Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1 juli 2024

Intersectionaliteit

Intersectionaliteit in zorgbeleid, met een focus op langdurige zorg

Bijlage 1: Literatuuronderzoek

echo

Directie Langdurige Zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Kenmerk 201865006.025.441

Vicky Pinheiro Keulers (zij/haar), vicky@echo-net.nl
Josefien van Marlen (zij/haar), josefien@echo-net.nl

ECHO, Expertisecentrum Diversiteitsbeleid
Zuid Hollandlaan 7
2596 AL Den Haag

Contact
t +31 (0)70 24 00 877
e info@echo-net.nl
w www.echo-net.nl

Social media

Inhoudsopgave

1. Introductie 05

2. Wat is intersectionaliteit? 08

2.1 Overzicht traject intersectionaliteit 08

2.2 Kernprincipes 09

3. Intersectionaliteit en (gezondheids)zorg 11

3.1 Toegevoegde waarde van intersectionaliteit in zorgbeleid 11

3.2 De relatie tussen intersectioneel onderzoek en intersectionaliteit in beleid 11

3.3 Beperkingen van intersectionaliteit in (zorg)beleid 12

4. Methoden voor intersectionaliteit in beleid: analyse, ontwikkeling en evaluatie 13

4.1 Beleidsanalyse in beleidsonderzoek 13

4.2 Intersectionality-Based Policy Analysis Framework (Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University) 14

4.3 Intersectionality Policymaking Toolkit (Intersectionality Research Institute, George Washington University) 14

4.5 Handelingskader intersectionaliteit in beleid (ECHO, Expertisecentrum Diversiteitsbeleid) 15

5. Case studies: Intersectionaliteit in langdurige zorg 17

5.1 Case study 1: Seksuele gezondheid en intimiteit in langdurige zorg, begeleid wonen, tehuizen en huishoudelijke ondersteuning (Canada) 18

5.2 Case study 2: Palliatieve zorgbeleid en ongelijkwaardige toegankelijkheid van ..... diensten en ondersteuning (Brits-Columbia, Canada) 20

6. Conclusie 24

7. Bronvermelding 26

Bijlage A: Intersectionality-Based Policy Analysis (IBPA) Framework 31

Bijlage B: Intersectionality Policymaking Checklist 37

Bijlage C: Samenvatting analyse case study 1 38

Executive summary

Definitie: Intersectionaliteit (ook wel 'kruispuntdenken' genoemd) is een perspectief of lens dat verkent **hoe verschillende identiteitsaspecten** (zoals gender, etniciteit, seksualiteit, religie, sociale klasse, leeftijd of handicap) **samen vorm geven aan iemands dagelijkse realiteit en sociale positie**. Hierdoor kunnen verschillende, unieke vormen van uitsluiting en privileges ontstaan in bepaalde sociale contexten. Het concept wordt (inter)nationaal steeds vaker toegepast door onderzoekers, overheden, organisaties en activisten om **structurele ongelijkheid** te duiden.

Belang voor overheid: Voor de Rijksoverheid is het hanteren van een intersectionele benadering in beleidsontwikkeling één van de aandachtspunten om tot **versterking van versterking van de 'Aanpak discriminatie en bevordering gelijke kansen'** te komen. Voor het Ministerie van VWS is intersectionaliteit van belang "om eventuele **onbedoelde en ongerechtvaardigde ongelijke uitkomsten van beleid** in zowel wet- en regelgeving als regels in de uitvoering" **te voorkomen en tegen te gaan**.

Toegevoegde waarde: Bestaande gender-, cultuur- en diversiteitssensitieve benaderingen zijn voor zorgverleners belangrijk om bewust om te gaan met verschillen tussen zorgontvangers. Intersectionaliteit als alternatief kader kijkt niet alleen naar wat deze verschillen zijn, maar ook hoe deze zijn ontstaan. Dit kan helpen bij het vinden van mogelijke ongelijkwaardigheden in zorgsystemen. Een intersectionele benadering erkent dat gezondheidsverschillen worden veroorzaakt door sociale ongelijkheid en overlappende vormen van uitsluiting. **Intersectionaliteit biedt dus voor onderzoekers en beleidsmakers een holistisch analysekader om (mogelijke) ongelijkwaardigheden in zorgsystemen en in beleid te vinden.**

Toepassen: Uit onderzoek en implementatie in het buitenland blijkt dat voor het effectief toepassen van intersectionaliteit in beleid minstens het volgende nodig is:

1. **Reflexiviteit** en een **verhoogd bewustzijn** van de eigen positie, sociale processen en machtsstructuren in de samenleving. Intersectionaliteit onderscheidt zich van andere analysekaders onder andere omdat het vraagt om **(zelf)reflectie** van de beleidsmaker.
2. **Diverse inzichten**, te vergaren door middel van **intersectioneel onderzoek en het actief betrekken van gemarginaliseerde gemeenschappen, stakeholders en diverse perspectieven in de beleidsontwikkeling**. In Nederland zijn er al een aantal onderzoeken die op het gebied van langdurige zorg een intersectionele lens toepassen (bijv. Duijs et al., 2023; van Wees et al., 2023; Wittenberg en Yvette, 2022; Ahmad et al., 2022).
3. **Toepasbare, gebruiksvriendelijke tools** voor beleidsmakers en -analisten. Intersectionaliteit is een complex concept waar beleidsmakers niet altijd meteen mee aan de slag kunnen. Een algemene dringende en voortdurende uitdaging bij het bevorderen van dit werkgebied is de verdere ontwikkeling van toepasbare, gebruiksvriendelijke methoden die intersectionaliteit effectiever kunnen vertalen naar praktische benaderingen die kunnen worden gebruikt door beleidsmakers en -onderzoekers. Een aantal bestaande tools die zijn uitgelicht in het literatuuronderzoek zijn:

- Handelingskader: Intersectionaliteit in beleid, **dat in 2023 door ECHO en in opdracht van de ministeries OCW en SZW is ontwikkeld;**
- Intersectionality-Based Policy Analysis Framework, veelvoorkomend in de internationale wetenschappelijke literatuur;
- UN Women Intersectionality Resource Guide and Toolkit, een zeer uitgebreide Engelstalige gids met kaders, concepten, voorbeelden en oefeningen;
- Intersectionality Policymaking Toolkit van George Washington University, specifiek ontwikkeld voor o.a. beleidsmakers werkzaam op het gebied van zorg voor moeder en kind in de VS.

4. **Institutionele inbedding** is van belang om in het beleidsontwikkelingsproces ruimte en mogelijkheid te geven aan een intersectionele analyse. Uit implementatie in het buitenland weten we dat een intersectionele analyse vaak moeilijk verenigbaar is met het stapsgewijze, vereenvoudigende en korte-termijn proces van beleidsontwikkeling. Voor de inbedding kunnen bijvoorbeeld **concrete richtlijnen, training en begeleiding, ruimte in de werkstructuur en -cultuur, en ter beschikking stelling van de juiste data en tools** van belang zijn. De inbedding van intersectionaliteit in beleid dient aangepast te worden op de lokale (beleids)context.

1. Introductie

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zet zich in voor "goede, betaalbare en voor iedereen toegankelijke zorg en ondersteuning" (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn En Sport, z.d.). In de Nederlandse samenleving van 2024 en daarna betekent dit dat zorg en ondersteuning zich onder andere heeft te verhouden tot een steeds diverser wordende bevolking. In sommige steden dient zelfs rekening te worden gehouden met superdiversiteit als context (Crul et al., 2013; Crul & Lelie, 2023). Sinds juli 2022 heeft de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050 dan ook in opdracht van de Tweede Kamer onderzoek gedaan naar belangrijke demografische veranderingen en wat dit in de toekomst kan betekenen voor verschillende sectoren, waaronder de zorg. In het rapport dat in januari 2024 is gepubliceerd worden verschillende bevolkingsprognoses geschetst en is gekeken naar mogelijke gevolgen voor publieke sectoren. Hierin is specifiek aandacht voor migratie en vergrijzing, maar wordt ook het belang benadrukt van inzicht krijgen in het samenspel van verschillende factoren. Zo is onder andere de interactie benoemd tussen sociaaleconomische status, migratieachtergrond, biologische en sociaal-culturele verschillen en 'ervaringen rond de migratiegeschiedenis zelf', omdat deze van invloed kunnen zijn op gezondheid. Ook stelt de Staatscommissie: "Wanneer de zorg te weinig aandacht heeft voor de toenemende diversiteit in de samenleving, kunnen gezondheidsverschillen toenemen" (Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050, 2024).

Veel bestaande analyse- en beleidskaders blijken steeds minder toereikend te zijn om effectieve aanpakken te ontwikkelen die optimaal oog hebben voor behoeftes en wensen van verschillende groepen. Dit vertaalt zich onder meer in een toenemende ongelijkheid en onrechtvaardigheid in kansen om gebruik te maken van publieke voorzieningen, zoals de zorg. Het rapport Eigentijdse ongelijkheid (Vroom et al., 2023) van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) constateert niet alleen dat Nederland structurele ongelijkheid kent dat zich uit in "maatschappelijk hiërarchie van veel naar weinig kapitaal," maar biedt ook inzichten in de vertaalslag naar beleid. Een aanpak die zich richt op 'klassieke doelgroepen' doet waarschijnlijk geen recht aan de ongelijkheid van de huidige context—de eigentijdse ongelijkheid. Over het algemeen leiden statische ideeën over 'subgroepen' en bijbehorende 'risicofactoren' in generiek zorgbeleid ertoe dat beleid niet goed aansluit bij burgers of groepen die zich in een complexe sociale positie bevinden doordat zij tegelijkertijd door verschillende factoren worden benadeeld (Hankivsky et al., 2012a). In doelgroepenbeleid voor gemarginaliseerde groepen (zoals vrouwen, LHBTQI+ of migranten) wordt er ook vaak geen rekening mee gehouden dat individuen tot meerdere groepen tegelijkertijd kunnen behoren en dat daarom ervaringen binnen deze groepen behoorlijk uiteen kunnen lopen (Bowleg, 2012).

Om gelijkwaardigheid te bevorderen is het volgens critici nodig om het perspectief geheel te verschuiven naar de behoeften van patiënten en nauwkeurige aandacht te schenken aan de verschillen tussen mensen, waarin stereotyperingen en vooroordelen niet worden gereproduceerd, maar juist worden bestreden (Rudrum, 2012). Daarnaast is het ook van belang om verschillen in ervaringen met discriminatie en/of andere vormen van systematische uitsluiting hierin te herkennen en erkennen. Het rapport Discriminatie en Gezondheid (van Loenen et al., 2022) biedt

overzicht en inzicht in de werking van discriminatie op verschillende terreinen in de samenleving en legt de verbinding met de schadelijke impact daarvan op gezondheid van verschillende groepen mensen en daarmee tegelijkertijd op de vraag naar gezondheidszorg. Hieruit kan worden geconcludeerd dat aandacht voor de diversiteit van de samenleving betekent dat erkenning voor een complexe realiteit noodzakelijk is voor het bieden van kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst.

Het SCP pleit voor een intersectionele aanpak dat in potentie vruchtbaarder lijkt ten opzichte van doelgroepenbenaderingen (Vroom et al., 2023). Intersectionaliteit (Crenshaw, 1989), ook wel kruispuntdenken genoemd in het Nederlands, kan als 'lens', of manier van kijken mogelijk een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van beleidsanalyse, beleidsontwikkeling en analyse van beleidsproblemen op het gebied van gezondheid en zorg. Intersectionaliteit dient als een lens, een denkkader, voor het bevorderen van sociale rechtvaardigheid en gelijkwaardigheid. Intersectionaliteit erkent dat "[…] verschillende aspecten van identiteit (zoals gender, etniciteit, sociale klasse, levensfase of disability) met elkaar in wisselwerking zijn en zo de dagelijkse ervaringen van mensen beïnvloeden. Een intersectionele analyse verkent deze wisselwerking met als doel beter te begrijpen hoe identiteit een rol speelt bij maatschappelijke ongelijkheid, bijvoorbeeld als het gaat om onderwerpen gerelateerd aan gezondheid en zorg" (Stuij et al., 2020, p. 2). Een intersectionele benadering creëert daarmee de mogelijkheid om te evalueren welke systemische ongelijkheden hebben geresulteerd in kansen voor sommigen en niet voor anderen. Het erkent dat ieder individu voorrechten en nadelen ervaart als gevolg van inherent complexe identiteiten in combinatie met ongelijkheid in machtsverhouding, maar biedt ook een perspectief om te onderzoeken welke rol iedereen kan spelen bij het cultiveren van een omgeving die baat kan hebben bij een cultuur van diversiteit, gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid en inclusie. Omdat intersectionaliteit de uiteenlopende ervaringen van groepen mensen aan het licht kan brengen, kunnen beleidsmakers hun zicht verbreden en beter leren analyseren hoe sociale problemen effect hebben op iedereen voor wie beleid wordt gemaakt. Hiermee wordt voorkomen dat beleid wordt gemaakt dat uitsluit, of voornamelijk van toepassing is op de 'typische' mensen uit de doelgroep (Hull et al., 2023).

Wereldwijd en in Europa zijn overheden bezig met het verkennen en implementeren van intersectionaliteit in beleid om structurele ongelijkheid aan te kaarten (zie bijv. Scottish Government, 2022; UN Women, 2021; La Barbera et al., 2022). Ook voor de Rijksoverheid is het hanteren van een intersectionele benadering in beleidsontwikkeling één van de aandachtspunten om tot versterking van de discriminatie- en racisme aanpak te komen. Voor het ministerie van VWS is intersectionaliteit van belang "om eventuele onbedoelde en ongerechtvaardigde ongelijke uitkomsten van beleid in zowel wet- en regelgeving als regels in de uitvoering" te voorkomen en tegen te gaan. Hoe kan VWS "rekening houden met intersectionaliteit bij het maken en/of toetsen van beleid?" Met de VWS -brede Aanpak discriminatie en gelijke kansen stimuleert het ministerie van VWS, "bewustwording over de impact die VWS beleid heeft op individuen die niet goed passen in de categorieën waar beleid op gemaakt wordt en individuen die vaak wat minder zichtbaar zijn."

Dit literatuuronderzoek, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) door ECHO Expertisecentrum Diversiteitsbeleid, verkent intersectionaliteit in relatie tot zorgbeleid, specifiek met betrekking tot langdurige zorg. Onder langdurige zorg valt over het algemeen zware, intensieve zorg, voor mensen die voor de rest van hun leven blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht vanwege hun aandoening(en) of beperkingen(en), zoals ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (Zorginstituut Nederland, n.d.). Dit literatuuronderzoek biedt een overzicht van wat intersectionaliteit inhoudt; hoe het relevant is voor zorg(beleid); welke frameworks en tools er al zijn om intersectionaliteit toe te passen in (zorg)beleid; en voorbeelden van intersectionele zorgbeleidsanalyses uit de internationale wetenschappelijke literatuur.

2. Wat is intersectionaliteit?

2.1 Overzicht traject intersectionaliteit

Intersectionaliteit heeft haar wortels in een lange en diepgaande geschiedenis van zwart-feministische literatuur, inheems feminisme, 'third world feminism' en queer en postkoloniale theorie (Crenshaw 1989; Collins, 1990; Crenshaw 1991; Bunjun, 2010). Burgerrechtenactiviste en rechtsgeleerde Kimberlé Crenshaw wordt beschouwd als de eerste die intersectionaliteit in de wetenschappelijke literatuur heeft geduid als concept, in 1989. Crenshaw gebruikte intersectionaliteit als metafoor, om aan te tonen hoe zwarte vrouwen en andere vrouwen van kleur in de Verenigde Staten op de 'intersectie', oftewel het kruispunt, staan van 'ras' en gender. Door deze sociale positie lopen zwarte vrouwen en vrouwen van kleur in hun dagelijkse leven aanlopen tegen structurele ongelijkwaardigheden die op elkaar inspelen, een samensmelting van onder andere racisme en seksisme. Ook andere sociale structuren, zoals sociaaleconomische klasse en seksuele oriëntatie, vormen de sociale positie en de geleefde realiteit van het individu. Crenshaw (1989) constateerde dat wanneer er geen rekening wordt gehouden met dergelijke gelaagde sociale posities in feministische theorie en antiracistisch beleid, bepaalde groepen uit beeld blijven— zoals in haar voorbeeld, zwarte vrouwen.

Ter illustratie maakte Crenshaw (1989) een intersectionele analyse van een rechtszaak. De zaak betrof een groep van vijf zwarte vrouwen die een autofabrikant—die tot 1964 helemaal geen zwarte vrouwen aannam bij het bedrijf en na 1970 alle zwarte vrouwen ontsloeg tijdens een recessie—aanklaagden voor discriminatie tegen zwarte vrouwen. Crenshaw liet zien dat de zaak door het gerechtshof werd afgewezen. De wet berschermde alleen burgers tegen discriminatie op basis van óf sekse óf ras, dus geen combinatie van beide. De aanklagers konden niet aantonen dat er werd gediscrimineerd op basis van sekse— er werkten immers vrouwen bij de autofabrikant, al waren dit weliswaar enkel witte vrouwen. Ook kon er volgens het recht geen sprake zijn van racisme, omdat er zwarte mannen werkten, al was dit weliswaar alleen het geval in de industriële onderhoudsafdeling van de autofabrikant. Met deze casus liet Crenshaw zien dat wanneer wet- en regelgeving en de rechtspraak geen rekening houdt met de complexe realiteit van mensenlevens en interacterende vormen van ongelijkheid, bepaalde groepen en individuen systematisch kunnen worden uitgesloten. In dit geval werden zwarte vrouwen uitgesloten van rechtsbescherming tegen de discriminatie die zij hebben ervaren door een gebrek aan intersectioneel inzicht in de wet en rechtspraak. Deze casuïstiek legde bloot dat zwarte vrouwen uitsluiting kunnen ervaren op basis van een geracialiseerde vorm van seksisme, of een gegenderde vorm van racisme. In de context van de arbeidsmarkt, maar ook in de context van het juridisch systeem.

Het intersectionele perspectief gaat overigens veel verder terug in de tijd. Zo illustreerde de bevrijde tot slaaf gemaakte Sojourner Truth in haar beroemde *'Ain't I a Woman?'* speech tijdens de Women's Convention in Akron, Ohio, van 1851, hoe gender en 'ras' elkaar uit kunnen sluiten. Zij legde uit hoe het zijn van zowel vrouw als zwart persoon leidt tot andere geleefde ervaringen:

> *[…] Die man daar zegt dat vrouwen in rijtuigen geholpen moeten worden, dat zij over sloten getild moeten worden, dat zij overal de beste plek moeten krijgen. Niemand helpt mij ooit bij het instappen in een rijtuig, niemand helpt mij over de modder, niemand geeft mij de beste plek! En ben ik dan geen vrouw? […]* [1]

Truth toonde hiermee aan dat haar gender zonder haar 'ras' niet voldoende was om de ongelijke behandeling die zij ervaarde te verklaren. Het intersectionele perspectief is zo veelal gebruikt in verschillende sociale bewegingen, zowel internationaal als in Nederland, om 'onzichtbare' sociale posities zichtbaar te maken, maar ook om te laten zien hoe verschillende vormen van onderdrukking elkaar in de hand kunnen werken en aan elkaar verbonden zijn (Combahee River Collective, 1977/2014; Davis 2019/1981; Botman et al., 2001).

2.2 Kernprincipes

Tegenwoordig is intersectionaliteit een alom gangbaar concept in de wetenschappelijke literatuur dat op verschillende manieren wordt gedefinieerd en toegepast in onderzoek en beleid (Hancock 2007; Breslin et al., 2017). Hancock (2007) beschrijft intersectionaliteit als zowel een normatief als empirisch analytisch kader, zowel theorie als onderzoek. Er is discussie in de wetenschap over of intersectionaliteit als theorie omschreven kan worden, maar over het algemeen wordt het vooral gebruikt als *kader of perspectief* dat berust op een aantal aannames (Bowleg, 2012). Hankivsky (2014) vatte de kernprincipes van intersectionaliteit als volgt samen:

- Mensenlevens kunnen niet worden vereenvoudigd tot ééndimensionale categorieën (bijv. gender, etniciteit, sociaaleconomische status, etc.); mensenlevens zijn multi-dimensioneel en complex. Levens worden gevormd door verschillende factoren en sociale dynamieken die in samenhang opereren.
- Er is geen enkele categorie of sociale structuur die bij voorbaat belangrijker is dan de ander; het belang van bepaalde sociale categorieën en structuren kan alleen worden achterhaald door onderzoek van het probleem.
- Sociale categorieën en processen (bijv. racisme, seksisme, heteroseksisme, validisme, etc.) zijn met elkaar verbonden. Ook kunnen deze processen en onderlinge relaties veranderen door de tijd heen en variëren per (geografische) locatie. Het zijn dus dynamische sociale constructen.
- Mensen kunnen zowel privileges als uitsluiting of benadeling ervaren, tegelijkertijd. Dit hangt af van de bepaalde situatie of specifieke context waarin ze zich bevinden.
- Multi-level analyses, waarin individuele ervaringen worden gelinkt aan grotere sociale systemen, zijn cruciaal om aan te tonen hoe machtsverhoudingen worden gevormd en worden ervaren.
- Een intersectionele benadering houdt ook in dat onderzoekers, wetenschappers, beleidsmakers en activisten zich moeten verhouden tot hun eigen sociale positie, rol en macht. Deze

[1] Citaat vertaald door auteur. Truth, S. (1851). Ain't I a woman? [verslaglegging door Gage F.] Geraadpleegd op 25 januari 2024, van https://www.thoughtco.com/sojourner-truth-quotes-3530178.

reflexiviteit moet van kracht zijn voordat prioriteiten en richtingen worden bepaald in onderzoek, beleid en activisme.

- Intersectionaliteit richt zich expliciet op transformatie, sociale rechtvaardigheid, en coalitievorming tussen verschillende groepen.

Voor publiek beleid zijn verschillende aspecten van intersectionaliteit waardevol, waaronder: 1) de erkenning dat beleidsproblemen bestaan en beleid wordt ontwikkeld in de context van overlappende systemen van macht, privilege en discriminatie; 2) de nadruk die wordt gelegd op beleidseffecten op groepen die zich op een 'kruispunt' bevinden; en 3) de mogelijkheid voor nauwkeurigere beleidsevaluaties (Garcia & Zajicek, 2021).

3. Intersectionaliteit en (gezondheids)zorg

3.1 Toegevoegde waarde van intersectionaliteit in zorgbeleid

De wetenschappelijke literatuur over intersectionaliteit op het gebied van volksgezondheid pleit sterk voor de verdere integratie van intersectionaliteit in dit werkveld, gezien de groeiende gezondheidsverschillen wereldwijd en gezien de mogelijkheden die intersectionaliteit biedt voor sociaal rechtvaardig empirisch onderzoek en beleid (Couto et al., 2019; Ghasemi et al., 2021; Bowleg, 2012). Intersectionaliteit en gezondheid gaan samen omdat gezondheid wordt gevormd door de dynamiek tussen het individu, diens eigen biologie en individuele leven en omgeving. Aansluitend hierop berust intersectionaliteit op het principe dat sociale categorieën en verschillen tussen individuen het gevolg zijn van dynamische individuele en institutionele factoren (Hancock, 2007; Verdonk et al., 2019; Bowleg, 2012). Gezondheidsverschillen en ongelijkwaardigheden in de gezondheidszorg worden beïnvloed door machtsstructuren en de daaruit voortvloeiende sociale identiteiten, zoals gender, klasse en seksuele oriëntatie (Hankivsky et al., 2017). Deze realiteit bepaalt mede welke kansen, beslissingen, overtuigingen en toegang tot zorg- en ondersteunende diensten iemand kan hebben in een bepaalde maatschappelijke context. Intersectionaliteit biedt dus een kader om verder te kijken dan het individu, naar structurele factoren die gezondheidsverschillen veroorzaken (Bowleg, 2012). Beleid dat geen rekening houdt met deze geleefde realiteit, met name als het gaat om wie wat voor soort zorg/ondersteuning nodig heeft, draagt bij aan ongelijkwaardige toegankelijkheid (Giesbrecht, 2012).

Intersectionaliteit onderscheidt zich hierin van gender-, cultuur-, en diversiteitssensitieve benaderingen in zorgbeleid, -praktijk en gezondheidsonderzoek. Bestaande gender-, cultuur- en diversiteitssensitieve benaderingen zijn voor zorgverleners belangrijk om bewust om te gaan met verschillen tussen zorgontvangers. Zo pleiten Carlsson & Pijpers (2021) voor een versterking van een cultuurspecifiek zorgaanbod en interculturele expertise in Nederland om aan te sluiten bij de behoeftes op lokaal niveau. Maar intersectionaliteit als alternatief kader kijkt niet alleen naar wat deze verschillen zijn, maar ook naar hoe deze zijn ontstaan. Dit kan helpen bij het vinden van mogelijke ongelijkwaardigheden in zorgsystemen. Dit kan bepaalde hiaten van bestaande benaderingen in met name onderzoek en beleid oplossen. In bijvoorbeeld gezondheidsonderzoek houden categorische 'genderspecifieke' benaderingen niet altijd genoeg rekening met de interactie tussen sekse en gender met andere aspecten van diversiteit, zoals etniciteit, migratiestatus, klasse, religie en seksuele oriëntatie (Verdonk et al., 2019). Bovendien wordt het concept 'cultuur' in sommige cultuur-sensitieve' benaderingen in gezondheidsonderzoek en zorgbeleid als een statisch en apolitiek fenomeen behandeld (dat soms ook door elkaar wordt gehaald met etniciteit en racialisering) en waarin de nadruk ook soms ligt op 'tolerantie' in plaats van gelijkwaardigheid (Rudrum, 2012). Gender-, cultuur- en diversiteitssensitieve benaderingen blijven dus belangrijk voor de zorgpraktijk. Wel is de erkenning van overlappende machtsstructuren en interacterende diversiteitskenmerken die de intersectionele blik wel biedt, cruciaal om holistisch onderzoek te doen en beleid te maken voor alle burgers.

3.2 De relatie tussen intersectioneel onderzoek en intersectionaliteit in beleid

Om een intersectionele blik mee te kunnen nemen in beleid is ook intersectioneel onderzoek

nodig. Intersectionaliteit is volgens Verdonk et al. (2019) ook als empirisch kader in medisch- en gezondheidsonderzoek van toegevoegde waarde voor zorgbeleid. Een intersectionele benadering kan integrale kennis bieden ten behoeve van beleidsontwikkeling en patiëntgerichte zorg op maat. Deze benadering biedt een vernieuwend perspectief op traditioneel medisch onderzoek, waarin de focus voornamelijk ligt op het achterhalen van algemene, generieke patronen van ziekten en (on)gezondheid (Verdonk et al. 2019). Zo heeft een intersectioneel perspectief bijvoorbeeld in een review over het humaan papillomavirus (HPV) bepaalde kennishiaten aan het licht gebracht over HPV-risico, gezondheid, en zorg voor oudere mannen die sildenafil gebruiken en voor mannen die met zowel mannen als vrouwen seks hebben (Branković et al., 2013; Verdonk et al., 2019). Volgens Verdonk et al. (2019) zorgt intersectionaliteit in de zorg voor een breder overzicht, een dieper inzicht; breidt het kennis uit over de relaties tussen gezondheid, identiteit en de maatschappij; draagt het bij aan inzichten over gezondheidsverschillen tussen en binnen groepen en de onderliggende processen; en draagt het bij aan gepersonaliseerde gezondheidszorg (p. 420). Om dit mogelijk te maken moet er volgens Verdonk et al. (2019) een verandering plaatsvinden waarin onderzoekers en professionals die werken op het gebied van (gezondheids)zorg:

1. sociale categorieën en de onderliggende relaties begrijpen;
2. zich bewust zijn van de structurele factoren en processen die bijdragen aan ongelijkheid en verschillen in gezondheid(szorg); en
3. de vertaalslag kunnen maken naar beleid en praktijk.

3.3 Beperkingen van intersectionaliteit in (zorg)beleid

Hoewel intersectionaliteit op veel uitdagingen een alternatief kan bieden, zijn er ook een aantal beperkingen gebonden aan intersectionaliteit als (analyse)kader in(zorg)beleid. De eisen van een intersectionele analyse zijn vaak moeilijk verenigbaar met het stapsgewijze, vereenvoudigende en korte-termijn proces van beleidsontwikkeling (Hankivsky et al., 2012a). Zo wordt intersectionaliteit in het Verenigd Koninkrijk gepositioneerd als een soort 'luxe' waar beleidsmakers niet altijd mee aan de slag kunnen (Christoffersen, 2021). In Madrid zijn er vijf factoren geïdentificeerd die de implementatie van intersectionaliteit in publiek beleid hinderen: 1) het ontbreken van een juridisch kader en concrete richtlijnen; 2) het gebrek aan een eenduidige interpretatie van intersectionaliteit; 3) het gebrek aan training; 4) de gecompartimenteerde werkstructuur en -cultuur; en 5) de onbeschikbaarheid van data en het onjuist gebruik van data (La Barbera et al., 2022). Bovendien blijkt dat uit een scoping review van Ghasemi (2021) dat, ondanks de kansen die intersectionaliteit biedt, er nog weinig studies zijn over

4. Methoden voor intersectionaliteit in beleid: analyse, ontwikkeling en evaluatie

Een algemene dringende en voortdurende uitdaging bij het bevorderen van dit werkgebied is de verdere ontwikkeling van toepasbare, gebruiksvriendelijke methoden die intersectionaliteit effectiever kunnen vertalen naar praktische benaderingen die kunnen worden gebruikt door beleidsmakers en -onderzoekers (Hankivsky et al., 2012a; Couto et al., 2019; Verdonk et al., 2019). Hieronder zijn een aantal relevante bestaande methoden voor intersectionaliteit in beleidsanalyse, - ontwikkeling en/of -evaluatie uitgelicht. Dit zijn voorbeelden uit zowel de wetenschappelijke literatuur als daarbuiten. Deze bestaande kaders en tools kunnen bijdragen aan de vraag, *hoe kan VWS rekening houden met intersectionaliteit bij het maken en/of toetsen van beleid?*

4.1 Beleidsanalyse in beleidsonderzoek

Door voorgaande aannames, ontwikkelingsprocessen, effecten (successen en fouten) in beleid te identificeren en te analyseren, kunnen beleidsanalyses ondersteuning bieden bij het verder ontwikkelen en implementeren van (nieuw) beleid (Hankivsky et al., 2012a). In traditionele, generieke beleidsanalyses wordt er over het algemeen aangenomen dat publiek beleid 'neutraal' is en het gelijke opbrengsten heeft voor alle burgers (Hankivsky et al., 2012a). Echter, beleidsprocessen worden gevormd door macht en privileges en leiden dus ook tot verschillende effecten tussen bevolkingsgroepen (Birkland, 2011; Hankivsky et al., 2012a). Intersectionele beleidsanalyses streven ernaar om deze dynamieken bloot te leggen.

In de wetenschappelijke literatuur maken wetenschappers gebruik van verschillende methoden om intersectionaliteit te operationaliseren om beleid met een intersectionele lens te analyseren. Zo maakten Lombardo en Agustín (2011) bijvoorbeeld gebruik van kwaliteitscriteria voor 'goed intersectioneel beleid' bij het analyseren van EU beleid over gendergelijkheid. De criteria, die samen de kern van intersectionaliteit moeten reflecteren, zijn als volgt uitgelegd. Allereerst dienen beleidsdocumenten ongelijkwaardigheden *expliciet zichtbaar* te maken, waarmee rekening wordt gehouden met de vele verschillende vlakken waarop ongelijkwaardigheid plaatsvindt *(inclusie)* . Ten tweede wordt er gekeken naar in hoeverre intersectionaliteit wordt beschreven in de documenten: in hoeverre worden kruisende sociale categorieën benoemd en hoe worden deze behandeld in beleidsdocumenten? Bijvoorbeeld als afzonderlijk van elkaar (aparte sociale categorieën, die eventueel kunnen worden 'opgesomd' of 'gestapeld'), of als verbonden (in interactie met elkaar)? Ten derde wordt overwogen of er sprake is van een *transformatieve benadering* : wordt er met het beleid structurele verandering teweeg gebracht om de structurele ongelijkheid aan te pakken? Hiervoor is ook de vierde eis nodig, namelijk een *structureel* perspectief op machtsverhoudingen en dimensies van ongelijkheid, waarbij dit perspectief ook wordt toegepast als het gaat om groepen en individuen. Ten vijfde wordt er gekeken naar het bewustzijn van en het tegengaan van *privileges* en interne bias in de beleidsdocumenten. Daar komt ook als zesde bij dat er wordt gekeken of potentiële *stigmatisering* van mensen en groepen die bepaalde intersecties belichamen, uit de weg wordt gegaan. Ten slotte wordt er als eis gesteld dat maatschappelijke stakeholders worden *geraadpleegd* tijdens de ontwikkeling van beleid.

Aan de hand van dergelijke criteria is het mogelijk om de kwaliteit van intersectionaliteit in beleid te toetsen aan de verschillende aspecten die belangrijk zijn voor het toepassen van intersectionaliteit

in beleid. Het toepassen van deze criteria vraagt van beleidsmakers een toegenomen bewustzijn over zowel maatschappelijke machtsstructuren en ongelijkwaardigheden als hun eigen positie en vooringenomenheid die invloed kunnen hebben op het formuleren van beleid (Lombardo & Agustín, 2011).

4.2 Intersectionality-Based Policy Analysis Framework (Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University)

Er zijn maar een beperkt aantal tools ontwikkeld voor onderzoekers, beleidsmakers en andere stakeholders om zelf een intersectionele beleidsanalyse toe te passen. Het Intersectionality-Based Policy Analysis (IBPA) kader van Hankivsky et al. (2012b) wordt als een van de belangrijkste instrumenten tot op heden beschouwd (Ghasemi et al., 2021). In Bijlage A is een vertaalde uitwerking van het volledige IBPAkader te vinden. Dit analysekader is gericht op het bevorderen van sociale rechtvaardigheid en het evalueren van de verschillende effecten van beleid en ongelijkheid op individuen en groepen (Hankivsky et al., 2012b). Door het integreren van zowel beschrijvende als 'transformatieve' vragen, kan het IBPA-kader begeleiding bieden in beleidsanalyse, analyse van beleidsproblemen en bijdragen aan een stukje beleidsontwikkeling. Het IBPA-kader werd tussen 2011 en 2012 ontwikkeld en verfijnd via een herhalend, participatief proces (Hankivsky et al., 2012b). De vragenlijst waar het IBPA-kader voornamelijk uit bestaat is gebaseerd op diverse bronnen, waaronder Abelson & Giacomini (2003), Bacchi (1999), Hancock (2007), Hankivsky & Cormier (2009), Harris et al. (2007), Parken (2010), Parken & Young (2007), Signal et al. (2008), Urbanek (2009) en Weber & Parra-Medina (2003) (Hankivsky et al., 2012b). Er is ook een bijbehorende gids ontwikkeld, Intersectionality 101, waarin het kader en de bijbehorende concepten op toegankelijke wijze worden uitgelegd.[2] Uit een review van de toepassingen van het IBPA-kader op verschillende case studies blijkt dat het kader structureel gezien innovatief is, dat het transformatieve effecten heeft en dat het nieuwe richtingen biedt voor belangenbehartiginginspanningen, sociale verandering en rechtvaardigheid (Hankivsky et al., 2014).

4.3 Intersectionality Policymaking Toolkit (Intersectionality Research Institute, George Washington University)

Een andere 'toolkit' voor intersectionaliteit in beleid is recent ontwikkeld en getest door Hull et al. (2023). Anders dan het framework van Hankivsky et al. (2012b), dat voornamelijk dient voor beleidsanalyses van bestaand beleid en beleidsproblemen, richt de toolkit van Hull et al. zich op beleidsontwikkeling en beleidsmakers. Deze Intersectionality Policymaking Toolkit3 is specifiek opgesteld voor het ontwikkelen van sociaal rechtvaardig en intersectioneel beleid voor moeder en kind ('maternal and child policies') in de Verenigde Staten. Desondanks stellen Hull et al. (2023) dat de toolkit zeker kan worden aangepast op andere contexten en omstandigheden, zolang de kernelementen niet worden aangetast. Hull et al. (2023) omschrijven hoe de toolkit tot stand is gekomen. In fase 1 zijn bestaande resources, literatuur en experts op het gebied van intersectionaliteit, beleidsontwikkeling, en MCH-belangenbehartiging geraadpleegd bij het

[2] Zie Hankivsky (2014), https://bccampus.ca/wp-content/uploads/2020/07/Hankivsky-Intersectionality101-2014.pdf

[3] Zie GW Intersectionality Research Institute (n.d.), https://intersectionality.gwu.edu/ipt.

ontwerpen van een concept. In fase 2 zijn interactieve workshops met gemeenschapsorganisaties, beleidsmakers en andere key stakeholders georganiseerd om het concept te verfijnen. In fase 3 is het bijgestelde concept getest op aanvaardbaarheid en haalbaarheid door de partners van fase 1 en 2 door middel van surveys en interviews met gebruikers. De toolkit bevat o.a. een 'Intersectionality Checklist' (zie bijlage B) waar beleid tijdens de ontwikkeling aan getoetst kan worden. Hoewel de onderzoekers aanvankelijk dachten dat enkel een checklist voldoende zou zijn, bleek uit de raadpleging en workshops dat er behoefte was voor een meer uitgebreide toolkit om de concepten niet alleen effectief toe te passen, maar ze ook alvorens goed te begrijpen. Naast de checklist bevat de toolkit ook een handleiding voor implementatie. Deze handleiding bestaat uit een historische tijdlijn van wetenschap en activisme op het gebied van intersectionaliteit; een inleiding over intersectionaliteit en ongelijkwaardigheden op het gebied van gezondheid; een beleidsproces model; een verklarende woordenlijst; casestudies en links naar bronnen met meer informatie. In het intersectionele beleidsproces model— bestaande uit agendavorming, beleidsformulering, beleidsadaptatie, beleidsimplementatie, beleidsevaluatie—wordt consultatie met de betrokken gemeenschap in elke stap geborgd.

4.4 Intersectionality Resource Guide and Toolkit (UN Women)

Buiten de wetenschappelijke literatuur zijn ook toolkits voor intersectionaliteit in beleid te vinden. Zo is bijvoorbeeld de Intersectionality Resource Guide en Toolkit[4] van UN Women in 2021 gepubliceerd. Deze zeer uitgebreide handleiding en toolkit is gemaakt voor beleidsmakers, deskundigen, belangenbehartigers en andere mensen werkzaam binnen de Verenigde Naties en is dus toegespitst op het onderwerp mensenrechten. De gids bestaat uit 1) een uitleg over de theorie en concepten die betrekking hebben op intersectionaliteit; 2) een lijst van acht kernelementen die benodigd zijn voor het toepassen van een intersectionele lens, met reflectievragen om deze toe te passen; 3) een handelingskader om een intersectionele benadering toe te passen op verschillende fases van een proces (analyse, adaptatie, assessment) met praktische voorbeelden; 4) een overzicht van alle tools om intersectionaliteit toe te passen. Anders dan de vragenlijst van Hankivsky et al. (2012) die zich vooral richt op beleidsanalyse en de checklist van Hull et al. (2023) waar beleid in ontwikkeling aan getoetst kan worden, kunnen de tools van UN Women op alle fasen van een (beleids)proces worden toegepast: analyse, ontwikkeling, implementatie en evaluatie. De tools bestaan uit (reflectie)oefeningen met basisconcepten; richtlijnen voor het creeëren van 'safe spaces' om collega's en andere stakeholders in het proces te betrekken; een oefening ten behoeve van context analyse; en een oefening om deze analyse te vertalen naar de praktijk (o.a. beleid).

4.5 Handelingskader intersectionaliteit in beleid (ECHO, Expertisecentrum Diversiteitsbeleid)

In 2023 heeft ECHO, Expertisecentrum Diversiteit de pilot "Intersectionele blik in de discriminatie aanpak" uitgevoerd in opdracht van de ministeries van SZW en OCW. In dat kader is in co-creatie met beleidsmedewerkers een analyse- en handelingskader ontwikkeld dat rekening houdt met intersectionaliteit in beleidsontwikkeling en -analyse. Het handelingskader intersectionaliteit

[4] Zie UNWomen (2021), https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2022/01/intersectionalityresource-guide-and-toolkit

in beleid biedt beleidsmakers en -analisten van de Rijksoverheid een handreiking om intersectionaliteit toe te passen in beleid wat kan bijdragen aan het tegengaan van 'eigentijdse ongelijkheid'. De ontwikkelde handelingskaders bieden eveneens inzicht in de verschillen tussen een generieke-, specifieke- en intersectionele benadering in beleidsontwikkeling. Het eindrapport van de pilot evenals het handelingskader en verdiepingsdocumenten zijn online te vinden en door het ministerie van SZW en en OCW beschikbaar gesteld via de website van de Rijksoverheid.[5]

[5] Zie Van Marlen, Tupan-Wenno & Baboeram-Mahes (2023), https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/discriminatie-enracisme/documenten/rapporten/2023/04/05/eindrapportage-pilot-intersectionele-blik-in-de-discriminatieaanpak

5. Case studies: Intersectionaliteit in langdurige zorg

Er is in de afgelopen jaren meer wetenschappelijke literatuur verschenen dat vanuit een intersectionele lens onderzoek doet naar de ervaringen van verschillende belanghebbenden in de langdurige zorg in Nederland (bijv. Duijs et al., 2023; van Wees et al., 2023; Wittenberg en Yvette, 2022; Ahmad et al., 2022). Zo concluderen Duijs et al. (2023) dat het werken in de langdurige zorg steeds onzekerder wordt voor alle zorgverleners, voor zowel zij die in loondienst zijn als zzp'ers. Hierin lijken jongere, laagbetaalde vrouwen met een migratieachtergrond, die ook onbetaalde en informele zorgtaken dragen, het grootste risico te lopen op onzekerheid.

Van Wees et al. (2023) bestudeerden specifiek wat de ervaringen zijn van mannelijke zorgverleners in dit overwegend vrouwelijke werkveld. In dit onderzoek wordt ook gedemonstreerd hoe deze ervaringen anders waren voor homoseksuele mannen en mannen met een migratieachtergrond, die wegens discriminatie op de werkvloer hogere stress ervaarden, minder carrièremogelijkheden kregen aangeboden en minder mogelijkheden hadden om hun eigen welzijn en gezondheid te beschermen en te onderhouden. Wittenberg en Yvette (2022) pleiten ervoor dat beroepskrachten meer oog hebben voor diversiteit onder mantelzorgers en hierbij ook gebruik maken van een intersectioneel perspectief. Ahmad et al. (2022) bieden een verdiepend inzicht in de ervaringen en keuzes van mantelzorgers met een migratieachtergrond die zorgen voor familieleden met dementie. Door een intersectioneel analysekader in het onderzoek te hanteren is onder andere op te maken waarom sommige mantelzorgers met een migratieachtergrond wel zorg delen met formele diensten en anderen niet, en welke kruisende sociale categorieën hierop van invloed zijn (o.a. migratiegeschiedenis, religie en gender).

Deze literatuur laat vanuit een intersectioneel perspectief zien wat de impact is van het langdurige zorg beleid in Nederland op bepaalde groepen zorgverleners in specifieke contexten. Dergelijk intersectioneel onderzoek biedt inzichten die nodig zijn voor het uitvoeren van intersectionele beleidsanalyses en beleidsontwikkeling. Een intersectionele beleidsanalyse biedt een breder overzicht van wat het beleid inhoudt, hoe het beleid tot stand is gekomen, op welke groepen beleid impact heeft (zorgverleners, zorgontvangers, zorginstellingen, families van zorgontvangers, etc.), welke ongelijkwaardigheden er zijn binnen en tussen groepen en welke interventies ongelijkwaardigheden zouden kunnen verminderen. Er is nog weinig Nederlandse literatuur verschenen waarin expliciet intersectionele beleidsanalyses worden gemaakt van beleid voor langdurige zorg. Om te illustreren hoe dit eruit zou kunnen zien, zijn hieronder twee case studies uit de internationale wetenschappelijke literatuur uitgelicht. In deze case studies wordt een intersectionele beleidsanalyse toegepast op verschillende aspecten van langdurige zorg in Canada. Canada is een van de koplopers op het gebied van wetenschappelijke literatuur over intersectionaliteit in zorgbeleid en beleidsanalyse. Hoewel uitkomsten van deze onderzoeken en beleidsanalyses gebonden zijn aan deze nationale context—en dus niet direct betrekking hebben op de Nederlandse context—kunnen deze case studies inzichten bieden in hoe intersectionaliteit beleidsmatig toegepast kan worden in de langdurige zorg en wat de effecten kunnen zijn van beleid dat hier wel of geen rekening mee houdt. De case studies maken ook allebei gebruik van het IBPA-kader van Hankivsky et al. (2012b) en illustreren hiermee hoe dit analysekader in de praktijk kan worden toegepast.

De eerste case study van McBride et al. (2022) gaat over seksuele gezondheid en intimiteit in de langdurige zorg in Canada. De tweede case study van Giesbrecht (2012) gaat over toegankelijkheid en ongelijkwaardigheden in palliatieve zorg in Brits-Columbia, Canada. In de onderstaande paragrafen worden deze case studies toegelicht.

5.1 Case study 1: Seksuele gezondheid en intimiteit in langdurige zorg, begeleid wonen, tehuizen en huishoudelijke ondersteuning (Canada)

Seksuele gezondheid en intimiteit van mensen die langdurige zorg ontvangen wordt vaak over het hoofd gezien (McBride et al., 2022). Seksuele gezondheid wordt hier begrepen als "…een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit; het gaat niet slechts om de afwezigheid van ziekte, disfunctioneren of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en vervuld" (World Health Organization, 2006, geciteerd in McBride et al., 2022, vertaald). In de internationale wetenschappelijke literatuur blijkt dat op het gebied van seksuele gezondheid en intimiteit een aantal thema's relevant worden in de langdurige zorg, waaronder de ethische, juridische en praktische problemen die er zijn op het gebied van seksualiteit bij het verzorgen van mensen met dementie (bijv. in hoeverre iemand met vergevorderde dementie het vermogen heeft om weloverwogen beslissingen te maken over, en toestemming kan geven voor, intieme en seksuele situaties); discriminatie van queer mensen in de langdurige zorg; barrières die men in de langdurige zorg ervaart op het gebied van seksuele gezondheid en intimiteit, zowel architectonisch (bijv. gebrek aan ruimtes met privacy), sociaal (bijv. een heersend gedachtegoed onder het personeel dat ouderen en mensen met een beperking §niet seksueel zijn) als institutioneel (bijv. een nadruk op fysieke zorgbehoeften boven psychosociale behoeften) (McBride et al., 2022). Verschillende dominante discoursen en machtsstructuren komen dus samen in deze beleidskwestie, zoals een biomedische benadering in de zorg waarin psychosociale behoeften onvoldoende aandacht krijgen; ageisme[6]; validisme[7]; en heterosekisme[8].

[6] "Ageisme is de verzamelnaam voor negatieve stereotypen, vooroordelen en leeftijdsdiscriminatie. Leeftijdsdiscriminatie valt dus niet volledig samen met ageisme, maar is er een component van. Leeftijd staat centraal in ageisme: de negatieve stereotypen en vooroordelen worden gevormd op basis van iemands leeftijd. […] Ageisme kan ook wel leeftijdisme genoemd in het Nederlands." (Vief VZW, 2021).

[7] "Validisme is een term gebruikt voor de discriminatie, marginalisering en stigmatisering van mensen met een functiebeperking op grond van hun lichamelijke en/of verstandelijke gesteldheid. […] In principe is validisme gebaseerd op de aanname dat mensen met een functiebeperking zich moeten aanpassen aan de rest van de samenleving; niet andersom. Net als bij racisme en seksisme wordt een gehele bevolkingsgroep weggezet als 'minder dan' op basis van een aspect van hun identiteit." (Inclusive Teaching Learning Center, n.d.).

[8] Heteroseksisme is een systeem van vooringenomenheid en discriminatie tegen mensen die niet heteroseksueel zijn, op basis van het idee dat heteroseksualiteit de norm is of zou moeten zijn (Jung et al., 1993; Cramer, 2002).

McBride et al. (2022) maakten gebruik van het IBPA-kader van Hankivsky et al. (2012b) om een overzicht te bieden van het beleidsprobleem in Canada; om te onderzoeken hoe het nieuwe langdurige zorg beleid van Canada tot stand is gekomen; en om te evalueren hoe goed het beleid het beleidsprobleem aankaart. In bijlage C is een overzicht te vinden van het ingevulde analysekader. Het beleidsprobleem blijkt meervoudig, maar centraal staat dat langdurige zorg op dit gebied ongelijkwaardigheden kent in vergelijking met andere zorgsectoren in Canada. Hierbij gaat het met name om een gebrek aan gelijkwaardige toegang tot seksuele gezondheid(szorg) en kansen voor seksuele uitingen voor mensen die langdurige zorg ontvangen in zorginstellingen. Historisch gezien wordt seksuele uiting in de langdurige zorg juist als het 'probleem' geschetst in beleid, in plaats van als een integraal onderdeel van een mensenleven waar meer aandacht voor moet komen.

Een gerelateerd beleidsprobleem dat McBride et al. (2022) identificeren is het feit dat zorgpersoneel geconfronteerd wordt met ongemakkelijke en ongewenste seksueel getinte situaties. Dit kan variëren van het moeten praten over seksuele problemen met bewoners (zonder zich hier comfortabel bij te voelen of getraind voor te zijn), tot het om moeten gaan met ongewenst seksueel gedrag of seksuele avances. Onder het mom van het beschermen van de veiligheid van het individu en/of institutionele aansprakelijkheid is de aanpak meestal gericht op het verwijderen, beperken of berispen van seksuele uitingen in de langdurige zorg. Hierin wordt vaak geen ruimte gemaakt voor een ondersteunende, proactieve aanpak, zoals het aanbieden van seksuele voorlichting en seksuele privacy. McBride et al. (2022) identificeren de volgende groepen die het meest door dit beleidsprobleem in Canada worden getroffen. Dit zijn mensen die langdurige zorg ontvangen, hun families, zorgverleners/-personeel en de zorgorganisaties. Er wordt ook geconstateerd dat deze groepen allemaal heterogeen zijn samengesteld. Zo zijn er verschillende soorten zorgverleners (zorgassistenten, verpleegsters, artsen, etc.). Vrouwen (met een migratieachtergrond) zijn oververtegenwoordigd in de subgroep zorgassistenten, de grootste subgroep die bovendien ook onderaan de institutionele rangorde is gepositioneerd. De machtsverhoudingen tussen bewoners van instellingen en zorgverleners zijn complex, dynamisch en context-gebonden. Dit heeft deels te maken met het feit dat een instelling zowel als woning en als werkplaats functioneert (McBride et al., 2022). Zo kunnen in sommige gevallen bewoners misbruik maken van hun positie, wat bijvoorbeeld het geval is als een (bijv. oudere, mannelijke) bewoner een (bijv. jongere, vrouwelijke) zorgverlener lastigvalt d.m.v. grensoverschrijdend gedrag. In andere gevallen kunnen verzorgers de overhand hebben, wat bijvoorbeeld het geval was in een casus waarbij een stel in een instelling geen kamer mochten delen van de zorgverleners omdat zij niet wettelijk getrouwd waren. In dit voorbeeld wordt duidelijk hoe dynamische machtsverhoudingen invloed kunnen hebben op geleefde ervaringen en hoe sociale aspecten, zoals (geloofs)overtuigingen, hier een rol in spelen. Mensen die in instellingen wonen, ongetrouwd zijn, een fysieke of verstandelijke beperking hebben, en/of zich identificeren als queer/LHBTQI+ kunnen extra kwetsbaar zijn in zulke machtsverhoudingen en kunnen tevens extra moeite ervaren met toegang tot diensten die zich inzetten voor seksuele gezondheid (McBride et al., 2022).

Zonder formele beleidsreacties op het probleem was er geen gestroomlijnde aanpak van het probleem of handelingskader voor zorgverleners voor het omgaan met seksualiteit in de langdurige zorg. Nieuw geformuleerde beleidsrichtlijnen voor zorginstellingen om seksualiteit

in langdurige zorg aan te kaarten[9] zijn door McBride et al. (2022) geanalyseerd met behulp van het IBPA-kader. Op het gebied van de kernprincipes 'diverse kennis' en 'reflexiviteit' blijkt dat in het beleidsontwikkelingsproces co-creatie heeft plaatsgevonden met zowel diverse gemeenschappen als experts uit verschillende sectoren en disciplines. Het beleid is ook gericht op sociale rechtvaardigheid en gelijkwaardigheid. De beleidsrichtlijnen stellen dat zorginstellingen ethische en juridische verplichtingen dragen om het seksuele leven van hun patiënten te erkennen, te respecteren en te ondersteunen. Ook ondersteunt het beleid zorgverleners bij besluitvorming rondom kwesties gerelateerd aan seksualiteit. In de beleidsrichtlijnen is rekening gehouden met het variërende cognitieve vermogen van de patiënt dat mogelijk de wilsbekwaamheid beïnvloedt. Zoals leeftijdsgerelateerde gezondheidsproblemen die seksuele activiteit kan beïnvloeden en fysieke beperkingen.

McBride et al. (2022) evalueren het beleid als alomvattend en inclusief, omdat alle aspecten van het probleem zijn aangekaart, van het evalueren van 'consent capability' , tot aan het respecteren van diversiteit en de integratie van trainingen aan zorgverleners in beleidsmatige oplossingen. Het beleid richt zich op het wegnemen van de barrières die patiënten ervaren qua toegankelijkheid van seksuele gezondheid én tegelijkertijd houdt het ook rekening met de tevredenheid en welzijn van zorgverleners. McBride et al. verwachtten dat dit beleid positief zal worden geëvalueerd, ook omdat het gebaseerd is op succesvolle ethische, juridische en klinische best practices. Of het beleid daadwerkelijk effectief wordt geïmplementeerd, toegepast en in stand wordt gehouden, moet nog grondig geëvalueerd worden, waarbij ook consequent data moet worden verzameld over alle betreffende groepen om te bepalen of ongelijkwaardigheid is afgenomen (McBride et al., 2022).

McBride et al. stellen een aantal specifieke beleidsaanbevelingen op basis van de beleidsanalyse. Eén van de aanbevelingen is dat het IBPA-kader dient te worden toegepast in toekomstige beleidsontwikkeling rondom seksuele gezondheid en seksualiteit in langdurige zorg. De intersectionele analyse legde volgens hen bloot dat het chronische gebrek training, beleid, politieke wil en aandacht voor het probleem heeft geleid tot complexe ongelijkwaardigheden binnen de langdurige zorg die urgent beleidsmatig moeten worden aangekaart. Ook laat de intersectionele analyse zien hoe het nieuwe beleid op veel vlakken rekening heeft gehouden met intersectionaliteit, en waar in de toekomst bij de implementatie en evaluatie nog rekening mee gehouden moet worden.

5.2 Case study 2: Palliatieve zorgbeleid en ongelijkwaardige toegankelijkheid van diensten en ondersteuning (Brits-Columbia, Canada)

Palliatieve zorg is zorg die gegeven wordt aan patiënten wanneer er geen genezing van een ziekte meer mogelijk is (Rijksoverheid, z.d.) en valt dus in veel gevallen onder langdurige zorg. De World

[9] De beleidsrichtlijnen 'Supporting Sexual Health and Intimacy in Long-term Care Homes, Assisted Living, Group Homes, Supported Housing' zijn hier te vinden, http://shop.healthcarebc.ca/PHCVCHDSTs/BD-00-07-40114.pdf. Ook is er een one-pager beschikbaar gesteld met een overzicht van het beleid, https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/COP-sexual-health-and-intimacy-resourcesposter.pdf.

Health Organization (WHO) (2020) omschrijft palliatieve zorg ook als zorg die de levenskwaliteit van patiënten, hun families en hun zorgverleners verbetert wanneer zij worden geconfronteerd met uitdagingen die verband houden met een levensbedreigende ziekte - uitdagingen op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Palliatieve zorg kan op verschillende plekken (bijv. ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, of thuis) en door verschillende zorgverleners (bijv. artsen, verpleegsters, sociale werkers, familieleden, vrijwilligers, specialisten of spirituele leiders) worden gegeven. Wereldwijd is er ongelijkwaardige toegang tot palliatieve zorg geobserveerd (Care Quality Commission, 2016; Connor & Bermedo, 2014; Klinger et al., 2014; geciteerd in Giesbrecht 2018). Giesbrecht (2012) gebruikte het IBPA-kader om het destijdse palliatieve zorgbeleid in Brits-Columbia (BC), Canada, te analyseren. Naast het analyseren van beleid aan de hand van eigen expertise en bestaande literatuur heeft Giesbrecht (2012) interviews afgelegd om dieper inzicht te krijgen in de perspectieven van frontliniewerkers en de uitdagingen die zij ervaren. Met de analyse wordt de huidige ongelijkwaardigheid in toegang tot diensten en ondersteuning blootgelegd.

Giesbrecht (2012) maakt gebruik van beschrijvende vragen uit het IBPA-kader om de context te schetsen. Demografisch gezien heeft Canada, net als veel andere landen, te maken met een snelle vergrijzing van de bevolking, wat als gevolg heeft dat er een toenemende vraag is naar palliatieve zorg (Hankivsky et al., 2014; Giesbrecht, 2012). Giesbrecht benoemt dat vanuit een multi-level perspectief blijkt dat internationale neoliberale beleidsveranderingen ertoe hebben geleid dat palliatieve zorg steeds minder in formele instituties (bijv. het ziekenhuis) plaatsvindt en juist meer op vrijwillige en informele basis, met name aan/in huis (Skinner & Rosenberg, 2005 geciteerd door Giesbrecht, 2012). Hierin kunnen ook relevante machtsstructuren worden geïdentificeerd, waaronder de belangen van de overheid. In het kader van bezuinigingen op de zorg is het financieel gunstig om de palliatieve zorg te verschuiven naar de informele sector (Hankivsky, 2004, geciteerd door Giesbrecht, 2012). Deze belangen geven volgens Giesbrecht vorm aan het ministeriële framing van het 'beleidsprobleem'. Volgens Giesbrecht schetst BC Ministerie van Gezondheid het 'beleidsprobleem' als volgt in de documenten: hoewel de meerderheid van Brits-Columbianen het liefst thuis wordt verzorgd in hun laatste levensfase, sterft 60% toch in ziekenhuizen. Door deze diagnose van het 'probleem', lijkt inzetten op meer palliatieve zorg aan huis een logische vervolgstap. Dit is problematisch aangezien uit de nadere analyse van Giesbrecht—waarvoor gebruik wordt gemaakt van transformatieve vragen uit het IBPA-kader—blijkt dat het werkelijke probleem is dat er ongelijkwaardige toegang is tot diverse, passende vormen van palliatieve zorg en ondersteuning voor de gehele bevolking.

Familieleden en vrijwilligers worden door dit beleid en de framing van het 'beleidsprobleem' steeds meer verantwoordelijk gehouden voor palliatieve zorg die wordt geleverd in de privésfeer. Hoewel de voorkeur van patiënten vaak uitgaat naar een huiselijke sfeer in plaats van een ziekenhuis dat vaak te onpersoonlijk en klinisch aanvoelt, duidt Giesbrecht (2012) dat niet iedereen thuis verzorgd kan of wil worden. Dit is afhankelijk van onder andere de thuissituatie (of de patiënt familieleden heeft die ook fysiek, mentaal en financieel in staat zijn om te verzorgen; of de patiënt een woning heeft; of de staat van deze woning hygiënisch en veilig is; of er niet bijvoorbeeld verslaafden thuis wonen of er andere obstakels zijn die de zorg in de weg kunnen zitten; etc.) en de toegankelijkheid tot (medische) ondersteuning (of er lokale en bereikbare ondersteuning te vinden is voor ongetrainde familieleden; of patiënten/families de financiële

middelen en zekerheid hebben om onverzekerde zorgkosten te betalen en te af te reizen of zelfs verhuizen naar de steden voor gespecialiseerde zorg; etc.). Giesbrecht (2012) constateert dus dat in het beleid de aanname wordt gedaan dat familieleden automatisch deze verantwoordelijkheid op zich willen en kunnen nemen (financieel, fysiek, mentaal en emotioneel gezien); dat alle burgers een veilige en gezonde thuissituatie hebben waar zorg verleend kan worden; dat alle patiënten thuis willen sterven; en dat families de nodige fysieke middelen en/of lokale medische ondersteuning hebben om goede palliatieve zorg thuis te kunnen leveren.

In werkelijkheid stelt Giesbrecht (2012) dat verschillende groepen en individuen verschillende behoeftes en belangen hebben als het gaat om waar en hoe ze palliatieve zorg willen/kunnen ontvangen. Deze hangen sterk samen met 'kruisende' geografische, culturele, sociale en sociaaleconomische posities. Met name mensen die buiten de stedelijke gebieden wonen ervaren slechtere toegang tot noodzakelijke en passende (zorg)diensten, zoals gespecialiseerde medische centra, ondersteunende zorgdiensten voor familieleden, en hospices. Naast dat er weinig hospices in de plattelandsregio's zijn, komt door lange en ingewikkelde bureaucratische procedures en vereisten niet iedereen die in een hospice verzorgd moet/wil worden, hiervoor in aanmerking. Zo wordt de *'palliative performance scale'*, waarmee hospices bepalen of iemand wordt toegelaten, bekritiseerd door de geïnterviewde zorgverleners aangezien veel individuele situaties niet in vinkjes te vatten zijn. Op het platteland wonen tevens veel inheemse First Nations gemeenschappen, waarvan sommige mensen wegens spirituele redenen niet willen dat iemand binnenshuis sterft. Zij hebben een buitenshuis alternatief zoals een hospice nodig, dat ook rekening houdt met hun spirituele/religieuze behoeften. Socio-economische status speelt overigens ook een grote rol bij het bepalen van de toegankelijkheid van palliatieve zorg, wat ook weer samenhangt met geografie en gender. Op het platteland is het moeilijker om bestaanszekerheid op te bouwen, in het bijzonder voor vrouwen. Voor mensen die in armoede leven, een onzekere woonsituatie hebben, dakloos zijn en/of geen familie hebben die zorg kunnen/willen verlenen, is er ook behoefte aan toegankelijke en passende palliatieve zorg buitenshuis.

Dat nog lang niet iedereen die in aanmerking komt voor palliatieve zorg het ook daadwerkelijk ontvangt, ligt ook aan de 'keuzes' die mensen zelf maken. Deze 'keuzes' worden gemaakt door het individu, maar worden gevormd door sociale structuren en die dus ook bepalend zijn voor toegang tot palliatieve zorg. Zo zoeken mensen met gestigmatiseerde ziekten (bijv. HIV of psychische aandoeningen) en/of persoonlijke situaties (bijv. dakloos of verslaafd zijn) wegens wantrouwen of schaamte minder snel hulp. Bovendien worden zij soms ook minder snel geplaatst in verzorgingsruimtes met andere patiënten (Giesbrecht, 2012; zie ook Parsons et al., 2015).

Ondanks dat zorg steeds meer wordt verleend door familieleden en andere 'frontlijn'-zorgverleners die direct in contact staan met de patiënt, komen deze zorgverleners nauwelijks terug in het zorgbeleid. Maar naast de patiënten krijgen ook de (informele) palliatieve zorgverleners te maken met ongelijkwaardigheden. Zo lopen zorgverleners die in armoede leven meer risico op stress en uitdagingen door de financiële kosten en zij die geografisch of sociaal geïsoleerd zijn hebben meer kans op vermoeidheid en hebben daarom ook een verhoogd risico op angsten en depressie. Vrouwen worden vaker geconfronteerd met de sociale verwachting dat zij de verzorgingstaken op zich dienen te nemen. Deze sociale verwachting hangt ook samen met kruisende aspecten

zoals taal, cultuur en sociaaleconomische positie. Hierbij kunnen zij onder druk gezet worden om dit te doen bovenop hun werk en/of andere onbetaalde (huishoudelijke) verantwoordelijkheden, of om ontslag te nemen om verzorgingstaken op zich te nemen omdat zij minder verdienen.

Giesbrecht (2012) legt met haar analyse de huidige ongelijkwaardigheden in de keuzes, opties en toegang tot palliatieve zorgdiensten en ondersteuning bloot. Toegankelijkheid wordt niet alleen bepaald door de onderliggende geografische, economische, demografische en culturele kenmerken van bepaalde regio's, maar toegankelijkheid is ook sterk afhankelijk van sociale positie, kruisende factoren en sociale context. Hoewel het beleid zegt te streven naar hoogwaardige, competente, meelevende en respectvolle diensten waarin patiënten en familie voldoende keus hebben, blijkt uit de analyse van Giesbrecht dat er nog veel moet gebeuren om deze visie te realiseren. Giesbrecht concludeert o.a. dat meer intersectioneel onderzoek naar deze kwestie nodig is om gelijkwaardig beleid te ontwikkelen. Ook stelt Giesbrecht dat (gemarginaliseerde) gemeenschappen dienen te worden betrokken bij beleidsontwikkeling en dat zij van voldoende ondersteuning en middelen worden voorzien om tot hoogwaardige palliatieve zorg te komen. Daarnaast moet beleid zich niet alleen richten op palliatieve zorg aan huis, maar ook moeten er meer opties komen voor andere plekken waar palliatieve zorg geleverd kan worden. Als laatste concludeert Giesbrecht ook dat er hierbij moet worden geïnvesteerd in meer hospices en in betere palliatieve zorg in ziekenhuizen; dat in het aanbod van diensten rekening moet worden gehouden met (culturele en spirituele) diversiteit; en dat meerdere overheidssectoren op verschillende niveaus dienen samen te werken op het gebied van palliatieve zorg.

6. Conclusie

Sociale ongelijkwaardigheden en gezondheidsverschillen zijn diep met elkaar verweven. Omdat intersectionaliteit beter inzicht geeft in de complexiteit van sociale ongelijkwaardigheden, wordt het als een waardevol analytisch kader gezien voor gezondheidsonderzoek en zorgbeleid (Bowleg, 2012). Intersectionaliteit onderzoekt hoe kruisende machtsverhoudingen invloed uitoefenen op sociale verhoudingen in verschillende diverse maatschappijen en in individuele ervaringen van het alledaagse leven. Het is een analytisch kader waarin wordt erkend dat categorieën zoals etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, klasse, nationaliteit, beperking, leeftijd, etc. aan elkaar verbonden zijn en vorm geven aan elkaar. Intersectionaliteit is een manier van kijken, waarmee je de complexiteit van de wereld, mensen en individuele ervaringen beter kan begrijpen en uitleggen (Collins & Bilge, 2020).

Een intersectionele lens gaat ervan uit dat discriminatie en ongelijkheid niet enkel te maken heeft met intenties van individuen, maar dat deze uitsluiting en discriminatie systemisch, institutioneel en structureel wordt gevormd. Daarom kan intersectionele rechtvaardigheid worden bereikt via instituten die direct en indirect kansen en middelen toewijzen, met inbegrip van het onderwijssysteem, de arbeidsmarkt, het stelsel van gezondheidszorg en sociale zekerheid, belastingen, de woningmarkt, de media, en het bank- en leenstelsel. Intersectionaliteit betekent niet dat alle vormen van discriminatie tegelijk moeten worden aangepakt. Dat zou in feite onmogelijk zijn. In plaats daarvan tracht een intersectionele aanpak processen van marginalisering en uitsluiting te identificeren en aan te pakken binnen antidiscriminatie-inspanningen die zich uitsluitend op één dimensie richten. Het gaat om discriminatie binnen discriminatie tegen te gaan en ongelijkheden binnen ongelijkheden aan te kunnen pakken.

Ondanks de potentie van intersectionaliteit voor (zorg)beleid, blijft het maken van de vertaalslag naar de beleidspraktijk een van de grootste uitdagingen. Dit literatuuronderzoek heeft een aantal bestaande toepasbare, gebruiksvriendelijke praktische benaderingen uitgelicht die kunnen worden gebruikt door o.a. beleidsmakers om intersectionaliteit toe te passen. Hierbij gaat het om tools voor beleidsanalyse, -ontwikkeling, en/of -evaluatie. De tools bestaan uit o.a. kwaliteitscriteria en checklists voor 'goed' intersectioneel beleid; analysekaders voor beleid en beleidsproblemen; en toegankelijke handleidingen ('toolkits') met concepten, kaders, casuïstiek, oefeningen en andere tools voor o.a. beleidsmakers. Er is veel overlap qua inhoud van de tools. Bovendien zijn de ontwikkelingsprocessen van de tools vergelijkbaar. De tools zijn veelal door middel van co-creatie met experts, belangenbehartigers en (toekomstige) gebruikers tot stand gekomen.

Twee elementen lijken centraal te staan in elk van deze instrumenten. Enerzijds stimuleert elke tool reflectie, op zowel de eigen positie (als onderzoeker, beleidsmaker, beleidsanalist, etc.), als op de sociale problemen. Dit is een vernieuwend aspect van intersectionaliteit ten opzichte van andere analysekaders. Het doel hiervan is het contextualiseren van het beleidsprobleem, met een focus op kernprincipes zoals multidimensionale identiteiten, macht en multi-level analyse.
Anderzijds legt elke praktische beleidsbenadering de nadruk op het betrekken van de diverse gemeenschappen die worden getroffen door het beleid(sprobleem). Uit de case studies blijkt dat het hierbij meestal gaat om heterogeen samengestelde groepen zorgontvangers, zorgverleners,

zorginstellingen, betrokken families. Hierbij moet rekening gehouden worden met de gelaagde en complexe identiteiten binnen deze groepen en de machtsverhoudingen die kunnen leiden tot ongelijkwaardigheden in bepaalde contexten. De meeste frameworks benadrukken hierbij ook dat gemarginaliseerde groepen—zeker zij die zich op 'kruispunten' bevinden waardoor zij vaak onzichtbaar worden in beleid, wet- en regelgeving— bewust moeten worden betrokken bij onderzoek en beleidsanalyse, -ontwikkeling en -evaluatie. Dit kan door middel van co-creatie en consultatie. Uit implementatie in het buitenland en een verkenning van de beperkingen van de tools blijkt echter ook dat institutionele inbedding van belang is voor het effectief toepassen van intersectionaliteit in beleid (denk aan bijv. concrete richtlijnen, training, ruimte in de werkstructuur en -cultuur, en ter beschikking stelling van de juiste data).

In Nederland is overigens in de laatste jaren meer onderzoek verschenen dat vanuit een intersectionele lens de ervaringen van zorgverleners in de langdurige zorg verkent. Dergelijk intersectioneel onderzoek biedt inzichten die nodig zijn voor het uitvoeren van intersectionele beleidsanalyses en beleidsontwikkeling. Ook uit de internationale case studies is op te maken dat de unieke aard van langdurige zorg (waarbij bijvoorbeeld een instelling zowel als woning en als werkplaats kan functioneren) kan leiden tot dynamische machtsverhoudingen die resulteren in complexe ongelijkwaardigheden. De case studies laten tevens zien hoe toegankelijkheid ook afhankelijk is van 'keuzes' die worden gevormd door de dynamische interactie tussen sociaaleconomische status, dienstverlening, culturele discoursen en emotionele, spirituele en relationele factoren. Ook bieden de case studies zowel een voorbeeld van beleid waarbij wel rekening is gehouden met intersectionaliteit, als een voorbeeld van beleid waarin aannames worden gemaakt die geen recht doen aan de werkelijkheid en dus bijdragen aan ongelijkwaardigheid. De bestaande tools en voorbeelden van toepassingen bieden concrete voorbeelden voor hoe een ministerie als VWS rekening kan houden met intersectionaliteit bij het maken en/of toetsen van beleid. Hierin is het van belang om te kijken welke ondersteuning wenselijk is in het aanleren van een intersectionele aanpak in beleidsontwikkeling en -analyse. In navolging van deze literatuurstudie zijn er daarom ook focusgroepen met een trainingselement georganiseerd door VWS en ECHO om te reflecteren op wat nodig is om een intersectioneel perspectief in beleid— en dus ook praktijk—eigen te kunnen maken als beleidsmakers en -analisten van het ministerie van VWS.

7. Bronvermelding

Abelson, J., & Giacomini, M. (2003). What is health policy analysis? In Abelson, J., Giacomini, M., Lavis, J., Eyles, J. with Thistlethwaite, J., Grace, D. and Shanmuganathan, S. (2008). *Field of dreams*: *Strengthening health policy scholarship in Canada* (Appendix 1). Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) Working Paper Series.

Ahmad, M., Van den Broeke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2022). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies*, 60, 1-10. DOI: 10.1016/j.jaging.2021.100996

Bacchi, C. L. (1999). *Women, policy and politics*: *The construction of policy problems*. Los Angeles, VS: Sage Publications.

Birkland, T. (2011). An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making (3rd ed.). New York: ME Sharpe.

Botman, M., Jouwe, N., & Wekker, G. (2001). Caleidoscopische visies: de zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwenbeweging in Nederland. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.

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.

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, 1–10.

Breslin, R., Sheela, P., & Riccucci., N. M. (2017). Intersectionality in Public Leadership Research: A Review and Future Research Agenda. *Review of Public Personnel Administration 37*(2), 160-82. https://doi.org/10.1177/0734371X17697118.

Bunjun, B. (2010). Feminist organizations and intersectionality: contesting hegemonic feminism. *Atlantis*, 34(2), 115–126.

Care Quality Commission. (2016). *A Different Ending*: *Addressing Inequalities in end of Life Care*. London: Care Quality Commission. Geraadpleegd op 26 oktober 2023, van https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160505%20CQC_EOLC_OVERVIEW_FINAL_3.pdf.

Carlsson, H., & Pijpers, R. (2021). Diversity-mainstreaming in times of ageing and migration: implementation paradoxes in municipal aged care provision. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47(11), 2396-2416. https://doi.org/10.1080/1369183X.2020.1857231

Christoffersen, A. (2021). *Intersectionality in practice*: *Research findings for practitioners & policy makers*. The University of Edinburgh; Economic and Social Research Council. https://www.intersectionalityinpractice.ed.ac.uk/wp-content/uploads/2021/09/Intersectionality-in-practice.pdf

Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.

Collins, P.H. (1990). Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. New York: Routledge.

Combahee River Collective. (2014). A black feminist statement. *Women's Studies Quarterly, 42*(3/4), 271-280. (Origineel gepubliceerd in 1977)

Connor, S.R. & Bermedo, M.C.S. (Red.). (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization*, Worldwide Palliative Care Alliance. Geraadpleegd op 26 oktober 2023, van https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

Couto, M. T., Oliveira, E. D., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. D. C. (2019). The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature. *Salud colectiva, 15*(1994). https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994.

Cramer, E. (2002). *Addressing Homophobia and Heterosexism on College Campuses*. New York: Harrington Park Press.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizating the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Form*, 1989(1), 139–167.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *S L Rev*, 43(6), 1241–1299

Crul, M. R. J., Schneider, J., & Lelie, F. (2013). *Superdiversiteit. Een nieuwe visie op integratie*. VU University Press. https://www.elitesproject.eu/publications/books

Crul, M., & Lelie, F. (2023). *De nieuwe minderheid: Over mensen zonder migratieachtergrond in de superdiverse stad*. (1 ed.) VU uitgeverij/VU university Press. https://vuuniversitypress.com/wp-content/uploads/20230817-De-nieuwe-minderheid-online-bestand.pdf

Davis, A. Y. (2019). *Women, Race & Class*. Londen: Penguin Classics. (Origineel gepubliceerd in 1981)

Duijs, S. E., Abma, T., Plak, O., Jhingoeri, U., Abena-Jaspers, Y., Senoussi, N., ... & Verdonk, P. (2023). Squeezed out: Experienced precariousness of self-employed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective. *Journal of advanced nursing*, 79(5), 1799-1814. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jan.15470

Garcia, T. C., & Zajicek, A. (2022). Incorporating intersectionality in public policy: A systematic literature review. *Humanity & Society, 46*(2), 271-290.

Ghasemi, E., Majdzadeh, R., Rajabi, F., Vedadhir, A., Negarandeh, R., Jamshidi, E., ... & Faraji, Z. (2021). Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review. *BMC Public Health*, 21(1), 1-13.

Giesbrecht, M. (2012). Intersectionality and the 'Place' of Palliative Care Policy in British Columbia, Canada. In *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 69-91).

GW Intersectionality Research Institute. (n.d.). *Intersectionality Policymaking Toolkit*. Geraadpleegd op 28 januari 2024, https://intersectionality.gwu.edu/ipt.

Hancock, A. M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63–78.

Hankivsky, O. & Cormier, R. (2009). *Intersectionality: Moving women's health forward*. Vancouver, BC: Women's Health Research Network.

Hankivsky, O. (2014). *Intersectionality 101*. Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU. https://bccampus.ca/wp-content/uploads/2020/07/Hankivsky-Intersectionality101-2014.pdf

Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., & Repta, R. (2017). The Odd Couple: Using Biomedical and Intersectional Approaches to Address Health Inequities. *Global Health Action*, 10(S2), 1326686.

Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., & Ferlatte, O. (2012a). Introduction: Why intersectionality matters for health equity and policy analysis. In O. Hankivsky (Ed.), In *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 7-32). Vancouver, BC, Canada: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.

Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Ferlatte, O., Clark, N., Fridkin, A., & Laviolette, T. (2012b). Intersectionality-based policy analysis. In O. Hankivsky (Ed.), In *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 33-45).

Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., ... & Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(119), 1-16.

Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E., & Kemp, L. (2007). *Health Impact Assessment: A practical guide*. Sydney, Australië: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation [CHETRE], University of New South Wales.

Hull, S. J., Massie, J. S., Holt, S. L., & Bowleg, L. (2023). Intersectionality Policymaking Toolkit: key principles for an intersectionality-informed policymaking process to serve diverse women, children, and families. *Health promotion practice*, 24(4), 623–635.

Inclusive Teaching and Learning Center (n.d). *Validisme*. Geraadpleegd op 27 februari 2024, https://www.tlcenter.nl/kaders/validisme/.

Jung, P. B., & Smith, R. F. (1993). *Heterosexism: An Ethical Challenge*. State University of New York Press.

Klinger, C.A., Howell, D., Zakus, D., & Deber, R.B. (2014). "Barriers and facilitators to care for the terminally ill: a cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States." *Palliat. Med.*, 28, 111–120.

La Barbera, M., Espinosa-Fajardo, J., & Caravantes, P. (2023). Implementing intersectionality in public policies: Key factors in the Madrid city council, Spain. *Politics & Gender*, 19(3), 675-702.

Lombardo, E. & Agustín, L. R. (2011). Framing Gender Intersections in the European Union: What Implications for the Quality of Intersectionality in Policies? *Social Politics: International Studies in Gender*, State & Society, 19(4), 482–512.

McBride, K., Carlson, M., & Everett, B. (2022). Using the Intersectionality-Based Policy Analysis Framework to Evaluate a Policy Supporting Sexual Health and Intimacy in Long-Term Care, Assisted Living, Group Homes & Supported Housing. *Journal of Applied Gerontology*, 41(9), 1992-2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 25 oktober 2023, van https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport.

Parken, A. & Young, H. (2007). Integrating the promotion of equality and human rights for all. Ongepubliceerd rapport voor de Welsh Assembly Government and Equality and Human Rights Commission.

Parsons, J. A., Bond, V. A., & Nixon, S. A. (2015). 'Are we not human?' Stories of stigma, disability and HIV from Lusaka, Zambia and their implications for access to health services. *PLoS One, 10*(6), e0127392. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127392

Rijksoverheid. (z.d.) *Palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 26 oktober 2023, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/palliatieve-zorg.

Rudrum, S. (2012). An Intersectional Critical Discourse Analysis of Maternity Care Policy. Recommendations in British Columbia (pp. 47-68). In O. Hankivsky (Ed.), In *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 33-45).

Scottish Government. (2022). *Using intersectionality to understand structural inequality in Scotland: Evidence synthesis*. https://www.gov.scot/publications/using-intersectionality-understand-structural-inequality-scotland-evidence-synthesis/

Signal, L., Martin, J., Cram, F., & Robson, B. (2008). *Health Equity Assessment Tool: A user's guide*. Wellington: New Zealand Ministry of Health.

Skinner, M.W. & Rosenberg, M.W. (2005). "Co-opting voluntarism? Exploring the implications of long-term care reform for the nonprofit sector in Ontario." *Environ. Plan. C: Gov. Policy*, 23, 101–121.

Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050. (2024). *Gematigde groei – Rapport van de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050*. Den Haag. https://www.staatscommissie2050.nl/documenten/rapporten/2024/01/15/index

Stuij, M., Muntinga, M., Bakker, M., Bendien, E., & Verdonk, P. (2020). *Secundaire intersectionele analyse in kwalitatief gezondheidszorgonderzoek: praktische handleiding*. 10.5281/zenodo.3901443

UN Women (2021). Intersectionality *Resource Guide and Toolkit*. Geraadpleegd op 15 januari 2024, https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2022/01/intersectionality-resource-guide-and-toolkit

Urbanek, D. (2009). *Towards a processual intersectional analysis*. Wenen, Oostenrijk: QUING.

Van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Discriminatie en gezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. Utrecht: Pharos. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2022/03/online-Literatuurverkenning-discriminatie.pdf

Van Marlen, J., Tupan-Wenno, M., & Baboeram, P. (2023). *Eindrapportage pilot intersectionele aanpak in de discriminatie aanpak*. Den Haag: ECHO. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/discriminatie-en-racisme/documenten/rapporten/2023/04/05/eindrapportage-pilot-intersectionele-blik-in-de-discriminatie-aanpak

Van Wees, M., Duijs, S. E., Mazurel, C., Abma, T. A., & Verdonk, P. (2023). Negotiating masculinities at the expense of health: A qualitative study on men working in long-term care in the Netherlands, from an intersectional perspective. *Gender, Work & Organization*, 2023. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/gwao.12952

Verdonk, P., Muntinga, M., Leyerzapf, H., Abma, T. (2019). From Gender Sensitivity to an Intersectionality and Participatory Approach in Health Research and Public Policy in the Netherlands. In Hankivsky, O., & Jordan-Zachery, J. S. (Eds.), *The Palgrave handbook of intersectionality in public policy* (pp. 413-432). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Vief VZW (2021, 16 november). *Wat is ageisme eigenlijk?* Geraadpleegd op 28 januari 2024, van https://www.vief.be/vief-nationaal/acties/wat-is-ageisme-eigenlijk.

Vrooman, C., Boelhouwer, J., Iedema, J., & van der Torre, A. (2023). *Eigentijdse Ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/03/07/eigentijdse-ongelijkheid

Weber, L. & Parra-Medina, D. (2003). Intersectionality and women's health: Charting a path to eliminating health disparities. *Advances in Gender Research*, 7, 181–230.

Wittenberg, Yvette, and Rieke Hengelaar. (2022). Ruimte voor diversiteit. *Vakblad Sociaal Werk*, 23(6), 16–18.

World Health Organization (2006). *Sexual health*. Geraadpleegd op 28 januari 2024, van https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.

World Health Organization. (2020, 5 augustus). *Palliative care*. Geraadpleegd op 26 oktober 2023, van https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

Zorginstituut Nederland (n.d). *Toegang tot Wlz-zorg*. Geraadpleegd op 25 januari 2024. https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/toegang-tot-wlz-zorg.

,

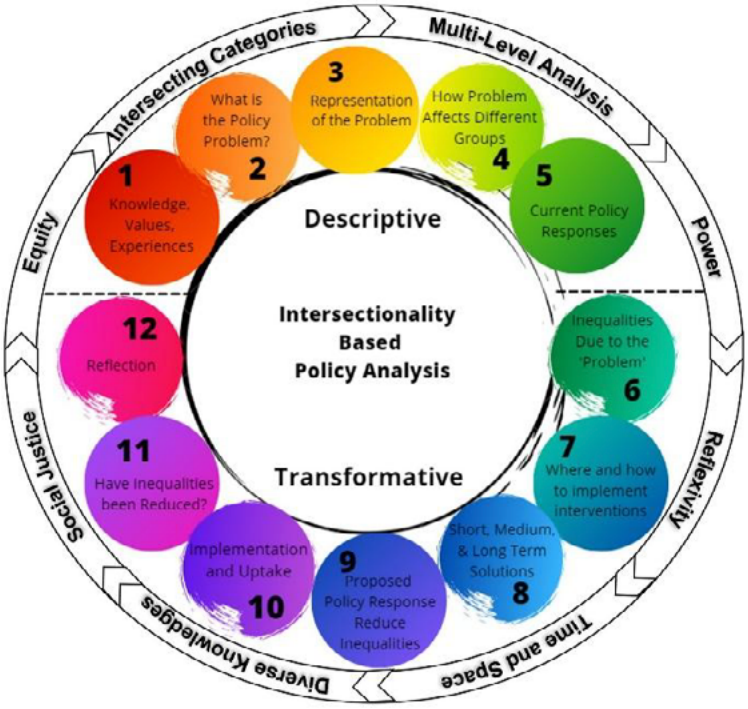
Bijlage A: Intersectionality-Based Policy Analysis (IBPA) Framework

De onderstaande bijlage betreft een vertaalde parafrasering van Hankivsky et al. (2012).

Intersectionaliteitsgebaseerde beleidsanalyse (IBPA) heeft als doel het besluitvormingsvermogen van een breed scala aan belanghebbenden te vergroten, waaronder analisten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg en gezondheidsgerelateerde beleidssectoren; gemeenschapsorganisaties; en onderzoekers. IBPA biedt een nieuwe en effectieve methode om de gevarieerde, voor gelijkheid relevante implicaties van beleid te begrijpen en voor het bevorderen van op gelijkheid gebaseerde verbeteringen en sociale rechtvaardigheid binnen een steeds diverser en complexer wordende bevolkingsbasis.

Het IBPA-kader bestaat uit twee kernonderdelen: 1) een aantal leidende principes die dienen als richtlijnen en 2) een vragenlijst. De richtlijnen bestaan uit kernprincipes van het concept intersectionaliteit en moeten bij het beantwoorden van alle vragen in de vragenlijst in het achterhoofd worden gehouden. De vragenlijst dient als tool om een IBPA uit te voeren. De vragenlijst bestaat uit twee delen: 1) omschrijvende vragen, waarbij het doel is om belangrijke achtergrondinformatie over het beleidsprobleem in haar context te achterhalen, en 2) transformatieve vragen, die zijn bedoeld om te helpen bij het identificeren van alternatieve beleidsmatige oplossingen die zijn gericht op sociale en structurele verandering, het verminderen van ongelijkwaardigheid en het bevorderen van sociale rechtvaardigheid.

Het is niet nodig om alle vragen (uitgebreid) te beantwoorden voor elke analyse—per casus en beleidscontext zullen sommige vragen belangrijker of relevanter zijn dan anderen. Wel worden gebruikers aangemoedigd om te beginnen bij de eerste vraag om het kader en hun eigen kennis, waarden en ervaringen te positioneren in de analyse.



Figuur 1: Een visuele weergave van de componenten van het IBPA kader, inclusief de vijf beschrijvende vragen, zeven transformatieve vragen en de acht leidende principes die alle vragen omcirkelen. (Figuur uit Humphries, Sodipo, & Jackson, 2023)

Leidende principes

1. **Kruisende categorieën**: Vanuit het perspectief van intersectionaliteit kunnen mensenlevens niet worden vereenvoudigd tot afzonderlijke sociale categorieën en kan beleidsanalyse niet ervan uitgaan dat één categorie belangrijker is dan de ander. Ook benadert dit perspectief categorieën niet alsof ze kunnen worden 'gestapeld' (som van gender+'ras'+klasse). Het gaat het juist om de collectieve impact van categorieën in unieke interactie met elkaar (wat voor unieke sociale positie en situatie ontstaat er als bv. gender, 'ras' en klasse elkaar op een bepaald moment en plaats kruisen?).

2. **Multi-level analyse**: Een intersectionele analyse vergt het bestuderen van effecten in en tussen verschillende niveaus in de samenleving. Hierbij gaat het om het macroniveau (nationale en internationale instituties en beleid), het mesoniveau (provinciale en regionale instituties en beleid) en het microniveau (gemeenschappen; grassroots instituties en beleid; en het individu). Omdat vanuit het vertrekpunt van intersectionaliteit ongelijkwaardigheid als structuur wordt gezien gaat het hierbij ook om hoe processen van ongelijkheid doorwerken op verschillende niveaus en hoe deze verschillende niveaus en doorwerkingen zich tot elkaar verhouden.

3. **Macht**: Macht is een kernprincipe in het concept intersectionaliteit. Door te kijken naar macht worden de volgende aspecten duidelijk: 1) macht werkt structureel om bepaalde vormen van kennis en ervaringen uit te sluiten (Foucault, 1997); 2) sociale categorieën (bijv. 'ras'/ etniciteit) zijn sociale constructen die worden gevormd door processen en systemen van macht (bijv. racialisering en racisme); 3) deze processen vinden in samenhang plaats en creeëren zo zowel ervaringen van privilege als benadeling tussen en binnen groepen (Collins, 2000). Het is van belang om de relationele aard van intersectionaliteit in te zien—iemand kan zowel vormen van macht als vormen van onderdrukking tegelijkertijd ervaren in verschillende contexten en op verschillende momenten. Intersectionaliteit gaat er dus niet van uit dat machtsverhoudingen vastliggen en dat aspecten van onderdrukking kunnen worden 'opgestapeld' of 'opgesomd'. Een IBPA kijkt niet alleen naar marginalisering en privileges, maar naar de kruisende processen waarin macht en ongelijkheid worden ge(re)produceerd en tegengegaan (Dhamoon, 2011).

4. **Reflexiviteit**: Een manier waarop intersectionaliteit rekening houdt met macht op verschillende niveaus is doormiddel van reflectie. Door te reflecteren kunnen er meerdere waarheden en diverse perspectieven zichtbaar worden. Het is hierbij belangrijk om als beleidsanalist een kritisch zelfbewustzijn te kweken doormiddel van reflectiepraktijken. Bevraag jezelf: hoe verhoudt ik mij tot maatschappelijke machtsrelaties en ongelijkheden; welke rol neem ik in binnen het systeem; welke vooroordelen, 'waarheden' en blinde vlekken neem ik mee in beleidsprocessen?

5. **Tijd en ruimte**: Intersectionaliteit benadrukt het belang van tijd en ruimte in elke analyse. Bevoorrechting en benadeling—en de kruisende processen en sociale constructen die hier vorm aan geven—veranderen na verloop van tijd (bijv. historische context) en per plaats (bijv. geografische locatie).

6. **Diverse kennis**: Intersectionaliteit gaat ook over hoe macht zich verhoudt tot de productie van kennis. Aan wiens deskundigheid wordt (structureel) minder of geen waarde gehecht in

beleidsprocessen? [Denk bijvoorbeeld aan ervaringsdeskundigen waarvan hun kennis niet meteen wordt erkent als 'expertise'.] In een intersectionele analyse wordt meer aandacht gegeven aan gemarginaliseerde perspectieven; de manier waarop macht bepaalde perspectieven uitsluit of juist bevoorrecht; en wat voor effecten dit mechanisme kan hebben op beleidsprocessen.

7. **Sociale rechtvaardigheid**: Intersectionaliteit legt de nadruk op sociale rechtvaardigheid, ook als het gaat om gelijkwaardigheid in de gezondheidszorg. Een benadering gebaseerd op sociale rechtvaardigheid kan sociale structuren veranderen en zo ook de kern van ongelijkheden aanpakken.
8. **Gelijkwaardigheid**: (On)gelijkwaardigheid is nauw verwant aan rechtvaardigheid en onderscheid zich hierdoor ook van (on)gelijkheid. Ongelijkheid gaat over verschillen in uitkomsten, maar het gaat pas om ongelijkwaardigheid als deze verschillen oneerlijk of onrechtvaardig zijn. In het IBPA-kader wordt er niet alleen gekeken naar bijvoorbeeld gender gelijkwaardigheid, maar naar de impact van meerdere kruisingen op gelijkwaardigheid.

Vragenlijst

Omschrijvende vragen (incl. deelvragen)

1. **Wat zijn de ervaringen, kennis en waarden die je al hebt binnen dit beleidsveld?**
   - Wat is jouw ervaring met beleid en beleidsanalyse? In wat voor beleidsvelden heb je al in gewerkt?
   - Wat zijn jouw persoonlijke waarden, ervaringen, interesses en (politieke) overtuigingen?
   - Hoe kan je deze persoonlijke ervaringen koppelen aan structurele sociale posities (bijv. gender, 'ras'/etniciteit, socio-economische status, seksuele geaardheid, leeftijd) en processen (bijv. racisme, kapitalisme, heteroseksisme, het patriarchaat, kolonialisme), en hoe hebben deze betrekking hebben op dit beleidsveld?
2. **Wat is het 'beleidsprobleem' dat wordt geschetst?**
   - Welke aannames (bijv. aannames over de oorzaak van het probleem, of welke groepen het meest worden geraakt) worden er gemaakt in deze schets van het 'probleem'?
3. **Hoe is deze weergave van het 'probleem' tot stand gekomen?**
   - Wat voor proces heeft geleid tot deze weergave/framing van het 'probleem'?
   - Waarom is het 'probleem' op deze manier gedefinieerd en wie werd hierbij betrokken?
   - Wat voor bewijs is hiervoor geleverd?
   - Hoe is door de jaren heen de framing van het 'probleem' veranderd? En hoe wordt het 'probleem' anders weergegeven op andere plekken (bv. andere geografische contexten)?
4. **Hoe heeft deze weergave van het 'probleem' effect op verschillende groepen?**
   - Wie kan als het meest bevoordeeld worden beschouwd en wie wordt het meest benadeeld in deze framing? Waarom en op welke manier?
   - Hoe zorgt de huidige weergave van het 'probleem' vorm ervoor dat verschillende groepen op een bepaalde manier worden gezien?
   - Welke verschillen, variaties en gelijkenissen kunnen er worden overwogen tussen en binnen de relevante groepen?
5. **Wat zijn de huidige beleidsreacties rondom het 'probleem'?**
   - Wie heeft op het 'probleem' gereageerd en hoe? (Bijv. hoe hebben overheden en getroffen gemeenschappen gereageerd op de framing van het 'probleem'?)
   - Wat proberen de huidige beleidsreacties te bereiken?
   - Zijn er doelgroepen in het huidige beleid? Zo ja, worden deze groepen als homogeen of heterogeen behandeld? Worden deze groepen gestigmatiseerd in huidige beleidsreacties?
   - Hoe wordt ongelijkwaardigheid tussen verschillende groepen aangekaart, staande gehouden of gecreëerd in het huidige beleid?
   - Creeëren huidige beleidsreacties concurrentie tussen verschillende groepen op het gebied van middelen en politieke aandacht?
   - Welke analyseniveaus zijn relevant voor dit beleids'probleem' (bijv. micro, meso, macro)?

Transformatieve vragen (incl. deelvragen)

6. **Welke ongelijkwaardigheden bestaan er daadwerkelijk in relatie tot het probleem?**
   - Wat zijn de belangrijke kruisende sociale posities en systemen? Bijvoorbeeld, hoe kruisen 'ras', etniciteit, klasse, seksuele geaardheid, en andere sociale posities en systemen van ongelijkheid (racisme, seksisme, kolonialisme, klassisme, heterosexisme) elkaar in relatie tot dit beleidsprobleem?
   - Waar ga je op zoek naar noodzakelijke informatie om deze vraag te beantwoorden (bijv. bewijs in wetenschappelijke literatuur, 'grijze literatuur' en beleidsrapporten met intersectionele analyses)?
   - Welke potentiële benaderingen kunnen er worden ingezet om het probleem te bespreken met de verschillende relevante groepen (bijv. Parken's (2010) Multi-Strand Method)?
   - Welke kennishiaten of gebrek aan bewijs kunnen worden geïdentificeerd voor dit probleem en de diverse bevolking die het aangaat?

7. **Waar en hoe kunnen interventies worden geïmplementeerd om dit probleem te verhelpen?**
   - Wat zijn de logische startpunten? Wat zijn de beschikbare middelen die kunnen worden ingezet (bijv. onderzoek/data, politieke bondgenoten, wetgeving, andere middelen)?
   - Wat zijn voorbeelden van andere succesverhalen? Hoe kunnen beleidsinterventies voortborduren op deze voorbeelden?
   - Wie maakt deel uit van het voorgestelde interventie? Wie zit in een positie van waaruit de interventie kan worden beïnvloed en geïmplementeerd?
   - Welke rol kunnen diverse gemeenschappen innemen in deze interventies? Hoe kunnen zij op waardevolle wijze worden betrokken en hoe kunnen zij worden ondersteund bij het geven van input?
   - Op welke niveaus (bijv. micro, meso, macro) kunnen interventies plaatsvinden?

8. **Wat zijn uitvoerbare oplossingen op korte termijn, middellange termijn en lange termijn?**
   - Hoe kunnen oplossingen pragmatisch worden gepositioneerd en begunstigd in relatie tot beleidsprioriteiten van de overheid (bijv. begrotingen, ministeriële prioriteiten en afdelingsplannen)?
   - Hoe kunnen voorgestelde oplossingen worden samengevat in een duidelijke en overtuigende boodschap?

9. **Hoe zal het voorgestelde beleid leiden tot minder ongelijkwaardigheid?**
   - Hoe zullen de voorgestelde opties intersectionele ongelijkwaardigheden aankaarten en sociale rechtvaardigheid bevorderen? Hoe zorg je er met zekerheid voor dat de voorgestelde opties niet bijdragen aan het versterken van bestaande stereotypes en aannames, of aan het produceren van (nieuwe) ongelijkwaardigheden voor bepaalde groepen?
   - Hoe zullen de oplossingen samenhangen met ander bestaand beleid?
   - Wat zouden uitdagingen en kansen kunnen zijn voor het voorgestelde beleid?

10. **Hoe wordt de implementatie gegarandeerd?**
    - Wie is verantwoordelijk (of het beste gepositioneerd) om de implementatie van beleidsaanbevelingen te overzien?

- Wat zijn de tijdlijnen en verantwoordelijkheden zijn er voor de implementatie?
- Hoe moedigt het beleid solidariteit en verbinding aan tussen de verschillende belanghebbenden en groepen?

11. Hoe weet je of de ongelijkwaardigheden afnemen?

- Hoe worden beleidsimplementatie en -effecten gemeten?
- Welke intersectionele factoren worden gemeten in het evaluatieproces? Hoe worden deze gemeten?
- Hoe zullen de getroffen/relevante gemeenschappen op waardevolle wijze worden betrokken bij het evalueren of het beleid heeft geleid tot een vermindering van ongelijkwaardigheden?
- Hoe wordt succes gemeten?

12. Hoe heeft het proces van IBPA geleid tot de transformatie van…

- … jouw denkwijze over machtsverhoudingen en structuren van ongelijkwaardigheid?
- … de manieren waarop jij en anderen omgaan met beleidsontwikkeling, implementatie en evaluatie?
- … bredere conceptualiseringen, relaties en effecten van scheve machtsverhoudingen in het alledaagse leven?

Bronvermelding – Bijlage A

Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment.* New York: Routledge.

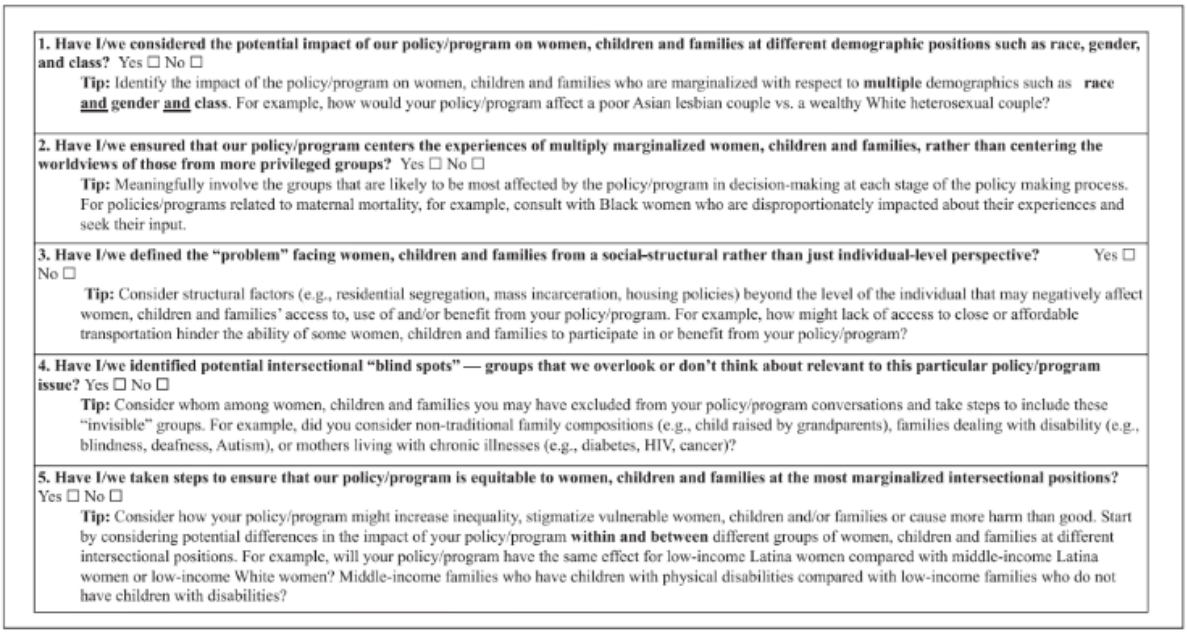
Foucault, M. (1977). *Discipline and punish*. London: Allen Lane.

Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Ferlatte, O., Clark, N., Fridkin, A., & Laviolette, T. (2012). Intersectionality-based policy analysis. In O. Hankivsky (Ed.), In *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 33-45). Vancouver, BC: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.

Humphries, D. L., Sodipo, M., & Jackson, S. D. (2023). The intersectionality-based policy analysis framework: demonstrating utility through application to the pre-vaccine US COVID-19 policy response. *Frontiers in Public Health*, 11(1040851), 1-12.

Parken, A. (2010). A multi-strand approach to promoting equality and human rights in policymaking. *Policy and Politics*, 38(1), 79-99.

Bijlage B: Intersectionality Policymaking Checklist



1. Have I/we considered the potential impact of our policy/program on women, children and families at different demographic positions such as race, gender, and class? Yes ☐ No ☐ **Tip:** Identify the impact of the policy/program on women, children and families who are marginalized with respect to **multiple** demographics such as **race and gender and class**. For example, how would your policy/program affect a poor Asian lesbian couple vs. a wealthy White heterosexual couple?
2. Have I/we ensured that our policy/program centers the experiences of multiply marginalized women, children and families, rather than centering the worldviews of those from more privileged groups? Yes ☐ No ☐ **Tip:** Meaningfully involve the groups that are likely to be most affected by the policy/program in decision-making at each stage of the policy making process. For policies/programs related to maternal mortality, for example, consult with Black women who are disproportionately impacted about their experiences and seek their input.
3. Have I/we defined the "problem" facing women, children and families from a social-structural rather than just individual-level perspective? Yes ☐ No ☐ **Tip:** Consider structural factors (e.g., residential segregation, mass incarceration, housing policies) beyond the level of the individual that may negatively affect women, children and families' access to, use of and/or benefit from your policy/program. For example, how might lack of access to close or affordable transportation hinder the ability of some women, children and families to participate in or benefit from your policy/program?
4. Have I/we identified potential intersectional "blind spots" — groups that we overlook or don't think about relevant to this particular policy/program issue? Yes ☐ No ☐ **Tip:** Consider whom among women, children and families you may have excluded from your policy/program conversations and take steps to include these "invisible" groups. For example, did you consider non-traditional family compositions (e.g., child raised by grandparents), families dealing with disability (e.g., blindness, deafness, Autism), or mothers living with chronic illnesses (e.g., diabetes, HIV, cancer)?
5. Have I/we taken steps to ensure that our policy/program is equitable to women, children and families at the most marginalized intersectional positions? Yes ☐ No ☐ **Tip:** Consider how your policy/program might increase inequality, stigmatize vulnerable women, children and/or families or cause more harm than good. Start by considering potential differences in the impact of your policy/program **within and between** different groups of women, children and families at different intersectional positions. For example, will your policy/program have the same effect for low-income Latina women compared with middle-income Latina women or low-income White women? Middle-income families who have children with physical disabilities compared with low-income families who do not have children with disabilities?

FIGURE 1 Draft Checklist Items and Tips for Implementation

Figuur : Concept van de Intersectionality Checklist (uit Hull et al., 2023). De definitieve versie van de checklist en de toolkit is te verkrijgen via https://intersectionality.gwu.edu/ipt.

Bijlage C: Samenvatting analyse case study 1

Table 2. Summary of the Critical Analysis and Synthesis of Concepts.

IBPA Descriptive Question (in Brief)	Critical Analysis and Synthesis of Concepts
Authors' knowledge, values, and experiences?	The authors' perspectives and experiences are conducive to providing an equitable and quality IBPA.
Policy "problem"?	The primary problem is the practice of ignoring or avoiding equitable access to health and legal and ethical rights concerning sexual health
Depiction of "problem"?	The problem is complex and multi-faceted. Issues range from lack of access to sexual health care to restriction on sexual freedoms in the guise of physical safety or organizational liability. Staff-related problems also exist in the form of discomfort with sexual behaviors and/or moral distress
Groups impacted?	Residents of LTC, their families, HCP, and organizations are all impacted by the problem
Policy responses?	Policy responses are largely non-existent. Assessing the context and sexual decision-making capability of individuals is an important consideration in any policy response
IBPA Transformative Question (in Brief)	**Critical Analysis and Synthesis of Concepts**
Existing Inequities?	Residents of LTC experience inequities in their sexual health in the form of social, physical, emotional, and relational impact. The intersectionality of disability, aging, relationship status, sexual orientation, gender expression, and cognitive status are factors associated with these inequities
Interventions?	Possible interventions and policy levers exist at a macro level (e.g., Canadian legislation), meso level (e.g., the LTC Policy) and micro level (e.g., leaders and champions of sexual health in LTC)
Short, med, and long-term solutions?	Solutions include policy implementation, HCP education and training, and adapting the LTC policy to suit specific contexts/jurisdictions
How will policy responses reduce inequities?	Policy responses address barriers to sexual health for persons in LTC and consider staff satisfaction and well-being
Assuring implementation and uptake?	Dissemination of policy occurs via health organizational channels and will be promoted at point of care and leadership levels as well as to residents of LTC and their families
Knowing if inequities reduced?	Determining policy efficacy involves robust evaluation of policy and education outcomes with data collected from all stakeholders
IBPA process?	This IBPA facilitated a critical reflection on the different aspects of this policy problem and possible solutions from an intersectionality perspective

Figuur 3: Tabel met een samenvatting van de IBPA over seksuele gezondheid en intimiteit in langdurige zorg in Canada (uit McBride et al., 2022). Dient als een voorbeeld van hoe het IBPA-kader ingevuld kan worden.