emoties als ook persoonlijke doelen moeten steeds in het kader van de groep geplaatst worden, wil men deze bespreekbaar maken.

De cultuurverschillen tussen de Nederlandse hulpverleners en de Turkse/Marokkaanse hulpvraagsters blijken overigens steeds meer weg te vallen, als er eenmaal een vertrouwensband is ontstaan. Dan neemt het 'vrouw-zijn' een steeds centralere plaats in en groeien de mogelijkheden voor onderlinge identificatie (Donk & Nistelrooij, 1992).

Wat de verschillen tussen allochtone vrouwelijke cliënten onderling betreft, wees de psychologe er op dat er bij hulpverle(e)n(st)ers nogal stereotiepe beelden leven over zwarte/migrantenvrouwen. Het is echter een heel diverse groep. Niet alleen zijn er verschillen tussen vrouwen uit verschillende landen van herkomst, maar ook tussen vrouwen die uit hetzelfde land afkomstig zijn; bijvoorbeeld verschillen tussen stad en platteland en qua religieuze traditie. Verder onderscheiden de vrouwen zich van elkaar qua duur van het verblijf in Nederland, reden van migratie, sociaal-economische status hier en in het land van herkomst. Daarom is het niet mogelijk over 'de' zwarte/migrantenvrouw te spreken.

De geïnterviewde psychologe beklemtoont dat er geen algemene geldigheid mag worden toegeschreven aan cultuurverschillen en dat ze evenmin mogen worden

geïnterpreteerd als het bewijs dat allochtone cliënten onbenaderbaar zijn. 'Iedere vrouw is uniek' zou het uitgangspunt van VHV moeten worden, opdat ook recht kan worden gedaan aan de door allochtone vrouwen geleefde werkelijkheid (interview).

3.2.2.4 Nazorg

Nazorg na een (groeps)behandeling komt bij Riagg's eigenlijk niet voor. Wel vervult de Riagg soms een nazorgfunctie voor cliënten die ooit in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen geweest (interview). De vraag kan worden gesteld of het psychologisch en sociaal isolement van allochtone hulpvraagsters niet met een aanbod vanuit de eerste lijn kan worden doorbroken. Tot op zekere hoogte is dat zeker het geval. Aan de andere kant is het zo dat juist de medische uitstraling van een Riagg tegenwicht kan bieden aan de weerstand van echtgenoten om 'hun' vrouwen aan een groep te laten deelnemen (Donk & Nistelrooij, 1992).

3.2.3 GELDIGHEID VHV-KWALITEITEN

Er zijn een aantal parallellen te signaleren tussen de VHV-kwaliteiten en de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Begrippen als macht/onmacht, discriminatie, onderdrukker/onderdrukten spelen in beide soorten hulpverlening een belangrijke rol.

De politiserende kwaliteit van VHV-programma's is uiterst relevant. Turkse en Marokkaanse vrouwelijke cliënten zijn zich namelijk volgens de ervaring van Donk en Nistelrooij (1992) al wel bewust van de samenhang tussen hun klachten en de spanningen van het migrantenbestaan. Hun levensomstandigheden zijn echter vaak van dien aard, dat er geen verandering van hun situatie mogelijk is. De sociale omstandigheden waaronder zij moeten leven, vormen in feite het overheersende deel van hun problematiek. Werken aan meer inzicht in hun problematiek is dus eigenlijk overbodig. Wel zijn ze gebaat bij erkenning van hun gemeenschappelijke omstandigheden en structurele achterstelling. Dat schept een sterke band van solidariteit en betrokkenheid. Hierdoor kunnen de positieve krachten van elke individuele cliënt gemobiliseerd worden.

Voor een aantal VHV-principes zijn echter aparte vertaalslagen naar allochtone hulpvraagsters nodig, volgens de genterviewde psychologe. VHV is immers

voortgekomen uit een 'witte', 'ik-gerichte' en 'patriarchale' cultuur. Het zelfhulp-principe sluit bijvoorbeeld slecht aan, omdat 'zwarte/migranten' vrouwen vaak hun zekerheid aan de groep ontlenuen. Zij pleit daarom voor een combinatie van migranten- en vrouwenhulpverlening als startpunt voor methodiekontwikkeling. Uitgangspunt kan zijn het VHV-principe om bij het kijken naar problemen rekening te houden met de maatschappelijke positie en socialisatie. Voor nadere invulling van deze aspecten moet gebruik worden gemaakt van de kennis die in de migrantenhulpverlening aanwezig is, bijvoorbeeld over het leven in twee werelden en het opgroeien met dubbele normen en waarden. Ook de veranderende positie van vrouwen, zowel hier in Nederland als ook in het land van herkomst, horen hierbij aan bod te komen.

Aandachtspunten uit de migrantenhulpverlening die een plaats verdienen in de VHV voor allochtone vrouwen zijn: de verschillen in communicatiepatronen, de andere ziektebeleving, de migratiegeschiedenis en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke dilemma's.

Sexisme is niet het enige onderdrukkingsmechanisme waarmee rekening moet worden gehouden tijdens de hulpverlening. Er moet ook aandacht worden besteed aan de invloed van racisme op het leven van de allochtone vrouwen. Zij hebben als het ware met een dubbele onderdrukking te maken.

Autonomiebevordering is een kwaliteit die ook geldig is voor allochtone vrouwen, maar die niet klakkeloos kan worden overgenomen. Ze dient in een vorm te worden gegoten die meer aansluit op de geleefde werkelijkheid van allochtone vrouwen. De emancipatoire gedachten achter de VHV moeten breder worden opgevat, zodat activiteiten als kook- of taallessen ook hieronder vallen. Dit zijn de eerste stappen voor vrouwen om aan zichzelf te denken en voor zichzelf te kiezen.

Een zelf-reflexieve attitude van de hulpverle(e)n(st)er - dat wil zeggen een kritische houding ten aanzien van de eigen normen en waarden - is ook bij de hulpverlening aan allochtone vrouwen van cruciaal belang.

Alle gegevens bijeengenomen, kan geconcludeerd worden dat de ervaringen met VHV voor allochtone vrouwen overwegend positief zijn, mits de hulpverleensters niet te rigide met de kwaliteiten omgaan en flexibel en kritisch ten aanzien van zichzelf blijven. De VHV-kwaliteiten kunnen aan de situatie van de allochtone cliënten worden aangepast door met een 'migrantenbril' naar de VHV-principes te kijken.

3.2.4 BELEMMERINGEN EN KNELPUNTEN

3.2.4.1 Organisatorische knelpunten

De VHV is nog steeds zo druk met het verkrijgen van een eigen plek dat aparte aandacht voor allochtone cliënten er meestal bij inschiet. Doorgaans is er geen specifiek beleid voor hen ontwikkeld.

Wordt er vanuit het beleid wel een initiatief genomen om apart aandacht te schenken aan allochtone vrouwelijke cliënten, dan gebeurt dit meestal op projectbasis, dat wil zeggen voor drie jaar. Het gevolg is dat de continuïteit van de hulpverlening niet is gegarandeerd. Om 'het migrantenvraagstuk' in het beleid te incorporeren, is een termijn van drie jaar echter niet toereikend; ze is al helemaal te kort om ook nog VHV voor allochtone vrouwen tot stand te brengen.

De weerstand om meer aandacht aan bepaalde categorieën cliënten te schenken en daarvoor een specifiek beleid te ontwikkelen, is mede het gevolg van de zelfkritische houding die dit vereist. Kritisch naar jezelf kijken is voor ieder mens moeilijk, maar voor een instelling in haar geheel nog moeilijker (interview). Een ander belemmerend aspect voor de ontwikkeling van zowel vrouwen- als migrantenhulpverlening is de ondervertegenwoordiging van verschillende nationaliteiten hulpverle(e)n(st)ers. Voorzover er allochtone werkne(e)m(st)ers zijn, raken zij bovendien al snel overbelast omdat alle 'allochtone zaken' op hun schouders worden gelegd.

De samenwerking tussen beide soorten hulpverlening komt niet van de grond ten gevolge van de hoge werkdruk in beide groepen. Hulpverleensters die zich met hulpverlening aan migrantenvrouwen bezig houden, hebben een hoge werklust. Hun mogelijkheden om ook nog te investeren in samenwerkingsverbanden met en kennisoverdracht aan anderen zijn gering. Ook de hulpverleensters die zich binnen de Riagg met VHV bezighouden, hebben al zo veel te doen met 'witte' hulpvraagsters in het algemeen, dat de samenwerking met de migrantenhulpverle(e)n(st)ers er gemakkelijk bij inschiet.

Beide groepen hulpverle(e)n(st)ers, zowel degenen die zich bezighouden met 'witte' VHV als degenen die migrantenhulp verlenen aan allochtone vrouwen, zijn

bedolven met werk en hebben weinig tijd en energie om aan hun eigen deskundigheidsbevordering te werken.

3.2.4.2 Externe knelpunten

Naast bovengenoemde, interne knelpunten zijn er ook externe samenwerkingsproblemen. Gesignaleerd wordt, dat de samenwerking met eerste-lijnsinstellingen als maatschappelijk werk of gezondheidscentra belemmerd wordt door de concurrentie van allerlei andere taken.

Daar waar er wel samenwerking tot stand komt, wordt het effect uiterst positief gewaardeerd. Een groepenaanbod vanuit maatschappelijk werk, voor vrouwelijke allochtone cliënten die qua problematiek tussen de eerste en tweede lijn 'vallen', kan bijvoorbeeld medicalisering voorkomen (interview).

3.2.4.3 Weerstand van de doelgroep

Voor de echtgenoten van de Turkse en Marokkaanse cliënten hebben een ambivalente houding ten opzichte van deelname van hun vrouwen aan een vrouwengroep. In de intake wordt hier tot op zekere hoogte specifiek aandacht aan besteed (Limburg-Okken & Tuerlings, 1992). Vermoed mag worden dat veel allochtone hulpvraagsters blijven 'hangen' in opvanghuizen of in de medisch molen, of dat zij naar hun land van herkomst worden teruggestuurd. Met andere woorden, veel Nederlandse hulpverleningsinstellingen zijn (nog steeds) te hoogdrempelig en/of genieten niet het vertrouwen van een allochtone gemeenschap. Vastgesteld kan worden dat allochtone vrouwen daardoor niet de hulp krijgen die zij nodig hebben. Instellingen moeten vanuit dit gezichtspunt hun eigen hulpaanbod kritisch bekijken en zich niet laten weerhouden door het (management) credo dat meer aanbod ook meer vraag schept (interview)¹³. Hierbij moet met name gelet worden op het aanbod voor Marokkaanse vrouwen, omdat deze blijkens de ervaringen in de groepen van Donk & Nistelrooij (1992) moeilijker zijn te bereiken dan Turkse vrouwen.

3.3 ALLOCHTONE CLIENTEN IN DE SEMI- EN INTRAMURALE PSYCHIATRIE

¹³ Wat hier het 'management credo' wordt genoemd, komt in 2.1. aan de orde als een van de modellen ter verklaring van de consumptie van geestelijke gezondheidszorg.

3.3.1 BRONNEN

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit informatie over 15 psychiatrische ziekenhuizen.

Met negen instellingen is persoonlijk contact opgenomen. De meeste contactpersonen waren coördinator VHV. Voor het merendeel verliep het contact telefonisch; in een enkel geval had het de vorm van een informeel persoonlijk gesprek. Verder zijn hier de gegevens verwerkt uit twee interviews; één met een coördinator VHV en één met een maatschappelijke werkende en een psychologe die tezamen een Turkse vrouwengroep begeleidden.

De informatie over de andere zes instellingen is ontleend aan het Jaarverslag 1990/91 van de Provinciale Commissie Vrouwenhulpverlening Semi- en Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-Holland.

In de literatuurstudie is ook de bundel betrokken van de in 1991 gehouden, landelijke werkconferentie over vrouwenhulpverlening in de psychiatrie. De conferentie was georganiseerd door de sectie Psychiatrie van de Samenwerkende Intramurale Gezondheidszorgvoorzieningen Regio Amsterdam (SIGRA) en de bundel heet 'Een waanzinnig stel?'

3.3.2 HET PRIMAIRE PROCES

3.3.2.1 Het hulpverleningsaanbod

'*Er is niets*' was een veel gehoord antwoord op de vraag of er een specifiek hulpverleningsaanbod is voor allochtone vrouwen.

Kort samengevat is het beeld als volgt: voor allochtone patiëntes is er geen specifiek aanbod; zij zijn geen specifieke doelgroep en er is geen speciaal beleid voor deze groep ontwikkeld. Bij de beschrijving van de gegevens staat de vraag waarom er geen specifiek hulpaanbod voor allochtone vrouwelijke patiënten bestaat, op de voorgrond. Het primaire proces verdwijnt wat meer naar de achtergrond.

Op het hier geschetste beeld was één uitzondering: in één instelling had men ervaring met een groep voor Turkse vrouwen. Met de betreffende hulpverlensters is een interview gehouden. De informatie uit dit interview wordt apart weergegeven in 3.3.5 en 3.3.6.

Voor het feit dat er nog geen specifiek hulpaanbod voor allochtone vrouwen is, zijn in de gesprekken verschillende factoren aangewezen. Twee belangrijke

factoren die elkaar vermoedelijk versterken, zijn het geringe aantal allochtone vrouwelijke patiënten in de psychiatrie en het gebrek aan kennis over deze groep. Het geringe aantal allochtone psychiatrische patiëntes wordt wellicht mede veroorzaakt door stereotiepe toelatings- en selectiecriteria in de psychiatrie¹⁴. Het vermoeden is, dat de toegang tot de psychiatrie voor allochtone vrouwen 'niet echt gemakkelijk' is, omdat zij onder aan de maatschappelijke ladder staan¹⁵. Een ander probleem, wat met name bij Moslim-vrouwen blijkt te spelen, is dat het voor hen volgens hun cultuur niet eervol is om op een gemengde afdeling (zoals er in de psychiatrie vele zijn) te worden opgenomen. Heel vaak wordt als oorzaak genoemd het feit dat VHV zelf nog in de kinderschoenen staat. Het blijkt nog steeds moeilijk om in psychiatrische ziekenhuizen de discussie over de noodzaak van VHV te voeren (Egtberts e.a., 1991). Vermoedelijk roepen pleidooien voor groepsspecifieke benaderingen - ten bate van vrouwelijke patiënten of allochtone patiëntes bijvoorbeeld - (extra) weerstand op, omdat zij tornen aan het beeld van een neutrale wetenschap en praktijk waarin seksisme of discriminatie niet voorkomen.

Uit het interview met de coördinator VHV bleek dat men, ook als er geen sprake is van een specifiek aanbod aan allochtonen, wel probeert flexibel te zijn in het omgaan met andere leefgewoonten.

De bejegeningprincipes van VHV zijn heel goed te gebruiken, volgens de coördinator. Gelijkwaardigheid in relatie kan worden bevorderd door vragen als 'Wat voel je?' en 'Hoe loste jij dat op?' empathisch te hanteren. Empathisch luisteren is ook een voorwaarde om alert te zijn op cultuur-aspecten en daarmee samenhangende verschillen in normen en waarden.

3.3.2.2 Diagnose

Ook als het autochtone patiëntes betreft, staat de traditionele diagnostiek ter discussie (Nicolai, 1992). Dit geldt nog sterker wanneer het om allochtone patiëntes gaat. Weliswaar lijkt het objectief en rationeel om iedereen principieel door dezelfde 'medische molen' te sturen, maar het is waarschijnlijk zinniger om vaker en meer empathisch te luisteren naar allochtone (en autochtone) patiëntes.

¹⁴ Ook de vijfde hypothese in 2.1 gaat hierover.

¹⁵ Er bestaan aan de andere kant echter ook aanwijzingen dat een lagere klassepositie juist tot een snellere doorstroming naar de psychiatrie zou leiden. Nader onderzoek is hier op zijn plaats.

Hierbij kan het begrip *condición migrante* een theoretisch houvast bieden.

De term *condición migrante* is afkomstig uit de transculturele hulpverlening. Het duidt aan dat de allochtone patiënt vaak in een soort tussen-cultuur verkeert. De migrant hoort noch bij de oorspronkelijke cultuur van het herkomstland noch bij de Nederlandse cultuur. Dit leidt tot een maatschappelijk isolement ten opzichte van de nieuwe én de oude omgeving. Hieruit kan een stilstand in culturele ontwikkeling voortkomen, omdat men het oude cultuurgoed conserveert buiten de ontmoeting met het leven van alledag (Graafsma & Tiekens, 1987). In feite is er sprake van een culturele desintegratie in het leven van de patiënt.

Ook in de interviews werd deze culturele desintegratie herhaaldelijk aangestipt, als een punt van aandacht zowel tijdens de diagnose als tijdens de behandeling. In de diagnose kan de *condición migrante* bijvoorbeeld zo goed mogelijk in kaart worden gebracht. In de behandeling moet er voorzichtig mee worden omgegaan.

3.3.2.3 Behandeling

De interview-vraag naar specifieke behandelingskwaliteiten bracht verschillende aandachtspunten naar boven.

Methoden

Wat de methoden betreft, is een voorzichtige aanpak geboden die rekening houdt met de tussensituatie waarin allochtone patiënten verkeren (zie hierboven, onder diagnose). In ieder geval moet worden nagegaan of de gebruikelijke hulpverleningsmethoden wel aansluiten bij de behoefte van allochtone patiënten. In veel gevallen worden de specialistische en individuele werksoorten - de op zelfreflectie en verbalisering van emoties gerichte psychotherapie en de op ziekte gerichte benadering - door allochtonen als fragmenterend en depersonaliserend ervaren. Uiteraard geldt dit niet alleen voor allochtone patiënten. Daarom is het in het belang van alle patiënten om de methoden van hulpverlening regelmatig aan de hulpvraag te toetsen (Lamers, 1987).

Setting

Wat de setting betreft, zijn aparte vrouwenafdelingen noodzakelijk, zowel voor vrouwen met seksueel gewelds-ervaringen als voor allochtone vrouwen. Het verblijf op een gemengde afdeling kan door clënten als onveilig worden beleefd en, vooral door Moslim-patiënten, als aantasting in hun eer. Deze belevingen mogen niet worden afgedaan als individuele angsten; ze zijn gestoeld op de

werkelijkheid van (allochtone) vrouwen.

Ook in ander opzicht zijn er aanpassingen van de organisatie nodig. Die moet het bijvoorbeeld mogelijk maken om eigen religieuze wetten en voedselvoorschriften na te leven.

Racisme

Het onderwerp racisme brengt enige aarzeling teweeg. De geïnterviewde vindt de term niet passend en brengt racisme bij hulpverle(e)n(st)ers meer in verband met onbekendheid en onzekerheid. In verband met de onbekendheid met andere culturen acht zij een multiculturele bezetting noodzakelijk. Verder wijst zij erop dat een (te) hoge werkdruk het extra moeilijk maakt om geduldig en aardig te zijn. In de meeste gevallen zijn de allochtone patiënten dan de dupe.

Uit de literatuur over transculturele hulpverlening kan aan bovenstaande worden toegevoegd dat culturele empathie als één van de belangrijkste voorwaarden beschouwd wordt voor het omgaan met allochtone patiënten. Ontbreekt deze, dan kan dat ertoe leiden dat hulpverle(e)n(st)ers het contact met allochtone patiënten mijden of dat het gekleurd wordt door vooroordelen en stereotyperingen (Lamers, 1987).

3.3.2.4 Nazorg

Voor de nazorg van allochtone patiëntes is geen structurele regeling getroffen. Wel kunnen casemanagers specifieke aandacht besteden aan allochtone vrouwen en in enkele gevallen gebeurt dat ook incidenteel.

3.3.3 GELDIGHEID VHV-KWALITEITEN

De volgende punten aangaande de geldigheid van VHV-kwaliteiten voor allochtone vrouwelijke patiëntes zijn ontleend aan het interview met de coördinator VHV.

De uitgangspunten van VHV lijken in principe goed aan te sluiten bij de hulpverlening voor allochtone vrouwen. Er moeten echter wel een aantal randvoorwaarden worden vervuld, die in feite van belang zijn voor de psychiatrische hulpverlening aan alle vrouwen. Deze voorwaarden hebben voornamelijk met de organisatiestructuur te maken. Transparantie, gelijkheid en inzichtelijkheid kunnen bijvoorbeeld niet worden gerealiseerd wegens de hiërarchische structuur van de psychiatrische inrichtingen en de dominantie van het medisch model.

Ten behoeve van allochtone patiënten kan op verschillende manieren vorm worden gegeven aan de uitgangspunten van VHV, te beginnen met aparte vrouwenafdelingen. Gelijkwaardigheid in de hulpverleningsrelatie vereist culturele empathie. Verder is er meer en specifiekere kennis nodig over het migratieproces van allochtone vrouwen, maar zelfs als die kennis ontbreekt kan er veel worden opgevangen door empathisch luisteren en 'nieuwsgierig' zijn en door niet al te veel als cultuurverschil op te vatten.

Bijkomend uitgangspunt is, dat goede hulpverlening voor allochtonen vereist dat de personeelssamenstelling van de psychiatrische inrichting getalsmatig een afspiegeling vormt van de aantallen autochtone en allochtone patiënten.

3.3.4 BELEMMERINGEN EN KNELPUNTEN

Gevraagd naar de belemmeringen en knelpunten die zich bij de implementatie van hulpverlening aan allochtone vrouwen voordoen, leverde het interview met de VHV-coördinator de volgende aandachtspunten op.

De omstandigheid dat VHV nog niet ver ontwikkeld is en er in dit psychiatrisch ziekenhuis geen aparte vrouwenafdeling beschikbaar is, speelt een remmende rol. Deze situatie wordt op zich weer in stand gehouden doordat de beslissingsmacht voornamelijk bij mannen ligt.

Elke vorm van verandering roept weerstand op, maar dit geldt des te sterker als het gaat om verandering die de vigerende normen en waarden voor behandeling ter discussie stelt. Voorzover er toch een bereidheid tot verandering is, wordt het veranderingsproces vaak belemmerd door een te grote werkdruk en een te zware case-load.

Moeilijkheden bij het aantrekken van allochtoon personeel zijn mede toe te schrijven aan de slechte betaling van bijvoorbeeld sociaal-psychiatrische verpleegkundigen. De kans dat mensen een dergelijk belastend beroep kiezen, wordt daardoor nog kleiner.

3.3.5 HET HULPVERLENINGSPROCES: WERKEN MET EEN TURKSE VROUWENGROEP

Onderstaande gegevens zijn ontleend aan het interview met de maatschappelijke werkster en de psychologe die een Turkse vrouwengroep begeleidden.

3.3.5.1 Het hulpverleningsaanbod

De groep bestond uit negen Turkse vrouwen, die voor het grootste deel door de huisarts naar de polikliniek waren doorverwezen op grond van somatische klachten zonder aanwijsbare medische oorzaak.

De deelnemers komen één ochtend in de twee à drie weken bij elkaar. Eerst kunnen ze informeel koffie en thee met elkaar drinken. Daarna worden er ontspanningsoefeningen en thematisch groepswork gedaan. Daarnaast kunnen de cliënten ook individuele begeleiding krijgen van de begeleidende psycholoog.

Er zijn tussen de Nederlandse en de Turkse vrouwengroep een aantal verschillen aan te wijzen. Ten eerste vergt het veel meer tijd en zorgvuldigheid om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen met de Turkse vrouwen, dat wil zeggen totdat ze vrijuit durven te praten. Ten tweede wordt in de Turkse groep, in tegenstelling tot de Nederlandse groep, niet expliciet vanuit VHV-principes gewerkt. Men gaat daar meer gestructureerd en themagericht te werk, terwijl men in de autochtone vrouwengroep meer nadruk legt op inzicht bieden¹⁶.

Wat de bejegening van de Turkse cliënten betreft, gaf de hulpverlener aan dat zij niet het gevoel had op een andere manier met de Turkse patiënten om te gaan dan met de Nederlandse patiënten

3.3.5.2 Diagnose

Opvallend was, dat er ten tijde dat de groep begon nog heel weinig informatie was verzameld over de deelnemende vrouwen. Deze leemte werd naderhand opgevuld door de psycholoog door alsnog een aantal intake-gesprekken met de deelnemers te voeren.

In deze - verlate - intakegesprekken is vooral veel aandacht besteed aan de levens- en migratiegeschiedenis van de patiënten. Onder andere hun jeugd en gezinssituatie in Turkije kwamen hierbij aan bod, alsmede hun motieven voor migratie. Ook de levens- en gezinssituatie in Nederland is uitgebreid in kaart gebracht. Vooral bij getrouwde vrouwen bleek het belangrijk te zijn om niet alleen naar het kerngezin te vragen maar ook naar de relatie met de schoonfamilie. Turkse vrouwen worden na hun huwelijk namelijk als dochter van de schoonfamilie beschouwd.

¹⁶ Oorspronkelijk was het gestructureerd en themagericht werken juist een kenmerk van VHV (Burger, 1989; van Mens-Verhulst, 1985; 1988). In de ambulante sector wordt nog steeds gewerkt volgens deze principes, maar daar worden inmiddels ook inzichtgevendere groepen aangeboden (Nicolai, 1992).

Bovendien is de deelnemers gevraagd hoe zij tegen de toekomst van hun eigen kinderen aankeken. Dan kwamen angsten boven, met name omtrent de integratie en het weglopen van hun dochters.

Vragen naar de arbeidssituatie konden aanwijzingen opleveren over belastende factoren als uitbuiting of discriminatie op de werkplek.

Ook andere aspecten die klachten in de hand werken, zijn geïnventariseerd; zoals de geldelijke verplichtingen in Turkije of het aldaar overlijden van familieleden.

In het algemeen is het buitengewoon belangrijk om naast de gebruikelijke individuele factoren ook de maatschappelijke positie bij de diagnose te betrekken. De anamneselijst van Limburg-Okken (1989) is hierbij een waardevolle leidraad.

3.3.5.3 Behandeling

Methode

Over de methode van het themagericht werken waren de hulpverleners heel tevreden. Er worden 'vrouwen'thema's aan de orde gesteld als zelfzorg en familiegeschiedenis. Als een dergelijk thema regelmatig terug komt, blijken de cultuurverschillen weg te vallen. Dan komen 'universele' problemen en conflicten naar boven als 'ik moet een goede moeder en een goede echtgenote en een goede dochter zijn'.

Sinds kort wordt de familiegeschiedenis van de patiëntes besproken door middel van het tekenen van een stamboom. Op die manier komt heel veel informatie los over het verleden, de situatie in het land van herkomst en belangrijke personen in hun leven.

Ook het werken met audio-visueel materiaal heeft een heel goed effect. Door een videoband (weliswaar over Nederlandse vrouwen die in de jaren vijftig naar Australië waren geëmigreerd) is er heel veel losgekomen en zijn de patiëntes zich er sterk van bewust geworden dat zij tussen twee culturen hangen en nergens meer echt bijhoren. De deelnemers worden vaak uitgenodigd om over hun eigen cultuur te praten.

De laatste tijd wordt er tijdens de groepsgesprekken ook expliciet gevraagd naar ervaringen met racisme. Het blijkt dan dat de deelnemers daar forse ervaringen mee te hebben. Volgens de respondente komt dit racisme ten dele voort uit racistische ideeën, maar ten dele ook uit onbekendheid met andere culturen.

3.3.5.4 Nazorg

Nazorg is niet structureel geregeld, maar er wordt aan de periode na de opname wel steeds aandacht besteed. Mogelijkheden voor het opbouwen van een sociaal netwerk worden verkend en zondig worden er adviezen voor gegeven. Vaak

blijkt dit echter overbodig, omdat de deelnemers zelf heel ondernemend zijn op dit gebied.

3.3.6 GELDIGHEID VHV-KWALITEITEN

In eerste instantie waren de begeleiders van mening dat cultuurverschillen de toepassing van VHV-uitgangspunten in de weg zouden staan. Weliswaar zou een aantal vrouwelijke patiënten wel graag aan hun eigen socialisatie willen werken, maar dit is onmogelijk vanwege hun cultuur of de gezinsomstandigheden waarin ze verkeren. Als zij bijvoorbeeld zouden beslissen om van hun man weg te gaan, dan zouden ze niet alleen door hun familie maar door de hele gemeenschap worden verstoten.

In tweede instantie realiseerde de maatschappelijk werkster zich, dat ze als begeleiders toch vanuit een aantal VHV-principes werkten. Ze zijn in de groep namelijk wel vrouw-, socialisatie-, maatschappij- en veranderingsgericht bezig. De psychologe vroeg zich vervolgens af of VHV-principes wel zo specifiek zijn, gezien het feit dat ze er in hun groep zo vanzelfsprekend van uitgaan.

Het is belangrijk om in de hulpverlening aan allochtone vrouwen hun maatschappelijke positie 'mee te nemen' en dit aspect te politiseren. De vrouwen verkeren namelijk vaak in een moeilijke positie en maken dikwijls situaties van uitbuiting mee. Het onderwerp 'seksueel geweld' is echter moeilijk bespreekbaar in deze groep. Weliswaar is het ondertussen standaard op de polikliniek om hier aandacht aan te besteden, maar bij Turkse vrouwen ligt dit onderwerp veel ingewikkelder. Het probleem is niet het praten over lichamelijkeheid en seks op zich, maar wel hun schroom 'om de vuile was buiten te hangen.' De geïnterviewde voegt hier aan toe dat bij het niet-bespreekbaar maken van dit onderwerp ook haar eigen reserves een grote rol spelen¹⁷.

Autonomiebevordering van de patiënten vormt een rode draad in de hulpverlening. Dit wordt bijvoorbeeld onder de aandacht gebracht door te vragen naar andere vrouwen in de familie die soortgelijke problemen hebben doorstaan en als voorbeeld kunnen dienen. Het onderwerp 'scheiding' wordt met grote voorzichtigheid behandeld, in verband met mogelijke uitstoting uit de Turkse

¹⁷ De schroom van hulpverlenenden om seksueel geweld aan de orde te stellen en adviezen om deze reserves te overwinnen zijn uitvoerig beschreven door Boland (1988). Kwaliteitseisen ten aanzien van - transculturele - ambulante hulpverlening na fysiek of seksueel geweld zijn door middel van onderzoek geïnventariseerd door Huijts (1993).

gemeenschap en eventueel te verwachten 'wraakacties'. Het gaat meer om verbeteringen in de bestaande situatie.

Over de verschillende opvattingen ten aanzien van opvoeding en het leven hier in Nederland zijn er gezamenlijke discussies waar ook de hulpverleners aan deelnemen. De deelnemers slingeren zelf heen en weer tussen de meer rigide opvattingen volgens de Turkse cultuur en de wat vrijere manier van leven in Nederland. Vaak zijn ze bang dat hun dochters van huis zullen weglopen.

Wat de aspecten macht en transparantie betreft, geldt dat deze in alle therapieën moeilijk te verwezenlijken te zijn. Bovendien leeft bij de Turkse hulpvraagsters de verwachting dat een hulpverlenende, als deskundige, kant en klare oplossingen kan bieden. Om een goed contact op te bouwen, komen de begeleiders in eerste instantie aan deze verwachtingen tegemoet. In een later stadium proberen zij de deelnemers steeds meer te stimuleren om eerst zelf naar oplossingen te zoeken, voordat ze bij hen om hulp komen vragen.

Over hun attitude gaven de begeleiders aan dat zij heel kritisch ten opzichte van hun eigen socialisatie en eigen normen en waarden te staan. Ze vermoeden echter dat ze op verschillende soorten grenzen stoten; niet alleen hun eigen grenzen, of grenzen voortvloeiend uit het referentiekader van VHV, maar ook grenzen die de Turkse cultuur stelt en die angst voor uitstoting uit de gemeenschap bij een te grote zelfstandigheid reëel maken:

'Tijdens de vrouwenhulpverlening zit je heel ver op een lijn, maar dan op eens is het toch kiezen voor de ellende. Als het wat richting concrete stappen gaat, dan stopt het weer.'

3.3.7 BELEMMERINGEN EN KNELPUNTEN

Het is vooral moeilijk om de Turkse patiënten en hun echtgenoten ervan te overtuigen dat deelname aan een vrouwengroep een goede zaak is. Om het wantrouwen weg te nemen, moest er heel veel tijd worden geïnvesteerd in voorbereidende gesprekken met zowel de mannen als de vrouwen.

Over de organisatorische belemmeringen en knelpunten is de groepsbegeleiders niet zoveel bekend, omdat zij niet bij de oprichting van de groep waren betrokken. Ten tijde van het interview ervoeren de begeleiders geen belemmeringen. Het groepsaanbod voor de Turkse vrouwen werd door de instelling gesteund met de toekenning van extra budget voor bijscholing op het gebied van interculturele hulpverlening.

Verder toonden de andere hulpverle(e)n(st)ers betrokkenheid door op studiedagen en dergelijke te wijzen.

Dit alles neemt volgens de geïnterviewden niet weg dat er nog heel wat meer mogelijkheden geboden zouden kunnen worden aan allochtone vrouwelijke patiënten.

Hoofdstuk 4

CONCLUSIES OVER KWALITEITSEISEN VOOR VROUWENHULPVERLENING AAN ALLOCHTONE VROUWEN

In dit hoofdstuk worden eerst de kwaliteitseisen per sector weergegeven. Vervolgens wordt de onderzoeksvraagstelling per deelvraag beantwoord.

4.1 CONCLUSIES ONTLEEND AAN OPVANGINSTELLINGEN

4.1.1 HET PRIMAIRE PROCES¹⁸

4.1.1.1 Kennis van hulpverle(e)n(st)ers:

Nodig zijn:

- *Kennis over verbale en non-verbale en culturele aspecten van communicatie in de culturen van de cliënten.
- *Kennis over de verschillende culturen, gedifferentieerd naar de verschillende herkomstlanden.
- *Kennis over de juridische status van allochtone cliënten.

4.1.1.2 Attitude van hulpverle(e)n(st)ers:

Vereist is:

- *Openheid voor en bereidheid om een andere cultuur ondubbelzinnig te accepteren en kritisch tegenover zich zelf te blijven. De zelfreflectie dient zich te richten op de gehanteerde normen en waarden van de hulpverleenster, stereotiepe ideeën over andere culturen en het zelf behoren tot de dominante cultuur.

¹⁸ De eisen die gebonden zijn aan het specifieke aanbod en de specifieke organisatievorm van een bepaalde instelling, zijn hier niet meer opgenomen.

Dit is nodig voor het overbruggen van cultuurverschillen (Henken-David, 1990).
*Een genuanceerde houding ten aanzien van cultuurverschillen, door deze noch te ontkennen noch te problematiseren (Deug, 1990).

4.1.1.3 Hulpverleningsrelatie

- *Het opbouwen van een vertrouwensrelatie dient centraal te staan.
- * De hulpverlening dient transparant te zijn:
De verwachtingen van zowel hulpvraagster als hulpverleenster dienen geëxpliciteerd te worden.
- *Er moet informatie over de verschillende hulpverleningsmogelijkheden worden aangereikt.
- *Bij de uiteindelijke keuze moeten de behoeften van de hulpvraagster centraal staan.

4.1.1.4 Inhouden

- * Het aanleren van basisvaardigheden dient tijdens de hulpverlening op de eerste plaats te komen, nog voordat men op de zelfredzaamheid van de cliënten ingaat (Sijses & Bekkers, 1990).

4.1.2 STRUCTUUR EN BELEID

4.1.2.1 Interne voorwaarden

Personeel

- * Er dient een vrouwelijke tolk beschikbaar te zijn.
- * Er dienen meer allochtone hulpverle(e)n(st)ers aangenomen te worden, zodat een hulpvraagster kan kiezen tussen allochtone of autochtone hulpverle(e)n(st)ers.
- * Er dient een interne aandachtsfunctionaris benoemd te worden om het interculturalisatieproces¹⁹ te begeleiden.

¹⁹ Interculturalisatie is 'een proces dat beoogt een organisatie tot stand te brengen waarin het samengaan van verschillende culturen vertaald wordt binnen alle geledingen van de organisatie, in het personeelsbeleid, de procedures en de produkten' (Henken-David, 1990).

- * Er moeten voorwaarden gecreëerd worden voor de samenwerking tussen 'zwarte' en 'witte' hulpverle(e)n(st)ers²⁰.

Materieel

- * Er dient meer tijd ingeruimd te worden per hulpverleningscontact. Het creëren van een vertrouwensrelatie en de ondersteuning bij het aanleren van sociale vaardigheden vergen heel veel tijd en inzet.
- * Er dient een ruimte beschikbaar te zijn voor de naleving van de verschillende religieuze tradities (Deug, 1990).
- * De instelling moet tolerant en flexibel zijn ten aanzien van verschillende leef- en eetgewoonten en opvoedingsideeën.

Hulpaanbod

- *Specifieke nazorggroepen zijn nodig. Allochtone hulpvraagsters hebben in vergelijking met Nederlandse hulpvraagsters meer begeleiding nodig voor de periode na de hulpverlening, omdat ze in een veel groter isolement terecht komen als ze zelfstandig wonen (Deug, 1990).

Beleid

- *Bij deskundigheidsbevordering, in overlegsituaties en intervisie dienen onderwerpen als etnische vooroordelen en racisme regelmatig aan de orde te komen.
- * Het is noodzakelijk dat een beleid ontwikkeld wordt dat zich op 'interculturalisatie' van de gehele instelling richt.
- *De instelling dient actief op te treden tegen etnische discriminatie en racistische uitingen van zowel medebewoners als ook hulpverle(e)n(st)ers.

²⁰ Na afloop van dit onderzoek verscheen een zeer informatief boek betreffende de kwetsbare positie van Turkse en Marokkaanse hulpverleeners van de hand van Leila Jaffar (1992): Tweestrijd.

4.1.2.2 Externe voorwaarden

- * Het is noodzakelijk projecten te starten voor het ontwikkelen van alternatieven voor de gebruikelijke hulpverleningsmethodieken en het gangbare beleid.
- * De oprichting respectievelijk handhaving van categoriale instellingen is noodzakelijk (Deug, 1990).
- * In management-opleidingen voor de gezondheidszorg moet meer aandacht besteed worden aan de interculturalisatie van instellingen.
- * In hulpverlenings-opleidingen moet meer aandacht worden besteed aan kennisverwerving over verschillende culturen en aan het creëren van een open en zelfkritische houding ten aanzien van ander'mans' normen en waarden.

4.2 CONCLUSIES ONTLEEND AAN RIAGG'S

4.2.1 HET PRIMAIRE PROCES

4.2.1.1 Kennis hulpverle(e)n(st)ers

Nodig zijn:

- * Kennis over verschillende aspecten die met de cultuur of nationaliteit van de vrouwelijke cliënten te maken hebben.
- Hieronder horen onder andere: verschillen in communicatiepatronen, ziektebeleving, ziektegedrag, culturele tradities ten aanzien van familierelaties en religie, en juridische status.
- * Vertaling van VHV-principes naar allochtone hulpvraagsters met behulp van de inzichten uit de migrantenhulpverlening.

4.2.1.2 Attitude hulpverle(e)n(st)ers

- * De hulpverle(e)n(st)er dient zich ervan bewust te zijn dat iedere vrouw uniek is en dat stereotypering van allochtonen moet worden voorkomen.
- * De hulpverle(e)n(st)er dient de cultuurgebondenheid van haar eigen normen en waarden te onderzoeken.
- * 'Anders' en 'verschillend' mag voor de hulpverle(e)n(st)er niet betekenen 'onbenaderbaar'.

4.2.1.3 Hulpverleningsrelatie

- * Voordat een vrouwengroep van start kan gaan, dient door de hulpverleenster(s) veel aandacht te worden besteed te worden aan de toestemming van de echtgenoten van de deelnemende vrouwen.
- * Het opbouwen van een vertrouwensband staat centraal.

4.2.1.4 Inhouden van hulpverlening

- * Het is belangrijk dat het onderwerp racisme in de begeleiding bespreekbaar gemaakt wordt: als klacht, stressor, etiologische factor in de diagnose en als gespreksonderwerp (Limburg-Okken, 1989).
- * Er dient een uitgebreide anamnese plaats te vinden, die onder andere de migratiegeschiedenis in kaart brengt.
- * In de diagnose dient rekening te worden gehouden met de culturele bepaaldheid van ziektebeleving en klachtenpresentatie.
- * De doelstelling dient te worden aangepast aan de overwegend slechte sociaal-economische omstandigheden: de hulpverlening dient zich te richten op stressreductie en het draagbaar maken van de ongunstige levenssituatie (Limburg-Okken, 1989).
- * Voor de bovenstaande doelstelling wordt het aanbieden van continue groepen noodzakelijk geacht die langdurig begeleiding kunnen bieden bij het leefbaar maken van de stress.

4.2.2 STRUCTUUR EN BELEID

4.2.2.1 Interne voorwaarden

- * Er dient een beleid voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen te worden ontwikkeld.
- * Er moeten meer²¹ allochtone hulpverle(e)n(st)ers van verschillende culturele achtergronden worden aangetrokken.
- * Aandachtsfunctionarissen voor zowel VHV als ook migrantenhulpverlening dienen niet meer op projectbasis te worden aangesteld, maar moeten een structurele plaats in de instelling krijgen.
- * Betere kennisoverdracht en bijscholing dienen mogelijk te worden gemaakt voor alle partijen die zich met de hulpverlening aan 'witte' en 'zwarte'

21 Over de berekening van streefgetallen worden geen duidelijke uitspraken gedaan.

vrouwen bezig houden.

- * Vermindering van de dagelijkse werkdruk is vereist om een dergelijke bijscholing mogelijk te maken.
- * Kennisoverdracht en samenwerking tussen VHV en migrantenhulpverlening op het gebied van innovatie en cultuurverandering van de hele instelling is noodzakelijk.
- * Allochtone hulpverle(e)n(st)ers behoeven meer emotionele betrokkenheid en steun van de hele staf.

Die betrokkenheid kan blijken uit kennis van de vraagstukken, suggesties voor oplossingen en het niet stilzwijgend negeren van de aparte problemen betreffende allochtonen en vrouwen.

- * Een directe aanmeldingsmogelijkheid voor jonge allochtone hulpvraagsters is aan te bevelen (Beusekamp & Boogaard, 1991).

4.2.2.2 Externe voorwaarden

- * Het opbouwen van netwerken voor allochtone hulpverle(e)n(st)ers of hulpverle(e)n(st)ers die met allochtonen (willen) werken, dient te worden gestimuleerd.
- * De samenwerking tussen Algemeen Maatschappelijk Werk en Riagg dient verbeterd te worden, zodat 'medicalisering' van allochtone vrouwen kan worden voorkomen.

4.3 CONCLUSIES ONTLEEND AAN SEMI- EN INTRAMURALE PSYCHIA- TRIE

4.3.1 HET PRIMAIRE PROCES

4.3.1.1 Kennis hulpverle(e)n(st)ers

Nodig is:

- * Kennis over verschillende culturele aspecten²².
- * Kennis over het leven in een tussen-cultuur (condición migrante)²³.

4.3.1.2 Attitude hulpverle(e)n(st)ers

- * De hulpverle(e)n(st)er dient te differentiëren tussen allochtone patiënten en niet alle culturen onder één noemer te vatten.
- * De hulpverle(e)n(st)er dient gevoelig te zijn voor en open te staan voor cultuurverschillen en voor non-verbale communicatie.

4.3.1.3 Hulpverleningsrelatie

- * Culturele empathie is één van de belangrijkste voorwaarden in het omgaan met allochtone patiënten (Lamers, 1987).
- * Een empathische en respectvolle bejegening is vereist.
- * Cliënte's levenservaringen en ervaringsdeskundigheid met het oplossen van problemen staan centraal en de hulpverle(e)n(st)er dient hier expliciet naar te vragen.

4.3.1.4 Inhouden van hulpverlening

- * De hulpverlening moet op de behoefte van de cliënten worden toegesneden en dient met name een fragmentariserende en depersonaliserende aanpak te vermijden (Lamers, 1987).
- * In intakeprotocollen moeten zowel de belangrijke VHV-thema's aan de orde

²² Zie voor uitleg 4.2.1 (kennis hulpverleenster).

²³ Zie voor uitleg 3.3.2 (diagnose).

komen als de levens- en migratiegeschiedenissen en de invloed daarvan op het leven van de cliënten.

Hiervoor kan de uitgebreide anamneselijst van Limburg-Okken (1989) worden gebruikt.

- * In de diagnose moet rekening worden gehouden met sekse- en cultuurspecifieke aspecten van de klacht.

4.3.2 STRUCTUUR EN BELEID

4.3.2.1 Interne voorwaarden

- * In de intervisie dient aandacht te worden besteed aan het omgaan met cultuurverschillen, non-verbale communicatie en aan een open houding van de hulpverle(e)n(st)ers. Het bewustzijn dat allochtone patiënten niet één homogene groep zijn, maar ook onderling sterk kunnen verschillen, dient voortdurend aangescherpt te worden.
- * Het inrichten van aparte vrouwenafdelingen wordt noodzakelijk geacht, niet alleen vanwege de religieuze wetten van de Islam, maar ook vanwege de veiligheid van alle patiënten (allochtoon en autochtoon) voor seksuele intimidaties.
- * Er dienen specifieke continue ofwel nazorggroepen voor allochtone (ex-)patiënten te worden ingesteld.
Deze zouden poliklinisch moeten worden ingericht, opdat ex-psychiatrische patiënten voor langere tijd kunnen worden begeleid en herhaling van opname kan worden voorkomen.
- * Gezien de toename van allochtone patiënten is het van belang om de vigerende geneesmethoden te toetsen op hun aansluiting aan de behoeften van allochtone patiënten (Lamers, 1987).
- * Allochtone patiënten dienen tijdens hun verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis hun eigen religie en voedselwetten te kunnen naleven.
- * Er is respect en flexibiliteit vereist voor allochtone tradities in het omgaan met familie en bezoek: in sommige culturen komt bijvoorbeeld de hele familie op bezoek en brengt eigen eten voor de patiënt mee.
- * Respectvolle bejegening wordt verwacht van alle geledingen van de instelling. Dat betekent dat zowel mede-patiënten, behandelaars, de algemene ondersteunende diensten en het management aangesproken (kunnen) worden op hun bejegening van allochtone patiënten of bezoekers.
- * De gehele instelling dient een zelfkritische houding te ontwikkelen ten aanzien van eigen culturele bepaaldheid en vooringenomenheid.

4.3.2.2 Externe voorwaarden

- * Het is noodzakelijk 'autonome' projecten in te richten die zich bezig houden met het ontwikkelen van een specifiek hulpverleningsaanbod voor allochtone vrouwen.

Deze noodzaak is voornamelijk ingegeven door het feit dat de integratie van VHV in de meeste instellingen pas in de beginfase verkeert en dat de VHV-projecten binnen de instelling nog niet aan ontwikkelingen als hulpverlening voor allochtone vrouwen toekomen.

- * Het oprichten van categoriale instellingen wordt noodzakelijk geacht om de hulpverlening aan allochtone vrouwen te verbeteren en toegankelijker te maken.
 - * Het wervingsbeleid moet worden verbeterd en de functie-eisen moeten worden aangepast, wil men meer 'zwarte' hulpverle(e)n(st)ers aantrekken²⁴.
- Uit ervaring is gebleken dat ondanks actieve werving het nauwelijks lukt om zwarte vrouwen aan te trekken voor functies in de psychiatrie (Wesenbeek en Pengel, 1992).
- * In de opleiding voor verpleegkundigen of behandelaars(ers) dient ondertussen meer aandacht te zijn voor de problemen van allochtone vrouwen.
 - * Voor gediplomeerde verpleegkundigen en behandelaars(ers) dient een verplichte bijscholing in transcultureel werken aangeboden te worden.
 - * Onderzoek is noodzakelijk naar de toegankelijkheid van de psychiatrie voor allochtone hulpzoeksters en de cross-culturele bruikbaarheid van verschillende hulpverleningsmethodieken, waaronder ook die van de VHV.

4.4 ANTWOORD OP DE VRAAGSTELLING

In het voorgaande is per sector weergegeven, welke conclusies er uit het verzamelde materiaal kunnen worden getrokken. In het volgende is de informatie

²⁴ Het bestudeerde materiaal bevatte geen aanwijzingen waaruit die verbeteringen zouden moeten bestaan. In dit verband lijken echter de recente noties van Essed (1992) van belang: selectiecriteria zijn dikwijls 'euro- en andro-centrisch', er bestaan nog veel coöptatiepraktijken en de verwachtingen ten opzichte van leden van minderheidsgroeperingen zijn dikwijls overdreven - in positieve of negatieve zin; een lid van een minderheidsgroepering wordt al gauw tot 'ambassadeur' gemaakt van de groep(en) waaruit het afkomstig is en krijgt daarmee een onmogelijke bewijslast toegeschoven.

op zo'n manier geselecteerd en geordend, dat duidelijk wordt welke antwoorden er zijn verkregen op de in hoofdstuk 1 geformuleerde vragen.

In paragraaf 4.4.1 is een overzicht te vinden van de opvattingen inzake de bijdrage van VHV-kenmerken- en eigenschappen aan de kwaliteit van de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Dat wil zeggen dat op de eerste en tweede deelvraag een geïntegreerd antwoord wordt gegeven.

In paragraaf 4.4.2 wordt de derde deelvraag, aangaande de organisatorische voorwaarden, beantwoord.

4.4.1 KWALITEITSASPECTEN VAN HET PRIMAIRE PROCES

De eerste deelvraag was:

***Gelden VHV-kwaliteitsaspecten voor het primaire proces van hulpverlening ook voor allochtone hulpvraagsters?**

De tweede deelvraag luidde:

***Welke specifieke kwaliteitseisen moeten worden gesteld aan het primaire hulpverleningsproces met allochtone hulpvraagsters?**

Het antwoord op de eerste deelvraag kan kortweg 'ja' zijn, terwijl het antwoord op de tweede deelvraag het 'maar' invult. VHV-kwaliteitsaspecten zijn evenzeer geldig voor allochtone als voor autochtone vrouwen. Ze behoeven echter aanvulling en verbijzondering vanwege de bijzondere situatie van allochtone hulpvraagsters - als vrouw én migrant.

VHV speelt in op het 'vrouw-zijn'. Wil VHV aansluiten bij de behoeften van allochtone vrouwen, dan dienen de VHV-kwaliteitscriteria verrijkt te worden met de inzichten uit migrantenhulpverlening en transculturele hulpverlening/psychiatrie.

In het volgende worden de geldige VHV-kwaliteitsaspecten besproken en waar nodig door onder andere kwaliteitskenmerken uit de 'migrantenhulpverlening' gespecificeerd.

4.4.1.1 Bejegening

In de hulpverlening kunnen veel cultuurverschillen worden overbrugd door empathisch te luisteren naar een cliënte en te vragen naar haar subjectieve ervaring. Tegelijkertijd neemt dan de kennis over de andere cultuur toe en kan er wederzijds vertrouwen groeien.

Is er eenmaal een vertrouwensrelatie tot stand gekomen, dan blijken de cultuurverschillen tussen de 'witte' hulpverle(e)n(st)er en de 'zwarte' cliënte weg te vallen.

4.4.1.2 Diagnose en behandeling/begeleiding

Zowel in de diagnose als tijdens de behandeling moet men rekening houden met de verschillende facetten van het 'migrant-zijn'. Dit kan tot een aanpassing van de zorg leiden.

In de migrantenhulpverlening wordt vaak benadrukt dat er naast immateriële ook materiële hulp gewenst is (Limburg-Okken, 1989). Dit betekent dat instellingen als RIAGG's of psychiatrische ziekenhuizen kunnen leren van de meer praktische hulpverlening die in veel opvanginstellingen gebruikelijk is.

Sociale positie en socialisatie

In de VHV is het gebruikelijk expliciet aandacht te besteden aan de sociale positie en socialisatie van de vrouwelijke cliënt en de invloed hiervan op haar klachten. Bij allochtone cliënten is een nadere aanpassing aan hun bijzondere positie als migranten nodig. Hieruit volgt een extra aandachtspunt voor de kwaliteit van hulpverlening aan allochtone vrouwen: de sociale positie zowel in het herkomstland als ook in Nederland en de migratiegeschiedenis dienen tijdens het hele hulpverleningsproces onder de aandacht te blijven²⁵.

Wat de invloed van de migratie op het leven van de hulpvraagsters betreft, wordt in de transculturele hulpverlening op een tussen-cultuur gewezen, de 'condición migrante' (zie 3.3.2). Volgens de respondenten bestaat het risico van culturele desintegratie. Daarom moet er voorzichtig met deze tussen-situatie worden omgegaan²⁶.

²⁵ Emaim (1987) heeft de individuele migratiegeschiedenissen van haar moeder en zichzelf bijvoorbeeld systematisch inzichtelijk gemaakt aan de hand van het volgende kader: 'vrouwen in de Islam' (rechten en plichten; opvoeding; huwelijk; echtscheiding; gezin) en 'veranderingen in de positie van de Marokkaanse vrouwen in Nederland' (gezinshereniging; problemen van Marokkaanse vrouwen in Nederland; mishandeling bij Marokkaanse vrouwen).

²⁶ Eppink (1992) beveelt aan om 'migratie' nader te preciseren qua condities waaronder de migratie heeft plaatsgevonden - meer of minder vrijwillig, individueel of groepsgewijze, vanuit een persoons- of groepsgeoriënteerde cultuur; en qua omstandigheden waarin de migranten zijn terechtgekomen: grote of kleine stad, in isolement of met een sociaal netwerk.

Volgens de VHV dient hulpverlening gericht te zijn op de kracht van de vrouwelijke cliënten en de aspecten die hen sterk kunnen maken/ doen zijn. Deze kwaliteitseis dient voor allochtone cliënten te worden aangevuld met de aanwijzing 'ook binnen haar eigen cultuur'. De positieve krachten kunnen dan door de allochtone vrouwen worden gebruikt om een eigen weg tussen de twee culturen te vinden.

Lichaamsgericht en themagericht werken

In de methodische aanpak van de VHV hebben het lichaamsgericht en themagericht werken altijd een belangrijke plaats ingenomen. De berichtgeving uit de verschillende sectoren laat zien dat deze werkvormen ook door allochtone deelnemers heel positief worden ervaren.

De thema's die van betekenis zijn voor allochtone cliënten bestrijken een breder gebied. Zo moeten naast 'vrouwethema's' als menstruatie, overgang en opvoeding ook thema's aan de orde komen als 'omgaan met discriminatie', 'confrontatie met andere normen en waarden' en 'loyaliteit ten opzichte van de familie in het land van herkomst'. Ook praktischer onderwerpen als het invullen van formulieren en het omgaan met overheidsinstanties, horen hierbij.

Seksehomogene groepen

In de VHV is altijd veel waarde gehecht aan het werken in seksehomogene groepen. De ervaringen met allochtone vrouwengroepen, waarmee in alle drie de sectoren is gewerkt, worden positief beoordeeld. Groepswork kan dus heel goed aansluiten, mits een veilige sfeer kan worden gecreëerd. Dat wil onder andere zeggen dat de angst voor onderlinge roddel moet worden weggenomen. Daarom dienen er duidelijke regels en contracten te worden opgesteld die vertrouwelijkheid als hoogste prioriteit aanmerken.

Uit de ervaringen in de opvangvoorzieningen blijkt dat het werken met een 'gemengde' groep van allochtone en autochtone cliënten tot extra moeilijkheden leidt. Daarvoor zijn nog geen oplossingen bekend, evenmin als kwaliteitseisen.

4.4.2 GELDIGHEID VAN DE VHV-UITGANGSPUNTEN

Wat de uitgangspunten van VHV betreft, kan samenvattend worden gesteld, dat deze over het algemeen ook als vertrekpunt voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen kunnen gelden. Deze overeenkomst neemt echter niet weg, dat er ook een aantal verbijzonderingen op zijn plaats is.

4.4.2.1 Seksespecificiteit

Seksespecificiteit in het hulpverleningsaanbod is in alle drie de sectoren uitgangspunt. Voor de meeste allochtone vrouwen - en daarin verschillen ze van veel autochtone vrouwen - is het vanzelfsprekend om expliciet steun te zoeken binnen de vrouwengemeenschap. Dit berust onder meer op culturele en religieuze tradities, waarin bijvoorbeeld ook het gezamenlijk baden en dansen van vrouwen past.

4.4.2.2 Aandacht voor machtsverschillen

Wat aandacht voor machtsverschillen betreft, dient bij allochtone hulpvraagsters naast de machtsongelijkheid tussen de seksen, ook rekening te worden gehouden met machtsverschillen ten gevolge van etniciteit.

Een bijzondere vorm van macht waar allochtone vrouwen mee geconfronteerd worden, is racisme. In de migrantenhulpverlening wordt aan dit fenomeen een steeds belangrijker plaats toegekend. Racisme wordt in toenemende mate gezien als (mede)oorzakelijke, stresserende en instandhoudende factor voor de klachten van allochtone cliënten (Limburg-Okken, 1989). Daarom moet dit aandachtspunt worden toegevoegd aan de VHV voor allochtone vrouwen.

Ook de racistische uitingen van hulpverle(e)n(st)ers, hun vooroordelen en stereotyperingen, moeten bespreekbaar worden gemaakt. Uit het onderzoek kwam vaak naar voren, dat dergelijke uitingen vaak met onwennigheid en onbekendheid te maken hebben. Dit neemt niet weg, dat actieve racismebestrijding als kwaliteitsaspect moet worden toegevoegd.

4.4.2.3 Transparantie

Wat de transparantie van de hulpverlening betreft, komt uit het onderzoek naar voren dat dit ook een heel belangrijk aandachtspunt is voor hulpverlening aan allochtone vrouwen. Door expliciet aandacht te besteden aan de wederzijdse verwachtingen, kunnen de cultuurverschillen tussen hulpverleenster en cliënte hanteerbaar gemaakt worden.

Bij de verwezenlijking van een symmetrische hulpverleningsrelatie moet ook het op etniciteit gebaseerde machtsverschil tussen hulpverleenster en cliënte worden geëxpliciteerd.

4.4.2.4 Autonomiebevordering

In tegenstelling tot de verwachting, blijkt dat het autonomie-principe - een van de kwaliteitspijlers van de VHV - ook geldig is voor de VHV aan allochtone vrouwen.

Dit uitgangspunt heeft wel enige nuancering. Bij de hulpverlening aan allochtone vrouwen is het namelijk van heel groot belang om als hulpverleenster te verkennen binnen welke culturele, sociale en juridische grenzen de autonomiebevordering zich kan afspelen. Deze grenzen hebben onder andere te maken met culturele tradities, de afhankelijke verblijfstitel van de vrouw, familieomstandigheden en de behoeften van de vrouw zelf.

De doelen 'zelfredzaamheid', 'zelfstandigheid' en 'emancipatie' zijn als kwaliteitseisen ook van kracht voor de hulpverlening voor allochtone vrouwen,

mits men rekening houdt met enerzijds de sociaal-culturele achtergronden (bijvoorbeeld de 'wij-cultuur') en anderzijds de behoeften en vaardigheden van individuele vrouwen.

4.4.2.5 Politisering

De politiserende kwaliteit van VHV krijgt een extra dimensie als het over allochtone cliënten gaat. Op zich blijkt een probleeminterpretatie in de context van maatschappelijke en situationele factoren in alle sectoren goed hanteerbaar te zijn, maar een aangepaste invulling te behoeven. Bij allochtone cliënten ligt de samenhang tussen hun sociaal-economische levensomstandigheden en migratie-geschiedenis enerzijds en hun klachten anderzijds vaak zo voor de hand, dat de hulpvraagsters zich daar al terdege van bewust zijn. Dit zou als een eerste stap tot verandering gezien kunnen worden, ware het niet dat de overheersende slechte sociale omstandigheden hun veranderingsperspectief heel beperkt maakten. De politiserende kwaliteit moet dan ook meer worden gezocht in de maatschappelijke discussie en sociale actie. De VHV en de daarbij betrokken personen dienen in het openbaar op de samenhang tussen de slechte levensomstandigheden en de zwakke juridische positie van allochtone vrouwen en hun gezondheidstoestand te wijzen.

4.4.2.6 Cliëntvriendelijkheid

Uit het onderzoek komt naar voren dat cliëntvriendelijkheid één van de belangrijkste kwaliteitsaspecten is voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Dit kwaliteitscriterium houdt in dat de ervaringen en de geleefde werkelijkheid van de cliënt uitgangspunt vormen voor de hulpverlening. Inachtneming van dit uitgangspunt kan dus een betere aansluiting van de hulpverlening bij de individuele behoeften van allochtone hulpvraagsters waarborgen.

4.4.2.7 Zelfreflexieve attitude van de hulpverlenende

Een zelfreflexieve en -kritische houding, die inhoudt dat de hulpverleenster voortdurend kritisch naar zichzelf kijkt en alert is op de door haar gehanteerde normen en waarden, wordt in alle sectoren heel belangrijk geacht voor het omgaan met allochtone cliënten/patiënten.

Door zich bewust te zijn dat de eigen 'witte' normen en waarden niet vanzelfsprekend voor iedereen geldig zijn, kan de hulpverleenster de allochtone patiënten/bewonerspopulatie genuanceerd tegemoet treden. Stereotyperingen kunnen op die manier vermeden worden. Hieruit volgt een volgende kwaliteitseis die aan de VHV moet worden toegevoegd: de hulpverleenster dient zich ervan bewust te zijn dat elke vrouw uniek is in haar overeenkomsten en verschillen met andere vrouwen. 'Witte' en 'zwarte' vrouwen zijn geen homogene groepen; binnen die groepen heeft elke vrouw haar individuele levensgeschiedenis en beleving.

In alle sectoren wordt benadrukt dat een open en respectvolle houding noodzakelijke voorwaarde is voor het omgaan met mensen uit andere culturen. Deze kwaliteitseis geldt niet alleen voor behandelaarsters, maar voor de medewerkers op alle niveaus van de instelling.

4.4.3 VOORWAARDEN VOOR TRANSCULTURELE HULP- VERLENING

De derde deelvraag luidde:

***Welke voorwaarden zijn nodig voor de realisatie van de beoogde kwaliteiten?**

In de beantwoording van de voorgaande deelvragen zijn de verschillende kwaliteitsaspecten besproken die een bijdrage leveren tot zorg-op-maat voor allochtone vrouwen. Dit onderzoek laat zien dat deze kwaliteiten alleen te verwezenlijken zijn, als zowel de hulpverleensters als de instellingen aan een aantal randvoorwaarden voldoen. Deze voorwaarden gelden voor alle onderzochte sectoren.

4.4.3.1 Voorwaarden op uitvoerend niveau

In alle sectoren werd gesignaleerd dat de meeste hulpverle(e)n(st)ers over te weinig kennis over andere culturen beschikken. Deze kennis betreft niet alleen theoretische aspecten maar ook houding. (Hierboven is de noodzaak van een open en zelfkritische houding uitgebreid aan bod gekomen.)

In het algemeen bestaat er 'op de werkvloer' wel bereidheid tot en nieuwsgierigheid naar nieuwe ontwikkelingen. Deze openheid kan echter vaak niet in daden worden omgezet vanwege de hoge werkdruk. Ook het werken met een tolk moet geleerd worden.

Voor bijscholing, kennisoverdracht, afstemming van de onderlinge samenwerking en het aannemen van een tolerante en zelfreflexieve houding is een ruimer tijdsbudget nodig. Er zijn bijscholingsactiviteiten binnen de instellingen nodig; daarnaast zullen bestaande opleidingen moeten worden aangepast.

Deze voorwaarden zijn in eerste instantie de verantwoordelijkheid van het management. Dat moet er voor zorgen dat de beoogde kwaliteiten van hulpverlening aan allochtone vrouwen binnen een instelling kunnen worden gerealiseerd.

4.4.3.2 Voorwaarden op instellingsniveau

Multicultureel beleid

Multicultureel beleid geldt als voorwaarde voor een adequate hulpverlening aan allochtone cliënten. Kwaliteitseis voor dergelijk beleid is dat het zich op alle niveaus van de instelling richt. Op die manier wordt een multicultureel klimaat geschapen dat recht doet aan allochtone hulpvra(a)g(st)ers én medewerk(st)ers. Uit de gegevens van de opvanginstellingen en de psychiatrische ziekenhuizen komt naar voren dat multicultureel beleid ook op de verblijfsfunctie gericht moet zijn. De kwaliteit van leven binnen een instelling moet op de verschillende behoeften van de verschillende bewoners aansluiten. Vanuit het management moeten mogelijkheden worden geschapen om recht te doen aan de verschillende tradities ten aanzien van religie, voedsel en familiebezoek.

In dit verband is het tevens belangrijk dat op alle niveaus van de instelling positieve actie wordt gevoerd. De samenstelling van de staf dient een afspiegeling te zijn van de cliënten/bewonerspopulatie. Alleen op die manier kunnen zowel medewerk(st)ers als cliënten leren met verschillende culturen om te gaan en kan er een draagvlak voor het beleid ontstaan op alle niveaus van de instelling.

Multicultureel beleid is in de zorgsector echter nog nauwelijks ontwikkeld, zeker niet op instellingsniveau. Voor de psychiatrie bijvoorbeeld kan worden gesproken van een 'marginalisering' van migranten in het algemeen, en van zwarte en migrantenvrouwen in het bijzonder (Wesenbeek, 1992). Aan de ontwikkeling van multicultureel beleid bestaat in elke sector van de zorg behoefte.

In dit verband is de wisselwerking tussen beleid en uitvoering cruciaal.

Multicultureel hulpverleningsbeleid is namelijk niet alleen een voorwaarde voor integratie van migranten- en vrouwenhulpverlening in de reguliere zorg, maar ook een gevolg ervan.

Mate van integratie

Het overheidsbeleid beoogt inhoudelijke, organisatorische en financiële integratie van migrantenhulpverlening en van vrouwenhulpverlening in alle sectoren van de zorg. De zorgsectoren verschillen onderling in de mate waarin de integratie is gerealiseerd.

Zowel de migrantenhulpverlening als de VHV vormen een relatief nieuw aanbod binnen de gezondheidszorg. De twee 'richtingen' hebben niet alleen op inhoudelijk, maar ook op beleidsniveau een aantal raakvlakken. Allebei zijn ze ontstaan uit de kritiek op de geestelijke gezondheidszorg en beogen ze een cultuurverandering van de gehele instelling; geen van beide beperkt zich tot aanpassing van het hulpverleningsaanbod aan bepaalde doelgroepen.

De integratie van VHV en migrantenhulpverlening in de psychiatrie verkeert nog in een beginfase, ondanks enkele initiatieven als het instellen van een coördinator VHV of een aandachtsfunctionaris migrantenhulpverlening. Bij nader inzien is dit niet verbazingwekkend. Elke nieuwe, alternatieve visie en methode stuit immers op weerstanden. Dit is zeker het geval als die visie zich verwijderd van de individuele benadering, sociale posities en socialisatieprocessen van cliënten naar voren haalt, gedragingen van hulpverlenenden ter discussie stelt en een kritische houding inneemt tegenover het instituut gezondheidszorg in zijn geheel. De weerstanden zullen in het algemeen groter zijn, naarmate een instelling meer medisch geïntendeerd is (Adviesgroep VHV, 1990).

Wat de VHV betreft, moet worden geconstateerd dat ook deze hulpverleningssoort nog geen specifiek beleid voor allochtone hulpvraagsters heeft ontwikkeld, noch in de Riagg's, noch in de psychiatrie. Dit moet mede worden geweten aan het moeizame integratieproces dat de VHV zelf doormaakt.

Alleen door de opvangvoorzieningen is al incidenteel beleid ontwikkeld dat recht doet aan de multiculturele samenstelling van de bewoonsterspopulatie.

In de sector van de ambulante geestelijke gezondheidszorg komen er

stimulerende impulsen vanuit de koepelorganisatie NVAGG om zowel VHV als migrantenhulpverlening te integreren. Het initiatief om gebruik te maken van elkaars kennis en een gezamenlijk beleid te ontwikkelen voor VHV aan allochtone vrouwen moet nu worden genomen door de hulpverle(e)n(st)ers uit beide richtingen.

De moeizame integratie van VHV in de psychiatrie heeft zijn weerslag op de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Door de energie en aandacht die dit stroef verlopende integratieproces vraagt, komen VHV-cordinatoren niet meer toe aan de meer inhoudelijke kwesties. Mede daardoor zijn initiatieven om onderzoek te doen naar de positie van allochtone cliënten in de psychiatrie tot op heden achterwege gebleven. Evenmin is er een hulpaanbod voor deze doelgroep ontwikkeld.

Alle respondenten hebben gewezen op het belang van ontwikkelingsprojecten als Stichting De Maan²⁷, die zich zowel in beleidsmatig als uitvoerend opzicht kunnen richten op het ontwikkelen van een nieuw, adequaat hulpaanbod aan allochtone vrouwen.

²⁷ Per januari 1993 opgeheven.

Hoofdstuk 5

AANBEVELINGEN

In dit laatste hoofdstuk is plaats ingeruimd voor een aantal punten die tijdens het onderzoeksproces naar boven kwamen, maar niet vermeld konden worden omdat ze niet direct betrekking hadden op de onderzoeksvraag. Ze worden hier kortweg gepresenteerd als aanbevelingen, deels ten behoeve van de algemene kwaliteitsdiscussie en deels ten behoeve van de VHV-beweging.

5.1 AANBEVELINGEN VOOR DE KWALITEITSDISCUSSIE

1. Er dienen op basis van de in dit onderzoek naar voren gekomen aandachtspunten/kwaliteitseisen (zie hoofdstuk 4), kwaliteitscriteria te worden ontwikkeld voor VHV aan allochtone vrouwen.
Een kwaliteitscriterium is een geoperationaliseerd aandachtspunt, voorzien van een meetvoorschrift (GHIGV, 1990). Voor operationalisaties en meetvoorschriften is verder onderzoek nodig.
2. Het besef dat kwaliteit tijd-, plaats- en cultuurgebonden is, dient expliciet in de kwaliteitsdiscussie te worden betrokken.
In paragraaf 1.2.1 zijn een aantal kenmerken van kwaliteit besproken. Een daarvan is relativiteit; meestal wordt dit uitgelegd als plaats- en tijdgebondenheid van kwaliteit. Dit onderzoek laat zien dat er, met oog op hulpverlening aan allochtonen, ook en vooral moet worden gelet op de cultuurgebondenheid van kwaliteitseisen.
3. Het is van groot belang om in de toekomstige kwaliteitsdiscussie expliciet aandacht te schenken aan de behoeften en belangen van allochtone cliënten, omdat opvattingen over kwaliteit cultuurgebonden zijn.
Een van de middelen hiertoe is het houden van tevredenheidsonderzoeken onder allochtone cliënten, mits deze adequaat worden aangepast. Aanwijzingen voor een adequate afstemming en de vermindering van valkuilen zijn te vinden in de door Eppink (1992) gepubliceerde 'Guide for research(ers)'.

5.2 AANBEVELINGEN VOOR DE VHV

1. Voor de VHV aan allochtone vrouwen dient een duidelijk profiel te worden geschetst. Op die manier kan de VHV deze doelgroep duidelijk benaderen en wordt voorkomen dat VHV aan allochtone vrouwen ondergesneeuwd wordt door andere prioriteiten.

2. De VHV-beweging dient, naast haar kritische kijk op het instituut gezondheidszorg, ook een kritisch kijk op zichzelf te ontwikkelen.

In feite houdt het 'zwarte vrouwenvraagstuk' de VHV een spiegel voor. Hierdoor wordt de VHV genoodzaakt haar eigen uitgangspunten kritisch onder de loep te nemen en haar houding te differentiëren naar de verschillen in doelgroepen. Zo kan de valkuil worden vermeden die Lutz en Moors (1989) hebben geschetst: als dichotomieën ('zwart/' 'wit') het uitgangspunt zijn en het cultuurverschil als verklaringsmodel wordt gehanteerd, dan worden contrasten en verschillen bevestigd.

Accentuering van verschillen tussen vrouwen moet er ook niet toe leiden dat 'witte' vrouwen zich met 'zwarte' vrouwen gaan vergelijken in termen van meer of minder onderdrukt.

3. Door zich krachtiger in te zetten voor het 'migrantenvraagstuk', kan de VHV recht doen aan haar politiserende oorsprong.

De VHV-beweging dient er namelijk alert op te zijn, dat er in de reguliere gezondheidszorg geen verwatering van de typerende VHV-principes optreedt. Het gevaar bestaat dat VHV gereduceerd wordt tot hulpverlening-voor-vrouwen-door-vrouwen of tot hulpverlening-bij-seksueel-geweld. Om dit te voorkomen dienen binnen de reguliere instellingen ook andere onderwerpen als seksueel geweld door de VHV naar voren te worden gebracht.

4. Denken over 'VHV' en over 'VHV aan allochtone vrouwen' brengt onherroepelijk de discussie met zich mee over integrale of categoriale hulpverlening. De standpunten hierover zijn verdeeld. De krachten van de VHV-beweging kunnen beter worden gebundeld als men hierover intern de discussie voert en dan met een gemeenschappelijke standpunt naar buiten treedt.

Duidelijk is dat een categoriale aanpak noodzakelijk en onvermijdelijk is, indien algemene hulpverleningsinstellingen niet aan de kwaliteitseisen van hulpverlening voor allochtone vrouwen kunnen of willen voldoen.

5. Registratie van de etniciteit van cliënten is gewenst met oog op de discussie over de noodzaak van VHV voor allochtone vrouwen en het aanbieden van multiculturele VHV-programma's. Op grond van andere overwegingen zijn hier echter zwaarwegende bedenkingen tegen te maken. De discussie over dit dilemma dient te worden aangegaan, ook binnen de VHV.

6. De VHV dient zich in te zetten voor onderzoek naar de positie van allochtone vrouwelijke cliënten in de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.

5.3 SLOTWOORD

Dit onderzoek beoogt geenszins om VHV voor allochtone vrouwen te problematiseren. Integendeel, het wil de VHV-beweging aanmoedigen om zich sterker in te zetten voor allochtone vrouwen. Hiermee wordt bedoeld dat het voor de VHV hoogste tijd is om zich niet alleen in de kwaliteitsdiscussie maar ook op een praktischer niveau met de 'nieuwe' doelgroep bezig te houden.

Door de verschuiving van aandacht van autonomie naar authenticiteit kunnen de verschillende doelgroepen zichtbaar worden en kan de VHV aan reikwijdte winnen.

De nieuwe kennis over onderlinge culturele en historische verschillen tussen vrouwen betekent in ieder geval een opdracht voor de VHV-beweging om haar eigen kwaliteiten voortdurend kritisch te blijven bekijken en aan de behoeften van (nieuwe) doelgroepen aan te passen.

Bij het betreden van het transculturele pad kan de migrantenhulpverlening een belangrijke bondgenoot zijn voor de VHV. Dat is ook de conclusie van Steinman en May (1992), in hun belangwekkende analyse van de overeenkomsten en verschillen tussen migranten- en vrouwenhulpverlening in de Riagg. Ook het omgekeerde is het geval. Zij schrijven tenminste

'Als MHV <migrantenhulpverlening> en VHV in strategisch opzicht meer als bondgenoten opereren, hebben ze in het proces van vernieuwen van reguliere instellingen samen veel te winnen.' (1992: 23)

Vrouwenhulpverleners kunnen hun schroom en twijfels om transcultureel te gaan werken misschien overwinnen als zij teruggrijpen naar de wortels van VHV, namelijk de vroegere praat- of 'consciousness-raising' groepen²⁸. Toen heeft zich hieruit geleidelijk een totale hulpverleningsvisie ontwikkeld. Vanuit dit verleden kan de VHV-beweging moed vatten om de stap te wagen naar het werken met allochtone vrouwen. Al doende kan men van elkaar leren en een gedifferentieerde houding ontwikkelen ten aanzien van onderlinge verschillen en overeenkomsten in cultuur.

²⁸ Zie Katier (1978), Wyckoff (1977) en voor een samenvatting van de ontstaansgeschiedenis van VHV Nicolai (1992: 141-145).

LITERATUUR:

Adviesgroep Vrouwenhulpverlening (1990). **Advies: vrouwenhulpverlening in de intra- en semimurale psychiatrie.** Rijswijk: WVC.

Adviesgroep Vrouwenhulpverlening (1991). **Zorgvernieuwing op het lijf geschreven: kwaliteitsverbetering door ontwikkeling en integratie van vrouwenhulpverlening.** Rijswijk: WVC.

Aitatus, M. (1989). "Surinaamse en Antilliaanse vrouwen in de hulpverlening." In: **Van frustratie naar communicatie: verslag themadag psycho-sociale hulpverlening aan Surinaamse en Antilliaanse vrouwen.** Den Haag: Haags Vrouwensteunpunt.

Beusekamp, P., Boogaard, T. van den (1992). **De afdeling VHV in cijfers, 1 & 2.** Rotterdam: Riagg Rijnmond Noord West.

Boland, G. (1988). **Moet ik er dan direct naar vragen?** Hulpverleners over seksueel geweld. Utrecht: Stichting tegen Seksueel Geweld (Pausdam 1).

Brook, O.H. & A.C. de Graaf (1985). Opnemingen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen van de in Nederland verblijvende migranten: mededelingen uit de Patiëntenregistratie. In: **Tijdschrift voor Psychiatrie**, 27 (1985), 3, 190-203.

Brown, L.S. (1990). Feminist therapy perspectives on psychodiagnosis: beyond the DSM and ICD. In **Feminist Diagnosis and Therapy**, red. Walker a.o.. Amsterdam: Stichting De Maan.
In het Nederlands verschenen in de bundel 'Visies op feministische therapieën' (1992), van De Maan. Thans verkrijgbaar in Utrecht: Metis.

Burger, A., A. Kramer en A. Sohier (1989). **De cliënte is koningin.** Een programma-evaluatie van VHV in een psychiatrische dagcentrum. Utrecht: Wetenschapswinkel Sociale Wetenschappen.

Cordus, J. (1991). **Zwarte en migrantenvrouwen gevraagd: een onderzoek naar positieve actie en hulpverlening bij Vrouwenopvang Rijnmond.** Rotterdam: Vrouwenopvang Rijnmond.

Dekker, J.J.M., Swalen, A.P.M. & Wesenbeek, H.J.M. (1990). **Transculturele psychiatrie: knelpunten in de klinische praktijk.** Assen: van Gorcum.

Deug, F. (1990). **En dan ben je pas echt ver van huis: Turkse en**

Marokkaanse vrouwen en meisjes over seksueel geweld en de hulpverlening. Utrecht: Stichting tegen Seksueel geweld.

Donk, A., Nistelrooij, J. van (1991). "Ik in het kader van wij: Ervaringen met een vrouwengroep". In: **Riagg-hulpverlening aan Turken en Marokkanen**, Pannekeet, C. (red.). Meppel: Boom.

Donker, M. (1992). "Kwaliteit: van veelkoppig monster tot aaibaar huisdier". In: **Verslag Werkconferentie: kwaliteit en vrouwenhulpverlening**; Utrecht: Metis.

Egtberts, J., Marel, K. van der, Rijkschroeff, R., & Soetenhorst-de Savornin Lohman (1991). **De integratie van vrouwenhulpverlening in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis**. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Elmaim, K. (1987), **Knelpunten in de hulpverlening aan Marokkaanse vrouwen**. Scriptie in het kader van HBO-kultureel werk. Rotterdam: Vrouwen Opvang Rijnmond.

Eppink, A. (1992). Research on mental health and migrants. In: Eppink, A., Mouthaan, I. & C. Janssen (1992). **Migrants and their Mental Health**. Utrecht: NcGv (92-8).

In het Nederlands verschenen als: Migranten in het buitenland - Buitenlands wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheid van migranten. Utrecht: NcGv.

Essed, P. (1992). Hoe positief is positieve actie? Amsterdam: **Opzij** 1993-1.

Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1990). **Discussienota: kwaliteitszorg in de GGZ en GGZZ**. Rijswijk: GIGV.

Graafsma, T., Tiekens, J. (1987). Leven in een condición migrante. In: **Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg**. Lamers, P. A. Q. M. (red). Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.

Heezen, S. (1987). De betekenis van de culturele antropologie voor de psychiatrie: benaderingswijze en toepassingsgebieden. In: **Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg**. Lamers, P. A. Q. M. (red). Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.

Henken-David, J. (1990). **Een interculturele hulpverleningsaanpak: werkwijze-beschrijving op Valkenhorst en een voorstel tot verbetering van de hulpverlening aan allochtone vrouwen**. Utrecht: Nederlands Centrum

Buitenlanders.

Heusden, A. van, Eerenbeemt, E. van den (1989). **Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn visie op de individuele en gezinstherapie. Balans in beweging.** Haarlem: De Toorts.

Huijbregts, V. (1990). **Hulpverlening aan allochtone vrouwen.** Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.

Huijts, G. (1993). **Gezocht: kwaliteit.** Den Haag: SoZaWe.

Katier, S. (1978). **Zit je goed? Feminisme als therapie.** Amsterdam: Bert Bakker.

Lamers, L. M. (red) (1992). **De gezondheid van migranten in Rotterdam.** Rapportnummer: 95. Rotterdam: GGD, Afd. Epidemiologie.

Lamers, P. A. Q. M. (1987). **Hulpverlening aan migranten: de confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg.** Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.

Langeveld, Centrum voor psychiatrie. Jaarverslag 1991, den Haag: Lakerveld.

Da Lima, J. (1988). **Als de nood hoog is: onderzoek naar hulpverleningsmogelijkheden bij seksueel geweld voor Surinaamse, Antilliaanse, Arubaanse en Molukse vrouwen.** Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid.

Limburg-Okken, A. (1989). **Migranten in de psychiatrie.** Deventer: Van Loghum Slaterus.

Limburg-Okken, A., Tuerlings, E. (1992). "Werken met een Marokkaanse vrouwengroep bij de RIAGG". **Riagg Stad Utrecht-Berichten.** Jrg. 4, no. 2, September.

Lutz, H., Moors, A. (1989). De mythe van de ander. **Lover** 89/1, p. 4-7.

Meijer, E., Pereira, E. (1990). **Hulpverlening uit de crisis: methodiek-ontwikkeling voor hulpverlening aan allochtone vrouwen en meisjes in opvanginstellingen.** Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Meijer, J. en Da Lima, J. (red) (1992). **Een waanzinnig stel? Vrouwenhulpverlening en psychiatrie in Amsterdam en omgeving- SIGRA.** Utrecht:

Jan van Arkel.

Mens-Verhulst, J. van (1988). **Modelontwikkeling voor vrouw-en-hulpverlening**. Utrecht: ISOR.

Mens-Verhulst, J. van (1991). Schatgraven in vrouwenhulpverlening. In **Metamorfose van de Klinische Psychologie**, red. Winnubst, J, Schnabel, P. e.a.. Assen: Van Gorcum.

Mens-Verhulst, J. van (1992a). De autonomie voorbij. Over conceptuele, morele en praktische verschuivingen in de vrouwenhulpverlening. In: **Sociale Interventie 1(4)**.

Mens-Verhulst, J. van (1992b). Genderspecifieke ontwikkelingen in de klinische psychologie. In: **Sekse en Psychologie**, red. Heesink, J. & Top, T. Alphen aan den Rijn: Van Loghum Slaterus.

Nicolai, N. (1991). De DSM-III-R als scharnier tussen onderzoek en praktijk. In **De kloof voorbij. De relatie tussen onderzoek en praktijk op het gebied van vrouwen, gezondheid en gezondheidszorg**, red. Horstman, K. en W. Weijts. Maastricht: RUL, vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte.

Nicolai, N. (1992). **Vrouwenhulpverlening en psychiatrie**. Amsterdam: SUA.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990). **Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering**. NRV-Publicatie 13/90. Zoetermeer.

Ouborg, E. (1986). **Feministische therapie**. Utrecht: Jan van Arkel.

Projectgroep VHV (1986). **Intramurale psychiatrie**. Den Haag: SoZaWe.

Provinciale Commissie Vrouwenhulpverlening Semi- en Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg Zuid- Holland, **Jaarverslag 1990/1991**, Delft.

Saadet, Opvanghuis voor Islamitische vrouwen en meisjes (1991). **Jaarverslag 1989/1990**, Rotterdam.

Sijses, B., Bekker, B. (1990). **Allochtone vrouwen in opvangcentra: Inventarisatie van de hulpvraag, het hulpaanbod en de knelpunten**. Amsterdam: Averroes Stichting.

Schnabel, P. , R. Bijl en G. Hutschemaeckers (1992). **Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90**. Utrecht: NcGv (92-19).

Steinman, A. en R. May (1992). Migranten en vrouwen veranderen de RIAGG. In; **Tijdschrift voor gezondheid en Politiek**, november (pp 20-23).

Vos, D. **Vrouwenhulpverlening en de kwaliteitsdiscussie**. (1993) Utrecht: Metis.

Vos, D., Franssen, M. & Mens-Verhulst, J. van (1992). **Casus VHV: van programma-evaluatie naar kwaliteitsdiscussie**. Utrecht: ISOR, Faculteit de Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Vrouwenopvang Rijnmond (1992). **Twee-jarenverslag 1990/1991**. Rotterdam: VOR.

Walker, A. (1986). **De tuinen van onze moeders, een zoektocht**. Amsterdam: Sara.

Walker, , L.E.A. (1990). DSM-III-R and violence against women. In **Feminist Diagnosis and Therapy**, red. Walker, L.E.A. a.o.. Amsterdam: Stichting De Maan.

In het Nederlands verschenen in de bundel 'Visies op feministische therapieën' (1992), van De Maan. Thans verkrijgbaar in Utrecht: Metis.

Wassink, J.M.M. (1992). **Vrouwenhulpverlening in de H.C. Rümkegroep**. Verslag van en inventarisatieonderzoek en beleidsvoorstel. Den Dolder: W.A. Stichting.

Wesenbeek, R. (1991). Maagpijn is vaak zielepijn: allochtone vrouwen en psychiatrie. **Opzij**, oktober.

Wesenbeek, R. (1992). In: **Een waanzinnig stel? Vrouwenhulpverlening en psychiatrie in Amsterdam en omgeving- SIGRA**. Meijer, J., Da Lima, J. (red). Utrecht: Jan van Arkel.

Wyckoff, H. (1977). **Solving Women's Problems**. New York: Grove Press.

Zee, H. van der (1983). **Tussen vraag en antwoord**. Amsterdam: Boom.

BIJLAGE

LIJST MET ONDERWERPEN VOOR HET INTERVIEW Project 'Kwaliteit van Vrouwenhulpverlening'

Cluster 1: Vragen bij het hulpverleningsproces

HULPVERLENINGSAANBOD

- Hoe ziet de hulpverlening aan allochtone vrouwen er op dit ogenblik uit in de betreffende instelling?
- Zijn er verschillen met de hulpverlening aan autochtone vrouwen? Hoe zien deze eruit?

DIAGNOSE

- Is de 'traditionele' diagnostiek bruikbaar voor allochtone vrouwen?
- Welke factoren moeten worden betrokken bij de diagnostiek van allochtone vrouwen?

BEHANDELING

- Welke methoden zijn bruikbaar bij de hulpverlening aan allochtone vrouwen?
- Waarin moeten zich deze onderscheiden van methoden voor autochtone vrouwen?
- Wat zijn belangrijke aandachtspunten in de hulpverlening aan allochtone vrouwen wat bejegening, setting en methoden betreft?
- Welke plaats neemt het cultuuraspect in de hulpverlening in?
- Hoe wordt in de hulpverlening met racisme omgegaan?

ONTSLAG EN NAZORG

- Hoe is ontslag en nazorg voor allochtone vrouwen geregeld?
- Verschil met autochtone vrouwen?
- In hoeverre wordt hulp vanuit de instelling geboden bij het opbouwen van een sociaal netwerk?

Cluster 2: Vragen bij de uitgangspunten:

- In hoeverre sluiten deze uitgangspunten bij allochtone vrouwen aan, met name wat de diagnostiek en de behandeling betreft?
- Is hierin een verschil te onderkennen met autochtone vrouwen?
- Hoe kan in de hulpverlening vorm gegeven worden aan de verschillende uitgangspunten?
- Verschilt dit met de hulpverlening aan autochtone vrouwen?
- Moeten er misschien nieuwe uitgangspunten worden toegevoegd of oude worden veranderd?
- Wat is de verwachte meerwaarde van VHV als hulpverleningsvorm voor allochtone vrouwen?
- Eventuele op - of aanmerkingen.

Uitgangspunten Vrouwenhulpverlening

SEKSESPECIFIEK: aandacht voor de invloed van sekse op de psychologische ontwikkeling en de socialisatie tot vrouw.

MACHT: aandacht voor de invloed van macht in het leven van een vrouw (geinternaliseerde onderdrukking).

TRANSPARANT: het machtsverschil tussen hulpverleenster en cliënt en de wederzijdse verwachtingen worden gexpliciteerd om een symmetrische hulpverleningsrelatie tot stand te laten komen.

AUTONOMIEBEVORDEREND: aandacht voor de kracht van vrouwen, hun zelfredzaamheid en probleemoplossend vermogen.
Bewustwordingsproces om eigen keuzes te kunnen maken. Symptomen of klachten worden niet als defecten of tekorten gezien, maar als oplossingsstrategieën die het overleven mogelijk maken.

POLITISEREND: aandacht voor sociale positie als vrouw, voor maatschappelijke onderdrukking.
Bij interpretatie en behandeling van klachten worden niet alleen individuele factoren betrokken, maar ook de maatschappelijke positie en situationele factoren.

CLIENTVRIENDELIJK: het hulpverleningsproces is inzichtelijk en controleerbaar.
Eigen ervaring van vrouw is uitgangspunt van de hulpverlening. Zij formuleert ook zelf de hulpvraag en de oplossingsmogelijkheden.

ATTITUDE VAN DE HULPVERLEENSTER

Cluster 3: Voorwaarden, knelpunten en weerstanden

- Over welke deskundigheid zou een hulpverle(e)n(st)er moeten beschikken om met allochtone vrouwen te kunnen werken?
- Zijn er weerstanden bij de hulpverle(e)n(st)ers te onderkennen om met allochtone vrouwen te werken? Zo ja, hoe zien deze eruit?
- Wat wordt aan deskundigheidsbevordering op het gebied van hulpverlening aan allochtone vrouwen gedaan?
- Welke voorwaarden moeten binnen een instelling gerealiseerd zijn om adequaat hulp te kunnen bieden aan allochtone vrouwen?
- Welke knelpunten en belemmeringen doen zich voor bij de implementatie van VHV voor allochtone vrouwen?
- Waar liggen de grootste weerstanden als het erom gaat de hulpverlening aan allochtone vrouwen onder aandacht te brengen?
- Eigen ideeën, ervaringen en aanvullingen.....

Index

Aandachtsfunctionaris 56, 72
Allochtone vrouwen 1, 7
Authenticiteit 77
Autonomie 7, 12, 34, 77
Autonomiebevordering 5, 15, 24, 42, 53, 68
Bejegening 12, 51, 61, 65, 85
bejegeningsprincipes 46
VHV-bejegening 13
Cliëntvriendelijkheid 15, 69
Cultuur 16, 17, 32, 33, 37
'wij-cultuur', 38
cultuur-aspecten 47
cultuur-homogene 39
cultuurgebonden 34
cultuurgebondenheid 24
cultuurverschillen 35
ik-gerichte' en 'patriarchale' cultuur 42
Islamitische cultuur 34
tussen-cultuur 47
wij-cultuur 39
Cultuurverandering 60, 72
Diagnose 12, 13, 16, 37, 47, 51, 65, 85
DSM-systeem 37
Echtgenoten 41, 44, 54, 59
Empathie 48, 49, 61
culturele empathie 48, 61
Etnische minderheden 15
Gendergebonden 11
Grenzen 7, 54, 68
Houding/attitude
zelf-reflexieve houding 42
zelkritische houding 15
Hulp
materiële hulp 65
Interculturalisatie 56-58
Isolement 32, 36, 41, 47, 57
Kwaliteitszorg 9
Leefgroep 30

Lichaamswerk 38
Machtsverschillen 14, 24, 68
Medisch 41, 44, 47, 49, 50, 73
Methoden 13, 21, 23, 47, 85
 geneesmethoden 62
 hulpverleningsmethoden 48
Migrantenhulpverlening 22, 42, 58, 59, 64, 68, 72, 77
Migratiegeschiedenis 16, 39, 42, 51, 59, 62, 65
Nazorg 14, 23, 30, 41, 49, 52, 86
nazorggroepen 57
Opvangvoorzieningen 26, 30, 36, 67, 73
Politisering 15, 24, 69
Positieve actie 31, 72, 80
Psychiatrie 7, 9, 11, 16, 20
 transculturele psychiatrie 17
Racisme 31, 34, 38, 42, 48, 57, 68, 85
 anti-racisme 31
Roddel
 angst voor roddel 35, 40, 67
Seksueel misbruik 38
Sexisme 34, 42
Sociaal netwerk 14, 52, 86
Sociale actie 69
Taal 39
 taallessen 42
 taalproblemen 33
Tevredenheidsonderzoek 75
Thema's 38, 39, 66
'vrouwen'thema's 52
VHV-thema's 62
Transcultureel 31, 63, 78
Transparantie 14, 24, 49, 54, 68
Uitgangspunten van VHV 14, 24, 49, 67
Vangnetfunctie 30
Verschillen tussen vrouwen 40, 76, 77
Zelfhulp
 zelfhulpgroepen 14
 zelfhulpprincipe 42
Ziektebeleving 37, 42, 58
Zorg-op-maat 10, 70

Eerdere uitgaven in deze reeks

Mens-Verhulst, J. van (1988).

Modelontwikkeling voor Vrouw-en-hulpverlening. Proefschrift.

Mens-Verhulst, J. van, M. Franssen & D. Vos (1991).

VHV: hoe beDOELt u?

Vos, D., M. Franssen en J. van Mens-Verhulst (1992).

Casus VHV; Van programma-evaluatie naar kwaliteitsdiscussie.