

Erven van de VHV

Berteke Waldijk & Janneke van Mens-Verhulst

Hoe schrijf je over een beweging met zoveel gezichten als de Nederlandse vrouwenhulpverleningsbeweging? Is het een verhaal van heldinnen die het schijnbaar onmogelijke voor elkaar kregen – sekseverschil een plaats geven in de gezondheidszorg? Of vertel je van nieuwkomers in therapeutische professies die er in slagen zich naar binnen te vechten? Maak je een feitenrelaas, en wordt het een verhaal van kleine stapjes en cruciale mijlpalen: de erkenning, de vestiging van een eigen infrastructuur, de integratieprojecten en de grenzen aan integratie? Vertel je een verhaal over feministische idealen die gerealiseerd worden of een verhaal over de teleurstelling die volgde op verdamping van de vernieuwingsvoorstellen? Stel je de politieke context en sociaal-economische structuren centraal waarin de opkomst van het “product” vrouwenhulpverlening (VHV) alleen al uit het oogpunt van marktwerking onvermijdelijk lijkt, maar de neergang ook? Wij denken dat de hoofdstukken in dit boek laten zien dat al deze facetten samen recht doen aan de veelzijdige geschiedenis van de vrouwenhulpverlening. Op grond van de gepresenteerde geschiedenissen biedt dit slothoofdstuk vier dwarsdoorsnedes aan de hand van de volgende vragen: (1) Wat is er te zeggen over de vrouwen die vorm gaven aan de VHV-beweging; (2) Hoe verliep de samenwerking binnen de beweging; (3) Hoe was de relatie met vrouwenstudies? (4) Hoe is de integratie (mainstreaming) verlopen? De auteurs sluiten af met wat zij zien als de ‘erfenis’ van de vrouwenhulpverlening: de verkenning van drie dilemma’s waarmee iedereen die de gezondheidszorg kritisch wil hervormen te maken krijgt

1. De vrouwen die vorm gaven aan de VHV

Voor vrouwen die actief waren in de VHV-beweging is hun betrokkenheid vaak een groot avontuur geweest dat hun leven blijvend veranderde. Velen van hen zijn ‘goed terecht gekomen’, anders gezegd: die hebben betere posities en meer invloed verworven dan toen ze begonnen. Uit de voorgaande hoofdstukken is een preciezer beeld te reconstrueren van deze pioniers: hun arbeidservaring, opleiding en visie.

1.1. Nieuwkomers op de arbeidsmarkt¹

De vrouwen die in de jaren 70 feministische initiatieven namen op gebied van gezondheidszorg waren toen doorgaans jong, want geboren na 1940. Ze hoorden tot de generatie van Nederlandse vrouwen die aan den lijve de spectaculaire inhaalslag op gebied van arbeidsmarktparticipatie meemaakte. En zij werden volwassen in een periode dat in Nederland slechts 35 % van de vrouwen betaald werk verrichtte - een percentage dat in 2000 gestegen was tot ruim 50 %². Vormden vrouwen in 1973 27% van de beroepsbevolking, in 1997 was dat percentage gestegen tot 41 %.

De vrouwen die werkten en gingen werken in deze periode, trof men voornamelijk aan in het onderwijs, de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Deze quartaire sector groeide snel: tussen 1970 en 1995 nam de werkgelegenheid er met 50% toe. In deze periode

¹ Zie ook Waldijk, ‘VHV en de verzorgingsstaat’, *dit boek*; Van Mens-Verhulst, ‘Vrouwen(zelf)hulp’, *dit boek*; Van Mens-Verhulst en Noordenbos, ‘Vrouwengezondheidscentra’, *dit boek*.

² Cees Gorter, ‘The Dutch Miracle?’, in: Gösting Esping-Andersen en Marino Regini (red.) *Why Deregulate Labour Markets?* (Oxford: Oxford University Press 2000).

vormden vrouwen een meerderheid van de werknemers in de gezondheidszorg (70%) en in de maatschappelijke dienstverlening (85%). Van alle hoger opgeleide vrouwen werkte 7 van de 10 vrouwen in deze sector.³

De strijd van vrouwen die vorm gaven aan vrouwenhulpverlening was dus ook een strijd van nieuwkomers in een professie waarbij ze vanuit een marginale positie moesten opereren. Want net zoals in alle andere sectoren, werden de leidinggevende functies hier zelden door vrouwen vervuld⁴. Hun positie was niet alleen precair qua status, maar ook in financieel opzicht. Heel wat medewerksters van 'autonome' projecten verkeerden niet alleen in het VHV-project maar ook privé in een afhankelijke positie. Vanaf het midden van de jaren zeventig steeg echter de werkloosheid, terwijl steeds meer vrouwen naar betaald werk zochten.

Aanvankelijk kregen de meeste pioniers voor hun VHV-werk niet betaald, ook niet toen in de loop van de jaren tachtig veel initiatieven subsidies verwierven voor huisvesting en organisatie. Slechts enkele gelukkigen, zoals de medewerksters van de experimenten, wisten er op grond van hun diploma's een betaalde baan uit te slepen. Wel deden velen in de VHV hun eerste arbeidservaring op.

1.2. Goed opgeleid⁵

Een aanzienlijk aantal van de vrouwen in de vroege VHV had een hogere opleiding of volgde die. Daaronder waren er nogal wat die – geheel volgens “de wetten” van de vrouwelijke socialisatie en studiekeuze - de opleiding voor sociaal werk hadden gedaan aan één van de sociale academies en daar kennis hadden gemaakt met politisering van hulpverlening, in het bijzonder feministische hulpverlening. Vooral in de jaren tachtig vormden sociale academies en universiteiten kweekvijvers voor VHV'ers. Bij sommige academies, zoals het protestantse DE HORST, en het KATHOLIEK INSTITUUT VOOR VOORTGEZETTE SOCIAAL-PEDAGOGISCHE OPLEIDINGEN in Nijmegen, bestonden vrouwenleerroutes. Dit was mede te danken aan de grote vrijheid om inhoud en richting van programma's in te vullen, voortspuitend uit de verzuiling en het principe van soevereiniteit in eigen kring.⁶ Vele vrouwen studeerden psychologie of medicijnen. Enkel specialiseerden zich als psychiater. Zo drongen er rond 1980 steeds meer vrouwen door in de artsenpopulatie en realiseerden zich al gauw welke overheersende positie mannen in hun beroep innamen en werden actief in het feminiseren van hun beroep.

Aan de universiteiten deden medewerksters op het nieuwe vakgebied 'Vrouwenstudies' hun intrede in disciplines als psychologie, andragologie en pedagogiek, dikwijls op instigatie van studenten.⁷ Zij konden het verband tussen feminisme en hulpverlening overbrengen en studenten ook adequate begeleiding bieden bij hun doctoraal onderzoeken en scripties op dit gebied. Zo brachten vele studentes - op een enkele uitzondering, zoals de mannen van SOMAN, waren het vrouwen - scripties tot stand over onderwerpen die te maken hadden met VHV en met seksueel geweld. Voor veel psychologiestudentes lag daarna een verdere opleiding als therapeut, trainster of counselor voor de hand. Vaak vonden ze vervolgens hun

³ Herweijer, *Tussen overschot en tekort, De aansluiting tussen onderwijs en arbeid in de quartaire sector en in de marktsector vergeleken* (Den Haag: SCP 1999), p. 13 en p. 74. Zie ook Henriët van Rossum, 'De gesubsidieerde revolutie? Geschiedenis van de Nederlandse Vrouwenbeweging 1968-1989', in: Jan-Willem Duyvendak, Hein-Anton van der Heijden, Ruud Koopmans, Luuk Wilmans (red.) *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen in Nederland* (Amsterdam: SUA 1992), p. 178.

⁴ Zie bijvoorbeeld de *Nota Verhagen*: Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV), *Vrouwenhulpverlening en de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg* (Leidschendam 1982).

⁵ Zie ook Van Gorp, 'Opleidingen VHV', *dit boek*.

⁶ Zie Waldijk, 'VHV en de verzorgingsstaat', *dit boek*.

⁷ Zie bijvoorbeeld de ervaringen van Kortram, in Van Gorp, 'Opleidingen VHV', *dit boek*.

weg als medewerkster bij een van de vele integratieprojecten in de reguliere hulpverlening, als aandachtsfunctionaris of als zelfstandig gevestigde.

Daarnaast waren er natuurlijk al veel hoog opgeleide vrouwen in de hulpverlening werkzaam. In de ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waren aan het begin van de jaren tachtig bijvoorbeeld al meer vrouwen dan mannen actief, hoewel voornamelijk in de behandelende rol [lees: niet-beleid] en in de specialisatie “kinderen”.⁸

Vanuit het maatschappelijk werk schreef een aanzienlijk aantal vrouwen zich midden jaren 70 in voor een feministische georiënteerde voortgezette opleiding (VO). Met name het INSTITUUT VOOR AGOGISCH BEROEPSONDERWIJS in Amsterdam heeft in de zeventiger jaren een aanjaagfunctie vervuld, niet in de laatste plaats dankzij de bezielende invloed van Anja Meulenbelt. Vanaf 1984 kon men ook bij de Leergangen Vrouwenhulpverlening terecht. Via hun A-route hebben heel wat ervaringsdeskundigen hun eerste schreden op het pad van de professionalisering gezet.

1.3. Feministische visie.

De voornaamste inspiratiebron voor de VHV'ers is het feminisme van de Tweede Golf geweest: de radicale vrouwenbeweging die het persoonlijke politiek verklaarde. Deze maakte dat de pioniers gezondheidsklachten van vrouwen duiden als een gevolg van maatschappelijke achterstelling, dat zij oog kregen voor het masculiene karakter van de gezondheidszorg en voor het gebrek aan ruimte voor ervaringen van vrouwen in het onderzoek naar het ontstaan en de behandeling van klachten. Dit verhaal kwam in de zeventiger jaren dankzij nog niet eerder vertoonde acties als 'Baas in eigen buik', praat- en FORT-groepen al snel op de publieke agenda en vond ook weerklank in allerlei media. Hoe die publieke belangstelling de VHV soms vleugels kon geven, laat bijvoorbeeld het hoofdstuk over de VSK zien. Vanaf 1983, met de instelling door het ministerie van een PROJEKTGROEP VHV was het verhaal ook zichtbaar aanwezig op de beleidsagenda van de overheid.

De VHV-beweging bestond uit zeer verschillende geledingen die zich aanvankelijk vooral verbonden voelden door een politieke keuze voor vrouwen en verbetering van hun maatschappelijke positie. Het is verbazend hoe snel activisten, professionals en beleidsmakers elkaar vonden in het ideaal van 'integratie' – het gedachtengoed van de VHV moest volgens al deze verschillende partijen doordringen in bestaande vormen van hulpverlening en gezondheidszorg. Deze feministische inspiratie is echter op veel verschillende manieren vertaald.

Voor hulpverleensters betekende het vooral integratie van ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact en aandacht voor maatschappelijke oorzaken van gezondheidsklachten van vrouwen; kortom werken vanuit een ander paradigma. Voor inspecteurs betekende het dat aandacht voor vrouwen - en sekse- geïntegreerd moest worden in het ontwikkelen van een kwaliteitsprofiel en het controleren op die aandachtspunten. Voor vrouwen op het ministerie (ambtenaren) en politici betekende integratie het opnemen van vrouwen – later sekse - in formulering van gezondheidsbeleid, dus agenda-setting. Opleiders en onderzoekers betrokken kennis over vrouwen, 'sekse' en 'gender' op alle mogelijke aspecten van de hulpverlening die zij doceerden en onderzochten.

⁸ GHIGV (1982), bijlage 2, p. 4.

Bij het woord ‘feminisme’ denken veel mensen vooral aan de radicale vrouwenbeweging die in de jaren 70 en 80 alternatieve en autonome projecten opzette. Het bijzondere van de VHV-beweging is echter dat deze feministische beweging daar wel haar oorsprong had, maar haar kracht en bloei juist vond in de wisselwerking met de vrouwen die binnen de reguliere structuren werkten. Vrouwenhulpverlening betekende inspiratie over de muren van hulpverlening en gezondheidszorg heen: over de schotten tussen hulpverlening bij geweld en GGZ, tussen hoogopgeleide professionals en ongeschoolde vrijwilligers, tussen zelfhulp en medische en psychologische expertise, tussen kleine en grote integratie, tussen revolutionaire voorstellen en kleine stapjes in intakeprocedures. In vrouwenhulpverlening verenigden zich activisten en beleidsmakers, hulpvragers en hulpgevers, politieke en spiritueel geïnspireerde feministen.

2. Samenwerking binnen de VHV-beweging

De samenwerking binnen de VHV was gebaseerd op het gelijkheidsethos (veelvuldig gesymboliseerd als “zusterschap”. Om die reden werd er in de pioniersfase van de autonome projecten zo gehamerd op horizontale ofwel democratische organisatievormen. Maar feitelijk werden de pioniers geconfronteerd met één grote oefening in het omgaan met verschillen. Dat was zo binnen en tussen de projecten. Waar het zusterschap, dat de onderlinge overeenkomsten benadrukte, aanvankelijk voelde als een warm bad en een veilige springplank voor gewaagde acties, kon het op den duur verkeren in een knellend harnas dat persoonlijke en/of organisatorische ontwikkeling in de weg stond: een manier van kijken die blind maakte voor andere verschillen zoals etniciteit.

2.1. Samenwerking binnen de autonome projecten: *afscheid van het gelijkheidsidee.*

In de autonome projecten van de VHV ontwikkelden onbetaalde - en enkele betaalde - krachten nieuwe vormen van samenwerking en professionaliteit. Dat ging in eerste instantie voorspoedig. Maar onvermijdelijk openbaarden zich op den duur verschillen in vaardigheden en talenten tussen de projectmedewerksters. Het schrijven van een methodische verantwoording of het aantrekken van subsidies was vaak gemakkelijker voor de vrouwen met een hogere opleiding. Naarmate de buitenwereld bepaalde functies meer waardeerde – en er dus voor wilde betalen – werden die verschillen ook intern belangrijker. Jaloezie en woede (over gebrek aan erkenning) staken de kop op, met alle conflicten die daarbij horen. Voor de uitblinkers kreeg de samenwerking het beklemmende karakter van een krabbenmand waaruit niemand mocht ontsnappen. Deze dynamiek kon tot de ondergang van een project leiden, als ieder voor zich voldoende redenen had om af te haken. Hoe je onderling constructief met verschillen om kon gaan, moest nog worden uitgevonden.

Probleem was dat de vrouwen die de projecten runden zelf nog weinig of geen ervaring hadden met taakgericht samenwerken, zeker niet in een sekshomogene setting. Bovendien kenden ze geen voorbeelden van voorgaande generaties vrouwen om zich op te oriënteren want door de traditie van lage arbeidsmarktparticipatie van vrouwen waren die er niet.⁹

Feministische organisatie-adviseurs die aan het eind van de jaren tachtig te hulp werden geroepen, typeerden de valkuilen in de samenwerking als volgt: veel ongeschreven regels; moeite met kritiek; organisatieproblemen die als persoonlijke kwesties werden behandeld, veel vergadertijd waarin men geen eigen koers uitzette maar het beleid afhankelijk maakte van externe partijen. Dergelijke samenwerkingsproblemen werden toen vaak geduid als algemene ‘vrouwenpatronen’ die samenhangen met de vrouwelijke socialisatie en het

⁹ Zie Waldijk, ‘VHV en de verzorgingsstaat, dit boek.

gebrek aan ervaring met hiërarchische verhoudingen.¹⁰ Naderhand, werd echter steeds meer duidelijk dat deze vrouwenpatronen helemaal niet zo universeel waren, maar vooral een probleem van vrouwen uit witte culturen. Dat waren voornamelijk wel degenen die in meerderheid de Nederlandse VHV-projecten bevolkten.

Aan het einde van de jaren tachtig werden de democratische organisatie-idealen min of meer “weggezet” als horende bij de pioniersfase. Bij bestendiging en integratie hoorde een meer gelaagde (dus hiërarchische) organisatie, zij het wel participatief ingericht. Dus werden overall reorganisaties doorgevoerd – het eerst bij ALETTA en DE BEUK, maar al snel ook bij DE MAAN. Er traden besturen en directeuren aan. Er werden eindverantwoordelijkheden bepaald en taken duidelijk afgebakend¹¹. En in plaats van een vage doelstelling als ‘het bevredigen van de behoeften van de doelgroep’ werden er producten gedefinieerd om de resultaten aan af te meten.

2.2. Omgaan met maatschappelijke verschillen: *het ene verschil scoort hoger dan het andere*

Naast de functionele verschillen zoals die binnen projecten ontstonden, brachten VHV'ers natuurlijk ook maatschappelijke verschillen met zich mee door hun herkomst en sociale positie: bijvoorbeeld in klasse, seksuele voorkeur, moederschap, leeftijd en etnische herkomst. Dat is toen wel als het verschil in sociale hypotheek benoemd; tegenwoordig spreken we, in navolging van Bourdieu¹², van verschil in sociaal en cultureel kapitaal.

Bovendien vertegenwoordigden de vrouwen in de VHV-beweging ongelijke ervaringen met gezondheidszorg en hulpverlening. Sommigen waren in de beweging terecht gekomen vanuit eigen ervaring met ziekte, misbruik en/of sociale problemen. De VSK is hier een voorbeeld van; opgericht en uitgebouwd door vrouwen die zelf ervaring hadden met seksueel misbruik¹³. Anderen betraden het veld als hulpverleenster of als opleidster. Denk aan de Lesbisch Specifieke Hulpverlening waar juist hulpverleensters aan de slag gingen met het ‘zelf-gekende’ probleem van homofobie en de gevolgen daarvan voor gezondheid en welzijn.¹⁴

In principe was er binnen de VHV ruimte om vanuit die verschillende ervaringen te spreken – en hulp te verlenen. Vaak thematiseerden projectmedewerksters zo'n verschil en exploreerden dan nadrukkelijk de tegengestelde positie – ook als die vanzelfsprekend leek – van bijvoorbeeld de middenklasse of de heteroseksualiteit. Maar de verschillen werden wel altijd benaderd als een verbijzondering van het sekseverschil: de vrouwelijke sekse stond per definitie bovenaan in de hiërarchie van verschil en onderdrukking.

Merkwaardigerwijze is de thematisering en exploratie van etnische en culturele diversiteit heel lang achterwege gebleven. Ging het om de etniciteit van cliënten, dan hebben veel VHV- en VGC-centra¹⁵ al wel vroeg aandacht getoond voor de “doelgroep” buitenlandse vrouwen, later vaak als ‘migranten’ aangeduid. Ook vrouwenopvanghuizen hielden zich met

¹⁰ Jacqueline van de Pol, ‘Tien vrouwenorganisaties onderzocht’, *ViaVia*, 1988 (1), pp. 12-17;

Yvonne van Eekelen, Yvonne van den Mosselaar en Mirjam Otten, ‘Organisatievormen en -veranderingen in de autonome vrouwenhulpverlening’, *Slangengodin*, 1990 (25), pp. 1-22.

¹¹ Van Eekelen (1990).

¹² Pierre Bourdieu, ‘Economisch kapitaal, cultureel kapitaal, sociaal kapitaal’, in: Dick Pels (red.) *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip* (Amsterdam: Van Gennep 1989), pp. 120-141.

¹³ Zie Boet, ‘Vereniging tegen Seksuele Kinder mishandeling’, *dit boek*.

¹⁴ Zie Swart, ‘Lesbische Specifieke Hulpverlening’, *dit boek*.

¹⁵ Zie Van Mens-Verhulst en Noordenbos, ‘Vrouwengezondheidscentra’, *dit boek*.

buitenlandse of 'allochtone' groepen¹⁶ bezig; als een van de eerste zochten zij naar oplossingen door zwarte en migrantenmedewerksters aan te trekken¹⁷. Een andere pionier op dit gebied was natuurlijk DE MAAN¹⁸. Echter, als het op de etniciteit van collega's aankwam, dan was het niet gebruikelijk de eigen – witte – etniciteit te exploreren. De witte vrouwen die de VHV-beweging domineerden, onderkenden kennelijk niet dat politieke problemen als kolonialisme, racisme en vooroordeel ook in persoonlijke omgangsvormen gestalte kregen. De meesten van hen slaagden er niet in hun persoonlijke ervaringen met eigen etniciteit politiek te interpreteren.

Achteraf gezien is deze naïviteit des te merkwaardiger omdat er wel de nodige impulsen zijn geweest. Al rond 1980 had Gail Pheterson¹⁹ - die ook aan de wieg van de FORT-groepen had gestaan en inmiddels doceerde aan UNIVERSITEIT UTRECHT en het IVABO - het project 'Bondgenootschap en bevrijding' ondernomen. Daarin onderzocht ze samen met mannen en vrouwen van Joodse en niet-Joodse origine, met en zonder homoseksuele oriëntatie onder welke voorwaarden er bondgenootschap mogelijk was tussen mensen met verwante belangen, maar met een in andere opzichten (zoals sekse, etniciteit en seksuele oriëntatie) verschillende identiteit. Toch hebben die ontdekkingen over *geïnternaliseerde onderdrukking én dominantie* onvoldoende hun weg gevonden naar de VHV. Evenmin drongen in de theorievorming van de VHV de inzichten door over wisselwerking tussen racisme en seksisme zoals in Nederland verwoord door Philomena Essed, die in haar boek *Alledaags racisme* een heel hoofdstuk aan gezondheidszorg wijdt.²⁰ Ook hebben de inspanningen van DE MAAN om te 'verkleuren'²¹, de publicaties van Indra Boedjarath²² betreffende de GGZ of van Lies Schilder²³ en Jacqueline van der Post²⁴ betreffende het maatschappelijk werk of de activiteiten van TARGUIA²⁵ als landelijke steunpunt voor multiculturalisatie van VHV, dat bewustzijn niet weten te bewerkstelligen. Door deze kleurenblindheid werden hulpverleners van kleur vaak als de probleemdraagsters aangemerkt als er in een VHV-project wrijvingen ontstonden tussen "zwart" en "wit".²⁶ Met andere woorden, de zwarte en migrantenhulpverleners die in die 90-er jaren binnen de VHV etniciteit en culturele verschillen aan de orde wilden stellen,

¹⁶ Wat er rond 1992 binnen de VHV aan specifieke ideeën leefde over de hulpverlening aan 'allochtone' vrouwen, is destijds bijeengebracht in de studie *Vrouwenhulpverlening op het transculturele pad* van Heike Mesch en Janneke van Mens-Verhulst (Utrecht: ISOR 1993).

¹⁷ Zie Van Besouw, 'De strijd van BLIJF VAN M'N LIJF', *dit boek*; Kortram, 'Multicultureel werken', *dit boek*.

¹⁸ Zie Naezer, 'DE MAAN', *dit boek*.

¹⁹ Gail Pheterson, 'Bondgenootschap tussen vrouwen: een theoretische en empirische analyse van onderdrukking en bevrijding', *Psychologie en Maatschappij*, 1982, 6 (3), pp. 398-424.

²⁰ Philomena Essed, 'Feminisme en Racisme', in: *Zomeruniversiteit Vrouwenstudies* (Amsterdam: UvA 1981), pp. 16-17; Philomena Essed, *Alledaags Racisme* (Amsterdam: Sara 1984); Philomena Essed, *Diversiteit. Vrouwen, kleur en cultuur* (Baarn: Ambo 1994).

²¹ Zie voor een interessante analyse hiervan de thesis van Marijke Naezer, *Women's health care in black and white. Ethnic diversity within the Moon Foundation* (Utrecht: Universiteit Utrecht 2007). Zie ook Marlène Babel en Dolly Hitipeuw, *Langzaam gaan deuren open: vrouwenhulpverlening in relatie tot zwarte vrouwen* (Amsterdam: Stichting De Maan 1992); Leila Jaffar, *Tweestrijd: de kwetsbare positie van Turkse en Marokkaanse hulpverleners* (Amsterdam: Stichting De Maan 1992).

²² Indra Boedjarath, 'Groepstherapie voor allochtone vrouwen', *Verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging voor Groeps-Psychotherapie*, 1993, 27 (2), pp. 13-15; Indra Boedjarath, 'Vrouwengroepen: over oude principes en nieuwe doelgroepen', in: Janneke van Mens-Verhulst en Lies Schilder (red.) *Debatten in de Vrouwenhulpverlening* (Amsterdam: Babylon-De Geus 1994), pp. 55-73.

²³ Lies Schilder, 'Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland', in: Lies Schilder (red.) *Maatschappelijk werken met vrouwen. Over de integratie van vrouwenhulpverlening in het Algemeen Maatschappelijk Werk* (Utrecht: Jan van Arkel/ VIA 1990), pp. 35-60.

²⁴ Jacqueline van der Post, *Vrouwenhulpverlening in de praktijk. Casestudies van vrouwenhulpverlening aan zwarte, witte en migrantenvrouwen in het maatschappelijk werk* (Utrecht: Jan van Arkel 1994).

²⁵ Zie Koster, 'TARGUIA', *dit boek*.

²⁶ Zie Kortram, 'Multicultureel werken', *dit boek*.

kampten met dezelfde handicap als de VHV'sters die tien jaar tevoren binnen de reguliere instellingen aandacht voor de vrouwelijke sekse vroegen, namelijk een gemarginaliseerde positie en een miniem aantal gelijkgezinden in leidinggevende functies.

Voor deze negatie van etnische verschillen zijn meerder verklaringen te bedenken, die misschien allemaal wel een rol hebben gespeeld. Ten eerste was wit-zijn voor de meerderheid van de VHV'sters (te) vanzelfsprekend. Het onderkennen van geïnternaliseerde dominantie was pijnlijk als je jezelf juist een slachtoffer van discriminatie vond. Het was, in de tweede plaats, in de jaren zeventig voor velen een teken van progressiviteit om geen onderscheid naar huidskleur te maken. In de derde plaats leek het alsof er gekozen moest worden tussen etniciteit en gender. Het lukte het niet de verbinding te leggen met de vrouwen die zich in de eerste plaats als gekleurd identificeerden en sekse daaraan ondergeschikt verklaarden. Er was hiermee samenhangend geen theoretisch houvast om verschillen "tegelijk te denken". Toen er elders in de wereld theorieën werden ontwikkeld over kruispunten van verschil – als model voor diversiteit - en politieke interpretaties van etniciteit aan invloed wonden, was de VHV-beweging waarschijnlijk al (te) sterk gedepolitiseerd om daar nog echt mee aan de slag te gaan.²⁷

Ondanks de duidelijke bewijzen van ontkenning verdient het beeld dat met het verstrijken van de tijd is ontstaan, als zou de vrouwenhulpverlening een typische witte middenklasse beweging zijn geweest - zonder deelname van zwarte vrouwen en zonder aandacht voor migranten en vluchtelingen- enige bijstelling. De VHV-beweging is namelijk niet blind geweest voor de kleur van haar cliënten, maar wel voor de kleur van haar medewerksters en is er daardoor niet in geslaagd een gekleurde beweging te worden.

2.3 Samenwerking over de projecten heen: *netwerken*²⁸

Een belangrijke factor in de successen van de VHV is het sterke netwerk van onderlinge informatieuitwisseling geweest. Dit laat zich in dit boek met name traceren voor de GGZ. Al in 1979 hield het Maastrichtse project "*Emancipatie en Hulpverlening*" een succesvolle themadag 'Vrouwen in de hulpverlening'. In 1981 volgde de eerste landelijke studiedag, van het NATIONAAL CENTRUM VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID, die cruciaal mag heten omdat daar zoveel vrouwen op verschillende (invloedrijke) posities elkaar voor de eerste keer troffen. In de loop van de jaren tachtig heeft zich een explosie van studiedagen en conferenties voorgedaan, zoals uit de verschillende hoofdstukken van dit boek blijkt. Dat deze bijeenkomsten zo'n groot bereik hadden, is natuurlijk ook te danken aan de geografie van Nederland: in principe kon iedereen op één dag heen en weer reizen en daardoor bleven de kosten van deelname beperkt.

Vrouwen die in soms precare situaties voor aandacht voor sekse in de gezondheidszorg streden, konden ook inspiratie, expertise en kracht vinden in onderlinge uitwisseling op de

²⁷ Zie voor de oorsprong van het "kruispunt-denken": Kimberlé Crenshaw, 'Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A black feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics', *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, pp. 139-167; Kimberlé Crenshaw, 'Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color', *Stanford Law Review*, 1991, 43 (6), pp. 1241-1299; Patricia Collins, 'Intersections of Race, Class, Gender and Nation: Some Implications for Black Family Studies', *Journal of Comparative Family Studies*, 1998, 29 (1), pp. 27-36; Gloria Wekker en Helma Lutz, 'Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en etniciteitsdenken in Nederland', in: Maayke Botman, Nancy Jouwe en Gloria Wekker (red.) *Caleidoscopische visies. De zwarte, migranten en vluchtelingenbeweging in Nederland* (Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen 2001), pp. 25-50.

²⁸ Zie Van Mens-Verhulst en Waldijk, 'Vrouwenhulpverlening in Nederland', *dit boek*; Van Mens-Verhulst, 'Vrouwen(zelf)hulp', *dit boek*; Swart, 'Lesbische Specifieke Hulpverlening', *dit boek*; Van Mens-Verhulst, 'De kleine integratie', *dit boek*.

volkshogescholen en later bij de LEERGANGEN VHV. Daarnaast zorgden de sociale academies en hun voorgezette opleidingen voor de aanwas van nieuwe feministische professionals mét netwerk.

Het netwerk werd anno 1987 stelselmatig geïnformeerd via drie verschillende nieuwsbrieven – hét medium van die tijd, als eerste ingezet door de FORTbeweging. De *Slangengodin* (begonnen als “Periodiek VHV”) was de oudste, de nieuwsbrief *VIAVIA* van het LANDELIJK STEUNPUNT VHV de tweede en de *Nieuwsbrief* van het NVAGG-Projekt VHV de derde. Ingaande 1992 is deze functie overgenomen door het blad *Vrouw & Gezondheid* – dat tussen 2000 en 2003 nog bestaan heeft als *M/V Zorg*. Bovendien hebben de verschillende organisaties en projecten zich gebundeld in “eigen” koepels: VIA (1984-1991), METIS en MEDUSA (1992-1994) en TRANSACT (1994-2007). Van daaruit werkten ze aan de door de subsidiegever voorgeschreven maar ook zelf geambieerde integratie. Van 1995 tot en met 1997 was er nog een extra koepel in de vorm van TARGUIA - in feite een vernieuwing van de vernieuwing, die gedurende drie jaren als uitwisselingspunt voor multiculturalisatiedeskundigheid fungeerde.²⁹

Dat wil niet zeggen dat het allemaal pais en vree was in de psychosociale tak van de VHV-beweging. Van begin af aan waren er al verschillen van inzicht over de richting waarin de VHV zich het beste kon ontwikkelen en die verschillen namen geleidelijk toe. In de jaren tachtig ging het vooral over de vraag ‘autonoom of geïntegreerd?’. De autonome projecten uitten toen regelmatig scherpe kritiek op de vrouwen die binnen bestaande instellingen werkten: vanwege hun uitgavenpatroon (te hoog, te vanzelfsprekend), hun omgangsvormen (te gesloten, te hiërarchisch) en hun expliciet feminisme (onvoldoende). Rond 1990 begon zich een controverse tussen de politiek en spiritueel geïnspireerde vrouwen af te tekenen. Sommige VHV’sters kozen voor een eigen praktijk, anderen zagen betere mogelijkheden binnen de reguliere hulpverlening. Het is steeds minder gelukt deze tegenstellingen te overbruggen: de taal waarin de verschillende partijen over vrouwen en gezondheidszorg spraken, liep steeds verder uit elkaar en de Vereniging voor Feministische Hulpverlening kwam nooit goed van de grond. De pragmatici hebben, in het kader van de mainstreaming, uiteindelijk de verbinding tussen professionele hulp en vrouwenzelfhulp “geofferd”.

Voor de op lichamelijke gezondheid georiënteerde tak is het plaatje van formele en informele relaties binnen de VHV-beweging niet zo goed te reconstrueren uit de hoofdstukken in dit boek. Vast staat wel dat de vrouwengezondheidscentra er een onderling overleg op nahielden³⁰ en dat men gebruik maakte van de *VIAVIA* en later *Vrouw & Gezondheid*. Dankzij een studentenonderzoek uit 1999³¹, waarbij 47 van de 100 aangeschrevenen reageerden, weten we toch nog wat meer. Onder hen waren medisch specialisten, artsen, niet-medische hulpverleners, wetenschappers, beleidspersonen en leidinggevenden en op drie respondenten na, waren ze allemaal geboren voor 1960 – en maakten als zodanig deel van de protestgeneratie. Vierentwintig respondenten merkten zich als tweedegolf feministe aan. Op de vraag of zij zich deel voelden van het vrouwengezondheidszorgnetwerk, antwoordde bijna 70 % (32) bevestigend. In dit netwerk was ALETTA duidelijk de spil. ALETTA organiseerde in de jaren negentig twee lustrumcongressen: in 1990 “*Strijd om Kwaliteit*” en in 1996, “*Vrouwengezondheidszorg in de praktijk... wie kan er nog om heen?*”. Andere belangrijke congressen waren “*Als u begrijpt wat ik bedoel*” (over seksespecifieke zorg), in 1996 en het internationale congres “*Gender Sensitive Health Care*” in 1997,

²⁹ Zie Koster, ‘TARGUIA’, *dit boek*’.

³⁰ Zie Van Mens-Verhulst en Noordenbos, ‘ALETTA’, *dit boek*.

³¹ Linda Duits en Lennert van Mens, *De Macht van de medicijnman. De vrouwenbeweging in de medisch sector* (Amsterdam: UvA 1999).

georganiseerd door respectievelijk de KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST en de DUTCH FOUNDATION FOR WOMEN AND HEALTH RESEARCH. Daarnaast waren (en zijn) er de congressen van de VERENIGING VOOR NEDERLANDSE VROUWELIJKE ARTSEN (VNVA).

2.4 Met en zonder de geweldsbestrijding annex- hulpverlening: van status aparte naar krachtig erfgoed.³²

In de archipel van de vrouwenhulpverlening nam de bestrijding en hulpverlening inzake geweld, in het bijzonder seksueel geweld, lange tijd een eigen plaats in. Die tak heeft de stap naar integratie en professionalisering later gemaakt en bleef langer vasthouden aan politieke zelfhulporganisaties. BVML-huizen distantieerden zich bijvoorbeeld nadrukkelijk van het etiket 'hulpverlening'. En van 1992 tot en met 1994 had men voor geweldsbestrijding ook een eigen koepel in de vorm van MEDUSA.

Achteraf zijn voor deze status aparte verschillende redenen te bedenken. Er was vanaf het begin een discrepantie tussen de theorie dat geweld tegen vrouwen samenhang met maatschappelijke positie van vrouwen en de praktijk van VHV-vrouwen die geweld zagen als een probleem dat alleen een specifieke groep vrouwelijke slachtoffers en niet henzelf aanging. Veel vrouwen, ook binnen de VHV, aarzelden om zich persoonlijk en professioneel te identificeren met geweldsslachtoffers. Bovendien was geweld tegen vrouwen in zoverre uniek, dat het ook een strafrechtelijke kant had. Daarbinnen was dan weer een differentiatie tussen enerzijds problemen die al strafrechtelijk waren erkend (zoals incest) maar waarvan de omvang niet werd geloofd en anderzijds problemen die nog strafrechtelijke erkenning behoeften (zoals relationeel geweld). Hierdoor was er in sommige opzichten minder legitimering nodig dan in geval van veel andere problemen van vrouwen met hun (geestelijke) gezondheid en de verschaft zorg.

Juist op het gebied van geweld zijn politieke strijd en hulpverlening naast elkaar blijven bestaan. Aan de ene kant hebben, zoals gezegd, de VSK en de BVML-huizen lang vastgehouden aan hun autonomie en afkeer van hulpverlening door professionals. Aan de andere kant begonnen DE MAAN en DE BEUK al in de eerste helft van de jaren tachtig aparte 'verwerkingsgroepen' voor vrouwelijke slachtoffers van geweld aan te bieden. Om te benadrukken dat dit vanuit een perspectief van empowerment en politieke bewustwording gebeurde, noemden zij de hulpvraagsters 'overleefsters'. Opmerkelijk genoeg is de geweldsproblematiek ook snel opgepikt door de reguliere hulpverlening. Vaak gebeurde dit met een meer pathologiserende dan politiserende insteek, namelijk als hulpverlening onder de noemer van post-traumatische stress stoornis (PTSS). Misschien speelde het een rol dat deze integratie de reguliere hulpverlening in staat stelde aan vrouwenhulpverlening te doen zonder het beeld van vrouwen als zielige en zwakke wezens te hoeven opgeven. Hoe het ook zij, er is zeker een groep overleefsters van geweld die hier baat bij hebben (gehad).

Nog steeds is steun bij verwerking van geweldservaringen in drie compartimenten van de hulpverlening te vinden: bij de VSK aan de kant van de patiëntenverenigingen, bij BvML in de vorm van opvanghuizen en bij de traumahulpverlening in de reguliere instellingen. Onderwijl heeft het denken over geweld in zich verfijnd met het onderscheid tussen seksueel, fysiek, psychisch en relationeel geweld.

Ook in de koepels is geweld een expliciet aandachtspunt gebleven. Toen MEDUSA in 1994 opging in TRANSACT, was geweld prominent aanwezig in de naam: "Nederlands centrum seksespecifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld". Later is de meer politiek beladen term "bestrijding" weggelaten, maar ook na de nieuwe fusie tot MOVISIE

³² Zie Van Besouw, 'De strijd van BLIJF VAN M'N LIJF', *dit boek*; Boet, 'Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling', *dit boek*; Naezer en Römken, 'Van gezondheids- tot veiligheidsprobleem', *dit boek*.

bestaat er nog steeds een afdeling Huiselijk en Seksueel Geweld. Daarnaast staat geweld tegen vrouwen tegenwoordig op de agenda van wetgever, rechtspraak en politie. Kennelijk is vanuit de VHV-beweging genoegzaam duidelijk gemaakt dat hulpverlening in veel gevallen niet effectief kan zijn zonder gelijktijdige wetgeving. Geweldshulpverlening en het beleid ten aanzien van huiselijk geweld zijn daarom te beschouwen als een krachtig erfgoed van de beweging.

3. De relatie met vrouwenstudies

3.1. Wederzijds ongemak

Uitgaande van de gemeenschappelijke feministische achtergrond lijkt een bondgenootschap tussen VHV en vrouwenstudies vanzelfsprekend. Maar deze relatie kende drie complicerende factoren. Ten eerste was er de voorgeschiedenis. In het begin hadden de jonge VHV'ers argwaan tegen de universiteit. Ze was het bolwerk van mannelijk establishment en de producent en verkondiger van seksistische kennis waaraan ze zich soms met veel moeite hadden ontworsteld.³³ Zowel biologisering als psychologisering van problemen lagen op de loer en het was zaak te ontsnappen aan overtuigingen als 'anatomie is noodlot' en het idee dat de problemen van vrouwen waren te herleiden tot hun baarmoeder of hormoonhuishouding, maar ook aan het idee dat vrouwen zich alleen maar verbeeldden ziek te zijn.

Ten tweede was er in het begin wederzijds ongemak over al of niet vermeende verschillen in erkenning (status) en betaling. Zowel hulpverleensters als vrouwen in het hoger onderwijs voerden de strijd van nieuwkomers, maar in de ogen van vrouwenhulpverleensters leken de universiteitsmedewerksters qua erkenning en inkomen in een riantere positie te verkeren. Ten derde liepen de inhoudelijke ontwikkelingen niet synchroon. In de praktijk van discussies met artsen en managers in de gezondheidszorg hadden VHV-vrouwen behoefte aan empirische wetenschappelijke onderbouwing van de eigen kennisclaims, gegevens die evidence-based-medicine konden dienen.³⁴ Vrouwenstudies aan het eind van de jaren tachtig stelden echter juist vragen bij het wetenschappelijk vertrouwen in empirie en objectiviteit, en gingen theoretisch steeds meer constructivistisch redeneren. Een dergelijke benadering werd door een zelfhulpbeweging als de VHV soms ervaren als een ondermijning van de met veel moeite bevochten kennisclaims.³⁵

3.2. Vruchtbare relatie

Ondanks die complicaties is het over het geheel genomen toch een vruchtbare relatie geworden. Al in 1981, Bij de Zomeruniversiteit Vrouwenstudies die in Amsterdam werd gehouden, zijn bijvoorbeeld bijdragen over hulpverlening te vinden van studentes van de RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT, het INSTITUUT VOOR KLINISCHE PSYCHOLOGIE EN PREVENTIE en van de VRIJE UNIVERSITEIT te Amsterdam. Een daarvan, van Lya Djadoenath, handelt (dan al) over hulpverlening aan Surinaamse vrouwen. Twee jaar blijkt uit de bundel van de Winteruniversiteit Vrouwenstudies te Nijmegen (1983) hoeveel wetenschappelijk medewerksters er actief zijn geworden op dit gebied. Niet alleen zijn er

³³ Denk aan het relaas van Katier, in Van Mens-Verhulst, 'Vrouwen(zelf)hulp, *dit boek*. Of aan het hoofdstuk over het ontstaan van de VGC's: Van Mens-Verhulst en Noordenbos, 'Vrouwengezondheidscentra', *dit boek*.

³⁴ Zie Greta Noordenbos en Ineke van der Vlugt, *Evidence based onderzoek en seksespecifieke zorg: een (on)gelukkige relatie?* (Utrecht: TransAct 2003).

³⁵ Kathy Davis, *The Making of Our Bodies Our Selves: How Feminism travels across borders* (Durham: Duke University Press 2007).

bijdragen uit Nijmegen³⁶, maar ook uit Amsterdam³⁷, Groningen³⁸ en Leiden³⁹. Als in 1987 een tweede ZomerUniversiteit Vrouwenstudies plaatsvindt, doen aan het thema “Wel-Zijn” ook medewerksters van RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG⁴⁰ mee. Belangrijk is dat op deze conferenties ook medewerksters van autonome VHV-projecten, zoals vrouwen van VGC UTRECHT of BALSEMIEN, acte de présence gaven.

De latere internationale conferenties op Nederlandse bodem⁴¹ hebben eveneens in ontmoetingen en uitwisselingen voorzien waarin de omvang en complexiteit van het gedachtegoed van de VHV duidelijk kon worden. Ze boden expertise, herkenning en identificatie aan activisten, zowel uit de vrouwenstudies als vrouwenhulpverleningscontext en vormden als zodanig een levenslijn voor wie in een context werkte waar aandacht voor vrouwen niet legitiem was.

Tot op zeker hoogte hebben vrouwenstudies als academisch bruggehoofd voor de VHV-beweging kunnen functioneren. Aan RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT draaide bijvoorbeeld het project Roldoorbrekende Hulpverlening (1980-1986), onder leiding van Ingerlise Anderson en Janneke van Mens-Verhulst⁴². En vanaf 1990 liep daar het voorwaardelijk gefinancierd programma “Sekse, moraal en zorg” onder leiding van Selma Sevenhuijsen dat vele internationaal vermaarde theoretici naar ons land heeft gebracht die ook relevant waren voor de feministische hulpverlening⁴³. Greta Noordenbos deed in Leiden onderzoek naar eetproblemen.⁴⁴ En in Amsterdam was vanaf 1986 de Werkgroep Vrouwen en Gezondheid actief, met onder andere Annemarie Kolk, Marrie Bekker, Katja van Vliet en Cecile Gijsbers van Wijck. Deze groep is in 1989 samengegaan met het NETWERK ONDERZOEKSTERS VROUWENHULPVERLENING dat Marijke Ruiter, die als onderzoekster bij de ministeriele PROJECTGROEP VHV gewerkt had, had gestart en daaruit is in 1989 de DUTCH FOUNDATION FOR WOMEN AND HEALTH RESEARCH voortgekomen.⁴⁵ Toen de NEDERLANDSE ONDERZOEKSSCHOOL VROUWENSTUDIES een feit was, hebben veel van de genoemde universitaire medewerksters deelgenomen aan het cluster “Gender and Health”⁴⁶, al is het nooit tot een gezamenlijk onderzoeksprogramma gekomen.

Na een aanloop van ongeveer 10 jaar resulteerde de wisselwerking tussen Vrouwenstudies en de VHV-beweging in een aantal belangrijke resultaten, in de vorm van proefschriften⁴⁷, een

³⁶ Sylvia Lammers, Ludwien – toen nog Wientje – Meeuwesen.

³⁷ Christien Brinkgreve en Margreet Wegelin van de Universiteit van Amsterdam; Kathy Davis van de Vrije Universiteit.

³⁸ Hinke Beukema, Jeanette Doornenbal, Greta Noordenbos.

³⁹ Francine Albach en Bernardine Ensink.

⁴⁰ Pauline Tomlow.

⁴¹ Between Selfhelp and Professionalism (1988) met DE MAAN als initiatiefneemster, en Realizing a Gender-Sensitive Health Care (1997) met de Dutch Foundation for Women and Health Research als initiatiefneemster.

⁴² Dit is ook de bakermat van SOMAN geweest en van docenten die later werkzaam waren binnen de vrouwenleerroutes van de sociale academies.

⁴³ O.a. Lorraine Code, Carol Gilligan, Carol Smart, Joan Tronto, Iris Young.

⁴⁴ Zie o.a. Greta Noordenbos, *Onbegrensd lijnen* (Leiden: Universiteit Leiden 1988); Greta Noordenbos, *Eetstoornissen, preventie en therapie* (Utrecht: De Tijdstroom 1991).

⁴⁵ Annemarie Kolk in interview afgenomen door Greta Noordenbos (z.p. 2002). Neerslag in bezit van auteur. Zie ook <http://www.eawhr.org>. Toegang 8-5-2008.

⁴⁶ Zie Jeannette van der Sanden, *Truth or Dare? Fifteen years of women's studies at Utrecht University* (Utrecht: Universiteit Utrecht 2003).

⁴⁷ Het jaar 1988 was bijvoorbeeld vruchtbaar met de proefschriften van Kathy Davis over macht in de arts-patiënt relatie, Trudie Knijn & Carla Verheyen over moederschap, Ludwien Meeuwesen over somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult, Noordenbos over onbegrensd lijnen en Janneke Van Mens-Verhulst over modelontwikkelingen voor vrouw- en hulpverlening. In 1989 volgde Annemarie Kolk over fobie; vervolgens in 1990, Nel Draijer over seksuele traumatisering in de jeugd en Gunilla Kleiverda over

trendrapport over onderzoek naar vrouwen en gezondheidszorg⁴⁸, leerstoelen,⁴⁹ en na 1997 een reeks onderzoeksprojecten gehonoreerd door ZONMW.⁵⁰ Omgekeerd betekenden de VHV-organen met hun opdrachten voor onderzoek bij tijd en wijle een steun in de rug voor academische vrouwenstudies. De studies op gebied van geweld⁵¹, kwaliteit⁵² en keuzen in de zorg⁵³ werden bijvoorbeeld uitgevoerd door universitaire onderzoeksters Vrouwenstudies.

Toen meer en meer feministische vrouwen doordrongen in de medische en psychologische wetenschappen, en daar ook onderzoek deden en publiceerden, verdween ook bij de vroege VHV'ers de ergste argwaan en wezen ze de fysiologische, neurologische en psychologische kennis niet meer bij voorbaat af. Het nieuwe credo werd dat er systematisch aandacht nodig is voor de wisselwerking tussen somatische, psychische en maatschappelijke factoren. Hiermee hield de VHV gelijke tred met de ontwikkelingen die rond 1995 in de psychologische wetenschappen gaande waren.

4. Integratie

Oorspronkelijk streefden de verschillende delen van de VHV-beweging ernaar dat de reguliere hulpverlening en gezondheidszorg in inhoud, werkvormen, hulpverleningsattitude en organisatie rekening gingen houden met vrouwen en vrouwelijkheid. De stilzwijgende norm van mannen en mannelijkheid moest verdwijnen. Deze doelstelling impliceerde niets minder dan een transformatie van de hulpverlening; een transformatie die aanvankelijk wel als het 'feminisering' is aangeduid.

In de jaren negentig ging men minder over vrouwen en vrouwelijkheid spreken en ging het vaker over 'seks' en de noodzaak van 'aandacht voor seks'. Optisch was hiermee de politieke lading van de VHV geneutraliseerd, maar binnen de VHV - en vrouwenstudies - had deze terminologie een complexe lading. Aan de ene kant ging het om de factor seks in de verklaring van ziekte en klachten van vrouwen en de interactie met hulpverleners (m/v). Daarbij werd seks als een gelaagd begrip opgevat – dus als een wisselwerking tussen biologische, psychische, sociale en culturele aspecten. Vandaar de uitbreiding naar

zwangerschap. In 1991 promoveerden Marrie Bekker over autonomieproblematiek, Toine Lagro-Janssen over urine-incontinentie, Anna Oldenhave over overgangsklachten, Katja van Vliet over onverklaarde gynaecologische klachten. In 1992 Renee Römken over geweld tegen vrouwen in relaties en Bernardine Ensink over seksuele kindermishandeling en psychiatrische symptomen; in 1993 Wies Weijts over patientenparticipatie bij gynaecologische consulten; in 1994 Fijgje de Boer over sekseverschillen in diagnostiek; in 1995 Cecile Gijsbers van Wijk over sekseverschillen in waarneming van symptomen, Sylvia Lammers over alcoholproblematiek onder vrouwen, Fransje Van der Waals over medicijngebruik en Majone Steketee met een evaluatiestudie van vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie; in 1996: Atie van de Brink Muinen op een vergelijking van VHV en reguliere medische zorg en in 1998 Ineke Klinge over osteoporose (broze botten). Voorgaand overzicht is gebaseerd op een eerste inventarisatie. Zie voor de titels de literatuurlijst elders in dit boek.

⁴⁸ Ludwien Meeuwesen et al., *Vrouwen en gezondheid. Een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen. 1970-1990* (Den Haag: Trendrapport STEO 1991). Hieruit blijkt hoeveel seksespecifieke kennis er in het tijdsbestek van 10 jaar in Nederland is geproduceerd.

⁴⁹ In 1995 werden er drie – bijzonder - hoogleraren benoemd: in Leiden, Nijmegen en Utrecht (UNIVERSITEIT VOOR HUMANISTIEK). Zie Van Gorp, 'Opleidingen VHV', *dit boek*. Anno 2008 is de Nijmeegse stoel, in het kader van huisartsgeneeskunde, als enige overgebleven.

⁵⁰ ZONMW startte in 1997 een programma 'M/V de factor seks in de gezondheidszorg'. Het programma maakte deel uit van het programma 'Diversiteit' en beschikte over een budget van ruim 3 miljoen euro. Een derde van de projecten betroffen wetenschappelijk onderzoek. Zie projectenpoort van ZONMW: www.zonmw.nl/projectenpoort. Toegang 8-5-2008.

⁵¹ Renee Römken en Nel Draaijer, maar ook Gerrie Huijts hebben onderzoek kunnen doen binnen de STICHTING TOT WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK OMTRENT SEKSUALITEIT EN GEWELD.

⁵² Project 'Kwaliteit van Vrouwenhulpverlening' onder leiding van Janneke van Mens-Verhulst.

⁵³ Claar Parlevliet en Selma Sevenhuijsen, *Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat over keuzen in de zorg* (Utrecht: Vrouwenstudies/ Metis 1992).

seks/gender. Aan de andere kant, en zeker zo belangrijk, verwees 'aandacht voor seks' (nog steeds) naar verschillende kennisposities. In totaal ging het er dus om vrouwen als slachtoffer van maatschappelijke achterstelling én om de seks van cliënten en patiënten in relatie tot hun hulpverlener (m/v) én tenslotte om vrouwen als experts.

Voor het realiseren van die transformatie onderhandelde de VHV-beweging met de overheid en ging ook samenwerkingsrelaties aan, onder andere in de figuur van de drie adviescommissies.⁵⁴ In dit proces begon men onderscheid te maken tussen de kleine en de grote integratie. De eerste moest feministische hulpverlening van een draagvlak in de reguliere instellingen voorzien en zorgen voor verankering in het beleid. De tweede moest VHV tot een vanzelfsprekendheid maken in het beleid van overheden, zorginstellingen, consumentenorganisaties en verzekeraars. Tezamen zouden ze voor mainstreaming van vrouwenhulpverlening zorgen.

In beide integratieprocessen heeft de VHV geprofiteerd van betrokken vrouwen op hoge overheidsposities. Denk aan de hoofd-inspecteurs van de Geestelijke Volksgezondheid Henny Verhagen en Maggie Lamping-Goos, die beiden een nota over vrouwenhulpverlening hebben laten uitbrengen. Denk ook aan de ministers Hedy d'Ancona (ook staatssecretaris) en Els Borst, die op beslissende momenten voor voortgang hebben gezorgd.

4.1 De kleine integratie⁵⁵

Om voor de lichamelijke tak van de gezondheidszorg de kleine integratie te bereiken hebben VGC's op den duur in toenemende mate contacten gelegd met Gemeentelijke GezondheidszorgDiensten. Her en der hebben zich ook feministische huisartsen en specialisten gevestigd, maar tot integratieprojecten in ziekenhuizen en dergelijke is het op een enkele uitzondering na nooit gekomen. Ook heeft er geen verankering in het beleid plaatsgevonden, al is er wel enkele jaren een emancipatieproject bij de KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST geweest.

Om integratie met de psychosociale hulpverlening te verwezenlijken hebben "de autonome projecten" al vroeg samenwerking gezocht met reguliere GGZ-instellingen. Hoe moeilijk dat aanvankelijk ging, is onder andere te lezen in het hoofdstuk over DE MAAN⁵⁶: hulpverleensters uit de reguliere zorg zagen in 1981 geen kans hun mondelinge instemming met de feministische aanpak van de Maanvrouwen officieel op schrift vast te leggen.

Het meeste werk voor de kleine integratie is waarschijnlijk verzet door de hulpverleensters die al werkzaam waren in de reguliere geestelijke gezondheidszorg en binnen de daar bestaande kaders en procedures 'aandacht voor vrouwen' vroegen. Dat gebeurde vaker in de lagere dan de hogere regionen en daarbij ontmoetten ze veel weerstanden onder teamleiders en directies. Maar hier en daar stonden ook (mannelijke) teamleiders of RIAGG-directeuren op die zich een bondgenoot toonden en het vrouwenoverleg, of later de aandachtsfunctionaris VHV, faciliteerden. Een krachtige impuls tot deze vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg, ook richting beleid, is uitgegaan van het koepelproject van de NVAGG.

Een aantal vrouwen uit de VHV-beweging koos er voor hun inzichten direct en individueel in de hulpverleningspraktijk te integreren door zich als zelfstandig aanbieder (psychiater of psychotherapeut) te vestigen. In die vorm beschikten ze over meer vrijheid om hun hulpverlening naar eigen inzichten in te richten en hoefden zij een deel van de 'lange

⁵⁴ Zie Van Mens-Verhulst en Waldijk, 'Vrouwenhulpverlening in Nederland', *dit boek*; Tiems, 'VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

⁵⁵ Zie ook Van Mens-Verhulst, 'De kleine integratie', *dit boek*.

⁵⁶ Zie Naezer, 'De Maan', *dit boek*.

mar's' door instellingen en overheidsbeleid niet zelf af te leggen. Hieruit is bijvoorbeeld het HENNY VERHAGEN CENTRUM voortgekomen en het zogenoemde derde circuit - met veel hulpverleners die spiritualiteit en creativiteit centraal stelden. Hun keuze betekende echter niet dat deze hulpverleners totaal buiten de georganiseerde gezondheidszorg stonden. Via de ziekteverzekeringen en vergoedingen van zorgverzekeraars waren zij deel van de reguliere gezondheidszorg.

4.2 Grote integratie

In het beleid dat de overheid voerde, drong het gedachtegoed van de VHV steeds beter door. Tussen 1975 en 2000 zien we hier een constante nadruk op integratie, zeker op landelijk niveau. Aanvankelijk formuleerde de overheid het integratiedoel in algemene termen, in de randvoorwaarden voor incidentele subsidies ter ondersteuning van vrouwenemancipatie in het algemeen. Toen het eerste overheidsorgaan op het gebied van VHV tot stand kwam, in de figuur van de PROJECTGROEP VHV onder auspiciën van het DIRECTORAAT COÖRDINATIE EMANCIPATIEZAKEN⁵⁷, spitsten de integratiedoelstellingen zich toe op gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Na 1986, met de overgang naar het Ministerie van WVC als subsidiërende instantie, worden de subsidies aan steeds specifiekere voorwaarden gekoppeld, opdat de integratie van VHV zou passen bij specifieke beleidsdoelstellingen van de overheid.⁵⁸ Een overheid, die inmiddels zelf ook een transformatie voor ogen had, zij het niet zo zeer van feministische dan wel van neoliberale snit.⁵⁹

Voor de VHV betekende deze gang van zaken dat ze telkens in andere termen gelegitimeerd werd in het overheidsbeleid. In het begin werd ze omarmd als een vorm van vrouwenemancipatie - en op gemeentelijk en provinciaal niveau is dat eigenlijk zo gebleven. Maar de ministers van volksgezondheid presenteerden VHV liever als een bijdrage aan goedkopere, efficiëntere en/of kwalitatief betere gezondheidszorg. Ook de pragmatische tak van de VHV-beweging prees zichzelf graag in die termen aan: als een vorm van 'vraaggerichte' zorg, 'zorg op maat', van 'evidence based medicine' of als een voorbeeld van aandacht voor vrouwen in achterstandposities. Daarmee werd VHV-deskundigheid een expertise die in uiteenlopende beleidsdoelen paste.⁶⁰ Dit bracht de VHV-beweging evenzovele kansen voor subsidie en steun, maar het leidde ook tot een sterk ad hoc karakter: om succesvol te zijn moest VHV met erg veel windrichtingen meewaaien en zich tegelijkertijd afsluiten voor de politieke en spirituele uiteinden van haar spectrum. Een van de effecten was dat de VHV gecompartmentaliseerd raakte over gezondheidszorg, welzijnswerk en zelfhulp.

Wat noch de autonome VHV-projecten, noch de feministen in de adviescommissies van de overheid, noch de vrouwen binnen de reguliere instellingen en de zelfstandig gevestigde vrouwenhulpverleners konden voorkomen, was dat twee andere partijen een eigen agenda volgden. Sinds de regering met instemming van een grote meerderheid van de Tweede Kamer in 1987 koos voor een koerswijziging richting marktwerking werden twee nieuwe spelers in de gezondheidszorg cruciaal: de verzekeraars en de NEDERLANDSE PATIËNTEN- EN CONSUMENTENFEDERATIE. Weliswaar liep het in de jaren negentig nog niet heel snel met privatisering en liberalisering van de gezondheidszorg in Nederland, maar grote verschuivingen begonnen zich toch af te tekenen.

⁵⁷ Zie Van Mens-Verhulst en Waldijk, 'Vrouwenhulpverlening in Nederland', *dit boek*; Tiems, VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

⁵⁸ Zie Tiems, 'VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

⁵⁹ Zie Waldijk, 'VHV en de verzorgingsstaat', *dit boek*.

⁶⁰ Zie ook Tiems, 'VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

Gedurende de jaren dat verschillende kabinetten meer marktwerking nastreefden hebben de verzekeraars zich slechts mondjesmaat bij de VHV laten betrekken. Dat gebeurde eerder op persoonlijke dan op formele basis. Het Werkprogramma VHV heeft geprobeerd daarin verandering te brengen door met het speerpunt “Naar reguliere financiering van VHV-zelfhulp” te anticiperen op de stelselherziening (die nog 14 jaar op zich zou laten wachten). Al in 1993 was duidelijk dat VHV(zelf)hulporganisaties zich tot zorgaanbieder zouden moeten ontwikkelen om voor financiering in aanmerking te komen.⁶¹ Daarvoor waren een heldere productprofilering (in termen van ziekte, dus volgens het klassieke paradigma) en een gunstige prijs-kwaliteitsverhouding nodig die verzekeraars ervan konden overtuigen dat substitutie van een andere verstrekking door VHV(zelf)hulp zou lonen.⁶² Op de korte termijn leek het echter het meest haalbaar de VHV(zelf)hulp onder te brengen in bestaande, reguliere behandelingen en zorgprogramma's. In 1996 blijkt daarvoor ook een springplank te zijn gevonden in de vorm van het zorgvernieuwingsfonds dat de overheid twee jaar tevoren in het leven heeft geroepen.⁶³

Voor de zorgverzekeraars was zo'n integratie natuurlijk verreweg de eenvoudigste oplossing want dan hoefden ze niet met een nieuwe partij om tafel. Hans Wiegel, als voorzitter van ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND en lid van het Comité van Aanbeveling voor Vrouwenhulpverlening formuleerde hun standpunt in 1999 als volgt: “Zorgverzekeraars letten vooral op een doelmatige organisatie van de zorg [...] Dat je daarbij rekening houdt met seksespecifieke verschillen, spreekt voor mij voor zich.”⁶⁴ Daarmee lag de bal feitelijk weer op de speelhelft van de aanbieders.

Op de markt van de gezondheidszorg was nog een derde partij actief, namelijk de patiënten- en consumentenfederaties. Zij vertegenwoordigden de andere positie die VHV-organisaties konden innemen als ze zich niet als aanbieder wilden of konden positioneren. Maar van oorsprong had de VHV-beweging die aanbieders- en consumentenkant nu juist in zich verenigd. Dus toen de herziening van het gezondheidsstelsel vereiste dat VHV-organisaties zouden kiezen tussen de status van patiëntenorganisatie of professionele aanbieder, was dat een duivels dilemma waarbij hoe dan ook waardevolle inzichten verloren zouden gaan. Van 1996 tot 2004 heeft zo'n FEDERATIE VROUWENZELFHULP, later STICHTING ANU, inderdaad bestaan⁶⁵ waarbij nooit een formele samenwerking met niet-feministische patiëntenorganisaties tot stand is gekomen. Des te interessanter is het dat er anno 2008 toch enkele VHV-activiteiten op de website van de NEDERLANDSE PATIËNTEN EN CONSUMENTENFEDERATIE (NPCF) zijn te vinden, via de trefwoorden “vrouwen”, “sekses” en “mannen”.⁶⁶

4.3 Verdamping van beleid, maar overleving in de praktijk

Tussen 1975 en 2000 heeft de VHV-beweging gemikt op verbetering van het leven van vrouwen en transformatie van het gezondheidszorgsysteem terwijl de overheid zich vooral beijverde om VHV te integreren in de bestaande voorzieningen.

⁶¹ Aaf Tiems (red.) *Over de integratie van vrouwenhulpverlening. De zes speerpunten van het werkprogramma Vrouwenhulpverlening*. (Rijswijk: WVC 1993), pp. 154-172.

⁶² Dit is wat De Beuk is gelukt. Zie Van Mens-Verhulst, ‘Vrouwen(zelf)hulp, dit boek.

⁶³ Regien Oomes, ‘Op zoek naar bondgenoten. Naar een reguliere financiering van vrouwenhulpverlening’, in: Aaf Tiems (red.) *De eerste jaren* (Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1996).

⁶⁴ In *Naar een seksespecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21^{ste} eeuw*, de eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de STUURGROEP VROUWENHULPVERLENING van VWS, liet hij de veelbelovende zin opnemen.

⁶⁵ Zie Van Mens-Verhulst, ‘Vrouwen(zelf)hulp’, dit boek.

⁶⁶ Zie www.npcf.nl. Toegang 7-5-2008.

De integratie van de VHV op overheidsniveau is gesymboliseerd in drie achtereenvolgende overheidsorganen: de PROJECTGROEP (1983-1986), de ADVIESRAAD (1988-1991) en de STUURGROEP VHV (1996-1999). Wie de jaartallen zo achter elkaar leest, wordt getroffen door de merkwaardige haperingen: telkens duurt het twee jaar voordat een ander orgaan van start gaat, terwijl de taken volgens Aaf Tiems⁶⁷ niet wezenlijk verschillen van het vorige orgaan. Ook in andere opzichten deden zich soms onbegrijpelijke vertragingen voor. Bijvoorbeeld het langdurig uitstellen van de behandeling van de voortgangsnotitie VHV in de Tweede Kamer (waardoor BALSEMIEN's lobby mislukte). Of het twee jaar – onnodig - wachten met het opstarten van het M/V-programma van ZORGONDERZOEK NEDERLAND totdat de STUURGROEP met haar eindrapport was verschenen.

Vanaf 1992 heeft de overheid geprobeerd de verantwoordelijkheden voor de integratie bij de veldpartijen (aanbieders en verzekeraars) neer te leggen, vanwege de (voorgenomen) stelselwijzigingen in de gezondheidszorg. Dit heeft de VHV-beweging aangevochten omdat zij vreesde deze manoeuvre niet te overleven. De tevredenheid was dus groot toen die beslissing naderhand werd teruggedraaid⁶⁸, maar dit succes heeft geen lange adem heeft gehad.⁶⁹

Wat er van de integratie op instellingsniveau resteert, is nog niet systematisch nagegaan. Maar op grond van de post scripta in ons boek valt te vrezen dat veel van het VHV-beleid is verdampt. Er zijn, naar wij weten, nog maar enkele instellingen over waar VHV – onder de noemer seksespecifieke hulpverlening – een apart onderdeel of aandachtspunt is van het instellingsbeleid. Een daarvan is ALTRECHT, met een stafafdeling seksespecifieke hulpverlening. Verder zijn er enkele GGZ-conglomeraten die oorspronkelijk vrouwenhulpcentra onder hun afdelingen tellen. Bijvoorbeeld LENTIS met DE BERKENHOF en DE GEESTGRONDEN met het HENNY VERHAGEN CENTRUM.⁷⁰ Maar ook in die gevallen geldt wat het VERWEIJ-JONKER INSTITUUT al in 2002 constateerde: dat de seksespecifieke hulpverlening als specifiek aanbod (vrijwel) onzichtbaar is geworden, met uitzondering van de geweldshulpverlening.⁷¹

Deze beleidsverdamping betekent echter niet dat ook de lessen van de VHVbeweging verdampt zouden zijn. In de laatste paragrafen staan we stil bij wat professionals, patiënten en politici anno 2008 kunnen leren van de feministische bemoeienissen met de hulpverlening en gezondheidszorg.

5. Erven van de vrouwenhulpverlening

Duidelijk is dat de vrouwenhulpverlening van het laatste kwart van de 20^{ste} eeuw geen kant en klaar pakket van oplossingen heeft nagelaten. Daarvoor was de beweging te gevarieerd en waren de werkerreinen te divers. In die zin is de boedel in onderdelen uiteengevallen en zijn er vele erfgenamen. Toch is er ook een grote erfenis die iedereen aangaat. We vatten die erfenis hier samen als drie hulpverleningsdilemma's.

5.1. De spanning tussen de expertise van de hulpverlener en de deskundigheid van de cliënt.

⁶⁷ Zie Tiems, 'VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

⁶⁸ Zie Tiems, 'VHV in het overheidsbeleid', *dit boek*.

⁶⁹ Zie Waldijk, 'VHV en de verzorgingsstaat', *dit boek*.

⁷⁰ Zie Van Mens-Verhulst, 'De kleine integratie', *dit boek*. Over de BERKENHOF, zie www.welns/berkenhof. Toegang 8-5-2008. Over de voorgeschiedenis van De Berkenhof zie Fred Oosting en Anneke Mulder, 'De Berkenhof', Berteke Waldijk en Geertje Dimmendaal, *Vrouw en verzorgingsstaat*. Groniek, 1987, 20, pp. 27-36.

⁷¹ Zie Van Mens-Verhulst, 'De kleine integratie', *dit boek*.

VHV'sters hebben laten zien dat goede hulpverlening de stem en de ervaringen van cliënten serieus neemt en kan erkennen als ervaringskennis of kan incorporeren als ervaringsdeskundigheid. Hiermee knaagden zij aan het gezag van de hulpverlener (m/v). Hulpverleners arrogantie (zelfs onderdrukking) verwijten was simpel en legitiem zolang die hulpverlener de spreekwoordelijke man was die niet luisterde naar vrouwelijke patiënten. Maar er ontstond een paradox toen VHV'sters zelf de rol kregen van expert, de nieuwe deskundigen werden, gingen meespreken in instellingen, verantwoordelijkheid namen voor behandelplannen en ervaringen van vrouwen omzetten in de taal van professionals en beleidsmakers. Door de integratie-activiteiten was de kennis en inzicht van VHV "op reis" gegaan en veranderde de tegendraadse kennis uit de praatgroep of het autonome VHVproject in expertise voor professionals. Ze ging deel uitmaken van intakeprocedures en werd onderdeel van de uniformering in de reguliere hulpverlening.

Zo kwam de VHV-beweging voor een nieuwe opdracht te staan, namelijk vormgeven aan hulpverlening en gezondheidszorg waarin professionele expertise gestalte krijgt *zonder cliënten te kort te doen*. Hiervoor hebben VHV'sters uiteenlopende "oplossingen" beproefd. Sommigen, zoals in BVML, probeerden zo ver mogelijk verwijderd te blijven van hulpverlening en zouden zichzelf nooit VHV'sters noemen. Anderen, zoals de medewerkers van VGC's en ALETTA, zochten juist een nieuwe organisatievorm waarin belangenbehartiging, hulpverlening en lotgenotencontact naast elkaar bestonden. Vele VHV'sters, bijvoorbeeld binnen de RIAGG's, integreerden hun eigen ervaringsdeskundigheid in hun werk in de reguliere zorg of haalden de ervaringsdeskundigheid op andere wijze binnen. Nog een andere stap is gezet door onder andere psychiater Ilonka Boomsma die de eigen scholingsdeskundigheid juist inzet naast de ervaringsdeskundigheid van de cliënt⁷² en in 2006 samen met TRRANSACT het initiatief heeft genomen tot een expertmeeting rond de vraag hoe sekse- gender- en etnisch specifieke kennis is te integreren in de multidisciplinaire richtlijnen voor de geestelijke gezondheidszorg.⁷³ Enkele initiatieven, waaronder de VSK⁷⁴, kozen uiteindelijk voor een bestaan als patiëntenorganisatie.

Het is onmogelijk uit deze waaier van oplossingen één als de juiste aan te wijzen, omdat ze allemaal voor- en nadelen hebben die op zich weer samenhangen met de lokale context waarin ze dienst moeten doen. Waar het echter om gaat - en wat de VHV als geen andere gezondheidszorgbeweging heeft laten zien - is dat de zoektocht naar een adequate verhouding tussen de deskundigheid van de hulpverlener (m.v) en van de cliënt (m/v) een permanente opdracht is voor wie een goede gezondheidszorg beoogt.

5.2 Omgaan met (meervoudige) verschillen

Het tweede dilemma betreft de vraag hoe je kunt denken over sekseverschillen zonder alle vrouwen over één kam te scheren.

Historisch gezien is het belangrijk te bedenken dat het denken over vrouwen, vrouwelijkheid en hun maatschappelijke achterstand in de jaren zeventig van de 20^{ste} eeuw nog geen deel uitmaakte van het publieke en professionele vertoog. Het is de vrouwenbeweging die sekseverschillen op de agenda heeft gezet en dat op twee manieren. Het erkennen van vrouwen als object van onderzoek of voorwerp van professionele kennis vond ze namelijk niet genoeg. Vrouwen moesten zich ook zélf over hun positie kunnen uitspreken

⁷² Van Mens-Verhulst, 'De kleine integratie', *dit boek*.

⁷³ Jaap van der Stel, *Resultaten expertmeeting sekse, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de psychiatrie. Hoe verder met de multidisciplinaire richtlijnen. Een initiatief genomen door Ilonka Boomsma* (Bennebroek: De Geestgronden 2006).

⁷⁴ Boet, 'Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling', *dit boek*.

(“een stem krijgen”), dus met andere woorden als kennisproducent worden erkend. Deze twee eisen stonden ook op de agenda van de VHV-beweging en zij deelde die met de internationale vrouwengezondheidsbeweging.⁷⁵

Misschien anders dan aanvankelijk verwacht, heeft het spreken van vrouwen niet één maar vele verschillende verhalen opgeleverd. Sommige vrouwen voelden het als een bevrijding om te ontdekken dat hun psychologisch geduide klachten sociale oorzaken hadden. Anderen vonden het een verademing om de fysieke oorzaken van hun klachten te kunnen duiden. Veel vrouwen ontdekten in groeps- en individuele therapie dat juist inzicht in psychische mechanismen hen sterker maakte. Voor weer anderen was het spreken over de gedeelde ervaringen met homofobie of leeftijdsdiscriminatie bevrijdend.

Van deze verhalen zijn die over vrouwelijke homoseksualiteit, moederschap en leeftijd relatief snel opgenomen in het vertoog over sekse en gezondheid en dat heeft nieuwe dimensies in het denken over sekseverschil gebracht. Voor andere verschillen was de discursieve ruimte minder toegankelijk: vooral het etniciteitsverschil bleef lang onbesproken. Verschillen in klasse en opleidingsniveau liet men – ook in de VHV – dikwijls over aan het maatschappelijk werk.⁷⁶

De VHV-beweging heeft de discursieve ruimte van het denken over gezondheidszorg zo opgerekt dat er plaats kwam voor sekseverschillen. Als zodanig is VHV een belangrijke wegbereidster geweest voor het fundamenteel omgaan met etniciteitsverschillen. In het kielzog van aandacht voor sekse kon ook aandacht voor etniciteit een plaats veroveren in de gezondheidszorg. Van die functie getuigt ook het manifest “Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw”⁷⁷, dat zich expliciet op het voorbeeld van de vrouwenhulpverlening beroept.

Geleidelijk ontstond er in het denkkader van de VHV-beweging ruimte voor de verschillen tussen vrouwen, naast de overeenkomsten⁷⁸. Aanvankelijk werden die verschillen vooral door de VHV-sters vooral gezien als onderverdelingen binnen de vrouwelijke sekse, en op die manier werden in beleid en bij projecten steeds kleinere doelgroepen beschreven: niet alle vrouwen, maar oudere vrouwen, of lesbische vrouwen, of vrouwen met kinderen, of alleenstaande vrouwen met kinderen.

Dankzij het recent ontwikkeld kruispuntdenken, kan sekse-specifieke hulpverlening zich inmiddels losmaken van de gewoonte ‘sekse’ automatisch bovenaan te zetten alsof dat in ieder omstandigheid het belangrijkste verschil is. Men is nu in staat sekse “tegelijk met andere verschillen” te denken: een intersectionele opvatting van diversiteit.⁷⁹ Dit heeft de toenadering tot de interculturele hulpverlening bevorderd.⁸⁰

Hiermee blijft de sekse-specifieke hulpverlening in de traditie van de VHV-beweging, die immers een van de pioniers is geweest in het verkennen en benoemen van maatschappelijke verschillen in de praktijk. Dit inzicht in het omgaan met verschillen levert – wederom - geen pasklare oplossing voor de gezondheidszorg op, maar sensitiviteit helpt hulpverleners (m/v) wel voor het dilemma hoe je kennis over sekse en andere maatschappelijke verschillen inzet.

⁷⁵ Vgl Davis (2007).

⁷⁶ Schilder (1990).

⁷⁷ Rob van Dijk, Indra Boedjarath, Joop de Jong, Ronald May en Rianne Wesenbeek, ‘Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest’, *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 2000, pp. 134-144.

⁷⁸ Janneke van Mens-Verhulst, ‘Diversiteit in theorie en praktijk. Een bericht uit de feministische hulpverlening’, *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2001, 2 (6), pp. 7-17.

⁷⁹ Janneke van Mens-Verhulst, *Intersectionaliteit in vijf veronderstellingen*. Zie www.vanmens.info/verhulst. Toegang 7-5-2008; Gloria Wekker en Rosi Braidotti (red.) *Praten in het donker. Multiculturalisme en anti-racisme in feministisch perspectief* (Kampen: Kok Agora 1996).

⁸⁰ Annie Ouden Avenhuis en Roos Scherpenzeel, *Wisselende perspectieven, sensitiviteit voor sekse en cultuur* (Utrecht: TransAct, 2006).

5.3. Verbinding tussen politieke en persoonlijke

Het derde dilemma, is de kwestie hoe politieke betrokkenheid en individuele hulpverlening zijn te combineren.

De VHV-beweging is begonnen met een duidelijke politieke agenda: de maatschappelijke achterstelling van vrouwen moest verdwijnen. Al snel werd duidelijk dat juist die doelstelling niet werd overgenomen door “de gevestigden”. Een van de trucs die de vrouwen uit de beweging vervolgens toepasten was woordkeus: in plaats van feministische hulpverlening spraken zij over vrouwenhulpverlening. De PROJECTGROEP heeft vervolgens geprobeerd dat begrip ongedefinieerd te laten, misschien wel om een debat over de politieke lading te vermijden. Voor beleidsmakers en minister was die ongedefinieerdheid echter niet acceptabel. Er kwam een formele definitie van vrouwenhulpverlening die wel sprak van verandering maar niet van maatschappelijke veranderingen.⁸¹ Later is de term ‘sekse’ ingezet. Ook die term kon – net als ‘vrouwen’ in vrouwenhulpverlening - zowel politiek beladen als politiek neutraal worden uitgelegd. De geschiedenis van de VHV is daarmee geen verhaal geworden van louter aanpassing aan liberale politiek

De VHV-beweging heeft laten zien dat de gezondheidszorg op belangrijke punten kan veranderen via een strategie van kleine stapjes en met behulp van bondgenootschappen tussen radicale buitenstaanders en betrokken professionals die binnen reguliere organisaties werken. Die bondgenootschappen kregen in de VHV op verschillende manieren vorm – we zagen in dit boek persoonlijke contacten, felle debatten en scherpe onderlinge kritiek, maar ook wederzijdse inspiratie.

Niet alleen in het formuleren van beleid en kiezen van strategieën bleek politieke stellingname een lastige partner, maar ook in de dagelijkse praktijk van hulpverlening. Want hoe verleen je politiserende hulp in een individuele in plaats van een groepssetting? En hoe behoud je kritische aandacht voor maatschappelijke ongelijkheid wanneer de cliënten daar zelf geen boodschap aan hebben? Dat laatste maakten de BVML-huizen dagelijks mee. In de loop van de tijd zijn deze problemen in heel wat methodiekboeken aan de orde gekomen..

En dan waren er de persoonlijke dilemma’s: blijf je actief als radicale buitenstaander of streef je ernaar een stevige professional op een hoge positie te worden? Nogal wat vrouwen uit de VHV hebben de stap gemaakt van radicale buitenstaander naar professional op hoge positie. Dat is niet altijd eenvoudig geweest maar uiteindelijk voelden de meesten zich daar wel bij. Zij zijn, al dan niet gepensioneerd, de mogelijke bondgenoten voor nieuwe outsiders die in de 21^{ste} eeuw zullen proberen de gezondheidszorg met radicale kritiek in beweging te brengen.

⁸¹ Zie ook Tiems, ‘VHV in het overheidsbeleid’, *dit boek*.