

Georganiseerde liefde : publieke bemoeienis met zorg in de privésfeer

Citation for published version (APA):

van der Lyke, S. M. (2000). *Georganiseerde liefde : publieke bemoeienis met zorg in de privésfeer*. [, Maastricht University]. Van Arkel. <https://doi.org/10.26481/dis.20000511sl>

Document status and date:

Published: 01/01/2000

DOI:

[10.26481/dis.20000511sl](https://doi.org/10.26481/dis.20000511sl)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Samenvatting

Vanaf de jaren tachtig stimuleert de overheid extramurale zorg. Dat wil zeggen dat ze thuiszorg en informele zorg ten koste van intramurale zorg en professionele zorg propageert. In dit proefschrift wordt nagegaan hoe de overheid de inzet van informele zorg bevordert. Hoe interveniëren beleidsmakers in de privé sfeer? Hoe beïnvloeden ze bestaande verwantschapsrelaties? Het proefschrift beschrijft de relatie tussen overheidsbeleid en informele zorg.

De analyse geeft vooral inzicht in het normatieve karakter van het informele zorgbeleid en legt de impliciete veronderstellingen of conventies van dit beleid bloot. Vanwege het seks-specifieke karakter van informele zorg is daarbij speciaal gelet op gender-conventies. Van welke vanzelfsprekendheden, die samenhangen met het denken over mannen en vrouwen cq. mannelijkheid en vrouwelijkheid, maken beleidsmakers gebruik? Anders gezegd: Welke gender-conventies produceren beleidsmakers in het informele zorgbeleid? Het doel van dit onderzoek is deze conventies inzichtelijk te maken en na te gaan welke betekenis het gebruik van gender-conventies in het informele-zorgbeleid heeft voor de praktijk van de informele zorg.

Om dit normatieve karakter van het informele zorgbeleid te onderzoeken zijn beleidsteksten over informele zorg vergeleken met teksten van wetenschappers en verzorgers zelf. Beleidsmakers gebruiken immers wetenschappelijke kennis om hun beleid te staven. Daarbij willen ze problemen van burgers cq. verzorgers oplossen. Ze trachten in ieder geval antwoord te geven op de door verzorgers aangereikte kwesties en bij hen aan te sluiten. Wetenschappers en verzorgers zijn dus belangrijke peilers voor dit beleid.

Door een vergelijking van deze zogenoemde vertogen geeft de studie inzicht in de verwevenheid van het beleidsvertoog met de andere vertogen. Het laat zien in hoeverre beleid conventies van wetenschappers en burgers incorporeert. De vergelijking zorgt ook voor afstand, verbazing en reflectie. Het geeft inzicht in de vraag waarin de vertogen van elkaar verschillen. Ik ga er dus enerzijds vanuit dat de taal van beleidsmakers is gevormd; beleidsteksten dragen conventies van andere taalgebruikers. Anderzijds geeft diezelfde taal beleidsmakers ook ruimte voor het doorbreken van stereotiepe conventies die bijvoorbeeld huidige man/vrouw cq. gender beelden bevestigen. Dus de gevonden verschillen in de vertogen bieden beleidsmakers een alternatief vocabulaire.

Gezien de vraagstelling begeeft dit onderzoek zich op het snijvlak van beleidswetenschap en vrouwenstudies. De theoretische concepten zijn aan deze disci-

plines ontleend. Beleid is niet opgevat als iets van beleidsmakers alleen, maar wordt beschouwd als een (talig) resultaat van de maatschappelijke, sociale omgeving waarin het vorm krijgt. Dit geldt evenzeer voor gender. Wat als vrouwelijk of mannelijk wordt beschouwd is geen vaststaand gegeven, maar wordt steeds in onze taal ge(her)definieerd. Deze uitgangspunten, de gebruikte concepten en methode van onderzoek beschrijf ik in hoofdstuk 1. Tevens beschrijf ik in dit hoofdstuk de argumenten die beleidsmakers gebruiken om informele zorg te bevorderen en de manier waarop het de publieke overheid lukt invloed uit te oefenen op zorg in de privésfeer.

In hoofdstuk 2 wordt het beleid met wetenschappelijke teksten vergeleken. Ik geef antwoord op de vraag hoe conventies over informele zorg in het beleid zijn verschoven en onderscheid, op basis van die conventies, drie perioden in het informele zorgbeleid. Werden verzorgers in de eerste periode van het beleid sekse-neutraal beschreven en vooral gedefinieerd als een waardevol subsysteem voor het totale gezondheidszorgsysteem, in de tweede periode komt het sekse-specifieke karakter van verzorgers meer op de voorgrond te staan. Verzorgers zijn vrouwen. Dan vragen beleidsmakers zich af of het zorgsysteem, gezien de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, nog wel op de inzet van verzorgers mag rekenen. Men vreest dat het aantal verzorgenden te klein zal zijn. In de derde periode, tot slot, verschuift de aandacht van beleidsmakers van een kwantitatief tekort aan verzorgsters naar een tekort aan individuele draagkracht. Dus: in het informele zorgbeleid zijn conventies over verzorgers op twee manieren verschoven. Stond eerst het collectief systeemdenken op de voorgrond, dit heeft plaats gemaakt voor het denken vanuit de verzorger als vrouwelijk individu. Werd eerst de sterkte of kracht van het informeel zorgsysteem benadrukt, dit maakt langzaam plaats voor de ontoereikendheid of zwakte van de verzorgster. De zwakke verzorgster domineert. Dit hoofdstuk toont een gender-conventie in de beschrijving van informele verzorgers.

In hoofdstuk 3 vergelijk ik beleidsteksten met verhalen van verzorgers. In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de vraag hoe beleidsmakers de verhouding tussen patiënt en verzorger thuis beschrijven. De patiënt is volgens beleidsmakers een rationeel subject die kiest thuis te zijn. Volgens verzorgers is er weinig sprake van een keuze, maar is voor patiënten de externe dwang en morele druk groot om thuis te blijven of naar huis te gaan. Tegenover de rationele patiënt die beleidsmakers veronderstellen, zetten verzorgers een van anderen en gewoonte afhankelijke patiënt. Waarom willen patiënten thuis zijn? Volgens beleidsmakers winnen zij thuis aan autonomie. Hoewel verzorgers dat niet ontkennen, wijzen ze wel steevast op het verlies van hun autonomie. Zij moeten immers thuis zijn, geven veel van hun tijd aan de zieke en worden soms door professionals gecorrigeerd.

Daarmee leveren zij aan vrijheid in. (Mannelijke) waarden die beleidsmakers voor patiënten erg belangrijk achten zoals keuzevrijheid en autonomie, spelen in beleid voor verzorgsters een veel kleinere rol. Dit hoofdstuk toont een gender-conventie of asymmetrie tussen de beschrijving van patiënt en verzorger.

In hoofdstuk 4 vergelijk ik conventies in beleid wederom met conventies van verzorgers. In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de vraag hoe beleidsmakers de relatie tussen professionele en informele verzorgers thuis beschrijven. De professional handelt volgens beleidsmakers op basis van universele kennis en expertise en houdt er een rationeel-methodische werkwijze op na. Dit is geleerd tijdens hun scholing. De informele verzorger heeft volgens beleidsmakers een sociale relatie en emotionele binding met de zieke. De professional heeft afstand en de verzorger is betrokken. Op basis van deze verschillen steunt de professional de informele verzorger. Hoewel verzorgers steun ontvangen, definiëren zij deze relatie als een verhouding die niet eenzijdig maar wederkerig ondersteunend is. Zij zorgen er immers voor dat professionals hun arbeid kunnen verrichten, geven hen complimentjes of zwijgen over onvrede met situaties. Een ander belangrijk verschil zit in de definiëring van de aard van hun relatie. Terwijl beleidsmakers deze harmonisch laten zijn, zou de relatie tussen professional en informele verzorger volgens verzorgers een relatie zijn waarin spanningen en ambivalentie overheersen. Dit hoofdstuk toont een gender-conventie in de beschrijving van de kwaliteiten van verzorger in vergelijking tot de professional en in de beschrijving van hun relatie.

In het slothoofdstuk bespreek ik de betekenis van de conventies in beleid voor de praktijk van informele zorg. Ik laat zien dat beleidsmakers informele zorg niet alleen aanmoedigen, maar impliciet ook definiëren wat goede zorg is en hoe een informele verzorger zich behoort op te stellen om een succesvol verzorger te zijn. Paradoxaal genoeg wordt de informele verzorger geprofessionaliseerd. En dit betekent dat verzorgers kenmerken moeten gaan vertonen die geassocieerd worden met mannelijkheid. De succesvolle verzorger handelt niet intuïtief, maar op basis van kennis. Ze is niet betrokken, maar houdt afstand en geeft bovendien duidelijk haar zorgproductie aan. De taal en conventies van beleidsmakers komen grotendeels overeen met die van wetenschappers, maar verschillen van verzorgers. Terwijl verzorgers zorg uitdrukken in termen van relaties, verbinden beleidsmakers zorg aan 'instrumentaliteit'. Zo wordt informele zorg steeds meer een kwestie van ratio, methode en produktie. Deze bevinding koppel ik aan een maatschappelijke tendens die bekend is onder de naam 'managementisme' en waarin instrumenteel taalgebruik overheerst. Ik wijs op de gevaren hiervan voor de praktijk van de informele zorg en houd een pleidooi om sociale (vrouwelijke) waarden in het informele zorgbeleid (her) te waarderen en vast te leggen.

Summary

From the eighties onwards the Dutch government has been stimulating extra-mural care, promoting domestic and informal care at the cost of intramural and professional care. The dissertation investigates how the authorities promote the development of informal care. How do policy makers intervene in the privacy of people? How do they influence existing kinship relations? The dissertation describes the relation between government policy and informal care.

The analysis provide above all insight into the normative character of informal care policy, revealing the implicit assumptions or conventions of this policy. Because of the sex-specific character of informal care, special attention has been paid to gender conventions. Which self-evident assumptions related to thinking about men and women, or masculinity and femininity, are used by policy makers? In other words: which gender conventions are produced by policy makers in their informal care policy? The purpose of this research is to determine the significance of the use of gender conventions in informal care for the practice of informal care.

In order to research this normative character of informal care policy, policy statements on informal care have been compared with texts by academics and by carers themselves. After all policy makers use scientific knowledge to corroborate their policy. In doing so they intend to solve problems affecting citizens or the carers. They try at any rate to provide answers to questions put by the carers and to share their concerns. Academic and carers are therefore vital to the development of this policy.

By comparing these policy guidelines and documents of academic and carers, the dissertation provides an insight into the interrelation. It shows to what extent policy incorporates conventions of academic and citizens. The comparison produces also distances, surprise and reflection. It provides insight into the question where they differ from another. Consequently I presume on the one hand that language of policy makers has been preconditioned; policy texts carry conventions of other language users. On the other hand the same language offers room to the policy makers to break through stereotypical conventions which for example confirm current man/woman or gender images. Thus the differences discovered offer policy makers an alternative vocabulary.

Taking into account the way the research question has been formulated, the investigation straddles the intersection between policy studies and women's studies. The theoretical concepts have been taken from these disciplines. Policy has

not been conceived as something to do only with policy makers, but is considered a (linguistic) result of the social environment in which it takes shape. This applies to gender just as much. What is considered female or male is not a permanent data, but is constantly being (re)defined in our language. These points of departure, the concepts and method used in this research, are described in Chapter 1. In this chapter I also describe the arguments used by policy makers to promote informal care and the manner in which public authorities succeed in influencing private care.

In Chapter 2 policy is compared with academic texts. I answer the question how conventions on informal care have undergone changes in policy, and on the basis of those conventions I distinguish three periods in informal care policy. While in the first policy period carers were described as sex-neutral, and were defined especially as a valuable subsystem within the total health care system, in the second period the sex-specific character of the carers comes more to the fore. Carers are women. Policy makers then ask themselves if, taking into account the increasing numbers of women working, the care system can still count on the commitment of carers. They are afraid that the number of carers will not be sufficient. Finally, in the third period the attention of policy makers shifts from the quantitative shortage of carers to individual capacity. Thus in informal care policy, conventions with respect to carers have changed in two ways. While to start with collective system thinking was central, this gave way to thinking from the perspective of the carer as a female individual. While at first the strength of the informal care system was emphasized, this was slowly replaced by the inadequacy or weakness of the carer. The focus is on the weak carer. This chapter shows a gender convention in its description of informal carers.

In Chapter 3 I compare the policy texts with stories of the carers. In this chapter I answer the question how policy makers describe the relation between patient and carer. According to the policy makers the patient is a rational subject who chooses to be at home. According to the carers there is hardly any question of choice, but the patients are under strong external compulsion and moral pressure to remain at home or to go home. Why do patients want to be at home? According to policy makers it is at home that they enhance their autonomy. Even if carers do not deny this, they keep pointing to the loss of their own autonomy. After all they have remain at home, giving much of their time to the patient and being at times corrected by professionals. In this way their freedom is restricted. (Male) values which policy makers consider very important for patient like freedom of choice and autonomy, play much smaller part when it comes to policies for carers. This chapter shows the existence of a gender convention or dissymmetry between the description of patient and carer.

In Chapter 4 I once more compare the conventions in policy with conventions of carers. I answer the question how policy makers describe the relation between professional workers and informal carers. According to the policy makers the professional acts on the basis of universal knowledge and expertise, employing a rational-methodical working method. This has been learned during their training. The informal carer, according to the policy makers, has a social relation and an emotional bond with the patient. The professional worker observes a certain distance, while the carer is involved. On the basis of these differences the professional supports the informal carer. In spite of receiving support, the carers define this relation as one which is not onesidedly but mutually supportive. For they see to it that professional can do their work, pay them compliments, or keep silent about their discontent with certain situations. Another important difference is found in the definition of the character of their relation. While policy makers describe this relation as harmonious, according to the carers this relation is dominated by tensions and ambivalence. This chapter shows a gender convention in the description of the qualities of the carer in comparison with those of the professional, and in the description of their relation.

In the final Chapter 5 I discuss the significance of conventions in policy for practice of informal care. I show how policy makers not only encourage informal care, but also implicitly define what is good care, and what the attitudes of a carer should be in order to be successful. Paradoxically the informal carer is professionalized. Which means that carers have to develop characteristics which are associated with masculinity. The successful carer is one who does not act on intuition, but on basis of knowledge. She is not involved, but keeps her distance, and moreover very explicit about her care product. The language and conventions of policymakers are generally similar to those of academics, but differ from those of carers. While carers express care in terms of relations, policy makers link care with 'instrumentality'. In this way informal care becomes more and more a question of rationality, method and production. This conclusion I connect with a social trend towards 'managerialism', in which instrumental use of language predominates. I point out the dangers of this for the practice of informal care and plead for social (feminine) values to (re)assessed and consolidated in informal care policy.