Religie en spiritualiteit binnen de palliatieve zorg.

Haio: Vanwonterghem Sumi , U.G.
Promotor: DECAT Peter , U.G.
Praktijkopleider: Beeldens Inge , HEYLENS Gunter , Maes Ada

Context: Inleiding: Zorgen voor mensen in de palliatieve fase is een veelvoorkomende taak van zorgverleners in de eerste lijn. Palliatieve zorg is een allesomvattende benadering van de zorg aan het einde van het leven, dewelke de kwaliteit van leven verbetert. Binnen deze holistische benadering komen spiritualiteit en religie veelal nog te weinig aan bod. Spiritualiteit wordt beschouwd als een allesomvattend aspect van welzijn, met nadruk op verbondenheid en betekenis ervaren in het leven. Daarnaast is religie doorgaans verbonden met een gestructureerd geheel van overtuigingen, tradities en handelingen. In de terminale fase geven patiënten aan dat religie en spiritualiteit belangrijk is voor de beleving van hun ziekte. Wanneer deze niet besproken worden, kan dit leiden tot verminderde kwaliteit van palliatieve zorg. Wanneer zorgverleners geconfronteerd worden met patiënten met een andere religieuze of spirituele achtergrond, kan dit zorgen voor het ervaren van drempels bij het verlenen van zorg.

Onderzoeksvraag: Hoe ervaren zorgverleners in de eerste lijn het verlenen van spirituele zorg binnen de palliatieve zorg aan patiënten met een andere religieuze of spirituele achtergrond dan henzelf, en welke strategieën hanteren zij om met eventuele drempels om te gaan?

Methode: Een kwalitatief onderzoek waarbij semigestructureerde interviews worden afgenomen bij zorgverleners (huisartsen en verpleegkundigen) uit de eerste lijn. Zestien zorgverleners uit het persoonlijke netwerk van de onderzoekers werden geïnterviewd. De interviews werden gevoerd aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst, met mogelijkheid tot uitbreiding. Nadien werden de interviews thematisch geanalyseerd door de onderzoekers.

Resultaten: De resultaten sluiten aan bij de bestaande literatuur, waar wordt beschreven dat zorgverleners zich vaak onvoldoende vertrouwd voelen met het onderwerp spiritualiteit/religie, en daardoor terughoudend zijn om dit te bespreken. Er worden drempels zoals tijdsnood, taalbarrière en culturele verschillen benoemd. Zaken die als ondersteunend ervaren worden zijn externe organisaties en opleidingen, open communicatie en multidisciplinaire samenwerking. Vaardigheden zouden zowel aangeleerd zijn, zoals het regelmatig reflecteren onder collega's, als eerder impliciet zijn, zoals een interesse en openheid naar zowel palliatieve zorg als spiritualiteit en religie. Meer dan in de bestaande literatuur wordt ook de rol van de zorgrelatie tussen patiënt, zorgverlener en familie benadrukt, zowel als ondersteunende als belemmerende factor.

Conclusie: Samenvattend tonen de resultaten dat spiritualiteit en religie in de palliatieve zorg aanwezig zijn, maar dat religie veel vaker wordt bevraagd of benoemd, dan spiritualiteit. Religie is vaak zichtbaarder en duidelijker, terwijl spiritualiteit vaker een individuele invulling heeft. Het christendom en de islam werden veel frequenter vernoemd tijdens de interviews. Er wordt meermaals gesproken over versnippering binnen de ondersteuning in de palliatieve zorg. Daarnaast is er ook een duidelijke verscheidenheid aan meningen over de mogelijkheid tot ondersteuning door een tolk of intercultureel bemiddelaar. Mogelijke verklaringen zijn de zeer persoonlijke invulling van spiritualiteit door de zorgverleners zelf, de kleine onderzoekspopulatie of de onduidelijkheid in het vinden van correcte ondersteuning. Voor een meer volledige interpretatie van de onderzoeksvragen, zou spiritualiteit verder onderzocht kunnen worden bij niet-religieuze patiënten in de palliatieve fase. Daarnaast kan verder onderzoek een kader scheppen binnen de versnipperde ondersteuning voor

palliatieve zorg. Ondanks deze uitdagingen lijkt uit dit onderzoek naar voor te komen dat het proberen aangaan van een dialoog rond religie en spiritualiteit met de patiënt - hoe imperfect dan ook - nog steeds te verkiezen valt boven het thema uit de weg te gaan.