

VROUWELIJK MOSLIM GEESTELIJK VERZORGER: EEN MEERWAARDE?

Een gender-specifieke aanpak in de geestelijke verzorging voor vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond

Door: Mw. Mualla Kaya*

In Utrecht heeft Mualla Kaya twee jaar lang pionierswerk verricht als vrouwelijk moslim geestelijk verzorger. Ze werkte met name onder vrouwen met een islamitische achtergrond bij de divisie vrouw & baby van het academisch ziekenhuis. In de rubriek Impressie beschrijft ze haar activiteiten en legt ze uit waarom haar aanwezigheid een bijdrage levert aan geïntegreerde culturele zorg. 'Er bleek heel duidelijk niet alleen behoefte te bestaan aan geestelijke verzorging voor patiënten, maar ook aan adviezen voor andere disciplines en medewerkers'.

De islamitische geestelijke verzorging verkeert in een proces van emancipatorische ontwikkeling. Men is in de gezondheidszorg vaak weinig bereid om in interculturele zorg en evenzo in geestelijke verzorging te investeren. Wanneer dit wel gebeurt is het echter nog te geïsoleerd en te weinig consequent en consistent gestructureerd. Om hierin verandering te brengen, vond in de periode 2005 tot 2007 in het UMC Utrecht het Moslima GV-Project plaats, dat als doel heeft de bejegening van vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond te optimaliseren. Op deze manier probeert het UMC Utrecht toe te groeien naar betere en meer geïntegreerde interculturele zorg. Het UMC Utrecht bestaat uit de Volwassenenkliniek AZU en het Wilhelmina Kinderziekenhuis WKZ. In dit artikel doe

ik verslag van de resultaten van het Moslima GV-Project en laat ik tevens zien, hoe die resultaten de weg kunnen wijzen naar een nieuwe impuls vanuit de Dienst Geestelijke Verzorging aan het inter-culturalisatie- en diversiteitsmanagement van het UMC Utrecht.

1. Project 'Moslima Geestelijk Verzorger'

Eind 2005 heeft het UMC Utrecht mij benaderd met de vraag om een project uit te voeren ter optimalisering van de bejegening van vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond. Deze vraag kwam van de zijde van de Dienst Geestelijke Verzorging (DGV) en de Divisie Vrouw & Baby en werd financieel ondersteund door het WKZ-Fonds.

Het project had als doel inzicht te geven in de vraag hoe de DGV en de Divisie Vrouw & Baby meer tegemoet kunnen komen aan de behoeften van hun vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond, ten einde de dienstverlening middels geestelijke verzorging te optimaliseren, te intensiveren en de interculturele zorg in het UMC Utrecht te bevorderen.

Mij werd verzocht gedurende dit zogeheten 'Moslima GV-Project' duidelijk rekening te houden met een aantal ontwikkelingen.

1. In de laatste paar decennia heeft de patiëntenpopulatie van het UMC Utrecht vele veranderingen ondergaan met consequenties voor de toekomst. Graag specificeren welke veranderingen en met welke consequenties..
2. Welke ontwikkelingen zijn in dit kader nog meer van belang?

Ik heb de projectdoelen en de ontwikkelingen die aanleiding hebben gegeven voor het project, verwerkt tot de volgende onderzoeksvraag: op welke manier kan de DGV van het UMC Utrecht, met betrekking tot het in haar beleid geformuleerde beleidsterrein 'Interculturalisatie' en de hieruit voortvloeiende doelstellingen, haar bijdrage aan het diversiteitmanagement optimaliseren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, ben ik in de eerste plaats uitgegaan van mijn praktijkervaringen als vrouwelijk moslim geestelijk verzorger. In dit artikel geef ik enkele van deze ervaringen weer.¹

2. De achtergrond van het project

2.1 Geestelijke verzorging in intercultureel perspectief

Sinds de jaren '60 van de vorige eeuw hebben arbeidsmigranten uit landen als Turkije en Marokko hun invloed gehad op de – toen reeds – multiculturele samenleving in Nederland. Hierdoor is Nederland meer en intenser in contact gekomen met de Islam. De onvermijdelijk geworden noodzaak van interculturele wisselwerking tussen de westerse en

de islamitische cultuur manifesteert zich intussen binnen alle segmenten van onze samenleving.

Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) zijn alle zorginstellingen verplicht een kwalitatief goede zorg te leveren. Ook wanneer het gaat om geestelijke verzorging moeten zorginstellingen aandacht geven aan de levensbeschouwelijke achtergronden van hun patiënten en de daaruit voortvloeiende behoeften.

Vanaf begin 90-er jaren van de vorige eeuw besteedt de zorgsector langzaam groeiende aandacht aan multi-culturaliteit en multi-religiositeit. Dat ze wil inspelen op de multiculturele en multi-religieuze samenleving, komt voort uit noodzaak. Onze samenleving is immers ingrijpend aan het veranderen. Enerzijds is de secularisatie zichtbaar in toenemende levensbeschouwelijke ongebondenheid. Anderzijds leven er circa 1 miljoen mensen met een islamitische achtergrond in Nederland. De van oorsprong niet-Nederlandse bevolkingsgroepen groeien het sterkst; zij bevinden zich vooral in de grote steden. De achtergrond van het patiëntenbestand wordt hierdoor in toenemende mate allochtoon.

Deze ontwikkelingen in de samenstelling van de Nederlandse bevolking en de toename van culturele en religieuze diversiteit hebben invloed op de wijze waarop patiënten in Nederlandse ziekenhuizen hun ziekte, behandeling en zorg beleven. De insteek van het UMC Utrecht en haar DGV, is afstemming van de geestelijke verzorging op de zorgbehoeften van patiënten en wel zodanig, dat multi-levensbeschouwelijkheid en interculturalisatie daar optimaal deel van uitmaken.

2.2 Cultuurspecifieke zorg

In verband met de veranderende factoren in de zorg vraagt de Dienst Geestelijke Verzorging zich regelmatig af of de begeleiding van en hulpverlening aan patiënten beter kan. Ontwikkelingen op het gebied van medische techniek- en technologie,

het veranderende zorgstelsel, zorgvraag- en aanbod, de demografische veranderingen, de komende golf van vergrijzing – ze zijn slechts enkele van de onderwerpen waarmee de DGV zich momenteel bezighoudt. Zo houdt ze ook haar vinger aan de pols van de pluriforme Nederlandse samenleving en vervult zij sinds 1996 een pioniersfunctie met betrekking tot interculturele en met name islamitische geestelijke verzorging.

Mijn voormalige collega, dr. A. Karagül, heeft vanaf het begin van zijn functie als eerste moslim geestelijk verzorger in het UMC Utrecht (1996-2007) geconstateerd, dat hij met zijn werk niet alle patiënten met een islamitische achtergrond kon bereiken. Met uitzondering van crisissituaties waren patiënten van een aantal afdelingen, zoals Obstetrie en Voortplanting & Gynaecologie, waar uitsluitend vrouwelijke patiënten verblijven, moeilijk te bereiken. Ook wanneer er om islamitische rituelen na het overlijden werd gevraagd kon hij in verband met islamitische voorschriften de vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond niet van dienst zijn.²

Ondanks de open en professionele houding van mijn mannelijke collega proximus kwam het regelmatig voor dat een patiënte op grond van haar geloofsvisie, cultuur, of vanwege voorkeur of om principiële redenen een vrouwelijke geestelijk verzorger wenste. Vrouwen die in hun dagelijks leven strikt gescheiden leefden van mannen, gaven expliciet dan wel impliciet aan het moeilijk te vinden om een man als moslim geestelijk verzorger te ontmoeten. Het was voor hen moeilijk om met hem in gesprek te gaan, mede omdat wat hen bezig hield vaak een intiem karakter had, zoals zaken die gerelateerd zijn aan kindwens, zwangerschap, gynaecologie, (echtelijke) relaties, huiselijk geweld, et cetera.

De stelling van dr. Karagül was dan ook, dat een vrouwelijk moslim geestelijk verzorger uitkomst zou kunnen bieden bij het bereiken van (een groep) vrouwelijke patiënten die met een mannelijke

moslim geestelijk verzorger niet in contact willen of kunnen treden vanwege hun culturele achtergrond en/of hun geloofsovertuiging.

Gedurende het Moslima GV-Project ben ik aan een aantal specifieke afdelingen verbonden geweest, te weten: Obstetrie, waaronder Polikliniek Verloskunde, Verpleegunit Zwangeren, Verpleegunit Kraam en het Universitair Verloskundig Centrum (UVC); Neonatologie, waaronder Intensive-, High- en Medium-Care units; en Voortplanting & Gynaecologie. In de loop van de tijd ben ik naast Vrouw & Baby ook regelmatig betrokken geweest bij de Kindergeneeskunde.

In mijn verbondenheid aan bovenstaande afdelingen en mijn beschikbaarheid voor met name vrouwelijke patiënten, heb ik als professional een open houding aangenomen. Ik heb mij breed inzetbaar opgesteld, waarbij ik tevens mannelijke patiënten met een islamitische achtergrond heb bezocht. Gedurende twee jaren heb ik langs verschillende kanalen zowel in het AZU als in het WKZ patiënten begeleid.

3. Ervaringen als moslima geestelijk verzorger

Hoe kan men de betekenis, de meerwaarde van een vrouwelijke moslim geestelijk verzorger in kaart brengen? De Dienst Geestelijke Verzorging en de zogeheten multidisciplinaire Klankbordgroep Moslima GV³, waarmee ik samen heb gewerkt, hebben gekozen voor de empirische aanpak. Dit ging vanaf het begin gepaard met veel aandacht voor de religieuze, culturele en ethische achtergronden en contexten. Er bleek heel duidelijk niet alleen behoefte te bestaan aan geestelijke verzorging voor patiënten, maar ook aan adviezen voor andere disciplines en medewerkers. Tevens is er een educatieve taak naar de islamitische achterban en haar basis-imams.

3.1 *Van vrouw tot vrouw: een universeel fenomeen*
Reeds vanaf het begin van mijn werk binnen het

UMC Utrecht heb ik steeds van zowel professionals als patiënten positieve reacties gekregen aangaande mijn beschikbaarheid. Medici en andere professionals gaven aan zeer blij te zijn met deze uitbreiding in het aanbod van diversiteit, dat het UMC Utrecht aan haar patiënten biedt. Naar de ervaringen van professionals hebben de vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond baat bij mijn aanwezigheid, zeker degenen die in hun dagelijkse leven hebben gekozen voor een strikte scheiding van mannen.

Wel dient vermeld te worden, dat vrouwelijke patiënten het sowieso zeer prettig vinden om hun intieme zaken met een vrouwelijke professional te bespreken, onverschillig welke culturele en levensbeschouwelijke achtergrond ze hebben en welke discipline de vrouwelijke professional uitoefent. Volgens een artikel⁴, verschenen op de website van MIKADO (het landelijke kenniscentrum interculturele geestelijke gezondheidszorg) vragen autochtone vrouwelijke patiënten van het Erasmus MC net zo vaak om een vrouwelijke gynaecoloog als allochtone vrouwelijke patiënten. Hetzelfde geldt in het Amsterdamse AMC, en zeker ook in het UMC Utrecht. Het blijkt, dat vrouwen ongeacht hun etniciteit, cultuur en religie, graag worden geholpen door vrouwelijke professionals. Tevens is het voor de hand liggend, dat ik als vrouw meer affiniteit kan hebben met vrouwelijke patiënten in hun problematiek.

3.2 Het non-verbale en het lichamelijke contact

‘Geest is niet grijpbaar, niet isoleerbaar – maar ze kan voelbaar zijn in een handdruk, een gebaar, een blik, een klank in de stem. Te gemakkelijk associëren wij in onze cultuur het geestelijke met een boodschap in woorden, een zeggbare en schrijf-bare formule. Geestelijke verzorging wordt dan in de kern het overbrengen van die formule, het uitspreken van de woorden die de boodschap van betekenis bevatten. ‘Lichamelijkheid’ kan dan niet meer zijn dan het rechtzetten van de stoelen

voor het gesprek dat daarin moet plaatsvinden. Maar zelfs als we het woord die voorrang geven, hoezeer komen we in het middelpunt ervan niet steeds weer het lijf tegen: spreken is een ademen gevormd door buik, borst, keel, mond en hoofd, een gebaren met gezicht en blik met vingers en handen; een pantomime van de kruin tot in de voeten, tot in de tenen. Het lijfelijke is niet slechts een verpakking voor de woorden: het is het woord dat wij spreken of schrijven. De boodschap is het lijfelijke samenspel, onze gedeelde beweging, onze gedeelde warmte, onze gedeelde melodie, onze gedeelde stilte.⁵

Deze passage van dr. H. Coenen in het *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, geeft twee belangrijke aspecten van de communicatie weer, namelijk de attitude en het non-verbale. In het contact met de patiënt neemt uiteraard het verbale een groot deel van de begeleiding in beslag. Het gebeurt echter regelmatig, dat in het contact juist de aanraking, de omhelzing of de stilte een essentiële rol spelen. Niet ieder mens wil aangeraakt worden. Toch is heel vaak dat aanraken – bijvoorbeeld bij dementerende mensen – een hand vasthouden, iemand bij de arm nemen en dergelijke, dé manier om naast iemand te staan en contact te maken.⁶

Vrouwelijke patiënten met een islamitische achtergrond die openstaan voor fysiek contact, vinden het aangenamer om door een vrouwelijke professional te worden begeleid. Want bepaalde restricties in de Islam inzake (fysiek) contact, hebben hun (soms) onvermijdelijke weerslag in de omgang. Concreet betekent dit bijvoorbeeld voor sommige vrouwelijke islamitische patiënten, dat bij gebrek aan derden een begeleidingscontact in een gesloten ruimte samen met een mannelijke moslim geestelijk verzorger onmogelijk dan wel problematisch kan zijn. Ook oogcontact is een heikel punt: dat kan voor hen de begeleiding door een mannelijke geestelijk verzorger onacceptabel maken. Als vrouwelijk moslim geestelijk verzorger sluit ik

in zulke situaties beter op de behoeften van zulke patiënten aan.

Naast de begeleiding als geestelijk verzorger van deze groep patiënten, dient mijn functie als intermediair hier genoemd te worden, waarbij ik partijen (patiënt, familie, personeel) informeer, en bemiddel wanneer de patiënt en haar familie de omgang met mannelijke artsen problematisch achten.

3.3 Activiteiten en thema's in begeleidingscontacten

Behalve het voeren van een (counseling-)gesprek zijn er uiteraard tal van andere activiteiten door mij als geestelijk verzorger aangeboden. Onder andere crisisinterventie, contact met naasten, bemiddeling en advisering bij medisch-ethische kwesties, uitvoeren van rituelen en gebed, opvang rond overlijden en nazorg. Maar ook samen muziek beluisteren of een wandeling maken.

Hieraan en op pagina 26 bevinden zich twee tabellen die een overzicht geven van de activiteiten die ik in het kader van het project heb aangeboden en de thema's die in mijn contacten aan de orde zijn geweest. Deze activiteiten en thema's heb ik gerelateerd aan het aantal contactmomenten waarop de desbetreffende activiteit werd uitgevoerd en het desbetreffende thema aan de orde kwam (zie tabel 1).

Volgens de cijfers in tabel 1 scoort het contact/gesprek met de verpleging het hoogst. De verstrekking van relevante informatie over, de behoefte-signalering bij en de doorverwijzing van patiënten geschiedt merendeels via de verpleging. Zowel vóór als gedurende de begeleiding heb ik, als bij de patiënt betrokken geestelijk verzorger, met de verpleging – ter afstemming en terugkoppeling – regelmatig contacten onderhouden.

Aan bovenstaande cijfers is te ontfen, dat in 88 gevallen één of meer familieleden van de patiënt betrokken zijn geweest bij het gesprek. Dit gegeven is wellicht te verklaren uit een van de belangrijkste

Tabel 1: Aantal contacten per activiteit

1	Aanbod geestelijke verzorging	40
2	Kennismaking	29
3	Maken van afspraak voor contact	16
4	Onderhoudscontact	28
5	Gesprek met klinische patiënt	50
6	Gesprek met patiënt en familie	10
7	Gesprek met poliklinische patiënt	19
8	Telefonisch contact met (ex-)patiënt	32
9	Gesprek met een familielid	38
10	Gesprek met meer familieleden	40
11	Psychosociaal overleg (multidisciplinair overleg)	10
12	Gesprek met arts	14
13	Gesprek met verpleging	98
14	Gesprek met maatschappelijk werk	5
15	Gesprek met collega intern	7
16	Gesprek met collega extern	2
17	Geloofsgesprek/jurisprudentie	14
18	Religieus gesprek (narratief)	1
19	Gebed (in kader, niet ritueel)	20
20	Gebed/lezing (ritueel)	29
21	Geboorteritueel/naamgeving	1
22	Opvang rond overlijden	7
23	Afscheid rond overlijden	12
24	Overlijdensritueel	1
25	Uitvaart/ begrafenis	6
26	Nazorg contact familie/naastde(n)	3
27	Zwijgen	4
28	Waken	1
	Totaal	538

Tabel 2: Aantal contacten per thematiek

Beleving eigen ziek-zijn	2
Verloop en ervaring ziek-zijn	80
(Toekomst)verwachting/ zelfprognose/ levensplan	22
Zin en betekenis	11
Beleving van steun	11
Troost/inspiratie/steun en kracht	13
Eenzaamheid/ ontworteling/ desoriëntatie	7
Ingrijpende ervaringen	8
Geloofsbeleving	2
(Toe)vertrouwen/ overgave	5
Gebed/ bidden om genezing	8
Schuld/ schaamte/ boete/ straf/ verantwoordelijkheid	1
Loslaten/ afscheid nemen/ verlies (van een ander)	8
Afhankelijk worden/ beperking/ verlies (van zichzelf)	5
Zwangerschap/ geboorte	20
Levensverhaal	6
Persoonlijke groei/ bewustwording	1
Zelfbeschikking/zelfbepaling/ vrijheid	3
Ethiek/ komen tot keuzen/ beslissen over leven/dood/ behandeling	16
Levensbeschouwelijk instituut/ moskee	2
Angst/ verlangen	7
Slecht nieuws	14
Sterven	23
Sociale verbanden	5
Belangrijke anderen	16
Conflict(en)	13
Dankbaarheid	9
Rouw(verwerking)	4
Baan/ beroep/ werk	5
Hobby's	2
Totaal	329

culturele kenmerken van de wij-cultuur: 'betrokkenheid bij de ander'. Zoals blijkt is de 'groep' in een wij-cultuur essentieel, hetgeen ook zichtbaar is in de mantelzorg rond patiënten met een islamitische achtergrond. Ook in de patiëntenzorg in het ziekenhuis hebben we ons hiermee te verstaan. De groep binnen een wij-cultuur toont een hiërarchische structuur en de leden ervan zijn nauw met elkaar verbonden. Dit is niet alleen uit verantwoordelijkheid, betrokkenheid en liefdadigheid te verklaren, maar is geboren uit de noodzaak om te overleven. In zijn optreden is men hierdoor direct betrokken bij de ander en indirect betrokken bij zich zelf.

Verder is het belangrijk op te merken dat activiteiten vanaf punt 17 van bovenstaande lijst activiteiten zijn, die een hoog religieus en spiritueel karakter hebben.

Thema's die gedurende het project in de begeleiding van mijn patiënten aan de orde zijn geweest verdienen in de volgende paragraaf enige nadere aandacht.

Niet onbelangrijk om hier nog expliciet te vermelden is, dat een geestelijk verzorger relatief minder last van tijdsdruk ondervindt dan andere hulpverleners in een context waar marktwerking en productmatig denken hun weerslag hebben. Zij kan en wil zich permitteren om de nodige tijd te besteden aan bovenstaande punten: om zo een bijdrage te leveren aan de verlichting van het (soms zeer) pijnlijke bestaan van de mens.

4. Sociale, religieuze en ethische contexten

Uit bestudering van de inhoud van de gesprekken die zijn gevoerd, bleek dat veel thema's een aanknopingspunt hebben met migratie en haar gevolgen. Thema's als levensverhaal, eenzaamheid/ontworteling/desoriëntatie, geloofsbeleving, sociale verbanden, conflicten, baan/beroep/werk worden ingekleurd door migratie naar een vreemd land. Hierdoor is het zelfs mogelijk om vele thema's

onder de noemer migratie-gerelateerde thema's te brengen. Dat in de begeleiding van mijn patiënten, zowel man als vrouw, migratie-gerelateerde thema's regelmatig aan de orde zijn geweest is dus goed te verklaren. Gedurende het verblijf in het ziekenhuis komen mensen in een vreemde omgeving terecht. Voor een patiënt met een islamitische achtergrond, die bovendien vaak een niet-Nederlandse achtergrond heeft, geldt, meer dan voor autochtone Nederlanders, het probleem, dat hij/zij zich in een vreemde omgeving bevindt waar de taal en de cultuur niet eigen is. Herinneringen en verlangens, beelden en opvattingen, normen en waarden, die wij ons in de loop der jaren hebben eigen gemaakt, steken dan zeer heftig de kop op. Een veelheid aan vragen komt boven. Bijvoorbeeld: waarom heb ik er voor gekozen om naar Nederland te komen? Wat heb ik ermee verdiend? Wat heeft het mij gekost? Hoe zou het zijn geweest, als ik in mijn eigen land was gebleven? Hoe zal het zijn, als ik nu terug zou emigreren? Ben ik in de loop der jaren (veel) veranderd? Bevinden mijn partner en mijn kinderen zich nu op een lijn waar ik ze hebben wilde? Zo niet, kan ik er dan mee (leren) leven? Waarom voelt het zo pijnlijk aan om met verandering(en) om te gaan? De aantrekkingskracht van nostalgie, namelijk het verlangen naar de oude en het vertrouwde doet verder zijn werk.

Naast bovenstaande thema's kwamen ook thema's als zelfbeschikking/vrijheid, sterven, loslaten/afscheid nemen, verlies, troost/inspiratie/steun en kracht aan de orde. Dit zijn thema's die naast hun gender-specifieke ook hun sociale, religieuze en/of ethische dimensie hebben. Het tot dezelfde sekse, culturele en religieuze achtergrond behoren van partijen werkte dan ook rechtstreeks in het voordeel.

Medici en andere professionals komen in hun praktijk patiënten tegen, wier visie ingekleurd is door de Islam. Thema's als zelfbeschikking en vrijheid, sterven en zelfdoding kunnen de partijen in een spagaat brengen. Een medicus kan de behan-

deling van een patiënt, volwassene of baby, als medisch zinloos beschouwen, waarbij sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Als daarbij een abtinerend beleid wordt voorgesteld, kan dat stuiten op de levensovertuiging van de patiënt en/of diens ouders wegens verschil van visies over wat ethisch juist is.

4.1 Religieuze context

Geestelijke/religieuze begeleiding van patiënten en de communicatie hierover met artsen betekenen heel veel. Voordat ik aandacht ga besteden aan de ethische context wil ik de aandacht vestigen op de religieuze context⁷, waar patiënten met een islamitische achtergrond hun ethische houding aan ontlenen.

Geloof in God

'La ilaaha illa Allah': deze Arabische zin geeft de kern van het islamitische geloof in God weer, namelijk Gods eenheid: 'Er is geen God, behalve Allah'. God is De Schepper, De Beheerder, en De Absolute Heerser. God is De Meest Barmhartige, De Genadevolle en De Rechtvaardige. God is De Eerste, De Laatste⁸ en God is dezelfde God als die, die zich geopenbaard heeft aan Mozes en Jezus⁹ en alle andere profeten van wie hun namen al dan niet bekend zijn. Ondanks zijn transcendentie is God rechtstreeks te benaderen en zeer dicht bij de mens.¹⁰

Mensbeeld

De mens wordt, als schepsel van God zuiver/zondeloos geboren, is in aanleg goed en heeft intrinsieke waarde. Zijn verstand en zijn vrije wil verheffen hem tot de kroon der schepselen. Hij is de rentmeester en de plaatsvervanger van God. De wereld is zijn akker, hij heeft die in bruikleen en treedt barmhartig op voor hen die op aarde leven. Het streven dient gericht te zijn op het worden van een beter mens, die bestaat uit zowel het lichaam als de geest. Bij zijn dood keert de mens terug naar God om voor zijn daden te worden berecht.

Ziekte en lijden

Ziekte en lijden zijn geen redenen tot opstandigheid. Achter hen gaat de goddelijke wijsheid schuil. Door middel van ziekte en lijden worden het geloof en het vertrouwen in God op de proef gesteld. Een volledige overgave en een geduldig optreden¹¹, waarnaast een actieve houding worden gehanteerd ten opzichte van genezing, zijn dan ook redenen tot genade.

Het leven en de dood

Het leven van een schepsel is noch te verlengen, noch te verkorten, tenzij God daar reeds toestemming voor heeft gegeven. In tegenstelling tot het leven op aarde is het leven in het hiernamaals oneindig. De dood is dus geen einde, maar een begin van een nieuw leven. En ieder schepsel zal dan ook na een bepaalde tijd van leven op aarde terugkeren naar God. Het doden van een mens of op een onnatuurlijke wijze beëindigen van het leven is een grote zonde en wordt gelijk gesteld aan het doden van de mensheid.

4.3 Een ethisch dilemma? – over ‘informed consent’ en ‘in dubio abstine’

Over levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten kunnen tal van lastige ethische vragen worden gesteld.

Mag het leven van, bijvoorbeeld, een kind alleen worden beëindigd, als het kind ondraaglijk lijdt en sowieso op korte termijn zal overlijden? Of mag het ook als het kind aan zijn aandoening vermoedelijk niet zal sterven, maar wel een ‘onleefbaar’ leven tegemoet gaat? En wat is dan een onleefbaar leven? Impliceert dat veel fysieke pijn? Of is een leven ook onleefbaar als het kind nooit zal kunnen denken en communiceren, maar ogenschijnlijk niet lijdt?¹²

De discussieerbare ‘onleefbaar leven’ prognose kan tegenover de overtuiging komen te staan, dat ieder leven intrinsieke waarde heeft. Het handelen van de arts op basis van professionele intuïtie, en op basis van de Hippocratische principes van

‘wel doen, niet schaden’ en ‘bij twijfel niet handelen’ om zo onnodig lijden te voorkomen, kan op gespannen voet komen te staan met het autonomiebeginsel, de beslissingsbevoegdheid en de religieus-ethische overtuiging van de patiënt en/of diens ouders.

In de praktijk lijken de principes van ‘bij twijfel niet handelen’ en ‘onnodig lijden voorkomen’ tegenover de principes ‘autonomie’ en ‘informed consent’ te staan. Het waarborgen van de belangen van de diverse betrokkenen, zowel van de individuele patiënt, als die van de ouders en de zorgverleners, kan problematisch zijn. Maar wat zegt de Nederlandse wet eigenlijk hierover? Die zegt dat de beslissing van de arts om verdere behandeling na te laten omdat dit medisch zinloos is, een professioneel oordeel is over het ‘belang van de patiënt’. Hierbij is geen instemming nodig. Noch van de patiënt, noch van diens vertegenwoordiger. Wils(on)bekwaamheid is hier niet van belang en het enige dat hoeft te gebeuren is het ‘informereren’ van de patiënt of diens vertegenwoordiger.¹³ Hiernaast zijn er ook twijfelgevallen, waarin een handeling niet medisch zinloos is, maar waarvan toch betwijfeld kan worden of de behandeling in het belang is van de patiënt. Dergelijke situaties zijn voor artsen (en de ouders van het kind) uiterst moeilijk te beoordelen.

Ondanks bovenstaand juridisch kader worden ouders belast met een recht waarover zij eigenlijk niet beschikken, namelijk instemmen met een voorstel een abtinerend beleid in te zetten. Het willen bereiken van een consensus gaat soms gepaard met uitoefening van druk, waarbij ouders zich verscheurd en machteloos voelen. Is het niet de arts die als professional het beste kan beslissen over de gang van zaken? Wordt van ons niet een onmogelijke opgave verwacht, waar onze belangen en die van onze kind onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn?¹⁴

Voor ouders met een islamitische, niet-westerse

achtergrond, betekent dit een extra grote belasting. Naast de restrictieve bepalingen omtrent actieve levensbeëindiging in de Islam, hebben ouders te maken met hun culturele achtergrond waarbij hiërarchie, verhoudingen en taalproblemen een belangrijke rol spelen.

Het principe van 'informed consent' zorgt bij ouders met een islamitische achtergrond voor verwarring en onzekerheid. Want de ouders worden niet alleen geïnformeerd – nee, er wordt ook naar hun mening gevraagd om consensus te bereiken over een voorstel een abtinerend beleid in te zetten. Hierdoor komt vanuit het perspectief van de ouders de verdenking op, dat de arts eigenlijk niet weet wat te doen. De vraag naar hun instemming wekt bij hen de indruk, dat de arts niet kundig is.

Sommige ouders zullen uit eigen beweging niet doorvragen als er iets niet helemaal duidelijk is. Niet alleen uit respect voor de autoriteit van de arts, maar ook vanwege de taalproblemen of een zekere mate van gêne dat ze niet alles begrepen hebben. Deze situatie kan ervoor zorgen dat ouders in een emotioneel isolement terecht komen, wat het gevoel van onmacht kan versterken. Heldere en zorgvuldige communicatie kan daarom veel stress voorkomen.¹⁵

Hierbij is rekening houden met de rolverdeling en de emotionele verhouding tussen de betrokken mannen en vrouwen aan te bevelen. In sommige gevallen verdient, zoals ik zelf ook heb ervaren, een genderspecifieke aanpak de voorkeur.¹⁶

Patiënten en/of hun ouders die onbekend zijn met het fenomeen 'moslim geestelijk verzorger in zorginstellingen' raadplegen bij hun medisch-ethische kwesties regelmatig de basisimams. De medisch-ethische competenties en casusgebonden medische kennis van deze imams, die niet participeren in het ziekenhuisgebeuren, laten nogal te wensen over. De moslim(a) geestelijk verzorger kan hierin een zeer belangrijke rol spelen als gesprekspartner voor ouders. Bovendien heeft de moslim geestelijk

verzorger in zorginstelling ook een educatieve taak naar de achterban.

* Mw. Mualla Kaya (1972) is theologe. Zij werkt als moslim geestelijk verzorger in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en bij Altrecht (GGZ Utrecht).

Noten

- 1 Het artikel 'Multiculturele geestelijke verzorging als ijsbreker tussen mensen, culturen en religies' door drs. Ari van Buuren in TGV (oktober 1999) biedt een uitvoerig overzicht van de ontwikkelingen en verwachtingen rond multiculturele geestelijke verzorging tussen 1993 en 1999. Tevens bevat het een verslag van het UMC Utrecht-Project 'Multiculturele Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen' (McGV, 1996-1999). Nadere ontwikkelingen en perspectieven zijn geschetst in dr. A. van Dijk en drs. A. van Buuren, 'Identiteit en Interculturalisatie' in *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2006), Uitgeverij Kok
- 2 UMC Utrecht -Project Moslima GV (april 2005), Karagül, A.
- 3 Op inspirerende wijze werd ik bijgestaan door de interdisciplinaire Klankbordgroep, waarin zitting hadden: Prof. dr. G.H.A. Visser (hoogleraar obstetrie), mw. drs M.A.G.J. Koppenol-van Hooijdonk (verpleegkundige en antropologe), mevrouw J. de Vos MSc (hoofd zorgenheid neonatologie), P. van Biljouw (hoofd maatschappelijk werk WKZ), mw. drs. L.C. Scherpenzeel (humanistisch geestelijk verzorger), dr. A. Karagül (moslim geestelijk verzorger) en drs. A. van Buuren (hoofd DGV).
- 4 'Discussie over wens voor vrouwelijke arts'. Artikel verkrijgbaar op: http://www.mikado-ggz.nl/artikel.php?artikel_id=776
- 5 *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 909. [Coenen, H., Lichamelijkheid in de geestelijke verzorging.]
- 6 *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 386. [Hettinga, J., Een sprakeloos gevoel... Over communiceren met dementerende mensen.]
- 7 Voor een vergelijkbare nadere typering van islamitische geestelijke verzorging, zie dr. A. van Dijk en drs. A. van Buuren, 'Identiteit en Interculturalisatie' in *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 185-186
- 8 'De 99 Schone Namen van Allah' zijn de namen die binnen de Islam voor God worden gebruikt. Deze namen geven de eigenschappen van God weer die met Zijn goddelijkheid, Zijn liefde en barmhartigheid, Zijn grootheid en eer, Zijn kennis, Zijn scheppen en Zijn macht te maken hebben.
- 9 De Edele Koran (2000), ICCN, 4- De vrouwen (An-Nisa) 163-164.
- 10 De Edele Koran (2000), ICCN, 2 - De Koe (Al-Baqarah) 186.

-
- 11 De Edele Koran (2000), ICCN, 2 - De Koe (Al-Baqarah) 155 -156.
 - 12 'Nog een toetsingscommissie?' Artikel verkrijgbaar op: <http://margotrappenburg.nl/columns/2004/Nog%20een%20toetsingscommissie.pdf>
 - 13 Handout *Medische beslissingen rond het levenseinde*, Markenstein, L, Beleidsmedew. Gezondheidsrecht KNMG.
 - 14 De plicht om de patiënt te informeren is onlosmakelijk verbonden met het toestemmingsvereiste. Zonder adequate informatie is het geven van toestemming niet mogelijk en zonder toestemming is in principe behandeling niet toegestaan. Deze combinatie van informatie en toestemming wordt ook wel het vereiste van informed consent genoemd. Toestemming is dus een vereiste bij een behandeling, maar is geen vereiste bij abtinerend beleid. En juist bij dit punt treedt de verwarring op.
 - 15 *Abstineren bij ernstig zieke pasgeborenen van islamitische ouders* (24 februari 2007), Westra, A.E., Smit, B.J., Willems, D.L., in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151, pp. 449-452.
 - 16 *Marokkaanse moeders: pré- en postnatale zorg* (1984), Jongmans, D.G. (red.), Muiderberg.