

Peiler

over palliatieve zorg en het levenseinde



PB-PP | B-10744
BELGIË(N) - BELGIQUE

P508816
afgiftekantoor 9300
Aalst 1

Driemaandelijks tijdschrift van w.e.m.m.e.l. — expertisecentrum 'Waardig Levenseinde', v.u. Wim Distelmans
afzendadres: J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel — jaargang 9 — nr.37 — jan-feb-maa 2026

MOSLIMS EN HET LEVENSEINDE

*“Morfine is
niet levensverkortend.”*

— Abdellatif Riffi

is het tijdschrift van
w.e.m.m.e.l. expertisecentrum
'Waardig Levenseinde'
en verschijnt 4 keer per jaar

Redactieadres

J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Hoofdredactie

Wim Distelmans

Eindredactie

Peter Cremers, Désirée De Poot

Coördinatie

Inge De Hertogh

Redactie

Sabien Bauwens, Lindsay Cool,
Eva Jacobs, Ann Peuteman, Annelien
Tack, Linde Vande Castele

Werken mee aan dit nummer

Louis Ferrant, Ann Trappers

Huiscartoonist

Kamagurka

Huisfotograaf

Sander Van Damme

Vormgeving en druk

www.kikerviz.com

Verantwoordelijke uitgever

Wim Distelmans

J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Lezers die graag op een artikel reageren of
een bijdrage willen leveren, kunnen terecht
op de redactie via info@wemmel.center

Giften

Wie het wenst, kan ons door een vrijwillige
bijdrage helpen om de palliatieve zorg verder
uit te bouwen, op rekeningnummer
BE29 9792 4912 1364 van LEIF vzw.

Gratis abonneren via
info@wemmel.center

Peiler kan ook online gelezen
worden op www.wemmel.center

toolbox diversiteit in de zorg

Wat als jouw idee
van goede zorg heel
anders is dan dat
van je patiënt?

Hoe beïnvloedt jouw
kijk op de wereld
jouw manier van
zorgen?



**Het draait niet om méér doen,
maar om anders kijken.**

Cultuursensitieve zorg is geen afzonderlijke vorm
van zorg, maar een **persoonsgerichte zorg**.

Het vraagt geen encyclopedische kennis van
culturen, maar een **basishouding van luisteren,
vragen, afstemmen en mee-bewegen**.

GOEDE ZORG ontstaat door het samenspel van **kennis, houding en vaardigheden**.
Met deze **toolbox** geven we jou de nodige inzichten en informatie om op een **cultuur-
sensitieve manier** om te gaan met anderen.



De toolbox geeft specifieke
aandacht aan de **oncologische
en palliatieve zorg**. Want kanker
en sterven worden niet door
iedereen op dezelfde manier
beleefd of besproken.

**Meer tools,
verhalen
en voorbeelden?**

Cédric
Hèle

PALLIATIEF
NETWERK OMEGA

maken deel uit van **w.e.m.m.e.l.** en **br.e.l.**
expertisecentrum 'Waardig Levenseinde' Brusselse Expertise Levenseinde

ul team
Uitklaring Levenseindevragen

www.ulteam.be

EIF

www.leif.be

**leerstoel waardig
levenseinde**
VUB de mens nu

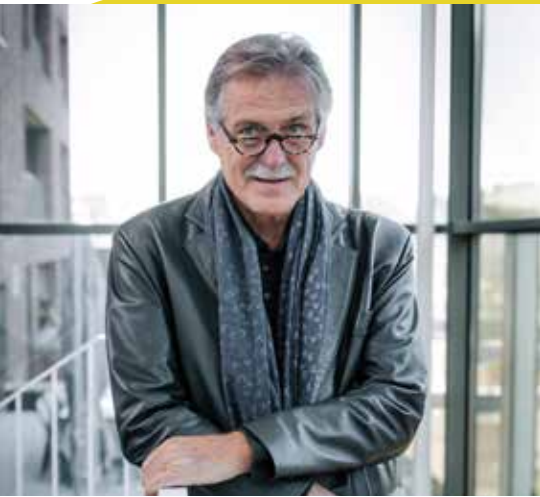
www.waardiglevenseinde.eu

**TO
PAZ**

www.dagcentrum-topaz.be

PALLIATIEF
NETWERK OMEGA

www.palliatiefnetwerkomega.be



© jan de meuleneir

In deze Peiler proberen we meer inzicht te verwerven in de visie van de moslim-gemeenschap op pijnbestrijding, palliatieve zorg en levenseindebeslissingen. De aanleiding is de wraak-roepende foute informatie

die door sommige verpleegkundigen uit het Antwerpse met een moslimachtergrond voortdurend wordt rondgestrooid. Ze blijven hardnekkig beweren dat pijnbestrijding en zeker morfine niet mag worden gebruikt omdat dit het leven van patiënten zou verkorten. Dit is volgens hen totaal in strijd met de islamitische leer en daarom absoluut te vermijden. Deze zorgverleners schuwen de grove middelen niet en verkondigen dit 'fake news' niet alleen mondeling maar verspreiden het bovendien ook groot-schalig via TikTok en andere sociale media. Heel wat palliatieve patiënten uit de moslimgemeenschap riskeren zinloos te moeten lijden ten gevolge van vermijdbare, ondraaglijke pijn.

Ideologische stelregels misbruiken waardoor mensen zwaar lijden of onderdrukt worden is verwerpelijk maar gebeurt jammer genoeg nog steeds wereldwijd. Van het terugschroeven van de abortuswetgeving in de USA tot het schenden van elementaire mensenrechten van de Palestijnen of van vrouwenrechten in Afghanistan, Iran enzomeer. Het gebeurt niet alleen vandaag; de mensheid heeft blijkbaar nooit anders gekend. En ze heeft vooral nooit lessen getrokken uit het verleden.

Dichter bij huis werd er in verband met fundamentele patiëntenrechten bij levenseindebeslissingen ook aan desinformatie gedaan in de periode van de stemming van de Belgische euthanasiewet. Vanuit christelijke hoek werd naar alle artsen een omzendbrief gestuurd om erop te wijzen dat zij door de (toekomstige) euthanasiewet zouden verplicht worden niet alleen euthanasie toe te passen maar dit ook te moeten doen op patiënten die er zelf niet om hadden gevraagd. Het doel heiligt blijkbaar alle inzetbare middelen. Het is een verademing vast te stellen dat er gelukkig ook nog mensen bestaan die, zonder afbreuk te doen aan hun levensbeschouwing, op een respectvolle manier rekening blijven houden met de visie van andersdenkenden. Ik denk hierbij spontaan aan twee exemplarische artsen met een moslimachtergrond die deze levenshouding zodanig uitstralen dat ze ver buiten hun werkomgeving bekendheid hebben verworven.

Hakki Demirkapu, een van de meest aimabele mensen die ik ken, is huisarts van Turkse afkomst. Hij kreeg onlangs als professor de leeropdracht 'Family Medicine' aan de Vrije Universiteit Brussel. En huisarts Abdellatif Riffi met Marokkaanse roots moet voor hem zeker niet onderdoen. Hij kent de moslim-gemeenschap van de regio Mechelen als geen ander. Beiden zijn overtuigd van de grote meerwaarde van palliatieve zorg. Ze weten ook perfect, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, dat pijnbestrijding niet levensverkortend is. Als praktiserende moslims voeren ze geen euthanasie uit. Maar mensen met een euthanasieverzoek verwijzen ze zonder discussie door. Zolang we wederzijds respect blijven houden voor de andere is de wereld in orde.

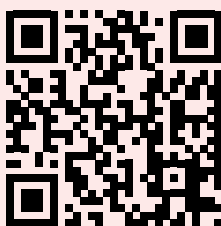
— Wim Distelmans

7%

van de Belgische bevolking
is moslim
(800.000 mensen)

Op 1 januari 2026 is de multidisciplinaire begeleidingsequipe Omega en het Forum Palliatieve Zorg samengebracht in één organisatie: **Palliatief Netwerk Omega**. Binnen deze nieuwe werking behouden we bewust twee complementaire profielen, enerzijds met focus op zorg en coaching aan het bed, anderzijds op informeren, sensibiliseren, ondersteuning en vorming. Dit in nauwe samenwerking zoals ook in het verleden het geval was.

Voor meer informatie kan je terecht op onze gloednieuwe website www.palliatiefnetwerkomega.be



Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: euthanasie bij wilsonbekwaamheid

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek publiceerde op 10 november 2025 haar lang verwacht advies (nr. 89) over euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring wanneer de wilsbekwaamheid onherstelbaar is aangetast. Opmerkelijk is dat dit uitgebreid advies zich niet beperkt tot een wilsverklaring voorafgaand aan wilsonbekwaamheid door dementie, maar in tegendeel van toepassing is op elke vorm van verworven wilsonbekwaamheid zoals na een hersenbloeding, bij een hersentumor enzomeer. Dit verschilt van wat er in het regeerakkoord van Arizona staat. In dit akkoord spreekt men enkel over het zoeken naar een oplossing, na grondig wetenschappelijk onderzoek, om euthanasie mogelijk te maken voor personen met dementie die dit voorafgaand hebben opgetekend in een wilsverklaring

Binnen het kader van het advies en ondanks talrijke consensuspunten was het niet mogelijk om tot een eenduidig standpunt te komen. Dit sluit echter niet uit dat het Comité een reeks conclusies en aanbevelingen formuleert, gericht aan de wetgever, Belgische instellingen en burgers die, rechtstreeks of onrechtstreeks, bij deze kwestie betrokken zijn. Belangrijke aanbevelingen zijn de volgende.

- 1) Het Comité beveelt unaniem aan om het huidige wettelijk kader inzake euthanasie aan te passen, zodat het toepassingsgebied van de voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie wordt uitgebreid (en dus niet enkel geldt bij onomkeerbaar coma) en ook kan worden toegepast bij personen die weliswaar bewust zijn, maar bij wie de wilsbekwaamheid en het vermogen hun wil te uiten onherstelbaar zijn aangetast.
- 2) Het Comité beveelt aan dat in de

voorafgaande wilsverklaring zeer duidelijk wordt aangegeven onder welke omstandigheden een persoon euthanasie wenst, inclusief bepaalde modaliteiten voor de uitvoering, (met inachtneming van de voorwaarden zoals voorzien in de herziene wetgeving). Vanwege de complexiteit van het opstellen en interpreteren van een voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie, wordt aanbevolen dat het proces zoveel mogelijk wordt begeleid door een arts of een andere competente persoon of organisatie. Gezien het onomkeerbare karakter van euthanasie is het ten zeerste aangewezen dat de procedure voorafgaand overleg omvat tussen de arts die de euthanasie overweegt uit te voeren, de andere betrokken artsen en leden van het zorgteam en de naasten.

3) In de context van progressieve aandoeningen moet het verlies van de wilsbekwaamheid worden begrepen

“Ik beschouw
het als mijn
verantwoordelijkheid
om te vechten tegen
negatieve
stereotypen van
de islam.”

— Barack Obama
voormalig Amerikaans president
(1961-)

als een geleidelijk proces, waarvan het tempo deels onvoorspelbaar en specifiek is voor elke getroffen persoon. Dit vermogen kan daarom over een vrij lange periode fluctueren. Zolang de wilsbekwaamheid niet onherroepelijk is verloren, blijven de betrokken personen in staat om euthanasie te vragen op basis van een zogenaamd ‘actueel’ verzoek. De beoordeling van de wilsbekwaamheid (het vermogen van de patiënt om een beslissing over zijn of haar gezondheid te nemen, in het bijzonder met betrekking tot euthanasie) valt onder de verantwoordelijkheid van de arts, in samenspraak met het multidisciplinaire team, indien een dergelijk team bij de begeleiding van de patiënt betrokken is.

Hopelijk maakt de wetgever nu snel werk om, rekening houdend met deze aanbevelingen, de euthanasiewet af te stemmen op de huidige behoeften.

Kinderen en jongeren betrekken bij palliatieve zorg

Wanneer palliatieve zorg een plaats krijgt in een gezin worden ook kinderen en jongeren geraakt. Veel volwassenen worstelen met hoe ze het gesprek kunnen aangaan en hoe ze eerlijke, leeftijdsgeschikte informatie en ondersteuning kunnen bieden.

Palliatief Netwerk Omega ontwikkelde informatiekaarten die volwassenen ondersteunen bij het informeren en betrekken van kinderen en jongeren bij palliatieve zorg, afscheid nemen en rouw. De kaarten reiken concrete informatie en gesprekshandvatten aan, afgestemd op hun leefwereld en ontwikkelingsniveau. Daarnaast zijn er informatiekaarten voor jongeren zelf, die herkenning en houvast bieden rond palliatieve zorg, omgaan met gevoelens, afscheid nemen en rouw en helpen om woorden te geven aan wat er vanbinnen leeft.

Dit alles wordt ondersteund door een e-learning ‘Kinderen en jongeren betrekken in palliatieve zorg’ voor zorgverleners, met aandacht voor de impact van ongeneeslijke ziekte op minderjarigen en het begeleiden van volwassen naasten bij het informeren en ondersteunen van minderjarigen. Zo wil Palliatief Netwerk Omega ruimte creëren voor openheid, nabijheid en verbinding, ook wanneer praten moeilijk wordt.

Voor meer informatie over de kaartjes kan je terecht bij Annelien Tack via annelien@palliatiefnetwerkomega.be.



‘Het allerbelangrijkste is de

Dokter Abdellatif Riffi – Riffi voor de vrienden – hoeft bijna geen introductie. Bijna 25 jaar heeft hij een huisartsenpraktijk in het Mechelse en hij is zowat het aanspreekpunt als het gaat om de visie van de moslimgemeenschap op zorg. Zelf praktiserend moslim heeft hij voeling met wat er in die gemeenschap leeft, al blijft hij in ons gesprek telkens weer herhalen dat ‘de’ Islam niet bestaat en veel wordt ingevuld door cultuur en interpretatie.



Het is vrijdagavond en terwijl Vlaanderen naar The Masked Singer kijkt, sluit dokter Riffi zijn huisartsenpraktijk af om Peiler een beetje wegwijs te maken in de visie van de moslim op pijnbestrijding in palliatieve zorg.

Artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij palliatieve zorg bij mensen met een moslimachtergrond, worden soms geconfronteerd met visies op palliatieve zorg waar ze zich niet mee kunnen verzoenen.

Is er echt een probleem?

Jouw vraag komt misschien wel op het juiste moment. Want net nu worden we geconfronteerd met een fenomeen waarbij een aantal verpleegkundigen met een moslimachtergrond bij palliatief zieke patiënten en hun families duidelijk maakt dat pijnbestrijding en zeker morfine bij palliatieve zorg niet mag gebruikt worden omdat morfine levensverkortend zou zijn en dus verboden in de Islam. Daar is heel

veel reactie op gekomen en die stelling heeft zich zeer snel verspreid.

U stelt hier dus dat het gebruik van morfine als pijnstillend middel ook in de islam toegelaten is.

Ja, natuurlijk. Er is geen enkel religieus of cultureel argument in de islam om pijnbestrijding bij mensen die terminaal ziek zijn niet toe te staan. In de Islam is er maar één rode draad: je mag het leven niet opzettelijk verkorten of het levens-einde opzettelijk versnellen. Euthanasie is verboden. Maar als het over morfine gaat, bestaan er zelfs fatwas (nvdr juridisch advies in de islam) waarin onomwonden staat dat morfine is toegelaten zolang het op advies van een arts in de voorgeschreven dosering wordt toegediend. Morfine als drug is niet toegestaan, maar als pijnbestrijding zeker wel. De intentie van de behandeling bestaat uit maximale pijnbestrijding. Als die patiënt ten gevolge van de morfine suf wordt of minder aanspreekbaar, dan is dat een neveneffect.

Bij de christelijke gemeenschap wordt palliatieve sedatie wel aanvaard, hoewel het ook soms aangewend wordt om de intentie van levensverkorting te maskeren

Bij moslims is palliatieve sedatie natuurlijk wel nog een stap verder. Ik zie dat in mijn eigen praktijk. Als ik geconfronteerd word met een patiënt die echt ontzettend lijdt, dan zal ik ook voorstellen om de pijnstilling

intentie'



“Er is geen enkel religieus of cultureel argument in de islam om pijnbestrijding bij mensen die terminaal ziek zijn niet toe te staan.”

te verhogen. Zelf voer ik geen palliatieve sedatie uit, maar ik ga wel voor maximale pijnbestrijding. De grootste bezorgdheid is dan voor de familie dat de patiënt overlijdt door honger en dorst. Daar zitten we bij de moslimgemeenschap nog altijd in een grijze zone omdat daar eigenlijk ook nog geen officiële uitspraken over zijn geweest. Daarom zijn wij geneigd om toch subcutaan vocht toe te dienen. Zo is de familie ook gerustgesteld.

Er wordt ook gezegd dat een moslim met de dood voor ogen helder moet zijn.

Als je in je slaap overlijdt ben je ook niet helder. Het ideale scenario voor een moslim is dat hij, net voor het overlijden, de geloofsbelijdenis (Kalima) kan afleggen. “Ik getuig dat er geen god is dan Allah en ik getuig dat Mohammed zijn dienaar en boodschapper is.” Als je dat kunt zeggen op het moment van overlijden, dan is dat eigenlijk een rechtstreekse toegang tot de hemel. Maar ook hier opnieuw: de intentie staat centraal. Die is belangrijk.

Hoe komt het dan dat er zo’n taboe is over pijnstilling bij palliatieve patiënten? Geven de imams dan niet de juiste richtlijnen door? Of kennen ze die niet?

Dat komt grotendeels door de structuur van de moslimgemeenschap. Wij kennen geen hiërarchie met – zoals bij de katholieken – een paus, bisschoppen en priesters. De paus staat bovenaan en als hij uitspraken doet, dan gelden die voor elke katholiek. Bij moslims bestaat die hiërarchie niet. Als moslim heb je een rechtstreekse band met God en de >>>

interview

Abdellatif Riffi



»» imam is de 'voorganger'. Wat we wel hebben, zijn islamitische raden die bij bijvoorbeeld voor medische zaken gaan samenzitten met medische experts en die gaan uitspraken doen op basis van de informatie die de medische experts leveren. Als moslim heb je de keuze om die uitspraken te volgen of niet. Want dé Islam bestaat niet. Binnen de islam heb je verschillende strekkingen en stromingen zoals de Soennieten en de Sjiieten en binnen die stromingen heb je de eigen rechtsscholen met een eigen interpretatie. Die rechtsscholen zijn bovendien verbonden met de culturele achtergronden van de mensen. In België hebben we vooral een Marokkaanse en een Turkse moslimgemeenschap. De Marokkaanse rechtsschool is vrij gematigd, wat niet betekent dat er soms geen conflicten zijn door uitspraken van bijvoorbeeld Saoedische geleerden. Dan moet je als moslim zelf gaan kiezen tussen soms tegenstrijdige fatwas. Voor mij is het vooral belangrijk te onthouden dat er verschillende rechtsscholen bestaan en in dialoog te gaan.

We zijn dit interview gestart met het voorbeeld van de Antwerpse verpleegkundigen. Maar wat kun je daaraan doen om vooral het comfort van terminale patiënten te verbeteren en dus toch pijnstilling toe te kunnen dienen?

Wat in Antwerpen gebeurt, is bijzonder nefast, want de bewering van die verpleegkundigen is gebaseerd op een foute religieuze interpretatie. Die mensen verspreiden die informatie onder patiënten en ook collega's die niet van moslim-origine zijn. Meer nog: ze gebruiken TikTok en hun sociale mediakanalen en ze hebben die stelling ook verspreid op een congres. We zien het effect zelfs op het terrein. Daar worden verpleegkundigen die terminale patiënten met een moslim-achtergrond verzorgen door families op de vingers getikt als er over morfine wordt gesproken. Die families weigeren pijnstilling voor hun vader of moeder op basis van foute informatie. Het heeft ertoe geleid dat we met MOPA (nvdr Migratie (moslims) en Palliatieve Ondersteuning), Kom op tegen Kanker en een aantal artsen van Marokkaanse origine zijn samengekomen. Wij hebben een religieus onderbouwd document opgesteld dat aan de Raad van Moslimtheologen is overgemaakt. Op die manier hopen we voor de hele moslimgemeenschap duidelijkheid te scheppen. Hetzelfde geldt overigens voor vragen bij palliatieve sedatie. Ook daar willen we, samen met wetenschappers en de Raad van Moslimtheologen, een duidelijk antwoord op bieden.

— Désirée De Poot en Wim Distelmans

Vertalen

De interculturele bemiddelaars (ICB's) van Foyer vzw slaan al sinds 1992 bruggen tussen anderstalige zorgvragers en de Brusselse gezondheids- en welzijnssector. Hun kernopdracht is communicatie makkelijker maken via taalbijstand, aangevuld met culturele duiding waar nodig. Dit proces noemen we ook wel vertalen tussen leefwerelden.

De ICB's worden ingeschakeld door hulpverleners die vaststellen dat de communicatie met een anderstalige patiënt of diens omgeving niet goed loopt en dat er vertaling nodig is. In de mate van het mogelijke vindt er ook een voor- en/of nagesprek plaats tussen de hulpverlener en de ICB, waarin eventuele problemen, onduidelijkheden en culturele factoren kunnen worden besproken of verdere stappen overlopen. Daarnaast fungeren de ICB's als brugfiguren die patiënten met een kwetsbaar profiel ondersteunen en proberen de autonomie van die doelgroep te vergroten.

In de palliatieve zorg krijgen die taken een bijzondere betekenis. Interculturele bemiddelaars helpen zorgverleners beter te begrijpen waarom een patiënt of familie op een bepaalde manier reageert, communiceert of keuzes maakt. Tegelijk lichten ze aan patiënten en hun naasten toe wat palliatieve zorg inhoudt, met als doel de wederzijdse verwachtingen beter op elkaar af te stemmen, te bouwen aan vertrouwen en misverstanden te voorkomen.

tussen leefwerelden in de palliatieve zorg

Sommige patiënten met migratie-achtergrond komen uit landen waar palliatieve zorg niet of nauwelijks was uitgebouwd. Denken we maar aan een land als Afghanistan, met een beperkt gefinancierd en onderbemand gezondheidssysteem, of aan Syrië en andere door oorlog geteisterde regio's. Patiënten afkomstig uit dergelijke contexten hebben vaak geen referentiekader om er palliatieve zorg in te plaatsen. In zulke gevallen legt de ICB samen met de zorgprofessionals duidelijk uit wat patiënten en hun omgeving concreet mogen verwachten. Daarnaast zal de ICB proberen het vertrouwen tussen de partijen te versterken.

Zo werd een ICB gevraagd om te bemiddelen tussen de Marokkaanse moeder van een volledig verlamde 30-jarige man en de directie van een rusthuis waar hij wordt verzorgd. De moeder blijft hopen dat de toestand van haar zoon kan verbeteren, ook al hebben verschillende artsen bevestigd dat zijn letsels onomkeerbaar zijn. Zij heeft een stuk grond in Marokko verkocht om allerlei therapieën te kunnen betalen voor haar zoon. Dit leidde tot een conflict met de verzorgingsinstelling, want behandelingen van buitenaf binnenbrengen, is tegen de regels. De ICB verduidelijkte dat het op het Marokkaanse platteland gebruikelijk is een gehospitaliseerd familielid zelf te verzorgen. Aan de moeder kon zij duidelijk maken dat haar zoon wel degelijk alle zorg krijgt die hij nodig heeft. Zo kon het conflict worden ontijd. De ICB zocht voor de moeder ook een vrijetijdsbesteding, zodat zij nu

nieuwe sociale contacten kan leggen en meer afleiding heeft.

Bij patiënten met een meer collectivistische culturele achtergrond speelt de familie vaak een doorslaggevende rol in medische besluitvorming. Behandelingen en interventies worden soms pas aanvaard wanneer er binnen de familie een consensus is bereikt. In deze context zal de ICB een open dialoog faciliteren tussen de arts en de familie van de patiënt, maar er tegelijk over waken dat ook de stem van de patiënt zelf gehoord wordt voor zover dat mogelijk is.

ICB's kunnen ook voorstellen doen om zorg rond het levenseinde zo inclusief mogelijk te maken. Het team P.I.O.E.N (Patiënt en familie Intensieve zorgen Ondersteuning En Nazorg) van het UZ Brussel biedt een Troostkoffer aan voor familieleden van overleden patiënten. In deze koffer zitten voorwerpen en boodschappen die de familie troost bieden. Omdat elke culturele traditie haar eigen gebruiken heeft en accenten legt, gaven de ICB's enkele jaren geleden ook input over mogelijk geschikte inhoud van de koffer voor hun eigen doelpubliek.

Het spreekt voor zich dat toegang vinden tot de gepaste zorg het moeilijkst is voor de meest kwetsbare patiënten. Een intercultureel bemiddelaar getuigt over een Turkssprekende alleenstaande moeder die instaat voor de zorg van haar ongeneeslijk zieke kind. Bij een huisbezoek werd duidelijk dat zij geen sociaal

Praktische info:

<https://www.foyer.be/interculturele-bemiddeling>
Contacteer ons voor een afspraak:
02 411 75 81 – maandag t.e.m. vrijdagvoormiddag
icb@foyer.be

Talen in aanbod: Arabisch (Maghrebijns/Levantijns), Berbers (Rif), Dari, Farsi, Kantonees, Mandarijn, Oekraïens, Roemeens, Romanes, Russisch, Spaans, Turks, Urdu

Meer info vind je ook in de Communicatiegids van het Huis voor het Nederlands Brussel:
Op zoek naar een tolk of bemiddelaar? - Communicatiegids voor de Brusselse welzijnssector

Er kan in de gezondheidszorg ook een beroep worden gedaan op de bemiddelaars van FOD Volksgezondheid:



netwerk heeft en momenteel ook niet in staat is dit zelfstandig op te bouwen. Ze probeert alles zelf te doen en haar situatie alleen te dragen, ook al lukt dit niet echt. De ICB en de hulpverlener gaan samen op zoek naar manieren om voor dit gezin toch in de nodige ondersteuning te voorzien.

Ten slotte verschillen culturele percepties van pijn, net als de manier waarop die pijn meestal wordt geuit. Bepaalde tradities moedigen het bewaren van een onbewogen houding sterk aan, ook wanneer iemand erge pijn ervaart. Dankzij hun culturele expertise kunnen interculturele bemiddelaars ook subtiele signalen van lijden herkennen, en zo onderdiagnose of onderbehandeling helpen voorkomen. Een uitspraak als "Het gaat wel" kan immers ook iets betekenen als: "Ik moet dit kunnen dragen" of "Ik wil niemand tot last zijn".

Het tijdig inschakelen van een interculturele bemiddelaar wanneer de communicatie moeizaam verloopt, kan een belangrijke hefboom zijn om misverstanden, conflicten en onnodig lijden te voorkomen.

— Ann Trappers

‘Het probleem is niet ons geloof, maar wel een gebrek aan kennis’

Verpleegkundige Habiba Laouadi doorkruist Vlaanderen om misverstanden over palliatieve zorg in een islamitische context te doorbreken. Zowel bij zorgverleners als bij moslims.

Mensen uit de moslim-gemeenschap weten vaak nog minder van palliatieve zorg dan de rest van de bevolking, en dat kan voor grote misverstanden zorgen’, zegt Habiba Laouadi, die gepokt en gemazeld is in de ouderenzorg. Na de middelbare school ging ze als logistiek medewerkster aan de slag in het Gentse woonzorgcentrum Sint-Jozef Avida, waar ze vandaag nog altijd werkt. Ondertussen heeft ze zich omgeschoold tot zorgkundige, studeerde ze verpleegkunde en specialiseerde ze zich in palliatieve zorg. Daarnaast startte ze zo’n vier jaar geleden Al Muntaha (De eindbestemming) op, een vzw die zowel zorgpersoneel als patiënten vanuit een islamitisch perspectief informeert over palliatieve zorg.

Waarom bent u met Al Muntaha begonnen?

Habiba Laouadi: Zowel in het woonzorgcentrum als tijdens de workshops over islamitische dodenwassings die ik geef, merkte ik keer op keer dat er binnen de moslimgemeenschap veel misvattingen bestaan over palliatieve zorg. Met Al Muntaha wil ik mensen

uitleggen wat palliatieve zorg precies inhoudt en wat vanuit islamitisch perspectief al dan niet is toegestaan. Daarnaast is er in ziekenhuizen en woonzorgcentra een grote behoefte aan meer kennis over de zorg voor mensen met een islamitische achtergrond. Veel zorgverleners, ook experts op het vlak van palliatieve zorg, weten daar heel weinig over. Vandaar dat ik ook veel vormingen aan zorgmedewerkers geef.

Wat brengt u hen zoal bij?

Laouadi: Ik raad ze bijvoorbeeld aan om het tijdens een intakegesprek of bij het opstellen van een voorafgaande zorgplanning niet alleen over islamitische palliatieve zorg te hebben maar ook over berouw. Veel moslims vragen zich aan het eind van hun leven af of ze wel genoeg hebben gedaan om in het hiernamaals een goede eindbestemming te krijgen. Sommigen worden daar heel angstig van. Omdat het zorgpersoneel de achterliggende reden niet begrijpt, denken ze al snel dat de patiënt in kwestie zo onrustig is doordat hij pijn heeft. Het gebeurt geregeld dat mensen dan medicatie krijgen terwijl hun angst al zou kunnen worden weggenomen door rustig met hen te praten. Iemand moet



hen op het hart drukken dat ze in hun leven veel goeds hebben gedaan en dat Allah de Verhevene alles vergeeft.

Kun je dat wel verwachten van een niet-moslim die als psycholoog of verpleegkundige in de zorg werkt?

Laouadi: Die kunnen inderdaad niet genoeg van ons geloof afweten om zo’n gesprek aan te gaan, maar het zou wel helpen als ze een beetje basiskennis hebben waardoor ze die angst beter kunnen plaatsen. Ik merk alvast dat veel ziekenhuizen en woonzorgcentra daarvoor openstaan. Geregeld word ik gebeld door verpleegkundigen of artsen die vragen hebben over de een of andere moeilijke casus. Ik leg hen dan uit wat de achterliggende redenering van de patiënt of zijn familie kan zijn en hoe



een koffer vol dingen die hij en zijn familie uit hun dagelijks leven herkennen, schept dat ook vertrouwen. En dat is misschien nog wel het belangrijkste.

Krijgt u veel vragen over pijnbestrijding? Nogal wat artsen en verpleegkundigen hebben het er moeilijk mee als moslims die op basis van hun geloof weigeren.

Laouadi: Dat komt vaak door onwetendheid. Omdat het verboden is om medicatie te nemen die de dood versnelt, denken veel mensen dat morfine in geen enkel geval is toegestaan. Nog niet zo lang geleden contacteerde een arts me over een terminale patiënte die veel pijn had maar toch geen morfine wilde. Toen ze op een nacht heel erg afzag, gaf een verpleegkundige haar voor een keer toch pijnstilling en daar was de familie heel kwaad over. Ik heb die mensen uitgelegd dat pijnbestrijding volgens het islamitische perspectief wel degelijk is toegestaan. Omdat ik er – zoals altijd – religieuze bronnen bijhaalde om mijn uitleg te onderbouwen, geloofden ze me ook. Niet alleen werd het vertrouwen in het zorgpersoneel op die manier hersteld, de familie stemde er ook mee in dat de zieke morfine kreeg.

Wat we in onze gemeenschap ook vaak zien, is dat familieleden een terminale patiënt dwingen om nog te eten en te drinken. Zelfs als ik uitleg dat zo iets gevaarlijk kan zijn, blijven ze volharden omdat ze ervan overtuigd zijn dat ze hun naaste anders uithongeren. Ondertussen heb ik het islamitische perspectief grondig onderzocht waardoor ik mijn argumenten met religieuze bronnen kan onderbouwen, en dat wordt wél geaccepteerd.

Mag een moslim eigenlijk een behandeling weigeren?

Laouadi: Het islamitische geloof gaat ervanuit dat een dokter de nodige

kennis en ervaring heeft om de juiste inschatting te maken. Daarom is het aanbevolen om zijn advies te volgen zolang dat niet in strijd is met de islamitische wetgeving. Mensen uit onze gemeenschap moeten ook weten dat de patiënt of zijn familie niet verantwoordelijk is wanneer achteraf blijkt dat de inschatting van een arts niet correct was. Toch is het niet verplicht om altijd te doen wat de dokter voorstelt. Een patiënt mag een behandeling ook weigeren, maar dan wel op voorwaarde dat die beslissing niet tot ernstig en onnodig lijden of tot de dood kan leiden. Volgens de islam is ziekte geen reden om op te geven, maar net een beproeving waarbij je verantwoordelijkheid moet dragen voor het lichaam dat je is toevertrouwd. Daarom wordt van je verwacht dat je actief op zoek gaat naar een passende behandeling en daarbij luistert naar het advies van je artsen.

Wat met palliatieve sedatie?

Laouadi: Dat is heel complex. Palliatieve sedatie wordt opgestart wanneer alle andere middelen om het leed van een patiënt te verzachten niet werken. De bedoeling is dus niet om het stervensproces te versnellen. De meeste zieken leven daarna wel niet lang meer, maar dat hoeft niet noodzakelijk te betekenen dat de sedatie hun leven inkort. Toch zijn veel mensen daarvan overtuigd. Wat ook meespeelt, is dat palliatieve sedatie het bewustzijn haast helemaal uitschakelt. Voor moslims ligt dat moeilijk, want de betrokkene moet nog genoeg bewustzijn overhouden om zijn geloofsovertuigingen uit te spreken. Dat is cruciaal voor de overgang naar het hiernamaals. Ook dát is iets wat veel zorgverleners niet weten en waardoor veel misverstanden ontstaan.

ze daar het best mee omgaan. Daarnaast stel ik zorginstellingen die dat willen gratis een waakkoffer ter beschikking.

Wat zit daarin?

Laouadi: Onder meer een gebedsmatje, een notitieschrift, een koran, een smeeckmedeboekje en een koranlamp. Zo'n lamp, die niet alleen licht geeft maar ook koranrecitaties afspeelt, kan veel rust brengen. Bij ons in het woonzorgcentrum woont, bijvoorbeeld, een moslima met dementie die vaak heel geagiteerd is. Zodra we het koranlampje in haar kamer aandoen, verdwijnt die onrust en begint ze de verzen te reciteren. Wanneer een zorgverlener de kamer van een patiënt of bewoner uit de moslimgemeenschap binnenstapt met

— Ann Peuteman



Drempels bij artsen in het werken met palliatieve patiënten met een andere culturele achtergrond

Wij hebben als artsen sinds onze opleiding een cultuur meegekregen die soms wordt beschreven als het 'discours médical', het denken en spreken vanuit onze visie op de wereld, de cultuur en onze patiënten, waarmee wij meestal dezelfde culturele achtergrond delen.

Indien een patiënt echter in een andere culturele wereld is opgegroeid en wij op huisbezoek gaan, voelen wij ons welkom maar tegelijk wat onwennig omdat de persoon schijnbaar andere normen en waarden heeft. Wij aanvaarden deze wel, maar wij voelen ons vanuit onze cultuur niet volledig thuis in zijn leefwereld.

Om te begrijpen en toe te geven dat er voor ons artsen drempels bestaan in het werken met palliatieve patiënten met een andere culturele achtergrond is het belangrijk bewust te zijn van dit verschil.

Souhaila is een 73 jarige Marokkaanse vrouw, die altijd met de glimlach naar de raadpleging is gekomen. Zij heeft sinds haar laatste bevalling van haar zesde kind, nooit klachten gehad en volgt mijn preventieve adviezen trouw op. In juli 2024 klaagt zij van veralgemeende buikpijn, maar is er niet ongerust over. Een maand later is er een crisis waarop haar oudste dochter haar naar de wachtdienst van het lokale ziekenhuis brengt. Zij wordt gerustgesteld en na een biologie naar huis gestuurd. In oktober vraagt zij aan de vrouwelijke arts die mij vervangt een nieuwe afspraak en op een CTscan abdomen worden meta's van ongekende oorsprong vastgesteld. Zij aanvaardt een chemotherapie die de evolutie niet kan stoppen. Zij spreekt enkele woorden Frans, maar vraagt in het algemeen de hulp van haar dochter Latifa om haar bij te staan. De gastro-enteroloog schrijft: deze vrouw is uitbehandeld en het gesprek over comfortbehandeling werd niet begrepen noch door de patiënte, noch door haar familie.

Latifa vraagt een huisbezoek voor haar moeder en maakt meteen duidelijk dat de familie heeft beslist om een tweede advies te vragen in een universitair ziekenhuis.

Het gesprek hierover aangaan is niet moeilijk, zo'n advies kan

ingewonnen worden, maar als deze professor oncologie een voorstel doet om Souhaila te verwijzen naar een ambulante dienst palliatieve zorgen, volgt een stilzwijgen.

De huisarts voelt zich in een ongemakkelijk positie: zij moet zich allereerst de leefwereld van Souhaila en haar familie eigen maken en vanuit die beleving van een terminaal zieke vrouw een gesprek aangaan.

De taalbarrières overwinnen betekent niet enkel letterlijk laten vertalen, maar ook nieuwe woorden vinden voor deze situatie: mantelzorg die het belang van de familie benadrukt, maar waarbij tegelijk professionele hulp deze zorg draaglijk maakt, pijnbestrijding rekening houdend met het gegeven dat opioïden in hun beleving niet stroken met het einde van het leven omdat de gelovige moslim met een klare geest voor Allah moet verschijnen.

De band met de patiënte moet ook versterkt worden door de huisbezoeken goed te plannen en de gelegenheid te geven om bij momenten alleen met de patiënte te zijn, eventueel geholpen door een intercultureel bemiddelaarster. Hoe omgaan ook met de vraag van de familie om de waarheid niet te zeggen? Vooral door te zeggen dat de patiënte altijd een vraag stelt waarop zij het antwoord aankan bijvoorbeeld. Ook het levensverhaal van de patiënte beluisteren en erbij gaan zitten, want dat wil zeggen: ik maak tijd voor u.

De drempels die wij als artsen ervaren in palliatieve situaties bij mensen die een andere culturele achtergrond hebben, zeggen ons in feite iets over onze eigen leef- en denkwereld en verplichten ons om metacultureel te denken dwz een positie in te nemen die onze vanzelfsprekendheden overstijgt en die de wereld van de andere beluistert.

Zelfs dan is er niet altijd een pasklare oplossing voorhanden, maar ontstaat er dikwijls via het aanwezig zijn, in een evenwicht tussen afstand en betrokkenheid, een nieuwe band met de patiënt die ogenschijnlijk vastgelopen situaties kan doen kantelen.

— Louis Ferrant

Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

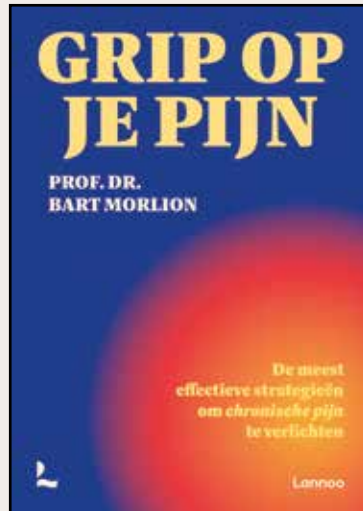


“Grip op pijn”

We laten de auteur, prof. Dr. Bart Morlion, zelf aan het woord:

“Als arts en pijnspecialist werk ik al vele jaren in het Universitair Ziekenhuis van Leuven. Daar begeleid ik, samen met een gemotiveerd team, mensen die met pijn leven. Misschien ken je me van de pers, de televisie of mijn academisch werk. Maar bovenal ben ik een dokter die dagelijks patiënten ziet. Het gesprek met hen vormt nog altijd de kern van mijn werk. Ik ben geboren in Lommel, in de Limburgse

Kempen. Ze noemen me nu een topdokter in pijnbestrijding. Mijn opleiding als pijnarts startte in de anesthesie. Daar leerde ik vooral acute pijn kennen, de pijn van het operatiekwartier. Maar het was tijdens mijn aanstelling aan de Ruhr-Universität Bochum in Duitsland dat ik een andere blik kreeg op pijnbestrijding. Daar werkten artsen, psychologen, kinesisten of fysiotherapeuten, en verpleegkundigen al interdisciplinair rond dezelfde patiënt. Dat was toen vernieuwend, maar het voelde meteen juist aan. Ik ontdekte er dat pijn nooit losstaat van emoties, gedrag en relaties. Alleen maar pillen of prikken geven is zelden genoeg. Pijn is menselijk. Je moet ze dus ook breed en menselijk benaderen. Ik ging eind jaren 1990 toch in op de vraag van het Universitair Ziekenhuis Leuven om in 1998 een pijncentrum uit te bouwen en te leiden. Alles dat daar bereikt is, is het resultaat van het teamwerk van collega's uit meerdere disciplines. Zonder hun inzet had ik dit boek nooit kunnen schrijven. Als toenmalige voorzitter van de Belgian Pain Society hielp ik mee de criteria bepalen voor de pijncentra in België, en daarna als voorzitter van de Europese Pijnfederatie ook internationaal. Daarnaast ben ik de programmadirecteur van een universitaire, tweejarige opleiding om je te profileren als specialist in de pijnbestrijding. En ik benut elke gelegenheid om de problematiek van pijnbestrijding bekend te maken bij een breder publiek. Hoe meer bewustwording er ontstaat rond pijn, hoe sterker artsen en patiënten staan in de strijd ertegen. Nieuwe wetenschap bracht nieuwe inzichten, vooral dat je levensstijl een centrale rol speelt in je gezondheid en niet aan de rand ervan staat. Daarom



is er nu dit boek met nadruk op levensstijl, meer praktische handvatten en ruimte voor zelfzorg. Pijnstillers en medisch-technische behandelingen spelen een rol in pijnbestrijding. Maar wie alleen daarop vertrouwt, blijft vaak steken. Je levensstijl maakt ook een verschil uit.

Dit boek bestaat uit drie delen. In het eerste deel leg ik uit wat pijn is en hoe ze zich kan vastzetten in je lichaam en je brein. Het tweede deel maakt je wegwijs in de gezondheidszorg. Welke stappen zijn mogelijk en hoe ziet de aanpak van chronische pijn eruit? In het derde deel ligt de nadruk op wat je zelf kunt doen, via je levensstijl en dagelijkse keuzes die echt het verschil kunnen maken. Met dit boek wil ik een beter inzicht bieden in chronische pijn, pijnlijders erkenning geven en vooral aantonen hoe je meer ruimte kunt scheppen. Het is bedoeld voor wie pijn beter wil begrijpen en er meer grip op wil krijgen.”

- Auteur: Bart Morlion
- Uitgeverij: Lannoo
- Paperback, 256 blz.
- Verschijningsdatum: 13/10/2025
- Prijs: 25.99 €



Geef ruimte aan moslimpatiënten voor hun eigen spiritualiteit

Er is tot nog toe bijzonder weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners met moslimpatiënten bij het levenseinde. David Delameillieure, ziekenhuispastor in az Groeninge in Kortrijk, deed dat wel in zijn masterthesis waarin hij een kwalitatief onderzoek voerde bij zorgverleners naar de kenmerken van de zorg voor palliatieve moslimpatiënten.

De familie van de patiënt is eerste partner in de zorg

De familie van de patiënt is bijzonder sterk betrokken bij de zorg voor het zieke familielid. Het kan gebeuren dat de patiënt eerder een passieve rol aanneemt en beslissingen over de behandeling overlaat aan familieleden. Voor de gemiddelde zorgverlener is die houding niet altijd gemakkelijk te begrijpen, omdat hij uitgaat van een sterke autonomie van de patiënt. De sterke betrokkenheid van de familie, samen met de overtuiging dat het bezoeken van zieken een religieuze plicht is, zorgt ook vaak voor een hoog aantal bezoekers. Voor sommige zorgverleners kan dit moeilijk liggen omdat zij de rust van de patiënt willen bewaken. Andere zorgverleners beschouwen het eerder positief, en geven familieleden bepaalde zorgtaken zodat die zich gesterkt voelen in de zorg voor de dierbare.

Religie is belangrijk

De zorgverleners ervaren dat niet alleen in de handelingen maar ook in de beslissingen van de patiënt en zijn familie een religieuze dimensie aanwezig is. Zo zijn er voor de moslims belangrijke rituelen rond

het levenseinde. Gebed en de geloofsverklaring (shahada) die moet uitgesproken worden voor de dood en het reciteren van de Koran maken onlosmakelijk deel uit van het stervensritueel. Alleen als aan alle religieuze voorschriften – zoals ook de rituele wassing na de dood – is voldaan, sterft de moslim een goede dood. De religieuze overtuiging van de patiënt en zijn familie drukken ook hun stempel op de ziektebeleving. Niet alleen door de rituelen, maar ook door de logica die de moslimfamilies aanvoeren als er beslissingen moeten genomen worden. Curatieve behandelingen worden soms tegen advies voortgezet uit de overtuiging dat alleen Allah het moment van sterven mag bepalen. Ook de visie op 'lijden' ligt in dezelfde lijn. Omdat ziekte beschouwd wordt als een soort test van Allah, krijgt lijden aan zich een betekenis. Terwijl voor vele zorgverleners lijden geen waarde heeft en het ten koste van alles moet vermeden worden.

Maximale therapie

Een meerderheid van zorgverleners herinnert zich casussen waarbij de patiënt en/of familie wilde verdergaan met de curatieve behandeling ondanks het advies van de



behandelende arts. Dat leidde soms tot spanningen tussen zorgverleners en familie. De motivatie om die curatieve, belastende therapie toch voort te zetten was vaak religieus van aard, bijvoorbeeld omdat Allah het moment van sterven bepaalt. David Delameillieure merkt in dat kader op dat precies hetzelfde argument soms ook gebruikt wordt om een curatieve behandeling toch te stoppen.

Weerstand tegen palliatieve zorg

Door die keuze voor maximale therapie wordt een palliatief traject vaak (te) laat of helemaal niet opgestart. Het taboe rond palliatieve zorg – die overigens niet alleen

kenmerkend is voor patiënten met een moslimachtergrond – speelt ook hier een rol. Een curatieve behandeling stopzetten en overstappen op een palliatief traject wordt gezien als het aanvaarden van de dood en soms ook het versnellen ervan.

Weerstand tegen palliatieve sedatie

Nog een stap verder is palliatieve sedatie. Een grote meerderheid van de zorgverleners stelt dat palliatieve sedatie door patiënten en families met een moslim-achtergrond afgewezen wordt. Voor veel moslims staat palliatieve sedatie gelijk met euthanasie. Volgens David Delameillieure is dat des te merkwaardiger omdat, in tegenstelling tot euthanasie, palliatieve sedatie door de normatieve islam wél is toegestaan op voorwaarde dat ze de dood niet versnelt.

Conclusie

David Delameillieure concludeert dat alle partijen – zowel familie als zorgverleners – het beste voor de patiënt wensen. Niemand wil nodeloos lijden, maar bij moslimpatiënten zijn er bijkomende levensbeschouwelijke factoren die een rol spelen bij de ziektebeleving en beslissingen rondom het levenseinde. Voor de zorgverlener staat het vermijden van pijn voorop, terwijl voor de familie het ondersteunen van de patiënt in zijn lijden, als test van Allah, voorop staat. Op deze manier wordt de spirituele welvaart van de patiënt beschermd. Duidelijke communicatie is essentieel zodat alle partijen kunnen delen vanuit welke waarden ze vertrekken en wat er voor hen op het spel staat. Hij pleit dan ook voor een grotere betrokkenheid van spirituele zorgverleners, omdat zij de brugfiguur kunnen zijn tussen de familie van de patiënt en het zorgpersoneel.



Kan je behandelingen weigeren uit geloofsovertuiging?

Een patiënt kan om allerlei redenen een onderzoek, behandeling of andere medische tussenkomst weigeren. Dat kan bijvoorbeeld uit geloofsovertuiging of om persoonlijke redenen. De arts respecteert de keuze van de patiënt en probeert alternatieven voor te stellen.

Een getuige van Jehova kan bijvoorbeeld een bloedtransfusie weigeren. Die weigering is ingrijpend, omdat er geen alternatief is en een bloedtransfusie vaak levensnoodzakelijk is. Toch kan die behandeling niet opgedrongen worden.

Wanneer het minderjarigen betreft, kijkt de arts steeds of het kind in staat is om zelfstandig te beslissen. Wanneer de weigering van de minderjarige patiënt ingaat tegen de wens van de ouders, dan zal de arts toch de wens van het kind respecteren. De arts zal de ouders duidelijk informeren en de standpunten proberen te verzoenen.

Maar als een kind niet in staat is om zelf te beslissen kan de ouder of voogd een behandeling weigeren zolang die het belang of de gezondheidstoestand van de jonge patiënt niet ernstig schaadt.

Dit betekent dat een getuige van Jehova niet zomaar een bloedtransfusie voor zijn kind kan weigeren als hij hiermee het leven van het kind in gevaar brengt. Een arts moet alle maatregelen kunnen nemen om het leven van een kind te redden.

Kan je behandelingen weigeren als je onder bescherming bent geplaatst?

Patiëntenrechten zijn persoonlijke rechten die door de betrokken patiënt zelf worden uitgeoefend als hij daartoe de bekwaamheid bezit. De onder bewindvoering geplaatste meerderjarige patiënt is niet automatisch onbekwaam wat de uitoefening van zijn persoonlijke rechten betreft. Hij oefent deze in principe zelfstandig uit of wordt in de mate van het mogelijke zoveel mogelijk betrokken bij de beslissing.

Pas als een patiënt niet meer wilsbekwaam wordt geacht, neemt de vertegenwoordiger het beslissingsrecht over. Ook hier geldt dat de vertegenwoordiger geen beslissingen kan nemen die de patiënt schaden, tenzij hij zich hiervoor kan beroepen op de wil van de patiënt zelf via de negatieve wilsverklaring.

Kan je euthanasie vragen wanneer je onder bescherming bent geplaatst?

Als de vrederechter van oordeel is dat iemand vanwege zijn feitelijke wilsonbekwaamheid niet langer zelfstandig kan handelen, kan hij iemand handelingsonbekwaam achten. Dit is echter steeds taakspecifiek. De vrederechter kan in het vonnis iemand expliciet uit de mogelijkheid ontzetten om euthanasie aan te vragen. Doet hij dat niet, dan behoudt de onder bescherming geplaatste patiënt nog altijd de mogelijkheid tot euthanasie. Het is dan aan de arts om na te gaan of de patiënt voldoende kan oordelen over deze vraag, m.a.w. of de patiënt voldoende wilsbekwaam is.

— Linde Vande Castele

‘Ik kon niet leven zonder hoop’

Hoop speelt een cruciale rol in hoe mensen omgaan met een ongeneeslijke of gevorderde ziekte. Ze ondersteunt coping, geestelijk welzijn, zingeving en levenskwaliteit.

Inleiding en achtergrond

De relatie tussen hoop en prognostisch bewustzijn (het besef van de ernst van de ziekte en van de beperkte levensverwachting) is complex. Vaak wordt gevreesd dat te veel openheid over de prognose hoop ondermijnt, maar er is weinig kwalitatief inzicht in hoe patiënten deze spanning zelf ervaren.

Dit onderzoek beoogt te begrijpen hoe mensen met een gevorderde, ongeneeslijke ziekte betekenis geven aan hoop, en hoe deze hoop zich verhoudt tot hun bewustzijn van de prognose.

Methode

De onderzoekers voerden een kwalitatieve studie uit met een fenomenologische benadering gebaseerd op de al bekende indeling van hoop in twee soorten: gegeneraliseerde en specifieke hoop.

Het onderzoek werd in 2023 uitgevoerd in Tsjechië bij 24 personen (30–99 jaar) met een gevorderde, ongeneeslijke ziekte die opgenomen waren in hospices en ziekenhuizen.

De dataverzameling gebeurde via semigestructureerde interviews over hoop, verwachtingen, en perceptie van de eigen gezondheidstoestand (als indicator van prognostisch bewustzijn).

Resultaten: vier oriëntaties van hoop en prognostisch bewustzijn

De auteurs onderscheiden vier benaderingen van hoop, elk met een eigen cognitieve, emotionele en gedragsmatige dynamiek.

Mensen met een technische soort hoop zijn gericht op medische interventies en technologische mogelijkheden: “er kan nog iets gedaan worden.” De hoop wordt verbonden met medische of technologische vooruitgang — nieuw onderzoek, experimentele behandelingen, innovatieve therapieën. Deze patiënten volgen medische ontwikkelingen, hun verwachtingen zijn gekoppeld aan wat technologie kan brengen, vaak gericht op genezing of remissie. Patiënten met dit soort hoop gaan actief zoeken naar nieuwe behandelingen, trials en second opinions. Deze hoop fluctueert sterk in reactie op nieuwe prognostische of diagnostische informatie — de hoop is “voorwaardelijk” en afhankelijk van medisch nieuws. Dit soort hoop is riskant in de zin dat teleurstellingen in medische vooruitgang kunnen leiden tot plotselinge ineenstorting van hoop.

Bij mensen met een spirituele soort hoop is de hoop ingebed in transcendente, religieuze of spirituele overtuigingen. Ze kijken voorbij het louter biologische en zoeken betekenis in zingeving, transcendentie, verbinding met iets

groters. De hoop rust niet primair op verwachtingen van genezing, maar op geloof, vertrouwen, een spirituele toekomst (bijvoorbeeld een hierna-maals) of een continuïteit in spirituele zin. Deze hoop is stabiel; minder gevoelig voor medische updates; tegenslagen ondermijnen de hoop minder snel. Praktijken zoals gebed, rituelen, geloofsgesprekken, spirituele reflectie of meditatie zijn belangrijk. De persoon kan betekenis blijven zoeken, onafhankelijk van de medische prognose. De hoop blijft overeind ondanks kennis van verslechtering, omdat de hoop fundamenteel verbonden is met spirituele grondslagen, niet met medische verwachtingen.

Bij mensen met een minimalistische soort hoop is die beperkt tot kleine,

“Voor personen met spirituele hoop is aandacht voor zingeving cruciaal.”





“Witte zorg, zwart leed” Waarom onze mentale gezondheidszorg faalt voor mensen van kleur Ama Kissi



Witte zorg, zwart leed onderzoekt hoe de mentale gezondheidszorg structureel tekortschiet voor mensen van kleur. Het boek toont aan dat deze zorg grotendeels is ontwikkeld vanuit een wit, Westers referentiekader, waardoor de leefwereld, ervaringen en trauma's van mensen met een migratie- of racialisatieachtergrond vaak onvoldoende worden herkend of begrepen. Psychische klachten bij mensen van kleur worden sneller verkeerd gediagnosticeerd, geminimaliseerd of geproblematiseerd, terwijl de impact van racisme, koloniale geschiedenis en sociale uitsluiting te weinig wordt meegenomen.

De auteur laat zien hoe impliciete vooroordelen en institutioneel racisme doorwerken in diagnoses, behandelmethoden en de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Culturele verschillen worden geregeld gezien als 'afwijkingen' in plaats van als betekenisvolle context. Dit leidt tot wantrouwen, zorgmijding en een lagere kwaliteit van behandeling voor mensen van kleur.

Daarnaast wordt kritisch gekeken naar opleidingen en instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, waar diversiteit en antiracistische kennis nog steeds onvoldoende zijn ingebed. Het boek pleit voor een fundamentele herziening van de mentale gezondheidszorg: meer aandacht voor culturele sensitiviteit, machtsverhoudingen en ervaringskennis, en een erkenning van racisme als een reële bron van psychisch lijden.

- Auteur: Ama Kissi
- Uitgeverij: Borgerhoff & Lamberigts
- Aantal pagina's: 184
- Prijs: 23,99 €

concrete doelen of wensen in het nabijheden. De aandacht is gericht op doelen op korte termijn (bv. één dag goed doorkomen, een bezoek, complicaties vermijden). Hun hoop is fragiel en kwetsbaar — kleine schommelingen in gezondheid of nieuws kunnen de hoop beïnvloeden. De persoon focust op het direct haalbare en probeert het dagelijkse leven te optimaliseren, klachten te minimaliseren, kleine wensen te vervullen. De hoop is gevoelig voor updates; de horizon is klein, en veranderingen in prognose kunnen de beperkingen van dit soort hoop zichtbaar maken.

Bij patiënten met een pragmatische benadering van hoop is hoop vooral praktisch en gericht op dat wat nog mogelijk is — op haalbaarheid, aanpassing, kwaliteit van leven, relationele doelen. De persoon erkent de grenzen van de ziekte, maar zoekt binnen die grenzen wat nog waardevol is (comfort, tijd met geliefden, zinvolle momenten). De hoop is relatief stabiel, veerkrachtig; veranderingen in prognose hebben minder dramatische invloed, omdat hoop niet gekanteld is op grote wonderen, maar op haalbare betekenisvolle doelen. De persoon werkt aan plannen voor de resterende tijd (praktische zaken, relaties, waardigheid), stelt prioriteiten, investeert in relaties, zoekt zinvolle invullingen. Deze hoop is robuust ten opzichte van prognostische informatie; de persoon kan realistischer omgaan met het onomkeerbare en toch hoop blijven houden in wat nog zinvol is.

De auteurs merken op dat de 'technische' en 'minimale' benaderingen meer fluctuerend zijn (meer afhankelijk van externe informatie, medische updates) dan de 'spirituele' en 'pragmatische' benaderingen, die een stabielere hoop vertonen die minder snel stukloopt door nieuwe prognostische inzichten.

Een belangrijk inzicht is dat een persoon niet altijd puur in één benadering past — er kunnen overlappingen of verschuivingen optreden in de loop van de tijd of tussen domeinen (bv. men kan voor behandelingsmogelijkheden technisch hopen, maar ook spiritueel).

Discussie & implicaties

Het herkennen van de verschillende hoopvormen kan zorgverleners helpen om beter afgestemde, persoonsgerichte zorg te leveren: door communicatie, informatieverstrekking en steun aan te passen aan wat de patiënt het meest nodig heeft.

Voor patiënten met technische hoop kan duidelijke, gedetailleerde informatie en betrokkenheid in besluitvorming belangrijk zijn.

Voor personen met spirituele hoop is aandacht voor zingeving, spirituele ondersteuning, compassie, en emotionele nabijheid cruciaal, niet per se medische details.

Patiënten met minimalistische hoop kunnen gebaat zijn bij acceptatie en realistische verwachtingen, zonder overdreven optimisme of overbelasting van medische informatie.

Bij pragmatische hoop is focus op levenskwaliteit, dagelijkse doelen en open communicatie over wat nog mogelijk is belangrijk.

De auteurs benadrukken dat hoop geen luxe is, maar essentieel voor welzijn in de laatste levensfase.

Dit onderzoek draagt bij aan een genuanceerd begrip van de psychologische dynamiek in palliatieve zorg en pleit voor hoop-sensitieve communicatie en individueel afgestemde begeleiding.

Janoušková M, Houska A, Vichová S, Loučka M. 'I couldn't live without hope': A qualitative study using reflexive thematic analysis on approaches to hope and prognostic awareness among people with advanced disease. *Palliat Med*. 2025 Apr;39(4):473-482. doi: 10.1177/02692163251323558. Epub 2025 Mar 12. PMID: 40071811; PMCID: PMC12084655.

Klinisch psychologen en euthanasie bij c

In het artikel *Attitudes, Roles, and Competencies of Clinical Psychologists Regarding Euthanasia Due to Unbearable Mental Suffering* worden de houding, rol en competenties van klinisch psychologen in Vlaanderen rond euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden (OPL) onderzocht. Sinds de invoering van de Belgische euthanasiewet in 2002 spelen klinisch psychologen een steeds belangrijkere rol in de multidisciplinaire aanpak van OPL-euthanasie. De VUB-onderzoekers focussen op hoe psychologen kijken naar OPL-euthanasie, welke taken zij voor zichzelf zien in het zorgproces en in welke mate zij zich voldoende bekwaam en geschoold voelen in dit domein.

Methode

De online vragenlijst peilde bij 242 klinisch psychologen uit de eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen naar demografische items en de UMS-EAS-NL vragenlijst over attitudes ten aanzien van OPL-euthanasie, aangevuld met items over rolopvatting en zelfingeschatte kennis en vaardigheden. Via beroepsverenigingen, psychiatrische centra, palliatieve supportteams en eerstelijnspsychologen werden klinisch psychologen uitgenodigd om deel te nemen.

Bevindingen

Er was een brede consensus: 88% was voor zelfbeschikking, 83,9% vond dat euthanasie maatschappelijk geaccepteerd moest worden en 90,9% zag het als een waardige dood. Verder was 71,9% van de respondenten het ermee eens dat leeftijd van invloed moet zijn op de geschiktheid voor euthanasie, in overeenstemming met de Belgische wetgeving die euthanasie voor minderjarigen beperkt tot terminale aandoeningen. Een grote meerderheid (87,2%) beschouwde zichzelf als een cruciale factor in het

besluitvormingsproces met betrekking tot verzoeken om OPL-euthanasie, waarbij met name de nadruk werd gelegd op hun rol in het gezamenlijk onderzoeken van alternatieven voorafgaand aan een definitief besluit – wat door 96,3% werd onderschreven. Bovendien voelde 88,0% zich verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat patiënten volledig geïnformeerd zijn over de aard en gevolgen van euthanasie, wat hun rol in de voorlichting en ondersteuning van patiënten onderstreept. Bijna alle respondenten (98,8%) pleitten voor een multidisciplinaire aanpak, wat een weerspiegeling is van het complexe ethische en klinische landschap van euthanasiezorg. Hoewel de meningen uiteenliepen over de vraag of psychologen beter dan artsen in staat zijn om te beoordelen of iemand in aanmerking komt voor euthanasie, onderstreept deze diversiteit de noodzaak van duidelijke rolomschrijvingen. Psychologen waren verdeeld over het bijwonen van euthanasie, maar een meerderheid (71,1%) beschouwde nazorg voor de familie als onderdeel van hun taak. Ethische overwegingen speelden een prominente



ondraaglijk psychisch lijden

rol: meer dan driekwart steunde het recht om de zorg over te dragen in gevallen van gewetensbezwaar.

Er ontstond een belangrijke spanning tussen de overwegend positieve houding van klinisch psychologen ten opzichte van OPL-euthanasie en hun gemelde gebrek aan voldoende kennis en praktische vaardigheden om dergelijke cases effectief te behandelen. Bijna de helft van de deelnemers (47,1%) gaf aan onvol-

doende kennis te hebben om euthanasieverzoeken te behandelen, en 37,6% gaf aan niet over de nodige praktische vaardigheden te beschikken. Deze kloof vormt een potentieel risico voor de kwaliteit en consistentie van de zorg die wordt verleend aan patiënten die om euthanasie vragen, wat de dringende noodzaak van gerichte opleiding en training onderstreept. Bovendien vond een overweldigende meerderheid (94,2%) dat euthanasie tijdens hun opleiding of training onvoldoende aan bod kwam. Simulatiegebaseerd leren en gespecialiseerde curriculummodules kunnen helpen deze competentiekloven te overbruggen, zodat een positieve houding zich vertaalt in klinische paraatheid om de complexe ethische, juridische en psychologische aspecten van OPL-euthanasie te beheersen.

Conclusie

Klinisch psychologen in Vlaanderen staan overwegend positief tegenover OPL-euthanasie en beschouwen hun rol in de beoordeling, begeleiding en nazorg als essentieel. Tegelijk voelen zij zich vaak onvoldoende geschoold, vooral wanneer zij weinig ervaring of minder gespecialiseerde werkcontext hebben. De auteurs besluiten dat verduidelijking van de rol van psychologen, verdere uitwerking van juridische en professionele richtlijnen en versterking van opleiding en training nodig zijn om de kwaliteit van zorg rond OPL-euthanasie te verbeteren.

Demedts, D., Drijkoningen, W., & Bilsen, J. (2025). Attitudes, Roles, and Competencies of Clinical Psychologists Regarding Euthanasia Due to Unbearable Mental Suffering. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(11), 228. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15110228>

Aandacht voor cultuursensitieve zorg in LevenseindeApp (LEA)



Zorg rond het levenseinde

is nooit one-size-fits-all. Culturele en levensbeschouwelijke achtergronden spelen een belangrijke rol in hoe mensen ziekte, lijden, beslissingen en afscheid ervaren. Daarom besteedt LEA expliciet aandacht aan cultuursensitieve zorg, onder de noemer “Aandacht voor culturele verschillen”.

Deze aandacht is geïntegreerd in verschillende tegels van de app. De inhoud nodigt zorgverleners uit om stil te staan bij culturele en levensbeschouwelijke verschillen en hun mogelijke invloed op zorg, communicatie en besluitvorming aan het levenseinde. Ze stimuleert reflectie en ondersteunt een open en respectvolle benadering van patiënten en hun naasten.



agenda

Basiscursus palliatieve zorg voor vrijwilligers

— Datum

8 vrijdagen
van 9u30 tot 12u30
• 06, 13 & 27 februari 2026
• 06, 13, 20 & 27 maart 2026
• 03 april 2026

— Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

— Info en inschrijvingen

www.palliatiefnetwerkomega.be

Webinar: Wegwijs in palliatieve zorg

— Datum

Dinsdag 10 februari 2026
van 19u30 tot 21u30

— Locatie

online

— Info en inschrijvingen

www.palliatiefnetwerkomega.be

Thematische studiedag: 'Intercultureel communiceren in de palliatieve zorg'

— Datum

Donderdag 12 februari 2026
van 9u tot 16u

— Locatie

Odisee Hogeschool,
Warmoesberg, 1000 Brussel

— Info en inschrijvingen

<https://www.odisee.be/postgraduaat-palliatieve-zorg>

Vorming 'Moreel beraad en ethische kwesties in palliatieve zorg'

— Datum

Maandag 23 maart 2026
van 9u tot 16u

— Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

— Info en inschrijvingen

www.palliatiefnetwerkomega.be



Het palliatief uurtje: Voorafgaande zorgplanning bespreekbaar maken

— Datum

Maandag 4 mei 2026
van 14u tot 15u

— Locatie

online

— Info en inschrijvingen

www.palliatiefnetwerkomega.be

Symposium rond Pediatrische Palliatieve Zorg

— Datum

27 maart 2026
van 9u tot 16u30

— Locatie

Campus Erasmus ULB, Brussel

— Info en inschrijvingen



NIEUWE E-LEARNING Kinderen en jongeren betrekken in palliatieve zorg



In gezinnen waar iemand ongeneeslijk ziek is, voelen kinderen en jongeren vaak heel veel... maar zeggen ze niet altijd alles.

Met onze nieuwe e-learning willen we zorg- en hulpverleners helpen om kinderen en jongeren echt mee te nemen in wat er gebeurt.

Je leert hoe je hen op een zachte, eerlijke en leeftijdsadequate manier kunt betrekken, zodat ze zich gezien en gesteund voelen in een moeilijke periode.

Wil jij mee het verschil maken voor héél het gezin?



Basiscursus palliatieve zorg voor zorgverleners

— Datum

5 donderdagen van 9u30 tot 16u
• 21 & 28 mei 2026
• 4, 11 & 18 juni 2026

— Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

— Info en inschrijvingen

www.palliatiefnetwerkomega.be

