De impact van religie op palliatieve zorgverlening

-

Scoping Review

Emmelien Van Goethem – Universiteit Gent

Liana Kirkov – Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Peter Decat – Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 3
Auteurs 5
Abstract 6
Introductie 7
Opzet masterproef 7
Wat is religie? 8
Religie in Europa 8
Palliatieve zorgverlening 9
Pijnbestrijding 9
Palliatieve sedatie 9
Euthanasie 10
Methodologie 11
Selectiecriteria 11
Inclusiecriteria 11
Zoekstrategie 12
Literatuuronderzoek 13
Dataselectie 13
Resultaten 15
Keuze van religie 15
Het christendom 16
De islam 17
Zorgen voor moslimpatiënten: een compacte gids voor Westerse zorgverstrekkers 18
Het jodendom 21
Zorgen voor joodse patiënten: een compacte gids voor Westerse zorgverleners 22
De rol van religie 24
De seculaire visie 25
Een goede dood 26
De rol van religie binnen pijnbestrijding 28
Christendom 28
Islam 28
Jodendom 29
De rol van religie binnen palliatieve sedatie 30
Christendom 30
Jodendom 30
Islam 31

De rol van religie binnen euthanasie 31
Christendom 31
Islam 32
Jodendom 32
Discussie 33
Beperkingen 34
Conclusie 34
Erkenningen 35
Bekostiging en middelen 35
Verklaringen 35
Bijdrage van de auteurs 35
Belangenconflicten 35
Referenties 36
Bijlagen 39
Bijlage I: zoekstrategieën 39
Zoekstrategie in PubMed volgens het PIPOH-kader - eerste versie 39
Zoekstrategie in Pubmed - optimalisatie 40
Zoekstrategie in Embase 41
Zoekstrategie in Web Of Science (WOS) 41
Optimalisatie van de zoekstrategie in WOS 41
Bijlage II: PIPOH-kader 42
Appendix II: Data extractie instrument 42

Auteurs

Emmelien Van Goethem[1] Liana Kirkov[2] Peter Decat[3]

1. Huisarts
2. Huisarts
3. Department of Public Health and Primary Care, Universiteit Gent, België

Abstract

Objectief: Het doel van deze thesis is om na te gaan hoe de drie grootste hedendaagse religies – het jodendom, het christendom en de islam – zich verhouden tot drie kernconcepten binnen de palliatieve zorg: pijnbestrijding, palliatieve sedatie en euthanasie. Door de beschikbare literatuur over deze religieuze perspectieven te bundelen, trachten we als zorgverleners te anticiperen op de zorgnoden van patiënten door hun religieuze achtergrond en bijbehorende waarden beter te begrijpen.

Introductie: Religie blijft binnen de palliatieve zorg een onderontwikkeld domein, waarbij onvoldoende kennis kan zorgen voor onzekerheid bij artsen. Wanneer de rationale achter een beslissing niet wordt begrepen, kan dit leiden tot conflicten tussen zorgverlener en patiënt en achteruitgang van kwalitatieve zorg.

Inclusiecriteria: Deze review richt zich op gelovige volwassen patiënten en onderzoekt hoe palliatieve zorg – met specifieke aandacht voor pijnbestrijding, palliatieve sedatie en euthanasie – wordt benaderd binnen deze doelgroep. De scope van deze review beperkt zich tot de drie grootste religies binnen Europa: het christendom, het jodendom en de islam. De context van de geïncludeerde studies is beperkt tot de eerstelijnszorg.

Methode: Onze zoekstrategie werd toegepast in de databanken van PubMed, Embase en Web Of Science. Relevante Engelstalige en Nederlandstalige artikels vanaf 2002 werd geïncludeerd. Op basis van de abstract werd gefocust op artikels die handelen over de invloed van religie op zorg tijdens de laatste levensfase, waarbij we ons beperken tot de drie grootste religies binnen Europa. Na het doornemen van de full text werden enkel artikels opgenomen die handelen over religie, geen artikels die de focus leggen op spiritualiteit in het algemeen. Beschrijvende artikels, waaronder opiniestukken en individuele casusbeschrijvingen, werden ook niet opgenomen in de review.

Resultaten: Onze zoekstrategie leverde 859 zoekresultaten op, waarvan er uiteindelijk 50 werden geïncludeerd in deze scoping review. De resultaten werden eerst onderverdeeld in functie van de drie besproken religies (christendom, islam en jodendom) en nadien werden de elementen onderverdeeld in functie van de drie besproken domeinen binnen palliatieve zorg (pijnbestrijding, euthanasie en palliatieve sedatie). Algemeen kon men stellen dat er een belangrijke heterogeniteit bestaat over de visie op palliatieve zorg binnen de drie besproken religies waarbij de heiligheid van het leven een belangrijke rol speelt en onnodig lijden niet wordt aangemoedigd.

Conclusie: Religie beïnvloedt sterk de keuzes die patiënten maken in hun laatste levensfase. Algemeen kan men stellen dat er tussen de verschillende religies een zekere heterogeniteit bestaat over beslissingen rond het levenseinde. Wanneer zorgverleners een brede kennis hebben van de religieuze overtuigingen die deze besluitvorming sturen, kunnen zij enerzijds inclusievere en kwaliteitsvollere zorg bieden en anderzijds conflicten vermijden. Er is nog verder onderzoek nodig om na te gaan op welke gestructureerde manier men religie meer kan implementeren binnen de palliatieve zorg in eerste lijn.

Trefwoorden: eerstelijnszorg ; ethiek; geloofsovertuiging ; levenseindezorg

Introductie

Literatuur toont aan dat religie positief correleert met een gunstige zelfbeoordeling van de gezondheid. (1) Er is groeiende evidentie dat geestelijke zorg een essentieel onderdeel vormt in de laatste levensfase. Positieve effecten op de levenskwaliteit worden vastgesteld over diverse leeftijdsgroepen en ziektebeelden heen, waaronder kanker, orgaanfalen en dementie. (2)

Ondanks deze toenemende evidentie blijft geestelijke zorg een onderontwikkeld en vaak verwaarloosd domein binnen de palliatieve zorg. Een tekort aan spirituele ondersteuning door zorgverleners blijkt onder meer samen te hangen met zorgontevredenheid en een vermindering van de levenskwaliteit. Het is daarom cruciaal dat zorgverleners adequate geestelijke zorg kunnen bieden. (2)

Als arts kan het moeilijk zijn om gesprekken rond levenseinde op te starten en om therapeutische hardnekkigheid los te laten. Voelen wij ons als huisarts comfortabel genoeg om dergelijke gesprekken te voeren met sterk gelovige patiënten en hun familie? Hebben we voldoende kennis en handvaten om conflicten te vermijden en inzicht te krijgen in waarom patiënten met een religieuze achtergrond wel of niet kiezen voor bepaalde zorg?

Opzet masterproef

Binnen de eigen praktijkvoering merken wij als huisartsen-in-opleiding dat er nog heel wat onzekerheid speelt in de palliatieve thuiszorg. We zien echter dat deze onzekerheid niet verdwijnt bij vaste artsen, dat dit verder meegedragen wordt. Hoe en op welk moment snijden we gesprekken aan rond levenseinde? Hoe gaan we om met uiteenlopende visies?

Door de toename van de multiculturaliteit kom je als arts steeds meer in contact met patiënten bij wie religie een drijvende factor is binnen het aanvaarden, weigeren en modificeren van zorg. In de praktijk merken wij zelf dat we onvoldoende kennis hebben over religie en de impact van religie op zorgverlening, wat opnieuw leidt tot onzekerheid. We merken dat wij beslissingen van sterk gelovige patiënten niet altijd kunnen plaatsen. Dit gebrek in kennis zou kunnen leiden tot conflicten, zeker als het gaat over therapeutische hardnekkigheid, weigeren van pijnbestrijding tijdens de laatste levensfase en het niet duidelijk communiceren van diagnoses en prognoses. Wanneer de visie van de patiënt haaks staat op die van jou als arts, moet je echter wel een gezamenlijk pad kunnen vinden om kwaliteitsvolle zorg te kunnen blijven geven. Vanuit deze intentie zijn we begonnen aan deze masterproef. Door de patiënt beter te begrijpen, kunnen we beslissingen van de patiënt en zijn familie kaderen en zorg op maat leveren.

Deze masterproef heeft als opzet verschillende dimensies van religie binnen de palliatieve zorgsetting te verkennen. Door toenemend inzicht hierin kunnen we hogergenoemde onzekerheid partieel wegnemen.
Enerzijds wordt in de literatuur gezocht naar de visie op het levenseinde binnen drie grote wereldreligies: het christendom, de islam en het jodendom. Daarbij wordt aandacht besteed aan vragen zoals: wat betekent religie binnen deze tradities, hoe wordt de dood begrepen en beleefd, en welke elementen worden als essentieel beschouwd in de laatste levensfase? Anderzijds wordt onderzocht hoe deze religieuze opvattingen een invloed kunnen uitoefenen op beslissingen die in de palliatieve fase genomen worden. In het bijzonder wordt ingezoomd op drie kernconcepten binnen de palliatieve zorg: pijnbestrijding, palliatieve sedatie en euthanasie. De

analyse vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt, maar erkent tevens de belangrijke rol van de naaste familie, die vaak actief betrokken is bij de besluitvorming.

Door middel van een brede onderzoeksvraag wordt getracht lacunes in de huidige kennis te identificeren. Om deze doelstelling te realiseren, werd gekozen voor een scoping-reviewmethodologie, aangezien deze benadering toelaat een breed spectrum aan bronnen te includeren. Zowel reviews, primaire studies, beleidsdocumenten als richtlijnen werden opgenomen in de analyse.

Wat is religie?

Hoewel de termen religie en spiritualiteit vaak in één adem worden genoemd, verwijzen ze niet naar hetzelfde. Spiritualiteit wordt doorgaans opgevat als een persoonlijke ervaring van verbondenheid, zingeving en transcendentie, waarbij mensen zoeken naar betekenis of het heilige op een manier die sterk individueel bepaald is en niet noodzakelijk verbonden hoeft te zijn met een georganiseerde religie. (3)

Religie daarentegen verwijst traditioneel naar een geheel van overtuigingen en rituelen rond het bestaan van iets goddelijk of ultiem, zoals God of een hogere macht. Het is bovendien een sociale structuur waarin mensen gezamenlijk deelnemen aan praktijken en geloofssystemen, eerder dan een individuele zoektocht naar betekenis. Tegelijk kan religie wel een kader bieden waarbinnen spiritualiteit tot uiting komt. (3)

Onderzoek toont aan dat veel patiënten met chronische pijn zowel religieuze als spirituele middelen inzetten—zoals gebed of spirituele ondersteuning—om met hun klachten om te gaan, wat illustreert dat beide begrippen in de praktijk vaak verweven zijn, maar conceptueel duidelijk van elkaar verschillen. (3)

Religie in Europa

De laatste decennia ziet men drie samenhangende trends in Europa: een toename van de secularisering (vermindering van de sociale betekenis van religie), een afname van het aantal christenen en een toename van de diversiteit van religie door globalisatie en migratie. (4) Dit weerspiegelt zich rechtstreeks in een toename van het aantal Atheïsten van 1% in 1900 naar 15% in 2021, een daling van het percentage christenen in Europa van 95% in 1900 naar 76% in 2021, een daling van het percentage joden in Europa van 2.4% in 1900 naar 0.2% in 2021 en een stijging van het percentage moslims in Europa van 2% in 1900 naar 7% in 2021. (4, 5) In deze thesis beperken we ons tot de drie meest voorkomende religies in Europa: het christendom, de islam en het jodendom. Het Atheïsme wordt niet beschouwd als een religie maar eerder een levensbeschouwing, aangezien het juist de afwezigheid van geloof in god(en) betreft. Omwille van die reden werd besloten deze stroming niet apart te bespreken in deze thesis.

De drie godsdiensten die besproken zullen worden, omvatten meerdere stromingen. Deze richtingen worden in deze thesis, ondanks mogelijks verschillende visies, toch onder eenzelfde noemer gebracht. Op deze manier wordt er namelijk gefocust op de grote verschillen tussen de meest prominente religieuze groepen binnen Europa; het christendom, de islam en het jodendom. We gaan er van uit dat de verschillende standpunten tussen deze godsdiensten ons meer kunnen bijdragen in het onderzoeken van de impact van religie.

Palliatieve zorgverlening

Pijnbestrijding

Onder pijn wordt verstaan 'een onaangename sensorische of emotionele ervaring samenhangend met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van een dergelijke beschadiging'. (6) Hierbij is het belangrijk om te benadrukken dat dit een subjectieve ervaring betreft. (6)

Om pijnbestrijding te kunnen toepassen, dienen eerst de verschillende vormen van pijn onderscheiden worden. Er zijn twee grote groepen binnen pijn, zoals weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 1). (6)

Soort pijn	**Oorzakelijke factor**	**Kenmerken**	**Behandeling**
Nociceptieve pijn (65% van kankerpijn)	Weefselbeschadiging	Somatisch: uitgaande van huid, bindweefsel, spierweefsel, bot →scherp, stekend, kloppend Visceraal: uitgaande van ingewanden, borst of buik → drukkend, krampend (~volgens dermatoom)	Goed behandelbaar met paracetamol, NSAID en/of opioïden
Neuropathische pijn (10% van kankerpijn)	Beschadiging weefselzenuwstelsel (perifeer/centraal)	Branderig, schietend en/of stekend, vaak gepaard met sensibiliteitsstoornissen	Minder effect van paracetamol/NSAID/opioïden, indicatie voor antidepressiva en anti-epileptica

Tabel 1: Onderscheid nociceptieve versus neuropatische pijn (6)

Pijn heeft verschillende dimensies, waarbij ook culturele factoren van belang kunnen zijn. Deze kunnen een invloed hebben op hoe pijn geuit wordt, maar ook in hoe de patiënt en zijn omgeving omgaat met pijn en welke betekenis hieraan wordt gegeven. (6) Op deze verschillen en interpretaties wordt later in deze masterproef dieper ingegaan.

Pijnbestrijding in de palliatieve fase beoogt het reduceren van pijn tot een aanvaardbaar level waarbij de bijwerkingen ook acceptabel zijn. Hierbij is het belangrijk om open te communiceren en de patiënt heldere voorlichting en educatie te bieden, zowel wat betreft behandelmogelijkheden als te verwachten bijwerkingen. (6)

Palliatieve sedatie

Onder palliatieve sedatie wordt verstaan 'het toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om één of meerdere refractaire symptomen op een adequate wijze te controleren'. (7) Refractaire symptomen zijn symptomen die niet op een klassieke wijze onder controle gebracht kunnen worden en palliatieve sedatie kan dus gezien worden als een vorm van symptoomcontrole. Dit kan zowel over fysieke als psychische symptomen gaan. (7)

Er zijn twee grote vormen van palliatieve sedatie. Enerzijds de lichte vorm van sedatie waarbij de patiënt in de mogelijkheid is de ogen te openen en te bewegen bij aanspreken of aanraken. Bij de diepe vorm van sedatie reageert de patiënt niet meer op aanspreken en aanraken en slaapt de patiënt. Bij beide vormen kan dit continu, intermittent, tijdelijk of tot aan het overlijden. (7)

Euthanasie

Onder euthanasie wordt verstaan 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts en dit op het uitdrukkelijke verzoek van de betrokken patiënt'. (8) Dit verzoek is vrijwillig, overwogen en herhaald waarbij de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt die veroorzaakt wordt door een ernstige en ongeneeslijke aandoening. Als de patiënt minderjarig is en oordeelsbekwaam wordt geacht, is er een bijkomende voorwaarde waarbij het overlijden binnen afzienbare termijn verwacht kan worden. Deze voorwaarden dienen voldaan te zijn alvorens een procedure gestart kan worden. (8)

In tabel 2 wordt het onderscheid tussen palliatieve sedatie en actieve levensbeëindiging (waaronder euthanasie) weergegeven. (7)

	Palliatieve sedatie	**Actieve levensbeëindiging (waaronder euthanasie)**
Intentie	Symptoombehandeling	Levensbeëindiging
Handeling	Zoveel medicatie als nodig om symptoom onder controle te krijgen (proportionaliteit)	Zoveel medicatie als nodig om leven te beëindigen
Resultaat	Levensverkorting uitzonderlijk	Levensbeëindiging (per definitie)

Tabel 2: onderscheid palliatieve sedatie versus actieve levensbeëindiging (7)

Methodologie

Selectiecriteria

Aangezien religie een bijzonder breed en complex begrip vormt, werd in deze thesis bewust gekozen om de drie grootste wereldgodsdiensten te behandelen: het christendom, de islam en het jodendom. Deze tradities worden afzonderlijk besproken, met specifieke aandacht voor hun visie op en omgang met palliatieve zorg. Andere religies vallen buiten de scope van dit onderzoek en worden daarom niet afzonderlijk geanalyseerd.

Binnen het domein van palliatieve zorg richt dit onderzoek zich op drie centrale thema's: pijnbestrijding, palliatieve sedatie en euthanasie. Deze onderwerpen vormen de kern van de analyse en worden in relatie tot de geselecteerde religieuze tradities onderzocht.

Inclusiecriteria

Voor het screenen van de artikels werd geen gebruik gemaakt van artificiële intelligentie; de selectie gebeurde volledig manueel door beide reviewers. Artikels in het Nederlands en Engels kwamen in aanmerking voor inclusie. Voor de rapportering werd de PRISMA-ScR-richtlijn gevolgd.

Voor het opstellen van de onderzoeksvraag werd gebruikgemaakt van het PIPOH-kader, dat toeliet de populatie, interventie/blootstelling, professionals, uitkomst en setting systematisch te definiëren. Op basis van dit kader werd de focus gelegd op gelovige volwassen patiënten, binnen de context van palliatieve zorg in de eerstelijnsgeneeskunde. Hierbij lag de nadruk op het stadium van de ziekte in plaats van op specifieke aandoeningen. Artikels die primair gericht waren op één ziektebeeld waarbij de palliatieve zorg slechts een secundaire rol speelde, werden uitgesloten. Binnen de palliatieve zorgcontext werden enkel studies geïncludeerd die betrekking hadden op pijnbestrijding, palliatieve sedatie en/of euthanasie; artikels over andere thema's, zoals assisted suicide, werden uitgesloten.

Voor het bepalen van de inclusiecriteria werd vervolgens de PCC-methode (Participants – Concept – Context) toegepast.

- Participants: gelovige volwassen patiënten behorend tot het christendom, jodendom of islam.
- Concept: palliatieve zorg met specifieke aandacht voor pijnbestrijding, palliatieve sedatie en euthanasie.
- Context: eerstelijnsgeneeskunde als zorgsetting; studies uit de tweedelijnszorg (zoals ICU of palliatieve ziekenhuisunits) werden uitgesloten

Deze scoping review omvatte diverse studietypes, waaronder gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, niet-gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, pre- en postinterventiestudies en onderbroken tijdreeksanalyses. Ook analytische observationele ontwerpen, zoals prospectieve en retrospectieve cohortstudies, werden opgenomen. Systematische reviews die voldeden aan de vooraf vastgestelde inclusiecriteria kwamen, afhankelijk van hun relevantie voor de onderzoeksvraag, eveneens in aanmerking.

Beschrijvende observationele studies, waaronder casusreeksen, opiniestukken, individuele casusbeschrijvingen en beschrijvende dwarsdoorsnedenstudies, werden niet opgenomen in de review.

De screening van titels en abstracts werd uitgevoerd door twee onafhankelijke reviewers (Liana Kirkov en Emmelien Van Goethem), die elk een beslissing formuleerden om een studie te includeren of te excluderen. Eventuele discrepanties werden opgelost via overleg. Bij twijfel werd ervoor gekozen het artikel door te laten stromen naar de volgende fase van het selectieproces. De volledige teksten werden vervolgens door één van beide reviewers beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria.

De data-extractie werd door beide reviewers onafhankelijk uitgevoerd en nadien onderling besproken om tot consensus te komen.

Zoekstrategie

Voor het opstellen van de literatuurstudie werd gebruikgemaakt van de beschikbare faciliteiten van de bibliotheek van het Universitair Ziekenhuis Gent en de Faculteit Geneeskunde, ondergebracht binnen het Kenniscentrum Gezondheid Gent (KCGG). Dit kenniscentrum fungeerde als een belangrijke ondersteunende bron voor het verfijnen van de zoekstrategie en het raadplegen van relevante wetenschappelijke literatuur.

De literatuurzoektocht werd systematisch uitgevoerd in drie grote, internationaal erkende databanken: PubMed, Embase en Web of Science. De initiële zoekstrategie werd ontwikkeld in PubMed, aangezien deze databank een uitgebreid aanbod aan biomedische literatuur bevat en de mogelijkheid biedt om zowel vrije zoektermen als gecontroleerde trefwoorden (MeSH-termen) te combineren. Bij het opstellen van deze eerste zoekstring werd gebruikgemaakt van een brede set vrije tekstwoorden die nauw verband hielden met de centrale onderzoeksthema's, aangevuld met relevante MeSH-termen om de zoekopdracht te verfijnen en de sensitiviteit te verhogen.

Na het ontwikkelen en testen van de zoekstrategie in PubMed werd deze systematisch aangepast en vertaald naar de syntax en zoekmogelijkheden van Embase en Web of Science. Hierbij werd rekening gehouden met de specifieke kenmerken van elke databank, zoals verschillen in thesauri, indexering en zoekoperatoren. Op deze manier werd gestreefd naar een zo volledig mogelijke dekking van de beschikbare literatuur binnen de geselecteerde onderzoeksthema's.

De oorspronkelijke zoekstrategie bevatte 1940 resultaten in Pubmed. Voor het opstellen van deze zoekstrategie, werd gebruik gemaakt van verschillende soorten termen. Zo werd de [TW]-operator gebruikt voor algemene termen (zoals palliative care, euthanasia, religion). Hierbij wordt er gezocht in de titel, samenvatting en trefwoorden van artikelen. Ook MeSH-termen werden gebruikt, wat zorgt voor een gestandaardiseerde en brede zoekopdracht. De combinatie van deze twee soorten termen zorgt voor een nauwkeurige zoekstrategie. Hiernaast werd er gebruik gemaakt van wildcards zoals voor truncatie om op deze manier meerdere varianten van woorden te vervangen. Ook Boleaanse Operatoren (AND en OR) werden gebruikt om de twee grote concepten van onze onderzoeksvraag, namelijk religie en palliatieve zorg, duidelijk te combineren. Deze oorspronkelijke zoekstrategie werd verder geoptimaliseerd. Overbodige MeSH-termen [TW-termen] werden gecombineerd, overlapping van termen werd vermeden, typefouten werden nogmaals nagegaan en wildcards werden zorgvuldig gebruikt. Dit leidde tot een zoekstrategie met 5410 resultaten op 04/01/2025. Aangezien Euthanasie in België pas legaal is sinds 28 mei 2002 (8) werden enkel artikels geïncludeerd met een publicatiedatum van 2002 of later. Na selectie op basis van de publicatiedatum gaande van 2002 tot 04/01/2025, werden nog 3335 resultaten weerhouden in PubMed.

Deze geoptimaliseerde zoekstrategie werd nadien vertaald naar Embase. [MeSH]-termen werden vervangen door Emtree-termen. In Embase wordt [Ti,ab] gebruikt om naar de titel, samenvatting en trefwoorden te zoeken. Dit is vergelijkbaar met [TW] in PubMed. Er werd eveneens gebruik gemaakt

van truncatie en Boleaanse Operatoren. Het vertalen van deze zoekopdracht van Pubmed naar Embase leverde 7535 resultaten op 04/01/2025. Met een bijkomend criterium, namelijk publicatiedatum vanaf 2002, komt dit neer op 5710 resultaten.

De geoptimaliseerde zoekstrategie uit PubMed werd ook vertaald naar Web of Science. Aangezien Web of Science geen specifieke velden zoals [MeSH] in PubMed of [Emtree] in Embase bevat, werd gekozen voor andere zoekvelden, zoals titel en abstract. De uiteindelijke, verfijnde en geoptimaliseerde, zoekstrategie in WOS leverde 568 resultaten op 04/01/2024. Door verdere verfijning vanaf publicatiejaar 2002, werden 480 resultaten weerhouden.

Literatuuronderzoek

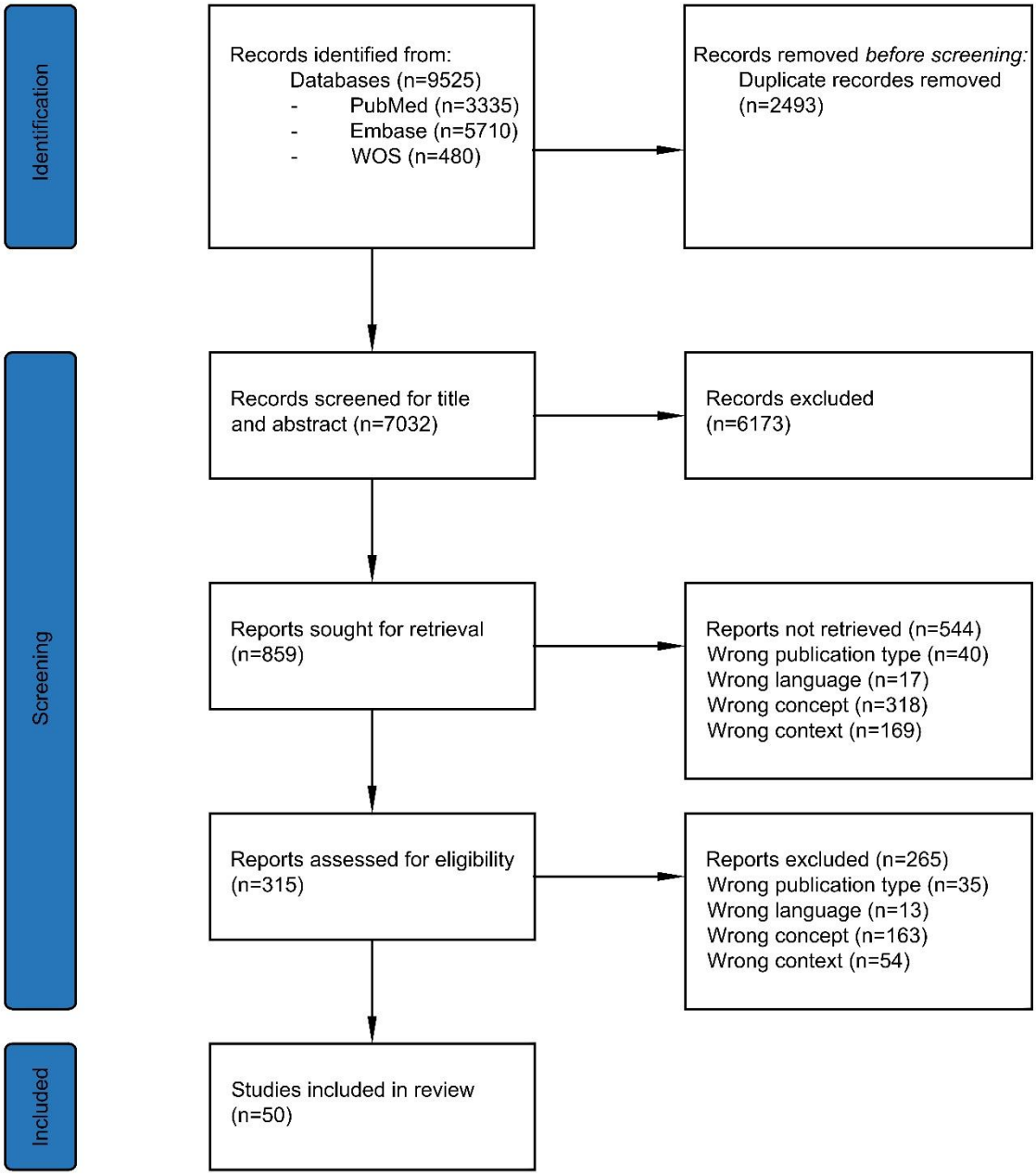
Zoals eerder aangegeven werd de bibliotheek van het Universitair Ziekenhuis Gent en de Faculteit Geneeskunde, het Kenniscentrum Gezondheid Gent (KCGG) (https://www.kcgg.ugent.be/en/home-2/), geraadpleegd bij de opstellen van de literatuurstudie. De initiële zoekstrategie werd opgemaakt in PubMed aan de hand van vrije tekstwoorden die vaak gerelateerd werden aan beide zoekconcepten alsook bijhorende MeSH-termen. Nadien werd deze zoekstrategie geëxtrapoleerd naar twee andere databases, namelijk Embase en Web Of Science.

Dataselectie

Na het uitvoeren van de zoekopdracht worden alle gevonden artikels verzameld en geïmporteerd in EndNote 2025 versie 22.2.0.19737, waarna duplicaten worden verwijderd. Vervolgens worden titels en abstracts door twee onafhankelijke beoordelaars gescreend om te bepalen of zij voldoen aan de inclusiecriteria van de review. Potentieel relevante bronnen worden vervolgens in full text opgevraagd en geïmporteerd. De volledige tekst van de geselecteerde citaties wordt vervolgens grondig beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria zoals hierboven weergegeven.

Redenen voor uitsluiting van bronnen die in volledige tekst worden beoordeeld maar niet voldoen aan de inclusiecriteria, werden eveneens hierboven gerapporteerd.

De resultaten van de zoekstrategie en het selectieproces worden weergegeven in het PRISMA-stroomschema.



Afbeelding 1: PRISMA-stroomschema

Resultaten

Keuze van religie

De keuzes die iemand maakt, worden sterk beïnvloedt door de bedenkingen die men heeft over het leven na de dood. (9) Religieuze overtuigingen en spiritualiteit beïnvloeden medische beslissingen die iemand maakt aan het einde van het leven. (10) (11) Deze invloeden zijn zeer divers tussen de religies onderling, maar ook binnen de religies zelf (afhankelijk van de mate van religiositeit). (11) Om dieper in te gaan op verschillende concepten binnen palliatieve zorg, is het dan ook noodzakelijk om eerst een inzicht te krijgen over de standpunten van de verschillende godsdiensten betreffende zowel het leven als het leven na de dood. Zoals eerder uiteengezet, erkennen we dat binnen elke godsdienst meerdere stromingen bestaan, die elk eigen opvattingen en perspectieven vertegenwoordigen. Voor deze studie is er bewust gekozen om een meer overkoepelend beeld te schetsen door ons te richten op de drie grootste religie: het christendom, de islam en het jodendom.

Het gebruik van de Vier Principes van Beauchamp kan een waardevol analytisch kader bieden binnen discussies over medische ethiek. Deze principes – weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid – vormen een breed toepasbare basis voor ethische afwegingen. Vanuit deze vier kernwaarden kan worden onderzocht in welke mate verschillende godsdiensten overeenkomsten en verschillen vertonen. In algemene zin kan gesteld worden dat de eerste twee principes in alle grote religies van fundamenteel belang zijn. (10) In het onderstaande wordt dieper ingegaan op de waarden binnen elke godsdienst en hun visie op de dood, waarbij tevens wordt teruggekoppeld naar de principes van Beauchamp.

Hoewel de vier basisprincipes van medische ethiek wereldwijd terug te vinden zijn, verschillen hun interpretatie en onderlinge prioriteit aanzienlijk tussen culturen. (14) In de westerse geneeskunde geldt openheid tegenover wilsbekwame patiënten doorgaans als een essentieel ethisch uitgangspunt, met name bij het meedelen van een terminale diagnose of prognose. Deze nadruk op transparantie is echter relatief recent en niet universeel. In het begin van de twintigste eeuw domineerden paternalisme en weldoen de medische ethiek, terwijl respect voor autonomie pas later een centrale plaats innam. (14)
In veel niet-westerse contexten is het daarentegen gebruikelijk om informatie over ernstige ziekte te filteren of achter te houden. Ziekte wordt er gezien als een collectieve verantwoordelijkheid van de familie, waardoor beslissingen binnen de familiekring worden genomen en de nadruk ligt op weldoen en het vermijden van schade, eerder dan op individuele keuzevrijheid. Het achterhouden van informatie wordt er vaak beschouwd als een meer humane benadering, omdat het verlies van hoop en de emotionele belasting van volledige openheid worden vermeden. Hierdoor blijft de overtuiging dat open en eerlijke communicatie altijd de beste aanpak is, onderwerp van debat. (14)

Het christendom

Het christendom is gebaseerd op het leven en het werk van Jezus Christus, die wordt beschouwd als de zoon van God. Hij werd mens uit liefde en mededogen voor de mensheid. (17) Een christen kan betekenis vinden in lijden, door dit in relatie te zien tot het lijden van Christus. Het vermijden van tijdelijk lijden in dit leven is van minder belang dan het eeuwig leven zonder lijden. (12) De dood kan dan ook worden gezien als een verlichting van het lijden en uiteindelijk als een vereniging met God. (17, 21) (12)

De katholieke bio-ethiek steunt op twee kernwaarden: de inherente waardigheid van ieder mens en de onderlinge verantwoordelijkheid die mensen binnen de samenleving dragen. De overtuiging dat het leven heilig is, vloeit voort uit het idee dat mensen rentmeesters zijn van hun lichaam en uiteindelijk verantwoording verschuldigd zijn aan God voor het leven dat hen is toevertrouwd. Daarnaast benadrukt de katholieke traditie dat ieder individu deel uitmaakt van een gemeenschap waarin zorg en solidariteit centraal staan. (18)

De heiligheid van het leven, die zeer sterk aanwezig is in zowel de islam als het jodendom, is minder prominent binnen het christendom. Het leven blijft heilig (12) (10), maar het lichamelijke leven wordt niet beschouwd als een absoluut goed dat ten koste van alles in stand moet worden gehouden. (10) Wanneer een behandeling enkel het sterven zou verlengen, is men niet verplicht om deze voort te zetten. Ook de erkenning van psychologische en spirituele behoeften, evenals het respecteren van het moment van sterven, maken deel uit van eerbied voor het leven. (10)
Tegelijk stelt het christendom dat de mens is geschapen naar Gods beeld, wat impliceert dat beslissingen over het levenseinde met grote voorzichtigheid moeten worden overwogen. (12) De Bijbel verbiedt moord, maar biedt in specifieke omstandigheden wel ruimte voor de doodstraf. (12)
Deze waarden vormen ook de basis voor de katholieke visie op medische besluitvorming. De menselijke waardigheid vraagt dat patiënten morele keuzes maken vanuit een vrij en goed geïnformeerd geweten. Tegelijk moet de relatie tussen arts en patiënt worden gedragen door wederzijds vertrouwen en respect: de arts handelt in oprechte zorg voor het welzijn van de patiënt, terwijl hij of zij ook probeert te begrijpen welke waarden en overtuigingen voor de patiënt doorslaggevend zijn. Daarom hecht het christendom veel belang aan autonomie en waarheidsgetrouwe communicatie in de zorg. (18)

Wanneer gekeken wordt naar de Vier Principes van Beauchamp legt het christendom – meer dan de islam en het jodendom – een nadruk op het principe van autonomie. (10) Deze benadering staat de patiënt toe zelf te beslissen, zolang dit de principes van weldoen en niet-schaden niet schendt. (10) De patiënt heeft dus het recht én de plicht, om geïnformeerde keuzes te maken volgens zijn of haar geweten. (10)

Christenen geloven in het eeuwige leven en de uiteindelijke verlossing. De dood wordt daarom gezien als een soort transitie naar het volgende leven. (17) Voor het overlijden kunnen gebedsrituelen worden uitgevoerd, waarbij bijvoorbeeld binnen het katholicisme drie sacramenten een belangrijke rol spelen in de laatste levensfase:

1. Communie/eucharistie: vaak als onderdeel van het *Viaticum,* een reeks gebeden ter voorbereiding op de overgang naar het eeuwige leven. (17)
2. Biecht= het ontvangen van vergeving voor de zonden. (17)
3. Ziekenzalving: een ritueel met oliën dat dient als teken van Gods aanwezigheid en een bron van genade en kracht voor de stervende. (17)

De islam

De islam is ontstaan in de 7e eeuw en kan letterlijk vertaald worden in 'overgave', naar de wil van Allah. De religie is gebaseerd op de Koran – de openbaringen die Mohammed ontving – en de Soenna, die samen de basis vormen van de Sharia. (17) (18) De islamitische ethiek wordt gestructureerd door de *maqasid al-shari'ah,* vijf centrale doelen die morele en juridische afwegingen sturen: bescherming van leven, geloof, verstand, waardigheid en bezit. (18)

Met wereldwijd 1.7 miljard volgelingen is de islam de snelst groeiende religie wereldwijd en de grootste religieuze minderheidsgroep in Europa (25% van de wereldpopulatie). (26) (28) (29) (30) Door migratie en vergrijzing komt een groeiend aantal moslims in aanraking met palliatieve zorg en beslissingen rond het levenseinde. (28) Ondanks het monotheïstische karakter van de islam, bestaan er binnen soennitische en sjiitische stromingen tradities uiteenlopende interpretaties en gebruiken, ook rond palliatieve zorg en levenseinde. (27)

De islam kent een sterk georganiseerd gebedsleven, met vijf dagelijkse gebeden, vasten tijdens de Ramadan, liefdadigheid (het geven van aalmoezen), de geloofsbelijdenis (gebed om vergeving) en de bedeaart naar Mekka als centrale pijlers. (17) (26) Hoewel er geen formele geestelijke hiërarchie bestaat, spelen imams en geleerden een belangrijke rol in het interpreteren van religieuze bronnen. (26)

Moslims geloven dat het leven op aarde een test is en dat het hiernamaals centraal staat in de morele oriëntatie. Het is dan ook van groot belang om in het huidige leven goed te doen als voorbereiding op het volgende leven. (17) (31) Het lichaam wordt gezien als een geschenk van God en moet met respect worden behandeld, ook na de dood. (17) Zelfdoding, euthanasie en physician-assisted suïcide worden beschouwd als zonden, omdat alleen God het recht heeft om leven te geven en te nemen. (12) (32) (36). Zowel het behoud van het lichaam als de ziel zijn criteria voor de kwaliteit van leven in het hiernamaals. (36, 38) (39) (40) (41) (30) (12) (42) (34) (15) (31) (35)
De heiligheid van het leven staat centraal, zelfs wanneer de levenskwaliteit vermindert. (21) (10) (29) (12) (34) (32) (33) (11) (35) (36) (37)

Autonomie wordt binnen de islam gerespecteerd, maar met betrekking tot het levenseinde wordt dit in zekere mate beperkt en ondergeschikt gesteld aan de principes van weldoen en niet-schaden. (32) Beslissingen moeten in overeenstemming zijn met islamitische doctrines. (32) Het stopzetten van nutteloze behandelingen is wel toegestaan wanneer de dood onvermijdelijk is, op voorwaarde dat waardigheid en comfort worden gewaarborgd. (33)

Omdat autonomie binnen de islam in relatie staat tot religieuze en familiale waarden, vloeien hieruit ook morele verplichtingen voort. Het lichaam wordt gezien als een geschenk van God (10) Zowel binnen het perspectief van de patiënt als van de zorgverlener, brengen de religieuze principes van de islam een bepaalde gedachtegang met zich mee. Zoals eerder aangegeven, wordt het lichaam gezien als een geschenk van God (10), wat zowel een verplichting tot het zoeken van medische hulp (voor de patiënt) als het verlenen ervan (voor de zorgverlener) impliceert. (10) Daarnaast bestaat er een verplichting om een stervende persoon te voeden en te hydrateren (10) (11), en dragen kinderen de verantwoordelijkheid om voor hun ouders te zorgen. (10) Families zijn verplicht om voor hun dierbaren te zorgen aan het einde van het leven, en moslims geloven dat dit ook beloond zal worden in het hiernamaals. (10) (34) (32)

Beslissingen worden vaak relationeel genomen, waarbij patiënt, familie en zorgverleners samen betrokken zijn. Patiënten raadplegen vaak een imam bij levensbedreigende ziekte. (30) (29) Imams

fungeren als jurist[1], exegeet[2], missionaris[3], adviseur [4] en een rituele gids. (30) De imam moedigt doorgaans aan om behandelingen voort te zetten, mede vanuit de overtuiging dat het stopzetten ervan kan worden geïnterpreteerd als twijfel aan Gods almacht. Daarnaast heeft de familie een belangrijke plaats in de besluitvorming. Families proberen verdriet soms te verbergen om de hoop van de patiënt niet te ondermijnen. (30) (29)
Door al deze factoren worden artsen soms aangemoedigd om een behandeling verder te zetten die haaks staat op de medische standaarden en een goede palliatieve zorg. (30) (11)

Zorgen voor moslimpatiënten: een compacte gids voor Westerse zorgverstrekkers

Om de culturele inclusiviteit te verbeteren binnen de palliatieve zorg voor moslimpatiënten, formuleerde Madni, A. et al. (2022) enkele tips met betrekking tot moslimwaarden, tradities en overtuigingen die van invloed zijn op medische besluitvorming. (29) Het doel is om zorgverleners een kader te bieden voor het begrijpen van de behoeften van moslimpatiënten om zo effectievere en respectvollere zorg te kunnen leveren. (29)

Onderstaande oplijsting formuleert 10 belangrijke tips/principes en hun invloed op de palliatieve zorg bij moslimpatiënten. (29) Hoewel pijnbestrijding en levenseinde hier al worden aangeraakt, volgt later in de thesis een meer uitgebreide uitwerking van deze thema's.

1. De vijf dagelijkse gebeden en de recitatie van de Koran.
    - Het verrichten van de vijf dagelijks gebeden en het luisteren naar de recitatie van de Koran helpen bij het putten van kracht/hoop bij een levensbedreigende ziekte. (29) (15)
    - Patiënten kunnen sedatie/medicatie weigeren om te voorkomen dat hun vermogen om met een heldere geest te bidden wordt beïnvloed. (29) (42) (15) (35)
    - Zorgverleners kunnen voorzieningen treffen zoals het aanbieden van een gebedsmat, middelen voor rituele wassing, een Koran en het draaien van het bed richting Mekka. (29) (15)
2. Betrokkenheid van religieuze leiders of Imams bij de confrontatie met ziekte.
    - Moslimpatiënten roepen vaak het advies in van Imams bij het omgaan met ziekte, verdriet, verlies en beslissingen over het levenseinde. (30) (29)
    - De zorginstelling kan contacten leggen met lokale mosliminstellingen/imams via de pastorale zorgafdeling. (29)

---

[1] Imams adviseren bij het al dan niet beëindigen van de behandeling in overeenstemming met de Islamitische wet. Doorgaans dringen Imams aan om de behandeling te continueren tot het einde omdat ze geloven dat God de enige is die beslist over het leven en de dood. Deze aanpak komt voort uit de angst om door God verantwoordelijk gehouden te worden voor de dood van een persoon, wat binnen de islam wordt gezien als een zware zonde met onvergefelijke gevolgen in het hiernamaals. (30)
Wanneer een patiënt medisch gezien niet lang in leven kan worden gehouden, dragen de Imams de keuze over het al dan niet continueren van de behandeling over aan de Fatwa-raad, en hierdoor vermijden de Imams en de familieleden de verantwoordelijkheid voor inmenging in het goddelijke proces van het sterven. (30)

[2] Een exegeet is iemand die zich bezighoudt met exegese: een zorgvuldige, wetenschappelijke uitleg en interpretatie van (heilige) teksten maar ook klassieke teksten. Het duidt op iemand die de weg wijst in de betekenis van een tekst. Een Imam interpreteert en vertaalt dus De Koran. Zo adviseren ze bv de families over medische beslissingen door te suggereren dat een positief verloop van de ziekte Gods beloning is voor hun uithoudingsvermogen. (30)

[3] Een verkondiger van de Juiste Religieuze Doctrine en Levenswijze. (30)

[4] Imams geven ook praktisch advies over hoe om te gaan met levensbedreigende ziektes. Bv kunnen familieleden aangemoedigd worden om hoop te putten uit gelijkaardige gevallen waarin patiënten tegen alle verwachtingen in herstelden om dartsen zich kunnen vergissen. (30)

3. Informatieoverdracht, informed consent en medische besliskunde verschilt tussen Westerse overtuigingen en moslim overtuigingen
    - Moslim-families willen patiënten afschermen tegen slecht nieuws en hen afschermen van prognostische informatie om de hoop te bewaren. (29) (15)
    - Zorgverleners kunnen vragen naar de voorkeuren voor communicatie (bv mannelijke familieleden kunnen de familie vertegenwoordigen en volwassenen kinderen kunnen de verantwoordelijkheid voor hun ouders op zich nemen om hen te ontzien van prognostische informatie). (29)
4. Vasten en dieetvoorschriften
    - Moslims vermijden de consumptie van varkensvlees, alcohol, bloed en niet-halal geslacht vlees. (29)
    - Vasten tijdens de Ramadan (en andere dieet-restricties) heeft een invloed op maaltijden en medicatie afkomstig van varkensvlees. (29)
    - Hoewel zieken, zwangere, reizigers en ouderen niet verplicht zijn om te vasten, willen velen dit toch doen tegen medisch advies in. De islam benadrukt wel dat een levensreddende medische interventie de dieetregels wel kan opheffen. (29)
5. Bescheidenheid en privacy van de patiënt
    - Patiënten van beide geslachten kunnen de voorkeur geven aan een zorgverlener van hetzelfde geslacht. (29) (35)
    - Zorgverleners kunnen hiermee rekening houden door bijvoorbeeld voldoende tijd te geven na kloppen alvorens een kamer binnen te gaan en alleen lichaamsdelen te ontbloten die nodig zijn voor het onderzoek. (29) (35)
6. Palliatieve zorg en wilsverklaringen zijn nog niet volledig ingeburgerd
    - *Tawakkul*: moslims vertrouwen volledig op Gods plan en ziekte kan worden gezien als een onderdeel van dit goddelijke plan. (29) (34)
    - *Taklif*: de theologische verantwoording van een individu voor God vormt de basis voor gesprekken over levenskwaliteit en wilsverklaring. (29)
    - Door de meeste islamitische religieuze en medische instanties worden wilsverklaring langzamerhand wel steeds meer geaccepteerd. Het behouden van de menselijke waardigheid speelt ook een rol bij het nemen van beslissingen over het levenseinde waarbij behandelingen zonder hoop op genezing met ernstige bijwerkingen ook in twijfel worden getrokken. (29)
7. Moslim-patiënten kunnen terughoudend zijn over het gebruik van pijnstillers en palliatieve sedatie
    - *Sabr*: 'geduldig doorzettingsvermogen' wordt aangemoedigd met als overtuiging dat deze beproeving zal worden beloond door god, mogelijks door een goddelijk wonder (bv genezing). (30) (29) (34) (41) (35) Ondanks deze overtuiging is de islam duidelijk dat onnodige pijn en lijden geen meerwaarde hebben. (21) (29) (42) (34) (11)
    - Pijnmanagement is echter toegelaten binnen de islam als er geen alternatief beschikbaar is. De islam moedigt geduld aan, maar niet lijden. (29) (11)
8. Overwegingen bij levensverlengende of levensverkortende beslissingen
    - De heiligheid van het levens staat centraal. (21) (10) (29) (12) (34) (33)
    - Het stoppen of onthouden van levensonderhoudende maatregelen kan toegestaan zijn onder specifieke criteria, vooral wanneer de behandeling meer lijden veroorzaakt dan therapeutisch voordeel. (21) (29) (42) (34)

9. Postmortemzorg voor moslimpatiënten verschilt van de Westerse normen
    - De islamitische begrafenisrituelen beschrijven hoe een lichaam behandeld, gereinigd en voorbereid moet worden op de begrafenis. Crematie en balsemene zijn over het algemeen onaanvaardbaar. (29)
    - Moslims geloven in de barmhartigheid van een snelle begrafenis. (29)
    - Orgaandonatie is toegestaan (het redden van een leven staat gelijk aan het redden van de mensheid). (29)
10. Palliatieve zorg bij moslim-kinderen
    - Kinderen worden afgeschermd tegen slechts nieuws en niet betrokken bij besluitvorming. (29)
    - Ondanks het afschermen van details, worden kinderen wel aangemoedigd om de dood te accepteren als een deel van het leve. (29)
    - Het bezoeken van een ziek persoon wordt aangemoedigd voor pediatrische patiënten. (29)

Het jodendom

Het jodendom is de oudste monotheïstische godsdienst en gaat terug tot de 20e eeuw VC. De thora vormt de centrale bron van religieuze en morele richtlijnen. God wordt gezien als de ultieme Genezer, waarbij artsen optreden als partners in het genezingsproces. (17) De joodse wet, de *halacha*, benadrukt dat het menselijk lichaam eigendom is van God en dat mensen rentmeesters zijn die verplicht zijn hun gezondheid te beschermen. (22)

Binnen de joodse medische ethiek staan drie principes centraal:

- de uitzonderlijke waarde van het menselijk leven
- de erkenning dat ziekte en sterven natuurlijke onderdelen van het bestaan zijn
- en de voortdurende opdracht om de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren. (18)

De heiligheid van het leven is fundamenteel binnen de halacha. (10) (19) (20) (22) Het jodendom gelooft dat God diegene is die het leven geeft en neemt. (23) (19) Daarom is er een sterk verbod op actieve levensbeëindiging. (20) (22) De mate van instemming met euthanasie neemt significant af naar mate de mate van intrinsieke religiositeit toeneemt, zowel bij artsen als patiënten. (11)

Toch erkent de joodse traditie dat ondraaglijk lijden grenzen stelt aan levensverlenging. (20) (22)
Bij terminale ziekte met symptomen zoals intense pijn, ademnood en invaliditeit kan het voortzetten van behandeling worden gestaakt, zolang men het leven niet actief verkort. (20) (22) Belangrijk om ook te vernoemen is dat basisbehoeften (zoals voedsel, zuurstof, water) ten aller tijden moeten worden verstrekt tenzij ze de patiënt schaden. (22) (11)

Binnen de halacha wordt een onderscheid gemaakt tussen:

1. Onthouden van behandeling (soms toegestaan). (22)
2. Intrekken van behandeling (vaker problematisch). (19) (20)

Autonomie wordt binnen de joodse medische ethiek erkend, maar is beperkt door de halacha. (13) (22) Individuen worden aangemoedigd een rabbijn te raadplegen om te verzekeren dat beslissingen in overeenstemming zijn met de religieuze wet. (13)
In tegenstelling tot de seculiere visie, waar autonomie centraal staat, is autonomie binnen het jodendom secundair aan gezondheid en levensbehoud. (10) Zo bespreekt Zorowitz, RA. et al. (2004) de Israëlische Patiëntenrechtenwet die autonomie ondersteunt maar wel een specifieke clausule bevat. (10) Deze clausule laat namelijk toe dat een ethische commissie namens de rechtbank mag handelen wanneer een wilsbekwame patiënt een levensreddende behandeling weigert. (10) Dit kan gezien worden als een inbreuk op de autonomie van de patiënt. (10)

Artsen moeten waken over de gezondheid en het leven van de patiënt, maar ook de patiënt heeft de plicht zichzelf niet te schaden. (13) Dit principe werd versterkt door de historische context van de Holocaust, waarin medische schade werd toegebracht zonder toestemming. Dit staat opnieuw in verband met de bovengenoemde heiligheid van het leven.

Rechtvaardigheid vormt een grondbeginsel binnen het Joodse rechtssysteem. Prioriteit kan gebaseerd zijn op urgentie, maar ook sociale hiërarchie kan een rol spelen, waarbij een rabbijn soms eerst toegang tot middelen zou krijgen. (13)

Binnen de joodse wetgeving gelden twee kernprincipes voor zorg aan het levenseinde: enerzijds de absolute waarde die aan het leven wordt toegekend, en anderzijds de erkenning dat sterven een natuurlijk proces is dat met respect en mededogen moet worden begeleid. Hoewel deze uitgangspunten breed gedragen worden, bestaat er regelmatig discussie over de concrete toepassing ervan in de praktijk. (25)

Als zorgverlener is het belangrijk om een notie te hebben van de verschillende joodse tradities en gebruiken om zo passende zorgt te bieden tijdens de laatste levensfase. Deze kennis draagt bij aan het respecteren van de vroomheid, culturele overtuigingen en gebruiken van joodse personen wat kan bijdragen aan psychosociale ondersteuning verleend aan de stervenden en hun naasten.

Er zijn verschillende joodse entiteiten, overtuiging en praktijken die een belangrijke invloed hebben op beslissingen m.b.t. palliatieve zorg. Onderstaande opsomming geeft een overzicht van enkele van de belangrijkste overtuigingen:

1. De waarde van het redden van een leven (Pikuach Nefesh)

Een van de meest fundamentele principes binnen het jodendom stelt dat het redden van een mensenleven voorrang heeft op bijna alle andere joodse wetten (inclusief het naleven van de Sabbath). (19) Dit principe beïnvloedt ook de houding t.o.v. orgaandonatie, wat door velen als een morele plicht wordt gezien om het leven van een ander te redden. (19)

2. Ondersteuning van het leven

Het jodendom stelt dat men het leven op een waardige manier moet ondersteunen, aangezien de mensheid afkomstig is van God en het leven heilig is. (19) (20) (23)

3. Imminente dood (Gesisah)

Bij joodse patiënten waarbij een palliatieve zorgverlener inschat dat hij/zij binnen enkele dagen zal overlijden, kan overwogen worden om comfortmaatregelen voorrang te geven op levensverlengende maatregels. (19)

4. Sabbath

De sabbath[5] is een rustdag. De naleving hiervan varieert maar kan gaan van het onthouden van elektriciteit, tot het onthouden van schrijven en zelfs het ondertekenen van documenten (19). Dit kan verregaande implicatie hebben op familieleden van patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis omdat ze niet mogen telefoneren of het openbaar vervoer gebruiken. (19)

5. Dieetbeperkingen: Koosjer/Kashrut

Ook binnen de naleving van de dieetbeperkingen opgelegd door het jodendom is er een sterke variatie. (19) Basisprincipes omvatten het scheiden van veel- en zuivelproducten, het vermijden van niet-koosjer vlees (bv varken) en het vermijden van zeedieren zonder vinnen en schubben (bv schaaldieren). (19) Dit kan impliceren dat patiënt bepaalde therapieën weigeren (bv medicatie dewelke gelatine bevat zoals gekapselde medicatie of sommige vaccins). (19)

[5] De Sabbath begint bij zonsondergang op vrijdag tot zonsopgang op zaterdag. (19)

6. De rol van de Rabbijn

Joden streven ernaar hun dagelijks leven te leiden in overeenstemming met de joodse wet (halacha), en raadplegen vaak een Rabbijn voordat zij belangrijke beslissingen nemen waaronder ook keuzen gaande over hun gezondheid. (19) Sommige interpretaties binnen het (orthodoxe) jodendom stellen dat levensverlengde behandelingen moeten voortgezet worden. (19) De patiënt of diens familie kan vragen aan de behandelend arts om medische details te bespreken met de Rabbijn zodat deze kan bepalen wat toegestaan is en wat niet. (19)

7. Rituelen rond dood, rouw en orgaandonatie

Het jodendom kent duidelijke rituelen die de besluitvorming rond het sterven beïnvloeden. (19)
Zo zeggen joden een gebed op waarin zij hun onvolkomenheden erkennen en om vergeving vragen (Vidui). (19) Vele joden vinden ook troost binnen hun gebed. (19) Patiënt kunnen bijvoorbeeld sedativa of pijnmediatie weigeren indien dit hun niet meer in staat stelt om het gebed op te zeggen.
Aangezien de scheiding van lichaam en ziel pas voltooid is bij de begrafenis, mag de overledene tot aan de begrafenis niet alleen gelaten worden. (19) (23) Crematie wordt ook verboden binnen de joodse wet. (19) (23) De definitie van 'dood' staat binnen verschillende strekking ook ter discussie: zo hanteren meer Liberale joden de definitie van hersendood, en meer hoog-orthodoxe joden de definitie van een hartstilstand. (19)

De rol van religie

Uit onderzoek blijkt dat religie een belangrijke rol kan spelen in verschillende fases van het leven, waaronder ook het levenseinde. (21, 38, 47) (45) (16) (11) Alhoewel dat het percentage Atheïsten groeit in de Westerse landen, blijft het merendeel van de populatie zich identificeren met een bepaald geloof. (12) Religie kan een systeem bieden van overtuigingen, rituelen en gemeenschap dat mensen helpt omgaan met een terminale ziekte, een positieve attitude ondersteunt en bijdraagt aan emotionele integriteit. (47) (17) (11)

Religieuze overtuigingen vormen een belangrijk onderdeel van medische besluitvorming (16) (11) (18), zeker bij complexe levenseindevragen zoals het staken of niet opstarten van behandeling, medische zinloosheid, kunstmatige voeding en DNR-beleid. (18) Het identificeren van religieuze noden draagt bij aan een geïndividualiseerde holistische zorg. (16)
Levenseindebeslissingen zijn immers niet louter klinisch, maar worden sterk beïnvloed door de overtuigingen, gebruiken en waarden die bepalen hoe patiënten ziekte, lijden en sterven ervaren. Ook zorgverleners worden beïnvloed door hun eigen culturele achtergrond, vooral wanneer arts en patiënt uit verschillende culturele contexten komen. (18)

Internationale onderzoeken benadrukken dat goede zorg vraagt om kennis van en respect voor de culturele achtergrond van patiënten, inzicht in de sociale factoren die gezondheid beïnvloeden en bewustzijn van de eigen culturele bril. Culturele competentie wordt beschouwd als een essentiële vaardigheid binnen de palliatieve zorg. (18) (26)
Uit een pilootstudie van Leong, M. et al. (2016) blijkt dat zelfs een korte vorming van één uur de kennis over islamitische opvattingen rond levenseindezorg merkbaar kan verbeteren. (26) De pretestresultaten toonden een algemeen gebrek aan kennis, terwijl de posttest een duidelijke verbetering liet zien. Hoewel de steekproef klein was, benadrukt dit het belang van educatie over religieuze diversiteit in de palliatieve zorg. (26)

Binnen religie wordt 'hoop' gezien als een belangrijke mediator. (47) (17) Hoop speelt een rol in besluitvorming en kan bepalen welke medische interventies nog worden overwogen. Afhankelijk van de religie, kan deze hoop een andere vorm aannemen. In Westerse religieuze tradities kan hoop bijvoorbeeld verbonden zijn met het geloof in een leven na de dood. (47) (12)
Religie kan daarnaast zorgen voor een grotere bereidheid om potentieel levensreddende behandelingen te ondergaan. (48) Van Ness, PH. et al. (2008) beschrijven dat dit meerdere verklaringen kan hebben. Zo wordt er enerzijds een grotere bereidheid gezien bij sterk religieuze mensen om de aanbevelingen van artsen te respecteren en op te volgen. (48) Anderzijds kunnen ook eerdere (positieve) ervaringen van leden binnen hun religieuze gemeenschap hierin een rol spelen. Op die manier wordt er zowel hoop geput uit de heilige geschriften als uit ervaringen van leden rond hen. (48)

Hoop (*raja')* en acceptatie (*taslim*) spelen een belangrijke rol in de islamitische visie op ziekte en sterven. Ze bepalen wat moslims beschouwen als een 'goede dood' en welke zorg ze verwachten van zorgverleners. (45) (41) Hoop kan betrekking hebben op genezing of een wonder, terwijl acceptatie verwijst naar het erkennen van een naderend overlijden. (45) Deze twee houdingen kunnen naast elkaar bestaan en worden gedragen door *taqwah,* het geloof en bewustzijn van God. (45) (41) (29) Benadrukken hoe hoop en acceptatie zich onderling verhouden en zich op verschillende momenten op verschillende manieren kunnen manifesteren, kan helpen om zorgverleners meer individuele zorg te bieden. (41)

Voor veel moslimpatiënten ligt de beslissing over leven en dood uitsluitend in Gods handen. Het verliezen van hoop wordt dan ook opgevat als een schending van religieuze waarden en als een teken van verzwakt geloof. Vanuit die overtuiging wordt het bespreken van de mogelijkheid van overlijden vaak ervaren als oneerbiedig, zowel tegenover de religieuze traditie als tegenover het geloof in Gods almacht. (14)

Families nemen soms de verantwoordelijkheid op zich om prognostische informatie te filteren of achter te houden. (28) (39) (30) (29) (42) (34) (15) Men vreest dat praten over de dood kan bijdragen aan het idee dat de patiënt opgeeft en zo het sterven versneld. (28) (39) (34) (15) Toch hebben patiënten volgens de islamitische wet wel recht op correcte informatie over hun gezondheidstoestand. (33) Dit plaatst artsen voor een ethisch dilemma, waarbij zij moeten balanceren tussen autonomie, weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid. (14)

Gesteund op de Vier Principes van Beauchamp kan men stellen dat de drie besproken religies veel gemeenschappelijke kenmerken hebben. In zowel het christendom, de islam als het jodendom, zijn de principes van weldoen en niet-schaden van groot belang. (10) Het christendom legt bijkomend een grotere nadruk op autonomie, een principe dat in de twee andere godsdiensten ondergeschikt is aan gezondheid en welzijn zoals beoordeeld door zowel clinici als geestelijken. (10)

De seculaire visie

Binnen de seculaire visie staan (relationele) autonomie en levenskwaliteit centraal. (36) Hoewel het leven waarde heeft, ligt de nadruk binnen palliatieve zorg niet op het zo lang mogelijk verlengen van het leven, maar eerder op het zorgvuldig afwegen en rechtvaardigen van levensverlengende handelingen. (36) Medische interventies moeten proportioneel zijn en afgestemd op de waarden, wensen en levensfilosofie van de patiënt. (36) Het doel is om de laatste levensfase waardig en zo comfortabel mogelijk te houden; handelingen mogen niet louter gericht zijn op een 'fysiologisch onderhoud' wanneer ze geen betekenisvolle bijdrage meer leveren. (36)

Daarnaast worden in de seculiere besluitvorming ook bredere factoren meegewogen, zoals de verwachten baten, de belasting voor de patiënt en soms ook economische overwegingen. (36) Beslissingen worden doorgaans relationeel genomen, waarbij naast de patiënt ook familie, artsen en het zorgteam betrokken worden. (36)

Landen en jurisdicties die euthanasie hebben gelegaliseerd, neigen naar een grotere mate van seculariteit en atheïsme. (12)

Een goede dood

Tayeb, MA. et al. (2010) verwijzen naar het rapport *The Future of Health and Care of Older* People, waarin twaalf principes worden beschreven die volgens Westerse normen bijdragen aan een goede dood (25):

1. *''To know when death is coming, and to understand what can be expected.*
2. *To be able to retain control of what happens.*
3. *To be afforded diginity and privacy.*
4. *To have control over pain relief and other symptom control.*
5. *To have choice and control over where death occurs (at home or elsewhere).*
6. *To have access to information and expertise of whatever kind is necessary*
7. *To have access to any spiritual or emotional support required.*
8. *To have access to hospice care in any location, not only in hospital.*
9. *To have control over who is present at the time when the end comes.*
10. *To be able to issue advance directives, which ensure whishes are respected.*
11. *To have time te say goodbye, and control over other aspects of timing.*
12. *To be able to leave when it is time to go, and not to have life prolonged pointlessly."* (25)

Deze principes weerspiegelen een sterk autonomie- en comfortgericht model, typisch voor Westerse zorgcontexten. De interpretatie van 'een goede dood' is echter sterk cultureel gedreven. De aspecten die belangrijk zijn bij Westerse gemeenschappen, worden misschien niet erkend of als belangrijk gezien door moslimpatiënten en islamitische zorgverleners.

Tayeb, MA. et al. (2010) ontwikkelden op basis van 284 interviews een aanvullende lijst met principes vanuit islamitisch perspectief (25) :

- *"Aspects related to faith and relationship with Allah*
- *Aspects related to self-esteem and person's image in the eyes of relatives*
- *Aspects related to concerns about family security*
- *To be afforded dignity and privacy*
- *To have access to any spiritual or emotional support required*
- *To have access to hospice care in any loaction, not only in hospital*
- *To be able to have control over pain relief and other symptom control*
- *To be able to issue advance directives, which ensure wishes are respected*
- *To have time to say goodbye and control over other aspects of timing*
- *To be able to leave when it is time to go, and not to have life prolonged pointlessly*
- *To be able to retain control of what happens"* (25)

Tayeb, MA et al. (2010) identificeren hiermee drie domeinen die essentieel zijn voor moslims, maar die in Westerse modellen ontbreken. (25) Allereerst is de relatie met Allah is zeer prominent. Zo is het belangrijk dat iemand tijdens de terminale fase hoofdstukken van de Koran reciteert. Ook sterven met het gezicht naar de heilige moskee in Mekka, op een heilig tijdstip (bv tijdens Ramadan of op een vrijdag) of sterven op een heilige plaats (bv Medina, Mekka of een moskee) zijn aspecten die vernoemd worden in de studie. (25) Het tweede domein heeft betrekking tot het zelfbeeld en imago van de patiënt ten aanzien van hun naasten. Enkele voorbeelden hiervan zijn het behouden van het normale uiterlijk na de dood, het vermijden van geuren/wonden en het vrij houden van de kleding van urine, ontlasting en braaksel. (25) Het derde en laatste domein heeft betrekking op de familie. Het is de bedoeling dat de familie veilig is na de dood van hun familielid en dat ze geen problemen ondervinden op bijvoorbeeld economisch of sociaal vlak. (25)

Wanneer moslims ziek zijn, is het gebruikelijk dat familieleden en vrienden hen bezoeken, soms in grote aantallen en gedurende langere tijd. Voor zorgverleners die in een westerse context zijn opgeleid, kan dit ongewoon lijken, maar voor veel families vormt deze aanwezigheid een essentieel onderdeel van zorg en verbondenheid. Tegelijk stellen zij het op prijs om tijdig geïnformeerd te worden wanneer het overlijden nabij lijkt, zodat zij aanwezig kunnen zijn in de laatste levensuren en de voorbereidingen voor de islamitische uitvaart — die idealiter snel plaatsvindt — kunnen treffen. (27)

Futiele [6] behandelingen mogen worden stopgezet wanneer herstel onmogelijk is. (33) Sommige moslims geloven dat het kunstmatig verlengen van het leven de ziel kan vasthouden in een tussenstaat tussen dit leven en het hiernamaals, wat als lijden wordt beschouwd. (31) Het stopzetten van futiele zorg wordt dan gezien als het toestaan van een natuurlijke dood in overeenstemming met Gods wil. (31)

Binnen het joodse geloof wordt veel belang gehecht aan een waardige voorbereiding op de dood. (23) (22) Belangrijke rituelen zijn:

- Viddui: een schuldbelijdenis waarin men zonden erkent en om vergeving vraagt. (23)
- Shema Yisrael: een kerngebed dat vaak wordt uitgesproken in de laatste levensfase. (23)
- Tzidduk ha-din**:** een gebed waarin men Gods oordeel aanvaardt. (17) (22)

De familie speelt hierbij een centrale rol en ziet het als een eer om de stervende persoon te begeleiden, ondersteunen en helpen in zijn laatste levensfase. (23) Daarom is het van belang dat zorgverleners deze religieuze waarde erkennen en families tijdig inlichten wanneer zij verwachten dat het overlijden nabij is, zodat dierbaren aanwezig kunnen zijn bij de overgang van leven naar dood. (49) Ook na het overlijden zijn er bepaalde rituelen die in acht worden genomen omdat joden geloven in het eeuwige leven van de ziel. (23)

Na het overlijden blijft de ziel volgens de traditie verbonden met het lichaam. (23) Het lichaam mag niet alleen gelaten worden en wordt bewaakt door een *shomer* die psalmen reciteert en bescherming geeft tegen boze geesten. (19) (23) De rituele wassing (*taharah*) en snelle begrafenis – idealiter binnen 24 uur – zijn essentieel. Dit komt verder uit het gevoel dat het de ziel pas rust kan vinden als het lichaam fysiek rust in het graf en het lijden dus niet onnodig verlengd mag worden. (23) (11) Aangezien het lichaam naar Gods beeld geschapen is, mag het na het overlijden niet vernietigd worden. (23) Cremeren en balsemen zijn daarom verboden (19) (23) (11), en autopsies worden slechts uitzonderlijk toegestaan. (23) (11) Dit in tegenstelling tot de katholieke traditie, waar autopsies al eeuwen zijn toegelaten met respect en waardigheid voor het lichaam. (10)
De rouwperiode kent verschillende fases waarin gebed, soberheid en herdenking centraal staan. Deze rouwperiode duurt 11 maanden, nadien gelooft men dat de ziel volledig gereinigd is. (23)

[6] De beslissing om een handeling als 'medisch futiel' te beschouwen, moet door minstens drie bevoegde artsen genomen worden of door een team van medische experts of een medische commissie. (33)

De rol van religie binnen pijnbestrijding

Palliatieve zorg richt zich op het verbeteren van levenskwaliteit door het verlichten van pijn en andere symptomen, en omvat zowel fysieke als psychosociale en spirituele ondersteuning. De WHO benadrukt dat palliatieve zorg niet beperkt is tot de terminale fase en naast curatieve behandeling kan worden toegepast. Conflicten tussen de waarden van zorgverleners en patiënten kunnen echter de besluitvorming rond pijnbehandeling bemoeilijken, zeker wanneer religieuze overtuigingen invloed hebben op hoe patiënten lijden en pijnperceptie begrijpen. (18)

Christendom

Binnen het christendom kan lijden een positieve betekenis krijgen. (9, 17, 50) Pijn verwijst naar het fysieke ongemak dat vaak gepaard gaat met ziekte, terwijl lijden betrekking heeft op het verlies van een toekomstbeeld. Onbehandelde pijn kan het lijden vergroten. (50)
Hoewel lijden in de katholieke spiritualiteit soms wordt gezien als een weg naar persoonlijke groei of een mogelijkheid om dichter bij God te komen, betekent dit niet dat pijnbestrijding moet worden onthouden. (18) Het verlichten van ernstig lijden wordt beschouwd als een morele plicht, zolang dit gebeurt met respect voor de waardigheid van de patiënt. (10) (17) (18)

Analgesie is toegestaan wanneer het doel comfort is en niet levensverkorting. Het blijft wel belangrijk dat pijnmedicatie de patiënt niet berooft van een laatste kans op bewust berouw of spirituele voorbereiding. (18) Deze denkwijze geldt ook als de behandeling (onbedoeld) het verkorten van het leven met zich meedraagt. (10) (17) Dit sluit aan bij het principe van het dubbel effect (50):

> "*Een handeling met twee mogelijke gevolgen, een goed en een slecht, is moreel toegestaan als de handeling:*
> *(1) op zichzelf niet immoreel is,*
> *(2) alleen wordt ondernomen met de bedoeling het mogelijke goede gevolg te bereiken, zonder het mogelijke slechte gevolg te beogen, ook al is dat te voorzien,*
> *(3) het mogelijke goede gevolg niet tot stand brengt door middel van het mogelijke slechte gevolg, en*
> *(4) wordt ondernemen om een evenredig ernstige reden."*

Islam

De islam stelt dat lijden een essentieel onderdeel is van het leven. Het aanvaarden van lijden toont gehoorzaamheid aan Allah en kan bijdragen aan spirituele groei en beloning in het hiernamaals. Lijden wordt vaak gezien als een goddelijke test (taghdir) of als boetedoening. (15) (33) (34) (35)

Dit kan leiden tot terughoudendheid in het gebruik van pijnstilling. (15) Daarnaast vormt het verrichten van de vijf dagelijkse gebeden een religieuze verplichting. Patiënten die mentaal in staat zijn, worden geacht deze gebeden te blijven uitvoeren, zelfs wanneer zij bedlegerig zijn. Ook hier kan de vrees bestaan dat opioïden het vermogen om te bidden aantasten, wat tot extra terughoudendheid kan leiden bij het gebruik van bepaalde vormen van pijnbestrijding. (27)

Onvoldoende kennis over pijnbestrijding kan misvattingen versterken, zoals angst voor tolerantie, intolerantie of het maskeren van nieuwe symptomen. (37) (15) Wanneer een zorgteam de spirituele pijn en noden van een patiënt kan herkennen en aanpakken, heeft dit verschillende positieve gevolgen voor zowel de patiënt als diens familie. (45) (46) (40) (41) Zo verbetert dit de gemoedsrust van de patiënt, vermindert de biologische pijn en wordt het gevoel van veiligheid bevorderd. (45) Ook de gemoedsrust van de familie wordt bevorderd gezien er minder risico is op conflicten en eventuele schuldgevoelens worden verlicht. (45) Dit leidt tot een grotere tevredenheid bij de patiënt, de familie alsook het zorgteam. (45)

Hoewel binnen de islam pijn dus gezien wordt als een spirituele beproeving die geduld en geloof kan versterken, betekent dit dus niet dat patiënten verplicht zijn om lijden te ondergaan. (18) Pijnstilling is toegestaan wanneer het doel is om comfort te bieden en niet om het leven te verkorten, in overeenstemming met het principe dat handelingen worden beoordeeld op basis van intentie. (18) Wel moet men rekening houden met het feit dat pijnstilling het bewustzijn kan verminderen en daardoor het vermogen om te bidden kan beïnvloeden. (30) (29) (35)

Jodendom

Binnen het jodendom wordt ook een onderscheid gemaakt tussen pijn en lijden: pijn is een gevolg van fysiek lijden en heeft geen morele meerwaarde, lijden is de betekenis die eraan wordt gegeven. (22) De afwezigheid van een doel kan pijn tot lijden maken. (22) Het doel van zorgverleners is niet alleen pijnverlichting, maar ook het helpen zoeken naar betekenis in het resterende leven. (22) Als de patiënt geen troost of doel kan vinden in het lijden, kan hij een levensverlengende handeling weigeren – maar levensverkortende handelingen blijven verboden. (22)

Hoewel het leven heilig is, erkent de Joodse traditie dat het verlichten van lijden een morele plicht is. Ook de joodse traditie erkent dat het verlichten van lijden een morele plicht is. (18) (49) De plicht om het leven te beschermen betekent niet dat een terminaal zieke patiënt verplicht moet worden om uitzichtloos lijden te ondergaan. (24) De opdracht om te genezen en lijden te verlichten blijft gelden tot het levenseinde, zolang de behandeling niet gericht is op het versnellen van de dood. (18) (49) (13, 20, 21) (37) (10) (33) (24)

Er bestaat brede consensus dat adequate pijnstilling geoorloofd en zelfs verplicht is. (13) (49) Sommige rabbijnen vrezen dat opioïden het leven kunnen inkorten, maar huidig wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zorgvuldig gebruik doorgaans geen levensverkorting veroorzaakt. (49)

De rol van religie binnen palliatieve sedatie

Terminale sedatie wordt ingezet om ondraaglijk lijden te verlichten door het bewustzijn te verminderen. In tegenstelling tot euthanasie is de intentie niet om het leven te bekorten, en wordt de medicatiedosis niet verhoogd zodra sedatie is bereikt. De doctrine van het dubbel effect wordt vaak gebruikt om deze praktijk ethisch te verantwoorden: het doel is symptoomverlichting, niet levensverkorting, en eventuele nadelige gevolgen zijn niet bedoeld. Onderzoek toont bovendien aan dat proportionele sedatie het stervensproces niet versnelt en soms zelfs stabiliserend werkt. (18)

Sedatie brengt echter ook ethische uitdagingen met zich mee, omdat verminderd bewustzijn communicatie en besluitvorming belemmert en emotioneel zwaar kan zijn voor naasten. Sommige patiënten en families ervaren diepe sedatie als problematisch wanneer hun spirituele overtuigingen benadrukken dat men de dood bewust en helder moet tegemoet treden. (18)

Christendom

Volgens Engelhardt, HT. et al. (2005) aanvaardt het christendom sedatie wanneer deze wordt ingezet om terminaal lijden en waanhoop te voorkomen. (9) Een belangrijke kanttekening hierbij is dat sedatie de laatste kans tot berouw niet mag wegnemen. (9)

De katholieke Kerk staat toe disproportionele of buitengewone behandelingen worden gestaakt of niet worden opgestart. Dit principe geldt ook voor palliatieve sedatie. Sedatie is moreel aanvaardbaard wanneer zij noodzakelijk is om ernstig lijden te verlichten, proportioneel wordt toegepast en niet gericht is op levensverkorting. Tegelijk blijft het belangrijk dat sedatie de patiënt niet volledig berooft van een laatste moment van bewustzijn wanneer dit religieus of spiritueel betekenisvol is. (18)

Jodendom

Binnen het jodendom wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het nalaten van verdere levensverlengende behandeling en het actief beëindigen ervan. Bij terminaal zieke patiënten laten de meeste rabbijnse autoriteiten toe dat therapieën worden afgebouwd of stopgezet wanneer deze geen zinvol effect meer hebben en enkel het lijden verlengen. (24)

Het principe van het dubbel effect wordt ook hier toegepast: een handeling met zowel een positief als een mogelijk negatief gevolg kan moreel aanvaardbaar zijn wanneer het goede effect — symptoomverlichting — wordt beoogd, terwijl een mogelijk verkort leven niet bedoeld is, niet het middel vormt om het goede te bereiken, en proportioneel blijft. (18) Palliatieve sedatie kan dus binnen dit kader worden aanvaard wanneer het doel is om ondraaglijk lijden te verlichten en niet om het leven actief te verkorten. (24) (18)

Islam

In de laatste fase van het leven hechten veel moslimfamilies belang aan religieuze rituelen, zoals het reciteren van verzen uit de Koran of het uitspreken van de Shahada, de kernbelijdenis van het islamitische geloof. (27) Omdat deze woorden idealiter als laatste gehoord of uitgesproken., zijn sommige families terughoudend tegenover diepe sedatie of sterke pijnstillers die het bewustzijn verminderen. (27)
Binnen de islam wordt palliatieve sedatie echter wel als ethisch toelaatbaar beschouwd wanneer het noodzakelijk is om ondraaglijk lijden te verlichten. De islamitische ethiek beoordeelt handelingen op basis van intentie: wanneer het doel symptoomcontrole is en niet levensverkorting, is sedatie geoorloofd, zelfs wanneer een verkorte levensduur een mogelijk neveneffect is. Basisbehoeften zoals voeding en vocht mogen echter niet worden onthouden, omdat dit de dood actief zou bespoedigen. (18)

Hoewel de drie religies verschillen in hun spirituele interpretaties van lijden en bewustzijn, delen ze een gemeenschappelijk uitgangspunt: palliatieve sedatie is moreel aanvaardbaar wanneer de intentie gericht is op het verlichten van ondraaglijk lijden en niet op het bekorten van het leven.

De rol van religie binnen euthanasie

Morele intuïties en juridische kaders maken vaak een onderscheid tussen actief levensbeëindigend handelen en het nalaten van een levensverlengende behandeling. Het idee dat actief doden zwaarder weegt dan iemand laten sterven, speelt daarin een centrale rol. Daardoor wordt het natuurlijk verloop van een ziekte in sommige situaties ethisch en juridisch beter aanvaard dan een handeling die bewust tot de dood leidt. Conflicterende waarden tussen zorgverleners en patiënten kunnen deze besluitvorming verder compliceren. (18)

Er bestaat een belangrijke heterogeniteit binnen beslissingen rond het levenseinde, zowel tussen de grote wereldreligies als binnen de religies zelf. (11) Grove, G. et al. (2022) stellen dat christendom, islam, hindoeïsme en boeddhisme over het algemeen negatief staan tegenover euthanasie. (12) Deze afwijzende houding is gebaseerd op het geloof in een leven na de dood en de overtuiging dat alleen God bepaalt wanneer iemand sterft. (12) Variaties bestaat uiteraard, beïnvloed door factoren zoals het land van herkomst, opleidingsniveau en mate van intrinsieke religiositeit. (11)

Christendom

Het actief beëindigen van het leven wordt beschouwd als moreel onaanvaardbaar, omdat het ingaat tegen de heiligheid van het leven en de verantwoordelijkheid die mensen tegenover God dragen. (18) In 2004 benadrukte paus Johannes Paulus II dat het stopzetten van kunstmatige voeding en vocht, wanneer dit leidt tot de dood door verhongering of uitdroging, moet worden beschouwd als een vorm van euthanasie en dus verboden is. (18)

Het nalaten van disproportionele of buitengewone behandeling in bepaalde omstandigheden wel worden toegestaan, zolang[i] de intentie niet is om de dood te veroorzaken. (10) (18)

Een kwantitatieve studie van Broeckaert, B. et al. (2009) deed onderzoek naar Vlaamse artsen binnen de palliatieve zorg en hun visie op (het uitvoeren van) euthanasie. {Broeckaert, B., 2009} Hieruit bleek dat religie, ook bij de arts, een zeer belangrijke factor kan spelen. Wanneer een arts een sterk geloof had in God werd een meer kritische attitude gezien naar euthanasie toe. Artsen die zichzelf als atheïst omschreven, zijn meer geneigd om een euthanasie goed te keuren. (11) (49) {Broeckaert, B., 2009}

Silviu E. Rogobete, et al. (2021) stelt dat er binnen het Roemeens-orthodoxe geloof omgekeerd evenredig verband bestaat tussen de frequentie van het kerkbezoek (geassocieerd met mate van geloof) en de acceptatie van euthanasie: hoe hoger de frequente van het kerkbezoek, hoe lager de acceptatie voor euthanasie. (44) Voor Roemeens-Orthodoxe adolescenten leidt meer religieuze betrokkenheid tot een afwijzende houding ten opzichte van euthanasie. De officiële positie van de Kerk (in bijna elke vorm en onder elke omstandigheid) is zeer weigerachtig ten opzichte van euthanasie. (44)

Islam

Geen enkel moslim-dominant land staat zelfdoding, hulp bij zelfdoding of euthanasie toe. (12) (42) (31) (11) (18) Binnen de islam is de heiligheid van het leven en centraal principe. (21) (10) (29) (12) (34) (32) (33) (11) (35) De mens is niet de eigenaar van zijn leven en mag het daarom niet actief beëindigen. (17)

Levensverkortende handelingen worden gelijkgesteld aan moord, omdat alleen God het recht heeft om leven te geven en te nemen. (36) (30) (29) (12) (31) (33) Het onthouden van basisbehoeften zoals voeding en vocht wordt eveneens gezien als een ontoelaatbare vorm van levensverkorting. (18)

Hoewel regels kunnen worden versoepeld om schade te voorkomen of de levenskwaliteit te verbeteren, blijft elke handeling die direct op levensbeëindiging is gericht uitgesloten. (18)

Jodendom

Hoewel er binnen het jodendom nuance bestaat in de interpretatie van medische beslissingen aan het levenseinde, is er brede consensus dat het actief verkorten van het leven — direct of indirect — strikt verboden is (24) omdat dit ingaat tegen de heiligheid van het leven. (18) (24) Euthanasie wordt beschouwd als een vorm van levensbeëindiging die religieus ontoelaatbaar is, ongeacht de prognose, mentale toestand of lijdensdruk van de patiënt. Zelfs wanneer het nalaten van verdere behandeling in bepaalde gevallen is toegestaan, blijft het actief beëindigen van een lopende therapie die onmiddellijk tot de dood leidt verboden. (24)
De halacha beschouwt zuurstof, voeding en vocht als basisbehoeften die niet mogen worden onthouden, tenzij ze bijkomend lijden veroorzaken en het duidelijk is dat de patiënt ze niet langer wenst. (18)

Over het algemeen kan men dus stellen dat religies een afwijzende houding aannemen ten opzichte van euthanasie. (12) Er zijn een aantal overkoepelende theologische thema's die de afwijzing van euthanasie verklaren. Enerzijds wordt god omschreven als een autoriteit die bepaalt over het leven en de dood en nemen gelovigen de overtuiging aan dat het inherent verkeerd is om opzettelijk een ander mens te doden. Anderzijds speelt het geloof in een leven na de dood ook een belangrijke rol. (12) De staat waarin een persoon zich na de dood bevindt, is nauw verbonden met de handelingen van die persoon in het vorige (aardse) leven. Het nemen van een leven, hetzij dat van een ander of dat van jezelf, heeft dus vergaande negatieve gevolgen in het volgende leven. (12)

Discussie

In een wereld van globalisering en religieuze pluraliteit is het onvermijdelijk dat uiteenlopende overtuigingen en waarden met elkaar in conflict komen. (14) Voor zorgverleners betekent dit dat zij voortdurend moeten zoeken naar manieren om hun klinische handelen en ethische referentiekaders af te stemmen op patiënten met zeer verschillende culturele achtergronden. (14) Essentiële voorwaarden om hierin vooruitgang te boeken zijn heldere communicatie en toegang tot gespecialiseerde vorming. (14)

Daarnaast tonen verschillende studies aan dat diepgewortelde theologische en morele concepten een uitdaging kunnen vormen voor zorgverleners. (13) (27) Een beter begrip van deze concepten is noodzakelijk om patiënten en hun familie adequater te ondersteunen tijdens de laatste levensfase. (13) (27) Patiënten vertrouwen immers vaak op een religieuze structuur voor betekenisgeving en besluitvorming in deze periode. (27) Om cultureel passende palliatieve zorg te bieden, zijn daarom aanpassingen nodig binnen de gezondheidszorg, waaronder: het erkennen van religieuze en culturele invloeden binnen het biomedische model, een beter begrip van waarden en voorkeuren van patiënten en hun familie, en investeringen in opleiding en inzet van geestelijke verzorgers. (27)

Religie blijft een fluïde concept. Binnen één religie kunnen verschillende gemeenschappen of stromingen uiteenlopende meningen hebben. Ook individuele patiënten kunnen overtuigingen hebben die niet volledig stroken met de visie van hun gemeenschap. Daarom kan gesteld worden dat zorg voor een religieuze patiënt in de terminale fase zeer complex kan zijn. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen persoonlijke voorkeuren, medische procedures en religieuze verplichtingen. Als zorgverlener is het onze taak om ook moeilijke gesprekken rond het levenseinde bespreekbaar te maken. Een gebrek aan kennis over de invloed van religie creëert onzekerheid bij de zorgverlener en mogelijks een gevoel van onbegrip bij de patiënt en diens familie. Door openlijk te spreken over de religieuze drijfveren achter beslissingen, kunnen de noden van de patiënt proactief worden aangehaald.

Onze oorspronkelijke veronderstelling was dat zorgverleners over voldoende diepgaande kennis van elke religie zouden moeten beschikken om kwalitatieve zorg te garanderen. Gaandeweg werd echter duidelijk dat dit in de praktijk onhaalbaar is. Het verwerven van uitgebreide kennis over alle religies — en de vele subtradities die daarbinnen bestaan — is een opleiding op zich en kan onmogelijk geïntegreerd worden in een basisopleiding binnen de gezondheidszorg.

Daarom hebben we onze oorspronkelijke veronderstelling herzien: niet de hoeveelheid religieuze kennis bepaalt de kwaliteit van zorg, maar wel de manier waarop zorgverleners communiceren met patiënten en hun naasten. Openheid, sensitiviteit en luisterbereidheid zijn cruciale voorwaarden om zorg te laten aansluiten bij de individuele leefwereld van de patiënt. Zo kunnen hun persoonlijke overtuigingen, waarden en noden rechtstreeks vanuit hun eigen perspectief worden verkend. Deze communicatieve vaardigheden vormen een essentieel onderdeel van cultuursensitieve en persoonsgerichte zorg zonder te vervallen in veralgemeningen of stigmatiserende aannames. Deze stelling geldt uiteraard niet enkel binnen de palliatieve zorg, maar kan uitgebreid worden naar alle aspecten van zorg.

Beperkingen

Tijdens het selecteren van de literatuur werd voornamelijk gekozen voor studies die zich richten op een Westers georiënteerde populatie. Dit sluit nauw aan bij de doelgroep waarmee wij in de dagelijkse praktijk het vaakst in contact komen. Tegelijkertijd brengt deze keuze beperkingen met zich mee: minderheidsgroepen of niet-Westerse perspectieven kunnen ondervertegenwoordigd blijven, waardoor bepaalde culturele of religieuze factoren minder zichtbaar zijn.

Deze beperking weerspiegelt zich eveneens in onze positie als onderzoekers. Wij benaderen het onderwerp vanuit een wetenschappelijk perspectief dat sterk beïnvloed is door Westerse ideologieën en waarden, die niet noodzakelijk verbonden zijn aan een specifieke religieuze traditie. Het is daarom belangrijk om te erkennen dat onze interpretaties en conclusies ingebed zijn in deze context en dat dit invloed kan hebben op de manier waarop wij de bevindingen analyseren en duiden.

Daarnaast moet de rol van de huisarts binnen dit landschap realistisch worden ingeschat. Hoewel het aantrekkelijk lijkt om de huisarts als centrale figuur te positioneren in het omgaan met religieuze of existentiële vragen, is dit in de praktijk niet altijd haalbaar. De huisarts beschikt niet over de tijd, middelen of gespecialiseerde opleiding om deze rol volledig op zich te nemen. Daarom bestaan in veel zorgsystemen aparte opleidingen en functies, zoals die van chaplains [7] of geestelijk verzorgers, die specifiek zijn opgeleid om patiënten te begeleiden bij religieuze, spirituele en existentiële thema's. Het erkennen van deze professionele grenzen is noodzakelijk om tot een haalbare en kwalitatieve taakverdeling binnen de zorg te komen.

Conclusie

Wijzelf concluderen dat een bredere kennis van factoren die de patiënt drijven in zijn besluitvorming — waaronder religie — leidt tot meer kwalitatieve zorg. Dit vertaalt zich in een versterkt vertrouwen tussen arts en patiënt, de mogelijkheid tot shared decision making en het voorkomen van conflicten. Na drie jaar onderzoek trachten we deze inzichten mee te nemen in onze verdere praktijkvoering. We kunnen valkuilen identificeren, pijnpunten proactief benoemen en voelen ons gesterkt om meer aandacht te besteden aan de religieuze achtergrond van de patiënt. Door religie systematisch bespreekbaar te maken, creëren we een opening om levenseindegesprekken op een respectvolle en inclusieve manier te voeren.

Tot slot roept dit onderzoek bijkomende vragen op. Is er ruimte om dit thema sterker te integreren in de basisopleiding geneeskunde? Kan deze kennis breder worden aangeboden aan iedereen die betrokken is bij palliatieve zorg? Zou een praktische tool, zoals een kennisdocument of vragenlijst, bijdragen aan inclusievere zorg? En in welke mate kan de rol van chaplains worden doorgetrokken naar de eerste lijn? Verder onderzoek is noodzakelijk om zorgverleners beter te ondersteunen in het bieden van kwalitatieve zorg, ongeacht verschillen in religieuze overtuiging.

[7] Een Chaplain is een gevormde ziekenhuisgeestelijke, die kan helpen om het geloof van de patiënt en diens familie te integreren in de besluitvorming bij beslissingen aan het einde van het leven. (21) (40)

Erkenningen

De auteurs erkennen Peter Decat voor zijn supervisie en begeleiding tijdens de ontwikkeling van deze review. Zijn methodologische ondersteuning en deskundige feedback hebben bijgedragen aan de verfijning van het reviewproces.

Deze review maakt onderdeel uit van de vereisten voor het behalen van een academische graad Master in de Huisartsgeneeskunde voor Emmelien Van Goethem (EVG) en Liana Kirkov (LK).

Auteurs: Liana Kirkov en Emmelien Van Goethem.

Bekostiging en middelen

Er was geen financiering of externe financiële ondersteuning voorzien voor deze review. Aangezien er geen financier werd betrokken bij het onderzoek, was er daarom geen rol voor een financier in enig onderdeel van het reviewproces, inclusief de opzet, uitvoering, analyse, interpretatie van de gegevens of de beslissing om het manuscript te publiceren.

Verklaringen

Tijdens onze driejarige opleiding hebben wij persoonlijk ervaren dat diversiteit een cruciale rol speelt in het leveren van patiëntgerichte zorg. Deze thesis heeft ons in staat gesteld de diversiteit binnen onze patiëntenpopulatie beter te begrijpen en zorgvragen of mogelijke conflicten nauwkeuriger te kunnen duiden. Deze inzichten versterken onze positie binnen het onderzoeksveld en ondersteunen ons in het aanbieden van kwaliteitsvolle, inclusieve zorg.

De auteurs erkennen hiermee het belang van rechtvaardigheid, diversiteit en inclusie en binnen zowel onderzoek als praktijkvoering. Door onze eigen ervaringen in relatie tot het onderwerp van deze review te benadrukken, positioneren wij ons als onderzoekers die actief streven naar een beter begrip en toepassing van inclusieve zorgbenaderingen.

Bijdrage van de auteurs

Beide auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen aan dit project. Het onderzoek werd uitgevoerd in een volledig gelijkwaardig partnerschap, waarbij beide auteurs betrokken waren bij het ontwikkelen van de onderzoeksvraag, het opstellen van de methodologie, het uitvoeren van de literatuursearch, de selectie en analyse van de studies en het schrijven en reviseren van het manuscript. Doorheen het proces konden de auteurs op elkaar vertrouwen en elkaar ondersteunen, wat heeft bijgedragen aan de kwaliteit en volledigheid van het eindresultaat.

Belangenconflicten

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van enige vorm van belangenconflict, hetzij persoonlijk, financieel, professioneel of intellectueel, in relatie tot dit project.

Referenties

1. Ahrenfeldt LJ, Möller S, Andersen-Ranberg K, Vitved AR, Lindahl-Jacobsen R, Hvidt NC. Religiousness and health in Europe. Eur J Epidemiol. 2017;32(10):921-9.

2. Gijsberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. Med Sci (Basel). 2019;7(2).

3. Dedeli O, Kaptan G. Spirituality and Religion in Pain and Pain Management. Health Psychol Res. 2013;1(3):e29.

4. M. C. Religieuze betrokkenheid en leefvormen in het Vlaamse Gewest en in Europa. In: Regering SvdV, editor. Brussel2017. p. 25.

5. Grace Davie (ed.) LNLe. The Oxford Handbook of Religion and Europe. Davie G, Leustean LN, editors: Oxford University Press; 2021 08 Dec 2021.

6. De Laat M DP, Tanghe M, Wouters M. Pijnbestrijding bij palliatieve patiënten. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw; 2013.

7. Broeckaert B MA, Gielen J, Desmet M, Declerck D, VAnden Berghe P, stuurgroep ethiek FPZV. Palliatieve sedatie. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw; 2012.

8. De Laat M DCC, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Euthanasie voor hulpverleners. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw; 2021. p. 55.

9. Engelhardt Jr HT, Iltis AS. End-of-life: The traditional Christian view. Lancet. 2005;366(9490):1045-9.

10. Zorowitz RA. Ethical issues in end-of-life geriatric care: the approach of three monotheistic religions-Judaism, Catholicism, and Islam. J Am Geriatr Soc. 2004;52(7):1224-5; author reply 5.

11. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. Palliat Support Care. 2017;15(5):609-22.

12. Grove G, Lovell M, Best M. Perspectives of Major World Religions regarding Euthanasia and Assisted Suicide: A Comparative Analysis. J Relig Health. 2022;61(6):4758-82.

13. Kinzbrunner BM. Jewish medical ethics and end-of-life care. J Palliat Med. 2004;7(4):558-73.

14. De Pentheny O'Kelly C, Urch C, Brown EA. The impact of culture and religion on truth telling at the end of life. Nephrology

15. Sotoudeh S, Mahdavi H, Tahmasebi M. Crises in caring for dying patients regarding cancer within iranian cultural backgrounds: A systematic review of qualitative studies. International Journal of Cancer Management. 2019;12(2).

16. Moale AC, Rajasekhara S, Ueng W, Mhaskar R. Educational Intervention Enhances Clinician Awareness of Christian, Jewish, and Islamic Teachings around End-of-Life Care. J Palliat Med. 2019;22(1):62-70.

17. Puchalski CM, O'Donnell E. Religious and spiritual beliefs in end of life care: How major religions view death and dying. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2005;9(3):114-21.

18. Jahn Kassim PN, Alias F. Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making. J Relig Health. 2016;55(1):119-34.

19. Rosenberg LB, Goodlev ER, Izen RSE, Gelfand SL, Goodlev CL, Lanckton RB, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know about Caring for Jewish Patients. Journal of Palliative Medicine. 2020;23(12):1658-61.

20. Barilan YM. Revisiting the problem of Jewish bioethics: the case of terminal care. Kennedy Inst Ethics J. 2003;13(2):141-68.

21. Alibhai SM, Gordon M. Muslim and Jewish perspectives on inappropriate treatment at the end of life. Arch Intern Med. 2004;164(8):916-7; author reply 7.

22. Eisenberg D. Maintaining Compassion for the Suffering Terminal Patient While Preserving Life: An Orthodox Jewish Approach. Perspectives in biology and medicine. 2017;60(2):233-46.

23. Iwanowska J, Rucińska M. Death, burial and mourning in Judaism. Palliative Medicine in Practice. 2024;18(2):75-81.

24. Linzer RD. Treatment of terminally ill patients according to Jewish law. Virtual Mentor. 2013;15(12):1081-7.

25. Tayeb MA, Al-Zamel E, Fareed MM, Abouellail HA. A "good death": perspectives of Muslim patients and health care providers. Ann Saudi Med. 2010;30(3):215-21.

26. Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. J Pain Symptom Manage. 2016;52(6):771-4.e3.

27. Harford JB, Aljawi DM. The need for more and better palliative care for Muslim patients. Palliative and Supportive Care. 2012;11(1):1-4.

28. Piracha NZ, Nickel LB, Quryshi A, Salah R, Padela AI. Muslims and End-of-Life Healthcare in Non-Muslim Majority Nations: A Systematic Literature Review. J Pain Symptom Manage. 2024;67(4):e299-e312.

29. Madni A, Khan S, Bilbeisi T, Pasli M, Sakaan F, Lahaj SM, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Caring for Muslims. J Palliat Med. 2022;25(5):807-12.

30. Muishout G, Topcu N, de la Croix A, Wiegers G, van Laarhoven HWM. Turkish imams and their role in decision-making in palliative care: A Directed Content and Narrative analysis. Palliative Medicine. 2022;36(6):1006-17.

31. Ahaddour C, Van den Branden S, Broeckaert B. Between quality of life and hope. Attitudes and beliefs of Muslim women toward withholding and withdrawing life-sustaining treatments. Medicine, health care, and philosophy. 2018;21(3):347-61.

32. Malek MM, Abdul Rahman NN, Hasan MS, Haji Abdullah L. Islamic Considerations on the Application of Patient's Autonomy in End-of-Life Decision. J Relig Health. 2018;57(4):1524-37.

33. Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical Dilemmas at the End of Life: Islamic Perspective. J Relig Health. 2017;56(2):400-10.

34. Abdullah R, Guo P, Harding R. Preferences and Experiences of Muslim Patients and Their Families in Muslim-Majority Countries for End-of-Life Care: A Systematic Review and Thematic Analysis. J Pain Symptom Manage. 2020;60(6):1223-38.e4.

35. Boucher NA, Siddiqui EA, Koenig HG. Supporting Muslim Patients During Advanced Illness. Perm J. 2017;21:16-190.

36. Larijani B, Mobasher M, Zahedi F, Tahmasebi M. Ethical Decision-Making Regarding Life Sustaining Treatment in End-Of-Life Care: A Scoping Review of the Similarities and Differences Between Two Viewpoints. Arch Acad Emerg Med. 2025;13(1):e17.

37. Ali Alaswami H, Al Musalami AA, Al Saadi MH, AlZaabi AA. Identifying Barriers to Effective Cancer Pain Management in Oman: Implications for Palliative Care. Current Oncology. 2024;31(6):2963-73.

38. Sailian SD, Salifu Y, Preston N. Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. BMC Palliative Care. 2024;23(1).

39. Demirkapu H, Van den Block L, De Maesschalck S, De Vleminck A, Colak FZ, Devroey D. Advance care planning among older adults in Belgium with Turkish backgrounds and palliative care needs: A qualitative interview study. European Journal of General Practice. 2023;29(1).

40. Suleman M. The balancing of virtues-Muslim perspectives on palliative and end of life care: Empirical research analysing the perspectives of service users and providers. Bioethics. 2023;37(1):57-68.

41. Oakley J. Islamic virtues and end-of-life decisions in clinical practice: A commentary on Mehrunisha Suleman, 'The Balancing of Virtues-Muslim Perspectives on End of Life Care: Empirical research analysing the perspectives of service users and providers'. Bioethics. 2023;37(1):69-71.

42. Malas E, Chaar B, Krayem G. End-of-life treatment decisions in adult Muslims: a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2020;18(7):1528-36.

43. Broeckaert B, Gielen J, Van Iersel T, Van den Branden S. Palliative care physicians' religious / world view and attitude towards euthanasia: a quantitative study among flemish palliative care physicians. Indian J Palliat Care. 2009;15(1):41-50.

44. Rogobete SE, Francis LJ, McKenna U. Examining the Connection between Religion and Attitude toward Socio-Economic Human Rights and Attitude toward Euthanasia and Abortion among Romanian Orthodox Adolescents: Contrasting the Effects of Intrinsic and Extrinsic Religiosity. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20).

45. Yoosefee S, Cheraghi MA, Asadi Z, Bahramnezhad F. A Concept Analysis of Spiritual Pain at the End-of-Life in the Iranian-Islamic Context: A Qualitative Hybrid Model. J Relig Health. 2023;62(3):1933-49.

46. Makhlouf SM, Ahmed S, Bennett MI. Libyan Healthcare Professionals', Patients' and Caregivers' Perceptions and Religious Beliefs about Cancer Pain and its Management: A Descriptive Qualitative Study. J Relig Health. 2023;62(3):1897-919.

47. Van Ness PH, Larson DB. Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2002;10(4):386-97.

48. Van Ness PH, Towle VR, O'Leary JR, Fried TR. Religion, risk, and medical decision making at the end of life. J Aging Health. 2008;20(5):545-59.

49. Loike J, Gillick M, Mayer S, Prager K, Simon JR, Steinberg A, et al. The critical role of religion: caring for the dying patient from an Orthodox Jewish perspective. J Palliat Med. 2010;13(10):1267-71.

50. Markwell H. End-of-life: a catholic view. Lancet. 2005;366(9491):1132-5.

Bijlagen

Bijlage I: zoekstrategieën

Zoekstrategie in PubMed volgens het PIPOH-kader - eerste versie

Research question (PIPOH): wat is de impact van religie (P) op palliatieve zorgverlening (I)?		
CONCEPT	LINE NUMBER	SEARCH STRATEGY
Concept 1: P (religion)	1	Religion [TW] OR Religions [TW] OR Religious Belief [MeSH] OR Religious Beliefs [MeSH] OR Beliefs, Religious [MeSH] OR Religious Ethics [MeSH] OR Ethic, Religious [MeSH] OR spirituality [TW] OR Spiritualities [MeSH] OR Christianity [TW], Christian Ethic* [MeSH], Ethic*, Christian [MeSH] OR stigmata [MeSH] OR Catholicism [TW] OR Roman Catholicism [MeSH] OR Catholicism, Roman [MeSH] OR Roman Catholic Ethics [MeSH] OR Ethic, Roman Catholic* [MeSH] OR Ethics, Roman Catholic [MeSH] OR Roman Catholic Ethic [MeSH] OR Catholic, Roman [MeSH] OR Catholics, Roman [MeSH] OR Eastern Orthodoxy [TW] OR Orthodoxy, Eastern [MeSH] OR Greek Orthodoxy [MeSH] OR Orthodoxy, Greek [MeSH] OR Eastern Orthodox Ethics [MeSH] OR Ethics, Eastern Orthodox [MeSH] OR Protestantism [TW] OR Protestant* [MeSH] OR Anglican Church [MeSH] OR Anglican [MeSH] OR Anglicans [MeSH] OR Baptist [MeSH] OR Baptists [MeSH] OR Lutheran [MeSH] OR Lutherans [MeSH] OR Methodist [MeSH] OR Methodists [MeSH] OR Ethic*, Protestant [MeSH] OR Quacker* [MeSH] OR Islam [TW] OR Muslim [MeSH] OR Muslims [MeSH] OR Islamic ethic* [MeSH] OR Mohammedanism [MeSH] OR Ethic*, Islamic [MeSH] OR Judaism [TW] OR Jewish Ethics [MeSH] OR Ethics, Jewish [MeSH] --> 30.092 resultaten
Concept 2: I (palliative care)	2	Palliative care [TW] OR Care, Palliative [MeSH] OR Palliative Supportive Care [MeSH] OR Supportive Care, Palliative [MeSH] OR Palliative Treatment [MeSH] OR Palliative Treatments [MeSH] OR Treatment, Palliative [MeSH] OR Treatments, Palliative [MeSH] OR Palliative Therapy [MeSH] OR Therapy, Palliative [MeSH] OR Euthanasia [TW] OR Euthanasia, Active [TW] OR Active Euthanasia [MeSH] OR Euthanasia, Passive [TW] OR Allowing to Die [MeSH] OR Euthanasia, Negative [MeSH] OR Negative Euthanasia [MeSH] OR Passive Euthanasia [MeSH] OR Terminal Care [TW] OR Care, Terminal [MeSH] OR End-Of-Life Care [MeSH] OR Care, End-Of-Life [MeSH] OR End-of-Life Care* [MeSH]

		OR Palliative sedation [TW] OR Deep Sedation* [TW] OR Sedations, Deep [MeSH] OR Sedation, Deep [MeSH] OR Conscious Sedation [TW] OR Moderate Sedation [MeSH] OR Sedation, Conscious [MeSH] OR Sedation, Moderate [MeSH] OR Pain Relief [TW] OR Relief of pain [TW] OR Management of pain [TW] OR Pain Management [TW] OR Management, Pain [MeSH] OR Managements, Pain [MesH] OR Pain Managements OR Palliative cancer pain management [TW] OR Palliative Medicine [TW] OR Medicine, Palliative [MeSH] OR Palliative Care Medicine [MeSH] OR Medicine, Palliative Care [MeSH] --> 369 465 results
Concept 3: P (general practitioners)	3	/
Concept 4: O (quality of life)	4	/
Concept 5: H (primary care)	5	/
Combination of concepts	6	1-2 AND = **(Palliative care [TW] OR Care, Palliative [MeSH] OR Palliative Supportive Care [MeSH] OR Supportive Care, Palliative [MeSH] OR Palliative Treatment [MeSH] OR Palliative Treatments [MeSH] OR Treatment, Palliative [MeSH] OR Treatments, Palliative [MeSH] OR Palliative Therapy [MeSH] OR Therapy, Palliative [MeSH] OR Euthanasia [TW] OR Euthanasia, Active [TW] OR Active Euthanasia [MeSH] OR Euthanasia, Passive [TW] OR Allowing to Die [MeSH] OR Euthanasia, Negative [MeSH] OR Negative Euthanasia [MeSH] OR Passive Euthanasia [MeSH] OR Terminal Care [TW] OR Care, Terminal [MeSH] OR End-Of-Life Care [MeSH] OR Care, End-Of-Life [MeSH] OR End-of-Life Care* [MeSH] OR Palliative sedation [TW] OR Deep Sedation* [TW] OR Sedations, Deep [MeSH] OR Sedation, Deep [MeSH] OR Conscious Sedation [TW] OR Moderate Sedation [MeSH] OR Sedation, Conscious [MeSH] OR Sedation, Moderate [MeSH] OR Pain Relief [TW] OR Relief of pain [TW] OR Management of pain [TW] OR Pain Management [TW] OR Management, Pain [MeSH] OR Managements, Pain [MesH] OR Pain Managements OR Palliative cancer pain management [TW] OR Palliative Medicine [TW] OR Medicine, Palliative [MeSH] OR Palliative Care Medicine [MeSH] OR Medicine, Palliative Care [MeSH]) AND (Religion [TW] OR Religions [TW] OR Religious Belief [MeSH] OR Religious Beliefs [MeSH] OR Beliefs, Religious [MeSH] OR Religious Ethics [MeSH] OR Ethic, Religious [MeSH] OR spirituality [TW] OR Spiritualities [MeSH] OR Christianity [TW], Christian Ethic* [MeSH], Ethic*, Christian [MeSH] OR stigmata [MeSH] OR Catholicism [TW] OR Roman Catholicism [MeSH] OR Catholicism, Roman [MeSH] OR Roman Catholic Ethics [MeSH] OR Ethic, Roman Catholic* [MeSH] OR Ethics, Roman Catholic [MeSH] OR Roman Catholic Ethic [MeSH] OR Catholic, Roman [MeSH] OR Catholics, Roman [MeSH] OR Eastern Orthodoxy [TW] OR Orthodoxy, Eastern [MeSH] OR Greek Orthodoxy [MeSH] OR Orthodoxy, Greek [MeSH] OR Eastern Orthodox Ethics [MeSH] OR Ethics, Eastern Orthodox [MeSH] OR Protestantism [TW] OR Protestant* [MeSH] OR Anglican Church [MeSH] OR Anglican [MeSH] OR Anglicans [MeSH] OR Baptist [MeSH] OR Baptists [MeSH] OR Lutheran [MeSH] OR Lutherans [MeSH] OR Methodist [MeSH] OR Methodists [MeSH] OR Ethic*, Protestant [MeSH] OR Quacker* [MeSH] OR Islam [TW] OR Muslim [MeSH] OR Muslims [MeSH] OR Islamic ethic* [MeSH] OR Mohammedanism [MeSH] OR Ethic*, Islamic [MeSH] OR Judaism [TW] OR Jewish Ethics [MeSH] OR Ethics, Jewish [MeSH])** --> 1940 resultaten op 14/12/2024

Zoekstrategie in Pubmed - optimalisatie

(palliative care [TW] OR palliative care [MeSH] OR palliative supportive care [MeSH] OR supportive care, palliative [MeSH] OR palliative treatment [MeSH] OR palliative treatments [MeSH] OR treatment, palliative [MeSH] OR palliative therapy [MeSH] OR therapy, palliative [MeSH]) OR (euthanasia [TW] OR euthanasia, active [MeSH] OR euthanasia, passive [TW] OR allowing to die [MeSH] OR euthanasia, negative [MeSH] OR passive euthanasia [MeSH]) OR (terminal care [TW] OR terminal care [MeSH] OR end-of-life care [MeSH] OR care, end-of-life [MeSH]) OR (palliative sedation [TW] OR deep sedation [TW] OR sedation, deep [MeSH] OR conscious sedation [TW] OR moderate sedation [MeSH]) OR

(pain relief [TW] OR relief of pain [TW] OR pain management [TW] OR management, pain [MeSH] OR palliative cancer pain management [TW] OR palliative medicine [TW] OR palliative care medicine [MeSH]) AND (religion [TW] OR religions [TW] OR religious belief [MeSH] OR spiritualities [MeSH] OR christianity [TW] OR christian ethic [MeSH] OR islam [TW] OR muslim [MeSH] OR judaism [TW] OR jewish ethics [MeSH])*

Zoekstrategie in Embase

(('palliative care'/exp OR 'palliative care':ti,ab OR 'palliative supportive care':ti,ab OR 'supportive care, palliative'/exp OR 'supportive care':ti,ab OR 'palliative treatment':ti,ab OR 'palliative treatments':ti,ab OR 'treatment, palliative'/exp OR 'treatments, palliative'/exp OR 'palliative therapy':ti,ab OR 'therapy, palliative'/exp) OR ('euthanasia'/exp OR 'euthanasia':ti,ab OR 'active euthanasia'/exp OR 'active euthanasia':ti,ab OR 'passive euthanasia'/exp OR 'passive euthanasia':ti,ab OR 'allowing to die':ti,ab OR 'negative euthanasia':ti,ab OR 'negative euthanasia'/exp) OR ('terminal care'/exp OR 'terminal care':ti,ab OR 'end-of-life care':ti,ab OR 'care, end-of-life'/exp OR 'end-of-life care':ti,ab) OR ('palliative sedation'/exp OR 'deep sedation'/exp OR 'deep sedation':ti,ab OR 'conscious sedation':ti,ab OR 'moderate sedation':ti,ab OR 'sedation, moderate'/exp) OR ('pain relief':ti,ab OR 'relief of pain':ti,ab OR 'management of pain':ti,ab OR 'pain management':ti,ab OR 'management, pain'/exp OR 'palliative cancer pain management':ti,ab OR 'palliative medicine':ti,ab OR 'medicine, palliative'/exp)) AND ('religion'/exp OR 'religion':ti,ab OR 'religions':ti,ab OR 'religious belief'/exp OR 'religious beliefs':ti,ab OR 'beliefs, religious'/exp OR 'religious ethics':exp OR 'ethic, religious':exp OR 'spirituality':ti,ab OR 'spiritualities':exp OR 'christianity':ti,ab OR 'christian ethic'/exp OR 'ethic, christian'/exp OR 'stigmata':exp OR 'catholicism':ti,ab OR 'roman catholicism':exp OR 'catholicism, roman':exp OR 'roman catholic ethics':exp OR 'ethic, roman catholic':exp OR 'ethics, roman catholic':exp OR 'roman catholic ethic':exp OR 'catholic, roman':exp OR 'catholics, roman':exp OR 'eastern orthodoxy':ti,ab OR 'orthodoxy, eastern':exp OR 'greek orthodoxy':ti,ab OR 'orthodoxy, greek':exp OR 'eastern orthodox ethics':exp OR 'ethics, eastern orthodox':exp OR 'protestantism':ti,ab OR 'protestant*':exp OR 'anglican church':exp OR 'anglican':exp OR 'anglicans':exp OR 'baptist':exp OR 'baptists':exp OR 'lutheran':exp OR 'lutherans':exp OR 'methodist':exp OR 'methodists':exp OR 'ethic*, protestant':exp OR 'quaker*':ti,ab OR 'islam':ti,ab OR 'muslim':exp OR 'muslims':exp OR 'islamic ethic*':exp OR 'mohammedanism':exp OR 'ethic*, islamic':exp OR 'judaism':ti,ab OR 'jewish ethics':exp OR 'ethics, jewish':exp)*

Zoekstrategie in Web Of Science (WOS)

De definitieve (geoptimaliseerde) zoekstrategie in PubMed werd omgezet naar een zoekstrategie die kan toegepast worden in Web Of Science. Gezien de zoekstructuren en termen in WOS verschillen van deze in PubMed, werden deze aanpassingen doorgevoerd. In WOS werd gezocht in de velden Title (TI), Abstract (AB), Keywords (DE) en Topic (TI, AB, DE)

- De term TS (voor Topic) wordt in WOS gebruikt om in de Titel, Samenvatting en Trefwoorden van artikels te zoeken. Dit is dus gelijkwaardig aan het zoeken in [TW] in PubMed
- Aangezien WOS geen MeSH-termen gebruikt, werd er gezocht naar termen die terug te vinden zijn in de Titel, Samenvatting of Trefwoorden. Deze benadering is echter veel breder dan een benadering met MeSH-termen en kan dus leiden tot bredere zoekresultaten.
- Aangezien WOS wel Wildcards ondersteunt, blijven de zoektermen die in PubMed werden aangeduid wel dezelfde.
- De logische operatoren OR en AND worden behouden om zo de verschillende zoektermen te combineren
- Conclusie: de resultaten in WOS kunnen veel breder zijn dan deze in PubMed aangezien de zoektermen niet beperkt zijn tot gecontroleerde vocabularia zoals MeSH-termen in PubMed. Daarom is het soms nodig om de zoekopdracht verder te verfijnen of aanvullende filters toe te passen na het uitvoeren van de zoekopdracht.

Optimalisatie van de zoekstrategie in WOS

Zoals verwacht, was de geëxtrapoleerde zoekstrategie vanuit PubMed naar WOS niet verfijnd genoeg en werden er te veel ongerelateerde resultaten gevonden (nl 97.493). Deze zoekstrategie werd dus verfijnd en geoptimaliseerd:

- Om minder onrelevante artikels te hebben, werd er gezocht op basis van Titel (TI) en Abstract (AB). Hiermee werd er dus gezicht naar specifiek termen die direct betrekking hebben op de kerninhoud van het artikel. Hierdoor wordt de zoekopdracht gefilterd zodat alleen artikelen die daadwerkelijk over de specifieke onderwerpen gaan, getoond worden. Veel artikelen gebruiken bijvoorbeeld wel de termen "palliatieve zorg" of "euthanasie" ergens in de tekst, maar niet per se in de titel of abstract. Door te zoeken naar termen die specifiek in de titel of het abstract staan, worden alleen de meest gerichte en relevante artikelen geselecteerd. Dit betekent dat het aantal resultaten lager is, maar dat de gevonden artikelen waarschijnlijk beter aansluiten bij de vraag.

De uiteindelijke, verfijnde en geoptimaliseerde, zoekstrategie in WOS leverde **568** resultaten op 04/01/2024. Na selectie obv de publicatiedatum vanaf 2002 werden nog **480** publicaties weerhouden.

(TI=("palliative care" OR "palliative supportive care" OR "supportive care, palliative" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "treatment, palliative" OR "palliative therapy" OR "therapy, palliative" OR "palliative medicine") OR AB=("palliative care" OR "palliative supportive care" OR "supportive care, palliative" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "treatment, palliative" OR "palliative therapy" OR "therapy, palliative" OR "palliative medicine")) AND (TI=("euthanasia" OR "active euthanasia" OR "passive euthanasia" OR "allowing to die" OR "negative euthanasia" OR "euthanasia, negative") OR AB=("euthanasia" OR "active euthanasia" OR "passive euthanasia" OR "allowing to die" OR "negative euthanasia" OR "euthanasia, negative"))

Bijlage II: PIPOH-kader

P (populatie)	Gelovige volwassen patiënten *3 grootste religies (2021):* • *Christendom (76%)* • *Islam (7%)* • *Jodendom (0.2%)* https://academic.oup.com/edited-volume/37088/chapter/323198004
I (interventie)	Zorg in de palliatieve fase
P (professionals)	Huisartsen
O (outcome/uitkomst)	Levenskwaliteit, pijnbestrijding, palliatieve sedatie, euthanasie
H (health care setting)	Eerstelijnszorg/ palliatieve zorg

Appendix II: Data extractie instrument

Dit protocol is ontwikkeld in overeenstemming met de methodologische richtlijnen van het Joanna Briggs Institute (JBI) voor scoping reviews, zoals beschreven in het JBI Manual for Evidence Synthesis. Voor de opbouw en structurering van het protocol maakten wij gebruik van het officiële JBI-template voor scoping review-protocollen.

Om het leescomfort en de interne consistentie te bevorderen, hebben wij echter bepaalde subtitels binnen de sectie Inclusie- en exclusiecriteria samengenomen. Concreet werden de onderdelen Populatie, Concept, Context en Types of Evidence Sources, die in het standaardtemplate afzonderlijk worden weergegeven, geïntegreerd in een samenhangende tekstuele structuur. De inhoudelijke elementen bleven volledig behouden; enkel de presentatie werd aangepast ten gunste van duidelijkheid en leesbaarheid.

Het protocol werd vooraf opgesteld, en de methodologie werd vóór de uitvoering van de review vastgelegd om transparantie, reproduceerbaarheid en methodologische consistentie te waarborgen.

[i]