Interculturele en religieuze perspectieven in de zorgplanning van palliatieve patiënten. Bekeken vanuit arts-perspectief.

Haio: JACOBS Seppe , U.A.
Promotor: PEREMANS Lieve , U.A.
Praktijkopleider: DE AGUIRRE Zuriñe , LULLY Jorn , VLIEGHE Erika

Context: Onze samenleving wordt gekenmerkt door een groeiende diversiteit en vergrijzing van de bevolking. De Vlaamse huisarts krijgt hierdoor steeds vaker te maken met palliatieve patiënten met een andere geloofsovertuiging. Deze verschillende culturele en religieuze achtergronden en hun bijhorende kijk op sterven en het levenseinde vormen een uitdaging voor huisartsen en de Belgische zorgverlening in het algemeen. Ondanks de vele valkuilen op het terrein wordt in de huidige richtlijnen slecht zeer beperkt ingegaan op deze problematiek.

Onderzoeksvraag: Deze masterproef wil dieper ingaan op deze materie door een antwoord te bieden op volgende vraag: Welke moeilijkheden ondervindt de huisarts op cultureel en religieus gebied bij het begeleiden van palliatieve moslimpatiënten in het Vlaamse zorglandschap?

Methode: De eerste fase bestond uit een literatuurstudie over de barrières bij de palliatieve zorg van Moslimpatiënten. De search werd uitgevoerd op EBM practice net, Minerva, Cochrane databank, Pubmed, web of science en rechtstreeks naar de richtlijnen van domus medica, NHG, pallialine, oncoline en NICE. De tweede fase bestond uit een descriptief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews bij een doelgericht staal van 9 huisartsen uitgevoerd. De interviews werden allen verbatim uitgetypt en na familiarisatie achtereenvolgens gecodeerd met descriptieve en interpretatieve codes. Het codeboek werd gebruikt om de volgende interviews te coderen. In een laatste stap werden de codes georganiseerd on thema’s.

Resultaten: Vlaamse huisartsen ondervinden moeilijkheden bij slecht nieuws gesprek en bij het bespreken van zorg voor het levenseinde bij het begeleiden van palliatieve moslimpatiënten. Soms speelt taalbarrière een rol, maar ook religieuze motieven en een afschermende rol van de familie spelen mee. De taalbarrière maakt dat de informatiedoorstroming van de arts naar de patiënt suboptimaal verloopt. Daarnaast blijkt de kennis van de patiënt over de mogelijkheden van palliatieve thuiszorg beperkt. De familie beschouwt het als hun plicht om de zorg voor de patiënt op zich te nemen. Deze beschermende rol en de religieuze context leiden vaak tot weerstand voor het inschakelen van externe hulp. Intercultureel bemiddelaars kunnen een belangrijke rol spelen in het doorbreken van taboes en in het faciliteren van de communicatie tussen arts en patiënt.

Conclusie: Zowel religieuze als culturele barrières dragen naast de taalbarrière mee aan moeilijkheden bij het bespreken van zorgplanning bij het levenseinde. Een gepaste plaats van een intercultureel bemiddelaar en een Imam in het zorglandschap kunnen deze barrière verkleinen. Daarnaast neemt de familie de zorg in handen en stelt ze zich weigerachtig op t.o.v. externe hulp. De kennis van het zorglandschap is ongekend en omhuld met taboes. Hun erg beschermende houding is soms bedreigend voor de autonomie van de patiënt. Tenslotte vormen ook de therapeutische hardnekkigheid en hospitalocentrische reflex een uitdaging voor de huisarts.