

[k1]Vrouwenhulpverlening: produkt in beweging

Janneke van Mens-Verhulst

Toen de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 1983 de intentie uitsprak om vrouwenhulpverlening (VHV) te integreren in de reguliere zorg, betekende dat een extra taak voor de VHV-beweging. Terwijl ze nog druk doende was een eigen hulpverleningsrepertoire te ontwikkelen, moest ze ook gaan deelnemen aan de hervormingen in de reguliere zorg. Ze kreeg daarbij te maken met een gezondheidszorg waarin de cultuur en organisatieprincipes van het bedrijfsleven opgang begonnen te maken. Gezondheidszorg werd niet langer uitsluitend beschouwd als een collectief arrangement waarbinnen deskundigen voorzien in hulp aan 'behoeftigen'. Voortaan sprak men in termen van een 'markt van vraag en aanbod', met hulpvragenden als 'de consumenten' en instellingen als 'de leveranciers' van hulpverlenings'produkten'.

Theoretisch biedt deze marktgerichte en bedrijfsmatige optiek VHV-projecten de mogelijkheid om zich als ondernemingen op de gezondheidsmarkt te begeven, daar de concurrentie aan te gaan en zo hun bestaansrecht te bewijzen. In de praktijk is de markt echter verre van open. Ze is bijvoorbeeld gebonden aan een gesloten financieringssysteem - aanvankelijk vanuit de overheid en inmiddels vanuit de verzekeraars gestuurd.

Om financieel te kunnen integreren in de reguliere zorg, is de VHV-beweging min of meer gedwongen zich te profileren als een produkt; een produkt met kwaliteiten die een zelfstandig bestaan rechtvaardigen. Dit gebeurt echter met grote terughoudendheid. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te voeren. Ten eerste vertoont het produktmodel van gezondheidszorg op zich een aantal tekortkomingen die zich bij de beschrijving van VHV extra sterk doen voelen. Ten tweede is het moeilijk een eenduidig, 'vastomlijnd' produktbeeld van VHV te schetsen omdat VHV juist gekenmerkt wordt door permanente verandering van binnenuit (Projektgroep 1986). Ten derde doet zich de paradox voor dat het voor de VHV moeilijker wordt om de eigen kwaliteiten als een 'meerwaarde' te profileren, naarmate ze er beter in slaagt om aan haar integratie-opdracht te voldoen. Tenslotte bestaat er een vrij algemene aarzeling om mee te gaan in het integratie-streven van de overheid. De voorzitter van de voormalige Adviesgroep VHV schrijft bijvoorbeeld in 1992:

'Integratie heeft [...] meer te maken met de wens om te beheersen, te sturen en bestaande machtsverhoudingen niet aan te tasten dan met inhoudelijke uitgangspunten en visies op gezondheidszorg en de belangen en keuzemogelijkheden van de consumenten van de zorg.' (Stienstra, 1992:9)

In dit hoofdstuk gun ik de produktbenadering vooralsnog het voordeel van de twijfel, vanuit een nieuwsgierigheid wat deze denkstijl oplevert aan nieuwe inzichten en debatten: enerzijds over de vrouwenhulpverlening, anderzijds over het produktmodel. Hiervoor

ga ik eerst na wat het produktdenken in de geestelijke gezondheidszorg inhoudt en welke bezwaren daar tegen in zijn te brengen. Vervolgens introduceer ik een produktmodel. Daarmee geef ik, bij wijze van proef, een beschrijving van de psychosociale vrouwenhulpverlening en een analyse van het integratieproces in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Op grond van deze exercitie concludeer ik dat de produktbenadering heel bruikbaar is, zowel voor de vormgeving als de bestudering van vrouwengezondheidszorg, mits zij wordt toegesneden op 'produkten in beweging'.

[k2] Produkten in de geestelijke gezondheidszorg: zin en onzin.

Het produkt-denken in de gezondheidszorg staat van oorsprong voor een economische optiek, waarin men zich afvraagt hoe men bepaalde produkten het beste aan de man (of vrouw) kan brengen. Hiervoor analyseert men wat de eigenschappen van het produkt zijn, welke behoeften het bevredigt, waarin het concurrerend is met andere produkten (prijs-prestatieverhouding bijvoorbeeld) en hoe het wordt gedistribueerd.

Meestal gaat dit produkt-denken vergezeld van een marketing benadering. Dat wil zeggen dat men zich verdiept in de afzetmarkt: wie zijn onze afnemers en wat zijn hun verlangens en behoeften? Door daaraan tegemoet te komen probeert men 'de markt' of segmenten daarvan in handen te krijgen - en zo de eigen winst, of op zijn minst het eigen voortbestaan, veilig te stellen.

Vanuit zo'n marktoptiek bekeken, heeft de VHV-'onderneming', als relatieve nieuwkomer op de gezondheidsmarkt, een aanzienlijke expansie gerealiseerd. Ze heeft haar doelgroepen uitgebreid - van wit naar gekleurd, van jong naar oud, van autochtoon naar allochtoon, en zelfs van vrouwen naar mannen. Ook heeft ze haar produkten geschikt gemaakt voor clinten met zwaardere psychische en psychiatrische problematiek. Gegeven het feit dat in dit segment van de markt 'professionele' tarieven gelden, is deze uitbreiding als een trading up te beschouwen: een positionering in 'hogere regionen'.

Er zijn nog geen tekenen dat de markt verzadigd zou zijn. Integendeel. De toekomstschets van de Adviesgroep (1991a:75) lijkt bewaarheid te worden. Zij voorzag een groeiende markt voor bijvoorbeeld zorgprogramma's seksueel geweld en eetverslaving en voor 'nieuwe' problematieken als stress, levensfase-problematiek, WAO/pensionering, problemen bij het combineren van baan en kinderen en dwangmatig functioneren. Bovendien verwachtte zij dat de klantenkring zich zou gaan uitbreiden met bedrijven.

Wel zijn er signalen dat sommige produkten vernieuwing behoeven om ze ook nog bruikbaar te doen zijn voor de vrouwen van jongere generaties. Deze worstelen (nog?) niet zozeer met hun sociaal-economische zelfbeschikking of sociale competenties, maar zijn wel verwickeld in conflicten rond hun intra-psychische en biologische zelfbeschik-

king. Dergelijke conflicten worden overigens in toenemende mate ook door mannen van hun generatie(s) gevoeld.

De concurrentiepositie van VHV-producten ten opzichte van andere gezondheidszorg-producten is moeilijk te bepalen. De cijfers over het marktaandeel - de schatting luidt 10% - zijn beperkt valide en weinig betrouwbaar; een bruikbaar registratiesysteem ontbreekt. Ook ten aanzien van de voorkeur die consumenten hebben, geldt een voorbehoud. Weliswaar is het wat betreft de autonome VHV-sector aannemelijk dat de klanten zelf de 'koopbeslissing' nemen en ook zijn er aanwijzingen dat de meesten van hen tevreden zijn over hun koop (Vos e.a., 1992; Ponti, 1994), maar dezelfde aannames kunnen niet staande worden gehouden voor de reguliere sector. Onbekend is hoevelen van die clinten zelf over 'de koop' beslissen en of VHV voor hen een 'specialty good' is, of is geworden. Bovendien is onzeker welke eigenschappen het produkt dan zo aantrekkelijk maken. Volgens de Adviesgroep VHV (1991a:71) is er vooral vraag naar de concrete VHV-voorzieningen, maar minder naar VHV als een specifieke visie op zorg en welzijn. Als sterke punten van het VHV-produkt noemt ze: cliëntgerichtheid, flexibiliteit, relatief lage prijs, emancipatoir karakter, eigentijdsheid en kwaliteitsbewustheid.

De distributiespreiding van de VHV-producten is hoog. Ze worden aangeboden door een groot aantal ambulante en een toenemend aantal semi- en intramurale instellingen, door vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters en door 'autonome' VHV-centra, in alle delen van het land en in alle sectoren van de zorg; ook die welke in dit hoofdstuk verder buiten beschouwing blijven: de opvanghuizen, het maatschappelijk werk en de lichamelijke gezondheidszorg.

[k3]Bezwaren tegen het produkt-model

Bovenstaande beschrijving doet wellicht wat karikaturaal aan, maar illustreert tegelijkertijd een aantal van de voor- en nadelen die er aan de produktbenadering kleven. Naast een verfrissende zakelijkheid spreekt er ook een enigszins verontrustende commerciële gretigheid uit.

Bij de produktbenadering van zorg zijn inmiddels allerlei kritische kanttekeningen geplaatst. Drie belangrijke formeel-technische bezwaren zijn door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid naar voren gebracht (1989). Haar eerste kanttekening is, dat GGZ-producten niet-tastbaar zijn en zich in die zin niet laten vergelijken met een produkt als waspoeder. Daarom prefereert ze de term 'diensten'. De tweede kanttekening is, dat in de GGZ een dienst pas tot stand komt als aanbieder en consument direct contact met elkaar hebben. Productie, distributie en consumptie vinden dus gelijktijdig plaats en niet - zoals in een fabriek - gescheiden en opeenvolgend. Het produkt 'hulpverlening' omvat, met andere woorden, niet alleen de uitkomst van de dienstverlening maar evenzeer het proces. Een derde

kanttekening is, dat de cliënt in de GGZ niet alleen afnemer/consument is van de hulpverlening, maar ook medeproducent. (NRV, 1990b:21)

Een principieel bezwaar is dat visie en intenties van het beroepsmatig handelen in de produktbenadering onderbelicht blijven, omdat de pragmatische en beheersmatige kant van de hulpverlening zo centraal staat. De meeste aandacht gaat uit naar 'uitwendige' zaken als standaardisatie, protocollering, uniforme clintregistratie, klachtregelingen, effectmetingen en beroepsprofilering (Schilder, 1993). Hieraan ligt een technisch-rationele oriëntatie ten grondslag, waarin de nadruk ligt op de voorspelbaarheid van uitkomst en proces. Vragen over de missie en functie van de zorg en de achtergronden van een ervaren tekort of lijden blijven echter onbesproken. Dit kan tot een gevaarlijke oppervlakkigheid leiden, waarbij de inhoud van de zorg verdrongen wordt door de vorm. Voor de uitgangspunten van de VHV, waarin wederkerigheid van macht en invloed op het hulpverleningsproces centrale begrippen zijn, lijkt in ieder geval geen plaats te zijn (Groen, 1994).

De kritiek laat zich als volgt samenvatten: het produktmodel geeft niet alleen een te statisch, een-dimensionaal en eenzijdig, maar ook een te technisch beeld van hulpverlening. Daardoor is het model als het ware blind voor de dynamiek, meerdimensionaliteit, tweezijdigheid en ideologische lading die hulpverleningsprocessen eigen is.

[k3]Van produkt- naar produktiemodel

De bezwaren tegen het produktmodel voor gezondheidszorg zijn vermoedelijk te ondervangen door over te stappen naar een produktiemodel. Door namelijk het proces van hulpverlening als uitgangspunt te nemen, is het mogelijk om na te denken over wie er produceren en waartoe, hoe ze produceren en wat, en hoever ze met hun produktie gevorderd zijn. Datgene wat oorspronkelijk voor het produkt werd aangezien (een programma), verschijnt nu als onderdeel van een wijder en dynamischer systeem.

Om te verduidelijken dat in het hulpverleningsproces de produktie in onmiddellijke wisselwerking staat met de distributie en consumptie biedt het model van zelfproduktie bruikbare aanknopingspunten (Maturana en Varela, 1984; van Mens en van Mens-Verhulst, 1990; van Mens-Verhulst, 1992b). Uitgangspunten zijn dat in een 'levend systeem' iedere uitkomst van een voorgaande gebeurtenis of ervaring als beginpunt dient voor een volgende; en dat de dynamiek binnen het systeem verbonden is met de processen die in de omgeving gaande zijn. Volgens dit model zijn twee componenten van een levend systeem essentieel: missie en grenzen. 'Missie' betreft de zin die het systeem aan zijn zelfproduktie toekent, met in het verlengde daarvan de produktie-opvattingen die het er op na houdt. 'Grenzen' geeft aan welke personen, tijden en middelen tot

het produktieproces worden gerekend en welke worden buitengesloten. Grenzen en missie bepalen elkaar.

Het model van zelfproductie biedt in zijn kale vorm onvoldoende aanknopingspunten om de voor VHV belangrijke sekse- en machtsverhoudingen binnen (en buiten) het produktieproces zichtbaar te maken. Weliswaar is het mogelijk aan te geven wie de zeggenschap over de missie en grenzen van het produktieproces is toegedacht. Maar of en hoe die zeggenschap wordt geëffectueerd, hangt mede af van de mate waarin de producenten ook buiten het produktieproces aan elkaar gelijkwaardig zijn en van de manier waarop de interne dynamiek geregeld is. Om die reden voeg ik nog twee componenten toe aan het model, namelijk produktie-eenheid en produktie-organisatie. 'Produktie-eenheid' staat voor de relatie tussen hulpverleenster(s) en clint(en). 'Produktie-organisatie' verwijst naar de patronen in de interacties tussen producenten en middelen.

In totaal leidt dit tot een afbeelding van het produkt hulpverlening in vier componenten, verdeeld over drie 'lagen': ten eerste produktie-eenheid, ten tweede produktieproces (getypeerd met missie en grenzen) en ten derde produktie-organisatie. De vierde laag - het feitelijk uitgevoerde programma - laat ik hier buiten beschouwing, omdat ze elders al in extenso is beschreven [zie bijvoorbeeld de prototypes in dit boek]. Ik 'test' dit model door het te gebruiken voor een beschrijving van de psychosociale en psychisch georinteerde VHV en een analyse van het integratieproces in de GGZ.

[k2] Produktiemodel van vrouwenhulpverlening

Onderstaande reconstructie van VHV voorziet in een globale typering. Als zodanig doet ze geen recht aan de differentiatie tussen VHV-produkten. Wel heb ik geprobeerd de relevante historische ontwikkelingen in mijn schets te betrekken. Met name komen aan de orde de verschuivingen in cliënten (andere sociale posities en socialisatieprocessen, zwaardere problematiek) en context (van autonoom naar regulier en van extra-naar intramuraal) [Zie ook ... van dit boek].

[k3] Produktie-eenheid in VHV

De koppeling van cliënten en hulpverlenenden tot een produktie-eenheid of werkrelatie wordt vaak met de term 'matching' aangeduid. Het resultaat hiervan kennen we als 'de hulpverleningsrelatie'.

Volgens de produktieopvattingen van VHV is de hulpverleningsrelatie een meervoudige koppeling, waarin zowel de hulpverlenende als hulpvragende partij(en) een sociaal-culturele context en een persoonlijke geschiedenis met zich meebrengen. Hun demografische en

biografische kenmerken vormen als het ware de sociaal-culturele hypotheek die op de produktie rust en leveren tegelijkertijd het beschikbare werkkapitaal. De sociaal-culturele hypotheek ofwel ongelijkwaardigheid is volgens de VHV-optiek samengesteld uit verschillen in sekse, leeftijd, seksuele voorkeur, huidskleur, etnische achtergrond en klasse. Ze kan in de loop van het produktieproces worden 'afgelost' door de machts- en statusongelijkheden onderwerp van bespreking te laten zijn. Hiertoe kent de VHV het voorschrift dat hulpverleensters de sociaal-culturele overeenkomsten en verschillen moeten thematiseren (eventueel politiseren) en ze op een geschikt moment in het hulpverleningsproces moeten inbrengen. Het werkkapitaal bestaat volgens de VHV-opvattingen uit zowel professionele als ervaringsdeskundigheid; deze zorgen tezamen voor een reservoir aan theorieën, methoden, vaardigheden, begrip en identificatiemogelijkheden, waaruit de producenten (therapeuten én cliënten) in de loop van het proces kunnen putten. De koppeling gebeurt vanuit sociaal-emancipatoire en seksespecifieke overwegingen: naast een hoog potentieel aan herkenning en gelijkwaardigheid moet de relatie ook voldoende kans op variatie en uitdaging bieden.

De meervoudige koppeling vergt dat hulpverlenenden, naast het al gebruikelijke beroepsprofiel, ook een maatschappelijk¹ en persoonlijk profiel van zichzelf maken. Dit is dan ook een belangrijk onderdeel in de deskundigheidsbevordering. Van oudsher golden sekse, seksesocialisatie, seksepositie en ervaringsdeskundigheid met vrouwenproblemen als de belangrijkste elementen van het VHV-profiel, maar tegenwoordig houdt men in toenemende mate rekening met elementen als klasse, etnische achtergrond en seksuele voorkeur. Uit deze ontwikkeling blijkt wel dat persoonlijke en positionele kenmerken van hulpverlenenden geen constanten zijn. De functionaliteit van de kenmerken varieert met de cliënten, doelgroepen of thema's die zich aandienen.

In de eerste jaren van de VHV gold het man-zijn nog als een diskwalificatie voor hulpverlening aan vrouwelijke cliënten. Inmiddels is men geneigd het wezenlijker te vinden welke opvattingen een hulpverlenende er op na houdt over sekseverhoudingen en -identiteiten dan wat zijn of haar biologische sekse is. Ook is er nu oog voor de manieren waarop overeenkomst in sekse en seksesocialisatie tussen hulpverlenenden en cliënt contra-produktief kunnen zijn (Bernardez, 1987).

Het uiteindelijk oordeel over de matching hoort volgens de VHV-opvattingen echter bij de cliënten te liggen. Daarom moet er bij het eerste contact stelselmatig naar hun wensen worden geïnformeerd (bijvoorbeeld 'wilt u een man of vrouw als therapeut?') en daar zo veel mogelijk gevolg aan worden gegeven.

[k3]Missie van VHV

In de missie worden zowel de persoonlijke als maatschappelijke bedoelingen van het productieproces verwoord. Het gaat daarbij dus niet alleen over de directe resultaten die met de hulpverlening worden beoogd - herstel van krachten van de cliënt of het draaglijk maken van diens lijden van de cliënt. Het betreft ook de effecten op langere termijn en in een breder kader. De missie van het hulpverleningsproces is overigens niet het exclusieve besluitvormingsdomein van de hulpverlenenden. Per definitie nemen ook de cliënten deel aan de totstandkoming van de missie, al blijft hun aandeel soms beperkt tot een impliciet en passief instemmen in de vorm van 'aanwezigheid'.

De VHV-onderneming is altijd expliciet geweest over de maatschappelijk functie die ze aan het productieproces toekent. De kern hiervan bestaat uit kritiek op de vigerende sekse- en machtsverhoudingen en de visie dat deze de gezondheidsproblemen van vrouwen veroorzaken dan wel in stand houden. In de loop der tijd zijn VHV-missies op uiteenlopende manieren geformuleerd en geoperationaliseerd: doorbreken van isolement, herkenning, bewustwording, probleemoplossing, empowerment, autonomieverwerving, collectieve identiteitsvorming en inzichtgeven. [Het hoofdstuk van Indra Boedjarath is in dit opzicht zeer illustratief].

De missie van de VHV-beweging is echter geen onveranderlijk gegeven. Ze transformeert, onder andere onder invloed van de veranderende (theoretische) inzichten over sekse, sekse-identiteit en sekseverhoudingen en de discussies die hiermee gepaard gaan (N. Nicolai, dit boek), maar ook ten gevolge van de nieuwe contexten waarin ze zich moet 'profilieren'.

Hulpverleensters zijn VHV-sters, omdat ze zich met hun zingeving aan het productieproces binnen deze VHV-kaders bewegen. De concrete invulling ervan zullen zij mede ontlenen aan de waarden en normen die voor hun professie gelden en aan hun persoonlijke overtuigingen. (Vrouwelijke) cliënten moeten volgens de productieopvattingen van de VHV zo veel mogelijk worden geactiveerd om hun bedoelingen met de hulpverlening te expliciteren. In het verleden werd hun deelname aan de totstandkoming van de missie bijvoorbeeld gestimuleerd met de permanente mogelijkheid om hun hulpvraag te herformuleren, systematische bespreking van hun doelstellingen en het afsluiten van contracten. In dit proces van 'samen leren en onderhandelen' blijkt dan of de cliënt gebruik maakt van de expliciete uitnodiging tot sekse-emancipatie, en in welke mate. Het principe van 'serieus nemen van de (vrouwelijke) cliënt' vergt echter de ontwikkeling van nieuwe formules nu de cliëntgroepen verschuiven (in de richting van zwaardere problematiek) en gewerkt moet worden in anders gereguleerde omgevingen, zoals de intra-murale zorg.

[k3] Grenzen van VHV

De grenzen van het hulpverleningsproces worden per definitie door

cliënt(en) en hulpverlenende(n) samen geproduceerd. Dit is een gegeven dat in het algemeen weinig wordt geïmpliciteerd, maar dikwijls wel een voelbaar spanningsveld oplevert. In de praktijk verschillen cliënten en professionals namelijk nogal eens in hun behoeften, ervaringen, opvattingen en perspectieven ten aanzien van de grenzen van een hulpverleningsproduct. Bijvoorbeeld, voor cliënten begint het productieproces misschien zodra ze de drempel van de instelling passeren (telefonisch of lijfelijk); voor hulpverlenenden zodra ze het dossier zien of hun cliënt de hand drukken en de eerste woorden wisselen. Voor hulpverlenenden eindigt het proces wellicht bij de laatste administratieve handeling; voor de cliënt pas jaren na het laatste contact. Dergelijke grenskwesties doen zich niet alleen voor rond tijden (of personen; zie de paragraaf over productie-eenheid), maar ook met betrekking tot de in-respectievelijk uitsluiting van inhoudelijke, methodische en ideologische elementen.

In de VHV is men in het algemeen geneigd tot een wat een diffusere en ruimere definitie van grenzen dan in de traditionele GGZ en professies gebruikelijk is. Zo zijn de temporele grenzen vaak wat vager. Bijvoorbeeld, de hulpverleenster is (tot op zekere hoogte) ook buiten instellingstijden beschikbaar en groepsleden worden, zeker in de zelfhulpgroepen, aangemoedigd om ook buiten de bijeenkomsten contact te houden. Veel therapiegroepen hebben bovendien een 'open' karakter, waardoor de samenstelling per bijeenkomst kan variëren. Ook het einde van het hulpverleningsproces wordt minder absoluut voorgesteld. (van Mens-Verhulst, 1988; Vos, 1993.)

Inhoudelijke en methodische grenzen trekt men in de VHV vaak wat ruimer dan in de reguliere zorg. In het productieproces worden bijvoorbeeld maatschappelijke thema's en lijfwerk opgenomen. Of het programma wordt uitgebreid met 'informele' elementen die een specifieke groep vrouwelijk cliënten als stimulerend ervaart voor hun co-producentschap of dagelijkse zelfzorg; bijvoorbeeld: samen koffie of thee drinken, soms zelfs samen breien, voorlichting over lichaamsverzorging of het leren fietsen of invullen van formulieren. Hiermee worden de grenzen die in de GGZ-sector en de eigen professie gelden, soms overschreden en kan de VHV-ster in botsing komen met regels van buitenaf.

De ideologische grenzen van de VHV hangen samen met de reeds eerder beschreven missie. Of onderdelen in het hulpverleningsproces moeten worden opgenomen of er juist buiten moeten worden gehouden, wordt doorgaans afgemeten aan de te verwachten bijdrage aan het verminderen van (seks- en machts)verschillen en het accentueren van overeenkomsten. De ideologische grenzen van de VHV-beweging en van VHV-sters zijn echter geen constante; ze zijn zelf 'in beweging', onder andere onder invloed van verschuivingen in de VHV-missie, het cliëntenbestand en de context van de VHV.

De voornaamste productie-opvatting van VHV in deze is evenwel dat

de zeggenschap die een cliënt over de grenzen van het productieproces heeft, zo groot mogelijk moet zijn. Men dient te vermijden dat het proces contra-productief wordt (voor emancipatie) doordat grenzen van clinten tegen hun wil worden overschreden. Dit is des te meer van belang als het om vrouwelijke en/of relatief onmachtige cliënten gaat. De VHV vebeelt aan om clinten uitdrukkelijk te vragen naar de grenzen die zij trekken. Bijvoorbeeld, als het gaat over welke vragen nog wel gesteld mogen worden en welke niet; welke activiteiten, oefeningen en maatregelen (inclusief medicatie en separatie) nog wel te verdragen zijn en welke niet meer; welke doelen wel of niet acceptabel zijn en welke grenzen wel of niet ter discussie mogen worden gesteld. In de praktijk betekent dit, aldus Nicolai (1992: 178), 'checken na bepaalde vragen, die als heel indringende beleefd kunnen worden, wat deze vragen oproepen. Afspraken maken over stopwoorden of signalen. Afspraken maken op welke lichaamstaal de cliënt en de therapeut kan letten'. Een dergelijk respect voor een cliënt sluit overigens niet uit dat er op een ander moment een dialoog over die grenzen mogelijk is zoals Schilder en Kaaijk (dit boek) die schetsen.

Volgens de VHV-opvattingen moeten VHV-sters hun grenzen zo veel mogelijk expliciteren, zodat cliënten de kans hebben zelf een standpunt te bepalen. Dit vereist van VHV-professionals voortdurende zelf-reflectie over de grenzen die zij met zich meedragen, vanuit hun socialisatie, scholing, maatschappelijke positie enzovoorts. Ze moeten leren onderkennen dat zijzelf, hun definities en grenzen niet uitsluitend bevorderend zijn maar mogelijkerwijze ook belemmerend voor de ontwikkelingsweg van de cliënt. Om te voorkomen dat ze opgesloten raken in eigen beelden en normeringen worden inter- en supervisie-bijeenkomsten aanbevolen (Cooijmans, 1993). Overigens is inter- en supervisie van oudsher ook nuttig bevonden om het tegenovergestelde te voorkomen, namelijk dat professionals te gemakkelijk meegaan met de beelden en normeringen van hun clinten.

[k3]De productie-organisatie in VHV

'Organisatie' staat voor de wijze waarop de interacties tussen cliënten, hulpverlenenden en de middelen zijn geregeld. Ze manifesteert zich onder andere in omgangspatronen tussen producenten en een fasering van het hulpverleningsproces.

De traditionele opvatting van organisatie zegt dat het een structuur is die van buitenaf wordt aangebracht. Volgens recentere inzichten is er echter ook zelf-organisatie mogelijk; dat wil zeggen dat de organisatie van een systeem ook van binnenuit tot stand kan komen.

2

Nadere beschouwing leert dat de aanpak van de vroege autonome VHV alle voorwaarden creëerde die gunstig waren voor de zelforganisatie van de betrokken vrouwen. Bijvoorbeeld: seksehomogene groepen,

regelmatige bijeenkomsten, vaste programma-elementen ('rondjes', 'lijfwerk', 'individuele werktijd', 'thema's en 'oefeningen' die evenzovele taken voor de deelnemers inhouden), duidelijke afspraken over de regels, en een taalgebruik en interpretatiekaders die gebaseerd zijn op een feministische visie. De latere vormen van VHV, autonoom en regulier, bieden dikwijls een selectie uit dit pakket maatregelen; soms is die ingegeven door zich wijzigende randvoorwaarden (de eis van diagnosestelling bijvoorbeeld), soms door verschuivingen in de voorkeuren van cliënten. Het lijkt er echter op dat die selectie vooral resulteert in een uitsluiting van de zelforganiserende en politiserende impulsen. Hierover is inmiddels van verschillende kanten het debat geopend (Boedjarath, dit boek; Steketee en van Dam, 1992).

De organisatie van het hulpverleningsproces is te beschouwen als een impliciet ontwikkelings- annex leerplan. Voor hulpverlenenden is dit 'plan' vaak een vanzelfsprekend deel van hun repertoire. Voor cliënten betekent het echter even vaak een ondoordringelijke opgave. In de VHV doet men doorgaans veel moeite om het productieproces voor de cliënt te expliciteren - 'transparant' te maken - en het op die manier tevens een oefening in psychische en sociale zelfbeschikking te laten zijn. Uit de volgende alinea's komt naar voren dat er een 'emancipatoir leerplan' van kracht is voor de besluitvorming over het hulpverleningsproces en de fasering ervan. Volgens de productie-opvattingen van VHV moet de (mede)zeggenschap van (vrouwelijke) cliënten worden gestimuleerd door de interacties tussen de producenten in te richten op overleg en onderhandeling. Dit gebeurt met afspraken, contracten en evaluaties (van Mens-Verhulst, 1988; 1991a). In de feministische therapie bijvoorbeeld, kunnen cliënten actief deelnemen aan het diagnostisch proces; zelf mede bepalen wat de omschrijving van het probleem is en aan welk doel gewerkt wordt. Daar waar deze procedure moeilijk te verwezenlijken is, omdat cliënten klachten vertonen die het denken en voelen en dus ook de inspraak moeilijk maken, dienen hulpverlenenden de diagnose achteraf uit te leggen en te 'delen' met hun cliënt. Nicolai (1992:-184) suggereert dat de hulpverlenende zelf kan controleren of haar gebruik van diagnoses nog emancipatoir is, door zich af te vragen 'kan ik zonder blikken of blozen en met heldere uitleg over de betekenis deze diagnose meedelen aan deze vrouw?'. Eigenlijk moet per soort cliënten, professie en instelling opnieuw worden uitgevonden welke procedures geschikt zijn om vorm te geven aan de medezeggenschap van cliënten.

Gangbare faseringen zijn juist in de autonome VHV vaak nadrukkelijk op hun kop gezet, zowel vanuit seksspecifieke, emancipatoire als cliëntvriendelijke overwegingen. Uitgangspunt is bijvoorbeeld dat het hulpzoeksters gemakkelijker valt hun probleem te formuleren na in plaats van voorafgaand aan het hulpaanbod; en dat het juist voor vrouwelijke cliënten - gezien hun geringe autonomie-beleving - belangrijk is dat zij hun doelstellingen nog tijdens het

produktieproces kunnen wijzigen. Een andere bijzonderheid is dat de autonome VHV een iteratieve (in plaats van lineaire) inrichting van het produktieproces kent. Dat wil zeggen dat men expliciet uitgaat van een serie 'zoekacties' waarbij de resultaten van de eerste ronde als invoer dienen voor de volgende ronde enzovoorts, net zolang totdat er een stabiel punt (verdwijning van de klacht, bevredigende probleemformulering) is bereikt. Een iteratief geordend proces volgt dus als het ware de ontwikkeling van de (vrouwelijke) cliënt en laat dat intact, terwijl een lineair proces die ontwikkeling (volgens professionele opvattingen) voorstructureert en de 'heelheid' van de cliënt hieraan min of meer ondergeschikt maakt. Dat de VHV de ontwikkeling van de cliënt volgt, blijkt ook uit de positieve betekenisgeving aan contactbreuk, namelijk als een voor de (vrouwelijke) cliënt noodzakelijke pauze in haar verandingsproces. De mogelijkheid om een paar contacten over te slaan of de verlenging van het contract uit te stellen, worden dikwijls al bij voorbaat in de omgangsregels ingebouwd.

[k2]Analyse van het integratieproces

Bovenstaande reconstructie van VHV als een 'gelaagd' produkt levert het beeld op van 'een produkt in beweging': een produkt dat zich qua samenstelling en produktieproces in hoge mate aanpast aan de wensen van de klant. In het volgende geef ik een taxatie van de problemen die te verwachten zijn bij integratie van VHV in de GGZ, uitgaande van ditzelfde, gelaagde produktmodel.

Een meervoudig gekoppelde produktie-eenheid is moeilijk te verwezenlijken in de reguliere GGZ. Ten eerste druist deze in tegen de professionele cultuur die uitgaat van een-dimensionale, min of meer technische koppeling - van diagnose met behandelingsplan. Hulpverlenenden zijn hierin slechts instrumenteel: ze moeten over de noodzakelijke kennis, methoden en technieken beschikken. Welke sociale positie en ervaringsdeskundigheid ze meebrengen in de werkrelatie, wordt meestal als weinig terzake doende beschouwd. Ook botst meervoudige koppeling met het efficiëntie-denken van de reguliere GGZ. Met oog op de planbaarheid en beheersbaarheid van de instelling is immers een zo groot mogelijke inwisselbaarheid van hulpverlenenden gewenst. Die vervangbaarheid vermindert, als er ook systematisch rekening moet worden gehouden met andere, maatschappelijke en persoonlijke profielen van professionals. Als cliënten hierover zeggenschap krijgen, vermindert de beheersbaarheid nog verder.

Langzaamaan neemt het draagvlak voor matching op grond van sociaal-culturele overwegingen evenwel toe, omdat ook wetenschappelijk onderzoek uitwijst dat de resultaten van behandelingsprogramma's niet te verklaren zijn met behulp van een steeds verfijndere differentiatie van cliënt- en probleemkenmerken, maar veeleer uit de interactie van verschillende manieren van matchen (te

Vaarwerk, 1991:45-49).

Matching op grond van ervaringsdeskundigheid blijft echter een heet hangijzer, zeker wanneer ervaringsdeskundigheid als vervanging van professionele deskundigheid wordt voorgesteld. Een combinatie van beide soorten deskundigheid is soms wel bespreekbaar. [zie L. Nicolai in dit boek]

Een praktisch knelpunt vormt het aantal vrouwenhulpverlenenden dat beschikbaar is. Om aan de produktie van VHV te kunnen deelnemen, moeten hulpverlenenden zich immers bijscholen in de nieuwe interpretatiekaders, methoden en omgangsregels. Het is in dit verband een ernstig gemis dat de reguliere opleidingen en nascholingsinstituten zich tot op dit moment, op een enkele uitzondering na, afzijdig houden en de deskundigheidsbevordering overlaten aan de Leergangen VHV en commerciële organisaties.

De expliciete missie van de VHV is een struikelblok in de integratie, in meer dan een opzicht. Ten eerste zijn er de inhoudelijke verschillen. Ook als men de kritiek op de huidige sekseverhoudingen deelt, is het nog geen uitgemaakte zaak in welke richting de oplossing wordt gezocht: culturele, sociale of psychische emancipatie dan wel een combinatie daarvan. Meestal moet die per doelgroep worden bepaald. Dan blijkt dat beleidsmakers dikwijls ontvankelijker zijn voor biologische dan maatschappelijke argumenten en meer gemotiveerd worden door slachtofferschap dan mondigheid van vrouwen; zij stemmen bijvoorbeeld vrij gemakkelijk toe in aparte programma's voor incestslachtoffers, 'vrouwen na borstamputatie' of vrouwen met eetproblemen, maar minder gemakkelijk in een autonomie- of oefengroep voor vrouwen.

Ten tweede ligt er een principiële verschil van mening: over de noodzaak een missie te formuleren. In de reguliere GGZ overheerst nog de gedachte dat de vraag naar de missie of zin van de hulpverlening overbodig is geworden sinds de ontzuiling en professionalisering. De deskundigheid van hulpverlener zou garant staan voor het best mogelijke antwoord op de vraag van de cliënt. VHV tast dus indirect het beeld van de professionele wijsheid en onschendbaarheid aan door zo'n nadruk te leggen op de missie van programma's; ze introduceert als het ware een nieuwe verzuiling.

Er doet zich in de GGZ echter een geleidelijke kentering voor. Meer en meer onderkent men dat ook een professioneel hulpaanbod de resultante is van praktische ervaringen, maatschappelijke normeringen, voor-wetenschappelijke aannames en wetenschappelijke constructies (Hutschemaeckers, 1990). Dit betekent dat hulpverlenenden en cliënten, tijdens hun gezamenlijke produktie, ook in onderhandeling zijn over wederzijdse waarheidsaanspraken en visies (zie van der Laan, 1991 en Schilder en van Kaaijk, dit boek). Het betekent ook, dat er in het hulpverleningsproces micropraktijken gaande zijn waarin de maatschappij, in al haar aspecten, zowel wordt gereproduceerd als geproduceerd. In dit licht bezien is het niet langer ongepast om van professionals voortdurende reflectie te ver-

wachten over de verhouding van een programma tot de bestaande maatschappelijke orde. Vragen als 'moet of mag een hulpverleningsprogramma aan de bestendiging van bestaande machtsverhoudingen meewerken?' en 'op welke gronden is het gerechtvaardigd verandering of juist behoud van het oude na te streven?' zijn niet langer meer taboe.

Ruimere en diffusere grenzen, zoals eigen aan het VHV-produktieproces, zorgen voor twee soorten knelpunten in de integratie. Ten eerste gelden er in de reguliere GGZ-instellingen andere temporele, methodische en inhoudelijke grenzen. Deze zijn bovendien verankerd in financiële randvoorwaarden en ruimtelijke voorzieningen die moeilijk te veranderen zijn. Ten tweede is het animo om de eigen grenzen ter discussie te stellen, gering. Over de grenzen van produktieprocessen en programma's bestaat een grote mate van professionele vanzelfsprekendheid. Cliënten hebben hiermee geen bemoeienis en worden ook niet geacht die te hebben.

De iteratieve, emancipatoire, seksespecifieke en cliëntvriendelijke omgangsregels en faseringen van het produktie- en distributieproces van VHV blijken moeilijk verenigbaar met de in het algemeen lineaire procedures, hiërarchische structuur en professionele bedrijfscultuur van reguliere GGZ-instellingen. Het principe dat de cliënt zelf uit het beschikbare aanbod kiest en ook het verloop van het produktieproces mede bepaalt, past niet in de produktiewijze van de reguliere zorg. De produktie in de instellingen is namelijk georganiseerd volgens een technisch-rationeel schema: naar graad van specialisatie, disciplines en methoden. Consequentie hiervan is dat cliënten 'gendiaceerd' en gediagnosticeerd moeten worden voor het VHV-aanbod. De VHV kent echter helemaal geen traditie op het gebied van diagnostiek en indicatiestelling, noch procedureel noch inhoudelijk (van Mens-Verhulst, 1991b; Verheggen, 1988; te Vaarwerk, 1991).

Daarbij is de VHV vooral gehandicapt door een gebrek aan een eigen diagnostische instrumentarium dat kan helpen om vrouwenlevens in kaart te brengen. Gangbare classificatie- en diagnosesystemen hebben als bezwaar dat zij de sociaal-culturele context verwaarlozen, androcentrisch en maatschappijbevestigend zijn in hun normeringen en daardoor vrouwen pathologiseren (Brown, 1990; van Buren, 1992; Cooijmans, 1993; Kaplan, 1983; Nicolai, 1990, 1991; Rosewater, 1990;). Daarom zijn er nieuwe vragenlijsten nodig over de socialisatie, seksualiteit en overlevingsstrategieën van vrouwen en de machtsverdeling(en) waarmee zij te maken hebben (van Aken en Kroese, 1993; Nicolai, 1992). Tevens moeten de in de lijsten aanwezige normen opnieuw worden doordacht op hun al of niet emanciperende werking voor vrouwen, bijvoorbeeld: hoe 'bevrijdend' is autonomie en hoe 'onderdrukkend' is zorg? [zie N. Nicolai, dit boek]. Inmiddels is er internationaal een inhaalslag gaande. Het meeste werk hiervoor wordt in de Verenigde Staten verzet. De eerste, bemoedigende resultaten zijn al te vinden in de (concept) DSM-IV.

[k2]Vrouwenhulpverlening: produkt in beweging

Met het gelaagd produktmodel zijn mijns inziens de voornaamste bezwaren tegen het produktdenken ondervangen. De dynamiek is verzekerd door het vooropstellen van de procesoptiek. De gezamenlijkheid van produktie kan tot uitdrukking komen in de component produktie-eenheid. Het zingevingsaspect is apart benoemd met de component missie, in samenhang met de component grenzen. Machtsverschillen kunnen zichtbaar worden door stil te staan bij de zeggenschap over eerder genoemde componenten en bij de (zelf-)organisatie van de produktie.

De analyse die met behulp van dit gelaagde model gemaakt is van het integratieproces, levert een precisering op van de uitkomsten van eerdere analyses. Het model verplaatst namelijk de aandacht van de programma- naar de produktielaag. Daarmee wordt duidelijk dat het in de VHV slechts beperkt gaat om de aanwending van andere programma-elementen, maar vooral om een andere matching en organisatie en dat integratie daarom zo'n pijnlijke en hachelijke zaak is - voor weerskanten.

Voordeel is dat juist door de produktie als uitgangspunt te nemen een aantal impliciete discussies - met name over selectieprincipes - expliciet worden, waardoor ook de heterogeniteit binnen de VHV zichtbaarder is. De benoeming en uiteenrafeling van deze debatten maakt het gemakkelijker het VHV-produkt op onderdelen te relateren aan andere ontwikkelingen in de reguliere zorg. Zo kan de produktontwikkeling van de VHV-onderneming systematisch deel uit gaan maken van de algemene produktontwikkeling in de GGZ en blijft VHV een `produkt in beweging'.

[k2]Noten

1Met de term `maatschappelijk' verwijs ik naar alle demografische, sociale, economische, culturele (inclusief etnische en religieuze) en leefstijl-variabelen.

2Het begrip `zelforganisatie' duidt een proces aan dat bijdraagt aan de zelfproduktie van een systeem. De mate van zelforganisatie is een graadmeter voor de levensvatbaarheid en produktiviteit die een systeem van binnenuit bezit. Zowel teveel als te weinig zelforganisatie zijn ondermijnd. Conditie die het proces van zelforganisatie bevorderen, zijn: een eigen temporele en geografische ruimte, duidelijke grenzen ten opzichte van de buitenwereld, taken waarop de aanwezige competenties zich kunnen organiseren, vaste regels en procedures en een gemeenschappelijkheid in symbolen (onder andere taal), visie en interpretatiekaders (zie verder van Mens-Verhulst, 1992b; Weick 1990).

