

Het mensbeeld in de palliatieve zorg

Spreken over ‘het mensbeeld in de palliatieve zorg’ is om verschillende redenen ingewikkeld. Palliatieve zorg is historisch gezien moeilijk af te bakenen en de wijze waarop de zorg voor ongeneeslijk zieke mensen in verschillende culturen vormgegeven wordt verschilt enorm. Dit heeft zijn impact op de mensbeelden die hiermee verbonden zijn. Bovendien kan in een enkele tijd en cultuur sprake zijn van verschillende

concurrerende mensbeelden, die onder de oppervlakte hun invloed doen gelden. Palliatieve zorg wordt in deze bijdrage opgevat als een interdisciplinaire benadering waarbinnen verschillende paradigma’s elkaar ontmoeten. Met die paradigma’s zijn verschillende mensbeelden verbonden die op gespannen voet met elkaar staan.

Deze bijdrage beperkt zich tot twee denklijnen. De eerste denklijn begint bij één van de boegbeelden van de moderne hospicebeweging, Cicely Saunders, en schetst het mensbeeld zoals dat in de WHO-definitie van palliatieve zorg terug te vinden is. Het beeld wat hier opgebouwd wordt is harmoniserend en laat zich leiden door de gangbare wetenschappelijke literatuur: de gedachte is dat palliatieve zorg een geslaagd samenspel laat zien van verschillende disciplinaire invalshoeken. De tweede denklijn problematiseert het beeld van de eerste. Het is gericht op de spanningen tussen de verschillende paradigma’s en hun impliciete mensbeelden. Deze denklijn neemt één van de vier dimensies van palliatieve zorg – de spirituele – als casus en laat aan de hand hiervan zien hoe de harmonie tussen verschillende mensbeelden in praktijk nogal tegenvalt.

Van Cicely Saunders tot de WHO

Het mensbeeld in de palliatieve zorg, zoals deze zich de laatste 50 jaar ontwikkeld heeft en zijn neerslag gekregen heeft in de WHO-definitie, is sterk bepaald door een historisch persoon: Dame Cicely Saunders (1918-2005). Deze bevlogen vrouw stichtte in 1967 het St. Christopher’s Hospice in Zuid-Londen. Daar ging een lange voorgeschiedenis aan vooraf, waarin zij – aanvankelijk als verpleegkundige, medisch maatschappelijk werker en later als arts – tot de ontdekking was gekomen dat de dood in toenemende mate onzichtbaar en onbespreekbaar was geworden in het publieke domein. Of het taboe van de dood nu ingegeven werd door een afkeer van



Prof. dr Carlo Leget

Hoogleraar zorgethiek en geestelijke begeleidingswetenschappen
Bijzonder hoogleraar ethische en spirituele vragen in de palliatieve zorg
Universiteit voor Humanistiek
Kromme Nieuwegracht 29
Postbus 797
3500 AT Utrecht
E-mail: C.Leket@UvH.nl

het massale sterven in de Tweede Wereldoorlog of de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde (penicilline, technologie) in die jaren, voor stervenden was weinig aandacht rond 1950.

Saunders was een bevlogen vrouw, christelijk geïnspireerd, en haar beeld van hospices was geënt op de oude traditie van gasthuizen die zieken opvingen. Vanuit christelijk perspectief zijn alle stervelingen als pelgrims onderweg (‘in via’) naar een bestemming na dit leven (‘in patria’). In dat licht wordt sterven een doorgang en de plaats om te sterven een laatste pleisterplaats of herberg. Een hospitium is een gastenverblijf dat op deze doortocht ingericht is. St. Christopher of Christoffel was vanaf de vroege Middeleeuwen al de heilige die moest beschermen tegen een plotselinge en onvoorbereide dood, dus zelfs in de naamgeving kwam dit religieuze motief tot uiting.

Wanneer we de jaarverslagen lezen, komt de religieuze fundering van St. Christopher’s sterk naar voren:

“St. Christopher’s Hospice is een christelijk geïnspireerde, oecumenische stichting die actief op zoek gaat naar Gods verlangen voor elke betrokkene (patiënt, familielid of verzorger).

Daarnaast is het evenzeer een medische stichting die de beste professionele zorg wil aanbieden aan mensen met chronische en terminale pijn, thuis of in het hospice verblijvend. Meer specifiek – maar niet exclusief – richt men zich tot de categorie van de uitbehandelde kankerpatiënten.

Bovenal wil St. Christopher’s hospice uitgroeien tot een hechte zorggemeenschap waar ondersteuning geboden wordt tijdens de laatste fase van een terminaal ziekteproces en ook nadien nog in de moeilijke periode na het overlijden van de patiënt” (Cornette, 1998, 16).

Opvallend in deze doelstelling is dat niet uitgegaan wordt van het verlangen van iedere individuele patiënt, maar naar Gods verlangen voor elke betrokkene. Anders gezegd, hier is sprake van een theocentrisch mensbeeld: wat een mens is, en wat goed is voor een mens wordt gedefinieerd vanuit een idee over God. Dit theocentrische mensbeeld is niet dominant geworden in de palliatieve zorg. Wel zien we in deze vroege doelstellingen al een aantal andere keuzes die wereldwijd school zouden maken in de palliatieve zorgfilosofie: een gerichtheid op patiënt, naaste en zorgverlener; een gerichtheid op chronische en terminale pijn; een multidisciplinair team dat intensief samenwerkt; en een zorg die zich uitstrekt tot aan de periode na het overlijden.

Hoezeer Cicely Saunders ook aan de wieg stond van de palliatieve zorgfilosofie zoals we die nu kennen, zij was niet degene die het begrip gemunt heeft. Saunders zelf sprak van 'comfort care', in tegenstelling tot 'cure, rehabilitation or even palliation'. Het was de Canadese arts Balfour Mount die in

1975 een 'Palliative Care service' opende in het Royal Victoria Hospital te Montreal. Daarmee werd de gedachte van deze zorgfilosofie losgemaakt van de hospice context. Palliatieve zorg ontwikkelde zich tot een zorg die overal gegeven kon worden.

Hoewel Saunders dus zeker niet de enige was die bijgedragen heeft aan de ontwikkeling van de palliatieve zorg, was zij wel één van de grondleggers. Haar gedachtegoed is dan ook goed terug te vinden in de bekende WHO definitie van palliatieve zorg:

"Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard" (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

Wederom zien we een zorgopvatting die gestoeld is op een relationeel mensbeeld ('patiënten en hun naasten') dat holistisch van aard is ('lichamelijk, psychosociaal en spiritueel'). In een aantal toelichtende opmerkingen wordt het mensbeeld van de WHO-definitie nog wat verder uitgewerkt. Zo leren we dat palliatieve zorg sterven als een natuurlijk proces wil beschouwen dat men niet wil versnellen of vertragen, en patiënten wil ondersteunen om zo actief mogelijk te leven tot aan hun dood. Hier is zeker de reactie nog hoorbaar op het taboe op

het sterven van vlak na de Tweede Wereldoorlog; een taboe overigens dat nog steeds werkzaam is, en wellicht haar kracht ontleent aan de gerichtheid op leven die cultuur in het algemeen kenmerkt (Seale, 1998).

Een kritische blik

De weergave van het mensbeeld in de palliatieve zorg tot nu toe maakt deel uit van de officiële visie die terug te vinden is in de vele varianten die wereldwijd ontwikkeld zijn. Zoals meestal met harmoniserende visies (waarin spanningen en tegenstellingen gladgestreken zijn), is er echter meer sprake van een programmatische definitie van palliatieve zorg dan dat het de werkelijkheid nauwkeurig beschrijft. Om een kritisch perspectief in te nemen zal daarom in het tweede deel van deze bijdrage de aandacht uitgaan naar de spanningen in het

mensbeeld. Hiervoor zullen de prikkelende gedachten van Fiona Randall en Robin Downie als uitgangspunt genomen worden. In 2006 publiceerden zij een werk waarin ze de palliatieve

zorggemeenschap oproepen opnieuw na te denken over hun onderliggende filosofie (Randall & Downie, 2006). Randall & Downie beginnen hun betoog met de verwijzing naar twee oude tradities in de geneeskunde, die ook terug te vinden zijn in de palliatieve zorg. De eerste traditie is die van Hippocrates (± 460-370 voor Chr.). Deze probeert de geneeskunst te vestigen op een rationeel gefundeerde wetenschappelijk basis. De centrale gedachte hierbij is dat pas wanneer men de oorzaak van een ziekte kent, er vervolgens gewerkt kan worden aan de mogelijke weg tot genezing. Dit laatste vindt plaats door een interventie van buiten. In de kennisverwerving van de geneeskunde ligt de nadruk op het algemene en generaliseerbare. In de geneeskunst wordt deze algemene kennis toegepast op de individuele patiënt.

De tweede traditie wordt geassocieerd met de figuur van Asklepios, een personage uit de Griekse mythologie. Aan Asklepios waren in het oude Griekenland tempels gewijd waarin zieken terecht konden voor verlichting van hun lijden, dankzij een slang met een hypnotiserende blik. In deze traditie ging men uit van de helende werking van rust en dromen, en geloofde men dat genezing van binnenuit moest komen. Voor zover hier van heelkunst sprake was, ging deze gepaard met een acceptatie van de eindigheid van de mens.

Hippocrates versus Asklepios

Randall & Downie beweren dat de palliatieve zorg als kritisch antwoord op de (technologische) ontwikkelingen van de periode na de Tweede Wereldoorlog van meet af aan in het teken stond van de traditie van Asklepios, maar gaandeweg in toenemende mate gekoloniseerd is

door de Hippocratische traditie. Dit zien zij terug in een aantal feitelijke ontwikkelingen die in grote spanning staan tot de oorspronkelijke filosofie. We noemen er zes. Om te beginnen zien we steeds meer interventie-tools opduiken, in plaats van dat er gewoon goed geluisterd en waargenomen wordt aan het bed. In de tweede plaats zien we een nieuwe vorm van paternalisme, die tot uiting komt in de overtuiging dat het noodzakelijk is om alle patiënten psychosociaal en spiritueel te screenen. In de derde plaats wordt weliswaar voortdurend geroepen dat de patiënt centraal staat, maar is het feitelijk de professionele zorgverlener die beslist wat wel en niet mogelijk is. In de vierde plaats zien we dat palliatieve zorg als specialisatie zichzelf beschouwt als model voor de gehele gezondheidszorg. In de vijfde plaats zien we dat de psychosociale en spirituele zorg meer en meer geprofessionaliseerd worden. En ten slotte wordt er zeer paternalistisch omgegaan met de vraag om euthanasie: ondanks het feit dat men blijft beklemtonen hoe centraal de patiënt staat, behoort euthanasie volgens de WHO-definitie nog steeds niet tot palliatieve zorg. Randall & Downie leggen met hun kritiek de vinger op een aantal zere plekken in de palliatieve zorg. Dat biedt een interessant nieuw gezichtspunt met betrekking tot het mensbeeld dat hier werkzaam is. Blijkbaar zijn er spanningen tussen de officiële harmoniserende filosofie van de palliatieve zorg enerzijds, en de weerbarstige praktijk anderzijds. Die spanningen in het mensbeeld komen het meest op scherp te staan wanneer men kijkt naar de ontwikkeling van spirituele zorg in de palliatieve zorg. Hoewel 'spiritual care' enerzijds een van de vier dimensies is die van meet af aan kenmerkend was voor de palliatieve zorgfilosofie en in het denken van Cicely Saunders zelfs centraal stond, blijft de ontwikkeling van dit terrein moeilijk van de grond komen, omdat een mensbeeld domineert dat insteekt bij de fysieke dimensie van mens zijn. De spanning tussen beide mensbeelden zal centraal staan in het laatste deel van deze bijdrage.

Spiritual care in de palliatieve zorg

De aandacht voor zingevingsvragen is in de afgelopen tien jaar op verschillende manieren op de agenda van de palliatieve zorg gekomen (Williams, 2006). Het verrassende daarbij is dat dit niet zozeer de verdienste is geweest van geestelijk verzorgers – de beroepsgroep van wie je dit zou verwachten – als wel van artsen en verpleegkundigen. Baanbrekend was bijvoorbeeld de consensusconferentie die in 2009 plaatsvond in Californië onder leiding van Christina Puchalski, een Amerikaanse internist en directeur van de *George Washington Institute for Spirituality and Healthcare* (GWISH). Puchalski e.a.

publiceerden in datzelfde jaar een consensusrapport waarin de lijnen geschetst worden voor een betere integratie van de spirituele dimensie in de palliatieve zorg (Puchalski e.a., 2009). In dit rapport werd ook uitdrukkelijk het fysiek-psycho-sociale mensbeeld van George Engel verbreed tot een fysiek-psychosociaal-spiritueel model.

In Europa is sinds 2011 onder de vlag van de *European Society for Palliative Care* (EAPC) een *Taskforce Spiritual Care* actief waarin gepoogd wordt onderzoek, scholing en implementatie van de spirituele zorg in Europa te stimuleren. Een belangrijke voorvraag voor integratie van de spirituele dimensie is hoe spiritualiteit gedefinieerd wordt. De taskforce hanteert sinds haar oprichting de volgende definitie, die geïnspireerd is op de definitie van de Amerikaanse consensusconferentie:

“Spiritualiteit is de dynamische dimensie van het menselijke leven, die verband houdt met de wijze waarop personen (individu en gemeenschap) betekenis, doel en transcendentie ervaren, tot uitdrukking brengen, en/of zoeken en de wijze waarop zij verbonden zijn met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur, met datgene wat betekenisvol en/of heilig is” (Nolan, 2011).

Opvallend aan deze definitie is dat twee zaken centraal staan: betekenis en verbondenheid. De visie op de mens als interpreterend wezen sluit aan bij de hermeneutische traditie. Daarmee wordt een deur geopend naar de geesteswetenschappen als toegang tot de studie van de spiritualiteit. Spiritualiteit is uitdrukkelijk zo gedefinieerd dat het niet samenvalt met religiositeit, hoewel er wel degelijk ruimte is om deze dimensie religieus in te vullen.

De aanpassingen die gemaakt zijn op de Amerikaanse definitie benadrukken nog eens de integratie van deze dimensie in het menselijk leven. Zo spreekt de Europese definitie van spiritualiteit als dimensie in plaats van aspect, om te benadrukken dat spiritualiteit niet los verkrijgbaar is maar altijd het geheel doortrekt. Waar de Amerikaanse definitie spreekt van individuen wordt in de Europese definitie van personen (individu en gemeenschap) gesproken omdat de gedachte is dat ook de individualiteit van personen gedragen wordt door een gemeenschap. Spiritualiteit is met andere woorden een sociaal fenomeen. En in de derde plaats verbreedt de Europese definitie de Amerikaanse nadruk op zin zoeken en uitdrukken (de invloed van Viktor Frankl is hier speurbaar) tot ervaring en transcendentie, om tot uitdrukking te brengen dat veel zingevingsprocessen zich deels in het onbewuste afspelen. Zingeving is niet eenvoudig een kwestie van

Zingeving is niet eenvoudig een kwestie van actief interventies plegen

actief interventies plegen. De mens is voor zichzelf niet transparant.

Botsing van mensbeelden

Terwijl vanuit de *Taskforce Spiritual Care* het mensbeeld in zijn volle breedte wordt neergezet, en daarmee onderwerp wordt van een interdisciplinair project van zorg en onderzoek, zien we dat in de praktijk het interdisciplinaire onderzoek nog verre toekomstmuziek lijkt. Dat heeft alles te maken met de maatschappelijke context waarin de ontwikkeling van de palliatieve zorg gesitueerd is (Centeno, 2013). Of palliatieve zorg nu als medisch specialisme opgevat wordt zoals in het Verenigd Koninkrijk of als generiek onderdeel van goede zorg zoals in ons land, in beide gevallen valt het onder het biomedisch wetenschapparadigma dat uiteindelijk stoelt op natuurwetenschappelijk denken. Het mensbeeld dat daarin centraal staat is principieel materialistisch. Bewustzijn, emoties en zingeving worden gezien als verschijnselen die te herleiden zijn tot complexe neurologische processen met een fysiologische basis. Wetenschappelijk onderzoek bestaat erin door middel van interventies tijdens proefopstellingen inzicht te krijgen in de causale verbanden van waaruit verschijnselen verklaard kunnen worden. Omdat de natuurwetenschappen zo'n hoge status hebben in onze maatschappij is wel betoogd dat de ontwikkeling van onderzoek in de spiritualiteit alleen kans van slagen heeft wanneer het gebruik maakt van dezelfde onderzoeksmethoden als het geneesmiddelenonderzoek.

Waar dit toe leidt maakt het voorbeeld duidelijk van de analyse van Candy e.a., die in 2012 hun reviewstudie publiceerden waarin ze meer dan 200 jaar aan literatuur geanalyseerd hebben over de effectiviteit van spirituele en religieuze interventies voor het welzijn van volwassenen in de terminale fase van hun ziekte. Volgens de systematiek van de *Cochrane review* werden slechts vijf studies geselecteerd die min of meer voldeden aan de strenge – natuurwetenschappelijke – criteria. Conclusie van de studie was dat er onvoldoende *evidence* is om te beweren dat spirituele en religieuze interventies aan het levenseinde effectief zijn.

Wat vanuit het ene wetenschappelijke paradigma met bijbehorende mensbeeld onvoldoende bewezen lijkt, is echter vanuit een ander paradigma met bijbehorend mensbeeld het resultaat van een onzinnige vraagstelling. Men kan zich namelijk afvragen in hoeverre spirituele en religieuze interventies aan het levenseinde (1) überhaupt te vergelijken zijn met interventies die gedaan worden in geneesmiddelenonderzoek, en (2) of welbevinden wel een passende uitkomstmaat is voor deze

categorie handelingen.

Het eerste kritiekpunt hangt samen met het inzicht dat causaliteit slechts een van de drie dimensies is waaronder een menselijke handeling beschouwd kan worden. Minstens zo belangrijk in het kader van spirituele zorg is de kwestie dat men sommige handelingen doet omdat ze nu eenmaal moreel passend zijn, in zichzelf betekenis- en waardevol zonder direct meetbaar gevolg, of tot uitdrukking brengen hoe waardevol een persoon is (Van Heijst, 2012). Het tweede kritiekpunt steunt op het inzicht dat men door welbevinden als doel centraal te stellen de spiritualiteit instrumentaliseert en ondergeschikt maakt aan de ervaring van het individu. Precies dit is onmogelijk volgens veel religieuze tradities, omdat spiritualiteit het individu juist openbreekt in de richting van een transcendentie die het individuele welbevinden ondergeschikt maakt aan iets (of Iemand) dat dit overstijgt (Swinton, 2006).

Pogingen om bruggen te bouwen zijn echter niet eenvoudig. Dat lukt alleen vanuit een perspectief waarin

de verschillende paradigma's met hun bijbehorende mensbeelden bijeengebracht worden in een overkoepelend model. Een voorstel voor een dergelijk model werd in 2012 gepubliceerd door Cobb e.a., in

een poging de veelheid aan benaderingen die er nu zijn in het spiritualiteitsonderzoek met elkaar in gesprek te brengen (Cobb, 2012). Dat gesprek is echter nog maar net begonnen en het wordt zeker niet bevorderd door de vele grenzen en barrières die er zijn tussen paradigma's, faculteiten en scholen. Het veelkleurige mensbeeld dat in de alledaagse praktijk van de inter- of multidisciplinaire palliatieve zorg feitelijk tot uiting komt, wordt nog niet ondersteund door een uitgewerkt theoretisch kader. Er liggen weliswaar aanzetten, maar de infrastructuur voor werkelijk interdisciplinair onderzoek ontbreekt nog. Zowel de wetenschappelijke instituten als de tijdschriften en de subsidiemogelijkheden zijn doorgaans discipline- of paradigmagebonden. Daarmee worden het paradigma en mensbeeld dat men tevoren kiest richtinggevend voor de uitkomsten die het onderzoek kan laten zien.

Besluit

De vraag naar het mensbeeld in de palliatieve zorg roept een ambivalent beeld op. Enerzijds proclameert de moderne palliatieve zorg vanaf haar vroege begin in de Engelse hospice beweging tot aan de verankering in de WHO-definitie een holistisch mensbeeld, volgens welke het voornemen is zorg te bieden volgens de lichamelijke, psychosociale en spirituele dimensie. Anderzijds is in de zorgpraktijk en het wetenschappelijk onderzoek de

Het geheim van de aantrekkelijkheid van het palliatieve zorgconcept ligt in de morele lading van een programmatisch mensbeeld, waarin de waarde van ieder individu benadrukt wordt

aandacht voor de lichamelijke dimensie het grootst en het meest sterk ontwikkeld. Daarmee deelt de palliatieve zorg dezelfde moeilijkheden als andere onderdelen van de gezondheidszorg die proberen de aandacht voor de mens zo breed mogelijk vorm te geven door verschillende wetenschappelijke benaderingen en hun onderliggende mensbeelden te integreren. Misschien ligt het geheim van de aantrekkelijkheid van het palliatieve zorgconcept echter niet zozeer in het streven naar een holistisch mensbeeld, als wel in de morele lading van een programmatisch mensbeeld, waarin de waarde van ieder individu benadrukt wordt. Cicely Saunders verwoordde dat kernachtig in veel geciteerde woorden (Saunders, 1976):

“You matter because you are you and you matter to the last moment of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but to live until you die.”

Literatuur

- Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease (Review). The Cochrane Library 2012, Issue 5.
- Centeno C. e.a. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. EAPC Press. Free download at <http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/29291?locale=en>

- Cobb M, Puchalski C & Rumbold B. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. Oxford: University Press, 2012.
- Cobb M, Dowrick C & Lloyd-Williams M. Understanding spirituality: a synoptic view. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2012; 2: 339-343.
- Cornette K. Met de adem van het leven. Een theologische lezing van de spirituele zorg in palliatieve settings. Proefschrift. Leuven: KU Leuven, 1998.
- Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care* 2011; 18: 86-89.
- Puchalski CM, Ferrell B, Virani R e.a.. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* 2009; 12: 885-904.
- Randall F & Downie RS. The Philosophy of palliative Care. Critique and Reconstruction. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Saunders C. Care of the dying – 1. The problem of euthanasia. *Nursing Times* 1976; 72 (26): 1003–1005.
- Seale C. Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Swinton J. Identity and resistance: why spiritual care needs ‘enemies’. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (7): 918-928.
- Williams AL. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat Support Care* 2006; 4: 407-417.

Samenvatting

De vraag naar het mensbeeld in de palliatieve zorg roept een ambivalent beeld op. Enerzijds proclameert de hedendaagse palliatieve zorg vanaf haar vroege begin in de Engelse hospice beweging tot aan de verankering in de WHO-definitie een holistisch mensbeeld, volgens welke het voornemen is zorg te bieden volgens de lichamelijke, psychosociale en spirituele dimensie. Anderzijds is in de zorgpraktijk en het wetenschappelijk onderzoek de aandacht voor de lichamelijke dimensie het grootst en het meest sterk ontwikkeld. Daarmee deelt de palliatieve zorg dezelfde moeilijkheden als andere onderdelen van de gezondheidszorg, die proberen de aandacht voor de mens zo breed mogelijk vorm te geven door verschillende wetenschappelijke benaderingen en hun onderliggende mensbeelden te integreren. In deze bijdrage wordt de spanning tussen beide paradigma's en bijbehorende mensbeelden onderzocht aan de hand van de moeilijkheden die de studie van spirituele zorg ondervindt.

Trefwoorden: *mensbeeld, palliatieve zorg, spirituele zorg.*

Summary

The question of the concept of human beings in palliative care leads to an ambivalent picture. On the one hand, from its early beginning in the hospice movement until its anchoring in the WHO definition, contemporary palliative care has proclaimed a holistic concept of human beings according to which the intention is to provide care according to the physical, psychosocial and spiritual dimension. On the other hand, in care practice and scientific research the attention to the physical dimension is the biggest and most strongly developed. With this, palliative care shares the same difficulties as other parts of health care where an attempt is made to express the attention to human beings as broadly as possible by integrating various scientific approaches and their underlying concepts of human beings. In this contribution the tension between both paradigms and their concepts of human beings is investigated by means of the difficulties that are encountered in the study of spiritual care.