



INTERLEVENSBESCHOUWELIJKE GEESTELIJKE VERZORGING EN ISLAM

De rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor islamitische
patiënten



Monique Ratheiser (s0765473)
Masterscriptie Geestelijke Verzorging
Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap
Eerste begeleider: dr. B. Mathijssen
Tweede begeleider: dr. A. Visser-Nieraeth
Mei, 2021

Voorwoord

Het is alweer bijna twintig jaar geleden dat ik mijn studie Theologie aan de Karelsuniversiteit van Praag (CZ) afgerond heb. Die studieperiode heeft een grote invloed gehad op mijn leven. Niet alleen vanwege de leerstof, maar ook vanwege het leven in een ander land en het samenleven en – studeren met studenten uit alle delen van de wereld. Sindsdien is culturele en religieuze diversiteit een thema geweest in mijn leven en werk.

Na zo'n vijftien jaar in het onderwijs gewerkt te hebben, waar ik met veel leerlingen en studenten de wereldreligies, levens- en zingevingsvragen besproken heb, was het tijd om mezelf weer eens te (laten) bevragen. De studie Geestelijke Verzorging was de juiste keuze op het juiste moment.

Deze Masterscriptie vormt de afsluiting van opnieuw drie jaar studeren, samen met medestudenten stof doordenken en bespreken en ook samen reflecteren op wat die stof voor onszelf, ons eigen leven en onze levensvisie betekent. Het was weer een boeiende tijd.

Ik wil bij dezen mijn medestudenten bedanken voor de fijne studieperiode die ik met hen mocht delen. Ik bedank ze allemaal, maar nog even met name Hennita de Jager, voor het meelesen met de eerste schrijfselen en Janny van der Molen voor de regelmatige motiverende appjes en gesprekjes.

Mijn dank gaat ook uit naar Brenda Mathijssen en Anja Visser die mij tijdens het schrijven van deze scriptie zo vakkundig begeleid hebben: bedankt voor alle oppeppers, motiverende gesprekken en scherpe blikken.

De geestelijke verzorging is ondertussen ook mijn werkveld geworden. Ik vind het een voorrecht dit uitermate boeiende vakgebied te mogen en kunnen uitoefenen en de levensverhalen van zoveel mensen te mogen aanhoren, die in hun diversiteit nooit ophouden mij te fascineren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Hoofdstuk 1. Inleiding	4
1.1. Aanleiding	4
1.2. Probleemanalyse	5
1.1.1. Wat is het probleem?	5
1.1.2. Waarom is het een probleem?	5
1.1.3. Voor wie is het een probleem?	6
1.3. Opbouw	7
Hoofdstuk 2. De aansluiting van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging bij de multiculturele samenleving	8
2.1. Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging	8
2.1.1. De rol van identiteit in strategieën van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging	9
2.1.2. Het paradigma van gastvrijheid	10
2.2. De multiculturele samenleving als context van de geestelijke verzorging	11
2.2.1. Multiculturalisme in het Nederlandse migratiebeleid	11
2.2.2. Integratie	13
2.2.3. Identiteit	14
2.2.4. Polarisatie	15
2.2.5. Samenvatting	16
Hoofdstuk 3. Aspecten van de islamitische visie op geestelijke ondersteuning bij ziekte	17
3.1. Religieuze beleving van moslims in Nederland	17
3.1.1. Etniciteit en migratie achtergrond	17
3.1.2. Diversiteit in religieuze beleving	18
3.2. Islamitisch-theologische bronnen en aspecten van geestelijke verzorging bij ziekte	19
3.2.1. De visie op ziekte in de islam	20
3.2.2. De visie op de geestelijke dimensie bij ziekte in de islam	21
3.2.3. De visie op geestelijke ondersteuning bij ziekte in de islam	21
3.3. De rol van islamitische geestelijke verzorging als professie	22
3.4. Samenvatting	24
Hoofdstuk 4. Verantwoording en resultaten	25
4.1. Onderzoeksmethode	25
4.1.1. Interviewkandidaten	25
4.1.2. Procedure	26
4.1.3. Validiteit en betrouwbaarheid	26
4.1.4. Data analyse	27
4.2. Resultaten	28
4.2.1. Kansen en grenzen van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging in het patiëntencontact	28

4.2.2. De relatie tussen geestelijk verzorger en de patiënt.	31
4.2.3. Cultuur en communicatie	32
4.2.4. Organisatie en samenleving	34
4.2.5. Conclusie	36
Hoofdstuk 5. Discussie, aanbevelingen en conclusie	38
5.1. Discussie	38
5.2. Aanbevelingen	40
5.3. Conclusie	41
Bronnen	42
Bijlage	44

Hoofdstuk 1 Inleiding

“Geestelijke verzorging als professie was voor mij nieuw, maar ook verrassend voor veel moslims.” Hassan Bakir, islamitisch geestelijk verzorger bij zorgorganisatie Laurens, in Rotterdam.

1.1 Aanleiding

Sinds september 2020, ben ik werkzaam in Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn als geestelijk verzorger. Ik werk daar samen met twee collega’s; een katholieke geestelijk verzorger en een geestelijk verzorger die zelf een katholieke achtergrond heeft, maar aangenomen is op een functie als humanistisch geestelijk verzorger. Ik ben momenteel niet via een lidmaatschap aangesloten bij een levensbeschouwelijke stroming of instelling en ben niet met een specifieke zending aangenomen in het ziekenhuis.

Gelre Apeldoorn is ontstaan door een fusie van een protestants ziekenhuis met een rooms-katholiek ziekenhuis.¹ De christelijke achtergrond is nog terug te vinden in de stilteruimte; hoewel er gepoogd is de ruimte een neutrale sfeer te geven, is er een Maria-beeld, een icoon en een kinderdoopvont te vinden. Wat mij echter het meest opviel toen ik voor het eerst in het ziekenhuis kwam, was de separate islamitische gebedsruimte, de *mescid*. Deze ruimte was aangelegd voor mijn beide collega’s in Gelre kwamen werken en zij konden mij weinig vertellen over het proces rondom de aanleg. Ook blijkt er weinig tot geen documentatie over te bestaan.

Dit roept bij mij vragen op. Waarom is er wel gekozen voor een separate islamitische gebedsruimte maar niet voor het aannemen van een islamitisch geestelijk verzorger? Ik merk en weet uit gesprekken dat mijn collega’s niet vaak in de *mescid* komen en ik ervaar zelf ook een zekere schroom om daar naar binnen te gaan, alsof ik daartoe geen bevoegdheid zou hebben. Dat terwijl het wel onder de dienst geestelijke verzorging valt.

Daarnaast merk en ervaar ik dat mijn collega’s en ik maar heel spaarzaam in contact komen met islamitische patiënten, terwijl ze er in het Gelre uiteraard wel zijn. Die keren dat ik in gesprek ging met islamitische patiënten ontstond er een positief persoonlijk contact, maar ik merkte dat mijn functie verwarring bij hen opriep en ze in eerste instantie niet precies wisten wat ik kwam doen.

Ik ervaar dus als geestelijk verzorger een zekere grens tussen mijzelf in mijn functie en islamitische patiënten van het ziekenhuis. Deze grens zie ik gereflecteerd in de uitspraak van Hassan Bakir, islamitisch geestelijk verzorger bij zorgorganisatie Laurens, in Rotterdam, als hij zegt: “Geestelijke verzorging als professie was voor mij nieuw, maar ook verrassend voor veel moslims.” (Hoogeveen & Booij, 2019, p.18). In dit onderzoek wil ik dat grensgebied tussen, om met Bakir te spreken, ‘het [gedeelde] principe van geestelijke ondersteuning’ en ‘geestelijke verzorging als [specifiek] beroep’ nader onderzoeken.

¹ In 1974 ontstond uit de fusie van het Protestants Christelijk Ziekenhuis en het rooms-katholieke Liduinaziekenhuis het Lukasziekenhuis. Daaruit ontstond later door samengaan met het ziekenhuis in Zutphen Gelre Ziekenhuizen. Polman, N. (2020, 15 maart). *In de buurt Apeldoorn*. Geraadpleegd op 8 januari 2021, van <https://indebuurt.nl/apeldoorn/genieten-van/toen-in/toen-in-apeldoorn-het-lukas-ziekenhuis~96985/>

1.2 Probleemanalyse

1.1.1 Wat is het probleem?

Het probleem dat centraal staat in dit onderzoek is dat er te weinig zicht is op de mogelijke rol die interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kan spelen voor moslims bij ziekte en ziekenhuisopname.

1.1.2. Waarom is dat een probleem?

Het is belangrijk hier zicht op de krijgen omdat Islam een integraal onderdeel van de Nederlandse samenleving geworden is. Islamdeskundige Maurits Berger stelt in een essay in de Groene Amsterdammer dat: “[...] de Nederlandse moslims met het voortschrijden van de generaties onlosmakelijk verbonden [zijn] geraakt met de Nederlandse samenleving.” (Berger, 2020, n.p.). Die verbondenheid uit zich, volgens Berger, niet enkel op praktische vlakken zoals het wonen, werken en volgen van onderwijs in Nederland, maar ook in het overnemen van “typisch Nederlandse eigenheden, zoals het debat op het scherp van de snede, de soms grove humor, het zeggen waar het op staat, de neiging om oplossingen te zoeken in regels, het zich laten voorstaan op rechten, de uitdagende trots om te staan voor wie je bent, de houding van ‘wie doet mij wat?’” (Berger, 2020, n.p.).

Naast die verbondenheid met Nederland blijft voor veel moslims de zelf-identificatie als moslim en het islamitische geloof heel belangrijk. Dit wordt geconcludeerd in het SCP rapport *De religieuze beleving van moslims in Nederland*. (Huijnk, 2018). In instellingen zoals ziekenhuizen betekent dit dus dat de islamitische achtergrond van islamitische patiënten in de toekomst vaker zal kunnen leiden tot specifieke behoeften. Voor mensen die wegens ziekte (tijdelijk) afhankelijk worden van een zorginstelling als het ziekenhuis geldt het grondwettelijk vastgelegde recht op geestelijke bijstand (VGvZ, 2015). De diensten geestelijke verzorging in de ziekenhuizen zullen dus in staat moeten zijn moslims te bedienen.

Daarnaast is het van belang zicht te krijgen op de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging omdat de levensbeschouwelijke kaart van Nederland en daarmee de context van de geestelijke verzorging de afgelopen decennia behoorlijk is veranderd. In de overzichtelijke verzuilde structuur van Nederland van voor de Tweede Wereldoorlog bedienden de belangrijkste levensbeschouwelijke stromingen (protestant, katholiek, socialistisch en een kleine liberale zuil) hun achterban met maatschappelijke diensten en organisaties in de eigen kring. Vanaf de jaren '60 brokkelde die structuur in toenemende mate af. Dat had ook zijn weerslag op de organisatie van de gezondheidszorg: ziekenhuizen die tot dan toe een katholieke of protestante signatuur gekend hadden werden gefuseerd. Zo is ook Gelre Ziekenhuizen locatie Apeldoorn uit een samengaan van een katholiek met een protestants ziekenhuis ontstaan.

De visie op de geestelijke verzorging veranderde daarmee ook: dat moest een integraal onderdeel van de ziekenzorg zijn, waarin de behoefte van patiënten centraal moest staan en niet zozeer de levensbeschouwelijke inslag van een ziekenhuis. Hetty Zock (2019) beschrijft dit veranderingsproces in de geestelijke verzorging en stelt: “Spiritual caregivers were supposed to work for all patients who ask for “spiritual help”, not only for those belonging to their own faith/worldview group.” (Zock, 2019, p.13). Dat, wederom, had ook zijn weerslag op de

organisatie van de geestelijke verzorging, waarin zich een proces van integratie en professionalisering begon te voltrekken. “Integration started at academic hospitals, which organised the different chaplains together in ecumenical and later interreligious “Spiritual Care Services (*diensten geestelijke verzorging*); other hospitals followed the example.” (Zock, 2019, p.13).

De context van de gezondheidszorg, met name in ziekenhuizen, vraagt van geestelijk verzorgers dat ze interlevensbeschouwelijk moeten kunnen werken. De beroepsstandaard van geestelijk verzorgers stelt expliciet: “Geestelijk verzorgers zijn er voor iedereen, ongeacht geloof of levensovertuiging. In beginsel is elke geestelijk verzorger in staat om elke client te begeleiden.” (VGVZ, 2015, p. 8). Zoals aan het begin van dit hoofdstuk geïllustreerd, lukt dat niet altijd goed, liggen daar nog veel vragen en wordt er een verlegenheid ervaren. Dat wordt bevestigd door het onderzoek van Anke Liefbroer naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: “[T]he role of religious and spiritual diversity in spiritual care provision has hardly been explored empirically (...) thus limiting our knowledge concerning what spiritual care in religiously diversified contexts actually looks like *in practice*.” (Liefbroer, 2020, p. 8).

1.1.3. Voor wie is dit een probleem?

Het doel van dit onderzoek is het verhelderen van de rol die interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging in de praktijk kan spelen voor islamitische patiënten in het ziekenhuis. Dit onderzoek richt zich daartoe op islamitische en niet-islamitische geestelijk verzorgers in een ziekenhuiscontext. Islamitische geestelijk verzorgers hebben vanuit hun eigen levensbeschouwelijkheid ervaringsdeskundigheid als het gaat om de rol van religie voor het welzijn van mensen. Daarnaast beschikken ze vanuit hun opleiding over gedegen kennis van de bronnen van islam voor islamitische geestelijke verzorging en over geestelijke verzorging als professie. Niet-islamitische geestelijk verzorgers verkennen in hun dagelijks werk de mogelijkheden en grenzen als het gaat om contact met islamitische patiënten. **Welke ervaringen hebben zij en wat is hun visie op de reikwijdte van hun ondersteuning voor deze groep patiënten?**

De kennis die dit oplevert **kan geestelijk verzorgers helpen bij het benaderen van en werken met islamitische patiënten.** Daarnaast kan het islamitische patiënten dienen die, doordat geestelijk verzorgers minder verlegenheid ervaren, minder verstoken blijven van geestelijke ondersteuning tijdens hun ziekenhuisopname.

Om in het kader van deze thematiek verhelderende gesprekken te kunnen voeren is het belangrijk om zicht te hebben op wat binnen de algemeen islamitische traditie verstaan wordt onder ‘geestelijke verzorging’. Ook het begrip ‘interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging’ vraagt om nadere toelichting en onderbouwing. Deze twee subthema’s zullen daarom in de literatuurbespreking prominent aan de orde worden gesteld.

1.3 Opbouw

Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging is een antwoord op de vragen die uit de multiculturele en interlevensbeschouwelijke samenleving die Nederland in de afgelopen decennia is geworden, naar voren komen. Hoofdstuk 2 van dit onderzoek behandelt de aansluiting van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging bij de multiculturele samenleving. Daarbij wordt eerst uitgelegd wat interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging is, zodat de focus van dit onderzoek helder is. Dan worden strategieën belicht die door geestelijk verzorgers binnen de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging vaak gebruikt worden. De vragen ten aanzien van de eigen identiteit van de geestelijk verzorger die deze strategieën oproepen worden besproken. De metafoor van gastvrijheid wordt onderzocht als mogelijk paradigma voor (interlevensbeschouwelijke) geestelijke verzorging.

Het tweede deel van hoofdstuk 2 gaat in op de multiculturele samenleving als context voor interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Het is met name het ontstaan van de multiculturele samenleving geweest die de aanzet was tot het ontstaan van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Er wordt gekeken naar welke rol multiculturalisme in het Nederlandse migratiebeleid gespeeld heeft. Daarmee wordt een beeld geschetst van hoe multiculturalisme gewaardeerd werd en wordt in Nederland. De rol van integratie wordt onder de loep genomen. De definitie van integratie suggereert een proces van wederzijds op elkaar ingaan van verschillende groepen, waarbij de eigen identiteit niet (geheel) opgaat in het geheel. In Nederland is het nogal eens voorgekomen dat identiteiten van verschillende groepen tegenover elkaar zijn komen te staan. Dan spreken we van polarisatie en dat is tegenover gesteld aan integratie. Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging heeft als doel de identiteit van de ander centraal te stellen zonder te vervallen in polarisatie.

In hoofdstuk 3 wordt de islamitische visie op ziekte en geestelijke ondersteuning bij ziekte onderzocht. Om een beeld te krijgen van wat interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor de groep van islamitische patiënten kan betekenen, moet eerst duidelijk worden wat de specifieke behoeften van deze groep is. Er wordt daarom gekeken naar de verschillende groepen moslims in Nederland en de diversiteit in hun geloofsbeleving. Daarna worden islamitisch-theologische bronnen en aspecten van geestelijke ondersteuning bij ziekte besproken. Ook de rol van de islamitische geestelijke verzorging wordt naar voren gebracht.

In de laatste hoofdstukken worden vervolgens de methode van het onderzoek, de resultaten en de daaruit voortvloeiende discussie behandeld. Tenslotte worden de conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 2 De aansluiting van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging bij de multiculturele samenleving.

De context van de multiculturele samenleving leidt ertoe dat geestelijke verzorging vaker interlevensbeschouwelijk van karakter zal zijn. Dit is met name zo in de zorg waar de gangbare praktijk is dat geestelijk verzorgers patiënten en cliënten van verschillende levensbeschouwelijke achtergrond bedienen. In wat volgt worden de kenmerken van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging belicht. Die kenmerken worden in relatie gezet tot kernbegrippen en -processen van de multiculturele samenleving: multiculturalisme, integratie, identiteit en polarisatie, en met name betrokken op de bevolkingsgroep moslims in Nederland. De metafoer van gastvrijheid wordt naar voren gebracht als mogelijk antwoord op de uitdagingen van de multiculturele samenleving voor de geestelijke verzorging.

2.1 Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging

Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging verwijst naar de situatie waarin de geestelijk verzorger en de patiënt verschillende spirituele, religieuze of niet-spirituele of niet-religieuze levensbeschouwingen hebben (Liefbroer, 2020). Met name in de zorgsector wordt van geestelijk verzorgers verwacht dat ze alle patiënten kunnen bedienen en niet enkel diegenen die bij de eigen levensbeschouwelijke gezindte horen. Dat levert volgens Van Buuren en Van Dijk (2015) een krachtenveld op waarbinnen de geestelijk verzorger de eigen positie moet bepalen en de eigen identiteit bewaken. Zij benoemen in dat krachtenveld drie polen die op elkaar inwerken: De cliënt, de geestelijk verzorger en de organisatie waarbinnen de geestelijk verzorger werkt (Van Buuren en Van Dijk, 2015).

Ten aanzien van de cliënt stelt de Beroepsstandaard van de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers dat de geestelijke verzorging “[aansluit] bij het levensverhaal van de cliënt en de levensvragen die hij of zij stelt [...] vragen en achtergrond van de cliënt [zijn] altijd richtinggevend” (Beroepsstandaard, 2015, p. 12). Van Buuren en van Dijk (2015) geven aan dat door toenemende individualisering de geestelijk verzorger zich ervan bewust zal moeten zijn dat hij of zij met steeds meer vormen van religie en zingeving geconfronteerd zal worden in zijn/haar werk. Met name in zorginstellingen als ziekenhuizen worden geestelijk verzorgers geacht op professionele wijze met al die verschillende vormen van religie en zingeving uit de voeten te kunnen.

Zock (2019) verwijst in dit verband naar de ontwikkelingen in de organisatie van ziekenhuisinstellingen die onder invloed van ontzuiling plaatshadden. Sinds de jaren '60 werd de verzuilde structuur van de ziekenhuisorganisaties afgebroken en fuseerden ziekenhuizen van katholieke en protestantse signatuur tot algemene zorginstellingen (Zock, 2019). Voor geestelijk verzorgers werkzaam in de ziekenhuizen betekende dit dat hun diensten nu gezien werden als maatschappelijke dienstverlening uitgaande van de staat en niet meer van de kerk. Daarmee veranderde er het een en ander in de functie en positie van de geestelijk verzorgers in het ziekenhuis. Ze zijn nu in dienst van de instelling en die instelling gaat ervan uit dat ze hun diensten kunnen aanbieden aan alle patiënten, ongeacht de levensbeschouwelijke achtergrond. In plaats van een primair levensbeschouwelijke oriëntatie op de functie van geestelijk verzorger geldt er nu een primair professionele oriëntatie (Zock, 2019).

Tussen de vraagkant van de cliënt en de professionele kaders die gesteld worden door de ziekenhuisorganisatie als algemene maatschappelijke instelling moet de geestelijk verzorger de eigen positie bepalen, met name met betrekking tot zijn of haar persoonlijke levensbeschouwing. De eigen persoonlijke levensbeschouwing vormt voor het beroep van geestelijk verzorger een kernstuk, een *sine qua non*, die door de beroepsvereniging (VGVZ) als volgt toegelicht wordt: “Geestelijk verzorgers hebben een persoonlijk doorleefde spiritualiteit, die zij actief onderhouden en die de basis vormt van waaruit zij hun werk doen.” (VGVZ, 2015, p. 8). Liefbroer en Berghuijs benoemen hierin een uitdaging voor de geestelijk verzorger: Hoe blijf je als geestelijk verzorger in een interlevensbeschouwelijke context voldoende gegrond in je eigen bronnen? Hoe kun je “professionaliteit bevorderen zonder de eigen levensbeschouwelijke wortels te verloochenen” (Liefboer en Berghuijs, 2020, p. 31). Van Buuren en Van Dijk (2015) wijzen hier op de integratie van professionaliteit en identiteit van geestelijke verzorging en stellen dat ambt en professie in de persoon van de geestelijk verzorger verweven zijn: “De geestelijk verzorger hééft niet alleen een zending en een professionaliteit [...] *de geestelijk verzorger is [...] zijn/haar zending en werkwijze*” (Van Buuren en Van Dijk, 2015, p. 189).

2.1.1. De rol van identiteit in strategieën van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging

Van Buuren en Van Dijk (2015) stellen dat psychologisch gezien het begrip ‘identiteit’ verwijst naar de constante die een persoon in zichzelf ervaart in het vervullen van de veelheid aan rollen in zijn of haar leven. Die constante wordt aangeduid met de term ‘individu’. Zij wijzen erop dat er in de omgang met spirituele tradities een spanning kan ontstaan die “inherent is aan vele vormen van religie” (Van Buuren en Van Dijk, 2015, p.175). Die spanning kan zowel intrareligieus en -cultureel worden ervaren, als de kritische omgang met de eigen traditie tegenover de persoonlijke beleving van die traditie komt te staan, maar ook interreligieus en -cultureel als er verschillende tradities met elkaar in contact komen. Geestelijk verzorgers in een interlevensbeschouwelijke context zullen met deze spanning geconfronteerd worden en manieren moeten vinden om daarmee op een constructieve manier om te gaan.

Cadge en Sigalow (2013) stelden in hun onderzoek naar de werkwijze van interlevensbeschouwelijke geestelijk verzorgers de vraag hoe dezen omgingen met de levensbeschouwelijke verschillen die zij in hun dagelijkse werk tegenkomen. Zij identificeerden twee strategieën die gehanteerd worden: *neutralizing* en *code-switching*.

Neutralizing is een strategie die de gemeenschappelijkheid van zingeving en de overeenkomsten in de levensoriëntatie van beide partijen benadrukt. *Code-switching* is de strategie waarbij de taal, symbolen en praktijken uit de levensbeschouwing van de gesprekspartner gebruikt wordt in plaats van die van de eigen. Beide strategieën zijn pogingen verschillen in levensbeschouwing te overbruggen, maar er zitten wel grenzen aan. Youngblood (2019) geeft daarvan een duidelijk voorbeeld: “A Christian cannot [...] recite the *Shahada* without the commitment to *become* a Muslim” (p.7). Maar ook als de geestelijk verzorger zelf geen probleem zou herkennen, kan er nog steeds een spanning waarneembaar zijn; Cadge en Sigalow (2013) citeren een geestelijk verzorger: “...I can step out of what my belief is to support somebody” (Cadge en Sigalow, 2013, p. 153). Als het echter klopt, om met Van Buuren en Van Dijk (2015) te spreken, dat de geestelijk verzorger haar/zijn zending en werkwijze ís, roept dit vragen op ten aanzien van de authenticiteit en integriteit van de acties van deze

geestelijk verzorger. Ook Youngblood (2019) is kritisch op beide strategieën en wijst op de filosofische spanning die er in dit verband waar te nemen is: “the above strategies actually represent an intentional and uncritical betrayal of the patient’s and/or chaplain’s cultural-linguistic-religious systems” (Youngblood, 2019, p. 7). Hij geeft een alternatief paradigma voor interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging in het concept van interlevensbeschouwelijke gastvrijheid.

2.1.2. Het paradigma van gastvrijheid

Youngblood (2019) geeft aan dat, hoewel het thema binnen de seculiere therapie wel enige bekendheid heeft, gastvrijheid nog weinig onderzocht is in de context van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Zelf vliegt hij het concept van gastvrijheid aan vanuit het perspectief van de vergelijkende religiewetenschappen en stelt dat die discipline wijst op “an ethic of hospitality [that] tries to understand another religion without demystifying it, but also keeps it mysterious without estranging oneself from it” (Youngblood, 2019, p. 9).

De gastvrijheid tussen mensen is volgens Youngblood een rituele gastvrijheid die nooit absoluut kan zijn en die ergens op grenzen moet stuiten. Het is een vorm van ethiek waarbij de participanten zich kwetsbaar opstellen en de eigen diep-ervaren waarheden en overtuigingen ter discussie stellen en openstellen voor nieuwe interpretaties. Binnen de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging, waarbij de geestelijk verzorger als de instigator en faciliteerder van het ritueel van gastvrijheid gezien kan worden, is er dus altijd een hermeneutische spanning aanwezig waarbinnen de geestelijk verzorger telkens moet afwegen wat de eigen grenzen zijn.

Martin Walton (2012) heeft gastvrijheid als metafoor voor geestelijke verzorging geanalyseerd en hij benoemt enkele kenmerken van gastvrijheid die in verband gebracht kunnen worden met geestelijke verzorging:

Doelen van gastvrijheid – Gastvrijheid kent in de kern twee doelen: het lenigen van iemands noden en het iemand uitnodigen zijn of haar verhaal te doen. Youngblood (2019) wijst in dit verband op twee vragen die in de activiteit van gastvrijheid centraal staan: “(1) Who is “the Other”?” and (2) how do we respond tot hem?” (Youngblood, 2019, p. 9). Het gaat er daarbij niet om dat de gast het achterste van zijn of haar tong moet laten zien. Een goede gastheer/-vrouw laat de gast ruimte om zelf te bepalen hoe hij zijn verhaal vertelt; wat er wel of niet gedeeld kan worden. De gastheer/vrouw handelt gastvrij door aandachtig te luisteren en voorzichtig het verhaal van de ander binnen te stappen. Dit is een hermeneutisch proces waarin het moeten weten over, kennen van en begrijpen van de ander losgelaten moet worden: “surrendering the need to know and understand” (Youngblood, 2019, p. 9).

Symmetrie en asymmetrie- In hun mens-zijn zijn gastheer/vrouw en gast gelijkwaardig aan elkaar, maar in hun rol als gastheer/vrouw en gast zit een zekere ongelijkheid. Er is een afhankelijkheid van de gast ten opzichte van zijn gastheer/vrouw die ook te ontwaren is in de relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt. In deze asymmetrie zit een valkuil: de gastheer/vrouw kan in zijn rol als leniger van nood doorschieten en de gast overweldigen met zorgzaamheid. Op eenzelfde manier kan de geestelijk verzorger doorschieten in het ‘beter weten’ wat de ander nodig heeft.

In de symmetrie is ook een valkuil aanwezig: in de relatie tussen gastheer/vrouw en gast kan een dusdanige empathie ontstaan dat over-identificatie en projectie plaatsvindt. Het verhaal van de gast is dan niet meer (voldoende) het verhaal van 'de ander', maar vloeit samen met het verhaal van de gastheer/vrouw. Ook in de relatie geestelijk verzorger en patiënt is dit een mogelijke valkuil. In de relatie tussen gastheer/vrouw en gast, maar ook tussen de geestelijk verzorger en de patiënt is bewust-zijn van de eigen rol belangrijk.

Walton (2012) wijst op een wederkerigheid in de rol van gastheer/vrouw en gast. Zoals de gast *te gast* is in huis en leefwereld van de gastheer/vrouw, zo is de gastheer/vrouw *te gast* in het verhaal van de gast. Dit werkt ook zo in de relatie tussen geestelijk verzorger en patiënt; de patiënt is te gast in de leefwereld, de (ziekenhuis)organisatie, de werksfeer van de geestelijk verzorger, maar tegelijkertijd is de geestelijk verzorger *te gast* in het verhaal van de patiënt. Met deze wederkerigheid omgaan is een kenmerk van een goede gastheer/vrouw en van een professionele geestelijk verzorger.

Elkaar vreemd-zijn. Hoewel gastvrijheid ook kan plaatsvinden onder mensen die gelijkgezind zijn, legt de context van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging de nadruk op het elkaar vreemd zijn (naar cultuur, achtergrond, religie etc.) van geestelijk verzorger en patiënt in hun relatie als gastheer/vrouw en gast. Ook hierin is wederkerigheid te herkennen; beiden zijn elkaar vreemd. Gastvrijheid is dan "een ander verwelkomen in zijn anderszijn" (Walton, 2012, p.35). Youngblood (2019) spreekt in dit verband van een "dialectic between familiarity and alterity" waarin gastheer/vrouw en gast ernaar streven met elkaar bekend te raken zonder elkaars *anderszijn* aan te tasten (Youngblood, 2019, p.9).

Afstand en nabijheid- Gastvrijheid is relationeel proces waarin polariteiten als nabij zijn en afstand houden, ondersteuning maar ook ruimte bieden constant afgewogen en op elkaar afgestemd moeten worden door gastheer/vrouw en gast. Daarin is welwillendheid naar elkaar toe van belang. Zonder wederkerende welwillendheid tussen gastheer/vrouw en gast is gastvrijheid niet mogelijk.

2.2 De multiculturele samenleving als context van de geestelijke verzorging

De context van de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging is de multiculturele samenleving zoals die in Nederland zich in de afgelopen decennia ontwikkeld heeft. In deze paragraaf wordt specifiek gekeken naar aspecten van de multiculturele samenleving die met name voor de geestelijke verzorging een rol spelen. Daarbij worden de begrippen multiculturalisme, integratie, identiteit en polarisatie geanalyseerd.

2.2.1. Multiculturalisme in het Nederlandse migratiebeleid

Multiculturalisme wordt op verschillende manieren gedefinieerd. Furseth en Repstad (2006) definiëren het als *proces* waarbij verschillende groepen mensen verenigd worden in burgerschap van een bepaalde politieke entiteit en tegelijkertijd hun eigen etnische identiteit behouden. Lewis en Craig (2014) definiëren het als *visie* omtrent het vredig samenleven van mensen uit verschillende culturen en met behoud van belangrijke aspecten van die eigen cultuur. Slootman (2018) definiëert multiculturalisme als *ideologie* die culturele diversiteit

waardeert en in stand houdt. Al deze uitspraken over multiculturalisme wijzen op waarden die met multicultureel samenleven verbonden zijn en een waardering van culturele diversiteit.

In haar beschrijving van de Nederlandse multiculturele samenleving argumenteert Slootman (2018) dat die zich niet zozeer baseert op een positieve waardering van diversiteit maar eerder op een beleid van pragmatisme. Daarbij wordt er juist ingezet op het oplossen van praktische problemen als het terug laten keren van mensen naar hun land van herkomst of hen op sociaal en economisch gebied zo snel mogelijk te laten integreren. Dit geldt overigens niet alleen voor Nederland; ook Lewis en Craig (2014) signaleren het gebrek aan waardering voor culturele diversiteit in het Britse beleid. Volgens Slootman (2018) is het dit gebrek aan maatschappelijke en politieke reflectie dat ruimte maakte voor een politiek en maatschappelijk discours die diversiteit in de Nederlandse samenleving in toenemende mate problematiseerde.

Volgens het CBS (z.d.) heeft 24,7% van de Nederlandse bevolking een migratie achtergrond, 10,7% daarvan heeft een westerse – en 14,1% een niet-westerse achtergrond. De drie grootste bevolkingsgroepen in Nederland met een migratie achtergrond zijn achtereenvolgens de Turken, de Marokkanen en de Surinamers.² Met name de Turkse en Marokkaanse groepen zijn voor dit onderzoek van belang omdat zij de grootste groepen moslims vertegenwoordigen (Huijnk, 2018).

In eerste instantie was er in Nederland een migrantenbeleid gevoerd waarin ingestoken was op behoud van de eigen cultuur en facilitering daarvan. Men ging er immers vanuit dat de Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten die in de jaren '60 en '70 naar Nederland waren gekomen met verloop van tijd weer naar hun eigen land zouden gaan om daar de draad weer op te pakken. Toen het in de jaren '80 duidelijk werd dat veel arbeidsmigranten uit Turkije en Marokko zich permanent vestigden in Nederland, werden door de Nederlandse regering de doelen van het integratiebeleid bijgesteld; van het faciliteren van terugkeer naar socio-economische participatie en preventie van socioculturele segregatie. Onder het motto dat een beperkte mate van culturele en religieuze diversiteit acceptabel is werd weliswaar een relatief tolerant beleid gevoerd, maar van een ideologische verankering van de nieuwe multiculturele realiteit was geen sprake (Slootman, 2018).

In de jaren '90 van de twintigste eeuw veranderde de toon van het publieke debat rondom de multiculturele samenleving. De politieke verwachting dat door het relatief tolerante migrantenbeleid de religieus- en cultureel diverse groepen zich snel en vrijwillig zouden voegen naar de normen en waarden van de Nederlandse maatschappij, was uitgebleven. Sterker nog: heftige religieuze sentimenten waren aanwezig binnen groepen islamitische migranten die naar West-Europa waren gekomen (Ratheiser & Van der Stoep, 2013). Culturele diversiteit werd toenemend als maatschappelijk probleem gezien en diegenen die *anders* waren werden meer en meer als *buitenstaanders* gezien (Slootman, 2018).

Gevolgen voor het overheidsbeleid met betrekking tot de multiculturele samenleving zijn niet uitgebleven. Daarin is het aspect van behoud van eigen cultuur ondergesneeuwd geraakt en is de nadruk komen te liggen op het eenzijdig aannemen van de Nederlandse cultuur van de kant van de nieuwkomers. De bal wordt geheel bij de nieuwkomers gelegd: zij zijn degenen die de

² CBS. (z.d.). Dossier asiel, migratie en integratie. Geraadpleegd op 26 april, 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland->

brug moeten slaan naar de Nederlandse samenleving. Dat maakt van hun integratie een eenzijdig proces dat ze alleen kunnen doorlopen door het inleveren van hun eigen identiteit; dat gaat in tegen de definitie van en visie op integratie.

2.2.2. Integratie

Integratie kan begrepen worden als een proces van het “naar elkaar toegroeien van mensen met een migratieachtergrond en een Nederlandse achtergrond” (CBS, 2020, p. 3). Matser (2016) verwijst naar Penninx, die het begrip integratie definieert als het proces een geaccepteerd lid van de samenleving te worden. In beide begripsbepalingen wordt onderstreept dat het proces van integratie een inspanning verlangt van zowel de kant van de nieuwkomers alsook van de ontvangende gemeenschap, opdat “de migrant zijn eigen identiteit en cultuur heeft kunnen behouden en bovendien een positieve relatie heeft opgebouwd met de nationale bevolking, ...[waarin] vriendschap, respect en gedeelde waarden” belangrijke onderdelen zijn (Matser, 2016, p.7-9).

Volgens onderzoek van het CBS (2020) hebben mensen met een migratieachtergrond in het afgelopen decennium een inhaalslag gemaakt met betrekking tot hun sociaaleconomische positie ten opzichte van de mensen met een Nederlandse achtergrond. Daarin zijn met name de Nederlanders met Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond geslaagd. Het pragmatische beleid waarbij ingezet was op het tegengaan van segregatie en het sociaal en economisch integreren van migrantengroepen lijkt dus wel resultaat gehad te hebben. Ook op het gebied van onderwijs hebben Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders hun positie verbeterd (CBS, 2020, p. 7).

Integratie heeft echter niet alleen te maken met opleidingsniveau en sociaaleconomische positie, maar ook met een positieve relatie met de samenleving met behoud van de eigen cultuur en identiteit. Daarmee lijkt de integratie van moslims in de Nederlandse samenleving nog niet tot stand te zijn gekomen. Huijnk (2018) stelt namelijk dat eigenlijk alleen de seculiere moslims “positief over Nederland en Nederlanders [zijn]...een relatief groot sociaal en institutioneel vertrouwen [vertonen] en de blik duidelijk op Nederland gericht [hebben]” (Huijnk, 2018, p.11). Maar dit was juist ook de groep die het meest losgelaten heeft van de eigen cultuur en identiteit.

Succesvolle integratie in Nederland betekent volgens Slootman (2018) in de huidige politiek het onderschrijven van progressieve normen en waarden als secularisme, seksuele vrijheid en gendergelijkheid, die als kernwaarden van de Nederlandse cultuur aangemerkt worden. Maar het gaat nog verder dan dat, nieuwkomers moeten de normen niet alleen kennen en respecteren, maar ook geïnternaliseerd hebben: mensen moeten zich *thuis* voelen in de Nederlandse samenleving, ze moeten zich *Nederlands* voelen. Daarmee wordt het beeld bevestigd dat om te kunnen integreren in Nederland eigen identiteit losgelaten moet worden.

2.2.3. Identiteit

De eis aan nieuwkomers om zich *Nederlands* te gaan voelen roept de vraag op wat dat dan is. Volgens Slootman (2018) is er sinds de jaren '60 wel een brede consensus ontstaan over de progressieve waarden die de Nederlandse identiteit reflecteren, maar toch stelt ze dat het idee van een Nederlandse identiteit die algemeen aanvaard is, voorbijgaat aan de diversiteit die er altijd bestaan heeft in de Nederlandse samenleving en onder de etnische Nederlanders. Progressieve waarden als seksuele vrijheid en gender gelijkheid, die volgens Slootman gepresenteerd worden als kernwaarden van de Nederlandse samenleving, worden in gemeenschappen binnen de Nederlandse *bible belt* toch echt niet als zodanig onderschreven. Sterker nog, deze gemeenschappen staan wat seksuele moraal en rollenpatronen betreft dichter bij de islamitische waarden dan die als *typisch Nederlands* gelden.

Vanaf eind 19^e eeuw tot de jaren '60 van de twintigste eeuw heeft het systeem van de verzuiling de religieuze – en culturele diversiteit van eigen bodem gereguleerd en gefaciliteerd. Ook onder de verzuiling lag een pragmatische basis. Verschillende ideologische segmenten van de Nederlandse samenleving (katholiek, protestant, socialistische en een klein liberaal) hadden erin weliswaar ruimte gekregen en emancipatie bereikt, maar ze waren door die verzuiling ook sociaal en institutioneel gezien van elkaar gescheiden gebleven. De nationale eenheid was in deze vorm van separatisme in stand gebleven door een politiek van consultatie, accommodatie en compromis-bereidheid, een politiek die later als *poldermodel* bekendheid kreeg. Maar van gemeenschappelijke waarden en een gedeelde identiteit was geen sprake.

Anne Gordijn (2010) stelt het Nederlandse gebrek aan bewustzijn over de eigen identiteit aan de orde. Haar argument: Hoewel Nederland erom bekend staat tolerant te zijn en Nederlanders zichzelf die kwaliteit ook aanmeten, is het echter niet tolerantie maar de hang naar conformisme dat als basisprincipe van de Nederlandse maatschappelijke ideologie geldt. Deze hang naar conformisme leidt tot het categoriseren van mensen in *minderheden* al naar gelang ze afwijken van de huidige sociaal-culturele standaarden. Die standaarden zijn vaag en zelfs de Nederlanders zelf lijken, volgens Gordijn (2010), niet te weten wat ze inhouden. Daarbij veranderen de standaarden met de tijd. Begin twintigste eeuw waren het bijvoorbeeld de lagere sociaal-economische klassen die als afwijkend werden gezien en nu zijn het de immigranten, met name die van islamitische afkomst.³ Ze worden gemeten naar standaarden die schijnbaar gelden in de Nederlandse maatschappij, maar waarvan niemand een duidelijk of concreet beeld heeft.

Gordijn (2010) stelt dat het niet zonder risico is wanneer een bevolking zich niet bewust is van het bestaan van subculturen in de eigen etnische samenleving, vooral als de cultuur van migrantengroepen tot probleem wordt gemaakt. Jean Tillie (2008) wijst in dit verband op sociale desintegratie, die vanaf de Tweede Wereldoorlog ingezet heeft, toen door de ontzuiling en secularisatie sociale verbanden losgelaten werden. Door het gebrek aan sociale cohesie in de Nederlandse samenleving voelt een deel van de Nederlandse bevolking sociaal isolement. Tillie (2008) schildert het sentiment: “[o]ude verbanden worden vernietigd en alleen door een herstel van de Nederlandse cultuur [...kunnen] alle problemen worden opgelost.” (Tillie, 2008, p.10). De angst richt zich op nieuwkomers en “alles van ‘anders’ is”, met name moslims (Tillie, 2008, p.10). Er ontstaat daarmee een situatie waarin de perceptie van de identiteit van de ander problematisch wordt en ‘wij’ tegenover ‘zij’ komt te staan.

³ Jansen, S. (2018). Het pauperparadijs. Amsterdam: Balans.

2.2.4. Polarisatie

‘Wij-zij’ denken is de kern van maatschappelijke polarisatie, een fenomeen waarin identiteiten van (groepen) mensen als wezenlijk van elkaar verschillend en met elkaar in conflict worden voorgesteld. Volgens Brandsma spelen er in het proces van polarisatie drie factoren een rol: polarisatie is gebaseerd op een gedachtenconstructie, brandstof en een gevoelsdynamiek: “de onderbuik wordt aangesproken” (Brandsma, 2016, p. 25).

De gedachtenconstructie die we met betrekking tot de islam in Nederland tegenkomen is volgens Wagenmakers en De Koning (2015) dat het een “een abstract systeem van waarden [betreft] dat vanwege intolerantie en geweld op gespannen voet [staat] met Nederlandse waarden waardoor moslims problemen [...] hebben om te integreren” (Wagenmakers en De Koning, 2015, p. 23). Hoewel Islam in Nederland geen monolithisch geheel vormt (Huijnk, 2018) bestaat er in Nederland, volgens Wagenmakers en De Koning, een “simplistisch beeld van de islam, [...] waarbij die godsdienst voortdurend geproblematiseerd wordt en moslims voortdurend gestigmatiseerd worden met een sterke scheiding tussen ‘wij’ en ‘zij’” (Wagenmakers en De Koning, 2015, p.22). Het idee is dat moslims in conflict staan met de Nederlandse waarden omdat de islam zo wezenlijk anders is.

Brandsma (2016) geeft een andere mogelijke oorzaak voor het ervaren conflict: niet een wezenlijke ongelijkheid, maar een wezenlijke gelijkheid zou eraan ten grondslag liggen: “omdat we allemaal hetzelfde willen; we lijken op de ander” (Brandsma, 2016, p. 63). Hij stelt dit op basis van de theorie van de *mimetische begeerte* van de Franse filosoof René Girard. Girard stelt dat het verlangen van de mens niet oorspronkelijk, maar bemiddeld is; we kijken naar de mensen om ons heen en volgen hun voorbeeld in wat begerlijk is om vervolgens ook onze zinnen daarop te zetten. Volgens Girard is dit *mimetische* mechanisme kenmerkend voor wie we zijn als mens.

Brandsma (2016) volgt Girard’s mensbeeld: conflict hoort bij het menselijk leven en de menselijke samenleving, niet omdat we zo van elkaar verschillen, maar omdat we op elkaar lijken en hetzelfde willen; het gaat telkens weer om het bevechten van een schaars goed. Moslims en niet-moslims botsen omdat ze van dezelfde faciliteiten gebruik willen maken, zoals studie, huisvesting, banen, zeggenschap, en in immateriële zin, erkenning, status en waardering” (Brandsma, 2016, p.78).

Wederzijdse erkenning van gelijkheid en overeenkomst tussen de verschillende groepen in de samenleving verandert de inhoud en de toon van het maatschappelijk debat. Niet de identiteit van de ander zou het onderwerp van gesprek moeten zijn, maar de ervaring van gedeelde behoeften en hoe daar in gezamenlijkheid aan tegemoet gekomen kan worden. Dat maakt van alle betrokkenen ook tegelijkertijd *stakeholders* in dat maatschappelijk debat; iedereen heeft belangen en is betrokken. Dit kan tot een sociale samenhang leiden die op wederkerigheid baseert en onder behoud van eigen identiteit tot stand kan komen. Van Buuren en Van Dijk (2015) wijzen erop dat geestelijke verzorging een “voorhoedefunctie” kan vervullen in dit proces en met name in de zorgcontext kan bijdragen aan een betere samenwerking en verstandhouding tussen verschillende levensbeschouwelijke groepen (Van Buuren en Van Dijk, 2015, p.171).

2.2.5. Samenvatting

Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging als ontmoeting tussen mensen met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden is in zorginstellingen steeds meer de norm. Voor de geestelijk verzorger die mensen met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden moet bedienen en tegelijk werkt vanuit een persoonlijk beleefde spiritualiteit betekent dat een constante positiebepaling van de eigen levensbeschouwelijke insteek tegenover die van de ander. Strategieën die daarin vaak gebruikt worden zijn *neutralizing* en *code-switching*. Daarin bestaat het gevaar de eigen integriteit zowel als die van de patiënt te beschamen, omdat identiteit (door middel van taal) opgegeven of instrumenteel gemaakt wordt. Van een gelijkwaardige ontmoeting is dan geen sprake.

De multiculturele samenleving die in Nederland vanaf met name de jaren '60 ontwikkeld is, is de context voor de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging en kent dezelfde soort uitdagingen. Multiculturalisme is een concept waaraan waarden verbonden zijn en een positieve waardering van diversiteit. Integratie is een tweezijdig proces van op elkaar ingaan van verschillende groepen. In de Nederlandse context zijn de waarden van diversiteit en de tweezijdigheid van het integratieproces niet altijd gewaarborgd.

Identiteit is in de ontwikkeling van de Nederlandse multiculturele samenleving een problematisch fenomeen geweest; enerzijds omdat er te weinig besef van de eigen identiteit was, anderzijds omdat de identiteit van nieuwkomers, met name moslims, geïdentificeerd werd. Als identiteit geïdentificeerd wordt ligt polarisatie, een denkbeeldig conflict tussen verschillende identiteiten, op de loer.

Het vakgebied van de geestelijke verzorging draagt het paradigma van gastvrijheid aan, dat mogelijk kan helpen in het omgaan met andere identiteiten. Met name in de zorg, waar patiënten met verschillende achtergronden en levensbeschouwelijke identiteiten ondersteund worden kan interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging als gastvrijheid een voorhoedefunctie vervullen voor maatschappelijk multiculturalisme. In de rollen van gastheer/-vrouw en gast die zowel geestelijk verzorger als patiënt kunnen innemen wordt ruimte geboden voor het spel van afstand en nabijheid, voor het elkaar vreemd-zijn en de asymmetrie die in de relatie besloten ligt zonder dat die als bedreigend ervaren hoeven te worden. Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kan zo een ervaring van integratie betekenen, waarbij twee personen met een verschillende levensbeschouwelijke achtergrond op elkaar ingaan in gelijkwaardigheid en onder behoud van eigen identiteit.

Hoofdstuk 3 Aspecten van de islamitische visie op geestelijke ondersteuning bij ziekte en ziekenhuisopname.

De islam is een religieuze cultuur die door migratie naar Nederland is gekomen en in de context staat van het ontstaan van de multiculturele samenleving. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de kenmerken van de islamitische visie op geestelijke ondersteuning bij ziekte. Daardoor worden de specifieke behoeften van moslims helder, waartoe de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging zich moet verhouden. Ook de rol van de islamitische geestelijke verzorging komt aan bod omdat die in wisselwerking staat met de ontwikkelingen in religieuze beleving van moslims in Nederland.

3.1. Religieuze beleving van moslims in Nederland

Volgens het CBS is 5% van de Nederlandse bevolking (van 15 jaar en ouder) islamitisch.⁴ De diversiteit van Islam in Nederland wordt gethematiseerd in het SCP rapport, *De religieuze beleving van moslims in Nederland; diversiteit en verandering* (Huijnk, 2018). De diversiteit wordt in dit rapport teruggevoerd op etniciteit, migratie achtergrond (1^e, 2^e, 3^e generatie) en religieuze beleving, waarbij er dwarsverbanden gelegd worden tussen deze kenmerken.

Het is van belang om de diversiteit van moslims in Nederland in kaart te brengen omdat er vanuit die diversiteit verschillende behoeften kunnen bestaan op het gebied van ondersteuning bij ziekte.

3.1.1 Etniciteit en migratieachtergrond

De bevolkingsgroep moslims in Nederland laat grote diversiteit zien op het gebied van etniciteit, migratie motieven, maar ook in termen van generaties. Het merendeel van de Nederlandse moslims is afkomstig uit Turkije, Marokko, Afghanistan, Iran, Irak, Somalië en Suriname. De Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse moslims vormen veruit de grootste groep (Huijnk, 2018). Deze groep werd in de jaren zeventig van de twintigste eeuw op verzoek van het bedrijfsleven door de Nederlandse overheid geworven om te komen werken in Nederlandse bedrijven. Hun migratie motivatie was economisch van aard. Afghanen, Iraniërs, Irakezen en Somaliërs kwamen over het algemeen in de jaren '90 naar Nederland als vluchtelingen uit oorlogsgebieden.⁵

Matser (2016) onderzoekt verschillende migratie motieven en stelt dat economische migranten zich voorbereiden en instellen op de migratie, maar vluchtelingen onder druk staan en halsoverkop en onvoorbereid aankomen in het bestemmingsland: “Dit heeft gevolgen voor de integratie [en kan tot] blijvende mentale schade [leiden]” (Matser, 2016, p.7). Het niet goed kunnen integreren in het bestemmingsland kan leiden tot wat Van Endt-Meijling (2003)

⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Meerderheid Nederlandse bevolking behoort niet tot religieuze groep*. Geraadpleegd op 8 januari, 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/51/meerderheid-nederlandse-bevolking-behoort-niet-tot-religieuze-groep>.

⁵ KIS (2016). *Hoe is de arbeidsparticipatie van vluchtelingen die al langer in Nederland zijn?*. Geraadpleegd op 30 januari, 2021 van [Hoe is de arbeidsmarktparticipatie van vluchtelingen die al langer in Nederland zijn?](https://www.kis.nl/nieuws/hoe-is-de-arbeidsparticipatie-van-vluchtelingen-die-al-langer-in-nederland-zijn) Kennisplatform Integratie & Samenleving (kis.nl).

benoemt als *condición migrante*, een situatie van permanente tijdelijkheid, waarbij mensen niet meer thuis-zijn in het land van herkomst, maar ook niet in het nieuwe land.

Volgens islamitische geestelijk verzorger Hassan Bakir (2012) zien veel islamitische ouderen die om economische redenen naar Nederland kwamen zich geconfronteerd met het zogenaamde “terugkeerdilemma” (Bakir, 2012, p. 18). Zelf willen ze wellicht wel heel graag de laatste jaren van hun leven zouden doorbrengen in het land van herkomst, maar tegelijkertijd zijn hun kinderen in Nederland geworteld. Het is dus een keuze tussen het missen van het land van herkomst en het missen van de kinderen die in Nederland blijven.

Deze situatie kan voor deze groep ouderen stress opleveren. Ze merken dat ze te weinig geïnvesteerd hebben in de relaties met Nederland, omdat ze dachten ooit terug te keren naar hun land van herkomst; vaak beheersen ze de Nederlandse taal niet goed, kennen ze de Nederlandse voorzieningen niet goed genoeg en hebben ze ook weinig contact met autochtone Nederlanders. Ook merken veel ouderen dat de traditie dat kinderen voor de ouderen zullen gaan zorgen, zoals dat vaak in het land van herkomst was, in Nederland ook niet goed uitpakt. De eigen kinderen hebben zich aangepast aan de Nederlandse mores, werken vaak beiden en kunnen de zorg niet bieden die de ouderen nodig hebben. Bakir benoemt de hieruit ontstane situatie een “generatiekloof” (Hoogeveen & Booij, 2019, p. 20).

3.1.2. Diversiteit in religieuze beleving

Ook op het gebied van religieuze beleving is er diversiteit onder moslims in Nederland. Huijnk (2018) heeft aan de hand van verschillende geloofsaspecten een typologie met 5 typen van religieuze beleving geconstrueerd om de diversiteit in beeld te brengen: 1) seculier; 2) cultureel; 3) selectief; 4) vroom, privaat; 5) strikt, praktiserend. Daarbinnen is er nog diversiteit op basis van etniciteit en religieuze stroming, op basis van leeftijd en generatie en op basis van gender te zien.

De seculiere moslims in de typologie van Huijnk (2018) hechten het minst betekenis aan het geloof en praktiseert het minst; deze groep is in alle segmenten van de islamitische bevolking van Nederland klein (dus zowel onder mannen als vrouwen, jong en oud, hoog-of laagopgeleid). De culturele moslims vinden geloof wel van belang, maar zijn niet sterk praktiserend; deze groep is sterk vertegenwoordigd onder jongeren en tweede-generatie moslims. Dit geldt ook voor de selectieve moslims die een middengroep vormen en wel met regelmaat deelnemen aan rituele praktijken en moskeebezoek, maar niet frequent. Vrome, private moslims bidden veel, houden zich aan de halal regels en beleven hun religiositeit met name in de thuisfeer en de strikt praktiserende moslims zijn ook veel in de moskee te vinden. Vrouwen zijn met name vertegenwoordigd in de vrome groep (zij gaan minder naar de moskee) en de strikte groep kent meer mannen.

Verschillen in religieuze beleving verlopen ook langs etnische lijnen. Huijnk (2018) stelt dat Marokkaanse en Somalische moslims wat praktiseren betreft, religieuzer zijn dan de Turkse of Surinaamse moslims. Het dragen van een hoofddoek, de (regelmatige) gang naar de moskee, het eten van halal voedsel zijn voorbeelden van gedragingen waarin moslims zich van elkaar onderscheiden. Ook geestelijk verzorger Hassan Bakir wijst op uit verschillen tussen etnisch-culturele tradities: “Ook al hebben we veel gemeenschappelijk als moslims, er zijn en blijven grote verschillen tussen individuen” (Hoogeveen & Booij, 2019, p.21). In zijn werk onder

ouderen in de verpleegcontext in Rotterdam krijgt hij te maken met gevoelige thema's als dementie: "Dan kijk ik eerst naar het referentiekader van mijn gesprekspartner. Is hij Marokkaan, Turk, sjiïet of soenniet? Wat zijn in die traditie de bronnen, concepten, visies?" (Hoogeven & Booi, 2019, p.21).

Het onderzoek van Marjo Buitelaar (2020) geeft zicht op de religieuze beleving onder moslims over verschillende generaties. Hoewel het onderzoeksthema een andere is, namelijk de *haji*-ervaringen van Marokkaans-Nederlandse islamitische vrouwen, zijn de inzichten voor dit onderzoek relevant te noemen aangezien beide situaties (*haji*, maar ook ziekte en ziekenhuisopname) ingrijpende gebeurtenissen zijn die levensbeschouwelijke vragen oproepen en waarin men zich moet verhouden tot religieuze regels, rituelen en geloofsovertuigingen. Uit Buitelaars onderzoek blijkt dat eerste generatie pelgrims meer nadruk leggen op het correct uitvoeren van de rites van de *haji* en niet zozeer op de overwegingen van het 'waarom' ervan. Ze zien de *haji* als een religieuze plicht die vervuld moet worden en een manier zich te richten op het einde van het leven. De jongere, tweede generatie pelgrims spreken in termen van 'een nieuw begin' en een manier om te focussen op jezelf. Zij reflecteerden echter juist veel meer op de betekenis van de ervaring voor hun eigen leven.

Fleischmann, Simsek en van Tubergen (2019) onderzochten de religieuze beleving van islamitische jongeren in vergelijking met christelijke jongeren. Daaruit bleek dat moslim jongeren "significant religieuzer" zijn dan christelijke jongeren en minder vaak hun geloof verliezen dan Nederlandse jongeren met een religieuze (meest christelijke) achtergrond (Fleischmann, Simsek en van Tubergen, 2019, p. 361). Huijnk (2018) bevestig dit: "Ook voor een groot deel van de tweede generatie is het geloof zeer belangrijk [...] en neemt het belang van geloof juist toe" (Huijnk, 2018, p. 14).

Ten aanzien geloofsbeleving en gender is het beeld dat vrouwen een sterkere religieuze beleving hebben dan mannen (Huijnk, 2018). Verklaringen daarvoor worden onder andere gezocht in het feit dat vrouwen in de islam het leeuwendeel van de opvoeding van de kinderen voor hun rekening nemen en daarbij ook de overdracht van religieuze rituelen en handelingen. Ook wordt er gesteld dat vrouwen meer risicomijdend gedrag vertonen; het verzaken van religieuze plichten of handelingen zou negatieve gevolgen kunnen hebben, in de gemeenschap of zelfs in het hiernamaals (Huijnk, 2018). De tweede generatie Marokkaans-Nederlandse vrouwen in het onderzoek van Buitelaar (2020) laten een verandering van geloofsbeleving zien, waarbij er meer nadruk komt op persoonlijke reflectie en betekenis van rituelen voor het eigen leven. Buitelaar spreekt van "new sensibilities" die ze door de kruisbestuiving tussen de Marokkaans-islamitische achtergrond van hun thuissituatie en de Nederlandse samenleving waarin ze naar school gingen, leven en werken, opgedaan hebben (Buitelaar, 2020, p. 375). Deze verandering is volgens Buitelaar significant omdat het publieke debat over de (in)compatibiliteit van moslim-zijn en tegelijkertijd Europees of Nederlands zich met name toespitst op de rol van vrouwen binnen Islam.

3.2. Islamitisch-theologische bronnen en aspecten van geestelijke ondersteuning bij ziekte.

Hoewel de islam gekenmerkt wordt door verscheidenheid in interpretaties, zijn er een aantal geloofsstellingen die door de meeste stromingen onderschreven worden: geloof in de eenheid van Allah, de schepper; geloof in de engelen als boodschappers van Allah; geloof in de profeten

en de heilige boeken; geloof in de dag des oordeels waarbij Allah verkiest wie naar paradijs of naar het hellevuur gaat (Buitelaar, 2008, p. 213). De status van Mohammed, Koran en soenna zijn onbetwist (althoewel verschillende stromingen verschillende lijnen van overleveringen met autoriteit verbinden).

Deze geloofsstellingen maken de *structuur* uit van de islam. Het concept *structuur* (“*structure*”) verwijst volgens Wagenmakers en de Koning (2015) naar “de instituties, expliciete en impliciete normen en waarden die een bepaalde sociale orde scheppen, waar mensen aan onderworpen zijn en die het gedrag van mensen sturen” (Wagenmakers en de Koning, 2015, p.13). Een concept dat daarmee verbonden is, is *agency*, dat verwijst naar “het handelend vermogen van individuen” (Wagenmakers en de Koning, 2015, p.13). Wagenmakers en De Koning (2015) wijzen op de wisselwerking tussen handelend vermogen en structuur in de islam; het handelend vermogen van individuen in de islamitische samenleving heeft de structuur van die samenleving gevormd en de structuur kadert het handelend vermogen van individuen in die samenleving in. Volgens Wagenmakers en de Koning (2015) kan zicht op deze wisselwerking behoeden voor het stereotype beeld dat moslims vastzitten aan de ‘letter’ van de schriftelijke bronnen.

3.2.1 Visie op ziekte en gezondheid in de islam

Majed A. Ashy (1999) onderzoekt de concepten van ziekte en gezondheid vanuit het perspectief van de islamitische *structure* en stelt dat binnen de islam ziekte en gezondheid in een religieuze context begrepen moeten worden. Een centraal principe in de islamitische levensbeschouwing is *tawhid*, éénheid. Dit principe is primair en dominant en onderbouwt alle islamitische kennis, volgens Ashy met name de geneeskunde. Het principe van de éénheid begint bij het geloof dat er maar één God is, Allah, en dat die God één is. Daaruit vloeit voort dat de kosmos en alles daarin maar één enkel doel kent: *ibadad*, aanbidding. Aanbidding van God is volgens Ashy in de islamitische visie een activiteit ter opbouw van de mens.

Volgens het algemeen islamitische mensbeeld bestaat de mens uit vier aspecten: het hart, het intellect, de geest en het zelf (Nelson, 2009). Hart en intellect stellen de mens in staat kennis te verwerven. Het hart is met name van belang als plek waar de mens God ontmoet. De geest herbergt het geheel aan potentieel van een persoon en het zelf alle biologische en psychische aspecten, ook benoemt als de ‘dierlijke natuur’. Islam stelt dat de mens geschapen is met *fita*: “a God-given innate state or inclination to believe in God and to worship Him” (Nelson, 2009, p. 367). Door geloof, aanbidding en onderwerping kan deze staat en daarmee de menselijke gezondheid bevorderd en gevoed worden. Het omgekeerde geldt ook: afwezigheid van deze elementen leidt in de islamitische visie tot disbalans en, eventueel, ziekte.

Volgens Ashy (1999) kent de islamitische traditie vier typen van ziektes: spirituele (worden als het meest ernstig aangezien), functionele (verstoringen van de balans van het temperament), structurele (ziektes die omvang, aantal of vorm van organen beïnvloeden) en oppervlakkige ziektes (ziektes van de huid of het haar; vaak verbergen ze dieperliggende ziektes). Behandeling en herstel begint met de kennis en persoon van de arts, de *hakim* of wijze genoemd. Daarbij wordt het als noodzakelijk gezien dat deze een gelovig en moreel mens is, aangezien de relatie tussen de arts en de patiënt als onderdeel van de behandeling wordt beschouwd. Daarbij wordt

gesteld dat “[...]the practice of religion is in many ways helpful for health” (Ashy, 1999, p. 256).

3.2.2. Visie op de geestelijke dimensie bij ziekte in de islam

Stephenson en Hebeshy (2018) geven aan dat de essentie van islamitische spiritualiteit in de context van ziekte bestaat uit drie categorieën: de connectie met Allah, de alledaagse geloofspraktijk en de betekenis van ernstig ziek-zijn. De connectie met Allah is de kern waaruit al het andere voortvloeit: “The goal of a Muslim life [...] is to strive continually to be closer to Allah, which in turn enables a better connection to the self, others and nature” (Stephenson & Hebeshy, 2018, p. 282).

De connectie met Allah krijgt gestalte in de alledaagse geloofspraktijk: het uitvoeren van het gebed en de rituelen, het cultiveren van het geloof (*iman*) en het cultiveren van de deugd (*ihsan*). Zorgprofessionals moeten er volgens Stephenson en Hebeshy (2018) van doordrongen worden dat sommige elementen van die alledaagse geloofspraktijk tijdens een ziekenhuisopname ruimte en facilitering vragen: het regelmatige gebed, reinheid van lijf en kleding, het houden van de regels ten aanzien van voedsel, en het streven naar een bepaalde kuisheid in de zorgrelatie. Heel praktisch zou dat dan kunnen betekenen dat er bijvoorbeeld met briefjes op de deur van de ziekenzaal aangegeven kan worden wanneer de patiënt gebedstijd heeft, om verstoringen te beperken, dat mannen bij mannen en vrouwen bij vrouwen op zalen en in patiëntenkamers gelegd worden.

Ten aanzien van het verlenen van betekenis aan ziekte en ziek-zijn stellen Stephenson en Hebeshy (2018) dat moslims aannemen dat ziekte en gezondheid van Allah komen en door hen geaccepteerd moeten worden. Islamitisch geestelijk verzorger, Saïda Aoulad Baktit wijst op de louterende werking die door gelovigen aan ziekte toegekend wordt: “Deze mensen geloven dat lijden er is om je zonden weg te wassen, ja. Sommige mensen willen dus juist dat lijden dragen, omdat ze geloven dat je hier na dit leven voor beloond wordt” (Van Beek, 2021). Sommige moslims zullen zich daarnaast ook de vraag stellen of Allah hen vanwege een gedane zonde straft met een ernstige ziekte. Dat brengt vaak een emotionele strijd met zich mee, die door zorgprofessionals opgemerkt kan worden.

Het toeschrijven van ziekte aan de wil van Allah en de houding van onderwerping aan die wil is volgens Hamdy door westerse observeerders (“European travellers [...] Orientalist scholars [and] Western media”) vaak ten onrechte als passiviteit en fatalisme uitgelegd (Hamdy, 2009, p.174). Daarentegen interpreteert zij de acceptatie van ziekte als handelend vermogen en stelt zij dat “[d]ispositions of acceptance of divine will [...] must be actively cultivated” (Hamdy, 2009, p.174).

3.2.3 De visie op geestelijke ondersteuning bij ziekte en ziekenhuisopname in de islam.

Liefbroer (2020) onderzocht in haar dissertatie de rol van verschillen in levensbeschouwing tussen geestelijk verzorgers en hun cliënten. Zij concludeerde dat deze verschillen “in de praktijk van de geestelijke verzorging meestal geen of een zeer geringe rol spelen” (Liefbroer, 2020, p. 228). De visie op ziekte en gezondheid binnen de islam wijst echter op specifieke behoeften van islamitische patiënten ten aanzien van geestelijke begeleiding bij ziekte. Over

wat die behoeften zijn is echter volgens Stephenson en Hebeshy (2018) nog veel onduidelijkheid. Met name niet-islamitische geestelijk verzorgers blijken nog vaak hun eigen overtuigingen en geloofspraktijken aan te spreken in het begeleiden van islamitische patiënten. Volgens Stephenson en Hebeshy (2018) moet meer kennis over de geestelijke behoeften van islamitische patiënten leiden tot betere geestelijke begeleiding bij ziekte.

Marzband, Hosseini en Hamzehgardeshi (2016) analyseerden het concept geestelijke ondersteuning in de Koran, *hadith* en de commentaren. Zij definiëren islamitische geestelijke ondersteuning bij ziekte als een serie activiteiten met als doel het bevorderen van spirituele gezondheid en het voorkomen van spirituele malaise. Op basis van hun onderzoek komen zij tot een concretisering van geestelijke ondersteuning en zorg door een zevental attributen te benoemen: Ten eerste, de taak condities te scheppen voor het uitvoeren van het gebed, waarbij bedacht moet worden dat die in tijden van ziekte als belangrijker dan anders ervaren worden. Ten tweede, de patiënt helpen met het vinden van betekenis in ziekte. Ten derde, de patiënt hoop geven, aangezien volgens Marzband et al. (2016) wanhoop en twijfel aan Gods genade gezien worden als zonde. Ten vierde, het leggen en onderhouden van empathische relaties. Ten vijfde, het zorgen voor de patiënt tijdens het sterven. Volgens de onderzoekers hoort daar bij dat de rituelen rondom de dood uitgevoerd worden, maar ook dat de angst van de patiënt voor de dood gepareerd wordt. Ten zesde, een islam-conforme omgang tussen de seksen in de ziekenhuis-context. Onder verwijzing naar *Soera 24: 30* van de Koran, waarin beschreven wordt dat mannen en vrouwen hun blikken moeten neerslaan wanneer ze met elkaar in contact komen, wordt de scheiding tussen mannen en vrouwen benadrukt als onderdeel van de geestelijke verzorging in het ziekenhuis. Ten slotte, het faciliteren van het houden van de islamitische voedselwetten, want onvoldoende aandacht voor puur voedsel leidt tot ziekte van de ziel.

3.3. De rol van islamitische geestelijke verzorging.

Sinds 2001 kent de Nederlandse beroepsvereniging van geestelijk verzorgers (VGVZ) een sector islamitische geestelijke verzorging. Daar zijn 75 leden bij aangesloten en ongeveer 45 islamitische geestelijk verzorgers zijn bekend bij de beroepsvereniging als werkzaam als geestelijk verzorger.⁶ Toch is islamitische geestelijke verzorging nog niet structureel aanwezig in de Nederlandse instellingen (Bakir, 2012, p.9). In Nederland is islamitische geestelijke verzorging met name in drie gebieden werkzaam: in de zorg, in de gevangenis en in het leger. In eerste instantie werd de islamitische geestelijke verzorging organisatorisch vormgegeven door imams op vrijwillige- en freelancebasis in te zetten in de gevangenis. Vanaf 2008 vond er een officiële inbedding plaats door imams aan te stellen als ambtenaar binnen het penitentiaire systeem. In 2009 volgde het leger met het aanstellen van twee imams. Institutionele inbedding is geregeld via het in 2004 opgerichte CMO (Contactorgaan Moslims en Overheid). Dit orgaan verleent officiële erkenning aan de hand van formele en informele criteria (formele: een relevante universitaire opleiding; informele: bewezen religieuze kennis, persoonlijke en publieke vroomheid).

De rol van een geestelijk verzorger, met name in een migratiecontext zoals Nederland, is wezenlijk een andere dan die van een imam. Sterker nog, geestelijke verzorging is een nieuw

⁶ Email Christien den Draak (31 maart, 2021).

begrip binnen de islam: “[...] the term spiritual care in itself is alien to the Islamic tradition” (Liefbroer, 2020, p. 98). Hassan Bakir (2012) geeft een overzicht van de verschillen tussen de functies van islamitische geestelijk verzorger en imam. Op het gebied van opleiding en rituele vaardigheden ziet Bakir (2012) nauwelijks verschillen: beiden zijn opgeleid om Koran en soenna te verhelderen voor de gemeenschap en beiden zijn in staat gebeden te leiden, Koran te reciteren en praktische vragen van gelovigen te beantwoorden. Waar er wel verschillen bestaan is op het gebied van psychologische en sociale vaardigheden. Waar de geestelijk verzorger weet wat er speelt bij de cliënten en op de cliënten afstapt, wordt de imam meestal alleen betrokken als er problemen zijn en gaat het initiatief uit van de gelovigen. De geestelijk verzorger legt de nadruk op luisteren en als hij praat doet hij dat “op maat”; de imam daarentegen “is gespecialiseerd in het praten en prediken”. De geestelijk verzorger heeft een bemiddelende rol bij ziekte, overlijden of problemen in de familie en ook bemiddelt de geestelijk verzorger tussen de islamitische patiënt en zijn familie en de hulpverleners; de imam beperkt zich vaak tot het adviseren op het gebied van religieuze regels in gevallen van ziekte, overlijden of problemen in de familie; hij bemiddelt niet tussen zieken en hulpverleners, maar beperkt zich tot religieuze zaken (Bakir, 2012, p. 14).

Assim Hafiz (2015) identificeert vier aspecten die, in vergelijking met de functie van de imam, kenmerkend zijn voor het werk van de islamitische geestelijk verzorger: een vakinhoudelijk aspect, een professioneel aspect, een religieus-communaal aspect en een educatief-reformatief aspect.

Het vakinhoudelijke aspect beslaat de dagelijkse praktijk van de geestelijk verzorger alsook zijn/haar connectie met de beroepsgroep van de geestelijk verzorgers in Nederland. Deze beroepsgroep is divers naar levensbeschouwelijke achtergrond, maar wordt door een beroepsstandaard en kwaliteitsregister vakinhoudelijk verenigd; alle geestelijk verzorgers die aangesloten zijn bij de beroepsvereniging voldoen aan dezelfde eisen en criteria wat betreft opleidingsniveau, kennis en kunde.

Het professionele aspect verwijst naar de relatie van de geestelijk verzorger met de organisatie waarin hij/zij werkt. Hierin is de verhouding tot organisatiestructuren, regels en protocollen van belang. De islamitisch geestelijk verzorger vertegenwoordigt de instelling waarin hij/zij werkt naar de buitenwereld. Binnen de instelling werkt hij/zij samen met andere zorgverleners en vertegenwoordigt hij/zij op die wijze ook de beroepsgroep van de geestelijke verzorging.

Het religieus-communale aspect verwijst naar de relatie van de geestelijk verzorger met de eigen religieuze achtergrond en gemeenschap. De islamitische geestelijk verzorger is niet aangesteld door een geloofsgemeenschap, maar door de instelling. Binnen de zorginstelling vertegenwoordigt de islamitische geestelijk verzorger wel de islamitische geloofswaarden en de algemene islamitische geloofsgemeenschap.

Het educatief-reformatieve aspect belicht de wisselwerking tussen de maatschappij en de geestelijk verzorger. Door met die maatschappij in verbinding te staan in de instellingen waarin hij/zij werkt, wordt de islamitisch geestelijk verzorger met allerlei maatschappelijke thema's en ethische dilemma's geconfronteerd waartoe hij/zij zich moet verhouden en waarover hij/zij in gesprek gaat met patiënten en hun naasten. In de zorgcontext kunnen dat thema's zijn op het gebied van medische ethiek, levenseinde of de rol van familie bij de zorg voor zieken. Hafiz (2015) noemt dit aspect educatief omdat de wisselwerking met de maatschappij de geestelijk verzorger aanzet tot het zichzelf op de hoogte brengen en houden van die maatschappelijke en

ethische ontwikkelingen. Het is reformatief te noemen omdat de geestelijk verzorger, door deze maatschappelijke ontwikkelingen te bespreken met patiënten en hun naasten en hen daarin van raad te voorzien, ook vernieuwing van denken in de islamitische gemeenschap kan brengen.

Hafiz (2015) argumenteert dat deze aspecten duidelijk maken dat de rol van de islamitisch geestelijk verzorger met name in een multiculturele context verder reikt dan die van de imam. Islamitische geestelijk verzorgers staan directer in contact met de samenleving en zijn door hun professionele instelling, kennis en vaardigheden beter in staat intercultureel te communiceren en te bemiddelen tussen islamitische gemeenschap en maatschappij. Ook Liefbroer (2020) benadrukt dit: “Islamic spiritual caregivers need to constantly and thoroughly educate themselves and others in Islamic practical ethics [...] they need a good set of interfaith and interpersonal skills to be able to communicate [...] to their non-Muslim institutional environment, and actively involve this environment in their ethical deliberation process” (Liefbroer, 2020, p. 99).

Het beeld dat naar voren komt is dat de islamitisch geestelijk verzorger een professional is die opereert op de wisselwerking tussen de moslimgemeenschap en de Nederlandse maatschappij. Met name in de zorgcontext is de islamitisch geestelijk verzorger ook een interlevensbeschouwelijk werkende geestelijk verzorger; hij/zij bedient immers niet alleen islamitische maar ook niet-islamitische patiënten. Zijn/haar visie op en ervaring met de interlevensbeschouwelijke geestelijk verzorging is daarmee van belang om te begrijpen welke rol interlevensbeschouwelijk geestelijke verzorging kan spelen voor islamitische patiënten.

3.4. Samenvatting

De islam wordt nogal eens als een monolithisch geheel gezien. In werkelijkheid is er binnen de islamitische bevolking in Nederland een grote diversiteit in etnische- en culturele achtergrond en ook in geloofsbeleving. Ook migratie achtergrond en -redenen en generatie spelen een rol. Tegelijkertijd zijn er wel gedeelde geloofsopvattingen in de structuur van de islam aanwezig als het gaat om ervaringen van ziekte en ziekenhuisopname. Van wezenlijk belang hierin is het feit dat religie en religieuze praktisering wordt gezien als een onderdeel van gezondheid en genezing. De kennis omtrent die geloofsopvattingen en de islamitische visie op ziekte en gezondheid is van belang voor het verlenen van geestelijke ondersteuning aan islamitische patiënten. Binnen de islam is geestelijke verzorging een nieuw en nog grotendeels onbekend begrip, alhoewel er in Nederland al wel sinds enkele jaren een islamitische sector geestelijke verzorging bestaat. De functie van de geestelijk verzorger is wezenlijk anders dan die van de imam. Er kan een vernieuwende werking uitgaan van de functie van de (islamitisch) geestelijk verzorger voor de islamitische gemeenschap in Nederland.

Hoofdstuk 4 Verantwoording en resultaten

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe het onderzoek uitgevoerd is. Er wordt beschreven welke methodologische en ethische keuzes er gemaakt zijn. Ook wordt toegelicht hoe de onderzoeksgroep samengesteld is en hoe de dataverzameling tot stand gekomen is. Er wordt ingegaan op de betrouwbaarheid van het onderzoek en de geldigheid van de uitkomsten. Daarna wordt de data-analyse behandeld.

Het tweede deel van het hoofdstuk bestaat uit de weerslag van de resultaten van de data-analyse. Dat wordt gestructureerd aan de hand van een indeling in categorieën die uit het onderzoek naar voren kwamen. Deze worden door citaten uit de interviews verder ingekleurd en ondersteund.

4.1. Onderzoeksmethode

Uit inleiding en theoretisch kader van dit onderzoek werd duidelijk dat er nog relatief weinig onderzoek gedaan is naar de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor islamitische patiënten in het ziekenhuis. De doelstelling van dit onderzoek was daarom om helder te krijgen wat geestelijk verzorgers voor deze patiëntengroep kunnen betekenen als de levensbeschouwelijke achtergrond niet dezelfde is. Om hierover een zo helder mogelijk beeld te krijgen is gekozen voor kwalitatief onderzoek door middel van individuele diepte-interviews met een achttal geestelijk verzorgers die ervaring hebben met interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Volgens Hennink, Hutter en Baily (2020) is dit een passende methode om de identiteit, achtergrondkarakteristieken en context van de interviewkandidaten naar voren te brengen (Hennink, Hutter en Baily, 2020, p. 117). Deze aspecten zijn van belang om tot een goed begrip te komen van de dagelijkse praktijk van deze interviewkandidaten en daarmee van de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. De data die uit de interviews naar voren kwam is geïntegreerd door middel van een coderingssysteem waarbij in eerste instantie de interviews geanalyseerd zijn op hoofdcategorieën die te herkennen waren. Daarna zijn de hoofdcategorieën gebruikt om de interviews verder te analyseren en tot inzichten te komen waaraan conclusies verbonden kunnen worden.

4.1.1. Interviewkandidaten

Er zijn interviews gehouden met acht geestelijk verzorgers; vier islamitische geestelijk verzorgers en vier niet-islamitische geestelijk verzorgers; beide groepen bestonden uit twee mannen en twee vrouwen. Drie islamitische geestelijk verzorgers zijn gevonden door artikelen en publicaties die door hen geschreven waren. De laatste islamitische geestelijk verzorger is door één van de eerste drie genoemd. De niet-islamitische geestelijk verzorgers zijn deels via het eigen netwerk geworven en deels door diensten geestelijke verzorging aan te schrijven met de vraag of er een geestelijk verzorger zou willen meewerken met het onderzoek. Zes van de acht geestelijk verzorgers waren door de onderzoeker niet eerder ontmoet of gesproken; één niet-islamitische geestelijk verzorger is een directe collega van de onderzoeker; met één islamitische geestelijk verzorger was in het kader van het vooronderzoek een telefonisch gesprek gevoerd. Alle interviewkandidaten hebben ruime ervaring (meer dan 5 jaar) in het werk en hebben interlevensbeschouwelijke contacten gehad in het kader van hun werk als geestelijk verzorger. Dat is duidelijk geworden deels door publicaties van de geestelijk verzorgers, deels door voorgesprekken en deels in de interviews zelf. De interviewkandidaten werken allemaal

in een andere instelling; er zijn geen interviewkandidaten uit hetzelfde team geestelijk verzorgers geïnterviewd. Hierdoor wordt de representativiteit van de antwoorden vergroot.

4.1.2. Procedure

Tijdens het wervingsproces via email en ook bij het afnemen van het interview is duidelijk gemaakt aan de interviewkandidaten dat de interviews opgenomen worden, getranscribeerd en geanonimiseerd. Het is gecommuniceerd met de interviewkandidaten dat opname en transcriptie door de onderzoeker een jaar lang bewaard worden en bij de Rijksuniversiteit Groningen zullen worden aangeleverd om digitaal te bewaren. Bij aanvang van het interview zijn de deelnemers hierover nogmaals geïnformeerd en is hun accordering opgenomen. Het is gecommuniceerd dat derden geen toegang tot dit materiaal krijgen zonder de uitdrukkelijke toestemming van de onderzoeksbegeleider. De interviewkandidaten zijn geïnformeerd dat zij zich te allen tijde kunnen terugtrekken uit het interview en uit het onderzoek. Alle kandidaten zijn akkoord gegaan met deze voorwaarden.

Vanwege de Corona-pandemie en de daaruit voortvloeiende contactbeperkende maatregelen zijn zeven van de acht interviews op afstand uitgevoerd. Zes zijn er via Teams uitgevoerd en opgenomen, zowel video en audio. Een interview is via de mobiele telefoon gevoerd en opgenomen en een is face-to-face uitgevoerd en opgenomen via mobiele telefoon. De interviews zijn getranscribeerd met behulp van Amberscript. De transcripties zijn daarna geredigeerd door de opnames nogmaals te beluisteren en tegelijkertijd de transcripties te controleren. Delen die niet helder opgenomen waren zijn aangegeven met puntjes in de tekst.

4.1.3. Validiteit en betrouwbaarheid

De kwalitatieve methode met diepte-interviews is een passende methode voor de vraagstelling in dit onderzoek omdat de doelstelling was om zoveel mogelijk informatie te krijgen over de rol die ervaren geestelijk verzorgers toekennen aan de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor islamitische patiënten. De interne validiteit van het onderzoek is geborgd doordat de topiclijst waarover de interviewkandidaten bevraagd werden ontworpen is op basis van de informatie uit het theoretisch kader. De topics waren: 1) de dagelijkse praktijk van de geestelijk verzorger; 2) de nodige kennis van de Islam; 3) de relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt; 4) de rol van de geestelijk verzorger voor de organisatie; 5) de rol van de geestelijke verzorging voor de samenleving. De topics worden dus ondersteund door het literatuuronderzoek dat aan dit onderzoek ten grondslag ligt. Twee punten van aandacht zijn daarbij op te merken: 1) Het thema van de ‘gastvrijheid’; dit is belegd in het theoretisch kader en daaruit is de topic ‘relatie’ in de topiclijst voortgekomen. In de interviews kwamen de interviewkandidaten niet tot het letterlijk benoemen van het begrip gastvrijheid. Daarop heeft de onderzoeker dit begrip zelf benoemd waarop er positieve respons van alle geestelijk verzorgers kwam; men beaamde dat dit een goede invulling was voor de topic van ‘relatie’. Hier kan de onderzoeker de interviewkandidaten een woord in de mond gelegd hebben, zij het dan dat het ingebracht werd nadat aspecten van de relatie door de interviewkandidaten zelf al benoemd waren. 2) Na het eerste interview heeft de onderzoeker besloten nog een aspect toe te voegen aan de topic lijst, namelijk een vraag naar de rol van leeftijd en eerste- of latere generatie

achtergrond van de islamitische patiënten bij het ingaan op interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Dit gemotiveerd vanuit voortschrijdend inzicht.

Ten aanzien van de externe validiteit van het onderzoek kan gesteld worden dat de grootte van de onderzoeksgroep voldoende informatie saturatie oplevert. Informatie saturatie verwijst naar het moment in het proces van dataverzameling dat er geen nieuwe informatie of issues meer naar boven komen. Het is dus van belang omdat het aangeeft dat binnen de scope van het onderzoek voldoende data verzameld is om gerechtvaardigde conclusies te trekken. Volgens Hennink, Hutter en Bailey (2020) treedt saturatie bij relatief lage onderzoekseenheden op als het te onderzoeken thema breed genoeg is, de onderzoeksgroep homogeen is en de onderzoeksstrategie inductief van insteek is (Hennink, Hutter en Bailey, 2020, p. 111). De onderzoeksvraag die onderliggend is voor dit onderzoek is breed gesteld (wat is de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor islamitische patiënten), de onderzoeksgroep bestaat uit geestelijk verzorgers met ervaring en de topiclijst vraagt naar specifieke aspecten van de geestelijke verzorging. Er trad daadwerkelijk informatie saturatie op: op hoofdlijnen werden door zowel de islamitische – als de niet-islamitische geestelijk verzorgers gelijke antwoorden gegeven. De variatie in antwoorden die er was, was relatief gering en gaf in hoofdlijn een verschil tussen islamitische – en niet-islamitische geestelijk verzorgers te zien.

Tijdens alle interviews is hetzelfde interviewschema gebruikt. De volgorde van de vragen zijn niet tijdens alle interviews gelijk geweest, maar alle thema's uit het schema zijn aan de orde gekomen. Volgens Hennink, Hutter en Bailey (2020) is het karakteristiek voor een diepte-interview dat het geen vraag- en-antwoord verloop kent, maar dat voor de interviewkandidaat voelt als een gesprek waarin er ook ruimte is op elkaars persoonlijkheid, identiteit en verschijning in te gaan. Deze interactie heeft bij elk individueel interview plaatsgevonden. Hierdoor zijn de interviews niet volledig op dezelfde wijze te herhalen en kan ook niet met zekerheid gezegd worden of bij herhaling dezelfde resultaten behaald zouden worden.

4.1.4 Data-analyse

Voor de analyse van de data uit de interviews is gebruik gemaakt van een coderingssysteem, waarbij in eerste instantie met name inductief gewerkt is. Alle transcripten zijn doorgenomen waarbij concrete antwoorden van de individuele geestelijk verzorgers op een vraag uit de interviewgide op een apart papier genoteerd zijn. Deze concrete uitspraken zijn vervolgens vergeleken en gerubriceerd. Op de vraag welke houding men belangrijk vond bij het ontmoeten/leren kennen van een islamitische patiënt, bijvoorbeeld, gaf een islamitische geestelijk verzorger het volgende antwoord: "...men zegt: 'nou u bent één van ons. Ik beschouw je als mijn dochter, je bent net m'n zus'. Want gelijk is er, omdat ik ook een moslim ben, die band. Dus wat betekent dat? Je hoeft geen dingen uit te leggen." Een niet-islamitische geestelijk verzorger gaf op dezelfde vraag dit antwoord: "Van mensen houden; ik denk dat mensen aan de andere kant daar ook gevoelig voor zijn. En dat betekent werkelijk willen weten hoe het met de ander gaat, want die ander gaat mij aan." Beide antwoorden zijn onder de rubriek 'relatie geestelijk verzorger met patiënt' geschaard, maar laten tegelijkertijd ook een hele andere ervaring van en insteek op die relatie zien.

De rubriek cultuur en communicatie is geëxtraheerd uit de antwoorden die de respondenten gaven op vragen over andere thema's; er is geen specifieke vraag opgenomen over communicatie en cultuur in de interviewgids. Uit het kritisch doorlezen van alle transcripten kwam echter naar voren dat alle respondenten zaken benoemden die met cultuur en communicatie te maken hadden en dat ook de combinatie van cultuur en communicatie daarin van belang was. Een voorbeeld hiervan is de volgende uitspraak die een islamitische geestelijk verzorger deed tijdens de bespreking van de vraag naar zijn dagelijkse praktijk: "Ja, het gaat niet alleen maar over de taal, het gaat meer over de cultuur, over de denkwijze, de mentaliteit en het gedrag. Hoe gedragen we ons eigenlijk met elkaar? Ja, ik weet, het zijn kleine dingen, en kleine details, maar er is wel verschil." De vraag die aanleiding gaf tot deze uitspraak lag op een ander vlak, maar het gesprek bewoog zich in de richting van deze uitspraak.

De rubrieken die geïdentificeerd werden, zijn van een kleur en een code voorzien en vormden op deze wijze het coderingsinstrument. Met dit coderingsinstrument zijn vervolgens alle transcripten middels een deductieve werkwijze nogmaals doorgenomen om de uitspraken van de geestelijk verzorgers te kunnen indelen onder een code. Deze wijze van codering is een inductieve coderingsstrategie en wordt door Hennink, Hutter en Bailey "active reading" genoemd (Hennink, Hutter en Bailey, 2020, p. 221).

4.2 Resultaten

De volgende categorieën zijn geïdentificeerd bij het analyseren van de uitkomsten van de interviews:

kansen en grenzen van interlevensbeschouwelijke activiteiten in het patiëntencontact, relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt, organisatie en samenleving, en communicatie en cultuur.

Bij de bespreking van de resultaten zal er sprake zijn van enige overlap tussen deze categorieën. Dit is onvermijdelijk aangezien de categorieën onderling in samenhang staan.

In het analyseren van de resultaten worden de antwoorden van de islamitische geestelijk verzorgers vergeleken met die van de niet-islamitische geestelijke verzorgers, daar waar dat relevant is. In het algemeen kan gesteld worden dat de dagelijkse praktijk die de geestelijk verzorgers beschrijven wel overeen lijkt te komen. Twee van de islamitische geestelijk verzorgers leggen in hun beschrijving wel meer nadruk op de verscheidenheid van taken en spreken meer over rituelen en praktische hulp. De islamitische geestelijk verzorgers zijn R1, R2, R5 en R6. R3, R4, R7 en R8 zijn niet-islamitisch geestelijk verzorgers. Voor de leesbaarheid zal er bij de islamitische geestelijk verzorgers een I (van islamitisch) en een O (voor overig) gezet worden.

4.2.1. Kansen en grenzen van interlevensbeschouwelijke activiteiten in het patiëntencontact

Hier gaat het om de mogelijkheden en de onmogelijkheden die geestelijk verzorgers ervaren in de contacten met islamitische patiënten. Islamitisch geestelijk verzorgers is hier ook de vraag gesteld hoe zij die kansen en grenzen ervaren bij niet-islamitische patiënten.

Kansen

Alle geestelijk verzorgers zien wel kansen voor interlevensbeschouwelijke verzorgingsactiviteiten, alhoewel die activiteiten wel beperkt zijn. Het geven van aandacht en het aanbieden van hulp of het faciliteren van bijvoorbeeld gebed zijn daar voorbeelden van, maar met name wordt gesproken over de rol van het gesprek.

Het voeren van gesprek wordt door de meeste geestelijk verzorgers als kans gezien, alhoewel een islamitisch geestelijk verzorger hierbij wel de volgende kanttekening maakte:

“Je moet oppassen in welke wereld je komt. Dat kunnen soms gevaarlijke werelden zijn, namelijk, en wij komen bij een patiënt en gaan weer. Maar de patiënt zit opgescheept met het gesprek wat we hebben gevoerd met die persoon.” (IR6)

Gesprekken kunnen dingen losmaken die in de eigen context niet altijd begrepen, opgevangen of gewaardeerd kunnen worden. Vragen die dit oproept zijn of daar voldoende bewustzijn over bestaat bij geestelijk verzorgers die interlevensbeschouwelijke contacten aangaan en of geestelijk verzorgers die niet uit dezelfde cultureel-religieuze context als de patiënt komen goed kunnen interpreteren welke impact een gesprek heeft. Een niet-islamitisch geestelijk verzorger vertelde over een gesprek het volgende:

“[E]r was een vrouw en die zou sterven, die was jong en zij wist dat ze zou sterven. Maar de familie om haar heen, die verbood haar steeds om het daarover te hebben. En nou, we hebben daar samen dus wel over kunnen spreken. Ze heeft daarbij kunnen zeggen wat voor haar 't belangrijkste was.” (OR3)

Het gesprek met een geestelijk verzorger uit een andere dan de eigen levensbeschouwelijke achtergrond kan dus ook een zekere vrijheid geven om zaken te bespreken die in de eigen kringen onbesproken moeten blijven. Wel is het daarbij blijkbaar belangrijk goed in te kunnen schatten wat de implicaties zijn voor de patiënt die wel verder moet in die eigen levensbeschouwelijke context. Een islamitisch geestelijk verzorger maakte in dat verband verschil tussen een ‘gewoon gesprek’, wat hij benoemde als “een babbel”, en een gesprek als vorm van begeleiding:

“als het een gesprek is, een babbel, ik zou zeggen: voel je vrij, maar het is niet dat je ook echt iemand gaat begeleiden, want de begeleiding an sich - dat doe je pas als je weet wat het probleem is bij die persoon.” (IR6)

Dit wordt door een andere islamitische geestelijk verzorger beaamd, waarbij ook opgemerkt wordt dat niet dezelfde diepgang in een gesprek tussen een niet-islamitische geestelijk verzorger en een islamitische patiënt bereikt kan worden:

“Ik denk dat het lastig is voor een niet islamitische geestelijk verzorger om contact te hebben met de islamitische patiënt, waarbij beide partijen eruit kunnen halen wat er eigenlijk uitgehaald kan worden. Het gesprek gaat altijd maar tot een bepaalde hoogte omdat er heel vaak religieuze vragen zijn, ethisch-religieuze vragen of dilemma's waar een niet-islamitische geestelijk verzorger geen antwoord op heeft.” (IR5)

Het onbekend zijn met elkaars levensbeschouwelijke tradities wordt anderzijds door een niet – islamitische geestelijk verzorger omschreven als een positieve kans voor gesprek:

“[I]k herinner me bijvoorbeeld een patiënt die uitlegde over wat het voldoen aan de rituelen, het dagelijkse bidden vijf keer per dag, wat dat voor hem betekende. En dat was voor mij heel verrassend. Maar ik denk voor hem ook wel... [...] En dat praten over geloof, geloofsbeleving, wat het werkelijk betekent dat je gelooft, en dat uitleggen aan een ander ondersteunend is en goed en ook werkelijk geestelijke verzorging is.” (OR4)

Grenzen

Alle geestelijk verzorgers ervaren duidelijk grenzen bij het geven van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. De grenzen die men ervaart liggen voornamelijk op het gebied van rituelen en religieus-ethische consultatie.

De niet-islamitisch geestelijk verzorgers geven aan dat ze niet of nauwelijks rituelen uitvoeren bij islamitische patiënten. Er is wel verschil in benadering tussen de niet-islamitische geestelijk verzorgers als het gaat om rituelen en religieus-ethische advisering. OR4 gaf aan dat hij merkte geen voorganger te zijn en “geen kennisdrager voor wat er mag en niet mag binnen de islamitische levensbeschouwing” en OR7 stelde dat “we te weinig goed voorbereid te zijn” om mensen goed te begeleiden bij bijvoorbeeld overlijden. OR3 en OR8 gaven aan wel te willen interveniëren als de mogelijkheid door hen gezien werd. OR3 gaf bijvoorbeeld aan ethisch-religieuze kennis van islam ingezet te hebben:

“Nou ja, dat was die ene keer dat ik zei: u hoeft u niet ritueel te wassen. U kunt, ik weet toevallig uit uw geloof dat u ook met een steen die rituele voorschriften kunt voldoen... omdat u ziek bent.” (OR3).

Deze niet-islamitische geestelijk verzorger was er ook heel stellig in dat er voor haar wel een rol te spelen was als het ging om ethisch-religieuze kwesties, maar dat het nog niet aan de orde gekomen was, omdat ze er niet bij gevraagd was. OR8 gaf aan dat hij weliswaar een duidelijke grens zag bij rituelen: “natuurlijk gaan wij niet de *shahada* uitspreken”, maar hij zag wel mogelijkheden voor het gebruikmaken van universele symbolen en de “kruisbestuiving” die hij ervoer tussen de verschillende levensbeschouwingen. Als voorbeeld vertelde hij over een islamitische jongeman die bij hem kwam na slecht gedroomd te hebben:

“Toen heb ik hem de handen opgelegd. Dat heb ik aan mijn collega’s verteld, die kijken mij met grote ogen aan, maar volgens mij heeft het wel geholpen als je begrijpt wat ik bedoel. Hij kon zijn verhaal kwijt en ik heb gezegd: dat is meer het djinn- verhaal he? Ook niet onbekend trouwens natuurlijk bij mensen die christelijk geïnspireerd zijn, hè, huis uitzegenen, kwade geesten” (OR8).

De islamitische geestelijk verzorgers zijn kritischer als het gaat om rituelen en ethisch-religieuze consultatie van niet-islamitische geestelijk verzorgers aan islamitische patiënten. Het gaat daarbij niet alleen om kennis en inzicht maar ook om religieuze identiteit van degene die het ritueel uitvoert:

“...als het gaat om rituelen, denk aan recitatie uit de Koran, denk aan rituele wassing van iemand na overlijden of naamgeving bij een kind, juist dan moet iemand uit de islam komen, vroom, zuiver zijn, gelouterd in vergelijking met de ouders of met de familie. Een vooraanstaand iemand is dan men naar op zoek om de rituelen uit te voeren want dat bepaalt ook een beetje de waarde van het ritueel als het ware. Is het allemaal wel volgens de regels gedaan, is het allemaal wel correct gelopen, want dat bepaalt voor die mensen van die overtuiging dat ze denken van oh als het goed wordt uitgevoerd dan wordt het hopelijk gezien, gehoord, geaccepteerd door God zelf.” (IR1).

Het uitvoeren van islamitische rituelen door niet-islamitische geestelijk verzorgers wordt door de islamitische geestelijk verzorgers als grensoverschrijdend beschouwd:

“Ik weet dat sommige collega’s gaan met moslimpatiënten eigenlijk een vertaling van de Koran lezen. Maar ja, ik denk dat rituelen zijn een grens” (IR2).

IR6 noemde het lezen van de Koran door een niet-islamitische geestelijk verzorger “wel bizar”. Hij wees daarbij op de effecten die het ritueel had op de patiënten en de noodzaak van levensbeschouwelijke congruentie:

“en dan zegt een van de artsen: Misschien moet je zeggen ‘het ligt nu in de handen van Allah,’ dan zeg ik: Hou daar mee op! Je gelooft er zelf niet eens in, dat voelt de patiënt ontzettend haarfijn aan dat jij er niks mee hebt,

weet je, God wordt een instrument van mensen, daar ben ik op tegen als dat heilige het laatste houvast is. Gun de patiënt zijn laatste houvast. Alsjeblieft!” (IR6).

Als het gaat om het uitvoeren van rituelen bij niet-islamitische patiënten zijn de islamitische geestelijk verzorgers iets minder eensluidend. Hoewel allen wel inhibities ervaren bij het uitvoeren van rituelen en het lezen van de Bijbel stelde IR1 het volgende:

“Ehhmm nou ik vind het heel erg belangrijk dat als iemand om rituelen vraagt dat er iemand vanuit de eigen denominatie die rituelen kan komen uitvoeren, dat die vraag beantwoorden vanuit de instelling dat vind ik een belangrijke taak om die niet te laten liggen en op te pakken. Maar er kunnen zich situaties voordoen waarin het misschien niet mogelijk is om op korte termijn daar antwoord op te geven en dan kan je extern nog iemand zoeken eventueel als niet vanuit de instelling kan leveren of er externen zijn die de rituelen kunnen komen uitvoeren en lukt dat niet ja, dan kan je jezelf aanbieden en dan is het aan de ander of hij daarvoor open staat ja of nee. Eh wanneer het gaat om uitvoeren van rituelen als de ander daarmee akkoord gaat zie ik mezelf wel doen. Maar dan ben je wel afhankelijk dus of de ander mij daarin gezag en autoriteit geeft en of die daar voldoening aan heeft.” (IR1).

IR2 stelt: “Ja dus ja, rituelen, kerkdienst of een dienst die een religieus aspect heeft kan ik niet doen en ja, ik kan ook de Bijbel niet met iemand lezen”, en IR6 stelt het nog scherper: “In de islam is het heel duidelijk op het moment dat je een ritueel uitvoert van een ander geloof, dan betreed je dat geloof en laat je de islam los” (IR6).

4.2.2. Relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt

Hier gaat het om begrippen als openheid, vertrouwdheid, eigenheid en identiteit. Wat is de rol van de eigen identiteit als het gaat om open te staan voor de ander, de ander toe te laten, in contact te willen treden en in hoeverre je de ander vertrouwt met wezenlijke aspecten uit je leven?

Hier valt een duidelijke tweedeling te zien tussen de islamitische geestelijk verzorgers en de niet-islamitische geestelijk verzorgers. De niet-islamitische geestelijk verzorgers benoemen een ‘open houding’ (OR7) die aangenomen moet worden, een “spel van aftasten, omzichtig en respectvol die ruimte betreden” (OR4). Niet-islamitische geestelijk verzorger R4 geeft aan dat die ruimte waarin geestelijk verzorger en patiënt elkaar ontmoeten “altijd in eerste instantie open ruimte” is, “die is nog niet bezet”. Daartegenover benoemen de islamitische geestelijk verzorgers juist een ruimte die al ingevuld is met kenmerken die de moslimpatiënt deelt met de islamitisch geestelijk verzorger. IR1 zegt daarover:

“Misschien is het goed om even vast te stellen wat er dan is wat helpt dat er een relatie ontstaat. Verder, ja hoe zeg je dat... ik hoef niet eens iets te doen, he, mijn zuster zorgt voor een aantal dingen die belangrijk zijn voor de ander met betrekking tot relatie, tot vertrouwen hebben tot het gevoel hebben van oké we staan op dezelfde lijn, die zal me wel voelen, horen, begrijpen. Men heeft zoiets van oké wij zijn verbonden via geloof, dus dit is mijn zuster in geloof. Dat is een soort van verbondenheid; ik doe daar verder niks aan maar het is er, ik moslim, zij moslim, ik moslim, hij moslim, ben ik direct verbonden met de ander, dat is een verbondenheid die er is. Wat een zeer belangrijke rol speelt.”

De niet-islamitische geestelijk verzorgers benoemen een proces van **vertrouwen opbouwen**, waarvan “het begin heel vaak gewoon algemeen [is]” (OR7). OR4 beschrijft het in relatie proberen te treden als volgt:

“Van mensen houden en ik denk dat andere mensen aan de andere kant daar ook gevoelig voor zijn. En dat betekent in de zin van werkelijk willen weten hoe het met de ander gaat want die ander gaat mij aan. Dus dat is er voor nodig. Als hele basale houding waarin je een vloertje legt met elkaar, want je weet nooit waar de ander zit en ik ga ervan uit, he, de waarheid ligt in het midden...”

De islamitische geestelijk verzorgers benoemen een proces van **herkenning** dat relatie biedt:

“De relatie, de interpersoonlijke relatie komt bij moslims eigenlijk op nummer een, dus ons contact moet goed zijn en dat betekent eigenlijk zodra ik kom, ziet men een persoon [...] die zij onmiddellijk kunnen vertrouwen. (IR5).

Een van de islamitische geestelijk verzorgers geeft aan dat het belangrijk is om te proberen in ieder geval **aan te sluiten bij een deel identiteit van de patiënt**. Zij geeft als voorbeeld:

“even heel simpel, bijvoorbeeld in het Turks in het Arabisch, Iraans, Afghaans: Merhaba betekent goeiedag, hallo. Begin maar met een woordje *merhaba*. Mensen zijn flabbergasted: Wat gebeurt er nu dan? Die kan Arabisch of die kan wat Turks; nou kan ik niet achterblijven. Maar dat is zo leuk, want wat je gedaan? Je hebt je gelijk verplaatst in een stukje van de identiteit van jouw patiënt waarbij jij in korte tijd aansluiting kan vinden. Dit wordt enorm gewaardeerd. Wat gebeurt er dan eigenlijk? Die patiënt kan misschien niet zo goed Nederlands, maar die hoort jou ook zo'n woordje zeggen: “Nou jij kan ook niet zo goed Turks. Nou, maar als jij dat doet, nou dan open ik mezelf ook, doe ik ook mijn best. Ik zeg ook iets in het Nederlands en we zien wel, we komen tot elkaar, zijn gelijk, dat is iets, er is al een toon gezet en dat is heel waardevol.” (IR5).

Ook geeft deze geestelijk verzorger aan dat het van belang is niet alleen vragen te stellen aan de patiënt, maar ook de vragen die de patiënt heeft over jou als geestelijk verzorger en als persoon te beantwoorden:

“Maar ook in jouw gesprek is het heel belangrijk dat jij iets van jezelf dus laat zien. [...] Negen van tien keer, krijg jij ook te horen: Monique bent u getrouwd? heeft u kinderen, waar woont u, nou, dat moet je dus weten van in hoeverre ga ik daar mee wil ik dat, maar dat is wel heel normaal, dat doe ik ook hoor, maar ja, maar dan moet je dus. Ja, dus dat is het verschil, zeg maar met niet islamitisch geestelijke verzorging, maar als je dat niet doet, dan vind je ook niet die aansluiting. Begrijp je wat ik bedoel, dus waarom zouden zij aan mij moeten vertellen of zij getrouwd zijn of niet, maar op het moment dat het aan mij wordt gevraagd geef ik daar geen antwoord op. Ja.” (IR5).

IR5 wijst dus op de relatie tussen geestelijk verzorger en islamitische patiënt die binnen de islamitische context als een hechte band met familiale trekken ingevuld wordt. In dit verband wijst zij ook op cultuurverschil tussen de islamitische cultuur die zij als “tactieler” bestempelt dan de Nederlandse cultuur. **De relatie zorgverlener en patiënt is volgens deze geestelijk verzorger voor met name de oudere islamitische patiënten een relatie van wederzijdse nabijheid en niet zozeer een professionele en daarmee afstandelijkere relatie, zoals dat in de Nederlandse zorgcontext gezien wordt.**

4.2.3. *Cultuur en communicatie*

Hier gaat het om **de waarde van het gesprek, de rol van taal, verbale- en non-verbale communicatie en bewustzijn van interculturele communicatie.**

De niet-islamitische geestelijk verzorgers benoemen de contacten die zij hebben met islamitische patiënten als “spaarzaam” (OR4). Allen benoemen taalproblemen als een belangrijk obstakel voor contacten. Toch hebben allen wel voorbeelden van gesprekken en contacten die zij gehad hebben met islamitische patiënten. OR7 vertelt:

“Ik heb ook een mevrouw gehad – ja die lag met covid opgenomen, nou die was in de tachtig, die was eigenlijk de taal slecht machtig. En nou ja, dan werken we met zo'n tolkenbureau, maar dat werkt op dat moment allemaal niet dus die mevrouw, daar heb ik alleen maar bijgezet en gewoon bij haar gebleven en aandacht gegeven. En ja, een paar woorden gewisseld, ze had wat foto's staan van kinderen en kleinkinderen, nou dan vraag je daarnaar, dan

laat je haar vertellen. En dan snap ik niet alles wat ze zegt. Maar ja, op die manier. Je kan mensen wel nabij zijn, ook al spreek je elkaars taal niet.” (OR7).

Taalproblemen worden met name dan als problematisch ervaren als er **ernstige medische situaties optreden, bijvoorbeeld rondom een naderend levenseinde**. OR7 zegt daarover:

“omdat wel eigenlijk heel duidelijk is dat islamitische patiënten sowieso nooit euthanasie willen en dat palliatieve sedatie heel vaak als euthanasie gezien wordt en ehmm. Ja om dat uitgelegd te krijgen is echt heel ingewikkeld, dan moeten mensen echt begripsvermogen hebben, de taal goed machtig zijn om te snappen wat er dan gaat gebeuren.” (OR7).

In dit soort situaties spelen **emoties een grote rol** en, volgens OR4, ook het **vertrouwen of het gebrek aan vertrouwen van de kant van de patiënt en diens familie**:

“Als een arts weet: ik heb niks meer in huis, dat curatief ingezet kan worden, dus dan moet een behandeling worden gestaakt. Dat geeft dan enorme grote problemen met name voor Turkse mensen hier, want dat is de grootste groep met een buitenlandse afkomst. Nou dat is een heel harde boodschap voor hen. Dat vliegt soms uit bocht als de familie er dan zijn. Ik denk dat dat ook voor een groot deel gaat om vertrouwen. En je vertrouwd voelen met. En ik denk dat daar naar boven komt drijven dat ze zich een vreemde eend in de bijt voelen, en dat gaat me wel aan het hart. Voor beide kanten hoor, want daar worden dan soms woorden gezegd die geen recht doen aan een arts of verpleegkundige, dat is echt kwetsend, maar ja, als ik dan nadenk over waar het vandaan komt, vind ik dat ook erg, dat mensen wantrouwen naar mekaar uitspreken. Dat zegt mij wel veel over je wel of niet hier in vertrouwde handen voelen. Ook over verschillende visies op leven en dood, over wel of niet handelen. Dat is gewoon een visie op de medische mogelijkheden. Over wat kan en wat niet kan, maar het is ook een cultureel gegeven, denk ik.” (OR4).

De niet-islamitische geestelijk verzorgers geven aan met die culturele verschillen tussen henzelf en de islamitische patiënten zoekende te zijn. Enerzijds gebruiken ze de kennis die ze hebben omtrent de verschillen in cultuur, bijvoorbeeld door geen hand uit te steken naar vrouwelijke islamitische patiënten of door in contact met de familie uit te vinden wie de contactpersoon is. Anderzijds benoemde een geestelijk verzorger het ook als “mogen aanmodderen” en de ander laten uitleggen wat voor hem of haar belangrijk is (OR4). OR3 gaf aan dat ze zich wel innerlijk voorbereidt op wie ze zal treffen: “ik kijk altijd wel waar ze vandaan komen.” Tegelijkertijd pleit ze er ook voor “dat het exotische eraf gehaald wordt.” In verwijzing op input van een islamitische collega geestelijk verzorger stelt ze:

“Nou, ze zijn gewoon echt heel gewone mensen, hoor, en je kan ook gewoon zeggen van: u kunt nu gewoon echt niet naar binnen, het is niet goed voor uw geliefde. En dat je excessen ook echt excessen kunt noemen, ook gewoon recht in het gezicht en je vooral niet bang moet zijn. Ik denk dat dat heel belangrijk is” (OR3).

Met name in relatie tot de taalbarrière wijzen de niet-islamitische geestelijk verzorgers wel op leeftijd; het zijn met name de oudere islamitische patiënten waarvoor de taal problematisch is. Ook islamitisch geestelijk verzorgers zien het verschil tussen jong en oud binnen de groep islamitische patiënten als het gaat om taal en communicatie. Toch denken ze niet dat contacten met niet-islamitische geestelijk verzorgers snel makkelijker zullen verlopen of eerder aangeknoopt zullen naarmate mensen beter Nederlands spreken of langer in Nederland gesocialiseerd zijn. IR5 merkt hierover op:

“Er wordt wel iets anders naarmate nu de derde generatie moslims hoogopgeleid, nou niet iedereen, maar ik bedoel hier geboren, volledig ook Nederlanders zijn of nou ja, daar hou ik helemaal niet zo van. Maar ik bedoel, ze zijn hier gepokt en gemazeld in de Nederland samenleving. Ik zie wel veranderingen, maar op dit specifieke vlak, dus op het moment dat jij een bepaalde life event meemaakt zo'n, ingrijpende gebeurtenis of vraagstukken gaan spelen, rondom goh, hoe kan ik hier invulling aan gaan geven vanuit mijn religieuze beleving, wat zegt, even heel simplistisch, de Koran hierover, wat zegt de hadith, de overlevering van profeten, hier over. Hoe verhoud ik mij

tot? Ja dan zie ik geen verschil bij een jonge generatie. Eerlijk gezegd zie ik soms juist meer bewustwording.” (IR5).

Daarnaast wordt religieuze beleving en spiritualiteit ervaren als iets intiems dat niet makkelijk gedeeld wordt:

“dus voor spiritualiteit ehm ja dat is ook een precare natuurlijk terrein wat men niet zo snel open en bloot bij een vreemde zou willen leggen en met vreemde bedoel ik in dit kader dan iemand van een ander geloof.” (IR1).

Over het algemeen geven de islamitische geestelijk verzorgers aan dat de cultuurverschillen het meest ervaren worden door islamitische patiënten op het gebied van de communicatie van niet-islamitische zorgverleners.

“Ja, dat men de Nederlandse cultuur van directheid van vragen, van doorvragen, van duidelijkheid, van directheid. Soms ja, soms is het een beetje confronterend. En dat komt een beetje anders over bij mensen. Ik snap wat de Nederlandse collega bedoelt, wat hij doet, hij wil achterhalen wat er echt gevoeld wordt. Maar bij ons hoef je dat niet te vragen dat ook niet je te verwoorden. Soms is stilte genoeg, soms ga je met hem Koran lezen of *Duah* doen of smeekbeden, dat doet beter, heeft een positievere invloed dan alleen maar doorvragen. En ja, soms zie ik die vragen als een soort aanvallende vragen. Ja, dus die gevoeligheid” (IR2).

De bedoelingen, verwachtingen en reacties lijken in de interlevensbeschouwelijke contacten binnen de geestelijke verzorging dus niet altijd goed te matchen waardoor uiteindelijke resultaten ook niet goed in te schatten te zijn. Islamitische geestelijk verzorger R1 gaf aan met betrekking tot de islamitische patiënten: “ze kunnen natuurlijk wel uit bescheidenheid, *politeness* met een geestelijk verzorger van een andere denominatie nog wel in gesprek gaan, maar het zal voor hen niet bepalend zijn.”

IR6 wees met name op de grote rol van non-verbale communicatie in de achtergrondculturen van veel moslims. Deze culturen zijn volgens hem meer op collectiviteit ingesteld dan op individualisme, in tegenstelling tot de Nederlandse cultuur die individualistisch van insteek is: “70 procent is non-verbale communicatie als er een taalbarrière heerst. Hoe ga je als geestelijk verzorger aansluiten bij de patiënt?” (IR6).

4.2.4. Organisatie en samenleving

Hier gaat het om kennis en beeldvorming rondom de Islam, facilitering van ruimte en mogelijkheden (halal voedsel, gebedsruimte, ruimte voor rituelen, etc.) in de organisatie (en ook in de samenleving) en de rol die geestelijke verzorging hierin kan spelen.

Alle geestelijk verzorgers die gesproken zijn benoemen het belang van het geven van onderwijs als het gaat om islamitische patiënten in het ziekenhuis. Het geven van klinische lessen over de Islam en ziektebeleving binnen de Islam aan zorgpersoneel is door allen benoemd als belangrijk element van het werk van de geestelijk verzorger. Daarin wordt door de islamitische geestelijk verzorgers de samenwerking in het team geestelijke verzorging, dus de samenwerking ook met de niet-islamitische geestelijk verzorgers, specifiek benoemd. IR6 zegt hierover:

“We hebben de scholing interculturele zorg die doen we samen. Ik heb christelijke collega’s [...] humanistisch en wat ik altijd doe is iemand meenemen in de scholing, want het moet niet om mij draaien, maar het moet om ons draaien, om de samenwerking draaien.” (IR6).

IR5 benoemt ook de samenwerking in het team geestelijke verzorging en zegt: “Er groeit steeds meer onderling begrip voor elkaar als geestelijk verzorgers met een andere achtergrond.”

De niet-islamitische geestelijk verzorgers benoemen naast scholing van zorgpersoneel omtrent islamitische gebruiken en geloofsregels ook het faciliteren van gebeds(ruimtes), rituele wassingen en halal voedsel als activiteiten die de dienst geestelijke verzorging onderneemt. Waarbij ook wel een kanttekening gemaakt wordt:

“Je moet ook voorkomen dat je een uitzonderingspositie voor moslims gaat maken, dat je het voor hun wel gaat doen. Want als je halal voedsel aan gaat bieden, dan zou je ook koosjer voedsel aan moeten bieden. En dan is de vraag: wat is haalbaar” (OR7).

Niet alles waar de geestelijk verzorgers zich hard voor maken wordt ook overgenomen door de organisatie:

“Wij proberen ons al jarenlang daarvoor in te spannen dat er een intercultureel consulent of een islamitische geestelijk verzorger bij ons zou kunnen komen werken, maar dat wil niet vlotten in deze organisatie, dat zijn keuzes die gemaakt moeten worden door de Raad van Bestuur.” (OR8).

De islamitische geestelijk verzorgers benoemen ten aanzien van de samenstelling van de teams geestelijke verzorging binnen de zorgorganisaties wel heel duidelijk de noodzaak van het aanstellen van islamitische geestelijk verzorgers. Het werken met imams wordt afgeraden, omdat zij toch een andere functie hebben en niet altijd de kwaliteiten meebrengen die in de geestelijk verzorging nodig is.

“In de samenstelling van teams geestelijke verzorging moeten er minimaal een katholiek, een protestants en een islamitisch geestelijk verzorger zitten. Heb je de formatie niet? Neem een oproepijst, maar neem geen imams van de moskee of pastores van de kerk omdat deze doelgroep voornamelijk opgeleid en geconditioneerd is in de kerkelijke – of moskee omgeving waar ze werken.” (IR6).

Ook onder de niet-islamitische geestelijk verzorgers wordt het nut van het aanstellen van islamitische geestelijk verzorgers wel gezien. Een benoemde de intentie om binnen de organisatie te gaan werken met “aandachtvelders” op het gebied van cultureel sensitief werken, maar dit was nog niet van de grond gekomen. Drie van de gesproken niet-islamitische geestelijk verzorgers hebben er bij hun organisatie op aangedrongen om een islamitische geestelijk verzorger aan te stellen. Hoewel OR4 principieel interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging prefereert, stelt hij: “soms zijn die verschillen dus toch te groot.”

Een islamitisch geestelijk verzorger uitte zijn zorgen over de groei van de RING binnen de beroepsvereniging VGVZ en over de beroepsdefinitie zoals die vijf jaar geleden opgesteld is. Hij stelt:

“als vijf van de zes geestelijk verzorgers zeggen: we worden allemaal algemeen en een moslim collega zegt dan ja, ik kan niet meedoen ook al wil ik, want de patiënt vraagt het niet aan mij, dan kan het gaat schuren” (IR6).

4.2.5. Conclusie

Uit de resultaten komt naar voren dat er wat betreft interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kansen liggen voor het ondersteunen van islamitische patiënten in het ziekenhuis op het gebied van het geven van aandacht, soms in stille aanwezigheid, soms in het voeren van gesprekken. Het faciliteren van rituelen zoals gebed, halal voedsel, rituele wassingen en het

creëren van ruimte en bewustzijn voor de behoeften van de islamitische patiënten door het scholen van zorgpersoneel, het onder de aandacht brengen van de behoeften in de organisatie.

Grenzen worden duidelijk ervaren op het gebied van het uitvoeren van rituelen, het geven van religieus-ethisch advies en het voeren van spirituele gesprekken. Hier liggen echter voor de meeste islamitische patiënten de grootste behoeften.

Ten aanzien van de relatie tussen de geestelijk verzorger en de islamitische patiënt zijn er verschillen te zien tussen de antwoorden van de islamitische geestelijk verzorgers en de niet-islamitische geestelijk verzorgers. De eersten zien hun relatie met de islamitische patiënt als een directe vertrouwdheid op basis van gedeelde culturele en religieuze kenmerken. De relatie wordt gezien en benoemd in familiale termen, als zoon en dochter. Voor de niet-islamitische geestelijk verzorgers is het een zoeken en soms ‘aanmodderen’ waarbij omzichtigheid en respect belangrijk zijn in het betreden van elkaars ruimte.

Communicatie verloopt soms moeizaam door taalbarrières; dit is met name het geval bij oudere islamitische patiënten. Maar ook verschillen in communicatiecultuur spelen een belangrijke rol. Er is sprake van veel non-verbale communicatie die niet altijd goed gezien wordt door niet-islamitische geestelijk verzorgers en ook de rol van vragen en doorvragen wordt niet altijd op dezelfde wijze gezien. De bedoeling van de vragen van niet-islamitische geestelijk verzorgers kan zijn het achterhalen van de situatie van de patiënt en het tonen van oprechte zorg en interesse. Maar het kan door de patiënt opgevat worden als verwarrend en irritant. Soms is niet zozeer het gesprek over gevoelens wat helpend is, maar meer het gericht zijn op religieuze teksten of gebeden. Proberen aan te sluiten bij de (deel) identiteit van de patiënt kan laagdrempelig gebeuren en al een zekere openheid creëren. Hier ligt echter wel een spanningsveld voor de niet-islamitische geestelijk verzorger: aan de ene kant kan een poging tot aansluiting opgevat worden als ‘schijnheiligheid’, bijvoorbeeld als er specifiek islamitische termen of uitspraken gebruikt worden door de niet-islamitisch geestelijk verzorger, of zelfs grensoverschrijding als er rituelen of Koranische teksten ingezet worden. Aan de andere kant wordt de niet-islamitische geestelijk verzorger gevraagd zichzelf open te stellen, zichzelf mee te delen. Het aansluiten bij de (deel)identiteit van de islamitische patiënt lijkt daarmee gevraagd te worden niet zozeer door direct aan te sluiten op de religieuze beleving als wel op de menselijke ervaring van ziekte en alle emotie die daarmee gepaard gaat; gevraagd lijkt te worden om de aansluiting op een existentieel niveau van mens tot mens. Of deze aansluiting gevat kan worden in de term “babbel” is zeer twijfelachtig.

Binnen de organisatie speelt de geestelijke verzorging een belangrijke rol voor het ruimte creëren voor de behoefte van de islamitische patiënten. Met name door scholing van zorgpersoneel, het aan de orde brengen van de behoeften van de patiënten, bemiddelen tussen patiënten en hun naasten enerzijds en de organisatie en het personeel anderzijds. Zowel de islamitische als de niet-islamitische geestelijk verzorgers zien voordelen en zelfs noodzaak in het aantrekken van ofwel aandachtsvelders ofwel islamitische geestelijk verzorgers voor het verbeteren van de zorg voor islamitische patiënten. Hiermee lijken ze tegenwicht te bieden aan de lijn van meer algemeenisering en interlevensbeschouwelijkheid van geestelijke verzorging die binnen het vakgebied lijkt te zijn ingezet.

Hoofdstuk 5 Discussie, aanbevelingen en conclusie

In dit onderzoek stond de vraag centraal welke rol interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kan spelen voor islamitische patiënten bij ziekte en ziekenhuisopname. Om hier een antwoord op te geven is literatuuronderzoek gedaan en zijn empirische data verzameld. In wat volgt worden de belangrijkste bevindingen uit beide delen van het onderzoek aan elkaar gekoppeld. In 5.1 zal belicht worden hoe literatuur en empirisch materiaal zich tot elkaar verhouden; in 5.2 zal aangegeven worden wat de beperkingen van dit onderzoek zijn en welke aanbevelingen tot verder onderzoek dat oplevert en met 5.3 zal de conclusie van dit onderzoeken gegeven worden, waarmee het onderzoek afgesloten wordt.

5.1 Discussie

Uit het literatuuronderzoek en het theoretisch kader kan worden opgemaakt dat de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging onder islamitische patiënten nog weinig tot niet onderzocht is. Er is wel onderzoek gedaan naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging en ook naar de specifieke geestelijke verzorgingsbehoeften onder islamitische patiënten, maar de combinatie is nog niet gemaakt. Het blijkt dat die combinatie wel tot nieuwe en aanvullende informatie leidt.

Anke Liefbroer (2020) concludeerde in haar onderzoek naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging dat de rol van verschillen in levensbeschouwing tussen geestelijk verzorger en cliënt gering was. Stephenson en Hebeshy (2018), Marzband, Hosseini en Hamzehgardeshi (2016) en Hamdy (2009) komen met betrekking tot islamitische patiënten tot andere inzichten en wijzen juist op de specifieke behoeften van deze groep. Ook het empirisch onderzoek wijst duidelijk in die richting; de geestelijk verzorgers benoemen en ervaren allen met name grenzen aan de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging voor islamitische patiënten.

De nadruk op de religieuze elementen in de visie op gezondheid en ziekte in de islam leiden tot een sterke behoefte aan het correct uitvoeren van rituelen en religieuze regels. Hoewel de onderzoeken van Huijnk (2018) en Buitelaar (2020) uitwijzen dat er diversiteit is in de geloofsbeleving van verschillende generaties moslims, geven de islamitische geestelijk verzorgers uit het onderzoek aan dat zij niet verwachten dat jongere moslims makkelijker het zingevingsgesprek met een niet-islamitische geestelijk verzorger zullen aangaan. Verwacht wordt dat ook onder jongere moslims de identificatie als moslim sterk blijft en men bij ziekte en overlijden gericht wil zijn op de specifiek islamitische rituelen en geloofsregels.

Dit roept vragen op met betrekking tot de organisatie van geestelijke verzorging in de zorgsector. Zock (2019) wees op de ontwikkeling van ontzuiling in de zorg en de implicaties daarvan voor de geestelijke verzorging in die sector. Ziekenhuizen en zorginstellingen zijn algemene instellingen geworden en geestelijk verzorgers worden aangesteld door die instellingen. Zij worden geacht alle patiënten te kunnen bedienen. Het empirisch onderzoek wijst echter uit dat de vraag om specifiek islamitische geestelijk verzorgers breed ervaren wordt. Slechts één van de niet-islamitisch geestelijk verzorgers betwijfelde de noodzaak voor de eigen organisatie om een islamitisch geestelijk verzorger aan te stellen; de anderen hadden het zelf bij de eigen organisatie al aan de orde gesteld. Ook als de eigen persoonlijke instelling was dat

geestelijke verzorging eigenlijk de verzuiling voorbij zou moeten zijn en algemeen van insteek, werd toch de noodzaak ervaren een islamitisch geestelijk verzorger aan te stellen.

Het creëren van intercultureel bewustzijn en faciliteren van de behoeften van islamitische patiënten, zoals bijvoorbeeld Marzband, Hosseini en Hamzehgardeshi (2016) dat naar voren brachten, wordt in het empirisch onderzoek wel bevestigd als een mogelijke rol voor de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. Met name wordt dat door de respondenten ingevuld met het opnemen van een islamitisch geestelijk verzorger of een aandachtvelder in een interlevensbeschouwelijk werkend team van geestelijk verzorgers. Hierin wordt meerwaarde gezien, niet alleen voor de instelling, maar uiteindelijk ook voor de maatschappij.

Het aspect van de relatie tussen de geestelijk verzorger en de islamitische patiënt leidde in het empirisch onderzoek tot uiteenlopende beelden tussen de islamitische en de niet-islamitische geestelijk verzorgers. De niet-islamitische geestelijk verzorgers gaven positieve waarderingen en impressies van gesprekken en contacten tussen henzelf en islamitische patiënten. Ook gaven zij aan dat gesprekken en contacten als zingevend en van betekenis ervaren waren door de islamitische patiënten. Bij de islamitische geestelijk verzorgers was er meer sprake van reserve en zelfs scepsis over de betekenis die islamitische patiënten hechten aan gesprekken met niet-islamitische geestelijk verzorgers. Zij gaven aan dat het goed mogelijk was dat patiënten uit beleefdheid positieve signalen hadden afgegeven, maar in werkelijkheid minder belang hechten aan het contact.

In de literatuur kwam dit aspect nauwelijks aan bod, aangezien er niet veel onderzoeken zijn die specifiek de relatie interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging en islamitische patiënten belichten. Stephenson en Hebeshy (2018) gaan er wel op in en benoemen dat niet-islamitische geestelijk verzorgers vaak hun eigen overtuigingen en geloofspraktijken aanspreken in het begeleiden van islamitische patiënten. Hun onderzoekscontext is de Verenigde Staten en daarmee een context die voornamelijk door christelijke religieuze principes doordrongen is. Dat komt niet geheel overeen met de context van de niet-islamitische geestelijk verzorgers uit het onderzoek. Ten eerste omdat niet allen een christelijke of ook maar een religieuze achtergrond hadden, en ten tweede omdat zij allen interlevensbeschouwelijk werken aangezien ze in een ziekenhuiscontext alle levensbeschouwelijke achtergronden bedienen.

In het aspect van de relatie tussen de geestelijk verzorger en de islamitische patiënt werd de metafoer van gastvrijheid door alle respondenten beaamd als helpend beeld voor geestelijke verzorging in een interlevensbeschouwelijke context. Geen van hen bracht uit zichzelf dit beeld naar voren, maar allen reageerden positief op de aspecten van het elkaar vreemd zijn, en het omzichtig en behoedzaam betreden van een gedeelde ruimte van gastheer/vrouw en gast. In het beleven en waarderen van de relatie wezen de islamitische geestelijk verzorgers echter wel op cultuurverschillen die door niet-islamitische geestelijk verzorgers niet altijd goed ingeschat worden. Een voorbeeld hiervan is het aangaan van een open gesprek en het stellen van vragen waarmee in de Nederlandse context openheid en interesse in de ander gecommuniceerd wordt, maar wat door mensen binnen het islamitische cultuurgebied als irritant of storend ervaren kan worden.

Eén van de islamitische geestelijk verzorgers benoemde een uiterste blokkade voor de rol die interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kan spelen voor islamitische patiënten: identiteit. De identiteit van de islamitische geestelijk verzorger (de religieuze identiteit en de

identiteit als iemand met een migrantenachtergrond) roept direct vertrouwen en connectie op met de islamitische patiënt, zoals een niet-islamitische geestelijk verzorger dat waarschijnlijk niet direct zal oproepen. Hoewel alle respondenten een positieve rol zagen voor geestelijke verzorging in het proces van integratie van de verschillende levensbeschouwelijke groepen in Nederland en hoewel zij de voorhoedefunctie van geestelijke verzorging ten behoeve van de multiculturele samenleving onderschreven, lijkt deze blokkade vooralsnog te blijven liggen. Geconcludeerd kan worden dat de integratie van de verschillende levensbeschouwelijke groepen in de Nederlandse samenleving, binnen de zorgsector en in de geestelijke verzorging nog niet tot stand komt. Daarmee kan gesteld worden dat de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging weliswaar op verschillende manieren een rol kan vervullen, maar niet in alle behoeften van islamitische patiënten kan voorzien.

5.2. Aanbevelingen

Hoewel dit onderzoek de rol van interlevensbeschouwelijke verzorging voor islamitische patiënten verhelderd en aanvullend is op het al gedane onderzoek naar interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging, zijn er een aantal beperkingen op te merken. Deze beperkingen zullen hieronder besproken worden en resulteren in een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek.

Een eerste beperking is gelegen in het feit dat er alleen is gesproken met geestelijk verzorgers en niet met islamitische patiënten. De redenen hiervoor kwamen voort uit praktische overwegingen: met name oudere islamitische patiënten zijn vaak niet vaardig genoeg in de Nederlandse taal en de onderzoeker spreekt geen Turks, Marokkaans of Arabisch. Afhankelijk van de ernst van hun aandoening zijn niet alle patiënten in het ziekenhuis aanspreekbaar, wat de zoektocht naar respondenten bemoeilijkt. Daarbij vond het onderzoek plaats tijdens de Corona-crisis en was er maar beperkt toegang tot patiënten. Deze redenen gecombineerd met de beperkte tijdspanne waarin dit onderzoek uitgevoerd diende te worden leidden tot de keuze om geestelijk verzorgers te interviewen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is daarom om islamitische patiënten te bevragen op hoe zij interlevensbeschouwelijke contacten met niet-islamitische geestelijk verzorgers (hebben) ervaren.

Een tweede beperking is gelegen in het feit dat dit onderzoek slechts een momentopname kan zijn. Buitelaar (2020) beschreef in haar onderzoek een verschil in geloofsbeleving rondom de *haji* tussen verschillende generaties *haji*'s. De islamitische geestelijk verzorgers uit het onderzoek geven aan dat zij niet verwachten dat er snel iets veranderd in de verwachtingen en behoeften van islamitische patiënten op het gebied van geestelijke verzorging, maar Buitelaars onderzoek suggereert toch wel het tegengestelde. Een aanbeveling is daarom om de vraag naar de rol van interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging onder moslim patiënten over enkele jaren nogmaals onderwerp van onderzoek te laten zijn en te kijken of jongere generaties die in Nederland zijn opgegroeid en opgeleid anders antwoorden hierop.

Een verdere aanbeveling is gelegen in het verder onderzoeken van de rol van islamitische geestelijke verzorging. Die staat nu nog relatief in de kinderschoenen en lijkt zich in een emancipatie fase te bevinden waarbij ze ruimte zoekt en creëert voor zichzelf. Islamitische geestelijke verzorging voorziet duidelijk in een behoefte en lijkt in opmars. Een aanbeveling is daarom om die vorm van geestelijke verzorging onderwerp van onderzoek te maken om te

kijken hoe zij zich ontwikkelt in de komende tijd. De meeste islamitische geestelijk verzorgers maken deel uit van een interlevensbeschouwelijke team; hoe zal dit de islamitisch geestelijk verzorgers en de islamitische geestelijke verzorging beïnvloeden? En, omgekeerd, hoe zal de aanwezigheid van de islamitische geestelijk verzorgers een invloed uitoefenen op de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging?

5.3 Conclusie

In dit onderzoek werd de vraag gesteld welke rol interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging kon spelen voor moslims bij ziekte en ziekenhuisopname. Die rol is momenteel beperkt te noemen en bestaat uit het schenken van aandacht aan de islamitische patiënt door aan te bieden om in gesprek te gaan en behoeften (ruimte en mogelijkheid voor gebed, halal voedsel, bijvoorbeeld) te faciliteren. Daarnaast kan de interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging binnen de organisatie de bewustwording rondom de behoeften van de islamitische patiënt vergroten door scholing en bemiddeling tussen patiënten en overig zorgpersoneel.

Duidelijke grenzen worden ook ervaren, met name in het uitvoeren van religieuze rituelen en het doen van gezaghebbende uitspraken op religieus-juridisch gebied. Met name oudere generaties moslims ervaren nog duidelijk religieuze – en culturele verschillen die als blokkade ervaren worden om geestelijke ondersteuning te kunnen ervaren van mensen met een andere levensbeschouwelijke achtergrond. Een vraag die open blijft is of dit zal veranderen voor volgende generaties die in Nederland geboren zullen worden en zullen opgroeien.

Bronnen:

- Ashy, M.A. (1999). Health and Illness from an Islamic Perspective. *Journal of Religion and Health*. (38) 3. 241-257.
- Bakir, H. (2012). De behoefte aan islamitische geestelijke verzorging binnen Laurens. Onderzoek. Rotterdam: Laurens.
- Beek, van, M. (2021, 2 januari). *Van schoonmaker tot geestelijk verzorger*. Trouw. Geraadpleegd op 8 februari 2021, van <https://www.trouw.nl/religie-filosofie/van-schoonmaker-tot-geestelijk-verzorger-saida-aoulad-baktit-over-haar-roeping~bc37fba3/>
- Berger, M. (2020). Gaat het nog wat worden?. *Groene Amsterdammer*. (144) 22. Geraadpleegd op 15 mei, 2021, van <https://www.groene.nl/artikel/gaat-het-nog-wat-worden>
- Brandsma, B. (2016). *Polarisatie; inzicht in de dynamiek van wij-zij denken*. Schoonrewoerd: Brandsma.
- Buitelaar, M. (2008). Islam. In: M. ter Borg (red.) *Handboek religie in Nederland* (pp. 212 - 227). Zoetermeer: Meinema.
- Buitelaar, M. (2020). Rearticulating the Conventions of Hajj Storytelling: Second Generation Moroccan-Dutch Female Pilgrims' Multi-Voiced Narratives about the Pilgrimage to Mecca. *Religions*, 11(7), 1-18. [373]. <https://doi.org/10.3390/rel11070373>
- Bulut, M. (2012). *Palliatieve zorg en islam*. (Masterscriptie). Islamitisch Geestelijke Zorg, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Buuren, van, A. en Dijk, van, A. (2015). Identiteit en interculturalisatie. In: J. Doolaard (Red.), *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 171-191). Kampen: Kok.
- Cadge, W. en Sigalow, E. (2013). Negotiating religious differences: The strategies of interfaith chaplains in healthcare. *Journal for the scientific study of religion*. 2013(2), 146-158.
- CBS. (2020). *Jaarrapport integratie 2020*. Den Haag: CBS.
- Endt-Meijling, van, M. (2003). *Met nieuwe ogen*. Bussum: Coutinho.
- Fleischmann, F., Simsek, M. en Tubergen, van, F. (2019). Uiteenlopende paden: trends in religiositeit van moslimjongeren vergeleken met christelijke jongeren in 4 Europese landen. *Mens en maatschappij*, 94(3), 360-363.
- Furseth, I. & Repstad, P. (2006). *An introduction to the sociology of religion*. New York: Ashgate.
- Gordijn, A. (2010). What about the influence of Dutch culture on integration? *European Journal of Social Work*, 13(2), 217-229.
- Hafiz, A. (2015). Muslim chaplaincy in the UK: the chaplaincy approach as a way to a modern imamate. *Religion, State & Society* 43(1), 88-99.
- Hamdy, S.F. (2009). Islam, fatalism, and medical intervention. *Anthropological Quarterly*, 82(1), 173-196.

- Hennink, M., Hutter, I., Bailey, A. (2020) *Qualitative research methods*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: Sage Publishing.
- Hoogeveen, F. en Booij, J. (2019). 'Helpen het andere perspectief te zien'. *Denkbeeld* 31, 18-21.
- Huijnk, W. (2018). *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld*. Den Haag: SCP.
- Lewis, H. & Craig, G. (2014). "Multiculturalism is never talked about": community cohesion and local policy contradictions in England'. *Policy & Politics*. 42(1), 21-38.
- Liefbroer, A. (2020). *Interfaith spiritual care*. (Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam). Hilversum: Liefboer
- Liefbroer, A. en Berghuijs, J. (2020). 'Religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in het werk van geestelijk verzorgers.' *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 20(87), 24-33.
- Mathijssen, B. (z.d.). *Migration*. Literature review Deathscapes and Diversity. Groningen: RuG.
- Matser, J. (2016). Integratie volgens de experts. (SGPL). Universiteit van Utrecht.
- Marzband, R., Hosseini, S.H. en Hamzehgardeshi, Z. (2016). A concept analysis of spiritual care based on Islamic sources. *Religions* 7(6), <https://doi.org/103390/rel7060061>
- Nelson, J.M. (2009). *Psychology, religion, and spirituality*. New York: Springer.
- Ratheiser, M. en van der Stoep, J. (2013). *Media en religie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Slootman, M. (2018). The Dutch integration landscape. In: M. Slootman, *Ethnic identity, social mobility and the role of soulmates*. (pp. 59 – 83). IMISCOE Research Series, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-99596-0>
- Stephenson, P. & Hebeshy, M. (2018). The delivery of end-of life spiritual care to muslim patients by non-muslim providers. *Medsurg Nursing*, 27(5), 281-5.
- Tillie, J. (2008). *Gedeeld land*. Amsterdam: Meulenhof.
- VGvZ (2015). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*. Amersfoort: VGvZ.
- Walton, M. (2012). Geestelijke verzorging als gastvrijheid. *Tijdschrift geestelijke verzorging* 15(67), 32-39.
- Youngblood, P.W. (2019). Interfaith chaplaincy as interpretive hospitality. *Religions* 2019, 10(3), 1-14, <https://doi.org/10.3390/rel10030226>
- Zock, H. (2019). Chaplaincy in the Netherlands: The search for a religious and a professional identity. *Nordic Journal of Practical Theology*, 2019(2), 11-21.

Bijlage 1

Topiclist:

Inleiding interview

Dit interview is een onderdeel van een onderzoek dat ik momenteel doe voor mijn studie Master Geestelijke Verzorging aan de RuG. Dit onderzoek mondt uit in mijn scriptie waarmee ik de studie afsluit.

Met het onderzoek dat ik doe wil ik graag te weten komen op welke manier geestelijke verzorging ondersteuning kan geven aan islamitische patiënten in het ziekenhuis. Ik werk sinds september zelf als gv-er in de zorg. Ik heb zelf nog niet veel islamitische patiënten gesproken en ook mijn collega's spreken niet zo vaak met hen. Terwijl ze er wel zijn. We hebben in ons ziekenhuis ook een islamitische gebedsruimte, maar geen islamitische gv-er. Dit riep bij mij de vraag op hoe ik als gv-er ondersteuning kan bieden aan islamitische patiënten.

Dit interview wordt opgenomen via teams en/of via een mobiele telefoon. Daarna wordt het interview uitgeschreven en geanonimiseerd. De antwoorden zijn niet te herleiden naar een specifieke persoon. Op deze wijze wordt de privacy geborgd. Ik wil de opname en de transcriptie zelf een jaar bewaren en ze ook digitaal opbergen bij de RuG. Daar kan in principe niemand bij zonder toestemming te vragen aan mijn scriptiebegeleider, Brenda Mathijssen. De antwoorden die gegeven worden, worden verwerkt in de scriptie en de scriptie wordt ingeleverd via het digitale systeem van de RuG, Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschappen en zo bewaard.

U kunt op ieder moment stoppen met het interview. Ook staat het u vrij uzelf uit het onderzoek terug te trekken.

Als u hiermee akkoord gaat hoor ik dat graag op de opname en ontvang ik graag een handtekening op het consent formulier.

Onderwerpen interview

Ik zal eerst aangeven hoe het interview is opgebouwd, zodat u een idee heeft wat er gaat komen. Er zijn 5 onderdelen waarover ik u vragen ga stellen:

- 1) dagelijkse praktijk van uw werk; dit is het grootste deel.
- 2) kennis van islam die nodig is
- 3) de relatie tussen de gv-er en de patiënt
- 4) de rol van de gv-er voor de organisatie waar hij/zij voor werkt
- 5) de rol van de geestelijke verzorging voor de samenleving.

1) Dagelijkse praktijk

A. Kunt u vertellen wat voor soort ondersteuning u geeft aan islamitische patiënten in uw dagelijkse werk?

- Welke ondersteuning geeft u op het gebied van rituelen en religieuze praktijk?
 - faciliteren van gebed
 - stervenshulp en rituelen bij overlijden;

- faciliteren in islam-conforme omgang met de seksen
- faciliteren van voedselwetten
- omgang met Koran

Wat kan een niet-islamitische gv-er in dit geval doen?

Hoe doet u dit soort dingen bij niet-islamitische patiënten?/ heeft u zelf zulke ervaringen bij niet-islamitische patiënten?

B. Op welke manier helpt u islamitische patiënten bij ethische vragen? Bijvoorbeeld als een patiënt erge pijn lijdt maar erg twijfelt of hij wel palliatieve sedatie kan accepteren?

Wat kan een niet-islamitische gv-er in dit geval doen?

Hoe doet u dit soort dingen bij niet-islamitische patiënten?/ heeft u zelf zulke ervaringen bij niet-islamitische patiënten?

C. Ik wil nu graag met u praten over geloofsbeleving en spiritualiteit. Wat betekent het woord 'spiritualiteit' voor u? Hoe helpt u islamitische patiënten hun spiritualiteit en geloof te beleven?

- gelegenheid geven het (levens)verhaal te vertellen
- verkennen van betekenis van de ziekte- en ziekenhuiservaringen van de patiënt voor zijn/haar levensverhaal
- zoeken naar bronnen van hoop
- welke rol kan de mystieke/spirituele traditie (soefisme)/kunnen mystieke teksten spelen/door interlevensbeschouwelijke gv-er ingebracht worden
- welke rol spelen leeftijd van de patiënten en het opgegroeid zijn in Nederland?

Wat kan een niet-islamitische gv-er in dit geval doen?

Hoe doet u dit soort dingen bij niet-islamitische patiënten?/ heeft u zelf zulke ervaringen bij niet-islamitische patiënten?

2) Kennis van islam

A. Op welke manier is kennis van islam belangrijk voor uw werk?

Welke kennis?

Hoe belangrijk is dit voor een niet-islamitische gv-er?

Hoe werkt dat voor uzelf als u in contact komt met niet-islamitische patiënten?/ heeft u zelf zulke ervaringen bij niet-islamitische patiënten?

3) Relatie geestelijk verzorger – patiënt.

-Hier eventueel de metafoor van de gastvrijheid benoemen.

A. Als geestelijk verzorger ga je een soort relatie aan met de patiënt; hoe ziet u dat?

B. Waar let u op bij het leren kennen van een islamitische patiënt? Welke houding vindt u belangrijk?

C. Hoe kun je dichtbij iemand komen en toch ook de juiste afstand bewaren?
(islamitische termen)

Waar moet een niet-islamitische gv-er op letten? Hoe werkt dit voor u als u in contact komt met niet-islamitische patiënten?

4) Rol in de organisatie

A. U werkt in een ziekenhuisorganisatie. Op welke manier kunt u binnen die organisatie van betekenis zijn voor de patiënten?

(Bent u een soort belangenbehartiger? Bent u een brug tussen de patiënt en andere zorgverleners?)

Wat kan een niet-islamitische gv-er in dit geval doen?

Hoe doet u dit soort dingen bij niet-islamitische patiënten?/ heeft u zelf zulke ervaringen bij niet-islamitische patiënten?

5) Rol in de samenleving

A. Kan geestelijke verzorging volgens u een uitwerking hebben in de samenleving?

(- bijvoorbeeld in de onderlinge beeldvorming en verstandhouding tussen mensen? Heeft u daar uit eigen praktijkervaring voorbeelden van?)

-Heeft u als gv-er een eigen visie of droom voor hoe we met onze verschillende levensbeschouwelijke achtergronden kunnen samenleven in Nederland? Hoe ziet die visie of droom eruit? Hoe kunt u daar als gv-er zelf aan meewerken?)

Is dat effect anders als gv-er en gesprekspartners/patiënten verschillen in religieuze of levensbeschouwelijke achtergrond?

We zijn aan het eind van het interview gekomen. Heeft u zelf nog iets toe te voegen?
Mag ik u hartelijk danken voor de genomen moeite?