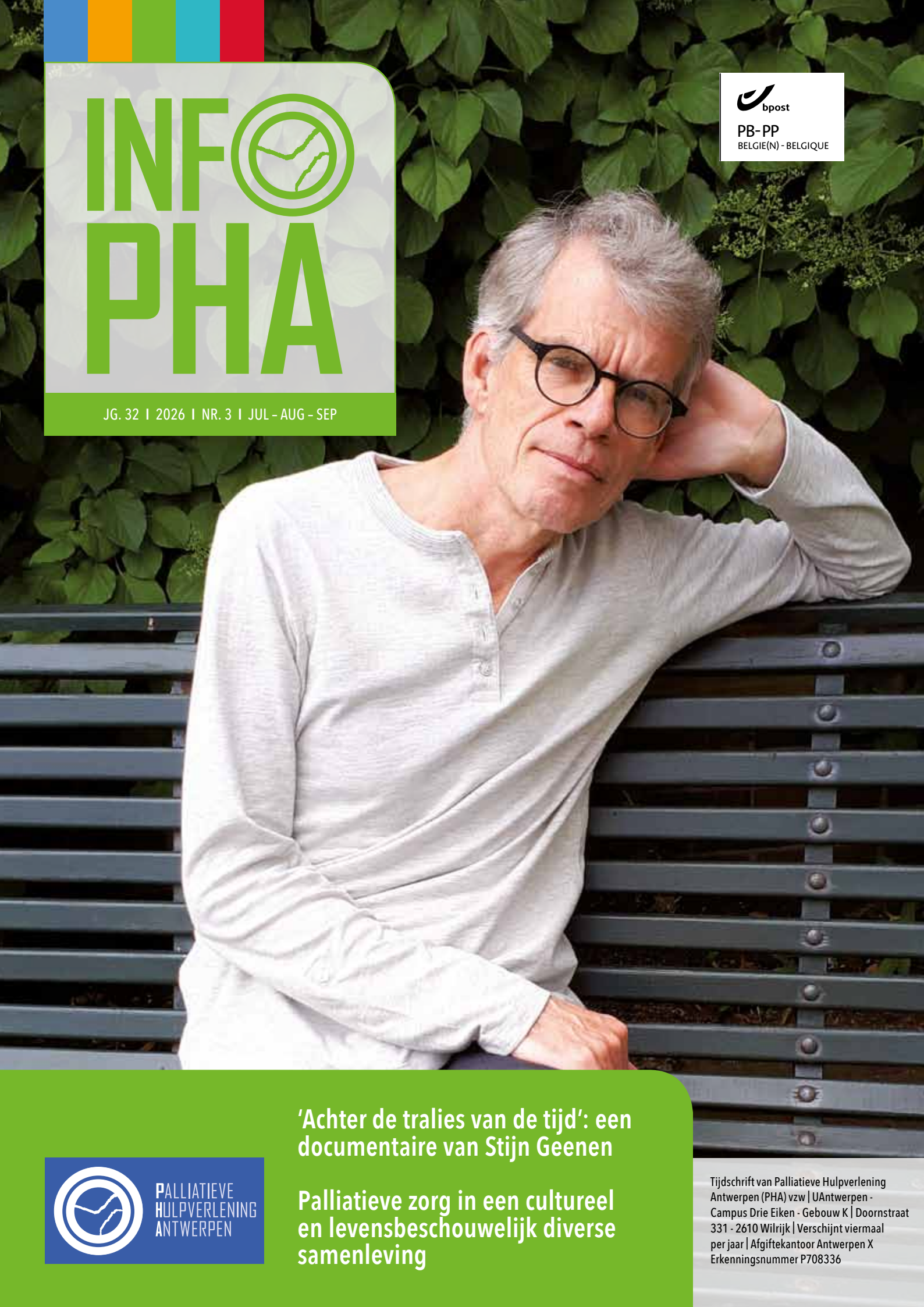




INFO PHA

JG. 32 | 2026 | NR. 3 | JUL - AUG - SEP



PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

**'Achter de tralies van de tijd': een
documentaire van Stijn Geenen**



PALLIATIEVE
HULPVERLENING
ANTWERPEN

**Palliatieve zorg in een cultureel
en levensbeschouwelijk diverse
samenleving**

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening
Antwerpen (PHA) vzw | UAntwerpen -
Campus Drie Eiken - Gebouw K | Doornstraat
331 - 2610 Wilrijk | Verschijnt viermaal
per jaar | Afgiftekantoor Antwerpen X
Erkenningsnummer P708336

REDACTIERAAD:

Kaat Boydens
Isabel Heylen
Stephanie Hufkens
Inne Leuris
Dries Robbens

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER:

Kaat Boydens
Isabel Heylen
Stephanie Hufkens
Inne Leuris
Dries Robbens
Stijn Geenen
Cor Hoffer
Louana Moons
Nachtzorg
Kristel
David
Geertrui Vandelanotte

LAY-OUT - Bijdruk vzw

DRUKWERK - Drukkerij Gazelle

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Johan Wens
UAntwerpen - Campus Drie Eiken,
Gebouw K, Doornstraat 331,
2610 Wilrijk

De redactie behoudt zich het recht om ingezonden teksten aan te passen en eventueel in te korten. Iedere auteur blijft verantwoordelijk voor het artikel dat hij of zij ondertekent. Geheel of gedeeltelijke reproductie is toegelaten mits vermelding van de bron. Auteurs schrijven artikelen in eigen naam. Deze geven niet per definitie de visie van PHA weer.

Foto Cover © Cor Hoffer



5

'ACHTER DE TRALIES VAN DE TIJD': EEN DOCUMENTAIRE VAN STIJN GEENEN



9

PALLIATIEVE ZORG IN EEN CULTUREEL EN LEVENSBSCHOUWELIJK DIVERSE SAMENLEVING



17

DE KUNST VAN SAMENWERKEN IN PALLIATIEVE ZORG



20

EEN NACHT UIT HET LEVEN VAN...

VERDER:



- 3  Voorwoord
- 4  *Cursieffe*
- 23  Heb je al gehoord van?
- 24  Partner aan het woord
- 28  Boekbespreking
- 29  Giften en sponsors
- 30  Achter de schermen
- 32  Gepost op Facebook en Instagram

Beste lezer,

Ik hou van september. Los van het terugkerende dagelijkse verkeersinfarct, daar wen ik nooit aan (of wil ik nooit aan wennen liever). Op dat vlak lijken we curatief uitbehandeld te zijn en werkt enkel een symptomatische behandeling tegen de dagelijkse rush en stress. Podcasts bij wijze van comfortzorg dus. Menig collega is daar dankbaar voor... Maar dus, verder keren in september vertrouwde ritmes terug. Agenda's vullen zich opnieuw en na de relatieve rust van de zomer zoeken we elkaar weer op. Samenspel geeft opnieuw energie. Ook in de palliatieve zorg. Niemand draagt de zorg voor een persoon en zijn naasten alleen. Dat blijkt duidelijk uit het Vlaamse onderzoek naar de samenwerking tussen palliatieve supportteams en zorgverleners op ziekenhuisafdelingen. Die samenwerking wordt sterk gewaardeerd, maar vraagt tijd, betrokkenheid en duidelijke verwachtingen. De impact van veel palliatieve expertise komt pas echt tot zijn recht wanneer deze wordt gedeeld. Tijdens een gesprek aan het bed, in een doelgericht zorgplan of in een moment waarop collega's samen zoeken naar wat goede zorg in die concrete situatie betekent.

Palliatieve zorg begint daarbij niet alleen met samenwerken, maar ook met aandachtig luisteren. In het interview met David en Kristel, zorgkundigen bij Nachtzorg, lezen we hoe de stilte van de nacht ruimte maakt voor gesprekken die overdag soms moeilijker ontstaan. Mensen vertellen over hun leven, hun relaties, hun angsten en wat hen nog bezighoudt. Soms vertellen ze hetzelfde verhaal opnieuw en opnieuw. Niet omdat het nieuwe informatie bevat, maar omdat het blijkbaar nog eens verteld moest worden. Aanwezigheid bij dat wat geen snelle oplossing kent.

Luisteren betekent eveneens dat we onze eigen vanzelfsprekendheden durven loslaten. Het artikel over cultuursensitieve palliatieve zorg laat zien hoe ziekte, lijden en sterven vanuit uiteenlopende culturele en levensbeschouwelijke kaders worden beleefd. Kennis daarvan helpt, maar oprechte nieuwsgierigheid is minstens even belangrijk. Niet veronderstellen wat iemand nodig heeft, maar vragen. Niet spreken over de persoon, maar met een persoon én zijn naasten. Samen zoeken naar een zorg die medisch verantwoord én persoonlijk betekenisvol is.

Die opdracht houdt niet op aan de muren van een ziekenhuis, een woonzorgcentrum of een woning. De documentaire 'Achter de tralies van de tijd' brengt ons bij oudere en zorgbehoevende gedetineerden in Merksplas. Mensen die gemakkelijk uit beeld verdwijnen en bij wie de behoefte

aan aangepaste zorg botst op regels en structuren die daar onvoldoende op voorzien zijn. De documentaire confronteert ons met een ongemakkelijke maar noodzakelijke vraag. Geldt onze maatstaf voor waardigheid werkelijk voor iedereen?

De bijdragen in deze editie spelen zich af in heel verschillende werelden: op een ziekenhuisafdeling, in een woning tijdens de nacht, binnen diverse culturele en levensbeschouwelijke contexten en achter gevangenismuren. Toch vertellen ze in wezen hetzelfde verhaal. Palliatieve zorg begint waar we de mens blijven zien. De mens als persoon, niet als patiënt. Niet enkel de medische diagnose, niet enkel die ene overtuiging of wat je eigen oordeel je misschien zegt, maar de mens met zijn eigen geschiedenis, relaties, vragen en kwetsbaarheid.

Als één van de sleutels tot een gelukkig leven erin ligt dat we ons begrepen, gehoord, erkend en gedragen voelen, dan geldt dat bij het sterven des te meer. Misschien is dat wel de rode draad doorheen deze editie. Dat niemand alleen hoeft te dragen wat te zwaar wordt en dat echte nabijheid begint bij de bereidheid om te luisteren, te begrijpen en de ander als mens te blijven erkennen.

En verder, podcast op en hop met de geit!
Ik wens u een boeiende en inspirerende septembereditie.

Veel leesplezier,
Dries ☺





Cursiefje

Puffend en hijgend deed hij traag de voordeur open, nog niet goed in staat te vragen om de volgende keer alstublieft bij de buurvrouw aan te bellen. Het stond nochtans in de papieren: “bij het huis ernaast aanbellen”. Ik kon meteen al door de grond zakken: de terugtocht naar de living verliep al even pijnlijk als de heenweg moet zijn geweest; ik had het gevoel deze mens te onderwerpen aan een sardonische marteling. Gelukkig liep hij voorop en kon hij als dusdanig mijn berouwvolle grimas niet zien die als gesmolten kaas over mijn wangen hing.

Een schrijver. Een goeie ook. Theaterstukken en cursiefjes. Daar kwamen we op nadat ik er, op het einde van ons gesprek over ziek zijn en doodgaan, expliciet naar had gevraagd. Ik moet iets aangevoeld hebben, denk ik.

Dat ziek zijn vond hij maar niks. Dat doodgaan nog minder. Toch had hij iets troostends over zich: alsof hij mij aan het geruststellen was in plaats van andersom. Hij had weinig woorden nodig om de zaken helder en

gevat aan mij duidelijk te maken. Voor veel woorden had hij trouwens ook de adem niet, misschien dat die beperking de essentie van zijn woordenschat nog aanscherpte. Het was de antipode van de vloed aan woorden die ik soms krijg als mensen dicht bij hun einde staan.

Ik vroeg ‘m of hij mij een inkijk wilde gunnen in z’n oeuvre, vooral dan de cursiefjes. *Partners in Crime*, weet u wel.

Hij liet een exemplaar aanrukken. Trots maar niet verwaand drukte hij het in mijn hand, ik kreeg zelfs een boodschap mee. Benieuwd nam ik de buit mee naar huis, verwachtend mij te kunnen meten met het échte werk.

Ik las het op één avond uit. Zo gaat dat met cursiefjes: dat gaat vlotjes binnen. Om 1u legde ik het op mijn nachtkastje met één overheersende gedachte: ik leer het nooit.

Sabine ©



‘Achter de tralies van de tijd’

EEN DOCUMENTAIRE VAN STIJN GEENEN

Regisseur Stijn Geenen maakte de documentaire ‘Achter de tralies van de tijd’. Hierin geeft hij een blik op een afdeling in de gevangenis van Merksplas waar oudere gedetineerden met zorgbehoeften verblijven.

Ik ben Stijn Geenen, een researcher voor zinvolle tv-programma's, documentaires en films. Ik heb een eigen researchbureau en maak maatschappelijke documentaires samen met het productiehuis Caviar.

In de documentaire gaat het over een aparte afdeling in de gevangenis van Merksplas, waar oudere gedetineerden met zorgbehoeften verblijven. Hoe ben je bij deze afdeling terecht gekomen?

Stijn Geenen › Ik werkte jarenlang mee aan het tv-programma ‘Durf te vragen’, waar onwaarheden en onzekerheden die bij de bevolking leven, opgehelderd worden. Ik was toen verantwoordelijk voor de aflevering rond ex-gedetineerden. Ik ging toen op bezoek in de gevangenis van Merksplas waar gevangenisdirecteur Serge Rومان mij vroeg om eens naar de afdeling te kijken waar er oudere gedetineerden verblijven die zorgbehoeften hebben. Ik ben enorm geschrokken van wat ik daar heb gezien.

Als researcher ben ik al in bijzondere gevangenissen geweest in Zuid-Amerika en Afrika. Ik zag daar een opportuniteit in, omdat er al een paar jaar een tendens is om rond zorgbehoevende doelgroepen televisie te maken. Ik ben tot de vaststelling gekomen dat dat vooral leuke televisieprogramma's moeten zijn. ‘Leuk’ vind ik een verschrikkelijk woord, want er zijn een heleboel dingen in het leven die niet leuk zijn. En wat niet leuk is, komt niet gemakkelijk op televisie. Ik ben bij verschillende zenders en productiehuisen langsgegaan met mijn idee, maar er was niemand geïnteresseerd in gepensioneerde, dementerende gedetineerden.

Toen heb ik besloten om de documentaire zelf te maken. Caviar, het productiehuis, heeft mij ondersteund in dit traject. Je kan dit proces best vergelijken met een act in een circus waar je door veel brandende hoepels moet springen. Er zijn veel valkuilen, moeilijkheden onderweg en kapers op de kust.

Er wordt in de documentaire op een gegeven moment gebruik gemaakt van de metafoor ‘de vergeetput’. Hoe staat u tegenover de opvang van deze mensen binnen onze maatschappij?

Stijn Geenen › De gevangenis in België is an sich al een vergeetput. Ons justitiesysteem moet dagelijks dwangsommen betalen aan Europa omdat ze zelf hun eigen wetten overtreden. Dat is moeilijk te vatten: je wordt vastgehouden door mensen die zelf de wet overtreden. Het beleid binnen de gevangenissen zelf is echt een Belgisch fiasco met allemaal verschillende mensen die bevoegd zijn voor verschillende zaken. De medische dienst valt bijvoorbeeld niet onder de bevoegdheid van de gevangenisdirecteur, maar onder Brussel.

Dat is onwerkbaar. Ik was er bij toen mevrouw Annelies Verlinden op bezoek kwam in de gevangenis van Merksplas. Ik hoorde daar over het kluwen waar zij in verward zit, redenen waarom er bijvoorbeeld niet gerenoveerd kan worden of waarom bepaalde zorg niet verleend kan worden.

Er is maar één beleid en er is maar één soort van gevangenen zijn. Volgens de wet zijn gevangenissen daarop voorzien en niet op specifieke doelgroepen van gevangenen. Ondertussen is daar een beetje verandering in gekomen.





Je hebt detentiehuizen, een gevangenis voor vrouwen en een afdeling voor zwangere vrouwen met kinderen. Er zitten wel een paar zaken aan te komen, maar niet voor deze doelgroep van oudere dementerende gevangenen. Een aparte afdeling voor zwangere vrouwen met kinderen is nog 'verkoopbaar' aan de bevolking. De vergrijsde dementerende blanke doelgroep, die vaak ook nog eens zedenfeiten heeft gepleegd, is dat veel minder. Als je als gevangene iets wilt verkrijgen, moet je dat zelf actief in gang zetten. Maar deze mensen kunnen dit niet; die weten vaak niet eens wie ze zijn of waar ze zijn.

Onder de vleugels van Serge Rooman, de directeur, hebben een paar mensen in Merksplas zich het lot van deze

vergeten groep van gevangenen aangetrokken. Serge Rooman is in mijn ogen een dappere ambtenaar die in naam van het humanisme opkomt voor de zwakkeren in onze samenleving. Dankzij deze documentaire hebben we dit onder de aandacht gebracht en kan iedereen zien hoe het er werkelijk aan toe gaat. Na het bekijken kan je niet meer zeggen dat je het niet wist.

Tijdens het draaien van de film waren er 1 verpleegkundige en 1 zorgkundige die hoofdzakelijk instonden voor de zorg van de 22 gedetineerden op die afdeling. De medische dienst van de gevangenis valt niet onder de directeur en dat heeft voor veel spanningen gezorgd. Die 2 zorgverleners deden veel meer dan wat er van hen



> Stijn Geenen met Guido Belcanto en Daniël Offerman, die meewerkten aan de soundtrack van de film

verwacht werd vanuit een idealisme. Op de duur kan niemand nog uitmaken wat ze precies moeten doen en wat niet, zoals een stuurloos schip. De afwezigheid van een beleid zorgt op de werkvloer voor frustraties, ruzies en afgunst. Uiteindelijk zijn die 2 zorgverleners uitgevallen en nam de algemene medische dienst de zorg op. De huidige situatie bij die oudere gedetineerden is nog slechter dan in de tijd dat ik er filmde. Dit zou echt beter moeten kunnen.

Zorg dragen voor deze gedetineerden kan een zware mentale last zijn. U heeft zelf een heel jaar meegedraaid daar, wat was de impact op u?

Stijn Geenen > Ik ben een beetje de ambassadeur geworden van een groep mensen waar ik nooit van had gedacht dit te worden. Ondertussen is de helft van de mensen die ik heb gefilmd al overleden. Ik had het met hen daarover ook gehad: jullie zullen waarschijnlijk niets hebben aan wat hier gefilmd

wordt, maar de mensen na jullie hier in detentie hopelijk wel. Dat siert hen, zichzelf laten filmen tijdens kwetsbare momenten. Ik voel me verantwoordelijk tegenover hen en de zorgverleners. Als we het niet blijven op de kaart zetten en herhalen dan gaat er niks gebeuren. De documentaire heeft bij lancering wel heel wat teweeggebracht in de pers. We zijn nu 6 maanden verder. Binnenkort wordt hij getoond op Canvas, ik ben benieuwd wat er daarna nog gaat volgen.

Heb je bewust gekozen om de feiten die de gedetineerden pleegden niet centraal te zetten?

Stijn Geenen > Ja, want daar gaat het niet over. Die mensen moeten niet herleid worden tot hun feiten. Ik was daar zonder oordeel. Ik heb daar toen gehoord dat er bij momenten op basis van de feiten die ze hebben gepleegd en de persoonlijkheid van de gedetineerden gekozen wordt wie er eerst verzorgd zal worden. Als je dat niet kan loskoppelen van elkaar dan ben je niet in staat om daar te werken. Uiteraard is dat niet makkelijk want daar zijn mensen die echt vreselijke dingen gedaan hebben, dus je moet dat wel opzij kunnen zetten.

Had je zelf bepaalde vooroordelen voordat je aan de film begon?

Stijn Geenen > Tijdens het onderzoek dat ik ervoor deed komen er wel veel dingen naar boven. Er zijn vandaag vele situaties waar we als samenleving nog geen goede oplossing of wettelijk kader voor hebben. Dan is de gevangenis vaak de gemakkelijkste oplossing. Ook voor mensen die op het einde van hun leven zijn en eigenlijk niet meer in een klassieke gevangenis thuishoren. We weten nog altijd niet goed hoe we daarmee moeten omgaan.

Wat ik daarnaast tijdens mijn verblijf heel sterk heb ervaren, is dat klassenjustitie wel degelijk bestaat. De mensen met de minste middelen bleven vaak vastzitten, terwijl mensen die financieel sterker stonden of een goede advocaat hadden, sneller vrijkwamen. Ik kan alleen vertellen wat ik zelf heb gezien en ervaren, maar dat verschil viel mij op.

Welke uitdagingen heb je op de afdeling ervaren qua veiligheid??

Stijn Geenen > Het is een gevangenis en er zijn cipiers aanwezig, maar de veiligheid is laag. De mensen op die afdeling zijn oud en hulpbehoevend, dus daar zijn weinig veiligheidsrisico's. Ik denk dat er op een afdeling voor personen met dementie in een woonzorgcentrum evenveel agressie enz. is dan daar.

Alle gedetineerden moeten aan hetzelfde protocol voldoen. Als er iets met hen moet gebeuren, dan moeten ze hun benen opendoen, armen omhoog doen, worden ze



gefouilleerd, ... Eigenlijk geldt dit ook voor de mensen op deze afdeling, maar die kunnen dat vaak niet meer of begrijpen niet wat ze moeten doen. Er is geen beleid op maat voor deze specifieke doelgroep terwijl er andere regels zouden moeten gelden.

Zijn er gedetineerden overleden tijdens het jaar dat je aan het filmen was?

Stijn Geenen › We hebben inderdaad het overlijden van een gedetineerde in beeld gebracht. Ik hoop dat wij dat waardig gedaan hebben. Ik had goede afspraken gemaakt met de persoon in kwestie. Zoals je kan zien in de film, worden die daar apart in een zeer kleine kamer gelegd. Voor de zorgverleners is het een grijze zone wat ze wel en niet mogen doen. In de gevangenis mag er geen euthanasie gepleegd worden. Dit wordt beschouwd als te moeilijk om af te bakenen en dus mag het gewoonweg niet. Er is ook niet echt een afscheid. Die gevangenen hebben vaak geen netwerk meer. Als er toch nog familie betrokken is dan zijn die vaak te oud om nog tot hier te geraken. De verpleegkundige, de arts en ikzelf hebben toen afscheid genomen van die man. Ik heb er verschillende overlijdens meegemaakt en er is nooit een afscheidsmoment geweest, enkel bij de gedetineerden onderling. Een vrijwilliger dominee komt dan een mis opdragen waar iedereen bij zit. Dat geeft een solidariteitsgevoel bij de gevangenen en een menselijk aspect bij het afscheid.

Je filmde daar een jaar lang. Met welk gevoel heb je het daar afgerond?

Stijn Geenen › Ik vind dat de 'rusthuiszorg' naar de gevangenis moet worden gebracht, of de gedetineerde naar buiten mag gaan in een soort van detentiehuis. Veel heeft te maken met politiek: hoe hoog zal dit onderwerp op de agenda staan. Mijn mening is dat er in onze samenleving te weinig naar de zwakkeren wordt gekeken. Deze documentaire is ook een beetje mijn verzet daartegen. Het beleid moet vereenvoudigd worden.



Achter de tralies van de tijd

Het blijven natuurlijk mensen die iets hebben gedaan waar een straf tegenover staat. Wij hebben als samenleving afgesproken dat de straf een vrijheidsberoving is, maar dat is toch niet hetzelfde als verwaarlozing? En dat is wat er nu in werkelijkheid wel gebeurt. Wij moeten als samenleving de lat leggen voor wat waardigheid is. Hoe wij nu omgaan met die doelgroep is niet waardig. ©



Palliatieve zorg in een cultureel en levensbeschouwelijk diverse samenleving

COR HOFFER

In de huidige Belgische en Nederlandse samenleving werken artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners met patiënten en hun familie, die een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond hebben dan zichzelf. Zij maken kennis met voor hen onbekende ziekteopvattingen en manieren om hulp te zoeken. Ook visies op het levenseinde en omgang met lijden en sterven kunnen anders zijn dan zorgverleners gewend zijn. In dit artikel beschrijf ik wat cultuursensitief werken in de zorg betekent en hoe dit geïntegreerd kan worden in de palliatieve zorg. Ik doe dit op basis van literatuurstudie, interviews met ervaringsdeskundigen en inzichten opgedaan tijdens nascholingen. Allereerst leg ik uit wat cultuursensitieve communicatie is. Vervolgens beschrijf ik hoe cultuursensitiviteit in de palliatieve zorg kan worden ingebracht. Tot besluit zet ik uiteen hoe in enkele relatief bekende levensbeschouwingen naar het levenseinde wordt gekeken en welke rol cultuursensitieve communicatie hierbij kan spelen.

DE CULTUREEL EN LEVENSBESCHOUWELIJK DIVERSE SAMENLEVING

Zowel voor Vlaanderen als Nederland geldt dat circa 28% van de bevolking een migratieachtergrond heeft. Iets minder dan de helft van hen zijn in respectievelijk Vlaanderen en Nederland geboren maar hebben 1 of 2 ouders die elders zijn geboren (Statistiek Vlaanderen, 2025; CBS, 2026). In circa 70 jaar zijn Vlaanderen en Nederland dus geëvolueerd tot cultureel en levensbeschouwelijk diverse samenlevingen.

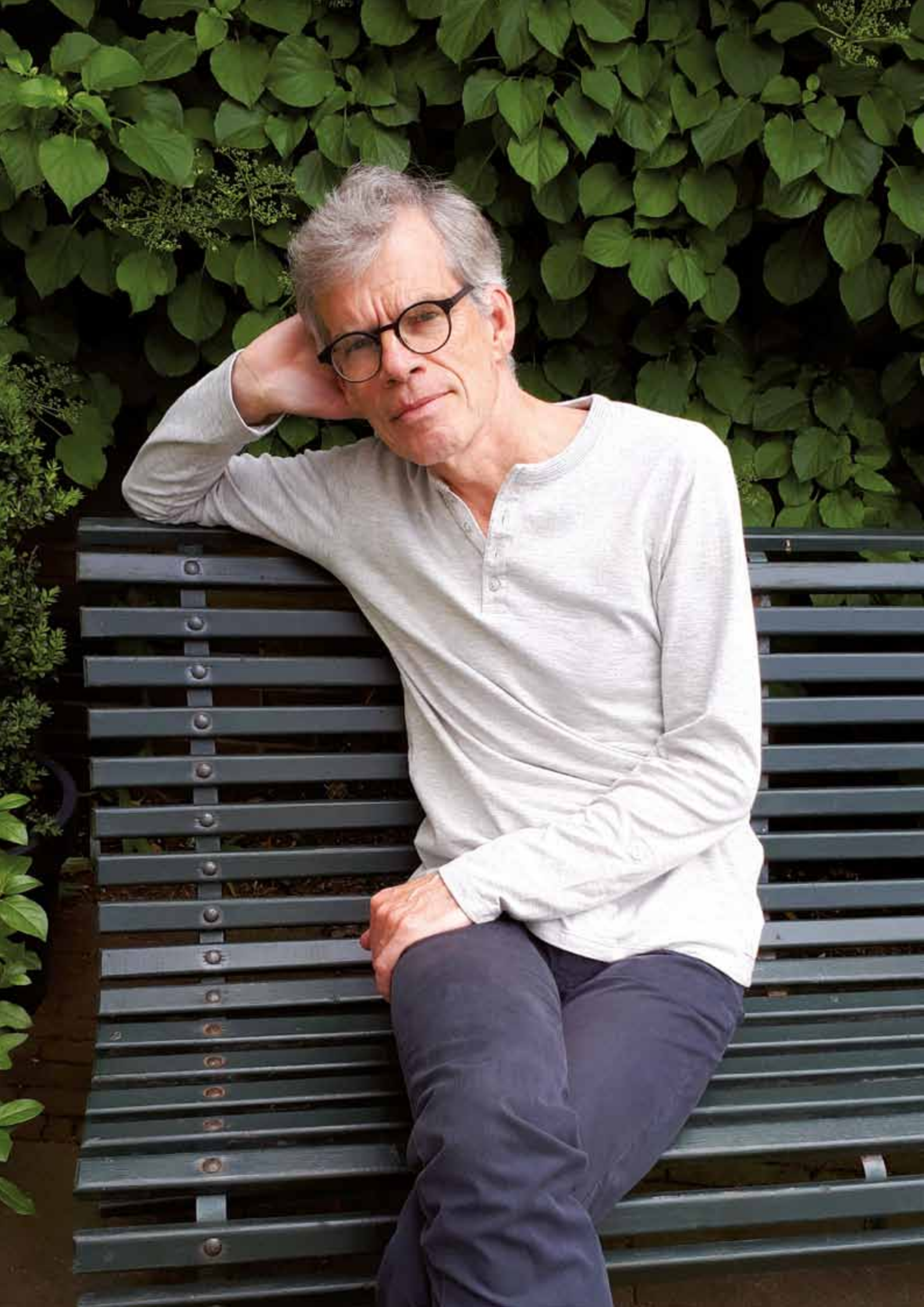
CULTUUR, LEVENSBESCHOUWING EN RELIGIE

Eerst is het belangrijk om stil te staan bij 3 centrale begrippen: cultuur, levensbeschouwing en religie.

Cultuur kan worden omschreven als een manier van leven. Het geeft aan wat mensen in een bepaalde groep of samenleving waardevol (*waarden*) vinden en hoe zij zich moeten gedragen (*normen*). Het is belangrijk om te beseffen dat groepen mensen die een cultuur delen daarin verschillende accenten kunnen leggen. Bovendien veranderen culturen, zowel in de landen van herkomst als in de landen waarheen mensen migreren. Zo zien we belangrijke verschillen ontstaan tussen eerste generatie migranten en leden van latere generaties maar ook binnen generaties.

Levensbeschouwing - als aspect van cultuur - is het geheel van overtuigingen, waarden en normen waarmee mensen richting en betekenis aan hun leven geven. Ieder mens, religieus of niet, heeft een levensbeschouwing. Zo heeft eenieder gedachten over waar we vandaan komen, wat er gebeurt als we overlijden en wat belangrijke doelen in het leven zijn.

Religie is een specifieke vorm van levensbeschouwing, die samenhangt met geloof in het transcendente. Aanhangers van een religie geloven dat er buiten de empirische werkelijkheid nog een andere realiteit bestaat. Die realiteit kan verschillend worden benoemd, bijvoorbeeld als scheppend beginsel of bovennatuurlijke macht. Voorbeelden van religies zijn: jodendom, christendom, islam, hindoeïsme en boeddhisme. Voorbeelden van niet-religieuze levensbeschouwingen zijn: humanisme, atheïsme



en agnosticisme. Al deze levensbeschouwingen kennen diverse substromingen en individuele interpretaties. In dit artikel is geen ruimte om deze levensbeschouwingen te beschrijven (zie voor meer informatie: o.m. Schouten, 2017; Wagemakers & van Liere, 2019). Aan het eind van dit stuk beschrijf ik wel de centrale uitgangspunten van enkele levensbeschouwingen inzake het levenseinde.

Zowel in Vlaanderen als in Nederland is er de laatste decennia sprake van secularisatie. Weliswaar gaan mensen in mindere mate naar missen/diensten/bijeenkomsten in bijvoorbeeld kerken en moskeeën, maar zien we ook dat velen op zoek gaan naar persoonlijke vormen van zingeving (deMens.nu 2026; Schenderling, 2025).

CULTUUR, LEVENSBESCHOUWING EN GEZONDHEIDSZORG

Antropologen als van der Geest (1997/1998) en Driessen (2007) constateren dat pijn in essentie een eenzame ervaring is, die betrokkene slechts kan delen met anderen via communicatie ofwel cultuur. Dat kan verbaal - bijvoorbeeld via metaforen (*'steken van een voorwerp'*) - en/of non-verbaal: via gezichtsuitdrukkingen of gedrag. Driessen voegt daaraan toe dat pijn een teken kan zijn van een lichamelijk ongemak of ziekte (*'zinloze pijn'*) maar dat pijn ook 'zin' voor betrokkenen kan hebben. Zo zijn er bijvoorbeeld sommige christenen en moslims die pijn en lijden beleven als straf voor begane zonden of als beproeving van geloof. Ook zijn er sommige christenen die hun pijn plaatsen in de context van het lijden van Jezus Christus (Eco, 2014). Maar pijn kan ook zinvol zijn in het kader van identiteitsvorming: initiatieriten, piercings, tatoeages, overlevingstochten, cosmetische ingrepen (*'pijn als offer'*).

Cultuur en levensbeschouwing zijn eveneens van invloed op ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag van mensen. Zo laten sommige ouders op grond van bijvoorbeeld christelijke of antroposofische overtuigingen hun kinderen niet vaccineren tegen ziekten als bof, mazelen en rode hond. Er zijn ook ouders die vaccinaties bij hun kinderen weigeren, vanwege de - inmiddels wetenschappelijk weerlegde - idee dat dit autisme kan veroorzaken (NOS Nieuws, 2019; Jonkman, 2021). Voorts zijn er mensen die bij ziekte of een beperking een beroep doen op alternatieve geneeswijzen als homeopathie, kruiden-geneeskunde of religieuze geneeswijzen (zoals gebeds-genezing onder sommige christenen).

Zulke culturele en levensbeschouwelijke invloeden op het denken over gezondheid en ziekte treffen we ook aan onder migranten en hun nakomelingen. Een bekend voorbeeld zijn de praktijken van Chinese traditionele genezers in Vlaanderen en Nederland. Andere voorbeelden zijn winti-geneeswijzen onder Afro-Surinaamse Nederlanders, hindoeïstische geneeswijzen onder Surinaams-Hindostaanse Nederlanders en islamitische geneeswijzen onder met name Marokkaanse- en Turkse Belgen en Nederlanders. Deze laatste 3 geneeswijzen hebben met elkaar gemeen dat zij uitgaan van het geloof dat ziekten, beperkingen en problemen veroorzaakt kunnen worden door bovennatuurlijke krachten als geesten of magie.

Zoals gezegd zijn culturen dynamisch. Zowel binnen als tussen diverse generaties kunnen verschillen ontstaan. Dit geldt ook voor ziekteopvattingen, hulpzoekgedrag en visies op het levenseinde.

Zorgverleners in de reguliere zorg hoeven inhoudelijk niet van alles te weten van alternatieve geneeswijzen. Het is echter wel van belang te beseffen welke rol alternatieve benaderingen in de belevingswereld van patiënten kunnen spelen. Voor zorgverleners is de boodschap dat zij in de contacten met patiënten - van welke afkomst dan ook - actief vragen naar mogelijke consultaties van alternatieve genezers, omdat dit relevant kan zijn voor hun eigen interventies. Dit geldt zeker in geval van patiënten die terminaal ziek zijn (zie voor verdere informatie: Hoffer, 2024).

VERKLARINGSMODELLEN

In de communicatie met patiënten en hun naasten is het van belang dat zorgverleners zich ervan bewust zijn dat zij als professionals op een andere manier naar ziekten en gezondheids- of gedragsproblemen kijken dan betrokkenen. In de transculturele psychiatrie spreekt men in dit verband over *verklaringsmodellen*. Hiermee bedoelt men dat zowel de zorgverlener als de patiënt (en naasten) opvattingen hebben over de oorzaak en het beloop van een ziekte en over wat een passende behandeling of palliatieve zorg is. Het verklaringsmodel van de zorgverlener duidt men aan met het Engelstalige woord *'disease'*, dat van de patiënt met *illness*. *Disease* hangt samen met de biomedische benadering van ziekten en problemen, *illness* betreft de belevingswereld van de patiënt, die samenhangt met culturele en levensbeschouwelijke achtergronden.

Mede door culturele en levensbeschouwelijke factoren kunnen de verklaringsmodellen van de patiënt en de zorgverlener sterk van elkaar verschillen. Zo kan het gebeuren dat reguliere zorgverleners er geen weet van hebben dat patiënten alternatieve genezers consulteren. Daardoor missen zij belangrijke informatie en ook het inzicht in de gevolgen die alternatieve geneeswijzen kunnen hebben.

‘ONDERHANDELEN’ OVER VERKLARINGSMODELLEN

Transculturele deskundigen zien de interactie tussen een zorgverlener en een patiënt met een migratieachtergrond (en diens naaste omgeving) als een proces van ‘onderhandelen’ over verklaringsmodellen. Dit betekent dat de zorgverlener die wil dat het zorgaanbod (c.q. palliatieve zorg) duidelijk overkomt bij en geaccepteerd wordt door de patiënt, zich eerst openstelt voor het verklaringsmodel van de ander. Naast empathie vergt dit culturele zelfreflectie. Dat wil zeggen dat de zorgverlener inzicht heeft in de eigen culturele en levensbeschouwelijke achtergrond en zich bewust is van de mogelijke invloed daarvan op de communicatie met patiënten met een andere achtergrond (Ferrant, 2026). Vervolgens is het zaak dat de zorgverlener helder uitlegt hoe hij de ziekte of de problemen inschat. Openstaan voor en aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt komt ten goede aan de werkrelatie (ofwel ‘de klik’) tussen behandelaar en patiënt. Dit is een basisvoorwaarde voor effectieve zorg (Punski-Hoogvorst e.a., 2021).

CULTUUR: DYNAMIEK EN DIVERSITEIT

Cultuursensitief werken impliceert dat zorgverleners enige kennis hebben van culturen en levensbeschouwingen, waarmee zij in hun werk te maken krijgen. Zeker zo belangrijk is het dat zij patiënten met een zo open mogelijke blik en gemoed tegemoet treden. Dit impliceert dat de zorgprofessional oog heeft voor de diversiteit en dynamiek van culturele en levensbeschouwelijke fenomenen in de alledaagse praktijk. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld ‘de’ Turkse cultuur niet bestaat, omdat er onder Turkse Vlamingen en -Nederlanders verschillende subculturen en levensbeschouwingen te onderscheiden zijn. Het is eveneens van belang te beseffen dat (sub)culturen veranderen, zowel in de landen van herkomst als in België en Nederland. Zo wordt bijvoorbeeld ‘de’ islam

door sommige Marokkaans-Belgische en Marokkaans-Nederlandse jongeren anders beleefd dan de manier waarop hun ouders hun geloof praktiseerden.

CULTUURSENSITIEVE ZORG BIJ HET LEVENSEINDE: HET CULTURELE INTERVIEW

Door cultuursensitief te werken probeert de zorgverlener de patiënt te leren kennen als individu dat functioneert in diens culturele en levensbeschouwelijke leefwereld. Concreet betekent dit dat de zorgverlener naast de standaardintake en diagnose aanvullende vragen stelt over iemands levensloop en diens culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en opvattingen. Ook de manier waarop de patiënt en diens naasten een ziekte, problemen of het levenseinde beleven en de rol van eventuele alternatieve geneeswijzen kunnen ter sprake worden gebracht. Voorts kan worden gevraagd wie in de omgeving beslissingen neemt. Een heel bruikbaar instrument bij deze benadering is het *Culturele Interview*. Dit is destijds in de psychiatrie ontwikkeld als aanvulling op de DSM IV en -5 en bedoeld om het gesprek tussen zorgverleners en patiënten met een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond te stimuleren. Het bestaat uit een lijst met open vragen, waarin bovengenoemde aspecten aan bod komen. Als zodanig kan inzet van het Culturele Interview het genoemde ‘onderhandelen’ over Verklaringsmodellen bevorderen.

Indien zich tussen zorgverlener en patiënt onoverkomelijke taalproblemen voordoen, is het raadzaam - ook bij de afname van het Culturele Interview - om een professionele tolk in te schakelen.

Inzet van het Culturele Interview sluit aan bij constatering van antropologen als Pool (1996) en The (2006) én longarts de Hosson (2018) dat communicatie over het levenseinde niet louter een medische aangelegenheid is. Zij stellen dat er in die communicatie ook psychische, sociale, levensbeschouwelijke en culturele factoren een rol spelen.

CENTRALE UITGANGSPUNTEN VAN ENKELE LEVENSBESCHOUWINGEN INZAKE HET LEVENSEINDE

Zoals gezegd is het voor zorgverleners van cruciaal belang om oog (en oor) te hebben voor de beleving van

de individuele patiënt en diens naasten inzake ziekte, pijn, lijden en het levenseinde. Dat neemt niet weg dat enige kennis van visies op het levenseinde in de meest voorkomende levensbeschouwingen ook relevant is. Om de lezer hierin bij te staan beschrijf ik in deze paragraaf beknopt de centrale uitgangspunten van de meest voorkomende levensbeschouwingen inzake het levenseinde. *Nadrukkelijk wijs ik erop dat dit centrale uitgangspunten zijn, die in de praktijk onder invloed van culturele en individuele factoren vele varianten en interpretaties hebben.* Hier en daar zal ik dit laatste illustreren.

Voorafgaand aan dat overzicht is het van belang erop te attenderen dat zorgverleners inzake levensbeschouwelijke vragen rond het levenseinde een beroep kunnen doen op geestelijk verzorgers, aalmoezeniers of morele consulenten (Zie: <https://geestelijkeverzorging.nl>). Zij kunnen patiënten pastoraal begeleiden en adviseren inzake zingeving en levensvragen. Ook kunnen zij een bemiddelende rol spelen in de communicatie tussen zorgverlener en patiënt.

• JODENDOM

In het algemeen geldt dat in het jodendom het leven in het teken van de relatie tot God en de medemens centraal staat. De vraag naar een leven na de dood is voor veel joden irrelevant. Tevens hebben zij in het algemeen geen verwachtingen inzake een hiernamaals. In de loop van de geschiedenis zijn er door sommige rabbijnen en joodse gelovigen wel discussies gevoerd over hoe het leven er na de dood uit zal zien, maar duidelijke ideeën daarover zijn er niet (Ehrlich, 2004; Schouten, 2017).

Iemand die stervende is dient vanuit joods perspectief zoveel mogelijk rust te krijgen en zo min mogelijk aangeraakt te worden. Pijnbestrijding mag maar met passende uitleg. Euthanasie is niet toegestaan (Werkgroep voor Liturgie Heeswijk, 2025).

In het jodendom wordt o.m. onderscheid gemaakt tussen het orthodoxe en het liberale jodendom.

• CHRISTENDOM

In beginsel gaan christenen (rooms-katholieken, protestanten, oosters-orthodoxe christenen) ervan uit dat de levensloop van het individu wordt bepaald door God (*predestinatie*). De scheiding tussen leven en dood wordt als absoluut beschouwd, waarbij men hoopt na het overlijden in de hemel te komen. Echter in geval van een zondig leven kan men ook in de hel belanden. Pijnbestrijding is toegestaan met passende uitleg. Euthanasie is in beginsel niet toegestaan. In de praktijk verschillen

christenen daarover echter van mening. Deze variatie aan opvattingen onder christenen inzake euthanasie is het uitgangspunt van Schelling en Nuijten (2022). Zij stellen dat er in christelijke gemeenschappen ruimte dient te zijn voor degenen die bezwaar hebben tegen euthanasie maar ook voor degenen die openstaan voor euthanasie. Volgens deze auteurs (respectievelijk predikant en arts) is het uiteindelijk aan de individuele christelijke patiënt om al dan niet voor euthanasie te kiezen. Hierbij wijzen zij op het zelfbeschikkingsrecht. Op grond daarvan gaan christenen in geval van ziekte naar een arts. Maar dit recht geldt volgens hen ook als een christen lijden niet langer draaglijk ervaart en voor euthanasie opteert. Volgens genoemde auteurs breekt nood dan wet. Zij vatten euthanasie expliciet op als 'een zorgvraag'.



Begraafplaats Biggekerke

• ISLAM

Net als christenen gaan moslims uit van voorbeschikking (*'mektûb'*). Ook zij ervaren een absolute scheiding tussen leven en dood. Men hoopt op een leven hierna in het Paradijs.

Pijnbestrijding is toegestaan met passende uitleg. Euthanasie is niet toegestaan. Onder moslims bestaan diverse opvattingen over palliatieve zorg (Ahaddour, 2018; Bulut, 2024; De Poot en Distelmans, 2026).

Een Marokkaans-Nederlandse vrouw (30 jaar) verwoordt dit als volgt:

'Laat ik als voorbeeld het ziekteproces van mijn vader nemen. Hij leed aan longkanker en is gestorven net nadat hij 65 jaar was geworden. Toen hij terminaal ziek was zei mijn vader steeds dat hij geen pijn wilde lijden. Hij kreeg dan ook dormicum. Dat is een spierontspanner. En daarnaast

kreeg hij ook morfine, waardoor hij zich niet meer bewust was van de pijn. Mijn vader stelde dat medicijnen door wetenschappelijke geleerden zijn ontwikkeld. En aldus zijn ze door Allāh geschapen. Daarom was het voor hem toelaatbaar om pijnbestrijding te vragen. Dus zo kun je als moslim naar palliatieve zorg kijken. Er zijn ook moslims die zeggen dat hoe meer pijn je lijdt hoe meer zonden er worden vergeven. Maar zo keek mijn vader en ook ik er niet naar. Mijn vader wilde absoluut geen pijn lijden en vond dat niyya ofwel verantwoord.'

Bovenstaande gaat impliciet over opvattingen van soennitische moslims (Klei, 2022). Het soennisme is de grootste stroming in de islam: circa 90% van de moslims is soenniet. Daarnaast is er het sjiïsme: circa 10% van de moslims. Een substroming van het sjiïsme is het alevitisme, waartoe bijvoorbeeld circa 20% van de Turks-Belgische en Turks-Nederlandse moslims zich rekent. Dit onderscheid is van belang, omdat alevitische moslims in het algemeen een andere visie op het levenseinde hebben dan soennieten. Zij richten zich niet zozeer op een leven in een hiernamaals maar primair op het leven in het hier en nu. Alevieten stellen dat God in de mens is en dat hij of zij in dit leven voor het goede dient te kiezen. In combinatie met soefistische (mystieke) opvattingen zijn er ook alevieten, die de dood niet zien als een einde maar als een overgang in een voortdurende spirituele reis. Het gaat hier niet om reïncarnatie, zoals hindoes die ervaren, maar om een reis waarin de ziel steeds wijzer zou worden en dichter bij het goddelijke zou komen (Erciyas, 2023; Can, 2025).



• HINDOEÏSME

Voor hindoes is er geen sprake van een strikte scheiding tussen leven en dood. Zij gaan uit van een kringloop van geboorte en dood (*samsara*), waarin de ziel (*atman*) na de dood opnieuw geboren wordt in een nieuwe levensvorm (*reïncarnatie*). Het type levensvorm, mens of dier, wordt bepaald door de balans tussen goede en slechte daden van de mens (*karma*) in dit leven. Via een doorgaand proces van spirituele groei is het uiteindelijke doel dat de ziel zich bevrijdt van de kringloop van dood en wedergeboorte (*moksha*) en één wordt met het goddelijke (*Brahman*).

Ten aanzien van palliatieve zorg zijn er geen specifieke voorschriften. Voor zorgverleners is het raadzaam te trachten aan te sluiten bij de wensen en gebruiken van de individuele patiënt en de naasten.

Onder hindoes bestaan globaal twee stromingen inzake het denken over euthanasie. Enerzijds zijn er hindoes die op basis van de hindoeïstische heilige geschriften euthanasie afwijzen. Anderzijds zijn er andere hindoes die in dezelfde bronnen euthanasie als een mogelijkheid beschouwen (<https://sanatandharm.net/2020/10/16/mag-ik-als-hindoe-kiezen-voor-euthanasie/>).

De Surinaams-Nederlandse pandit (hindoe priester) Ashis Mathura zegt hierover:

'Er is een filosofie in het hindoeïsme die zegt dat het fout is, dat het vergelijkbaar is met moord. Een andere filosofie zegt dat er omstandigheden kunnen zijn, waardoor je als mens niet meer spiritueel kunt groeien of dat deze groei te traumatisch en dus negatief zal zijn. Stel je voor dat iemand ongeneeslijk ziek is en moet lijden. Als je er dan voor kiest om jouw spirituele weg een andere keer voort te zetten, dan is dat nog steeds jouw spirituele pad. Wat heeft dit leven nog voor nut als je niet meer kunt groeien? Het wordt niet goedgekeurd of toegejuicht dat iemand zelf het leven beëindigt, maar het wordt wel begrepen. Iemand beslist zelf of hij of zij niet meer kan groeien, want als mens ben je verantwoordelijk voor jouw eigen karma.' (Veldman, 2017).

Het hindoeïsme kent 2 hoofdstromingen: a. de *sanatan dharm* ofwel 'orthodox hindoeïsme', waarin *brahmanen* (lid van de hoogste kaste/sociale klasse die tevens priesters zijn) de gezagsdragers zijn en waarin verering van godsbeelden belangrijk is en b. de *arya samaj*, waarin *brahmanen* minder prominent aanwezig zijn en waarin beeldenverering wordt afgewezen.

• BOEDDHISME

In het algemeen geloven boeddhisten eveneens in karma en reïncarnatie. Boeddhisten streven naar bevrijding uit de kringloop van wedergeboorten en naar verlichting (*nirvana*). Verlichting wordt niet zozeer gezien als een eeuwig leven bij een god maar meer als een ervaring van diepe wijsheid (<https://npokennis.nl/longread/7651/wat-is-het-boeddhisme>).

Het uitgangspunt voor boeddhisten is dat lijden en sterven bij het leven horen en dat alles vergankelijk is (*anicca*). Meditaties kunnen helpen om te leren omgaan met de realiteit van het leven en lijden (Eco, 2014). In lijn hiermee kunnen pijnbestrijding en euthanasie op bezwaren stuiten. Het devies voor zorgverleners is om eerst open te staan voor de visie van de patiënt en de naasten maar hen ook adequaat te informeren over medicatie (<https://zorgxperts.nl/blogs/palliatieve-zorg-boeddhisme/>). Hetzelfde geldt voor euthanasie.

Een door mij geïnterviewde Srilankaans-Nederlandse vrouw (58 jaar) vertelt: *‘Ik heb geleerd dat de Boeddha niet direct heeft gesproken over moderne onderwerpen zoals palliatieve zorg en euthanasie. Toch helpt het boeddhisme mij om hierover na te denken. Ik zie het leven als vergankelijk en soms moeilijk. Daarom vind ik het belangrijk om met respect en mededogen om te gaan met mensen die ziek zijn of aan het einde van hun leven staan.*

Ik vind palliatieve zorg heel waardevol. Voor mij betekent het dat iemand geen onnodige pijn hoeft te hebben en rustig en waardig kan sterven. Ik geloof dat een kalme geest in die laatste fase heel belangrijk is. Over euthanasie denk ik voorzichtig. In het boeddhisme heb ik geleerd dat het beëindigen van een leven niet wordt aangemoedigd, ook niet als het uit mededogen gebeurt. Daarom zie ik het als een moeilijke en gevoelige kwestie.’

Stromingen in het boeddhisme zijn: Theravada, Mahayana, Vajrayana, volksboeddhisme.

• HUMANISME

Humanisten geloven in beginsel niet in een god of goddelijke kracht en ook niet in een hiernamaals. Voor hen is het leven in beginsel noch zinvol noch zinloos. Het leven krijgt zin doordat het individu er zelf betekenis aan geeft. Daarbij baseren humanisten zich op voor hen belangrijke waarden: menselijke waardigheid, vrijheid, persoonlijke ontplooiing, gelijkheid, zorg voor elkaar en de wereld, autonomie en zelfbeschikking.

Voor humanisten is het aan de individuele patiënt zelf om te beslissen over palliatieve zorg en euthanasie. Voor dat laatste geldt dat daarbij de medische en juridische kaders leidend zijn.

Ook onder humanisten bestaan verschillende denkrichtingen. Sommigen stellen individuele vrijheid voorop, maar voor anderen is verbondenheid en solidariteit belangrijk. Er zijn atheïstische en agnostische humanisten. Maar er zijn ook humanisten die zich religieus noemen zonder dat zij een persoonlijke god erkennen (Droogers, 2017).

• ATHEÏSME EN AGNOSTICISME

Tot besluit van dit overzicht is het belangrijk te vermelden dat ook patiënten die aangeven dat zij **atheïst** of **agnost** zijn een visie op leven en dood hebben. (*Atheïsme* is de overtuiging dat er geen god of goden bestaan. *Agnosticisme* is de overtuiging dat het onmogelijk is om te weten of goden al dan niet bestaan.) Dit benoem ik expliciet, omdat in gesprekken met bijvoorbeeld christenen en moslims nogal eens blijkt dat zij de idee hebben dat ‘niet-gelovigen’ geen levensbeschouwelijk kader hebben. Zo stelt Jensen (2024) – die diverse ‘soorten atheïsme’ beschrijft – dat dit een misvatting is. Ook voor atheïsten en agnosten geldt dat zij nadenken over lijden en sterven en dat zij in de laatste levensfase behoefte kunnen hebben om over hun gedachten en gevoelens te praten (Lauvrijs, 1997).

TERUGBLIK: CULTUURSENSITIEVE ZORG BIJ HET LEVENSEINDE IS EEN KWESTIE VAN KENNIS, HOUDING EN VAARDIGHEDEN

In dit artikel heb ik definities gegeven van de begrippen cultuur, levensbeschouwing en religie. Vervolgens heb ik uiteengezet wat cultuursensitief werken in de zorg betekent en waarom dit in de palliatieve zorg van groot belang is. Daarbij heb ik gewezen op de invloed van culturele en levensbeschouwelijke factoren op ziekteopvattingen, hulpzoekgedrag en visies op sterven. Voorts heb ik een overzicht gegeven van enkele veel voorkomende levensbeschouwelijke opvattingen over het levenseinde. Zulke kennis is belangrijk maar bovenal heb ik willen duidelijk maken dat een open houding en luisteren naar het verhaal van de individuele patiënt en diens naasten cruciaal zijn.

Over de auteur

Cor Hoffer is cultureel antropoloog en socioloog. Hij deed onderzoek naar joodse, christelijke, islamitische en humanistische opvattingen over postmortale orgaandonatie. In 2000 is hij aan de Universiteit Leiden gepromoveerd op een proefschrift over volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Van 2002 tot 2014 werkte Cor als trainer cultuursensitief werken in de GGZ. Naast onderzoek naar religieuze geneeswijzen in diverse bevolkingsgroepen verzorgt hij thans als zelfstandige trainingen voor diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg: onder meer huisartsen, wijkverpleegkundigen, GGZ-zorgverleners en bedrijfsartsen. (Voor meer info zie: Cor Hoffer | LinkedIn)

In dit artikel staat een aantal geanonimiseerde citaten van respondenten uit eigen onderzoek.

Referenties

- Ahaddour, C. (2018). "Surely we belong to God and to Him shall we return." *Attitudes, beliefs and practices regarding death and dying among middle-aged and elderly Moroccan Muslim women in Antwerp (Belgium)*. KU Leuven: Dissertatie.
- Bulut, M. (2024). *Wilt u weten wat u heeft? Een geestelijk verzorger over omgaan met cultuurverschillen in de zorg*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Can, S. (2025). 'De eeuwige cyclus.' *VARA Gids*, 11-17 januari 2025.
- CBS. (2026). *Hoever inwoners hebben een herkomst buiten Nederland*. www.cbs.nl, 2025.
- deMens.Nu (2026). 'Neen, God is niet opnieuw hip bij jongeren.' *deMens.nu* Koepel van Vrijzinnige Verenigingen in Vlaanderen en Brussel, 2026.
- Driessen, H. (2007). *Pijn en cultuur*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Droogers, A. (2017). *Kieswijzer levensbeschouwing*. Amsterdam: AUP.
- Eco, U. (2014). *Overpeinzingen over pijn*. Amsterdam: Prometheus (vertaling: 2026).
- Ehrlich, C.S. (2004). *Jodendom*. Kerkdriel: Librero.
- Erciyas, M. (2023). *God is in de mens. Een poëtische inkijk in het alevitisme*. Doetinchem: Hermans.
- Ferrant, L. (2026). 'Drempels bij artsen in het werken met palliatieve patiënten met een andere culturele achtergrond.' *Peiler*, 9(37), voorjaar 2026:12.
- Geest, van der S. (1997/1998). *De cultuur van 'au'*.

Over antropologie en pijn. *Wijsgerig Perspectief*, 38 (1997/1998)-2.

Hoffer, C.B.M. (2024). 'Hoofdstuk 19: Religieuze geneeswijzen als bron van spiritualiteit en zingeving.' in: Verhagen, P.J., van Megen, H.J.G.M. & A. Braam (red.), *Handboek Psychiatrie en religie. Levensbeschouwelijke diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg*, 223-245. Amsterdam: Boom, 2024.

Hosson, S. de (2018). *Slotcouplet. Ervaringen van een longarts*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Jensen, S. (2024). *Godeloos. Waarom we atheïsme nodig hebben*. Amsterdam: Prometheus.

Klei, E. (2022). 'Euthanasie in de islam: een absolute doodzonde?' *de Kanttekening*, 21 juli 2022.

Lauvrijs, B. (red.) (1997). *De dood. Pluralistisch/gelovige benadering*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Pool, R. (1996). *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam: WYT.

Poot, De d. & W. Distelmans (2026). 'Het allerbelangrijkste is de intentie.' (Interview Abdellatif Riffi.) *Peiler*, 9(37), voorjaar 2026:6-8.

Punski-Hoogervorst, J.L., S.N. Rhuggenaath & J.D. Blom (2021) Belief in Brua among psychiatric patients from Aruba, Bonaire, and Curacao: Results from an explorative study in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 0(0), 2021.

Schelling, P. & A. Nuijten (2022). *Als het niet meer gaat. Een goede boodschap over een goede dood*. Utrecht: Kok-Boekencentrum Uitgevers.

Schenderling, E. (2025). 'Godfluencer Noor (23) deelt haar leven met God op TikTok: "Ik beïnvloed mensen met mijn content".' *Algemeen Dagblad*, 30 juli 2025.

Schouten, H. (2017). *De vijf religies van de wereld. Hun oorsprong, bronnen, leer, leefregels, stromingen en verhalen*. Utrecht: Ten Have.

Statistiek Vlaanderen. (2025). *Bevolking naar herkomst*. (<https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen>)

The, A-M. (2006). *Tussen hoop en vrees. Palliatieve behandeling en communicatie ziekenhuizen*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Veldman, I. (2017). 'Uiteindelijk gaat het erom dat je beseft dat je God bent.' *NieuwWij*, 3 mei 2017.

Wagemakers, J. & L. van Liere (red.) (2019). *Wie is er bang voor religie? Waarom kennis van religie belangrijk is*. Almere: Parthenon.

Werkgroep voor Liturgie Heeswijk (2025). *Rituelen rond het levenseinde*. Leeuwarden: Adveniat. ©



De kunst van samenwerken in palliatieve zorg

MEER DAN 700 ZORGVERLENERS EN 43 PALLIATIEVE SUPPORTTEAMS (PST'S) VERTELLEN HOE SAMENWERKING IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN VANDAAG DE DAG VERLOOPT.

Door Louana Moons, KU Leuven

Goede palliatieve zorg in de acute ziekenhuissetting is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgverleners van de hospitalisatieafdelingen en het palliatief supportteam. Maar hoe verloopt die samenwerking vandaag de dag in Vlaamse ziekenhuizen?

Om die vraag te beantwoorden, voerden het PST van UZ Leuven - onder leiding van verpleegkundig specialist Inge Bossuyt - en de onderzoekseenheid Gerontologie en Geriatrie van KU Leuven - onder leiding van Prof. Mieke Deschodt, Prof. Maaike De Roo en Prof. Peter Pype - een surveyonderzoek uit bij alle PST's en zorgverleners van hospitalisatieafdelingen in Vlaanderen. In totaal namen 43 PST's en 714 zorgverleners deel om in kaart te brengen wat goed loopt in de interprofessionele samenwerking, waar de uitdagingen liggen en welke lessen we daaruit kunnen trekken voor de praktijk.

De huidige samenwerking scoort hoog

De samenwerking tussen zorgverleners en PST's wordt sterk gewaardeerd: maar liefst 92% van de zorgverleners geeft aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de samenwerking. Ook PST's rapporteren een hoge tevredenheid. Dit suggereert dat PST's een gevestigde en gewaardeerde partner zijn binnen de palliatieve zorg in Vlaamse ziekenhuizen.

Daarnaast blijkt dat zorgverleners meer tevreden zijn over de samenwerking met PST's wanneer zij actief wor-

den betrokken tijdens consultaties aan bed. Dit wijst op het belang van een interactieve aanpak, waarbij het PST niet alleen expertise deelt, maar ook actief verbinding maakt met zorgverleners in de dagelijkse praktijk.

Waarvoor schakelen zorgverleners het PST in?

Opvallend is dat 4 van de top 5 redenen om het PST in te schakelen rond communicatie draaien. PST-expertise wordt dus niet alleen ingezet voor complexe medische zorg, maar ook voor de communicatieve uitdagingen die palliatieve zorg met zich meebrengt. Dit benadrukt het belang van sterke communicatievaardigheden binnen alle zorgteams.

De ondersteuning in gespreksvoering situeert zich voornamelijk in gesprekken over zorg- en behandelingskeuzes aan het levenseinde. Zorgverleners doen het vaakst beroep op het PST om patiënten en hun naasten te informeren over mogelijkheden bij beslissingen rond het levenseinde, zoals euthanasie, palliatieve sedatie, palliatieve thuiszorg of een opname op een palliatieve eenheid. Ook wanneer een patiënt de wens uit om over te gaan naar een palliatieve eenheid, wordt het PST regelmatig betrokken om bijkomende informatie te geven en de patiënt vertrouwd te maken met de werking ervan. Daarnaast wordt ook vaak ondersteuning gevraagd bij gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning en bij het begeleiden van patiënten en hun naasten in het omgaan met een ingrijpende diagnose of veranderende prognose.

Top 5 redenen voor zorgverleners om hun PST in te schakelen



De grootste uitdaging? Geen onbekende...

Wanneer gevraagd werd naar belemmeringen voor samenwerking, wezen zowel zorgverleners als PST's vooral naar werkdruk en tijdsgebrek op de hospitalisatieafdelingen. Vooral PST's ervaren deze factoren als een belangrijke drempel voor samenwerking.

De uitdaging lijkt dus niet zozeer een gebrek aan bereidheid om samen te werken, maar wel een gebrek aan tijd. En net die tijd is essentieel om zorgverleners actief te betrekken tijdens consultaties, kennis uit te wisselen en samen te leren.

Welke rol verwachten we van een PST?

Tijdens consultaties met zorgverleners kan een PST 3 verschillende rollen opnemen:

- **Overnemend** – “*Ik doe het voor jou*”, waarbij het PST (tijdelijk) de verantwoordelijkheid op zich neemt voor palliatieve zorgtaken.
- **Adviserend** – “*Ik denk met je mee*”, waarbij het PST aanbevelingen geeft tijdens een consultatie.

- **Coachend** – “*Ik help je groeien*”, waarbij het PST de zorgverlener van de afdeling begeleidt en ondersteunt, met als doel leren en reflectie te stimuleren, en het laten groeien van palliatieve zorgcompetenties bij de zorgverlener.

Meer dan de helft van de zorgverleners (57,2%)ervaarde zijn PST voornamelijk in een coachende rol. Toch blijkt dat rolverwachtingen niet altijd overeenkomen. Een deel van de zorgverleners die hun PST voornamelijk in de coachende rol ervaart, verkiest toch eerder een adviseerende rol en vice versa. Terwijl de minderheid eerder een tijdelijk overnemende rol verwacht van hun PST.

3 belangrijke lessen voor de praktijk

BETREK ZORGVERLENERS ACTIEF TIJDENS CONSULTATIES

Zorgverleners rapporteren meer tevredenheid over de samenwerking wanneer ze actief betrokken worden tijdens consultaties aan bed. Wanneer palliatieve experts patiënt-gesprekken voeren samen met andere zorgprofessionals, ontstaat niet alleen een gedeeld zorgplan voor de patiënt, maar ook een waardevolle kans om van elkaar te leren. Op die manier wordt palliatieve expertise niet beperkt tot het PST, maar verankerd binnen een geheel zorgteam. Dit versterkt

de deskundigheid van zorgverleners, vergroot hun vertrouwen om toekomstige palliatieve situaties mee op te nemen en draagt bij aan een brede toegankelijkheid van kwalitatieve palliatieve zorg voor iedere patiënt die daar nood aan heeft.

ten, van elkaar leren en elkaar ondersteunen, dan kunnen gespecialiseerde en generalistische palliatieve zorg elkaar alleen maar versterken ten voordele van patiënt en naasten.

MAAK RUIMTE VOOR SAMENWERKING

Werkdruk en tijdsgebrek blijven de grootste hindernissen voor een goede samenwerking tussen PST's en ziekenhuisafdelingen. Toch tonen zowel deze bevraging als ons eerder literatuuronderzoek aan dat investeren in samenwerking loont. Regelmatige contactmomenten, gezamenlijke consultaties en patiëntenbesprekingen vergroten de zichtbaarheid van het PST, versterken het wederzijds vertrouwen en helpen zorgverleners om palliatieve zorgnoden sneller te herkennen. Al deze resultaten tonen aan dat bewust ruimte maken voor samenwerking geen verloren tijd is. En hoewel het op korte termijn een extra inspanning vraagt, kan het op langere termijn leiden tot sterkere relaties, meer gedeelde expertise en een betere afstemming van zorg. Of het nu gaat om een ziekenhuisafdeling, een woonzorgcentrum of de thuiszorg: wanneer zorgverleners elkaar regelmatig ontmoeten,

MAAK PALLIATIEVE ZORG BESPREEKBAAR

De expertise van het PST wordt het vaakst ingeschakeld bij gesprekken over palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindebeslissingen. Dat is een positief signaal: het betekent dat deze thema's besproken worden. Tegelijk maakt het duidelijk dat palliatieve zorg niet alleen de verantwoordelijkheid is van het PST. Met een vergrijzende bevolking wordt het steeds belangrijker dat alle zorgverleners de kennis, vaardigheden en het vertrouwen ontwikkelen om deze gesprekken tijdig aan te gaan. Door palliatieve zorg vroeger en vaker bespreekbaar te maken, creëren we meer ruimte voor zorg die aansluit bij de wensen en noden van patiënten. Zo bouwen we samen aan een cultuur waarin praten over zorg, kwaliteit van leven en het levenseinde vanzelfsprekender wordt. En dat is een opdracht van ons allemaal. ☺

Meer weten? Scan de QR-code!

Hier vind je het volledige Vlaamse rapport "Samenwerking tussen het Palliatief Support Team (PST) en zorgverleners van hospitalisatieafdelingen in Vlaanderen" terug.



Dit surveyonderzoek is onderdeel van het **SPICE-project** (Samen Palliatieve Zorg Innoveren, Co-creëren en Excelleren) van verpleegkundige Louana Moons. Een doctoraatsonderzoek waarbij, op basis van een literatuurstudie, het surveyonderzoek en verdiepende interviews, een toolbox werd ontwikkeld om de samenwerking tussen PST's en ziekenhuisafdelingen te versterken. De toolbox omvat vijf strategieën en werd op drie ziekenhuisafdelingen uitgetest om na te gaan wat goed werkt en waar bijsturing nodig is. Het ontwikkelen en uittesten van de toolbox was mogelijk dankzij de steun van Kom op tegen Kanker.

Meer weten over de SPICE-toolbox? Scan de QR-code:



Interesse in dit thema?

Werk je rond palliatieve zorg, interprofessionele samenwerking, of de werking van PST's en wil je graag ervaringen uitwisselen of informatie ontvangen over dit onderzoek? Neem dan gerust contact op.



Louana Moons



louana.moons@kuleuven.be



Een nacht uit het leven van...

Kristel en David werken bij Nachtzorg. Zij waken 's nachts bij zieke of oude mensen die zorg nodig hebben. Wat maken zij allemaal mee in de stilte van de nacht?



Nachtzorg – Slaap gerust op beide oren...

Bij Nachtzorg begrijpen we dat uw zorgbehoeften niet stoppen wanneer de zon ondergaat. Daarom bieden we 's nachts gespecialiseerde (niet-medische) zorg aan in uw eigen, vertrouwde omgeving.

Nachtzorg richt zich specifiek tot personen met een vorm van dementie, met een chronische ziekte, met functieverlies door ouderdom of mensen in een palliatieve situatie. Er wordt uitzonderlijk ook kortdurende hulp aangeboden na een ziekenhuisopname.

Afhankelijk van de situatie worden verzorgenden of vrijwilligers ingezet. De professionele verzorgenden volgden een theoretische opleiding en praktijkstages. Hun kerntaken zijn het toedienen van personenzorg en het ondersteunen van de mantelzorgers.

Nachtzorg bestaat in Antwerpen sinds 2004. Vanaf 2010 werd Antwerpen de eerste provincie met een aanbod nachtzorg in elke regio. Nachtzorg is een samenwerking tussen verschillende diensten gezinszorg en vrijwilligersdiensten. Deze samenwerking is naast de grote flexibiliteit en inzet van onze medewerkers de sleutel tot het succes van Nachtzorg. De deelnemende zorgorganisaties zijn erkende vzw's en hebben dus géén commercieel doel. Het grootste deel van de (personeels)kost van Nachtzorg wordt trouwens afgedekt door de Vlaamse overheid.

Meer info?
www.nachtzorg.be



DAVID

Ik ben David. Ik werk bij Nachtzorg als zorgkundige. Ik heb gekozen om in de zorg te gaan werken door mijn familiale situatie. Mijn moeder overleed aan leukemie op 31-jarige leeftijd. Ik was toen 8 jaar. Ik heb het zorgende stukje altijd wel in mij gehad, ik wil iets kunnen betekenen.

Ik ben bij Nachtzorg terechtgekomen via het 24-uurs zorgsteunpunt. Ik ben geen ochtendmens, hoewel ik in het verleden veel vroege shiften heb gedaan. Ik vind dat de avond iets rustigs heeft. Je vertrekt naar je patiënt en je ziet overal de lichten branden. Je weet dat mensen gezellig voor de televisie zitten, daarna maken ze zich klaar om te gaan slapen en dan komt de stilte van de nacht.

Een 'werknacht' is niet altijd rustig, maar de sfeer is anders. We starten onze inzet om 22u. Bij sommige klanten ga je zelf binnen met een sleutel die je in een kastje vindt. Soms ligt de klant al in bed, soms moet die nog klaargemaakt worden voor de nacht. De klant mag geen hinder van ons ondervinden. Wij zitten in een aparte ruimte en ze roepen ons wanneer ze iets nodig hebben. Soms vragen ze om bij hen te komen zitten om te babbelen of samen tv te kijken. Als ik aanvoel dat de mensen ermee om kunnen, gebruik ik ook heel graag humor. Dit maakte donkere gedachten of de pijn wat draaglijker en werkt ook afleidend.

De aanvraag gebeurt vaak door de familie. Het gebeurt dat de persoon zelf eigenlijk niet klaar is voor onze inzet. Je komt wel echt in hun privé omgeving. Tijdens de eerste nacht merk ik dan vaak onrust en dat kan ongemakkelijk aanvoelen. Anderen slapen net onmiddellijk in, wetende dat er iemand is.

De taken die wij opnemen zijn zorgtaken. Dat gaat van het positioneren van kussens, wisselhoudingen, tot vocht toedienen. Als de klant zin heeft om te eten, smeer ik een boterham. Bij een toiletbezoek ondersteun ik de klant en uiteraard ook de algemene hygiëne. Daarnaast bied ik mentale ondersteuning, vooral in palliatieve situaties.

Ik bereid mij altijd voor alvorens ik ga, ik wil het goed doen. We komen ook in contact met andere culturen. Bij Islamitische patiënten word ik als man zijnde bijna nooit toegelaten bij vrouwelijke patiënten. Ook bij Joodse patiënten verlenen wij zorg. Ik hou er dan bijvoorbeeld rekening mee dat ik eerst de linkse kous moet aandoen en dan pas de rechtse en dat ik bepaalde lavabo's niet mag gebruiken of niet wordt toegelaten in de keuken.

Bij personen met palliatieve zorgnoden ligt de pijnmedicatie soms klaar en moet het genoteerd worden dat wij dat mogen geven. Deze personen hebben vaak heel veel behoefte om te praten. De nacht geeft andere gesprekken dan de dag. Ik ben heel geïnteresseerd in mensen en hun biografie. Ik zal nooit meteen mensen uitvragen over hun verleden, maar eens er vertrouwen is gaan de gesprekken dieper. Het gaat vaak over conflicten binnen familie, gebeurtenissen en relaties. Als ik terug naar huis ga 's ochtends, zeggen ze vaak sorry voor hun 'gezaag'. Ik vind dat helemaal niet erg; als je iets meerdere keren vertelt dan is dat een teken dat je het nodig hebt om het te herhalen. Ik voel me daar comfortabel bij, misschien omdat ik zelf ook al heel veel heb meegemaakt. Sommige verhalen herken ik, andere houden me soms wel bezig. Je zou ervan schrikken hoeveel mensen aan ons vertellen, vol overtuiging en kracht. Als onze inzet stopt dan moeten we dit ook kunnen loslaten.

De nacht die me tot nu toe het meest is bijgebleven, was bij een mevrouw die longkanker had en stervende was. Zij heeft toen heel de nacht niet geslapen. Ze had veel pijnmedicatie genomen. Het was zwaar om haar te verleggen; ze lag in een gewoon bed, geen ziekenhuisbed en elke millimeter maakte een verschil voor haar. Die mevrouw praatte heel de tijd. Ze zag allerlei dingen naast mij die er niet echt waren. Ze was erg verwijtend en woedend naar haar ex-partners toe, deze relaties had ze nooit goed kunnen verwerken. Ze stelde mij regelmatig de vraag of ze ging sterven. Ik denk dat ze bang was dat als ze zou gaan slapen, ze niet meer wakker zou worden. Ze vocht daartegen. Haar hoofd was onrustig waardoor haar lichaam dat ook was. Ze was niet klaar om te sterven. Dat was een hele heftige nacht voor mij.



KRISTEL

Ik ben Kristel, 63 jaar oud. Ik ben gestart met werken in een rusthuis als zorgkundige. Na een verhuis van een klein, gezellig rusthuis naar een grote instelling, kon ik daar niet meer aarden. Dan heb ik 10 jaar in de thuiszorg gewerkt. Toen ging een collega die bij Nachtzorg werkte op pensioen. Ik deed examen en ben dan daar gestart.

De vrijwilligers bij Nachtzorg doen 'slapende nachten', die zijn gewoon aanwezig en mogen geen zorgkundige taken doen. Wij doen dat wel; wij helpen mensen naar het toilet gaan, in bed leggen, medicatie geven als dat klaarstaat, ... Bij de aanmelding wordt er bekeken of er een vrijwilliger of een zorgkundige nodig is.

Sommige mensen liggen al in bed als we aankomen, anderen hebben onze hulp nodig. Elke nacht is anders. We hebben bijvoorbeeld een jonge man van 23 jaar met ALS die om het uur een wisselhouding moet krijgen. Of een mevrouw die we telkens om 5.30u moeten wakker maken om haar benen te wassen en steunkousen aan te doen. Soms zijn we heel de nacht bezig met zorgen, andere nachten zijn erg rustig. Een andere klant van ons is een jongere vrouw die verlamd is door een verkeersongeval. We moeten haar helpen om in bed te geraken. Soms moet ik haar 1 keer helpen om naar het toilet te gaan, soms 4 keer per nacht.

We bouwen geen langdurige band op met de mensen, want we krijgen geen vaste gezinnen toegewezen. We worden allemaal overal ingezet om de werkzwaarte te verdelen. Sommige gezinnen krijgen wel een vaste ploeg, maar meestal is dit niet. Als mensen 3 nachten per week beroep doen op Nachtzorg dan kan het wel zijn dat ze regelmatig dezelfde persoon zien.

We starten om 22u en eindigen om 7u. Ik werk deeltijds: 2 nachten per week. Het omschakelen van het dag- en nachtritme begin ik wel te voelen met ouder te worden. Ik werk hier nu 8 jaar. Volgend jaar ga ik met pensioen. Het heeft voordelen om 's nachts te werken. Je hebt veel tijd om andere dingen te doen.

Ik heb 1 keer een meneer zien sterven tijdens mijn shift. Ik was opgelucht dat zijn lijden was gestopt. Dan ben je aanwezig op een heel intiem moment. Ik heb zijn vrouw toen wakker gemaakt en haar bijgestaan in het eerste verdriet. Toen heb ik de thuisverpleegkundige gebeld, koffie gezet en gewacht tot de verpleegkundige er was.

Naast de patiënt zijn we er ook voor de mantelzorgers. Soms heeft de familie erg veel nood aan praten, tot 1u 's nachts. Er zijn zoveel mensen die in de nacht zorgen voor hun moeder, vader, broer, partner, en die dat lang blijven volhouden. Het is goed dat we hen af en toe kunnen ontlasten zodat ze eens goed kunnen slapen. Andere klanten zijn helemaal alleen en hebben geen netwerk.

Bij palliatieve personen luister ik nog meer naar wat ze graag willen. Als ze 's nachts frietjes willen, dan bak ik die. Soms help ik de thuisverpleegkundige met de verzorging. Mijn eerste nacht ga ik nooit vergeten. Dat was een toffe man van mijn leeftijd. Ik moest zijn tanden poetsen met klei.

Wij werken alleen, maar hebben wel om de 2 weken een teamvergadering. We geven dat tips aan elkaar en bespreken allerlei zaken. Elke nacht wordt er in het dossier een verslag gemaakt wat je die nacht hebt gedaan. Je kan daar ook terugvinden wat de diagnose is, wie de hulpverleners zijn en of er bepaalde aandachtspunten zijn. De 1-op-1 zorg die wij kunnen bieden, vind ik een grote meerwaarde, heel anders dan in een woonzorgcentrum. Wij krijgen tijd. ©



Podcast Hartgenoten

Serap Can (39) is een jonge Turkse moeder van 2 dochters die in 3 jaar tijd 3 keer door kanker werd getroffen. Vlak na de geboorte van haar jongste dochter, eind 2021, werd ze voor de eerste keer geconfronteerd met baarmoederhalskanker. In april 2023 werd een tumor in haar linkerlong ontdekt en nadien volgden nog longmetastasen.



Ze is blogster, auteur van het boek *Een kijk in mijn hart*, columnist voor Billie (het weekendmagazine van HBVL, Het Nieuwsblad en Gazet van Antwerpen), ambassadrice voor het Limburgs Kankerfonds en podcastmaakster. Na haar eerdere reeksen *Serap on the road* en *Een kijk in mijn hart*, voegt ze daar nu een derde reeks aan toe: *Hartgenoten*. Deze podcast is een vervolg op haar columns, waarin ze luisteraars meeneemt in haar leven met kanker.

In deze podcastreeks gaat Serap in gesprek met 'hartgenoten' of lotgenoten. Ze koos bewust voor de term *hartgenoten* omdat het veel verder gaat dan kanker alleen: ze begrijpen elkaar en delen dezelfde ervaringen en hetzelfde leed. Zo spreekt ze in de eerste aflevering met onder meer Nicolas Overmeire over 'levend verlies'. Wat als je weet dat het einde nadert? *"Ik leef nog, dus mag ik dan wel rouwen?"*

Nicolas kwam via zijn vader voor het eerst in aanraking met de term *levend verlies*. De artsen gaven hem oorspronkelijk nog 3 maanden, maar dat werden uiteindelijk 3 jaren. *"Enerzijds ben je super dankbaar voor meer tijd, anderzijds maakt die extra tijd je ook onzeker."* Je zit dan in een continu gevoel van levend verlies: iedereen in het ge-

zin is nog in leven en probeert er alles uit te halen, maar tegelijk kom je steeds dichterbij het definitieve afscheid.

Ook hartgenoten Virginie (45), Stephanie (31) en Michael (27) vertellen wat levend verlies voor hen betekent. Want ook voor Serap heeft het een heel specifieke invloed: *"Ik heb het gevoel dat ik, sinds mijn diagnose, beetje bij beetje afstand neem van wat was en van hoe ik dacht dat mijn leven eruit zou zien."* Voor anderen betekent levend verlies het verlies van hun haar tijdens de behandelingen, een wegvallende toekomstblik, of de constante onzekerheid door een prognose. Het feit dat je nog een x-aantal jaar krijgt, maakt het voor Michael bijvoorbeeld moeilijk om vooruit te plannen. Voor Stephanie zit het verlies dan weer in de onzichtbaarheid van haar ziekte: zij voert een dagelijkse, onzichtbare strijd.

Met *Hartgenoten* biedt Serap niet alleen een krachtig platform voor wie herkenning zoekt in een ziekte- of rouwproces, maar opent ze ook de deuren voor naasten, zorgverleners en het bredere publiek. De reeks doorbreekt taboes rondom de eindigheid van het leven op jonge leeftijd en geeft een eerlijke, onmisbare inkijk in de emotionele en mentale werkelijkheid van wie leeft met een ingrijpende diagnose. ©



Om goede zorg te kunnen bieden heb je een goed zorgnetwerk nodig. Daar zijn we ons bij PHA ten volle bewust van. We geven jullie met deze rubriek graag een inblik in een organisatie waarmee we samenwerken. Dit keer neemt **Lus vzw** het woord.

De essentie is verbondenheid



“Er is een groot verschil tussen het alleen dragen of het gevoel hebben gedragen te worden”.



Hoe kan je de verbinding versterken binnen een bestaand netwerk? En hoe kan je buiten het eigen netwerk nieuwe connecties aangaan? Kan dit ook binnen een palliatieve zorgsituatie? Is zorg dragen voor elkaar iets dat we hebben verloren?

Wij gingen in gesprek met Geertrui Vandelanotte, coördinator en eindverantwoordelijke van Lus vzw.

Kan je jezelf en LUS vzw eens voorstellen?

Ik ben Geertrui, 59 jaar en woonachtig te Gent. Getrouwd, mama van 3 volwassen zonen en mémé van 1 kleindochter. De achterliggende motivatie voor de oprichting van Lus vzw ligt in mijn eigen voorgeschiedenis. Ik kom uit een warm nest met 5 kinderen en inwonende grootouders. Wij kregen mee hoe belangrijk het is om goed omringd te zijn, een thuis te hebben, zorg te dragen voor elkaar en gastvrij te zijn. Zo'n kring van familie en vrienden biedt een sterke garantie op een goed leven én op een achterban die voor je opkomt op momenten dat jijzelf in slechte papieren raakt. Zeker wanneer je in je leven langdurig afhankelijk wordt van professionele zorg kan je snel de regie over je eigen leven kwijtraken. Vanuit die vaststelling bouwden Martine Boone en ikzelf Lus vzw uit. In de beginjaren waren we vooral actief in de sector van personen met een beperking maar geleidelijk aan konden we een plaatsje bemachtigen binnen de brede welzijnssector, en daar zijn we blij mee. Lus vzw wil breed toegankelijk zijn voor iedereen, zonder criteria om te kunnen binnenstromen. Er is voor ons namelijk geen 'wij' en 'zij', ieder van ons is beter af als je goed omringd bent en op bepaalde momenten in je leven kan zo'n 'lus' van mensen rond je het verschil maken! Al van bij de start kozen we er bewust voor om een vrijwillig-

ligersorganisatie te worden omdat in relaties en netwerk-ontwikkeling de wederkerigheid zo essentieel is. Mensen die binnen Lus het vrijwillig engagement opnemen om een lus- of linkgroep te ondersteunen geven zo het signaal dat de mensen waar ze mee op pad gaan de moeite waard zijn én dat de band die ontstaat ook voor hen als vrijwilliger een meerwaarde biedt. Die betrokkenheid van burger naar burger is van een andere orde dan wat een betaalde kracht te bieden heeft. Naast alle professionele zorg die ieder van ons op bepaalde momenten in ons leven nodig heeft, is de meerwaarde van er niet alleen voor te staan heel groot. Alle acties die we in de loop der jaren hebben uitgebouwd proberen daaraan bij te dragen en ondertussen zijn we met zo'n 180 vrijwilligers en 6 medewerkers die alles in goede banen proberen leiden.

Welke acties ondernemen jullie precies? Er zijn 'linkgroepen' en 'lusgroepen'. Wat is het verschil en hoe komen deze tot stand?

Mensen die het gevoel hebben er te veel alleen voor te staan kunnen op lus beroep doen voor het opstarten van een **lus-groep**. Zo'n lusgroep is een kring van familie, vrienden, buren, kennissen die op regelmatige basis samenkomen, vaak bij de persoon thuis. Samen delen ze zowel mooie als moei-

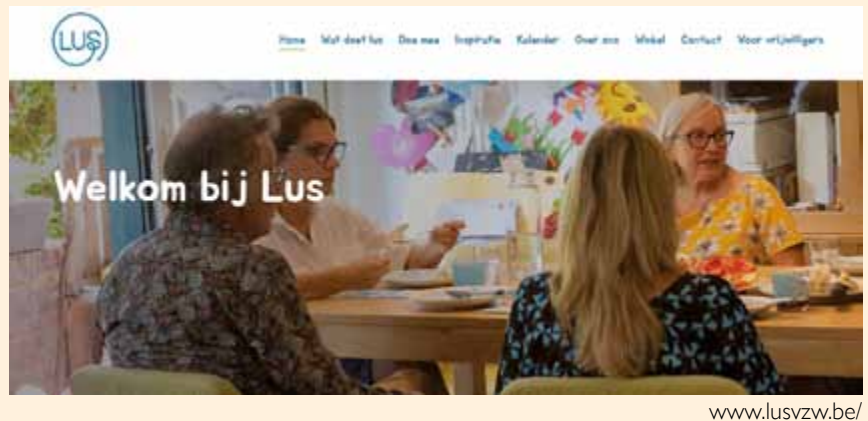
lijke momenten, luisteren ze naar elkaar, zoeken ze oplossingen en maken ze plannen. Het zijn mensen die al in het leven van de centrale persoon aanwezig zijn, maar zich via deelname aan de lusgroep engageren om nog bewuster betrokken te zijn op het leven van die persoon. Om de 4 à 6 weken komt deze groep dan samen, meestal bij de centrale persoon thuis. Het kan over vanalles gaan, de centrale persoon beslist. Je hebt dan ook heel actiegerichte groepen, maar evengoed babbelgroepjes of reflectiegroepjes.

Elk groepje wordt ondersteund door een vrijwilliger, die zo lang blijft als het groepje actief is. Uit onze cijfers zien we dat bij een groot aantal groepjes na 2 of 3 jaar de banden zo versterkt zijn dat die vaste Lus-samenkomsten niet meer nodig zijn. Maar er zijn ook groepen die al 19 jaar samenkomen.

Lus helpt bij het opstarten van een lusgroep. We zorgen voor een vrijwillige compagnon de route zoals wij de vrijwilligers noemen en zetten samen met de centrale persoon de nodige stappen om zijn of haar lusgroep vorm te geven. Dit is in veel gevallen geen evidentie. Wij zijn het in Vlaanderen niet gewoon om ons op die manier te omringen en heel vaak geven mensen bij de start aan 'dat er niemand meer overschiet'. En dat klopt vaak ook wel. Zo merken we dat een persoonlijk netwerk afbrokkelt als mensen bijvoorbeeld langdurig ziek worden of een kind krijgen met een beperking of psychisch kwetsbaar worden, enz. Er komt dan professionele hulpverlening die 'overneemt' (wat in veel situaties ook nodig is) maar waardoor de omgeving vaak een stapje achteruit zet, uit onmacht, onwetendheid, en omdat voor hen ondertussen het leven verder gaat.

Maar na meer dan 20 jaar durven we zeggen 'en toch': als mensen de moed vinden om de stap naar Lus te zetten vinden we bijna altijd een paar mensen die wel het engagement willen aangaan. Soms gaat dit snel, soms duurt het een paar maanden. Soms moeten we hiervoor op zoek naar mensen uit het verleden, soms is wat bemiddeling en herstel nodig en soms moeten we op zoek naar mensen die bij de start eerder in de kennissenkring zitten en waar de vriendschapsband nog moet groeien. Maar bijna altijd slagen we erin om een lusje te vormen, soms een kleintje van 2 à 3 mensen, soms grote van 10 à 15 mensen. Maar zoals met zoveel dingen is de kwantiteit van de groep niet belangrijk.

Kenmerkend voor lusgroepen is dat ze, zoals met wijn, beter worden met de tijd. Die duurzaamheid is voor ons heel belangrijk. Het toont dat een lusgroep niet in de eerste



plaats dient om een concreet probleem op te lossen. In een lusgroep gaan mensen het engagement aan om langdurig, bewust op elkaars leven betrokken te blijven.

Wat wij doen is gratis. Als we samenkomen is dat heel vaak 's avonds en in het weekend. We werken op het tempo van de persoon en het netwerk. Wij zijn doorheen gans Vlaanderen werkzaam. Een vrijwilliger vinden in de exacte regio vraagt soms wel wat tijd.

Wat is het effect van zo'n Lusgroep?

Een goeie vraag die niet zo eenvoudig te beantwoorden is omdat elke groep zo verschillend is. Maar het voorbije jaar hebben we toch geprobeerd om de impact van een lusgroep te meten door aan betrokkenen de vraag te stellen wat de meest significante verandering in hun leven was door de opstart van de Lusgroep.

Respondenten gaven aan dat de betrokkenheid van de mensen uit hun bestaand netwerk door de lus-samenkomsten zichtbaar en versterkt werd. De band die ze hadden met broers, zussen, burens, vrienden, kreeg door de samenkomst een diepere laag. Anderen zagen vooral een winst in het gevoel een vangnet te hebben op momenten dat het niet meer ging. Nog anderen ervoeren de groep als een verrijking omdat ze een bredere kijk kregen op mogelijke oplossingen, vanuit de vaststelling: met meer weet je meer dan alleen. Tot slot was de lusgroep voor een aantal mensen een springplank om iets nieuws te durven zoals verhuizen of van werk veranderen.

En wat zijn linkgroepen dan precies?

In **linkgroepen** brengen we mensen uit eenzelfde buurt samen die op zoek zijn naar nieuwe contacten. Het zijn groepen van 5 à 8 mensen die elkaar bij de start nog niet kennen. Zij komen één keer per maand samen en vormen gaandeweg een groep waar iedereen zichzelf kan en mag zijn. Een duo vrijwilliger verbinders van Lus starten de groepen op

en ondersteunen de samenkomsten. Deze linkgroepen zijn gegroeid vanuit de vaststelling dat sommige mensen hun persoonlijke netwerk goed zit, maar dat ze nood hebben aan linken buitenhuis. Meestal zijn dat mensen die het niet zo evident vinden zich aan te sluiten bij het gewone socio-culturele volwassenwerk, verenigingen en organisaties. Linkgroepen zitten tussen het individuele en het georganiseerde verenigingsleven in en zijn zeer divers. Ze komen samen en doen allerlei dingen, maar de activiteiten zijn niet het doel op zich. Het is een middel om verbondenheid te laten groeien. Mensen moeten bereid zijn om ieder in zijn eigenheid te laten en genoeg mentale bandbreedte te hebben om iedereen te laten zijn. We merken in die groepen dat mensen enorm genieten van ergens bij te mogen horen. Een aantal mensen geven aan dat het een zeer grote verrijking is omdat ze met mensen in contact komen die ze in hun eigen kring nooit zouden ontmoeten: mensen van een andere origine, leeftijd, een andere levensinstelling.

Doet Lus naast het opstarten van lus- en linkgroepen nog andere zaken?

Lus- en linkgroepen zijn echt onze 'corebusiness', maar om ervoor te zorgen dat die groepen geen eilandjes op zich worden zetten we ons als organisatie ook in op sensibilisering en bewustwording. Omdat er voorwaarden zijn in onze samenleving én vanuit het beleid om mensen echt duurzaam te omringen. In dit alles heeft ieder van ons als burger een belangrijke rol. Zo hoor je de laatste jaren steeds meer het discours dat de aanpak van eenzaamheid een individuele verantwoordelijkheid is terwijl wij ervan overtuigd zijn dat wij naar elkaar toe een verantwoordelijkheid hebben om uit te reiken en dat het niet altijd de mensen zijn die in slechte papieren zitten die de stappen moeten zetten. Via voorstellingen, spelletjes, lezingen en workshops proberen we mensen te sensibiliseren over het belang van een netwerk en uit te reiken aan een ander. Ik denk dat dat een groot verschil maakt: het alleen dragen of het gevoel hebben gedragen te worden. De essentie is verbondenheid.

Komen jullie in aanraking met palliatieve zorgsituaties?

In het verleden hebben we een aantal lusgroepen gehad rond mensen in een palliatieve fase en we hebben gemerkt dat ook in zo'n situatie een lusgroep het verschil kan maken. Ik geef graag enkele voorbeelden om het concreet te maken.



Julienne was een dame van 78 met een degeneratieve spieraandoening. Julienne was sinds enkele jaren weduwe, woonde in haar eigen huis en wou daar ook zo lang mogelijk blijven. Ze had de nodige professionele ondersteuning maar voelde dat ze de regie over haar eigen leven en levenseinde aan het verliezen was. Op haar vraag werd een lusgroepje gevormd met haar zoon, kleindochter en buurvrouw. Julienne noemde het groepje 'ons onderonsje'. Het doel van het groepje? Op 'tafel kloppen' rond de zaken die voor Julienne heel belangrijk waren in haar leven en waar ze het gevoel had niet gehoord te worden. Julienne was iemand die heel graag kookte en lekker eten klaarmaakte. Toen het haar op een bepaald moment niet meer lukte om zelf te koken had de huishulp maaltijden van het OCMW geregeld. Maar dat 'saus-eten' zoals ze het noemde omdat er overal veel saus op was en groenten, vlees en aardappelen vaak gemengd waren smaakte haar helemaal niet waardoor ze ook zichtbaar vermagerde. Het groepje ging daarop op zoek naar alternatieven. Meeneem maaltijden uit de supermarkt werden uitgetest, net als traiteurs uit de omgeving, tot Julienne terug smaak kreeg van haar eten. Toen Julienne op een bepaald moment niet meer zelf de krant of een boek kon lezen (omdat ze de kracht niet meer had om de bladzijden om te slaan) stelde de buurvrouw voor om elke dag langs te komen om de krant voor te lezen, wel met de afspraak dat het de ene keer de Standaard was en de andere keer De Morgen. Haar kleindochter sprak enkele boeken in die Julienne dan zelf kon beluisteren via een oude cassette recorder. Geen grote dingen, maar wel zaken die voor Julienne 'gouden randjes' betekenen aan de donkere wolk die rond haar hing. En op het moment dat ook het praten steeds moeilijker werd, formuleerde Julienne in het onderonsje haar wensen tav de hulpverlening, die dan vertaald werd door haar zoon. Na haar overlijden gaf de zoon aan dat het afscheid heel intens was maar dat het, doordat ze er zo bewust mee bezig geweest waren in de maanden voor haar dood, ook vlugger een plek kon krijgen.

Of het verhaal van Lydie, een vrouw met kanker waar we een groepje vormden met haar dochters, een vriendin, de thuis-hulp en een broer. Op een bepaald moment was de toestand van Lydie zo achteruit gegaan dat de verpleegkundige een zuurstoffles installeerde voor mocht Lydie in ademnood komen. In de weken die volgden kwam één van de dochter steeds minder op bezoek ... Toen Lydie tijdens de samenkomst aangaf dat ze die bezoeken miste, gaf de dochter eerst aan dat het 'heel druk was'. Maar na wat doorvragen vertelde ze met tranen in de ogen dat ze elke keer ze de oprit opreed vreesde dat ze haar mama dood zou aantreffen of in zeer zware zuurstofnood en dat zij dan vlug zou moeten handelen en iets verkeers doen. Die schrik werkte zo verlammend dat de dochter steeds meer wegbleef. In eerste instantie werd de thuishulp verhoogd en kreeg de dochter een duidelijke uitleg over hoe de zuurstoffles werkte, wat tijdelijk rust bracht en de bezoeken terug toenamen. Maar toen Lydie's zorgnood nog meer toenam koos ze voor een opname op een palliatieve afdeling. Hoewel ze bij het begin van haar ziekteproces altijd had gezegd thuis te willen sterven zei ze op één van de laatste samenkomsten dat ze liever omringd door haar familie wou sterven op een afdeling dan alleen thuis ... Het is niet aan ons om te bepalen wat Lydie moet doen, maar binnen de lussamenkomsten hebben we ruimte gemaakt om dingen bespreekbaar te maken, en dat heeft echt een verschil gemaakt.

In een andere groep ging het vooral over het samen nadenken over de toekomst van de dochter met een beperking en was de centrale vraag van de mama, die kanker had: 'wat als ik er niet meer ben'. En de groep van Jef was eigenlijk vooral een groep rond zijn partner Suzanne, die zich als mantelzorger heel vaak alleen voelde.

Louis koos dan weer voor euthanasie, maar ook hij had baat bij een lusgroepje, waar hij samen met zijn goeie vrienden gesprekken voerde over loslaten, begrijpen en het delen van verdriet. De inhoud van de afscheidsviering was één van de thema's die daar aan bod kwam.

In elk van die verhalen en processen brengt Lus geen expertise binnen, maar creëren we een veilige plek waar thema's bespreekbaar worden, waar naar oplossingen gezorgd wordt, waar mensen verbonden blijven, ook in die laatste levensfase.

Deden we 'zorgdragen' in onze maatschappij vroeger beter?

Ik denk dat onze samenleving sterk veranderd is en dat dit ook een impact heeft op hoe we zorg dragen voor elkaar. In

Vlaanderen heeft de overheid de voorbije 50 jaar sterk geïnvesteerd in de uitbouw van zorg, zowel residentieel als ambulante. Een heel goeie zaak. Tegelijk heeft dit steeds meer gespecialiseerd zorgsysteem als negatieve bijwerking dat we het spontane zorgdagen van burger tot burger wat aan het verliezen zijn. Als er iemand verdriet heeft of zorg nodig heeft, geven we heel vlug het advies daarvoor professionele hulp te gaan zoeken ...

Tijd nemen voor elkaar, luisteren naar iemands verhaal, iemand aandacht geven, eens langsgaan, samen plezier maar ook verdriet delen: ook dat is zorgdragen en het is een vorm van zorgdragen die we als burger aan elkaar te bieden hebben, het is als het ware het sociaal kapitaal van een goed functionerende samenleving en vormt de essentiële hoeksteen waarop ons zorgsysteem is gebouwd.

Politici en overheden zouden deze basis veel meer moeten (h)erkennen en koesteren. En dit gebeurt niet door allerlei zorgtaken nog meer af te schuiven op ouders en kinderen die als mantelzorgers al zoveel dragen.

Noch door te weinig middelen te voorzien voor de noodzakelijke aanvullende professionele hulp waardoor mensen uitgeput raken.

En nog minder door het huidige discours waarbij betaald werk het grootste goed is en mensen (en meestal vrouwen) in hun pensioen afgestraft worden omdat ze zorg opnamen voor hun kinderen of ouders of door mensen die als familielid zorgverlof willen opnemen een vergoeding te geven die totaal geen waardering en respect uitstraalt.

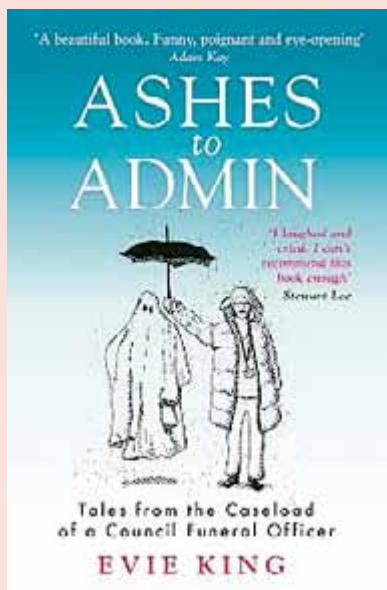
Tijd en middelen ter beschikking stellen en een herdenken van het hele zorgsysteem is onzes inziens dringend nodig.

Lus probeert in dit alles haar heel klein steentje bij te dragen. Door tijd te maken om de verbinding tussen mensen te versterken, want net daaruit groeit betrokkenheid en zorg dragen.

Hoe zien jullie de toekomst van Lus?

We zijn als Lus heel ambitieus. En hiermee bedoel ik niet dat we als organisatie nog groter willen worden. Onze ambities liggen op vlak van het mee blijven bouwen aan een meer zorgzame samenleving waarin iedereen een goed leven kan uitbouwen en zich omringd weet door anderen, ook op momenten dat je in slechte papieren zit.

Of lus- en linkgroepen binnen 10 jaar nog steeds onze corebusiness zullen zijn, weet ik niet. Maar ik hoop alvast dat wat we doen nog steeds bijdraagt aan onze missie, want samen maken we van verbinding geen toeval maar een keuze. ©



Boek: Ashes to Admin: Tales from the Caseload of a Council Funeral Officer

AUTEUR: EVIE KING

UITGAVE: 2023

Door Stephanie Hufkens, verpleegkundig specialist PHA

“I’ve a body out the back for you.” Met deze pakkende en vervreemdende quote introduceert Evie King de dagelijkse realiteit van haar werk. Je stapt als lezer onmiddellijk de alledaagse, soms bizarre, maar altijd fascinerende praktijk van een gemeentelijk uitvaartambtenaar in het Verenigd Koninkrijk binnen.

Wat gebeurt er als je overlijdt en er is niemand om je uitvaart te regelen? Geen familie, geen vrienden, of simpelweg geen geld? In het Verenigd Koninkrijk valt die taak onder ‘Section 46’ van de Public Health Act. Een gemeentelijk ambtenaar stapt dan in om alles af te handelen. Evie King is zo’n ambtenaar.

In *Ashes to Admin* neemt King je mee achter de schermen van deze onzichtbare wereld. Doorheen haar boek vertelt ze over de variatie in haar job: van het doorzoeken van eenzame huizen naar identiteitsbewijzen en geld, het leeghalen van de koelkast en het opzeggen van abonnementen, tot het speuren naar oude kennissen en het regelen van een waardig afscheid. Ze neemt je mee in de verhalen van overledenen en laat zien hoe ze op zoek gaat naar enige vorm van informatie om het afscheid vorm te geven op een manier die past bij de persoon die iemand was.

Ondanks het zware thema toont het boek dat niemand echt 'helemaal niemand' heeft. Vaak vindt Evie burens, lokale winkeliers of oude vrienden die herinneringen ophalen. Het boek bundelt anekdotes over vreemde vondsten, bureaucratische absurditeiten en hartverwarmende menselijke connecties.

Het centrale thema van het boek is de confrontatie met onze eigen sterfelijkheid en de vaak stille maatschappelijke kwestie van eenzaamheid. King legt op een kwetsbare manier de vinger op de zere plek van de moderne samenleving en verkent de diepgewortelde menselijke angst om na het overlijden vergeten te worden.

Hieraan gekoppeld speelt menselijke waardigheid een cruciale rol in het narratief. Het boek benadrukt de overtuiging dat ieder mens, ongeacht diens maatschappelijke status, financiële middelen of soms gecompliceerde levenswandel, recht heeft op een respectvolle en zorgvuldige afhandeling van het afscheid.

Tot slot behandelt het werk de betekenis van een menselijk leven, ook wel omschreven als de 'rimpeling' die iemand achterlaat. King laat zien dat de waarde van een leven niet wordt afgemeten aan de hoeveelheid mensen die op de uitvaart aanwezig zijn, maar aan de kleine, onzichtbare sporen en herinneringen die iemand achterlaat in het leven van de mensen om zich heen.

King heeft een achtergrond in stand-upcomedy, wat duidelijk merkbaar is in haar schrijfstijl. Ze combineert een duistere, Britse humor met enorm veel empathie en eerbied. Het boek wordt nergens te zwaar of luguber; de balans tussen emotie, maatschappijkritiek (de enorme kosten van commerciële uitvaarten) en humor maakt het een lichte, meeslepende leeservaring.

Ashes to Admin is een ontroerend, grappig en relativerend boek. Het haalt het taboe rondom de dood weg, herinnert de lezer eraan dat elk mens een verhaal heeft dat het waard is om verteld te worden, en geeft ons een waardevolle inkijk in hoe ze aan de overkant van het water met dood en sterven omgaan. Een absolute aanrader voor liefhebbers van waargebeurde verhalen met een maatschappelijke rand en een gezonde dosis droge humor. ©



PHA bedankt alle sponsors voor de giften van de voorbije maanden!

Speciale dank aan volgende sponsors:



Steun PHA

PHA vzw realiseert haar werking met beperkte middelen. Elke schenking klein of groot, is dan ook heel welkom.



MET FISCAAL ATTEST

Voor elke storting van €40 (of de som van minimum €40 op jaarbasis) kan PHA een attest afleveren waarmee u het gestarte bedrag kan ingeven op uw jaarlijkse belastingaangifte. Het attest wordt begin april van elk jaar toegezonden. Graag met vermelding van PHA-AK349200 + naam gever

Giftenrekeningnummer PHA:

IBAN BE42 7310 4624 7854

Bestemming UA-Antwerpen

ZONDER FISCAAL ATTEST

Giftenrekeningnummer PHA:

IBAN BE47 4099 5863 5280

Dankjewel





Maud

Collega Jasmine werd
mama van de zeer
schattige Maud



Hittegolven



Hittegolven



Welkom Christine

En een weekje later startte Christine als
onze nieuwe verpleegkundige



Welkom Bavo

Op 1 september startte Bavo in ons team
als stafmedewerker data en kwaliteit



Hittegolven

De bloedhete dagen in de zomervakantie doorstonden we met ijsjes, diepvrieshanddoeken en veel ventilators

Wat leuk om af en toe in de bloemetjes gezet te worden door patiënten



Bloemetjes



Vanuit verschillende landen keken vele collega's naar de mooie zonsverduistering



Zon



Splatteren

Tijdens de teamdag splatterden we erop los met verf en maakten we samen een groot schilderij dat nu onze gang opfleurt

3-daagse basisopleiding: Palliatieve zorg voor zorgkundigen en verzorgenden

Najaar 2026 **09u00 - 17u00**

palliatieve_hulp_antwerpen

palliatieve_hulp_antwerpen Tijdens deze 3-daagse opleiding zie de deelnemers onder in een 'Palliatieve Zorg' bad.

Naast een uitgebreid theoretisch kader gaan we samen aan de slag met verschillende handvaten, didactische materialen, scenario's, video's en casussen. We maken ook ruimte voor eigen inbreng en ervaringen. We vinden het essentieel om dat wat leeft op de werkvloer te harmoniseren in onze vormingen en te leren van elkaar.

Voor wie?
Zorgkundigen en verzorgenden vanuit verschillende werkkontexten.

Wanneer?
15 oktober 2026, van 09.00 tot 16.30 uur
22 oktober 2026, van 09.00 tot 16.30 uur
29 oktober 2026, van 09.00 tot 16.30 uur

Inschrijven: <https://pna.be/product/3-daagse-basisopleiding-palliatieve-zorg-voor-zorgkundigen-en-verzorgenden-135-leuren/>

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen

20 juli · 43

Wat doe je wanneer jouw professionele waarden botsen met die van een patiënt of familie? Hoe ga je om met situaties die botsen met regels of praktische grenzen? Hoe spreek je over moeilijke onderwerpen als een patiënt de taal niet spreekt?

De Toolbox Diversiteit in de Zorg, ontwikkeld door @gedric_wie_1981 in samenwerking met **Palliatief Netwerk Omega**, biedt zorgverleners praktische handvaten om met deze uitdagingen om te gaan.

Benieuwd? In de nieuwste editie van info PNA lees je er meer over.

Ontdek de toolbox via: <http://www.pna.be/nieuwstijl/.../toolbox-diversiteit-minder-wergeven>

Wist je DAT?

Er een toolbox diversiteit in de zorg bestaat!

Studienamiddag voor kinesitherapeuten en ergotherapeuten

Comfort in de palliatieve zorg, balans tussen kennis, kunde en attitude

20 oktober 2026 **13u30 - 16u30**

palliatieve_hulp_antwerpen

palliatieve_hulp_antwerpen Dit in de palliatieve zorg comfort, kwaliteit van leven en van sterven voorop staat is onderzocht een statement. Hiervoor is uitvaard een goede positie kennis nodig.

Tech blijft dat die kennis alleen maar tot zijn recht komt via een goede basishouding. Wat is dat juist, een goede basishouding? Hoe bied je als kinesitherapeut of ergotherapeut comfort in palliatieve zorg? Hoe kan je een meerwaarde bieden tijdens deze zorg?

Paul Ooms, kinesitherapeut op de palliatieve eenheid van AZ Turnhout zoekt samen met ons naar de balans.

Kinesitherapeuten en ergotherapeuten
20 oktober 2026
Provinciaal Vormingscentrum Malle
Smekantstraat 61, 2200 Malle
Aantal: 45
Meer info & inschrijven

Ispahan Coda

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen

27 augustus om 12:00 · 43

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak ondersteuning nodig bij het herkennen en behandelen van pijn.

Door een andere manier van communiceren, atypisch gedrag en een specifieke pijnbeleving bestaat het risico dat pijn niet of te laat wordt opgemerkt.

Daarom is er een richtlijn voor zorgverleners.

Bekijk deze richtlijn in onze nieuwste info pna: https://pna.be/.../2026/06/infoPNA_jan26_web-quality.pdf **Minder weergeven**

Wist je DAT?

Er een richtlijn bestaat voor pijn bij mensen met een verstandelijke beperking!

Studienamiddag: Sterven met dementie

27 oktober 2026 **13u30 - 16u30**

palliatieve_hulp_antwerpen

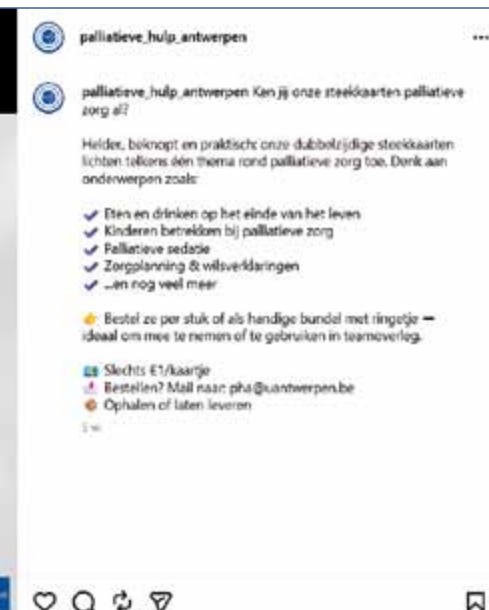
palliatieve_hulp_antwerpen Mensen overlijden meestal niet direct aan dementie, maar aan complicaties die in de laatste fase ontstaan. Handboeken en verschillende stervenstorijs ontwerpen.

Dr. Jo Ulaender, huisarts, CBA en voorzitter van Palliatieve zorg Vlaanderen neemt ons mee in dit thema.

Anneke Vloten, referentiepersoon dementie en palliatieve zorg, zal verder ingaan op de praktijk van het stervensproces.

Orion - PGM
Tandem - PGM
Ispahan Coda





Leven tot het einde. Samen werken aan gepaste zorg in de laatste levensfase.

Hoe zorgen we ervoor dat iedereen op het einde van het leven kan rekenen op ondersteuning die echt aansluit bij hun wensen, waarden en levensdoelen?

Laat u op 30 november 2026 inspireren op een symposium waar verbinding en zorg voor elkaar centraal staan.

Praten over de laatste levensfase raakt ons allemaal. Hoe maken we ruimte voor het gesprek over wat er echt toe doet? En hoe dragen we die zorg samen, als samenleving en als zorgsector?

Op 30 november 2026 brengen Domus Medica, Familiehulp, i-mens, de netwerken palliatieve zorg, Wit-Gele Kruis Vlaanderen en Zorgnet-Icuro patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals samen. We maken ruimte voor verschillende perspectieven en stemmen uit de praktijk.

We nodigen u van harte uit.

Ontdek alle info en schrijf in!



30 november 2026



Brussel

Ons vormingsaanbod al gezien?



Scan de QR-code of surf naar www.pha.be/volg-een-vorming/en ontdek ons vormingsaanbod!

Dag van de Palliatieve Zorg

Kom naar een praatcafé!

Samen staan we stil bij **laatste wensen** en wat **echt belangrijk** is.

01/10/2026 - 19.30 u

WZC OLV Antwerpen

Pieter Van Hobokenstraat 3,
2000 Antwerpen



08/10/2026 - 19.30 u

Zorgbedrijf Antwerpen

DC Tuinwijk - Zaal Het Rozeke
De Lunden 2E,
2170 Merksem

19/10/2026 - 19.30 u

De Medemens

Campus Heide Velden
Fabiolalaan 66,
2627 Schelle

12/10/2026 - 19.30 u

WZC Immaculata

LDC Den Appel

Oude Godstraat 110,
2650 Edegem

29/10/2026 - 19.30 u

Armonea

WZC Millegem

Herentalsebaan 19,
2520 Ranst

Schrijf je in: mail naar **pha@uantwerpen.be** of
bel naar **03 375 80 75**