

Thuis in meerdere culturen

Hybriditeit bij jonge patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond in de palliatieve fase

Hoelang heb ik nog te leven? Een belangrijke vraag voor veel patiënten in de palliatieve fase. Voor patiënten – en specifiek patiënten met een migratieachtergrond – brengt deze vraag vaak een groot dilemma met zich mee. Hoewel geen enkele patiënt, familie of zorgverlener hetzelfde is, kunnen veel voorkomende kenmerken en behoeftes van specifieke groepen patiënten bijdragen aan het begrijpen van de hulpvraag en het verbeteren van de geboden zorg door zowel geestelijk verzorgers als andere zorgverleners.

Claudia Maria Greijn, Evalien Koenen, Saïda Aoulad-Bakhtit en Wim Smeets

CENTRAAL IN DIT ARTIKEL staan jonge patiënten van wie de ouders of grootouders uit Turkije of Marokko komen. De zogenoemde tweede, derde of zelfs vierde generatie migranten. Zij maken deel uit van de twee grootste groepen mensen met een migratieachtergrond in Nederland. Vaak worden deze patiënten omschreven als bewegend tussen twee culturen; enerzijds de cultuur van herkomst en anderzijds de Nederlandse. We willen laten zien dat het niet zozeer een kwestie is van leven *tussen ver-*

schillende culturen, maar van leven *vanuit* verschillende culturen tegelijkertijd. Er is sprake van hybriditeit: een nauwe vermenging van verschillende, deels conflicterende achtergronden (Werbner, 2006).

Jonge mensen zitten in de ontwikkelingsfase van de identiteitsvorming (Kohnstamm & Kohnstamm, 2009). Voor jonge patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond betekent dit een extra uitdaging: zich verhouden tot de meer-



dere culturen waarin zij opgroeien en – in geval van een ernstige ziekte – zich verhouden tot de verschillende opvattingen en eigen opvattingen over hoe je met die ziekte moet omgaan.

Geestelijk verzorgers hebben bij het tegenkomen van zulke verschillende gebruiken, talen, culturen, gewoontes en oplossingen behoefte aan kaders ofwel georganiseerde kennis waarop je kunt terugvallen en handvatten die helpen te handelen (Berendsen & Van Soest, 2014). Over passende (palliatieve) zorg aan de genoemde doelgroep is echter nog weinig bekend (IKN, 2011; SCP, 2018; Torensma, Suurmond, Van der Heide & Onwuteaka-Philipsen, 2019). In dit artikel staan we daarom stil bij wat jonge patiënten met een migratieachtergrond in de palliatieve fase nodig kunnen hebben van een geestelijk verzorger. Daartoe bespreken we eerst de casus van Malika, ingebracht door de derde auteur (islamitisch geestelijk verzorger). Daarna verkennen we aan

de hand van het model van Hofstede, Hofstede en Minkov (2010) de dimensies cultuur en individu voor deze groep patiënten. We sluiten af met enkele aanbevelingen voor het werk van geestelijk verzorgers.

Verdriet en eenzaamheid binnen het gezin

Malika (22) is een Marokkaans-Nederlandse moslima met leverkanker. Zij is ongeneeslijk ziek. Malika is in Nederland geboren en woont met haar ouders, zusje en broertje in Nederland. Als ze buikklachten krijgt en hiervoor wordt doorverwezen naar het ziekenhuis, vinden met name haar ouders dat de diagnose en bijbehorende behandeling niet snel genoeg verlopen. Na het slechtnieuwsgesprek stellen zij dan ook voor om voor een second opinion naar Marokko te gaan. Malika geeft aan dat ze merkt dat haar lichaam de strijd niet gaat winnen en voelt niets voor deze reis. Voor haar is de prognose helder en duidelijke

lijk. Malika en haar ouders zitten dus niet op één lijn. In Nederland geboren en opgegroeid, heeft zij geen band met Marokko. Ze heeft daar alleen een oma die ze in zomervakanties bezoekt.

Over passende (palliatieve) zorg aan deze doelgroep is nog weinig bekend

De geestelijk verzorger gaat in gesprek met Malika en haar ouders samen; de ouders zien in dat het belangrijk is om de wens van hun dochter te respecteren. Ze weigeren het echter om het over ziekte, lijden en palliatieve zorg te hebben. Met de beste bedoelingen, maar toch zien zij daarbij niet in wat voor impact dit heeft op hun dochter. Van haar ouders moet zij volhouden, hoop houden en doorgaan met de behandeling. Emoties en wensen kan zij niet met haar ouders bespreken. Zodoende voelt zij zich erg eenzaam.

De behandelaren willen graag haar pijn verlichten. In hun ogen kan eigenlijk alleen palliatieve sedatie een adequaat antwoord vormen op haar lijden; dit wordt met ouders en patiënt besproken. De ouders geven aan dat binnen de islam God de enige is die leven kan scheppen en terugnemen. Lijden kan als een beproeving gezien worden. Volgens de ouders zou vragen om palliatieve sedatie geïnterpreteerd kunnen worden als de beproeving van het lijden niet op je willen nemen en zo dus niet volgens de islam willen handelen.

Op die manier bevindt Malika zich als 22-jarige dochter in een dilemma. Enerzijds wil ze voldoen aan de verplichtingen van het geloof en de verwachtingen van haar familie, anderzijds worstelt ze met uitzichtloos lijden. 'Waar ligt de grens van het lijden?', vraagt Malika mij. 'Hoe lang kan ik dit volhouden, met respect voor mijn ouders en rekening houdend met hun verwachtingen?' Positief blijven, zeggen haar ouders.

Tijdens het gesprek met Malika voel ik haar verdriet en eenzaamheid binnen het gezin. Als gees-

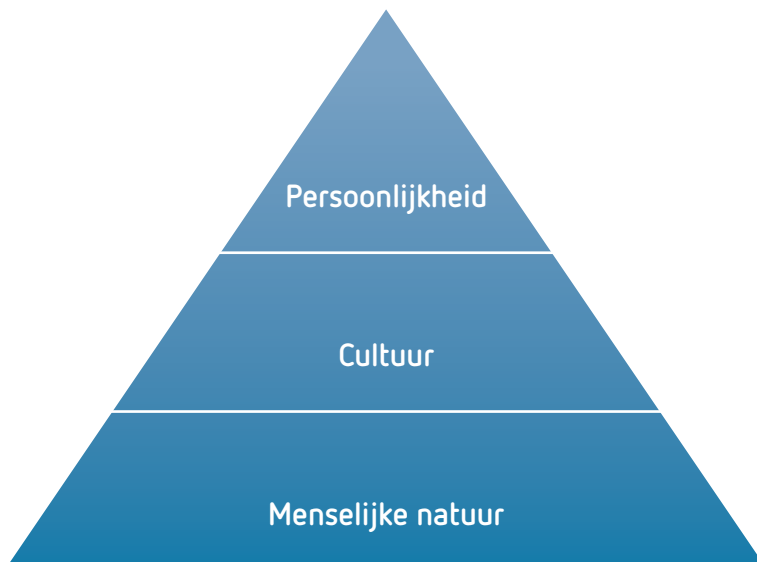
telijk verzorger vind ik het erg moeilijk om aan te zien dat Malika tijdens het laatste stukje van haar leven niet gesteund wordt door haar familie en ze eigenlijk alleen staat in de acceptatie van haar ziekte en het naderende overlijden. Zij vindt het fijn dat ze de ziekte, haar emoties, de naderende dood en haar wensen met mij kan bespreken. Zij deelt vol vertrouwen haar emoties en datgene waar ze het moeilijk mee heeft. Ook is ze blij met de begeleiding van haar ouders, ondanks de verschillende verwachtingen. Zij is nooit zonder gezelschap, een van de ouders is altijd aanwezig. Toch zorgen Malika en ik ervoor dat we elkaar alleen kunnen spreken. Zij geeft aan behoefte te hebben om haar verhaal te delen, vooral in deze fase van haar leven.

Een complexe situatie, zo zou je deze casus kunnen benoemen. Malika bevindt zich gedurende haar hele leven, tot aan haar sterfbed, in meerdere culturen. Met enerzijds de verwachtingen en goede intenties van haar ouders en de Marokkaanse cultuur waarin zij mede geworteld is en anderzijds het thuis zijn in de cultuur van het land waar zij het levenslicht zag: Nederland. Ze is vertrouwd met de Nederlandse gezondheidszorg en met de westerse kijk op gezondheid en ziekte.

Voor veel patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond speelt religie een belangrijke rol. De beleving van religie, de islam, wijkt bij de tweede, derde en vierde generatie echter vaak af van die van de ouders. Geestelijke verzorgers kunnen hierin een bemiddelende rol spelen, wanneer zij de hybriditeit van deze jonge patiënten herkennen.

Drie dimensies van de mens

In het model van Hofstede e.a. (2010) worden drie dimensies onderscheiden waarbinnen mensen zich begeven (zie figuur 1). De eerste dimensie is de menselijke *natuur* ofwel alles wat mensen met elkaar gemeen hebben, zoals het ervaren van emoties en de behoefte om met anderen om te gaan. In de tweede dimensie staat *cultuur* centraal: een collectief fenomeen dat de ongeschreven regels van een groep mensen bevat. Het is de collectieve mentale programmering die de leden van een bepaalde groep of categorie mensen onderscheidt van anderen. Dit uit zich in gewoon-



Figuur 1. De drie dimensies van de mens volgens Hofstede e.a. (2016).

tes, taal, gebruiken, gebaren, symbolen, rituelen en waarden. *Persoonlijkheid* is de derde dimensie die onderscheiden wordt. Deze drie dimensies betekenen dat ieder een individuele programmering heeft ofwel een unieke set aan genen (menselijke natuur), collectieve programmering (cultuur) en unieke persoonlijke ervaringen (persoonlijkheid).

Het onderscheiden van deze verschillende dimensies leert ons kritisch te kijken naar de eigen kaders en de bril waarmee we naar andere kaders kijken. Het is belangrijk om te beseffen dat (Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse) patiënten een ‘unieke persoonlijkheid’ hebben: zij kunnen zich zowel thuis voelen als ontheemd binnen de bekende, bestaande of veronderstelde kaders. Tegelijkertijd is het als geestelijk verzorger van belang om oog te hebben voor de onderliggende dimensies, omdat deze deel uitmaken van de identiteit van de patiënt. Afhankelijk van de sociale omgevingen waarin zij zijn opgegroeid en opgevoed, kunnen zij uit verschillende culturen afkomstige gewoontes, talen, gebruiken, rituelen en waarden hebben die naast elkaar bestaan (Hofstede e.a., 2010).

Een groot deel van de Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond beschouwt

zichzelf als moslim. Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt dat 86 procent van de mensen met een Turkse achtergrond en 94 procent van de mensen met een Marokkaanse achtergrond zichzelf als moslim ziet (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2018). Voor deze mensen heeft religie – de islam – een vanzelfsprekende rol in het dagelijks leven. Ook de tweede en derde generatie groeit op in een sociale omgeving waarin de islam (bijna) altijd vanzelfsprekend aanwezig is. Tegelijkertijd zijn deze generaties opgegroeid en grootgebracht in een land waar men graag om zes uur eet en hecht aan punctualiteit, direct communiceren en Koningsdag. Ook deze (sociale) omgeving vormt een kader voor deze generaties (El Hadioui, 2011). Door op de groeien met al deze verschillende kaders, ontstaat de eerder genoemde hybriditeit.

Collectieve opvattingen over ziekte en sterven

Hofstede e.a. (2010) verwoorden cultuur als een collectieve programmering waarvan zingeving een belangrijk onderdeel is. We gaan nu nader in op de islamitische cultuur, met name op de visie op ziekte en sterven daarin. Het leven van een moslim ligt in de handen van Allah. Alles in het universum wordt door Hem gecreëerd met een doel, maar dit doel wordt niet altijd aan mensen

geopenbaard (Al-Shahri, 2016; Choong, 2015). De opvattingen over het doel van ziekte kunnen tweeledig zijn. Enerzijds kan ziekte een straf van Allah zijn; dan is ziekte dus je eigen schuld, een straf voor je zonden. Anderzijds kan ziekte een beproeving zijn die Allah je zendt. In beide gevallen wordt van de gelovige dezelfde attitude verwacht: het met geduld en standvastigheid ondergaan van het lijden (Al-Shahri, 2016; Choong, 2015).

Het collectief is minder homogeen dan op papier lijkt

Je doet dus boete voor je zonden of je wordt gelouterd door het lijden – in beide gevallen word je een betere moslim door het lijden te ondergaan. Het tonen van geduld en standvastigheid wil echter niet zeggen dat moslims alles lijdzaam moeten ondergaan, zonder in actie te komen. Het verstand dat mensen van God gekregen hebben, moet immers benut worden om te blijven zoeken naar behandelingsmogelijkheden (Al-Shahri, 2016; Choong, 2015). In dat kader moeten we ook het pleidooi van de ouders van Malika voor een second opinion in Marokko begrijpen.

Als een mens niet geneest van ziekte en dus zal komen te overlijden, ligt ook dat in de handen van Allah. Binnen de islam wordt het leven verstaan als een voorbereidingsfase op het hiernamaals. De dood is een andere levensvorm tussen overlijden en herrijzenis (Al-Shahri, 2016). Wat wordt dan van de gelovige verwacht? De stervensfase is een tijd van reflectie en berouw. Daarom wordt er door patiënt en naasten veel in de koran gelezen en wordt er veel uit geciteerd, zodat de stervende dichter bij Allah geraakt (Choong, 2015). Op het moment van ziekte en overlijden wordt het koranvers *Surat al Yasin* het meest gelezen. Voorafgaand aan het koranvers wordt altijd *Bismillah-ir-rahman-ir-rahim* ('In de naam van God, de barmhartige, de genadevolle') geciteerd. '(1) Bij de wijze Koran! (2) Jij behoort tot de gezonden, (3) op een juiste weg. (4) Het is de neerzen-

ding door de machtige, de barmhartige, (5) opdat jij mensen waarschuwt van wie de voorvaderen niet gewaarschuwd waren, zodat zij onoplettend zijn. (...) (11) Wij maken de doden weer levend en wij schrijven wat zij vroeger gedaan hebben op, ook de sporen die zij nalaten. Alles hebben wij opgesomd in een duidelijk en voorbeeldig boek' (Tanzil.net, 2019).

Tot zover de leerstellige visie van de islam op ziekte, sterven en dood en wat er van gelovigen verwacht wordt. In de praktijk blijkt die visie echter op verschillende wijze geïnterpreteerd te worden, er worden dan andere accenten gelegd.

Ruimte voor interpretatie

Het collectief is minder homogeen dan op papier lijkt. Dat blijkt uit gesprekken met enkele imams betrokken bij de interculturele en interreligieuze zorg in het Radboudumc. In dit artikel zullen wij een van deze imams citeren. Hij vertelt over ziekte en de verhouding tot Allah: 'Als ik bedorven voedsel ga eten, dan vraag ik om problemen. Dan ben ik de volgende dag ziek. Dus de islam zegt: er zijn twee redenen dat je ziek wordt, een beproeving of je eigen schuld. De schepper van hemel en aarde, Allah, die zal ons niet ziek maken, want hij is barmhartig, hij is genadevol. Op dat moment denkt de moslimpatiënt dan ook: hij is barmhartig en genadevol. Sommige mensen zeggen: "Ja maar, ziekte is een straf van God." Maar God, de schepper van hemel en aarde, straft niet. Dan is hij namelijk niet barmhartig en genadevol.'

Hierin zien we de klassieke theodiceevraag terug: hoe kan het lijden tegelijkertijd een straf van de almachtige en 'algoede' God zijn? De opvatting van het lijden als een beproeving is gemakkelijker te rijmen met het geloof in Gods genadevolle barmhartigheid, maar kan ook aan een grens komen als de beproeving ondraaglijk wordt. Hierover vertelt deze imam: 'Een klein voorbeeld kan ik geven: "O schepper van hemel en aarde, vergeef de zondaren." Ik vraag dus vergeving ... voor een zondaar. Ik heb die persoon als zondaar bestempeld. Maar wie ben ik om iemand een zondaar te noemen? Dat mag ik niet, die hoedanigheid heb ik niet, die kennis heb ik niet. Die hoedanigheid is alleen voorbehouden

aan de schepper van hemel en aarde, denk ik.’ De imam toont zich hier terughoudender dan wat in verschillende artikelen (Al-Shahri, 2016; Choong, 2015) naar voren komt over de manier waarop religieuze geschriften geïnterpreteerd dienen te worden door gelovigen over de oorzaak van ziek worden.

Een ander voorbeeld waarin verschillen wat betreft interpretatie zichtbaar zijn, is in het geval van euthanasie. Veelal wordt gezegd dat euthanasie vanuit de islamitische leer verboden is; zelf het moment van je dood kiezen, wordt als een zonde beschouwd. Het moment van sterven is immers van goddelijke aard en wordt niet bepaald door de mens zelf (Al-Shahri, 2016; Choong, 2015). Tegelijkertijd stellen geleerden dat onnodig lijden zoveel mogelijk vermeden dient te worden (Choong, 2015) en is er vanuit islamitische geschriften ruimte voor interpretatie hoe euthanasie benaderd kan worden. Dit betekent dat er vele visies kunnen bestaan die strijdig met elkaar kunnen zijn.

Dat de jongere generatie als zodanig anders omgaat met de culturele opvattingen over ziekte en dood wordt door de eerder geciteerde imam bevestigd: ‘De jongere generatie is veel vrijer in het doen van uitspraken. Hun spontaniteit is anders, het komt eruit – klaar. De ouderen houden zich in en durven niet iets te zeggen wat ze niet zeker weten vanuit hun geloof.’

Dit citaat illustreert de transformatie die religie in onze tijd heeft ondergaan (Hellemans, 2019). Voorheen – en zeker ook nog voor de oudere generaties met een migratieachtergrond – vormde religie een centraal referentiekader voor het leven, waarin men ingewijd diende te worden. Vandaag de dag – en zeker voor Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse jongeren – is religie slechts een van de ‘identity markers’ (Watzlawik, 2012) van de persoonlijkheid. Jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond zijn gevoelig voor de bepalende rol die religie voor hun ouders heeft; voor de eigen ontwikkeling spelen andere factoren echter een minstens zo belangrijke rol. De genoemde hybriditeit kent een individuele variatie. Dat werken we in de volgende paragraaf uit.

Individuele opvattingen over ziekte en sterven

Persoonlijkheid is de derde dimensie die Hofstede e.a. onderscheiden. Persoonlijkheidsvormende processen vinden vooral plaats tijdens de jeugd en adolescentie. Volgens Kohnstamm en Kohnstamm (2009) omvat dit vooral de volgende drie elementen: de ontwikkeling van het ego, het zelfbeeld en de eigen identiteit. Het gaat daarbij om een combinatie van cognitieve, sociale en affectieve processen. Deze processen worden geïntensiveerd bij veranderingen of spanningen in de eigen leefomgeving (Kohnstamm & Kohnstamm, 2009).

Er is sprake van een nauwe vermenging van verschillende, deels conflicterende achtergronden

Dat brengt ons bij de jonge patiënten met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond. Hun persoonlijkheidsontwikkeling vindt plaats in een hybride omgeving. Bovendien worden zij geconfronteerd met een ernstige ziekte, waardoor zij in het ziekenhuis terecht komen met zijn zorgverleners. Als individu in ontwikkeling moeten deze jonge patiënten – bij het omgaan met ziekte en sterven – zich als het ware een weg zoeken in de driehoek familie-zorgverlener-patiënt.

Familieleden van patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond benadrukken vaak het belang van behandelen en de (blijvende) mogelijkheid van genezing. Daarnaast wordt sterven met een helder hoofd belangrijker geacht dan het verminderen van lijden (De Graaff, Francke, Van den Muijsenbergh & Van der Geest, 2010). Zorgverleners, de tweede partij in de driehoek, leggen de nadruk echter op kwaliteit van leven en een geavanceerde zorgplanning (Torensma e.a., 2019). De jonge patiënt, de derde partij in de driehoek, moet een keuze zien te maken voor het eigen leven, de behandeling en de toekomst. Voor de drie betrokken partijen kan dit tot ingewikkel-



de situaties leiden. De wens van de patiënt kan verschillen van dat wat de familie voor de patiënt wenst, maar ook van hetgeen door zorgverleners gezien wordt als goede zorg.

In de casus van Malika wordt dit verschil ook geïllustreerd: de ouders zijn gekant tegen palliatieve sedatie als verlichting van het lijden. Malika staat er echter niet afkerig tegenover; zij is immers degene die pijn heeft en lijdt. 'Hoelang kan ik dit verdragen, met behoud van respect en verwachtingen van mijn ouders?', is haar noodkreet. Zij denkt anders over wat gepaste medische zorg is in haar situatie, dan haar ouders. Alhoewel ze opgenomen is in haar gezin en familie, voelt ze zich op dit punt eenzaam. Dit laat de kwetsbare kant van hybriditeit zien. Hoe moet zij – net als vele andere jongeren met een migrantenachtergrond – een weg vinden, niet alleen in meerdere culturen, maar ook tussen de verwachtingen van omgeving, familie en zichzelf?

Begeleiding bij zingeving vanuit meerszijdige partijdigheid

Nog niet zolang geleden deed geestelijke verzorging aan begeleiding 'vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging'. Wat de dimensies in het model van Hofstede e.a. betreft, lag het gewicht vooral bij de collectieve mentale programmering binnen de cultuur. Het toebehoren aan een bepaald levensbeschouwelijk genootschap vormde een belangrijk referentiekader voor de beroepsuitoefening (Berghuijs, 2006). Voor een aanzienlijk aantal geestelijk verzorgers is dit nog steeds het uitgangspunt. In het meest recente beroepsprofiel van de VGVZ wordt het werkdomein aangeduid met de termen spiritualiteit en zingeving van het individu. Daarmee is – weer uitgaande van het model van Hofstede e.a. – het gewicht verplaatst naar de persoonlijkheid.

Zingeving hebben we in een eerdere publicatie omschreven als het fluïde proces van het uitdrukkelijk maken, activeren of bijstellen van je richtingsgevoel in het leven (Van Nieuwenhuijzen, Smeets & Van den Hoogen, 2014). Het individu geeft zelf zin aan leven, lijden en dood en stelt deze zingeving voortdurend dynamisch bij. De dimensies van natuur en cultuur zijn wel degelijk van belang als basisstructuren voor de in-

dividuele zingeving, maar deze wordt er niet door gedetermineerd.

In onze huidige samenleving is er een groeiend fenomeen van zogenaamde 'multiple religious belonging' (Berghuijs e.a., 2018). Mensen putten inspiratie uit verschillende levensbeschouwelijke bronnen. Het is een uitdaging voor geestelijk verzorgers om hierop in te spelen. Bovendien speelt dit fenomeen niet alleen bij cliënten, maar ook bij de geestelijk verzorgers zelf. Begeleiding wordt zo een creatieve interactie met voortdurend wisselende perspectieven.

In de begeleiding van jonge patiënten met een migratieachtergrond krijgt dit begeleidingsproces echter een meer complex en – zeker in de palliatieve setting – meer dramatisch karakter. Meer complex is het proces, omdat deze jonge mensen bezig zijn met de vorming van hun persoonlijkheid, in een vermenging van verschillende culturen. Hun ouders, andere gezinsleden en peers beïnvloeden deze persoonlijkheidsvorming. Meer dramatisch is het proces, omdat in de keuzes voor het eigen leven en het levenseinde tegenstellingen en botsende belangen naar boven komen.

De geestelijk verzorger staat voor de uitdaging om al deze elementen in de begeleiding mee te nemen. Een attitude van meerzijdige partijdigheid – een begrip afkomstig uit de contextuele benadering – kan in dergelijke situaties behulpzaam zijn (Vierwind, 2008). Meerzijdige partijdigheid is, kort gezegd, het 'eens zijn met de een, zonder het oneens te zijn met de ander' (Vierwind, 2008). In de eerdergenoemde driehoek familie-zorgverlener-patiënt kan de geestelijk verzorger een belangrijke rol spelen, door bij elke positie acceptierend en empathisch betrokken te zijn. Zo kan de geestelijk verzorger een unieke bemiddelende en vertolkende rol vervullen in het zingevingsproces en betrokken zijn bij de verschillende partijen, zonder zelf een van die partijen te zijn.

In deze casus kon de geestelijk verzorger de ouders helpen begrijpen dat palliatieve sedatie niet hetzelfde is als euthanasie. Verlichten van het lijden dat voor hun dochter te zwaar werd, kan vanuit het geloof namelijk alleen maar onder-

steund worden. Ook met de artsen is de geestelijk verzorger in gesprek gegaan. Zij kon verduidelijken dat Allah voor moslims beslist over het leven, het sterven en de dood, maar dat Allah de mens ook het verstand heeft gegeven, waarmee ook het werk van zorgverleners geprezen wordt. Met Malika heeft de geestelijk verzorger bekeken hoe in deze laatste levensfase de Marokkaanse wortels van haar familie en haarzelf tot hun recht konden komen. De uitkomst was dat voor haar oma een reis naar Nederland geregeld werd. In het bijzijn van haar gezin en van haar oma was er zo een samenzijn als afscheid van Malika. Ook daarbij was de geestelijk verzorger actief betrokken, net als bij de rouwrituelen in het mortuarium, nadat Malika was overleden. De geestelijk verzorger probeerde de keuze van de patiënt zo goed mogelijk te horen en verwoorden en nam de omgeving van de patiënt hierin actief mee, in plaats van deze uit te sluiten.

Tot besluit

In dit artikel hebben we gekeken naar verschillende elementen die een rol kunnen spelen bij de zorg voor patiënten met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond (tweede, derde en vierde generatie) in de palliatieve fase. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van het concept hybriditeit om de complexiteit van goede zorg voor deze groep patiënten inzichtelijk te maken. In het geval van Malika heeft de geestelijk verzorger ervoor gekozen om haar te ondersteunen en ruimte te bieden een eigen afweging te maken, ook als die zou indruisen tegen de opvattingen van haar ouders. De geestelijk verzorger was zich daarbij steeds bewust van de lastige dilemma's die Malika ondervond door haar hybride positie in meerdere culturen en haar persoonlijke opvattingen.

Als eerste aanbeveling aan geestelijk verzorgers en andere zorgverleners zouden we willen meegeven dat het belangrijk is om zich bewust te zijn van de verschillende perspectieven en dimensies die er kunnen spelen. Bij elk patiënt-contact moet aandacht besteed worden aan de verschillen die er kunnen zijn tussen de betrokken partijen (de omschreven driehoek patiënt-familie-zorgverlener). Een tweede aanbeveling is daarbij voldoende aandacht te blijven houden

Samenvatting

In dit artikel verkennen de auteurs aan de hand van het model van Hofstede e.a. (2010) drie verschillende dimensies van zingeving aan ziekte en sterven bij jonge patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond in de palliatieve fase. Ook komt de rol van de geestelijk verzorger als begeleider vanuit meerzijdige partijdigheid aan bod.

voor de persoonlijke opvattingen van de patiënt, omdat deze ondergesneeuwd kan raken in de veelvoud aan meningen van anderen. Hiervoor is het belangrijk dat de patiënt individueel, vrijuit en in vertrouwen kan spreken over zijn of haar wensen (in de laatste levensfase). Dit is de basis van persoonsgerichte zorg en bij uitstek het expertisegebied van de geestelijk verzorger.

Tot slot dient ter harte genomen te worden dat de moslimpatiënt – net als de moslim of de patiënt – niet bestaat. Een ieder wil zich thuis- en geborgen voelen, of dit nu in één cultuur of in meerdere culturen is.

Dankbetuiging

Wij zijn Mandy van der Poel erkentelijk voor haar inzet in de initiële literatuurstudie. Dit artikel bouwt voort op haar werk.

Drs. C.M. Greijn is cultureel antropoloog bij Radboudumc te Nijmegen E-mail: claudia.greijn@radboudumc.nl.

E. Koenen BA is religiewetenschapper, met als specialisatie islam en Arabisch, en masterstudent religie en beleid aan de Radboud Universiteit te Nijmegen.

S. Aoulad-Baktit BA is islamitisch geestelijk verzorger bij het Radboudumc te Nijmegen.

Dr. W. Smeets is universitair hoofddocent innovatie spirituele zorg bij het Radboudumc te Nijmegen.

Literatuur

- Al-Shahri, M.Z. (2016). Islamic theology and the principles of palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 14, 635-640.
- Berendsen, A.J. & Soest, F.M. van (2014). *Inzichten in de palliatieve zorg: voor de huisartspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Choong, K.A. (2015). Islam and palliative care. *Global Bioethics*, 26 (1), 28-42.
- El Hadioui, I. (2011). *Hoe de straat de school binnendringt*. Utrecht: APS.
- Graaff, F.M. de, Francke, A.L., Muijsenbergh, M. van den & Geest, S. van der (2010). Palliative care: a contradiction in terms? A qualitative study among cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers. *BMC Palliative Care*, 9 (19).
- Hellemans, S. (2019). *De grote transformatie van religie en van de katholieke kerk*. Tilburg: Tilburg University.
- Hofstede, G., Hofstede, G.J. & Minkov, M. (2010). *Cultures and organisations. Software of the mind*. New York: McGraw-Hill.
- Hofstede, G.J., Minkov, M. & Hofstede, G. (2016). *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Business Contact.
- Integraal Kankercentrum Nederland (2011). *Handreiking palliatieve zorg aan mensen met niet-westerse achtergrond*. Utrecht: Nivel.
- Kohnstamm, R. & Kohnstamm, D. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie, dl. III. De puberjaren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nieuwenhuijzen, J. van, Smeets, W. & Hoogen, T. van den (2014). *Alleen, maar niet eenzaam? De beleving van eenzaamheid in relatie tot zingeving en spiritualiteit in het leven van het langdurig zieke kind*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2018). *De religieuze beleving van moslims in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tanzil.net (z.d.). *Ya-Sin 36*. Internet: <http://tanzil.net/#trans/nl.leemhuis/36:1> (25 mei 2019).
- Torensma, M., Suurmond, J.L., Heide, A. van der, & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2019). Care and decision-making at the end of life for patients with a non-western migration background living in the Netherlands: a nationwide mortality follow-back study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59 (5), 990-1000.
- Watzlawick, M. (2012). Cultural identity markers and identity as a whole. Some alternative solutions. *Culture and Psychology*, 18 (2), 253-260.
- Werbner, P. (2006). Theorising complex diasporas: purity and hybridity in the South Asian public sphere in Britain. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30 (5), 895-911.