

Vrouwenhulpverlening: een veelbewogen geschiedenis

Op 1 november 2006 nam Janneke van Mens-Verhulst afscheid als hoogleraar vrouwengezondheidszorg aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. In haar afscheidsrede liet ze de geschiedenis van de vrouwenhulpverlening nog eens de revue passeren. Een veelbewogen geschiedenis, die haar oorsprong vond ten tijde van de tweede feministische golf.

Marijke Naezer

Plechtig schrijdt het cortège door de Aula van de Universiteit Utrecht. De statige stoet, gekleed in zwarte toga's en baretten, neemt plaats op het podium. Kort daarop neemt Janneke van Mens-Verhulst, hoogleraar Vrouwengezondheidszorg, plaats achter het spreekgestoelte en begint ze haar afscheidsrede. Rustig en weloverwogen vertelt zij over de geschiedenis en de toekomst van de vrouwenhulpverlening.

Een groter contrast met de heftige, explosieve start van de vrouwenhulpverlening in de jaren zeventig van de twintigste eeuw is nauwelijks denkbaar. Het was de tijd waarin de vrouwenbeweging zich voor de tweede maal die eeuw voluit manifesteerde. Hoewel de geschiedenis van de vrouwenhulpverlening al op veel verschillende manieren verteld is, kan toch een aantal hoofdlijnen onderscheiden worden. Gebruikmakend van tekstfragmenten uit eerdere publicaties van Janneke van Mens-Verhulst, aangevuld met eigen interviews met vrouwenhulpverleensters, reconstrueer ik in dit artikel deze hoofdlijnen.

Therapie en sociale actie

De vrouwenhulpverlening vond in de jaren zeventig haar oorsprong in de fundamentele kritiek van feministen op de beeldvorming en behandeling van vrouwen in de toen gangbare hulpverlening. Dit betrof bijvoorbeeld het gemak waarmee de hulpverlening klachten van vrouwen afdeed als 'gezeur' en 'vaag', en ze met medicijnen onderdrukte. Hulpverleners namen verhalen over verkrachting, incest of ander seksueel geweld niet serieus, en veronderstelden dat de vrouw het zelf wel uitgelokt zou hebben of fantaseerde. De verstrekte adviezen waren vaak gebaseerd op traditionele, stereotiepe ideeën over vrouwelijkheid, met name schoonheid, het huwelijk, moederschap en het huisvrouwenbestaan. In allerlei opzichten werden vrouwenlevens sterk gemedicaliseerd, wat soms zelfs resulteerde in de onnodige verwijdering van baarmoeders. Al snel is de feministische kritiek vertaald in alternatieve vormen van hulp: de vrouwenhulpverlening.

De eerste sporen van vrouwenhulpverlening (toen nog feministische hulpverlening) in Nederland zijn te vinden in de praat- en zelfhulpgroepen waarin vrouwen bij elkaar kwamen. Door middel van deze groepen doorbraken de deelnemsters hun sociale isolement en werden zij zich bewust van de overeenkomsten in hun maatschappelijke positie en de invloed daarvan op hun problemen.

In de jaren daarna volgde een stroom van initiatieven, waaronder de vrouwentelefoon, Blijf van m'n Lijfhuizen, Vrouwen Tegen Seksueel Geweld, groepen voor Vrouwen In De Overgang (VIDO) en Feministische Oefengroepen Radikale Therapie (FORT). Een vrouwenhulpverleenster herinnert het zich nog goed: "Het waren de bevlogen jaren van het feminisme. En ik was daar stevig mee bezig: de maakbaarheid van de wereld, alles veranderen." "We waren echt bezig een nieuwe tijd te maken, nieuwe mensen", vult haar collega aan.

Veelal ging het in deze initiatieven om een combinatie van therapeutische en sociale actie. De onderdrukking van vrouwen werd gezien als het voornaamste probleem; werken aan de opheffing ervan was de missie, gelijkheid het streven. Vrouwenhulpverlening wilde een vrijplaats bieden waar de taal en subcultuur van de onderdrukten zich ongehinderd kon ontwikkelen.

In de vrouwenhulpverlening nam men het eigen verhaal en de hulpbehoeften van vrouwelijke cliënten serieus. Vrouwenhulpverleensters interpreteerden de problemen van cliënten vanuit een sociaal model (dikwijls ingedikt tot 'de socialisatie en sociale positie van vrouwen') en zochten de oplossingen dan ook veelal in de (psycho-)sociale sfeer. Voor de relatie tussen hulpverleenster en hulpvraagster werd een nieuw, egalitair model ontwikkeld. De tijd van de "barse, onbereikbare man op een troon" was voorbij, aldus een hulpverleenster. Sociale actie werd door de vrouwenhulpverleensters niet geschuwd; als het nodig was schreven ze petitie's, organiseerden ze protestdagen en gingen ze de straat op. Kortom, vrouwenhulpverlening was seksespecifiek, cliëntgericht en politiserend in een tijd dat de reguliere zorg genderblind, professie- en instellingsgericht en apolitiek was.

Gelijkheid en diversiteit

Voor de reguliere hulpverlening bracht de vrouwenhulpverlening een onaangenaam en min of meer onbegrijpelijk bericht. Ze claimde een verschil in een sector die er - net als de rest van de samenleving - een egalitaire ideologie en universalistische denkwijze op na hield. Egalitair, want in de Nederlandse hulpverlening hadden - en hebben - mensen bij ziekte en gebrek formeel recht op gelijke (in de zin van dezelfde) behandeling ongeacht hun biologische, psychische of maatschappelijke hoedanigheid. Verschil in toegankelijkheid van voorzieningen werd formeel dan ook niet geaccepteerd. Ook probeerde men voor iedereen eenzelfde kwaliteit van zorg te garanderen, wat tegenwoordig de vorm heeft aangenomen van gestandaardiseerde procedures. Universalistisch, want de kennis over ziekte en gezondheid en interventies daarin beschouwde men als geldig voor beide seksen. Vrouwenhulpverlening stelde dat in de praktijk van dit gelijkheidsdenken 'het mannelijke' meestal als de (impliciete) norm fungeerde, waardoor men 'het andere' (vrouwelijke) veronachtzaamde. Vrouwenhulpverlening organiseerde zich op het sekseverschil, en maakte juist 'het vrouwelijke' tot norm.

Door verschillende ontwikkelingen, zowel in de praktische als in de praktijktheoretische sfeer, kwamen geleidelijk de tekortkomingen van deze strategie aan het licht. In de eerste plaats moest de vrouwenhulpverlening erkennen dat haar relevantie voor bepaalde groepen vrouwen slechts beperkt was. Oorspronkelijk was alle aandacht uitgegaan naar blanke, westerse, heteroseksuele vrouwen uit de middenklasse. Voor andere vrouwen bood de problematisering van de sekseongelijkheid en het streven naar gelijkheid aanzienlijk minder herkenning: Waarom zou je zorgpatronen willen overwinnen, als je naar kinderen verlangt? Wat moet je met autonomie, als je door je ziekte of handicap volledig zorgafhankelijk bent? Hoezo, ongelijke kansen van vrouwen bestrijden terwijl je dagelijks om je donkere huid, hoofddoek of taal gediscrimineerd wordt?

Een Surinaams-Nederlandse hulpverleenster vertelt in een interview in *Slangengodin*: "Concepten uit de witte vrouwenbeweging zijn: zelfbeschikkingsrecht, eigen grenzen leren stellen, onafhankelijkheid. Allemaal begrippen die zijn terug te voeren op een witte 'ik'-cultuur. Hulpverlening gebaseerd op deze begrippen [is] vaak niet toepasbaar op zwarte vrouwen. Als een zwarte vrouw het advies meekrijgt: kies voor jezelf, je hebt recht op een eigen leven, kan ze daar zo ontzettend weinig mee. [...] Ze weet dat ze zonder haar sociale netwerk in een situatie terechtkomt die haar ook niet verder helpt. Het advies is te veel geënt op een wit concept van zelfstandigheid."

In de tweede plaats bleek dat de gangbare vrouwenhulpverlening maar beperkt bruikbaar was bij integratie in de reguliere gezondheidszorg. De vraag rees hoe geschikt de principes van vrouwenhulpverlening eigenlijk waren voor minder zelfredzame cliënten: adolescenten, oudere of gehandicapte vrouwen, vrouwelijke verslaafden en psychiatrische patiënten die hun problemen zelf niet als vrouw-specifiek zagen.

Zoals de reguliere hulpverlening uitging van 'de standaardmens', bleek de vrouwenhulpverlening dus uit te gaan van 'de standaardvrouw', waardoor zij grote groepen vrouwen uitsloot. Daarbij kwam nog het groeiende besef dat ook mannen te lijden hadden onder hun genderrol. Het werd duidelijk dat er dingen moesten veranderen. Dit gebeurde vanaf het begin van de jaren negentig.

Transformaties

Geleidelijk transformeerde de vrouwenhulpverlening zich in een beweging die kwaliteitsverbetering nastreefde voor alle mensen. Hierdoor voldeed 'vrouwenhulpverlening' niet langer als merknaam. Rond 1993 kwam een nieuwe naam in zwang: seksespecifieke hulpverlening. Onder die vlag is er lustig verder gedifferentieerd naar etniciteit, leeftijd, seksuele voorkeur, enzovoorts. Zo is er een heel conglomeraat van hulpverleningssoorten ontstaan: vrouwen- en mannenhulpverlening, seksespecifieke hulpverlening (voor mannen en vrouwen) en specifieke hulp voor zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen. Vanaf 2000 wordt daarom ook dikwijls gesproken van 'diversiteitsbewuste hulpverlening'. Constante blijft het streven de hulpverlening toegankelijker en doeltreffender te maken voor marginale groepen en via de hulpverlening ook hun psychische en maatschappelijke weerbaarheid te vergroten. Nog steeds laat de missie van diversiteitsbewuste hulpverlening zich typeren als het interveniëren in de bestaande machtsverhoudingen ten gunste van de minder machtige(n), maar er wordt inmiddels genuanceerder gedacht over welke groepen macht respectievelijk vrijheid tekort komen. Deze ontwikkeling in de richting van aandacht voor diversiteit is en wordt gesteund door de theoretische verdieping van vrouwenstudies in dezelfde richting.

Gelijktijdig met deze transformatie naar diversiteit vond echter ook een transformatie in het overheidsbeleid plaats. In de jaren tachtig had de vrouwenhulpverlening nog de wind in de rug van een overheidsbeleid dat gericht was op een centrale sturing van de gezondheidszorg en dat daarvoor subsidies als instrument aanwendde. Hierdoor konden vele projecten en koepelinstellingen van de grond worden getild. In de jaren negentig veranderde het beleid, en kregen vrouwenhulpverlening en haar erfgenamen - seksespecifieke en diversiteitsbewuste hulpverlening – het moeilijk. De overheidssubsidies werden steeds kleiner, de voorwaarden zwaarder en de fusie- en concentratiedwang groter. Zowel op de departementen van de overheid als in de zorginstellingen lukte het steeds slechter vrouwenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening op de agenda te houden. Gevolg is bijvoorbeeld dat in 2003 de Expertcommissie Sekse & Etniciteit in de Gezondheidszorg, nog ingesteld door minister Borst, werd afgeblazen door staatssecretaris Ross. In 2004 moest het landelijk centrum voor vrouwenzelfhulp stoppen en 2006 was het laatste jaar van het ZOnMw-onderzoeksprogramma 'M/V, de factor sekse in de gezondheidszorg'. Per 1 januari 2007 is TransAct, het landelijke seksespecifieke expertisecentrum, opgegaan in MOVISIE, een breed georiënteerd kennisinstituut voor maatschappelijke ontwikkeling.

Onverminderde inzet

Ondanks deze terugtrekkende overheid blijven hulpverleners, wetenschappers en andere deskundigen zich met onverminderde vasthoudendheid inzetten voor de verdere ontwikkeling en overdracht van de ideeën van de vrouwenhulpverlening. Individuele hulpverleners maken zich binnen hun organisatie sterk voor de integratie van vrouwenhulpverlening in de geboden zorg, of houden de integratie voor gezien en vestigen zich zelfstandig. Wetenschappers bepleiten de opname van ideeën uit de vrouwenhulpverlening in het medische curriculum, en doen onderzoek naar diversiteit en hulpverlening. Dat heeft aan de Universiteit Nijmegen bijvoorbeeld geleid tot de oprichting van het Kenniscentrum Sekse & Diversiteit in Medisch Onderwijs. Een aantal autonome hulpverleningsinitiatieven en -projecten kan blijven bestaan dankzij subsidies en/of vrijwilligers, en deskundigen zetten de meest uiteenlopende strategieën in om hun kennis en *know-how* te verankeren.

Ook Janneke van Mens-Verhulst blijft deel uitmaken van deze beweging: "Voorlopig zal mijn week nog prettig gevuld zijn met allerlei 'werken aan de hulpverlening'." Een van de projecten is het historisch onderzoek naar de geschiedenis van de vrouwenhulpverlening, opgezet met Berteke Waaldijk, en uitgevoerd in samenwerking met het Internationaal Informatiecentrum en Archief voor de Vrouwenbeweging (IIAV). Hiermee hopen zij vrouwenhulpverlening als erfgoed levend te houden voor volgende generaties.

Even statig als de opkomst is ook het vertrek van de oud-hoogleraar. Maar het is duidelijk dat de boodschap strijdvaardig is: de ideeën van de vrouwenhulpverlening zullen niet zonder slag of stoot verloren gaan.

Met dank aan Janneke van Mens-Verhulst voor haar medewerking en suggesties.

Marijke Naezer is cultureel antropoloog en studente Vrouwenstudies, en neemt deel aan het project 'Geschiedenis van de vrouwenhulpverlening' van Janneke van Mens-Verhulst en Berteke Waaldijk. Zie ook www.let.uu.nl/vrouwenhulpverlening.

Literatuur

- Mens-Verhulst, J. van (1997). 'Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening', in: *Rekenschap*, september, p.156-170.
- Mens-Verhulst, J. van (1998). 'Vrouwenhulpverlening, cliëntgerichtheid en het diversiteitsprincipe', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek*, 8 (4), p.108-114.
- Mens-Verhulst, J. van (2001). 'Feministische hulpverlening en empirische evidentie: onderzoek vanuit een diversiteitsperspectief', in: *Tijdschrift voor Genderstudies*, 4 (3), p.35-47.
- Mens-Verhulst, J. van (2001). 'Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening', in: *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2 (6): p.7-17.
- Mens-Verhulst, J. van (2006). *Werken aan de hulpverlening: van tweerichtingsverkeer naar kruispuntdenken. Openbaar college ter gelegenheid van haar afscheid als hoogleraar Vrouwengezondheidszorg*. Utrecht: 1 november. www.vanmens.info/verhulst - zie hulpverlening en diversiteit>publicaties en lezingen.
- Slangengodin*, 31 januari 1990, IIAV, archief De Maan, inv.nr. 94.