

OVER HET GEVAAR VAN VERDAMPING EN DE BELOFTES VAN INTERSECTIONALITEIT. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken

Janneke van Mens-Verhulst.

Dit essay is verschenen in het Jubileumboek GEKLEURDE GEKTE onder redactie van Aziza Sbiti & Indra Boedjarath. Rotterdam: Mikado, 2009, p. 46-59.

De uitnodiging om de ontwikkelingen in de vrouwenhulpverlening en de interculturele zorg te vergelijken, kwam op een uitgelezen moment. Kort tevoren hadden Berteke Waaldijk en ik namelijk het eerste geschiedschrijvingsproject over vrouwenhulpverlening afgerond. Daaruit had ik de vraag overgehouden waarom vrouwen- en migrantenhulpverlening in de loop der jaren niet intensiever hebben samengewerkt. Ze maakten zich immers allebei druk over een maatschappelijk verschil (seks respectievelijk etniciteit) waarvoor in de reguliere hulpverlening te weinig aandacht was. Bovendien deden ze dat in ongeveer dezelfde periode en binnen dezelfde maatschappelijke context. En dan was er die tweede vraag, met oog op de toekomst. Zou de interculturele zorg kunnen vermijden wat de vrouwenhulpverlening was overkomen: verdamping uit het beleid? Tijdens het maken van de vergelijking zouden de antwoorden zich misschien wel aandienen.

Het was me duidelijk dat ik met deze verkenning in een terminologisch mijnenveld terecht kwam waarin subtiele onderscheiden golden tussen interculturele zorg, transculturele hulpverlening, migrantenhulpverlening, 'allochtonen' of 'cultureel anderen' enerzijds en vrouwenhulpverlening, feministische hulpverlening, seks- of genderspecifieke hulpverlening anderzijds. Ik heb besloten daar pragmatisch mee om te gaan door de termen door elkaar te gebruiken, maar wel zoveel mogelijk in overeenstemming met de historische situatie. Een tweede vereenvoudiging is, dat ik mijn verkenning beperk tot de geestelijke gezondheidszorg, ook al betekent dit dat ik de Allochtone Meiden/Vrouwentelefoon en zelforganisaties in de sfeer van welzijnswerk en maatschappelijke ondersteuning als Al Amal en Nisa4Nisa buiten beschouwing moet laten. Met spijt, want ik denk dat dergelijke initiatieven een belangrijke aanvulling zijn op de interculturalisatie van de zorg en ook een steun in de rug.

Aldus besloten, kan ik me dan verdiepen in wat je de 'nulvraag' zou kunnen noemen: is de gelijkens tussen vrouwenhulpverlening en interculturele zorg wel zo sterk als ik veronderstelde?

Opmerkelijke parallellen

Zowel interculturele zorg als vrouwenhulpverlening hebben zich vanaf het midden van de jaren zeventig ingezet voor een geestelijke gezondheidszorg die haar aanbod niet automatisch afstemde op westerse mensen van het mannelijk geslacht. Maar daarbij concentreerde de interculturele zorg zich vooral op de *westerse* en de vrouwenhulpverlening op de *mannelijke* vooronderstellingen en handelwijzen. Allebei moesten ze aantonen dat de gangbare manieren van diagnose stellen en behandelen tot vertekende en slechtere (dus onrechtvaardige) uitkomsten voor 'allochtonen' en 'vrouwen' leidden; en dat de gebruikelijke manieren van omgaan met cliënten en zorgverlening de

drempel voor deze groepen cliënten (onnodig) hoog maakten. Bijvoorbeeld omdat er weinig sensitiviteit is voor een andersoortige beleving of uiting van problemen en voor de betekenis van het familiesysteem en de maatschappelijke context; omdat de contacttijd zo strikt wordt toegemeten en de hulpverleningsrelatie een puur functioneel karakter heeft; omdat er rond de verbondenheid met moeder, kinderen en/of partner een geur van onvolwassenheid hangt en loyaliteit aan de familie minder zwaart telt dan het bereiken van persoonlijk autonomie; en omdat cliënten soms hun problemen – en zelfs eigen bestaan – op oneigenlijke wijze moeten opsplitsen, willen ze gehoor krijgen bij een loket van de lichamelijke, geestelijke of maatschappelijke zorgverlening.

Allebei spanden ze zich in voor een betere gezondheidszorg, die raad zou weten met maatschappelijke verschillen. In de beginjaren hadden ze daarbij te maken met een sector die nog bezig was afscheid te nemen van de levensbeschouwelijke verzuiling (protestants, katholiek, humanistisch) en voortaan vertrouwd op professionaliteit – vooral op biomedische grondslag. Tot het einde van de jaren tachtig was hun voornaamste tegenspeler de overheid. Die bepaalde de koers van die gezondheidszorg en verbond aan subsidies voor verbetering de voorwaarde van integratie in de reguliere zorg, omdat zij geen (nieuwe) categorale ofwel verzuilde hulpverlening wenste. Rond 1987 veranderde dit krachtenveld echter, want de verzorgingsstaat raakte in crisis en de overheid begon zich geleidelijk terug te trekken in een toezichhoudende rol. Zij legde de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de hulpverlening neer bij de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntvertegenwoordigers – de zogenoemde marktpartijen. Vanaf die tijd moesten vrouwenhulpverlening en interculturele zorg opereren in een neo-liberalistisch klimaat waarin subsidies beperkt bleven tot zogenoemde doelgroepen: mensen die het ‘op de markt’ niet zouden redden (slachtoffers) en/of een gevaar voor de sociale cohesie zouden kunnen vormen.

Op den duur verklaarde elk van beide soorten hulpverlening zich relevant voor de hele Nederlandse bevolking. Van een belangenbehartiging voor één bepaalde maatschappelijke categorie (migranten respectievelijk vrouwen) stapten ze over naar de claim dat hun expertise ‘goede hulpverlening’ garandeerde voor *alle* cliënten. Anders gezegd: een interculturele blik is ook heilzaam voor hulpverlening aan autochtonen en feministische inzichten kunnen ook bijdragen aan de geestelijke gezondheid van het mannelijk deel van de bevolking.

Allebei hebben ze zich ook begeven in ‘de lange mars door de instellingen’, zoals al in 1992 beschreven door Anke Steinmann en Ronald May. Deze pioniers annex missionarissen constateerden toen opvallende overeenkomsten in de strategische aanpak van de beoogde cultuurverandering. Bijvoorbeeld qua inzet op doelgroepen in plaats van ziektebeelden; en op deskundigheidsbevordering door de hele organisatie heen – van intaker tot manager. Dit gebeurde niet alleen langs procedurele weg – met nota’s en dergelijke – maar ook met ‘verleidingstactieken’ in de vorm van een positieve benadering en het voortdurend benadrukken van de innovatie en kwaliteit die vrouwen- en migrantenhulpverlening hadden te bieden. Ook in het verloop van beide veranderingsprocessen waren veel overeenkomsten aan te wijzen, onder andere botsingen tussen pioniers en hun minder bevlogen of zelfs sceptische collega’s en loyaliteitsproblemen. Lukte het

echt een vertrouwensbasis te kweken, dan maakte men op microniveau de vurlturomslag mee die ook op macroniveau werd beoogd.

Met het Actieplan Interculturalisatie van GGZ Nederland (2001- 2004) is die gelijkenis nog eens bevestigd, want daarin zijn vele overeenkomsten te ontdekken met het integratieproject vrouwenhulpverlening dat tussen 1986 – 1991 liep bij de toenmalige Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Gestimuleerd door overheidssubsidies is in het kader van die projecten ongelooflijk veel werk verzet om het eigen gedachtengoed op maat te snijden voor de reguliere praktijken en instrumenten. Ik denk wat de interculturele zorg betreft bijvoorbeeld aan het managementmodel voor interculturele kwaliteit dat aansloot op het Instituut Nederlandse Kwaliteit; het certificatiemodel dat de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector volgde en bedoeld was om de integratie van het interculturalisatiebeleid in het kwaliteitsbeleid van de instellingen te faciliteren; de *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering* en het latere kwaliteitskader van Carry Pannekeet; de ontwikkeling van interculturele competentieprofielen; en de interculturele check op de GGZ-thermometer.

De afloop was voor de interculturele zorg echter weinig minder teleurstellend dan voor de vrouwenhulpverlening, althans op het niveau van de koepelorganisatie en de overheid. Wat er na de subsidieperiode van de activiteiten werd voortgezet, gebeurde alleen op instellingsniveau.¹⁾ Bovendien verouderde in beide gevallen het nieuw ontwikkelde instrumentarium al snel ten opzichte van de voortgaande ontwikkeling in de cultureel en sekse-blinde kwaliteitssystemen. Kennelijk was voor de voortgang van implementatie en integratie centrale sturing (nog) onontbeerlijk.

Parallellen zie ik verder bij de pogingen tot verankering van de eigen expertise: in academische en post-academische opleidingen, bij beroepsverenigingen van psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers en bij onderzoeksinstituten. En vanaf 1997 ook bij het zelfstandig bestuursorgaan ZorgOnderzoek Nederland dat de middelen ging beheren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling van zorg.

Inderdaad kan ik dus tussen vrouwenhulpverlening en interculturele zorg de nodige overeenkomsten aanwijzen, zowel in type doelen en omstandigheden als in strategieën. Maar tegelijkertijd werd ik me tijdens deze vergelijking bewust van enkele wezenlijke verschillen.

Essentiële verschillen

Anders dan de vrouwenhulpverlening wortelt de interculturele zorg namelijk niet in een bredere maatschappelijke beweging. Er was destijds geen sprake van leken (patiënten en cliënten), studenten en professionals die elkaar vonden in hun verontwaardiging over racistische zorgpraktijken en daarvoor vervolgens alternatieven ontwikkelden. Zo'n 'schaduwcircuit' was voor de interculturele zorg zelfs onmogelijk, want in die eerste tien jaren waren zowel allochtone studenten als allochtone professionals een zeldzaamheid in de hulpverlening.

Mens-Verhulst, J. van (2009). Over het gevaar van verdamping en de beloftes van intersectionaliteit. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken. In Sbiti, A.& Boedjarath, I (red). *Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ*. Rotterdam: Mikado, 2009, p. 46-59.

Interculturele zorg is ooit begonnen als transculturele psychiatrie en migrantenhulpverlening en dat waren voor 99% initiatieven van witte, westerse, autochtone professionals. Hun experimenten speelden zich af binnen de reguliere kaders – als individuele initiatieven. Voordeel van deze situatie was dat ze minder afhankelijk waren van overheidssubsidies dan de ‘alternatieve’ ofwel autonome vrouwenhulpverleningsprojecten die hun draai buiten de reguliere zorg moesten vinden. Nadeel is, achteraf gezien, dat ze er ook minder toe kwamen de zelf-ontwikkelde inzichten en methoden systematisch op schrift te stellen. Een tweede nadeel was, dat systematische registratie van etniciteit minder urgent leek. Nog steeds kampt het huidige onderzoek hierdoor met een gebrekkige validiteit.

De initiatiefnemers van de migrantenhulpverlening waren bezorgd over de ontoegankelijkheid van de zorg voor buitenlanders en vluchtelingen en zochten de oplossing in competentieverhoging van professionals. Door hen beter voor te lichten en de kennis en kunde over specifieke groepen te bundelen, moest dit tekort worden overwonnen. Veel van deze pioniers waren eerder charitatief dan emancipatoir geïnspireerd. Ludieke acties of politieke demonstraties waren voor hen geen optie. In plaats van zelforganisatie speelden juist specialistische voorzieningen de hoofdrol. Bijvoorbeeld het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (1977), de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Latijnsamerikaanse vluchtelingen (1978) en het Medisch Team Vluchtelingen (1979). Daar bekommerde men zich om groepen cliënten die naar verwachting slechts tijdelijk in Nederland zouden verblijven; in ieder geval niet lang genoeg om integratie in de reguliere zorg te rechtvaardigen. Niet de kracht van deze cliënten, maar hun kwetsbaarheid stond centraal, geheel in overeenstemming met de tradities van de reguliere zorg. Wel benadrukte men de sociaal-culturele aspecten van gezondheidsbeleving en goede zorg, maar de biomedische kaders en machtsverhoudingen stonden niet ter discussie.

Over het geheel genomen stelde de interculturele zorg zich in het integratieproces dus aanzienlijk minder revolutionair op dan de vrouwenhulpverlening. Ze concentreerde zich op ‘technische integratie’. Toch riep dit veranderingstraject ook weerstanden op, al waren die wel van andere aard dan in de vrouwenhulpverlening. Volgens Steinmann en May activeerde migrantenhulpverlening vooral angst voor het onbekende (‘Dat is zo specifiek, daar brand ik mijn vingers niet aan’) terwijl vrouwenhulpverlening zich vaker met bagatellisering zag geconfronteerd (‘Dat doen we al lang, ik zie het verschil niet met hoe ik werk’).

Verschillende vaarwaters

De trajecten die vrouwenhulpverlening en interculturele zorg in de loop der tijd hebben afgelegd, vertonen dus essentiële verschillen. Vrouwenhulpverlening kwam vanuit radicaal vaarwater. Daarin was het gebruikelijk gezondheidsproblemen volgens een sociaal en zelfs politiserend model te duiden: niet het individu maar de maatschappij was de voornaamste oorzaak. Daarom was niet alleen klachtenvermindering maar ook empowerment van de cliënt het doel. Door ervaringsdeskundigheid en de kracht van cliënten (‘overleefsters’) te benadrukken, veel in groepen te werken en aan hulpverlenenden zelfreflectie op de eigen seksepositie en –socialisatie voor te schrijven trachtte men het hulpverleningsproces te democratiseren. Pas geleidelijk kwamen processen van professionalisering en institutionalisering op gang en ontwikkelden zich vanuit het

politiek-radicalen vaarwater ook twee andere stromen. Een spirituele waarin men zich afkeerde van de politisering en 'het vrouwelijke' centraal stelde (wat dat dan ook moge zijn). En een pragmatische stroming, die op allerlei manieren heeft geprobeerd de feministische visie in te sluisen in de reguliere zorg.

Interculturele zorg daarentegen kwam vanuit het technisch-professionele vaarwater van de hulpverlening aan buitenlanders en migranten en lijkt pas in de jaren negentig meer interesse te krijgen in de politieke context van gezondheidsproblemen en gezondheidszorg. Dat radicalere vaarwater werd pas in 2000 voluit zichtbaar toen het *Manifest over de Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw* verscheen. Daarin wijzen de auteurs op de 'witte monocultuur' en de discriminatie waaraan 'allochtonen' bloot staan, ook in de hulpverlening. Om een einde te maken aan de eendimensionale benadering van de cliënt pleiten ze voor een paradigmawisseling. Meer aandacht voor migratie als verlies én verrijking, voor diversiteit als basisvoorwaarde voor het leven, voor culturele gelijkwaardigheid en voor psychopathologie als biopsychosociaal proces. Hiermee kondigen zij als het ware een nieuw tijdperk van zorginterculturalisatie aan; een tijdperk waarin er steeds meer allochtone professionals zijn die ook steeds sterker van zich zullen laten horen.

Inmiddels is er al een deel van de allochtone professionals die de huidige mogelijkheden van de marktwerking benut door etnisch specifieke voorzieningen te creëren of zich daarbij aan te sluiten. Bijvoorbeeld Noagg, Illuminatus of I-psy. Overigens lijken zij daaraan geen politiserende inhoud te verbinden.

Samenwerking in ander daglicht

Gelet op deze verschillen in hun trajecten neemt mijn vraag naar de samenwerking tussen vrouwenhulpverlening en interculturele zorg een onverwachte wending. Niet langer verwonder ik me over het gebrek aan samenwerking, maar juist over de samenwerkingsprojecten die *ondanks* de verschillen van de grond zijn getild, doorgaans door vrouwen.

Ik denk aan de multiculturalisatiepogingen, tussen 1988 en 1992, van het vrouwenhulpverleningsexperiment De Maan. Aan het multiculturalisatieproject Targuia (1995-1997) dat zich speciaal op Zwarte, Migranten en Vluchtelingenvrouwen richtte. Aan de recentere krachtenbundeling van Transact en Mikado in het project 'seksespecifieke en interculturele zorg' (2002-2006), waarbij beide seksen aan bod kwamen. Aan de Stichting Vrouw en Gezondheid, die met Indra Boedjarath als voorzitter in 2007 verder ging als Henny Verhagen Stichting en haar doelstellingen verlegde van het seksespecifiek naar het diversiteitsbewust maken van universitair onderwijs en onderzoek. Ook Admira, met haar hulpverlening - buitenslands - aan vrouwelijke slachtoffers van (oorlogs)geweld, hoort in deze opsomming thuis. Een bijzondere plaats nemen de vrouwen van het Collectief Transculturele Therapeuten Amsterdam (www.cct.nl) in, die via systeemtherapie een opleidingsbrug hebben geslagen van feministische naar transculturele inzichten.

Anno 2009

Mens-Verhulst, J. van (2009). Over het gevaar van verdamping en de beloftes van intersectionaliteit. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken. In Sbiti, A. & Boedjarath, I (red). *Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ*. Rotterdam: Mikado, 2009, p. 46-59.

Anno 2009 is natuurlijk het voornaamste verschil dat de interculturele zorg nog zichtbaar is en over een eigen kenniscentrum beschikt in de figuur van Mikado terwijl de erven van de vrouwenhulpverlening zelden meer opereren onder één herkenbare vlag. Optimisten zeggen hierover 'vrouwenhulpverlening is op reis gegaan in de hoofden en harten van haar aanhangsters en is inmiddels vanzelfsprekend geworden'. Pessimisten leggen daarentegen de nadruk op de huidige onzichtbaarheid van specifiek feministische hulpverleningspraktijken en verwachten dat die praktijken in het komende decennium helemaal zullen verdwijnen – ten gevolge van voortschrijdende fusies binnen en tussen de instellingen, door pensionering van de oorspronkelijke beoefenaarsters en bij gebrek aan nieuwe aanwas.

Is beleidsmatige verdamping te voorkomen?

Welke lering kan de interculturele zorg dan trekken uit de weg die de vrouwenhulpverlening heeft afgelegd? Vrouwenhulpverlening is immers moeilijk te beschouwen als een 'best practice' als we haar huidige status in ogenschouw nemen. Eerder is het een casus waaruit je kunt leren 'hoe het niet moet' als je wilt blijven voortbestaan. Maar ook dan liggen de lessen nog niet voor het oprapen, te meer omdat uit het voorgaande is gebleken dat de interculturele zorg en VHV zowel qua voorgeschiedenis, identiteit als context toch behoorlijk van elkaar verschillen. Niettemin is er anno 2008 één kwestie die mijns inziens grote actualiteitswaarde heeft voor de interculturele zorg. Dat is mainstreaming alsmede de mislukking daarvan – ook wel aangeduid als verdamping.

Mainstreaming

Mainstreaming is in zekere zin het hoogste wat een gezondheidsbeweging kan bereiken. Het belooft dat een specifiek aandachtspunt, product of voorziening vanzelfsprekend onderdeel van het gezondheids(zorg)beleid wordt. 'Gender', 'etniciteit' of interculturaliteit zijn bijvoorbeeld perspectieven die in principe voor mainstreaming in aanmerking komen.

Gezien de wijze waarop de gezondheidszorg in Nederland tegenwoordig functioneert, kan mainstreaming echter niet beperkt blijven tot de beleidscycli van VWS, maar dient het ook plaats te vinden in de beleidscycli van de andere partijen in de zorg – de aanbieders, verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers.

Het succes van de mainstreaming laat zich dan afmeten aan de beïnvloeding van het gezondheids(zorg)beleid ten gunste van vrouwen respectievelijk 'allochtonen' of 'cultureel anderen' en aan de facilitering van de participatie van genderspecifieke respectievelijk interculturele deskundigen in de besluitvorming.

In het gunstigste scenario maakt mainstreaming specifieke organisaties en projecten overbodig en kunnen die vervolgens worden ontmanteld. En inderdaad, sinds gendermainstreaming in 1998 de officiële integratiestrategie van de overheid is geworden – ook wat betreft de hulpverlening – zijn daar alle beleidsbeïnvloedende organen met feministische inslag opgeheven. In 1999 de Stuurgroep vrouwenhulpverlening, in 2003 de Expertcommissie Sekse en Etniciteit, in 2004 de koepel van vrouwenzelfhulporganisaties en in 2007 TransAct, het Nederlands expertisecentrum in seksespecifieke zorg en seksueel geweld.

Wie daarom verwacht dat uit de ministeriële nota's en beleidsvoornemens tegenwoordig een genderbewust perspectief spreekt, komt echter bedrogen uit. Bij VWS is namelijk geen sprake van het structureel toetsen van de seksspecifieke aspecten, noch aan het begin, noch aan het einde van de beleidscyclus. Evenmin zijn er emancipatietaakstellingen. Althans, zo luidde het oordeel van de VisitatieCommissie Emancipatie (2007) over de periode 2005-2006. Inmiddels heeft het ministerie beterschap beloofd, maar is de visitatiecommissie opgeheven.

Bij verzekeraars en consumenten/patiëntenorganisaties is er niets te visiteren want daar zijn nooit integratieprojecten van start gegaan. Wat betreft de zorgaanbieders zijn mij alleen gegevens bekend over de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg uit 2002. Toen wees een Quick Scan van het Verweij-Jonker Instituut uit dat de instellingen zeer selectief te werk waren gegaan in het integratieproces. Zij hadden de kwaliteitsnormen van vrouwenhulpverlening alleen overgenomen voorzover die overeenkwamen met de algemene kwaliteitsnormen: cliëntgericht en vraaggericht werken dus, maar niet zozeer de seksspecifieke en nog minder een politiserende of contextualiserende benadering. Verdere knelpunten waren onder andere de onzichtbaarheid van seksspecifieke hulpverlening in het kwaliteitsbeleid en het publiciteitsbeleid (geen aparte folders, registratie of evaluatie) en het gebrek aan seksspecifiek personeelsbeleid.

Met andere woorden, zowel binnen de ministeries als de GGZ-instellingen is het mainstreamingsbeleid ondanks alle goede voornemens 'verdamppt'.

Verdamping

Verdamping betekent dat het te integreren fenomeen (gender- of etniciteitsperspectief) - al of niet bewust gewild - uit het mainstreamingsproces verdwijnt. Verdamping van de gendermainstreaming in het gezondheid(szorg)beleid wil dus zeggen dat sekse/gender geen item meer is in de beleidsplannen en de analyse van situaties, dat het niet meer voorkomt in de doelen van programma's en projecten of alleen als een toevoeging ('in het bijzonder vrouwen') en dat het ontbreekt in de planning en uitvoering van activiteiten. Het is het tegendeel van het gunstige scenario. Want de aparte organisaties voor seksspecifieke hulpverlening en het bevorderen daarvan zijn al wel opgeheven terwijl de doelen nog niet zijn bereikt en er ook geen tekenen (meer) zijn van specifieke beleidsaandacht.

Over dergelijke verdampingsprocessen is nog niet veel geschreven. Ik vond echter een prikkelend artikel van Sara Hlupekile Longwe uit 1997: *The evaporation of gender policies in the patriarchal cooking pot* (1997). Weliswaar gaan haar ideeën over een 'patriarchaal complot' mij te ver, maar ze geeft een uiterst herkenbare opsomming van de structurele mechanismen en verborgen procedures die tot verdamping kunnen leiden - ook als dat geen bewuste strategie is. Als structurele mechanismen noemt ze:

- a) Het beleid wordt diplomatiek ingekaderd;
- b) Een technisch vocabulaire maakt de politieke en ideologische dimensies van het ontwikkelingsproces onzichtbaar;
- c) Het discours over vrouwen wordt subtiel veranderd van kracht naar zwakte;
- d) Sekse/gender wordt gereduceerd tot een toevoeging in een ander beleidsvertoog;

Verborgen procedures zijn:

Mens-Verhulst, J. van (2009). Over het gevaar van verdamping en de beloftes van intersectionaliteit. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken. In Sbiti, A. & Boedjarath, I (red). *Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ*. Rotterdam: Mikado, 2009, p. 46-59.

- e) Uitvoering van procedures in slow motion
- f) Verdediging tegen kritiek door een verkeerde voorstelling van zaken.
- g) Schijnbewegingen, zoals alleen lippendienst bewijzen of uitstellen van actie door eerst onderzoek te beginnen - dat vervolgens in een la verdwijnt.
- h) Ondernijnde organisatieveranderingen: hervorkavelingen van het onderwerp of ondernijning door het inzetten van te lichte functionarissen.

Tot mijn spijt kan ik bij ieder mechanisme of procedure wel voorbeelden uit de vrouwenhulpverlening aandragen. Hoe 'geweld tegen vrouwen' is veranderd in veiligheidsbeleid en het verschil van 90% vrouwelijke en 10% mannelijke slachtoffers uit het zicht is verdwenen (a). Hoe feministische hulpverlening achtereenvolgens werd omgedoopt tot vrouwenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening en zo haar politiserende lading kwijtraakte (b). Hoe vrouwen op den duur alleen nog aandacht kregen en krijgen als ze aantoonbaar slachtoffer zijn en/of een achterstand hebben (c). Hoe het bestaansrecht van vrouwenhulpverlening werd gekoppeld aan kwaliteitsbeleid en uiteindelijk ingeperkt tot cliëntgerichtheid en kostenbesparing (d). Hoe de pauzes tussen de verschillende overheidsorganen voor bevordering van vrouwenhulpverlening onbegrijpelijk lang waren, waardoor hun slagkracht verloren ging (e). Hoe een departement integratieprocessen geslaagd, voltooid of mislukt noemde zonder daarvoor criteria en bewijzen aan te dragen (f). Hoe de erkenning van ervaringsdeskundigheid werd 'geparkeerd' in aanbevelingen voor een apart integratietraject (g). En hoe de vrouwenhulpverlening, juist toen ze zich goed in de bestaande infrastructuur van de verzorgingsstaat leek te hebben genesteld, te maken kreeg met de overgang naar marktwerking en decentralisatie. Dat betekende dat ze voortaan niet alleen de verschillende overheden maar ook de zorgaanbieders, financiers en patiëntverenigingen voor haar standpunten moest winnen. (h). Deze en nog veel meer voorbeelden zijn te vinden in *Vrouwenhulpverlening 1975-2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg*.

Voorzorgsmaatregelen

Is zo'n verdamping te voorkomen? Zelfs als je dergelijke verraderlijke mechanismen tijdig onderkent, ben je niet altijd bij machte de fatale ontwikkelingen te keren.

De standaardoplossing ofwel voorzorgsmaatregel tegen verdamping heet 'monitoring'. Dat is het systematisch bijhouden van veranderingen in het (beleids)systeem om te kijken of de voorgenomen doelstellingen worden bereikt. Hiervoor worden meetpunten bepaald waarover men dan gegevens verzamelt via observaties, registraties, interviews enzovoorts. De vraag is echter welke instantie de monitoring voor haar rekening neemt. In geval van het genderperspectief was dat de VisitatieCommissie Emancipatie, maar haar opdracht reikte niet verder dan drie jaar (2004-2007). Dat is te kort om effectief te zijn. Ondertussen resteert er alleen nog een internationale instantie. Dat is het Comité inzake de uitbanning van discriminatie van vrouwen, CEDAW, dat iedere vier jaar een rapport uitbrengt aan de Verenigde Naties. Daarvoor dragen de aangesloten landen dan een zelfrapportage aan, maar deze gaat vergezeld van een pikantere informatiebron, namelijk de schaduwrapportage van nationale Non-Gouvernementele Organisaties (NGO).

Waarschijnlijk is verdamping ook te voorkomen door scherper te letten op de voorwaarden voor het welslagen van mainstreaming. Helaas voor de vrouwenhulpverlening is die kennis pas recent beschikbaar gekomen. De interculturele zorg zou er echter van kunnen profiteren. Zo schrijven De Boer en Wijers in de vierde Nederlandse schaduwrapportage over gendermainstreaming:

[Deze] `werkt niet zonder sterke, verplichte instrumenten en mechanismen, goede nationale organisatorische structuren om beleid te ontwikkelen, met inbegrip van een coördinerende en initiërende afdeling, een interdepartementale infrastructuur, alsook een `buitenste schil' van de kritische NGO's.' [pag 11]

In dit citaat zie ik vier belangrijke lessen gecompriemd die mijns inziens ook van toepassing zijn op de mainstreaming van etniciteit in het gezondheids(zorg)beleid. Ten eerste is dat de noodzaak van een gebruiksplicht. Kennelijk is het niet voldoende wanneer instrumenten en mechanismen voor gendergelijkheid – dus ook voor interculturalisatie - vrijblijvend beschikbaar zijn. Het gebruik ervan moet worden voorgeschreven.

Ten tweede is er een model voor een kansrijke nationale organisatiestructuur beschikbaar. Volgens een internationale vergelijking die Joyce Outshoorn tussen *Instituties van emancipatiebeleid* maakte, bestaat zo'n structuur uit een verantwoordelijk bewindspersoon (minister of secretaris) aan de ene kant en een centrale nationale beleidseenheid aan de andere kant. Die beleidseenheid dient dan coördinatietaken ten opzichte van de andere ministeries toebedeeld te krijgen –in Nederland heet dat facetbeleid. Om succes te kunnen hebben, moet zo'n eenheid dicht bij de politieke leiding zijn geplaatst en moet die politieke leiding ook positief staan tegenover emancipatie. Daarnaast is nog een adviesraad gewenst die allerlei delen van het `veld' vertegenwoordigt en in die hoedanigheid een rol vervult in de overlegtraditie tussen overheid en samenleving. Meestal bestaat zo'n raad uit vertegenwoordig(st)ers van de diverse belangengroepen en –organisaties, deskundigen en de overheid. (Daarvan heeft de vrouwenhulpverlening er tussen 1983 en 2004 vier gekend.) Tenslotte is er een commissie nodig die toeziet op de naleving van de afspraken over integratie. Outshoorn stelt in dit verband een juridische commissie voor – denk aan de Commissie voor Gelijke Behandeling. Maar een visitatiecommissie, mits grondig opgetuigd en met semi-permanente status, een passend budget en corrigerende bevoegdheden, lijkt me ook al heel nuttig.

Een derde les vind ik de cruciale rol van kritische NGO's. Dat zijn de organen die kunnen zorgen voor onafhankelijke monitoring. Zij kunnen de vinger leggen op tekenen van structurele of procedurele verdamping. En zij kunnen op tekortkomingen in de zelfrapportages aan de VN wijzen. (Over de kloof tussen theorie en praktijk op dit punt kan ik de opiniebijdrage van Margreet de Boer aan het Tijdschrift voor Genderstudies aanbevelen). Voor de totstandkoming van dergelijke NGO's lijken de omstandigheden nu gelukkig gunstiger dan in de tachtiger jaren. Toen was zo'n initiatief onherroepelijk aangewezen op de overheid als financieringsbron. Want er miste toen niet alleen een sponsoringscultuur; er waren ook nog maar weinig vrouwen die een eigen inkomen of vermogen hadden waaruit ze hadden kunnen sponsoren. In deze tijd van marktwerking en

concurrentie zijn er echter ook bij aanbieders en verzekeraars fondsen te halen voor een kritisch deskundige inbreng. Mikado bewijst dat.

De vierde les is niet *in* het citaat te lezen maar uit het bestaan ervan af te leiden, namelijk het nut van internationale verdragen, meer in het bijzonder de aanvullingen op het verdrag voor de Rechten van de Mens. Zonder het Vrouwenverdrag zouden er immers geen (schaduw)rapportages tot stand komen. Mijns inziens loont het daarom zeker de moeite uit te zoeken welke aanknopingspunten het Rassenverdrag en het Migrantenverdrag bieden voor de bevordering en bewaking van een interculturele zorg.

Vooruitzichten op inhoudelijke ontwikkeling

Mainstreaming op zich is natuurlijk niet meer dan een huls. Uiteindelijk gaat het om de inhoud. In geval van interculturele zorg laat die inhoud zich echter, net zoals in de vrouwenhulpverlening, niet eenmalig vaststellen maar verkeert ze in permanente ontwikkeling. De kennis die hiervoor nodig is, komt gedeeltelijk uit de hulpverleningspraktijken en gedeeltelijk uit wetenschappelijk onderzoek. De vraag is echter hoe die kennis professionals, aanstaande professionals en hun managers (m/v) bereikt. Want voor het overdragen ervan moet tijd en ruimte beschikbaar zijn, zowel in de reguliere gezondheids(zorg)opleidingen als in de bij- en nascholingscursussen. In feite vergt dit evenzeer mainstreamingsprocessen, maar dan in onderzoeks- en opleidingsinstituten. Ook daar zou het model van één beleidsverantwoordelijke figuur terzijde gestaan door een coördinerende instantie met daarnaast een adviserend en een toezichthoudend orgaan wel eens succesvol kunnen zijn. Zover is het echter (nog) niet gekomen – niet voor het gender- en niet voor het etniciteitsverschil.

Diversiteitsperspectief in onderzoek

Bij ZonMw, dé organisatie van waaruit de Nederlandse gelden voor zorgonderzoek en zorginnovatie worden verdeeld, hebben zowel een programma *M/V, De factor sekse in de gezondheidszorg* als een programma *Cultuur en gezondheid* gedraaid. In 2002 zijn deze allebei ondergebracht in het programma *Diversiteit* dat tot 2006 heeft bestaan. Wat betreft de seksespecifieke zorg heeft dit programma helaas in onvoldoende wetenschappelijke evidentie en daarmee legitimatie geresulteerd, mede omdat er in de distributie van gelden meer nadruk is gelegd op implementatie dan op onderzoek. Wat betreft de interculturele zorg weet ik uit een recente programmeerstudie waaraan ik zelf heb meegewerkt dat er ook over de effecten van de hulpverlening aan 'allochtonen' nog (te) weinig evidence based kennis voorhanden is (Bekker en van Mens-Verhulst, 2009).

Dit is des te interessanter omdat ZonMw als organisatie vanaf 1999 een expliciet diversiteitsbeleid heeft gevoerd en op verschillende manieren heeft geprobeerd het diversiteitsperspectief te verankeren in al haar onderzoeksprogramma's. Er kwam onder andere een checklist (*Vademecum*) tot stand om de diversiteitsgevoeligheid van programma's en projecten te toetsen. Het Preventieprogramma nam in haar instructie en beoordelingsformulieren een expliciete vraag naar 'aandacht voor relevante verschillen binnen de betrokken doelgroepen op, nog eens

geconcretiseerd als geslacht, etnische achtergrond en leeftijd. Vijf teams van medewerkers (m/v) namen deel aan de interne masterclass 'Bereid tot diversiteit'. Tot de volgende stap - een diversiteitstraining voor programmavoorzitters - is het niet meer gekomen. Wel verscheen er in 2005 een rapport (in het Engels!) over *Diversity among patients in medical practice: Challenges and implications for clinical research*.

Welke effecten hebben al deze inspanningen gehad, in de eerste plaats op de uitgevoerde onderzoeken maar uiteindelijk op de onderzoeks- en handelingspraktijken? Weinig, ben ik bang. In die verwachting word ik bevestigd door het evaluatie-, tevens promotieonderzoek van Debbie Keuken, al heeft dit alleen betrekking op aandacht voor sekseverschillen en dan alleen in biomedisch onderzoek. En passant komt daarbij het verschil met de Verenigde Staten aan het licht, waar de vertegenwoordiging van mannen, vrouwen en minderheden in gezondheidsonderzoek wettelijk is voorgeschreven. Maar ook daar blijkt een top-down diversiteitsbeleid geen echte diversiteitsexpertise van het onderzoeksveld te kunnen afdwingen. Adequate analyses van de geïnccludeerde groepen blijven ook daar meestal achterwege.

Toch wil ik hier ook de omgekeerde redenering naar voren brengen: hoe armzalig zou het onderzoekslandschap er op het gebied van diversiteit hebben uitgezien als ZonMw haar financiële, inhoudelijke en beleidsmatige ondersteuning achterwege had gelaten? Hoopgevend is bovendien dat ZonMw zich momenteel beijvert voor een programma 'Gezondheid en Etniciteit'. Gevoegd bij de algemene maatregelen in het kader van het diversiteitsbeleid zal dit in ieder geval verdere inhoudelijke ontwikkeling stimuleren.

Diversiteitsbewuste curricula

Om wezenlijke veranderingen te bewerkstelligen, zullen ook de opleidingen moeten veranderen. Sinds de Raad voor de Volksgezondheid in 2000 aanbeval interculturele zorgverlening een vaste plaats te bezorgen in curricula en eindtermen van de opleidingen, worden er inderdaad meer keuzevakken aangeboden. Die mogen zich, net als destijds de cursussen over sekse, gender en (geestelijke) gezondheid, over een grote belangstelling van de studenten verheugen.

Een reguliere status heeft het onderwerp echter nog steeds niet. Vooralsnog schat ik de kansen op zo'n structurele plaats laag in omdat de huidige opleidingen zich op een universaliteitsparadigma baseren, met een maatschappelijk neutraal mensbeeld dat bij nadere beschouwing vooral wit, westers, mannelijk en heteroseksueel blijkt te zijn. Vrouwen, 'allochtonen' en homoseksuelen kunnen daarin slechts aan bod komen als uitzondering en na uitvoerige bewijsvoering dat er van significante verschillen ten opzichte van het dominante cliëntbeeld sprake is.

In mijn afscheidsrede *Werken aan de hulpverlening, van tweerichtingsverkeer naar kruispuntdenken* heb ik voor een diversiteitsbewust curriculum gepleit. Daarin zouden studenten naast het universaliteitsperspectief structureel ook een diversiteitsperspectief aangeboden moeten krijgen, met systematische aandacht voor de rol van maatschappelijke relevante categorieën als sekse/gender, etniciteit, leeftijd en klasse (in de psychologie vaak gereduceerd tot 'factoren'). Om geen stereotypering in de hand te werken, is het wel zaak die categorieën als zodanig ook kritisch tegen het licht te houden. Bijvoorbeeld, is het wel terecht ze als dichotome variabelen te behandelen; gaat het niet om glijdende schalen? Worden ze niet te eendimensionaal opgevat - als

alleen biologisch of economisch bepaald – terwijl ze ook psychische, sociale en culturele dimensies hebben? Hoe is hun maatschappelijke relevantie ontstaan en vervolgens in stand gebleven? Ook de machtsongelijkheden (privileges en achterstelling, meerder- en minderhedenstress) die aan deze zogenoemde verschilcategorieën kleven, verdienen aparte aandacht. En dan is er de belangrijke vraag hoe de combinatie van die verschilcategorieën moet worden gedacht. Immers, ieder mens heeft én een sekse (ook al is hij man), én een etniciteit (ook al is z/hij wit of autochtoon), én een leeftijd (ook al is z/hij 35) én hoort bij een klasse (ook al is dat de middenklasse). Eerdere pogingen bleven vaak steken in een opeenstapeling van kennis per verschilcategorie. Maar in de jaren negentig is er dankzij zwarte wetenschappers uit de Angelsaksische wereld een nieuw paradigma ontwikkeld: intersectioneel denken. In Nederland heeft het de titel ‘kruispuntdenken’ meegekregen. Abbas Leito en Dirck van Bekkum preludeerden daar in 1997 al op met hun tekst over samenwerking in multiculturele teams en Indra Boedjarath heeft er in 2002 over geschreven onder de titel *Gender en Etniciteit*.

De beloftes van het intersectionele paradigma

In het intersectioneel of kruispuntdenken worden sociale categorieën als gender, etniciteit, leeftijd, seksuele voorkeur en klasse beschouwd als ‘assen van verschil’ die steeds *gelijktijdig* werkzaam zijn en elkaar in mensenlevens – dus op microniveau – op uiteenlopende wijze kruisen en betekenis geven. Mannelijkheid heeft bijvoorbeeld andere implicaties bij een witte of een zwarte huidskleur – met allerlei variaties daar tussenin; homoseksualiteit impliceert andere betekenissen, gedragingen, levenspatronen en verwachtingen bij vrouwen dan bij mannen. Dergelijke kruisingen vormen als het ware specifieke culturele en sociale (levens)ruimtes. Bovendien variëren de implicaties van die levensruimtes ook nog eens met leeftijd en religieuze herkomst. Elke ruimte maakt bepaalde zelfdefinities mogelijk terwijl ze voor andere zelfdefinities juist de weg afsluit, mede onder invloed van de machtsverhoudingen die binnen de sociale categorieën gelden (waarbij mannen, witten, autochtonen, volwassenen en heteroseksuelen doorgaans dominant zijn). Die wisselwerking tussen kruispunten en identiteitsvorming is een continu gebeuren, gaande gehouden door processen van acculturatie, socialisatie, identificatie, internalisatie en imitatie, maar ook in- en uitsluiting.

Deze intersectionaliteitstheorie verbindt dus het macro- met het microniveau en stelt dat identiteiten (ook etnische identiteiten) te begrijpen zijn als zelfconstructies die we tot stand brengen onder invloed van, en in reactie op, de sociale categorisering die op ons afkomen: via historische verhalen, culturele beelden, belangenpolitiek, wetgeving, opvoeding en in alledaagse interacties. Identiteitsvorming is dus een dynamisch gebeuren waarin ook allerlei machtsongelijkheden een rol spelen en waarin in verschillende levensfasen en zelfs per context andere identificaties op de voorgrond kunnen staan.

Dit intersectionele paradigma biedt mijns inziens een vaarwater waarin de voorvechters en experts van interculturele zorg een gezamenlijke koers kunnen varen met de deskundigen inzake de werking van sekse/gender, leeftijd en/of klasse op gezondheid en zorg. Daarmee is het een prachtige grondslag voor een diversiteitscurriculum. Studenten die deze bagage meekrijgen, zullen

- a) Zichzelf herkennen als intersectionele wezens en daardoor tot andere verbindingen met hun cliënt in staat zijn;
- b) Hun cliënten minder gauw opsluiten in één categorie (man of vrouw; autochtoon of allochtoon; jong, volwassen of oud);
- c) Gemakkelijker kunnen inspelen op mensen met een ongebruikelijke mix van sociale deelidentiteiten die daardoor vaak intersectionele onzichtbaarheid ervaren, zoals bijvoorbeeld lesbische migrantenvrouwen;
- d) Eerder bedacht zijn op de inferieure behandeling die het gevolg kan zijn van een cultureel gestandaardiseerde aanpak zoals vastgelegd in protocollen, richtlijnen en diagnose-behandelcombinaties;
- e) Beter kunnen samenwerken met deskundigen op gebied van specifieke verschillen.

Vooral de onderlinge samenwerking van 'verschildeskundigen', die binnen het intersectioneel paradigma mogelijk én gewenst is, vind ik een grote belofte inhouden voor de toekomst. Want als deze deskundigen *samen* met een heldere boodschap bij de beleidsmakers aankloppen - in de instellingen, de opleidingen, het onderzoeksveld, bij de verzekeraar en de overheid - stijgt de kans op een welwillend oor met sprongen. Dan kan aandacht voor intersectionele diversiteit gemainstreamed worden in alle beleidsniveaus van de gezondheidszorg en zullen alle cliënten - allochtoon en autochtoon, vrouwen en mannen - daarvan profiteren.

Noot

- 1) Enkele instellingen namen wel hun verantwoordelijkheid. Bijvoorbeeld de Geestgronden en Altrecht voor seksespecifieke hulpverlening en Altrecht, AMC DeMeren, GGZ Eindhoven en Mentrum voor interculturele zorg.

Literatuur

- Bekker, M.H.J. & Mens-Verhulst, J. van (2009). *GGZ en Diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit*. Den Haag: ZonMw. Zie www.zonmw.nl/ (toegang per maart 2009)
- Boedjarath, I. (2002) Gender en Etniciteit. Hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen. In Meekeren, E., e.a. *Culturen binnen Psychiatrie-muren*. Amsterdam: Boom.
- Boer, M. de (2008). Onwil of spraakverwarring? Of wat er moeilijk is aan het implementeren van het VN-vrouwenverdrag. *Tijdschrift voor Genderstudies*11 (4), p. 47-53.
- Boer, M. de en Wijers, M. (2006). *Taking women's rights seriously? An examination of the fourth report by the government of the Netherlands on the implementation of the UN convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW), 2000-2004*. Utrecht: Netwerk VN-Vrouwenverdrag en NJCM.
- Dijk, R. van, Boedjarath, I., Jong, J. de, May, E. en Wessenbeek, R. (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. *MGv* 55, p. 115-121.
- Longwe, S.H. (1997) The evaporation of gender policies in the patriarchal cooking pot. *Development in Practice*, 7 (2), p. 148-156.

Mens-Verhulst, J. van (2009). Over het gevaar van verdamping en de beloftes van intersectionaliteit. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken. In Sbiti, A.& Boedjarath, I (red). *Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ*. Rotterdam: Mikado, 2009, p. 46-59.

- Leito, A en Bekkum, D. van (1997). Samenwerken in multiculturele teams. In I. Boedjarath & D. van Bekkum. *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking*. Utrecht: Jan van Arkel, p. 171-192.
- Mens-Verhulst, J. van (2006) *Werken aan de hulpverlening, van tweerichtingsverkeer naar kruispuntdenken*. Zie www.vanmens.info/verhulst)
- Mens-Verhulst, J. van & Waaldijk, B. (2008). *Vrouwenhulpverlening 1975-2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg*. Houten: BSL.
- Outshoorn, J. (2007). *Instituties van emancipatiebeleid: Nederland in een internationale context. Den Haag: VisitatieCommissie Emancipatie*. www.visitatiecommissie-emancipatie.nl (toegang 15 dec 2008).
- Steinmann, A. en May, R. (1992). Migranten en vrouwen veranderen de Riagg. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* (6), p. 20-23.
- Wieringa, N., Hardon, A., Stronks, K. M`Charek, A. (red) (2005). Diversity among patients in medical practice: Challenges and implications for clinical reserach. Amsterdam: UvA. www.assr.nl/publications/documents/Wieringageheel_def_000.pdf (Toegang 31 jan 2009).

Dank

Met dank aan Anne-Rose Abendanon, Indra Boedjarath, Nel Jessurun, Ronald May, Carry Pannekeet en Aziza Sbiti voor hun bereidheid op enigerlei moment in de totstandkoming van deze tekst mee te denken en/of te lezen. Natuurlijk komt het eindresultaat volledig voor mijn verantwoording.

Janneke van Mens-Verhulst was bijzonder hoogleraar in de Theorie en Praktijk van de Vrouwegezondheidszorg aan de Universiteit voor Humanistiek van 1995 tot 2006. Zij studeerde andragologie (1964-1972) en was tot 2006 achtereenvolgens wetenschappelijk medewerkster bij de vakgroepen medische psychologie, klinische psychologie en gezondheidspsychologie van Universiteit Utrecht. Na haar vervroegde pensionering is zij nog werkzaam als wetenschappelijk entrepreneur op het gebied van gezondheid en diversiteit – in onderzoek, onderwijs en praktijk. Meer informatie op www.vanmens.info/verhulst