

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:
[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

EMANCIPATORISCH ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGFoto: Bladwijzer niet gedownload

EMANCIPATORISCHE ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

Lezing in het gelijknamige symposium van de Stichting Mr. A.E. Ribbius Peletierfonds, ter gelegenheid van de prijsuitreiking op 21 maart 1997.

Janneke van Mens-Verhulst
Door Janneke van Mens-Verhulst, Bijzonder Hoogleraar *Feminisme, Humanisme en Emancipatievraagstukken, i.h.b. vrouwenhulpverlening* namens de stichting mr. A.E. Ribbius Peletier.

Van de vele ontwikkelingen in de zorg die als emancipatorisch zijn aan te merken, is de vrouwenhulpverlening (VHV) een buitengewoon interessant voorbeeld. VHV is namelijk voortgekomen uit de feministische protesten tegen de hulpverlening die in het begin van de jaren zeventig gebruikelijk was, en uitgegroeid tot een innovatieve beweging, met een eigen aanbod.

Ik ga eerst in op de historische ontwikkelingen, vanuit de invalshoek van institutionalisering en professionalisering. Daarbij komen zowel de behaalde successen als de tegenvallers en vervolproblemen aan de orde. Ik vat die samen in een aantal paradoxen van emancipatie en eindig met de presentatie van een nieuw speerpunt voor wetenschappelijk en politiek beleid. Zo hoop ik met mijn verhaal de vergelijking met andere emancipatorische ontwikkelingen mogelijk te maken en tegelijkertijd mijn co-referenten uit te dagen tot hoogwaardig en toch gratis advies.

Vrouwenhulpverlening

Het protest van de VHV richtte zich tegen zaken die nog steeds actueel zijn, zoals de objectivering van patiënten, onterechte reductie of foutieve trechtering van problemen, het gebrek aan medemenselijkheid in de bejegening door therapeuten, het machtsmisbruik van professionals en de maatschappelijke buitensluiting van zieken. Een reeks die ons nu helaas bijna vertrouwd in de oren klinkt, maar die destijds met veel moeite is samengesteld.

Van de oorspronkelijke zelfhulpinitiatieven kennen we nog steeds de resultaten, in de vorm van groepen voor Vrouwen in de Overgang en Blijf van mijn Lijf-huizen, de vrouwentherapie- en gezondheidscentra, de activiteiten van Vrouwen met baarmoederproblematiek en het netwerk van FORT-groepen, hoewel de naamgeving soms wat veranderd is en de aantallen deelnemende vrouwen fluctueren. Maar inmiddels is er ook op veel plekken in de reguliere zorg en maatschappelijke dienstverlening VHV te vinden) Zo doen alle 58 Riaggs aan een of andere vorm van VHV, alsmede tweederde van de psychiatrische inrichtingen. Ook is er een grote groep

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

zelfstandig gevestigde therapeuten die zich als vrouwenhulpverleenster presenteren.

Daarnaast is er een infrastructuur gegroeid die inmiddels geconcentreerd is in drie landelijke ondersteunings- en voorlichtingsorganisaties: Transact voor sekse-specifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld, Aletta voor de vrouwengezondheidszorg (meer op de medische sector georiënteerd) en de Federatie voor Vrouwenzelfhulp. Overigens zijn de eerste twee organisaties op termijn gesteld: dit jaar is het laatste jaar dat ze op subsidie van VWS kunnen rekenen.

Anno 1997 staat de term 'vrouwenhulpverlening' voor een verzameling hulpverlenings en gezondheidszorgprojecten die onderling sterk variëren in hun sekse-specifiek, emancipatoir, cliëntvriendelijk en holistisch gehalte.¹ Gemakshalve spreek ik hier toch van 'de' VHV alsof het gaat om een intern homogene beweging, maar ik wil wel even aantekenen dat ook emancipatiebewegingen, net zoals de hele samenleving, worstelen met de heterogenisering van collectiviteiten.² Ter illustratie: de rest van mijn verhaal kan niet de gehele VHV bestrijken. Ik moet me beperken tot een van de VHV-segmenten en dat zal het gebied van de psychosociale begeleiding en geestelijke gezondheidszorg zijn.

De VHV heeft zich, zoals gezegd, omgevormd van een kritische tot een innovatieve beweging op zowel inhoudelijk, methodisch, organisatorisch als sociaal gebied. Wel een beweging die radicale zorgverandering beoogde, want de ministeriële Adviesgroep VHV noemt als doelstellingen in haar scenario voor het jaar 2000:

'De gezondheidszorg is grotendeels ontdaan van seksestereotiepe denkbeelden, normen en bejegeningen.

De kunstmatige scheiding tussen individu en maatschappij, lichaam en geest, geestelijke en somatische zorg, gezondheidszorg en dienstverlening en tussen "lekenkennis" en "professionele kennis" is doorbroken;

Het accent ligt op gezondheidsbevordering en het voorkómen van problemen, en het netwerk van vrouwenhulpverleningsvoorzieningen is financieel-organisatorisch geïntegreerd in de zorgstructuur.³

Institutionalisering

Met deze radicale verandering is een proces van grote en kleine integratie gemoed. De grote integratie betreft het inhoudelijke en financieel-organisatorisch beleid van overheden, zorginstellingen, consumentenorganisaties en verzekeraars. De kleine integratie speelt zich af in de instellingen, waar het draagvlak moet worden gecreëerd en de veranderingen moeten worden verankerd in het beleid.

In de grote integratie heeft de overheid een belangrijke - en internationaal gezien unieke - rol gespeeld door experimenten (zoals de centra voor vrouwenhulpverlenings en vrouwengezondheidszorg) te subsidiëren en door integratieprojecten te financieren.

Voor dat beleid hebben in de loop der tijd verschillende legitimaties naast elkaar dienst gedaan. Er is het emancipatie-argument: vrouwen hebben een achter-

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

["Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen"]

stand in de gezondheidszorg. Er is het distributie-argument: de toegankelijkheid van de verschillende zorgchelons is voor vrouwen en mannen niet gelijk (Recentelijk is dit nog aangetoond in het rapport over de betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland⁴). Er is het kwaliteitsargument: de principes van de vrouwenhulpverlening beloven betere zorg, niet alleen voor vrouwen maar voor alle groepen in de samenleving en in het bijzonder de minder geprivilegieerden. Er is het innovatie-argument: VHV maakt zich sterk voor een cliëntgerichtheid die goed leek te passen in een overheidsbeleid dat geënt is op de marktwerking a la Dekker; VHV als hefboom dus. Onderwijl speelde ook steeds het kostenargument. Vrouwenhulpverlening zou goedkoper zijn omdat het in groepen werkte en omdat het het shoppen van hulpvraagsters zou afstoppen.

De VHV heeft op al die argumentaties ingespeeld. Maar één argumentatie is eigenlijk opvallend weinig aan de orde geweest, en dat is het effectiviteitsargument. Vermoedelijk hadden beide actoren hun eigen redenen om die kaart niet te spelen.

Het spelersveld waarop de VHV haar institutionalisering vorm geeft is met de stelselherziening van de afgelopen jaren echter drastisch veranderd. Nu de overheid is afgestapt van de actief sturende en organiserende rol die ze in de jaren zeventig op zich had genomen en zich beperkt tot wetgevende en toezichthoudende taken, moet er met andere financiers worden onderhandeld. Die zijn minder gevoelig voor de morele strategie van de vrouwenhulpverlening (in de trant van "vrouwen hebben recht op" of "de overheid is verplicht tot"). Voortaan zijn zakelijker argumentaties vereist.

De maatschappelijke dienstverlening en de ambulante geestelijke gezondheidszorg - juist de velden waarin vrouwenhulpverlening zich dankzij de integratieprojecten de meeste erkenning verworven had - zijn inmiddels opgegaan in grotere koepels. Tegelijkertijd is het aantal niveaus waarop institutionalisering nodig is, toegenomen, want met de functionele decentralisatie in de zorg hebben de regio's een belangrijke stem in het kapittel gekregen. In die fusies en samenwerkingsverbanden is vrouwenhulpverlening echter ternauwernood partij of thema.

Negatie van VHV is overigens geen nieuw gegeven. De beleidspolitieke negatie door adviescommissies en adviesraden is al eerder signaleerd, met name rond het werk en de samenstelling van de commissie Dunning⁵. Daarin heeft de VHV bijvoorbeeld geen rol van betekenis mogen spelen (al heeft het landelijk bureau voor VHV - Metis- naderhand een indrukwekkende bijdrage geleverd aan het debat rond keuzen in de zorg.⁶)

Wel is onverwacht dat die negatie zich op de lagere niveaus weer kan uitbreiden door verandering van de structuren. Voor de VHV is de consequentie van deze veranderende omgeving, dat de met veel moeite opgebouwde contacten snel aan waarde verliezen. Door die veroudering van de zogenoemde "procedurele successen" raakt het proces van de grote integratie gestagneerd.

Onderwijl is de kleine integratie van het aanbod in de instellingen nog steeds gaande. Uit het vorig jaar verschenen onderzoek van het Verwey-Jonkerinstituut⁷ blijkt dat dat proces verder gevorderd is in de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen dan in de

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen en Psychiatrische Woonvoorzieningen, maar dat ook in de APZ'en de integratie in het beleid slechts moeizaam vordert.

De verklaring voor de traagheid van inhoudelijke vernieuwing zou moeten worden gezocht in de geringe sturingsmogelijkheden van directies en de autonomie van professionals, als het gaat om het zorginhoudelijk terrein⁸. Een treurig vooruitzicht voor iedere inhoudelijke vernieuwing, dus.

Gelukkig is in 1993, dus nog ten tijde van minister d'Ancona, het speerpuntenprogramma VHV opgestart: deze keer met de overheid in de rol van 'makelaar' en hooguit médefinancier. Voor de GGZ moet het project *Interinstitutionele toetsing* de verdere implementatie van VHV bewerkstelligen.

Wat er na 1997 gaat gebeuren - als het werkprogramma VHV is afgerond - is nog onduidelijk. Zorgelijk vind ik dat het werkprogramma zich alleen maar bezig heeft gehouden/ bezig kon houden met implementatie in de praktijk en uitdrukkelijk niet met integratie in beroepsopleidingen of onderzoeksprogramma's. Dit betekent immers dat de kennisvoorziening, juist voor degenen die de zorginhoudelijke vernieuwing moeten bewerkstelligen, ernstig in gebreke blijft.

Professionalisering

Vanuit mijn positie aan de universiteit is de professionalisering van VHV mij altijd zeer ter harte gegaan.

Om misverstanden te vermijden: ik doel hier op professionalisering in methodische, theoretische en normatieve zin. Mijns inziens heeft de wetenschap hierin een dienende taak, namelijk bij te dragen aan het zelfbegrip van de VHV-beweging en aan een hogere kwaliteit van handelen in de zin van grotere doordachtheid.

Overigens wil ik die tweede kant van professionalisering niet ontkennen: natuurlijk betekent professionalisering ook beroep- en machtsvorming voor de betrokken professionals. De VHV heeft natuurlijk op een niet te onderschatten wijze bijgedragen aan de emancipatie van haar voorvechtsters - zoals ik zelf kan getuigen.

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

Weliswaar ontbrak in veel van die opleidingen de feministische touch, maar dat kon worden aangevuld met - facultatieve - studiedagen, methodiektrainingen, intervisiegroepen, nieuwsbrieven, enzovoorts. Soms was dit soort deskundigheidsbevordering in regulier verband georganiseerd (de RINO's bijvoorbeeld); vaker gebeurde het alternatief en incidenteel.

In 1985 is er een eigen opleiding in feministische hulpverlening van de grond gekomen: de Leergangen VHV. Daar kon men van ervaringsdeskundige ook ge-

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

schoold deskundige worden; en geschoolden konden er bijscholing halen. Dat kan heden ten dage nog steeds, zij het dat de Leergangen inmiddels, op last van het ministerie, gefuseerd zijn in het al eerder genoemde Transact.

Tot op heden heeft het de VHV echter ontbroken aan een stevige universitaire uitvalsbasis - om het maar even in strategische termen te zeggen. Een korte verkenning⁹ leert dat er aan onze Nederlandse universiteiten jaarlijks maar acht cursussen draaien die stukken van het gedachtengoed van de VHV aan psychologen, pedagogen en sociologen overdragen. Ter vergelijking: in totaal worden er jaarlijks aan diezelfde universiteiten zo'n duizend cursussen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg gegeven.

Terug naar de wel bestaande opleidingspoot van de VHV. Interessant zijn zowel de constanten als de verschuivingen die in de loop der jaren zijn opgetreden in het cursuspakket van wat ik gemakshalve even de Leergangen blijf noemen.

Actueel zijn gebleven de onderwerpen: socialisatie, moeder-dochter problematiek, seksualiteitsproblemen, spiritualiteit, eetverslaving, seksueel geweld, lichaamsgericht werken en groepswork. Nieuwer zijn langdurige zorgafhankelijkheid, zorgprogramma's, burn-out van hulpverleners en religie.

Uit het aanbod verdwenen zijn sociaal gedefinieerde doelgroepen (zoals oudere vrouwen of zwarte en migrantenvrouwen) en strategische vraagstukken rond integratie en implementatie van vrouwenhulpverlening. Daarentegen is er een basiscursus mannenhulpverlening bijgekomen.

Met andere woorden: seksspecificiteit staat voorop. Het emancipatoir, cliëntvriendelijk en holistisch gehalte laat zich raden en de aandacht voor veranderingsstrategieën en beleidsvraagstukken lijkt verdwenen. Concluderen dat de emancipatorische radicaliteit van VHV `dus' verloren is gegaan, zou voorbarig zijn, maar ze wordt op zijn minst verhuld in voor de omgeving minder enerverende termen (zoals de term vrouwenhulpverlening zelf ooit is geïntroduceerd als eufemisme voor feministische hulpverlening). Toch denk ik dat dit veranderend taalspel wel degelijk duidt op een cruciale fase in de ontwikkeling van een emancipatorische hulpverleningsbeweging, namelijk die van afnemende tegenbeweging¹⁰ en toenemende aanpassing.

Afnemend emancipatorisch gehalte?

Het is al weer twee jaar geleden dat het congres `de Beweging in Beweging' werd georganiseerd - naar aanleiding van het uitkomen van de bundel Debatten in de vrouwenhulpverlening¹.

Centrale vraag was hoe de VHV in beweging kon blijven, omdat een hulpverlening die alleen maar meer van hetzelfde doet op den duur misschien niet haar professionele, maar wel haar maatschappelijke legitimatie verliest: ze sluit niet meer aan op de haar omringende wereld en boet zo in aan levensvatbaarheid.

Bij die gelegenheid heb ik al geconstateerd dat de beweging van de VHV-

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

beweging zich vooral manifesteert in het seksespecifiek maken van de disciplines en onderdelen van het hulpverleningsproces (diagnoses, methoden en werkvormen). De emancipatorische gezindheid lijkt versmald te zijn tot een persoonlijk beleefde emancipatie. Maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de komst van vluchtelingen, maar ook de toenemende medisch-technologische mogelijkheden) worden niet snel opgepikt¹¹.

De voortdurende analyse van maatschappelijke in- en uitsluitingsprocessen die zo kenmerkend was voor de grassroot beweging van het begin, lijkt stil te liggen. Of moet ik zeggen dat ze is "gedelegeerd" aan de landelijke organisatie? Want die wijst in haar beleid wel nieuwe doelgroepen aan waarvoor dan aparte projecten worden gecreëerd -bijvoorbeeld voor meiden, oudere vrouwen en gehandicapten. Eén daarvan is Targuia, het landelijk steunpunt voor zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen dat de toegankelijkheid van de zorg en hulpverlening moet vergroten en de kwaliteit moet verbeteren.

Wat Targuia betreft, lijkt de geschiedenis van de vrouwenhulpverlening zich min of meer te herhalen: er is een empowermentstrategie uitgezet, er wordt een visie geformuleerd, er verschijnen nieuwsbrieven¹², enzovoorts. Maar in tegenstelling tot 15 of 20 jaar geleden is het verloop van dit proces veel minder spontaan. Het is een project waarvoor binnen de vrouwenhulpverleningsorganisaties en de organisaties voor buitenlanders en vluchtelingen een aparte emancipatiewerkster uit de doelgroep is aangesteld.

Zo'n project ontmoet vervolgens ook intern allerlei problemen waar de vrouwenhulpverlening elders, in het kader van kleine integratie, tegenaan is gelopen. Belangrijke wending is, dat de interne culturele en etnische verschillen onder ogen moeten worden gezien. Daarbij nemen de witte, hoog opgeleide, autochtone vrouwen met een al of niet betaalde baan niet langer de achtergestelde maar de geprivilegieerde positie in. Zij moeten zich nu bezinnen op hun etnische stereotypen, hun vertogen over autonomie en hun idealen van gelijkwaardigheid¹³.

Paradoxen

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

De differentiatieparadox wijst erop dat de splitsing van een emancipatiebeweging als de VHV over zoveel sectoren en disciplines van zorg, en de daarmee gepaard gaande specialisatie, de interne communicatie- en samenwerking ingewikkelder maakt. Gevoegd bij de schaalvergroting, leidt dat tot een sterk verminderde meeropbrengst van inspanningen.

De homogeniseringsparadox vestigt er de aandacht op dat emancipatie en

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

professionalisering een homogenisering oproepen die op zich weer interne emancipatie noodzakelijk maakt van groeperingen die ten onrechte gehomogeniseerd zijn of gemarginaliseerd zijn gebleven (denk aan zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen, maar ook aan lesbische psychiatrische patiëntes of chronisch zieke vrouwen).

De professionaliseringsparadox attendeert er op dat de voortschrijdende beroepsvorming en kwaliteitsverhoging in een emancipatorische zorgbeweging gepaard met allerlei processen waartegen diezelfde beweging zich oorspronkelijk verzette. In het geval van de vrouwenhulpverlening dreigen therapeutisering en maternalisme de politiserende en emanciperende meerwaarde te ondermijnen, bijvoorbeeld. Tot nu toe is men er in geslaagd een energievretende methodenstrijd te vermijden en tegenstellingen in termen van dilemma's te formuleren, maar met de toenemende diversiteit van problemen, cliëntgroepen en interventiemogelijkheden is het ontbranden van zo'n interne strijd niet denkbeeldig.

De integratieparadox zegt dat naarmate een emancipatiebeweging beter in haar integratie-opdracht slaagt, het moeilijker is haar eigen meerwaarde nog te profileren ten opzichte van haar integratiepartners. Dit zien we bijvoorbeeld bij het principe van cliëntvriendelijkheid dat nu - weliswaar sterk verdund en gerationaliseerd - is omhelsd door de gehele gezondheidszorg.

Volgens de succesparadox tenslotte kan een emancipatiebeweging zoveel vooruitgang boeken dat ze daarmee haar draagvlak en potentiële aanwas verspeelt. Het oorspronkelijke probleem lijkt achterhaald (er is immers aandacht voor vrouwspecifieke problematiek en je krijgt toch een vrouwelijke therapeut als je dat wilt) - en is dat in sommige gevallen misschien ook¹⁴. Dat er inmiddels nieuwe problemen ontstaan zijn ten gevolge van het emancipatieproces of ten gevolge van andere (bijvoorbeeld technologische) ontwikkelingen, blijft onopgemerkt¹⁵.

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

De noodzaak van een lerende beweging

Emancipatiebewegingen hebben te maken met de problematiek die achter de term 'lerende organisatie' schuil gaat, want ze moeten zich staande houden in een snel veranderende omgeving.

De reguliere opleidingen voor gezondheidszorg, die in die ontwikkeling als motor zouden kunnen fungeren, blijken helaas moeilijk neembare bolwerken te zijn voor een emancipatorische gezondheidszorgbeweging. Want: de groepen die in de

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

["Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen"]

gezondheidszorg emancipatie behoeven, zijn meestal slecht vertegenwoordigd in de hogere academische kringen. En de overheid, in casu VWS of OCW, kan zelfs als ze welwillend staat tegenover een bepaalde emancipatorisch gezondheidsbeweging, betrekkelijk weinig invloed uitoefenen op de reguliere opleidingen. Dit betekent dat er tot in lengte van dagen buitenuniversitaire deskundigheidsbevorderingsprojecten in VHV nodig zijn, want jaarlijks worden er weer nieuwe cohorten 'onnozelen' afgeleverd.

De twee leerstoelen VHV die nu sinds kort gevestigd zijn - in Leiden en in Nijmegen, zijn, hoe tijdelijk en miniem van omvang ook, daarom een belangrijke stap voorwaarts, evenals mijn eigen gasthoogleraarschap. Ik beschouw ze als de eerste tekenen van academische erkenning en als mogelijkheid tot pleitbezorging 'op academisch niveau'.

Het nieuwe speerpunt

Hiermee ben ik aangekomen bij het aangekondigde, nieuwe speerpunt. Mijns inziens dient er een universitair studiecentrum voor VHV te worden opgericht; een centrum van waaruit de professionalisering (en daarmee institutionalisering) van VHV wordt ondersteund met onderzoek en kennisoverdracht. Zo'n centrum moet zich bezighouden met de empirische, theoretische en ethische fundering van het vrouwenhulpverleningsaanbod. Ik denk dan enerzijds aan onderzoek naar vrouwen- en mannenproblematiek, effectiviteit van preventie- en interventieprogramma's, synthetiserende studies van de vele kleinschalige onderzoeken die al beschikbaar zijn en internationale vergelijkingen; anderzijds aan de ontrafeling van allerlei begrippen en normatieve opvattingen van de VHV.

In dit verband wil ik ook een lans breken voor de geschiedschrijving van VHV als emancipatorische beweging in de gezondheidszorg aan het eind van de 20e eeuw. Want: er is veel meer van VHV te leren dan ik in dit tijdsbestek uiteen heb kunnen zetten.

Literatuur

1. Mens-Verhulst J. van & Schilder, L. Debatten in de Vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/De Geus, 1994.
2. Groot, L. de, Het doelgroepentijdperk loopt ten einde: hoe bereiken we nu de doelgroep? In Tijdschrift voor de Sociale Sector 1997-3: 18-23.
3. Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, Zorgvernieuwing op het lijf geschreven. Rijswijk, 1991: 82.

Gedownload van www.vanmens.info/verhulst. Zie:

[“Van vrouwenhulpverlening naar gender en gezondheid; publicaties en lezingen”]

4. Holtrust, N., Hendriks, A.C. & Bauduin, D.M.J., De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland: gezondheid als recht. den Haag: VUGA, 1996.
5. Maesen, L. van der, Negatie van de vrouwenhulpverlening. In Debatten in de vrouwenhulpverlening.
Oldersma, J. De vrouwen die vanzelf spreekt. Leiden: DSWO Press, 1996.
6. Parlevliet, C. en Sevenhuijsen, S. Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat over keuzen in de zorg. Utrecht: Metis, 1992.
7. Plemper, E.M.T., Rijkschroeff, R.A.L., Savornin Lohman, J. de, en Steketee, M.J., Vrouwenhulpverlening en cliënten (in)beweging. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1996.
8. Zie ook Buckens, C.M.A.G. & Loonstra, Z.E.. Waarin verschillen vrouwen dan van mannen? Vrouwenhulpverlening in algemene ziekenhuizen: zorgvernieuwend. `s Gravenhage: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. 1991: 91.
9. Nederlands Genootschap Vrouwenstudies, Studiegids Vrouwenstudies 1996-97, Utrecht: NGV.
10. Schilder en Kaaijk spreken in dit verband van therapeutisering. Zie Debatten in de vrouwenhulpverlening.
11. Steketee, M. & Dam, G. ten, De depolitisering van vrouwenhulpverlening. In Sociale Interventie I-4, 1992:179-186.
12. Nieuwsbrief Targuia. Utrecht: Targuia.
13. Mens-Verhulst, J. van, Vrouwenhulpverlening: Diversiteit als bron van zorg. Oratie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 1996.
14. Meintser, N. Succes van de vrouwenhulpverlening. In Debatten in de vrouwenhulpverlening.
15. Lenning, A. van, Meijer, I., Tonkens, E. & Volman, M. De harde kern. Wel feministisch, niet geëmancipeerd. Amsterdam: Contact: 1996.