'Insjallah ' Wanneer mag ik sterven'? Hoe bespreken we het levenseinde met de patiënt van Marokkaanse origine?

Haio: GOVAERTS Jesse , U.A.
Promotor: WENS Johan
Praktijkopleider: Bernagie Joke

Context: Het arts-patiënt gesprek over het levenseinde wordt vaak over het hoofd gezien om uiteenlopende redenen. In de Marokkaanse migrantenpopulatie is dat nog ingewikkelder gezien de culturele verschillen en de grote invloed van de familie in de besluitvoering. De vergrijzing van de bevolking in combinatie met de recente grote toename van het aantal vluchtelingen uit voornamelijk islamitische landen zal deze problematiek enkel relevanter maken in de volgende decennia. Deze studie heeft als doel 1) een beter inzicht te krijgen in de problemen die opduiken bij de begeleiding van een palliatieve Marokkaanse patiënt en 2) een werkwijze te zoeken die hier rekening mee houdt zodat deze zorg verbeterd kan worden.

Onderzoeksvraag: 'Wat zijn de hindernissen in het tegemoetkomen aan de zorgbehoeften van volwassen Marokkaanse patiënten met een levensbeperkende ziekte in België'? Deze vraag werd opgedeeld in 3 delen: 1) Hoe kan men dit onderwerp bespreekbaar maken?, 2) Wat zijn de specifieke drempels die dit gesprek bemoeilijken?, 3) Hoe kan deze informatie vertaald worden naar een betere zorg voor deze patiënten?

Methode: Uit de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek werd een vragenlijst opgesteld die als basis voor het kwalitatieve onderzoek (door middel van interviews) werd gebruikt. Er werd specifiek gezocht naar Marokkaanse patiënten ouder dan 18 jaar met een beperkte levensverwachting (< 12 maanden) of ouder dan 75 jaar met comorbiditeit die bereid waren om op verschillende tijdstippen geïnterviewd te worden. De interviews werden nadien geanalyseerd door middel van codering.

Resultaten: Er konden 8 interviews van 3 verschillende patiënten afgenomen worden op verschillende tijdstippen. Uit de analyse bleek het gesprek over het levenseinde juist uiterst bespreekbaar in deze populatie. De drempels ontstaan echter vaak door de beïnvloeding van de besluitvoering door de familie, en door de religieuze achtergrond van de patiënten. Zo is er duidelijk geen inzicht in de noodzaak aan advance directives en veroorzaakt het voorstellen van morfine als pijntherapie telkens een forse weerstand. Door middel van open discussies te voeren, met wederzijds respect (van zowel arts, patiënt als familie) konden hier in sommige gevallen wel oplossingen voor gevonden worden.

Conclusie: Deze Marokkaanse patiënten zijn zeer bereidwillig om over het levenseinde te praten. Huisartsen moeten daarom deze kans grijpen om meer awareness omtrent pallatieve zorg te creëren, liefst in samenspraak met de familie. Artsen dienen hiervoor een open communicatie te gebruiken, met respect voor de mening en religie van patiënt en familie.