



**GEZONDHEIDSZORG VOOR ALLOCHTONEN ALS ORGANISATORISCHE
PRAXIS**

Fred Louckx

Het artikel geeft een overzicht van de verschillende organisatorische processen die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg voor allochtonen. Zo wordt er achtereenvolgens aandacht besteed aan operationele, strategische, structurerende en institutionele processen. Kern van het betoog is, dat de huidige problemen in het zorgaanbod voor allochtonen vooral toe te schrijven zijn aan een te geringe aandacht voor de laatste drie processen. Het besluit is dat de toekomst van de gezondheidszorg voor allochtonen grotendeels zal afhangen van de mate waarin men ook deze processen verder weet te ontwikkelen.

1. Inleiding

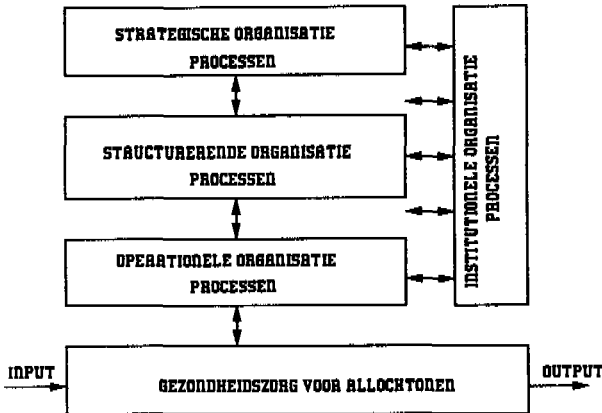
De laatste jaren is er een hele vooruitgang geboekt in de studie van de gezondheidszorg voor allochtonen. Dit geldt ongetwijfeld ook voor Vlaanderen: in de voorbije vijf jaar verschenen meer dan veertig publicaties op dit gebied. Een niet onaardig resultaat, als men weet dat de interesse voor deze problematiek in onze contreien vrij laat op gang is gekomen. Mutatis mutandis kunnen we vandaag de vergelijking met onze buurlanden doorstaan.

Toch is een al te voorbarig triomfalisme hier niet op zijn plaats. Nu ook Vlaanderen een nieuwe fase van de allochtonen-benadering is binnengetreden (1), wordt de wetenschappelijke aanpak van het probleem op zijn beurt geconfronteerd met nieuwe vragen en verantwoordelijkheden. Van de wetenschap- en a fortiori van de sociologie - wordt vaker een nadrukkelijke bijdrage verwacht in de uitbouw van een multi-culturele samenleving. Het wetenschappelijk onderzoek kan deze uitdaging ongetwijfeld aan, op voorwaarde evenwel dat de band met de sociale praktijk nauwer wordt aangehaald. Dit veronderstelt o.a. dat er meer bruggen worden gelegd tussen theorie en praktijk, wetenschapper en object van onderzoek, wetenschappelijk handelen en veranderen van de samenleving. Met andere woorden: een nieuwe actualisering van het praxis-begrip dringt zich in deze aan ons op (2).

In onderhavig artikel doen wij een poging om de gezondheidszorg voor allochtonen vanuit dit praxis-begrip te bekijken. We hebben het daarbij uitsluitend over de organisatorische praxis. Hieronder rekenen we - in navolging van W.V. Heydebrand (Heydebrand, 1983: 306) - naast de "technische" verandering van de omgeving en de oplossing van praktische problemen, ook de bewuste zelfverandering van de collectieve actoren die bij het "allochtonenvraagstuk" in de gezondheidszorg zijn betrokken.

Binnen deze organisatorische praxis onderscheiden we verder vier deelprocessen (Snellen, 1981: 11-65) (3): operationele, structurerende, strategische en institu-

tionele organisatieprocessen. Deze vormen naar onze mening het basisstramien waarrond de organisatorische praxis zich in de gezondheidszorg voltrekt. In figuur 1 wordt de gevolgde gedachtengang schematisch voorgesteld. Het artikel geeft een uitvoerige toelichting bij elk van deze stappen.



Figuur 1: Deelprocessen binnen de organisatorische praxis

2. Operationele organisatie-processen

Operationele organisatie-processen hebben betrekking op het sturen van allerlei uitvoerende werkzaamheden (Snellen, 1981: 26) in het kader van de gezondheidszorg voor allochtonen. Dit niveau van de organisatorische praxis draait vooral rond het vervullen van een aantal vastgelegde taken, al dan niet in een geëxpliciteerde doeleinden-context. Hier wordt met andere woorden gekeken naar datgene wat zich vandaag als gezondheidszorg voor allochtonen (vooral Marokkanen en Turken) aandient. Hoe functioneert dit en welke problemen treden daarbij op? Vanuit onze praxis-benadering worden deze problemen steeds binnen een concreet praktijkveld gesitueerd. De indeling die we daarbij gebruiken, is het vrij klassieke onderscheid tussen de preventieve en cu-

ratieve sector. Alhoewel we ons terdege bewust zijn van het relatieve van deze opdeling, blijft dit voor de dagelijkse praktijk nog steeds een handzaam hulpmiddel. Het spreekt vanzelf dat we hierbij niet exhaustief kunnen te werk gaan. Hiervoor ontbreken zowel de ruimte als de middelen (4). Voor de preventieve sector kijken we vooral naar de pre- en postnatale consultaties en de arbeidsgeneeskundige diensten. Bij de curatieve sector wordt een onderscheid gemaakt tussen de extramurale en intramurale voorzieningen. Als voorbeelden van extramurale zorg belichten we de ervaringen van een aantal huisartsen (werkzaam in een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum) en de activiteiten van een Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg. Tot slot wordt nagegaan hoe een aantal algemene ziekenhuizen in de intramurale sector met allochtone patiënten worden geconfronteerd.

2.1. De preventieve gezondheidszorg

A. De pre- en post-natale consultaties

Allochtone vrouwen maken minder gebruik van prenatale consultaties dan Belgische vrouwen (Koninklijk Commissariaat, 1990: 791-798). Tegenover een gemiddelde van 10 prenatale raadplegingen voor deze laatsten, staan gemiddeld 6 consultaties voor de Turkse en 5 voor de Marokkaanse vrouwen. Niet minder dan 1/7 van de Marokkaanse vrouwen volgt geen enkele vorm van prenatale consultatie.

Ook het tijdstip waarop men de prenatale raadplegingen aanvat, verschilt duidelijk: waar 90% van de Belgische vrouwen tijdens het eerste trimester van de zwangerschap begint te consulteren, is dit slechts voor 50% van hun Turkse en 40% van hun Marokkaanse seksegenoten het geval.

Regionaal kunnen er ook verschillen aanwezig zijn in de aard van de prenatale voorziening die wordt opgezocht. Zo zouden Marokkaanse vrouwen in het Antwerpse vaak bij de huisarts op consult gaan, terwijl hun Turkse stadsgenoten dan weer dikwijls aankloppen bij Kind en

Gezin. Dit valt wellicht vooral te verklaren vanuit de aanwezigheid van aangepaste voorzieningen (o.a. een vertrouwenspersoon/tolk, concentratiesprekuren enz.). Het gebeurt ook frekwent dat men op meerdere plaatsen consulteert.

Belangrijke factoren zijn hier de kennis en de houding van de arts. Aan de kant van de zorgvragers - de allochtone patiënten - vormen vooral de lage scholing en de gebrekkige taalkennis een niet te onderschatten barrière. Of de vrij hoge cijfers voor doodgeboorten, perinatale en zuigelingensterfte (Peeters, van der Veen, 1989) o.a. een gevolg zijn van een minder goede prenatale zorg, of veeleer toe te schrijven zijn aan een klasse-bias in de meting, is vooralsnog niet helemaal uitgemaakt. Deze klasse-bias is overigens een euvel waaraan de meeste migranten-onderzoeken mank gaan, waardoor vergelijkingen met de Belgische bevolking steeds met enig voorbehoud moeten worden geformuleerd.

Voor de postnatale raadplegingen liggen de percentages van de allochtone bevolking ongetwijfeld hoog. Uit een in 1989 uitgevoerde enquête bij de "Consultatiebureaus voor het Jonge Kind" (Kind en Gezin) (Koninklijk Commissariaat, 1990: 799-808) blijkt dat 9,7% van de ingeschreven kinderen allochtoon zijn. De provinciale verschillen variëren van 19,4% van het cliënteel van de consulatie-bureaus in Limburg tot 1,7% in West-Vlaanderen. Antwerpen en Oost-Vlaanderen liggen met respectievelijk 10,9 en 8% dicht bij het gemiddelde van het Vlaamse Gewest (9,5%).

Marokkaanse en Turkse kinderen vormen samen de grootste groep: 68,1% van de allochtone kinderen in de consultatiebureaus van het Vlaamse Gewest. Uit de E.G.-landen Spanje, Portugal, Italië en Griekenland komen nog eens 12,7% van de allochtone kinderen. Bijzonder gering in aantal zijn de Algerijnse (0,7%) en Tunesische kinderen (1,1%).

Een interessante vaststelling is dat consultatiebureaus met comité (opgericht door een plaatselijke organisatie) globaal genomen een groter aantal allochtonen tellen dan

bureaus zonder comité (opgericht door Kind en Gezin). 6,4% van de bureaus met comité hebben minstens 50% allochtone inschrijvingen. Voor de bureaus zonder comité geldt dit slechts in 0,7% van de gevallen.

In het Vlaamse Gewest bereikt Kind en Gezin met haar Consultatiebureaus voor het Jonge Kind 78,9% van de allochtone kinderen tussen 0 en 3 jaar. Voor de Vlaamse bevolking ligt dit cijfer op 46,8%. Dit impliceert dat relatief meer allochtone dan autochtone kinderen worden gevolgd. Dit zou vooral het geval zijn in de arrondissementen Hasselt, Tongeren, Gent en Antwerpen.

Als we de inschrijvingen voor 1989 vergelijken met deze van 1984 en daarbij rekening houden met de demografische ontwikkelingen, volgt daaruit duidelijk dat men vandaag een groter aandeel van de allochtone kinderen bereikt dan 5 jaar terug. Ondanks deze bijzonder gunstige cijfers wordt toch binnen Kind en Gezin aangedrongen op een bijsturing van de beschikbare middelen. Daarbij wordt vooral gedacht aan tolken en "interculturele medewerkers".

B. De arbeidsgeneeskundige diensten

Het eerste (direct of indirect) contact van de allochtone kandidaat-werknemer met de Belgische gezondheidszorg verloopt meestal via de aanvraag van een arbeidskaart. Deze is nodig voor elke niet-E.G.-onderdaan die in België wenst tewerkgesteld te worden. De uitreiking van een dergelijke kaart wordt verplicht voorafgegaan door een medisch onderzoek dat een algemeen onderzoek, een bloedonderzoek en een radioscopie van de thorax behelst. Aan de hand van dit onderzoek verklaart de arts dat de kandidaat-werknemer geen besmettelijke of overdraagbare ziekte heeft, en dat er geen aanwijzingen zijn in de richting van een arbeidsongeschiktheid. Een duidelijk nadeel van dit onderzoek is dat er veel wordt overgelaten aan de appreciatie van de onderzoekende arts (Van Sprundel, Peeters, 1988: 73). Dit geldt zowel voor de concrete invulling van het bloedonderzoek,

als voor het al dan niet uitvoeren van bijkomende analyses.

Daar waar dit eerste onderzoek vooral oog heeft voor de algemene gezondheidstoestand van de kandidaat-werknemer, zal de arbeidsgeneesheer bij het daaropvolgend aanwervingsonderzoek vooral moeten kijken naar de specifieke geschiktheid voor een welbepaalde functie. Van Sprundel en Peeters (Van Sprundel, Peeters, 1988: 74-75) wijzen hier op het groot belang van een aantal aandachtspunten: de nutritionele toestand van de allochtone werknemer, maag-darmklachten (al dan niet in verband te brengen met psychosomatische problemen), de frekwente aanwezigheid van gastro-intestinale parasitosen, de overdracht van bepaalde worminfecties, het belang van gezichtsscherpte en gehoor en de verhoogde prevalentie van bepaalde erfelijke aandoeningen zoals thalassemie. Voor zo'n onderzoek is een degelijke communicatie uiteraard van het grootste belang. Het wekt dan ook enige verwondering dat er in de opleiding van arbeidsgeneesheren zo weinig aandacht wordt besteed aan dit communicatieprobleem (Koninklijk Commissariaat, 1990: 789). De mijnsector gold in deze als een witte raaf door de inschakeling van tolken.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat arbeidsongevallen relatief meer voorkomen bij allochtone werknemers. Dit heeft vanzelfsprekend veel te maken met de economische sectoren waarin zij worden tewerkgesteld en de aard van het verrichte werk. Toch moeten ook deze cijfers genuanceerd worden. Na correctie voor leeftijd, type van werk en dienstjaren zou het ongevallencijfer van allochtone werknemers niet meer noemenswaardig verschillen van dat van de autochtone werknemers (Van Sprundel, Peeters, 1988: 76).

Of de ernstgraad bij de arbeidsongevallen hoger ligt bij allochtone werknemers is niet altijd even duidelijk uit te maken. Eén van de criteria die men daarbij zou kunnen hanteren, is de toegekende schadevergoeding. Hierbij is evenwel voorzichtigheid geboden, omdat meer dan eens de vraag wordt opgeroepen of er geen verschillende beoordeling is van schade, naargelang het om een al-

lochtone of autochtone werknemer gaat (Koninklijk Commissariaat, 1990: 776). Vooral wanneer de arbeidsongeschiktheid gepaard gaat met psychische problemen is deze beoordeling vaak moeilijk (Eppink, 1988: 29). Wij denken hier onder meer aan de problematiek van de zogenaamde "renteneurose". In zo'n gevallen komt het gebrek aan deskundigheid van onze gezondheidszorg maar al te dikwijls naar boven.

De kans op beroepsziekteschade lag in 1974 negen maal hoger voor allochtone dan voor autochtone werknemers (Van Sprundel, Peeters, 1988: 76). Deze grote verschillen kwamen o.a. voor rekening van de sterke tewerkstelling van allochtonen in de mijnsector. Dit beeld is echter verre van volledig. Beroepsziekten worden in België - zowel voor autochtone als voor allochtone werknemers - te eng gedefinieerd, zodat er ontegensprekelijk heel wat verdoken gevallen van beroepsziekten bestaan. Bovendien is het kluwen van instanties dat zich met deze problematiek inlaat dermate ondoorzichtig, dat de allochtone werknemer er a fortiori moeilijker zijn weg in vindt (Koninklijk Commissariaat, 1990: 778).

2.2. De curatieve gezondheidszorg

2.2.1. Extramuraal

A. De huisartsen

De huisartsen spelen, als eerstelijnswerkers bij uitstek, uiteraard een cruciale rol in de uitbouw van een degelijke gezondheidszorg voor allochtonen. In vele gevallen liggen zij aan de basis van allerlei initiatieven in de zorg voor allochtonen. Het enthousiasme en de inzet van deze mensen is vaak bijzonder groot. De goede bedoelingen waarmee zij hun betrokkenheid ten aanzien van de allochtone patiënt schragen, vormen op zichzelf evenwel een vrij magere werkbasis (De Ridder, 1988: 134). Dit wordt vooral duidelijk wanneer we de complexiteit van de communicatieproblemen bekijken waarmee de huisartsen worden geconfronteerd.

Volgens L. Ferrant, zelf huisarts in een Brussels wijk-gezondheidscentrum, zijn er een aantal basisvaardigheden nodig om de communicatieproblemen met allochtone patiënten aan te kunnen (Ferrant, 1988 en 1989). Alles begint met het al dan niet erkennen van communicatieproblemen. Heel wat artsen gaan ervan uit dat zij middels intuïtie, ervaring enz. tot een perfecte communicatie zijn gekomen, en wensen verder zo weinig mogelijk pottekijkers in hun praktijk. Als er al eens problemen opduiken, dan zijn zij - naar eigen zeggen - voldoende gewapend om die zelf op te lossen. Of dit ook werkelijk altijd het geval is, wordt weleens betwijfeld aan de hand van het groot aantal technische onderzoeken die deze artsen vaak laten verrichten. Volgens Ferrant ontkomt men niet aan de indruk dat deze onderzoeken juist dienen om lacunes in de communicatie op te vullen (Ferrant, 1989: 494).

De communicatiemogelijkheden met allochtone patiënten worden uiteraard in sterke mate beïnvloed door het wederzijds gebrek aan taalkennis. Hierdoor is noch de patiënt noch de arts in staat een vlot gesprek op gang te brengen. Dit kan bijvoorbeeld het stellen van een degelijke anamnese erg bemoeilijken. Het aanleren van een aantal woorden Marokkaans-Arabisch, Tamazigt of Turks is voor de arts reeds een hulp, maar lost bijlange niet alle problemen op. Daarom wordt vaak een tussenpersoon - kennis, familielid, kind of tolk - ingeschakeld. Hetgeen op zijn beurt weer een aantal andere problemen oproept, o.a. in verband met het medisch geheim en het handhaven van de traditionele gezagsverhoudingen binnen het gezin (Louckx, 1989: 69). Het beroep doen op een vaste tolk heeft uiteraard meestal financiële repercussies.

Hoe groot de taalbarrières ook moge wezen, ze vormen slechts een deel van de communicatieproblematiek. Wellicht zelfs een erg overschat deel. Meer nog dan de woorden, spelen de betekenisystemen een fundamentele rol in het contact met de allochtone patiënt. Veel van wat in de dagelijkse artsenpraktijk omgaat, wordt door de huisarts vanzelfsprekend geacht. Dit maakt heel wat elementen uit de eigen cultuur onzichtbaar (Schillemans,

1989: 501). Eenmaal geconfronteerd met allochtone patiënten wordt de culturele gekleurdheid van het artsen-denkkader pas duidelijk. De voorbeelden zijn hier legio. Denken we maar even aan de "duiding" van allerlei klachten en het bespreekbaar stellen van "taboe-onderwerpen" zoals de maagdelijkheid bij Marokkaanse en Turkse meisjes.

Vanuit de klasse-positie van zijn allochtone patiënten wordt de huisarts ook regelmatig gedwongen een sociaal denkkader te hanteren (Schillemans, Crevecoeur, 1986: 261). Problemen met O.C.M.W., weduwepensioenen, wezen-geld enz. komen niet zelden bij hem terecht. Ook in deze verwacht de allochtone patiënt een steun van zijn arts, bij gebrek aan andere kanalen. Of de huisarts op deze vraag ingaat, hangt grotendeels af van de maatschappelijke rol die hij zichzelf heeft toebedeeld. Het gevaar van oneigenlijk gebruik van de gezondheidszorg is hier nooit ver weg.

Al bij al ligt de artsentrouw - ondanks de inspanningen - toch beduidend lager bij allochtone dan bij autochtone patiënten (Eylenbosch, Peeters, 1986: 130; Schillemans e.a., 1989: 524). Dit kan ten dele op rekening geschreven worden van de nog vrij geringe aanwezigheid van aangepaste voorzieningen (brochures, aangepaste wachtkamer, tolken enz.). Een onderzoek bij de huisartsen in de "migrantenwijken" van Antwerpen toonde aan, dat van de 96 artsen met een gedeeltelijk Turks of Marokkaans patiëntenbestand er slechts 36 over één of andere specifieke voorziening beschikken (Van de Mierop e.a., 1989a: 519). De invloed van dergelijke voorzieningen wordt door onderzoek overduidelijk aangetoond. Toch verklaart dit niet heel de variantie in artsentrouw. Voorzieningen zijn noodzakelijk, maar niet voldoende voor een degelijke eerstelijnszorg. We hebben evenzeer behoefte aan huisartsen die qua kennis, attitude en vaardigheden beter aansluiten bij het verwachtingspatroon van de allochtone patiënt (Schillemans e.a., 1989: 524).

B. De Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg

Als type-voorbeeld voor deze diensten nemen we het Centrum voor Welzijnszorg te Laken. Deze sedert 1979 officieel erkende dienst was de eerste Vlaamse Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg die een specifieke, culturele en therapeutische benadering voor allochtone cliënten aanbood. De pioniersrol van dit Centrum kan dan ook niet genoeg worden benadrukt.

In het laatste jaarverslag (Centrum voor Welzijnszorg, 1990) leest men dat het Centrum in 1989 422 cliënten in begeleiding had. 46,7% hiervan komen uit Turkije, 34,1% uit Marokko. De Italianen zijn goed voor 7,3% van het cliënteel. In de overblijvende groep zitten ook nog 5,9% Belgen.

De verdeling naar geslacht toont een licht overwicht van vrouwen: 54% tegenover 46% mannen. Het is wel zo dat bij de Marokkaanse cliënten het aantal mannen hoger ligt dan het aantal vrouwen. Voor hun Turkse mede-clieënten is dit net andersom.

De meeste cliënten bevinden zich in de leeftijdscategorie tussen 20 en 39 jaar (57,1%); 16,2% is jonger dan 20; 60% is gehuwd, 25% ongehuwd en 12% is feitelijk of wettelijk gescheiden.

55% van het cliënteel heeft ten hoogste lager onderwijs genoten. Van 12% is het onderwijsniveau helemaal niet gekend. 51,6% heeft geen enkele beroepsactiviteit. 69% van de beroepsactieven verricht ongeschoolde arbeid. Ongeveer de helft van het cliënteel leeft van een vervangingsinkomen.

45,5% heeft de stap naar het Centrum gezet op eigen initiatief of op aanraden van de omgeving (kennis, familie enz.). 33,6% is doorverwezen door de eerstelijns. Vooral de huisarts is hier van belang. 16,8% komt via de derdelijns (ziekenhuis e.d.) in het Centrum terecht.

Kijken we tenslotte naar de redenen voor aanmelding, dan vinden we o.a. 22,9% lichamelijke klachten, 28,2% psychische problemen, 18,7% problemen thuis en 11,6% ju-

ridische problemen. Alhoewel de aangeboden problemen sterk variëren, vormen psychosomatische klachten toch het leeuwedeel van de aanmeldingen.

De sterke aanwezigheid van deze psychosomatische klachten brengt mee dat heel wat allochtonen eerst bij de huisarts terechtkomen. Door het gebrek aan diensten met de nodige ervaring en bekwaamheid in het werken met allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg, is de arts vaak aangewezen op zijn eigen onbekendheid ter zake. Verwijst hij toch door, dan zorgen "taal- en cultuurproblemen" ervoor dat de patiënt in de kortste keren weer bij zijn huisarts staat. Ten einde raad gaat deze laatste over tot allerlei nodeloze interventies. Het resultaat is een patiënt die zijn vertrouwen in de hulpverlening verliest (Koninklijk Commissariaat, 1990: 810).

De knelpunten waarmee de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg worden geconfronteerd zijn meestal van drieërlei aard (Uniken Venema, 1989: 192). Om te beginnen is er de noodzaak van een goed inzicht in de problemen van buitenlandse cliënten. Dit veronderstelt ook hier dat gedragingen vanuit hun cultuur-specifieke betekenis worden geduid. Een dergelijke aanpak vraagt van de hulpverlener o.a. een grondige kennis van traditionele ziekte- en gezondheidsopvattingen, van andere sociale rolverwachtingen en van het migratieproces als breukmoment in de biografie van een cliënt (Koninklijk Commissariaat, 1990: 809).

Een tweede knelpunt is het vinden van de juiste werkwijze. De hulpverleners zitten veelal vast aan bepaalde methodieken. Als blijkt dat deze het niet doen bij allochtone cliënten, zitten hulpverleners vaak voor een muur van vertwijfeling.

Een derde en laatste knelpunt is het vaststellen van de doelstellingen in de hulpverlening. Met Uniken Venema (Uniken Venema, 1989: 192) stellen wij ons hier de vraag in hoeverre een hulpverlener moet "meegaan" met de cultuur van de cliënt, vooral als dit betekent dat

gedragingen worden getolereerd die volgens de normen van de hulpverlener niet aanvaardbaar zijn.

In de uitbouw van onze Geestelijke Gezondheidszorg staan we op deze terreinen nog nagenoeg nergens. Een witte raaf, zoals het Centrum voor Welzijnszorg, niet te na gesproken. De Geestelijke Gezondheidszorg heeft dan ook dringend behoefte aan de uitbouw van een netwerk van diensten die in deze over een deskundigheid beschikken. Dit kan al dan niet gebeuren binnen de kontekst van de bestaande gezondheidsstructuren (Koninklijk Commissariaat, 1990: 810-811). Zaak is vooral dat het gebeurt.

Dit mag evenwel niet leiden tot een "psychiatrisering van de migrantenpathologie" (Schillemans, 1989: 500). De aanwezigheid van psychische problemen binnen de allochtone populatie betekent daarom nog niet dat achter elke klacht een psychische oorzaak moet gezocht worden. In die zin verschilt de allochtone cliënt uiteraard niet van de autochtone bevolking. De vaak vermoede sterkere aanwezigheid van psychische problemen bij allochtonen, zou weleens meer kunnen te maken hebben met onze gebrekkige deskundigheid dan met werkelijke verschillen tussen autochtonen en allochtonen (Uniken Venema, 1989: 187-188).

Tenslotte willen wij erop wijzen dat hogervernoemde problemen ook nog vanuit een andere hoek dienen genuanceerd te worden. Zoals we uit de samenstelling van het cliëntenbestand van het Centrum voor Welzijnszorg te Laken hebben kunnen aflezen, behoren de meeste cliënten tot de lagere socio-economische categorieën. Ook binnen de autochtone bevolking hebben deze categorieën het moeilijker om aansluiting te vinden bij het gangbaar hulpverleningsaanbod (Gailly e.a., 1988: 121). Het is goed dit voor ogen te houden wanneer men al te snel conclusies zou willen trekken uit bovenstaande gegevens.

2.2.2. Intramuraal

De algemene ziekenhuizen

Taalproblemen spelen uiteraard ook in het ziekenhuis een belangrijke rol. Reeds bij de intake kunnen een verkeerd genoteerde naam of een foutieve geboortedatum een invloed hebben op de verdere verwerking van het dossier. Specifieke vragen of wensen van de patiënt kunnen moeilijk onder woorden worden gebracht. Op het ogenblik van de anamnese blijft een groot gedeelte van de medische voorgeschiedenis in het duister gehuld. De informatie van de arts schiet noodgedwongen te kort (Bureau Voorlichting, 1987: 35). De inschakeling van tolken kan ook hier de aangewezen oplossing zijn.

Met de hospitalisering van de allochtone patiënt wordt niet zelden de vrij strikte taakverdeling tussen de partners in de war gestuurd (Bureau Voorlichting, 1987: 35). Vermits geen van beide partners gewoon is zich op het terrein van de andere te bewegen, kan o.a. de kinderopvang tijdens het verblijf in het ziekenhuis hier moeilijker liggen dan bij autochtone patiënten. De sociale dienst van het ziekenhuis zal hierop zeker bedacht moeten zijn.

Een belangrijk struikelblok, zowel voor het personeel als voor de mede-patiënten, zijn de bezoeken (Louckx, 1989: 71). Vanuit hun groepsverbondenheid krijgen de allochtone patiënten meestal veel bezoek. De bezoeken worden daarbij echter niet altijd even nauwlettend gerespecteerd. Overlast en irritatie van mede-patiënten is hier meer dan eens het gevolg van. Sommige ziekenhuizen lossen dit op door de patiënten zoveel mogelijk per nationaliteit te groeperen (Janssen e.a., 1989: 40). Het is zeer de vraag of dit wel de beste oplossing is.

Turkse en Marokkaanse patiënten houden zich ook in het ziekenhuis meestal aan strikte voedingsvoorschriften. Het weigeren van varkensvlees is voor nagenoeg alle ziekenhuizen met allochtone patiënten een gekend fenomeen. Bieden de alternatieve gerechten onvoldoende waarborg, dan komt er een "familiale bevoorrading" op

gang (Janssen e.a., 1989: 41). Dit kan uiteraard bepaalde dieetafspraken doorkruisen.

Alhoewel o.a. zieken, zwangeren en pas bevallen vrouwen ontheven worden van de traditionele vastenmaand (Ramadan), zou toch meer dan de helft van de Turkse en Marokkaanse ziekenhuispatiënten zich hieraan houden (Jenard, Claeys Bouuaert, 1988: 16). Dit betekent dat zij tussen zonsopgang en zonsondergang geen eten of medicatie naar binnen nemen. Vermits het ziekenhuis 's avonds laat geen maaltijden meer serveert, is het de familie die gedurende deze periode de zorg voor de gerechten op zich neemt. Het spreekt vanzelf dat een dergelijk eet- en medicatie-gedrag bepaalde problemen meebrengt. Toch moet ook dit gerelativeerd worden. De problemen zouden niet groter zijn dan deze met autochtone diabetici (Jenard, Claeys Bouuaert, 1988: 16).

Minder vertrouwd is het ziekenhuispersoneel vaak met het feit dat allochtone patiënten zich soms zelf willen wassen. Dit is onder meer het geval na bevallingen of tijdens de menstruatie. De reden hiervoor is dat zij dit als een rituele reiniging zien (Bureau Voorlichting, 1987: 36).

Bij het overlijden van een allochtone patiënt wordt het ziekenhuis geacht rekening te houden met specifieke voorschriften inzake stervensbegeleiding, het afleggen van het lijk en de begrafenis (Bureau Voorlichting, 1987: 37). De wijze waarop de stervende in bed dient te worden gelegd, de manier waarop de overledene moet worden gewassen en ingewikkeld, het tijdstip van de begrafenis enz. vragen ook in deze de tussenkomst van deskundigheid.

3. Strategische organisatie-processen

Tot dusver hebben we een kort overzicht gegeven van datgene wat zich vandaag in Vlaanderen als gezondheidszorg voor allochtonen aandient. Het lag niet in onze bedoeling een volledig beeld op te hangen van deze gezondheidszorg. We wilden alleen een aantal cruciale

voorzieningen in hun werking en beperkingen voorstellen. Wij hebben gezien dat er op dit gebied in Vlaanderen meer gebeurt dan men meestal vermoedt. Op het niveau van de dagelijkse organisatie - wat wij operationele organisatie-processen hebben genoemd - wordt de gezondheidszorg voor allochtonen duidelijk gekenmerkt door een veelvoud aan initiatieven die meestal los van elkaar zijn ontstaan. Ons overzicht toonde aan dat de zorgverleners meestal elk voor zich - binnen de veilige muren van hun praktijk - naar antwoorden zoeken voor de talloze vragen die hen door allochtone patiënten worden toegeworpen. Onvermijdelijk krijgt men het gevoel steeds maar ter plaatse te trappelen. De gezondheidszorg voor allochtonen beperkt zich immers al te veel tot operationele organisatievragen, waardoor mogelijke aanzetten tot verbetering en vernieuwing weinig kansen krijgen. De noodzakelijke omzetting van operationeel naar strategisch denken veronderstelt een heel andere houding, waarbij op grond van de dagelijkse praktijk een aantal duidelijke noden worden geformuleerd. Hoe voor de hand liggend deze stap ook moge lijken, hij wordt maar erg moeizaam gezet in de gezondheidszorg voor allochtonen. Het volstaat ook niet van louter theoretisch tot een behoeften-afbakening te komen. De strategische vraag naar deze afbakening moet direct verbonden worden met de vraag hoe men in deze noden wil voorzien. Snellen noemt dit de koppeling van de "wat-strategie" aan de "hoe-strategie" (Snellen, 1981: 32). De concrete invulling van deze koppeling is vandaag in Vlaanderen onvoldoende aan de orde. Het is dan ook hier dat men de noodzaak van een wetenschappelijke praxis-benadering het eerst aanvoelt.

Uit ons overzicht van de gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen komen - op het niveau van de wat-strategie - steeds drie grote problemen terug: de nood aan meer kennis inzake de allochtone cultuur, de behoefte aan meer vaardigheid in het omgaan met allochtone patiënten en de vraag naar een attitude-verandering ten aanzien van deze laatsten. Deze drie elementen lopen als een rode draad doorheen alle sectoren van onze gezond-

heidszorg. Nagenoeg alle besproken problemen kunnen beschouwd worden als variaties op deze drie grote thema's. Hierover zal men in het praktijkveld dan ook wellicht vrij vlug eens zijn.

Minder makkelijk wordt het wanneer men zich gaat beraden over de "hoe-strategie" die hiermee dient gepaard te gaan. De consensus over dit aspect van de organisatorische uitbouw van de gezondheidszorg voor allochtonen wordt onder meer bemoeilijkt door de onvermijdelijke filosofische en ideologische verschillen tussen de hulpverleners. Toch wagen we ons hier aan het naar voor schuiven van een aantal punten.

Een eerste vereiste is zeker de betere uitbouw van ons statistisch en wetenschappelijk arsenaal. De beschikbare cijfers over allochtonen in de gezondheidszorg zijn beperkt en niet altijd even betrouwbaar. Hierdoor ontberen we een elementaire basis voor elk beleid ter zake. Het wetenschappelijk onderzoek vertoont eveneens heel wat leemten. De zwakke inpassing van het onderzoek in de praktijk werd reeds hoger vernoemd. Andere tekorten zijn onder meer de klasse-bias van heel wat onderzoek (zie in dit verband ook weer ons overzicht), het uitblijven van meer vergelijkende studies over verschillende groepen van allochtonen en autochtonen en de afwezigheid van studies over de meerwaarde van specifieke categoriale voorzieningen voor allochtonen in de gezondheidszorg (Van de Mierop e.a., 1989b: 23). Wij willen hier ook wijzen op het ontbreken van wetenschappelijk gefundeerde referentiematen voor bepaalde klinische onderzoeken (Polednak, 1989: 16-31).

Een mogelijk tweede element in de "hoe-strategie" is de uitbouw van interdisciplinaire samenwerkingsverbanden. De multi-dimensionaliteit van de meeste gezondheidsproblemen - zowel van allochtone als autochtone patiënten - vraagt vandaag om samenwerking tussen de verschillende medische, paramedische en verzorgende beroepen (Bosman, Louckx, 1988: 67). Dit geldt zeker voor de gezondheidszorg voor allochtonen, waar de kennis- en vaardigheidsontwikkeling pas stilaan op gang begint te komen. De

permanente uitwisseling van informatie kan, samen met een meer aangepaste opleiding en/of bijscholing, de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening snel verhogen.

Samenwerking is ook nodig op het gebied van netwerkontwikkeling. Zoals we in ons overzicht zagen, is de gezondheidszorg voor allochtonen veel te veel het werk van naast elkaar functionerende initiatieven. Op die manier gaat er heel wat ervaring, energie en geld verloren. In plaats van ieder voor zich het hoofd boven water trachten te houden, zou men er beter aan doen de krachten te bundelen. Zowel de geloofwaardigheid als de slagkracht t.o.v. de overheid zouden er beter bij varen.

Belangrijk is ook het bevorderen van de participatie van de allochtone burger in de gezondheidszorg. En dan denken we niet alleen aan de voor de hand liggende deelname in de produktie van de gezondheidszorg, maar ook aan de participatie in de aanbodstructurering. Het gaat hier onder meer om probleemsignalering, voorbereiding en evaluatie van zorgverlening (Bosman, Louckx, 1988: 118). Zonder deze feedback vanuit de allochtone bevolking loopt men het risico met een fictief beeld van de allochtone gezondheidszorgbehoeften te werken.

Een vijfde en laatste streefdoel voor de "hoe-strategie" is mogelijk het op gang brengen van een "nieuwe dialoog" tussen overheid en initiatieven inzake gezondheidszorg voor allochtonen. Een nieuwe dialoog vereist aanpassingen van beide partijen (Snellen, 1981: 87-88). Zo zou de overheid meer oog moeten hebben voor serviceverlening aan het veld. Snellen pleit hier o.a. voor een door de overheid ingesteld organisatieadviesbureau. Het voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen zou eveneens uit de vrijwilligheidsfeer moeten gehaald worden. Aan de kant van de initiatiefnemers mag men onder meer verwachten dat ze bij de uittekening van hun werking meer rekening houden met de daartoe door de overheid aangegeven beleidskaders.

4. Structurerende organisatie-processen

De toekomstige ontwikkeling van een degelijke gezondheidszorg voor allochtonen zal in belangrijke mate beïnvloed worden door de invulling van de strategische organisatie-processen. Vooral de "hoe-strategie" verdient hierbij veel meer aandacht dan ze tot op heden gekregen heeft. Hoe moeilijk deze strategische organisatie-vragen ook mogen liggen, men ontkomt er niet aan. Het ontwerpen van strategieën vanuit een duidelijke kijk op de behoeften is en blijft een noodzakelijke oefening voor elke organisatie die op een doelgerichte manier wil werken. Hogervernoemde voorstellen kunnen daarbij eventueel als uitgangspunt worden gehanteerd.

We hebben tot nu toe gezien dat de gezondheidszorg voor allochtonen wordt gekenmerkt door niet altijd vlot functionerende operationele processen, gecombineerd met vrij traag op gang komende strategische processen. De vraag is evenwel in welke mate beide processen bij elkaar aansluiting vinden. Het volstaat niet aan de ene kant binnen de huidige gezondheidszorg voor allochtonen te werken, en aan de andere kant, los daarvan, "hoe-strategieën" te bedenken. Beide organisatie-processen moeten direct met elkaar verbonden worden. Deze brug tussen operationele en strategische organisatieprocessen zullen wij, in navolging van Snellen, structurerende organisatieprocessen noemen. Snellen onderscheidt een drietal taken voor de structurerende organisatie-dimensie:

- a. het omzetten van de ontwikkelde strategie in een concreet kader voor de operationele werkzaamheden door middel van lange termijn plannen op deelgebieden en interne (re)organisatie-ontwikkelingen ("interne structurering");
- b. het ontwikkelen en bewaken van de interorganisatiele relaties, niet alleen noodzakelijk voor het strategisch beleid, maar ook om de operationele werkzaamheden naar behoren te kunnen vervullen ("externe structurering");
- c. het scheppen van de organisatorische en personele uitgangssituatie die nodig is om het proces van

strategieformulering zelf tot een goed einde te kunnen brengen (Snellen, 1981: 111).

Het ligt voor de hand dat de structurende organisatieprocessen in de gezondheidszorg voor allochtonen nog vrij beperkt zijn. Zij veronderstellen immers een directe bestuiving vanuit de strategische organisatieprocessen, die, zoals we hoger zagen, zelf nog in een beginstadium verkeren. De eerste schuchtere stappen werden evenwel reeds gezet met de oprichting van het Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid (C.E.M.G.). Het valt daarbij op te merken dat binnen de gezondheidszorg voor allochtonen de externe structurering het voortouw heeft genomen op de interne structurering.

Het C.E.M.G. werd in maart 1988 op initiatief van een aantal vorsers en praktijkmensen opgericht. Doel was vooral een brug te leggen tussen plaatselijke initiatieven i.v.m. gezondheidszorg voor allochtonen en de overheid. Een bescheiden subsidiëring vanuit het Kabinet-Lenssens moest het Centrum in staat stellen zowel zijn noodzaak als zijn deskundigheid te bewijzen (C.E.M.G., 1989: 1). Op korte tijd ontplooidde het C.E.M.G. heel wat activiteiten. We vernoemen hier slechts de onderzoeken i.v.m. de voedingsgewoonten bij Marokkaanse gezinnen en de psycho-sociale aspecten van gezondheidsklachten, het samenstellen van een vormingspakket voor personeel in de gezondheidszorg, het organiseren van kadervorming, het uitwerken van een counselingprocedure, het toegankelijk maken van voorlichtingsmateriaal en het uittekenen van een gedetailleerd project voor interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg (C.E.M.G., 1989: 1-2).

Deze prille vorm van externe structurering in de gezondheidszorg voor allochtonen maakt vandaag een aantal kinderziekten door. Het meest acuut is uiteraard het vooralsnog uitblijven van een subsidiëring voor 1991. Alhoewel de gesprekken met de overheid dienaangaande mogelijk een oplossing in het vooruitzicht stellen, draait het C.E.M.G. vandaag nog nagenoeg volledig op de vrijwillige inzet van zijn medewerkers. Het Centrum ervaart

ook hoe moeilijk het is om de verschillende initiatieven rond de tafel te krijgen en te houden. De kat uit de boom kijken en de eigen werking veilig stellen is maar al te vaak het parool.

Ondanks deze kinderziekten is de kans toch groot dat er op middellange termijn ook een interne structurering van de gezondheidszorg voor allochtonen op gang komt. Een belangrijke aanzet daartoe kan uitgaan van het hogervernoemd project "Interculturele bemiddelaars in de Gezondheidszorg". Vertrekkende van ervaringen die onder meer in Engeland werden opgedaan (City and Hackney, 1987), legde het C.E.M.G. dit project in juli 1989 aan de Vlaamse regering voor. De bedoeling is Turkse en Marokkaanse vrouwen in de gezondheidszorg tewerk te stellen. Ze zouden daar belast worden met een "interculturele bemiddelingstaak", een opdracht die enigszins vergelijkbaar is met deze van een "ombudsvrouw". Voorkeur wordt gegeven aan kandidaten met minstens drie jaar ervaring in de gezondheidszorg. Elke kandidate dient een opleiding te volgen die uit 3 modules bestaat: taal, gezondheid en communicatie. Heel het project zou worden begeleid vanuit vier regionale centra: Gent, Antwerpen, Hasselt en Vilvoorde (C.E.M.G., 1990).

De Vlaamse regering bekrachtigde op 19 december jongstleden het protocol dat omtrent dit project tussen de gemeenschapsministers van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin, Tewerkstelling en Onderwijs werd ondertekend. Mogelijk is dit de start van een belangrijk intern structureringsproces in de gezondheidszorg voor allochtonen.

5. Institutionele organisatie-processen

Van het allergrootste belang voor het slagen van structurende, strategische en operationele organisatie-processen, is dat zij gedragen worden door een interne en externe legitimering. Het is fout te denken dat de uitbouw van een gezondheidszorg voor allochtonen voor iedereen even vanzelfsprekend is. De dagelijkse inzet

voor allochtone patiënten maakt menig veldwerker immuun voor de vraag of zijn werk ook door de buitenwacht naar waarde wordt geschat. Het belang van datgene wat hij doet is voor hem zo voor de hand liggend, dat hij er niet meer bij stilstaat dat de omgeving er weleens anders zou kunnen over denken. De hogerbeschreven organisatie-processen veronderstellen integendeel dat hun geldigheid voortdurend wordt bedongen. Dit optreden, waarbij de legitimering van de organisatie en haar activiteiten centraal staat, zien wij als institutionele organisatie-processen (Snellen, 1981: 47).

Institutionele organisatie-processen richten zich vrijwel steeds op een externe legitimering. Daarbij vergeet men dat zich ook binnen de organisatie belangrijke legitimeringsmomenten aandienen. Dit geldt ongetwijfeld voor het probleem van de netwerkontwikkeling. Zowel bij de operationele, strategische als structurerende organisatie-processen, botsten wij voortdurend op de vraag naar samenwerking. Eén van de struikelblokken is daarbij de uiteenlopende perceptie van wat op de verschillende organisatieniveaus dient te gebeuren. De gezondheidszorg voor allochtonen heeft dan ook dringend behoefte aan het creëren van gemeenschappelijke probleemstellingen, waarden, normen en wijzen van handelen als basis voor een feitelijke samenwerking. Volgens Snellen behoort juist dit tot de kern van het institutioneel organisatieproces (Snellen, 1981: 52).

Blijft uiteraard ook de externe legitimering. De relatie met de overheid kwam hoger meermaals ter sprake. Zonder een uitgebouwde subsidiëring dreigt de gezondheidszorg voor allochtonen verder te dobberen op toevallige initiatieven. Een dialoog met de overheid dringt zich op. Maar dezelfde overheid zit vandaag geprangd in een besparingskeurslijf en is minder dan ooit geneigd om de uit het werkveld opborrelende vragen blindelings te honoreren. De druk van de publieke opinie i.v.m. de migranten is bovendien niet altijd van die aard dat een duidelijke beleidskeuze ten voordele van de allochtone bevolking steeds electoraal lonend zou zijn. Met deze gegevens voor ogen moet de gezondheidszorg voor al-

allochtonen niet al te veel illusies koesteren: overheidssteun zal er pas komen wanneer men overduidelijk kan aantonen onontbeerlijk te zijn, en bereid is te werken binnen bepaalde structuren.

En hier wringt nu het schoentje. De bestaande gezondheidszorgstructuren vormen immers niet steeds de beste uitgangsbasis voor de ontwikkeling van een gezondheidszorg voor allochtonen. Het "reëel bestaande" aanbod aan gezondheidszorg met zijn machts- en economische belangen, verzuiling, groeiende "vermarkting" van de gezondheid en biomedisch interventie-model biedt slechts weinig ruimte voor creativiteit in de richting van de allochtone patiënten. Dat geldt niet alleen voor deze laatsten. Ook de lagere socio-economische categorieën uit de autochtone bevolking ontmoeten vandaag nog heel wat drempels op hun weg doorheen het zorgaanbod (Rohaert, 1990: 100-102).

Dit bezorgt de veldwerkers een moeilijk te torsen janushoofd met aan de ene kant de pragmatisch ingestelde hulpverlener die zijn "waar" aan de overheid tracht te slijten, en aan de andere kant de criticus die meer heil verwacht van een grondige verandering van onze gezondheidszorg. Op het snijpunt van deze twee denkwerelden gaat de organisatorische praxis van de gezondheidszorg voor allochtonen haast ongemerkt over in een ruimere maatschappelijke praxis, waarbij de vraag naar een maatschappijkeuze centraal komt te staan. Hier blijkt ook hoe dicht de problemen van de allochtone bevolking bij deze van hun autochtone medeburgers liggen.

Het wordt duidelijk dat de allochtonen in de gezondheidszorg een aantal problemen hebben uitvergroot die niet echt fundamenteel verschillen van deze waarmee de Vlaamse patiënten hebben af te rekenen. De verschillen zijn eerder van graduele aard. De uitbouw van een betere gezondheidszorg voor de allochtone bevolking mag dan ook niet gezien worden als een louter categoriaal streven. Elke fundamentele vernieuwing in de gezondheidszorg voor allochtonen zal ongetwijfeld eveneens aan Vlaamse patiënten ten goede komen. Ook in deze

is er blijkbaar niet noodzakelijk een tegenstelling tussen allochtonen en autochtonen.

VOETNOTEN

- (1) We denken hier onder meer aan de groeiende politieke mobilisering rond migranten-thema's, de aanstelling van een Koninklijk Commissaris voor het Migrantenbeleid en de aanzwellende publicatievloed van migrantennota's en -rapporten.
- (2) Voor een uitvoerige analyse van het praxis-begrip leze men o.a. AVINERI, SH., 1976: 124-149; GRAMSCI, A., 1983: 103-237; BOGGS, C., 1978: 21-35.
- (3) Alhoewel Snellen duidelijk vanuit een totaal ander denkkader vertrekt, is zijn indeling toch bijzonder geschikt voor het verder uitrafelen van de organisatorische praxis. Zoals verder zal blijken, wijken wij sterk af van de wijze waarop Snellen deze opdeling vorm geeft.
- (4) We verwijzen hier graag naar het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies (C.B.G.S.), dat begonnen is met het inventariseren van alle voorzieningen en initiatieven ten behoeve van migranten binnen de Vlaamse Gemeenschap. Meer specifiek naar de gezondheidszorg toe is er de inventarisatiestudie van de Afdeling Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de U.I.A. (Antwerpen) en de Dienst Epidemiologie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (Antwerpen).

BIBLIOGRAFIE

- AVINERI, SH. (1976), *The social and political thought of Karl Marx*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOGGS, C. (1978), *Gramsci's marxism*, Pluto Press, London.
- BOSMAN, E., LOUCKX, F. (1988), *Gezondheidsbeleid anno 2000. Van een sectorale gezondheidszorg naar een geïntegreerd gezondheidsbeleid*, Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Brussel.
- BUREAU VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS (1987), *De buitenlandse patiënt. Turken en Marokkanen in de Nederlandse gezondheidszorg*, Bunnik.
- C.E.M.G. (1989), *Migranten kunnen zelf werk maken van hun integratie. De gezondheidszorg kan leren zich aan te passen aan een multiculturele samenleving*, Perstekst, Brussel, 12 oktober.
- C.E.M.G. (1990), *Projekt interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg*, Gent.
- CENTRUM VOOR WELZIJNSZORG (1990), *Jaarverslag 1989*, Brussel.
- CITY AND HACKNEY COMMUNITY HEALTH COUNCIL (1987), *An experiment in health advocacy*, London.
- DE RIDDER, H. (1988), Huisartsgeneeskunde voor Turkse migranten, in *Bilgi Alis-Verisi, Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten*, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 133-139.
- EPPINK, A., MOUTHAN, K.A.A., ROELOFS, B. (1988), Beoordeling van arbeidsongeschiktheid op psychische gronden bij Marokkanen en Turken, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg/Gezondheid & Samenleving*, 66, nr. 1, 29-34.
- EYLENBOSCH, W.J., PEETERS, R.F. (1986), *Omgaan met gezondheid en ziekte. Een vergelijkend onderzoek*

- bij Turkse en Belgische arbeidersgezinnen in Antwerpen, ESOC-publicatie nr. 5, Antwerpen.
- FERRANT, L. (1988), Aspecten van communicatie, in *Bilgi Alis-Verisi, Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse migranten*, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 93-97.
- FERRANT, L. (1989), Communicatie en Cultuur, *Huisarts Nu*, 18, nr. 10, 493-496.
- GAILLY, A. e.a. (1988), *Psychische klachten bij Turken en hun benadering*, Cultuur en Migratie, Brussel.
- GRAMSCI, A. (1983), *Textes*, Editions Sociales, Paris.
- HEYDEBRAND, W.V. (1983), Organization and praxis, in MORGAN, G., *Beyond method. Strategies for social research*, Sage publications, Beverly Hills.
- JANSSEN, D. e.a. (1989), *Migranten en gezondheidszorg in Limburg*, Provinciale Dienst voor Onthaal van Gastarbeiders, Hasselt.
- JENARD, H., CLAEYS BOUUAERT, TH. (1988), Soins de santé et pratique du Ramadan, *Les Cahiers du Germ*, 23, nr. 206.
- KONINKLIJK COMMISSARIAAT VOOR HET MIGRANTENBELEID (1990), *Voor een harmonische samenleving, Deel 3: Feiten en toelichting van de voorstellen*, Brussel, mei.
- LOUCKX, F. (1989), De behoeften aan gezondheidszorgen van etnische minderheden in Vlaanderen/België: samenvatting van praktijk en onderzoek, in *Culturele identiteit en wederzijds begrip*, Unesco Centrum Antwerpen/Vlaanderen, Antwerpen, 65-75.
- PEETERS, R.F., VAN DER VEEN, F. (1989), *De perinatale en zuigelingensterfte van etnische minderheden in België/Vlaanderen*, ESOC-publicatie, nr. 18, Antwerpen.
- POLEDNAK, A.P. (1989), *Racial and ethnic differences in disease*, Oxford University Press, New York.

- ROHAERT, E. (1990), *De zorg om de gezondheid*, Planbureau, Brussel.
- SCHILLEMANS, L., CREVECOEUR, A. (1986), Het sociale denkkader, *Huisarts Nu*, 15, nr. 5, 261-263.
- SCHILLEMANS, L. (1989), De migrant in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ervaringen van een Antwerpse huisarts, *Huisarts Nu*, 18, nr. 10, 497-502.
- SCHILLEMANS, L. e.a. (1989), Hulp verlenen aan migranten. Goede bedoelingen volstaan niet, *Huisarts Nu*, 18, nr. 10, 521-525.
- SNELLEN, I.TH.M. (1981), *Gezondheidszorg en management, Beleidsvragen in de gezondheidszorg*, Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel.
- UNIKEN VENEMA, H.P. (1989), Gezondheid en migranten, in *Etnische minderheden in de samenleving*, Deel 2, Open Universiteit, Heerlen, 181-195.
- VAN DE MIEROP, E. e.a. (1989a), Specifieke Voorzieningen voor Turken en Marokkanen, *Huisarts Nu*, 18, nr. 10, 517-519.
- VAN DE MIEROP, E. e.a. (1989b), *Hoe ziek zijn Ali en Fatima? Onderzoek naar ziekte en gezondheid van vreemdelingen in Vlaanderen en Brussel*. Een stand van zaken, ESOC-publicatie, nr. 21, Antwerpen.
- VAN SPRUNDEL, M., PEETERS, R. (1988), Buitenlandse werknemers en bedrijfsgezondheidszorg, *Arbeidsgeneeskundige Diensten*, CED-Samsom, Brussel, 68-78.

