



foto: Koen Broos

impact van migratie bij het levenseinde

Inhoud

Editio

Agenda

Theater AMAZONE in GC de Zandloper

Over de impact van migratie bij het
levenseinde - Rachida Lamrabet

Cultuurgevoelige zorg - dokter Ferrant,
huisarts Kuregem Anderlecht

men zegt in gedachten
uit heimwee naar later
een brief op,
later,
als alles weer goed gaat als vroeger,
vroeger...

Leonard Nolens, uit 'Opzichtelijke stilte'

We kennen naderhand de beelden van migranten die er alles voor over hebben om Europa te bereiken: overvolle boten op de Middellandse zee, kampeerders in Calais of het nu winter of zomer is, steekvluchtelingen in camions of in de laadruimtes van boten en van vliegtuigen. Geen geld is hen te veel, geen moeite is hen te veel. Was de eerste generatie vanuit het zuiden van Europa nog welkom om in de mijnen te gaan werken, naderhand maken ze deel uit van een samenleving die hen minder graag ziet komen, vraagt zich aan te passen, zich te integreren, papieren in orde te maken, werk te vinden enz.

In hoeverre kan iemand zich aanpassen aan een wildvreemde cultuur?

Wat met de diversiteit aan godsdiensten in Europa?

Wat met het onderwijs, gezinshereniging, huisvesting, culturele waarden en normen die zich niet helemaal aan omstandigheden kunnen aanpassen?

Levensbeidezorg is daar één van. De wijze van afscheid nemen, van zieken verzorgen, van rouwen is een cultuurrecht waarbij diversiteit voorop staat. Net zoals wij maken ook zij balansen van hun leven bij het levenseinde: was het wel allemaal de moeite waard? Rond deze vraag bouwden we een interview met Rachida Lamrabet, schrijfster en juriste bij het Centrum voor gelijkheid van kansen.

Migratie stopt niet bij het levenseinde: velen onder hen willen terug naar hun vaderland, naar hun moederland. Degenen die het wat maken in Europa bouwen of kopen een huis in hun land van herkomst. Migreren betekent altijd een dubbele (land) identiteit dragen: nergens helemaal bij horen, niet in het thuisland, niet in het nieuwe land, en dit voor verschillende opeenvolgende generaties. De vraag, hoor ik erbij, is niet alleen een vraag voor migranten: menige burgers voelen zich niet thuis, vreemdeling in eigen land omdat het individu niet samenvalt met de politiek, economie, cultuur van een land. En de familie dan? Ook bij ons kunnen de spanningen tussen individu, familie, maatschappij hoog oplopen. Zich thuis voelen is een cadeau, vluchtig en ongrijpbaar.

Maar toch, huiswaarts keren bij het levenseinde, terug naar de grond van ouders, grootouders, terug naar het deel van de familie dat is achtergebleven...blijft overeind. Dat lezen we in de boeiende bijdrage van Louis Ferrant, huisarts in Kuregem, Anderlecht. De zorgverlening bij het levenseinde vraagt een extra inspanning: zowel bij de patiënt, diens familie als bij diverse hulpverleners zijn taal- en cultuurverschillen een zorg op zichzelf. De betaalbaarheid van de geneeskunde en van de levensbeidezorg in het bijzonder blijft een hekel punt: armoede bij migrantenbevolking weegt zwaar.

Een wrede kant van migratie is de verscheurdheid binnen een familie. Ondanks alle technische communicatiemiddelen, is er gemis aan bij-mekaar-zijn, aan gezamenlijke momenten van feesten, van tafelen, van rouwen. De scheiding van vaders van hun vrouw/kinderen omdat ze komen werken zijn voor de achtergebleven familie, laat sporen na tot aan het levenseinde en daarna. Gezinshereniging is maar gedeeltelijk mogelijk: familie bij migranten is ruimer dan het kerngezin vader-moeder-kinderen.

Het lunchdebat dat we daarover in oktober in W.E.M.M.E.L. hadden, heeft voor diverse hulpverleners de ogen geopend: bij het levenseinde is er een onverwoestbare drang naar huis, een verlangen om terug te keren van waar men komt en dit niet alleen in de betekenis van een land, een dorp, een stad, een streek.

Het gaat ook over een existentieel verlangen dat we met zijn allen een hele leven meedragen: een plaats waar we rust vinden, dichtbij geliefden en vertrouwelijkheden, met rituelen die particulier en/of gemeenschappelijk van betekenis zijn, zowel tijdens ons leven als bij het einde.

Levensbeidezorg is aldus een cultuurgevoelige zorg: meewerken aan het thuiskomen in de grond van een particulier bestaan, een familiale geschiedenis, een godsdienstige traditie, een vrijzinnige levensbeschouwing,

Aan de familie, aan de vrienden, aan de hulpverleners om daarin het grootste humane respect voor op te brengen, om interesse voor anderen te verbreden met culturele en levensbeschouwelijke kennis.

agenda

- **STUDIEDAG "Seksualiteit, intimiteit en palliatieve zorg"**, toneelstuk Amazone en bijdragen van deskundigen - 3/02/2015 (13u30) in GC De Zandloper, Wemmel.
- **VRIJWILLIGERSDAG "Dementie als ziektebeeld"** door Jasmijn Driegelinck, consulente Expertisecentrum Dementie MEMO - 23/02/2015 (13u30-16u30), in W.E.M.M.E.L
- **TERUGKOMDAG palliatief referenten WZC en thuisvervangende settings. "Werken met families"** 26/02/2015 (13u30 tot 16u30) in W.E.M.M.E.L
- **INTRODUCTIE PALLIATIEVE ZORG: opleiding voor verpleegkundigen, zorgkundigen en andere gezondheidswerkers** - Start 26/02/2015 (9u-16u) in Erasmushogeschool Campus Jette
- **PALLIATIEVE ZORG BIJ DIVERSE CLIENTENGROEPEN: korte infosessies over specifieke ziektebeelden, doelgroepen en verdieping.**
 - Kinderen, 19/03/2015 (9u-13u)
 - Psychiatrisch uitbehandelde personen - 19/03/2015 (14u-18u)
 - Personen met een neuro-degeneratieve aandoening - 26/03/2015 (9u-13u)
 - Personen met dementie - 26/03/2015 (14u-18u)
 - De thuiszorg - 02/04/2015 (9u-13u)
 - Workshop: bijzondere topics inzake levenseindebeslissingen - 02/04/2015 (14u-18u)
- **TERUGKOMDAG PIJN- en SYMPTOOMCONTROLE: Gastro-intestinale symptomen** - 02/04/2015 (13u30-16u30) in W.E.M.M.E.L.
- **OPLEIDINGSDAGEN: Beleid in de palliatieve zorg in woonzorgcentra. Voor directies, kwaliteitscoördinatoren, CRA... werkzaam in het beleid van het woonzorgcentrum** - 04/05/2015: regio NOORD, Steenokkerzeel (13u30-16u30) - 07/05/2015: regio ZUID, GC De Zandloper Wemmel (13u30-16u30)

Meer info: vorming@forumpalliatievezorg.be of 02 456 82 09. Vraag naar onze vormingsbrochure of download ze via www.forumpalliatievezorg.be.

GIFTEN

Wie het wenst, kan ons door een vrijwillige bijdrage helpen om de palliatieve zorg verder uit te bouwen.

Rek. IBAN BE22 9799 4585 1247 van Netwerk Palliatieve Zorg BHV vzw. Voor bedragen van 40 euro en meer wordt een fiscaal attest uitgereikt.

Met heel veel dank namens Omega en Forum Palliatieve Zorg.

theater amazone

Op 3 februari 2015 organiseert het Forum Palliatieve Zorg een studiedag over seksualiteit in palliatieve zorg. We openen de namiddag met het toneelstuk Amazone dat het verhaal vertelt van een vrouw die borstkanker krijgt en wat de impact ervan is op de relatie met haar partner. Vervolgens komen experts aan het woord om het thema verder toe te lichten en volgt er een debat met het publiek. Wanneer we het hebben over seksualiteit, gaat het niet enkel over seksuele betrekkingen, maar ook over intimiteit en het seksueel zelfbeeld van een persoon. Het is de eerste keer dat het Forum dit thema zo expliciet onder de aandacht brengt. Waarom eigenlijk? Misschien heeft het te maken met wat hulpverleners zo vaak ervaren wanneer het over dit thema gaat: het is geen prioriteit. Uit onderzoek blijkt immers dat dit één van de voornaamste redenen is waarom niet over seksualiteit in de context van ernstige ziekte en palliatieve zorg gesproken wordt. Hulpverleners gaan ervan uit dat behandeling en overleving de voornaamste zorgen zijn van de patiënt. Soms hebben hulpverleners vooroordelen over de intieme behoeften van patiënten, gebaseerd op hun leeftijd, diagnose, ziektestadium, cultuur en relatiestatus.

Er wordt natuurlijk variatie gevonden in de mate waarin seksualiteit een plaats inneemt na een levensbedreigende diagnose. Er zijn patiënten voor wie seksualiteit helemaal niet aan de orde is na diagnose en er zijn er voor wie het net belangrijk is dat ze op dit vlak actief blijven om op die manier niet enkel patiënt maar ook nog mens en partner te zijn.

Uit een onderzoek bij kankerpatiënten blijkt dat 78% van hen geïnformeerd wil worden over de effecten van hun ziekte en de behandeling op hun seksuele leven. Ze geven aan dat ze vooral de mogelijkheid willen krijgen om te praten over seksualiteit en intimiteit, aangepast aan hun persoonlijke noden naar informatie en steun. Het onderwerp ter sprake brengen door de hulpverlener kan partners bovendien helpen om er onder elkaar verder over te dialogeren buiten de consultatieruimte en zo misverstanden uit te klaren. Patiënten geven echter aan dat er veel schroom en onhandigheid is bij hulpverleners om het onderwerp aan te snijden, iets wat bij hen zelf overigens ook het geval is.

Bijkomend bij de hulpverlener blijkt dat gebrek aan tijd en ervaring én persoonlijke schaamte redenen zijn om het gesprek niet aan te gaan. Angst om over de grenzen van de professionele relatie met de patiënt te gaan, speelt soms ook een rol. Sommige hulpverleners zijn zelfs van mening dat het ongepast is om over seksualiteit te praten. Men kan zich afvragen of persoonlijk en/of cultureel taboe niet de grootste drempel is voor hulpverleners om hierover een dialoog te starten. Wanneer het gaat om patiënten met een levensbedreigende ziekte, moeten hulpverleners bovendien ook al het persoonlijk en/of culturele taboe rond aftakeling en sterven overwinnen. Hulpverleners moeten dus een dubbele uitdaging aangaan: zowel het onderwerp seksualiteit als het onderwerp dood bespreekbaar maken.

In een Nederlands doctoraatsonderzoek wordt er op gewezen dat een levensbedreigende ziekte hebben en tegelijk een seksueel wezen zijn, niet met elkaar te combineren zijn in de ogen van de hulpverlener. Een hypothese is dat het een copingstrategie is om patiënten te categoriseren als zieken en niet als seksuele wezens omdat zij anders te identificeerbaar zijn voor de hulpverlener en hij daardoor geconfronteerd wordt met zijn eigen sterfelijkheid. Eros en Thanatos: een delicate oefening, ook voor de hulpverlening.

Inschrijvingen gebeuren via info@forumpalliatievezorg.be of 02/456 82 07. Prijs: € 20, inclusief versnaperingen.

Yanna Van Wesemael

Referenties:

- de Vocht H. Sexuality and intimacy in cancer and palliative care in the Netherlands: a hermeneutic study, Saxion, 2011. (doctoraatsthesis)
- Flynn KE, Barsky Reese J, Jeffery DD, Abernethy AA, Lin L, Shelby RA, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. Psycho Oncol. 2011; 10. 1002/pon.947

over de impact van migratie bij het

Rachida Lamrabet (1970) is een Vlaamse schrijfster van Marokkaanse origine. Lamrabet is naast auteur ook juriste voor het Centrum voor Gelijkheid van Kansen. In 2006 won ze de Kif Kif literatuurprijs "Kleur de kunst!" met het verhaal Mercedes 207. Het werd opgenomen in *Kif Kif. Nieuwe stemmen uit Vlaanderen, een bundel verhalen van Nederlandse, Vlaamse, autochtone en allochtone jonge schrijvers* waaronder ook Malika Chaara. In 2007 debuteerde Lamrabet met *Vrouwland*, een verhaal over jonge mensen die dromen van een beter leven. *Vrouwland* won in 2008 de Debuutprijs van Boek.be met medewerking van de Provincie Antwerpen. Ze won de BNG Nieuwe Literatuurprijs 2008 voor *Een kind van God*.



foto: Michiel Hendryckx

C.V.: 'Was het wel de moeite?', één van je spontane uitspraken bij de vraag of je wil meewerken aan het lunchdebat *Impact van migratie bij het levenseinde*.

Hoe kom je bij die vraag? Hoor ik daarin een zekere aarzeling bij de grote impact van migratie, ook bij het levenseinde?

Rachida Lamrabet: Migratie is een heel ingrijpend proces, vooral als je moet vertrekken omwille van factoren waar je zelf geen greep op hebt. Het is een proces van verlies omdat je onvermijdelijk dingen moet achterlaten, vaak voor altijd. Het is uiteraard ook een proces waarbij je hoopt ook iets positiefs te winnen, maar dat is vaak onvoorspelbaar. De eerste generatie Marokkaanse mannen waren er van overtuigd dat hun migratie ertoe zou bijdragen dat hun eigen kinderen het beter zouden hebben dan zijzelf. De geschiedenis leert ons jammer genoeg het tegengestelde. Sinds 1975 is de arbeidsmarkt steeds kleiner en kleiner geworden en zoals dat gaat zijn het vooral de nieuwkomers en hun kinderen die er het eerste uit moeten. De tweede en derde generatie gaat gebukt onder hoge werkloosheidscijfers, schooluitval, armoede en discriminatie. Dat gevoel van verlies bij het vertrek en het gevoel niet te hebben bereikt wat ze hoopten, weegt zeer zwaar op de psyche van mensen. Het is niet meer en niet minder dan een trauma. Zeker bij de eerste en tweede generatie migranten. En net zoals bij elk trauma is er tijd en goede omkadering nodig om mensen te helpen bij het genezingsproces.

Het is belangrijk te weten dat vooral de eerste generatie migranten ervan overtuigd waren dat ze ooit terug zouden keren, migratie was in hun ogen tijdelijk. En ooit zouden ze terug naar huis gaan. Ook hier heeft de geschiedenis deze mensen ongelijk gegeven. Er zijn er maar weinig die effectief zijn teruggekeerd. De allerlaatste strohalm blijft dan de wetenschap dat ze na hun dood begraven zullen worden in het thuisland.

C.V.: *Grond, grootouders, ouders...moeizaam afscheid als je ver uit elkaar woont?*

Rachida Lamrabet: Natuurlijk heb je maar een band met een land wanneer je daar mensen kent, wanneer je daar familie hebt. Maar ook creëert afstand vervreemding.

Grootouders die veraf wonen hebben niet dezelfde band met hun kleinkinderen als wanneer deze dichtbij elkaar wonen. Dus in die zin is migratie ook een verlies van familiebanden. Wanneer zo een verre grootouder overlijdt, brokkelt tegelijkertijd de band af die er nog is met het land van oorsprong.

C.V.: *Deze week in de krant gelezen: materieel zijn we hier goed, maar geestelijk gaan we er aan kapot.*

Wat zouden mensen ermee bedoelen? Is dit anders voor Belgen die vaak in geestelijke armoede leven, dan voor mensen die vanuit Marokko naar België komen wonen?

Rachida Lamrabet: Er is ongetwijfeld een vervlakking aan de gang in onze geesten, ook mede dankzij het doorgedreven consumentisme waar we met z'n allen aan lijden. Het lijkt alsof we alles wat we nodig hebben kunnen kopen. Geluk, liefde, succes, alles kan besteld worden als je maar genoeg geld hebt. Natuurlijk vult het materialisme helemaal niets op, toch niet dat wat wij als mensen zo hard nodig hebben. Westerlingen, dat wil zeggen, mensen die in dit welvarend en veilig deel van de wereld leven, ongeacht afkomst of overtuiging, zijn zich zeer bewust van dat vals gevoel van voldoening of geluk zo u wil, dat bereikt kan worden door alles te kopen wat we willen. En de malaise waarin wij als Westerse mens in verzeild zijn geraakt is universeel, waarmee ik wil zeggen, het is een gevoel dat we delen met alle Westerlingen.

C.V.: *Mourir, ça reste difficile. Deze zin vond ik op een tentoonstelling van galerijen in Brussel. Ook voor een gelovige vrouw?*

Levenseinde - rachida lamrabet

Rachida Lamrabet: Ik denk dat iedereen, gelovig of niet, het moeilijk heeft met de idee dat het leven eindig is. Je wordt geboren en je denkt dat je het eeuwige leven hebt en op een bepaald moment staat iedereen stil bij de eigen eindigheid en dat is natuurlijk ook een proces van aanvaarding. Het risico is namelijk dat je al gauw de zinloosheid van alles zou gaan zien. En voor gelovigen is het misschien een troost dat het leven hier wel eindigt maar dat er een hiernamaals is. Maar gelovig of niet, het is voor iedereen belangrijk om zin te geven aan het eigen leven. En ook hier denk ik dat we min of meer hetzelfde proces doormaken wie we ook zijn en waar we ook in mogen geloven of niet geloven. Alleen de uitkomst is verschillend omdat iedereen op zijn of haar eigen manier probeert invulling te geven aan het leven.

C.V.: Defamiliale zorg voor de ander is niet altijd vanzelfsprekend bij het levenseinde. Het eerste woonzorgcentrum voor de Marokkaanse gemeenschap in zicht?

Rachida Lamrabet: weet niet of dat al in zicht is, maar ik stel mij de vraag of zo'n woonzorgcentrum iets voor de toekomst is. Ik zie andere bewegingen die meer vertrekken van een inclusiegedachte. Veel minder van de idee van ouderen weg te zetten in aparte wooneenheden waar ze uit het zicht zijn en zelf ook letterlijk uit het leven van alledag worden weggehaald. We willen de mensen die zorg nodig hebben omwille van leeftijd of gezondheidstoestand niet langer wegsteken in aparte enclaves, afgesloten van onze maatschappij. Het is een formule die ook veel beter past bij de Marokkaanse cultuur van de zogenaamde extended family, de 'uitgebreide familie' die verschilt van het Westers model van het kerngezin waar het koppel en de kinderen deel van uitmaken. De extended family is een gemeenschap waar het kerngezin en andere familieleden deel van uitmaken en die de zorg voor elkaar delen. Het vertrekt ook van de gedachte dat mensen op een bepaalde leeftijd misschien minder geschikt zijn om hard te werken, maar op een andere manier hun kostbare bijdrage kunnen leveren. Het is toch een ongelofelijk verlies dat wij als samenleving niet profiteren van de ervaring en wijsheid van ouderen.

C.V.: Hoe belangrijk is de grond, de aarde, de plek waar men geboren is versus de plaats van het sterven?

Rachida Lamrabet: geboortegrond heeft, zeker voor die eerste generatie, een zeer grote symbolische waarde en betekenis. Het is niet alleen thuis, maar het is letterlijk de grond waar hun wortels zijn, het is een deel van hun identiteit. Niet voor niets spreken die eerste generatie bijna nooit over 'op vakantie gaan naar Marokko' ze zeggen eerder 'we gaan naar huis' of 'we gaan op bedevaart, een groet brengen aan thuis.' En dus willen vele oudere Marokkanen in Marokko begraven worden, het is voor heel veel mensen de laatste kans om thuis te komen, terug naar huis te gaan. Natuurlijk is dat voor de jongere generaties toch anders, zij leven in een geglobaliseerde wereld en ze ontlene hun identiteit

niet noodzakelijk aan de verbondenheid met een land maar uit heel veel andere zaken die uit verschillende culturen en subculturen komen. Ze maken zichzelf een identiteit die hybride van aard is. Voor mensen die gelovig zijn, is het nog wel een belangrijk aspect omdat elke religie zijn sterfrituelen kent en zo moeten moslims in moslimbegraafplaatsen kunnen begraven worden die nooit ontruimd zullen worden. In België heeft men nooit echt werk gemaakt van het inrichten van Islamitische begraafplaatsen en dus voelen vele moslims zich genoodzaakt om in Marokko begraven te worden.

C.V.: Hoe kijk je naar de zorg in het algemeen, en de levenseindezorg in het bijzonder zoals die in België institutioneel voorzien is:

25 op 100 mensen sterft thuis

25 op 100 sterft in het woonzorgcentrum

50 op 100 sterft in het ziekenhuis

Wordt ouder worden ook een probleem in Marokko? Bij de Marokkaanse gemeenschap in België, in andere landen?

Rachida Lamrabet: Over Marokko kan ik niets zeggen, ik ken de situatie daar onvoldoende. Hier kan ik wel uit eigen ervaring spreken en vermits de helft van de sterfgevallen in het ziekenhuis gebeuren is het dus wel duidelijk dat de omkadering en de opleiding van dokters en verplegend personeel moet inspelen op die diversiteit die er is onder de patiënten. Zeker in belangrijke levensfasen als dood en geboorte dienen diegenen die met patiënten omgaan, weten wie die patiënten zijn. Ik geloof dat onze ziekenhuizen en ons verplegend personeel nog onvoldoende die kennis en gevoeligheid hebben. Dat kan je opvangen door aandacht te besteden aan superdiversiteit in de opleiding, maar ook door een diverser verplegend kader na te streven.

C.V.: En wat kan je schrijverwijze een plaats geven, een zin geven, een draagkracht bij het levenseinde geven?

Rachida Lamrabet: weet niet of je al schrijverwijze zin kan geven aan de dood. De Bijbel, de Thora en de Koran zijn net boeken die geschreven zijn om zin te geven aan leven, lijden en sterven. Wat ik wel probeer te doen zijn herinneringen en ervaringen van mensen met een migratieachtergrond niet verloren te laten gaan, ik maak een archief van de gevoelens en gebeurtenissen van die mensen, om niet te vergeten, om die ervaring te delen.

C.V.: Een goeie tip voor zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, thuisverzorgenden, ...) bij het levenseinde van migrantenbevolking? (Het mogen ook meerder tips zijn)

Rachida Lamrabet: Wees empatisch, stel u in de plaats van uw patiënten of zoals Karen Armstrong schrijft 'onttroom uzelf, zet iemand anders op dat middelpunt in plaats van uzelf en kijk naar die persoon alsof u het zelf was'.

Interview: Christina Vanderhaeghe

cultuurgevoelige zorg

Waarom moeten we specifieke aandacht besteden aan de situatie van oudere migranten bij het levenseinde? Zijn er verschillen tussen de migranten en westerse bejaarden in deze fase van hun leven? Er blijken belangrijke aspecten te zijn waar men rekening mee moet houden.

Niet enkel zal het aantal oudere migranten en hun hulpvraag in de laatste levensfase stelselmatig toenemen, de oudere migrant heeft toch ook wel enkele typische kenmerken die ervoor zorgen dat hulpvraag en hulpaanbod bij het levenseinde elkaar niet vinden. We baseren ons hiervoor op het Ethealth rapport van december 2011 dat een aantal lacunes aanduidde.

Het aantal oudere migranten zal toenemen en bepaalde ouderdomsaandoeningen en ziektebeelden zal men bij allochtone ouderen sneller vaststellen dan bij autochtone ouderen (bv. de gevolgen van een ontregelde suikerziekte). Deze vroegtijdige morbiditeit (ziekworden) bij migranten en etnische minderheden is niet zozeer te wijten aan hun herkomst dan wel aan de determinant 'lage scholingsgraad' die in de eerste generatie migranten aanwezig is. Deze relatie is de laatste jaren meer dan eens aangetoond.

Een belangrijk verschil tussen oudere migranten en westerse ouderen is het feit dat de meeste westerse personen die met een hulpvraag worden geconfronteerd, vrij snel iemand in hun omgeving vinden die zich in het verleden in een gelijkaardige situatie bevond.

Westerse kinderen kunnen ook zien hoe hun ouders omgaan met de hulpvraag van hun grootouders. Oudere migranten hebben deze voordelen niet, ze komen op een onbekend, onontgonnen terrein terecht.

Het ruime aanbod aan lokale hulpvoorzieningen is doorgaans onbekend bij de oudere migranten. Ze weten niet waar ze met hun vragen en noden terecht kunnen.

Vele allochtone ouderen praten enkel hun moedertaal en kennen slechts enkele woorden of begrippen in het Frans of Nederlands. Het is dan ook zeer moeilijk voor de hulpvragers en hulpverleners om zowel vragen als antwoorden duidelijk te formuleren met onbegrip en frustratie tot gevolg. Naast het aspect 'taal' kunnen ook cultuurgerelateerde elementen de communicatie verstoren.

De hulp- en zorgsector is daarenboven niet altijd even eenvoudig gestructureerd. De juiste organisatie of instelling vinden en het volgen van de juiste procedures om de hulp aan te vragen kan zeer moeilijk zijn. Dit is trouwens geen zuiver migrantenproblematiek, ook vele Belgische ouderen uit lagere socio-economische klassen ondervinden dezelfde moeilijkheden.

Personen die zich in een financieel precaire situatie bevinden gaan al gauw besparen op hun gezondheidsuitgaven. De armoede onder oudere migranten is zeer hoog en zorgt ervoor dat er keuzes moeten gemaakt worden in de uitgaven.

Oudere migranten stellen zich pas sinds kort vragen over hun oude dag in België. Het terugkeerdilemma heeft hen jarenlang beziggehouden: eerst was er uitstel tot terugkeer, en uiteindelijk afstel. Doordat de familie via gezinshereniging ook naar België kwam, werden de banden met het land van herkomst grotendeels doorgesneden. Enkel de wens om begraven te worden in het land van herkomst blijft vaak behouden.

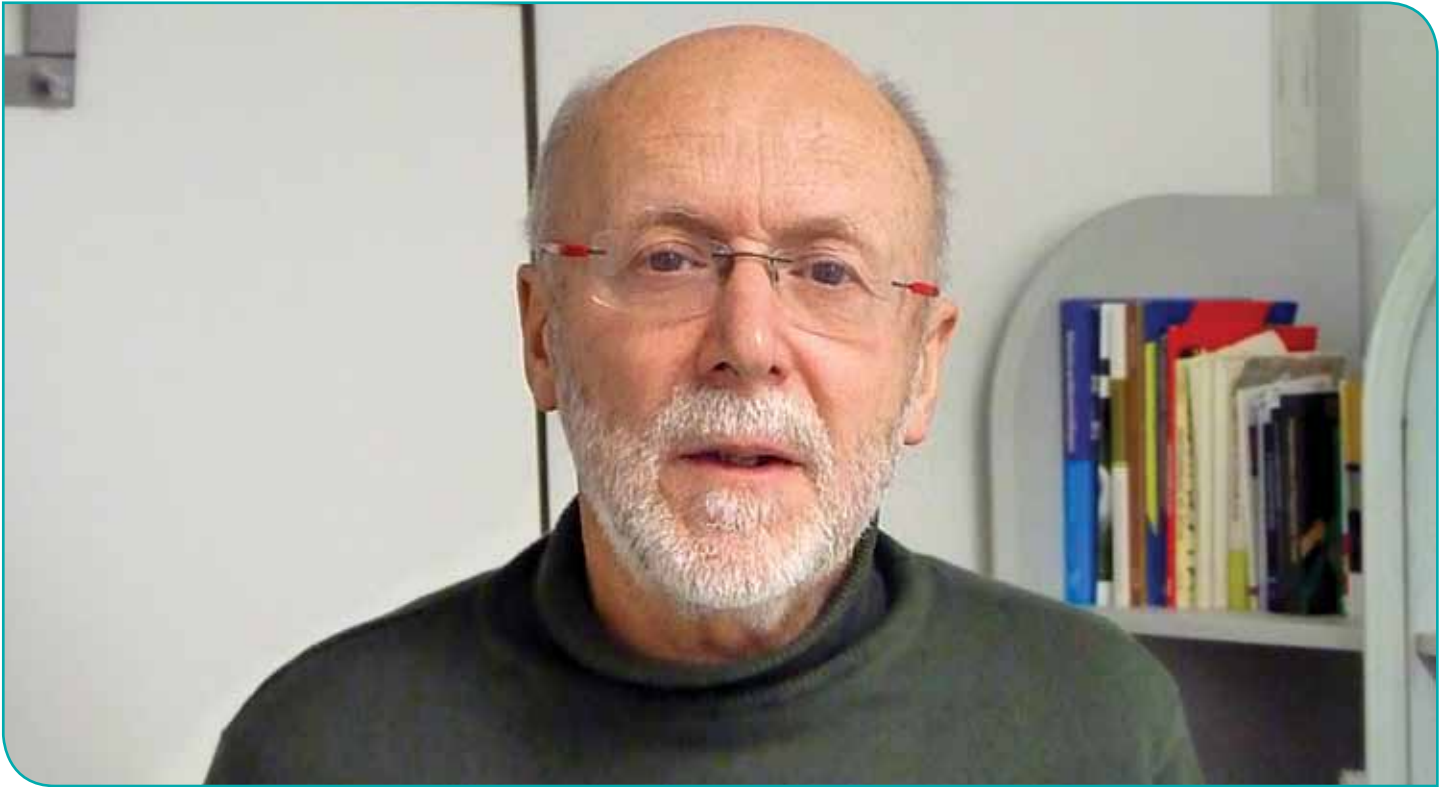
In vele culturen is de zorgverlening volledig toegespitst op mantelzorg die familie en naasten bieden. Voor hun oude dag en levenseinde vertrouwen oudere migranten erop dat hun kinderen en familie voor hen zullen zorgen. Deze zorgverlening dreigt echter te verdwijnen door wijzigende familiale verhoudingen en kinderen uit de tweede generatie die een vast werk buitenshuis hebben.

1. Culturele diversiteit enkele cijfers

De westerse samenleving wordt meer en meer gekenmerkt door diversiteit: van een eenduidige cultuur is deze geëvolueerd naar een cultuur waarin een pluraliteit aan waarden en normen gemeengoed is. Bovendien deze intraculturele variaties word je ook in het dagelijkse leven geconfronteerd met de aanwezigheid van een groeiende groep 'vreemden', landgenoten met andere culturele

wortels. Dit veroorzaakt spanningen in een samenleving die gewend was om binnen één culturele context (weliswaar met respect voor variaties) te evolueren. Ook de gezondheidszorg komt met deze culturele verscheidenheid in contact en ook hier zijn wrijvingen onvermijdelijk.

Wordt in de gezondheidszorg voldoende rekening gehouden met deze confrontatie? In welke mate is men bereid om ten volle rekening te houden met culturele verscheidenheid? Om op deze vraag te antwoorden moet je allereerst kijken



naar de feitelijke organisatie van de gezondheidszorg. De overheid organiseert en financiert de gezondheidszorg voor de gehele bevolking via een uniform systeem. In principe heeft dus iedereen toegang tot zorg, ongeacht etnische afkomst. Daarnaast zijn er wel initiatieven opgestart voor bepaalde doelgroepen die drempelverlagend moeten werken of een speciaal aanbod hebben. Desondanks zijn er aanwijzingen dat de gezondheid van de 'vreemde' bevolking over het algemeen, minder goed is dan deze van de 'autochtone' bevolking.

Wie kan je verstaan onder het begrip 'vreemde bevolking' als het over gezondheid gaat? Je denkt in de eerste plaats aan personen van buitenlandse origine, hoofdzakelijk Turken, Marokkanen, Centraal- en West-Afrikanen, Oost-Europeanen.... Het is echter niet altijd duidelijk of het gaat over mensen met een andere dan de Belgische nationaliteit, allochtonen, asielzoekers, andere EU-burgers of mensen zonder papieren. Bovendien kan je vaststellen dat de diversiteit binnen deze groepen groot is en dat er voor diverse groepen nood is aan een eigen benadering met betrekking tot de gezondheidszorg. Zo heb je bijvoorbeeld de al dan niet genaturaliseerde allochtonen van Turkse en Marokkaanse afkomst, waarbinnen verschillen tussen de generaties opvallen.

De eerste moeilijkheid is dus de definitie van migrant en etnische minderheden. Officieel is dit iemand die zijn vertrouwde omgeving verlaat om zich elders, dikwijls in een ander land, te gaan vestigen, definitief, of toch tenminste voor langere tijd en in een sociale achterstandspositie zit. In deze bijdrage wordt de groep gemakshalve beperkt tot

mensen afkomstig uit landen buiten het West-Europese en Noord-Amerikaanse cultuurgebied. Tot deze groep van migranten rekent men enerzijds arbeidsmigranten die vanaf de vijftigerjaren naar ons land migreerden (voornamelijk Turken en Marokkanen) en anderzijds vluchtelingen en asielzoekers die om politieke, economische of andere redenen naar onze streken uitweken. Indien zij buiten deze categorieën vallen (bijvoorbeeld geen asielaanvraag hebben of afgewezen zijn) worden ze mensen zonder papieren ('illegalen') genoemd. Het aandeel buitenlanders in België is 9,76% of 1.057.666 personen (2011). Er is wel sprake van een ongelijke verdeling: Brussel 33% ,Wallonië 9,5 % tegenover Vlaanderen 6,4%.

De drie voornaamste niet-EUnationaliteiten zijn de Marokkanen (81.943), Turken (39.551) en Congolezen (18.056). Hierbij zijn de 'nieuwe Belgen' dwz de genaturaliseerden niet gerekend dit zouden ongeveer 420.000 personen zijn (3,8% van de Belgische bevolking) In totaal zouden dus 13,6 % van de inwoners in ons land vreemde 'roots' hebben.

Een bijzondere categorie zijn de asielaanvragers (28.100 personen/jaar in 2012- in 2014 minder dan 20.000): voornamelijk uit Afghanistan (12,4%), Guinee (8,4%), Rusland (6,8%), Congo (6,2%)en Kosovo (4,5%) en de niet-begeleide minderjarigen: Afghanistan (31,7%), Guinee (18,6%) en Irak (6,6%).

Van de Illegalen zijn er geen officiële gegevens, maar men vermoedt dat er tussen de 150.000 en 200.000 mensen zonder papieren, voornamelijk geconcentreerd in de grootsteden, in ons land verblijven.

De tweede moeilijkheid betreft de verschillen in gezondheid tussen de migranten en de autochtone bevolking. Gezien de grote diversiteit binnen wat 'migranten' wordt genoemd is het moeilijk een eenduidig antwoord te geven op de vraag welke gezondheidsverschillen er zijn tussen de autochtone bevolking en migranten. Voor sommige ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes vind je een duidelijk hogere prevalentie bij de oudere Marokkaanse en Turkse bevolking. Voor andere aandoeningen echter is er geen verschil, of wordt er zelfs een betere gezondheid geconstateerd bij migranten. De vastgestelde verschillen kunnen slechts ten dele op een wetenschappelijke manier worden aangetoond. De derde moeilijkheid betreft de wijze waarop beroep wordt gedaan op gezondheidszorg. In feite bestaat er nog weinig zicht op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de migranten en hun feitelijk gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Een Marokkaanse man die hier reeds jaren woont en die genaturaliseerd is, zal geen of nauwelijks problemen ondervinden in het gekende systeem van de ziekteverzekering. Daarentegen zal een illegaal van Braziliaanse origine, wiens asielaanvraag is afgewezen, het veel moeilijker hebben om de nodige zorg te krijgen. Het al dan niet machtig zijn van één van de talen die de hulpverlener spreekt zal bovendien bepalend zijn voor een normale communicatie.

Om al deze hindernissen te kunnen overwinnen en de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren heb je als zorgverstrekker die in je praktijk met migranten wordt geconfronteerd behoefte aan een aantal inzichten die het werk kunnen vergemakkelijken en verbeteren.

In deze bijdrage wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen: Bestaan er verschillen tussen de verschillende groepen migranten en etnische minderheden enerzijds en de westerse bevolkingsgroep anderzijds wat het levenseinde betreft? Welke kennis, vaardigheden en attitudes heeft de zorgverstrekker nodig om een beter zicht te krijgen op klachten en diagnoses bij migranten en etnische minderheden in de laatste fase van hun leven? Hoe kan je als hulpverlener meer specifiek op de concrete communicatie-uitdagingen met migranten en etnische minderheden inspelen?

2. Verschillen tussen patiënten

Wat opvalt als we een migrant in de laatste fase van zijn leven begeleiden is dat er meerdere hindernissen zijn die bij een doorsnee-Belg niet of minder voorkomen. Het gaat onder meer om taalbarrières, administratieve problemen,

socio-economische problemen, een grotere kans op een traumatisch verleden, weinig of geen kennis van ons gezondheidszorgsysteem, een andere kijk op ziekte en gezondheid. Dat laatste uit zich bijvoorbeeld in het belang van de traditionele geneeskunde: wanneer onze klassieke geneeskunde geen soelaas brengt, gaat men te rade bij genezers (Fqi's) of gebruikt men traditionele kruiden. Er bestaan bij deze oudere migranten ook culturele/religieuze verschillen: de jaarlijkse vasten (Ramadan) brengt een grote verandering in het leven van elke moslim en hoewel iemand in zijn laatste levensfase deze plicht niet moet volbrengen, is de sociale druk soms zo hoog dat de persoon deze vasten toch volgt ondanks de negatieve gevolgen op zijn precare gezondheidstoestand.

De zorg bij het levenseinde bij niet – westerse patiënten gebeurt op 4 niveaus: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel.

Op lichamelijk (somatisch) vlak wordt er een groot vertrouwen gelegd op de medicatie en de kennis van de arts. Hij is er om het leven verlengen, terwijl dit eigenlijk voor de arts geen prioriteit meer is, hij is inderdaad vooral bezorgd om de kwaliteit van het leven. De klachtenpresentatie betreft vooral pijn, soms ook obstipatie, waarbij de schaamte om dit te vermelden veel misverstanden tot stand brengt. Ook de sekse van de hulpverlener is soms een hinderpaal om tot goede zorg te komen.

Als bijvoorbeeld een patiënt aangeeft dat hij liever door een man wordt onderzocht, hoe los je dat probleem op? Vind je dit aanvaardbaar? Wat doet het met je zelfbeeld als een man je als vrouwelijke arts niet aanvaardt? Betekent het feit van niet onderzocht te willen worden wel altijd dat hij je niet aanvaardt? Of heeft het meer te maken met een diepe schaamte omdat men niet gewoon is uit de kleren te gaan bij een vreemde vrouw? Hoe sterk is zijn overtuiging? Is het een kwestie van elkaar nog niet voldoende kennen en vertrouwen? Je moet jezelf en de patiënt eerst veel vragen stellen. Reflectie is hier het codewoord. Helaas is het vaak zo dat stereotype ideeën onmiddellijk de overhand nemen. 'Ik ben hier nu de arts en hij zal het met mij moeten doen. In onze cultuur geldt gelijkheid van man en vrouw. Ik ben arts en dat gaat voor op mijn vrouw zijn. Ik zoek hier geen oplossingen voor.' Dergelijke spontane reacties zijn zeer menselijk. Gezien onze opleiding zouden wij echter in staat moeten zijn om voorbij het zich aandienende probleem te kijken en te reflecteren over de ideeën bij zowel onszelf als de patiënt.

Op psychisch vlak wordt door de familie dikwijls de boodschap gegeven de patiënt niet te belasten met slecht

nieuwsen is er zoals bij elke mens de angst voor de dood. Men passeert door een fase van onbegrip en machteloosheid. Soms volgt er na het slechtnieuwsgesprek een depressieve fase. De meeste niet-westerse oudere migranten willen bij hun familie blijven wanneer het levenseinde nadert en niet naar een Rust- en Verzorgingstehuis (RVT) overgebracht worden. Als hulpverlener moet men zich ook altijd de vraag stellen of er hulp kan geboden worden vanuit de moskee, synagoge, evangelische kerk. Dikwijls is in deze gemeenschappen de onderlinge solidariteit veel groter dan in onze Belgische samenleving.

Op sociaal vlak spelen de familieleden een grotere rol dan bij ons, zij versterken het onbegrip wanneer er geen behandeling meer voorhanden is en begrijpen de zin van palliatieve zorg moeilijk. Daarbij speelt de taalbarrière: een tolk uit de familie kan moeilijk haar of zijn eigen emoties verbergen en verhindert een correcte overdracht van informatie. Er is ook een tekort aan informatie over voorzieningen en artsen verwijzen bij migranten te weinig naar thuiszorg omdat zij in de overtuiging leven dat de familie het wel aankan.

Op spiritueel vlak zijn er een aantal visies die nog steeds leven binnen de islamgemeenschap. Zo wordt ziekte nog dikwijls ervaren als een beproeving en het verdragen van de pijn is nog steeds een manier om zijn verschijnen voor Allah te vergemakkelijken. E euthanasie blijft in de moslimgemeenschap een taboe: Allah heeft de lengte van iemands leven bepaald en het is niet aan de persoon zelf om daar iets aan te wijzigen. Een van de grote opdrachten van de moslim is ook dat hij de zieken moet bezoeken: daarom is het voor het verplegend personeel in de ziekenhuizen niet altijd gemakkelijk om het talrijke bezoek erop te wijzen dat de zieke vooral rust nodig heeft.

3. Kennis vaardigheden en attitudes: de communicatie en de zorg bij het levenseinde

Praten over diagnose en prognose met personen uit een andere cultuur vergt heel wat vaardigheden bij de hulpverlener. Het is een wankel evenwicht tussen de vragen van de patiënt naar waarheid beantwoorden en proactief over de diagnose en de prognose durven spreken. Men weet uit ervaring dat voorafgaande zorgplanning bij migranten veel later dan normaal wordt aangepakt. Wegens taalproblemen en gemis aan kennis van ons zorgsysteem wordt het onderscheid tussen een curatieve behandeling en palliatieve zorg dikwijls niet begrepen. Ook het verschil tussen de manier van spreken van specialisten

en huisartsen maakt de verwarring soms groter: de ene zit nog op het spoor van curatieve zorg te denken terwijl de andere reeds een palliatieve fase voorbereidt. Dat verpleegkundigen van een mobiele palliatieve equipe een andere, meer coördinerende rol spelen dan de thuisverpleegkundige draagt ook bij tot de verwarring bij de patiënt en zijn familie.

Rol(conflict) van de hulpverlener

De hulpverlener spant zich enerzijds in om verschillen te overbruggen en een vertrouwensrelatie op te bouwen en tegelijk moet hij het slechtnieuwsgesprek organiseren. Hoe maak je deze spreidstand waar? Hier gaat het immers over een directe confrontatie over de diagnose, behandeling en prognose, terwijl men gewend was de rol van ondersteuner op te nemen.

De hulpverlener moet niet alleen informeren ondanks de taalbarrière, hij moet ook kunnen omgaan met wederzijdse frustratie en onbegrip. Hij moet de zorgbehoefte inschatten bij personen die hun behoeften dikwijls minimaliseren of niet weten op welke zorg ze recht hebben. Er moet rekening gehouden worden met verschillende opvattingen over opname in ziekenhuis (dat als de ultieme reddingsboei ervaren wordt) en de thuissituatie die verkozen wordt boven een opname in een RVT.

De hulpverlener moet bewust zijn van de beperkte kennis van de oudere migrant over zijn eigen lichaam en toch respect hebben en luisteren naar de ervaringsdeskundigheid van de patiënt.

De rol van de patiënt en de mantelzorgers

Elke patiënt, of het om een autochtoon dan wel een migrant betreft, heeft de behoefte om gehoord en gezien te worden. Iedereen hoopt op beterschap en heeft ook recht op een tweede advies ('second opinion'), het aandringen op volgens artsen onnodige technische onderzoeken is meestal groter bij migranten van de eerste generatie voor wie het beeld nog altijd een magische kracht uitstraalt. Hierbij wordt van ons soms misbruik gemaakt: het vergt tijd en empathie om vooral de familie te doen inzien dat dit een slechte reactie is op de onmacht die wij allen bij het levenseinde voelen.

Men moet ook schaamtevolle situaties vermijden: het vragen naar de ADL (activiteiten van het dagelijks leven) is voor ons westerlingen niet zo problematisch als bij deze groep migranten die niet zo gemakkelijk praten over ontlasting, incontinentie, obstipatie... Dit is ook één van de redenen waarom zij externe hulp weigeren. Nog moeilijker is het om seksualiteit ter sprake te brengen, hoewel heel

wat patiënten daar wel vragen over hebben.

Daarom zijn informele tolken niet geschikt in deze situaties: zij zijn dikwijls emotioneel te betrokken, worden soms vertegenwoordiger van de patiënt en brengen zijn autonomie in gevaar. Beter is dan beroep te doen op een intercultureel bemiddelaar zoals verder in deze bijdrage wordt uitgelegd.

De medicatietoediening blijkt dikwijls problematisch en vooral het uitleggen dat de morfine, die nodig is in de terminale fase, geen verdovend middel is waarbij de patiënt in een benevelde toestand voor Allah dreigt te verschijnen, maar wel een noodzakelijk pijnbestrijdend middel.

Overeenkomsten en verschillen bij het overlijden

Er zijn echter ook vele overeenkomsten bij het levenseinde: de emoties en behoeften zijn bij alle mensen gelijklopend-meestal beschikken de patiënten over de veerkracht om moeilijke tijden door te komen. Iedereen wenst behandeld te worden met empathie, begrip en respect. De steun bij het verwerkingsproces na het overlijden is even groot zo niet groter in niet-westerse samenlevingen

De verschillen zijn vooral duidelijk in de rituelen. De mate van vertrouwd zijn vanwege palliatieve zorgteams en mantelzorger(s) met andere culturen maakt het gemakkelijker om dit moment te begeleiden, hoewel vanwege de familie ons gebrek aan kennis hierover niet ten kwade geduid wordt. De gewoonten met betrekking tot de scheiding tussen de vertrekken waar de vrouwen en de mannen rouwen is belangrijk wanneer men zijn rouw binnen de drie dagen na het overlijden gaat betuigen: als vrouwelijke hulpverlener zal men bij de vrouwen ontvangen worden en de verantwoordelijke des huizes zal aangeven of men ook even in de mannenruimte kan gaan. Het omgekeerde gebeurt indien men als mannelijke hulpverlener langsgaat. Het tonen van emoties na een overlijden is ook heel verschillend naargelang men in een westerse, Aziatische, dan wel Noord-Afrikaanse cultuur opgroeit.

Er zijn ook de verschillen in opvattingen over leven en dood en wat goede zorg bij het nakende overlijden is. Zowel in de islam als in het jodendom is het uitspreken van een vraag om vergeving door de stervende essentieel om het hiernamaals met een zuiver geweten te betreden. De voorbereiding van het lijk en de rituele wassingen worden uitgevoerd volgens de beschikkingen van de Koran of de Thora en de begrafenis moet ook zo snel mogelijk gebeuren in heilige grond.

4. Culturele competentie

Los van het feit dat je culturen kan onderverdelen in verschillende grote groepen afhankelijk van hoe je kijkt naar machtsverhoudingen, gender, religie, het groepsgevoel e.d., is het belangrijk om als hulpverlener vooral uit te gaan van de persoon die voor je zit, met zijn individuele klacht en hulpvraag, ingebed in de context, ervaringen en verwachtingen van die patiënt. Dat wil zeggen dat je bij meningsverschillen of 'rare' reacties van patiënten, je steeds in een cultuurgevoelige reflex de volgende bedenkingen moet maken: 1. Wat komt nu precies 'vreemd' over in hetgeen de patiënt doet of zegt? 2. Hoe zal ik dat actief exploreren bij de patiënt? 3. Wat zijn je eigen ideeën, normen, waarden, attitudes én grenzen ten aanzien daarvan? 4. Wat zou een goede oplossing zou kunnen zijn die voor beide partijen aanvaardbaar is? Doorvragen en samenwerken leidt je verder dan eenrichtingsverkeer of in conflict gaan.

Culturele en professionele identiteiten staan tegenover elkaar, waardoor het debat wordt herleid tot de vraag: 'Wie moet zich aan wie aanpassen: de hulpverlener of de patiënt?'

Bepaalde professionelen uit de gezondheidssector vrezen dat deze trend zich verder zal doorzetten omdat 'patiënten vaker een beroep doen op religieuze elementen en de identiteitskwestie sterker aan bod komt. Natuurlijk roept deze kwestie ook vragen op over hoe thuishulp en thuiszorg concreet moeten worden ingevuld, over de opleiding en informatie voor hulpverleners, over de communicatie binnen organisaties en met het cliënteel, en meer algemeen over het vermogen van de maatschappij om in te spelen op de veranderingen die ze op cultureel vlak doormaakt.

Migranten worden zoals vermeld vaak vroegtijdig oud (de moeilijke omstandigheden waarin ze werken zijn erg belastend voor hun lichaam); soms wordt die veroudering heel abrupt ingezet na een ziekte (diabetes). Omdat ze over onvoldoende financiële middelen beschikken, raken ze nog meer geïsoleerd. Heel weinig migranten gaan naar een rusthuis. Het gaat meestal om personen die hier geen familie hebben en voor wie de stap naar een rusthuis de enige uitweg biedt. Tegelijk creëert deze stap een nieuwe vorm van sociaal isolement. De migranten die in een rusthuis verblijven, hebben het moeilijk. De structuren zijn niet aan hen aangepast en de bejaarde migranten zijn niet klaar om de stap naar een rusthuis te zetten.

Het personeel van hulp- en verzorgingsinstellingen is trouwens vaak niet voldoende opgeleid om de zorg op zich

te nemen van een bevolkingsgroep met een levensstijl en culturele gebruiken die niet of nauwelijks raakvlakken vertonen met die van de patiënten waarmee ze doorgaans te maken hebben. Welk leefkader en welke zorg hebben we deze bejaarden te bieden?

5. Interculturele bemiddeling bij het levenseinde

In de hulpverleningsrelatie kunnen vele drempels optreden. Het gebruik van interculturele bemiddeling tijdens de hulp bij het levenseinde kan er echter voor zorgen dat iedereen een gelijke kans heeft om een kwaliteitsvolle hulpverlening te krijgen en dus langer in de vertrouwde thuissituatie kan blijven.

Via interculturele bemiddeling kan men de afstand en het onbegrip tussen de hulpverlener en de migrant-hulpvrager verkleinen. Het gaat hier niet enkel over het tolken als dusdanig, maar tevens over het bevorderen van de interculturele communicatie en het detecteren en signaleren van de knelpunten in de thuishulpverlening. Interculturele bemiddeling is een geheel van activiteiten die tot doel hebben om de gevolgen van de taalbarrière, sociaal-culturele verschillen en spanningen, tussen etnische groepen onderling (inclusief de autochtone meerderheid) voor de hulpverlening zo veel mogelijk op te lossen.

Op basis van deze definitie kan deze bemiddeling in de context van begeleiding bij het levenseinde ook een absolute meerwaarde hebben. Zo kan tijdens het eerste contact tussen hulpvrager en hulpverlener een intercultureel bemiddelaar ingeschakeld worden om de wederzijdse verwachtingen te duiden, zodat beide partijen weten wat mogelijk is en wat niet mogelijk is binnen de thuishulp. Ook tijdens het evaluatiemoment van de thuishulp of tijdens de follow-up kan interculturele bemiddeling gebruikt worden.

Wat zijn de taken van een intercultureel bemiddelaar binnen een thuishulpcontext?

- Tolken: het eigenlijke tolken, m.a.w. het accuraat en volledig vertalen van de boodschappen van de hulpverlener en hulpvrager.
- Cultuur vertolken ('culture brokerage') wordt gedefinieerd als het uitleggen van de cultuur van de gezondheidszorg en de hulpverlener aan de patiënt en de wereld van de migrant aan de hulpverlener. Interculturele bemiddelaars vertolken in het kader van 'culture brokerage' welke betekenissen en gevoelens

door bepaalde mededelingen of handelingen worden opgeroepen bij patiënten van hun eigen groep. Daarbij kan het zowel gaan om uitingen of handelingen (bv. non-verbaal gedrag) van de hulpverlener, als om de wijze waarop vragen of handelingen van de hulpverlener binnen de cultuur van de patiënt ervaren zullen worden.

- Hulp aan patiënten: het geven van concrete hulp aan patiënten: bv. de weg vinden in het complexe aanbod aan diensten, informatie geven over medische documenten, hulp bij het invullen van documenten, uitleg geven over het functioneren van de thuishulp, e.d.
- Emotionele ondersteuning: het emotioneel ondersteunen van de patiënt tijdens een gesprek. Dat is in het bijzonder van belang voor patiënten die ten gevolge van de taalbarrière of ten gevolge van sociale factoren in een sociaal isolement terecht dreigen te komen.
- Bemiddeling in conflicten: het bemiddelen in conflicten waarbij patiënten van de etnische groep (of taalgroep) van de interculturele bemiddelaar betrokken zijn. De taak daarbij is na te gaan of de conflicten te wijten zijn aan taalkundige of cultureel bepaalde misverstanden. Wanneer dat het geval is, kan de bemiddelaar proberen het conflict op te lossen door de ontstaansgeschiedenis van het conflict of het misverstand te verhelderen.
- Pleitbezorging: Pleitbezorging (het opkomen voor de rechten en belangen van de patiënt) wanneer de bemiddelaar vaststelt dat patiënten gediscrimineerd of racistisch behandeld worden.

Besluit

Culturele diversiteit is slechts één van de vele dimensies van diversiteit. Elke persoon heeft naast zijn culturele identiteit, een etnische afkomst, behoort tot een bepaalde klasse, heeft een bepaald beroep, zit in een welbepaalde levensfase, heeft bepaalde talenten (intellectueel, kunst, sport...) die hem/haar onderscheiden van anderen of heeft een handicap die zijn/haar mogelijkheden beperkt. Religie is ook een dimensie van de diversiteit evenals de sekse van iemand en diens seksuele oriëntatie.

We hebben ons in deze bijdrage beperkt tot de dimensies cultuur, religie en de laatste levensfase van de persoon. Kennis van deze diversiteit en de vaardigheden om ermee om te gaan, zouden vandaag tot de bagage van elke



hulpverlener moeten behoren en vormen samen met de attitude dat elk individu belangrijker is dan de afzonderlijke dimensies die een persoon kenmerken. Het is pas als we een patiënt bij zijn levenseinde als een unieke persoon met al zijn dimensies benaderen dat we respectvol handelen.

Louis Ferrant - Huisarts in het Wijkgezondheidscentrum MediKuregem (Anderlecht), medewerker Centrum voor Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen

Literatuur

1. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg. Aanbevelingen van de ETHEALTH-

groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. (Towards intercultural health care. Recommendations of the ETHEALTH-group for equity in health and health care for migrants and ethnic minorities.) Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2011: 53

2. Aelbrecht K, Vos J, Deveugele M. Perceptie en beleving van zorg door oncologische patiënten na migratie: een kwalitatieve analyse. Kanker in een vreemd land. Rapport VLK 2013
3. Vassart Carine, Gezondheidszorg en diversiteit. Het voorbeeld van moslimpatiënten, Koning Boudewijnstichting, 2005
4. Vassart Carine Voor een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine Koning Boudewijnstichting 2013
5. De Maesschalck S., Ferrant L. "Andere Culturen" in Wegwijzers naar bijzonder van zorgen communicatie De Lepeleire J. en Keirse M. (red) Acco Leuven/Den Haag 2013 Hfst 3: 61-85
6. Diversiteit in de Brusselse Thuishulpsector Tussentijds rapport Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding – Maart 2010
7. Informatie mbt Interculturele Bemiddeling: <http://www.foyer.be> en <http://www.health.fgov.be>

Redactie en medewerkers

Inge De Hertogh, Nadia Denayer, Paul Destrooper, Wim Distelmans, Louis Ferrant, Rachida Lamrabet, Frank Schweitser, Christina Vanderhaeghe, Yanna Van Wesemael

Correspondentieadres

J. Vander Vekenstraat 158 - 1780 Wemmel

tel: 02 456 82 07 - fax: 02 461 28 56

info@forumpalliatievezorg.be - www.forumpalliatievezorg.be

Vormgeving: Leen van Nunen

Oplage: 2800 ex.

Lezers die graag op een artikel reageren, of zelf iets willen schrijven, kunnen terecht op de redactie via: info@forumpalliatievezorg.be

U krijgt steeds antwoord en misschien een publicatie in één van onze volgende nieuwsbrieven.