

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2009 – Volume 18, Issue 4, pp. 5–21  
URN:NBN:NL:UI:10-1-100149

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Igitur, Utrecht Publishing & Archiving  
Services in cooperation with Utrecht University of  
Applied Sciences, Faculty of Society and Law

Copyright: this work has been published under a  
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No  
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Professor dr. Janneke van Mens-Verhulst is a  
social scientist (andragology), who taught in the  
Department of Clinical and Health Psychology  
at Utrecht University until 2006. Her research  
activities within the Netherlands' Research School  
of Women's Studies were in the area of Gender  
and Health. From 1995 until 2007, she held an  
endowed chair "Feminist Social and Health Care  
in Theory and Practice" at the [University for  
Humanist Studies](#). For her current activities and list  
of publications, see [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

(in Dutch) or [www.vanmens.info/verhulst/en](http://www.vanmens.info/verhulst/en) (in  
English).

Correspondence to: Kastanjelaan 24, 1214 LH  
Hilversum, The Netherlands. E-mail: [j.vanmens@uu.nl](mailto:j.vanmens@uu.nl) or [Prof.dr.J.vanmens-verhulst@vanmens.info](mailto:Prof.dr.J.vanmens-verhulst@vanmens.info).

Dr. H. Lorraine Radtke is a Professor in the  
Department of Psychology, University of Calgary.  
Her research interests include gender and health,  
mothering, gender and power relations, intimate  
partner abuse, and the implications of discourses  
of femininity for women's well-being. For a list of  
representative publications, see [http://psychology.  
ucalgary.ca/profiles/h-lorraine-radtke](http://psychology.ucalgary.ca/profiles/h-lorraine-radtke).

Correspondence to: Department of Psychology,  
University of Calgary, Calgary, AB, Canada T2N 1N4.  
E-mail: [radtke@ucalgary.ca](mailto:radtke@ucalgary.ca).

Received: 29 April 2009

Accepted: 2 July 2009

Review category: Theory

Theme: Social Inclusion

## INTERSECTIONALITEIT EN

## SOCIALE INCLUSIE:

## HET EI... VAN TROJE

## DEEL 2: HET PAARD VAN TROJE

JANNEKE VAN  
MENS-VERHULST,  
LORRAINE RADTKE

---

### ABSTRACT (2)

#### **Intersectionality and Social Inclusion: The Egg... of Troy. Part 2: The Trojan Horse**

Intersectionality is an approach to social diversity that promises to take into account the complexity and dynamics of societal divisions and to support inclusive intervention practices.

## INTERSECTIONALITEIT EN SOCIALE INCLUSIE

The intersectional approach appears to offer novel analysis of problems, interventions and modes of interaction in various professional areas, including social work, health promotion and counseling. In this regard, as was argued in the first part of this article that was published in the former volume, intersectionality appears to be the Egg of Columbus for experts in social and individual intervention, especially at the micro level.

However, in this second part of the article, we argue that the intersectional approach may also be a Trojan Horse, because it is not yet clear how the complexity it involves may be managed at the level of social systems. This is especially true for public policy and the practices of organizations to monitor equality. Moreover, the production of evidence based knowledge as the gold standard for intervention practices proves to be difficult due to the implications of intersectionality for research methods. Nevertheless, intersectionality may be a very useful heuristic in addressing issues of social inclusion.

### **Keywords**

Social inclusion, intersectionality, social interventions, mental health care

### **SAMENVATTING (2)**

#### **Intersectionaliteit en sociale inclusie: Het Ei... van Troje. Deel 2: Het Paard van Troje**

In het denken over maatschappelijke diversiteit staat "intersectionaliteit" voor een benadering die belooft recht te doen aan de complexiteit en dynamiek van maatschappelijke verschillen en die belooft inclusieve interventiepraktijken te bevorderen. De intersectionele benadering blijkt te inspireren tot nieuwe probleemanalyses, interventies en omgangsvormen in uiteenlopende professionele werksoorten – waaronder welzijnswerk, gezondheidsbevordering en hulpverlening. In het eerste deel van dit artikel, dat in het vorige nummer van dit tijdschrift is gepubliceerd, is dan ook uiteengezet dat intersectionaliteit het Ei van Columbus voor interventiekundigen lijkt te zijn.

In dit tweede deel van het artikel wordt beargumenteerd dat de intersectionele benadering op termijn echter het Paard van Troje kan blijken te zijn. Met name voor beleid en wetgeving omdat het een complexiteit binnenbrengt waarvan nog niet duidelijk is hoe die moet worden gehanteerd. Bovendien kleven er onderzoeksmethodologische implicaties aan, waardoor de gewenste wetenschappelijke evidentie maar moeilijk tot stand komt. Niettemin kan intersectionaliteit voorlopig een buitengewoon nuttige heuristiek zijn voor vraagstukken van sociale inclusie.

## **Trefwoorden**

Sociale inclusie, intersectionaliteit, sociale interventiepraktijken, geestelijke gezondheidszorg

## **Deel 2:**

### **HET PAARD VAN TROJE**

In ons vorige artikel in dit tijdschrift (Van Mens-Verhulst & Radtke, 2009) hebben we uiteengezet dat intersectionaliteit een nieuw paradigma is voor het denken over maatschappelijke verschillen c.q. ordeningen en dat het een ander licht werpt op vraagstukken van sociale inclusie. Na verkenning van de intersectionaliteitsliteratuur betreffende counseling en geestelijke hulpverlening kwamen we tot de conclusie dat een intersectionele blik op het microniveau van de hulpverlening kan inspireren tot:

- aandacht voor multiple op- en uitsluiting;
- nieuwe en verfijndere probleemstellingen;
- politiserende en sociopsychologische probleemstructureringen;
- modellen voor multiple identiteitsontwikkeling;
- sociaal-bewustere interventies met genuanceerdere ideeën over werkrelaties;
- het specificeren van gender- en etniciteitsbewuste competentie;
- een maatschappelijk bewuste reflectie op de organisatorische context.

Als zodanig lijkt intersectionaliteit het Ei van Columbus voor wie sociaal onrechtvaardige behandeling van bepaalde bevolkingsgroepen in de hulpverlening wil tegengaan. In dit artikel zetten we onze verkenning voort, maar nu voor interventies op macroniveau. Dan blijkt intersectionaliteit ook als het Paard van Troje gekwalificeerd te kunnen worden.

### **HET PAARD: INTERVENTIES OP MACRONIVEAU**

Wie op zoek gaat naar beleidsstrategieën vanuit intersectioneel oogpunt zal weinig vinden dat specifiek op de hulpverlening is toegesneden. Wel circuleren er enkele algemeen gestelde aanbevelingen als die van Crenshaw (2000), namelijk: maak discriminatie zichtbaar door gegevens nauwkeurig uit te splitsen naar gender en etniciteit (plus eventuele extra assen), analyseer het beleid en de wetgeving van de overheid op gender en etniciteit; bestrijd negatieve of stereotype beeldvorming over allochtone vrouwen en zet hier andere beelden tegenover.

Hieronder volgen enkele gedachte-experimenten van wat de aanbevolen acties al of niet aan meerwaarde kunnen opleveren vergeleken bij aparte inspanningen voor seksespecifieke en interculturele hulpverlening. Achtereenvolgens verdiepen we ons in toegankelijkheid, richtlijnen, wetgeving, mainstreaming en coalitievorming. Daarmee beperken we ons tot structurele en politieke intersectionaliteit, al zou je kunnen betogen dat juist beeldvorming voorrang verdient omdat zoveel aankomt op de hoofden en harten van alle betrokkenen. Dit onderwerp vergt echter een apart artikel.

### **Toegankelijkheid**

Eventuele structurele discriminatie is af te lezen aan de toegankelijkheid van voorzieningen voor verschillende bevolkingsgroepen. Gebruikelijk is die toegankelijkheid zichtbaar te maken door de instroom van de verschillende categorieën cliënten te vergelijken met de samenstelling van de bevolking. Dat is de evenredige benadering. Maar met welke categorieën wordt die samenstelling gerepresenteerd? Doorgaans is leeftijdsverdeling vanzelfsprekend, maar seks- en etniciteitsverdelingen zijn dat (nog steeds) niet.<sup>1</sup>

Worden er tussen de categorieën cliënten verschillen in zorgconsumptie geconstateerd, dan is het zaak de verklaringen van die ongelijke verdeling te kennen, zodat men kan proberen een meer evenredige vertegenwoordiging te verwezenlijken. Dat leidt tot vragen naar de geboden kwaliteit. Enkele kwaliteitsaspecten zijn al aan de orde geweest in deel 1 van dit artikel, onder de noemers probleemstructurering, werkrelatie en organisatorische context (Van Mens-Verhulst & Radtke, 2009). De ideeën over competentie en matching moeten zich nog nader uitkristalliseren.

Hoe vanzelfsprekend deze evenredigheidsopvatting van toegankelijkheid ook lijkt, toch is ze te beperkt en zelfs ondoelmatig. Ten eerste is een vergelijking op louter en alleen instroom ontoereikend. Er is ook een vergelijking op door- en uitstroom nodig: hoeveel contacten heeft een cliënt en worden die met het gewenste resultaat afgesloten of is er sprake van drop-out?<sup>2</sup> Ten tweede is er naast de "feitelijke toegankelijkheid" ook zoiets als "ervaren toegankelijkheid". Deze laatste soort toegankelijkheid omvat alle factoren waardoor cliënten het gevoel hebben welkom te zijn en waardoor, naar men aanneemt, vroegtijdige beëindiging van contacten wordt voorkomen. Ten derde is een andere normering dan "iedere bevolkingsgroep evenveel zorg" doelmatiger, namelijk als "iedereen zorg naar behoefte" ontvangt. In het laatste geval krijgen kwetsbare groepen immers de meeste zorg.

Een intersectionele blik op toegankelijkheid levert ten minste drie kritische kanttekeningen op. Om te beginnen dat er nog meer assen zijn die voor vergelijking in aanmerking komen, zoals klasse en seksuele voorkeur, en vooral de (relatief) onzichtbare kruisingen van categorieën waarop mensen

zich kunnen bevinden. Daarnaast, dat evenredige distributie bijdraagt aan de continuering van bestaande (machts)verhoudingen en gemakkelijk resulteert in het zogenoemde Mattheüeffect: zij die veel hebben, zullen nog meer krijgen. Ten slotte dat het (daarom) niet voldoende is de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg (GGz) van bevolkingsgroepen "objectief" vast te stellen – aan de hand van ziekteprevalenties bijvoorbeeld – maar dat bevolkingsgroepen zelf de kans moeten krijgen hun behoeften en opvattingen te articuleren.

Binnen de gelederen van intersectionaliteitsdenkers tekent zich bovendien een discussie af of organisaties en beleid zich nu onvoorwaardelijk moeten richten op *alle* categorieën of dat ze per problematiek en voorziening empirisch moeten vaststellen welke categorieën in een bepaalde context de voornaamste zijn. Daar spelen dan twee kwesties doorheen waar we in de paragraaf "Onderzoek" kort op terugkomen: aan de hand van welke kenmerken moeten die categorieën worden bepaald en worden die categorieën door zo'n aanpak niet gereïficeerd?

Tegelijkertijd constateren we dat er nog geen voorbeelden bestaan van de manier waarop een dergelijk intersectioneel hulpverleningspalet georganiseerd kan worden, anders dan in de hoofden en harten van de "producenten", ofwel allen die de hulp verlenen. Essentieel is in ieder geval dat zij niet belemmerd worden door de organisatorische context (zie Van Mens-Verhulst & Radtke, 2009) en door keurslijven van buitenaf, zoals richtlijnen.

## **Richtlijnen**

Terwijl de samenleving en cliëntenpopulaties diverser worden, is de geestelijke gezondheidszorgsector druk bezig zich te uniformeren: via zorgprogramma's, protocollen, richtlijnen en daaraan gekoppelde diagnose-behandel-combinaties. Van de huidige multidisciplinaire GGz-richtlijnen is echter vastgesteld dat ze mannelijk en "wit" zijn – zowel in de kennis waarop ze zich baseren als in de samenstelling van de geraadpleegde groepen wetenschappers, professionals en patiënten. Met andere woorden, deze richtlijnen schieten tekort ten aanzien van vrouwen en allochtonen en dit is niet te verhelpen met een paragraaf over bejegening. Ter compensatie zijn al enkele sekse- en etnisch specifieke addenda uitgebracht, maar er is natuurlijk een structurele oplossing nodig.

Duidelijk is dat dit soort standaardisatie haaks staat op de uitgangspunten van intersectioneel denken; niet alleen door de veronderstelde uniformiteit van cliënten maar ook door de individualisering van problemen. Ook hier moeten de hoofden en de harten van de "producenten" – in dit geval de opstellers van richtlijnen – uitkomst brengen. Gewapend met een intersectionele blik en attitude zouden ze zich dan afvragen hoe ze sociale variëteit en

ongelijkheid kunnen verdisconteren in hun beslissingsbomen. Minimaal betekent dit een kritische evaluatie van de universalistische pretenties van het aangehaalde wetenschappelijk onderzoek. Met daarnaast een systematische inclusie van kennis over specifieke verschilcategorïeën, zoals die te halen is bij experts en representanten van de betreffende groepen.<sup>3</sup> Bovendien met handreikingen, in de vorm van waarschuwingen voor welke groepen en situaties bepaalde protocollen en richtlijnen verantwoord zijn toe te passen en voor wie, waar of wanneer niet (Van Mens-Verhulst, 2006).

## **Wetgeving**

De uitsluitende werking van organisaties wordt gedeeltelijk veroorzaakt door de wettelijke en financiële randvoorwaarden waarbinnen men moet opereren. Daarbij speelt de gezondheidswetgeving natuurlijk een rol, maar ook de wet op het asielzoekers- en vluchtelingenbeleid en de wet op gelijke behandeling.

De Nederlandse overheid wil noodzakelijke zorg voor alle burgers garanderen<sup>4</sup> en aparte voorzieningen voor bepaalde bevolkingsgroepen – in zogenoemde categorale instellingen – zoveel mogelijk tegengaan. Alleen differentiatie naar leeftijd is acceptabel. Van dit beleid is zij na het loslaten van de religieuze verzuiling eigenlijk alleen afgeweken als dat nodig was om inhoudelijke redenen, zoals bij verslavings- of oorlogsproblematiek, of als het burgerschap niet onbetwist was – zoals bij arbeidsmigranten in de jaren tachtig of de vluchtelingen in de jaren negentig en later. Impliciet was er wel sprake van klassesegregatie (door verzekeraars bekrachtigd) tussen cliënten die de zorg van vrijevestigde hulpverleners konden betalen en degenen die dat niet konden. Maar openlijke categorale voorzieningen, bijvoorbeeld voor vrouwen of voor mensen met een homoseksuele oriëntatie, zijn door de overheid altijd tegemoet getreden als tijdelijke oplossingen die zo snel mogelijk in de algemene GGz moesten worden geïntegreerd.

Sinds de wettelijke toelating van marktwerking in de zorg is die ban op categorale GGz verdwenen. Nadien zijn er instellingen als NoaGG en I-psy ontstaan, waarin hulpverlening door mensen uit de eigen taal en cultuur wordt gegarandeerd. Consequentie is dat de stroom van Marokkaanse en Turkse cliënten zich thans verlegt van de reguliere “algemene” instellingen naar deze etnisch specifieke voorzieningen. En dat deze cliënten worden gevolgd door een groeiende groep hulpverleners van dezelfde etnische achtergrond die zeggen genoeg te hebben van de dominante witte cultuur in de instellingen, het dominant westerse denken over methodieken en het gebrek aan interesse voor interculturele zorg bij het management.

Deze ontwikkeling is te duiden als mislukte insluiting aan de kant van de reguliere instellingen enerzijds en als zelf(uit)sluiting aan de kant van de migrantengroepen anderzijds. Bekend is dat

dit proces gevaren met zich meebrengt – in termen van capaciteit en kwaliteit, misplaatste verwijzingen<sup>5</sup> en culturele opsluiting. Maar tegelijkertijd laat deze ontwikkeling zich ook begrijpen als een effectieve machtsstrategie om de reguliere hulpverlening – met haar pretentie “algemeen” te zijn – tot grotere interculturele sensitiviteit en competentie te brengen.

Uit het oogpunt van intersectionaliteit dringen zich echter allerlei vragen op. Want hoe ziet een hulpverleningssector eruit waarin niet alleen etniciteit maar iedere verschilcategorie zijn eigen voorzieningen heeft? Wat betekent het voor cliënten dat zij op basis van één bepaalde sociale identiteit worden geholpen en daarbij moeten vrezen voor verwaarlozing van hun andere sociale “assen”, loyaliteiten en deelidentiteiten? Wie definieert hun sociale identiteit trouwens: functionarissen of zichzelf? Blijven cliënten vrij te kiezen bij welke voorziening ze zich willen vervoegen? En hoe moeten hulpverleners (m/v) zich over zo'n landschap verdelen? Dit brengt ons bij de wetgeving op het gebied van gelijke behandeling. Ook daar worstelt men met de grote hoeveelheid sociale ongelijkheden die bestreden worden met evenzoveel verdragen van de Verenigde Naties, nationale commissies en landenrapportages. Het VN-mensenrechtensysteem dreigt inmiddels aan zijn eigen succes te bezwijken. Gehoopt wordt hierin met een intersectionele benadering verlichting te brengen. Maar tegelijkertijd tonen verschillende comités zich beducht dat hun specifieke doelgroep of aandachtsgebied het onderspit zal delven ten opzichte van andere doelgroepen of kwesties die een hogere plaats krijgen toegekend in de hiërarchie van mensenrechtenschendingen (Van den Brink & Eerdewijk, 2008). Of intersectioneel denken ook hiervoor oplossingen kan bieden, moet nog blijken.

### **Mainstreaming**

Dezelfde actoren die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor onterechte wettelijke en financiële uitsluitingen uit de hulpverlening – overheid en verzekeraars – kunnen in principe ook insluitende maatregelen in gang zetten. Verzekeraars lieten en laten zich daar echter ternauwernood op aanspreken. Dat ligt enigszins anders voor de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden. Zij hebben zich destijds bijvoorbeeld wel ontvankelijk betoond voor vrouwen- ofwel seksespecifieke hulpverlening, maar daar van meet af aan de eis van integratie aan verbonden (Van Mens-Verhulst & Waaldijk, 2008; Tiems, 2008; Waaldijk & Van Mens-Verhulst, 2008). Voor dit integratiestreven kwam rond 1995 de term “mainstreaming” in zwang: de belofte dat een specifiek aandachtspunt, product of voorziening vanzelfsprekend onderdeel van het gezondheids(zorg)beleid wordt. “Gender”, “eticiteit” of “interculturaliteit” zijn bijvoorbeeld perspectieven die in principe voor mainstreaming in aanmerking komen.

## INTERSECTIONALITEIT EN SOCIALE INCLUSIE

Intersectioneel denken heeft geïnspireerd tot het idee van *gelijkheidsmainstreaming*, dat zou impliceren dat de assen van verschil gelijkgesteld worden waar het op integratie in het beleid aankomt. Tegen deze "sprong" leven echter ook de nodige bezwaren. Tijdens de World Conference Against Racism kwam er bijvoorbeeld verzet omdat men vreesde met de intersectionele in steek de handzame categorieën voor het bestrijden van discriminatie kwijt te raken en ook niet meer in staat te zijn "het" slachtoffer duidelijk aan te wijzen (George, 2001). Ook (feministische) politicologen hebben zich sceptisch uitgelaten over *gelijkheidsmainstreaming*. Yuval-Davis (2006) benadrukt bijvoorbeeld hoe belangrijk de verschillen tussen sociale verschillen zijn. Daarbij gaat het haar niet alleen om wat zij hun ontologie noemt, maar ook om de levenssfeer waarin ze een prominente rol spelen: thuis dan wel op het werk, in de privésfeer dan wel de publieke sfeer. Verloo (2006) waarschuwt eveneens voor een te naïeve gelijkstelling van verschilcategorieën, in het bijzonder in het beleid van de Europese Unie. Uit haar analyses blijkt dat dynamiek en mechanismen, actoren, doelen, strategieën en tempi per verschilcategorie behoorlijk uiteen kunnen lopen. Ze concludeert dan ook dat de veronderstelde gelijkenis tussen sociale ongelijkheids categorieën geen goede grondslag vormt voor het ontwerpen van intersectioneel beleid en dat *gelijkheidsmainstreaming* niet zonder meer kan worden geëxtrapoleerd uit *gendermainstreaming*.

In dit debat lijkt overigens geen twijfel te bestaan over het nut van *gendermainstreaming*. Toch is ook deze strategie onbetrouwbaar gebleken. Verdamping is een reëel gevaar, zoals de geschiedenis van de seksespecifieke hulpverlening uitwijst. Inmiddels worden ervaringen en inzichten op het gebied van *gendermainstreaming* verder gesystematiseerd en is het bekend dat er vele additionele maatregelen nodig zijn om *mainstreaming* (ook als het slechts één as of issue betreft) tot een succes te maken (Van Mens-Verhulst, 2009; Outshoorn, 2007). De vraag is dus of *mainstreaming* van verweven sociale verschillen zich wel als één issue laat managen.

### **Coalitievorming**

In het voorgaande zijn een aantal in- en uitsluitingsstrategieën van de kant van de gevestigden nader beschouwd. Ook voor de sociale buitenstaanders biedt intersectionaliteit echter nieuwe inspiratie om tot machtsvorming en (zelf)insluiting te komen. Het is namelijk mogelijk de wij-zij benadering van de identiteitenpolitiek te overstijgen door coalities te vormen. Al eerder is dit door Pheterson (1986), Hill Collins (1990) en Phoenix (1998) aangegeven voor de microsituatie (zie Van Mens-Verhulst, 2007). Voor de macrosituatie spreekt Yuval-Davis (1997) in dit verband van "transversele politiek".



Recentelijk heeft Cole (2008) zich in deze kwestie verdiept. In navolging van Gamson verstaat zij onder coalitievorming "temporary, means-oriented, alliances among individuals or groups which differ in goals" (p. 444). Om dergelijke bondgenootschappen tot stand te brengen, is het nodig enerzijds *binnen één* identiteitsgroep de verscheidenheid in privilegering en achterstelling te erkennen en productief te maken; en anderzijds *tussen* identiteitsgroepen de overeenkomsten op te sporen op basis waarvan ze zich voor een gemeenschappelijk doel kunnen inzetten. In deze strategie is het delen van belangen – en met name van de marginalisering in machtsposities – dus belangrijker dan gedeelde identiteiten (zoals we die uit de emancipatiestrategie kennen). Als voorbeeld beschrijft zij de March for Women's Lives (in Washington 2004), die oorspronkelijk alleen over het recht op abortus zou gaan, maar die op instigatie van de zwarte vrouwenbeweging voor reproductieve gezondheid op twee manieren is gewijzigd. Allereerst is het thema geherformuleerd op zo'n manier dat het ook de situatie van zwarte vrouwen omvatte. Dat wil zeggen dat het werd uitgebreid tot reproductieve rechten inclusief het recht kinderen te hebben en die zelf op te voeden (in weerwil van de bemoeienis van hulpverleningsinstanties en justitiële en politieke instanties). Ten tweede zijn de financiële voorwaarden voor deelname herzien om daarmee de representatie van zwarte vrouwen in de stuurgroep mogelijk te maken. In dit geval is dus zowel insluiting in de probleemstelling als in de aanvankelijk eenzijdig geprivilegieerde (stuur)groep geëffectueerd.

Voor alliantievorming is volgens Cole thematisering nodig van gemeenschappelijkheden rond "ervaringen met discriminatie". In dat opzicht zou in Nederland een coalitie tussen seksespecifieke ofwel vrouwenhulpverlening en interculturele hulpverlening voor de hand hebben gelegen. Beide bewegingen waren immers gericht op het bestrijden van discriminatie in de hulpverlening en op de insluiting van vrouwen respectievelijk allochtonen in de theorieën, methodieken en inrichting van de GGz. Toch bleken die overeenkomsten niet voldoende te zijn om samen op te trekken in de strijd voor een diversiteitsbewuste hulpverlening. In de praktijk was er eerder sprake van verholde competitie, die werd aangewakkerd door allerlei historische en contextuele verschillen. In de vrouwenhulpverlening waren vrouwelijke cliënten bijvoorbeeld de belangrijkste initiatiefnemers; in de interculturele hulpverlening waren dat de professionals (Van Mens-Verhulst, 2009). Verder hadden beide bewegingen te maken met een subsidiebeleid van de overheid dat steeds één van de verschillen prioriteerde. Niettemin zijn er binnen de vrouwenhulpverlening aparte projecten voor zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen in de zorg gerealiseerd, zij het vooral onder auspiciën van (witte) professionals (Kortram, 2008; Koster, 2008).

### **Complexiteit als Paard van Troje**

Intersectionaliteit betekent complexe in plaats van platte diversiteit (Van Mens-Verhulst, 2007). Interventies zouden die complexiteit hanteerbaar moeten maken. Kennelijk is dat op meso- en zeker op macroniveau moeilijker dan op micro-niveau.

Na bovenstaande verkenningen constateren we dat het begrip intersectionaliteit een Paard van Troje is, omdat die complexiteit in hulpverlening en sociale interventies (nog) niet te hanteren is. Voor het reduceren ervan volgen intersectioneel georiënteerde actoren uiteenlopende strategieën. Vaak bouwen ze voort op maatregelen die ontwikkeld zijn ten behoeve van het seksespecifieker en intercultureler maken van de GGz en extrapoleren die naar praktijken ter bestrijding van sociale ongelijkheid in het algemeen. Maar over de effectiviteit van dergelijke handelingspraktijken bestaat nog ternauwernood praktische evidentie, laat staan wetenschappelijke evidentie. Evaluaties ex ante zijn echter zeker niet onverdeeld positief. Bovendien ligt het intersectionele onderzoeksterrein vol voetangels en klemmen.

### **ONDERZOEK VOLGENS EEN INTERSECTIONEEL PARADIGMA**

Intersectionaliteit heeft een hoop methodologische drukte veroorzaakt, zeker aan deze kant van de oceaan (Davis, 2009). Toch bestaat over de passende aanpak voor intersectioneel onderzoek nog geen overeenstemming onder de aanhang(st)ers. De vraag is of die er ooit komt, want de aanhang blijkt zowel een moderne als een postmoderne stroming te kennen, en zowel politiek activisten als theoretici te omvatten – waarvan sommigen toch één categorie voorop zetten en anderen zich juist voor combinaties interesseren (Davis, 2008).

Los daarvan draagt intersectioneel onderzoek een loden last met zich mee in de vorm van interne criteria ontleend aan het paradigma zelf: heterogeniteit moet worden onderzocht op een manier die complexiteit, dynamiek en macht zichtbaar kan maken. Het is dit pakket kwaliteitseisen dat ook het onderzoek naar feministische hulpverlening (heeft) bemoeilijkt (Van Mens-Verhulst, 2001). Misschien refereert intersectionaliteit aan een complexiteit die niet te hanteren is (Gressgård, 2008) of die op zijn minst een hernieuwde theoretisering van sociale systemen behoeft (Walby, 2007).

In de *dataverzameling* doemen onmiddellijk allerlei onderzoekstechnische problemen op. Neem epidemiologisch onderzoek – bedoeld om gezondheids(zorg)verschillen op kwantitatieve wijze in kaart te brengen en te verklaren. Meestal is het te tijdrovend en te duur om de bestaande sociale heterogeniteit systematisch in een steekproef te includeren, zeker als het om relatief kleine minderheden gaat. Daarbij komt nog dat de kenmerken of indicatoren voor de sociale verschillen niet vanzelfsprekend zijn.

Uit intersectioneel oogpunt is het bijvoorbeeld veel te kort door de bocht om gender als het biologisch man-vrouw verschil te operationaliseren en geen rekening te houden met sekserollen en/of sekserolopvattingen. Evenzo is de reductie van etniciteit tot het geboorteland van de ouders inadequaat en verdient dat op zijn minst uitbreiding met informatie over mate van acculturatie en taalvaardigheid in het Nederlands, liefst aangevuld met informatie over de culturele en geografische herkomst. Over klasse en leeftijd lopen soortgelijke discussies. Daar speelt dan nog de kwestie doorheen dat de verschilcategorieën – volgens de constructivistische opvatting – helemaal geen kenmerken van individuen zijn, maar constructies die “slechts” door procedures, organisatiestructuren, instituties, culturen en mensen zelf in stand worden gehouden. Ook de vraag hoe machtsdynamiek moet worden geoperationaliseerd is niet eenvoudig te beantwoorden. Via het navragen van ervaringen met discriminatie en fysiek, psychisch en/of seksueel geweld of via indicatoren voor patronisering? Met items die het sociaal, cultureel, economisch en moreel kapitaal in beeld brengen – en dat per sekse? Door het blootleggen van besluitvormingsprocessen inzake op- en uitsluiting?

De gangbare strategieën voor statistische data-*analyse* zijn evenmin onproblematisch. Weliswaar lijken verschiltoetsen en zeker ook regressie-analyses een adequate manier om de interactie van sociale verschilcategorieën uit te rekenen, maar dergelijke statistische analysetechnieken zijn gebaseerd op positivistische aannames die bij nader inzien niet te verenigen zijn met het intersectioneel denken: lineariteit, unidimensionaliteit van metingen en onafhankelijkheid van variabelen in plaats van interactieve relaties (Bowleg, 2008; Cole, 2009; Van Mens-Verhulst, 2001; Van Mens-Verhulst & Radtke, 2006; Warner, 2008).<sup>6</sup> Uit dat oogpunt zouden kwalitatieve analyses meer voor de hand liggen dan kwantitatieve.

Maar ook al zou er intern overeenstemming worden bereikt over welk onderzoek intersectioneel mag heten, dan is acceptatie van dat onderzoek in de mainstream nog geenszins gegarandeerd. Daar zijn immers de positivistische criteria voor wat evidence-based mag heten dominant.

## CONCLUSIES

Intersectioneel denken is benut voor articulatie van sociaal onrechtvaardige uit- en opsluiting van bevolkingsgroepen en, in het verlengde daarvan, voor het vinden van aangrijpingspunten voor sociale insluiting. Vooral opsluiting ten gevolge van meer dan één nadelige positionering tegelijkertijd raakt inmiddels aardig gedocumenteerd, althans in de Angelsaksische wereld. Daarbij ligt het accent op de combinatie van gender en etniciteit en de onderdrukte posities daarbinnen, in het bijzonder op “vrouwen van kleur”. Analoge analyses zijn mogelijk voor vrouwen – en ook mannen – van verschillende etniciteit en hun gelijktijdige sociale positionering op basis van leeftijd,

## INTERSECTIONALITEIT EN SOCIALE INCLUSIE

seksuele oriëntatie, klasse en gezondheidstoestand. In veel gevallen levert dit hybride combinaties op, met een samengaan van geprivilegieerde en geminoriseerde posities en de tegenstrijdige ervaringen die daarbij horen.

Dankzij intersectionele theorievorming over identiteitsvorming groeit het begrip voor de mechanismen van multi-pele uit- en opsluiting die enerzijds in de samenleving en anderzijds in de persoon zelf spelen en voor de schadelijke effecten die deze mechanismen in een mensenleven teweeg kunnen brengen. In het verlengde hiervan ontstaat meer inzicht in interventies die deze mechanismen kunnen dempen of onderbreken en daarmee positieve insluiting kunnen bevorderen. In dat opzicht mag intersectionaliteit het Ei van Columbus heten. Dat is in het eerste deel van dit artikel beschreven voor counseling als één van de interventiepraktijken op microniveau (van Mens-Verhulst & Radtke, 2009).

In beleid en onderzoek blijkt het denken in termen van intersectionaliteit ook nuttig te zijn voor het articuleren van uit- en opsluitingsproblemen. In dergelijke beleidsanalyses ligt er meer nadruk op de kruisingen van onderdrukking en privilegering dan van identiteiten. Als zodanig beloofde intersectioneel denken ook hier het Ei van Columbus te zijn. Bij nadere beschouwing haalt het begrip intersectionaliteit echter een complexiteit binnen die (nog) niet te hanteren is. Als zodanig is het ook een Paard van Troje.

Struikelblok vormen de kruisende verschilcategorieën. Onduidelijk is namelijk hoe intersectioneel verantwoorde toegankelijkheid, richtlijnen, wetgeving en mainstreaming er uit moeten zien. Weliswaar is participatie van buiten- of opgesloten groepen bij alle maatregelen een *sine qua non*, maar daarbij doemen tenminste twee problemen op. Ten eerste doet zich competitie voor tussen de groepen die zich op één bepaalde as van verschil hebben georganiseerd. Ten tweede nemen representanten van die groepen zelf vaak een geprivilegieerde positie in hun gemeenschap in en is er dus sprake van recursie in de uit- en opsluitingsproblematiek. Hiervoor zijn vanuit de intersectionele benadering nog geen passende politieke praktijken en/of theorieën ontwikkeld.

Onderzoeksmethodologisch blijken er aanzienlijke verschillen van inzicht te bestaan: tussen modernen en postmodernen; tussen theoretici en praktijkmensen en tussen voor- en tegenstanders van statistische analyses enerzijds en kwalitatieve analyses anderzijds.

Uit het oogpunt van sociale interventies moeten we intersectionaliteit daarom kwalificeren als *het Ei van Troje*. Weliswaar is het een nuttige heuristiek voor bewustwording van sociale verschillen

en sensitiviteit voor machtsdynamiek, maar het handelingspotentieel – zeker op meso- en macroniveau – en de empirische evidentie zijn vooralsnog beperkt.

## NOTEN

- 1 In de jaren tachtig heeft het veel moeite gekost de seksespecifieke cijfers boven tafel te krijgen en heden ten dage zijn de cijfers betreffende de etnische samenstelling van de GGz-cliëntelevan nog steeds onbetrouwbaar (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2009).
- 2 Aan de hand van deze extra meetpunten blijkt bijvoorbeeld dat allochtone cliënten minder contacten hebben en vaker voortijdig uit het hulpverleningsproces verdwijnen dan autochtone. Maken we onderscheid naar sekse, dan blijkt bovendien dat allochtone mannen zich vaker ophouden in de intramurale zorg en allochtone vrouwen vaker in de eerste lijn of de opvangvoorzieningen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000).
- 3 Zie bijvoorbeeld het hoofdstuk "Een beladen experiment" in Dehue (2008).
- 4 Hierdoor zijn vluchtelingen of mensen van buiten de Europese unie dus formeel uitgesloten van deze voorzieningen.
- 5 Over verwijzingspatronen signaleren Burman (2004) en Burman en Chantler (2005) dat cliënten uit etnische minderheidsgroepen met een specifieke geweldsproblematiek snel een verwijzing krijgen naar "hun" cultureel-specifieke instellingen – ook als die op geweldsgebied geen specifieke deskundigheid hebben. Zij schrijven dat onder andere toe aan raciale angst bij hulpverleners, maar ook aan structurele discriminatie vanuit de organisatie.
- 6 Suggesties voor intersectioneel gezondheidsonderzoek zijn te vinden bij Bekker *et al.* (2005). Carter, Sellers en Squires (2002), Kohn en Hudson (2002), Mc Call (2005) en Stewart en McDermott (2004). Deze auteurs getuigen overigens van meer aandacht voor de dataverzameling dan voor de analyse en laten de lezer vaak in een enigszins pessimistische stemming achter. In dat opzicht vormt Cole (2009) een verfrissend geluid, met een hoog "Yes, we can"-gehalte. Zij reduceert de complexiteit tot 3 vragen: a) wie is in deze categorie geïnccludeerd; b) welke rol speelt ongelijkheid?; c) waar zijn de overeenkomsten? Deze vragen beantwoordt ze voor de totstandkoming van hypotheses, het samenstellen van steekproeven, operationalisering, de analysefase en de interpretatie van bevindingen.

## LITERATUUR

Bekker, M. H. J., Vliet, K. van, Klinge, I., Mens-Verhulst, J. van, Brink-Muinen, A. van, Deeg, D., Mans, L., & Moerman, C. (2005). Een aanzet tot richtlijnen voor diversiteitsbewust

- gezondheidsonderzoek [Guidelines for diversity awareness in Health Care research]. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 8(2), 36–43.
- Bekker, M. H. J., & Mens-Verhulst, J. van (2009). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw* [Mental Health Care and Diversity: Prevalence and Quality of Care]. Den Haag: ZonMw. Retrieved April 13, 2009, from [www.zonmw.nl/etniciteitengezondheid](http://www.zonmw.nl/etniciteitengezondheid).
- Bowleg, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*, 59(5–6), 312–325.
- Brink, M. van den, & Eerdewijk, A. van (2008). '...voor zichzelf en zijn gezin...' Mensenrechten, gender en de (on)zin van een verdragscomité speciaal voor vrouwen ['...for himself and his family...' Human rights, gender and the (non)sense of a convention committee especially for women]. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(4), 2–10.
- Burman, E. (2004). From difference to intersectionality: challenges and resources. *European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 6(4), 293–308.
- Burman, E., & Chantler, K. (2005). Domestic violence and minoritisation: legal and policy barriers facing minoritized women leaving violent relationships. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(1), 59–74.
- Carter, P., Sellers, S. L., & Squires, C. (2002). Reflections on race/ethnicity, class and gender inclusive research. *African American Research Perspective*, 8(1), 111–124.
- Cole, E. R. (2008). Coalitions as a Model for Intersectionality: From Practice to Theory. *Sex Roles*, 59(5–6), 443–453.
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and Research in Psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180.
- Crenshaw, K. (2000). Background paper for the Expert Meeting on the Gender-Related Aspects of Race Discrimination- een fragment (21–24 November, Zagreb). In M. Hermans (Ed.), *Intersectionaliteit: Een uitnodiging tot inclusief denken over gender, etniciteit, discriminatie en beeldvorming*. Retrieved April 16, 2009, from <http://www.e-quality.nl/e-quality/pagina.asp?pagkey=42483>.
- 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. (2009). *Intersectionality in a Transatlantic Perspective*. Paper presented at the Conference Celebrating Intersectionality, Frankfurt am Main, Germany. Retrieved June 26, 2009, from <http://www.cgc.uni-frankfurt.de/intersectionality/audio.shtml>

- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. [The depression outbreak. About the duty to take one's fate in one's own hands]. Amsterdam: Augustus.
- George, S. (2001). Why Intersectionality Works. *Women in Action*. Special Issue, September. Retrieved April 2, 2009, from [http://www.isiswomen.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=649&Itemid=20](http://www.isiswomen.org/index.php?option=com_content&task=view&id=649&Itemid=20)[men.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=637&Itemid=200](http://www.men.org/index.php?option=com_content&task=view&id=637&Itemid=200)
- Gressgård, R. (2008). Mind the Gap: Intersectionality, Complexity and 'the Event'. *Theory and Science* 10(1). Retrieved April 16, 2009, from <http://theoryandscience.icaap.org/currentissue.php>.
- Hill Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge Press.
- Kohn, L. P., & Hudson, K. M. (2002). Gender, Ethnicity and Depression: Intersectionality and Context in Mental Health Research with African American Women. *African American Research Perspective*, 8(1), 174–184.
- Kortram, L. (2008). Gender- en diversiteitsvraagstukken in de vrouwenhulpverlening: ervaringen uit de Multiculturele Advies-Praktijk Synthese (1986–1995) [Gender and diversity problems in social assistance for women: experiences from Multicultural Advice-Practice Synthesis (1986–1995)]. In J. van Mens-Verhulst & B. Waaldijk (Eds.), *Vrouwenhulpverlening 1975–2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg* (pp. 205–216). Houten: BSL.
- Koster, S. (2008). Steunpunt TARGUIA (1995–1997): empowerment in VHV aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen [Support organisation TARGUIA (1995–1997): empowerment in women's Social and Health Care to black, migrant and refugee women]. In J. van Mens-Verhulst & B. Waaldijk (Eds.), *Vrouwenhulpverlening 1975–2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg* (pp. 217–230). Houten: BSL.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771–1800.
- Mens-Verhulst, J. van (2001). Feministische hulpverlening en empirische evidentie: over diversiteit en onderzoek [Feminist Social and Health care and empirical evidence: diversity and research]. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 4(3), 35–47.
- Mens-Verhulst, J. van (2006). *Werken aan de hulpverlening. Van tweerichtingsverkeer naar kruispuntdenken*. [Improving health care. From two-way traffic to intersectionality]. Afscheidsrede. Available at [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst) (onder diversiteit)
- Mens-Verhulst, J. van (2007). Het vals plat van het diversiteitsdenken [The falseness of one-dimensional thinking about diversity]. In *Hoe anders mag de ander zijn* (pp. 9–28)?

## INTERSECTIONALITEIT EN SOCIALE INCLUSIE

- Horstcahier 30. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Centrum voor Social Work/De Horst. Also available at [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst) (onder diversiteit).
- Mens-Verhulst, J. van (2009). Over het gevaar van verdamping en de beloftes van intersectionaliteit. Interculturele zorg en vrouwenhulpverlening vergeleken [About the danger of evaporation and the promises of intersectionality. Intercultural care and women's Social and Health Care compared]. In A. Sbiti & I. Boedjarath (Eds.), *Gekleurde gekte* (pp. 46–59). Rotterdam: Mikado. Also available at [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst) (onder diversiteit).
- Mens-Verhulst, J. van, & Radtke, L. (2006). *Intersectionality and Health Care: Support for the Diversity Turn in Research and Practice*. Retrieved June 26, 2009, from [www.vanmens.info/verhulst/en](http://www.vanmens.info/verhulst/en).
- Mens-Verhulst, J. van, & Radtke, L. (2009). Intersectionaliteit en sociale inclusie: Het Ei ... van Troje. Deel 1: Het Ei van Columbus. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(3), 4–22.
- Mens-Verhulst, J. van, & Waaldijk, B. (2008). Vrouwenhulpverlening in Nederland: beweging in en rond de gezondheidszorg [Women's Social and Health Care in the Netherlands: changes in and around Health Care]. In J. van Mens-Verhulst & B. Waaldijk (Eds.), *Vrouwenhulpverlening 1975–2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg* (pp. 15–36). Houten: BSL.
- Outshoorn, J. (2007). *Institutes van emancipatiebeleid: Nederland in een internationale context* [Institutions of Emancipatory policy: The Netherlands in an international context]. Den Haag: VisitatieCommissie Emancipatie. Retrieved December 15, 2008, from [www.visitatiecommissie-emancipatie.nl](http://www.visitatiecommissie-emancipatie.nl).
- Pheterson, G. (1986). Alliance between women: Overcoming internalized oppression and internalized domination. *Signs*, 12(1), 141–160.
- Phoenix, A. (1998). *Reconstructing gendered and ethnicised identities. Are we all marginal now?* Inaugural speech at the University for Humanist Studies, Utrecht, The Netherlands. Phoenix, A. (1999). In het Nederlands verschijnen als: Verschil zonder scheidslijnen. Wat steeds terugkeert en wat nieuw is in feministische strategieën. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 2(2), 5–16.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2000). Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. [Immigrant clients and mental health care]. Zoetermeer: RVZ.
- Stewart, A. J., & McDermott, C. (2004). Gender in psychology. *Annual Review Psychology*, 55, 519–544.
- Tiems, A. (2008). Vrouwenhulpverlening in het overheidsbeleid: het ongetemde temmen. [Women's Social and Health Care in government policy: Taming the untameable]. In J. van Mens-Verhulst & B. Waaldijk (Eds.), *Vrouwenhulpverlening 1975–2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg* (pp. 245–264). Houten: BSL.



- Verloo, M. (2006). Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 211–228.
- Waldijk, B., & Mens-Verhulst, J. van (2008). Erven van de VHV: conclusies [The inheritance from Women's Social and Health Care: conclusions]. In J. van Mens-Verhulst & B. Waldijk (Eds.), *Vrouwenhulpverlening 1975–2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg* (pp. 283–302). Houten: BSL.
- Walby, S. (2007). Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities. *Philosophy of the Social Sciences*, 37(4), 449–470.
- Warner, L. R. (2008). A Best Practices Guide to Intersectional Approaches in Psychological Research. *Sex Roles*, 59(5–6), 454–463.
- Yuval-Davis, N. (1997). *Gender and nation*. London: Sage.
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193–209.