

Marokkaanse migranten en hun geneesmiddelen

Hans Verrept

In deze bijdrage doet de auteur verslag van een onderzoek naar de manieren waarop Marokkaanse gezinnen in België omgaan met geneesmiddelen. Waar ze hun geneesmiddelen vandaan halen, welke kennis ze erover hebben, en hoe zij ze gebruiken, wordt besproken. Aan het einde van het artikel wordt gewezen op het belang van interculturele communicatievaardigheden voor artsen en op de nood aan aangepaste voorlichting over het veilig omgaan met geneesmiddelen in de Marokkaanse gemeenschap.

In onze geneeskunde neemt het geneesmiddel een zeer centrale plaats in.¹ Het correct en veilig gebruik van geneesmiddelen is alleen mogelijk indien de communicatie tussen arts en patiënt enigszins vlot verloopt. Gezien de beperkte kennis van het Nederlands (en vaak ook van het Frans) bij Marokkaanse migranten van de eerste generatie is het onwaarschijnlijk dat ze de uitleg van de arts of apotheker over hun geneesmiddelen volledig begrijpen. Het onderzoek waarover we hier rapporteren, wil inzicht verschaffen in de manieren waarop Marokkaanse migranten omgaan met geneesmiddelen.² We willen een beeld schetsen van de problemen die zich in dat domein voordoen en van de factoren die daarbij een rol spelen. Het is opvallend dat er tot nu toe maar weinig onderzoek specifiek naar deze problematiek is verricht. Nochtans doen ook resultaten van medisch-antropologisch, medisch-sociologisch en epidemiologisch onderzoek vermoeden dat de wijze waarop Marokkaanse migranten aan informatie over hun geneesmiddelen komen en de manieren waarop ze met medicatie omgaan, voor aanzienlijke verbetering vatbaar zijn. Verschillende onderzoekers hebben erop gewezen dat migranten meer dan Vlamingen/Nederlanders aan zelfmedicatie doen (Paes 1976; Van de Mierop, Peeters & De Muynck 1989). Het is mogelijk dat dat samenhangt met het feit dat migranten over het algemeen wat langer dan Vlamingen wachten met het raadplegen van een arts. (Schillemans & De Muynck 1984; De Muynck & Schillemans 1991). De latentieduur, de periode tussen het ontstaan van de klacht en het tijdstip van consultatie, blijkt in het bijzonder bij Marokkaanse mannen langer te zijn dan bij vergelijkbare Vlamingen. Globaal genomen consulteren Vlaamse mannen en vrouwen bovendien 1,5 maal meer de huisarts dan hun Marokkaanse geslachtsgenoten (De Muynck & Schillemans 1991). De risico's van zelfmedicatie zijn dat de zieke het probleem fout inschat en dus verkeerd behandelt, of dat hij wel een juiste kijk op het probleem heeft, maar door zijn gebrekkige kennis

van de (in huis of in de apotheek) beschikbare geneesmiddelen, toch een foutieve, mogelijk zelfs gevaarlijke behandeling ondergaat.

Uit de resultaten van ander onderzoek blijkt bovendien dat de artsentrouw bij migranten lager is dan bij autochtonen en dat zij meer aan 'medical shopping' (Spruit 1986) doen. Meerdere onderzoekers zijn de mening toegedaan dat dat een gevolg is van de gebrekkige communicatie tussen arts en 'migrant-patiënt'. Daardoor slaagt de arts er niet in de angst van zijn patiënt weg te nemen en vermindert het vertrouwen van de patiënt in de arts. Op die manier neemt de neiging toe om meerdere hulpverleners tegelijkertijd te raadplegen. Deze hypothese lijkt bevestigd te worden door de vaststelling van Schillemans, De Muynck & Saenen (1987) dat Marokkaanse patiënten zelfs een hogere vervolgsconsultatiefrequentie vertonen dan Vlaamse, indien in de praktijk voortdurend een Marokkaanse tolk aanwezig is. Deze gegevens suggereren dat in het bijzonder die patiënten die nauwelijks met hun arts en apotheker kunnen communiceren, het risico lopen om verschillende geneesmiddelen (afkomstig van verschillende artsen) door elkaar te gaan gebruiken. Precies doordat hun communicatieproblemen zo groot zijn, bestaat er een grote kans dat ze die geneesmiddelen dan ook foutief gaan gebruiken.

De resultaten van het weinige onderzoek dat specifiek rond het omgaan met geneesmiddelen door (Marokkaanse) migranten bestaat, bevatten eveneens aanwijzingen dat deze groep een hoog risico loopt voor wat betreft het verkeerd gebruik van medicatie. Spruit & Van de Kruijk (1982) stellen vast dat dertig tot veertig procent van de door hen bevraagde Nederlandse apothekers met migrantencliënten regelmatig tot vaak communicatieproblemen met Turkse en Marokkaanse migranten ervoeren. Wolffers (1986a en 1986b) wees er onder meer op dat Marokkaanse migranten van vakantie geneesmiddelen meebrengen die in Nederland en België slechts in zeer zeldzame gevallen voorgeschreven worden, vanwege de risico's die met het gebruik ervan verbonden zijn. Uit heel wat onderzoek blijkt bovendien dat Marokkaanse migranten frequent hulp zoeken bij alternatieve genezers (Hermans 1991; Peeters 1983).

Doelstellingen van het onderzoek

Naast het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek rond het omgaan met geneesmiddelen door Marokkaanse migranten vormde de bezorgdheid van huisartsen en andere hulpverleners, van mensen in het migrantenwerk en van heel wat migranten zelf, voor ons de belangrijkste reden om dit onderzoek uit te voeren. Peeters (1983) en Cammaert (1985) hebben erop gewezen dat veel Marokkanen bang zijn voor de mogelijke negatieve gevolgen van het (verkeerd) gebruik van medicatie. Hermans (1991) stelt dat vijf procent van de Marokkanen met psychische problemen in zijn onderzoek klachten wijt aan het verkeerd of overdadig gebruik van geneesmiddelen.

Met ons onderzoek willen we concrete informatie verkrijgen over de volgende vragen:

1. Waar komen de gebruikte geneesmiddelen vandaan (arts, apotheker, vrienden)?
2. In welke mate zijn de onderzoekspersonen op de hoogte van het doel van de gebruikte geneesmiddelen, het te verwachten effect, de gebruikswijze, de mogelijke nevenwerkingen en risico's die met het gebruik ervan verbonden zijn? Waar halen ze hun informatie over de gebruikte geneesmiddelen vandaan?

3. Hoe gebruiken ze de medicatie in de praktijk: toedieningswijze, therapietrouw, wijze van bewaren, wijze van omgaan met oude geneesmiddelen, enzovoort?
4. Welke alternatieve geneesmiddelen worden gebruikt en welke alternatieve genezers worden geconsulteerd? Hoe beïnvloedt dit circuit het gebruik van geneesmiddelen?

We hebben ons bij ons onderzoek laten inspireren door het werk van Stimson (1974) en Helman (1990), en door het onderzoek dat de laatste jaren in de farmaceutische antropologie in verband met het gebruik van geneesmiddelen in de derde wereld verricht is.³ De genoemde auteurs hebben erop gewezen dat geneesmiddelen niet in een 'thoughtless vacuum' (Stimson 1974) gebruikt worden, maar dat patiënten er allerlei opvattingen en attitudes ten aanzien van medicatie op na houden. Het gebruik van geneesmiddelen gebeurt evenmin in een sociaal en cultureel vacuüm. Ziekte en gezondheid vormen in de meeste gemeenschappen immers een belangrijk thema in de contacten tussen mensen. Elke cultuur houdt er eigen ideeën op na over welke soort behandelingen er bij welke soort problemen past. Behandelingen voorgesteld door artsen worden doorgaans binnen het netwerk van de patiënt besproken en beoordeeld (en soms ook te licht bevonden). Het is een van de doelstellingen van dit onderzoek om een stuk van de opvattingen en processen die mede aan de basis liggen van het omgaan met geneesmiddelen in de Marokkaanse gemeenschap in Antwerpen en Brussel, zichtbaar te maken.

Methode

Samen met huisartsen van het Centrum Huisartsgeneeskunde van de Universitaire Instelling Antwerpen werd ten tijde van het vooronderzoek een lijst van relevante vragen in verband met het gebruik van geneesmiddelen opgesteld. Deze vragenlijst werd als leidraad voor de interviews gebruikt. In de periode tussen maart '91 en februari '92 werden 45 gezinnen geïnterviewd. In 29 gezinnen werden we geïntroduceerd door een van de behandelende huisartsen, met 13 andere gezinnen werd contact gelegd via Dar Al Amal, een centrum voor Marokkaanse vrouwen in Brussel. Een drietal gezinnen werd benaderd via een avondschool waar het gezinshoofd Nederlandse taallessen volgde. De meeste interviews werden afgenomen met een vrouwelijke tolk.

Na het stellen van de vragen in verband met persoons- en gezinsvariabelen, werd gevraagd alle geneesmiddelen die men in huis had, bij elkaar te brengen en te tonen. Uit het verloop van meerdere interviews is gebleken dat nogal wat gezinnen geneesmiddelen om uiteenlopende redenen achterhielden, of althans van plan waren dat te doen. Daaruit kunnen we besluiten dat we in geen geval een volledig beeld hebben van de geneesmiddelen die in de betrokken gezinnen gebruikt werden. Een groep geneesmiddelen die zelden getoond werd, waren de anticonceptiva. Veelgebruikte middelen zoals Aspro, Perdolan en Sedergine kwamen vaak pas te voorschijn nadat we er expliciet om gevraagd hadden. In de voorstelling van nogal wat informanten blijken ze niet als 'echte' geneesmiddelen beschouwd te worden, maar zitten ze ergens op de grens tussen geneesmiddel, huismiddeltje en (helaas) snoep. Informanten toonden, overigens vaak niet zonder een zweem van trots, spontaan vooral geneesmiddelen voor de behandeling van zware en chronische aandoeningen.

De bijeengebrachte geneesmiddelen werden op de salontafel gelegd, en de geneesmiddelen die men tijdens de laatste twee weken gebruikt had, werden in detail besproken.

We besteedden veel aandacht aan de verklaringsmodellen van de informant en zijn omgeving, en aan alternatieve geneeswijzen en genezers. Aan het einde van het interview stelden we een reeks vragen over het omgaan met geneesmiddelen in het algemeen.

Stimson (1974) heeft erop gewezen dat er in onze geneeskunde een 'morele' norm bestaat dat de patiënt moet doen wat de dokter hem voorschrijft. Uiteraard zijn ook onze informanten zich ervan bewust dat je eigenlijk moet doen wat de arts zegt. Bovendien werden wij in een groot aantal gezinnen door een behandelend huisarts geïntroduceerd en door de informanten nogal eens als een 'vriend' van de arts beschouwd. Deze factoren leidden ertoe dat de kans dat we vooral 'sociaal wenselijke' antwoorden zouden krijgen, in het bijzonder over een thema als therapietrouw, relatief groot was.

Door middel van een aantal technieken hebben we geprobeerd om de kans op het verkrijgen van correcte informatie te verhogen. Zo werden vragen over therapietrouw gesteld nadat men zijn oordeel over het betrokken geneesmiddel gegeven had. Was men ontevreden, dan vroegen we of het in dat geval niet beter zou zijn om het gebruik van het geneesmiddel te staken. De vraag of men de richtlijnen van de arts volgde, werd ook vaak gekoppeld aan vragen over de vakantie in Marokko: de meeste oudere informanten zeiden dat ze zich daar veel beter voelden, en we vroegen hun dan meteen of ze hun geneesmiddelen daar dan wel nodig hadden. Beide strategieën leidden ertoe dat de meeste informanten ons open vertelden welke adviezen van de arts ze wel en niet opvolgden.⁴

Informanten die beweerden nooit gebruik te maken van alternatieve geneeswijzen, vroegen we om verheldering bij het verhaal van andere informanten die ons wel over hun contacten met de alternatieve sector verteld hadden. Deze strategie leidde er nogal eens toe dat dergelijke informanten uiteindelijk toch over de eigen ervaringen met alternatieve geneeswijzen gingen vertellen.

Van elk interview werd een uitgebreid verslag gemaakt, dat besproken werd met een huisarts van het Centrum Huisartsgeneeskunde (en in vrij veel gevallen ook met de behandelende huisarts). We verwerkten het materiaal daarna met Textbase Alpha, een computerprogramma voor de verwerking van kwalitatieve onderzoeksgegevens.

Om de betrouwbaarheid van ons materiaal te verhogen, hebben we niet uitsluitend door middel van interviews informatie verzameld. Onze contacten met de interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg van het Vlaams Centrum Integratie Migranten (VCIM), en met heel wat artsen die veel migranten onder hun cliëntèle tellen, waren erg waardevol voor ons onderzoek. Omdat we een relatief groot aantal informatiebronnen bij de gegevensverzameling combineerden, zijn we ervan overtuigd dat onze onderzoeksresultaten een vrij nauwkeurig beeld geven van het omgaan met geneesmiddelen door de onderzoeksgroep.

Onderzoekspopulatie

Voor we de resultaten van ons onderzoek voorstellen, geven we hier een korte beschrijving van onze onderzoekspopulatie. Tweeëndertig gezinnen wonen in Groot-Antwerpen (hoofdzakelijk in Borgerhout en Hoboken), de andere dertien wonen in Brussel. Het overgrote deel van de informanten is afkomstig uit de rurale gebieden en de grote steden van Noord-Marokko. De gezinshoofden zijn gemiddeld 48 jaar, hun echtgenotes 42. De meerderheid van de gezinshoofden verblijft langer dan 20 jaar in België. Gemiddeld

heeft men 5,7 kinderen. Meer dan de helft van de mannelijke informanten is werkloos, met vervroegd pensioen of invalide. De meeste andere gezinshoofden werken als arbeider, veelal in de zware metaalnijverheid of in de levensmiddelensector. Hun echtgenotes gaan meestal niet uit werken. De meeste informanten wonen in de directe omgeving van familieleden en vrienden uit Marokko. Contacten met Vlamingen/Brusselselaars zijn beperkt: het sociale leven speelt zich bijna helemaal onder Marokkanen van de eigen etnische groep en streek af. Vergelijking met een aantal persoons- en gezinsgegevens uit een survey-onderzoek dat in 1985 in Hoboken uitgevoerd werd (Eylenbosch & Peeters z.d.), geeft aanwijzingen dat onze populatie vrij representatief is voor de Marokkaanse gemeenschap in België. Dat onze informanten erg weinig contact hebben met de gastsamenleving, is voor de bestudeerde problematiek van belang: de kans dat hun opvattingen over ziekte en hun behandelwijze op korte termijn zullen veranderen, wordt er door verkleind.

In de volgende paragrafen stellen we de belangrijkste bevindingen van ons onderzoek voor. Daarbij behandelen we achtereenvolgens de herkomst van de gebruikte geneesmiddelen, kennis van en bronnen van kennis van geneesmiddelen, en het gebruik ervan. We besteden eveneens aandacht aan de risico's, verbonden aan het geobserveerde gedrag. We illustreren een en ander aan de hand van drie casussen die we uitgebreid beschrijven om de 'context' waarbinnen de geneesmiddelen gebruikt worden te verduidelijken.

Herkomst van de gebruikte geneesmiddelen

Aan alle informanten werd gevraagd waar ze de gebruikte geneesmiddelen vandaan gehaald hadden. De belangrijkste 'bronnen' van geneesmiddelen bleken *de apotheker* (vaak na consultatie van een arts), *de huisapotheek* en *het sociale netwerk* te zijn.⁵ Het valt sterk op dat een groot aantal informanten voor de behandeling van een of meerdere klachten geneesmiddelen in hun bezit heeft die voorgeschreven zijn door meerdere huisartsen die simultaan geraadpleegd werden.⁶ Dat is in het bijzonder het geval bij patiënten met vage en chronische klachten. Die klachten lijken vaak het gevolg te zijn van problemen op psychosociaal gebied.

De huisapotheek blijkt de belangrijkste bron van geneesmiddelen voor de behandeling van klachten die men zelf als niet te ernstig beoordeelt. In bijna alle gezinnen beschikt men over aanzienlijke voorraden: 35 verschillende geneesmiddelen is geen uitzondering, in enkele gevallen had men meer dan 100 doosjes (bewaard in een klein model wasmand). Het zijn vaak wat oudere of volwassen kinderen die deze 'collectie' geneesmiddelen ("waarmee men bijna alles kan behandelen") beheren en er hun ouders en jongere broers en zussen mee behandelen.

Uit ons onderzoek blijkt eveneens dat *het sociale netwerk* een belangrijke bron van geneesmiddelen is. Zowat alle geïnterviewde gezinnen wisten ons te vertellen dat zij nooit geneesmiddelen doorgeven, "maar dat andere Marokkanen dat wel heel vaak doen". Zelf doen ze daar niet aan mee "omdat het gevaarlijk is". Uit deze uitspraken, die van de interculturele bemiddelaars van het VCIM en andere bevoorrechte getuigen, en de verhalen van een beperkt aantal gezinnen die een minder stereotiep antwoord op onze vraag over het doorgeven van geneesmiddelen gaven, kunnen we met erg grote waarschijnlijkheid stellen dat het doorgeven van geneesmiddelen een van de grote problemen is in het omgaan met geneesmiddelen in de Marokkaanse gemeenschap.

Uit het voorgaande volgt dat slechts een fractie van het gebruik van geneesmiddelen in overleg met een professionele hulpverlener gebeurt.⁷ Het veelvuldig gebruik van geneesmiddelen uit de huisapotheek en afkomstig uit het sociale netwerk is waarschijnlijk verbonden met de opvatting dat hulp in de eerste plaats verstrekt wordt door mensen die tot het eigen netwerk behoren. Hulp afkomstig van buitenstaanders heeft in de ogen van de Marokkaanse migrant soms iets verdachts: hij kan ze moeilijk plaatsen binnen de context van zijn eigen cultuur (Eppink 1981). Het doorgeven van geneesmiddelen moet dan ook beschouwd worden in het licht van het uitwisselen van diensten in het algemeen, dat in de opbouw en het in stand houden van het sociale netwerk een centrale rol speelt (Haleber 1990).

Kennis en bronnen van kennis van geneesmiddelen

Voor wat de eigenlijke kennis betreft, gaan we na of de patiënt op de hoogte is van het *doel van de gebruikte geneesmiddelen* en of hij zich bewust is van mogelijke *nevenwerkingen*. We gaan ook kort in op de *verwachtingen van het effect van de medicatie* en de kennis van de *vervaldatum*. Daarna geven we een beschrijving van de bronnen van kennis van geneesmiddelen. @subkop = *Doel van de gebruikte geneesmiddelen*

De meeste onderzoekspersonen bleken goed op de hoogte te zijn van het doel van de gebruikte geneesmiddelen en van de ziekten waarvoor ze die aanwendden. Toch vergist men zich in vijf van de vijfenveertig gezinnen radicaal in het doel van een of meerdere geneesmiddelen. Daarbij moeten we er ons van bewust blijven dat het hier uitsluitend vergissingen betreft in verband met geneesmiddelen die men tijdens de laatste twee weken gebruikt heeft. We mogen derhalve concluderen dat dergelijke vergissingen frequent voorkomen. Ter illustratie hieronder de casus van Mina, een vereenzaamde 62-jarige, gescheiden vrouw, die door een reeks van artsen voor diverse chronische aandoeningen behandeld wordt.

Casus: Mina

Mina woont boven een groentewinkel in Hoboken, waar ze over drie kamertjes beschikt die zeer armoedig ingericht zijn. Ze is bijna volledig geïsoleerd: regelmatige contacten bestaan er enkel met de verpleegster die haar dagelijks insuline inspuit, en met een huisarts die haar elke week komt opzoeken.

Mina lijdt aan suikerziekte, heeft last van maag- en darmklachten, duizelingen, misselijkheid, slapeloosheid, hypertensie, een huidziekte tussen de tenen, zware hoofdpijn en voelt zich altijd zeer gespannen. Enkele jaren geleden heeft ze een embolie gehad: als gevolg daarvan moet ze ook nu nog een bloedverdunnend middel nemen. Ze heeft bovendien de indruk dat ze ten gevolge van haar suikerziekte haar spraak aan het verliezen is.

Ze gebruikt twaalf verschillende geneesmiddelen: ze zegt zelf dat ze wel eens in de war geraakt. Ze vergist zich in het doel van vier van de gebruikte geneesmiddelen. Ze is ervan overtuigd dat Acenterine en Persantine aan haar voorgeschreven werden om te kalmeren: in werkelijkheid kreeg ze deze middelen na haar embolie, om de kans op een nieuwe embolie te verkleinen.

Tijdens een recente opname in het ziekenhuis mocht ze deze middelen niet innemen, wat volgens haar tot aanzienlijke nervositeit leidde. Mina denkt dat men haar in het ziekenhuis Buscopan Compositum gaf om haar rustiger te maken: dit geneesmiddel werd

haar waarschijnlijk gegeven voor de behandeling van zware darmklachten. Sedert ze uit het ziekenhuis ontslagen is, wisselt Mina af tussen Acenterine, Persantine en Buscopan Compositum: "ze hebben toch hetzelfde effect", wat ze inneemt hangt van het toeval af. Tot enkele dagen voor het interview gebruikte Mina ook Synalar Bi-Otic, tegen de pijn in haar oren "ten gevolge van haar hoge bloeddruk". Ze voelt het in haar oren 'bonken' door die hoge bloeddruk. Het middel werd haar voorgeschreven voor de behandeling van een oorontsteking.

Naast de vijf gezinnen die zich volledig in het doel van een of meerdere geneesmiddelen vergissen (en de geneesmiddelen dan ook verkeerd gebruiken), zijn er enkele die alleen een vaag, maar niet volledig onjuist, beeld van de aandoening hebben waarvoor ze behandeld worden. Zo vertelt een informante ons dat ze Butozolidini 200 gebruikt voor een probleem met haar bloed, "dat niet goed stroomt". Ze heeft soms last van kou en pijn in de ledematen. Wanneer ze pijn heeft, neemt ze haar geneesmiddel in, dan voelt ze de bloedvaten weer 'soepel' worden. Deze informante lijdt aan reuma. Haar kijk op haar probleem hoeft een correct gebruik van haar medicatie niet in de weg te staan.

De strategie van veel migranten van de eerste generatie om met een kind als tolk naar de arts te gaan, lijkt redelijk succesrijk te zijn: de meeste informanten weten tenminste ongeveer voor welke aandoening ze behandeld worden. Ze blijken ook tamelijk goed geïnformeerd te zijn over de te nemen dosis en de toedieningswijze. Eén informante bleek in het verleden wel een reeks ovulen oraal ingenomen te hebben.

Nevenwerkingen

Een belangrijk aspect van de kennis van gebruikte geneesmiddelen is dat van de mogelijke nevenwerkingen. Onze onderzoekspersonen zijn zich zeer goed bewust van de mogelijke gevolgen van het gebruik van geneesmiddelen voor de maag. Zowat alle informanten weten dat het overdadig gebruik van geneesmiddelen schadelijk kan zijn. Hoe deze wetenschap zich tot het eigenlijke gedrag verhoudt, komt later aan bod. Wat overigens sterk opvalt is dat nogal wat informanten er veel minder van overtuigd zijn dat onderdosering ook tot problemen kan leiden: het vroegtijdig staken van de behandeling wordt integendeel vaak als een vorm van preventie beschouwd, wat frequent tot verkeerd gebruik van antibiotica leidt.

Een tekort aan kennis van de mogelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen blijkt vooral bij diabetici te bestaan. Dat ze, wanneer ze te lang wachten met eten, beginnen te trillen en zich zeer zwak gaan voelen (of zelfs het bewustzijn verliezen), wordt door vrijwel al onze informanten met diabetes beschouwd als een teken dat het geneesmiddel vergif is, of dat het te zwaar is. Deze onvoorziene nevenwerkingen leiden bij diverse informanten tot het staken van een behandeling voor diabetes.

Verwachtingen van het effect van medicatie

Men heeft vaak te hoge verwachtingen van het effect van een geneesmiddel. Men verwacht van de westerse geneeskunde een snelle en efficiënte behandeling (Janssen, Lammers e.a. 1989; Hermans 1991) en kan moeilijk aanvaarden dat voor de behandeling van bepaalde chronische aandoeningen levenslang geneesmiddelen ingenomen moeten worden. In dergelijke gevallen zal men steeds weer andere artsen of genezers consulteren die het probleem wel 'echt' kunnen oplossen. Enkele informanten brengen dit gedrag in

verband met een uitspraak van de Profeet dat er voor alle aandoeningen, met uitzondering van de ouderdom, een therapie bestaat (zie ook Elbanna 1981).

Vervaldatum

Kennis van de vervaldatum, of meer algemeen van de beperkte houdbaarheid van geneesmiddelen is erg belangrijk voor het veilig gebruik ervan. Vrijwel alle informanten zijn zich ervan bewust dat geneesmiddelen na een tijd niet meer gebruikt mogen worden. Een groot aantal weet ook dat er zoiets als een vervaldatum op de verpakking staat. Wanneer we echter vragen naar de vervaldatum van een bepaald geneesmiddel, kan men die vaak niet vinden of niet interpreteren.

Bronnen van kennis van geneesmiddelen

Voor wat betreft bronnen van kennis van geneesmiddelen stellen we vast dat *arts en apotheker* ook voor onze onderzoekspersonen erg belangrijk zijn. Oudere informanten gaan meestal in het gezelschap van een niet-professionele tolk (kind, echtgenoot, kennis) naar de arts. Ze lijken zeer beperkte eisen aan de communicatie met de hulpverlener te stellen: ze zijn tevreden als ze begrijpen hoeveel pillen ze op welk ogenblik moeten innemen. Slechts een kleine minderheid zegt ooit om uitleg bij arts of apotheker gevraagd te hebben. Ze zijn ervan overtuigd dat hun *kinderen of kennissen* eventuele onduidelikheden rond het gebruik van het geneesmiddel wel zullen ophelderen. Aan hen wordt gevraagd de bijsluiter te lezen, of te vertalen wat de apotheker op de verpakking geschreven heeft. Daarbij dient opgemerkt dat de Belgische bijsluiters 'no milk for babies' zijn: de leesbaarheid ervan is ongemeen laag. Daardoor is de kans op verkeerde interpretatie van de tekst groot, wat gezien de sleutelrol van de bijsluiters bij zelfmedicatie reële risico's inhoudt.

Binnen de *netwerken* van de informanten circuleert veel fragmentarische 'medische' kennis die het gebruik van de geneesmiddelen sterk beïnvloedt. Dit werd onder meer duidelijk uit de vragen, gesteld tijdens een voorlichtingsmiddag over geneesmiddelen voor Marokkaanse vrouwen, die we in het kader van dit onderzoek organiseerden. Oudere migranten krijgen door hun beperkte kennis van het Nederlands vrijwel nooit directe (onvertaalde) informatie over hoe ze geneesmiddelen moeten gebruiken. De kinderen spelen een centrale rol in het doorgeven van de meeste informatie. Helaas zijn zij vaak niet in staat tot betrouwbaar vertaalwerk. Sommigen van hen zijn zich daar gelukkig van bewust.

Gebruik van geneesmiddelen

In het voorgaande hebben we een aantal aspecten van de kennis van Marokkaanse migranten van geneesmiddelen besproken. Zoals te verwachten is, leidt die kennis niet altijd tot de gewenste wijze van omgaan met medicatie. Dit suggereert dat onze informanten voor bepaalde aspecten wel de mening van de arts/hulpverleners kennen, maar er niet helemaal van overtuigd zijn dat die ook juist, waardevol en serieus te nemen is. Zo weet men – of zegt men te weten – dat het doorgeven van geneesmiddelen gevaarlijk is, maar men doet het toch veel. De voordelen die daaraan verbonden zijn, lijken zwaarder te wegen dan de risico's. We behandelen hier achtereenvolgens: *het (op eigen initiatief)*

dooreen gebruiken van verschillende geneesmiddelen, zelfmedicatie, therapietrouw, het onderscheiden en het bewaren van (oude) geneesmiddelen.

Dooreen gebruiken van geneesmiddelen

We hebben er hiervoor op gewezen dat Marokkaanse migranten, doordat ze nogal eens meerdere hulpverleners parallel consulteren, heel wat verschillende geneesmiddelen in hun bezit krijgen voor de behandeling van een klacht. Daarnaast putten ze vaak nog uit de huisapotheek en krijgen ze nog geneesmiddelen van vrienden of familie. De risico's, verbonden met het op eigen houtje combineren van al die geneesmiddelen, zijn niet onaanzienlijk, zoals uit het hieronder voorgestelde geval blijkt.

Casus: Aisha

Aisha is een 45-jarige Berberse vrouw. Ze kwam zeven jaar geleden naar België en werd acht maanden later ziek. Ze heeft zeven kinderen waarvan er slechts één getrouwd is. Een dochter werkte een tijd als prostituée en het is niet onmogelijk dat het gezin mede daardoor enigszins geïsoleerd geraakt is. Ze hebben maar weinig contact met familie en zien ook weinig mensen uit de eigen streek. De echtgenoot gaat zelden naar de moskee.

Aisha lijdt onder vage psychosomatische en motorische problemen. Ze heeft overal pijn (in het bijzonder in de rug), is soms zo draaijerig dat ze de mensen op straat niet meer kan herkennen, is misselijk en heeft op ogenblikken dat de spanningen in het gezin hoog oplopen hart- en maagklachten, waarvoor ze verschillende keren in het ziekenhuis in observatie is geweest. Ze onderging een hysterectomie, zonder dat daar eigenlijk duidelijke indicaties voor bestonden.

Aisha toont ons tijdens het interview zes geneesmiddelen, die van vier verschillende huisartsen afkomstig blijken te zijn. Het gaat om Isomeride (om haar te helpen wat gewicht te verliezen), Motilium (tegen de misselijkheid, anders heeft ze geen eetlust), Perdolan Mono (tegen alle mogelijke pijnen), Calcium Sandoz forte (tegen osteoporose), Wylaxine (laxativum zogenaamd tegen constipatie, maar waarschijnlijk ook gebruikt om af te slanken) en Rubalgan (tegen pijn in de nek). Bovendien heeft ze een huisarts bereid gevonden haar maandelijks een inspuiting met vrouwelijk hormoon te geven. Deze inspuitingen zijn volgens een andere huisarts overbodig aangezien Aisha slechts een gedeeltelijke hysterectomie onderging (de ovaria werden niet weggenomen).

Aisha neemt haar medicatie zeer onregelmatig in ("wanneer ik eraan denk"), en weet niet zo goed hoeveel ze van elk produkt moet innemen. Ze verveelt haar kinderen met haar voortdurende vraag naar informatie over de geneesmiddelen. Die maken zich dan kwaad en zeggen dat ze toch geen dokter zijn: "Hoe kunnen wij dat nu weten". In Marokko neemt ze geen geneesmiddelen in, ze voelt zich daar goed en kan daar 'alles' doen, uitgaan, werken, enzovoort.

Regelmatig gooit ze in woede al haar geneesmiddelen weg, "omdat ze toch niets uithalen". "Zelfs Perdolan Mono heeft bijna geen effect." Na zo'n opruimactie beginnen haar bezoeken aan verschillende huisartsen opnieuw. In de vier dagen vóór het interview had Aisha drie huisartsen geconsulteerd, een daarvan "omdat ze aan het sterven was", zoals ze het met de nodige dramatiek beschrijft. De behandeling tegen het sterven bestond uit Isomeride (een eetlustremmer).

Net als de meeste andere informanten vertelt Aisha de huisartsen niet dat ze ook andere artsen consulteert. Evenmin brengt ze hun op de hoogte van de geneesmiddelen die ze op dat ogenblik al gebruikt. De combinatie die Aisha op het ogenblik van het interview

inneemt, is niet echt gevaarlijk (wel absurd: een eetlustremmer en een produkt om haar eetlust op te wekken). Het is uiteraard niet ondenkbaar dat ze bij ernstige ziekte werkelijk gevaarlijke 'cocktails' zou gaan innemen.

De goedbedoelde raadgevingen van familieleden, vrienden en kennissen ondersteunen het tegelijkertijd consulteren van meerdere hulpverleners, en bevorderen indirect het dooreen gebruiken van geneesmiddelen. Vaak worden specialisten geraadpleegd zonder dat de huisarts daar naar verwezen heeft. Voor veel van onze informanten heeft geen enkele medische hulpverlener nog enig overzicht van de klachten waarvoor ze allemaal behandeld worden, laat staan op welke wijze en door wie dat gebeurt. Een gezin (twee volwassenen, vier kinderen) consulteerde ten minste negen artsen: daarbij dient opgemerkt dat in dit gezin tot nu toe geen zware ziekte vastgesteld werd, wel een sterk gevoel van 'onwel-zijn' bij de moeder.

Zelfmedicatie

Langdurige zelfmedicatie is een normaal verschijnsel. Veel informanten behandelen zichzelf al jarenlang met vrij verkrijgbare of uit Marokko meegebrachte geneesmiddelen die hun door familie of vrienden aanbevolen werden. Sommigen behandelen al meer dan tien jaar een chronisch probleem, meestal met behulp van pijnstillers ("middelen die alles genezen") of laxativa (vaak als "pillen voor de lever" omschreven). Zelfmedicatie met middelen voorradig in de huisapotheek, is ongetwijfeld de belangrijkste vorm van lekenbehandeling bij Marokkaanse migranten (zie ook Peeters 1983).

Therapietrouw

Volgens hulpverleners zijn Marokkaanse migranten weinig 'therapietrouw'. Dat dit niet helemaal ten onrechte is, zal uit het vervolg blijken. We willen er vooraf wel op wijzen dat enkele gezinnen in onze studie ware modelgezinnen zijn op het gebied van medicatie: ze volgen de richtlijnen van de arts en apotheker nauwkeurig op. Bovendien bestaat er veel onderzoek dat aantoonde dat terapietrouw in het algemeen gering is in onze geneeskunde (Helman 1990). In onze onderzoekspopulatie wordt de terapietrouw veelvuldig negatief beïnvloed door de *verklaringsmodellen van de patiënt*, zijn *definitie van ziek zijn*, de (vermoede) *nevenwerkingen* van geneesmiddelen, de *ontevredenheid over de behandeling* en het *aanwenden van alternatieve geneeswijzen*. We gaan hier niet in op de invloed van nevenwerkingen van geneesmiddelen en ontevredenheid over de behandeling, omdat we geloven dat Marokkaanse migranten zich wat betreft die aspecten nauwelijks van Vlaamse/Nederlandse patiënten onderscheiden. Voor de andere elementen is dat wel het geval.

We illustreren de invloed die uitgaat van de verklaringsmodellen en ziekte-definitie van onze informanten aan de hand van een typerende casus.

Casus: Fatima

Fatima is moeder van elf kinderen waarvan er twee in Marokko overleden zijn. In Marokko was ze "altijd gezond". De problemen zijn in België begonnen. Fatima heeft suikerziekte die onder controle gehouden wordt met Daonil en Glucophage forte en een dieet waar ze zich strikt aan houdt (ze drinkt muntthee zonder suiker). Haar suikerziekte leidde al enkele keren tot hospitalisatie. Op het ogenblik van het interview is het ramadan. Hoewel ze erg ziek is, vast ze toch mee.

Wanneer we haar vragen of zij tevreden is over het effect van de voorgeschreven geneesmiddelen, beklemtoont zij vooral dat ze absoluut onmisbaar zijn. Het is zelfs uitgesloten dat zij ooit andere geneesmiddelen voor de behandeling van haar diabetes in zou nemen. Zij vertelt ons dat ze een keer zonder Daonil en Glucophage forte zat op een ogenblik dat de tolk niet in de praktijk aanwezig was. 'Haar suiker' was toen gestegen tot 320, zij had zware hoofdpijn en het gevoel dat zij uit elkaar zou springen. Na dit verhaal vertelt zij ons tot onze niet geringe verbazing dat zij haar geneesmiddelen tegen de suikerziekte wel naar Marokko meeneemt, maar ze daar niet gebruikt.

Een en ander wordt duidelijker wanneer we haar vragen wat haar suikerziekte veroorzaakt. De belangrijkste factor blijkt het verblijf in België te zijn, in het bijzonder het kille klimaat. De suikerziekte verergert bovendien door emoties. Als ze zich druk maakt, stijgt het suikergehalte in haar bloed. Schreeuwen en ruzie maken versterken in België in belangrijke mate het probleem. Fatima beklemtoont overigens nog dat ze tevreden is met haar man en haar kinderen.

Opvallend in het verhaal van Fatima is het accent dat ze legt op het verblijf in België. Dat ze zich hier niet goed voelt, is voor haar een teken van haar suikerziekte, die op zijn beurt weer een gevolg is van het koude klimaat in ons land. Dat ze zich goed voelt in Marokko wordt door haar geïnterpreteerd als een bewijs van een, weliswaar tijdelijk, herstellen van haar ziekte.⁸

Het idee dat ziekte altijd voelbaar is (cf. *ziektedefinitie*) en dat subjectieve gewaarwordingen een betrouwbare aanduiding zijn van de gezondheidstoestand, vonden we bij erg veel informanten terug. Het al dan niet innemen van geneesmiddelen is bij deze patiënten vaak afhankelijk van hun stemming. In dit verband is het van belang erop te wijzen dat zowat alle informanten van de eerste generatie de indruk hebben dat ze in Marokko gezonder zijn dan hier. Ze verwijzen slechts sporadisch naar psychische omstandigheden die ertoe leiden dat ze zich hier minder goed voelen en/of ziek worden. Veeleer verwijzen ze naar ecologische factoren, zoals het klimaat, de kwaliteit van het voedsel, de aard van de bodem, de kwaliteit van lucht en water. Dit referentiekader en de ervaring dat ze zich in Marokko beter voelen dragen ertoe bij dat het bezoek aan Marokko biomedisch gezien een gevaarlijke periode kan zijn. Bijna alle chronisch zieken in onze studie verzuimen in Marokko geregeld hun medicijnen in te nemen.

Bovennatuurlijke elementen spelen in de Marokkaanse verklaringsmodellen een aanzienlijke rol: geesten (*znun*), het boze oog (*l'ayn*) en magische praktijken (*shour*) worden door Marokkaanse migranten van de eerste en tweede generatie als mogelijke ziekteoorzaken genoemd (Greenwood 1981). Het is eerder regel dan uitzondering dat men zich bij aanhoudende klachten de vraag gaat stellen of er geen geesten aan de basis van het probleem liggen (Hermans 1991). Het idee dat mogelijk bovennatuurlijke elementen de oorzaak van een medisch probleem zijn, beïnvloedt het gebruik van geneesmiddelen lang niet altijd in negatieve zin. De zieke weet zelf vaak niet zo goed wat precies de oorzaak van de ziekte is, en consulteert vanuit een zeker opportunisme gelijktijdig de westerse en profetische geneeskunde en de populaire sector en volgt de verschillende behandelingen min of meer op.⁹

Het consulteren van *alternatieve genezers* en het volgen van *alternatieve therapieën* is een belangrijk onderdeel van het ziektegedrag van de Marokkaanse migrant. Religieuze genezers worden ook in België frequent geraadpleegd. We vonden maar in één geval duidelijke aanwijzingen dat de tussenkomst van de religieuze genezer tot het stoppen

van de medicatie had geleid. Het gebruik van kruiden staat in de meeste gevallen evenmin een rationeel omgaan met geneesmiddelen in de weg. Oudere informanten gebruiken ze vaak voor de behandeling van lichtere aandoeningen, die hun kinderen eerder met medicijnen uit de huisapotheek bestrijden. Wanneer het iets ernstiger blijkt te zijn, gaat men veelal toch naar de arts en staakt het gebruik van de kruiden, omdat men bang is kruiden en geneesmiddelen te combineren. Een risicogroep vormen wel de chronisch zieken die ten einde raad hun toevlucht zoeken bij gespecialiseerde kruidengenezers (meestal in Marokko) en een 'zware' kruidenbehandeling volgen. Zij gebruiken tijdens die behandeling hun geneesmiddelen veelal niet: we ontmoetten meerdere informanten bij wie dit tot zware complicaties leidde. Het ging daarbij vooral om diabetici en mensen met astma.

Oude geneesmiddelen

Het gebruik van oude geneesmiddelen leidt vaak tot gevaarlijke situaties. In de meeste gezinnen worden oude geneesmiddelen bewaard in de huisapotheek. Wanneer ze te oud zijn worden ze weggegooid: hoe oud geneesmiddelen zijn, en of ze nog veilig te gebruiken zijn, wil men wel eens afleiden uit de staat waarin de doos zich bevindt. Precies doordat men oude medicijnen bewaart en veel aan zelfmedicatie doet, is het voor de veelal (semi-)analfabete informanten moeilijk om de verschillende geneesmiddelen uit elkaar te houden. In twee gezinnen vinden we geneesmiddelen die in een verkeerde verpakking zitten (verpakking en pillen hebben wel dezelfde kleur). De wijze waarop het gezinshoofd en zijn echtgenote probeerden te achterhalen welke geneesmiddelen nu ook al weer voor welke kwaal gebruikt konden worden, was zonder meer zorgwekkend. Bij erge twijfel doet men beroep op de (soms zeer jonge) kinderen. Dat er zich nogal eens vergissingen voordoen (bijvoorbeeld een middel tegen suikerziekte gebruikt voor de behandeling van rugpijn, een beta-blokker tegen koorts) ligt voor de hand. In veel gezinnen blijkt men zich ook onvoldoende bewust te zijn van het gevaar van rondslingerende geneesmiddelen in een gezin met kleine kinderen.

Conclusie

De resultaten van ons onderzoek tonen aan dat er veel problemen bestaan bij het gebruik van geneesmiddelen in de Marokkaanse gemeenschap in België. Overigens moeten we er hier op wijzen dat we in deze bijdrage slechts de meest in het oog springende aspecten behandeld hebben.

Diverse factoren liggen aan de basis van deze problematiek. Vooreerst is er het lage onderwijsniveau van de Marokkaanse migranten van de eerste generatie en hun beperkte kennis van het Nederlands. Verder speelt het ontbreken van aangepaste hulpverleningsstructuren een grote rol. Men mag niet uit het oog verliezen dat de Marokkaanse gezinnen meestal zelf zorgen voor de enige vorm van aanpassing in de hulpverlening: ze nemen hun kinderen als tolk mee naar de arts.

Elementaire boodschappen over het soort aandoening dat men heeft en hoe men de medicatie moet gebruiken, blijken redelijk goed begrepen te worden. Bij meer gecompliceerde informatie het loopt echter fout: artsen blijken er bijvoorbeeld zeer zelden in te slagen hun Marokkaanse patiënten te motiveren om een bepaald geneesmiddel

jarenlang ononderbroken in te nemen. De vertaling vormt daarbij niet het enige probleem: de communicatie van de arts is veelal weinig toegesneden op de Marokkaanse patiënt.¹⁰ In de opleiding tot arts wordt nauwelijks aandacht besteed aan thema's als interculturele communicatie en de culturele achtergronden van de migrant-patiënt.

Vanuit onze onderzoeksresultaten lijkt het bovendien raadzaam om naar de (Marokkaanse) migranten toe voorlichtingsacties rond het gebruik van geneesmiddelen op te zetten. Voor de eerste generatie gebeurt dat het best in hun eigen taal. Tijdens die voorlichtingssessies zal men moeten proberen om de meest riskante strategieën die Marokkaanse migranten ontwikkeld hebben om overeind te blijven in de Belgische hulpverlening aan de kaak te stellen. We denken daarbij onder meer aan het raadplegen van jonge kinderen bij twijfel over het correct gebruik van een geneesmiddel: men moet proberen de patiënten te motiveren om in een dergelijk geval het advies van een apotheker of arts in te winnen.

Noten

Hans Verrept (1961) studeerde Germaanse Filologie en Sociale en Culturele Antropologie. Sedert 1988 is hij deeltijds assistent Huisartsgeneeskunde aan de Universitaire Instelling Antwerpen. Hij deed hoofdzakelijk onderzoek over de problemen die migranten in onze hulpverlening ervaren.

1. Geneesmiddelen worden door Van der Geest & Whyte (1988) gedefinieerd als "substances used in the treatment of sickness". In ons onderzoek besteden we hoofdzakelijk aandacht aan produkten die in de westerse wereld door de farmaceutische industrie als geneesmiddelen geproduceerd en verkocht worden, en dus minder aan allerlei alternatieve substanties (kruiden, heilige steentjes, enzovoort). Onze dank gaat in het bijzonder uit naar de artsen die ons in een groot aantal Marokkaanse gezinnen introduceerden: M. Branders, L. Dhondt, Z. Elarbi, K. Hendrickx, Chr. Rouneau, L. Schillemans en E. van Obbergen.
2. Een deel van dit onderzoek werd gefinancierd door het Gemeenschapsministerie van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden.
3. Zie onder meer Van der Geest en Whyte (1988).
4. Om problemen te voorkomen werd aan het einde van het interview wel gezegd dat ze er goed aan zouden doen het met hun arts te bespreken wanneer ze bepaalde geneesmiddelen niet innamen. De risico's verbonden aan het niet opvolgen van de adviezen van de arts werden aan de hand van een voorbeeld geïllustreerd.
5. Vrij veel gezinnen beschikten over geneesmiddelen die uit Marokko meegebracht waren. De meeste geneesmiddelen die we te zien kregen, werden echter in België gekocht.
6. In de Belgische gezondheidszorg kan de patiënt in principe zoveel huisartsen en specialisten consulteren als hij wil. Patiënten zijn niet ingeschreven bij een bepaalde arts zoals in Nederland.
7. Dit geldt waarschijnlijk ook in hoge mate voor Nederlandse/Vlaamse patiënten, maar wij hebben de indruk dat het in de Marokkaanse gemeenschap extreme vormen aanneemt.
8. Overigens is het niet onwaarschijnlijk dat ze in Marokko werkelijk minder last heeft van haar suikerziekte. Psychische factoren (bijvoorbeeld stress) spelen ook bij diabetes een belangrijke rol (Bräutigam & Christian 1986).
9. Op dezelfde wijze consulteren heel wat Vlamingen parallel artsen, pendelaars en magnetiseurs.
10. Wij zullen in een andere bijdrage uitgebreid ingaan op strategieën voor hulpverleners die tot het vermijden van ongevallen met geneesmiddelen in migrantengezinnen kunnen bijdragen.

Literatuur

- Bräutigam, W. & P. Christian
1986 *Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Cammaert, M.-F.
1985 *Migranten en thuisblijvers. Een confrontatie. De leefwereld van Marokkaanse berber vrouwen*. Leuven: Universitaire Pers.
- De Muynck, A & L. Schillemans
1991 *Medische zorgenvraag van allochtonen en Belgen bij de Antwerpse huisarts*. Antwerpen: ITG (Dienst Epidemiologie).
- Elbanna, A.
1981 *Islamic religion as a basis for a health education program*. Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
- Eppink, A.
1981 *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Eylenbosch, W. & R. Peeters
z.d. *Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten te Hoboken (Antwerpen)*. Wilrijk: UIA (Dienst Epidemiologie en Sociale Geneeskunde).
- Greenwood, B.
1981 Cold or spirits? Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system. *Social Science & Medicine* 15B: 219-35.
- Haleber, R.
1990 *Marokko*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Helman, C.
1990 *Culture, health and illness*. London: Wright.
- Hermans, Ph.
1991 'Aïcha Qandicha à Bruxelles. Les troubles mentaux et leur traitement chez les immigrés marocains. In: J.P. Gaudier en Ph. Hermans (eds.) *Des Belges Marocains*. Brussel: De Boeck Université, pp. 199-265.
- Janssen, D., M. Lammers e.a.
1989 *Migranten en gezondheid in Limburg*. Hasselt: P.O.G.
- Paes, A.H.
1976 Gastarbeiders en hun apothekers. *Folia Pharmaceutica*: 184-88.
- Peeters, R.
1983 *Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven (ongepubliceerde doctoraatsthesis).
- Peeters, R., W. Eylenbosch & R. Dumlugöl
1988 Omgaan met gezondheid en ziekte. In: Anonim *Bilgi Alis-Verisi: Hulpverlening en gezondheids-promotie met Turkse migranten*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Schillemans, L. en A. De Muynck
1984 Importpathologie in een huisartspraktijk in Vlaanderen. *Huisarts Nu* 13(4): 159 e.v.
- Schillemans, L., A. De Muynck & R. Saenen
1987 Artsentrouw bij migranten: een probleem? *Huisarts Nu* 16(8): 367-70.
- Spruit, I.P.
1986 *Migration and health (WHO Copenhagen). Proceedings of a consultative group on ethnic minorities*. The Hague, Netherlands, 28-30 November 1983.

- Spruit I.P. & R.A. van der Kruijk
 1982 *Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek*. Leiden: Instituut Sociale Geneeskunde Rijksuniversiteit Leiden.
- Stimson, G.
 1974 Obeying doctor's orders: a view from the other side. *Social Science & Medicine* 8: 97-104.
- Van de Mierop, E., R. Peeters & A. De Muynck
 1989 *Hoe ziek zijn Ali en Fatima? Onderzoek naar ziekte en gezondheid van vreemdelingen in Vlaanderen en Brussel. Een stand van zaken*. Wilrijk: ESOC.
- Wolffers, I.
 1986a Marokkanen en geneesmiddelen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130(16): 725-27.
 1986b Marokkaanse geneesmiddelen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130(16): 740-43.