

Strategisch pendelen tussen gestolde categorieën en fluïde identiteiten

Dynamische verschillen in de zorg begrijpen en onderzoeken vanuit intersectionaliteit

Petra Verdonk, Maaïke Muntinga, Hannah Leyerpapf & Tineke Abma

TVGN 18 (4): 433–450

DOI: 10.5117/TVGN2015.4.VERD

Abstract

Differences in health and illness between men and women appear high on the political and research agenda in Netherlands as well as in the international arena. Gender medicine is an emerging field in which attention is paid to sex and gender in health and healthcare, mostly as homogenous fixed categories of difference in particular sex difference. Such a categorical approach is useful and necessary to answer certain questions in medicine and in health care. The knowledge agenda Gender and Health (ZonMW, 2015) is one example of how categories can be put forward in constructive ways. However, we also urge health researchers to reconsider a single use of fixed categories and a single focus on sex/gender in health research. A multiple, dynamic intersectional approach aims to study intersections of sex and gender with each other and with other dimensions of difference, such as ethnicity or class. Fluid and more complex identities of people and communities and their health must be accounted for as well. An intersectional perspective offers insight in the relationship between health, identities, and society, and helps to gain an insight in health disparities between and within groups. Besides, an intersectional perspective offers insight into the unique experiences and needs of health care users, including those with intersectional invisibility. An elaborated choice for studying categories by identifying which categories are salient to which health care problem must be made. Adding intersectionality to participatory action research (PAR), which both share the basic values social justice and reflexivity, is one way to study group intersections and health (care). Besides, such research shares its basic tenets with gender-specific medicine: empowerment and contextualisation of health problems. Aim of

such research is to critically study and transform practices and improve health and health care by forming alliances between stakeholders at different social locations. A participatory action research project exemplifies how we used an intracategorical intersectional approach to increase knowledge on genetic risk and reproductive options for migrant women, many of them married to their (second) cousin. We meander strategically between fixed categories and fluid identities, in which categories are recognised and used while at the same time being deconstructed and crossed-over. Using categories and forming alliances can fuel social change. In order for diversity to be genuinely transformative, joint critical reflections of all stakeholders on daily processes of normalisation and on dominant norms about gender and other dimensions of diversity can make a difference in health and care.

Keywords: health, healthcare, gender medicine, gender, diversity, intersectionality, participatory action research

Opkomst van categorale benadering van sekse- en genderverschillen

De huidige aandacht voor sekse- en genderverschillen in gezondheid (szorg) zoals in de kennisagenda 'Gender en gezondheid' (ZonMW, 2015) kent een rijke geschiedenis. Tijdens de tweede feministische golf zetten de vrouwenbeweging en vrouwenhulpverlening diverse thema's op de agenda, zoals seksueel en huiselijk geweld, borstkankeronderzoek, anticonceptie en abortus. Tevens werd bijvoorbeeld kritiek geuit op het medicaliseren van vrouwenlevens zoals het voorschrijven van kalmeringsmiddelen bij gezondheidsproblemen gerelateerd aan leefsituatie (Van Mens-Verhulst & Waaldijk, 2008). In de Verenigde Staten bekritiseerde de zwarte vrouwenbeweging de eendimensionale manier waarop de complexiteit van feministische issues door de voornamelijk witte, middenklasse vrouwenbeweging werd gepresenteerd. 'Vrouw' zijn werd daarin gelijkgesteld met 'wit' zijn, waardoor ongelijkheid op grond van klasse of etniciteit ondergeschikt en zelfs gereproduceerd werd. Pas vanaf eind jaren 80 van de vorige eeuw kwam er, ook in Nederland, wat meer belangstelling voor verschillen tussen vrouwen onderling (Van Mens-Verhulst & Waaldijk, 2008; Annandale, 2014). Thema's van wat eerst vrouwspecifieke en later sekse-specifieke gezondheidszorg (*gender specific medicine*) heette en nu *gender medicine* wordt genoemd, werden steeds meer geïntegreerd in (vooral) huisartsgeneeskundig handelen (Van Mens-Verhulst & Waaldijk, 2008). Dit proces is

echter niet afgerond, en aandacht voor sekse/gender in gezondheidszorg staat opnieuw op de agenda (ZonMW, 2015).

Hoewel gender medicine terrein wint, is er nog altijd sprake van *gender bias* en kennislacunes in medisch onderzoek en klinische praktijk. Enerzijds wordt er onvoldoende rekening gehouden met relevante verschillen tussen mannen en vrouwen en anderzijds wordt er onterecht verschil gemaakt waar mannen en vrouwen feitelijk hetzelfde zijn (e.g. Ruiz & Verbrugge, 1997; Verdonk, Benschop, De Haes, & Lagro-Janssen, 2009). Bovendien worden verschillen gemakkelijk gegeneraliseerd en gesimplificeerd (Leyerzapf, Abma, Steenwijk, Croiset, & Verdonk, 2015). In onderzoek bestaat bijvoorbeeld onderrapportage van de sekse van cellijnen in labonderzoek, en zijn vrouwen ondervetegenwoordigd in klinische trials, terwijl op mannen geteste medicijnen vaker van de markt worden gehaald vanwege bijwerkingen bij vrouwen (Klein et al., 2015). Aandacht voor thema's zoals seksueel geweld maar ook voor sekse- en genderverschillen-anders-dan-reproductieve-gezondheid zoals in hart- en vaatziekten, auto-immuunziekten of infectieziekten blijft nodig (ZonMW, 2015). Inmiddels vraagt ook de *men's health movement* aandacht voor de relatie tussen sekse/gender en gezondheid vanuit een 'mannelijk' perspectief. Maatschappelijke normen over masculiniteit leiden bijvoorbeeld tot meer risicogedrag en minder hulpzoekgedrag bij mannen, met nadelige gevolgen voor hun gezondheid (Verdonk, Seesing, & De Rijk, 2010; Hammarström & Annandale, 2012; Annandale, 2014). Maar ondanks hun hogere levensverwachting zijn vrouwen op veel gebieden, zoals meer medicijngebruik, hoger ziekteverzuim en het vóórkomen van depressie, ongezonder dan mannen (ZonMW, 2015).

Er is dus meer kennis nodig om de kwaliteit van zorg voor zowel mannen als vrouwen te verbeteren en gezondheidsverschillen tussen hen te verkleinen. In de Kennisagenda Gender en Gezondheid wordt gepleit voor een breed onderzoeksprogramma naar sekse/genderverschillen in gezondheid en ziekte om kennislacunes in biomedisch onderzoeksbeleid, zorgpraktijk, en zorgopleidingen op te heffen (ZonMW, 2015). Ook de Europese Unie heeft deze onderwerpen opgenomen in haar onderzoeksbeleid en projecten gericht op mainstreaming van sekse/gender in (onder andere) geneeskunde zijn gehonoreerd, zoals EUGiM, Eugenmed en Gendered Innovations. Een binaire, categorale benadering van sekse/gender in gezondheidsonderzoek zoals veel gehanteerd in gender medicine genereert nieuwe kennis. Toch moet er in de gezondheidszorg ook gedacht worden voorbij het idee van sekse als recht omlinjnde, vaststaande categorieën. Ook een

enkele focus op de categorieën man en vrouw doet geen recht aan andere aspecten van verschil en hun betekenis voor gezondheid (Epstein, 2007).

In dit artikel slaan we een conceptuele brug tussen inzichten uit genderstudies, gender medicine, en andere disciplines, om gezondheidsproblemen beter te leren begrijpen en oplossen. Eerst bespreken we vijf beperkingen van de huidige categorale benadering van sekse/gender in gender medicine en wat een intersectionaliteitsperspectief kan betekenen als denkkader voor het kritisch dóórdenken van verschillen. We bespreken mogelijke implicaties hiervan voor gezondheids(zorg)onderzoek. Vervolgens presenteren we een voorbeeld om de waarde van een kritisch, intersectioneel kader in eigen onderzoek te verduidelijken, en stellen we vragen bij onze eigen posities als onderzoekers naar verschil. We sluiten af met een discussie.

Gender medicine, beperkingen, en intersectionaliteit als denkkader

De huidige categorale benadering in gender medicine kent beperkingen. Ten eerste worden de concepten sekse en gender door elkaar gebruikt, maar richt de focus zich vooral op biologische aspecten (sekse) en minder op sociale aspecten (gender) van man/vrouw zijn (Hammarström & Anandale, 2012). Daarmee wijkt gender medicine af van het contextualiseren van gezondheid en ziekte, en van empowerment: twee belangrijke uitgangspunten van de sekse-specifieke gezondheidszorg (Epstein, 2007). Ten tweede ligt er vooral nadruk op *verschil* in plaats van *overeenkomst*, terwijl het onderzoeken van afwezigheid van verschil net zo belangrijk is (Klein et al., 2015). Gezondheidszorg verbetert immers ook door de kennis dat óók vrouwen hart- en vaatziekten krijgen, en óók mannen lijden aan depressie (ZonMW, 2015). Ten derde worden sekse-genderinteracties weinig onderzocht, hoewel dit ook in kwantitatief onderzoek goed mogelijk is (zie genderinnovations.eu; Theunissen, De Man, Verdonk, Bosma, & Feron, 2015). Sekse, zelf-gerapporteerde mannelijkheid of vrouwelijkheid en gendernormen zijn bijvoorbeeld zowel afzonderlijk als in interactie met elkaar gerelateerd aan ongunstige uitkomsten, zoals voortijdig schoolverlaten (Theunissen et al., 2014) of burn-out bij huisartsen (Abrahams, Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2013). Hoewel in vakgebieden zoals genetica steeds vaker gekeken wordt naar gen-omgevingsinteracties, worden sekse (bijvoorbeeld de rol van XX- en XY-chromosomen) en genderaspecten nauwelijks in studies geïntegreerd (Verdonk & Klinge, 2013).

Ten vierde is de indeling in dichotome categorieën (man/vrouw) problematisch en schadelijk voor mensen die niet passen in eenduidige biosociale hokjes. Mensen met geslachtsvariaties (ofwel Differences of Sex Development DSD/intersex) ervaren bijvoorbeeld uitsluiting door medisch geadviseerde geheimhouding, maatschappelijk taboe, schaamte en stigma, het resultaat van actieve bemoeienis van het medische circuit dat de lichamen van mensen met geslachtsvariaties in mannelijke of vrouwelijke keurslijven probeert te passen (Van Heesch, 2015). Een roep om aandacht voor het wisselen tussen en de fluiditeit van socioculturele en biologische identiteiten en complexe ervaringen in relatie tot gezondheid, komt vooral vanuit de LGBTQI-beweging en niet vanuit gender medicine. Zo is er opkomende aandacht voor LGBT-mensen en gezondheid en wordt heteronormativiteit in gezondheidszorg bekritiseerd (zie *Pride in Practice* over LGBT-gezondheidszorg, in Davy, 2012). Discussie vindt plaats over 'gender *non-conforming*'-identiteiten en over verbreding van het seksuele continuüm met bijvoorbeeld asexualiteit. Niet alleen belangenorganisaties verlegden hun focus naar een meer flexibele interpretatie van sekse, gender en seksualiteit. In het Emancipatiebeleid van minister Bussemaker is sinds kort aandacht voor mensen met DSD (Van Lisdonk, 2014), en het wetenschappelijke tijdschrift *Nature* stelde in februari 2015 dat biologen een binair seksemodel te simplistisch achten (Ainsworth, 2015), ook al is dit oud nieuws (zie Van Heesch, 2015). Ondanks deze positieve ontwikkelingen worden in de context van de gezondheidszorg de posities en ervaringen van mensen nog vaak binair uitgelegd (Davy, 2012) en blijft structurele aandacht voor deze onderwerpen in gender medicine achterwege.

Een vijfde beperking van de huidige focus binnen gender medicine is dat er weinig aandacht is voor interactie van sekse/gender met andere diversiteitscategorieën, zoals etniciteit, migrantenstatus, klasse, geloof en seksuele oriëntatie (Hankivsky, 2012; Davy, 2011; Schulz & Mullings, 2006).

Er gaan daarom stemmen op om intersectionaliteit aan gender medicine toe te voegen als denkkader in onderzoek en bij implementatie in gezondheidszorg en onderwijs (Hankivsky, 2012; Tsouroufli, Rees, Monrouxe, & Sundaram, 2011; Muntinga, Krajenbrink, Peerdeman, Croiset, & Verdonk, submitted). Crenshaw (1991) muntte het concept intersectionaliteit en stelde dat ervaringen van mensen niet uit te leggen zijn op basis van lidmaatschap van één bepaalde groep. De ervaren werkelijkheid wordt gevormd door meerdere groeps lidmaatschappen of intersecties die gezamenlijk zelfbeeld en sociale identiteit mede bepalen. Identiteiten als sekse/gender of klasse zijn verschillende categorieën, en kunnen verschillend stabiel zijn. Zo kunnen mensen van klasse wisselen, maar is wisselen van

seks, huidskleur of etnische achtergrond minder eenvoudig. Voor de geneeskunde is vooral belangrijk hoe biologische aspecten verschillend zijn verbonden aan, en interacteren met die sociale identiteiten. Denk bijvoorbeeld aan biologie en omgevingsfactoren bij het bestuderen van gezondheid en de intersecties leeftijd/seks of religie/gender. Per gezondheidsprobleem dragen biologie en andere verschillen verschillend bij aan de oorzaak, beloop, diagnostiek, behandeling, of consequenties van ziekte. Deze biosociale identiteiten krijgen vorm in sociale contexten, en zijn in ontwikkeling én onderhevig aan de (re)productie van ongelijkheid op basis van machtsstructuren. Om ervaringen in gezondheid en zorg te kunnen begrijpen moet, vanuit een intersectioneel denkkader, die ervaren werkelijkheid dus bezien worden vanuit meerdere categorieën van verschil. Een eenvoudige optel- en aftreksom van achterstand/achterstelling of voorsprong/privilege bij het in kaart brengen van groepsverschillen geeft geen accuraat beeld van de ervaren werkelijkheid en geleefde praktijk bij gezondheidsproblemen. Intersecties variëren als functie van elkáár, oftewel, het naast elkaar bestaan van meerdere verschilcategorieën heeft een interactief effect (Schulz & Mullings, 2006; Annandale, 2014; Crenshaw, 1991). Bovendien gaat intersectionaliteit uit van historisch en sociaal-maatschappelijk geconstrueerde kenmerken van *relaties tussen* mensen, en niet van *individuele* kenmerken (Schulz & Mullings, 2006).

Intersectionaliteit in gezondheids(zorg)onderzoek

In medisch-wetenschappelijk en gezondheidsonderzoek groeit het besef van het belang van categorieën van verschil als determinanten van (ervaren) gezondheid en andere zorggerelateerde uitkomstmaten, maar deze worden vaak enkelvoudig in kaart gebracht. Epidemiologen en klinisch onderzoekers operationaliseren klasse veelal als sociaaleconomische status (SES), benaderd door 'proxy'-variabelen, zoals opleidingsniveau, inkomen of functieniveau. Seks, gender en leeftijd worden daarbij veelal gezien als confounder of *nuisance variable* (Krieger, 1999; Williams & Fredrick, 2015). Andere aspecten van diversiteit dan gender bevinden zich op het raakvlak van biomedische wetenschappen met andere vakgebieden. In de sociologie is bijvoorbeeld aandacht voor sociaaleconomische (gezondheids)verschillen/klasse en maatschappelijke structuren (Bosma, 2014). De sociale psychologie bestudeert bijvoorbeeld stereotypering, en de individuele (gezondheids)gevolgen van stigma (o.a. Fiske, Cuddy, Glick, & Ju, 2002). Concepten als 'culturele competentie' of 'culturele sensitiviteit', verwijzend

naar bewustwording, kennis en vaardigheden in gezondheidszorg voor migranten, vluchtelingen, religieuze en culturele minderheden, komen voort uit de medische antropologie (Napier et al., 2014; Wolffers, Van der Kwaak, & Van Beelen, 2013; Betancourt, 2003). Zij waarschuwen voor simplistisch gebruik van categorieën en een statisch cultuurbegrip in medisch onderzoek (Betancourt, 2003; Wolffers et al., 2013; Seeleman, 2014).

Het onderzoeken van meerdere categorieën van verschil en hun interacties is methodologisch complex (McCall, 2005; Davy, 2011) en helemaal in relatie tot gezondheidsuitkomsten. Maar genoemde disciplines (en meer) met hun verschillende kennistradities, theoretische uitgangspunten, én methodologie zijn relevant voor diversiteit en gezondheid. Onderzoekers trachten steeds vaker (verschillen in) gezondheid en ervaringen tussen én binnen biosociale groepen in kaart te brengen vanuit een intersectionaliteitsperspectief (Davy, 2011; Hankivsky et al., 2010; Hankivsky, 2012; Branković, Verdonk, & Klinge, 2013; Remedios & Snyder, 2015; Purdie-Vaughns & Eibach, 2008). Intersectionaliteit biedt mogelijkheden om te doordenken welke biosociale identiteiten op welk moment en op welke wijze (interactief of additief) relevant zijn bij welk gezondheidsprobleem (Warner, 2008). Hiermee kan een meer diversiteitsresponsieve gezondheidszorg zich ontwikkelen (Seeleman, 2014). Ook kan competitie tussen groepen over wie de meeste onderdrukking of de minste zichtbaarheid kent, de 'Oppression Olympics', worden voorkomen (Martínez, 1993).

Het toevoegen van intersectionaliteit als denkkader in gender medicine heeft implicaties voor elke stap van het onderzoeksproces. Bij het verzamelen van data over de invloed van identiteit op gezondheidservaringen bijvoorbeeld, moeten vragen worden vermeden die ervaringen als onafhankelijk of als optelsom weergeven (Bowleg, 2012). Bij data-analyse en -interpretatie moeten verschillen en overeenkomsten in gezondheidsuitkomsten (zoals gezondheidsstatus en ervaringen) tussen biosociale groepen worden afgezet tegen de historische en sociaal-maatschappelijke context waarin ze zich bevinden. Machtsverhoudingen spelen een rol bij het (re)produceren van biosociale ongelijkheid en verschil.

Intersectionaliteit in medisch en (gezondheids)zorgonderzoek biedt een conceptuele shift in de manier waarop (a) onderzoekers en gezondheidszorgprofessionals kijken naar sociale categorieën en hun onderlinge relaties, (b) ze zich bewust zijn van structurele factoren die bijdragen aan ongelijkheid en verschil in gezondheid, en (c) zij dit naar de praktijk vertalen (Hankivsky, 2012). Intersectionaliteit brengt verbreding en verdieping, vergroot kennis over de verhouding tussen gezondheid, identiteit en maatschappij, en helpt inzicht te verkrijgen in gezondheidsverschillen tus-

sen én binnen groepen, en in achterliggende processen. Een intersectioneel denkkader schept daarnaast inzicht in de unieke ervaringen en behoeften van gezondheidszorggebruikers. Aandacht voor intersecties helpt de gezondheidsrisico's en -status van groepen met minder zichtbare biosociale identiteiten (intersectionele onzichtbaarheid) zoals bij homoseksuele mannen, of zwarte vrouwen te begrijpen (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008; Hankivsky, 2012; Hankivsky et al., 2010). Kennishiaten in onderzoek, praktijk en onderwijs kunnen worden geïdentificeerd (Branković et al., 2013; Hankivsky et al., 2010; Muntinga et al., submitted). Een intersectionaliteitsperspectief in een review over Humaan Papilloma Virus (HPV) infectie toonde bijvoorbeeld kennislacunes over de gezondheid van en zorg aan mannen die ouder zijn en sildenafil (zoals Viagra) gebruiken, of die seks hebben met mannen én vrouwen (Branković et al., 2013). Deze mannen hebben verhoogde kansen op aan HPV-gerelateerde anale en orale vormen van kanker.

Een intersectioneel denkkader kan dus nieuwe kennis genereren, mits er kritisch gereflecteerd wordt op welke categorieën hoe gedefinieerd worden en hoe zij met elkaar verband houden (Warner, 2008; McCall, 2005). Bovendien is besef van de instabiliteit, en ook van de fluiditeit en het wisselen tussen die identiteiten belangrijk. Intersectionaliteit reduceert het risico op stereotypering van lichamen en identiteiten, of het doen van vooraannames over ervaringen van zorggebruikers. Verschillende 'verschil'-categorieën inzetten in gezondheid(szorg)onderzoek blijft ambivalent, want dit draagt bij aan het identificeren van patronen, maar leidt nog steeds tot een simplistische weergave van de werkelijkheid. Het maken van aannames op basis van veronderstelde groepshomogeniteit moet altijd zoveel mogelijk voorkomen worden, maar groepsidentiteiten kunnen ook strategisch worden ingezet en ook voor betere gezondheid (szorg) van en aan gemarginaliseerde groepen (Epstein, 2007) zorgen.

Intersectionaliteit en participatief actieonderzoek (PAR)

McCall (2005) beschrijft drie analytische benaderingen van intersectioneel onderzoek: (a) *intercategoraal* waarbij strategisch gebruik wordt gemaakt van sociale categorieën zoals vrouwen met een laag inkomen om ongelijkheid en verschil te bestuderen, en te onderzoeken in hoeverre verschillen tussen categorieën variëren afhankelijk van de context; (b) *anti-categoriale* onderzoekers stellen dat het reduceren van complexe identiteiten tot categorieën per definitie geen recht doet aan de complexiteit van de menselijke

identiteit, en; (c) *intra-categoriale* onderzoekers verwerpen noch omarmen het gebruik van categorieën. Zij gebruiken een categorische analyse om verschil binnen categorieën te bestuderen met als doel aandacht te vragen voor de geleefde ervaringen van gemarginaliseerde groepen (McCall, 2005). In de geneeskunde kan dus zowel categoriaal als anti-categoriaal onderzoek, én de individuele toepassing van intersectionaliteit nuttig zijn om problemen te begrijpen en mensen te kunnen helpen. Immers, in de geneeskunde is er altijd urgentie om te handelen. Daarom pendelen wij tussen categoriale en anti-categoriale benaderingen, en zoeken ruimte voor pragmatische ordening én voor de unieke, geleefde werkelijkheid van individuen (McCall, 2005). Volgens Epstein (2007) is een voorwaarde voor het begaan van die middenweg het hebben van een *split consciousness*: het besef dat essentialisme soms strategisch is, maar nooit identiteiten of verschillen volledig weergeeft.

Verskillende kwalitatieve en kwantitatieve methoden kunnen worden ingezet om (on)rechtvaardigheden in gezondheid(szorg) zichtbaar te maken, te agenderen en sociale verandering te bewerkstelligen. Hier presenteren we een voorbeeld van participatief actieonderzoek (PAR). Intersectionaliteit en PAR gaan goed samen, aangezien ze sociale rechtvaardigheid en reflexiviteit als kernwaarden delen. Zoals intersectionaliteit uit onvrede met de uitsluitende werking van een enkelvoudige focus op sekse/vrouwen (Van Mens-Verhulst & Waaldijk, 2008) werd ontwikkeld, geeft trans-disciplinair, participatief gezondheidsonderzoek stem aan mensen, benut het hun (ervarings)deskundigheid en vergroot het de kans op implementatie van onderzoeksbevindingen (Abma & Widdershoven, 2006; Abma & Broerse, 2007; Wright et al., 2013). Bovendien heeft PAR vanuit een intersectionaliteitsperspectief de uitgangspunten empowerment en contextualisering gemeen met de sekse-specifieke gezondheidszorg. Doel is het kritisch bevragen en transformeren van de eigen praktijk of eigen leven vanuit partnerschap en allianties tussen verschillende (groepen) betrokkenen. De formatie van allianties en bondgenootschappen *vanuit* en tegelijkertijd *voorbij* de eigen identiteit als strategie sluit aan bij het intersectionaliteitsdenken (Martínez, 1993).

Strategisch essentialisme kan nuttig zijn om vanuit de sociale categorieën waarin onderdrukking en uitsluiting wordt ervaren, te streven naar versterken van de positie van deze groep. De categorie kan worden ingezet ten behoeve van een strategische agenda in een bepaalde context en daarmee uitnodigen tot handelen. Persoonlijke verhalen bieden aanknopingspunten voor onderlinge herkenning, ontwikkeling van gemeenschappelijkheid en een 'collectieve boodschap', door het strategisch inzetten van in-

tersecties en van fluïde identiteiten van mensen. Het unieke verhaal van een individu dat uitsluiting ervaart op grond van een of meerdere categorieën, raakt dan verknoot met de verhalen van andere mensen die zich hier meer of minder in herkennen.

Tevens is reflexiviteit nodig op de eigen positie van de zorgverlener, docent of de onderzoeker (Verdonk & Abma, 2013; Verdonk, 2015). Immers, als biosociale identiteiten van betrokkenen kritisch worden bevestigd, geldt dat ook voor de onderzoekers. Als onderzoekers/auteurs zijn wij eenzijdig samengesteld: vrouw, wit, hoogopgeleid, opgevoed vanuit een calvinistisch arbeidsethos en met genderde, aan ons toegeschreven zorgverantwoordelijkheden. Welke ervaringen en stemmen herkennen wij niet, of slechts ten dele? We reflecteren op wie we representeren en hoe, en gaan wederkerige samenwerkingsrelaties aan met bijvoorbeeld studenten met een migrantenachtergrond of met maatschappelijke belangenorganisaties, om gezondheids(zorg)vraagstukken te bestuderen en gemarginaliseerde groepen een stem te geven (Williams & Fredrick, 2015). Desondanks zijn we ons mogelijk onvoldoende bewust van onze privileges in interactie met anderen, en hoe wij zelf subject zijn van machtsprocessen (VanderPlaat, 1999). Overigens kan reflexiviteit handelen ook in de weg staan wanneer het tot inertie leidt (de non-performativiteit van reflexiviteit). Maar in de geneeskunde hebben mensen reële gezondheidsproblemen die om oplossingen vragen. Hieronder geven we een voorbeeld waarin de eerder genoemde *split consciousness* van een intersectioneel denkkader vertaald is naar een participatief project over het overdragen van genetische kennis met en naar migrantenvrouwen, in relatie tot kansen en risico's op een kind met een afwijking als gevolg van een neef-nicht huwelijk, en reproductieve keuzes. In het project is strategisch gependeld tussen sociale identiteiten, disciplines, belangen, en ook tussen verschillende mogelijke consequenties van het project.

Gezin, gezondheid en genetica (G3)¹: PAR en intersectionaliteit

(Achter)neef-nichthuwelijken komen veel voor bij Turkse en Marokkaanse migranten (consanguïniteit). Indien beide ouders drager zijn van een familiale genetische mutatie hebben zij een grotere kans op kinderen met zeldzame autosomaal recessieve aandoeningen. Dit zijn erfelijke aandoeningen waarbij zij van hun vader en hun moeder dezelfde genetische mutatie erven, waarbij de ouders zelf niet ziek zijn. Door nieuwe technologie-

ën om dragerschap te detecteren nemen de keuzemogelijkheden toe van aanstaande ouders; van een nieuwe partner kiezen die géén drager is, prenatale diagnostiek en abortus, pre-implantatie genetische diagnostiek, adoptie, actief voorbereiden op een (mogelijk) ziek kind, tot afzien van kinderen krijgen.

Het project in Rotterdam en Amsterdam had tot doel de kennis van migrantenvrouwen over genetica en hun reproductieve opties te vergroten via lokale cursussen (Ridder, 2014; Verdonk, 2014). In een participatief actieonderzoek, vanuit McCall's (2005) intra-categorale benadering met genetische experts, migrantenorganisaties en onderzoekers, werden migrantenvrouwen als cursusleider getraind om neef-nichthuwelijken, genetisch risico en reproductieve opties bespreekbaar te maken. Daartoe werd een handboek ontwikkeld (Daouairi et al., 2014). In elke stad vonden drie trainingssessies plaats met actieve medewerkers en vrijwilligers van twee migrantenorganisaties (in totaal tien cursusleiders), alsmede een expertmeeting. De betrokkenen hadden verschillende perspectieven (en ook binnen de groepen) op neef-nichthuwelijken en genetisch risico, reproductieve opties, gezondheidszorg aan migranten, hoe kennis moest worden overgedragen, en wat goede gezondheidszorg was (Ridder, Bartels, De Jong, Teeuw, Abma & Verdonk, ongepubliceerd manuscript). Sommige cursusleiders vonden dat neef-nichthuwelijken moesten worden voorkomen vanwege het genetische risico. Opvattingen van zorgprofessionals en genetische experts over neef-nichthuwelijken verschoven tijdens het project van 'optie-want-mensenrecht' naar 'minder risicovol dan gedacht' of 'best leuk'. Zorgprofessionals benadrukten het afzien van kinderen en abortus na prenatale diagnostiek. Genetische experts aarzelden om de optie te noemen een andere partner te kiezen, wat wel weer de voorkeur was van vrouwen in een gearrangeerd huwelijk. Cursusleiders besteedden in hun voorlichting liever geen aandacht aan adoptie of afzien van kinderen, volgens hen omdat dit geen reële opties zijn vanwege islamitische voorschriften. Cursusleiders en experts vonden het overdragen van feitelijk juiste kennis essentieel, maar welke kennis beide groepen relevant vonden verschilde. De cursusleiders wilden kunnen vertellen wat wel of niet 'goed' was of 'mocht'. Ze wilden graag persoonlijke voorbeelden in de training en het handboek, en aandacht voor religieuze aspecten. De experts vonden genetische basisinformatie belangrijker, en theoretische en ervaringsdeskundigheid conflicteerden vanuit hun professionele normen. De experts namen en kregen meer invloed op het handboek en de cursusleiders leverden geen religieuze perspectieven aan. Tijdens de informele bijeenkomsten en trainingen hadden de cursusleiders echter wel de ruimte om

eigen ervaringen en religieuze perspectieven te bespreken, en gingen zij voorbij aan de structuur uit het handboek (Ridder et al., ongepubliceerd manuscript).

Een intersectioneel denkkader laat zien hoe voorkeuren voor overdracht van genetische kennis naar migrantenvrouwen zijn ingebed in culturele, religieuze en professionele normen van alle betrokkenen, en ook in de liberale, Westerse en biomedische kennis van waaruit ook de onderzoekers werken, en hoe die tot uitdrukking kwamen in onderlinge machtsrelaties. Genetische experts vreesden de mogelijkheid verkeerd begrepen te worden, wat tot negatieve gezondheidsconsequenties voor de vrouwen zou kunnen leiden. Onderzoekers, zorgprofessionals en genetische experts waren bezorgd om de mogelijke stigmatiserende effecten van genetische kennis, de cursusleiders vonden het bespreken van genetisch risico bij neef-nichthuwelijken, aan de hand van persoonlijke verhalen, taboedoorbrekend binnen hun gemeenschap. Genetische experts benadrukten 'objectiviteit' en professionaliteit, deels te begrijpen als 'niet persoonlijk', hoewel zij soms toch persoonlijke ervaringen deelden. De confrontatie van de verschillende perspectieven versterkte bij alle betrokkenen het besef van hun eigen perspectief én wederzijds begrip. Voor cursusleiders en migrantenorganisaties droeg G3 niet alleen bij aan voor de 'doelgroep' relevante kennis, maar ook aan hun empowerment. De deelnemende zorgprofessionals toonden meer kennis en begrip voor consanguïteit en de context van de keuzes van migrantenvrouwen. Het trainen van reflexiviteit van zorgprofessionals en experts over eigen waarden en normen en hoe normen over professionele verantwoordelijkheid in grotere structuren zijn ingebed, zou bijdragen aan een meer diversiteitsresponsieve gezondheidszorg (Verdonk, 2015). G3 leidde niet tot een uniforme gedeelde boodschap over consanguïteit, genetisch risico en reproductieve opties voor vrouwen in neef-nichthuwelijken. Wel leidde G3 tot een succesvolle dialogische uitwisseling tussen betrokkenen, die betekenisvolle groepen vormden (genetische experts, zorgprofessionals, cursusleiders, onderzoekers) vanuit hun verschillende waarden, sociale achtergronden en posities, wat resulteerde in wederzijds begrip en gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorgpraktijk. In G3 bestudeerden we alle betrokkenen, niet alleen de 'intersectioneel onzichtbaren', maar ook de normaliserende praktijken van zorgprofessionals, experts, én onszelf als onderzoekers. G3 laat zien dat onderzoek naar gezondheid en zorg van mensen met 'intersectionele onzichtbaarheid' mogelijk is door te pendelen tussen 'objectieve' kennis over categorieën en 'persoonlijke verhalen' van individuen, zoals de verloskundige die zich realiseerde dat ze het eigenlijk juist wel leuk zou vinden als

haar dochter met haar neefje zou gaan trouwen. G3 leerde ons ook dat dit niet eenvoudig is. Tijd voor reflectie op hoe gelijkwaardigheid en wederkerigheid tussen betrokken partijen kan worden bewerkstelligd, is noodzakelijk (Ridder, 2014; Verdonk, 2014).

Discussie

Een categorale benadering van verschil draagt bij aan het genereren van nieuwe kennis over gezondheid(szorg) en kent ook beperkingen, concluderen wij uit inzichten van onder andere gender medicine, gender studies, sociologie, psychologie en antropologie. Wij stellen dat, naast de huidige focus van gender medicine, een brede visie op diversiteit in de gezondheidszorg vanuit intersectionaliteit als denkkader ook belangrijk is. Zo'n intersectionaliteitsperspectief houdt rekening met de verschillende combinaties van diverse posities, (vooral) ook van groepen met een gemarginaliseerde of lastig te categoriseren positie (Hankivsky et al., 2010). Bovendien switchen mensen tussen culturen, leefstijlen of talen, en ervaren zij meervoudige sociale identiteiten. Responsiviteit voor diversiteit in gezondheid (szorg) is een continue veranderingsproces (Rattansi, 2011), waarin waarden zoals sociale rechtvaardigheid, respect, tolerantie, maar ook individuele rechten belangrijk zijn.

We gaven een voorbeeld van participatief actieonderzoek vanuit een intersectionaliteitsperspectief dat we uitvoerden in samenwerking met collega's uit de eigen faculteit en universiteit, zorgprofessionals, en maatschappelijke organisaties. Dit geeft de mogelijkheid tot het begrijpen van een cultuur vanuit het perspectief van de betrokkenen bij die cultuur, en schept mogelijkheden voor dialoog en strategische alliantievorming ten behoeve van een grotere diversiteitsresponsiviteit in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is zorgvuldig manoeuvreren en communiceren nodig om draagvlak voor verandering en responsiviteit te ontwikkelen en te behouden (Verdonk, Benschop, De Haes & Lagro-Janssen, 2008), ook naar de wereld om het onderzoek heen, zoals de politieke werkelijkheid. Strategisch pendelen tussen categorieën en de mogelijke positieve en negatieve consequenties van hun inzet, is ook belangrijk. De zorgen in G3 om de marginaliserende consequenties van aandacht voor neef-nichthuwelijken was niet onterecht. Op 7 oktober 2015 nam de Eerste Kamer de wet op de huwelijksdwang aan, waarmee het aangaan van neef-nichthuwelijken moeilijker is geworden (https://www.eerste-kamer.nl/wetsvoorstel/33488_wet_tegengaan_huwelijksdwang). Ook een vervolgstap in G3 naar verdere implementatie wordt moeilijker.

De scherpte van de boodschap over de reproductie van ongelijkheid, sub-optimale zorg voor gemarginaliseerde groepen en de nadruk op sociale verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg en professionals, roept weerstand op. In Nederland vormt de sociale ideologie van gelijkheid, gecombineerd met dagelijkse discriminerende praktijken, een belemmering voor verandering (Van den Broek, 2014). Aandacht voor diversiteit en intersectionaliteit heeft geen of een negatief effect wanneer instituties en organisaties de gevolgen van noodzakelijke veranderingen niet willen aanvaarden. De 'rijkheid van verschil' benadrukken kan dan ongelijkheid onzichtbaar maken, als het *wijzen op en verontwaardiging over* ongelijkheid als probleem wordt gedefinieerd (Ahmed, 2015). Binnen de Vrije Universiteit/VUmc is desondanks veel draagvlak voor diversiteit tot op het hoogste niveau (zie e.g. Van Oudenhoven-Van der Zee, 2015), en er vinden verschillende projecten plaats om diversiteit in de instelling, in curricula, en in de zorgpraktijk te integreren.

Voor patiënten en cliënten, onderzoekers, zorgprofessionals en experts die veranderingen in de gezondheidszorg voorstaan, is het laten horen van hun stemmen niet risicovrij. Migrantenvrouwen laten trainen als cursusleiders door experts vereist de moed van experts om kennis uit handen te geven, zonder de garantie dat deze kennis op volgens hen 'professionele wijze' wordt overgedragen, of met de kans dat deze kennis ingezet wordt voor oneigenlijke politieke doeleinden. Zorgprofessionals die zich uitspreken over diversiteit maken zichzelf zichtbaar in een geneeskunde die zichzelf als neutraal en cultuurloos beschouwt, die een 'culture of no culture' genoemd (Taylor, 2003). Andersom vragen we van de migrantenvrouwen dat zij de confrontatie tussen hun culturele en religieuze context en de geboden medische kennis aandurven. Het werken met groepen die uitsluiting en stereotypering ervaren en daarover hun verhaal doen, vraagt ook om ethische zorgvuldigheid. Zij lopen de kans op afwijzing, zowel binnen als buiten hun 'groep' (Martínez, 1993), omdat zij open zijn over de norm en de gevolgen van het afwijken daarvan, en omdat ze wijzen naar alledaagse en institutionele uitsluiting, discriminatie en marginalisatie. Waar het stem geven bedoeld is als een vorm van empowerment, kan dit ook omslaan in ontmoediging als resultaten uitblijven. Tegelijkertijd leidt het werken vanuit een intersectioneel denkkader tot een deconstructie van de categorie 'kwetsbare groep'; immers, een sociale categorie is altijd complexer, want heterogeen samengesteld en niet slechts object, maar ook subject van macht (VanderPlaat, 1999). Bovendien kunnen ook dominante sociale groepen niet worden weggezet als homogeen en oppressief. Zo wordt de boodschap over sociale ongelijkheid en machtsprocessen com-

plexer, en kan relationele empowerment vorm krijgen in allianties tussen groepen die op het eerste gezicht weinig gemeen hebben (zoals bij G₃) (VanderPlaat, 1999). Onderzoekers en betrokkenen pendelen zo heen en weer tussen de gestolde categorieën en fluïde identiteiten.

Sociale transformatie wijst ook naar medisch onderwijs en onderzoek, naar zorgprofessionals zelf, en naar iedereen die verschil kan maken bij het managen van diversiteit in de gezondheidszorg. Daarom moeten ook normaliserende praktijken bestudeerd worden, en de sociale normen en hiërarchieën die ten grondslag liggen aan in- en uitsluitingsprocessen in gezondheid en gezondheidszorg. Impliciete waarden en normen omtrent 'verschil' in gezondheid(szorg) geven de dagelijkse praktijk mede vorm en vice versa. Aandacht voor diversiteit is urgent, maar krijgt pas innovatieve en transformatieve kracht wanneer alle betrokkenen in de gezondheidszorg een diepgaand kritisch-reflexief project aandurven.

Noot

1. Gezin, Gezondheid en Genetica (G₃) is gefinancierd door CSG Centre for Society and the Life Sciences. Het project werd uitgevoerd door VUmc afd. Metamedica project-leider dr. P. Verdonk en M. Ridder (stagiair VU FALW Gezondheidswetenschappen), i.s.m. de VU afd. Culturele en Sociale Antropologie (dr. E.A.C. Bartels), VUmc afd. Community Genetics (dr. M. Teeuw, dr. S. Jans, dr. E. Houwink, prof. dr. M. Cornel), Dona Daria Rotterdam (drs. I. De Jong, S. Daouairi) en Diversiteitsland Amsterdam (S. Türker).

Bibliografie

- Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma. ISBN: 10-90-5931-477-8.
- Abma, T.A. & Broerse, J. (2007). *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: Lemma. ISBN: 978 90 5931 463 4.
- Abrahams, H., Houkes, I., Winants, Y.H.W.M., Twellaar, M. & Verdonk, P. (2013). Gender en burnout bij Nederlandse huisartsen. *TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91 (4), 225-233.
- Ahmed, S. (2015). Difference that makes no difference: The non-performativity of intersectionality and diversity. Frankfurt: International Workshop Frankfurt Research Center for Postcolonial Studies (FRCPS), 5 februari 2015.
- Ainsworth, C. (2015). Sex redefined. The idea of two sexes is simplistic. Biologists now think there is a wider spectrum than that. *Nature* 518, 288-291.
- Annandale, E. (2014). *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction* (2nd ed). Cambridge: Polity.

- Betancourt, J.R. (2003). Cross-cultural medical education: Conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78 (6), 560-569.
- 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.
- Broek, L. van den (2014). Neither with, nor without them – ethnic diversity on the work floor: How egalitarianism breeds discrimination. In P. Essed & I. Hoving (Eds), *Dutch Racism* (pp. 257-272). Amsterdam: Rodopi.
- Bosma, H. (2014). *Sociale epidemiologie: schipperen tussen upstream en downstream*. Maastricht: Universiteit Maastricht. Oratie.
- Branković, 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.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43 (6), 1241-79.
- Daouairi S., Teeuw, T., de Jong, A., Ridder, M. & Verdonk, P. (2014). *Gezin, gezondheid en genetic. Handboek cursusleiders*. Amsterdam/Rotterdam: VU, VUmc, Dona Daria, Diversiteitsland.
- Davy, Z. (2012). To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual and transgender people. *British Journal of General Practice*, 62 (602), 491-492.
- Davy, Z. (2011). The promise of intersectionality theory in primary care. *Quality in Primary Care*, 19 (5), 279-281.
- Epstein, S. (2007). *Inclusion. The politics of difference in medical research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fiske, S.T., Cuddy, A.J., Glick, P. & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) Stereotype Content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 878-902.
- Hammarström, A. & Annandale, E. (2012). A conceptual muddle: An empirical analysis of the use of ‘sex’ and ‘gender’ in ‘gender-specific medicine’ journals. *Public Library of Science One*, 7 (4), e34193
- Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, 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 <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/5>
- Hankivsky, O. (2012). Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74 (11), 1712-1720.
- Heesch, M. van (2015). *Ze wisten niet of ik een jongen of een meisje was: kennis, keuze en geslachtsvariëaties. Over het leven met en het kennen van intersekse condities in Nederland*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. PhD-thesis.
- Klein, S.L., Schiebinger, L., Stefanick, M.L., Cahill, L., Danska, J., de Vries, G., et al. (2015). Opinion: Sex inclusion in basic research drives discovery. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 112 (17), 5257-5258.
- Krieger, N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Social Inequalities and Health*, 29 (2), 295-352.
- Leyerzapf, H., Abma, T., Steenwijk, R., Croiset, G. & Verdonk, P. (2015). Standing out and moving up: Performance appraisal in cultural minority physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 20 (4), 995-1110.
- Martínez, E. (1993). Beyond black/white: the racisms of our time. *Social Justice*, 20 (1-2), 22-34.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30 (3), 1771-1800.

- Muntinga, M., Krajenbrink, V., Peerdeman, S., Croiset, G. & Verdonk, P. Toward a diversity-responsive medical curriculum. *Submitted*.
- Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384, 1607-1639.
- 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.
- Rattansi, A. (2011). *Multiculturalism. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Remedios, J.D. & Snyder, S.H. (2015). How women of color detect and respond to multiple forms of prejudice. *Sex Roles*, 73 (9), 371-383.
- Ridder, M. (2014). *Family, Health & Genetics. Training community health workers to discuss cousin marriage and genetic risk with migrant women in the Netherlands*. Amsterdam: Vrij Universiteit, bachelor-thesis.
- Ridder, M., Bartels, E.A.C., De Jong, I., Teeuw, M., Abma, T. & Verdonk, P. Family, Health and Genetics. Training community health workers to discuss cousin marriage and genetic risk with migrant women in the Netherlands. Ongepubliceerd manuscript.
- 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.
- Schulz, A., & Mullings, L. (2006). *Gender, race, class and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seeleman, C. (2014). *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare?* Amsterdam: AMC-UvA, PhD-thesis.
- Taylor, J.S. (2003). Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture". *Academic Medicine*, 78 (6), 555-559.
- Theunissen, M.-J., De Man, I., Verdonk, P., Bosma, H. & Feron, F. (2015). Are Barbie and Ken too cool for school? A case-control study on the relation between gender and dropout. *European Journal of Public Health*, 25 (1), 57-62.
- Tsouroufli, M., Rees, C.E., Monrouxe, L.V. & Sundaram, V. (2011). Gender, identities, and intersectionality in medical education research. *Medical Education*, 45 (3), 213-6.
- Van Lisdonk, J. (2014). *Leven met intersekse/DSD. Een verkennend onderzoek naar de levenssituatie van personen met intersekse/DSD*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Mens-Verhulst, J. & Waaldijk, B. (Red) (2008). *Vrouwenhulpverlening 1975-2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Oudenhoven-Van der Zee, K. (2015). *Expanding horizons: Intercultural competency of individuals and organizations*. Amsterdam: Vrije Universiteit, oratie.
- VanderPlaat, M. (1999). Locating the feminist scholar: Relational empowerment and social activism. *Qualitative Health Research*, 9 (6), 773-785.
- Verdonk, P. (2014). *Gezìn, gezondheid en genetica (G3)*. CSG Eindrapportage, Fase I G3 project-code 62000550. Amsterdam: VUmc, afd. Metamedica.
- Verdonk, P. (2015). When I say... Reflexivity. *Medical Education*, 49 (2), 147-148.
- Verdonk, P. & Abma, T. (2013). Intersectionality and reflexivity in medical education research. Commentary. *Medical Education*, 47 (8), 754-756.
- Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., De Haes, J.C.J.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2008). Making a gender difference. Case studies of gender mainstreaming in medical education. *Medical Teacher*, 30:7, e194-e201.
- Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., De Haes, J.C.J.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 14 (1), 135-52
- Verdonk, P. & Klinge, I. (2012). Mainstreaming sex and gender analysis in public health genomics. *Gender Medicine*, 9 (6), 402-410.

- Verdonk, P., Seesing, H., & De Rijk, A. (2010) Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and company exercise. *BMC Public Health* 10:712.
- Warner, L.R. (2008). A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles*, 59 (5-6), 454-463.
- Williams, S.L. & Fredrick, E.G. (2015). One size may not fit all: The need for a more inclusive and intersectional psychological science on stigma. *Sex Roles*, 73 (9), 384-390.
- Wolffers, I., Van der Kwaak, A. & Van Beelen, N. (2013). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Kennis, attitude en vaardigheden*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wright, M.T., Brito, I., Cook, T., Harris, J., Kleba, M.E., Madsen, W. & Wakeford, T. (2013). What is Participatory Health Research? ICPHR. Download May 30, 2015 from http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf
- ZonMW (2015). *Kennisagenda Gender en Gezondheid*. Den Haag: ZonMW, Alliantie Gender en Gezondheid.

Over de auteurs

Petra Verdonk is psycholoog en promoveerde in 2007 op gender mainstreaming in het geneeskundeonderwijs (UMC St Radboud). Zij werkt als universitair docent bij de afdeling Metamedica, VUmc.

Maaïke Muntinga studeerde geneeskunde, antropologie, en epidemiologie. Ze promoveert in januari 2016 bij de afdeling Huisarts- en Ouderengeneeskunde van VUmc en is docent en onderzoeker naar diversiteit in medisch onderwijs bij de afdeling Metamedica, VUmc.

Hannah Leyerzapf is antropoloog en promovenda op het gebied van diversiteit in zorgteams, bij de afdeling Metamedica VUmc.

Tineke Abma is verpleegkundige, beleidswetenschapper, en ethica. Ze bekleedt de leerstoel Participatie en Diversiteit en is onderzoeksleider op de afdeling Metamedica, VUmc. Abma heeft veel ervaring met participatief en responsief onderzoek.