

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/342452799>

# SECUNDAIRE INTERSECTIONELE ANALYSE IN KWALITATIEF GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK praktische handleiding

Method · June 2020

DOI: 10.5281/zenodo.3901443

CITATIONS

0

READS

165

5 authors, including:



[Mirjam Stuij](#)

Mulier Institute - Centre for Research on Sports in Society

16 PUBLICATIONS 135 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Maaïke E. Muntinga](#)

Amsterdam University Medical Center

38 PUBLICATIONS 328 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Elena Bendien](#)

Leyden Academy

17 PUBLICATIONS 36 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Petra Verdonk](#)

Vrije Universiteit Amsterdam

126 PUBLICATIONS 1,332 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Active2Gether [View project](#)



ACT study on integrated personalised primary care for frail community dwelling older adults [View project](#)

# SECUNDAIRE INTERSECTIONELE ANALYSE IN KWALITATIEF GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK

**praktische handleiding**

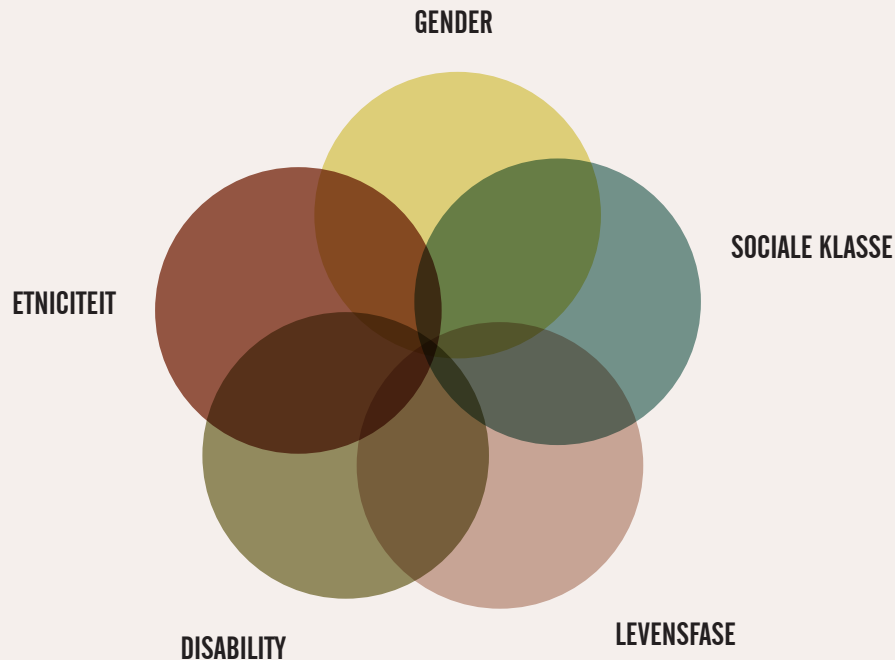
Mirjam Stuij, Maaïke Muntinga, Minne Bakker,  
Elena Bendien, Petra Verdonk

afdeling Metamedica  
Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut  
Amsterdam UMC, locatie VUmc

dit project is mogelijk gemaakt door  **ZonMw**

juni 2020

**INTERSECTIONALITEIT (Crenshaw, 1989)**, ook wel kruispuntdenken genoemd, verwijst naar de manier waarop verschillende aspecten van identiteit (zoals gender, etniciteit, sociale klasse, levensfase of disability) met elkaar in wisselwerking zijn en zo de dagelijkse ervaringen van mensen beïnvloeden. Een intersectionele analyse verkent deze wisselwerking met als doel beter te begrijpen hoe identiteit een rol speelt bij maatschappelijke ongelijkheid, bijvoorbeeld als het gaat om onderwerpen gerelateerd aan gezondheid en zorg.



# INHOUD

## HOOFDSTUK 1

|                    |          |
|--------------------|----------|
| <b>Introductie</b> | <b>4</b> |
|--------------------|----------|

## HOOFDSTUK 2

|                                                       |          |
|-------------------------------------------------------|----------|
| <b>Intersectionele analyse:<br/>wat &amp; waarom?</b> | <b>7</b> |
|-------------------------------------------------------|----------|

## HOOFDSTUK 3

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| <b>Vorbereidingen</b> | <b>11</b> |
|-----------------------|-----------|

## HOOFDSTUK 4

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>Kijken naar jezelf:<br/>reflexiviteit</b> | <b>17</b> |
|----------------------------------------------|-----------|

## HOOFDSTUK 5

|                                         |           |
|-----------------------------------------|-----------|
| <b>Kijken naar de data:<br/>analyse</b> | <b>21</b> |
|-----------------------------------------|-----------|

## HOOFDSTUK 6

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>Rapportage en disseminatie</b> | <b>30</b> |
|-----------------------------------|-----------|

## HOOFDSTUK 7

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>Voorbeelden ter inspiratie</b> | <b>34</b> |
|-----------------------------------|-----------|

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| <b>Referenties</b> | <b>44</b> |
|--------------------|-----------|

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Over de auteurs</b> | <b>46</b> |
|------------------------|-----------|

|                |           |
|----------------|-----------|
| <b>Colofon</b> | <b>48</b> |
|----------------|-----------|



# 1. INTRODUCTIE

**Intersectionaliteit is wel een ‘buzzword’ genoemd; het concept werd bekend binnen de kritische feministische wetenschap, maar heeft inmiddels weerklink gevonden in disciplines als filosofie, sociale wetenschappen, humaniora en recht (Davis, 2008, 2014).**

Intersectionaliteit verwijst naar de manier waarop verschillende identiteitsaspecten, zoals gender, etniciteit, sociale klasse, levensfase en/of disability, met elkaar in wisselwerking zijn en zo de dagelijkse ervaringen en het dagelijks handelen van mensen beïnvloeden.

Intersectionaliteit biedt academici een handvat om na te denken over de complexiteit en dynamiek van de relatie tussen sociale identiteit en ervaringen of handelingen. Daarbij zijn twee zaken van belang. Ten eerste bepaalt de context de mate van privilege (maatschappelijk voordeel) en achterstelling (maatschappelijk nadeel) die samenhangt met een identiteitsaspect. Zo kan vrouw-zijn in de ene context een nadeel opleveren, maar in de andere een voordeel met zich meebrengen. Ten tweede is er de wisselwerking tussen identiteitsaspecten, waardoor individuele ervaringen worden gevormd door zowel privilege als achterstelling. Dit komt doordat mensen verschillende identiteitsaspecten hebben die in wisselende mate voor- en nadeel met zich meebrengen. Zo kan in een bepaalde context je levensfase (jongvolwassene) nadelig werken, maar je sociale klasse (hoger opgeleid) een voordeel bieden ten opzichte van anderen. Voor een intersectionele analyse is daarom begrip van de sociaalmaatschappelijke structuren belangrijk.

Intersectioneel onderzoek heeft vaak als doel sociale ongelijkheid in kaart te brengen en te onderzoeken hoe systemen van macht een rol spelen bij de totstandkoming en het in stand houden van die ongelijkheid. Het biedt daarmee een normatief kader (Hancock, 2007b). Een dergelijk handvat is van grote meerwaarde voor onderzoek naar gezondheid en gezondheidszorg, omdat sociale ongelijkheid en gezondheidsongelijkheid nauw met elkaar verbonden zijn (Nettleton, 2013). Aspecten van identiteit zijn immers sterk gekoppeld aan kan-

sen op goede gezondheid: uit tal van studies blijkt dat het risico op ziekten en toegang tot zorg grotendeels worden bepaald door sociale en aan identiteit gerelateerde omgevingsfactoren. Inzicht in de vaak complexe relatie tussen identiteit en ervaringen met gezondheid (szorg) biedt aanknopingspunten voor preventie, diagnostiek en persoonsgerichte zorg.

Een onderzoeksveld waar intersectionaliteit met name wordt toegepast is kwalitatief onderzoek, dat veelal gericht is op het begrijpen van de complexiteit, contextgebondenheid en rijkheid van individuele ervaringen (zie bv. Hunting, 2014; Rodriguez, 2018). Daarbij is reflexiviteit – kritische reflectie op de rol van de eigen sociale locatie en positie van de onderzoeker(s) in het onderzoeksproces en de kennisproductie – belangrijk, aangezien ook in het onderzoeksproces machtsrelaties altijd een rol spelen (Hankivsky et al., 2010; Hunting, 2014; Verdonk et al., 2019).

## Doel van deze handleiding

Deze handleiding geeft praktische aanknopingspunten om een secundaire intersectionele analyse van kwalitatieve data in gezondheids(zorg)onderzoek uit te voeren.<sup>1</sup> We geven enige theoretische achtergronden, maar gaan vooral in op de uitvoering: hoe kan intersectionaliteit tijdens een analyse worden opgevat en ingezet? Hierbij geven we voorbeelden uit onze eigen onderzoekpraktijk en putten we uit de literatuur. In deze handleiding ligt de focus op de analyse van interviewtranscripten, maar de basis kan op een breed spectrum van ander-soortige kwalitatieve data worden toegepast, zoals transcripten van focusgroepsdiscussies, observatieverslagen, foto's, films, audio of kunst. Overigens is deze handleiding niet 'af'. We beogen geen volledige kant-en-klare analysemethode aan te bieden, maar gaan ervan uit dat het toepassen van intersectionele analyse ook weer leidt tot de verdere ontwikkeling ervan. Daar gaan wij mee aan de slag, maar we hopen anderen ook.

1 Deze handleiding geeft wel enkele aanknopingspunten voor het opzetten van een studie met een intersectioneel design, maar zie vooral ook Bowleg (2008), Hunting (2014) en Windsong (2018) voor tips met betrekking tot design en dataverzameling van een intersectionele studie.

## Waarom een secundaire analyse?

Bij een secundaire analyse worden data die met een ander doel verzameld zijn vanuit een 'nieuw' perspectief bekeken. In deze handleiding willen we laten zien dat een intersectionele analyse bij uitstek interessant is voor een dergelijke analyse. Onze aanname daarbij is dat intersectionaliteit – de wisselwerking tussen identiteitsaspecten in een bepaalde context – altijd op de achtergrond aanwezig is en het onderzoeksonderwerp kleurt, maar dat dat tijdens een (primaire) analyse vaak impliciet blijft. Dan komen bijvoorbeeld wel thema's naar voren die bij een specifiek onderwerp relevant blijken, maar niet voor wie en in welke context deze thema's meer of minder opgaan. Een intersectionele analyse kan die extra verdieping geven door het impliciete expliciet te maken (zie bv. Verdonk et al., 2020).

## Voor wie?

Deze handleiding is ontwikkeld voor onderzoekers met gevorderde kennis van kwalitatief onderzoek. Een goed begrip van deze handleiding vereist inzicht in theoretische uitgangspunten van kwalitatief onderzoek, alsmede ervaring met het opzetten en uitvoeren ervan. Daarnaast bouwt deze analysemethode voort op achtergronden van bestaande, maar gangbare vormen van kwalitatieve data-analyse, zoals thematische en narratieve analyse. Praktische ervaring met deductieve en inductieve technieken, coderen en interpreteren wordt verondersteld en is essentieel voor het goed uitvoeren van een intersectionele analyse.

## Totstandkoming<sup>2</sup>

Deze handleiding is het resultaat van de samenwerking van een interdisciplinair team waarin we – allen met ruime ervaring in kwalitatief onderzoek (zie [Over de auteurs](#)) – de methode van intersectionele analyse gelijktijdig ontwikkelden en toepasten. Hiervoor namen we interviews met mensen met een progressieve neuromusculaire spierziekte die in een ander project reeds op inhoud waren geanalyseerd (Bakker, 2016). Tijdens deze 'tweede ronde' keken we in de transcripten specifiek naar de manieren

waarop aspecten van gender, levensloop, sociale klasse en disability én hun wisselwerking (interacties) naar voren kwamen.

Dit proces verliep cyclisch en iteratief. Dat betekent dat we fases doorliepen van plannen, uitproberen, evalueren, formuleren en weer aanpassen van een mogelijke analytische aanpak. Die aanpak legden we vervolgens naast bestaande literatuur en we vroegen kritische buitenstaanders met specifieke expertise om feedback. Ongeveer gelijktijdig is vanuit een intersectioneel perspectief een analyse gedaan op dezelfde interviews specifiek op het onderwerp arbeidsparticipatie (Ridder et al., in voorbereiding). Dit versterkte het iteratief proces: de onderzoekers die betrokken waren bij de analyse op arbeidsparticipatie maakten gebruik van het proces dat ten grondslag ligt aan deze handleiding en zorgden tegelijkertijd weer voor input voor de verdere ontwikkeling van deze aanpak van een intersectionele analyse.

## Leeswijzer

In [hoofdstuk 2](#) gaan we kort in op de achtergrond van intersectionele analyses en verschillende benaderingen. [Hoofdstuk 3](#) gaat over het voorbereiden van de analyse, vooral wat betreft het selecteren van twee of meer identiteitsaspecten. In [hoofdstuk 4](#) komt het kijken naar jezelf als onderzoeker aan bod: vanaf welke sociale locatie en met welke onderzoeksbril worden de data straks geanalyseerd? [Hoofdstuk 5](#) gaat over het analyseren van de data: het inzoomen op individuele ervaringen en het uitzoomen om deze in de bredere sociaalmaatschappelijke context te kunnen plaatsen. In [hoofdstuk 6](#) gaan we kort in op rapportage en disseminatie van intersectionele bevindingen. Tot slot staan in [hoofdstuk 7](#) enkele voorbeelden ter inspiratie.

<sup>2</sup> Dit project is mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw binnen het Kennisprogramma Gender en Gezondheid 2016-2020 ('The role of gender and other aspects of diversity in the experiences of people with a progressive neuromuscular disease: applying an intersectional lens to qualitative data', projectnummer 849500005). Wij danken prof. dr. Tineke Abma, prof. dr. Geert van Hove en dr. Alice Schippers voor hun waardevolle feedback.

HOOFDSTUK 2

# INTERSECTIONELE ANALYSE

## WAT & WAAROM?



## 2. INTERSECTIONELE ANALYSE: WAT & WAAROM?

**Hoewel de achterliggende denkwijze al langer bestaat, kent intersectionaliteit haar origine in de Amerikaanse zwarte-vrouwenbeweging van de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw (The Combahee River Collective Statement, 1977; Lorde, 1984).**

Zwarte vrouwen merkten op dat het antiracisme van de zwarte-burgerrechtenbeweging zich voornamelijk richtte op de verbetering van de omstandigheden van zwarte mannen, terwijl het feminisme vooral opkwam voor de rechten van witte vrouwen. Sociale ongelijkheid trof zwarte vrouwen echter anders dan zwarte mannen en witte vrouwen, omdat zwarte vrouwen zowel geconfronteerd werden met racisme als seksisme. De specifieke problemen die zwarte vrouwen ervoeren op basis van vrouw-zijn én zwart-zijn kwamen onvoldoende terug in analyses van ongelijkheid. Doordat in zulke analyses de identiteitsaspecten ras en gender afzonderlijk in plaats van gelijktijdig werden meegenomen, was er nauwelijks zicht op de wisselwerking tussen deze aspecten en daarmee op de impact van die wisselwerking op het dagelijks leven van zwarte vrouwen. Daardoor werd hun unieke sociale positie en de ongelijkheden die daaruit voortkwamen, structureel over het hoofd gezien. Rechtswetenschapper Crenshaw (1989, 1991) muntte de term intersectionaliteit om te verwijzen naar de impact van deze wisselwerking van identiteitsaspecten op sociaalmaatschappelijke ervaringen. Sindsdien is er in de wetenschap veel over geschreven en gedebatteerd (zie voor overzichten Davis, 2008; Shields, 2008; Bowleg, 2012; Hankivsky, 2014; Verdonk et al., 2015, 2019).

### **Benaderingen van intersecties & identiteitsaspecten**

Intersectionaliteit heeft als uitgangspunt dat ieder mens tot meerdere sociale groepen behoort: we hebben een gender, een etniciteit of ras, bevinden ons in een levensfase, hebben

al dan niet bepaalde (fysieke, verstandelijke of psychische) beperkingen en behoren tot een bepaalde sociale klasse. Deze aspecten van onze identiteit zijn niet neutraal, maar hangen samen met een bepaalde mate van maatschappelijk voordeel of nadeel (macht). Zo leiden in de Nederlandse samenleving man-zijn, wit-zijn en een hoger opleidingsniveau over het algemeen tot meer maatschappelijk voordeel dan vrouw-zijn, van kleur-zijn en een lager opleidingsniveau. De unieke combinatie van identiteiten en hun wisselwerking (intersecties) vormt onze sociale locatie. Deze sociale locatie is dus bepalend voor onze sociaalmaatschappelijke positie en daarmee voor onze dagelijkse ervaringen. De meeste mensen ervaren op basis van hun sociale locatie zowel voordeel als nadeel, afhankelijk van de context waarin zij zich op een bepaald moment bevinden.

In de literatuur worden verschillende benaderingswijzen beschreven om de relatie tussen (intersecties van) identiteitsaspecten en dagelijkse ervaringen te analyseren (Hankivsky, 2014). Grofweg wordt daarin voor intersecties in kwalitatief onderzoek onderscheid gemaakt tussen additieve en constitutieve benaderingen (Bowleg, 2008; Rodriguez, 2018). Een additieve benadering gaat ervan uit dat identiteitsaspecten elk hun eigen eigenschappen hebben en een eigen invloed meebrengen. Daarin wordt bijvoorbeeld gekeken naar hoe gender, etniciteit en sociale klasse elk apart impact hebben op zorgervaringen van Marokkaans-Nederlandse vrouwen met een hoog opleidingsniveau. Hierbij worden de aspecten als aparte identiteiten beschouwd om zo als het ware een optelsom te maken. Een voordeel van deze benadering is dat het eenvoudig te operationaliseren lijkt en goed ingezet kan worden bij het verkennen en inzichtelijk maken van groepsverschillen. Maar er is ook kritiek: de manier waarop twee identiteitsaspecten met elkaar samenhangen is afhankelijk van context en additief denken laat de dynamiek tussen identiteit en de sociaal-politieke wereld buiten beschouwing. Daarmee wordt een additieve intersectionele analyse eerder een methode om complexiteit in onderzoek vorm te geven dan een fundamenteel kritische analyse van hoe sociale locaties met gezondheid(szorg) samenhangen.

Intersectionele analyses passen daarom

vooral goed bij een constitutieve benadering van intersecties. De kern van die benadering is de contextualisatie en de impact van de samenhang tussen verschillende identiteitsaspecten (Yuval-Davis, 2006; Hancock, 2007; Bowleg, 2008; Shields, 2008; Hillsberg, 2013; Rodriguez, 2018; Verdonk et al., 2019). Een constitutief kader gaat er bijvoorbeeld van uit dat zorgervaringen altijd worden gevormd door de gelijktijdige werking van gender (vrouw-zijn) én etniciteit (een Marokkaans-Nederlandse achtergrond hebben) én sociale klasse (een hoog opleidingsniveau hebben), maar dat de aard, impact en betekenis van deze ervaringen afhangen van de context. Bij constitutieve benaderingen worden ervaringen daarom expliciet geduid als afgeleide van structureel privilege (maatschappelijk voordeel) en onderdrukking (maatschappelijk nadeel). In een maatschappij waarin vrouwen en migranten structureel worden achtergesteld zullen ervaringen van vrouwen met een migratieachtergrond gevormd worden door seksisme én racisme. Daarnaast zal de impact van een hoog opleidingsniveau afhangen van de mate van economische ongelijkheid in de samenleving. In een constitutieve benadering worden opleidings- en inkomensverschillen daarom niet als 'hoge en lage sociaaleconomische status' geduid, maar als onevenredig verdeelde rijkdom en armoede – en wordt de betekenis hiervan in een specifieke context gezien. In de praktijk zullen additieve en constitutieve aanpakken vaak enigszins door elkaar heenlopen.<sup>3</sup>

Overigens is de indeling in groepen iets wat intersectioneel werkende onderzoekers proberen te doorbreken. Zij willen mensen juist niet essentialistisch benaderen, ruimte maken voor variatie en verschil en inzicht geven in ongelijkheid. De indeling van mensen in categorieën geeft de indruk dat een identiteitsaspect een kenmerk is van individuen of van groepen in plaats van een kenmerk van sociale verhoudingen tussen groepen (Connell, 2012). McCall (2005) onderscheidt drie benaderingen van categorieën in intersectioneel onderzoek. Bij de intercategoriale benadering worden sociale categorieën strategisch ingezet om ongelijkheid en verschil te bestuderen en te bezien in hoeverre verschillen variëren per context.

Anti-categoriale onderzoekers geven aan dat het reduceren van mensen tot categorieën per definitie geen recht doet aan de complexiteit van hun identiteit. Voor de intra-categoriale zienswijze gebruiken onderzoekers een categorische analyse om verschillen binnen categorieën te bestuderen om aandacht te vragen voor de geleefde ervaringen van gemarginaliseerde groepen. Zij pendelen tussen de pragmatische ordening van de categoriale benadering en de aandacht voor de unieke geleefde werkelijkheid van de anti-categoriale benadering (Verdonk et al., 2019).

### **Intersectionaliteit en gezondheids(zorg)-onderzoek**

Intersectionaliteit wordt in gezondheids(zorg) onderzoek ingezet om gezondheidsverschillen tussen én binnen groepen te verkennen, verklaren of begrijpen. Hierbij kan het zowel als normatief en als methodologisch kader dienen (Hancock, 2007b). Aan de ene kant is de theorie gestoeld op een ideologisch uitgangspunt: het veronderstelt dat het nastreven van sociale rechtvaardigheid tot de kerntaken van de wetenschap behoort en dat onderzoek naar ongelijkheid een morele vereiste is om te laten zien hoe systemen van macht een rol spelen bij de totstandkoming en de instandhouding van die sociale ongelijkheid. Een intersectioneel onderzoek beoogt bij te dragen aan een maatschappij waarin kansen op en consequenties voor een optimale gezondheid zo gelijkwaardig mogelijk zijn verdeeld.

Aan de andere kant is het een praktische onderzoeksbenadering, waarin doelbewust de samenhang tussen identiteitsaspecten zoals gender en etniciteit wordt onderzocht – in kwantitatief onderzoek bijvoorbeeld door gender en etniciteit als interactietermen in een regressiemodel mee te nemen en in kwalitatief onderzoek door specifiek de ervaringen van vrouwen van kleur te onderzoeken (zie ook Verdonk et al., 2019). Een intersectionele analyse betreft dus de uniciteit en complexiteit van ieders sociale locatie, alsmede de manier waarop deze locatie gekoppeld is aan structurele politieke, economische en sociaalmaatschappelijke processen.

<sup>3</sup> Bowleg (2008) beschrijft in haar artikel met de toepasselijke titel *When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman* enkele methodologische uitdagingen en overwegingen. Zij geeft ook aan dat het in praktijk onmogelijk is om de additieve wijze helemaal los te laten.

Kwalitatief onderzoek leent zich bij uitstek voor een intersectioneel perspectief. Kwalitatieve onderzoekers willen begrijpen hoe individuen de wereld ervaren, handelen en hier betekenis aan geven. Het doel is dan niet het reduceren van de werkelijkheid, maar het contextualiseren van ervaringen en de bijbehorende complexiteit tonen (zie bv. Cuádras & Uttal, 1999; Bowleg, 2008; Shields, 2008; Rodriguez, 2018). In gezondheids(zorg)onderzoek worden kwalitatieve methoden daarom vaak gebruikt om samenhang tussen sociale identiteit, sociale positie en ervaringen met gezondheid(szorg) te bestuderen (zie illustratie 1 en Hunting, 2014).

illustratie 1

## Meerwaarde van intersectionaliteit in kwalitatief onderzoek

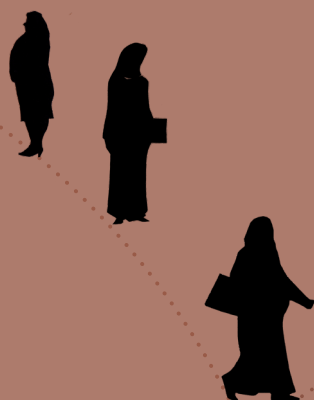
In hun onderzoek naar de ideeën van Somalisch-Nederlandse vrouwen en meisjes over Humaan Papiloma Virus (HPV) contextualiseren Jihan Salad en haar collega's (2015) perspectieven op HPV-vaccinatie. De onderzoekers kregen inzicht in de manieren waarop intersecties van identiteit – in dit geval in het bijzonder leeftijd, religie en cultuur – van invloed zijn op ontvankelijkheid voor preventieve zorg. Een barrière voor preventie was bijvoorbeeld wantrouwen in het Nederlandse zorgsysteem. Ook schaamte om deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening vanwege het feit dat veel vrouwen besneden waren, in het bijzonder als zij naar een mannelijke arts moesten, speelde een rol.

Maar het ging niet alleen om gender van de arts – immers, in Somalië waren veel vrouwen gewend aan mannelijke gynaecologen. De afstand tot de Nederlandse, niet-Islamitische, mannelijke arts bleek te groot. Het zoeken naar informatie en nemen van beslissingen vond veelal plaats in het informele circuit, via mensen die vertrouwd werden. En omdat de vrouwen ervan uitgingen dat hun dochters geen seks voor het huwelijk zouden hebben, namen ze aan dat een HPV-vaccinatie niet nodig was. Behalve dat deze aanname niet door evidentie wordt ondersteund, werd ook niet overwogen dat voor de jongens uit de eigen gemeenschap andere seksuele normen golden, met als consequentie ook mogelijke HPV-besmetting van jonge Somalisch-Nederlandse vrouwen door hun eigen mannelijke partner.

Daarnaast riep de 'Nederlandse' wijze waarop informatie wordt gedeeld, bijvoorbeeld met kleurenbrochures, wantrouwen op. Specifiek voor deze gemeenschap, die een meer orale traditie heeft als het gaat om delen van kennis en informatie, zouden andere manieren van kennisdisseminatie gunstig kunnen zijn, zoals via toneel, video of gedichten. In het artikel hebben de auteurs daarom een gedicht opgenomen in het Engels en het Somalisch, met daarin informatie over baarmoederhalskankerscreening en HPV-vaccinatie. Door de keuzes en aannames van moeders en dochters in een intersectioneel kader te plaatsen werd een rijk inzicht verkregen in de factoren die een rol speelden bij deelname aan baarmoederhalskankerscreening en HPV-vaccinatie.

### HOOFDSTUK 3

# VOORBEREIDINGEN



# 3. VOORBEREIDINGEN

Een intersectionele analyse vraagt om een goede voorbereiding. Hierbij gaat het om het in kaart brengen van de te analyseren data, het formuleren van de analysevraag door identiteitsaspecten te selecteren en het begrijpen van (de werking van) deze identiteitsaspecten om data te kunnen analyseren.

De stappen in deze fase hangen nauw met elkaar samen: keuzes en mogelijkheden binnen het ene onderdeel hebben invloed op die binnen het andere. Aangezien de kennis, expertise en achtergrond van de uitvoerend onderzoeker(s) ook van invloed is op de analyse, geven we in box 1 enkele overwegingen mee om rekening mee te houden.

box 1

## Overwegingen voor de keuze voor de uitvoerend onderzoeker(s)

### Interdisciplinariteit

Welke theoretische expertise is nodig als het gaat om (verschillende) identiteitsaspecten? Intersectionele analyses vereisen inzicht in de bredere sociaalhistorische context en daarom zijn interdisciplinaire onderzoekers of teams een pré. Denk aan kennis over sociologie, geschiedenis, politicologie, antropologie en/of andere disciplines die voor het onderwerp van belang zijn (Cuádras & Uttal, 1999; Bowleg, 2008; Warner, 2008). Onderzoekers uit verschillende disciplines kunnen elkaar aanvullen en kritisch bevragen, bijvoorbeeld op blinde vlekken. Deze interdisciplinariteit is feitelijk een vorm van onderzoekerstriangulatie.

### Diversiteit in sociale identiteiten

Welke identiteitsaspecten zijn wel en niet vertegenwoordigd (in het team)? Wees je ook bewust van mogelijk verschillende belangen van de betrokkenen; variërend van het willen veranderen van sociale ongelijkheid tot het willen/moeten publiceren van wetenschappelijke artikelen. Meerdere belangen kunnen in één persoon en/of in één team vertegenwoordigd zijn; houd daar rekening mee.

### Outsider perspectieven

Welke ervaringsdeskundigen, relevante (zorg)professionals of 'kritische vrienden' (mede-onderzoekers die niet betrokken zijn bij het onderzoek) zouden betrokken kunnen worden? Zij kunnen helpen de bevindingen in de maatschappelijke context of de zorgcontext te plaatsen. Indien je als onderzoeker een analyse alleen gaat uitvoeren, zorg dan voor extra perspectieven van outsiders en voldoende tijd om hen te raadplegen.

## Materiaal en context dataverzameling in kaart brengen

Om de bevindingen uiteindelijk weer in een bredere sociale context te kunnen plaatsen, is de context van de dataverzameling van belang. Aangezien de data bij een secundaire analyse zijn verzameld en geanalyseerd met een ander doel, is intersectionaliteit niet bij voorbaat in het design geïntegreerd. Het kan zijn dat er variatie in de data mist en dat bepaalde identiteitsaspecten niet of ondervertegenwoordigd zijn, bijvoorbeeld door de selectie van respondenten of vragen die wel of niet gesteld zijn (zie ook Cuádras & Uttal, 1999; Bowleg, 2008). Als de transcripten onvoldoende diepgang bieden, dan heeft dat consequenties voor wat wel en niet onderzocht kan worden. Tot slot maakt het uit of de onderzoeker die de primaire analyse heeft uitgevoerd betrokken is bij de secundaire analyse of niet. Probeer dus de beperkingen van de dataset voor een intersectionele analyse in kaart te krijgen (zie [illustratie 2](#)). Vragen om te beantwoorden zijn:

- Wat was de aanleiding voor het oorspronkelijke onderzoek?
- Wat was de onderzoeksvraag?
- In welke sociaal-culturele context zijn de data verzameld?
- Welk type data is er en hoe (gedetailleerd) is dit uitgewerkt?
- Wat is de inhoud van het instrument (zoals topiclijst) dat is gebruikt?
- Wie zijn de respondenten en hoe zijn ze geworven?
- Wat is de achtergrond van de betrokken onderzoeker(s)? Denk daarbij ook aan hun sociale locatie ten opzichte van de respondenten.
- Is/zijn deze onderzoeker(s) bij de secundaire analyse betrokken?
- Zijn er logboeken, veldnotities of member check verslagen die extra informatie geven?
- Hoe is de analyse uitgevoerd? Zijn er analysebestanden beschikbaar?
- Wat heeft de analyse opgeleverd?

## Analysevraag opstellen: aspecten van identiteit selecteren

Het doel van een intersectionele analyse is om te bestuderen of en hoe (bepaalde) intersecties

een rol spelen bij een bepaald onderwerp of probleem. Het gaat bij een kwalitatieve studie dan om het verkennen van relaties en begrijpen hoe deze intersecties een rol spelen. Om een analysevraag op te stellen – de vraag waarop de analyse een antwoord moet geven – is het van belang te bepalen welke aspecten van identiteit een rol zouden kunnen spelen bij het onderzoeksthema.

Bij intersectionaliteit gaat het om groepslidmaatschappen die in belangrijke mate bijdragen aan iemands sociale identiteit. Dit zijn identiteitsaspecten die worden gebruikt om de samenleving te ordenen: jong en oud, arm en rijk, man en vrouw. Het gaat hierbij niet om lidmaatschappen waarbij mensen een eigen keuze hebben, maar om groepen waar men 'in' geboren en gesocialiseerd wordt. In relatie tot gezondheid(szorg) zijn gender, etniciteit/ras en sociale klasse erg vaak relevant. Ook leeftijd/levensfase, disability en geografische locatie worden veelvuldig genoemd. Daarnaast zijn er meerdere assen die minder evident, maar bij een specifiek onderwerp mogelijk niet minder belangrijk zijn, zoals burgerlijke staat, seksuele oriëntatie, nationaliteit en religie. Lutz (2002) geeft een opsomming van veertien aspecten en Bilge (2009) komt met een lijst van acht plus 'overige' om ook emergent opkomende identiteitsaspecten mee te nemen. Het is vaak niet mogelijk noch wenselijk om alle verschillende aspecten mee te nemen.

Voor een goede afweging in de selectie van identiteitsaspecten is het belangrijk om allereerst na te denken over hoe je sociale identiteit begrijpt en hoe je intersecties tussen verschillende aspecten opvat en operationaliseert (Rodriguez, 2018). Daarvoor zijn de verschillende benaderingen van (intersecties van) identiteitsaspecten zoals genoemd in hoofdstuk 2 bruikbaar. Aangezien een intersectionele analyse gaat over interactie tussen aspecten, moeten er minimaal twee worden meegenomen (Hancock, 2007). Over het algemeen geldt: beargumenteer goed welke keuzes je maakt en waarom. Welke identiteitsaspecten neem je wel en niet mee? Zouden de intersecties tussen deze aspecten iets kunnen verklaren dat elk aspect afzonderlijk niet kan (Warner, 2008)? In box 2 geven we praktische overwegingen mee om een keuze te maken.

Het kiezen voor bepaalde identiteitsaspecten houdt ook in dat je andere uitsluit. Je brengt dus een prioritering aan. Wees je ervan bewust dat de keuze die je maakt bepalend is voor de resultaten, want aspecten die buiten beschouwing blijven worden ook niet zichtbaar. Blijf daarom open staan voor zogenaamde 'emergente' identiteitsaspecten. Dit zijn aspecten die je niet van tevoren had overwogen, maar die tijdens de analyse voor het onderzoeksonderwerp toch relevant blijken (McCall, 2005; Hancock, 2007b; Warner, 2008; Bilge, 2009; Christensen & Jensen, 2012).<sup>4</sup>

Een valkuil bij het kiezen van aspecten van identiteit is intersectionele onzichtbaarheid (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008): het idee dat binnen een sociale groep degenen met meer macht of status als de norm worden beschouwd. Als 'seksualiteit' en 'gender' maar niet 'etniciteit' worden meegenomen in een analyse naar de ervaringen van homoseksuele mannen, kan het zijn dat op basis van (onbewuste) standaardbeelden wit-zijn als norm wordt gehanteerd. Uitsluiten van etniciteit maakt dan homoseksuele mannen met een andere etnische achtergrond 'intersectioneel onzichtbaar' (zie ook Muntinga et al., 2020).

Aan de andere kant zorgt die normgroep er soms voor dat de dominante groep als uitgangspunt dient en alleen afwijkingen van de norm worden onderzocht. Meenemen van etniciteit in een analyse vertaalt zich meestal in het bestuderen van mensen van kleur, waarbij niet wordt meegenomen dat wit-zijn ook een identiteitsaspect is dat de ervaringen van mensen beïnvloedt (Christensen & Jensen, 2012; zie ook illustratie 2). Een onderzoek naar de ervaringen van homoseksuele mannen van kleur vereist dus ook een kritische reflectie op de keuze witte mannen niet te onderzoeken. Anders kunnen bestaande machtsstructuren ongewild juist ook weer bestendigd worden (Bowleg, 2008). Hoe dan ook is het belangrijk om ook bij onderzoek naar dominante groepen te rapporteren dat je intra-categoriaal onderzoek doet binnen deze groep. Daarmee wordt voorkomen dat de dominante groep als neutrale, onbesproken normgroep gedefinieerd wordt (McCall, 2005).



box 2

## Overwegingen voor het selecteren van identiteitsaspecten

- Verken de *knowledge gap*. Wat is in de literatuur bekend over de verschillende identiteitsaspecten ten aanzien van dit specifieke onderzoeksonderwerp? Welke aspecten ontbreken in de literatuur, maar zouden wel relevant kunnen zijn? Welke intersecties zouden op basis van de literatuur interessant kunnen zijn?
- Welke (intersecties van) aspecten zijn volgens ervaringsdeskundigen of relevante zorgverleners van belang?
- Welke identiteitsaspecten zijn (zichtbaar) vertegenwoordigd in de dataset en welke ontbreken? Op basis van welke aspecten verschillen respondenten van elkaar?
- Wie zijn mogelijk intersectioneel onzichtbaar: wie worden mogelijk binnen een sociale groep als norm beschouwd? Worden ervaringen van de dominante groep ook onderzocht?
- Hoeveel data zijn er? Meer aspecten meenemen betekent zeer waarschijnlijk ook dat meer data nodig zijn om datasaturatie tijdens de analyse te bereiken.
- Welke kennis en expertise hebben de betrokken onderzoeker(s) (zie box 1)?
- Hoeveel aspecten meenemen in de analyse is haalbaar in termen van tijd en geld? Met andere woorden: hoeveel tijd is er voor de analyse en hoeveel mensen zijn betrokken? Een goede intersectionele analyse is tijdrovend, waarbij er voldoende tijd moet zijn voor de uitwerking en analyse van elk identiteitsaspect. Wees indien nodig pragmatisch en stel een grens. Meer aspecten meenemen in de analyse vraagt meer aan tijd, kennis en expertise van de betrokken onderzoekers.
- Sta open voor emergente aspecten; nieuwe of niet van tevoren geselecteerde aspecten die tijdens de analyse voor het onderzoeksonderwerp onverwacht relevant blijken te zijn.

<sup>4</sup> Het is van tevoren moeilijk te voorspellen hoe intersecties van identiteitsaspecten een rol spelen bij het thema of probleem dat je onderzoekt, zeker als er nog weinig literatuur over bestaat. De onderlinge afhankelijkheid van aspecten en hun belang in een specifieke context blijft daarom een open empirische vraag (Hancock, 2007b).

## Identiteitsaspecten selecteren en een analysevraag formuleren

Onze secundaire intersectionele analyse volgde op een primaire thematische analyse (Bakker, 2016). Destijds kwamen acht thema's uit de data naar voren. We kozen ervoor om met één van die thema's, arbeidsparticipatie, verder te gaan. De groep respondenten bestond uit witte, Nederlandstalige mannen en vrouwen van verschillende leeftijden met een neuromusculaire spierziekte, allen met de Nederlandse nationaliteit en met verschillende opleidings- en inkomensniveaus. De analysevraag luidde: wat zijn ervaringen van mensen met een neuromusculaire aandoening met betrekking tot arbeidsparticipatie gerelateerd aan hun levensfase, gender en sociale klasse?

Deze identiteitsaspecten en hun intersecties kozen we omdat we op basis van de achtergrond van de respondenten en kennis uit de primaire analyse een vermoeden hadden dat deze aspecten (in meer of mindere mate) van belang waren. Daarbij namen we disability als identiteitsaspect mee vanwege de aandoeningen van de respondenten. Als onderzoeksteam hadden we samen ruime expertise op het gebied van (de sociaalmaatschappelijke werking van) deze vier identiteitsaspecten (zie colofon). Daarbij stonden we wel open voor 'emergente' aspecten. Tijdens de analyse bleek religie in enkele verhalen bijvoorbeeld ook een rol te spelen.

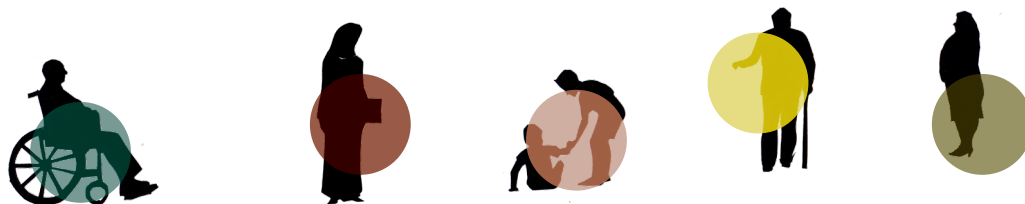
Etniciteit/ras namen we niet expliciet mee omdat in de groep respondenten geen variatie was op basis van etniciteit. Dat betekent overigens niet dat we etniciteit niet als identiteitsaspect hadden kunnen meenemen: we hadden bijvoorbeeld kunnen analyseren hoe cultuur, het 'Nederlands zijn', meespeelde in de manier waarop mannen en vrouwen met hun ziekte omgaan. Door het gebrek aan variatie was het wel lastiger geweest om etniciteit als identiteitsaspect mee te nemen bij het begrijpen van ervaringsverschillen tussen de onderzochte individuen (zie ook Cuádras & Uttal, 1999; Christensen & Jensen, 2012).

We voelden ons als team echter niet voldoende expert op het gebied van witheid/Nederlanderschap om dit aspect met bovengenoemde vraag te beantwoorden. Daarmee geven we dus ook aan dat de identiteitsaspecten van de onderzoeker(s) – in dit geval witheid/Nederlanderschap – niet automatisch betekenen dat zij dan voldoende kennis hebben om een intersectionele analyse uit te voeren. Tegelijkertijd zijn we ons ervan bewust dat we witheid als vanzelfsprekendheid of norm in de analyse meenemen (zie ook hoofdstuk 4).

### Identiteitsaspecten uitwerken voor de analyse

Om elk van de identiteitsaspecten in de data te kunnen vinden of zien, is het raadzaam van tevoren interpretatieve en theoretische uitgangspunten vast te stellen. Dat kan door voor elk identiteitsaspect een leidraad voor de analyse uit te werken dat kan worden beschouwd als een kompas voor de analyse. Hierin beschrijf je hoe je naar het betreffende aspect kijkt, welke theorie(ën) je daarbij gebruikt en/of welke empirische gegevens van belang zijn. Het doel van dit kompas is om (beter) bekend te raken met elk identiteitsaspect en om houvast te hebben tijdens de analyse. Dat kan bijvoorbeeld door

enkele belangrijke concepten die bij het aspect horen uit te werken (zie [illustratie 3](#) en [hoofdstuk 7](#) voor enkele voorbeelden). Omdat verschillende identiteitsaspecten op verschillende manieren in onze maatschappij doorwerken (Yuval-Davis, 2006; Christensen & Jensen, 2012) en elk aspect met een eigen academisch werkveld komt, is het raadzaam per aspect een kompas op te stellen. Dit kan worden aangevuld tijdens de daadwerkelijke analyse, bijvoorbeeld als het voor diepte-begrip van de data nodig is de literatuur verder te verkennen of als je een interpretatie steviger wil onderbouwen.



illustratie 3

## Ontwikkeling van een kompas voor sociale klasse

Nadat we enkele transcripten ieder vanuit één ('eigen') identiteitsaspect hadden gecodeerd, merkten we dat we enerzijds meer gevoel kregen bij het 'vinden' van dit aspect in de transcripten, maar anderzijds behoefte hadden dat concreter te maken. Daarnaast wilden we onderling uitwisselen hoe we de analyse uitvoerden, om ook vanuit andere aspecten te kunnen coderen. Dus gingen we ieder aan de slag met de vraag: *waarop let ik nou als ik vanuit mijn perspectief een transcript codeer?*

Vanuit het perspectief van sociale klasse was dat nog niet zo makkelijk. Hoewel in de transcripten best enkele verwijzingen zaten naar aspecten van 'sociaaleconomische status', zoals type werk, opleidingsniveau of financiële ruimte, is dat niet (alleen) wat sociale klasse behelst. Klasse gaat vooral ook over onderlinge relaties tussen groepen met meer of minder sociale status; over ergens bij horen of juist niet bij willen horen, over je in een bepaalde context (de spreekkamer in het ziekenhuis) kunnen redden of je ongemakkelijk voelen. Hoe dat te vertalen naar een kompas voor de analyse, zeker als de interviews niet over dergelijke onderwerpen gaan?

Daarvoor was het behulpzaam te bedenken wanneer sociale klasse vooral relevant is in de zorg of beleving van een ziekte. Wanneer levert het voor een patiënt een 'probleem' op, is zijn of haar sociale klasse een nadeel? Dan gaat het bijvoorbeeld over toegang hebben tot zorg, je kunnen redden in gesprekken met zorgverleners, last hebben van machtsverschillen of te weinig financiële middelen hebben (voor eigen zorgbijdrage of vervoer). Hieronder zitten concepten verstoppt van Bourdieu (1984), namelijk zijn verschillende vormen van kapitaal die voor- of nadeel in een specifieke context opleveren. Door deze concepten uit te werken in relatie tot de analysevraag, ontstond een kompas (zie hoofdstuk 7). Uiteindelijk bleef sociale klasse overigens het meest lastige te grijpen identiteitsaspect in deze dataset.

HOOFDSTUK 4

**KIJKEN NAAR JEZELF:  
REFLEXIVITEIT**



## 4. KIJKEN NAAR JEZELF: REFLEXIVITEIT

**Reflexiviteit is een kernpunt van een intersectionele analyse (o.a. Harding, 1987; Hankivsky et al., 2010; Hunting, 2014). Een onderzoeker kijkt altijd vanuit een bepaald punt en met een bepaalde blik, dat is niet te voorkomen; tijdens een intersectionele analyse wordt dit als uitgangspunt genomen en draagt het bij aan de kwaliteit om die positie kenbaar te maken, te verduidelijken en na te gaan wat dat tijdens de analyse voor effect heeft.**

### **(H)erkennen van eigen referentiekaders**

Het doel van het onderzoeken van je eigen referentiekader (en dat van een onderzoeksteam) is het verkennen van blinde vlekken. Dit is belangrijk ter voorkóming van intersectionele onzichtbaarheid (zie hoofdstuk 3), maar ook van interpretatieve onzichtbaarheid. Dit laatste houdt in dat onderzoekers aan expliciete verhalen over een bepaalde ervaring meer belang hechten dan aan impliciete of minder zichtbare ervaringen, of dat ze ten onrechte concluderen dat het ontbreken van een ervaring in de dataset betekent dat die ervaring niet vóórkomt of geen betekenis heeft (Bowleg, 2008). De kans op interpretatieve onzichtbaarheid neemt toe als onderzoekers niet bedacht zijn op eigen aannames en vanzelfsprekendheden.

De sociale positie van de onderzoeker speelt een rol in welk frame direct zichtbaar en beschikbaar is. Onderzoekers realiseren zich veelal dat ze moeten opletten op bias en snelle gevolgtrekkingen. Dat de eigen sociale positie óók een rol speelt wordt vaak niet overwogen: onderzoek zou juist objectief moeten zijn en de positie van de onderzoeker zou juist geen rol (moeten) spelen. In intersectioneel onderzoek wordt ervan uitgegaan dat een dergelijke neutrale rol van de onderzoeker niet mogelijk is; wie bijvoorbeeld gesocialiseerd is als vrouw heeft grote kans ook in onderzoek die dingen te zien die vrouwen geleerd hebben te zien. In plaats van te stellen dat de achtergrond van de onderzoeker geen rol mag spelen, is het uitgangspunt in intersectioneel onderzoek dat deze een rol zal spelen en daarom transparant

moet zijn. Op welke wijze wordt de studie onder Somalische vrouwen naar HPV (Salad et al., 2015; zie [illustratie 1](#)) beïnvloed door het feit dat de onderzoeker en eerste auteur zelf een Somalische achtergrond heeft? Gedeelde taal, achtergrond en kennis van culturele gewoontes kunnen bijvoorbeeld helpen ervaringen in hun context te plaatsen en te begrijpen, niet alleen tijdens de analyse, maar ook tijdens een interview. Ook kunnen er valkuilen zijn die in beeld moeten worden gebracht, bijvoorbeeld dingen die onbewust als vanzelfsprekend worden beschouwd (zie [illustratie 4](#)).

illustratie 4

### Reflexiviteit m.b.t. vanzelfsprekendheden in een interview

**De interviewer (I) en de geïnterviewde (R) zijn beiden witte vrouwen met een Nederlandse achtergrond en spreken over zwemmen:**

**I: En je vertelde dat je nog één keer in de week gaat zwemmen?**

**R: Ja, in warm water want koud water slaat die spieren zo vast, dat vind ik niet lekker. Of zwemt niet lekker. Dus dan, en met een vriendin samen. Dat was wel lekker. Op een gegeven moment ging het over zwemmen en ik zeg er gaat niemand met mij dat warme water in, iedereen roept van dat warme water, dat ga ik echt niet doen [I: [Lacht]]. En zij zegt ik wil dat wel...**

**I: Oh, het klinkt heerlijk [lacht].**

**R: In het begin denk je van pff het is echt wel warm, maar als je eenmaal aan de gang bent valt het mee. Ja. En je ziet van alles. Want het is eigenlijk heel veel die moslimdames en zo. Er zijn erbij die komen echt in een jurk en doeken om.**

**I: Jeetje ok.**

**R: Dat is wel leuk, ja.**

Dit fragment laat zien dat ook de interviewer zich tijdens een interview in een bepaald kader bevindt. Ze wil zo empathisch mogelijk reageren, waardoor een instemmende reactie ('jeetje, ok') niet per se weerspiegelt wat ze werkelijk van de opmerking vindt. Tegelijkertijd is dit een aanknopingspunt voor reflexiviteit: is de interviewer zich hiervan bewust? Wat betekent dit voor mogelijke blinde vlekken? Door de reactie van de interviewer weet je dat zij geen 'moslimdame' is. Overigens weet je dat ook door deze formulering van de geïnterviewde. Als één van bei-

de een hoofddoek had gedragen, dan waren deze dingen niet gezegd. Zo spelen identiteit en identificatie tijdens het interview een rol. Bij een 'gewone' kwalitatieve analyse verdwijnen dit soort interacties, maar bij een intersectionele analyse kunnen ze juist naar de voorgrond worden gehaald.

Hoe dan ook, objectiviteit is geen optie, en daarmee in intersectioneel onderzoek geen kwaliteitscriterium. Wat wel kan is transparant zijn over de eigen sociale locatie zodat de lezer onderzoek én onderzoeker in een sociale context kan plaatsen (Verdonk, 2015; Stuij et al., 2019; Abma et al., 2020). Daarom is het van belang om individueel en, indien van toepassing, als team de eigen sociale locatie te verkennen, in ieder geval in termen van de geselecteerde identiteitsaspecten. Situeer jezelf (Davis, 2014): bedenk (en bespreek zo mogelijk) wanneer en hoe die locatie maatschappelijk voordeel en nadeel oplevert en hoe deze de dagelijkse ervaringen beïnvloedt, bijvoorbeeld in relatie tot het onderzoeksthema:

- Op welke momenten in je dagelijks leven word je wel of juist niet met bepaalde identiteitsaspecten geconfronteerd?
- In welke sociale groepen of situaties voel je je thuis en waar niet?
- Waar en wanneer ervaar je voordeel (bv. geen barrières) of nadeel?
- Van welke identiteitsaspecten ben je je eigenlijk nooit bewust en waarom denk je dat dat zo is?

Op basis van deze eigen ervaringen zijn verhalen of ervaringen van (sommige) respondenten mogelijk heel erg of juist helemaal niet herkenbaar. Ga (met elkaar) na wanneer herkenning of vereenzelviging een voordeel is bij de analyse en waar, wanneer en hoe het mogelijk leidt tot blinde vlekken. Wat zou de invloed van de eigen sociale locatie(s) op het analyse proces kunnen zijn? Betrek hierbij ook de onderwerpen intersectionele en interpretatieve onzichtbaarheid. De vragen in box 3 of [oefening 1](#) kunnen behulpzaam zijn bij het (leren) herkennen van eigen vanzelfsprekendheden en blinde vlekken.

box 3

## Vragen om zelf en binnen het team te beantwoorden

Gebruik eventueel één of twee transcripten om bekend te raken met de data.

- Wie ben ik en met welke onderzoeksbil kijk ik naar deze data? Dat wil zeggen: vanuit welke epistemologische en theoretische achtergronden, met welke literatuurkennis?
- Wie (in de data of in het team) is voor mij 'de Ander'? In wie herken ik mezelf en in wie helemaal niet?
- Welke emoties roepen de data bij me op?
- Welke aannames heb ik/hebben we over de identiteit en omgeving van respondenten? Zie hiervoor ook oefening 1 over blind analyseren.
- Welke verschillende manieren van kijken zijn (in het team) aanwezig? Hoe sluiten die (niet) op elkaar aan?
- Welke expertise, ervaringen en perspectieven ontbreken (in het onderzoeksteam) in relatie tot de analysevraag?
- Hoe kan ik mijn eigen vanzelfsprekendheden kritisch blijven bevragen? Hoe kunnen de perspectieven van anderen mij daarbij helpen?
- Waar zitten (mogelijke) blinde vlekken? Wat heb ik/hebben we nodig om deze zichtbaar te maken?
- Welke ideeën bestaan er over de te onderzoeken groep? Bestaan er stereotype of normatieve beelden bij deze groep en in hoeverre verwacht je dat deze aan de orde zijn? Denk je bij hoogopgeleide vrouwen bijvoorbeeld automatisch aan witte vrouwen? Wie zie je daardoor niet of minder goed?
- Als je een niet-dominante groep analyseert (bv. mensen met een disability): wat is de reden de analyse niet te doen bij mensen die geen disability hebben (de dominante groep)? Als je geen mensen met een disability in de groep respondenten hebt zitten: hoe kan het niet hebben van een disability van invloed zijn op de ervaring of het thema dat je onderzoekt?

## oefening 1 Blind analyseren

Doel: aannames verkennen.

Kies een transcript van een interview dat je niet zelf hebt afgenomen en dat je nog niet kent. Zorg dat achtergrondinformatie over de respondent niet bij voorbaat wordt meegedeeld (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit, etc.). Laat ieder voor zich het transcript doornemen. Welke automatische aannames heb je over de identiteit van de respondent? Denk je bijvoorbeeld dat de respondent man of vrouw is, wanneer denk je dat voor het eerst en op welke stukken tekst baseer je dat nog meer? Markeer deze punten in het transcript. Bespreek dit met elkaar indien de analyse met meerdere onderzoekers wordt uitgevoerd. Leg elkaar uit op grond van welke aanwijzingen of veronderstellingen je welke conclusies hebt getrokken. Reflecteer hier samen op: komt dit met elkaar overeen of juist niet? Wat zegt dit over jouw referentiekader? Over het team van onderzoekers? Waar zitten blinde vlekken of vooroordelen? Wat hebben jullie als team nodig om valkuilen van vooroordelen te voorkomen? Indien je de analyse alleen uitvoert kun je een critical friend bij deze oefening betrekken. Zie [hoofdstuk 7](#) voor een fragment uit een transcript en een eerste uitwerking.



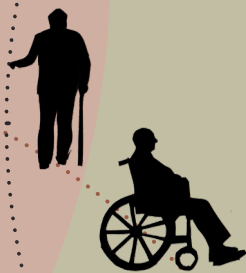
### Reflexiviteit en secundaire data-analyse

Wie deed de dataverzameling en wat betekent dat voor de interviews? Is de interviewer betrokken bij de secundaire analyse? Zelf een interview afnemen geeft veel extra informatie over de respondent en diens sociale context (manier van spreken, woonsituatie, uiterlijk...).

Wees je ervan bewust dat deze informatie je interpretatie kleurt. Ga actief na welke aannames je doet en op basis waarvan. Als je niet zelf betrokken bent geweest bij de dataverzameling kan dat als voordeel hebben dat je een transcript met een meer open blik leest. Een nadeel kan zijn dat het lastiger is om de data te duiden: hoe iets werd gezegd (intonatie), welke sfeer er was in het gesprek, of emoties een rol speelden, enzovoorts. Een tussenweg kan zijn om – mits daar door de respondent toestemming voor is gegeven – audiobestanden terug te luisteren.

HOOFDSTUK 5

# KIJKEN NAAR DE DATA: ANALYSE



# 5. KIJKEN NAAR DE DATA: ANALYSE

**Bij het analyseren van de data gaat het over zo veel mogelijk heen en weer bewegen tussen de verhalen van de respondenten in de dataset en de bredere sociaalhistorische context waarin deze verhalen zijn verteld.**

Dit vraagt dus om (1) inzoomen voor een gedetailleerd inzicht in de individuele ervaringen in relatie tot de sociale locatie van de respondent(en) en (2) uitzoomen om deze ervaringen in samenhang met de bredere context te duiden. We gaan er hierbij van uit dat de intersectionele analyse een verdieping op een primaire thematische analyse is.<sup>5</sup> Het kan een optie zijn om niet alle thema's verder uit te diepen, bijvoorbeeld als sommige thema's relevanter of interessanter zijn gebleken dan andere (zie Bilge (2009) voor een voorbeeld).

## **Inzoomen: gedetailleerde analyse**

Tijdens het uitvoeren van een gedetailleerde analyse ga je grondig en systematisch te werk (zie box 4). Deze fase in het analyseproces heeft raakvlakken met een framework analyse (Boeije, 2010) waarbij een intersectioneel kader over eerder gevonden thema's wordt gelegd. Echter, een goede kwalitatieve analyse heeft naast grondigheid ook baat bij een zekere flexibiliteit, waarbij wordt geëxperimenteerd met een aanpak en een volgorde. Een intersectionele analyse is dus systematisch, maar niet rigide. Daarnaast is voor een goede intersectionele analyse voortdurende vergelijking (constant comparison) essentieel, specifiek tussen:

- Inhoudelijke thema's <-> de identiteitsaspecten
- Individuele verhalen <-> alle verhalen tezamen
- Inzoomen op de individuele aspecten <-> uitzoomen naar de intersecties
- Inzoomen op de intersecties <-> uitzoomen naar de context
- Inzoomen op de individuele ervaring in relatie tot de intersectie <-> uitzoomen naar de context (het contextualiseren) van de ervaring

Voor de fase van inzoomen onderscheiden we twee stappen. De eerste is het vertrouwd raken met de data. De tweede is het analyseren vanuit de identiteitsaspecten, dat bestaat uit het coderen, maken van memo's en voorzichtig uitzoomen.

box 4

## Suggestie: gebruik software voor kwalitatieve data-analyse

Een softwareprogramma voor de analyse van kwalitatieve data (zoals MaxQDA of Atlas.ti) is in deze fase handig. Elk identiteitsaspect kan in een andere kleur worden gecoörd, of er kan een afkorting voor de code gezet worden (bv. GE voor gender), zodat intersecties tussen aspecten direct zichtbaar worden. Daarnaast kunnen transcripten die door verschillende onderzoekers apart zijn geanalyseerd in één document worden samengevoegd, zodat verschillen en overeenkomsten tussen onderzoekers visueel worden gemaakt. Zorg dan dat elke onderzoeker een eigen kleur gebruikt.

### 1 Vertrouwd raken met de data

De eerste stap in de analyse is om dicht bij het materiaal te blijven en individuele interviews als individuele ervaringen te benaderen (Cuádriz & Uttal, 1999). Dit vraagt om een grondige analyse van elk interview. Dat begint met bekend raken met de data op microniveau door alle transcripten te lezen en te herlezen (en eventueel audio-opnamen te beluisteren) zoals in kwalitatieve analyse gebruikelijk is ('familiarization', zie bv. Green & Thorogood, 2018). Specifiek voor een intersectionele analyse is om daarbij expliciet attent te zijn op de sociale locatie van de respondent, dus op verwijzingen naar de identiteitsaspecten die in de analyse worden meegenomen.

Om een gedetailleerde analyse te doen is het belangrijk om elk transcript in zijn geheel te analyseren en de analyse niet te beperken tot de fragmenten die over het onderzoeksthema gaan. Het gehele transcript biedt een vollediger beeld van een respondent, bijvoorbeeld door informatie over iemands maatschappelijke rollen, levenswijze en overtuigingen. Deze

<sup>5</sup> Indien de intersectionele analyse niet voortbouwt op een eerder uitgevoerde inhoudsanalyse, is het raadzaam grofweg de eerste stappen van een thematische analyse (open en axiaal coderen) te volgen (zie bv. Green & Thorogood, 2018).

informatie kan belangrijke input geven voor de memo's en zo de bredere context voor de analyse. Een optie is om per respondent een profiel op te stellen, geïllustreerd met citaten (zie illustratie 5).

illustratie 5

## Profiel van 'Henk'

**Leeftijd:** 62 jaar

**Woonplaats:** een dorp in de buurt van Amsterdam

**Burgerlijke staat:** getrouwd met uitwonende kinderen

**Diagnose:** postpoliosyndroom

Henk heeft op vijfjarige leeftijd polio gekregen en altijd vrij ernstige restverschijnselen gehouden. Zo is zijn rechter arm volledig verlamd. Sinds enkele jaren heeft hij last van het postpoliosyndroom (PPS), wat inhoudt dat hij ook van zijn 'gezonde' kant steeds meer last krijgt. Hij heeft sinds enige tijd krachtverlies in zijn linker arm en het lopen wordt steeds lastiger.

Over zijn gezinsleven met vrouw en kinderen, vertelt Henk dat hij zijn steentje bijgedragen: *'Ik geloof niet dat mijn vrouw en kinderen nou heel erg veel last hebben gehad van het feit dat ik zo gehandicapt was waardoor zij zoveel moesten doen'*. Henk vertelt dat hij gewoon heeft meegedraaid in het huishouden, afwassen en kinderen naar bed brengen.

Henk kon in zijn werk gewoon functioneren: *'Ik heb me er in mijn werk nooit door belemmerd gevoeld'*. Alleen in de keuze voor het soort werk heeft Henk er wel rekening mee gehouden: *'Hoewel mijn beroepskeuze er wel door bepaald is, want ik ben best wel technisch van aard, had ook graag een technische opleiding willen doen. (...) Maar dat had niet zo veel zin, echt met je handen iets doen als je aan één kant verlamd bent. Maar dan realiseer je je ook wel, zonder polio was ik ook niet door gaan studeren en had ik nooit dit diploma gehaald'*. Zo zijn er meer voorbeelden waarop de verlamming in zijn rechter arm Henk juist hebben gemotiveerd om door te gaan met dingen. *'Je kan je zelfs afvragen, nu ik zo terugkijk, of ik mijn leven wel zonder polio had willen doen. Dan had ik een heleboel dingen niet gehad die achteraf toch heel mooi zijn gebleken'*.

Henk heeft altijd in de zorgsector gewerkt, met name op bestuurlijk niveau. Sinds enkele jaren is hij met de VUT, maar sindsdien heeft hij het niet rustiger gekregen. Zo is hij intensiever gaan sporten en sinds enkele jaren trainer van de plaatselijke sportvereniging. *'Ik speelde hiervoor altijd zelf, maar dat ging niet meer. Toen werd ik gevraagd om mijn oude team te trainen en dat is eigenlijk minstens zo leuk. Sommige dingen probeer ik nog mee te doen, al gaat dat wel steeds lastiger, dan heb ik op die manier ook nog mijn beweging'*.

Ondanks dat Henk steeds verder achteruitgaat maakt hij zich niet erg druk om de toekomst: *'Tot nu heb ik voor alles nog een oplossing weten te vinden en heb ik altijd kunnen doen wat ik wilde en soms nog meer dan dat! Ik vergelijk het altijd met een treinreis zonder vaste eindbestemming; je komt van alles tegen en kunt kiezen waar je even uitstapt. Dat ik dan niet weet wanneer ik waar precies ga eindigen vind ik helemaal niet erg. Ik kom er vanzelf wel!'*

Indien meerdere onderzoekers de analyse uitvoeren, is het raadzaam tijdens de eerste bijeenkomsten steeds één transcript intensief te bespreken. Daarbij kan worden gekeken naar overeenkomsten en verschillen in de manier van kijken naar de data om af te stemmen of op dezelfde weg kan worden doorgegaan. Deze zorgvuldige onderlinge afstemming helpt om gezamenlijk meer grip te krijgen op de intersectionele denkwijze. Dat komt de uiteindelijke kwaliteit en diepte van de analyse ten goede. Het schrijven van een vignet ter voorbereiding (zie oefening 2) kan behulpzaam zijn om een dergelijke sessie invulling te geven.

## Oefening 2 Opstellen van een vignet

**Doel:** het intensief analyseren en bespreken van één interviewtranscript om grip te krijgen op de intersectionele denkwijze en, indien meerdere onderzoekers analyseren, de analyse onderling af te stemmen.

Kies een transcript uit en schrijf ieder voor zich op één of twee A4 de kern van het verhaal op in termen van de sociale locatie van de respondent (zie illustratie 6). Waar zitten intersecties en wat levert het aan inzichten op? Probeer zowel individuele als contextuele factoren te beschrijven. Bespreek de vignetten met elkaar: waar zitten overeenkomsten? Waar zitten verschillen en waardoor zijn die er? Neem hier de tijd voor, omdat deze uiteenraffeling informatie geeft voor de analyse, maar ook over de (eventueel verschillende) manieren van analyseren.

illustratie 6

### Vignet van 'Maria'

*Eén verhaal, vier brillen: KL (klasse), G (gender), DA (disability) en LL (levensloop)*

We leren Maria kennen als ALS-patiënt die acht jaar eerder haar zus heeft verloren aan dezelfde ziekte. Maria is gescheiden en heeft drie kinderen, waarvan één nog thuis woont. Tot voor kort werkte zij in de gezondheidszorg, inclusief nachtdiensten. Zelfstandig zijn en de kost verdienen was voor haar vanzelfsprekend [KL & G]. Er zit een halfjaar verschil tussen de eerste symptomen van de ziekte en het vaststellen van de diagnose. Ondanks haar familiegeschiedenis wordt Maria niet meteen door haar arts naar het ALS-centrum gestuurd. Ook gaat zij daar niet op eigen initiatief naartoe, totdat zij het verlies van de spierkracht in haar linker arm niet langer kan negeren [DA & LL]. Net voordat de officiële diagnose wordt vastgesteld informeert Maria haar familie en ex-man over het aankomende onderzoek in het ALS-centrum: *'Nog niet gedacht: het zal ALS zijn, echt helemaal niet, maar ergens wel in mijn achterhoofd...'* [DA & G].

Na de diagnose moet Maria een keuze maken over hoe zij de rest van haar leven wil inrichten. De voorbeelden die zij niet wil volgen zijn die van haar broer en Steve Hawkins [G & LL & DA]. Maria leert hoe je je einde kan accepteren en 'zonder hoop' toch kan blijven leven [G & LL]. Maria is actief bezig met de gedachte over de vorm van ALS die zij heeft. Noch zij zelf noch andere familieleden hebben dit laten onderzoeken. Een schuldgevoel speelt bij haar een rol: *'Als ik weet dat we dat gen bij ons dragen, ja, dan kan ik niemand meer recht in de ogen aankijken.'* Maria weet zeker dat als zij eerder had geweten dat ze een dergelijke erfelijke ziekte had, ze nooit kinderen had genomen. Het idee dat er op den duur een geneesmiddel zal worden gevonden biedt haar niet voldoende houvast. Tegelijkertijd ziet Maria haar kinderen als het grootste geluk van haar leven [G & DA & LL]. Maria vindt het zelf bijzonder hoe andere mensen, waaronder ook haar kinderen, het idee over erfelijkheid van ALS blokkeren en niet op zichzelf kunnen projecteren [G & DA].

Het leven van Maria speelt zich volledig af in het 'hier en nu'. Het feit dat de ziekte nog niet zichtbaar is voor anderen, speelt een grote rol [DA & LL]. Als gevolg daarvan willen Maria's kinderen haar achteruitgang niet altijd accepteren. Daar heeft zij begrip voor. Ook daarover niet praten is een coping strategie waarvan Maria en haar kinderen gebruik maken [G & DA]. Maria probeert zo veel mogelijk controle uit te oefenen over de zaken die nog binnen haar bereik zijn,

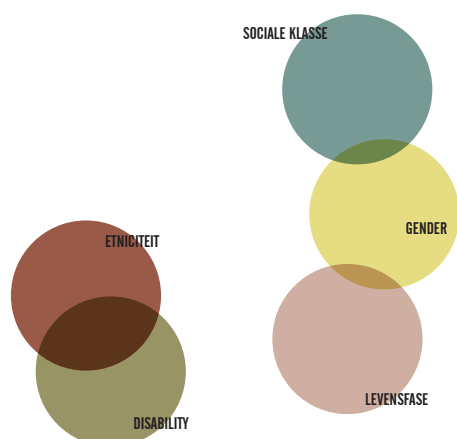
zoals de financiën voor de toekomst, de vaste woonlasten en de woonplek voor haar kinderen [KL & LL & G]. Maria's ziekte laat haar ook andere accenten in haar leven leggen. Werken en verdienen lijken nu veel minder belangrijk te zijn [DA vs. KL & G]. Maria probeert nu van het leven te genieten; zij ziet regelmatig haar vrienden, die graag met haar afspreken om iets leuks te gaan doen.

Maria's besluit om deel te nemen aan het onderzoekprogramma is gebaseerd op haar gedachten over de toekomst van de kinderen en op de hoop om haar conditie te kunnen verbeteren [G & DA & LL]. Snel wordt duidelijk dat de doelen van de training niet goed zijn vastgesteld en uitgelegd en dat het programma voor Maria's conditie te zwaar is. Maria klinkt teleurgesteld. Tegelijkertijd betuigt ze haar medeleven met de trainer die haar moest begeleiden en blijkbaar ook niet wist hoe ze met Maria's conditie moet omgaan. De organisatie van de training laat te wensen over: Maria mag niet dichtbij parkeren en dus moet zij een traject van 10 minuten te voet afleggen om bij de training te komen [DA & KL].

Maria's interactie met lotgenoten beperkt zich voornamelijk tot het internetforum. Haar enige echte ontmoeting met een ALS-patiënt beschrijft zij met humor en afkeuring. Het gaat over de 'hooggeplaatst' iemand, een 'professor', die niets met haar te maken wilde hebben, aldus Maria [G & DA & KL].

De maatschappelijke voorzieningen voor mensen met ALS lijken volgens Maria niet goed geregeld te zijn, of niet afgestemd op de behoeftes van deze groep patiënten. Maria vertelt over de klachten van mensen die noodzakelijke aanpassingen als een nieuw bed niet vergoed krijgen, terwijl wel geld wordt uitgegeven aan de uitvindingen van 'Willie Wortels', die vaak nutteloos blijken te zijn vanwege het snelle verloop van ALS [DA & KL]. De vertegenwoordigers van de gemeente beginnen onderhandelingen met patiënten zoals Maria met het refrein 'je moet verhuizen', terwijl er geen geschikte woningen beschikbaar zijn [DA & KL].

Om vier aspecten bij elkaar te brengen en in één zin te vertellen wat deze intersectionele analyse oplevert: dit is het verhaal van een moeder [G] die weet dat zij binnenkort doodgaat [LL] en die ervoor zorgt dat haar kinderen niet op straat komen te staan [KL], maar die ook weet dat de kinderen mogelijk dragers van dezelfde dodelijke ziekte zijn [DA].



## 2 Thema's analyseren vanuit de identiteitsaspecten

In deze stap volgt het analyseren van één of meerdere bij de thematische analyse gevonden thema's vanuit de aspecten van identiteit. Daarbij is het belangrijk om dat in eerste instantie vanuit elke aspect apart te doen, om zo de betekenis van elk los aspect in relatie tot de inhoud (de data) te begrijpen (zie ook Cuádras & Uttal, 1999; Bowleg, 2008; Bilge, 2009). De eerder opgestelde kompassen vormen de basis voor deze stap en kunnen in deze fase indien nodig worden aangescherpt. In deze stap gaat het om het coderen van transcripten, het maken van memo's en het voorzichtig uitzoeken om het grotere plaatje te zien.

## 2a Coderen

Met codes kunnen fragmenten uit het transcript die expliciet naar een identiteitsaspect te leiden zijn worden gemarkeerd. Het is raadzaam om die code waar mogelijk niet simpelweg 'levensloop' te noemen, maar een korte toelichting toe te voegen, bijvoorbeeld met steekwoord(en) als 'levensloop: ziek zijn = oud zijn' (zie figuur 1). Dit kan zowel een theoretische als een aan de inhoud gerelateerde toelichting zijn. Op deze manier verloopt de interpretatie en zo beoogde theorievorming gelijktijdig met de codering.

|                           |    |                                                                                    |
|---------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|
| ... ziek zijn = oud zijn  | 67 | R: Als je 71 bent en dan zo. Dat, er zijn er zoveel die wat hebben.                |
|                           | 68 | I: Ja dat is ook zo.                                                               |
|                           | 69 | R: Het is niet anders.                                                             |
|                           | 70 | I: Nee.                                                                            |
|                           | 71 | R: Ik vind het beroerder voor de omgeving dan voor mijzelf moet ik zeggen.         |
|                           | 72 | I: Ja ja, ja.                                                                      |
| ... zinvol bestaan met a. | 73 | R: Dan denk ik anders ging ik nog even lekker op vakantie of zo maar dat.          |
|                           | 74 | I: Dat gaat niet.                                                                  |
|                           | 75 | R: Nee ik houd dat lopen niet vol dus waar moet je dan naartoe.                    |
|                           | 76 | I: Ja nee, dat kan ik mij voorstellen inderdaad.                                   |
|                           | 77 | R: En anders, om aan het strand te gaan zitten daar voel ik ook niks voor (lacht). |

Figuur 1. Codes m.b.t. levensloop. Verdere specificering door respectievelijk 'levensloop: ziek zijn = oud zijn' en 'levensloop: zinvol bestaan met anderen'.

Kwalitatieve analyses gaan vaak over wat door respondenten wordt gezegd, maar ook over wat niet wordt gezegd. Waarover wordt gezweigd, waarover wordt niet doorgesproken of gevraagd of wat lijkt er impliciet te worden bedoeld? Wat lees je tussen de regels door? Wat vraagt de interviewer (niet)? Bij een intersectionele analyse is dit expliciet van belang, omdat dit informatie geeft over wat er genormaliseerd is, niet ter discussie wordt gesteld, 'gewoon' is. Dat zit in betekenisvolle blikken, betekenisvol zwijgen of knikken, een zucht die aangeeft dat 'dingen nu eenmaal zo zijn'.

Dit gaat over dingen die 'cultuur' zijn, 'gender' zijn, 'klasse' zijn; dingen die geïnternaliseerd zijn, zowel door de respondent als door de interviewer (zie ook illustratie 4). Een voorbeeld is dat vrouwen over het algemeen de meeste zorgtaken of huishoudelijke taken op zich nemen of dat je met een disability zo lang mogelijk moet volhouden en door blijven werken. Dit zijn dominante denkbeelden waarvan de normativiteit makkelijk over het hoofd wordt gezien. Vaak geven beschrijvingen van

de context en activiteiten van respondenten veel informatie. Voorbeelden zijn de rolverdeling tussen mannen en vrouwen, waar iemand woont en met wie, wat voor werk iemand doet, de mate waarin de sociale omgeving rekening houdt met iemands beperking. Of kijk naar de grotere lijn in een verhaal, zoals naar hoe iemand met gebeurtenissen omgaat of reageert op situaties.

## 2b Memo's maken

Bevindingen en beschouwingen kunnen in memo's in de kantlijn worden weergegeven, waar bij het raadzaam is zoveel mogelijk illustraties uit het transcript mee te nemen. Waar bij een thematische analyse transcripten in stukken worden 'geknipt', is het bij een intersectionele analyse van belang ze (ook) steeds als geheel te beschouwen (vergelijkbaar met een narratieve analyse, zie Riessman, 2008). Zoals al eerder vermeld geeft het gehele transcript meer informatie als het gaat over hoe iemand in het leven staat, welke rollen iemand heeft en de vanzelfsprekendheden waar iemand van uitgaat. Deze informatie geeft contextuele input voor elke respondent.

## 2c Voorzichtig uitzoemen

Na het analyseren van ongeveer vijf transcripten is het verstandig om even uit te zoomen door afstand te nemen van de individuele interviews en te kijken naar overeenkomsten en verschillen tussen de reeds geanalyseerde transcripten. Dit is goed om te bekijken of (1) alle transcripten op een vergelijkbare wijze worden gecodeerd en bestudeerd, (2) er identiteitsaspecten uit de data naar voren komen die niet vooraf zijn meegenomen, maar wel relevant blijken in relatie tot de analysevraag,<sup>6</sup> (3) er al eerste patronen zichtbaar worden. Een voorbeeld van een patroon is dat steeds dezelfde identiteitsaspecten bij een bepaald subonderwerp lijken te kruisen.

Uiteindelijk gaat het niet zozeer om welke aspecten, maar om hoe die aspecten op elkaar inwerken. Daartoe stelt Bowleg (2008) de volgende vragen voor: hoe werkt identiteitsaspect A in op aspect B in elk individueel verhaal? Of andersom: welke aspecten werken in op as-

<sup>6</sup> Indien er een aspect naar voren komt dat alsnog systematisch in de analyse wordt opgenomen, raden we aan naar de vorige fase terug te gaan en een kompas voor de analyse op te stellen.

pect A in elk verhaal? Antwoorden hierop geven al enig zicht op patronen, die vervolgens tijdens het analyseren van de volgende transcripten verder kunnen worden uitgediept én kritisch kunnen worden bevraagd, bijvoorbeeld door te zoeken naar zogenaamde outliers: personen of verhalen bij wie dit patroon helemaal niet aan de orde is.

## Uitzoomen: verkennen, uitlichten en duiden van intersecties

Doel van deze stap is om de ervaringen van mensen (microniveau) te begrijpen binnen hun historische, culturele en sociaalmaatschappelijke context (macroniveau) (Cuádréz & Uttal, 1999; Bowleg, 2008; Warner, 2008). Dit leidt tot een antwoord op de analysevraag. De uiteindelijke focus van een intersectionele analyse ligt immers niet op het begrijpen van elk afzonderlijk identiteitsaspect, maar op de interacties daartussen – dus kruisingen of overlap tussen twee of meer identiteitsaspecten. Bovenal gaat het hier over de betekenis (inhoud) van die interacties (zie [illustratie 7](#)). Dit gaat om het herkennen van patronen door vergelijkingen te trekken binnen en tussen transcripten.

### 1 Intersecties verkennen

Verken waar in de data zich intersecties bevinden. Met behulp van een softwareprogramma kunnen twee of meer intersecties zichtbaar worden gemaakt (zie figuur 2). Vragen om in deze stap te beantwoorden zijn:

- Waar kruisen welke identiteitsaspecten?
- Waar juist niet?
- Welke thema's komen (vooral) naar voren?
- Wat zegt dat in relatie tot de analysevraag?



Figuur 2 Fragment uit MaxQDA met kruising tussen vier identiteitsaspecten. Gender gaat hier (impliciet) over doorgaan bij overbelasting zonder te klagen; disability (DS) over het niet hebben van een sociaal leven, het wegcijferen van de eigen beperking en het 'normaal' zijn; levensloop over dat het leven voorbijgaat zonder zelfreflectie of zingeving; sociale klasse (KL) over het verlies van werk (en mogelijk status) en het inkomen (niet in dit fragment).

De betekenis van deze intersectie zou kunnen zijn dat het over-

leven boven het leven staat.

### 2 Intersecties uitlichten

Vervolgens kunnen er keuzes gemaakt worden in welke thema's of gevonden intersecties (als eerste) verder worden uitgelicht. Omdat vermoedelijk niet alle gevonden intersecties kunnen worden geduid en ze in relatie tot de analysevraag mogelijk ook niet allemaal even relevant zijn, gaat het hier om het maken van een selectie. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden:

- Welke thema's zijn meer of minder belangrijk in termen van intersecties? Wat betekent dat in het licht van de inhoud/het onderzochte thema? Hoe werken die intersecties door?
- Of andersom: welke intersecties zijn meer of minder belangrijk in termen van de thema's? Wat betekent dat in het licht van (de werking van) de intersecties? Hierin wordt de relationele component van identiteitsaspecten meegenomen; welk aspect werkt waar zwaarder door dan elders/dan een ander?

Belangrijk is hier om je bewust te zijn van de mogelijkheid van intersectionele en interpretatieve onzichtbaarheid.

### 3 Intersecties duiden

De laatste stap is het interpreteren van de uitgelichte intersecties. Daarvoor is het van belang:

- Bekend te zijn met de sociaalhistorische context. Hiervoor geven de verschillende kompassen een basis, maar is het vermoedelijk ook nodig andere/nieuwe literatuur te raadplegen.
- De lokale context van de bevindingen mee te nemen (Davis, 2014). Hiervoor zijn de eerdere uitwerkingen uit hoofdstuk 3 (vooral de omschrijving van het materiaal en de context van de dataverzameling) en hoofdstuk 4 (de eigen referentiekaders) van belang.
- Te zoeken naar tegenstrijdigheden en spanningen in (individuele) verhalen die relevant zijn in het kader van deze intersecties (Cuádréz & Uttal, 1999). Denk daarbij aan het zoeken naar outliers: welke respondent vertelt een verhaal dat je op basis van zijn of haar sociale locatie niet zou verwachten? Hoe kun je dat duiden?

Zoek daarbij dus naar variatie.

Bij het duiden van de intersecties staat de inhoud van deze kruisingen centraal: hoe werken aspecten op elkaar in? Welke patronen komen daarbij naar voren? Hoe is dat te plaatsen in de sociaalhistorische context? Welke kennis levert dit op over het onderzoeksthema? Om hier een systematiek in aan te brengen, kan het behulpzaam zijn om te bekijken over welk niveau bevindingen kennis genereren (zie box 5 voor suggesties). Uiteindelijk moet deze stap leiden

box 5

naar een antwoord op de analysevraag.

### Suggesties voor het systematisch bestuderen van ongelijkheden

Om ervaringsverschillen op basis van sociale locatie in kaart te brengen kan het framework van Dill en Zambrana (2009) behulpzaam zijn. Zij benoemen vier domeinen die kunnen helpen om te bestuderen hoe ongelijkheden georganiseerd worden en in stand blijven:

- 1 Het institutionele domein, dat bestaat uit de institutionele maatschappelijke structuren, zoals de overheid, het juridisch systeem, woonstructuren, economische omstandigheden en de onderwijsstructuur.
- 2 Het bureaucratisch systeem, dat bestaat uit opvattingen en praktijken die bureaucratische hiërarchieën karakteriseren en in stand houden.
- 3 Het ideologische domein, dat bestaat uit beelden, symbolen, ideeën en ideologieën die het sociale bewustzijn vormen.
- 4 Het interpersoonlijke domein, dat bestaat uit patronen van interactie tussen individuen en groepen.

Om machtsstructuren en ongelijkheden die daaruit voortvloeien te identificeren, kunnen deze domeinen als vier 'filters' bij de terugkerende intersecties toegepast worden, om uiteindelijk tot een overkoepelend overzicht van de patronen te komen. We noemen ze voor het gemak een institutioneel, een bureaucratisch, een ideologisch en een interpersoonlijk filter (zie ook Watts, 2015). Connell (2012) biedt overigens een deels vergelijkbare indeling die behulpzaam kan zijn: het intrapersonlijke, interpersoonlijke, institutionele en maatschappelijke niveau.

## Uitzoomen op intersecties tussen disability en levensloop

Tijdens onze analyse zagen we in de terugkerende intersecties van disability en levensloop dat een diagnose met een neuromusculaire aandoening een levensveranderend effect heeft. De manier waarop de diagnose door patiënten werd geïnternaliseerd, was afhankelijk van de levensfase waarin de diagnose werd gesteld. Iemand die van jongs af aan met de wetenschap van een ongeneeslijke ziekte opgroeit, heeft immers een ander zelfbeeld en andere levensverwachtingen dan iemand die er in het midden van zijn leven mee geconfronteerd wordt. Deze verhouding kan als patroon gezien worden.

Een kern van verschil ligt in de ervaring van autonomie. Wanneer de diagnose vroeg in het leven wordt gesteld, lijkt de ziekte een integraal onderdeel van iemands identiteit te gaan vormen. Wanneer de diagnose later in het leven is gesteld, wordt het leven van de respondent eerst als het ware even tot stilstand gebracht (biographical disruption, zie Bury (1982)). De door de respondenten ervaren gezondheid verschuift van vitaal naar 'alsof ze oud zijn'. Veel van de respondenten maakten een expliciete vergelijking tussen hun lichamelijke ervaringen en die van oudere mensen. Met een traditionele kwalitatieve inhoudsanalyse kan in deze fase van de analyse een conclusie worden getrokken over de gevolgen van de chronische aandoening over de vorming van iemands identiteit in diens diverse levensfasen.

Het bepalen van patronen bij een intersectionele analyse gaat echter een stap verder (Hankivsky & Grace, 2015). De vragen die dan gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld:

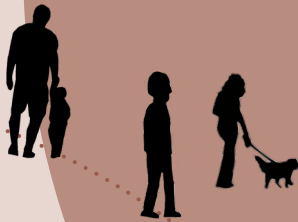
- Wat betekent het opgroeien of leven met een diagnose met een ongeneeslijke spierziekte voor de participatie en het zelfbeeld van de respondenten?
- Welke consequenties heeft het voor opleidings- en beroepskeuzes en de invulling van het werk?
- Waarom wordt een vergelijking gemaakt met 'oud' zijn?
- Wat zijn de gevolgen van de ziekte voor stigmatisering en zelf-stigmatisering?

Een van de patronen die we zagen, was dat een lichamelijke beperking steeds buiten 'de norm' valt, onafhankelijk van het aantal mensen dat met de beperking leeft, hun levensfase en de oorzaak daarvan. De terugkerende vergelijking die mensen met spierziekte met ouderen maken, laat het stigmatiserend effect van ageism en ableism zien in de maatschappij waarin 'jong' en 'vitaal' belangrijke normen zijn. Iedereen die daarvan afwijkt, moet zich ten opzichte van deze norm verhouden.

Hier wordt macht expliciet zichtbaar, in dit geval tussen jongeren en ouderen. Zo gebruiken mensen met een spierziekte onbewust het door hen geïnternaliseerde beeld van ouderdom als de levensfase die voornamelijk door beperkingen wordt bepaald en geen toekomst heeft. Als resultaat daarvan worden zowel de mensen met spierziekten als de ouderen als gemarginaliseerde groepen neergezet, en deze marginalisatie wordt door deze respondenten zelf geïnternaliseerd en gehandhaafd. Daarmee wordt ook zichtbaar dat mensen over verschillende identiteitsassen verschuiven – van jong naar oud, able-bodied naar disable-bodied; in hun eigen ogen en wellicht ook die van anderen – al naar gelang de context. Dit zijn nieuwe inzichten die een intersectionele analyse oplevert door de focus op relationele processen en fluïde identiteitsaspecten in relatie tot machtsverhoudingen.

HOOFDSTUK 6

**RAPPORTAGE EN  
DISSEMINATIE**



# 6. RAPPORTAGE EN DISSEMINATIE

In dit laatste hoofdstuk gaan we heel beknopt in op de rapportage (het schrijven) over en disseminatie (het verspreiden) van de bevindingen van een intersectionele analyse. Hoewel rapporteren en dissemineren van resultaten van een intersectioneel onderzoek deels overeenkomen met die van andersoortig kwalitatief onderzoek, zijn er enkele specifieke aandachtspunten om rekening mee te houden.

## Rapportage

Een eerste punt is het opschrijven van de bevindingen. Een intersectionele analyse beoogt de dynamiek en complexiteit van relaties tussen sociale locaties en geleefde ervaringen te laten zien, veelal om sociale ongelijkheid en de rol van bijbehorende systemen van macht in kaart te brengen. Dat betekent dat je complexe realiteiten probeert weer te geven, waarbij aandacht moet zijn voor unieke sociale locaties en bijbehorende ervaringen, maar ook voor meer algemeen gevonden patronen. Het kan lastig zijn die rijkdom en complexiteit over te brengen in een (wetenschappelijk) artikel of rapportage, zeker als er een beperkte woordenlimiet is. In box 6 geven we enkele suggesties die hierbij behulpzaam kunnen zijn.

Naast een goede vorm vinden voor de resultaten, is het heel belangrijk in de rapportage aandacht te hebben voor reflexiviteit: neem de lezer mee in de rol van de (sociale posities van de) onderzoeker(s) in de kennisproductie.

## Disseminatie

Een aandachtspunt voor de verspreiding van resultaten is welke boodschap bij wie op welke manier het beste onder de aandacht gebracht kan (en moet) worden. Een algemene tip is om onderscheid te maken tussen:

### Suggestie: maak de resultaten invoelbaar

Laat de personen over wie het gaat zelf aan het woord. Dat kan met citaten, maar vaak geven deze onvoldoende contextuele informatie om intersecties in relatie tot het thema of bredere probleem in beeld te brengen.

Alternatieven zijn:

**Werken met vignetten:** teksten van ongeveer 250-500 woorden waarin de respondent aan het woord komt en de wisselwerking tussen de sociale identiteit, context en ervaringen van de respondent wordt neergezet. Een vignet geeft de lezer inzicht in het belang van elk van de gevonden intersecties aan de hand van individuele verhalen (zie illustratie 6).

**Een generiek verhaal maken:** een verhaal van een fictieve respondent waarin fragmenten en elementen van twee of meer 'echte' respondenten zijn verweven tot een geheel.

**Twee respondenten vergelijken:** bijvoorbeeld omdat ze overeenkomen wat betreft hun identiteitsaspecten, maar verschillende ervaringen hebben. Of omdat ze op één identiteitsaspect verschillen en wel of juist niet vergelijkbare ervaringen hebben. Een mogelijkheid is om voor beide respondenten kort de sociale locatie te schetsen en dan hun ervaringen in detail te presenteren (zie bv. Christensen & Jensen, 2012).

- kennis: welke informatie;
- doel: bijvoorbeeld informeren, overtuigen, activeren of veranderen;
- vorm: bijvoorbeeld geschreven, gesproken of verbeeld;
- kanaal: bijvoorbeeld vaktijdschriften, onderwijs, websites, nieuwsbrieven van belangenverenigingen, wijkblaadjes, in het theater.

box 6

De keuzes hiervoor hangen af van de beoogde doelgroep. Zoals eerder aangegeven, is het doel van een intersectionele analyse vaak om zicht te krijgen in de manier waarop (verschillende aspecten van) identiteit een rol spelen bij maatschappelijke ongelijkheid. Als de analyse laat zien welke mensen in een bepaalde situatie voor- of nadelen ondervinden, dus laat zien welke identiteitsaspecten in een specifieke context op welke manier relevant zijn, is het belangrijk om te bedenken hoe die boodschap met een breder publiek gedeeld kan worden om aandacht te vragen voor de (verbetering van de) positie van gemarginaliseerde groepen. Vragen die kunnen helpen om hierover na te denken zijn:

- Wiens stem wil je laten horen of wie moet(en) van deze resultaten profiteren?
- Welke praktijken wil je veranderen of in gang zetten?
- Wie moet met de resultaten aan de slag?
- Wie moet ik daarvoor informeren, overtuigen of meekrijgen?
- Waar kan ik eventueel weerstand verwachten?

Deze vragen kunnen ertoe leiden dat tijdens het disseminatieproces andere keuzes worden gemaakt dan tijdens meer traditionele onderzoeks- en disseminatieprojecten.

Behalve nadenken over de inhoud van de boodschap die je verspreidt, is het bij een intersectioneel onderzoek (extra) belangrijk om na te denken over manieren om hierbij verschillende stakeholders te betrekken. Denk bijvoorbeeld aan:

**De einddoelgroep:** de mensen van wie de ervaringen input waren voor de analyse. Het is een valkuil om tijdens de disseminatiefase geen aandacht te hebben voor de personen wiens ervaringen input waren voor de analyses en hen geen zeggenschap te laten hebben over wat met de resultaten gebeurt. Als uiteindelijk enkel de onderzoeker profiteert van het werk dat is gedaan, kunnen onderzoekers de ongelijkheden die ze zeggen tegen te gaan juist versterken. Het betrekken van de (vertegenwoordigers van) personen of groepen over wiens leven de resultaten iets vertellen is daarom essentieel (Goodley, 2016; Tannenbaum et al., 2016;

Verdonk et al., 2019; Nooraie et al., 2020). Denk daarbij ook aan de toegankelijkheid van informatie voor de doelgroep, bijvoorbeeld wat betreft taal(niveau), digitaal of offline aanbod en de vorm. Salad en collega's (2015) voegden een Somalisch gedicht aan hun artikel toe om de inhoud van hun intersectionele analyse te verspreiden onder Somalische moeders.

**Mensen die (gezondheids)beleid maken en uitvoeren:** zoals beleidsmakers en zorgverleners. Dit zijn mensen die veranderingen in de gezondheidszorg kunnen realiseren én vanwege hun praktijkexpertise goed kunnen meedenken bij het maken van een vertaalslag. Daarnaast is dit een doelgroep die je op de hoogte wil brengen van de ervaringen van de einddoelgroep. Het is daarom relevant om te bedenken hoe bevindingen juist met en onder deze groep verspreid kan worden.

**Mensen die kunnen helpen bij praktijkverandering, bijvoorbeeld via onderwijs en bijscholing:** wetenschappers zijn vaak gewend om vooral via platformen te werken waar ze andere wetenschappers bereiken, zoals wetenschappelijke tijdschriften, congressen en seminars. Als je naast mensen informeren ook daadwerkelijk een praktijkverandering teweeg wil brengen, zijn andere podia nodig om de boodschap te delen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van workshops, trainingen of modules in het onderwijs. Denk juist hierbij ook na over hoe je de verschillende stakeholders kunt betrekken bij de ontwikkeling van dergelijke vormen van disseminatie.

Naast het overbrengen van de inhoudelijke boodschap, is het tot slot belangrijk om je publiek voldoende bekend te maken met intersectionaliteit: wat is de achtergrond van je onderzoek? Met welke reden heb je dit type analyse uitgekozen? Wat laat je ermee zien? Zeker als je met de analyse kritiek levert op bestaande (zorg)praktijken, is het belangrijk je beoogde publiek hier goed in mee te nemen. Het kan namelijk zijn dat kritiek weerstand oproept. Vraag jezelf bij veel weerstand af:

- Heb ik de rijkdom van de data en de context goed weergegeven bij het rapporteren en dissemineren van de intersectionele bevindingen?

- Heb ik verschillende stakeholders voldoende betrokken bij mijn onderzoek en disseminatie?
- In welke mate sluiten de resultaten aan bij het probleem zoals ervaren door beleidsmakers en zorgverleners?
- Heb ik tijdens de analyse iets over het hoofd gezien? Denk daarbij vooral ook terug aan de blinde vlekken.

Natuurlijk kan het zo zijn dat verschillende partijen uiteenlopende perspectieven hebben op de bevindingen. Dat is ook een resultaat. Probeer dan te verkennen waar die verschillen vandaan komen en kijk of je die perspectieven bijeen kan brengen. Dit kan bijvoorbeeld door perspectieven van de ene groep invoelbaar te maken voor de andere (zie [box 6](#)), door stakeholders 'intersectioneel' te laten meedenken (zie illustratie 8) of door groepen op een goede wijze met elkaar in dialoog te brengen.

illustratie 8

## Wat als ... we identiteitsaspecten veranderen?

Tijdens een workshop met zorgverleners van een afdeling revalidatie, beoogden we (1) intersectionaliteit uit te leggen en (2) in discussie te gaan over de sociale locaties van patiënten (inclusief eventuele maatschappelijke voor- en nadelen) en mogelijke blinde vlekken van de zorgverleners zelf. Van één van de zorgverleners hadden we op voorhand begrepen dat op de afdeling vooral etniciteit als een 'lastig' identiteitsaspect in de zorg werd ervaren; lastig om de zorg goed op af te stemmen, omdat de zorgverleners zelf overwegend een Nederlandse afkomst hadden.

Aangezien wij dit aspect niet in de analyse hebben meegenomen vanwege de afwezigheid van respondenten met andere culturele achtergronden dan de Nederlandse in de dataset (zie [illustratie 2](#)), besloten we een samengesteld verhaal te creëren en daar (zonder dat de deelnemers dat wisten) één fictief aspect aan toe te voegen: een Marokkaans-Nederlandse achtergrond. Zo ontstond het verhaal van 'Fadoua', een 45-jarige vrouw met FSHD.

Tijdens de discussie – met een multidisciplinair team bestaande uit o.a. ergotherapeuten, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, logopedisten en revalidatieartsen – riep dit verhaal zowel herkenning als verbazing op, vooral in relatie tot de Marokkaanse achtergrond. Herkenning bijvoorbeeld omdat Fadoua niet met haar familie over de genetische aspecten wilde praten, verbazing omdat ze als gescheiden vrouw werd gepresenteerd. Zo gaf een van de verpleegkundigen aan dat zij verrast was over de combinatie van de Marokkaanse achtergrond en de burgerlijke staat. De overige deelnemers stemden daarmee in en in de dialoog die volgde kwamen ze tot het oordeel dat het zou gaan om een 'moderne' vrouw. Ze realiseerden zich ook dat ze dit niet zouden denken als het om een Nederlandse vrouw zou gaan.

Tegelijkertijd gaven de zorgverleners aan dat je met een casus makkelijk vervalt in 'hokjesdenken' en dat ze dat lastig vinden. Daarbij konden ze ook genoeg voorbeelden uit hun eigen zorgpraktijk noemen van patiënten die niet voldeden aan bepaalde 'hokjes', waardoor ze zich in die praktijk van hun eigen vooroordelen bewust werden. Dat geeft aan dat beginselen van intersectioneel denken impliciet ook wel aanwezig waren in de groep.

In een discussie kan intersectioneel denken worden gestimuleerd met 'wat als ...'-vragen. Leg een (samengesteld) verhaal of vignet voor en vraag bijvoorbeeld: wat als deze vrouw nu een man was geweest? Niet gepensioneerd, maar net begonnen aan een eerste baan? Niet laag- maar hoogopgeleid? Vraag vooral ook door: welke voor- of nadelen zouden in deze specifieke context veranderen (in na- of voordelen)? Wat zou dat veranderen aan de manier waarop je zorg verleent?



HOOFDSTUK 7

# VOORBEELDEN TER INSPIRATIE

# 7. VOORBEELDEN TER INSPIRATIE



## Interviewfragment en uitwerking bij het 'blind analyseren'

Hieronder staat een kort stuk interviewtranscript waarin de identiteitsaspecten groten-deels impliciet (of misschien nog niet zichtbaar) zijn. Analyseer dit fragment met de volgende vragen:

- *Waar zie je (voor het eerst) gender/levensloop/disability/sociale klasse? Leg uit.*
- *Zie je al overlap tussen identiteitsaspecten?*

Interviewer: Misschien als je nog even kunt vertellen hoe het überhaupt is begonnen met FSHD en hoe daar een diagnose is gekomen?  
Respondent: De FSHD zit bij ons in de familie, aan mijn moeders kant. En er waren al lange-tijd klachten, maar we konden die klachten met de caesar therapie eigenlijk niet onder controle krijgen. En op een gegeven moment moesten er pasfoto's gemaakt worden voor de paspoorten en toen vond ik mijn gezicht raar. Toen ben ik gaan zitten googelen en heb ik een verwijsbrief gevraagd via de huisarts om naar dokter [naam] in [plaatsnaam] te mogen. Dan ga je daar de molen in en uiteindelijk is het met een DNA-test bevestigd. Ja, dan gaan ze het onderzoek starten en dan zit je in de stand. Dus zo erin.

I: Ja, want je bent dus ook via de huisarts door-verwezen?

R: Ja ik ben uiteindelijk bij dokter [naam] beland en een van zijn medewerkers. Die heeft onder-zoeken gedaan en bloed laten doen.

I: En die heeft jou ook gevraagd om mee te doen aan dit project?

R: Nee, daar heeft [naam onderzoeker] volgens mij zelf voor gebeld.

I: Ok, want je had al contact met [naam onder-zoeker] of was dat?

R: Nee, nee, ik denk dat die binnen het [naam ziekenhuis] daarmee in gesprek is gekomen en zo van: 'wie hebben we en wat kan ik aanschrij-ven?'

I: Ok, en toen dacht je ik ga meedoen [lacht].

R: Ja. Weet je, je snapt heus wel dat daar toch

best wel wat tijd in gaat zitten. Maar er is eigen-lijk nog zo ontzettend weinig over bekend en ik dacht ik ja, ik heb wel drie kinderen lopen. En stel dát ik een klein stukje bij kan dragen en ze komen verder, wie weet is er ooit wél een me-dicijn, want dat is er natuurlijk gewoon niet. Dat was voor mij reden om mee te gaan doen.

I: En had je nog verwacht dat het voor jouzelf iets zou opleveren?

R: Weet je, eigenlijk niet. Wel in de hoop dat je eh, bepaalde dingen wijzer wordt, maar dat word je eigenlijk niet zoveel. Je accepteert de dingen die op je pad erbij komen. En er gaan steeds dingen achteruit, maar ja.

I: Ja. Want wat zijn nu jouw belangrijkste beper-kingen?

R: Lopen is lastiger. En mijn nek, veel klachten met mijn nek. En ja gewoon moe. 's Avonds gewoon echt moe.

I: Kan je daar iets meer over vertellen?

R: Ik heb nu voor de tweede keer een tijd van een jaar de revalidatie en die kijken met je mee. En toen ik begon met werken, werkte ik gemid-deld een dag of drie en een half in de week, soms vier. En dat is nu niet meer mogelijk bij-voorbeeld. Het is nu twee en dan is het klaar.

I: Ok dat was niet meer vol te houden.

R: Nee, nee. En ik werkte voorheen twee dagen aan één stuk en ik ga nu starten, vanaf volgen-de week, met een dag ertussen en wanneer nodig komt er nog een dag extra tussen, maar gewoon om het beter te spreiden. Ik moet ge-woon steeds die stapjes rust ertussen pakken.

I: En is dat dan echt zeg maar lichamelijke ver-moeidheid of hoe moet ik dat voor mij zien?

R: Ja, lichamenlijk, ja.

I: Ok. En merk je dan dat het steeds langzamer wordt om dat te herstellen of hoe?

R: Als je je grens te ver overgaat wel. Ja. Als je de boel in de regel goed in de gaten houdt, gaat het herstel zeg maar wel vlotter. Pas had-den we vakantie en dan heb je eerst een aantal dagen gewoon lekker aan gekeuteld en gedaan en toen zijn we de volgende dag naar [plaats in Nederland] geweest en ja zo'n dag is zwaar voor mij dan. En normaal zou ik daar langer van moe-ten herstellen als dat het nu deze keer was. Dat viel mij nu mee. Ik was een andere dag nog wel wat moe, maar daarna ging het eigenlijk wel.

I: Ja, maar wat, zou je weten waardoor het dan komt dat het de ene keer sneller gaat dan de andere?

R: Ik denk doordat we nu zeg maar een week heel kalmpjes gedaan hadden. Je werd, je bent dan al redelijk uitgerust.

I: Ja, dus dat maakt toch wel uit.

R: Ja. En ik was ook gewoon echt aan vakantie toe, dat merk je dan ook. Ja. Ik plan tegenwoordig bewust tussen de zomervakantie en de Kerst, zeg maar, want met Kerst zijn we ook meestal vrij, maar eigenlijk altijd wel, daar een week tussen vrij te zijn. Om het te overbruggen.

En tussen de Kerst en de zomer ook weer.

I: Ook nog ergens halverwege.

R: Ja.

I: Dat heb je echt nodig.

R: Dan heb je een rustpunt. Ja.

I: Goh, ja, wel, hoe zeg je dat, ingrijpend als dat zo ver jouw leven beïnvloedt zeg maar.

R: Ja. Is het ook wel.

I: Minder werken.

R: Ik zeg wel eens, ik ben 45 en 75. Je wilt gewoon je dingen doen. En dat lukt gewoon niet altijd.

illustratie 9

## Reactie op het interviewtranscript

**"Ik zie als eerste een vrouw, een witte vrouw. De zomervakantie en de Kerst – twee meer traditionele ankerpunten in het jaar van Nederlandse Nederlanders.**

Ik sla aan op de 'mijn gezicht zag er raar uit' – ik stel mij een vrouw voor die kijkt of ze leuk genoeg op de foto staat, en dan iets ontdekt dat ze niet herkent. En ook: de zorg om de kinderen. Uit de literatuur weet ik dat voor veel vrouwen dit een punt van zorg is, dat ze eerder denken aan de gevolgen van een genetische aandoening voor hun kinderen en het doorgeven in de familielijn. Ook het parttime werk is voor mij een indicatie dat het hier gaat om een vrouw. Er lijkt ook een partner – impliciet aanwezig – 'we hadden vakantie', ik veronderstel dat aan de hand van die paar daagjes vakantie met 'het gezin', en dan denk ik aan een gezin met een man en een vrouw, een parttime werkende vrouw.

Ze beschrijft niet dat ze voor twee dagen is afgekeurd – ik vermoed daardoor dat ze nu minder uren werkt dan voorheen – en dat dat is opgevangen via het inkomen van de partner. Financieel in dat geval niet onbemiddeld, ook blijkend uit de extra vakantie met het gezin, maar ook vanwege de afwezigheid van opmerkingen over financiële zaken of het ontbreken van financiële middelen.

Ten aanzien van leeftijd – ze verwijst hier naar 45 als chronologische leeftijd, maar eigenlijk naar 75 als ervaren leeftijd – is ze ouder dan haar leeftijdgenoten en eerder maakt ze ook een verwijzing naar 'wijzer worden' maar dan eigenlijk gebeurt dat dan ook weer niet zo – je moet het accepteren, dat lijkt in elk geval een verwijzing naar een proces. Zo lees ik het althans.

Ze verwijst helemaal niet naar religie – ze spreekt wel over accepteren, maar religie is uit dit vignet niet op te maken, er is geen verwijzing naar troost of acceptatie of dat de ziekte als een opdracht zou worden ervaren op religieuze manier, en ook geen verwijzing naar een religieuze of kerkelijke gemeenschap waar zij en/of het gezin deel van uitmaken, voor zover ik kan zien."

# KOMPASSEN

Hieronder staan kompassen voor vier verschillende identiteitsaspecten: gender, disability, levensloop en sociale klasse. Deze zijn niet per se af, gaan uit van specifieke concepten en behoeven mogelijk aanpassing voor andere onderwerpen. Ze dienen daarom ter inspiratie, zowel voor de vorm als voor de inhoud.



## GENDER (Maaïke Muntinga)<sup>7</sup>

Gender is een van de belangrijkste organisatieprincipes van samenlevingen. Gender gaat over de sociale rollen, verwachtingen en gedragingen ('scripts') die samenhangen met het als man of als vrouw worden geduid binnen een bepaalde historische en maatschappelijke context. Gender heeft dus geen biologisch basis, maar wordt geconstrueerd en in stand gehouden ("gedaan" (Butler, 1990)) middels alledaagse interacties tussen mensen. Scripts met betrekking tot mannelijkheid en vrouwelijkheid kunnen per culturele context verschillen. In de Nederlandse maatschappij horen mannen bijvoorbeeld autonoom, competitief en onkwetsbaar te zijn (mannelijkheid), terwijl van vrouwen wordt verwacht dat ze zorgzaam, empathisch en afhankelijk zijn. Vrijwel overal echter zijn scripts geassocieerd met het bestaan van onveranderbare, algemeen geldende en hiërarchische gendercategorieën, met dominante gendernormen, en met seksesegregatie. Gendernormen komen bijvoorbeeld cultureel tot uiting in de verdeling van huishoudelijke taken en zorgtaken, in werk of andere activiteiten die als 'mannelijk' of 'vrouwelijk' getypeerd worden, of in het benadrukken van mannelijk of vrouwelijk gedrag in entertainment en marketing.

Gender wordt in veel samenlevingen als binair geïnterpreteerd – je bent of man of vrouw – en is relationeel, dus de categorieën 'man' en 'vrouw' krijgen betekenis en komen tot uiting in relatie tot elkaar. De laatste jaren echter wordt gender door academici en wetenschappers steeds meer gezien als een spectrum, waarbij gender niet binair is, maar bestaat op een continuüm. De mate waarin je vrouw bent of je vrouw voelt en hier uiting aan geeft kan variëren tussen en binnen personen. Gender en gender markers zijn variabel en fluïde. Daarbij ligt er in de Engelstalige literatuur steeds meer nadruk op het onderscheiden van gender (sociale aspecten van man of vrouw zijn) en sekse (in Nederland 'geslacht'). Met sekse wordt verwezen naar de biologische aspecten die bepalen of een lichaam als mannelijk of vrouwelijk wordt gezien, zoals de '3 G's' (Genen, Gonaden, Genitaliën). Gender en sekse zijn dus

twee verschillende concepten, maar kunnen met elkaar interacteren. Denk aan roken en het risico van overlijden aan longkanker. Het is bekend dat mannen vroeger vaker rookten dan vrouwen, maar dat vrouwen 'aan het inhalen zijn' op basis van emancipatie. Dit verhoogt het risico van vrouwen op longkanker (gender). Daarnaast lijkt het dat de fysiologische effecten van roken (bv. De impact van tabaksrook op het DNA van cellen) anders is voor vrouwen dan voor mannen (sekse). Gender en sekse interacteren, en dat effect bepaalt uiteindelijk mede het risico op longkanker voor mannen en vrouwen. Bij een intersectionele analyse op basis van gender wordt dus zowel gekeken naar gender als naar sekse. Soms zijn de twee moeilijk te onderscheiden.

Voor een diepte-analyse op basis van gender en sekse is het van belang iets te weten over gender theorieën, bijvoorbeeld gender socialisatie (Nancy Chodorow, 1978), gender als performance (Judith Butler, 1990), gender relational theory (o.a. Virginia Goldner, 1991), en over man-vrouwverschillen in ziekte (bv. incidentie en prevalentie, trends), ziektebeleving (bv. in relatie tot hulpzoekgedrag en klachtenpresentatie), en de arts-patiëntrelatie (bv. in relatie tot diagnostische delay). Hierbij hoort ook het historisch besef dat maatschappelijke macht tot op heden onrechtvaardig is verdeeld tussen mannen en vrouwen, ook in maatschappijen zoals de Westerse met een gedeelde geschiedenis van vrouwenemancipatie en feministische golven. Een gender analyse kan niet zonder exploratie van interactie tussen het gegenderde individu en de culturele context, dat wil zeggen het patriarchale systeem dat de basis vormt van de manier waarop kennis wordt geproduceerd, beeldvorming tot stand komt, en kansen worden verdeeld. Ook is het belangrijk bewust te zijn van het fenomeen gender bias (Ruiz & Verbrugge, 1997). Er is sprake van gender bias als géén onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen waar dat er wél is (bv. Doordat gender niet wordt meegenomen in een analyse) of als wél onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen terwijl dat er níét is. Het kan helpen om voorafgaand aan de intersectionele analyse bronnen van gender bias in kaart te brengen.

<sup>7</sup> Er wordt vanuit verschillende disciplines en invalshoeken veel theoretisch en empirisch werk gepubliceerd. Het behoeft geen toelichting dat deze checklist daarom geenszins compleet en voornamelijk een startpunt is.

Het is tenslotte essentieel om te beseffen dat veel huidige kennis over gender-en sekseverschillen in ziekte die níet gaan over het 'bikini-model'<sup>8</sup> tot stand zijn gekomen op basis van populatiedata. Gevonden verschillen tussen mannen en vrouwen zijn dus gemiddelde verschillen. Voor een deel van de mannen en vrouwen zullen deze verschillen gelden, maar voor een deel ook niet. In de praktijk is de invloed van gender en sekse op de individuele ervaring daarom variabel. Soms zal het een grote rol spelen, soms een minder grote rol. Wees dus alert op essentialisme en aannames van homogeniteit van hét mannelijke of vrouwelijke lichaam, of dé mannelijke of vrouwelijke ervaring. De hierboven genoemde beweging richting een meer fluïde en multidimensionale conceptualisatie van gender (en sekse) biedt een goed tegenwicht voor essentialistische perspectieven.

### Algemeen

- Identificeert de respondent zich als man, vrouw of een andere gender? Waaraan lees je de gender van deze persoon af (wat maakt deze persoon voor jou 'typisch' man of vrouw)? Wat zegt dat over jouw eigen aannames of normen over mannen (mannelijkheid) en vrouwen (vrouwelijkheid)? Als je een manuscript 'blind' leest en niet weet of de persoon man of vrouw is: wanneer 'wist' je dat deze persoon man of vrouw is? En waar leid je dat aan af (gendered cues)?
- Heeft de persoon een partner(s)? Wat is de gender van deze partner(s)? Deelt deze persoon een huishouden met deze partner(s)?
- Heeft de persoon kinderen en zo ja, hoeveel? Deelt deze persoon een huishouden met de kinderen?
- Welke positie of rol neemt de persoon in binnen het gezin of huishouden? Heeft deze persoon bijvoorbeeld zorgtaken en voor wie?
- Doet/deed de persoon betaald of onbetaald werk? Wat voor werk is/was dat (en in hoeverre is dit werk typisch 'mannelijk' of 'vrouwelijk')?

- Hoe besteedt deze persoon zijn of haar vrije tijd?

### Mogelijke rol van gender en sekse bij het thema dat je onderzoekt (vragen gebaseerd op sociale theorieën en biomedische empirie)

- Socialisatie. Welke boodschappen krijgen jongens en meisjes van jongs af aan mee over hoe je man of vrouw bent, of hoe 'normale' mannelijkheid en vrouwelijkheid eruit ziet? In hoeverre komt dit terug in het verhaal of in de ervaringen van de respondent?
- Hoe spelen (traditionele) gender rollen een rol in het leven of het verhaal van het individu? Denk hierbij niet alleen aan de eigen rol, maar ook die van personen om het individu heen (partners, ouders, kinderen, vrienden). Welk script hoort bij deze rollen? Hoe bepalen deze rollen de dagelijkse werkelijkheid en ervaringen van deze persoon?
- Hoe wordt gender (man-zijn/mannelijkheid of vrouw-zijn/vrouwelijkheid) door het individu vertolkt en verbeeld? Hoe ziet deze persoon de eigen rol en taken en die van een ander? Welke uitspraken of concrete gedragingen passen daarbij?
- Welke personen, taken of verantwoordelijkheden zijn sterk aanwezig of juist afwezig in het verhaal van het individu? Kan gender daarbij een rol spelen en op welke manier?
- Wat weet je van de incidentie en prevalentie van de aandoening en zijn er sekse (en/of gender) verschillen bekend? Wat kan dit betekenen voor de ervaringen van je respondenten?
- Wat is er in de literatuur bekend over sekse en genderverschillen met betrekking tot symptoomperceptie en presentatie van klachten? In hoeverre komt dit naar voren in de narratieven?
- Zijn er verschillen in tijdstip waarop de initiële diagnose is gesteld? Het komt voor dat bij mannen of juist bij vrouwen diagnoses lang uitblijven.
- Wat weet je van sekse en genderverschillen met betrekking tot therapie (reageren mannen en vrouwen anders op behandelingen of medicijnen), met betrekking tot ziektebehoef, omgang met ziekte en consequenties van ziekte?
- Zijn er thema's waarbij gender of sekse een

<sup>8</sup> Het bikini-model refereert aan man-vrouwverschillen die te maken hebben met het reproductieve orgaanstelsel. Aandacht voor sekse en gender in de gezondheidszorg begon met het vragen voor aandacht voor reproductieve issues zoals abortus, de pil en baarmoederhalskanker door de Vrouwenbeweging in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw. Het is een valkuil om aan te nemen dat 'bikini-verschillen' verschillen absoluut zijn: óók mannen krijgen borstkanker, transmannen kunnen zwanger worden, een abortus ondergaan of baarmoederhalskanker krijgen, en transvrouwen kunnen prostaataandoeningen ontwikkelen (o.a. Ruiz & Verbrugge, 1997).

rol zou kunnen spelen, maar waar je het niet zeker weet? Denk aan fysieke ervaringen zoals pijn en vermoeidheid. De literatuur suggereert dat sekse en gender een rol kunnen spelen bij de beleving en presentatie, echter zijn theorieën lastig te staven bij individuele, subjectieve ervaringen zoals pijn en vermoeidheid.

- Kan er sprake zijn van een interactie tussen sekse en gender? Zie het eerder genoemde voorbeeld over roken en longkanker.

## DISABILITY (Minne Bakker)

Een belangrijk uitgangspunt van het Disability Studies (DS) perspectief is de maatschappelijk-contextuele kijk op een beperking vanuit het sociale en culturele model (Goethals et al., 2015; Mahar et al., 2013; Goodley, 2016; Van Hove et al., 2016). Dat wil zegen dat een beperking of disability vanuit een DS-perspectief wordt gezien als een uitkomst van een context waarin iemand met een bepaald 'impairment' niet volledig of vanzelfsprekend kan meedoen. Het is dus de omgeving die beperkend is. Dit kan de fysieke omgeving zijn, zoals een gebouw, het openbaar vervoer. Maar er kunnen ook sociale uitsluitingsmechanismen spelen zoals stigmatisering of discriminatie. Het aanpassen van de omgeving, in plaats van de persoon, staat centraal in het perspectief van Disability Studies. Het gaat daarbij om aspecten van in- en exclusie, van mee kunnen doen, jezelf kunnen zijn en erbij horen (belonging).

Er zijn maatschappelijke structuren ontstaan t.a.v. hoe mensen hun beperking 'horen' te ervaren en ermee om behoren te gaan (wat we als maatschappij verwachten van mensen met beperkingen) en die zie je terug in het vertoog en taalgebruik. Die structuren worden zichtbaar op verschillende gebieden; denk aan de arbeidsomgeving, de omgeving van het gezin, bij sociale activiteiten, in het denken over je identiteit. Verschillende aspecten spelen daarbij een rol. Onderstaande vragen kunnen helpen om je af te vragen wat hierover wordt gezegd en welke rol de (fysieke en sociale) omgeving dus in de ervaring van de beperking speelt. Het is geen uitputtende lijst, noch hoeft je op alle

vragen antwoord te kunnen geven. Het is puur bedoeld om te sensibiliseren t.a.v. het Disability Studies perspectief.

### 1 Beeldvorming

Hoe ervaart de respondent dat de maatschappij aankijkt tegen de beperking? Mag de beperking er zijn? En hoe wordt erover gesproken (serieus, met humor (kleinerend of acceptierend))?

- Denk hierbij aan gebruik van hulpmiddelen; hoe kijkt men daar tegenaan en hoe gaat men ermee om? Ziet men op tegen gebruik (stigma, discriminatie), ziet men het als verlengstuk van zichzelf, onderdeel van identiteit, is het iets dat je weg kunt laten?
- Vergelijken mensen zichzelf met mensen zonder beperking? Wat wordt hierover gezegd?
- Ervaart de respondent dat het leven met een beperking als gelijkwaardig of minderwaardig wordt gezien?
- Wat is de rol van de diagnose in de waardering en ervaring van de beperking?
- Wordt de nadruk gelegd op de medische kant van de beperking of juist meer de sociale kant? Welke gevolgen heeft het hebben van die aandoening?
- Mag de beperking er zijn of probeert de respondent deze teniet te doen? Bijvoorbeeld door te relativiseren ('anderen hebben het nog erger') of geen ruimte te laten voor de beperking door te willen laten zien dat hij/zij toch nog alles kan ondanks de beperking. Wordt er over de beperking gesproken met anderen en op welke manier? Is er disclosure of juist niet? Zo ja, richting wie en hoe wordt daar (in de beleving van de respondent) op gereageerd? Hoe wordt omgegaan met hulpmiddelen?

### 2 Stigma/Zelfstigma

Zie je dingen terug die gaan over negatieve beeldvorming van de respondent zelf of van anderen over de beperking (of de situatie die daaruit voortkomt)?

- Worden er signalen gegeven van schaamte of angst ('wat als men erachter komt')?
- Worden er concrete voorbeelden van uitsluiting genoemd?
- Worden er uitspraken gedaan over dingen die de respondent niet zou kunnen vanwege

- de beperking (is er sprake van zelfstigma?)
- Wordt de beperking door de respondent gezien als iets positief, negatiefs of beide? Hoe wordt de beperking volgens de respondent door anderen gezien?
- Hoe wordt er gesproken over beperkingen; is de beperking de identiteit of is het onderdeel van identiteit? Denk aan 'identity first' vs. 'people first' taalgebruik; heb je het over 'gehandicapten' of over 'mensen met een handicap'?
- Heeft de respondent het gevoel dat de beperking (sociale of fysieke) participatie in de weg staat?
- Verwacht de respondent andere dingen van zichzelf vanwege de beperking?

### 3 Belonging (erbij horen)

Heeft de respondent het gevoel onderdeel uit te maken van een groep (volwaardig erbij horen, niet alleen participeren) en wat draagt daar (niet) aan bij?

- Denk hierbij aan contexten zoals gezin, werk, vrienden, sport.
- Kan de respondent deelnemen aan activiteiten die voor hem/haar waardevol zijn en ertoe doen?
- Zijn er activiteiten die de respondent moet missen vanwege de beperking?
- Op welke manier wordt er door anderen (al dan geen) rekening gehouden met de beperking in het kader van deelname aan activiteiten?

### 4 Disabling/enabling environments

Wat zijn aspecten die maatschappelijke participatie (on)mogelijk maken?

- Denk aan mensen uit de omgeving/naasten
- Denk aan zorg
- Denk aan hoe bepaalde mensen al dan niet rekening houden/aanpassingen willen doen t.b.v. participatie van de respondent
- Op welke manier is de context (niet) aangepast waardoor participatie (niet) wordt bevorderd? En door wie?

### 5 Verantwoordelijkheid

Hoe kijkt de respondent aan tegen verantwoordelijkheid:

- Voor het kunnen blijven participeren? Met andere woorden: wie moet zich aanpassen,

de respondent of de omgeving? En met welke argumenten?

- Voor het zorgen dat je kunt blijven functioneren (thuis, werk, sociaal); wie moet de stappen zetten (werkgever, partner, vrienden of respondent zelf)?
- Voor dat je niet overbelast raakt (plannen, rusten, balans waarborgen; dingen waar de respondent zelf voor verantwoordelijk is, of wordt hier rekening mee gehouden vanuit de omgeving? En op welke manier?) Ligt verantwoordelijkheid bij individu/respondent, bij andere individuen (werkgever, naasten) of bij maatschappij? Wat wordt daarover gezegd?

### 6 Ableism

Welke druk ervaart de respondent (vanuit omgeving of zichzelf) om bij te moeten dragen (economisch, maatschappelijk) aan de samenleving?

- Hoe wordt volgens respondent aangekeken tegen minder werken/verzuim?
- Hoe wordt volgens respondent aangekeken tegen rol als man/vrouw (denk aan kostwinner, opvoeder, mantelzorger)?
- In hoeverre ervaart de respondent onderdeel te zijn van een systeem dat gaat over productie/productiviteit en (daarmee) gezondheid?

### 7 Hoe wordt het lichaam beleefd?

Zie je iets terug in de manier waarop er over de beperking wordt gesproken?

- Is de beperking onderdeel van 'ik' (holistisch) of wordt het als iets aparts gezien? (Ik heb een beperking vs. mijn lichaam is beperkt)
- Hoe wordt hierbij omgegaan met hulpmiddelen; zijn die onderdeel van het lichaam, of iets wat men liever aan de kant zet?
- Is de beperking zichtbaar of niet en maakt dat uit voor de respondent? Wordt er gesproken over disclosure en hoe is dat ervaren?
- Hoe spreekt de persoon zelf over identiteit; welke rol heeft de beperking daarin?

## LEVENSLOOPERSPECTIEF (Elena Bendien)<sup>9</sup>

Onder het levensloopperspectief verstaan we de integrale invloed van de levensloop op het onderwerp van de studie, zoals bijvoorbeeld arbeidsparticipatie van mensen met disability. Door dit perspectief te gebruiken, verplaatsen we de nadruk van chronologische leeftijd en van de relatie tussen een afzonderlijke levensfase en een bepaalde fase in de loopbaan of in de ontwikkeling van de ziekte (afgestudeerd, jonge ouder, man van middelbare leeftijd of vrouw in de overgang), naar een dynamisch begrepen levensloop die door veelvoudige temporele plannen wordt gekenmerkt (zie bv. Sabelis, 2001; Camussi & Leccardi, 2005; Riach & Loretto, 2009; Bendien, 2013; King et al., 2019). Onderzoekers die in het kader van een intersectionele analyse het perspectief van levensloop mee willen nemen kunnen met de volgende uitgangspunten rekening houden:

**1 Temporaliteit:** je bent alert op alle uitspraken die temporele connotaties hebben met betrekking tot de levensloop. Dit kunnen directe en indirecte verwijzingen naar temporaliteit zijn. Een directe verwijzing is bijvoorbeeld het benoemen van de leeftijd. Een voorbeeld van een indirecte verwijzing is een vergelijking maken met een bepaalde levensfase: Ik loop als een 90-jarige.

**2 Het verhaal als momentopname:** je data zie je als een momentopname die kunstmatig uit het levensloopproces van de respondent is geëxtraheerd. Daarom zoek je naar 'daarvoor' en 'daarna' in het verhaal, om het interview/verhaal in de context van het levensverhaal te kunnen plaatsen en interpreteren: Vroeger was ik...; Later wil ik....

**3 Verandering in of wegens de levensfase:** je houdt rekening met een ziekte/ seksualiteit/ genderrollen etc. Als punt '2' is gelukt dan kun je veranderingen opsporen die aan een levensfase gerelateerd zijn en die van belang zijn voor de respondent op het moment dat je data verzamelt.

**4 Coherentie van het verhaal:** het levensloopperspectief zie je onder meer in de relatie die de respondent legt tussen het verleden en het heden en tussen diverse belangrijke levensge-

beurtenissen. De oudere generatie zoekt eerder (maar niet altijd) naar een samenhang in het levensverhaal dan de generatie die nog volop met keuzes bezig is die hun leven kunnen bepalen. Let daarbij op welke levensgebeurtenissen als belangrijk (life events) worden aangeduid en welke juist niet worden genoemd. Daar bevindt zich een belangrijke intersectie met gender en mogelijk met seksualiteit, disability, werk en gezondheid.

### 5 Chronologisch versus prioriteiten-gestuurd

**verhaal:** de manier waarop de respondent haar of zijn verhaal structureert kan een sterke aanwijzing bieden voor het intersectionele verband tussen o.a. levensloop en gender. Een chronologisch opgebouwd verhaal vertelt van een lineaire levensloop en loopbaan; het heeft genderspecifieke kenmerken, d.w.z. het toont veelal een onafgebroken, stijgende lijn in de loopbaan tot aan het pensioen. Een levensloop die belast is door een of meerder zwangerschapsperiodes, diverse zorgtaken waaronder mantelzorg en overgangsverschuiven, wordt grosso modo a-chronologisch verteld. Afhankelijk van de levensfase wanneer het verhaal wordt opgetekend, kan de mate van non-lineariteit verwijzen naar intersectionele raakvlakken tussen levensloop, gender, disability en seksualiteit.

### 6 Verborgene data als bias-check (geldt voor iedereen):

voor een onderzoeker die met data werkt die door anderen is verzameld, kan een 'blinde' analyse nieuwe inzichten opleveren indien de demografische en SES gegevens van de respondent niet van tevoren bekend zijn. De noodzaak om bijvoorbeeld de leeftijd van de respondent te 'raden' kan helpen om je eigen vooroordelen bloot te leggen en zodoende de interpretatie minder afhankelijk te maken van persoonlijke inzichten.

### 7 Levensloop in de specifieke culturele context

**van de studie:** tijdens de analyse ben je je bewust van de culturele opvattingen en clichés over levensloop en ouderdom die in de gemeenschap waar je respondent bij hoort voorkomen. Dit aspect geldt trouwens ook voor je eigen gemeenschap. Deze opvattingen kunnen door de respondent zelf gearticuleerd worden of als voorbeeld worden gebruikt van uitspraken van anderen: Ik wil niet als oud mannetje worden gezien.

<sup>9</sup> Ageing is net iets anders dan levensloop.

## SOCIALE KLASSE (Mirjam Stuij)

Sociale klasse gaat over verhoudingen tussen mensen en behoeften om bij een sociale laag te horen of je van anderen te willen onderscheiden. Tot in de jaren 60 was sociale klasse naast religie de belangrijkste sociale scheidslijn in Nederland, vooral gebaseerd op inkomen en subjectieve ervaringen. Je wist tot welke sociale klasse jij/een willekeurige ander behoorde en dat was een acceptabel iets om te benoemen. Tegenwoordig is sociale klasse niet makkelijk 'te pakken' en rust op het hardop benoemen daarvan een taboe.

Wel heel gebruikelijk in onderzoek, beleid en media zijn de begrippen "SES" (sociaaleconomische status) of "SEP" (sociaaleconomische positie). Dit is echter een zeer nauwe operationalisatie van sociale klasse, die vooral ook 'meetbaar' is – hoe diffuus of ambigu ook. Deze begrippen benaderen sociale klasse of maken daar onderdeel van uit, maar negeren op welke manier en in hoeverre mensen klassenverschillen ervaren, construeren en reproduceren (Bourdieu, 1984; Reay, 1997<sup>10</sup>; Van Eijk, 2012; Stuij, 2013). SES of SEP wordt een kenmerk van de groep (bv. Opleidingsniveau) in plaats van een kenmerk van relaties tussen groepen die van elkaar verschillen wat betreft sociale status.

Daarbij is iemands sociale klasse geen vast gegeven, maar kan deze veranderen gedurende de levensloop (sociale mobiliteit). Vroeger was dat duidelijk zichtbaar (trouwen met iemand uit een hoger sociaal milieu), tegenwoordig is dat veel meer impliciet en is het vooral not done om je beter te voelen dan iemand anders en je kop boven het maaiveld uit te steken. Impliciet 'voelen' mensen wel vaak waar ze 'horen' (zie Van Eijk (2012) voor mooie illustraties). Overigens is het goed om zelf ook na te denken over in welke sociale klasse je jezelf zou plaatsen, op grond waarvan en of dat al je hele leven vergelijkbaar is.

Dit kompas leunt sterk op de concepten habitus, veld en kapitaal van Pierre Bourdieu (1984). Habitus is een duurzame internalisatie van allerlei gewoonten, 'as society written into the body' (Bourdieu, 1990: 63) en vormt de onbewuste basis voor gedrag, gedachten en

gewoonten in allerlei situaties. In combinatie met kapitaal – iemands bruikbare bronnen en vormen van macht – mondt dit uit in bepaald gedrag in een bepaald veld, zoals een spreekkamer. Binnen een sociale klasse worden mensen veelal met vergelijkbare (on)mogelijkheden en (levens)omstandigheden geconfronteerd, waardoor habitus gerelateerd is aan sociale klasse.<sup>11</sup>

### Aanknopingspunten voor een analyse vanuit het perspectief van sociale klasse zijn:

#### 1 SES/SEP

Welke informatie kom je over de respondent tegen? Denk aan opleiding, inkomen/financiële (on)mogelijkheden, werk, werk van partner/relevante familieleden, maar ook verwijzingen naar 'status' en verlies daarvan; mensen verliezen niet alleen een inkomen, maar ook status.

#### 2 Economisch kapitaal (inkomen, werk)

Specifiek in relatie tot ziekte/beperking kan het gaan over wederzijdse (on)mogelijkheden. Bijvoorbeeld: op welke manieren botst een ziekte (bv. Fysieke beperkingen) met het hebben van werk en (vooral ook) mogelijkheden voor professionele ontwikkeling. Maar ook: op welke manieren botsen de eisen van/mogelijkheden op je werk met het 'goed' leven met een ziekte/beperking, een leven dat past bij je sociale positie?

#### 3 Sociaal kapitaal (netwerk, contacten, steun)

In relatie tot ziekte gaat het bijvoorbeeld om contacten die je helpen (bv. Snel toegang tot de juiste zorg, goed contact met zorgverleners). Denk ook aan lotgenotencontact of bv familieleden die dezelfde ziekte/beperking hebben en of dat iemand helpt bij het zichzelf redden in de zorg- en buitenwereld. In hoeverre is iemands sociale omgeving behulpzaam?

#### 4 Cultureel kapitaal (kennis, vaardigheden, smaak)

In relatie tot ziekte kan het gaan over kennis hebben/je eigen (kunnen) maken over de ziekte, vaardigheden ontwikkelen om er mee om te gaan, en over 'goed' leven met een ziekte. Denk bijvoorbeeld aan het kunnen voldoen aan leef(stijl)voorschriften die met een ziekte/

<sup>10</sup> Zie het werk van Diane Reay ook voor intersecties tussen klasse, gender en etniciteit/ras in relatie tot sociale ongelijkheid in het (Britse) onderwijs.

<sup>11</sup> Overigens kan habitus ook in termen van gender en etniciteit worden opgevat (Reay, 1995).

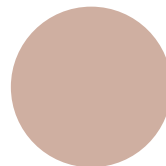
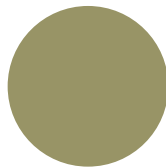
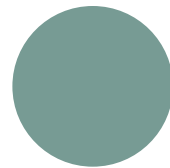
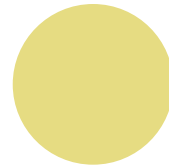
beperking gepaard kunnen gaan. En let op het gebruiken en begrijpen van medisch jargon (taalgebruik), als middel om je makkelijker te kunnen redden.

### **5 Macht**

Bijvoorbeeld ervaren machtsverschillen in relatie tot zorgverleners en werkgever. Hoe makkelijk praat iemand met zorgverleners of werkgevers? Kijkt iemand tegen anderen op, op anderen neer?

### **6 Omgang met/benadering van lichaam/gezondheid/verantwoordelijkheidsgevoelens**

Is het leven maakbaar/controleerbaar of niet? Ben je daar zelf verantwoordelijk voor of niet? Is gezondheid iets waar je aan werkt? Opvattingen hierover ('goed' leven) zijn gerelateerd aan sociale klasse en worden veelal via opvoeding meegegeven.



# REFERENCES

- Abma, T., Ruissen, A., Den Oude, E. & Verdonk, P. (2020).** The personal motif in naturalistic case study research: developing “innerstandings” in woman’s compulsive behaviour. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), online publication, doi: 10.1080/17482631.2020.1730552.
- Bakker, M. (2016).** Moving together towards participation: insights into illness and care experiences of people with neuromuscular diseases. Enschede: thesis.
- Bendien, E. (2013).** The last stitch in the quilt. *Gender, Work and Organization*, 20(6): 709-719.
- Bilge, S. (2009).** Smuggling intersectionality into the study of masculinity: Some methodological challenges. Paper presented at Feminist Research Methods: An International Conference, University of Stockholm, 4-9 February 2009.
- Boeije, H. (2010).** Analysis in qualitative research. London: Sage Publications.
- Bourdieu, P. (1984).** *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1990).** In *Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*. Stanford: University Press.
- Bowleg, L. (2008).** When black + lesbian + woman ≠ black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles*, 59(5): 312-325.
- Bowleg, L. (2012).** The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267-1273.
- Bury, M. (1982).** Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2): 167-182.
- Butler, J. (1990).** *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Camussi, E. & Leccardi, C. (2005).** Stereotypes of working women: The power of expectations. *Social Science Information*, 44(1): 113-140.
- Chodorow, N. (1978).** *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- Christensen, A. & Jensen, S.Q. (2012).** Doing intersectional analysis: Methodological implications for qualitative research. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(2): 109-125.
- Connell, R. (2012).** Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*, 74: 1675-1683.
- Crenshaw, K. (1989).** Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 14: 538-554.
- Crenshaw, K. (1991).** Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6): 1241-1299.
- Cuádras, G.H. & Uttal, L. (1999).** Intersectionality and In-depth Interviews: Methodological Strategies for Analyzing Race, Class, and Gender. *Race, Gender & Class*, 6(3): 156-186.
- Davis, K. (2008).** Intersectionality as buzzword. A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1): 67-85.
- Davis, K. (2014).** Intersectionality as Critical Methodology. In: Lykke, N. (ed.). *Writing Academic Texts Differently. Intersectional Feminist Methodologies and the Playful Art of Writing*. New York: Routledge, pp. 17-29.
- Dill, B.T. & Zambrana, R.E. (2009).** Critical Thinking About Inequality: An Emerging Lens. In: Dill, B.T. & Zambrana, R.E. (eds.). *Emerging Intersections: Race, Class, and Gender in Theory, Policy, and Practice*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, pp. 1-21.
- Goethals, T., De Schauwer, E. & Van Hove, G. (2015).** Weaving intersectionality into disability studies research: inclusion, reflexivity and anti-essentialism. *Journal for diversity and gender studies*, 2(1-2): 75-94.
- Goldner, V. (1991).** Toward a critical relational theory of gender. *The International Journal of Relational Perspectives*, 1(3): 249-272.
- Goodley, D. (2016).** *Disability Studies. An interdisciplinary introduction*. London: Sage Publications.
- Green, J. & Thorogood, N. (2018).** *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.
- Hancock, A. (2007a).** When multiplication doesn’t equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1): 63-79.
- Hancock, A. (2007b).** Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Politics and Gender*, 3(2): 248-254.
- Hankivsky, O. (2014).** Intersectionality 101. Vancouver, BC: Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU.
- Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, C. Clark, N., Benoit, C. & Brotman, S. (2010).** Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research. *International Journal for Equity in Health*, 9: 5.
- Hankivsky, O. & Grace, D. (2015).** Understanding and emphasizing difference and intersectionality in multi-method and mixed methods research. In: Hesse-Biber, S.N. & Johnson, R.B. (eds.). *The Oxford handbook of multi-method and mixed methods research inquiries*. New York: Oxford University Press, pp. 110-127.
- Harding, S. (1987).** Introduction: Is there a feminist method? In: Harding, S. (ed.). *Feminism and methodology. Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press, pp. 1-14.
- Hillsberg, H. (2013).** Towards a methodology of intersectionality: An axiom-based approach. *Atlantis*, 36(1): 3.
- Hunting, G. (2014).** *Intersectionality-informed Qualitative Research: A Primer*. Vancouver, BC: The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU.
- King, A., Almack, K. & Jones, R. (eds.) (2019).** *Intersections of ageing, gender and sexuality: Multidisciplinary international perspectives*. Bristol: Policy Press.
- Lorde, A. (1984).** Age, Race, Class, and Sex: Women Redefining Difference. In: Lorde, A. *Sister Outsider. Essays and speeches*. Berkeley: Crossing Press, pp. 114-123.
- Lutz, H. (2002).** Zonder blikken of blozen. Het standpunt van de (nieuw-) realisten. *Tijdschrift voor Genderstudies*,

5(3): 7–17.

**Mahar, A. L., Cobigo, V. & Stuart, H. (2013).** Conceptualizing belonging. *Disability and rehabilitation*, 35(12): 1026-1032.

**McCall, L. (2005).** The complexity of intersectionality. *Signs*, 30(3): 1771-1800.

**Muntinga, M., Beuken, J., Gijs, L. & Verdonk, P. (2020).** Are all LGBTQI+-patients white and male? Good practices and room for improvement in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. *GMS Journal for Medical Education*, 37(2), online publication, doi: 10.3205/zma001315.

**Nettleton, S. (2013).** *The sociology of health and illness* (3rd edition). Cambridge UK: Polity Press.

**Nooraie, R.Y., Kwan, B., Cohn, E., AuYoung, M., Clarke Roberts, M., Adsul, P. & Shelton, R. (2020).** Advancing health equity through CTSA programs: Opportunities for interaction between health equity, dissemination and implementation, and translational science. *Journal of Clinical and Translational Science*, online publication, doi:10.1017/cts.2020.10.

**Purdie-Vaughns, V. & Eibach, R. P. (2008).** Intersectional Invisibility: The Distinctive Advantages and Disadvantages of Multiple Subordinate-Group Identities. *Sex Roles*, 59(5): 377–391.

**Reay, D. (1995).** Beyond consciousness? The psychic landscape of social class. *Sociology*, 39: 911-928.

**Reay, D. (1997).** Feminist theory, habitus, and social class: disrupting notions of classlessness. *Women's Studies International Forum*, 20(2): 225-233.

**Riach, K. & Loretto, W. (2009).** Identity work and the 'unemployed' worker: Age, disability and the lived experience of the older unemployed. *Work, Employment & Society*, 23(1): 102-102.

**Ridder, M., Muntinga, M., Koopman, F. & Bakker, M. (in voorbereiding).** Labor participation of patients with neuromuscular diseases: an intersectional analysis of qualitative data.

**Riessman, C.K. (2008).** *Narrative Methods for the Human Sciences*. London: SAGE Publications.

**Rodriguez, J.K. (2018).** Intersectionality and Qualitative Research. In: Cassel, C., Cunliff, A.L. & Grandy, G. (eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions*. London: SAGE Publications, pp. 429-461.

**Ruiz, M.T. & Verbrugge, L.M. (1997).** A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2): 106-109.

**Sabelis, I. (2001).** Time Management. Paradoxes and patterns. *Time & Society*, 10(2): 387-400.

**Salad, J., Verdonk, P., De Boer, F. & Abma, T. (2015).** "A Somali girl is muslim and does not have premarital sex. Is vaccination really necessary?" A qualitative study into the perceptions of Somali women in the Netherlands about the prevention of cervical cancer. *International Journal for Equity in Health*, 14:68.

**Shields, S. (2008).** Gender: An intersectionality perspective. *Sex Roles*, 59(5): 301-311.

**Stuij, M. (2013).** Habitus and social class: a case study on socialization into sports and exercise. *Sport, Education*

and Society, 20(6): 780-798.

**Stuij, M., Elling, A., Tramper, A. & Abma, T.A. (2019).** Developing a Relational Narrative about Diabetes: Towards a Polyphonic Story. In: Bray, P. (ed.). *Voices of Illness: Negotiating Meaning and Identity*. Leiden, The Netherlands: Brill, pp. 248-268.

**Tannenbaum, C., Greaves, L. & Graham, I.D. (2016).** Why sex and gender matter in implementation research. *BMC medical research methodology*, 16(1): 145.

**The Combahee River Collective Statement (1977).** <http://historyisaweapon.com/defcon1/combrivercoll.html> (geraadpleegd op 28 april 2020).

**Van Eijk, G. (2012).** Hostile to Hierarchy? Individuality, Equality and Moral Boundaries in Dutch Class Talk. *Sociology*, 47(3): 526–541.

**Van Hove, G., Schippers, A., De Schauwer, E. & Cardol, M. (red.) (2016).** *Disability Studies in de Lage Landen*. Apeldoorn/Antwerpen: Garant Uitgevers N.V.

**Verdonk, P. (2015).** When I say... reflexivity. *Medical Education*, 49: 147-148.

**Verdonk, P., Muntinga, M.E., Leyerzapf, H. & Abma, T.A. (2015).** Strategisch pendelen tussen gestolde categorieën en fluide identiteiten. *Dynamische verschillen in de zorg begrijpen en onderzoeken vanuit intersectionaliteit*. *Tijdschrift Voor Genderstudies*, 18(4): 433-450.

**Verdonk, P., Muntinga, M., Leyerzapf, H. & Abma, T. (2019).** From gender-sensitivity to an Intersectionality and participatory approach in health research and public policy in the Netherlands. Chapter 18. In: Hankivsky, O. & Jordan-Zachery, J.S. (eds.). *The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy*. Cham: Springer, Palgrave Macmillan, pp. 413-432.

**Verdonk, P., Gawinski, L., Herbst, F.A.A., Ewertowski, H., van Baal, K., Schrader, S., Zimansky, M., Afshar, K., Schneider, N. & Stiel, S. (2020).** Reflexionen und Analysen zu Geschlecht, Gender und Diversität in der Palliativmedizinischen Forschung. – Wie können wir Intersektionalität in unserer wissenschaftlichen Praxis umsetzen? *Palliativmedizin*, 21(3): 129-135.

**Warner, L. (2008).** A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles*, 59(5): 454-463.

**Watts, J.H. (2015).** Intersectionality in gender, health and healthcare. *Women's and Men's Experience of Health and Working in Healthcare Roles*. London/New York: Routledge.

**Windsong, E. A. (2018).** Incorporating intersectionality into research design: An example using qualitative interviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 21(2): 135-147.

**Yuval-Davis, N. (2006).** Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3): 193–210.



# OVER DE AUTEURS

**Mirjam Stuij, MSc.** is als medisch socioloog werkzaam bij de afdeling Metamedica van het Amsterdam UMC (VUmc) en het Mulier Instituut, dat sportonderzoek voor beleid en samenleving uitvoert. Van 2014 tot 2017 was ze lid van de Kwaliteitscommissie van het EMGO+ instituut van het VUmc. In die hoedanigheid zorgde ze voor een herziening van de richtlijnen voor kwalitatief onderzoek van het instituut ([www.emgo.nl/kc](http://www.emgo.nl/kc)). Ze is gespecialiseerd in narratieve analyses gebaseerd op levensverhalen, diepte-interviews en (participerende) observaties. Haar inhoudelijke expertise ligt op het gebied van relaties tussen sociale klasse en gezondheid, vooral op het gebied van leefstijlgedrag, zorgverlening en betekenisgeving.

**Dr. Maaïke Muntinga** is universiteit docent bij de afdeling Metamedica van Amsterdam UMC (VUmc). Ze studeerde Geneeskunde in het AMC, behaalde masters in Medische Antropologie (UvA) en Epidemiologie (VUmc/VU), en promoveerde bij de afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde van Vumc. In haar werk houdt ze zich met name bezig met vraagstukken rondom gender, seksualiteit en seksuele diversiteit in de gezondheidszorg. Haar onderzoek draait altijd om de vraag: wat is nodig voor een gezondheidszorg waarin iedereen gelijke kansen heeft op goede gezondheid? Hierbij gebruikt ze kritische theorie, zoals intersectionaliteit en queer theory, om actuele uitdagingen beter te begrijpen en nieuwe oplossingen in beeld te brengen.

**Dr. Minne Bakker** is medisch socioloog en werkt als senior onderzoeker bij de afdeling Metamedica, Amsterdam UMC (VUmc) en bij de Stichting Disability Studies in Nederland. Ze deed voor haar PhD (2016) onderzoek naar de ziekte- en zorgervaringen van mensen met neuromusculaire aandoeningen. Deze kwalitatieve studie was onderdeel van een multi-centrum RCT naar de effectiviteit van fysieke training en cognitieve gedragstherapie op pijn en vermoeidheidsklachten. Na haar promotie is ze gestart met onderzoek binnen het vakgebied

Disability Studies. Binnen dit vakgebied heeft ze expertise op het gebied van arbeidsparticipatie van mensen met een beperking.

**Dr. Elena Bendien** is sociaal en cultureel gerontoloog, senior onderzoeker bij de afdeling Metamedica, Amsterdam UMC (VUmc) en tevens werkzaam bij Leyden Academy on Vitality and Ageing. Bendien heeft twee PhD's: in taalkunde en in humanistiek. Voor haar tweede promotie volgde zij een PhD programma voor sociale en geesteswetenschappen. Zij promoveerde aan de Universiteit voor Humanistiek op interdisciplinair onderzoek naar de zingevende waarde van herinneringsprocessen op latere leeftijd. Bendien werkt op het interdisciplinair vakgebied Ageing studies, met een focus op de gevolgen van de stijgende levensverwachting voor sociale, culturele, historische, gender- en sekse-gebonden (gezondheids-)aspecten van het (goed) ouder worden.

**Dr. Petra Verdonk** is opgeleid als psycholoog en werkt als universitair hoofddocent bij de afdeling Metamedica van het Amsterdam UMC (VUmc). Ze doet onderzoek en geeft onderwijs op het gebied van gender en diversiteit in public health en gender- en diversiteits-mainstreaming in medisch onderwijs. Ze is o.a. projectleider van het project Gezond Zorgen (ZonMw), waarin de gezondheid van medewerkers in de ouderenzorg wordt bestudeerd vanuit een intersectioneel perspectief. Gender (vaker vrouwen), age(ing) (oudere medewerkers), klasse (precair werk) en etniciteit als ordeningsprincipes en hun intersecties worden expliciet bestudeerd. Verdonk is mede-oprichter en secretaris van de Nederlandse Vereniging Gender en Gezondheid ([www.genderengezondheid.nl](http://www.genderengezondheid.nl)) die tot doel heeft het bevorderen van een genderperspectief in wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

## Kernpublicaties

**Abma, T. & Bendien, E. (2018).** Homo vulnerabilis: Ouder worden en oud zijn. Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, 28(1): 25-27.

**Bendien, E. (2014).** Ambiguities of work satisfaction for middle-aged and older career women in the Netherlands: stretching a tradition. European Journal of Women's Studies, 22(1): 84-98.

**Bendien, E. (2013).** The Last Stitch in the Quilt. Gender, Work and Organization, 20(6): 709-719.

**Bakker, M., Schipper, K., Koopman, F.S., Nollet, F. & Abma, T.A. (2016).** Experiences and perspectives of patients with post-polio syndrome and therapists with exercise and cognitive behavioural therapy. BMC Neurology, 10(16):23.

**Bakker, M. (2016).** Moving together towards participation: insights into illness and care experiences of people with neuromuscular diseases. Enschede: thesis.

**Brankovic, I., Verdonk, P. & Klinge, I. (2013).** Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. International Journal for Equity in Health, 12:14.

**Muntinga, M. E., Kraijenbrink, V., Peerdeman, S. & Verdonk, P. (2016).** Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. Advances in Health Sciences Education, 21(3): 541-559.

**Muntinga, M., Beuken, J., Gijs, L. & Verdonk, P. (2020).** Are all LGBTQI+-patients white and male? Good practices and room for improvement in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. GMS Journal for Medical Education, 37(2), online publication, doi: 10.3205/zma001315.

**Stuij, M. (2013).** Habitus and social class: a case study on socialization into sports and exercise. Sport, Education and Society, 20(6): 780-798.

**Stuij, M., Elling, A. & Abma, T.A. (2019).** Negotiating exercise as medicine: Narratives from people with type 2 diabetes. Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, online publication, doi: 10.1177/1363459319851545.

**Verdonk, P., Muntinga M.E., Leyerzapf H. & Abma T.A. (2015).** Strategisch pendelen tussen gestolde categorieën en fluïde identiteiten. Tijdschrift voor Genderstudies, 18(4): 433-450.

**Verdonk, P., Muntinga M.E. & Croiset, G. (2015).** Gender en Diversiteit in het geneeskundeonderwijs. Tijdschrift voor Genderstudies, 19(2): 225-239.

**Verdonk, P., Muntinga, M., Leyerzapf, H. & Abma, T. (2019).** From gender-sensitivity to an Intersectionality and participatory approach in health research and public policy in the Netherlands. Chapter 18. In: Hankivsky, O. & Jordan-Zachery, J.S. (eds.). The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy. Cham: Springer, Palgrave Macmillan, pp. 413-432.



© de auteurs

Deze handleiding is een digitaal openbaar toegankelijk document, verschenen onder de [Creative Commons Attribution License](#). Gebruiken, verspreiden en citeren uit het document is toegestaan onder vermelding van de volgende bron: Stuij, M., Muntinga, M., Bakker, M., Bendien, E. & Verdonk, P. (2020). Secundaire intersectionele analyse in kwalitatief gezondheidszorgonderzoek. Praktische handleiding. Amsterdam: Amsterdam. UMC. DOI: 10.5281/zenodo.3901443

Ontwerp  
[www.marielleschuurman.nl](http://www.marielleschuurman.nl)

