

# De professionaliteit van een islamitische geestelijk verzorger

## Casestudy

In dit artikel doet de auteur verslag van een casestudy in een academisch ziekenhuis. Een inkijkje in hoe het er bij islamitische geestelijke verzorging aan toe kan gaan. Aan de hand van deze casus komt hij tot de centrale vraag: wat zijn de specifieke uitdagingen voor islamitische geestelijk verzorgers?

**Stefan Gärtner**

**D**IT ARTIKEL GAAT OVER islamitische geestelijke verzorging en onderzoekt daarvoor een illustratieve casus uit de gezondheidszorg. De casestudy is onderdeel van het Dutch Case Studies Project in Chaplaincy Care (Körver e.a., 2023) en werd daarin als paradigmatisch beschouwd voor het optreden vanuit de islam.<sup>1</sup> Tegelijkertijd biedt het verslag slechts een inkijkje in de islamitische geestelijke verzorging. Immers, zowel de islamitische gemeenschap in Nederland als de praktijk van professionals met deze achtergrond is redelijk divers.

De bijdrage kan daarom niet gaan over dé islamitische geestelijke verzorging, omdat deze simpelweg niet bestaat; net zomin als dé katholieke, joodse of humanistische geestelijke verzorging bestaat. De discipline kenmerkt zich door diversiteit en pluri-formiteit, zowel wat betreft levensbeschouwelijke

vertrekpunten als de praktijk. Hoewel het werken met casestudy's slechts exemplarisch inzicht oplevert, geeft deze kwalitatieve onderzoeksmethode wel een precies beeld van het handelen, de doelen en de overtuigingen van een individuele professional alsook van de andere betrokkenen. Dit maakt de methode, zeker wanneer er zo gestructureerd wordt gewerkt als in het Dutch Case Studies Project, tot een waardevolle aanpak. Tegelijkertijd blijft het op basis van één enkele casus niet mogelijk om uitspraken te doen over de representativiteit van het materiaal (Abma & Stake, 2014).

De vraag die ik aan de casestudy stel, is: *Zijn er (en zo ja, welke) specifieke uitdagingen voor het werk van islamitische geestelijk verzorgers?* Voor een antwoord op die vraag loop ik een drietal aspecten van de casuïstiek commentariërend langs: a) de rolopvatting



van een islamitische professional in een seculiere context, b) het geloof van een islamitische patiënt in deze setting en zijn bijbehorende ideeën over gezondheid en ziekte, en c) de betekenis van familie en cultuur voor de zorgvraag.

### De casestudy

Het casusverslag vertelt over twee contacten met een bijna zeventigjarige man die opgenomen is in een academisch ziekenhuis vanwege ernstige complicaties na een niertransplantatie. Het betreft een Nederlandse patiënt met Marokkaanse wortels die getrouwd is, in zijn thuisland een eenvoudige opleiding genoten heeft en als gastarbeider naar Europa is gekomen. Hij is een gelovige soenniet. De vrouwelijke geestelijk verzorger heeft hetzelfde geloof, ze is 44 jaar oud en werkt al ongeveer tien jaar in het ziekenhuis.

Het contact wordt gelegd via het elektronisch zorgdossier op advies van de behandelende arts, die angstgevoelens bij de man heeft geobserveerd. De geestelijk verzorger bezoekt hem, waarbij ze ook twee van zijn kinderen aantreft. Al snel wordt duidelijk dat zowel de kinderen als de patiënt – deze laatste alleen non-verbaal, vanwege zijn fysieke zwakte – de waarnemingen van de arts ontkennen. Alles, gezondheid en ziekte, komt van God, die voor ieder mens een plan heeft. De patiënt is dus niet bang en vertrouwt op Allah. Als de geestelijk verzorger vervolgens afscheid wil nemen, vraagt de man haar te blijven om uit de Koran te reciteren en voor hem te bidden. Ze kiest bekende teksten die vragen om gezondheid en kracht en waaruit overgave aan Gods wil spreekt. De teksten ontroeren de familie tot tranen toe. Bij het afscheid biedt de geestelijk verzorger een vervolfgafsprak aan.

Zes dagen na het eerste contact vindt het tweede bezoek plaats, dat ongeveer anderhalf uur duurt en waarbij wederom een zoon aanwezig is. Tijdens deze vervolgspraak bidt de geestelijk verzorger voor de man en reciteert zij uit de Koran – beide op verzoek van de patiënt. Deze geeft aan dat hij dit als zeer heilzaam ervaart. Hierop volgt een gesprek over zingeving, waarbij hij vertelt over zijn migratie en zijn geloof. De benadering van de geestelijk verzorger is non-directief, waarbij ze volgens de presentietheorie vooral actief luistert. De patiënt krijgt hier zichtbaar energie van en begint op een gegeven moment zelf de Koran te reciteren. Het contact maakt hem tevreden en rustig. Er vindt geen verder gesprek plaats vanwege zijn ontslag uit het ziekenhuis.

### Islamitische geestelijke verzorging in een seculiere context

De casestudy had op dezelfde manier kunnen plaatsvinden bij een andere levensbeschouwing van de betrokkenen. Dit geldt voor de zorgvraag, het gedeelde geloof van alle personen en de interventies van de geestelijk verzorger, zoals informele communicatie, het citeren van heilige teksten, bidden en counsellen. Als we deze interventies vergelijken met de traditionele taakopvatting van een imam, valt de laatstgenoemde vorm van handelen op (Ajouaou, 2011). Imams gaan in een moskeegemeente voor in rituelen, ze preken, leiden het gezamenlijke gebed op vrijdag en geven les. Voorts bestuderen ze de Koran en de Hadith en zijn ze vertrouwd met de islamitische wetgeving en traditie. Als raadgevers, voorgangers en leraren zijn zij geaccepteerde autoriteiten binnen de islamitische gemeenschap. Een beslissing van een imam wordt met name door oudere gelovigen als belangrijk of zelfs doorslaggevend beschouwd.

‘Kortweg gezegd kunnen we stellen dat van de moskee-imam veelal een actieve spreekhouding wordt verwacht, terwijl de islamitisch geestelijk verzorger een actieve luisterhouding aanneemt’ (Bakir e.a., 2024, p. 191). Dit beschrijft in een notendop de respectievelijk traditionele en moderne rolopvatting van de meer sturende en directieve imam en de eerder volgende en non-directieve geestelijk verzorger. Een meer luisterende houding wordt vooral gevraagd van moslimgeestelijken die functioneren in een institutioneel seculiere setting. ‘Het onderscheid met de traditionele moskee-imam zit hem niet zozeer in de geloofsopvattingen, maar vooral in

de meer luisterende, afwachtende houding die de andere institutionele context vraagt’ (Coppens, 2024, p. 266). Daarbij wordt in tegenstelling tot onze casus de klassieke rol meestal geassocieerd met een man, terwijl het de praktijk is dat vrouwen vaker een religieuze raadgever van dezelfde sekse opzoeken (Bakir e.a., 2024, p. 190) en vrouwelijke geestelijk verzorgers er beter in slagen vrouwelijke islamitische patiënten te bereiken (Kaya, 2008).

## Zijn er specifieke uitdagingen voor het werk van islamitische geestelijk verzorgers?

In de geestelijke verzorging is counseling in lijn van de humanistische psychologie overwegend dominant geworden (Gärtner, 2022b, p. 345-346). Dit hangt samen met ontwikkelingen in het christelijke pastoraat sinds de tweede helft van de vorige eeuw. Het belang van counseling heeft zich onder andere gemanifesteerd bij klinische pastorale vorming en supervisie (Gärtner, 2022a, p. 425-428). Naast rituele interventies is het voeren van non-directieve gesprekken de overheersende handelswijze geworden, wat ook in onze casus naar voren komt. Geestelijk verzorgers kunnen zo in hun domein van spiritualiteit en zingeving een specifieke expertise inbrengen in de seculiere context.

Deze ontwikkeling binnen de geestelijke verzorging kan het traditionele zelfbeeld van een imam verdiepen: naast ‘talking to’ gaat het dan om ‘talking with’ mensen (Ali, 2018). In de gezondheidszorg wordt gezag niet toegekend op basis van de voorgangersrol in een religieuze groep (zoals een moskeegemeenschap) of op basis van een zending door een genootschap (zoals door het Contactorgaan Moslims en Overheid), maar geeft de organisatie haar erkenning aan een professional op basis van diens bijdrage aan het primaire proces, in geval van onze casus het herstel van gezondheid. Hierdoor kan er sprake zijn van een dubbele verwachting, namelijk *a)* de verwachting van de organisatie waarin een geestelijk verzorger optreedt, en *b)* de verwachting van moslimpatiënten met soms conventionele rolattributies aan

een moslimgeestelijke. In de casus zien we beide patronen terugkomen. De geestelijk verzorger wordt ingeschakeld om 'angst' weg te nemen bij de patiënt; dit is de verwachting vanuit de zorginstelling binnen het kader van het primaire proces. Als blijkt dat de indicatie van de arts niet erkend wordt door de patiënt, neemt diens verwachting het over, met als gevolg dat de geestelijk verzorger expliciet wordt ingeschakeld als religieuze bedienaar voor Koranrecitatie en gebed.

Er zijn dus overeenkomsten en verschillen tussen de klassieke functies van een imam in een moskeegemeenschap en de verwachtingen ten aanzien van de geestelijke verzorging binnen een instelling van de publieke gezondheidszorg, zowel van de kant van de professionals als van de kant van cliënten (Ajouaou, 2017, p. 206-207). Dit kan bij beide partijen leiden tot rolambigüiteit. Geestelijk verzorgers met een meer traditionele benadering kunnen bijvoorbeeld met patiënten te maken krijgen die hun religieuze gezag niet zomaar accepteren. Omgekeerd kan een meer conventioneel ingesteld persoon heldere antwoorden van een geestelijk verzorger verwachten, terwijl deze in eerste instantie de patiënt zelf de vraag naar antwoorden en wat hier mogelijk achter zit wil laten verkennen.

### Het geloof van een islamitische patiënt

Ook de patiënt in onze casus lijkt een traditionele gelovige te zijn. Hij heeft bepaalde ideeën over gezondheid, ziekte, gebed en genezing. Lijden wordt in de Koran bijvoorbeeld geassocieerd met geduld en gehoorzaamheid, waarbij afstemming op de wil van God het doel is. Ziekte komt van Allah en wordt geïnterpreteerd 'binnen het kader van de grote test van het leven', waarbij wordt opgeroepen om hierop te reageren met geduld ('sabr') en vertrouwen ('tawakkul') (Bakir e.a., 2024, p. 192-193). Een ziekte kan worden opgevat als berouw voor iemands zonden ('kaffāra'), als ontbering en lijden en/of als goddelijke les en beproeving (von Bose & Terpstra, 2012; Ilkilic & Göksu, 2018). Concreet ziet de patiënt in onze casus zijn situatie als onderdeel van een goddelijk plan dat hij nog niet begrijpt, maar waaraan hij zich dankbaar toevertrouwt. Gezondheid en herstel liggen voor hem uiteindelijk in Gods handen.

De geestelijk verzorger drukt deze geloofsovertuiging uit met het islamitische smeekebed en het re-

citeren van de Koran. Hoe gepast haar interventies zijn, wordt – los van de emotionele reactie van de familie – duidelijk wanneer de begeleiding op initiatief van de patiënt overgaat in een ritueel: hij reciteert zelf de Koran. De traditionele teksten hebben voor hem een vanzelfsprekende betekenis en relevantie. Niet-islamitische patiënten verwachten daarentegen vaker een persoonlijk gebed en de meeste gesprekspartners van de geestelijke verzorging zijn niet conventioneel wat betreft hun levensbeschouwelijke overtuigingen. Een vastomlijnde confessionele geloofsopvatting bij patiënten is in het algemeen niet de norm binnen de geestelijke verzorging.

## Zowel de islamitische gemeenschap als de praktijk van professionals met deze achtergrond is redelijk divers

Daarentegen gelooft bijna 90 procent van de moslims in een persoonlijke God, vergeleken met ongeveer 30 procent van de katholieken (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Protestantenvinden zich in het midden: twee van de drie respondenten zeggen in een persoonlijke God te geloven. Dit is slechts één indicator van de mate van religiositeit onder moslims in vergelijking met hun christelijke medeburgers. De verschillen met seculiere Nederlanders zijn natuurlijk nog groter. Moslims laten daarnaast een bovengemiddeld niveau van religieus participatiegedrag zien (Huijnk, 2018), waarbij er uiteraard sprake is van diversiteit en pluriformiteit binnen de moslimgemeenschap, bijvoorbeeld tussen Turkse en Marokkaanse moslims (Huijnk, 2019). Het zal niet verbazen dat zowel het persoonlijke Godsgeloof als de aanzienlijke liturgische participatie, zoals frequent moskeebezoek, impact hebben op de zorgverlening voor deze doelgroep.

Zoals aangegeven, wordt de islam geassocieerd met bepaalde ideeën over gezondheid en ziekte. In dit verband is het verschil tussen de indicatie van de arts (angst) en de zelfperceptie van de patiënt (het is in Gods handen) instructief. Geestelijk verzorgers kun-



nen ook bij vergelijkbare communicatieproblemen bemiddelen, bijvoorbeeld als medicatie wordt geweigerd omdat deze toch niet zou werken of als moslimpatiënten uit schaamte hun ervaringen niet willen delen met de behandelend arts (Zacouri, 2018, p. 46-47). Voor de man in de onze casus lijken gevoelens van angst ondervangen te zijn door zijn geloof.

Verskillende interpretatiepatronen, ethische overtuigingen of communicatieve gewoonten kunnen het contact tussen zorgontvanger en zorgverlener bemoeilijken. Gelovige moslims kunnen zich bijvoorbeeld zorgen maken als er een spanning blijkt te zijn tussen de medische behandeling in een ziekenhuis en de helende invloed die zijzelf toeschrijven aan spirituele overtuigingen of islamitische gebruiken. Sommige moslimpatiënten vragen niet alleen de arts maar ook een imam om advies, omdat voor hen religieuze en medische aspecten nauw met elkaar verweven zijn. Volgens de islam geldt immers: 'All activities in life have a spiritual value and significance' (Baig, 2023, p. 101). Gelovige moslimpatiënten interpreteren hun situatie en hun medische staat daarom ook in religieuze termen, wat zoals in ons geval in tegenspraak kan zijn met een zuiver medisch dan wel psychologisch denken in het publieke zorgstelsel. De religieuze benadering kan dan in botsing komen met de seculiere benadering van de geneeskundige praktijk. Het medisch-psychologische raamwerk in een ziekenhuis is niet in de laatste plaats ook een uitdaging voor de holistische visie van islamitische geestelijk verzorgers op gezondheid en ziekte (Baig & Isgandarova, 2023).

### **Familiale en culturele banden**

Het is belangrijk om de religieuze en culturele overtuigingen, praktijken en houdingen van moslims te waarderen in de geestelijke verzorging, vooral daar waar deze verschillen van zogenaamd westerse ideeën. Deze polariteit is allicht op zichzelf problematisch omdat identiteiten altijd transcultureel zijn, dat wil zeggen: gelaagd, veranderlijk en vloeibaar (Lang e.a., 2019). Bovendien moeten we in deze paragraaf wederom in overweging nemen 'that Muslims have not formed a cohesive community in the Netherlands but, on the contrary, they hail from various ethno-cultural and religious backgrounds and traditions. Moreover, the levels of religiosity and religious involvement of particular groups also vary' (Szumigalska, 2015, p. 3).

Naast religieuze verschillen met de meerderheid van de Nederlandse bevolking, is het opvallend hoe vanzelfsprekend de patiënt volgens het casusverslag is ingebed in familieverbanden. Dit is een uiting van zijn afkomst uit een meer op het collectief georiënteerde, fijnmazige cultuur (zoals de Marokkaanse), waarin gezinsleden en burens zich verantwoordelijk voelen om te helpen in geval van nood. Religie heeft hier ook invloed op, bijvoorbeeld door geboden en overtuigingen over de centrale positie van de ouders in het gezin of de navenante verplichtingen van de nakomelingen (Shadid & Van Koningsveld, 2008, p. 187-214). Illustratief is dat de kinderen bij het eerste contact namens de patiënt antwoorden, wat in dit geval ook wel medische noodzaak is vanwege de fysieke zwakte van de patiënt, die zelf niet in staat is te spreken.

Moslims kunnen een spanning ervaren tussen enerzijds een individualistische visie op gezondheid in de laatmoderne welvaartsstaat en anderzijds hun familiäre steun of afhankelijkheid, die gebaseerd is op collectiviteit. Er kunnen bijvoorbeeld 'conflicten ontstaan omdat de familie beslissingen neemt voor de patiënt, terwijl in Nederland de autonomie van de patiënt een belangrijk goed is' (Brand, 2002, p. 69-70). Dit roept voor de geestelijke verzorging de vraag op wanneer deze autonomie expliciet beschermd moet worden. In onze casus kan de patiënt het bijvoorbeeld moeilijk kunnen vinden om angst of twijfels over zijn geloof toe te geven in bijzijn van zijn kinderen. Wellicht vindt hij het ook lastig om in te stemmen met een bepaalde medische behandeling als de familie hier om religieuze redenen anders tegenaan kijkt. Toch mag het gezin niet eenzijdig gezien worden als bedreiging van de autonomie van een patiënt. Integendeel, een systemische benadering die de familie als helende bron betreft, kan juist bijzonder vruchtbaar zijn voor het zorgproces (Morgenthaler, 2019).

In haar casusbeschrijving wijst de geestelijk verzorger erop dat het geloof en de gedeelde culturele achtergrond een onmiddellijke verbondenheid met de patiënt scheppen in wat voor hem een vreemde omgeving is. Aangenomen kan worden dat het eerste contact met een hulpverlener van een andere levensbeschouwing al zou zijn beëindigd als de indicatie van de arts onjuist blijkt te zijn. Dit maakte de islamitische professional des te belangrijker als

vertegenwoordiger van de vertrouwde cultuur. De geestelijk verzorger in deze casus ziet zichzelf als bruggenbouwer tussen tweede werelden: de seculier/westerse en de spiritueel/niet-westerse wereld.

Naast de religieuze herkenning kan dus ook de culturele geborgenheid een rol spelen bij de begeleiding die speciaal gericht is op islamitische patiënten – alsook op iedereen met een migratiegeschiedenis. Dit wijst op het belang van de cultuur naast de levensbeschouwing in de geestelijke verzorging. In het bijzonder in de islamitische geestelijke verzorging speelt dit mee vanwege de mogelijke kloof tussen de levensbeschouwelijk neutrale zorgcontext en de leefwereld van de patiënt; waar deze vandaan komt en waar zijn of haar geloof ontstaan is.

## De casestudy had op dezelfde manier kunnen plaatsvinden bij een andere levensbeschouwing van de betrokkenen

In dit verband is het belangrijk dat de professional in haar casusverslag opmerkt dat ze voornamelijk categoriaal werkt. Islamitische geestelijk verzorgers hebben de voorkeur van andere beroepen in de gezondheidszorg als er problemen zijn met patiënten van dit geloof, omdat zij met hun specifieke expertise een onmisbare rol kunnen spelen door hun brugfunctie. Ze richten zich dan ook met name of zelfs uitsluitend tot leden van het eigen genootschap (Ajouaou, 2017, p. 202, 206 e.v.; Liefbroer e.a., 2022, p. 162), hoewel er uiteraard 'tal van situaties zijn waarbij een islamitische geestelijk verzorger te maken heeft met cliënten met een andere levensbeschouwing' (Bakir e.a., 2024, p. 194).

Nochtans blijven de Koran en de Soenna de basis van de islamitische geestelijke verzorging, waardoor deze zich vaak primair richt op moslims (Karagül, 2015, p. 166-169). Dit leidt tot de vraag hoe deze theologische grondslagen specifiek voor het functioneren in een seculiere context vertaald worden.

Gedegen kennis van twee werelden en het bijbehorend vocabularium lijkt daarbij van belang. Bij contact met niet-moslims blijken islamitische geestelijk verzorgers al een andere 'taal' te gebruiken (Bakir e.a., 2024, p. 202).

## Conclusies voor de professionalisering van islamitische geestelijke verzorging

We hebben de casestudy geëvalueerd met de vraag of er bijzondere uitdagingen zijn voor de professionaliteit van islamitische geestelijk verzorgers. Interessant was in eerste instantie de visie van de medewerker in kwestie als bruggenbouwer tussen de 'westerse' en 'niet-westerse' wereld. Dit sluit aan bij een positiebepaling die veel imams in Nederland al sinds de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw innemen. Toen duidelijk werd dat de geworven gastarbeiders zouden blijven en zij hun families lieten overkomen, zag de overheid religie als een belangrijke factor bij de integratie, vanwege het idee van multiculturaliteit. Imams moesten een schakel worden tussen de gelovigen en hun nieuwe thuisland. 'Er kwam een type leiders op die zich positioneerden als tussenpersonen, culturele vertalers en entrepreneurs tussen de nogal geïsoleerde migrantengemeenschappen en de ontvangende samenleving' (Sunier, 2015, p. 159).

Hoewel deze brugfunctie met betrekking tot de Nederlandse diaspora tegenwoordig minder relevant is, zeker voor de derde- of vierde-generatiemoslims met een migratieachtergrond, kan dit (zoals in de casus) nog een rol spelen bij met name oudere patiënten of bij mensen die pas sinds kort in Nederland verblijven (Heuts e.a., 2012, p. 23-25). Dit heeft te maken met culturele verbondenheid, met een door de patiënt veronderstelde acceptatie van religieuze opvattingen door een islamitische geestelijk verzorger of concreet met de taal.

Op de werkvloer worden islamitische geestelijk verzorgers vaak geconfronteerd met dezelfde uitdagingen als collega's met andere achtergronden. Een voorbeeld hiervan in de casuïstiek zijn de spanningen die ontstaan tussen het zuiver medisch-therapeutische denken en religieuze voorstellingen van ziekte en gezondheid. Ook kan er sprake zijn van spanningen tussen enerzijds de religieuze behoeften van een patiënt en zijn of haar familienetwerk en anderzijds het zorgsysteem. Tegelijkertijd wordt

de islam in een diasporasituatie op een gedifferentieerde manier geconfronteerd met zulke algemene uitdagingen en randvoorwaarden. De discrepantie tussen het vanzelfsprekende geloof van een islamitische zorgontvanger en de levensbeschouwelijke pluraliteit, onverschilligheid of zelfs vijandigheid tegenover godsdiensten kan als belastend worden ervaren. Het aangaan van deze bijzondere uitdaging voor de professionaliteit van (niet-uitsluitend) islamitische geestelijk verzorgers kenmerkt hun optreden binnen een in institutioneel opzicht seculiere context, waarin er wel ruimte bestaat voor persoonlijke geloofsovertuigingen en er hernieuwde aandacht is voor zingeving.

Als professionals staan geestelijk verzorgers voor de taak om hun rolopvatting en -invulling, alsook hun theologie, te rijmen met de vereisten van een levensbeschouwelijk neutrale setting (Baig, 2023). Geestelijke verzorging wordt hier, behalve vanuit het wettelijke recht, gelegitimeerd vanuit de zorgvraag van het individu en de bijdrage aan het primaire proces, en niet door het gezag van een religieuze gemeenschap. De discipline leunt op een algemeen-menselijke basis en wordt globaal als verantwoordelijk geacht voor zingevingsprocessen, wat pas in tweede instantie gedifferentieerd wordt in specifieke (religieuze) overtuigingen en houdingen. Dienovereenkomstig gaan islamitische geestelijk verzorgers vaak competent om met patiënten van allerlei pluimage, alsook met mensen die niet-gelovig zijn (Bakir e.a., 2024). Daarbij worden in een seculier ziekenhuis interventies zoals counseling of presentie vanzelfsprekender geaccepteerd dan liturgische vieringen, traditionele rituelen of gelovig-ethische raadgeving.

Waar geestelijk verzorgers redenen zien om terughoudend in te gaan op verwachtingen vanuit een seculiere context, komt het tot een voorkeur voor de categoriale werkwijze. Hierdoor ontstaat het risico dat medewerkers geïsoleerd raken van hun collega's van andere levensbeschouwingen, maar ook van de andere beroepen in het publieke zorgstelsel. Anderzijds zien we in de casus welke meerwaarde specialisatie en religieus-culturele herkenning in de eigen gemeenschap kan hebben. De grotere conventionaliteit van spirituele en rituele uitingsvormen, het interpretatievermogen van een geloof om een ziekte te duiden, de hechtere familiebanden of de gedeelde culturele achtergrond blijven zeker van belang voor

islamitische geestelijke verzorging in een levensbeschouwelijk neutrale zorginstelling.

Dr. habil. S. Gärtner is universitair docent praktische theologie bij de Tilburg University. E-mail: s.gartner@tilburguniversity.edu.

## Noten

1. OG Ouderenzorg Casus O4.

## Literatuur

- Abma, T.A. & Stake, R.E. (2014). Science of the particular: an advocacy of naturalistic case study in health research. *Qualitative Health Research*, 24 (8), 1150-1161.
- Ajouaou, M. (2011). Islam in Nederland: verantwoordelijkheid van de geestelijk leiders. In M. Ajouaou, E. Borgman & P. Valkenberg (Eds.), *Islam in Nederland: theologische bijdragen in tijden van secularisering* (pp. 121-151). Boom.
- Ajouaou, M. (2017). Ethiek in de islamitische geestelijke verzorging. *Religie en Samenleving*, 12 (2/3), 201-220.
- Ali, M. (2018). Muslim chaplaincy as a model for imamship: from liminality to immanent spirituality. In M. Hashas, J.J. de Ruiter & N.V. Vinding (Eds.), *Imams in Western Europe: developments, transformations, and institutional challenges* (pp. 295-314). Amsterdam University Press.
- Baig, N. (2023). The Islamic theology behind spiritual care and hospital chaplaincy. In A.H. Grung (Ed.), *Complexities of spiritual care in plural societies: education, praxis and concepts* (pp. 99-122). De Gruyter.
- Baig, N. & Isgandarova, N. (2023). Exploring islamic spiritual care: what is in a name? *Religions*, 14 (10), 1256.
- Bakir, H., Boender, W. & Quadir, R. (2024). Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging vanuit een islamitisch perspectief. In P. Coppens, A.I. Liefbroer & H. Alma (Eds.), *Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: theorie en casuïstiek* (pp.187-203). Eburon.
- Bose, A. von & Terpstra, J. (2012). *Muslimische Patienten pflegen: Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*. Springer.
- Brand, F. (2002). De imam in het ziekenhuis: communicatie met een nieuwe beroepsgroep. *Praktische Theologie*, 29 (1), 68-74.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Religie in Nederland*. CBS.
- Coppens, P. (2024). Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging en fragiliteit in de malaise van de moderniteit. In P. Coppens, A.I. Liefbroer, H. Alma (Eds.), *Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: theorie en casuïstiek* (pp. 255-269). Eburon.
- Gärtner, S. (2022a). Mit Casestudies Seelsorge lernen: ein Bericht aus der Klinischen Seelsorgeausbildung. *Wege zum Menschen*, 74 (5), 424-437.
- Gärtner, S. (2022b). Over vragen stellen in het pastoraat. *Collationes*, 52 (3), 345-360.
- Heuts, L., Klaver, J. & Welle, I. van der (2012). *Evaluatie islam- en imamopleidingen in Nederland*. Regioplan.
- Huijnk, W. (2018). *De religieuze beleving van moslims in Nederland: diversiteit en verandering in beeld*. SCP.
- Huijnk, W. (2019). De religieuze beleving van moslims in Nederland: diversiteit en verandering in beeld. *Religie en Samenleving*, 14 (1), 31-53.
- Ilklic, I. & Göksu, A. (2018). Spiritualität und Seelsorge in der Gesundheitsversorgung von Muslimen. *Spiritual Care*, 7 (1), 15-23.
- Karagül, A. (2015). Islamische Seelsorge in den Niederlanden: vom Laientum zur Professionalität. *Hikma Journal of Islamic Theology and Religious Education*, 6 (11), 147-170.
- Kaya, M. (2008). Vrouwelijke moslim geestelijk verzorger: een meerwaarde? *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11 (50), 21-30.
- Körver, S., Walton, M. & Toom, N. den (2023). *Richting, repertoire en resultaat: uitkomsten van het Nederlands Case Study Project Geestelijke Verzorging (2016-2021): samenvatting en bloemlezing*. PTHU/UCGV.
- Lang, A., Schmid, H. & Sheikhzadegan, A. (2019). Von der interkulturellen Kommunikation zur transkulturellen Praxis: fallgestützte Analysen der muslimischen Asyl- und Spitalseelsorge. *Spiritual Care*, 8 (4), 367-376.
- Liefbroer, A.I., Lauwers, S., Coppens, P. & Lalbahadoersing, B. (2022). Spiritual care in an interfaith context: implications for Buddhist, Muslim, and Hindu spiritual care in the Netherlands. In A. Hege Grung (Ed.), *Complexities of spiritual care in plural societies: education, praxis and concepts* (pp. 161-189). De Gruyter.
- Morgenthaler, C. (2019). *Systemische Seelsorge: Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis*. Kohlhammer.
- Shadid, W. & Koningsveld, P.S. van (2008). *Islam in Nederland en België: religieuze institutionalisering in twee landen met een gemeenschappelijke voorgeschiedenis*. Peeters.
- Sunier, T. (2015). Religieus gezag op drift: een essay over de plaats en legitimiteit van islamitisch gezag in een veranderend religieus landschap. *Religie en Samenleving*, 10 (2), 156-165.
- Szumigalska, A. (2015). *Annotated legal documents on Islam in Europe: the Netherlands*. Brill.
- Zacouri, J. (2018). Geestelijk verzorgers en dijn. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 21 (90), 45-49.