

Paradoxen van emancipatie

Begonnen als feministische protestbeweging tegen de reguliere hulpverlening in de jaren zeventig is vrouwenhulpverlening tegenwoordig vooral een innovatieve beweging waar seksespecifiteit voorop staat en de aandacht voor maatschappelijke veranderingen verdwenen lijkt.

Janneke van Mens-Verhulst behandelt hier de paradoxen die een op zichzelf geslaagde emancipatorische ontwikkeling met zich meebrengt. Aan het slot van haar analyse houdt zij een pleidooi voor meer universitaire betrokkenheid bij vrouwenhulpverlening.

Van de vele ontwikkelingen in de zorg die als emancipatorisch zijn aan te merken, is de vrouwenhulpverlening (VHV) een interessant voorbeeld. VHV is namelijk voortgekomen uit de feministische protesten tegen de hulpverlening die in het begin van de jaren zeventig gebruikelijk was, en uitgegroeid tot een innovatieve beweging, met een eigen aanbod. Het protest van de VHV richtte zich tegen zaken die nog steeds actueel zijn, zoals de objectivering van patiënten, onterechte reductie of foutieve trechtering van problemen, het gebrek aan medemenselijkheid in de begeleiding door therapeuten, het machtsmisbruik van professionals en de maatschappelijke buitensluiting van zieken. Van de oorspronkelijke zelfhulp-initiatieven in de VHV kennen we nu nog steeds de resultaten - in de vorm van groepen voor Vrouwen in de Overgang, opvanghuizen zoals Blijf-van-mijn-Lijf, de vrouwen therapie- en gezondheidscentra, de activiteiten van Vrouwen met baarmoederproblematiek en het netwerk van FORT-groepen - hoewel de naamgeving soms wat veranderd is en de aantallen deelnemende vrouwen fluctueren. Inmiddels is er ook op veel plekken in de reguliere zorg en maatschappelijke dienst-

Janneke van Mens-Verhulst

verlening VHV te vinden. Alle 58 Riagg's doen bijvoorbeeld aan een of andere vorm van VHV, hetzelfde geldt voor tweederde van de psychiatrische inrichtingen. Ook is er een grote groep zelfstandig gevestigde therapeuten die zich als vrouwenhulpverleenster presenteren. Daarnaast is er een infrastructuur gegroeid die inmiddels geconcentreerd is in drie landelijke ondersteunings- en voorlichtingsorganisaties: *Transact* voor sekse-specifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld, *Aletta* voor de vrouwengezondheidszorg (meer op de medische sector georiënteerd) en de *Federatie voor Vrouwenzelfhulp*. Overigens zijn de eerste twee organisaties op termijn gesteld: dit jaar is het laatste jaar dat ze op subsidie van VWS kunnen rekenen.

Grote en kleine integratie

Anno 1997 staat de term vrouwenhulpverlening voor een verzameling hulpverlenings- en gezondheidszorgprojecten die onderling sterk variëren in hun seksespecifiek, emancipatoir, cliëntvriendelijk en holistisch gehalte.¹ (Gemakshalve spreek ik hier van 'de' VHV, alsof het gaat om een intern homogene beweging, maar in het bestek van dit artikel kan ik niet de gehele VHV bestrijken, ik beperk me daarom tot een van de VHV-segmenten: het gebied van de psychosociale begeleiding en geestelijke gezondheidszorg.)

In de loop van de jaren heeft de VHV heeft zich omgevormd van een kritische tot een innovatieve beweging op zowel inhoudelijk, methodisch, organisatorisch als sociaal gebied. Hoe radicaal de beoogde zorgveranderingen waren, moge blijken uit de doelstellingen die de ministeriële Adviesgroep VHV destijds noemde in haar scenario voor het jaar 2000:

- *De gezondheidszorg is grotendeels ontdaan van seksstereotiepe denkbeelden, normen en bejegeningen.*
- *De kunstmatige scheiding tussen individu en maatschappij, lichaam en geest, geestelijke en somatische zorg, gezondheidszorg en dienstverlening en tussen "lekenkennis" en "professionele kennis" is doorbroken;*
- *Het accent ligt op gezondheidsbevordering en het voorkómen van problemen;*
- *Het netwerk van vrouwenhulpverleningsvoorzieningen is financieel-organisatorisch geïntegreerd in de zorgstructuur.²*

Met deze radicale verandering is een proces van grote en kleine integratie gemoeid. De grote integratie betreft het inhoudelijke en financieel-organisatorisch beleid van overheden, zorginstellingen,



Vrouweninloophuis in Eindhoven

consumentenorganisaties en verzekeraars. De kleine integratie speelt zich af in de instellingen, waar het draagvlak moet worden gecreëerd en de veranderingen moeten worden verankerd in het beleid.

In de grote integratie heeft de overheid een belangrijke - en internationaal gezien unieke - rol gespeeld door experimenten (zoals de centra voor vrouwenhulpverlening en vrouwengezondheidszorg) te subsidiëren en door integratieprojecten te financieren. Voor dit beleid hebben in de loop der tijd verschillende legitimaties naast elkaar dienst gedaan. Er is het *emancipatie*-argument: vrouwen hebben een achterstand in de gezondheidszorg. Het *distributie*-argument wijst erop dat de toegankelijkheid van de verschillende zorg-echelons voor vrouwen en mannen niet gelijk is.³ Volgens het *kwaliteits*argument beloven de principes van de vrouwenhulpverlening betere zorg, niet alleen voor vrouwen maar voor alle groepen in de samenleving en in het bijzonder de minder geprivilegieerden. Het *innovatie*-argument maakt duidelijk dat VHV zich sterk maakt voor een cliëntgerichtheid die goed past in een overheidsbeleid dat geënt is op de marktwerking à la Dekker.

Onderwijl speelde ook steeds het *kosten*argument: vrouwenhulpverlening zou goedkoper zijn vanwege de werkwijze in groepen en omdat het het *shoppen* van hulpvraagsters zou afstoppen.

Vrouwenhulpverlening heeft op al die argumenten ingespeeld. Eén argumentatie is echter opvallend weinig aan de orde geweest en dat is het *effectiviteits*argument. Vermoedelijk hadden beide actoren hun eigen redenen om die kaart niet te spelen. Niet alleen is effectiviteit moeilijk te bewijzen, het is in het grote politieke spel soms ook van ondergeschikt belang.

Stagnatie

Met de stelselherziening van de afgelopen jaren is het spelersveld waarop de VHV haar institutionalisering vormgeeft echter

drastisch veranderd. Nu de overheid is afgestapt van de actief sturende en organiserende rol die ze in de jaren zeventig op zich had genomen en zich beperkt tot wetgevende en toezichhoudende taken, moet er met andere financiers worden onderhandeld, die minder gevoelig zijn voor de morele strategie van de vrouwenhulpverlening (in de trant van 'vrouwen hebben recht op' of 'de overheid is verplicht tot'). Voortaan zijn zakelijker argumentaties vereist. De maatschappelijke dienstverlening en de ambulante geestelijke gezondheidszorg - juist de terreinen waarop vrouwenhulpverlening dankzij de integratieprojecten de meeste erkenning verworven had - zijn inmiddels opgegaan in grotere koepels. Tegelijkertijd is het aantal niveaus waarop institutionalisering nodig is, toegenomen, want met de functionele decentralisatie in de zorg hebben de regio's een belangrijke stem in het kapittel gekregen. In die fusies en samenwerkingsverbanden is vrouwenhulpverlening echter ternauwernood partij of thema. Overigens is negatie van VHV geen nieuw gegeven. De beleidspolitieke negatie door adviescommissies en adviesraden werd al eerder duidelijk, met name rond het werk en de samenstelling van de commissie Dunning, waarin de VHV geen rol van betekenis mocht spelen⁴. Onverwacht is echter wel dat die negatie zich op de lagere niveaus weer kan uitbreiden door verandering van de structuren. Voor de VHV is de consequentie van deze veranderende omgeving, dat de met veel moeite opgebouwde contacten snel aan waarde verliezen. Door deze veroudering van de zogenoemde 'procedurele successen' raakt het proces van de grote integratie gestagneerd.

Onderwijl is de kleine integratie van het aanbod in de instellingen nog steeds gaande. Uit het vorig jaar verschenen onderzoek van het Verwey-Jonkerinstituut⁵ blijkt dat dit integratieproces in het beleid slechts moeizaam vordert. De verklaring voor de traagheid van inhoudelijke vernieuwing zou moeten worden gezocht in

de geringe sturingsmogelijkheden van directies en de autonomie van professionals, als het gaat om het zorginhoudelijk terrein.⁶ Een treurig vooruitzicht voor iedere inhoudelijke vernieuwing.

Gelukkig is in 1993 het werkprogramma VHV van start gegaan, deze keer met de overheid in de rol van 'makelaar' en hooguit medefinancier. Voor de GGZ moet het project 'Interinstitutionele toetsing' de verdere implementatie van VHV bewerkstelligen. Wat er na 1997 gaat gebeuren - als het werkprogramma VHV is afgerond - is nog onduidelijk. Het is zorgelijk dat de zes speerpunten van het werkprogramma alleen de implementatie in de praktijk beogen en uitdrukkelijk *niet* de integratie in beroepsopleidingen of onderzoeksprogramma's. Dit betekent immers dat de kennisvoorziening, juist voor degenen die de zorginhoudelijke vernieuwing moeten bewerkstelligen, ernstig in gebreke blijft.

Professionalisering

De professionalisering van de vrouwenhulpverlening - hoewel van oorsprong een zelfhulpbeweging - heeft al snel een hoge vlucht genomen. Dat is niet zo verwonderlijk, veel deelnemers aan de zelfhulpbeweging waren goed opgeleide vrouwen. En anders werden ze het wel, door het volgen van tweedekans onderwijs en deeltijdopleidingen in maatschappelijk werk, andragologie, psychologie en dergelijke.

In 1985 is er een eigen opleiding in feministische hulpverlening van de grond gekomen: de Leergangen VHV. Daar kon men van ervaringsdeskundige ook geschoold deskundige worden; en geschoolden konden er bijscholing halen. Heden ten dage is dit nog steeds mogelijk, zij het dat de Leergangen inmiddels, op last van het ministerie, zijn opgegaan zijn in het al eerder genoemde *Transact*.

Interessant zijn zowel de constanten als de verschuivingen die in de loop der jaren zijn opgetreden in het cursuspakket van wat ik hier gemakshalve de Leergangen blijf noemen. Actueel zijn gebleven de onderwerpen: socialisatie, moeder-dochter problematiek, seksualiteitsproblemen, spiritualiteit, eetverslaving, seksueel geweld, lichaamsgericht werken en groepswerk. Nieuwer zijn: langdurige zorgafhankelijkheid, zorgprogramma's, *burnout* van hulpverleensters en religie. Uit het aanbod verdwenen zijn: sociaal gedefinieerde doelgroepen (zoals oudere vrouwen of zwarte en migrantenvrouwen) en strategische vraagstukken rond integratie en implementatie van vrouwenhulpverlening. Daarentegen is er een basiscursus mannenhulpverlening bijgekomen. Met andere woorden: seksspecificiteit staat voorop. Het emancipatoir, cliëntvriendelijk en holistisch gehalte laat zich raden en de aandacht voor veranderingsstrategieën en beleidsvraagstukken lijkt verdwenen. Te concluderen dat de emancipatorische radicaliteit van VHV 'dus' verloren is gegaan, zou voorbarig zijn, maar ze wordt op zijn minst verhuld in voor de omgeving minder enerverende termen (zoals de term vrouwenhulpverlening zelf ooit is geïntroduceerd als eufemisme voor feministische hulpverlening). Toch denk ik dat dit veranderend taalspel wel degelijk duidt op een cruciale fase in de ontwikkeling van een emancipatorische hulpverleningsbewe-

ging, namelijk die van afnemende tegenbeweging en toenemende aanpassing.

Paradoxen

Het is alweer twee jaar geleden dat het congres 'De Beweging in Beweging' werd georganiseerd, naar aanleiding van het verschijnen van de bundel *Debatten in de vrouwenhulpverlening*.⁷ De centrale vraag was toen hoe de VHV in beweging kon blijven, omdat hulpverlening die alleen maar meer van hetzelfde doet op den duur misschien niet haar professionele, maar wel haar maatschappelijke legitimatie verliest. Bij die gelegenheid heb ik al geconstateerd dat 'de beweging van de VHV-beweging' zich vooral manifesteert in het *seksespecifiek* maken van de disciplines en onderdelen van het hulpverleningsproces (diagnoses, methoden en werkvormen). De emancipatorische gezindheid lijkt versmald te zijn tot een persoonlijk beleefde emancipatie. Maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de komst van vluchtelingen of de toenemende medisch-technische mogelijkheden) worden niet snel opgepikt.⁸ De voortdurende analyse van maatschappelijke in- en uitsluitingsprocessen die zo kenmerkend was voor de *grassroots* beweging van het begin, lijkt stil te liggen.

Kort samengevat komt het erop neer dat de VHV-beweging geconfronteerd wordt met een aantal paradoxen die vermoedelijk eigen zijn aan iedere op zichzelf geslaagde emancipatorische ontwikkeling. De eerste drie - de differentiatie-, homogeniserings- en professionaliseringsparadox - zijn verbonden met de ontwikkeling van de emancipatorische beweging zelf. De laatste twee, de integratie- en de succesparadox, doen zich voor in relatie met de omgeving.

- De *differentiatieparadox* wijst erop dat de splitsing van een emancipatiebeweging als de VHV over zoveel sectoren en disciplines van zorg, en de daarmee gepaard gaande specialisatie, de interne communicatie- en samenwerking ingewikkelder maakt. Gevoegd bij de schaalvergroting, leidt dat tot een sterk verminderde meeroebrenghing van inspanningen.
- De *homogeniseringsparadox* vestigt er de aandacht op dat emancipatie en professionalisering een homogenisering oproepen die op zichzelf weer interne emancipatie noodzakelijk maakt van groeperingen die ten onrechte gehomogeniseerd zijn of genegeerd (denk aan zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen, maar ook aan lesbische psychiatrische patiëntes of chronisch zieke vrouwen).
- De *professionaliseringsparadox* attendeert erop dat de voortschrijdende beroepsvorming en kwaliteitsverhoging in een emancipatorische zorgbeweging gepaard gaat met allerlei processen waartegen diezelfde beweging zich oorspronkelijk verzette. In het geval van de vrouwenhulpverlening dreigen bijvoorbeeld therapie en maternalisme de politiserende en emanciperende meerwaarde te ondermijnen. Tot nu toe is men erin geslaagd een energievretende methodenstrijd te vermijden en tegenstellingen in termen van dilemma's te formuleren, maar met de toenemende diversiteit van problemen, cliëntgroepen en inter-

ventiemogelijkheden is het ontbranden van zo'n interne strijd wel denkbaar.

- De *integratieparadox* zegt dat naarmate een emancipatiebeweging beter in haar integratie-opdracht slaagt, het moeilijker is haar eigen meerwaarde nog te profileren ten opzichte van haar integratiepartners. Dit zien we bijvoorbeeld bij het principe van cliëntvriendelijkheid dat nu - weliswaar sterk verdund en generationaliseerd - is omhelsd door de gehele gezondheidszorg.
- Volgens de *succesparadox* tenslotte kan een emancipatiebeweging zoveel vooruitgang boeken dat ze daarmee haar draagvlak en potentiële aanwas verspeelt. Het oorspronkelijke probleem lijkt achterhaald (er is immers aandacht voor vrouwspecifieke problematiek en je krijgt toch een vrouwelijke therapeut als je dat wilt) - en is dat in sommige gevallen misschien ook.⁹ Dat er inmiddels nieuwe problemen zijn ontstaan ten gevolge van het emancipatieproces of ten gevolge van andere (bijvoorbeeld technologische) ontwikkelingen, blijft onopgemerkt.¹⁰

Emancipatie-ontwikkelingen in de (gezondheids)zorg verlopen dus minder lineair dan in het emancipatiebeleid wordt verondersteld. Er is sprake van recursiviteit van problemen: niet alleen het systeem van zorg, met haar professionals en managers, maar ook de financiers, toezichthoudende instanties en toeleveranciers dienen een emancipatieproces door te maken. Dit betekent dat er ook institutionaliseringsprocessen nodig zijn bij de verzekeraars, de inspecties, de academische en post-academische opleidingen en de kennisproducenten in de onderzoeksprogramma's.

Academische erkenning

Emancipatiebewegingen hebben te maken met de problematiek die achter de term 'lerende organisatie' schuilgaat, want ze moeten zich staande houden in een snel veranderende omgeving. De reguliere opleidingen voor gezondheidszorg, die in die ontwikkeling als motor zouden kunnen fungeren, blijken helaas moeilijk neembare bolwerken te zijn voor een emancipatorische gezondheidszorgbeweging. Dat komt omdat de groepen die in de gezondheidszorg emancipatie behoeven, meestal slecht vertegenwoordigd zijn in de hogere academische kringen. En de overheid, in casu VWS of OCW, kan zelfs als ze welwillend staat tegenover een bepaalde emancipatorische gezondheidsbeweging, betrekkelijk weinig invloed uitoefenen op de reguliere opleidingen. Dit betekent dat er tot in lengte van dagen aparte deskundigheidsbevorderingsprojecten in VHV nodig zullen zijn, want jaarlijks worden er weer nieuwe cohorten 'onnozelen' afgeleverd.

Aan een stevige universitaire uitvalsbasis heeft het de VHV tot op heden vrijwel geheel ontbroken. Een korte verkenning leert dat er aan onze Nederlandse universiteiten jaarlijks maar acht cursussen draaien die stukken van het gedachtegoed van de VHV aan psychologen, pedagogen en sociologen overdragen.¹¹ Ter vergelijking: in totaal worden er jaarlijks aan diezelfde universiteiten zo'n duizend cursussen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg gegeven. Daarom zijn de twee leerstoelen VHV die nu sinds kort gevestigd zijn in Leiden en in Nijmegen, hoe tijdelijk en

miniem van omvang ook, een belangrijke stap voorwaarts. Ze zijn te beschouwen als de eerste tekenen van academische erkenning en als mogelijkheid tot pleitbezorging 'op academisch niveau'.

Daarnaast wil ik de oprichting van een universitair studie-centrum voor VHV bepleiten; een centrum van waaruit de professionalisering (en daarmee institutionalisering) van VHV wordt ondersteund met onderzoek en kennisoverdracht. Zo'n centrum moet zich bezighouden met de empirische, theoretische en ethische fundering van het vrouwenhulpverleningsaanbod. Enerzijds gaat het om onderzoek naar vrouwen- en mannenproblematiek, effectiviteit van preventie- en interventieprogramma's, synthetiserende studies van de vele kleinschalige onderzoeken die al beschikbaar zijn en internationale vergelijkingen; anderzijds is het ook belangrijk aandacht te besteden aan de ontrafeling van allerlei begrippen en normatieve opvattingen van de VHV. Mijns inziens zou de wetenschap op deze wijze goed uitdrukking kunnen geven aan haar dienende taak, namelijk bij te dragen aan het zelfbegrip van de VHV-beweging en aan een hogere kwaliteit van handelen in de zin van grotere doordachtheid. #

Prof. dr. J. van Mens-Verhulst is Bijzonder hoogleraar Feminisme, Humanisme en Emancipatievraagstukken, i.h.b. vrouwenhulpverlening namens de stichting mr A.E. Ribbius Peletier. Haar oratie droeg als titel 'Diversiteit als bron van zorg' (Universiteit voor Humanistiek 1996).

Noten

1. Mens-Verhulst J. van & L. Schilder, *Debatten in de Vrouwenhulpverlening*. Amsterdam, Babylon/De Geus, 1994.
2. Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, *Zorgvernieuwing op het lijf geschreven*. Rijswijk, 1991: p. 82.
3. Recentelijk is dit nog aangetoond in het rapport over de betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland. Zie: Holtrust, N., A.C. Hendriks en D.M.J. Bauduin, *De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland. Gezondheid als recht*. Den Haag, VUGA, 1996.
4. Maesen, L. van der, 'Negatie van de vrouwenhulpverlening'. In: *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam, Babylon/De Geus, 1994.
5. Oldersma, J. *De vrouw die vanzelf spreekt*. Leiden: DSWO Press, 1996. Het landelijk bureau voor VHV, Metis, heeft naderhand overigens een indrukwekkende bijdrage geleverd aan het debat rond keuzen in de zorg. Zie: Parlevliet, C. en S. Sevenhuijsen, *Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat over keuzen in de zorg*. Utrecht, Metis, 1992.
6. Plemper, E.M.T., R.A.L. Rijkschroeff, J. de Savormin Lohman en M.J. Stekete, *Vrouwenhulpverlening en cliënten (in) beweging*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 1996.
7. Zie ook Buckens, C.M.A.G. & Z.E. Loonstra, *Waarom verschillen vrouwen dan van mannen? Vrouwenhulpverlening in algemene ziekenhuizen: zorgvernieuwend*. 's Gravenhage, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1991.
8. Van dit congres is een gelijknamig verslag verschenen: Graveland, I. (red.), *De beweging in beweging*. Amsterdam, SISWO 1995.
9. Stekete, M. & G. ten Dam, 'De depolitiserings van vrouwenhulpverlening'. In: *Sociale Interventie I-4*, 1992.
10. Meintser, N. 'Succes van de vrouwenhulpverlening'. In: *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam, Babylon/De Geus, 1994.
11. Lenning, A. van, I. Meijer, E. Tonkens & M. Volman, *De harde kern. Wel feministisch, niet geëmancipeerd*. Amsterdam, Contact 1996.
12. Nederlands Genootschap Vrouwenstudies, *Studiegids Vrouwenstudies 1996-97*, Utrecht, NGV.