

Marokkanen bij de Belgische huisarts Medische consumptie van Berbers en Arabieren

A. de Muynck, H. Verrept & L. Schillemans

Deze bijdrage analyseert de preventieve en curatieve zorgvraag van Berbers- en Arabisch-Marokkaanse allochtonen bij de Belgische huisarts. In vergelijking met de Arabieren beheersen Berberpatiënten minder goed het Nederlands, verkiezen traditionele klederdracht, hebben een hogere pariteit, zijn vaker van rurale afkomst, en het domein van hun vrouwelijke familieleden is sterker beperkt tot het uitvoeren van huishoudelijke taken. Er zijn belangrijke verschillen in zowel de preventieve als de curatieve zorgvraag. In vergelijking met de Arabofonen hebben meer Berbers een preventieve zorgvraag, en consulteren zij vaker religieuze genezers; sociale conflicten met Belgische instellingen vormen bij hen een belangrijker motief voor aanmelding bij de huisarts. Naast de etnische factor spelen determinanten geassocieerd met acculturatie en met de woonsituatie (zoals leven in uitgebreid familieverband) een significante rol in de zorgvraag. Het negeren van de etnische identiteit van Marokkaanse patiënten maakt de zorgverlening minder doeltreffend. Er moet daarom met deze factor rekening gehouden worden in het dagelijks omgaan met Marokkaanse patiënten, bij het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), en bij de planning van het zorgaanbod.

Inleiding

In 1991 woonden in België 141.660 Marokkanen (Hermans 1994). Het overgrote deel van deze mensen is afkomstig uit Noord-Marokko, zowel van het platteland (Rif en Jbel) als uit de grote steden (Tanger, Tetouan, Oujda). Het sterkst vertegenwoordigd zijn de Berbers¹ uit het Rifgebergte: in Nederland maken ze 70 procent uit van de Marokkaanse immigranten (Van Amersfoort 1986); in België zijn er tot nog toe geen precieze gegevens beschikbaar, maar veldwerkers vertrouwd met de Marokkaanse migrantenpopulatie denken dat 70% ook voor België een goede schatting is (Hermans 1991; Peeters 1983).

Empirisch onderzoek uitgevoerd bij 35 huisartsen in Antwerpen, Brussel, Gent en Limburg heeft aangetoond dat de zorgvraag van deze Marokkaanse migranten op belangrijke punten verschilt van die van de autochtone bevolking (De Muynck & Schillemans

1993). In vergelijking met de Belgische bevolking consulteren de Marokkanen (zowel Berbers als Arabieren) de huisarts minder frequent en melden zich later aan, ondanks hun grotere gezondheidslast (Peeters & Eylenbosch 1985). Ze hebben een sterk vertrouwen in religieuze genezers, die ze in veel gevallen nog vóór de huisarts (of vrijwel gelijktijdig met de huisarts) raadplegen (Schillemans 1993). Daardoor verdwijnen heel wat psycho-sociale klachten uit het aangeboden klachtenprofiel. Marokkanen consulteren minder voor psychische aandoeningen, maar meer voor welzijns- en sociale problemen en psychosomatische aandoeningen. Hun preventieve² zorgvraag is lager: dit geldt vooral voor de tertiaire preventie waarmee zij weinig vertrouwd zijn.

In ons hierboven vermeld onderzoek naar de zorgvraag van Marokkaanse patiënten (De Muynck & Schillemans 1993) hebben we geen rekening gehouden met mogelijke verschillen tussen Berbers en Arabieren. Ons onderzoek verschilt in dat opzicht niet van andere onderzoeken. Sterker, we moeten vaststellen dat in heel wat recente publicaties in de domeinen van preventieve en curatieve geneeskunde, psychologie en psychiatrie zelfs alle Mediterrane migranten nog als één groep behandeld worden (Kaminski et al. 1980; Spira et al. 1981; Keel & Calanchini 1989; Van Moffaert & Vereecken 1989; Van der Hoeft 1990). Dit ondanks het feit dat antropologen er al vanaf de zeventiger jaren op gewezen hebben dat het onrealistisch is om het Mediterrane gebied als een culturele eenheid te beschouwen (Davis 1977; Boissevain 1979; Herzfeld 1984). Algemene conclusies over 'de Mediterrane patiënt' of 'de Maghreb patiënt' kunnen hulpverleners en beleidmakers dan ook blind maken voor de specifieke problemen van bepaalde etnische groepen in de gezondheidszorg. Het is opvallend dat zowel in onderzoek in Nederland en België als in Marokkaans onderzoek weinig of geen aandacht besteed wordt aan de mogelijke verschillen tussen de Berberse en de Arabische bevolkingsgroepen (Claisse 1985; Bouaouda et al. 1987).³

In het licht van de voorgaande bedenkingen, zijn we allereerst in de antropologische literatuur op zoek gegaan naar aanwijzingen van culturele verschillen tussen Berbers en Arabieren die mogelijk van invloed zijn op de zorgvraag en het ziektegedrag. In tweede instantie hebben we ons empirisch onderzoeksmateriaal geanalyseerd met het doel mogelijke verschillen tussen de zorgvraag en het ziektegedrag van Berbers versus Arabieren op het spoor te komen. In derde instantie hebben we de vastgestelde verschillen proberen te duiden in het licht van de cultuurverschillen tussen de twee groepen.

Ons onderzoek is explorerend van aard. Vanuit de secundaire analyse van onze onderzoeksgegevens, willen we een aantal vastgestelde verschillen tussen Berbers en Arabieren onder de aandacht brengen. Daarnaast zullen we een aantal factoren noemen die mogelijk ten grondslag liggen aan deze verschillen.

Berbers en Arabieren

De Berbers vormen de oorspronkelijke bevolking van Marokko (Haleber 1990). In de zevende en elfde eeuw hadden Arabische invallen plaats en in die periode ziet men hoe een deel van de Berberbevolking gearabiseerd wordt (Cammaert 1985). Berbers en Arabieren zijn in de Marokkaanse context etnische groepen in de definitie van Roosens

(1980): het gaat met andere woorden om communauteiten van mensen die 'zeggen' dat ze samen horen op basis van een gemeenschappelijke oorsprong en cultuur. Voor de Berbers en de Arabieren in Marokko geldt zeker dat de gemeenschappelijke oorsprong historisch gezien onduidelijk is. Haleber merkt in dat verband op dat het Berber zijn niet 'raciaal' bepaald is. Slechts 10-20 procent van de Marokkanen zouden van Arabische oorsprong zijn. Op dit ogenblik spreekt nog slechts 40-50 procent van de Marokkanen in Marokko een Berbertaal. Daaruit is af te leiden dat een groot deel van de Marokkanen die zich etnisch Arabisch voelen in feite gearabiseerde Berbers zijn (Haleber 1990).

In welke mate er sprake is van culturele verschillen tussen Berbers en Arabieren, is een vraag waarop verschillende antwoorden geformuleerd zijn. Ten tijde van het protectoraat vaardigden de Fransen in 1939 de berucht geworden 'Berber Dahir' uit. Deze wet maakte het voor de Berbergemeenschap mogelijk om volgens hun eigen traditie recht te spreken en zich op die manier te onttrekken aan de officiële islamitische rechtspraak (*Sharia*). De Franse bezetters waren er op dat ogenblik van overtuigd dat de verschillen tussen Berbers en Arabieren groot genoeg waren om een echte verdeel-en-heerspolitiek te kunnen voeren (Rosen 1973). Rosen is van mening dat de Fransen de verschillen overschat hebben. Volgens hem bestaan er vele kleine verschillen, zowel tussen als binnen rurale Arabische en Berbergroepen. Geen enkel verschil of groep van verschillen buiten het linguïstische, is echter belangrijk genoeg om in Marokko een specifieke Berbercultuur van de Arabische te onderscheiden (zie ook Hermans 1994).

Van der Meer (1984) beklemtoont eerder de verschillen tussen Berbers en Arabieren. Hij stelt dat de meerderheid van de Berbers in Marokko op het platteland woont en dat ze er een eigen levensstijl op na houden die gekenmerkt wordt door een sterke gehechtheid aan tradities en een groot wantrouwen ten opzichte van buitenstaanders.⁴ Hij wijst daarbij onder meer op het (graduele) verschil tussen het eergevoel van de Berbers, in het bijzonder in samenhang met seksualiteit, en de Arabieren. De Berbers worden door de Arabieren ook beschouwd als een ander soort mens. Ook Peeters laat zich in die zin uit (1983).

Hermans (1994) stelt dat het thans weinig zin heeft aan de notie 'Berber' meer dan een linguïstische betekenis te geven. Ook hij wijst er echter op dat er in Marokko een grote overlapping bestaat tussen enerzijds de categorieën 'stedeling' en 'Arabisch-sprekende' en anderzijds de categorieën 'plattelandsbewoner' en 'Berbers-sprekende'. Hij heeft aanwijzingen dat deze tegenstelling in de migratie nog sterker geworden is. In België zijn de Berbers bijna altijd van rurale en de Arabieren meestal van stedelijke afkomst. Er bestaat in Marokko bovendien een groot verschil tussen de leefwereld op het platteland en in de steden. Wie opgegroeid is in een Marokkaanse stad, is niet alleen in aanraking gekomen met de Marokkaanse stadscultuur, maar ook met allerlei aspecten van het moderne leven.

Voor de situatie in de Belgisch-Marokkaanse gemeenschap zijn vooral cultuurverschillen tussen de Berbers uit het noorden (voor het grootste deel Rifijnen) en de Arabische stedelingen van belang. Over het algemeen kan men stellen dat de Marokkaanse cultuur sterke patriarchale trekken vertoont en gekenmerkt wordt door een seksuele segregatie die verbonden is met het eer/schaamte waardencomplex dat in het hele Mediterrane gebied een belangrijke rol speelt. Hart (1976) stelt dat deze waarden bij

de Rifijnen bijna een karikatuur vormen van wat ze in andere *Mediterrane* groepen zijn. Dit leidt tot een veel sterkere beperking van de bewegingsvrijheid van de vrouw dan bij de Arabische Marokkanen en de Berbers uit het zuiden van Marokko gebruikelijk is.

De Rifijnen zijn in de Belgisch-Marokkaanse gemeenschap zo sterk vertegenwoordigd dat we op verschillende plaatsen acculturatieverschijnselen vaststellen. Berbers uit het zuiden van Marokko blijken in sommige gevallen elementen van de culturele code van de Rifijnen over te nemen. Concreet gaat het daarbij onder meer om het scheiden van mannen en vrouwen op feesten, en het beperken van de bewegingsvrijheid buitenshuis van de echtgenote en de dochters. Ook stelden we in enkele gevallen vast dat gearabiseerde Berbergezinnes (die in Marokko ook in huiselijke kring hoofdzakelijk Marokkaans Arabisch spraken) in België onder invloed van het numerieke overwicht van de Rifijnse Berbers, opnieuw Berbers gingen gebruiken als dagelijkse omgangstaal. Of zoals een informante van de tweede generatie het in het Frans uitdrukte: "On est redevenu Berbère ici" (Verrept 1992b).

Samenvattend kunnen we stellen dat we in de recente literatuur weinig aanwijzingen vinden dat er zoiets bestaat als een afzonderlijke Berbercultuur versus een Arabische cultuur. Daartegenover staat dat er in de literatuur wel gewezen wordt op de rurale herkomst en de sterkere gehechtheid aan tradities van de Berbers. Beide factoren zouden met een ander type zorgvraag en ziektegedrag verbonden kunnen zijn. We denken dan specifiek aan de meer beperkte vertrouwdheid met professionele, westerse hulpverlening (de beschikbaarheid daarvan was op het platteland in Marokko zeer gering), en een grotere geneigdheid om op het traditionele, Marokkaanse hulpverleningsaanbod beroep te doen.

Sterke klemtoon wordt ook gelegd op de specifieke situatie van de Rifijnse Berbervrouw. Het is opvallend dat Rifijnse Berbervrouwen in België minder in contact treden met de samenleving, en daardoor minder accultureren. Dit kan belangrijke gevolgen hebben voor de gezondheid, aangezien medische zorg traditioneel tot de verantwoordelijkheid van de vrouw behoort. Het sociale leven van Marokkaanse migranten speelt zich bovendien hoofdzakelijk af onder mensen van de eigen etnische groep, vaak zelfs van hetzelfde dorp (Van der Meer 1984; Verrept 1992a). Dit maakt het onwaarschijnlijk dat eventuele verschillen tussen Marokkaanse Berbers en Arabieren snel zullen verdwijnen. Uit de literatuurstudie omtrent verschillen tussen Berbers en Arabieren, ont houden we voor dit onderzoek vooral dat Berbers uit een meer rurale omgeving afkomstig zijn, en dat ze in hogere mate aan een aantal tradities gehecht zijn.

Verschillen in persoons- en gezinskenmerken, de zorgvraag en het gezondheidsgedrag

Uitgaande van de gegevens verzameld in de literatuur kunnen we vermoeden dat het ziekte- en gezondheidsgedrag van beide etnische groepen mogelijk belangrijke verschillen zal vertonen. Aan de hand van empirisch onderzoek uitgevoerd bij 35 huisartsen in Vlaanderen en Brussel (De Muynck & Schillemans 1993) werden de verschillen in gezondheids- en ziektegedrag van Berbers en Arabieren onderzocht. In dat empirisch

onderzoek registreerden de deelnemende huisartsen alle nieuwe patiëntencontacten die zich in de loop van het onderzoek voordeden.

De totale Marokkaanse patiëntenpopulatie bedroeg 598, waarvan 384 Berbers en 176 Arabieren. Bij 38 Marokkanen was de etnische oorsprong onbekend. Zij werden weggelaten uit de analyse. Van elke patiënt werd informatie verzameld over etniciteit, geslacht, kennis van de Franse of Nederlandse taal, kledij, verblijfsduur in België, herkomst (ruraal/urbaan), tewerkstelling en levensgewoonten. Eveneens werden gegevens geregistreerd omtrent de aard van de zorgvraag (curatief; primaire, secundaire en/of tertiaire preventie) en bij curatieve vraag, voorts de 'patient delay' (duur van het probleem vooraleer zich aan te melden), het actief ziektegedrag alvorens te consulteren, de (vermoedelijke) etiologie, de eventuele doorverwijzing en het al dan niet voorkomen van sociale conflicten met het thuisland en/of met onze instellingen als 'reason for medical encounter'.

Teneinde de invloed van de acculturatie op de zorgvraag in te schatten, hebben we gebruik gemaakt van een ad hoc ontwikkelde acculturatiescore, die gebaseerd is op gegevens in verband met taalkennis en kledij (Van der Stuyft et al. 1989). Beide variabelen 'taal' en 'kledij' werden geëvalueerd op een 3-punt ordinale schaal:

- Taal: TA: verbale communicatie is perfect mogelijk;
TB: verbale communicatie is mogelijk, alhoewel moeilijk;
TC: verbale communicatie is onmogelijk en vereist tussenkomst van een tolk.
Kledij: KA: westerse kledij;
KB: de kledij bevat traditionele en eveneens westerse elementen;
KC: de kledij is uitsluitend traditioneel.

Aan de hand van deze criteria werd een acculturatie score⁵ opgemaakt:

- Hoge score: TA + KA (de patiënt draagt westerse kledij en spreekt vrij goed onze taal).
- Middelmatige score: TB + KB (de patiënt heeft moeilijkheden om zich in onze taal uit te drukken en zijn/haar kledij bevat traditionele elementen).
- Lage score: TC + KC (de patiënt is traditioneel gekleed en directe verbale communicatie is onmogelijk).

Daarnaast was er een kleine groep met 'conflicteuze' score (= TA of TB + KC; of TC + KA of KB). Deze groep bevatte slechts vier procent van de studipopulatie en werd samengevoegd met de middelmatig scorende groep.

De analyse gebeurde eerst stratum specifiek, dit wil zeggen dat wij zowel de achtergrondkenmerken als de zorgvraagkarakteristieken geanalyseerd hebben na stratificatie volgens etniciteit en geslacht. De significantie werd bepaald door Mantel-Haenszel X toets, waarbij de alfa fout op het 0.05 niveau werd gesteld. Er werd voor dit 0.05 niveau geopteerd gezien het explorerend en hypothesegenerend karakter van het onderzoek. Vervolgens hebben we via logistische regressieanalyse de invloed van de factor etniciteit nagegaan op vier zorgvraagvariabelen, namelijk de secundaire preventievraag, de 'patiënt delay', de prevalentie van de sociale conflicten met onze instellingen, en de consultatie van religieuze genezers. Hierbij werden de volgende factoren in het model opgenomen, geslacht, herkomst (ruraal versus urbaan), talenkennis (onvoldoende versus voldoende), kledij (traditioneel versus westers) en familieverband (leven in uitgebreid

versus mononucleair familieverband). De logistische regressieanalyse gebeurde via het EGRET computerpakket. Voor elk van deze factoren werden de interactietermen bestudeerd. Uiteindelijk bleek geen enkele interactieterm een significante bijdrage te leveren. Ze werden daarom weggelaten uit het model.

Resultaten van het empirisch onderzoek

1. Profiel van de studiepopulatie

Er waren grote verschillen in de achtergrondkenmerken van de studiepopulatie. In vergelijking met Arabische vrouwen hadden Berber vrouwen een groter aantal kinderen en een geringere kennis van onze taal; ze gingen frequenter traditioneel gekleed en waren vaker afkomstig uit rurale gebieden. Ze beperkten zich beroepshalve meestal tot huistaken. Bij de Berber vrouwen leefde dertien procent in een uitgebreide familie, bij Arabische Marokkanen was dit daarentegen uiterst ongebruikelijk. Bij de mannen noteerden we gelijksoortige verschillen (tabel 1).

Tabel 1 Profiel van de Marokkaanse studiebevolking naar etniciteit en geslacht

achtergrondkenmerken	mannen			vrouwen		
	B n=171	A n=86pB	P	B n=213	A n=90	P
pariteit	-	-		4.8	3.9	10 ⁻⁴
onvoldoende taalkennis	19 %	6 %	10 ⁻⁴	50 %	18 %	10 ⁻⁶
traditionele kledij	39 %	24 %	10 ⁻⁴	73 %	51 %	10 ⁻⁶
verblijfsduur in België:						
0- 4 jaar	16.4%	15.1%	0.21	16.0%	13.5%	0.34
5- 9 jaar	17.5%	22.1%		27.2%	33.7%	
10-14 jaar	35.1%	23.3%		34.7%	25.8%	
15 + jaar	31.0%	39.5%		22.1%	27.0%	
rurale herkomst	64 %	38 %	10 ⁻⁵	74 %	40 %	10 ⁻⁸
% huisvrouwen	-	-		80 %	65 %	0.028
% werkloze mannen	37 %	28 %	0.31	-	-	-
leven in uitgebreide familie	9 %	1 %	0.05	13 %	1 %	0.001
acculturatiescore	26 %	37 %	0.038	8 %	21 %	0.002
- hoog	63 %	60 %		54 %	62 %	
- middelmatig	11 %	3 %		38 %	17 %	
- laag						

B = Berbers; A = Arabieren; p = p-waarde

2. Preventieve zorgvraag bij de huisarts

Er waren belangrijke verschillen in de preventieve zorgvraag van Berbers en Arabieren. Relatief meer Berberpatiënten hadden een preventieve vraag dan de Arabische patiënten (tabel 2).

Tabel 2 Profiel van de zorgvraag volgens etniciteit en geslacht

	mannen			vrouwen		
	B n=171	A n=86	p	B n=213	A n=90	p
preventieve vraag						
- globale	20%	14%	NS	34%	22%	0.045
- primaire	6%	6%	NS	24%	21%	NS
- secundaire	8%	2%	0.07	1%	0%	NS
- tertiaire ¹	6%	6%	NS	11%	1%	0.004
aard van de curatieve problemen:						
- conflicten met het thuisland	2%	1%	NS	1%	1%	NS
- conflicten met Belgische instellingen	13%	%	0.005	6%	4%	NS
actief ziektegedrag voor zich aan te melden bij de huisarts						
- prevalentie van actief ziektegedrag	40%	27%	0.06	41%	26%	0.03
- bezoek aan religieuze genezers	12%	3%	0.02	16%	3%	0.004
duur van curatief probleem:						
- % > 1 week	48%	45%	N.S.	54%	38%	0.02
verwijzing:						
- specialist	1%	0%	N.S.	5%	1%	0.03
- ziekenhuis	4%	4%		5%	8%	
- technisch onderzoek	24%	26%		20%	7%	
- geen	71%	70%		70%	84%	

B = Berberse patiënt; A = Arabische patiënt; p = p waarde

De verschillen waren uitgesproken op het niveau van de secundaire (mannen) en tertiaire preventievraag (vrouwen). Bij de Berbermannen werd een significante associatie vastgesteld tussen leven in een uitgebreide familie en de secundaire preventievraag ($p=0.005$). Via de logistische regressie werd vastgesteld dat de hogere secundaire preventievraag vooral bepaald wordt door de factoren geslacht en familieverband (tabel 3). Rurale herkomst en Berber identiteit zijn op zich geassocieerd zijn met een hogere preventievraag, maar deze associaties zijn niet significant (dit kan echter te wijten zijn aan de beperktheid van de steekproef, of aan een informatiebias voor de factor herkomst).⁶

Tabel 3 Logistisch regressiemodel van de secundaire preventievraag

factor	risicomodaliteit	odds ratio	p-waarde
herkomst	ruraal	5.3	.071
kleding	traditioneel	0.9	.939
etniciteit	Berber	3.4	.317
kennis van Frans of Nederlands	geen	0.8	.830
geslacht	mannelijk	38.7	.000
familieverband	uitgebreide familie	8.7	.023

Likelihood ratio (7 vrijheidsgraden) = 112, $p < .0001$

3. *Curatieve zorgvraag bij de huisarts*

Vrouwelijke Berberpatiënten wachtten langer vooraleer de huisarts te raadplegen dan de vrouwelijke Arabische patiënten. Procentueel meer Berberpatiënten hadden voorafgaand een actief ziektegedrag, dat vooral bestond uit het raadplegen van religieuze genezers. Bij mannelijke Berberpatiënten werden meer conflicten met Belgische instellingen vastgesteld dan bij de mannelijke Arabische patiënten (zie eveneens tabel 2). We stellen vast dat mannelijke Berberpatiënten ook wat meer conflicten met het thuisland hadden, maar dat het verschil ten eerste niet significant was, en ten tweede dat conflicten met het thuisland in de zorgvraag slechts een marginale plaats innamen.

Via logistische regressie werd aangetoond dat Berberpatiënten een 3.7 maal grotere kans hadden om de huisarts te consulteren voor sociale problemen met onze instellingen dan de Arabische patiënten (zie tabel 4), doch dat ook het wonen in uitgebreid familieverband, van het mannelijk geslacht zijn en een gebrekkige kennis van onze landstaal hebben, onafhankelijk bijdroegen tot die zorgvraag (voor sociale problemen).

Tabel 4 Logistisch regressiemodel van het voorkomen van problemen met Belgische instellingen

factor	risicomodaliteit	odds ratio	p-waarde
herkomst	ruraal	1.0	.926
kleding	traditioneel	0.6	.268
geslacht	mannelijk	3.1	.017
etniciteit	Berber	3.7	.042
kennis van Frans of Nederlands	geen	4.3	.004
familieverband	uitgebreide familie	5.2	.001

Likelihood ratio (7 vrijheidsgraden) = 415, $p < .0001$

Eveneens werd aangetoond dat Berbers 4.6 maal meer de neiging hadden om religieuze genezers te raadplegen dan Arabische patiënten, doch dat een gebrekkige talenkennis eveneens een determinant is van het raadplegen van religieuze genezers (tabel 5).

Tabel 5 Logistisch regressiemodel van het consulteren van religieuze genezers

<i>factor</i>	<i>risicomodaliteit</i>	<i>odds ratio</i>	<i>p-waarde</i>
herkomst	ruraal	0.8	.846
kleding	traditioneel	0.6	.216
geslacht	mannelijk	1.1	.858
familieverband	uitgebreide familie	1.1	.916
ethniciteit	Berber	4.6	.007
kennis van Frans of Nederlands	geen	7.3	.000

Likelihood ratio (7 vrijheidsgraden) = 362, $p < .0001$

Alhoewel de bivariate analyse aantoonde dat de Berbervrouw zich heel wat later aanmeldde dan de Arabische, speelde de factor ethniciteit geen rol van betekenis in het regressiemodel (tabel 6), en bleek het vooral de factor taal te zijn die een significante invloed op de aanmelding heeft. Zo hadden Marokkaanse migranten die onze taal niet beheersten een 5.1 maal hogere kans om zich laattijdig aan te melden dan zij die taalvaardig zijn. De factor kledij speelt eveneens een significante rol, namelijk traditioneel geklede migranten hebben een 2.4 maal hogere kans om zich laattijdig aan te melden dan westers gekleden.

Tabel 6 Logistisch regressiemodel van patiëntendelay

<i>factor</i>	<i>risicomodaliteit</i>	<i>odds ratio</i>	<i>p-waarde</i>
herkomst	ruraal	1.5	.105
geslacht	mannelijk	0.9	.678
familieverband	uitgebreide familie	0.8	.643
ethniciteit	Berber	0.8	.345
kennis van Frans of Nederlands	geen	5.1	.000
kleding	traditioneel	2.1	.002

Likelihood ratio (7 vrijheidsgraden) = 43, $p < .0001$

Discussie

Proportioneel meer Berbervrouwen melden zich bij hun huisarts aan voor een *preventieve* consultatie. Op het niveau van de secundaire preventie scoren de Berbers hoger dan de Arabieren. Aangezien secundaire preventie vooral gebeurt op het initiatief van de huisarts, wekt dit de indruk dat huisartsen het gevoel hebben dat Berbers een groter risico lopen voor bepaalde gezondheidsproblemen, zoals tbc. Een factor die daarbij een rol zou kunnen spelen, is het leven in overbevolkte huizen. Zo stellen we vast dat meer Berbers in een uitgebreide familie leven dan Arabieren, en dat de kans op secundaire preventievraag het grootst is voor de Berberpatiënt die in uitgebreid familieverband leeft. Deze factor wordt mogelijk nog versterkt door de hogere pariteit van de Berbervrouw.

De grotere tertiaire preventievraag van de Berbervrouwen is vooral te wijten aan hun hogere diabetes prevalentie (zes procent van de vrouwelijke Berberpatiënten consulteerde voor diabetes, vooral voor de 'niet insuline afhankelijke vorm', tegenover geen van de vrouwelijke Arabische patiënten). Bij deze diabetespatiënten stellen we in vele gevallen een verkeerd dieet vast. We geloven dat het verschil in tertiaire preventie tussen Berberse en Arabische vrouwen grotendeels verklaard kan worden door de lagere acculturatiegraad van de eerste groep. Van der Stuyft et al. (1989) hebben erop gewezen dat bepaalde aspecten van het gezondheidsgedrag van immigranten een functie zijn van de mate waarin ze geaccultureerd zijn. Zij stelden vast dat de vraag naar preventie negatief gecorreleerd is met de acculturatiegraad. Hoe sterker een patiënt geaccultureerd is, hoe beperkter de vraag naar preventie. We vinden aanwijzingen dat de Berbers mogelijk minder geaccultureerd zijn dan de Arabieren. Ze beheersen minder vaak een Europese taal, ze gaan vaker traditioneel gekleed, de Berbervrouwen werken minder vaak buitenshuis en Berbers leven vaker in een uitgebreide familie. De ad hoc ontwikkelde acculturatiescore die mogelijk ook een aanduiding geeft van acculturatietendensen in de nabije toekomst, is in het bijzonder bij de Berbervrouwen heel wat lager dan bij de Arabische. Van der Stuyft et al. (1989) brengen de hogere preventievraag van weinig geaccultureerde en geïntegreerde migranten in verband met hun behoefte aan 'status building' door contact met een gevestigde instelling in het gastland.

Doordat de Rifijnse vrouw (in vergelijking met de Arabische) relatief zelden haar woning verlaat, staat ze weinig bloot aan de opvattingen en modes in onze samenleving. Daardoor wordt haar opvatting over corpulentie als een teken van welstand en geluk weinig aangetast. Haar lichaamsomvang is en blijft voor de Berbervrouw een belangrijk uitdrukkingmiddel van haar positie (Cammaert 1985). Uitgebreid eten, in het bijzonder op feesten, wordt sterk verbonden met rijkdom. Volgens Cammaert is dit zelfs sterker het geval bij de Berbervrouwen in de migratie dan bij de thuisblijvers. Het is uiteraard ook niet uitgesloten dat deze vrouwen zoveel eten uit verveling en isolement. Hun overgewicht wordt bovendien in de hand gewerkt door het bijna volledig ontbreken van elke vorm van lichaamsbeweging. Men kan zich daarbij de vraag stellen in welke mate de 'behoefte aan corpulentie' van de Berbervrouw verbonden is met de behoefte aan uiterlijke tekenen van rijkdom bij hun echtgenoten (een Mercedes, een mooi huis in Marokko). In beide gevallen gaat het om tekenen van welstand die des te belangrijker zijn omdat men het gevoel heeft in de migratie toch veel verloren te hebben (vrienden, geluk, gezondheid, ...). Bij Berbervrouwen van de tweede generatie stellen we overigens wel vast dat een aantal onder hen corpulentie als een teken van welstand afwijst en er dan ook naar streeft slank te zijn en te blijven.

Ook het *ziektegedrag* van Berberse en Arabische allochtonen vertoont opvallende verschillen. Berbers wachten langer vooraleer zich bij de huisarts aan te melden, bij ziekte ondernemen ze meer stappen dan de Arabieren alvorens naar de huisarts te gaan, en hierbij richten ze zich frequent tot religieuze genezers.

Bij mannelijke Berber patiënten worden vaker onderliggende conflicten met het thuisland, en vooral met Belgische instellingen vastgesteld dan bij Arabische. Dat deze verschillen zich vooral situeren bij de mannengroepen ligt voor de hand, aangezien vooral de man de vertegenwoordiger van het gezin in de 'buitenwereld' is.

Dat Berbers meer conflicten met maatschappelijke instellingen vertonen, is mogelijk verbonden met de heel beperkte ervaring die de meeste Berbers vóór hun migratie naar België hadden met het leven in een moderne staat. Bovendien maakt hun meer beperkte kennis van het Nederlands of Frans het niet eenvoudig om met deze instellingen om te gaan. Ook het feit dat Berberse mannen wat vaker werkloos zijn, speelt hier mogelijk een rol, aangezien werkloosheid tot allerlei contacten leidt met instellingen (diensten voor arbeidsbemiddeling, enzovoort).

Verrassend in ons materiaal is de grote invloed die van de factor 'leven in een uitgebreide familie' uitgaat. Welke mechanismen daarbij precies een rol spelen blijft vooralsnog onduidelijk.

We stellen bij Berbers tweemaal zoveel conflicten met instellingen in Marokko vast als bij Arabieren. Hoewel het verschil statistisch niet significant is (wellicht door de relatief beperkte omvang van de steekproef), willen we er hier toch kort op ingaan. We vinden hier immers een tendens terug die we ook bij de conflicten met instellingen in ons land terugvinden. Mogelijk zijn de problemen van Berbers met instellingen in Marokko een gevolg van het feit dat de administratie daar voor het grootste deel uit Arabische stedelingen bestaat. Deze kijken vaak neer op de Berbers die ze zouden moeten helpen (Van der Meer 1984). Over het algemeen spelen cliënt-relaties een grote rol in het sociale leven in Marokko. Omdat Berbers zelden deel uitmaken van Arabische netwerken, plaatst dit hen in een ongunstige positie wanneer ze in hun eigen land beroep moeten doen op de administratie. Het is niet ondenkbaar dat deze situatie ook bijdraagt aan hun wantrouwen tegenover instellingen in België.

In het bijzonder de Berbervrouwen lijken zich later aan te melden bij de huisarts dan de Arabische, doch dit lijkt meer het gevolg van hun geringe taalvaardigheid dan van de factor etniciteit zelf. Deze vaststelling suggereert dat het verhogen van de taalvaardigheid via taallessen of het wegwerken van de taalbarrière via tolken, de toegankelijkheid van de eerstelijns geneeskunde zou kunnen verhogen.

Een factor die tot het verschil in 'patient delay' eveneens kan bijdragen, zijn de mogelijk meer traditionele opvattingen van Berbers over de oorzaak en de noodzakelijke behandeling van gezondheidsproblemen. De kans dat Berbers er meer traditionele opvattingen over ziekte en gezondheid op na houden, wordt in belangrijke mate vergroot door twee elementen: ten eerste is de vrouw in Marokkaanse gezinnen in het algemeen de gezondheidsexperte, en ten tweede komt de Berberse vrouw door haar zeer beperkt contact met de gastsamenleving en haar lage acculturatiegraad nauwelijks in contact met de ideeën rond gezondheid in de gastsamenleving. Aangezien vrouwen traditioneel de behoedsters van de gezondheid zijn, is de kans ook groot dat ze een belangrijke rol spelen bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheid. Bovendien is de kans dat de Berbervrouw de mogelijkheden van de Belgische gezondheidszorg leert kennen, gezien de hierboven beschreven situatie, eerder klein. De hypothese dat Berbers inderdaad meer traditionele opvattingen over het ontstaan en behandelen van ziekte hebben, lijkt bevestigd te worden door het veel frequenter consulteren van religieuze genezers.

De beperkte kennis van de talen van het gastland en de zeer lage scholing van de Berbervrouwen van de eerste generatie vormen een wezenlijk probleem in de context

van hulpverlening. Uit onderzoek van Voorham (1989) blijkt dat 69 procent van de Berbervrouwen geen enkel onderwijs genoten heeft. Bij een vervolgonderzoek in 1994 uitgevoerd in Antwerpen, blijkt dat 34% van de Marokkaanse migranten nog altijd onze taal niet beheersen (De Muynck et al. 1995).

Voorham (1989) heeft er ook op gewezen dat de kans dat analfabete Berbervrouwen ooit een redelijk beheersing van onze taal zullen bereiken, zeer gering is. Voor analfabeten die een taal spreken die (bijna) niet geschreven wordt, blijkt het uiterst moeilijk te zijn om een tweede taal te verwerven. Het is bovendien niet uit te sluiten dat de taalvaardigheid in het Nederlands bij oudere Marokkaanse mannen, wanneer ze met pensioen gaan, af zal nemen. In een onderzoek in Australië is vastgesteld dat sommige migranten een deel van de verworven tweede taal verliezen wanneer ze niet langer deelnemen aan het arbeidsproces (Pauwels 1991).

De beschreven situatie draagt ertoe bij dat de kennis van het eigen lichaam, hulpverleningsinstellingen en -structuren zeer beperkt is. Daardoor is het in veel gevallen zo goed als onmogelijk om zonder tolk of interculturele bemiddelaar GVO-boodschappen met een redelijke kans op succes over te brengen.

Besluit en aanbevelingen

Er blijken inderdaad enkele belangrijke verschillen tussen de preventieve en curatieve zorgvraag van Marokkaanse Berbers en Arabieren bij de huisarts te bestaan. Berber patiënten hebben een uitgebreidere preventieve zorgvraag, een actiever ziektegedrag, ze bezoeken meer religieuze genezers, doch melden zich later aan bij de huisarts, ze hebben ook meer conflicten met Belgische instellingen. De hogere prevalentie van consulteren van religieuze genezers evenals de hogere prevalentie van conflicten met instellingen is niet enkel bepaald door de factor etnie, doch ook door een reeks andere factoren zoals het leven in uitgebreid familieverband, geslacht en gebrekkige talenkennis. De 'patient delay' van de Berbers hangt voornamelijk samen met hun gebrekkige talenkennis.

Belangrijk is de vaststelling dat de Belgische hulpverlening naar Berbers toe minder goed functioneert. Dit maakt duidelijk dat we naar deze groep specifieke initiatieven moeten opzetten, zoals het ontwikkelen van aangepast GVO-materiaal (bijvoorbeeld GVO-cassettes of videobanden in het Berbers). In Nederland is veel bruikbaar materiaal ontwikkeld, maar uit ander onderzoek blijkt dat dit in Vlaanderen erg weinig gebruikt wordt (De Muynck & Peeters 1994). Het zou goed zijn mocht het beleid erin slagen hulpverleners aan te zetten tot het gebruiken van dit materiaal. Ook het inzetten van interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg lijkt in het bijzonder voor de Berbers van het grootste belang. De vaststelling dat Berbers meer conflicten hebben met onze sociale instellingen maakt het wenselijk dat nagegaan zou worden in welke opzichten het functioneren van deze instellingen naar hen toe bijstelling behoeft.

Voorts roepen de resultaten van ons onderzoek een aantal vragen op waarop enkel verder onderzoek mogelijk een antwoord kan geven. Zo wordt uit dit onderzoek niet duidelijk hoe de zorgvraag en het ziektegedrag onder invloed van de tijd en de acculturatie evolueren, en of de vastgestelde verschillen tussen Berbers en Arabieren ook op

het tweede generatieniveau blijven bestaan. Verder onderzoek behoeft in ieder geval ook de vraag via welke mechanismen het leven in een uitgebreide familie een invloed uitoefent op zorgvraag en ziektegedrag. De vaststelling dat mensen die in een uitgebreide familie leven, veel vaker problemen hebben met onze sociale instellingen roept bovendien de vraag op hoe het staat met hun zelfredzaamheid bijvoorbeeld in het geval van een ziekenhuisopname. Een thema dat eveneens vraagt om onderzoek is het geven van GVO aan mensen die in een uitgebreid familieverband leven. Hoe de hiërarchische familiestructuur het opvolgen van GVO-richtlijnen beïnvloedt, is een vraag waarover bij ons weten tot nu toe geen enkel onderzoek is verricht.

Tenslotte is het raadzaam om onderzoek te doen naar de invloed die het frequent consulteren van religieuze genezers (en wellicht ook andere alternatieve genezers en geneeswijzen die traditioneel deel uitmaken van het Marokkaanse gezondheidssysteem) heeft op het omgaan met onze hulpverlening en in het bijzonder op de therapietrouw. Hoe Marokkaanse patiënten het effect van dergelijke traditionele behandelingen inschatten, en wat hen motiveert om er gebruik van te maken is een onderzoeks domein dat ons wellicht meer inzicht zou kunnen verschaffen in de zorgvraag van deze patiënten en in de gebreken van onze hulpverlening.

Noten

Aimé De Muynck (1942) is als arts-epidemioloog verbonden aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen. Hij is er hoofddocent en hoofd van de Dienst Epidemiologie. Als onderzoeker is hij reeds een tiental jaren werkzaam op gebied van de preventieve en curatieve zorgvraag van Marokkanen en Turken.

Hans Verrept (1961) studeerde Germaanse Filologie en Sociale en Culturele Antropologie. Hij is deeltijds assistent aan het Centrum Huisartsgeneeskunde van de Universitaire Instelling Antwerpen, en wetenschappelijk medewerker aan de Vrije Universiteit Brussel (dienst Medisch-Sociale Wetenschappen).

Leo Schillemans (1947) is huisarts en stafmedewerker van het Centrum Huisartsgeneeskunde van de Universitaire Instelling Antwerpen. De meeste van zijn patiënten zijn Marokkanen.

1. Als *Berbers* beschouwen we mensen die een Berbertaal als moedertaal hebben, evenals individuen die Marokkaans-Arabisch als moedertaal spreken maar zichzelf als Berber beschouwen. Als *Arabieren* beschouwen we die Marokkaanse migranten die Marokkaans Arabisch als moedertaal hebben en zichzelf als Arabier beschouwen.
2. Conceptueel kan er onderscheid gemaakt worden tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie verwijst naar de maatregelen die genomen worden om de ineidentie van een gezondheidsprobleem te verminderen of het te voorkomen (bijvoorbeeld door vaccinatie). Secundaire preventie verwijst naar de maatregelen die ondernomen worden om de prevalentie van een gezondheidsprobleem te verminderen, door de duur te beïnvloeden via vroegtijdige opsporing (bijvoorbeeld tbc-opsporing, baarmoederhalskanker-opsporing). Tertiaire preventie verwijst naar de maatregelen die genomen worden om de prevalentie van invaliditeit te verminderen, door de functionele belemmeringen ten gevolge van een gezondheidsprobleem te voorkomen of op een minimum niveau te behouden (bijvoorbeeld regelmatige controle voor diabetespatiënten). Terwijl primaire preventie *sensu stricto* een uiting is van

(actief) gezondheidsgedrag, wijzen secundaire en tertiaire preventie reeds op ziektegedrag. Sommigen besehouwen tertiaire preventie zelfs als louter curatieve gezondheidszorg (Schaapveld et al. 1993).

3. Men kan zich afvragen of de vrees voor separatistische tendensen in de Berbergemeenschap verband houdt met dit fenomeen. De stichting van een nationaal Berberinstituut dat tot doel zou hebben de taal en cultuur van de verschillende Berbergroepen te bestuderen, staat al decennia lang ter discussie, echter tot nu toe zonder resultaat (Haleber 1990).
4. Met buitenstaanders bedoelen we mensen die niet tot het eigen sociaal netwerk behoren. Verschillende Berbergroepen houden er overigens negatieve meningen op na over 'andere' Berbers, en in het bijzonder over de Arabische stedelingen.
5. Deze ogenschijnlijk weinig specifieke indicatoren geven een ruwe aanduiding van de acculturatiegraad van de onderzoekspersonen en belichten complementaire dimensies van het acculturatiefenomeen. Kledij heeft een rijke symbolische waarde (Argile 1976) en verwijst naar de groep en (sub)cultuur waarmee men zich wenst te identificeren. Westerse klederdracht is een uiting van een oriëntering naar de gastmaatschappij.
Kennis van de taal van de gastsamenleving is een indicator van de motivatie en/of van de noodzaak die de migrant voelt om contacten te leggen met die gastsamenleving. Migranten die onze taal kennen, zijn beter geïntegreerd dan zij die ze niet kennen (Zeroulou 1985), en de kans is daardoor groter dat ze intensief in contact treden met de waarden van de gastsamenleving en er door beïnvloed zullen worden. De correcte interpretatie van deze 'acculturatiescore' vereist een stratificatie van de studiebevolking naar geslacht, aangezien mannen voor taalkennis systematisch hogere scores dan vrouwen (Anderson et al. 1993).
6. In ander onderzoek (Verrept 1992b) hebben we vastgesteld dat veel Marokkaanse migranten als herkomst een stad opgeven in de nabijheid van het dorp waarvan ze afkomstig zijn, in plaats van het dorp zelf te noemen. Slechts bij intensief doorvragen zeggen ze van welk dorp ze eigenlijk afkomstig zijn. We vermoeden dat de registrerende huisartsen zich van dit fenomeen onvoldoende bewust waren, en dat er daardoor mogelijk te weinig onderzoekspersonen als van 'rurale herkomst' geregistreerd werden. Deze potentiële informatiebias kan de associatie tussen de factor herkomst en de uitkomst variabele zodanig verzwakken, dat de nulhypothese van geen associatie niet meer kan worden verworpen.

Literatuur

Amersfoort, H. van

- 1986 Nederland als immigratieland. In: L. van den Berg-Eldering (red.), *Van gastarbeider tot immigrant. Marokkanen en Turken in Nederland 1965-1986*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Uitgeverij, pp. 15-46.

Anderson, J. et al.

- 1993 An acculturation scale for South East Asians. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 28: 134-41.

Argile, M.

- 1976 *Bodily communication*. London: Methuen.

- Boissevain, J.
1979 Towards a social anthropology of the Mediterranean. *Current Anthropology* 20: 81-93.
- Bouaouda Lahrichi, H. et al.
1987 La grossesse et l'accouchement chez la grande multipare au Maroc. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 16: 919-24.
- Cammaert, M.F.
1985 *Migranten en thuisblijvers. Een confrontatie. De leefwereld van Marokkaanse berber vrouwen*. Leuven: Universitaire Pers.
1991 La femme berbère au centre de la vie familiale. In: Gaudier & Hermans (eds.), *Des Belges Marocains. Parler à l'immigré/ Parler de l'immigré*. Brussel: De Boeck Université, pp. 13-56.
- Claisse, R.
1985 The traditional therapeutic system in Morocco. *Journal of Ethnopharmacology* 13: 301-6.
- Davis, J.
1977 *The people of the Mediterranean: An essay in comparative social anthropology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Haleber, R.
1991 *Marokko*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Hart, D.M.
1976 *The Aith Waryaghan of the Moroccan Rif. An ethnography and history*. Tucson: University of Arizona Press.
- Hermans, Ph.
1991 L'expression de la plainte en milieu marocain. *Les Cahiers du GERM* 26: 13-7.
1994 *Opgroeien als Marokkaan in Brussel*. Brussel: Cultuur en Migratie.
- Herzfeld, M.
1984 The horns of the Mediterraneanist dilemma. *American Ethnologist* 11: 439-54.
- Hoef, C. van der
1990 Eerste huwelijkspatronen bij Maghrebianaanse vrouwen in België. *Bevolking en Gezin* 2: 95-121.
- Jong, J. de
1991 Vreemde gezinnen. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg* 9: 924-37.
- Kaminski, M., B. Blondel & M. Lebouvier
1980 La grossesse chez les femmes migrantes. Evolution entre 1972 et 1976. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 28: 263-6.
- Keel, P. & C. Calanchini
1989 Chronische Rückenschmerzen bei Gastarbeitern aus Mittelmeerländern im Vergleich zu Patienten aus Mitteleuropa: Demographische und psychosoziale Aspekte. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 119: 22-31.
- Lanfranchi, A.
1988 Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systematische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie-Kernfamilie. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 37: 124-31.

- Meer, Ph. van der
 1984 Omgaan met Marokkanen. Regels/omgangs-vormen/het psychosociale gesprek. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Moffaert, M. Van & A. Vereecken
 1989 Somatization of psychiatric illness in Mediterranean migrants in Belgium. *Culture, Medicine & Psychiatry* 13: 297-313.
- Muynck, A. De & R. Peeters
 1994 The occurrence of special health care provisions for Moroccan and Turkish migrants. An empirical study in Flanders. *Archives of Public Health* 51: 425-41.
- Muynck, A. De & L. Schillemans
 1993 Curatieve vraag van allochtonen en autochtonen bij de huisarts: empirische onderzoeksresultaten. *HANU* 22: 248-54.
- Muynck, A. De et al.
 1995 Is het consultatieprofiel van Marokkaanse en autochtone patiënten bij de Antwerpse huisarts geëvolueerd tussen 1984 en 1994? *HANU* 24: 117-22.
- Pauwels, A.
 1991 Cross-cultural communication in medical encounters. Melbourne: Monash University (Community Languages in the Professions Unit). Ongepubliceerd rapport.
- Peeters, R.F.
 1983 Ziekte en gezondheid bij Marokkaanse immigranten. Proefschrift Katholieke Universiteit Leuven.
- Peeters, R.F. & W. Eylenbosch
 1985 Ziekte en gezondheid bij de Marokkaanse etnische minderheid te Hoboken, Antwerpen. *HANU* 14: 197-205.
- Ridder, R. De
 1992 Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg: Een project in Vlaanderen. *Medische Antropologie* 4: 179-83.
- Roosens, E.
 1980 De structuur van een etnisch bewustzijn. De Huron Indianen van Québec. In: W. Claeys (red.), *Gedrag, dynamische relatie en betekeniswereld. Liber Amicorum Prof. J.R. Nuttin*. Leuven: Universitaire Pers, pp. 179-94.
- Rosen, L.
 1973 The social and conceptual framework of Arab-Berber relations in central Morocco. In: E. Gellner & Ch. Micaud (eds.), *Arabs and Berbers, from tribe to nation in North Africa*. London: Duckworth, pp. 155-73.
- Schaapveld, K., R.A. Hirasing & L.J. Gunning-Schepers
 1993 Controversen in de preventieve gezondheidszorg. I. Criteria voor het nut van preventieve programma's. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137: 14-7.
- Schillemans, L.
 1993 Frequente medische problematiek van migranten in de eerste lijn. Lentesymposium Multi-culturele aspecten in de Jeugdgezondheidszorg, UIA, Antwerpen, 27 maart 1993: 59-70.

- Spira, N. et al.
1981 Expérience de la surveillance mensuelle de la grossesse. *Concours Médical (suppl.)* 47: 70-4.
- Stuyft, P. Van der et al.
1989 Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Social Science & Medicine* 29: 53-60.
- Verrept, H.
1992a Marokkaanse migranten en hun geneesmiddelen. *Medische Antropologie* 4: 184-99.
1992b Geneesmiddelen en Marokkaanse immigranten. Onuitgegeven onderzoeksverslag. Antwerpen: UIA huisartsgeneeskunde.
- Voorham, A.J.
1989 Communicatieproblemen van migranten. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering* 10: 147-58.
- Zeroulou, Z.
1985 Mobilisation familiale et réussite scolaire. *Revue Européenne de Migration Internationale* 1: 107-17.