

Ontmythologisering van de interculturalisatie: Naar een herijking van het beleid

Rob van Dijk

Interculturalisation is the term used to refer to policy aiming at improvement of accessibility of services for migrants. In the field of mental health such policies are typically justified by two arguments. First, migrants are said to be underrepresented in the patient population. Second, that the care provided is less effective than that provided to the native population. These generalizing arguments have been unquestioned since the start of the interculturalisation movement in mental health care in the 1980s. The author questions these arguments, and asks to what extent there is a myth of interculturalisation. The intra- and inter-ethnic diversity in use of mental health care in Rotterdam is explained. Using empirical data, and replacing the native-foreign dichotomy with a nuanced appreciation of inter- and intra-ethnic diversity, the author seeks to recalibrate the interculturalisation argument.

[interculturalisation, policy, myths, archetype, care consumption]

*Mrs. Black and White she's never seen a shade of grey
Always something on her mind, every single day
But now she's lost her way
And where does she go from here?*
Amy MacDonald, Mr. Rock & Roll (2008, fragment)

In de songtekst waarmee ik mijn betoog open, voert Amy MacDonald Mrs. Black and White ten tonele. Ze kent geen grijstinten en is de weg én haar oriëntatie kwijt. De tekst is een passende karakterisering van het interculturalisatiediscours in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Met name in de politieke arena en de managementburelen wordt de wereld nog steeds aan de hand van tweedelingen in kaart gebracht: autochtonen en allochtonen, witte en zwarte zorg. Die wereld is bevolkt met elkaar uitsluitende, schijnbaar onveranderlijke bevolkingsgroepen: Marokkanen, Turken, Kaapverdianen, enzovoort. Ook in de representaties van hun hulpverlenings-

praktijk komen bij menig hulpverlener dergelijke generaliserende classificaties terug, zoals ook Mol opmerkt (2006: 133). De gezondheidszorg staat hierin niet alleen. De afgelopen jaren is er in de Nederlandse samenleving sprake van een polarisering langs etnische lijnen, waarin cultuurverschil een centrale rol speelt. Meer dan ooit overheerst volgens Snel (2003) het cultuurkloofdenken het integratiedebat.

Sinds de zestiger jaren worden verschillen in gezondheid en gezondheidszorg geconstateerd tussen migranten en de inheemse Nederlandse bevolking die aanleiding zijn voor vele inspanningen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor migranten te vergroten. Onder toegankelijkheid versta ik dat migranten bekend zijn met de voorzieningen, daar daadwerkelijk gebruik van maken en adequaat en naar tevredenheid geholpen worden. Het zijn de eerste decennia vooral professionals die zich hier hard voor maken. In de tweede helft van de tachtiger jaren wordt het ook een zaak van overheid en gezondheidszorg-instellingen. De term interculturalisatie komt dan in zwang. Later omschrijft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg interculturalisatie als "een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtonen en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen" (2000: 12). Vergeleken met andere sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg heeft de GGZ wat betreft interculturalisatie een voorhoederol gespeeld. Juist de veelheid van activiteiten en projecten op dit terrein maakt het mogelijk de interculturalisatie in de GGZ aan een kritische analyse te onderwerpen.

In het navolgende ga ik in op de onderbouwing van de noodzaak van interculturalisatie in de GGZ, zoals op te maken uit beleidsnota's en projectplannen. Ik betoog dat deze onderbouwing zo die al op empirische feiten berustte, niet actueel meer is. Twee pijlers van de interculturalisatie stel ik met name ter discussie en noem ze provocerend interculturalisatiemythen. Allereerst is er de gedachte dat land van herkomst, etnische identiteit en cultuur in elkaars verlengde liggen ('culturele herkomst') op grond waarvan algemene uitspraken te doen zijn over 'de' Turk of 'de' Marokkaan en over hun ziekteopvattingen en ziektegedrag. Dat komt onder meer tot uiting in de culturele archetypen van migrantengroepen. Ten tweede, en daarmee samenhangend, is de gedachte dat herkomst een doorslaggevende factor is die de oppositie autochtoon/allochtoon en ordening van de migrantenbevolking in herkomstgroepen rechtvaardigt. Ik betwist met andere woorden de hegemonie van herkomst als relevant ordeningsprincipe voor de GGZ. Wil de interculturalisatie in de GGZ een toekomst hebben, dan is een meer gedifferentieerde benadering nodig.

Ik schets allereerst de stand van zaken wat betreft de interculturalisatie in de GGZ en geef aan dat in de legitimering van het beleid zich weinig veranderingen hebben voorgedaan. Ik constateer daarbij een groeiende spanning tussen beleid en praktijk. Ter illustratie presenteer ik gegevens over het gebruik van GGZ-voorzieningen door migranten in de regio Rotterdam. Mijn conclusie is dat het noodzakelijk is het fundament van het interculturalisatieproject te herijken. Ik eindig mijn betoog met een pleidooi herkomst als statisch gegeven te vervangen door een multidimensionale benadering die naast cultuur ook andere factoren in de analyse betreft en tot een meer gedifferentieerd beeld van migrantengroepen leidt.

Interculturalisatie in impasse?

Stevige en herhaalde uitspraken over de gezondheidstoestand van, de zorgconsumptie door en de effectiviteit van zorg voor allochtonen schragen in heden en verleden de noodzaak van interculturalisatie. Verschillen in geestelijke gezondheid en verwijzingen naar ondergebruik van de zorg benadrukken dat migranten een bevolkingsgroep zijn waar de aandacht van de GGZ naar uit moet gaan. Tegelijkertijd wijzen de pleitbezorgers van interculturalisatie op de noodzaak de drempel van GGZ voor migranten te verlagen en op haar onvermogen deze groep adequaat zorg te bieden. Interculturalisatie – het beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg – richt zich met name op de toegankelijkheid en de kwaliteit en effectiviteit van de geboden zorg.¹

Het belang van interculturalisatie in de GGZ wordt al in begin tachtiger jaren aangegeven, alhoewel de term zelf pas later in zwang raakte. Zo wijst Cees Trimbos tijdens de eerste landelijke conferentie over migranten en geestelijke gezondheid in 1983 erop dat migranten een klassiek voorbeeld zijn van een risicogroep en kampen met een achterstand in de consumptie van de geestelijke gezondheidszorg (Schrammeijer 1983: 2). Plaatsvervangend hoofdinspecteur voor de gezondheidszorg Herman van Geuns spreekt bij dezelfde gelegenheid over “de onmogelijkheid van de Nederlandse hulpverlener en de buitenlandse patiënt om elkaar te ‘verstaan’” (idem: 74). De sprekers op de conferentie belichten de onmacht van de GGZ en haar hulpverleners van alle kanten. Veel klachten van migranten dringen niet tot de GGZ door en zijn daar moeilijk te behandelen, omdat migranten ze anders beleven en presenteren (het somatiseren). De klachten zijn ingebed in een andere cultuur, zodat de gangbare oplossingen niet werken of buiten de competentie van de GGZ vallen (idem: v). Het is een opsomming van problemen die velen in daaropvolgende jaren zullen herhalen en niets aan actualiteitswaarde lijkt te hebben ingeboet.

Hoe staat het nu met de interculturalisatie? Heeft het ingezette beleid succes? Zijn de problemen verminderd? Zeventien jaar na de oproep werk te maken van de toegankelijkheid van de GGZ, publiceert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het rapport *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*, dat in meerdere opzichten een mijlpaal is. Waar het hier om gaat, is de beoordeling van de stand van zaken. Het rapport noemt significante verschillen tussen allochtonen en autochtonen. De Raad stelt dat in de GGZ de verschillen in zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen het grootst zijn (2000: 28). Allochtonen maken in het algemeen minder gebruik van de zorgvoorzieningen dan autochtonen. Allochtonen melden zich vaker met complexe problematiek, zoeken vaker de oorzaak buiten zichzelf en worden vaker onvrijwillig opgenomen. Ook diagnostisch zijn er verschillen. Allochtonen, zo stelt de Raad vast “lijden vaker aan aanpassingsstoornissen, terwijl meer autochtonen de diagnose stemmings- of angststoornissen krijgen” (2000: 30). Verklaringen voor de achterstand van allochtonen zijn gebrek aan voorlichting, slechte aansluiting van het hulpaanbod en de verwachtingen van de patiënt, evenals de sociale en culturele achtergrond (ziekteverklaring, hulpzoekgedrag).

Drie jaar later concludeert ZonMw op grond van 163 onderzoeksprojecten (waarvan er 22 de GGZ inclusief de verslavingszorg betreffen) eveneens dat de geestelijke gezondheid van groepen allochtonen achter blijft en de GGZ heeft moeite met een multiculturele aanpak (2003: 18).

In een beleidsnotitie van ZonMW ter voorbereiding van een onderzoeksprogramma, *Signalement etniciteit en gezondheidszorg*, is te lezen dat door “onvoldoende afstemming van eigen klachtenbeleving en het zorgaanbod (...) het gebruik van de GGZ door allochtone patiënten suboptimaal (is)” (2008). Met name bij niet-westerse allochtonen stuit adequate zorg op vele hindernissen. Er is weliswaar sprake van een redelijk ontwikkelde praktijkkennis, maar deze is gefragmenteerd, onvoldoende gesystematiseerd en gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek.

Om een laatste, recent voorbeeld te noemen, in de nota *Jeugd-GGZ breed beschikbaar* noemt GGZ-Nederland (2007: 24) de kinderen en jeugdigen met psychische problemen uit allochtone gezinnen als afzonderlijke doelgroep naast zwerfjongeren en jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen. De nota formuleert het in algemene termen: kinderen van migranten zijn ondervetegenwoordigd in de ambulante en poliklinische jeugd-GGZ en komen daar op grond van somatische klachten en crisissituaties aan. De koepelorganisatie acht het nodig dat diagnostiek en behandeling meer aansluiten bij hun specifieke hulpvraag. Ze pleit voor gerichte voorlichting om het heersende taboe op de GGZ aan te pakken. In de probleemomschrijving lijkt weinig veranderd te zijn. Het onderstreept de vraag op of we na vijftientig jaar interculturalisatie van klinkende resultaten mogen spreken.

Ten aanzien van het beleid stelt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2000) dat de interculturalisatie is blijven hangen in een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid. De problemen, permanent en urgent, hebben te weinig geleid tot doeltreffende en structurele maatregelen. ZonMw geeft in 2003 aan dat de interculturalisatie nog in de kinderschoenen staat. Blijkens metingen voor en na het landelijke Actieplan Interculturalisatie van de koepelorganisatie GGZ-Nederland naar aanleiding van het bovengenoemde RVZ-rapport is er in 2004 wel enige progressie zichtbaar ten opzichte van 2001. In het algemeen scoort de GGZ echter op acht van de negen aandachtsgebieden nog een ruime onvoldoende (Wennink et al. 2003; Van Osenbruggen & Boomstra 2006).

Bij lezing van deze rapportages dringt het beeld van een impasse zich op. De inspanningen van inmiddels een generatie hulpverleners, managers en beleidsmakers om de GGZ voor migranten toegankelijker te maken lijken weinig zoden aan de dijk te hebben gezet. Dit beeld staat in schril contrast met wat op de werkvloer waar te nemen is. Daar is de laatste jaren sprake van een groeiende belangstelling voor de *cultural formulation of diagnosis* ofwel cultureel-psychiatrische diagnostiek en het culturele interview (Groen 2008). Deze stellen de culturele identiteit van het individu, zijn persoonlijke en cultuurgerelateerde ziekteopvattingen en -gedrag en de stressoren in zijn lokale leefwereld centraal, alsook de culturele (tegen)overdracht in de behandelrelatie. Deze benadering gaat uit van de “individualized experience of culture” als voorwaarde voor hulpverlener om maatwerk te kunnen leveren (Lakes et al. 2006). Anders dan in beleidsnota's benadrukken sommige publicaties

dan ook de diversiteit binnen migrantengroepen (zie bijvoorbeeld Thomaes et al. 1997; Wienese 1999; Jonkers 2003). Naast deze professionele interesse hebben experts in het veld een reeks *good practices* benoemd en beschreven. Ook het aantal publicaties over interculturele hulpverlening in medische vakbladen is de afgelopen tien jaar opzienbarend gestegen.² Er is met andere woorden sprake van een spanning tussen beleid en praktijk.

Het beleid van het carbon

De onderbouwing van de interculturalisatie is al die jaren nagenoeg onveranderd gebleven. Voortdurend wordt verwezen naar het tekort schieten van de GGZ als het gaat om toegankelijke en aansluitende zorg voor allochtonen of migranten. Analogie van de ‘wetenschap van het carbon’ (Van Koningsveld & Shadid 1982) is volgens mij hier sprake van het ‘beleid van het carbon’, een doorlopende reproductie van dezelfde argumenten door beleidsmakers zonder dat er sprake is van empirische toetsing. De huidige argumentatie vloeit mijns inziens voort uit het feit dat de politieke arena weinig ruimte biedt voor nuanceringen in het pleidooi voor interculturalisatie, zeker als dat thema daar een wisselende beurswaarde.³ Door het ontbreken van effectstudies naar de behandeling van migranten met psychische stoornissen en van onderzoek naar doorstroom binnen en kwaliteit van de GGZ voor migranten (Bekker & Van Mens-Verhulst 2008: 37) is het pleidooi vooral onderbouwd is met gegeneraliseerde klinische indrukken. Dergelijke klinische indrukken voortkomend uit lokale praktijkervaringen zijn waardevol, maar niet zonder meer generaliseerbaar. Eenmaal gevestigd krijgen deze beelden echter een schijnbaar onweerlegbare vanzelfsprekendheid, gaan een eigen leven leiden en worden ze in het discours eindeloos herhaald.

Van stelselmatig onderzoek naar verschillen in geestelijke gezondheid en gezondheidszorg is de afgelopen jaren geen sprake geweest. Bekker en Van Mens-Verhulst concluderen dat het vóórkomen van angst-, stemmings-, eet-, psychotische en somatoforme stoornissen bij allochtone Nederlanders onvoldoende systematisch is onderzocht (2008: 38). De beschikbare informatie over morbiditeit en zorgbehoefte is een lappendeken. De epidemiologische kaart van Nederland voortgekomen uit het landelijk NEMESIS-onderzoek beperkt zich tot de Nederlandstalige, hoofdzakelijk autochtone, bevolking (Vollebergh et al. 2003). Belangrijker als het gaat om interculturalisatie is dat er geen zicht is op factoren die patronen in de zorggebruik verklaren. Instrumenten om de ontwikkeling in de culturele sensitiviteit en interculturele competenties van hulpverleners zichtbaar te maken, ontbreken evenzeer. Good practices in de interculturele zorg zijn niet gebaseerd op effectstudies. Aannames waarop interculturalisatie zich baseert, zoals de veronderstelde positieve effect van etnische matching, culturele competentie of de inzet van het culturele interview op de kwaliteit van de zorg, ontberen onderzoeksmatige onderbouwing. Daarin staat overigens Nederland niet alleen. De claim dat systematische aandacht voor cultuur de zorgverlening wereldwijd verbetert, zo stelde Kleinman (2005: 15) in zijn Trimbos-lezing, nog niet door gedegen evaluatieonderzoek onderbouwd.

De voorstelling van problemen waar de interculturalisatie van de GGZ zich voor gesteld ziet, is in vijftientig jaar nauwelijks veranderd. Het identificeren van cultuur aan de hand van herkomst maakt migranten per definitie onveranderlijk cultureel anders. Wie als Turk geboren wordt, wordt nooit een Hollander. Gecombineerd met cultuurverschillen als primaire verklaring voor ervaren problemen creëert dit onoplosbare problemen. De keerzijde van 'het vieren van culturele verschillen' is volgens Kamperman (2005: 189) een onoverbrugbare culturele kloof. De vraag is of de gangbare representatie de werkelijkheid nog afdoende dekt. Ik bepleit dan ook een kritische beschouwing van de interculturalisatiemythen.

Interculturalisatiemythen

Verwijzingen naar de verschillen tussen allochtonen en autochtonen in morbiditeit, in zorgconsumptie en in verloop van de hulpverlening zijn een constante in de medische vakliteratuur en beleidsnota's over migranten. Vanaf de zeventiger jaren verschuift in de verklaring daarvan het accent van sociaal-economische naar sociaal-culturele factoren. De verandering in terminologie – van gastarbeiders en buitenlandse werknemers naar etnische minderheden, migranten en allochtonen – is daar een illustratie van. Cultureel antropologen, zoals Philip van der Meer (1976, 1977, 1978) en Douwe Jongmans (1977, 1978, 1979), hebben een belangrijke rol gespeeld in de herdefiniëring van het centrale probleem in de gezondheidszorg aan migranten in termen van taalbarrière en cultuurverschil. Zo is Jongmans aan het eind van het KNMG-congres *Gastarbeider en gezondheidszorg* van mening: "(We) hebben wij vandaag niets aan socio-economische analyses van de gastarbeid, omdat die de concrete problemen van begrip en communicatie waar de gezondheidszorg mee kampt, niet oplossen. (...) Als we de socio-economische problemen gaan oplossen, dan kunnen we de culturele en communicatieproblemen niet vergeten. Het is nog maar de vraag welk soort deprivatie ernstiger is" (1977: 518). De term interculturalisatie institutionaliseert uiteindelijk de culturele focus in de analyse van gezondheidsverschillen en problemen in de zorgverlening.⁴

In het interculturalisatievertoog vormen onderscheid naar herkomst en daarop gebaseerde dichotomieën (autochtoon versus allochtoon; westers versus niet-westers allochtoon; Turken versus Surinamers) het ordeningsprincipe en analysekader. Herkomst – de geboorteplaats van henzelf en hun ouders – is kern van hun anders-zijn en wordt verondersteld cultuur en etnische identiteit te bepalen, zoals de veelgebruikte maar misleidende term 'culturele herkomst' aangeeft. Cultuur wordt zo van een dynamisch interpersoonlijk proces teruggebracht tot een statisch demografisch individueel feit. Tegelijkertijd verschijnt cultuur daardoor als een geheel van waarden, betekenis en gedag die onveranderd van generatie op generatie wordt doorgegeven. Met culturele herkomst als focus vervaagt de heterogeniteit binnen etnische groepen en gaat in de verklaring van verschillen in gezondheid en gezondheidszorg de aandacht meer uit naar patiëntgerelateerde factoren boven hulpverlenergerelateerde, institutionele, lokale of maatschappelijke factoren.

Allochtonen en in het verlengde daarvan herkomstgroepen zijn geconstrueerde statistische categorieën die we gebruiken om de werkelijkheid te ordenen. Niet alleen is de vraag is daarbij steeds aan de orde hoe deze indeling zich verhoudt tot de sociale werkelijkheid en andere indelingsmogelijkheden, maar ook welke consequenties deze classificaties hebben voor de ingedeelde werkelijkheid (Dehue 2008: 59). Het hebben van één ouder die in Marokko geboren is, is voldoende om iemand in de categorie ‘Marokkanen’ onder te brengen ongeacht met wie deze persoon zich zelf identificeert, zijn sociaal-economische status, opleidingsniveau en beheersing van de Nederlandse taal, zijn maatschappelijke participatie of opvattingen over ziekte en ziektegedrag. Importbruidgom en hoogopgeleide tweede-generatie migranten behoren op grond van het geboortelandcriterium zo tot dezelfde categorie. In het interculturalisatievertoog verschijnen deze termen als verwijzingen naar reëel bestaande sociale groepen waarover generaliserende uitspraken te doen zijn.⁵ Degelijke indelingen zijn a priori. Ze gaan aan het duiden en verklaren van verschillen vooraf en liggen daaraan ten grondslag. Het is te beschouwen als de funderingsmythe van de interculturalisatie: in den beginne was er het verschil tussen autochtoon en allochtoon en dat verschil betreft vooral hun cultuur. Dergelijke op conventies gebaseerde classificaties worden volgens Dehue (2008: 62) door onderzoek gereproduceerd tot ‘harde’ feiten.

Rapporten en beleidsnota’s verwijzen ontegenzeggelijk ook op verschillen binnen de categorie allochtonen (zie bijvoorbeeld RVZ 2000), maar deze doen zich voor als verschillen van de tweede orde en komen vervolgens zelden in concrete aanbevelingen terug. Men is vooraleerst Turk, en dan pas man of vrouw, jong of oud, met hoge of lage sociaal-economische status. Verschillen in herkomst tussen etnische groepen en verschillen in leeftijd of sekse daarbinnen zijn slechts verfijningen van het allesoverheersende verschil tussen allochtoon en autochtoon. Vaker gaat het daarbij om interetnische verschillen dan om intra-etnische.

Ik stel zoals gezegd vraagtakens bij de interculturalisatiemythen. Mogelijk is er in de zeventiger en tachtiger jaren sprake geweest van relatief homogene groepen migranten wat betreft cultuur, etnische identiteit en maatschappelijke positie. Ik betwijfel of dit vandaag de dag nog opgaat. In de volgende paragraaf ga ik in op een terugkerend gegeven in het interculturalisatievertoog: het ondergebruik van GGZ-voorzieningen door migranten. Hieruit zal blijken dat ook als gebruik gemaakt wordt van categorisering naar herkomst er sprake is van intra- en interetnische diversiteit als het gaat om zorgconsumptie.

Het gebruik van GGZ-voorzieningen

Registratie naar herkomst staat sinds jaar en dag hoog op de interculturalisatie-agenda. Als het gaat om de zorgconsumptie naar herkomst zijn voor de GGZ landelijke cijfers schaars en is de betrouwbaarheid beperkt. Registratie van herkomst is nog steeds een punt van discussie en instellingen voeren deze niet altijd even betrouwbaar uit. Uitspraken in beleidsnota’s en projectplannen zijn veelal extrapolaties van – soms gedateerde – informatie van enkele instellingen. Zo zijn registratiegegevens van de

Haagse Riagg's over de periode 1989-1992 (May 1997) in belangrijke mate de onderbouwing van het rapport *Interculturalisatie van de gezondheidszorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Bij dit gedetailleerd en gedegen onderzoek, één van de weinigen in zijn soort, tekent de onderzoeker zelf aan dat door het ontbreken van objectieve criteria "er allerlei subjectieve en onjuiste criteria hebben meegespeeld bij het registreren van de culturele herkomst" (May 1997: 13).

In 2008 publiceerde GGZ-Nederland een overzicht van de culturele herkomst van cliënten in de GGZ inclusief de verslavingszorg. Van 70% van de cliënten zijn herkomstgegevens door de GGZ-instellingen aangeleverd. Uit het overzicht blijkt dat in 2006 het aantal patiënten in behandeling bij de GGZ, inclusief de verslavingszorg per 1000 inwoners naar land van herkomst voor Marokko, Turkije en de Antillen iets lager ligt dan voor Nederland (respectievelijk 31,6, 30,0 en 29,0 versus 33,0); voor Suriname (38,0) hoger en voor Irak, Iran en Afghanistan aanmerkelijk hoger (respectievelijk 44,4, 79,5 en 46,7). Het gebruik van de GGZ-voorzieningen lijkt voor drie van de vier grootste migrantengroepen redelijk vergelijkbaar met de autochtone bevolking. Het landelijk beeld spoot evenwel niet geheel met de lokale situatie. Ook tussen steden en regio's zijn verschillen in zorgconsumptie waar te nemen.

Het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond (PCR) verzamelt sinds 1990 patiëntgegevens van lokale GGZ-instellingen. De betrouwbaarheid van deze gegevens neemt jaarlijks toe. Doordat patiënten soms meerdere malen ingeschreven worden, zijn in een aantal gevallen herkomstgegevens met terugwerkende kracht aan te vullen of te corrigeren. Op basis een analyse van registratiegegevens met betrekking tot Rotterdam en omstreken (inclusief Nieuwe Waterweg Noord) over de periode 1990-2004 zijn opvallende conclusies te trekken (Dieperink et al. 2007). Allereerst is er een toename voor alle bevolkingsgroepen in het gebruik van GGZ-voorzieningen. Daarin is geen onderscheid naar geboorteland. Opvallend is dat waar sprake is van een achterstand in zorgconsumptie ten opzichte van de autochtone bevolking deze in de loop de jaren niet ingelopen is. Een tweede conclusie is dat er aanzienlijke verschillen zijn in zorgconsumptie tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Maken Turkse mannen en vrouwen en Marokkaanse mannen evenveel of soms zelfs meer gebruik van GGZ-voorzieningen dan autochtone mannen en vrouwen, de zorgconsumptie van Marokkaanse vrouwen, Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdische mannen en vrouwen ligt beduidend lager. Ook hier lijkt het patroon in de loop van de jaren ongewijzigd. Een derde conclusie is dat er binnen de etnische minderheidsgroepen verschillen zijn in zorggebruik niet alleen naar sekse, maar ook naar leeftijd. De verschillen tussen de seksen zijn het grootst bij de Kaapverdische migranten: mannen maken aanzienlijk minder gebruik van de GGZ dan vrouwen. Over het algemeen is het zorggebruik onder de ouderen (45-64 jaar) lager dan onder de jongeren (20-44 jaar). De verschillen tussen jongere en oudere Marokkaanse en Turkse vrouwen zijn daarbij het grootst. De sterkste groei van het zorggebruik doet zich voor bij de jongvolwassen vrouwen, terwijl de ouderen achterblijven. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste cijfers voor 2004 weergegeven. Daarbij is van belang aan te tekenen, dat de indeling uitsluitend berust op het geboorteland van de patiënt. Het betreft het zorggebruik van de eerste generatie migranten. De groeiende

groep migranten van de tweede generatie van 20 jaar en ouder maakt deel uit van de categorie ‘Nederland’.

Tabel 1 Jaaraantal mannen en vrouwen naar leeftijd in de GGZ per 1000 inwoners naar herkomst, geslacht en leeftijd in 2004

	<i>Neder- land</i>	<i>Turkije</i>	<i>Marokko</i>	<i>Suriname</i>	<i>Ned. Antillen</i>	<i>Kaap- verdië</i>	<i>overig</i>	<i>totaal</i>
Mannen								
20-44 jr	57	51	67	46	39	19	32	52
45-64 jr	48	49	63	39	27	13	25	45
Vrouwen								
20-44 jr	89	94	61	53	38	42	39	77
45-64 jr	60	54	34	44	34	39	33	55

Dieperink, Van Dijk & De Vries 2007: 714

Nadere analyse van de PCR-gegevens maken opvallende verschillen in intensiteit van zorg zichtbaar. Mannelijke migranten van Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst maken in 2004 vaker gebruik van meer intensieve vormen van zorg (klinische opname, deeltijdbehandeling) dan andere mannen. Voor alle migrantenmannen geldt dat eenmaal in zorg deze intensievere vormen van zorg verhoudingsgewijs vaker deel uitmaken van de behandeling dan bij Hollandse mannen (12-24% versus 11%). Voor vrouwen geldt daarentegen dat migrantenvrouwen minder vaak contact hebben met deze intensieve vormen van zorg. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen maken deze behandelvormen verder minder vaak deel uit van de behandeling dan bij andere vrouwen (6-8% versus 9-13%). Verschillende zorgpatronen komen uit deze gegevens naar voren. De meest in het oog springende is dat Surinaamse en Antilliaanse mannen weinig in ambulante zorg zijn, maar vaker worden opgenomen. Daarbij is extra verontrustend dat het aantal opgenomen Surinaamse en Antilliaanse mannen sterker groeit dan dat van Nederlandse mannen.

Verrassend is het hoge zorggebruik van Turkse mannen en vrouwen en Marokkaanse mannen, alsook het lage zorggebruik van Surinaamse en Antilliaanse migranten. Kennis van de Nederlandse taal, steevast als een van cruciale barrière in de interculturele hulpverlening geduid, lijkt in het hulpzoekgedrag minder een rol te spelen dan verwacht. Het zorggebruik van Surinaamse en Antilliaanse migranten die over een grotere kennis van de Nederlandse taal beschikken (Te Riele 2008), is aanmerkelijk lager dan van de migranten van Marokkaanse en Turkse herkomst.

Hoewel deze gegevens niets zeggen over de effectiviteit van zorg en er verschillen tussen migrantengroepen zijn in intensiteit en zorgniveau, valt er wel uit op te maken dat een deel van de migrantenpopulatie de weg naar de GGZ gevonden heeft. Of dit van doen heeft met een toename van gezondheidsproblemen, met een grotere bekendheid met de GGZ en veranderende opvattingen over psychische problemen of met een lagere drempel en meer aansluitende voorzieningen, valt uit deze gegevens

niet op te maken. Ook de beschikbare literatuur over dit onderwerp biedt hier geen soelaas. De bijdrage van de interculturalisatie-inspanningen aan deze ontwikkeling blijft ongewis.

Wat valt uit de geschetste ontwikkelingen op te maken, behalve dat de tweedeling allochtoon/autochtoon de werkelijkheid uitermate versimpelt? Alvorens die vraag te beantwoorden, is het goed zich te realiseren dat de werkelijkheid complexer is dan de eenvoud van de statistieken voorspiegelt. De vijf etnische groepen, waar in bovenstaande tabel naar verwezen wordt, zijn geen homogene, afgesloten gemeenschappen. De gegevens van het PCR brengen de intra-etnische diversiteit en interetnische dynamiek niet in beeld. Geen onderscheid is er binnen de herkomstgroepen in etnische identificatie, bijvoorbeeld tussen Surinaamse Creolen, Hindoestanen of Javanen, of tussen etnisch-Turken, Arabieren en Koerden uit Turkije. Er zijn verder grote verschillen in opleidingsniveau, in sociaal-economische status, acculturatiestrategie, factoren die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik. Daarnaast is geen oog voor met interetnische relaties: partners van verschillende herkomst en hun kinderen. Er zijn met andere woorden vele mengkleuren en kleurschakeringen. We kunnen ons daarom afvragen of een statisch gegeven als geboorteplaats een zinvolle indicator is om het zorggebruik te rubriceren. Gezien de intra- en interetnische variatie is een combinatie van bovengenoemde factoren waarschijnlijk relevanter.

De gegevens van het PCR maken duidelijk dat generalisaties over het zorggebruik van migranten of allochtonen versus autochtonen een uitermate hachelijke zaak zijn en niet met harde gegevens te staven. Er zijn niet alleen opmerkelijke verschillen in zorgconsumptie tussen herkomstgroepen, maar ook daarbinnen. Binnen de Marokkaanse bevolkingsgroep geldt dat voor zowel sekse als leeftijdsgroepen. Herkomst als verklaring is ontoereikend. Omdat lokale epidemiologische gegevens niet voor handen zijn, blijft het onduidelijk of het zorggebruik samenhangt met het voorkomen van psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Mogelijk ligt de verklaring in combinaties van factoren die per migrantengroep anders zijn en met de lokale context kunnen variëren. Dan zijn naast de reeds genoemde mogelijk andere factoren eveneens relevant zoals de stigmatisering van psychiatrische problematiek binnen de gemeenschap, de beschikbaarheid van sociale steunsystemen, de etnische infrastructuur en etnische dichtheid van de woonwijk, de beschikbaarheid en het gebruik van reguliere en niet-conventionele geneeswijzen in binnen- en buitenland, het verdwijnen van psychiatrische problematiek in het somatische circuit, verschillen in arbeidsparticipatie en contacten met verzekeringsartsen en de aanwezigheid van specifieke voorzieningen voor migranten of van hulpverleners met een migratieachtergrond. Deze factoren zijn in hoge mate lokaal van aard.

Het aandeel van patiënten van niet-Nederlandse herkomst is in de GGZ is in Rotterdam aanmerkelijk toegenomen. Dit geldt mogelijk ook voor het patiëntenbestand van doorgaans als ontoegankelijk beschouwde therapievormen. Omdat hier geen systematisch onderzoek naar gedaan is, moet ik volstaan met een enkel praktijkvoorbeeld ter illustratie. Uit de dossiers van 345 patiënten van de drie psychotherapie teams van het voormalige Bavo RNO Groep (Angst en Trauma, Relatie en Gezin en Inzichtgevende Behandeling) die in het eerste kwartaal 2006 ingeschreven zijn, bleek 35% allochtoon

te zijn volgens de gangbare definitie. Dit is min of meer conform met hun aandeel in de lokale bevolking in de leeftijd 20-64 jaar. Het hoge percentage is niet te verklaren uit de instroom van westers-allochtone patiënten en tweede-generatie migranten, aangezien 78% niet-westers allochtoon is en 82% van de eerste generatie. Pikant detail is, dat door onjuiste of onvolledige registratie volgens de gegevens van de zorgadministratie niet 35% maar slechts 19% van de ingeschreven patiënten van allochtone herkomst is. Onderzoek van registratiegegevens wees verder uit dat in de genoemde periode van alle patiënten in de ambulante zorg de feitelijke zorgconsumptie vergelijkbaar was. Niet-westerse allochtone patiënten hadden gemiddeld 13 contacten met hun hulpverleners, westers-allochtone 10 en autochtone 11 (Bogaards 2007).

Uit de PCR-gegevens is op te maken dat instroom niet meer het kernprobleem is voor elke migrantengroep. Dat psychische problemen ‘taboe’ zouden zijn onder allochtonen en de GGZ voor hen ontoegankelijk is, blijkt uit het zorggebruik niet voor alle migrantengroepen op te gaan. Ondergebruik van de zorg als argument voor interculturalisatie heeft maar beperkt gewicht. Op zijn minst kunnen hierbij vraagtekens gezet worden. Dit onderstreept nogmaals dat andere factoren dan herkomst (en in het verlengde cultuur en etniciteit) betrokken moeten worden in de verklaring van verschillen.

Voorbij het cultuurkloofdenken

Het denken en spreken in termen van allochtonen en autochtonen geeft niet alleen blijk van een culturele vooringenomenheid, maar betekent volgens Struijs en Wenink (2000: 59) ook een hindernis voor de analyse van de “complexe en kennelijk wat onwennige relatie tussen de GGZ en verschillende groepen allochtone cliënten”. Ondanks deze waarschuwende woorden overheersen in het interculturalisatiejargon generaliserende verwijzingen naar (niet-westerse) allochtone en herkomstsgroepen.

Onderzoek naar etnische verschillen in geestelijke gezondheid van Surinaamse, Marokkaanse en Turkse migranten (Kamperman 2005: 189) maakt duidelijk dat een belangrijke rol is weggelegd voor de klassieke determinanten van psychische gezondheid, zoals socio-demografische karakteristieken. Uit onderzoek onder jeugdigen (Zwirs et al. 2008: 8) komt naar voren dat prevalentie van psychiatrische stoornissen tussen allochtone en autochtone kinderen uit wijken met lage sociaal-economische status niet verschilt. De toenemende inter- en intra-etnische diversiteit in de afgelopen decennia alsook de overeenkomsten met de delen van de autochtone bevolking heeft consequenties voor de houdbaarheid van de culturele archetypen van ‘de allochtoon’, ‘de migrant’ en ‘de Marokkaan’.

De vraag is waarom in weerwil van statistiek en recent onderzoek indelingen op basis van land van herkomst het spreken over interculturalisatie blijven overheersen. Dat heeft mijns inziens van doen met het feit dat de tweedeling allochtoon/autochtoon onderdeel geworden is van het idioom van de interculturalisatie. Het is onderdeel van de taal waarin beleidsmakers en managers het probleem benoemen en inkaderen en het debat voeren. Ook hier is Nederland niet uniek in. Torres merkt in het beleid

ten aanzien van oudere migranten in Zweden een “pervasive problematisation” op. Oudere migranten worden als aparte categorie geconstrueerd, alhoewel ze feitelijk uit sterk verschillende groepen bestaan die weinig gemeen hebben. “These elders seem to become yet another ‘Other’ in Swedish society” (2006: 1341). De eenvoud van een in wezen depolitiserende ordening, gebaseerd op één onveranderlijk pre-migratie kenmerk en losgekoppeld van de sociale context, alsook de voortdurende reproductie en bevestiging ervan in media, beleid en statistieken dragen daar niet op de laatste plaats aan bij.

Het voortbestaan van deze argumentatie hangt verder samen met de vermarkting van de GGZ en de commodificatie van interculturalisatie. Het is een uitermate meetbaar en kwantificeerbaar gegeven, dat past in de rationalisering van de zorg en het principe van *managed care*. Interculturalisatie is ook handelswaar en moet verkocht worden. Velen – beleidsmedewerkers, onderzoekers, docenten, trainers – verdienen er hun brood mee. In de arena waarin beslist wordt over de verdeling van schaarse middelen en op de markt van zorg en welzijn, passen geen diepzinnige en fijnmazige argumentaties, maar eerder stellige en polariserende uitspraken. Dat doet overigens niets af van aan de inzet van vele professionals om goede zorg te bieden aan migranten, aan cultureel-andere.

Ik pleit voor een alternatieve voorstelling van de werkelijkheid. Deze is diffuser en gaat uit van differentiatie (verschil maken als proces) in plaats van differentie (verschillen als gegeven). Ze toont ons creoliserende culturen (Pinxten & De Munter 2006), meervoudige identificatie (Baumann 1999), toenemende intra- en interetnische diversiteit, meerdere acculturatieschakeringen – integratie, separatie, marginalisatie en assimilatie – naast elkaar binnen één etnische groep, maar ook gecombineerd in één persoon. Deze visie en de kritiek daarin verrat op het gebruik van het cultuurconcept is niet nieuw. Zo zijn volgens Edward Said “all cultures (..) involved in one another; none is single and pure, all are hybrid, heterogenous, extraordinarily differentiated, and unmonolithic” (1993: xxix).

De wereld die ik schets, is een wereld waarin herkomst niet het enige ordeningsprincipe is. In deze globaliserende wereld is volgens Gupta en Ferguson isomorfisme van ruimte, plaats en cultuur achterhaald. “(C)ultures’ and ‘peoples’ how persistent they may be, cease to be plausibly identifiable as spots on the map” (1993: 10). Op de eerste plaats zijn etnische gemeenschappen niet gesloten, zoals recente cijfers over gemengde huwelijken in Nederland laten zien. Ook als huwelijken binnen de eigen gemeenschap, zelfs binnen de eigen familie, regel heten te zijn, zoals in het geval van de Turkse en Marokkaanse migranten, komt in een aanzienlijk percentage van de huwelijken de herkomst van de partners niet overeen⁶ Op de tweede plaats is wat als identiteit en cultuur gepresenteerd en geïnterpreteerd wordt, context-afhankelijk (Baumann 1999). Marokkaanse jongeren in Rotterdam identificeren zich bijvoorbeeld als Marokkaans, Nederlands of Berber (Amazigh). De eerste groep neemt in omvang af; het aandeel van de laatste twee neemt toe (Entzinger & Dourleijn 2008: 154). Het gedrag van Marokkaanse hangjongeren is verder niet louter op grond van de afkomst in termen van de Marokkaanse cultuur van ‘daar’ of van ‘hier’ te verklaren. De straatcultuur in Nederlandse achterstandswijken speelt daarin eveneens een rol (De Jong 2007).⁷

Wie in demografische zin migrant is, identificeert zich niet per definitie in alle omstandigheden als zodanig. Ook als het gaat om herstel van te loor gegane tradities gaat niet om reconstrueren, maar om het opnieuw vormgeven in het heden (Laird 1997). “All ‘having’ of culture”, is immers volgens Baumann (1999: 92) “a making of culture, yet all making of culture will be portrayed as an act of reconfirming an already existing potential”. Het herfstfestival Mehregan dat Iraanse vluchtelingen in de USA organiseren, is hier volgens Ghorashi (2004) een voorbeeld van. Het is in deze vorm onbekend in Iran. In de Verenigde Staten is het onlosmakelijk verbonden met de vorming van een identiteit als Iraanse Amerikanen. Het verheerlijkt het verleden, maar is tegelijkertijd hybride door het imaginaire karakter en loskoppeling van de omgeving van origine. Het lijkt paradoxaal, maar “organizing cultural ceremonies (...) can be a way of inclusion in the new society” (Ghorashi 2004: 335).

Van dichotoom naar dimensionaal denken

De interculturalisatie in de GGZ vraagt om een andere beleidsmatige legitimering. Een dergelijke heroriëntatie is van belang, omdat ordeningen en classificaties implicaties hebben voor de aldus ingedeelde werkelijkheid (Dehue 2008: 62). Niet alleen creëren ze de ruimte waarbinnen het debat over toegankelijke en aansluitende gezondheidszorg gevoerd wordt, maar ook focussen ze de aandacht en zijn richtinggevend voor toewijzing van middelen, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoekprogramma's of ontwikkelprojecten.

Wat te doen? Hoezeer het na lezing van mijn betoog verwondering kan oproepen, gaat het er mij niet om het categoriseren, het gebruik van indelingen, te verwerpen. Voor zover dit al mogelijk is. Het ligt immers in de menselijke aard te categoriseren. “Without categorization, the complexity of the human social world might not be manageable at all”, stelt Jenkins (2000: 8). Ook wetenschappelijk onderzoek veronderstelt categoriseren. Evenmin mag mijn betoog opgevat worden als een pleidooi herkomst niet meer te registeren en als factor in onderzoek mee te nemen. Herkomst is naast en in combinatie met andere factoren een middel om verschillen in gezondheid en gezondheidszorg tussen sociale groepen en categorieën in kaart te brengen. Daarmee zijn ze echter nog niet verklaard.

Waar het mij wel om gaat, is het relativeren van categorieën en tweedelingen, en het voorkomen dat relatief simpele representaties van werkelijkheid met de werkelijkheid zelf verward worden. Evenzeer moeten we vermijden een dynamische sociale werkelijkheid als het ware te bevriezen en uitsluitend te beoordelen in het licht van één specifieke, onveranderlijke tweedeling, allochtoon versus autochtoon, en ordening van bevolkingsgroepen naar herkomst. Ten slotte moeten we de gedachte loslaten dat allochtonie – het herkomstgerelateerde anders-zijn – meer is dan een statistische constructie. Ik sluit mij hierin aan bij het rapport *Identificatie met Nederland* (2007), waarin de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid het grofmazig onderscheid allochtoon/autochtoon bekritiseert en contraproductief noemt. De Raad pleit onder meer voor functionele identificatie. Individuen hebben uiteenlopende functio-

nele bindingen en zijn meer dan alleen lid van een groep met een gedeelde herkomst. Verwijzing naar etnische identificatie acht ze niet altijd relevant.

De werkelijkheid is eerder multidimensionaal dan dichotoom. Wat nodig is in de interculturalisatie is diversiteitsdenken, waarbij herkomst, etnische identificatie en culturele repertoires niet vanzelfsprekend meer in elkaars verlengde liggen of aan elkaar worden gelijk gesteld en dominant zijn. In deze benadering zijn naast bio-medische en culturele andere factoren in de verklaring van gezondheidsverschillen evenzeer van belang, zoals gender, sociaal-economische status, opleiding, etnische identificatie en maatschappelijke participatie, steeds gezien in specifieke lokale contexten. In dit ecologisch perspectief zijn herkomstgroepen geen rekeneenheid meer, maar meervoudig bepaalde risicogroepen (zie ook Van Dijk et al. 2000). Nagegaan zou kunnen worden of bijvoorbeeld een intersectionele benadering nieuwe inzichten kan bieden. In studies naar de gezondheid van zwarte vrouwen in de Verenigde Staten komt naar voren dat etniciteit (*race*), gender en klasse niet los van elkaar gezien kunnen worden en gelijktijdig hun leven beïnvloeden. De benadering gaat uit van “the intersection of racism, sexism, and class relations in shaping differential health status and access to health care” (Morgen 2006: 406). In dit verband wijst Geiger (2006: 267) er op dat in de Verenigde Staten klassenverschillen in gezondheidsstatus binnen etnische groepen vaak groter zijn dan tussen etnische groepen. In de verklaring van verschillen in gezondheid en gezondheidszorg dienen met andere woorden verschillen in cultuur en etniciteit in samenhang gezien te worden met verschillen in gender en sociaal-economische status. De relevantie van etnische identiteit en cultuur voor de GGZ is daarmee geen vanzelfsprekend uitgangspunt meer, maar een punt van discussie. Het belang ervan dient niet gepostuleerd, maar aangetoond te worden. Dat maakt het mogelijk uit de impasse van de interculturalisatie te geraken, te zien waar wel of geen successen geboekt zijn en nieuwe strategieën te ontwikkelen geënt op de identificatie van specifieke risicogroepen in lokale contexten. Interculturalisatie moet verder gaan dan een differentiatie naar herkomst om bij te dragen aan een GGZ die *diversity proof* is.

Noten

Rob van Dijk is medisch antropoloog en werkzaam als consultant interculturele zaken voor Bavo Europort in Rotterdam. E-mail: robvandijk@tip.nl

De auteur dankt in het bijzonder Cathrien Dieperink (O3, Psychiatrisch Casusregister Rijnmond) voor het ter beschikking stellen van de data over zorgconsumptie en voor de inspirerende samenwerking bij de voorbereiding van de tekst, en Huub Beijers voor de kritische lezing van een eerdere versie.

- 1 Verschillen in gezondheid zijn maar in beperkte mate te verklaren door verschillen in gezondheidszorg. De belangrijkste determinanten van gezondheid zijn de sociale, fysieke, biologische, economische en politieke omgeving. Volgens Geiger (2006: 265) verklaren gezondheidszorg en leefstijl respectievelijk slechts 10% en 30% van de variaties in gezondheid.

- 2 Tussen 1998 en 2007 verschenen in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Tijdschrift voor Psychiatrie, Maandblad Geestelijke gezondheidszorg en Tijdschrift voor Psychotherapie 115 artikelen over de geestelijke gezondheid van en zorg aan migranten in Nederland tegen 67 in de tien jaar daarvoor.
- 3 Zo wijst Hans Hoogervorst, minister voor Volksgezondheid Welzijn en Sport erop dat allochtonen minder gebruik maken van de GGZ, maar vraagt zich in tegenstelling tot zijn voorganger Els Borst, af of dat wel zo'n probleem is. "Men lost de problemen op een andere manier op", zo stelt hij en vergelijkt hun leefstijl met de Nederlanders in de vijftiger en zestiger jaren (Verslag Algemeen Overleg vaste commissie voor VWS dd. 19 juli 2004).
- 4 Deze omslag is niet totaal; professionals blijven wijzen op de rol van maatschappelijke factoren. In het jaar dat het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving de term interculturalisatie introduceert, benadrukken de Riaggs in de grote steden in het manifest *Riaggs en migranten: de dilemma's* evenwel dat er bij "een groot aantal migrantengroepen sprake is van ernstige maatschappelijk bepaalde ziekte-veroorzakende factoren" die niet beïnvloedbaar zijn door de hulpverlening (Lenders 1990: 11) en waarschuwen voor psychiatrisering van maatschappelijke problemen.
- 5 De termen allochtonen en migranten verwijzen in het algemeen in de (geestelijke) gezondheidszorg niet zozeer naar een demografische categorie, maar naar een specifiek deel daarvan. Zo verwijzen ze zelden of nooit naar allochtonen of migranten van westerse herkomst.
- 6 In 2002 huwen 14% van de Turkse mannen en 11% van de Turkse vrouwen met een partner buiten de eigen gemeenschap. Voor de Surinaamse en Antilliaanse bevolkingsgroep liggen deze cijfers aanmerkelijk hoger. Antilliaanse vrouwen scoren het hoogst met 67% (Van Huis 2007).
- 7 Of het gedrag van de Marokkaanse randgroepjongeren nu samenhangt met de Marokkaanse cultuur of met de straatcultuur, verschillen de meningen lang etnische lijnen. Marokkaanse deskundigen, zoals Farid Azarkan, directeur van het Samenwerkingsverband van Marokkanen Nederland, verwijzen als verklaring vooral naar de straatcultuur; autochtone deskundigen, zoals antropoloog en criminoloog Hans Werdmölder, meer naar de Marokkaanse cultuur (Metro 16 september 2008).

Literatuur

- Baumann, G.
 1999 *The intercultural riddle. Rethinking national, ethnic, and religious identities*. London: Routledge.
- Bekker, M. & J. van Mens-Verhulst
 2008 *GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringsstudie in het kader van het ZonMW programma 'Etniciteit en gezondheid'*. Tilburg: Tilburg University.
- Bogaards, M.
 2007 *Omgevingsanalyse Bavo Europoort. Intern onderzoeksrapport*. Rotterdam: Bavo Europoort.
- Dehue, T.
 2008 *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.

- Dieperink, C., R. van Dijk & S. de Vries
 2007 Vijftien jaar GGZ gebruik door allochtonen: groei en diversiteit. Ontwikkelingen van in het zorggebruik in de regio Rotterdam 1990-2004. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62 (9): 710-21.
- Dijk, R. van, I. Boedjarath, J. de Jong, R. May & R. Wezenbeek
 2000 Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 55 (2): 134-45.
- Entzinger, H. & E. Dourleijn
 2008 *De lat steeds hoger. De leefwereld van jongeren in een multi-etnische stad*. Assen: Van Gorcum.
- Geiger, J.
 2006 Health disparities. What do we know? What do we need to know? What should we do? In: A. Schulz & L. Mullings (eds), *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 261-89.
- GGZ Nederland
 2007 *Jeugd-ggz breed beschikbaar. Ambities voor de jaren 2006-2008*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
 2008 *Culturele herkomst van cliënten in de GGZ en verslavingszorg*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Ghorashi, H.
 2004 How dual is transnational identity? A debate on the dual positioning of diaspora organizations. *Culture and Organisation* 10 (4): 329-340.
- Groen, S.
 2008 Een nieuwe versie van het culturele interview. *Cultuur Migratie Gezondheid* 5 (2): 96-104.
- Gupta, A. & J. Ferguson
 1992 Beyond 'culture': Space, identity and the politics of difference. *Current Anthropology* 7 (1): 6-24.
- Huis, M. van
 2007 Partnerkeuze van allochtonen. *Bevolkingstrends* (4e kwartaal): 25-32.
- Jenkins, R.
 2000 Categorization: identity, social process and epistemology. *Current Sociology* 43 (3): 7-25.
- Jong, J-D. de
 2007 *Kapot moeilijk. Een etnografisch onderzoek naar opvallend delinquent groepsge drag van 'Marokkaanse' jongeren*. Amsterdam: Aksant.
- Jongmans, D.
 1977 Gastarbeider en gezondheidszorg: conclusie. *Medisch Contract* 32 (16): 518.
 1978 Het denken over gezondheid en ziekte in Noord-Afrika. Een transcultureel perspectief. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 56: 805-808.
- Jongmans, D. & R.E. van Dijk
 1979 Psychosomatische ziekten bij gastarbeiders en bij het thuisfront. *Medicus Tropicus* 5: 1-7.
- Jonkers, M.
 2003 *Een miskende revolutie. Het moederschap van Marokkaanse vrouwen*. Amsterdam: Aksant.

- Kamperman, A.
2005 *Deconstructing differences in mental health between Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kleinman, A.
2005 *Culture and psychiatric diagnosis and treatment: what are necessary therapeutic skills? Trimboslezing 2005*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Koningsveld, P. van & W. Shadid
1983 Buitenlandse werknemers en de wetenschap van het kool. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61 (10): 351-53.
- Laird, J.
1997 Theorizing culture. Narrative ideas and practice principles. In: M. McGoldrick (ed), *Theorizing family therapy*. London: Guilford Press, pp. 20-37.
- Lakes, K., S. López & L. Garro
2006 Cultural competence and psychotherapy: applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (4): 380-96.
- Lenders, G.
2006 *Riaggs en migranten: de dilemma's*. Uitgave van de Riaggs in de vier grote steden. Utrecht: NVAGG.
- May, R.
1997 *Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse Riaggs 1989-1992*. Den Haag: Riagg Noordhage.
- Meer, Ph. van der
1976 *Problemen van Marokkaanse arbeiders. Cultuurverschillen en communicatiestoornissen*. Amsterdam: UVA.
1977 Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen. *Medisch Contact* 32 (16): 503-6.
1978 Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 122 (41): 1555-59.
- Mol, A.
2006 *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Morgen, S.
2006 Movement-grounded theory. Intersectional analysis of health inequities in the United States In: A. Schulz & L. Mullings (eds). *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 394-423.
- Osenbruggen, A. van & R. Boomstra
2006 *Quick scan interculturalisatie 2004*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Pinxten, R. & K. de Munter
2006 *De culturele eeuw*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
2000 *De interculturalisatie van de zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Riele, S. te
2008 Marokkanen hebben minder moeite met Nederlands dan Turken. *Webmagazine CBS* 22 september 2008.
- Said, E.
1993 *Culture and imperialism*. London: Chatto & Windus.

- Schrameijer, F.
 1983 *Migranten en geestelijke gezondheidszorg*. Conferentieverslag. Utrecht: NCGV.
- Snel, E.
 2003 *De vermeende kloof tussen culturen*. Oratie. Universiteit Twente.
- Struijs, A. & J. Wennink
 2000 *Allochtone cliënten en de geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Thomaes, K., A. Kaasenbrood & A. Krumeich
 1997 Turkse vrouwen en de kunst van het hulpzoeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 52 (5): 494-508.
- Torres, S.
 2006 Elderly migrants in Sweden. 'Otherness' under construction. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 32 (8): 1341-58.
- Vollebergh, W. et al.
 2003 *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Wennink, J., S. Huwae & R. Boomstra
 2003 *Monitoren van interculturalisatie in de GGZ en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
 2007 *Identificatie met Nederland*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wienese, I.
 1999 Als je huilt, kraken de botten in het graf. Rouw bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 54 (6): 616-29.
- ZonMw
 2003 *Bewijs voor verschil?* Den Haag: ZonMw.
 2008 *Signalement etniciteit en gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMW.
- Zwirs, B. et al.
 2008 Kinderen in achterstand. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij autochtone en allochtone kinderen. *Cultuur Migratie Gezondheid* 5 (1): 2-10.