



## “ Wil de juiste God zich melden op afdeling Oost?”



*Een onderzoek naar aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen*

Masterscriptie van Kimberley van Eijkel  
(3007596)  
aangeboden aan Dr. F.L. Bakker  
& Dr. A. van Dijk  
18-5-2011



# Voorwoord

Mijn naam is Kimberley Dieudonné van Eijkel, ik ben geboren op 30 september 1987 en studeer Godgeleerdheid aan de Universiteit van Utrecht.

Na het behalen van mijn Bachelor 'Godgeleerdheid', koos ik om verder te studeren, zodat ik uiteindelijk de Master 'Godsdienst in de Moderne Wereld' eveneens zou kunnen behalen. Thans presenteer ik u de laatste stap van dit traject, namelijk mijn scriptie.

Het schrijven van deze scriptie verliep niet geheel soepel. Het was al gelijk duidelijk dat ik mij graag met interreligieuze dialoog wilde bezighouden en dit heb ik dan ook direct aan Freek Bakker voorgelegd. Samen zijn we gaan brainstormen en kwamen we uiteindelijk tot de conclusie dat ik mij wellicht kon gaan bezighouden met het Arab-West Report. Dit is een website die vanuit de Egyptische media artikelen online publiceert, speciaal voor de westerse wereld. Ze zijn, zogezegd, gebrand op de communicatie tussen moslims en christenen en het objectief benaderen van het conflict in het middenoosten. Ik was al aardig op weg met het lezen van literatuur en het benaderen van mensen die werkzaam zijn voor dit project. Echter, al gauw kwamen Freek en ik erachter dat deze scriptie waarschijnlijk niet door kon gaan, omdat bepaalde respondenten van mij verwachtten dat ik enkel vanuit hun visie zou schrijven. Het schrijven van een objectief paper leek onhaalbaar en daarom koos ik ervoor om van dit interessante onderwerp af te zien.

Dit betekende echter dat ik weer helemaal opnieuw moest beginnen. Ik bleef vasthouden aan het thema interreligieuze dialoog, omdat hier mijn passie ligt. Ik wil dat de Nederlandse instellingen meer aandacht geven aan onze multireligieuze gelaagdheid. We kunnen er niet omheen en nog proberen instanties en instellingen te negeren dat er sprake is van een multicultureel, en daarmee vaak ook, multireligieus Nederland. Toen Freek mijn frustraties aanhoorde, suggereerde hij dat ik dan eens bij basisscholen of ziekenhuizen moest gaan kijken.

Ik begon mij in te lezen en stuitte al gauw op een onderzoek van het UMC, dat jaren geleden al op zoek was naar een multireligieus beleid binnen het ziekenhuis. Toentertijd was dit zeer vooruitstrevend en het onderzoek sprak mij direct aan. Na enkele interessante bevindingen, besloot ik dat dit onderwerp meer aandacht verdiende dan hier tot nu toe aan was geschonken. Daarom richtte ik mijn onderzoek op de vraag: Op welke wijze kan de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen verbeterd worden?

De resultaten liggen hier voor u en ik wil graag benadrukken dat ik echt hoop dat ik wellicht meer kan betekenen, betreffende dit onderwerp. Ik ben van mening dat het moderne Nederland schreeuwt om een zo adequaat mogelijk multireligieus beleid binnen ziekenhuizen. Er is al eerder onderzoek naar gedaan en mijn onderzoek is een aanvulling op deze eerdere studies. Ik hoop dat een multireligieus zorgbeleid niet langer een ideaal is wat op *papier* wordt nagestreefd, maar op de korte termijn zal worden ingevoerd als een *praktisch* ideaal.

## **Dank**

Graag wil ik mijn ouders en vriend bedanken dat zij mij altijd hebben gesteund binnen mijn studie. De laatste loodjes wegen het zwaarst en zij hebben mij absoluut gemotiveerd om deze scriptie naar al mijn kunnen goed af te schrijven. Afsluitend wil ik nog de volgende mensen bedanken voor hun medewerking, vernieuwende visies en openheid. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest:

Abdulwahid van Bommel

Alphons van Dijk

Chaja Italiaander – en daarmee het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen

Freek Bakker

Haridat Rambaran

Huib van der Burg – en daarmee het St. Jansdal te Harderwijk

Joep Roding – en daarmee het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

Rawie Sewnath – en daarmee het Flevoziekenhuis te Almere

*Kimberley van Eijkel, 3007596*

*18-5-2011*

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Opzet	5
1.2	Bronnen	6
1.3	Extra	6
2.	Begrippen	7
3.	Eerder verricht onderzoek	10
4.	Belang van multireligieuze geestelijke verzorging	15
4.1	Multireligiositeit in Nederland: een historie	15
4.2	Belang van geestelijke verzorging in het algemeen	18
4.3	Belang van multireligieuze geestelijke verzorging	19
4.4	Samenvattend	20
5.	Interviews experts	21
5.1	Abdulwahid van Bommel	21
5.2	Alphons van Dijk	26
5.3	Haridat Rambaran	30
6.	Wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem?	34
6.1	Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem, volgens de literatuur	34
6.2	Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem, volgens de experts	35
6.3	Concluderend	38
7.	Interviews ziekenhuizen	40
7.1	Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen	41
7.2	Het Flevoziekenhuis te Almere	45
7.3	Het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein	50
7.4	Het St. Jansdal te Harderwijk	54
8.	Conclusie	58
8.1	Het verhaal	58
8.2	De beoordeling	60
8.3	Samenvattend	63
8.4	Antwoord op de hoofdvraag	63
9.	Bronnen: literatuur, websites en respondenten	64

# 1. Inleiding

## 1.1 Opzet

In deze scriptie zal getracht worden de volgende vraag te beantwoorden: 'Op welke wijze kan de aandacht voor de multireligieuze achtergrond van de patiënten binnen, al dan niet religieuze, ziekenhuizen verbeterd worden?' Om dit te kunnen doen zullen een aantal stappen ondernomen moeten worden.

Ten eerste zal ik een hoofdstuk wijden aan het bekijken welke eerdere onderzoeken er naar dit onderwerp zijn geweest. Mijn bestudering haakt namelijk in op de voorgaande onderzoeken, omdat ik mij wil richten op de multireligieuze zorg binnen ziekenhuizen, zoals zij nu is. De researchhistorie is hierbij van belang. Dankzij de onderzoeken in het verleden tracht ik uitspraken te doen over de toekomst.

Hierna zal ik in het volgende hoofdstuk aandacht schenken aan de vraag: Wat is het belang van multireligieuze geestelijke verzorging? Ik stel deze subvraag, omdat zo het nut van mijn onderzoek duidelijk wordt. Om deze vraag te beantwoorden zal ik in subparagrafen een basis leggen. Dit probeer ik te doen door eerst de historische achtergrond van de multireligieuze samenstelling in Nederland te bespreken. Vervolgens zal ik het belang van geestelijke verzorging in het algemeen beschouwen. Zo kan de subvraag van dit hoofdstuk beantwoord worden, namelijk: Wat is het belang van multireligieuze verzorging.

Wanneer het belang van dit onderzoek is vastgesteld, zal er een hoofdstuk besteed worden aan interviews met drie experts, namelijk Abdulwahid van Bommel, dr. Alphons van Dijk en drs. Haridat Rambaran. Allen waren deelnemers aan een belangrijk multireligieus onderzoek binnen ziekenhuizen. De experts hebben daarom de nodige autoriteit om een basis te vormen voor dit onderzoek.

Na deze interviews zal ik in het volgende hoofdstuk aandacht schenken aan de vraag: Wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem? Gezien het eerder verrichte onderzoek, is vast te stellen dat deze subvraag beantwoord kan worden middels de opgedane kennis vanuit de literatuur en de meningen van de experts. Daarom tracht ik deze vraag te beantwoorden in twee delen: wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem volgens de literatuur? En: wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem volgens de experts? Om uiteindelijk te besluiten met een samenvattende conclusie. Vervolgens kan ik een geheel van elementen presenteren, dat een zo correct mogelijk multireligieus zorgsysteem zal blijken. Zo kan deze subvraag beantwoord worden, om uiteindelijk een stap dichterbij het beantwoorden van de hoofdvraag te komen.

Uiteindelijk zal er een laatste onderzoek plaatsvinden. Dit hoofdstuk zal zich richten op de praktijk, namelijk op de manier waarop er binnen ziekenhuizen aandacht wordt gegeven aan aandacht voor de multireligieuze achtergrond van de patiënten. Let wel dat het hier gaat om slechts vier ziekenhuizen, namelijk: Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen, waar ik sprak met joods geestelijk verzorgster Chaja Italiaander, St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein, hier interviewde ik rooms-katholiek geestelijk verzorger Joep Roding, Flevoziekenhuis te Almere, waar ik een ontmoeting had met hindoe geestelijk verzorger Rawie Sewnath en tenslotte het St. Jansdal te Harderwijk, hier vertelde protestants geestelijk verzorger Huib van der Burg mij het een en ander.

Omdat het slechts vier ziekenhuizen zijn, kunnen hier geen algemene conclusies uit getrokken worden. Wel kunnen we bekijken welk van deze ziekenhuizen het beste voorziet in multireligieuze zorg.

Tenslotte zal er een conclusie volgen, waarin wordt bekeken welk ziekenhuis de beste multireligieuze zorg aanbiedt. Ook zal besloten worden welke beleidsmatige aanpak het beste zou werken binnen ziekenhuizen. Dit kan geconcludeerd worden aan de hand van wat de experts, literatuur en geestelijk verzorgers ons verteld hebben. Zo zal de hoofdvraag beantwoord kunnen worden: Op welke wijze kan de aandacht voor de multireligieuze achtergrond van patiënten binnen ziekenhuizen verbeterd worden?

## **1.2 Bronnen**

Er zullen zowel primaire als secundaire bronnen geraadpleegd worden. De primaire bronnen beslaan uit de publicaties afkomstig uit het McGV-project, de interviews met de experts en de Dienst Geestelijke Verzorging binnen de ziekenhuizen. Deze interviews zijn categoriaal geordend en weergegeven in dit onderzoek.

De keuze voor de drie experts is gebaseerd op hun onderzoeksachtergronden. Zowel Van Bommel, als Van Dijk en Rambaran hebben deelgenomen aan het McGV-project, wat zich richtte op aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Daarnaast zijn zij interessant, omdat zij een ieder een andere levensbeschouwelijke achtergrond kennen. Meerdere visies, zullen leiden tot een breder perspectief op dit onderwerp.

De keuze voor de vier ziekenhuizen is gebaseerd op de levensbeschouwelijke achtergronden. De ziekenhuizen zorgen zo eveneens voor meerdere visies, wat zal leiden tot een breder perspectief op dit onderwerp.

De secundaire bronnen zijn de nageslagen literatuur en websites. De precieze herkomst hiervan zal achterin dit werk te vinden zijn.

## **1.3 Extra**

Er is geprobeerd om toestemming te krijgen om een aantal patiënten te interviewen binnen ieder ziekenhuis. Na correspondentie is gebleken dat drie van de vier ziekenhuizen niet geïnteresseerd waren in een dergelijk onderzoek. Zij gaven geen toestemming. Omdat een onderzoek binnen één ziekenhuis geen vergelijkingsmateriaal oplevert, hebben er geen interviews plaatsgevonden binnen het ziekenhuis dat wel toestemming heeft verleend. Door het beperkte aantal respondenten, zouden deze interviews als irrelevant kunnen worden gezien.

## 2. Begrippen

Tijdens het lezen van dit onderzoek, zullen een aantal begrippen meerdere malen aan de orde komen. Om alles juist te kunnen interpreteren, is het van belang dat men begrijpt wat bedoeld wordt met bepaalde begrippen. Daarom volgt hieronder een specificatie. Zo wordt het lezen van dit onderzoek vergemakkelijkt en is er een kleinere kans op onbegrip of misinterpretatie.

### *Multireligiositeit, multiculturaliteit en interculturalisatie*

Mijn onderzoek richt zich op aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Met multireligiositeit doel ik op diversiteit van religies. Ook wil ik benadrukken dat ik mij specifiek richt op de diversiteit van religies binnen Nederland. Multireligiositeit gaat vaak hand in hand met multiculturaliteit. De diversiteit van culturen binnen Nederland, heeft een diversiteit van religies met zich meegebracht. Om in de Nederlandse samenleving te kunnen functioneren met deze verscheidenheid, dienen deze groepen op bepaalde vlakken verenigd te worden: “[...] een cultureel divers geheel van groepen die op een of andere manier onder een gemeenschappelijke juridisch en politiek kader moeten worden verenigd.”<sup>1</sup>

Dit duidt op interculturalisatie:

“Interculturalisatie is het cultuurgevoelig maken van organisaties. Zo’n inspanning [...] blijkt vooral uit de expliciete aandacht voor de ‘culturele factor’ in een organisatie en uit de bereidheid om aanpassingen door te voeren die met culturele identiteit van mensen, werknemers en cliënten of patiënten, rekening houden.”<sup>2</sup>

Dit houdt in dat ook zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, bij interculturalisatie rekening houden met de culturele identiteit van patiënten en werknemers. Een aspect van culturele identiteit is bijvoorbeeld religiositeit. O.a. door de diversiteit van multiculturaliteit, kent Nederland een diversiteit van religiositeit. Door de aandacht binnen ziekenhuizen, voor de diversiteit van religies, kan de interculturalisatie geholpen worden. Daarmee verbinden we, met het in stand houden van de culturele en religieuze eigenheden, de moderne multiculturele en multireligieuze samenleving.

### *Geestelijke verzorging*

Mijn onderzoek heeft zich gericht op de ‘Dienst Geestelijke Verzorging’. Dit is het team dat binnen ziekenhuizen werkzaam is als geestelijke verzorgers. Ik heb hiervoor gekozen, omdat de mensen, werkzaam voor deze afdeling, te maken hebben met de mentale kant van de patiënten. Hiermee doel ik op gevoelens, religieuze en culturele achtergronden, vragen omtrent het leven en de dood, etc. Om

---

<sup>1</sup> J. Vorstenbosch, *Zorg voor kleur: Over ethiek, multiculturaliteit en zorg*, Utrecht 2003, 8.

<sup>2</sup> J. Vorstenbosch, *Zorg voor kleur*, 9.

geestelijke verzorging correct te omschrijven, ga ik uit van de beroepsstandaard, vastgelegd door de VGVZ (Vereniging voor Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen):

“de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.”<sup>3</sup>

Geestelijke verzorging houdt zich dus bezig met kwesties op niveaus die verder gaan dan de medische kant van fysieke genezing. De Dienst Geestelijke Verzorging wijdt zich aan hulpverlening, gericht op zaken zoals religie en ethiek. Juist omdat zij hierin gespecialiseerd zijn, heb ik besloten medewerkers van de Dienst Geestelijke Verzorging te interviewen. Zij hebben praktische kennis van de zaken waarnaar ik onderzoek wil doen binnen de specifieke ziekenhuizen. Te denken is aan thema's als religie, multireligiositeit en interreligieuze dialoog.

#### *De imam*

Met de term imam zal ik uitgaan van de algemene benaming voor een islamitisch geestelijk verzorger. Dit zijn professioneel opgeleide islamitisch geestelijk verzorgers. Het gaat hierbij dus niet om de imam, van soennietische of shiitische afkomst. Bij een soennietische imam wordt uitgegaan van degene die voorgaat in het gebed en levensraad geeft, echter deze persoon hoeft geen officiële opleiding te hebben gevolgd. De shiitische imam is de grote moslim geestelijke, waarvan de meeste shiiten er op het moment gewacht wordt op de nieuwe imam: Al Mahdi. Deze imam is door zijn bloedlijn verbonden aan de profeet Mohammed. Dit maakt de shiitische imam de goddelijk verkozen islamitisch leider.

#### *De pandit en de hindoe geestelijk verzorger*

In mijn onderzoek zal ik meerdere malen spreken over pandits en hindoe geestelijk verzorgers. Het verschil tussen beide begrippen is dat ik de pandit zal benaderen als een hindoeïstische geestelijke, vaak van Brahmaanse afkomst, die zonder westerse opleiding de traditionele begeleiding van hindoeïstisch gelovigen verzorgt. Arslan Karagül, theoloog, islamitisch geestelijk verzorger en docent voor islamitische theologie en geestelijke verzorging aan het centrum voor islamitische theologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam, geeft aan hoe de in Nederland vereiste professionaliteit de rol van de pandit verandert:

“Bij de professionele inbedding van geestelijke verzorging moet er rekening worden gehouden met toenemende vraag naar relativering, zingeving en spirituele verkenningen. Dit impliceert dat de rol van de pandit in een instelling zal verschuiven van rituelen naar gespreksvoering.”<sup>4</sup>

Om deze nieuwe functie in te kunnen vullen, zullen er meer hindoe geestelijk verzorgers nodig zijn. Dit zijn opgeleide geestelijk verzorgers die zich specialiseren in het hindoeïsme. Veel moderne hindoes hebben behoefte aan een hindoe geestelijk verzorger, in plaats van een pandit. Daarnaast willen

<sup>3</sup> Beroepsstandaard VGVZ, <http://www.vgvz.nl/userfiles/files/beroepsstandaard.pdf>, geraadpleegd op 12-2-2011.

<sup>4</sup> A. Karagül, 'Geestelijke verzorging in diverse tradities', in J. Doolaard (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2006, 187-188.



ziekenhuizen een geprofessionaliseerd geestelijk verzorger in dienst hebben. Pandits kennen deze professionalisering vaak niet, en hindoe geestelijk verzorgers wel. Er is een tijd een opleiding geweest tot hindoe geestelijk verzorger, maar door financieel wanbeheer is deze helaas opgeheven. Wel bestaan er losse cursussen op voornamelijk HBO niveau, die de hindoe geestelijk verzorger voorzien van certificaten.<sup>5</sup>

#### *De humanistisch raadsman/vrouw*

Ook het humanisme kent vertegenwoordigers binnen het vak geestelijke verzorging. De humanistische tak van de geestelijke verzorging richt zich echter doorgaans niet op een goddelijk element in het leven. Het humanisme gaat uit van de menselijke mogelijkheid om keuzes te maken in het leven. Daar komt dan ook direct verantwoordelijkheid voor deze keuzes bij kijken. Dit houdt in dat de humanistisch raadsman/vrouw niet in zal gaan op wat God voor de patiënt kan betekenen, maar wat de mens zelf voor hen kan betekenen. Zoals J. Bransen omschrijft:

“Er zijn twee vragen die zich op dit elementaire niveau van denken over cultuur al opdringen:

1. Waarom *moeten* dingen op *deze bepaalde* manier gebeuren?
2. Waarom *moeten* dingen überhaupt op een bepaalde manier gebeuren?

Het humanisme geeft op deze twee verschillende vragen precies hetzelfde antwoord:

1. Het moet op *deze* manier, *omdat wij mensen zijn* – en dit is de menselijke manier om deze dingen te doen.
2. Het *moet* op een bepaalde manier, *omdat wij mensen zijn* – en normativiteit [...] is kenmerkend voor het menselijk bestaan.

[...] Volgens het theïsme moeten de dingen op een bepaalde manier gebeuren omdat God het zo wil.”<sup>6</sup>

Bransen spreekt hier over culturele vragen, maar het is duidelijk dat dit ook terug te koppelen is aan levensvragen die zich voordoen wanneer patiënten langdurig worden opgenomen. Waar een christelijk geestelijk verzorger zal praten over de rol van God, zal de humanistisch raadsman/vrouw spreken over de menselijke invloed en hoe als mensom te gaan met ziekte. De humanistisch raadsman/vrouw is academisch opgeleid.

#### *De joods geestelijk verzorger*

De joods geestelijk verzorger fungeert als ieder andere geestelijk verzorger, maar dan voor joodse patiënten. De joods geestelijk verzorger is academisch opgeleid en gaat uit van het joodse gedachtegoed.<sup>7</sup> Deze vorm van geestelijke verzorging vraagt vaak wat extra aandacht en begrip, omdat veel (oudere) patiënten nog last hebben van de nasleep van de Tweede Wereldoorlog. Zij hebben vaak angsten en psychische problemen door wat zij in die tijd hebben gezien en meegemaakt. Daarom is het, naast de aandacht voor religie, voor veel joodse patiënten vaak extra belangrijk om begeleid te worden door een joods geestelijk verzorger.

<sup>5</sup> *Hindoe geestelijken*, <http://www.hindoegeestelijken.nl/>, geraadpleegd op 12-2-2011.

<sup>6</sup> J. Bransen, ‘Het humanistisch denken’, in: E. Brugmans (red.), *Cultuurfilosofie: Katholieke, reformatorische, humanistische, islamitische en joodse reflecties over onze cultuur*, Budel 2002, 262.

<sup>7</sup> VGVZ, <http://www.vgvz.nl/sectoren/joods>, geraadpleegd op 12-2-2011.

### 3. Eerder verricht onderzoek

De eerste onderzoeken betreffende religieus aangepaste zorg binnen ziekenhuizen, deden zich voor vanaf ongeveer 1980. Het gaat hier om ziekenhuisgebonden onderzoek, dat voornamelijk plaatsvond in het AZU/WKZ, tegenwoordig ook bekend als het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht). De eerste onderzoeken waren voornamelijk gericht op het geven van juiste geestelijke verzorging aan Turkse en Marokkaanse patiënten. Uit dit oriënterende onderzoek kwam binnen een jaar een werkgroep voort genaamd 'Hulpverlening aan Buitenlandse Patiënten in het AZU'.<sup>8</sup> Mede dankzij dit onderzoek en deze werkgroep, kwamen er meerdere projecten op gang. De gezondheidszorg en de overheid erkenden de noodzakelijkheid van dergelijk gericht onderzoek. Steeds meer projecten werden opgezet, met in 1992 als gewenst hoogtepunt van samenwerking het project 'Kleur bekennen'. Deze was gestart door de Nederlandse Ziekenhuisraad (later de Nederlandse Zorgfederatie: NZf): Commissie Geestelijke Verzorging.<sup>9</sup> Het doel van dit project was om te onderzoeken hoe beleidsvormen dusdanig konden worden aangepast, dat er ruimte werd gecreëerd voor multi-religieuze geestelijke verzorging binnen de gezondheidszorg.<sup>10</sup> Om precies te zijn:

“De kern van het verhaal is dat de instellingen in toenemende mate te maken krijgen met een veranderende vraag naar geestelijke begeleiding en ondersteuning. In deze bundel gaat het om geestelijke verzorging aan allochtonen. Hun wensen zijn specifiek en van dien aard dat de aanwezige geestelijke verzorging daarin niet zonder meer kan voorzien. Duidelijk is ook dat, willen instellingen tegemoet komen aan de gerechtvaardigde wens van allochtonen om in de geestelijke verzorging met eigen geestelijken te voorzien, dit consequenties heeft voor de inrichting van de bestaande diensten geestelijke verzorging. Ook zal de hier geschetste ontwikkeling consequenties hebben voor de wijze waarop de financiële en personele middelen voor deze vorm van dienstverlening gealloceerd worden. Als gevolg van al deze ontwikkelingen is de discussie over de plaats en taak van de geestelijke verzorging en de inrichting daarvan heropend. Het betreft hier zowel de beleidsmatige als de organisatorische aspecten.”<sup>11</sup>

Om dit te kunnen bewerkstelligen werd in dit werk de nadruk gelegd op ondersteuning van de overheid, als mede de bereidwilligheid van ziekenhuizen om te veranderen en het realiseren van opleidingen tot geestelijk verzorging voor religies als de islam en het hindoeïsme. Er werd geprefereerd dat de NZf een werkgroep zou beginnen om deze kwesties te onderzoeken.<sup>12</sup> Het directe gevolg van het project 'Kleur bekennen', was dat er imams en pandits in ziekenhuizen werden aangesteld, om te voorzien in multiculturele en multireligieuze zorg. Voorbeelden hiervan zijn o.a. het

<sup>8</sup> A. van Buuren, 'Typering van het McGV-Project', in: Universitair Medisch Centrum Utrecht, *Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multi-cultureel perspectief*, Utrecht 1999, 7.

<sup>9</sup> Nederlandse Zorgfederatie: Commissie Geestelijke Verzorging, *Kleur bekennen: een veranderende geestelijke verzorging in een multi-culturele gezondheidszorg*, Utrecht: Nederlandse Zorgfederatie, 1994, 1-2.

<sup>10</sup> NZf, *Kleur bekennen*, 5.

<sup>11</sup> NZf, *Kleur bekennen*, 5.

<sup>12</sup> NZf, *Kleur bekennen*, 53 – 54.

Psychiatrisch Centrum Rosenberg te Den Haag in 1994, het VU-ziekenhuis te Amsterdam in 1995, en het AZU te Utrecht in 1996.<sup>13</sup>

Daarnaast werd een pilot-project binnen het AZU gestart, gericht op het in de praktijk brengen van de doelstellingen die tijdens het project 'Kleur bekennen' waren besproken. Dit onderzoek vond plaats van 1996 tot 1999. Er werd uitgebreid verslag gedaan van de bevindingen van dit pilot-project in het 'Verslag van Multi-culturele Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen (McGV)'. Tijdens het onderzoek bleek dat er vraag was naar het professionaliseren van imams en pandits, alsmede nieuwe richtlijnen geven aan reeds opgeleide geestelijk verzorgers. Zowel vanuit het pilot-project, als vanuit de reeds aangestelde imams en pandits buiten het AZU.

Daarom werd een werkgroep opgericht die bekend werd onder de naam 'Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering'.<sup>14</sup> Deze richtte zich voornamelijk op het professionaliseren van imams en pandits. Het onderzoek had plaatsgevonden in de praktijk en men kwam tot de conclusie dat de overheid en de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ) in samenwerking met universiteiten het mogelijk moesten maken voor imams en pandits om een universitaire opleiding te volgen. De praktijk bewees dus dat er behoefte was aan professionalisering. De werkgroep concludeert o.a. als volgt, betreffende de professionalisering rondom de geestelijk verzorging:

"[...]

4. Aan het slot van deze nota merken we op dat van belang is te accepteren dat – naast de noodzaak professionaliteitseisen te formuleren die gelijkkluidend zijn voor alle geestelijk verzorgers – imams en pandits ook een *eigen* ambts- en beroepsverstaan hebben. Dit verstaan valt niet samen met de vigerende beroepsopvattingen van pastores, predikanten en raadslieden!
5. Het is hierbij overigens van groot belang dat de groei naar de "nieuwe functie" moslim en hindoe geestelijk verzorger in zorginstellingen conform de functie-beschrijvingen [...] met instemming zal worden ontvangen en begeleid door de moslim en hindoe achterbannen.
6. De VGVZ zal als beroepsvereniging (bij)scholing in taken [...] en een leerroute professionalisering volgens de vermelde aandachtspunten [...] hebben op te zetten. Leerplanontwikkeling is hierbij zeer noodzakelijk.

Ook ontwikkeling van een instrumentarium voor levensbeschouwelijke anamnese [...] is van groot belang.

7. Het verdient aanbeveling om een specifieke leerroute voor moslim en hindoe geestelijk verzorgers op te zetten aan een universiteit of hogeschool.

Als overgangsfase is het zinnig, dat de VGVZ-Commissie Leerroute intussen die [...] en met name de KPV-training verbreedt zodat deze ook voor joodse, humanistische, moslim en hindoe geestelijk verzorgers geschikt wordt. "<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Universitair Medisch Centrum Utrecht, *Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multicultureel perspectief: Verzamelde Nota's van de Werkgroep 'Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering'*. Utrecht 1999, 2.

<sup>14</sup> UMC Utrecht, *Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering*, 2.

<sup>15</sup> UMC Utrecht, *Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering*, 35.

Dan komt het 'Verslag van Multi-culturele Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen (McGV)' met de uiteindelijke presentatie, genaamd 'Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multicultureel perspectief'. Hierin werd geconcludeerd dat het mogelijk is om beleidsplannen dusdanig aan te passen dat er een professionalisering voor zowel imams als pandits mogelijk zou worden gemaakt, om multiculturele geestelijke verzorging te starten en te optimaliseren. Hierbij moest rekening gehouden worden met het benaderen van universiteiten, afstemming met de VGVZ en perfectionering van multiculturele geestelijke verzorging door ook trajecten te onderzoeken voor humanistische raadsman/vrouwen en rabbijnen. Maar ook met het benaderen van de hindoe- en moslim gemeenschappen, het oprichten van gespecialiseerde beroepsverenigingen. En wat ook erg belangrijk bleek, was de ondersteuning van de overheid. Deze steun zou de initiële budgetten kunnen verschaffen, zodat de beleidsplannen opgezet en doorgevoerd konden worden. Daarnaast was het volgens het geleverde onderzoek van het McGV van cruciaal belang dat er, vanuit de overheid, een helpdesk werd opgericht. Deze helpdesk zou ondersteunen in vragen en kwesties die zich voor zouden doen wanneer het project gestart zou zijn.<sup>16</sup>

Het onderzoek was gedaan en het plan lag klaar om ingevoerd te worden. Nu werd het tijd voor de praktijk, zoals aangegeven wordt in het verslag: "Het is niet het einde. Het is een begin van verder werken aan het gezamenlijk vorm geven van de Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen in multicultureel perspectief"<sup>17</sup>

Opvallend is echter dat na alle onderzoeken en geschreven aanbevelingen het erg stil blijft rond het uitvoeren van de versochte beleidsplannen. Waar ligt het obstakel?

De VGVZ en universiteiten lijken de verantwoordelijkheid op zich te hebben genomen. De VGVZ geeft op haar website de volgende opleidingsinstellingen en de versochte opleidingen voor islamitische, joodse en hindoe geestelijk verzorgers:

Islamitische Universiteit Europa. Deze opleiding biedt een tweejarige universitaire master islamitische geestelijke verzorging.

Islamitische Universiteit Rotterdam. Het gaat hier om een nog niet erkende hoger onderwijsinstelling die wel volgens de Wet Hoger Onderwijs onderwijs aanbiedt en onderzoek verricht. Men biedt een master Islamitische geestelijke verzorging aan.

Vrije Universiteit. Men biedt een master Geestelijke Zorg in Organisaties en daarnaast een master Islamitisch geestelijk verzorger.

Opleiding tot Joods geestelijk verzorger Er bestaat een rabbinale opleiding in Nederland aan het Nederlands Israëlitisch Seminarium. In de praktijk volgen Nederlanders die een rabbinale opleiding willen volgen deze echter in het buitenland aan een van de vele Talmoed Hogescholen. Dit is een opleiding op universitair niveau. Er bestaat daarnaast de verplichting voor de rabbijn die in Nederland werkzaam wil zijn in de gezondheidszorg als geestelijk verzorger, zich aanvullend te scholen (ethiek, ziektebeelden, stage etc.) Dit is

---

<sup>16</sup> UMC Utrecht, *Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering*, 65 – 66.

<sup>17</sup> UMC Utrecht, *Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering*, 66.

een interne opleiding (Sinai Centrum Amersfoort), op maat gesneden vanwege het zeer geringe aanbod. In feite is er dus sprake van een individuele leerweg.”<sup>18</sup>

Daarnaast heeft tot 2007<sup>19</sup> een opleiding tot hindoe geestelijk verzorger bestaan, die geaccrediteerd was met de aanvullende eis dat de afgestudeerden een HBO vooropleiding in de menswetenschappen hadden gevolgd.<sup>20</sup> De Nederlandse Opleiding tot Hindoe Geestelijke (NOHG) was gevestigd in Nijmegen en de cursussen werden gegeven in Den Haag.<sup>21</sup> De opleiding is echter weer opgeheven, nadat er zich een financieel drama had voorgedaan.<sup>22</sup> De hoeveelheid opleidingen tot imam geven eveneens aan dat er een grote groep deze opleiding wil volgen. Er is ook aandacht geschonken aan de opleiding tot joods geestelijk verzorger. Te concluderen is dat de groepen benaderd zijn en zich positief hebben opgesteld tegenover een geprofessionaliseerde opleiding tot imam, hindoe geestelijk verzorger, of joods geestelijk verzorger/rabbin. De overheid lijkt zich van het project teruggetrokken te hebben.

Dit verandert wanneer in 2000 tot 2003 in opdracht van de VGVZ en het Ministerie van VWS een vervolgonderzoek wordt gestart door het ‘Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Beleidsonderzoek en Advies’<sup>23</sup> (IVA) te Tilburg. IVA is verbonden aan de Universiteit van Tilburg en voorziet in beleidsonderzoek en advies.<sup>24</sup>

Het verslag ‘Naar meer pluriformiteit in de geestelijke verzorging in zorginstellingen’, lijkt een doorstart van het eerder gedane onderzoek door het project McGV dat in Utrecht plaatsvond. Volgens het onderzoek van het IVA:

“Belangrijk in het kader van het voorliggende project was het verschijnen van de Overheidsnota ‘Het integratiebeleid betreffende etnische minderheden in relatie tot hun geestelijke bedienaren’ in 1998. Daarin verklaarde de minister van VWS zich bereid om ‘voor een periode van vijf jaar een helpdesk te ondersteunen die tot taak heeft de zorgsector te stimuleren tot een evenredige geestelijke verzorging door alle groeperingen en behulpzaam te zijn bij het aantrekken van allochtone geestelijke verzorgers.’ In dat verband verklaarde het kabinet tevens prioriteit te willen geven aan de bevordering van het tot stand komen van een opleiding tot imams en andere geestelijke bedienaren.”<sup>25</sup>

---

<sup>18</sup> VGVZ, [http://www.vgvz.nl/register/informatie\\_over\\_de\\_initiele\\_opleidingen](http://www.vgvz.nl/register/informatie_over_de_initiele_opleidingen) , geraadpleegd op 23-2-11.

<sup>19</sup> Website Trouw, ‘Richtingenstrijd nekt opleiding tot hindoegeestelijke’ uit 6-5-2007 <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/nieuws/article/detail/1412526/2007/05/06/Richtingenstrijd-nekt-opleiding-tot-hindoegeestelijke.dhtml> , geraadpleegd op 18-5-11.

<sup>20</sup> Persoonlijk aangevuld naar website VGVZ, Informatie over Initiële Opleidingen, [http://www.vgvz.nl/register/informatie\\_over\\_de\\_initiele\\_opleidingen](http://www.vgvz.nl/register/informatie_over_de_initiele_opleidingen) , gelezen op 23-2-11.

<sup>21</sup> Indiawijzer, [http://www.indiawijzer.nl/educational\\_institutions/hindu\\_schools/nieuwegein/hindu\\_geestelijke.htm](http://www.indiawijzer.nl/educational_institutions/hindu_schools/nieuwegein/hindu_geestelijke.htm) . geraadpleegd op 23-2-11.

<sup>22</sup> Aldus H. Rambaran in mijn interview met hem te Waddinxveen, op 28-11-2010.

<sup>23</sup> Universiteit van Tilburg

[https://uvtapp.uvt.nl/ned\\_brit/!overzicht\\_lijt?v\\_lijt\\_id=1&v\\_lan=nl](https://uvtapp.uvt.nl/ned_brit/!overzicht_lijt?v_lijt_id=1&v_lan=nl) , geraadpleegd op 23-2-11.

<sup>24</sup> IVA,

[http://www.iva.nl/Home/Over\\_IVA/Partners/Universiteit\\_van\\_Tilburg.aspx?pgeld=298](http://www.iva.nl/Home/Over_IVA/Partners/Universiteit_van_Tilburg.aspx?pgeld=298) , geraadpleegd op 23-2-11.

<sup>25</sup> P. van den Akker en S. van Wersch, ‘Naar meer pluriformiteit in de geestelijke verzorging in zorginstellingen’, Tilburg: IVA 2003, 5.

Waar de overheid eerder steken heeft laten vallen, lijkt ze met deze opdracht de aandacht voor multireligieuze zorg nieuw leven in te willen blazen. Het IVA geeft een positief advies aan het ministerie van VWS, maar opnieuw lijkt er niets te gebeuren. De overheid is positief geadviseerd en daarom klaar voor de volgende stap. Deze stap moet nu genomen worden door de VGVZ. Zoals wordt bevestigd door dr. A. van Dijk en drs. A. van Buuren in de inleiding van het boek 'Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen' door J. Doolaard: "Met deze adviezen is qua beleid door de VGVZ nauwelijks iets gedaan. Mede daardoor verloopt de uitbouw van MCGV trager dan noodzakelijk is."<sup>26</sup>

Sinds die tijd is er weinig actie ondernomen. Ziekenhuizen nemen uit eigen initiatief meer en meer imams, hindoe geestelijk verzorgers, rabbijnen en humanistische raadsman/vrouwen aan. Maar de gevraagde beleidsplannen zijn nog steeds niet aanwezig. Het vele onderzoek dat al is gedaan blijft nutteloos, zolang er niets mee wordt gedaan. Het feit blijft dat er steeds meer sprake is van een multiculturele, en daarmee een multireligieuze samenleving in Nederland. Dit houdt voor de zorg in dat men te maken krijgt met patiënten van diverse religieuze achtergronden. Om hier juist mee om te kunnen gaan, is er vraag naar algemeen plan voor ziekenhuizen. Waarin aangegeven wordt welke stappen een ziekenhuis dient te ondernemen om te voorzien in de religieuze behoeftes van de patiënt. Het gaat hierbij niet om hoe men omgaat met iemand van een bepaalde etnische afkomst. Geen enkele patiënt is immers hetzelfde. De vraag kan niet gesteld worden hoe het ziekenhuispersoneel dient om te gaan met patiënten van bijvoorbeeld Turkse afkomst. Ieder karakter is immers anders, net als dat iedere Nederlander onderling verschilt in karakter en omgang. Religie is eveneens moeilijk te definiëren, maar door de specifiekere institutionalisering van ieder geloof, is het makkelijker te voorzien in religieus specifieke behoeftes. Zeker wanneer daar een beleidsplan voor klaarligt. Waar christelijke patiënten mogelijk behoefte hebben aan een rooms-katholiek of protestants geestelijk verzorger, heeft een islamitische patiënt wellicht behoefte aan een imam. De eerste stappen die een ziekenhuis dan kan nemen, is het aannemen van een imam. Dit is de basis van het voorzien in de islamitische geestelijke verzorging. Wanneer er een beleidsplan klaarligt, kan deze in praktijk gebracht worden en zo mettertijd voor verbetering zorgen, zodat bijvoorbeeld zowel shiïtische, als soennietische moslims een beroep kunnen doen op de voor hen gespecialiseerde, islamitische geestelijk verzorger. Het is dus van belang een basis te leggen voor ziekenhuizen, zodat zij iedere religie kunnen bieden wat zij zoeken op het vlak van de zorg. Nu er nog geen gesubsidieerd plan is en er veel gesneden wordt in de algemene subsidiëring van de zorg, kunnen veel ziekenhuizen het zich niet veroorloven om in zorg voor alle religieuze groeperingen te voorzien. Ik kan mij voorstellen dat zij noodgedwongen specifieke keuzes moeten maken op het gebied van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het ziekenhuis.

---

<sup>26</sup> A. Van Dijk en A. van Buuren 'Identiteit en Interculturalisatie', in J. Doolaard (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen*, Kampen 2006, 172.

## 4. Belang van multireligieuze geestelijke verzorging

Wat is het belang van multireligieuze geestelijke verzorging? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het goed om eerst te bekijken hoe het Nederlandse religieuze landschap vanaf de Tweede Wereldoorlog langzamerhand is veranderd van een ´monoreligieuze´ naar een multireligieuze maatschappij. Dit zal indirect verklaren waarom Nederland aandacht moet geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen de zorg.

Hierna zal ik ingaan op het vaststellen van het belang van geestelijke verzorging in het algemeen. Wanneer dit duidelijk is gemaakt, kan de volgende stap gezet worden. Namelijk het expliciete belang vaststellen van multireligieuze geestelijke verzorging.

De religieuze historie van Nederland zal zich beperken tot de periode vanaf de Tweede Wereldoorlog tot heden. Deze periode is het meest van belang wanneer we kijken naar de overgang van een overwegend christelijk Nederland, naar het huidige multireligieuze Nederland. Deze geschiedenis zal als basis dienen voor het beantwoorden van de daaropvolgende verdiepende vragen: Wat is het belang van geestelijke verzorging in het algemeen? En: Wat is het belang van multireligieuze geestelijke verzorging?

### 4.1 Multireligiositeit in Nederland: een historie

De Tweede Wereldoorlog bleek voor Nederland meer veranderingen met zich mee te brengen dan op enkel sociaal-politieke basis. Ook de vertrouwde religieuze samenstelling zou namelijk hevige veranderingen ondergaan. Nederland was voor die tijd een land dat religieus was te definiëren aan de hand van de verzuiling. Dit hield in dat er drie religieuze zuilen waren, waar de bevolking naar ingedeeld kon worden. Het waren de katholieke zuil (rooms-katholieke aanhangers), de protestantse zuil (hervormde en gereformeerde aanhangers) en de ´algemene´ zuil (vrijzinnige of onkerkelijke aanhangers).<sup>27</sup> Nederland was een christelijk land, met weinig tot geen andere religies.

Na de Tweede Wereldoorlog bleek dat Nederland toe was aan een nieuwe invulling van het religieuze leven. Langzaam maar zeker werd de verzuiling verstoten. Men wilde meer samenwerking, wat bleek uit het opzetten van christelijk oecumenische gemeenschappen. Daarnaast kwamen er meer en meer andersdenkenden. Het humanistisch verbond werd in 1946 opgericht.<sup>28</sup> Eén van de belangrijkste elementen binnen het humanisme is dat de mens centraal staat. Dit houdt in dat er meer ruimte wordt gecreëerd voor het menselijke kunnen en het daarbij moeten dragen van verantwoordelijkheid.<sup>29</sup> Tegelijkertijd wordt er zo minder tot geen ruimte overgelaten voor een goddelijke invulling. Want “humanisten geloven in de kracht van mensen en beroepen zich niet op een goddelijke openbaring of goddelijk ingrijpen.”<sup>30</sup> Het feit dat er ruimte was gemaakt voor het geloven in de mens, en het niet

---

<sup>27</sup> A. Lijphart, *Verzuiling, Pacificatie en Kentering in de Nederlandse Politiek*, Amsterdam 2007, 28.

<sup>28</sup> *Humanistisch Verbond*, <http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/geschiedenis>, geraadpleegd op 13-4-2011.

<sup>29</sup> J. Bransen, ‘Het humanistisch denken’, in: E. Brugmans (red.) *Cultuurfilosofie: Katholieke, reformatorische, humanistische, islamitische en joodse reflecties over onze cultuur*, Budel 2002, 262.

<sup>30</sup> *Humanistisch Verbond*, [http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/eigentijds\\_humanisme/de\\_grondslag](http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/eigentijds_humanisme/de_grondslag), geraadpleegd op 13-4-2011.



erkennen van een goddelijke macht, laat zien dat de traditionele Nederlandse religieuze indeling plek moest maken voor nieuwe levensbeschouwelijke ideeën.

Ook de rooms-katholieke kerk koos voor een progressievere aanpak. Het Tweede Vaticaans Concilie dat plaatsvond in 1962 tot 1965, leidde tot het op schrift stellen van openheid voor andere christelijke stromingen, maar ook voor andere religies.<sup>31</sup> Dit wordt gezien als een mijlpaal, betreffende de modernisering en liberalisering van de rooms-katholieke kerk.

In de jaren zestig en zeventig begon ook de toestroom van migranten. Dit begon met de komst van gastarbeiders uit Mediterrane landen. Zij brachten naast hun cultuur, ook hun eigen religie mee. Die kon christelijk zijn, maar met de komst van veel gastarbeiders uit Turkije en Marokko, kwam er ook een nieuwe religie in Nederland: de islam. Door latere familieherenigingen zou de islam zich meer en meer manifesteren in Nederland.

De dekolonisatie bleek eveneens van grote invloed op de religieuze samenstelling van Nederland. Door de contacten met het toenmalige Nederlands-Indië en haar onafhankelijkheid in 1945<sup>32</sup>, kwamen er veel migranten met overwegend christelijke, maar ook islamitische, achtergronden naar Nederland. De christenen vestigden zich voornamelijk in eigen kerkgenootschappen.<sup>33</sup>

Daarnaast vond tevens de dekolonisatie van Suriname plaats. Op 25 november 1975 werd ook Suriname onafhankelijk van Nederland.<sup>34</sup> Men dacht echter dat Suriname niet in staat zou zijn om zichzelf economisch te kunnen onderhouden. Veel Surinamers kozen er dan ook voor om naar Nederland te emigreren om een beter inkomen te kunnen vergaren. Met deze migratie, werd het hindoeïstische en boeddhistische geloof, samen met Surinaams-christelijke religies in Nederland geïntroduceerd.<sup>35</sup> Wederom een toevoeging aan de religieuze diversiteit van de Nederlandse samenleving.

Ten slotte kan het asielbeleid van de afgelopen eeuw worden gezien als een verklaring van de toenemende multireligiositeit in Nederland. Door het openstellen van de grenzen voor vluchtelingen en asielzoekers uit andere landen, creëerde Nederland een multiculturele samenleving.<sup>36</sup>

Er is tevens een opkomst van het boeddhisme te zien in Nederland. Zowel door de komst van o.a. Chinezen, Vietnamezen en Tibetanen, als het aannemen van het boeddhisme door autochtonen.<sup>37</sup> Veel culturen brachten een eigen religie mee, wat naast multiculturaliteit ook leidde tot multireligiositeit.

---

<sup>31</sup> H. van Engen en V. Robijn, *Op Zoek naar het Religieus Erfgoed: Handleiding voor Onderzoek in Kerkelijke Archieven*, Hilversum 2008, 35.

<sup>32</sup> Ik houd de datum van 17-8-1945 aan. Lange tijd erkende Nederland de onafhankelijkheid van Indonesië niet. Na uiteindelijke erkenning, werd de onafhankelijkheid toegeschreven op de datum van de soevereine overdracht op 27-12-1949. In 2005 erkent de Nederlandse Staat (ex-minister Ben Bot) alsnog impliciet de datum van 17-8-1945 als de Indonesische dag van de onafhankelijkheid. – uit archief van de Wereldomroep via de website. F. Andina, *Nederlandse erkenning 60 jaar onafhankelijkheid Indonesië: Stille diplomatie minister Bot*, voor de Wereldomroep, 13-8-2005.

<sup>33</sup> H. van Engen en V. Robijn, *Op Zoek naar het Religieus Erfgoed*, 36.

<sup>34</sup> G. Oostindie en I. Klinkers, *Knellende Koninkrijksbanden: het Nederlandse dekolonisatiebeleid in de Caraïben 1940-2000: Deel 3 1975-2000*, Amsterdam 2001, 410.

<sup>35</sup> H. van Engen en V. Robijn, *Op Zoek naar het Religieus Erfgoed*, 36.

<sup>36</sup> Website Rijksoverheid, tab Asielbeleid en immigratie.

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid-en-immigratie> (13-4-2011).

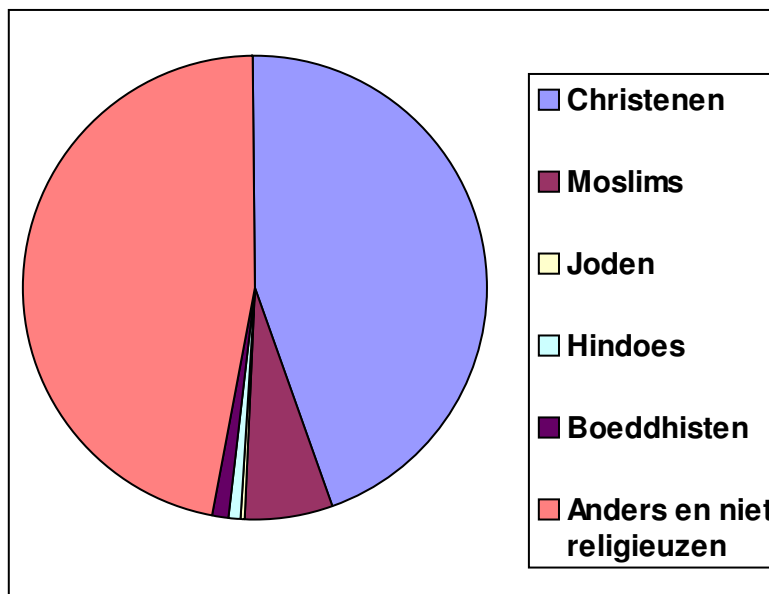
<sup>37</sup> Boeddhaned, [www.boeddhaned.org/inleid.doc](http://www.boeddhaned.org/inleid.doc), geraadpleegd op 18-5-11.



We kunnen concluderen dat Nederland na de Tweede Wereldoorlog een multiculturele en een multireligieuze samenleving is geworden. Het zijn grote groepingen en deze religies zijn een significant onderdeel van onze huidige samenleving geworden. Deze ondervinding doet ons begrijpen dat er onderlinge acceptatie zal moeten komen, wil ons land behoorlijk kunnen functioneren. Dit geldt ook voor de zorg. Waar een multiculturele en multireligieuze maatschappij bestaat, zal ook een multicultureel en multireligieus aangepast zorgsysteem moeten bestaan. Modernisering en progressie in de zorg is essentieel om juiste en aangepaste aandacht voor hulpbehoevenden te verschaffen. Multireligieus Nederland vraagt om aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen.

Aan de hand van de gegevens van T. Bernts, G. de Jong en H. Yar in het hoofdstuk 'Een religieuze atlas van Nederland' in het boek 'Geloven in het Publieke Domein', heb ik getracht een grafiek van de Nederlandse religieuze variatie te maken. Ik ben daarbij uitgegaan van een bevolkingsaantal van 16.000.000. Het uitwerken van de gegevens in een grafiek is behulpzaam bij het, in één oogopslag, begrijpen van de multireligieuze samenstelling van Nederland. De volgende gegevens heb ik verwerkt in deze grafiek:

**Afb. 1: Religieuze samenstelling van Nederland (2006)** <sup>38</sup>



- Christenen 7.132.000
- Moslims 944.000
- Joden 43.000
- Hindoes 100.000 – 215.000 (met een gemiddelde van 157.500)
- Boeddhisten 170.000
- Mensen met een andere religieuze achtergrond en niet religieuzen 7.551.000

<sup>38</sup> Gebaseerd op de gegevens van T. Bernts, G. de Jong en H. Yar, 'Een religieuze atlas van Nederland', in W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum, *Geloven in het Publieke Domein*, 91.

## 4.2 Belang van geestelijke verzorging in het algemeen

De Dienst Geestelijke Verzorging treedt het meest op bij langdurige opnames. De patiënten kunnen zelf aangeven of zij bezoek van een specifieke geestelijke verzorger willen ontvangen. Daarnaast helpt ook het verplegend personeel bij het doorverwijzen van de patiënten. Door de dagelijkse omgang met de patiënt, kan de verpleging immers goed inschatten of, en welke soort, geestelijke verzorging gewenst is. Verder dient de geestelijk verzorger zelf ook een ronde te doen over de afdelingen waar patiënten langdurig worden opgenomen. Zo probeert men zo efficiënt mogelijk te zijn in het voorzien van geestelijke verzorging.

Wanneer men voor een langere periode wordt opgenomen in het ziekenhuis, is dit vaak omdat men zich in een levensbedreigende situatie bevindt. Dit zet de patiënt tot nadenken. Het gevolg hiervan is dat sommige patiënten graag een gesprek willen voeren over goed en kwaad, genomen beslissingen in het leven en nog te nemen beslissingen, zingeving en andere levensvragen. Men kan er dan voor kiezen dit gesprek aan te gaan met een geestelijk verzorger:

“Het gesprek dat zich ontwikkelt is vaak meer een gesprek van de ander met zichzelf dan met de pastor. De pastor heeft zijn plaats op dat projectiescherm. Hij is een ‘onpersoonlijke’, maar zeer nabije, menselijke, meegaande begeleider in het gesprek van die mens met zichzelf, met het lot dat hem heeft getroffen, met wat het geloof in God in deze tijd van crisis betekent.”<sup>39</sup>

De geestelijk verzorger fungeert bijvoorbeeld als spiegel, een trooster of een luisterend oor. Door het gesprek aan te gaan met de patiënt, krijgt deze de kans om zijn of haar emoties te uiten en gedachten al dan niet op een rij te krijgen. Hoe dan ook heeft de geestelijk verzorger een belangrijke functie:

“De kern van hun werk wordt gevormd door persoonlijke gesprekken over existentiële en morele vragen, in het bijzonder vragen rond ervaringen van begrenzing, eindigheid en verlies, maar ook morele vragen rond solidariteit en zorg die doorgaans met existentiële vragen verbonden zijn. Daarnaast begeleiden geestelijk verzorgers groeps gesprekken, leiden zij rituelen, geven zij ethiekonderwijs en zijn zij betrokken bij beleidsontwikkeling op het gebied van ethische en morele vragen binnen de organisaties waar zij werkzaam zijn.”<sup>40</sup>

Het belang van geestelijke verzorging in het algemeen ligt dus in het geestelijke aspect van de patiënt. De patiënt is immers meer dan een nummer, of een lichaam dat al dan niet zal genezen na medische interventie. Achter dit lichaam schuilt een persoon met emoties en vragen. Psychische steun kan belangrijk zijn voor het helingsproces. Mocht het lichaam zich echter niet meer kunnen herstellen, dan is een vorm van psychische rust het minste wat een mens zich kan wensen. De geestelijk verzorger staat de patiënt hierin bij. Geestelijke verzorging biedt de patiënt een luisterend oor, troost door gesprek of literatuur, begrip en dus het belangrijkste: psychische steun. Dit mag niet onderschat

---

<sup>39</sup> J. Doolaard, ‘Begeleiding en Hulpverlening’, in J. Doolaard (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2006, 210.

Doolaard gebruikt hierbij de verwijzing naar de pastor, echter hier kan ook het woord geestelijk verzorger ingevuld worden. Zo wordt er meer ruimte gecreëerd voor de eigen interpretatie van de lezer.

<sup>40</sup> H. Kunneman ‘Horizontal Transcendentie en Normatieve Professionalisering: de casus geestelijke verzorging’, in W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronee, R.J.J.M. Plum (reds.), *Geloven in het Publieke Domein: verkenning van een dubbele transformatie*, Amsterdam, Amsterdam University Press 2006, 368.

worden. Het belang van geestelijke verzorging is dus terug te vinden in het geestelijk steunen van patiënten.

### **4.3 Belang van multireligieuze geestelijke verzorging**

Nu het belang van geestelijke verzorging in het algemeen is besproken, kan bekeken worden wat het belang is van een multireligieuze geestelijke verzorging.

Zojuist is vastgesteld dat patiënten behoefte hebben aan geestelijke ondersteuning. Vaak vragen christelijke patiënten om een pastor. Maar tot wie kunnen patiënten van andere (religieuze) achtergronden zich richten?

Nederland is, zoals duidelijk is geworden, een multiculturele samenleving. Dit houdt in dat patiënten in een ziekenhuis ook van verschillende culturele, en daarmee ook vaak religieuze, afkomst zijn.

Een ziekenhuis dient dan te kunnen voorzien in multireligieuze zorg en met name multireligieuze geestelijke verzorging. Het gaat bij geestelijke verzorging niet alleen om de genezing van het lichaam, maar juist om de heling en steun van de geestelijke conditie. Daar horen religieuze en levensbeschouwelijke vragen bij. Ook islamitische, joodse, hindoeïstische, maar ook humanistische patiënten hebben dergelijke vragen. Maar kan enkel een pastor daar correct in voorzien? Als het goed is, heeft de pastor een gedegen opleiding genoten en weet hij hoe een patiënt geestelijk begeleid dient te worden. Maar wanneer het aankomt op rituele handelingen en het elkaar begrijpen op religieus vlak, zal hij tekort schieten.

Daarom is het van belang om bijvoorbeeld een imam in dienst te hebben om de islamitische patiënten zo goed mogelijk te kunnen begeleiden.

Een ziekenhuis kan ervoor kiezen om, om bij het voorbeeld te blijven, een imam een vaste aanstelling te geven. Dit is aanbevolen wanneer het ziekenhuis relatief veel islamitische patiënten verzorgt. Een andere optie is een imam op afroep beschikbaar te hebben. Dit houdt in dat het ziekenhuis afspraken heeft gemaakt met een imam die niet voor vast werkzaam is binnen het ziekenhuis. Wanneer hij nodig is, kan het ziekenhuis contact opnemen met hem, waarop de imam zo snel mogelijk ter plaatse zal zijn. De imam in kwestie gaat dan een overeenkomst aan met het ziekenhuis, waarin verklaard wordt dat hij op afroep beschikbaar zal zijn voor het ziekenhuis. Dit is aanbevolen wanneer het ziekenhuis relatief weinig islamitische patiënten verzorgt.

Een zorginstelling als een ziekenhuis hoort, mijns inziens, te voorzien in dergelijke behoeften:

“Een voorbeeld: de eetcultuur, hoe en wat er gegeten wordt, vormt een belangrijk onderdeel van een cultuur, ook al omdat het vaak verweven is met religieuze geboden zoals het gebod voor Islamieten om hallal (sic.) [...] te eten. [...] Het is een centraal element van de patiëntgerichte zorg om deze diepste overtuigingen te respecteren en je daaraan als instelling aan te passen.”<sup>41</sup>

Een andere reden waarom multireligieuze geestelijke verzorging belangrijk is binnen het ziekenhuis, is dat verschillende religies en levensovertuigingen elkaar hier ontmoeten. Dit gebeurt niet alleen op

---

<sup>41</sup> J. Vorstenbosch, *Zorg voor Kleur: over ethiek, multiculturaliteit en zorg*, Utrecht, College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorg (CELAZ) 2003, 15.

basis van de relatie tussen de patiënten onderling, maar ook op basis van de relatie tussen de patiënten en de hulpverleners, alsmede de relatie tussen de hulpverleners onderling. Dit kan leiden tot onbegrip en het kan een soepel werkverloop belemmeren. Daarom is het van belang dat hulpverleners kennis hebben van verschillende religies. Zo kan men onderling beter begrip op brengen. Zo wordt de geestelijke zorg voor patiënten verbeterd op twee vlakken, namelijk het directe begrip voor de patiënt en de indirecte soepele zorg voor de patiënt door goede onderlinge samenwerking van de medewerkers:

“Een multicultureel c.q. multireligieus samengestelde en intercultureel werkende Dienst Geestelijke Verzorging veronderstelt met het oog op de goede samenwerking van de collega's van verschillende denominaties dus respectvolle geestelijk verzorgers. Zij dienen niet alleen respect hebben voor, maar ook voldoende basiskennis te hebben van de visies, inspiraties en tradities van de collega's van andere denominaties.”<sup>42</sup>

#### **4.4 Samenvattend**

Volgens deze bevindingen is het belang van algemene geestelijke verzorging terug te vinden in de psychische ondersteuning van patiënten. Het betreft hierbij voornamelijk existentiële en reflecterende vragen. De patiënt bekijkt zijn of haar leven en wil als steun bijvoorbeeld een luisterend oor, terugkoppeling van iemand die de situatie begrijpt, begeleiding, of rituele handelingen. Het ziekenhuis zelf richt zich vaak enkel op de fysieke toestand van de persoon. Het is daarom belangrijk dat dit wordt aangevuld door de Dienst Geestelijke Verzorging, zodat ook de psychische toestand van de patiënt ondersteund kan worden.

Het belang van multireligieuze geestelijke verzorging ligt in de verdieping van de algemene geestelijke verzorging. Nederland kent, zoals in paragraaf 3.1 duidelijk wordt, vele culturen en daarmee ook vele religies. Ook deze mensen dienen voorzien te worden van juiste geestelijke verzorging. Daaruit spreekt de behoefte om correct opgeleide geestelijk verzorgers in te zetten. Een pastor kan immers niet altijd een islamitische patiënt optimaal bijstaan, zeker niet wanneer het aankomt op rituele handelingen en lezingen uit de heilige geschriften. Een zorginstelling als het ziekenhuis dient dan te voorzien in een imam. Dit geldt even zeer voor andere religieuze groeperingen.

Ook kan het inzetten van multireligieus personeel en het ter verdieping opleiden van reeds werkzame geestelijk verzorgers, leiden tot een soepelere omgang met de collega's, maar ook met de patiënten. Al met al verbetert het de werksfeer en de werkzaamheden. Dit is te prefereren voor zowel de werknemers, als de patiënten en dus uiteindelijk ook voor de werkgever.

---

<sup>42</sup> A. Van Dijk en A. van Buuren, 'Identiteit en Interculturalisatie', in: J. Doolaard (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2006, 190.  
Dit geldt uiteraard ook voor omgang met multireligieuze en multiculturele patiënten.

## 5. Interviews experts

Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is het specifiek bekijken van de mening van experts op het gebied van geestelijke verzorging binnen ziekenhuizen. Om zo relevant mogelijke informatie te vergaren, heb ik mij toegespitst op drie personen. De drie experts die aan de orde zullen komen zijn Abdulwahid van Bommel, Alphons van Dijk en Haridat Rambaran. Allen waren deelnemers aan het eerder genoemde McGV-project. Zij hebben de ervaring en de kennis rondom multireligieuze zorg, om dit onderzoek te complementeren.

De interviews richten zich dan ook enkel op het thema 'aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen'. De interviews gaan in het eerste deel over de persoon zelf: wie is hij en in welk levensbeschouwelijk denkkader is hij te plaatsen. Hierna zal het interview plaatsvinden. Deze zullen als volgt opgebouwd zijn:

### ***Interviews experts***

#### *Opbouw:*

- Levensbeschouwelijk denkkader van de geïnterviewde expert.
- Interview expert, betreffende het belang van aandacht voor multireligiositeit binnen ziekenhuizen:
  - Belang van aandacht voor multireligiositeit binnen ziekenhuizen.
  - Elementen die van invloed zijn op de keuze van ziekenhuizen om aandacht te geven aan bepaalde religies
  - Op welke wijze kunnen deze elementen aangepast worden om multireligieuze zorg te optimaliseren?
  - Beleidsvisie en beleidsbelang
  - Een korte samenvatting van het interview.
- Opsomming wat een ziekenhuis zou moeten doen om zo adequaat mogelijke multireligieuze zorg te bieden, volgens de expert.

### **5.1 Abdulwahid van Bommel**

Abdulwahid van Bommel is docent geestelijke verzorging en bekeerd moslim.<sup>43</sup> Zijn levensbeschouwelijke denkkader bestaat dus uit zijn islamitische opvattingen over het leven. Toch probeert hij zichzelf niet enkel te richten op de islamitische visie op het leven. Van Bommel geeft zelf aan open te staan voor visies vanuit het boeddhisme, het christendom en het jodendom: "Ik laat mij de wijsheid van Lao Tse of Boeddha niet afpakken omdat ik moslim ben geworden. Noch de liefde van Jezus of het godsverlangen van Mozes. 'De Islam' pakt je dat ook niet af."<sup>44</sup>

<sup>43</sup> *Nieuwe Moskee*, <http://www.nieuwemoskee.nl/blogteam/> , geraadpleegd op 31-3-2011.

<sup>44</sup> *Van Bommel*, [http://www.abdulwahid.nl/?page\\_id=57](http://www.abdulwahid.nl/?page_id=57) , geraadpleegd op 31-3-2011.

Van Bommel is een bekend specialist op het gebied van islamitische geestelijke verzorging. Hij publiceerde o.a. in 'Wankele Waarden' (2003) en schreef zelf 'Islam en Ethiek in de Gezondheidszorg' (1993). Daarnaast is hij momenteel actief als docent geestelijke verzorging en publiceert hij vele artikelen rondom het thema islam in Nederland.

Ik vroeg meneer Van Bommel in hoeverre een denkkader de geestelijke verzorging helpt, of beperkt. Waarop hij het volgende antwoordde:

“Wanneer een christelijk of moslim geestelijk verzorger een humanist begeleidt, zal hij of zij nadrukkelijker de mens centraal stellen en andersom zal de humanistisch raadsman of vrouw rekening houden met de gevoeligheden op geloofs- of spiritueel gebied. Beide benaderingen zijn existentieel en vanuit beide optieken is spiritualiteit aanwezig. Iedere geestelijk verzorger is min of meer 'behept' met zijn eigen ruimere of benauwdere begeleidings- en levensbeschouwelijke kader.”<sup>45</sup>

Dit houdt in dat een ieder een ander denkkader heeft en dat het aan de persoon zelf ligt in hoeverre hij openstaat voor nieuwe ideeën. Dit geldt ook voor openheid voor aandacht voor multireligiositeit.

## **Interview**

### *Belang van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen*

Het is volgens Van Bommel heel erg van belang, en zelfs vanzelfsprekend, dat ziekenhuizen aandacht moeten geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. Nederland kent immers vele verschillende religieuze en culturele groeperingen. Communicatie lijkt het sleutelwoord tot verbetering, voor Van Bommel. Door aandacht te geven aan multireligiositeit en multiculturaliteit binnen het ziekenhuis, wordt de relatie met de patiënt versterkt en de communicatie verbeterd. Dit biedt uiteindelijk vooruitgang op twee niveaus, namelijk op een sociaal niveau: het vertrouwen krijgen vanuit de patiënt. En een arbeidsstimulerend niveau: het verbeteren van de zorgresultaten door het kunnen begrijpen van de patiënt.

Om dit te bewerkstelligen moet er volgens Van Bommel aandacht gegeven worden aan bijvoorbeeld het voedingaanbod, symposia, training in multiculturele communicatie, informatie over culturele en religieuze achtergronden, etc.<sup>46</sup> Maar het belangrijkste leidt Van Bommel terug op de Dienst Geestelijke Verzorging:

“Authentieke geestelijke verzorging voor de spirituele bloedgroepen die in het ziekenhuis getalsmatig duidelijk aantoonbaar aanwezig zijn, is een wezenlijke must. Ook is vaak de behoefte aan een stiltecentrum of moslimgebedsruimte wel duidelijk. Soms zijn er combinaties tussen specifieke gebedsruimten en stiltecentra en is dat ook praktisch haalbaar. De rest van de punten moet uit de vragen van patiënten blijken. Dit houdt ondermeer verband met de korte duur van verblijf in een regulier ziekenhuis en het meestal langduriger verblijf in een Academisch of Psychiatrisch ziekenhuis.”<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Van Bommel, 1-11-2010 via e-mail contact.

<sup>46</sup> Van Bommel.

<sup>47</sup> Van Bommel.

### *Elementen die van invloed zijn op keuzes van het ziekenhuis*

Met dit laatste punt wijst Van Bommel op hoe verschillende vormen van opname bijdragen aan de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Er zijn kennelijk grenzen, of tenminste beperkingen die van invloed zijn op de wijze van aandacht geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Van Bommel noemde al het element 'duur van opname'. Bij een langere opname zullen patiënten zelf meer de behoefte hebben aan een plek om zich terug te kunnen trekken. Ook families die langer en vaker komen, kunnen deze wens hebben. De behoeften van de patiënt worden vaak wel gehonoreerd. Maar dan is het wel belangrijk dat de patiënt ergens terecht kan om zijn of haar wensen te kunnen bespreken. Bij langere opname al dit eerder gebeuren, dan bij een opname van korte duur.

Wat hiermee gepaard gaat, is dat het ziekenhuis zelf ook materiële grenzen heeft, wat vaak een resultaat is van een vastgesteld budget. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat een stiltecentrum niet optimaal kan worden ingericht met veelzijdige religieuze literatuur. Het budget staat dit soms niet toe. Ook is het van belang de menselijke grenzen te bespreken en dan met name de beperktheid van het personeel. Dit kan eveneens verbonden zijn aan budget, maar ook aan educatie:

“Voorheen, of nog steeds confessionele ziekenhuizen zijn in wezen sterk gesecculariseerd. De verpleegkundigen krijgen geen geestelijke stromingen, levensbeschouwingen of religies in hun pakket tijdens hun opleidingen. Over het algemeen wordt de 'geestelijke' behoefte in dat klimaat niet onderkend. Als een patiënt een niet-lichamelijk te duiden probleem heeft, verwijzen ze naar de psycholoog. Om even sterk te chargeren: Religieus getinte geestelijke verzorging is alleen in beeld als iemand gaat sterven. [...] Het is daarom al heel wat en misschien zelfs logisch dat er – wat betreft een gebeds of stiltecentrum - alleen op de aantoonbare behoeften wordt ingegaan. Dat is de praktijk. Het zou anders kunnen en moeten, omdat mensen tegenwoordig hun heil of innerlijke vrede en rust bij andere stromingen zoeken en vinden. Een stiltecentrum zou universeel moeten zijn”<sup>48</sup>

### *Optimaliseren van multireligieuze zorg*

Van Bommel heeft dus een duidelijk idee over elementen die van invloed zijn op de gekozen aandacht voor bepaalde religies door ziekenhuizen. Vaak kiezen zij voor bepaald religies, omdat er specifiek vraag naar is. Van Bommel ziet dit niet als een kwaad, immers zijn ziekenhuizen vaak gelimiteerd door budget en daarmee materieel kunnen. Ook kennis van personeel en het feit of het ziekenhuis in voornamelijk kort of langdurige opname voorziet, is van invloed op de keuzes van het ziekenhuis. Van Bommel noemt deze keuzes zelf logisch. Dit betekent niet dat ziekenhuizen niet open dienen te staan voor optimalisering van het beleid ten opzichte van multireligiositeit.

Maar op welke wijze kan het ziekenhuis het beste de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond optimaliseren, aldus Van Bommel?

“De zorginstelling dient zelf vanuit het management een meersporenbeleid pluriformiteit of diversiteit te ambiëren. Allochtone medewerkers op de werkvloer dienen te worden betrokken bij de beleidsvorming voor

---

<sup>48</sup> Van Bommel.

betere zorgkwaliteit door betere communicatie en attitude. Ook kan aandacht worden besteed aan een betere en structurele relatie met de allochtone buitenwacht. Vanuit het management dient voortdurend te worden duidelijk gemaakt dat het *Project Interculturele Communicatie en Attitude*<sup>49</sup> belangrijk en relevant is voor elke hulpverlener van de zorginstelling.”<sup>50</sup>

#### *Beleidsvisie en beleidsbelang*

Ten slotte benadrukt Van Bommel nogmaals dat aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond voor hem zeer belangrijk is. Hij was deelnemer aan het onderzoek ‘Multi-culturele Geestelijke Verzorging in Zorginstellingen’ vanuit het AZU. Daarnaast leverde hij als geestelijk verzorger in het Medisch Centrum Haaglanden ook de aanzet tot het drie sporen beleid Project Interculturele Communicatie en Attitude:

“Met de drie sporen wordt bedoeld:

1. Eenmaal per jaar onderling overleg met kerngroep interculturele communicatie en attitude met allochtone medewerkers van het MCH. We noemden dat de ‘grootfamilie’ en we lieten allochtone medewerkers van het ziekenhuis aan het woord over alles wat anders en beter kon;
2. Training van aspirant deskundigen interculturele communicatie en attitude per afdeling in het MCH, met medewerking van professionele trainers;
3. Studiedagen op metaniveau waarin de noodzaak tot een beleidsswitch op het terrein van een sterk veranderende demografische samenstelling van de Randstad, voor de komende jaren wordt overgedragen door professionele sprekers en wetenschappers.”<sup>51</sup>

Het is voor Van Bommel van belang dat binnen ziekenhuizen een beleid wordt vastgesteld om de multireligieuze aandacht te verbeteren. Toch dient het beleid dynamisch genoeg te blijven om geen standaard te vormen:

“Zodat men niet terugvalt in de folder en brochurecultuur, om aandachtspunten op een rijtje te hebben, zodat je deze even kunt inkijken. Als de aandacht bij, of na een standaard stopt, dan is dat zo, maar mensen blijken hoe dan ook toch ook weer individuen te zijn, wat een standaardvermijdend effect heeft.”<sup>52</sup>

#### *Samenvattend*

Van Bommel heeft een islamitisch denkkader, maar staat ook open voor invloeden van andere religies. Hij vindt aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen erg belangrijk en heeft zich daar ook meerdere malen voor ingezet. Zo heeft hij geparticipeerd aan het McGV onderzoek van het AZU en heeft hij als geestelijk verzorger in het MCH de aanzet geleverd om een drie sporen beleid te starten. Dit alles om multiculturele en multireligieuze zorg binnen het ziekenhuis te verbeteren.

---

<sup>49</sup> Het Project Interculturele Communicatie en Attitude is in 2006 door Van Bommel opgezet binnen het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) te Den Haag. Het betreft een aanzet tot het opzetten van een drie sporen beleid, dat zich richt op aandacht voor multiculturaliteit en multireligiositeit. De werking van de drie sporen wordt later in dit interview gespecificeerd.

<sup>50</sup> Van Bommel.

<sup>51</sup> Van Bommel.

<sup>52</sup> Van Bommel.



De *noodzaak* van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen vindt Van Bommel terug in de multiculturele en multireligieuze Nederlandse samenleving. Het *belang* ervan is dat de juiste multireligieuze zorg de band met de patiënt versterkt, wat leidt tot betere communicatie tussen patiënt en hulpverlener. Hieruit vloeit voort dat het ziekenhuis er zowel op het sociale, als op het arbeidsstimulerende vlak op vooruit gaat.

Sociaal gezien wordt het vertrouwen van de patiënt gesterkt. Dit is niet alleen goed voor de eerder genoemde communicatie, maar ook voor de status van het ziekenhuis. Tegenwoordig speelt immers ook de concurrerende factor van het ziekenhuis mee. Wanneer patiënten tevreden zijn, zal men positieve feedback krijgen. Dit houdt in dat men hoger op de ranglijst zal eindigen dan ziekenhuizen waar dit niet het geval is.

Met het arbeidsstimulerende vlak wordt bedoeld dat door de verbeterde communicatie men de patiënt beter begrijpt. Dit zal resulteren in betere zorgresultaten.

Met aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond doet Van Bommel o.a. op het hebben van een stiltecentrum, het aanbieden van multireligieus gerichte trainingen voor het personeel, maar voornamelijk op het hebben van meerdere geestelijk verzorgers, ieder afkomstig uit een andere denominatie.

Maar ook het ziekenhuis is gelimiteerd en kan daardoor regelmatig enkel aandacht geven aan bepaalde religieuze groeperingen, die vaak door een meerderheid vertegenwoordigd zijn. Deze beperkingen liggen volgens Van Bommel o.a. bij de duur van opname, budget van het ziekenhuis, materieel kunnen en educatie van personeel.

Ondanks deze beperkingen moet een ziekenhuis altijd een multireligieus zorgsysteem blijven ambiëren. Om de multireligieuze zorg te optimaliseren dient het management dit te allen tijde duidelijk te maken naar het personeel en de buitenwereld. Ook kan men de zorg verbeteren door advies te vragen aan multireligieuze medewerkers en experts van buitenaf. Ook vindt Van Bommel het van belang dat zijn concept van het juiste beleid toegepast moet worden binnen ziekenhuizen. Namelijk zijn eigen ontworpen beleid: Project Interculturele Communicatie en Attitude. Met zijn drie sporen plan wordt de multireligieuze zorg geoptimaliseerd en tegelijkertijd vanuit een beleid vastgehouden. Zo blijft de aandacht altijd aanwezig. Hij benadrukt echter wel dat een beleid niet als standaard moet werken, maar als dynamisch geheel. Maar omdat men binnen de Dienst Geestelijke Verzorging altijd met mensen, en dus met individuen, werkt is Van Bommel niet bang voor een bevroren multireligieus systeem.

## 5.2 Alphons van Dijk

Alphons van Dijk redeneert vanuit een humanistisch denkkader. Toch wordt hij ook beïnvloed door het boeddhisme en het christendom. Hij noemt zichzelf “een boeddhistisch georiënteerde humanist, vanuit een katholieke achtergrond.”<sup>53</sup> Van Dijk is specialist op het gebied van humanisme en zorg. Hij is oud hoofddocent religiestudies aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht.<sup>54</sup> Ook heeft hij meegewerkt aan het McGV-project van het AZU, als specialist op het gebied van humanistische geestelijke verzorging en interreligieuze dialoog.

### Interview

#### *Belang van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen*

Het belang van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen, is volgens Van Dijk ten eerste terug te voeren naar de algemene vraag wat het belang is van geestelijke verzorging binnen ziekenhuizen. Dit, omdat geestelijke verzorging in het algemeen het meest omgaat met religiositeit van patiënten. Iedereen krijgt op een punt in het leven te maken met levensvragen. Dit proces wordt versneld, wanneer men gedwongen wordt tot het overdenken van het leven. Zoals wanneer men langdurig in het ziekenhuis ligt, of zich in een levensbedreigende situatie, in een ziekenhuis, bevindt. Crisisgevoelens leiden tot dergelijke vragen:

“Trage vragen worden dit ook wel genoemd, waar de snelle generatie niet even een antwoord op kan geven. Dit zijn vragen als: ‘Wat is mijn levensperspectief, mijn levensverwachting, wat is geluk, wat is mijn opdracht in de maatschappij?’”<sup>55</sup>

Een geestelijk verzorger kan met de persoon in kwestie meedenken en perspectieven bieden. Hier kan een patiënt, in een dergelijke situatie, behoefte aan hebben.

Omdat het hier om levensvragen gaat, krijgt de geestelijke verzorging al gauw te maken met religieuze overtuigingen.

Zoals eerder vastgesteld konden Nederlanders tot de Tweede Wereldoorlog, en nog een aantal jaren daarna, aan de hand van de verzuiling ingedeeld worden naar hun religieuze overtuiging. Nederland was overwegend christelijk en ziekenhuizen voorzagen in de geestelijke verzorging door pastors van de plaatselijke gemeente naar de patiënten te sturen.<sup>56</sup> Door christelijke geestelijke verzorging aan te bieden, ontstond een traditie, passend bij de Nederlandse cultuur.

Maar deze cultuur is ondertussen veranderd. O.a. door de opgetreden secularisatie in Nederland en het zoeken naar zingeving op andere vlakken.<sup>57</sup> Daarnaast heeft Nederland een multiculturele, en daarmee een multireligieuze, transformatie ondergaan. Dit is o.a. zo gekomen door de komst van gastarbeiders, de contacten met het toenmalige Nederlands-Indië en Suriname en het onderdak bieden aan asielzoekers uit de hele wereld. Dit leidde tot een enorme variëteit in cultuur en meegebrachte religie. Zoals Van Dijk omschrijft:

---

<sup>53</sup> Van Dijk, 3-11-2010 te Utrecht

<sup>54</sup> J. Doolaard, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 191.

<sup>55</sup> Van Dijk.

<sup>56</sup> J. Doolaard, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 36-38.

<sup>57</sup> W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee en R.J.J.M. Plum, *Geloven in het Publieke Domein*, 162.

“Er is een grote religieuze variatie in Nederland. Dan kan je de vraag stellen: Hoe kun je geestelijke verzorging opstellen? Vanuit denominaties? Heel veel Nederlanders zijn niet meer verbonden aan een denominatie. Het is daarom het belangrijkste om vast te stellen: wat wil de patiënt? Door de veranderingen in het Nederlandse, religieuze landschap, is er vraag naar vernieuwing van de Dienst Geestelijke Verzorging.”<sup>58</sup>

De geestelijke verzorging vraagt dus om aanpassing, vanuit de specifiek christelijke geestelijke verzorging, naar een multireligieus gerichte geestelijke verzorging. Het lijkt voor Van Dijk vanzelfsprekend dat deze aandacht voor multireligieuze geestelijke verzorging aanwezig moet zijn binnen ziekenhuizen. Waar eerder vraag was naar christelijke zorg, is nu immers vraag naar multireligieuze zorg. Waar vraag naar specifieke zorg is, hoort een ziekenhuis het aanbod te verschaffen.

#### *Elementen die van invloed zijn op keuzes van het ziekenhuis*

Wanneer het ziekenhuis kiest voor religieus-specifieke zorg, heeft dit vaak een aantal verklaringen, aldus Van Dijk. Ten eerste noemt hij dat, wat eerder verbonden werd aan de traditie en veroudering van het systeem. Nederlandse patiënten hadden vroeger vraag naar christelijke zorg, maar zoals eerder gezien is het religieuze landschap veranderd.

“Soms is het nou eenmaal zo dat ziekenhuizen vast zitten in een patroon. De christelijke geestelijke verzorgers zijn het gezicht van de Dienst Geestelijke Verzorging. Men blijft vaak nog in denominaties denken, hoewel dit in de huidige Nederlandse samenleving eigenlijk steeds moeilijker is.”<sup>59</sup>

In het verlengde hiervan, ligt het volgende element dat van invloed is op de keuze van ziekenhuizen, om aandacht te geven aan bepaalde specifieke religieuze groeperingen. Wanneer ziekenhuizen een christelijke achtergrond hebben, zijn er vaak ook kerkelijke vertegenwoordigers aanwezig in de sollicitatiecommissie. Zij hebben ook invloed op het aannemen van bepaald personeel, die voor hen logischerwijs wenselijk, overwegend christelijk zijn:

“De sollicitatiecommissie is voorzien van kerkelijke vertegenwoordigers, die er nu altijd al zitten. Ziekenhuizen met een algemene achtergrond hebben dit vaak niet en daarom staan zij sneller open voor andere religieuze groeperingen, dan enkel het christendom. Door oververtegenwoordiging van het christendom, zal de aandacht voor anders-religieuzen binnen de christelijke ziekenhuizen soms op een tweede plek komen. Let wel dat dit uiteraard niet voor ieder ziekenhuis met een christelijke achtergrond geldt. Ik wil enkel benadrukken dat ziekenhuizen met een algemene achtergrond het wat dat betreft soms misschien wat makkelijker hebben.”<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Van Dijk.

<sup>59</sup> Van Dijk.

<sup>60</sup> Van Dijk.

Overigens zegt Van Dijk ook dat het niet altijd slecht is om de christelijke geestelijke verzorging het gezicht te laten zijn van de Dienst Geestelijke Verzorging: “zij zijn immers academisch opgeleid en kunnen vaak persoonlijke opvattingen en tradities opzij zetten wanneer zij met een patiënt praten.”<sup>61</sup>

Dit haakt in op het derde element dat Van Dijk noemt. Dit is dat er vaak nog een gebrek is aan professionaliteit betreffende de hindoe en islamitisch geestelijk verzorgers. Het feit dat er nog geen opleiding tot hindoe geestelijk verzorger is, maakt het moeilijk om professionaliteit te eisen zoals dat van christelijk en humanistisch geestelijk verzorgers gedaan wordt. De opleiding tot islamitisch geestelijke verzorger is op het moment overigens wel erg goed. Er zijn echter nog wel imams en pandits die bijscholing kunnen gebruiken, aldus Van Dijk: “Pandits en imams hebben soms nog een professionaliseringstraject voor de boeg. Zowel over de brede kennis van hun eigen traditie, als over academische kennis om patiënten correct te kunnen begeleiden.”<sup>62</sup>

Wanneer zij geprofessionaliseerd zijn, durven ziekenhuizen wellicht eerder de stap te nemen om hen aan te nemen. Dus dan durft men uit de vertrouwde omgeving van christelijke zorg te stappen waarin men al jaren voorziet. Zo kunnen er meerdere religieuze vertegenwoordigers in de sollicitatiecommissie plaatsnemen om multireligieuze geestelijk verzorgers aan te nemen.

#### *Optimaliseren van multireligieuze zorg*

Zoals Van Dijk al eerder noemde, moet er een stap genomen worden om met name de hindoe geestelijke verzorging te professionaliseren, alsmede de bijscholing van pandits en imams. Door deze professionalisering is het geoorloofd om multireligieuze geestelijke verzorgers aan te nemen en te voorzien in de vraag naar multireligieuze geestelijke verzorging. Om deze stap te kunnen zetten moeten ziekenhuizen echter wel uit hun traditie durven stappen. Zo moet men moderniseren en inzien dat Nederland een multireligieus land is, met multireligieuze inwoners, wat leidt tot multireligieuze patiënten in ziekenhuizen. Om de juiste geestelijke verzorging aan te bieden, dient het ziekenhuis multireligieuze, professionele geestelijke verzorgers aan te nemen. Daarnaast moeten de ziekenhuizen meer openheid willen navolgen door niet enkel kerkelijke vertegenwoordigers plaats te laten nemen in de sollicitatiecommissies, maar ook humanisten, moslims, etc. een plek te gunnen. Uiteindelijk noemt Van Dijk nog een ander punt:

“Er moet beter overleg zijn tussen de geestelijk verzorgers: hoe staan wij met zijn allen binnen het ziekenhuis en hoe begeleiden wij de verpleegkundigen? De Dienst Geestelijke Verzorging moet zelf de vloer op gaan om te ondervinden waar vraag naar is vanuit de patiënten. Wanneer de geestelijk verzorger zelf merkt dat er vraag is naar een anders-religieuze geestelijk verzorger, zal hij zelf in moeten zien dat hij daarin niet kan voorzien. Een krachtig geestelijk verzorger zal niet proberen zijn of haar eigen ideeën op te leggen, maar beseffen dat hij of zij niet kan voldoen aan de vraag van de patiënt. Niet alle mensen zijn gelijk en de levensbeschouwing van de geestelijk verzorger werkt door in zijn professionaliteit. Wanneer is deze bereid om

---

<sup>61</sup> Van Dijk.

<sup>62</sup> Van Dijk.

afstand te doen van zijn patiënt en hulp in te roepen van een andere geestelijk verzorger die hierin wel kan voorzien?"<sup>63</sup>

Dus ook door eigen initiatief van de Dienst Geestelijke Verzorging zal de multireligieuze zorg geoptimaliseerd kunnen worden.

#### *Beleidsvisie en beleidsbelang*

Van Dijk staat achter het plan om een algemeen beleid op te stellen voor ziekenhuizen, waarin de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen wordt geoptimaliseerd. Hij heeft daarom ook grondig onderzoek verricht voor het McGV-project. Zo kon hij onderdeel zijn van het onderzoek, waarvan de opzet was dat ziekenhuizen over zouden gaan op een algemeen, multireligieus beleid, betreffende de geestelijke verzorging.

Zijn visie op beleid laat zien dat Van Dijk gebrand is op professionaliteit. Zo is Van Dijk van mening dat ziekenhuizen in het beleid moeten opnemen dat alle geestelijk verzorgers een correcte opleiding moeten hebben genoten.<sup>64</sup> Met een correcte opleiding, doelt Van Dijk op aandacht hebben voor multireligiositeit voor de reeds bestaande, voornamelijk christelijk en humanistische opleidingen tot geestelijk verzorger. Betreffende de voornamelijk hindoe en islamitisch geestelijk verzorgers, dient er een professionele opleiding, gelijk aan dat van de reeds bestaande opleidingen tot geestelijk verzorger te worden opgezet of geperfectioneerd. Daarnaast moeten reeds aangestelde geestelijk verzorgers bijgeschoold worden, zodat ook zij actueel-professioneel blijven.

#### *Samenvattend*

Alphons van Dijk redeneert vanuit een humanistisch denkkader, dat enigszins beïnvloed is door het boeddhisme. Hij heeft geparticipeerd aan het onderzoek, gestart door het AZU, namelijk het eerder genoemde McGV-project. Hij verrichtte voor dit project onderzoek naar het vormen van een zo adequaat mogelijk beleid, ten aanzien van de standaardisering van correcte multireligieuze zorg. Daarnaast is hij jarenlang docent religiestudies geweest aan de Universiteit voor Humanistiek. Het is dus duidelijk dat deze persoon een expert genoemd kan worden op het gebied van multireligiositeit en multireligieuze zorg.

Van Dijk is van mening dat het belang van patiënten met een multireligieuze achtergrond in de vraag ligt wat het belang is van geestelijke verzorging. Het antwoord hierop is dat patiënten in moeilijke tijden crisisvragen gaan stellen. Een geestelijk verzorger kan helpen bij het bespreken van deze crisisvragen, om zo de patiënt te ondersteunen. Vroeger werd dit gedaan vanuit een christelijk perspectief, wat paste bij de christelijke samenleving in Nederland. Tegenwoordig is er sprake van een multireligieuze samenleving in Nederland. Dit vraagt dus om een multireligieuze geestelijke verzorging. Daarom is het belangrijk om de specifiek christelijke geestelijke verzorging aan te passen naar een multireligieuze geestelijke verzorging.

Het feit dat veel ziekenhuizen vaak kiezen voor religieus-specifieke geestelijke verzorging heeft volgens Van Dijk de volgende oorzaken: de ziekenhuizen verkeren vaak in een staat van gewenning

---

<sup>63</sup> Van Dijk.

<sup>64</sup> Van Dijk.

en houden vast aan het gevoel van veiligheid. Dit houdt in dat men moeilijker de tradities loslaat en open staat voor veranderingen. Daarnaast, en in het verlengde van de vorige oorzaak, zijn er vaak kerkelijke vertegenwoordigers werkzaam binnen, van oorsprong, christelijke ziekenhuizen. Zij hebben invloed op de sollicitatieprocedure en zo neemt men vaak eerder christelijk georiënteerde geestelijke verzorgers aan. Uiteindelijk is er dikwijls een gebrek aan professionaliteit bij hindoe en moslim geestelijk verzorgers. Wanneer dit traject verbeterd wordt en men op hetzelfde academische niveau van de christelijke en humanistische geestelijke verzorgers komt, kunnen ziekenhuizen dergelijke geestelijke verzorgers makkelijker aannemen.

Om de multireligieuze zorg te verbeteren dienen al deze elementen te worden aangepakt. Dit kan, volgens Van Dijk, o.a. door open te staan voor modernisering binnen ziekenhuizen. Ook dient de Dienst Geestelijke Verzorging onderling beter te overleggen, zodat zij kunnen doorverwijzen naar degene die het best kan voorzien in de gewenste geestelijke verzorging. Tevens vindt Van Dijk dat het ziekenhuis meer openheid moet nastreven, zodat niet enkel kerkelijke vertegenwoordigers een plek hebben binnen de sollicitatiecommissie, maar ook humanisten, moslims, etc. een kans krijgen om hier binnen te functioneren. En uiteindelijk is Van Dijk gebrand op het professionaliseren van de opleidingstrajecten betreffende de educatie van hindoe en moslim geestelijk verzorgers. Zo is professionaliteit altijd gewaarborgd.

Professionaliteit lijkt het sleutelwoord voor Van Dijk. Dit weerklinkt ook in zijn opmerkingen, betreffende het aanpassen van het beleid van de geestelijke verzorging binnen ziekenhuizen. In het beleid moet opgenomen worden dat reeds in dienst zijnde geestelijk verzorgers altijd bijgeschoold dienen te worden. Zo blijft men professioneel. Daarnaast noemt hij wederom het professionaliseren van het opleidingstraject van hindoe en moslim geestelijk verzorgers. Ten slotte is Van Dijk van mening dat het beleid grondig aangepakt moet worden, zodat de geestelijke verzorging correct kan functioneren in deze multireligieuze samenleving.

### **5.3 Haridat Rambaran**

Haridat Rambaran redeneert vanuit een hindoeïstisch denkkader. Daarnaast staat hij open voor andere religies en is hij een groot voorstander van interreligieuze dialoog.<sup>65</sup> Hij pleit voor de professionalisering van de pandit, naar een hindoe geestelijk verzorger. Hij was door zijn expertise op hindoe gebied mede onderzoeker van het McGV-project. Uit eigen beweging ondersteunde hij dit onderzoek, om de professionalisering van de hindoe geestelijk verzorger te stimuleren en in beleidsvorm vast te laten leggen.<sup>66</sup> Daarnaast is Rambaran jarenlang docent in wiskunde en Nederlands geweest.<sup>67</sup>

### **Interview**

#### *Belang van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen*

Voor Rambaran is het niet de vraag wat het belang is van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Het is voor hem namelijk een noodzaak: "In

---

<sup>65</sup> H. Rambaran, 28-11-2010, Waddinxveen.

<sup>66</sup> Rambaran.

<sup>67</sup> Dank aan Freek Bakker voor deze informatie.

Nederland groei je niet alleen op. Je groeit met anderen op. Dit houdt ook in dat je met andere religies opgroeit. Aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond in de zorg is dus noodzakelijk in Nederland.”<sup>68</sup>

De multireligiositeit in Nederland maakt het voor Rambaran onvermijdelijk dat ziekenhuizen een multireligieus zorgsysteem horen te hebben. Een ieder heeft recht op de juiste vorm van geestelijke verzorging. Ieder ziekenhuis heeft dus de taak om te voorzien in deze adequate zorg.

Toch is het vaak het geval dat ziekenhuizen hier niet in voorzien, of enkel voor bepaalde religieuze groeperingen voorzien in religieuze zorg. Wat zijn hier de redenen voor, aldus Rambaran?

#### *Elementen die van invloed zijn op keuzes van het ziekenhuis*

Volgens Rambaran zijn er meerdere elementen die van invloed zijn op de keuzes van het ziekenhuis, om bepaalde religies wel aandacht te geven en andere religies minder, tot geen aandacht te geven. Zo heeft het ziekenhuis vaak een beperkt budget, dus zal het keuzes moeten maken. Vaak gebeurt dit op basis van meerderheid. De religieuze groep die het meest vertegenwoordigd wordt binnen het ziekenhuis, zal de meeste aandacht krijgen betreffende passende religieuze zorg.<sup>69</sup>

Daarnaast biedt, aldus Rambaran, het hindoeïsme bijvoorbeeld geen goede alternatieve geestelijk verzorgers. Dit heeft volgens hem drie redenen.

Ten eerste *professionalisering*<sup>70</sup>: Er is geen academische opleiding tot hindoe geestelijk verzorger in Nederland. Dit maakt dat er een groot verschil is tussen de academisch opgeleide, bijv. christelijke of humanistische geestelijke verzorgers en de hindoe geestelijk verzorger. De pandits die vaak opgeroepen worden hebben het vak geleerd van hun vader, of het zichzelf aangeleerd. Volgens Rambaran is het voor de moderne hindoes noodzakelijk om te voorzien in academische zorg:

“Hindoes die nu woonachtig zijn in Nederland hebben hun kinderen vaak naar opleidingen gestuurd waarmee ze geld kunnen verdienen, zoals de advocatuur, of economie, etc. Geestelijke verzorging is daardoor ondergesneeuwd geraakt. Daarnaast is het gezag van de pandits tanende. Ze worden niet langer serieus genomen door de moderne, in Nederland wonende hindoes jongeren. Pandits hebben geen opleiding gehad en slechts enkelen hebben zich verdiept in literatuur en rituelen. De kinderen van nu krijgen opleidingen en nemen daarom de pandits niet meer serieus. Ze zien ze voornamelijk als ‘barden’, oftewel sprookjesvertellers.”<sup>71</sup>

Professionalisering is daarom noodzakelijk. Want ook de moderne hindoes hebben recht op passende geestelijke verzorging in ziekenhuizen.

Ten tweede speelt *identiteit*<sup>72</sup> een grote rol. Door het zoeken naar identiteit van jonge hindoes in Nederland, verschuift het verlangen van onverklaarbare rituelen, naar verklaarbare diepgang. Dit houdt in dat de jongere generatie de pandit steeds minder serieus neemt. Door de zoektocht naar de

---

<sup>68</sup> Rambaran.

<sup>69</sup> Rambaran.

<sup>70</sup> Rambaran.

<sup>71</sup> Rambaran.

<sup>72</sup> Rambaran.



nieuwe identiteit, is er geen plek meer voor de oorspronkelijke pandit. Voor hen is dit geen goede geestelijk verzorger meer.

Ten slotte noemt Rambaran het ontbreken van *ambtelijkheid*<sup>73</sup> als oorzaak dat er geen goede alternatieve geestelijk verzorgers zijn.

“In het algemeen is er geen instantie in Nederland die iemand een pandit kan toewijzen. De families moeten voor iedere onderneming zelf een priester inschakelen. Doordat geen enkele instantie de pandits controleert kunnen zij hun professie niet uitoefenen in de vorm van ambtelijkheid, maar in de vorm van hun eigen overtuiging over wat de professie inhoudt. Er zijn pandits die misbruik maken van het ontbreken van ambtelijke organisaties, door bijvoorbeeld hoge prijzen voor rituelen te vragen. De oudere generatie maakt hier alsnog vaak gebruik van, maar de nieuwe generatie prikt hier doorheen. Daarnaast willen ziekenhuizen hier vaak niet mee geassocieerd worden.”<sup>74</sup>

Deze drie elementen maken dat ziekenhuizen geen keuze hebben uit goed opgeleide en betrouwbare hindoe geestelijk verzorgers. Dat kan een reden zijn om geen hindoe geestelijk verzorger, of op zijn minst geen pandit, in dienst te nemen.

Een ander element dat Rambaran noemt is het ontbreken van een beleid om alles in goede banen te leiden. Hij is van mening dat met een beleid dat zo adequaat mogelijke multireligieuze zorg voorschrijft, ziekenhuizen gedwongen worden om te voorzien in de noodzakelijke multireligieuze zorg. Beleid lijkt dus ook van groot belang voor Rambaran.

#### *Optimaliseren van multireligieuze zorg*

Deze elementen kunnen aangepakt worden, volgens Rambaran. Het feit dat er geen budget wordt verstrekt, is volgens Rambaran direct wat aan te doen door het beleid aan te pakken. Wanneer ziekenhuizen verplicht worden om adequate multireligieuze zorg aan te bieden, moet men er noodgedwongen een groter budget voor vrijgeven.<sup>75</sup> Dus zowel het beleid, als het budget wordt zo aangepakt, aldus Rambaran. Daarnaast dient er een juiste opleiding te komen voor hindoe geestelijk verzorgers, zodat zij op educatief niveau gelijkstaan aan de reeds aanwezige geestelijke verzorgers.<sup>76</sup> Zo kunnen ziekenhuizen gerust hindoe geestelijk verzorgers aannemen, zonder bang te zijn dat zij niet de juiste basis hebben om te voorzien in goede geestelijke verzorging. Daarnaast kan de hindoe geestelijk verzorger zo ook voor de moderne hindoe samenleving in Nederland veel meer betekenen en dus voorzien in de juiste hindoe zorg. Dit draagt bij aan het optimaliseren van multireligieuze zorg.

#### *Beleidsvisie en beleidsbelang*

Rambarans visie op beleid is zeer duidelijk: er moet een beleid komen dat de multireligieuze zorg voor ieder ziekenhuis voorschrijft. In een multireligieus land als Nederland is dit een noodzaak. Voor Rambaran is het het belangrijkste dat in dit beleid wordt opgenomen dat de geestelijk verzorgers

---

<sup>73</sup> Rambaran.

<sup>74</sup> Rambaran.

<sup>75</sup> Rambaran.

<sup>76</sup> Rambaran.



geprofessionaliseerd moeten worden. Hij doelt dan met name op de hindoe geestelijk verzorgers, maar ook op het bijscholen van geestelijk verzorgers van andere religieuze achtergronden.<sup>77</sup> Zo wordt de multireligieuze zorg geoptimaliseerd.

### *Samenvattend*

Haridat Rambaran redeneert vanuit een hindoeïstisch denkkader, openstaand voor interreligieuze dialoog. Hij vindt multireligieuze zorg een noodzaak, omdat Nederland een multireligieuze samenleving is.

Rambaran erkent dat er elementen zijn die invloed hebben op de keuzes van ziekenhuizen om meer aandacht te geven aan bepaalde religies, dan aan andere religieuze groeperingen. Dit heeft volgens hem vaak de reden dat er een budget is waar ziekenhuizen zich aan moeten houden. Daarom zijn zij niet in staat om te voorzien in multireligieuze zorg voor alle religies. Het kost immers te veel geld.

Daarnaast kunnen ziekenhuizen en hindoes vaak geen beroep doen op goed opgeleide hindoe geestelijk verzorgers. Dit is terug te koppelen aan het ontbreken van professionaliteit, het zoeken van identiteit van de moderne hindoe gemeenschap in Nederland en daarmee het niet langer serieus nemen van de pandits, en het ontbreken van ambtelijkheid, waardoor pandits misbruik kunnen maken van hun positie. Ziekenhuizen willen hiermee, begrijpelijkerwijs niets te maken hebben, waardoor er minder snel pandits aangenomen worden.

Het ontbreken van een beleid dat multireligieuze zorg afdwingt is volgens Rambaran de voornaamste reden dat ziekenhuizen niet (kunnen) voorzien in juiste multireligieuze zorg. Door het opstellen van een dergelijk beleid (zoals bij het McGV-project de bedoeling was), worden ziekenhuizen gedwongen om hun budget bestedingen opnieuw te verdelen en daarmee meer budget te verschaffen voor multireligieuze zorg. Multireligieuze zorg is dan immers verplicht. Daarnaast is professionalisering een zeer belangrijk element van verbetering van de multireligieuze zorg, aldus Rambaran.

Ten slotte kan geconcludeerd worden dat een, op multireligieus gebied, aangepast beleid zeer van belang is voor Rambaran. Wanneer dit opgelegd wordt, zal een ziekenhuis wel moeten voorzien in de juiste multireligieuze zorg. Mede met het afdwingen van professionaliteit, kan de multireligieuze zorg binnen ziekenhuizen zo geoptimaliseerd worden.

---

<sup>77</sup> Rambaran.

## 6. Wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem?

De voorgaande twee hoofdstukken hebben o.a. de vraag behandeld wat het belang is van multireligieuze zorg. Deze vraag is beantwoord aan de hand van literatuur, maar ook aan de hand van de mening van experts op het gebied van interreligieuze dialoog en multireligiositeit binnen de zorg. Er is meerdere malen gesproken over een 'juist multireligieus zorgsysteem', een 'zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem' en 'juiste multireligieuze zorg'. Maar wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem? Gezien het eerder verrichte onderzoek, is vast te stellen dat deze vraag beantwoord kan worden middels de opgedane kennis vanuit de literatuur en de meningen van de experts. Daarom tracht ik deze vraag te beantwoorden in twee delen: wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem volgens de literatuur? En: wat is een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem volgens de experts? Om uiteindelijk te besluiten met een samenvattende conclusie. Vervolgens kan ik een geheel van elementen presenteren, dat een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem zal blijken. Zo kan deze subvraag beantwoord worden, om uiteindelijk een stap dichterbij het beantwoorden van de hoofdvraag te komen. Wetende te zijn: op welke wijze kan de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen, al dan niet religieuze, ziekenhuizen verbeterd worden?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden is het van belang om te begrijpen wat een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem is.

### 6.1 Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem, volgens de literatuur

De geraadpleegde literatuur verwees ons naar bepaalde elementen die een multireligieus zorgsysteem zo adequaat mogelijk maken. Het gaat hier om de volgende literatuur: J. Doolaard (red.) *'Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging'*, J. Vorstenbosch, *'Zorg voor Kleur: over ethiek, multiculturaliteit en zorg'* en W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronee, R.J.J.M. Plum (reds.), *Geloven in het Publieke Domein: verkenning van een dubbele transformatie*. De literatuur spreekt over de volgende punten:

#### *Multireligieuze samenstelling Dienst Geestelijke Verzorging*

Het in dienst hebben van meerdere, multireligieuze geestelijk verzorgers zorgt ervoor dat alle patiënten, ongeacht hun religieuze achtergrond, kunnen rekenen op juiste geestelijke verzorging. De geestelijk verzorgers helpen bij het beantwoorden van levensvragen en het geestelijk ondersteunen van patiënten. Tegenwoordig zijn er veel patiënten met een multireligieuze achtergrond die zich in het ziekenhuis bevinden. Om op de juiste manier geestelijke zorg te kunnen bieden, behoort het ziekenhuis in meerdere multireligieuze geestelijk verzorgers te voorzien. De hindoeïstische patiënt kan zo bijvoorbeeld uitgaan van begrip van de levensvisie, door een hindoe geestelijk verzorger, een patiënt met humanistische opvattingen zal beter begrepen en ondersteund kunnen worden door een humanistisch raadsman of raadvrouw, etc. De multireligieuze samenstelling van de Dienst Geestelijke Verzorging is dus een essentieel onderdeel, wanneer men op zoek is naar een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem.

### *Educatie*

Goede educatie van hulpverleners binnen het ziekenhuis zorgt voor een soepeler werkverloop. Wanneer hulpverleners binnen het ziekenhuis dusdanig opgeleid zijn, zullen zij de religieuze opvattingen en levensvisies van de patiënten kunnen begrijpen. Begrip leidt tot een betere verstandhouding tussen patiënten en het ziekenhuis personeel, wat de banden versterkt en het werk dus versoepelt. Ook zorgt dit begrip ervoor, dat het personeel in staat is om de juiste beslissingen te nemen en de patiënten door te verwijzen naar de correcte geestelijk verzorger.

Daarnaast is er een kleinere kans op ruis, betreffende de communicatie tussen patiënt en hulpverlener, op het religieuze vlak, als ook tussen hulpverleners met een multireligieuze achtergrond. Door de kans op ruis te verkleinen, wordt de communicatie verbeterd en dus opnieuw het werkproces versoepeld. Educatie leidt tot begrip, leidt tot goede communicatie, wat leidt tot een soepel werkverloop: een gewin voor zowel het ziekenhuis, het personeel, als de patiënten.

### *Praktische zaken*

Er wordt in de literatuur specifiek gesproken over het aanbieden van een religieus aangepast dieet. Het beschikbaar stellen van religieus-specifieke maaltijden, toont respect voor de religieuze patiënt. De behandelde literatuur, 'Zorg voor Kleur' door J. Vorstenbosch, ziet het zelfs als een noodzaak waar het ziekenhuis zich aan hoort aan te passen. Door te voorzien in dergelijke praktische zaken wordt de patiënt gerespecteerd en dit is iets wat ieder ziekenhuis moet willen nastreven.

### *Professionele communicatie*

De literatuur wijst met dit thema voornamelijk op het verbeteren van communicatie tussen de geestelijk verzorgers onderling. Wanneer dit geoptimaliseerd wordt, wordt de zorg voor patiënten nauwkeuriger. Dit is altijd gewenst binnen het ziekenhuis, en dus een belangrijk onderdeel wanneer gekeken wordt naar een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem.

## **6.2 Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem, volgens de experts**

De experts verwezen ons eveneens naar bepaalde elementen die een multireligieus zorgsysteem zo adequaat mogelijk maken. Het gaat hier om de volgende experts: A. van Bommel, A. van Dijk en H. Rambaran. Zij noemen de volgende punten:

### *Educatie en modernisering*

Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem draait op de eerste plaats om de aandacht voor de patiënt. Een ieder die binnenkomt om behandeld te worden dient zich welkom te voelen in een ziekenhuis. Een opname voor langere duur zorgt meestal voor genoeg stress. Door de patiënt een stuk houvast te geven in de vorm van het geven van vrijheid van religieuze uitingen en het ondersteunen hiervan, kan de patiënt een stuk rust vinden. Een deel van dit welkom voelen is terug te leiden naar de openheid voor iedere religieuze achtergrond. Patiënten zullen zich meer op hun gemak voelen wanneer men openstaat voor verschillende religieuze achtergronden. Angst voor cultuur en religie zal nooit helpen bij het bevorderen van het zorgproces voor patiënten. Daarnaast bleek uit het

interview met Van Bommel in het voorafgaande hoofdstuk dat educatie van ziekenhuispersoneel, op het gebied van religiositeit, het begrip voor andere religies verruimt. Hierdoor wordt de patiënt op sociaal vlak beter begrepen, wat een band schept en zorgt voor vertrouwen. Door dit vertrouwen wordt het werk van de verpleging en de Dienst Geestelijke Verzorging ook vergemakkelijkt. Zo haalt men twee voordelen uit een multireligieus stimulerend beleid.

Van Dijk wijst specifiek op het loslaten van tradities en het openstaan voor patiënten met een multireligieuze achtergrond door ziekenhuizen. Door gewenning zijn veel ziekenhuizen vaak vast komen te zitten in oude beleidsplannen, die passend waren voor het christelijke Nederland. Door de religieuze veranderingen, worden ziekenhuizen nu min of meer genoodzaakt dit oude beleid aan te pakken en veranderingen door te voeren. Het ziekenhuis moet hier dan wel voor openstaan.

Hierbij hoort ook het toelaten van multireligieuze medewerkers binnen de sollicitatiecommissie en andere adviserende posities. Zij kunnen hun visie geven op het huidige multireligieuze beleid en hoe dit verbeterd kan worden, om de multireligieuze zorg voor de patiënten te verbeteren.

#### *Multireligieuze samenstelling Dienst Geestelijke Verzorging*

Een belangrijke punt dat door de experts wordt genoemd, is de aanwezigheid van een multireligieus samengestelde Dienst Geestelijke Verzorging. Zo is het noodzakelijk dat in een moslimrijke omgeving, op zijn minst één imam in dienst is, naast de vaak standaard christelijk of humanistisch geestelijk verzorgers. Het is immers van belang dat iedere religieuze patiënt de juiste geestelijke verzorging ontvangt. Een pastor zal niet dusdanig kunnen voorzien in de geestelijke verzorging van een hindoe patiënt, of een moslim patiënt. Er zijn nu eenmaal verschillen in opvattingen en rituelen. Het is daarom belangrijk dat een geestelijk verzorger weet wanneer hij de patiënt moet doorverwijzen naar een collega. Dan is het noodzakelijk dat er een geestelijk verzorger van de andere denominatie, op zijn minst op afroep, beschikbaar is. Uiteraard moet gekeken worden naar de multireligieuze samenstelling van de patiënten in het ziekenhuis en de religieuze samenstelling van de bevolking in de directe zorgomgeving. Dit, om vast te stellen welke denominatie voor vast vertegenwoordigd wordt binnen de Dienst Geestelijke Verzorging, en welke denominatie een vertegenwoordiger op afroep zal krijgen. Communicatie tussen de geestelijk verzorgers onderling en met het verplegend personeel kan ook geoptimaliseerd worden. Door overleg en onderlinge educatie kan men eerder op de hoogte zijn van de religieuze behoeftes van de patiënt. Zo wordt het traject versoepeld en de vertrouwensband gesterkt. Communicatie tussen de geestelijk verzorgers onderling lijkt dus ook een essentieel onderdeel van een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem.

#### *Praktische zaken*

In de praktijk moet ten eerste worden gedacht aan de multireligieuze uitstraling naar de patiënt. Om zich open te stellen voor allerhande levensbeschouwelijke visies, dient het ziekenhuis op zijn minst te voorzien in een stiltecentrum. Indien mogelijk, zal er ook een ruimte moeten zijn voor de moslim gebeden. Als ziekenhuizen beperkte ruimte of een beperkt budget hebben, kunnen zij ervoor kiezen deze ruimte binnen het stiltecentrum te creëren. Er moet dan mogelijkheid zijn tot het ritueel kunnen wassen en er moeten gebedskleden aanwezig zijn om de gebeden op uit te kunnen voeren.

Daarnaast gaat het om zaken als het kunnen aanbieden van een religieus dieet zoals halal maaltijden, of kosjere maaltijden. Het kan zelfs zo zijn dat er gevraagd wordt om geheiligd voedsel, speciaal voor hindoes, al nemen de meeste hindoes genoegen met een vegetarisch dieet.

Dan bestaat er nog de vrijheid geven aan patiënten en medewerkers om in kleding en sieraden hun geloof te kunnen uiten. Mits dit niet in strijd is met het hygiënische en praktisch-medische beleid van het ziekenhuis. Het is immers belangrijk om een ziekenhuis zo hygiënisch mogelijk te houden en artsen niet te belemmeren in hun werk. Zo is het niet normaal om sieraden om te houden tijdens een operatie. Met deze vorm van uiting valt te denken is aan het dragen van een hoofddoek.

Ook het vieren van de grote religieuze feesten kan het gevoel van multireligieuze openheid binnen het ziekenhuis verbeteren. Christelijke feesten, zoals Kerst en Pasen, worden vaak gevierd. Wanneer men veel islamitische patiënten verzorgt, is het belangrijk om bijvoorbeeld ook aandacht te geven aan Ramadan en het Suikerfeest te vieren. Wanneer men open wil staan voor alle religies, zal het ziekenhuis andere feesten ook aandacht moeten geven. Te denken is aan het hindoeïstische Divali, of de joodse feestdagen.

#### *Professionalisering*

Eén van de belangrijkste punten die door alle experts wordt genoemd, is de professionalisering van de geestelijke verzorgers. Dit geldt voor het starten van een opleiding tot hindoe geestelijk verzorger, het perfectioneren van de opleiding tot moslim geestelijk verzorger/imam, aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen de bestaande academische opleidingen tot christelijk, humanistisch en joods geestelijk verzorger en het bijscholen van deze groep, die reeds aan het werk is binnen ziekenhuizen.

Professionalisering zorgt ervoor dat patiënten de juiste zorg ontvangen. Daarnaast is het professionaliseren van de hindoe geestelijk verzorger van belang voor ziekenhuizen, om zekerheid te hebben. Zoals Rambaran aangaf, hebben pandits geen ambtelijkheid. Ze functioneren vanuit zichzelf en niet vanuit een organisatie. Dit maakt dat er te veel ruimte is voor zwendel en onjuiste behandeling. Ziekenhuizen zijn daarom vaak huiverig wanneer het aankomt op het aannemen van pandits. Daarom is het erg belangrijk om, vanuit een professioneel niveau, de hindoe geestelijk verzorger op te leiden. Professionaliteit is een vereiste voor geestelijk verzorgers die werkzaam willen zijn binnen ziekenhuizen.

#### *Professionele communicatie*

Van Bommel is heel duidelijk over wat volgens hem het meest correcte multireligieuze zorgsysteem is. Hij houdt daarbij vast aan zijn eigen ontworpen model, namelijk het drie sporen beleid. Dit beleid houdt in het kort in dat men één keer per jaar onderling een overleg houdt met de groep interculturele communicatie en attitude (deze dient dus al aanwezig te zijn binnen het ziekenhuis), en allochtone medewerkers binnen het ziekenhuis. De allochtone medewerkers zijn in dit geval van meerdere religieuze achtergronden. Zij adviseren zo het ziekenhuis waar de punten van verbeteringen liggen en waar het ziekenhuis al de juiste kant is opgegaan. Zo blijft men altijd open voor verbetering.

Het tweede spoor betreft de training van aspirant deskundigen voor de groep interculturele communicatie en attitude. Professionele trainers houden zo deze groep op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, zodat zij altijd professioneel kunnen blijven. Zo is er een kerngroep aanwezig in het ziekenhuis om aanwijzingen te geven op het multiculturele en het multireligieuze vlak.

Het derde spoor betreft in dit geval voornamelijk het ziekenhuis waar dit drie sporen beleid voor ontworpen was, namelijk het Medisch Centrum Haaglanden, te Den Haag. Dit derde spoor bespreekt namelijk de constant veranderende religieuze en culturele samenstelling van de Randstad. Door het personeel hierin te onderwijzen, zijn zij altijd op de hoogte en dus in staat om professioneel om te gaan met de multireligieuze patiënten. Dit spoor kan echter dusdanig aangepast worden, dat ieder ziekenhuis de religieuze samenstelling van de zorgomgeving kan bespreken en bestuderen. Een stuk onmisbare educatie, betreffende locatie en multireligiositeit.

### 6.3 Concluderend

Zowel de literatuur als de experts noemen een aantal aspecten die als cruciaal en basaal worden gezien, wanneer we spreken over een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem. De elementen zijn veelal overlappend en daarom onder te brengen in de volgende thema's:

*Educatie en modernisering:* hier staat de educatie van het ziekenhuispersoneel en het openstaan voor multireligieuze veranderingen door ziekenhuizen centraal. Oude tradities moeten plaatsmaken voor nieuwe zaken van aandacht, namelijk multireligiositeit. Educatie vergemakkelijkt communicatie met de patiënt, wat de relatie tot de patiënt verbetert en het werkt vergemakkelijkt.

*Multireligieuze samenstelling Dienst Geestelijke Verzorging:* met een multireligieuze samenstelling, hebben patiënten de mogelijkheid om passende geestelijke verzorging te ontvangen. De geestelijke verzorging is namelijk op ieder religieus vlak voorhanden. De kans op geestelijke aansluiting met de patiënt is groter. Daarmee wordt de zorgkwaliteit vergroot. Het is vaak door budgettering en positionering van het ziekenhuis echter niet altijd haalbaar om van iedere denominatie een vaste geestelijk verzorger aan te stellen. In dit geval moet gekeken worden naar de religieuze samenstelling van de zorgomgeving van het ziekenhuis en naar geestelijk verzorgers op oproepbasis.

*Praktische zaken:* binnen een ziekenhuis moeten een aantal praktische zaken aanwezig zijn in het ziekenhuis. De experts attenderen op de aanwezigheid van een stiltecentrum, met daarbinnen een islamitische gebedsruimte. Ook dienen er attributen aanwezig te zijn om gebeden voor religies mogelijk te maken. Daarmede moeten zowel patiënt als werknemer de vrijheid hebben het geloof te uiten in kleding en sieraden, mits dit strookt met de hygiënische en medisch-praktische regels. En uiteindelijk hoort het ziekenhuis ook de grote religieuze feesten te vieren. Idealiter hoort hier iedere denominatie bij, echter soms kan er ook voor gekozen worden om de religieuze feesten te vieren van de religies die het meest vertegenwoordigd worden.

De literatuur wijst daarnaast op het aanbieden van een religieus dieet. Op deze wijze toont het ziekenhuis begrip en respect voor de patiënt. Dit vergroot het vertrouwen en wederzijdse respect voor het ziekenhuis, vanuit de patiënt.

Tenslotte wil ik het onderdeel 'praktische zaken' aanvullen met een ander belangrijk punt. Ik ben van mening dat het aanbieden van multireligieuze geloofsdiensten binnen het ziekenhuis ook bijdraagt aan een zo adequaat mogelijk zorgsysteem. Door religieuze diensten open te stellen voor meerdere religies, hebben meer patiënten de kans om hun religieuze gevoelens te uiten. Veel ziekenhuizen bieden christelijk oecumenische diensten aan voor christelijke patiënten. Dit is een goede poging om patiënten de mogelijkheid te geven om religieus actief te zijn. Tegelijkertijd is het een beperking door enkel het christendom op deze wijze aandacht te geven. Een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem zal ook aandacht moeten geven aan andere religieuze diensten.

*Professionalisering:* dit geldt als een ander essentieel punt. Geestelijk verzorgers dienen correct te zijn opgeleid, zodat ze patiënten de juiste zorg kunnen aanbieden. Daarom pleiten zowel de literatuur, als de experts voor een gedegen opleiding van iedere geestelijk verzorger, ongeacht religieuze achtergrond. Onderling doorverwijzen hoort hier ook bij. Evenals het bijscholen van de oudere garde, op het gebied van patiënten met een multireligieuze achtergrond in Nederland.

*Professionele communicatie:* Van Bommel wijst ons specifiek op de professionele communicatie. Hij heeft zelf deelgenomen aan het ontwerpen van een beleidsplan voor het MCH. Dit beleidsplan bestaat uit drie sporen. Voordat deze drie sporen kunnen werken, dient er ten eerste een groep interculturele communicatie en attitude opgericht te worden. Zij specialiseren zich op culturele, maar ook religieuze zaken. Deze drie sporen beslaan het overleg plegen met de groep interculturele communicatie en attitude, geestelijk verzorgers, leidinggevenden en medewerkers van een andere culturele en/of religieuze achtergrond. Daarnaast gaat het om het trainen van aspirant deskundigen voor de groep interculturele communicatie en attitude. En tenslotte het verzamelen van gegevens en het evalueren van de religieuze en culturele fluctuatie van de omgeving waarin het ziekenhuis zich bevindt. Deze drie sporen zorgen dat de professionele communicatie geoptimaliseerd wordt, wat uiteindelijk zal resulteren in adequate zorg, met oog voor de juiste vorm van geestelijke verzorging. Zo zijn zowel medewerkers, als professionals en de patiënten gelukkig. Er wordt namelijk efficiënte zorg aangeboden.



## 7. Interviews ziekenhuizen

Nu is vastgesteld wat een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem is, weten we waar op te letten wanneer ziekenhuizen geanalyseerd worden op hun vermogen om patiënten met een multireligieuze achtergrond aandacht te geven. Dit is dan ook de volgende stap die ondernomen dient te worden in dit onderzoek. Hieronder volgen vier interviews, met vier geestelijk verzorgers, verdeeld over vier ziekenhuizen. Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen staat bekend om de joodse wortels, ik sprak daar dan ook met een joods geestelijk verzorgster. Het Flevoziekenhuis is een religieus-neutraal ziekenhuis en beschikt o.a. over een hindoe geestelijk verzorger. Ik interviewde hem om meer te weten te komen over de multireligieuze aanpak binnen het Flevoziekenhuis. Het St. Antonius is een van oorsprong rooms-katholiek ziekenhuis, ik sprak daar met de rooms-katholiek geestelijk verzorger. Hij liet mij zien hoe multireligieuze zorg wordt ingepast, en nog verder ingepast moet worden, binnen een rooms-katholiek beleid. Ten slotte bezocht ik de protestants geestelijk verzorger, werkzaam voor het St Jansdal te Harderwijk. Hij besprak met mij hoe de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond samengaat met de algemeen christelijke identiteit van het ziekenhuis. De interviews zijn als volgt opgebouwd:

### **Interviews ziekenhuizen**

#### *Opbouw:*

- Geschiedenis en (religieuze) achtergrond ziekenhuis: aan de hand van websites van de ziekenhuizen.
- Feiten over de geïnterviewde geestelijk verzorger.
- Interview geestelijk verzorger, betreffende aandacht voor multireligiositeit binnen 'hun' ziekenhuis: richt zich o.a. op stiltecentrum, maaltijden, feesten, diensten, het dragen van hoofddoekjes, gebedsruimten, etc.
- Een korte samenvatting van het interview.
- Opsomming van correct aangepakte elementen op het gebied van multireligiositeit binnen het betreffende ziekenhuis.
- Opsomming van punten van verbetering op het gebied van multireligiositeit binnen het betreffende ziekenhuis.

Naar aanleiding van deze interviews kan vervolgens ingegaan worden op de volgende subvraag, namelijk: Op welke wijze geven al dan niet religieuze ziekenhuizen aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond? Dit zal besproken worden in het volgende hoofdstuk.



## 7.1 Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen

Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen begon in 1968 als het Nicolaas Tulp Ziekenhuis. De overheid was gebrand op een uitbreiding van dit ziekenhuis, in plaats van het openen van een nieuw ziekenhuis in Uithoorn. In 1978 fuseerde het Nicolaas Tulp Ziekenhuis daarom met de Centrale Israëlitische Ziekenverpleging (CIZ) tot het Ziekenhuis Amstelveen. Omdat het CIZ te maken had met veel joodse patiënten, moest het ziekenhuis grondig aangepast worden. Er werd een aparte vleugel gebouwd waar de joodse regelgeving gold.<sup>78</sup> Dit gedeelte bestaat nog steeds, inclusief de aandacht voor de joodse regelgeving, al is het gebouw ondertussen in een nieuw jasje gestoken.

Het ziekenhuis gaat uit van een algemene basis. Dit houdt in dat het geen officieel religieus gerelateerd ziekenhuis is. Het ziekenhuis omschrijft zichzelf als volgt:

“Ziekenhuis Amstelland is een algemeen ziekenhuis, waar mensen van alle geloofsovertuigingen welkom zijn. Hiernaast heeft het een bijzondere functie voor de joodse gemeenschap in Nederland. Door de fusie in 1978 tussen het Nicolaas Tulp Ziekenhuis en de Amsterdamse Centrale Israëlitische Ziekenverpleging heeft het ziekenhuis een voor West Europa unieke joodse vleugel.”<sup>79</sup>

Deze afdeling houdt rekening met voeding, rituelen en andere regelgeving. Toch is deze afdeling niet enkel gereserveerd voor mensen van joodse achtergrond. “Op deze verpleegafdelingen worden patiënten zonder een geloofsovertuiging, joden die hun leven (volledig) baseren op de joodse wetten en gebruiken, en patiënten met een andere geloofsovertuiging opgenomen.”<sup>80</sup>

Naast deze speciale afdeling, kent het Amstelland Ziekenhuis ook een zogenaamde Japan Desk.

“De Japan Desk is een service voor de groeiende populatie van Japanse expats in de regio Amstelveen. Medewerksters van de Japan Desk ondersteunen Japanse expats bij het maken van afspraken op de polikliniek en kunnen indien gewenst voor begeleiding en vertaling zorgen bij het daadwerkelijke bezoek. Dit omdat het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de taalverschillen zeer complex zijn, en het bezoek aan een medisch specialist soms lastig is.”<sup>81</sup>

Het Amstelland Ziekenhuis heeft dus te maken met meerdere culturele en religieuze achtergronden. Op basis van de hierboven verstrekte gegevens zal ik het interview met joods geestelijk verzorgster C. Italiaander analyseren.

### Interview

Chaja Italiaander is joods geestelijk verzorgster in het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen. Zij deelt haar functie met een rooms-katholiek en protestants geestelijke verzorger. Mevrouw Italiaander

---

<sup>78</sup> *Amstelland Ziekenhuis*, <http://www.ziekenhuisamstelland.nl/over-zha/organisatie/historie/>, geraadpleegd op 2-2-11.

<sup>79</sup> *Amstelland Ziekenhuis*, <http://www.ziekenhuisamstelland.nl/over-zha/organisatie/de-joodse-identiteit/>, geraadpleegd op 2-2-11.

<sup>80</sup> *Amstelland Ziekenhuis*, <http://www.ziekenhuisamstelland.nl/patienten/specialismen-en-afdelingen/joodse-vleugel/>, geraadpleegd op 2-2-11.

<sup>81</sup> *Amstelland Ziekenhuis*, <http://www.ziekenhuisamstelland.nl/patienten/specialismen-en-afdelingen/japan-desk/>, geraadpleegd op 2-2-11.

nodigde mij uit om een lezing bij te wonen voor het personeel. Deze lezing maakte deel uit van een vierdelige cursus betreffende het onderwerp 'hoe om te gaan met mensen met traumatische ervaringen'. Deze laatste lezing werd gehouden door dr. Jacobs, hoofd-rabbin aan het Sinaï centrum: 'een Joodse instelling voor geestelijke gezondheidszorg.'<sup>82</sup> De cursus werd bezocht door medewerkers uit verschillende professionele achtergronden van het Amstelland Ziekenhuis. Van diëtistes die meer te weten wilden komen van de joodse achtergronden, tot doorgewinterde joodse en niet-joodse verpleegkundigen.

Dr. Jacobs benadrukte meerdere malen dat het van belang is dat de medewerkers in het ziekenhuis hun culturele verschillen achterwege laten als zij een patiënt behandelen. Hij stelde het volgende: Twee mensen ontmoeten elkaar in de context van hulpverlening. Namelijk de patiënt en de hulpverlener. Ze kunnen zeggen dat ze elkaar daarvoor niet hebben ontmoet. Ze kunnen dus vreemden zijn voor de ontmoeting. De sociale en culturele achtergronden kunnen dus verschillen, maar zij blijken niet van belang. Immers, de hulpverlening staat centraal. De hulpverlener kan ook in de plaats van de hulpzoekende zijn. Daarnaast kan het verhaal van de patiënt ook de hulpverlener helpen. Er ontstaat zo een wederkerige hulpverlening vanuit de patiënt. In het principe is dit een vorm van gelijkheid.<sup>83</sup>

Het is door deze cursus duidelijk dat het Amstelland Ziekenhuis ervoor kiest om medewerkers actief te betrekken bij de in het ziekenhuis aanwezige religieuze diversiteit. Het Amstelland Ziekenhuis heeft een aparte vleugel voor joodse patiënten. Wat van belang is om vast te stellen is dat veel joodse patiënten te maken hebben gehad met de nasleep van de Tweede Wereldoorlog. Dit houdt in dat veel oudere patiënten moeite hebben met bepaalde zaken, waar zij die dit niet hebben meegemaakt zo iets als alledaags zien. Te denken is aan het in de rij staan voor een kassa. Sommige patiënten hebben dusdanig traumatische ervaringen opgedaan, dat zij nooit meer in een rij willen staan. Aangezien dit ze doet terugdenken aan bijvoorbeeld de tijd dat zij zich in concentratiekampen moesten opstellen voor het appèl. Wanneer mensen dergelijke psychische klachten hebben, helpt het enorm als de hulpverleners begrijpen waar dit vandaan komt. Mijn vraag is of dit enkel van belang is voor de joodse patiënten. Er zijn immers ook patiënten die afkomstig zijn uit huidige oorlogsgebieden en minstens net zulke traumatische ervaringen hebben opgedaan als de slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog. Dr. Jacobs wijst er op dat deze patiënten ook dergelijke aandacht dienen te krijgen. Het Sinaï centrum is dan ook niet enkel voor joodse slachtoffers van psychische problemen. Een ieder is welkom en dit betekent dan ook dat er vaak patiënten uit oorlogsgebieden bij dr. Jacobs onder behandeling zijn. Hij wees daar ook op in zijn lezing. De medewerkers dienen voor elke patiënt een dergelijk begrip op te moeten kunnen brengen.

De praktijk leert dat het Amstelland Ziekenhuis echter veel nadruk legt op de joodse- en christelijke geestelijke verzorging. Ook Japanse patiënten krijgen aangepaste aandacht. Wanneer ik vraag aan Italiaander waarom dit het geval is, legt zij uit:

"Wij hebben inderdaad geen imam, of bijvoorbeeld een hindoe geestelijk verzorger in dienst. Er zijn hier nou eenmaal amper patiënten met zo'n achtergrond. We doen dan ook niet aan Ramadan en we vieren niet het

---

<sup>82</sup> Sinaï Centrum, <http://www.sinaï.nl/nl/>, geraadpleegd op 2-2-11.

<sup>83</sup> Volgens de lezing van dr. Jacobs op 26-1-11 in het Amstelland Ziekenhuis.

Suikerfeest, enkel en alleen omdat er geen animo voor is. Overigens geven we wel de ruimte aan islamitische collega's om deze feesten te vieren. De aandacht voor de Japanse patiënten is, omdat Amstelveen ontzettend veel Japanse expats heeft. Deze mensen spreken vaak de taal (nog) niet en toch willen we hen de mogelijkheid geven om goede medische zorg te kunnen krijgen. Ook wij moeten ons aan een budget houden en dat houdt in dat er bepaalde beslissingen moeten worden gemaakt, waaraan we dit budget willen uitgeven. We hebben nu eenmaal meer joodse en christelijke patiënten dan islamitische, dus kiezen wij ervoor daar ons budget aan te besteden. We weten dat, omdat de patiënt bij opname moet aangeven welke religie hij of zij aanhangt. Daarnaast is dit echt een joods-christelijke wijk. We voorzien dus in de behoefte van onze buurt. Het AMC en het VUMC zijn meer gericht op de islamitische wijken en zij ontvangen dan ook de meeste islamitische patiënten op. Ik zou overigens wel graag een ruimte maken voor onze islamitische werknemers. Daar hebben we nu namelijk nog geen aparte ruimte voor, hoewel deze er wel is voor de joodse en christelijke diensten.”<sup>84</sup>

Dit betekent uiteraard niet dat enkel deze groepen welkom zijn in het Amstelland Ziekenhuis. Dat probeert ze ook uit te stralen met het Stiltecentrum. Dit wordt dan ook liever 'de Tuinkamer' genoemd. “Zo houden we deze ruimte zo neutraal mogelijk, niet alleen qua indeling en uitstraling, maar ook qua naam.”<sup>85</sup> De indeling is inderdaad heel erg neutraal. Bij binnenkomst is men omgeven door een neutraal behang, met bomen en vogels. De vloer is voorzien van een licht tapijt en er staan comfortabele stoelen gerangschikt rond een tafeltje met leesmateriaal. Niets van dit leesmateriaal is religieus gericht. Het zijn enkel gedichtenbundels en boeken met bemoedigende en inspirerende woorden. Men kan er ook voor kiezen om in een stoel plaats te nemen en naar buiten te kijken. Eén wand is volledig van glas en kijkt uit op een tuin gevuld met witte stenen en rotsen. “Er was even sprake van het plaatsen van Mariabeelden in het centrum, maar dit idee werd niet goedgekeurd. Neutraliteit staat centraal.”<sup>86</sup>, aldus Italiaander.

Het Amstelland Ziekenhuis in Amstelveen is, door de zogenaamde joodse vleugel, uniek in heel West-Europa. Maar wat houdt een dergelijke joodse vleugel in?

“Op de joodse vleugel wordt aandacht gegeven aan de joodse regelgevingen. Mannen en vrouwen worden apart verpleegd, de sabbat en andere feestdagen worden gevierd en er hangt een mezoza aan iedere deurpost. Daarnaast worden er uiteraard enkel koosjere maaltijden verzorgd.”<sup>87</sup>

Het Amstelland ziekenhuis wil er zeker van zijn dat zoveel mogelijk patiënten met verschillende religieuze achtergronden voorzien worden van passende geestelijke verzorging. Daarom wordt bij opname naar de religieuze achtergrond van de patiënt gevraagd. De medewerkers proberen desalniettemin zo zorgvuldig mogelijk te blijven, zoals Italiaander uitlegt: “Daarnaast gaat de medische staf alsnog langs de patiënten om te zien of er iemand specifieke behoeftes heeft, betreffende geestelijke verzorging.”<sup>88</sup>

---

<sup>84</sup> C. Italiaander, 26-1-11 in het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen.

<sup>85</sup> Italiaander.

<sup>86</sup> Italiaander.

<sup>87</sup> Italiaander.

<sup>88</sup> Italiaander.

Het Amstelland ziekenhuis is gespecialiseerd in zorg voor patiënten van christelijke- en joodse komaf. De aandacht voor joodse patiënten is uniek in West-Europa en dit maakt het Amstelland Ziekenhuis bijzonder. Tegelijkertijd zorgt deze gespecialiseerde aandacht voor een gebrek aan aandacht voor andere religies. Het hindoeïsme en de islam zijn vrijwel niet vertegenwoordigd. Specifiek aandacht voor het humanisme ontbreekt ook. Datgene wat dit ziekenhuis zo bijzonder maakt, namelijk aandacht voor een religie waar in andere ziekenhuizen minder tot geen aandacht wordt geschonken, maakt het tegelijkertijd erg beperkt, betreffende aandacht voor andere religies. Er is meer sprake van speciale religieuze zorg dan multireligieuze zorg.

Italiaander geeft zelf aan dat de beperkte aandacht voor bijvoorbeeld de islam komt door een tekort aan islamitische patiënten. Het zou ook gevolg kunnen zijn van een wisselwerking. Door te de aandacht voor voornamelijk specifiek joodse zorg, zullen veel islamitische patiënten kiezen voor een ziekenhuis dat meer aandacht schenkt aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. Daarnaast zullen sommige islamitische patiënten er bewust voor kiezen niet naar een ziekenhuis te gaan waar specifiek aandacht is voor joodse patiënten. Let wel, dit geldt uiteraard niet voor iedere islamitische patiënt.

Wat ik hiermee wil duidelijk maken is dat waar men kiest voor specifiek religieuze zorg, dikwijls zorg met aandacht voor andere religieuze achtergronden onbewust wordt afgekap. Daar staat tegenover dat het ziekenhuis duidelijk aangeeft dat het gespecialiseerd is in joodse- en christelijke zorg, maar dat een ieder welkom is. Iedere patiënt maakt dus zijn of haar eigen beslissing.

De medische staf telt eveneens moslims, die overigens ook een hoofddoek mogen dragen. Het ziekenhuis voorziet in koosjere maaltijden. Halal maaltijden zijn bijvoorbeeld niet verkrijgbaar. In 'de Tuinkamer' overheerst objectiviteit. Geen enkele religie is vertegenwoordigd, een ieder is welkom. De joodse feestdagen worden gevierd, evenals de christelijke feestdagen. Ramadan, Divali, etc. worden niet gevierd voor de patiënten. De werknemers zijn vrij om dit te vieren. Verder kent het ziekenhuis een christelijk oecumenische dienst op zondag en een joodse dienst op zaterdag. Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen is van oorsprong niet-religieus. Door het samengaan met het CIZ, verbond een deel van het ziekenhuis zich aan het jodendom. Het ziekenhuis staat nog steeds bekend als niet-religieus, met een aparte vleugel voor joodse patiënten. Een niet-religieus ziekenhuis met aandacht voor een specifiek religieuze groep. Al met al een interessante combinatie.

Wat aan de ene kant een punt van gegeven aandacht zal zijn, zal aan de andere kant een punt van verbetering blijken. Het feit dat er weinig aandacht is voor het jodendom in Nederland, en zoals het blijkt in heel West-Europa, maakt dit ziekenhuis uniek. Het maakt daarom deze specifieke onderdelen zowel een positief punt, als een negatief punt:

Gegeven aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen:

- Stiltecentrum:  
ruimte voor herdenking, (stil) gebed, tot zichzelf komen: alles op een geheel eigen, al dan niet religieuze, wijze. Het stiltecentrum is geheel objectief.
- Aandacht voor zowel christelijke als joodse geestelijke verzorging. Daarnaast is er de mogelijkheid te spreken met een eigen geestelijk verzorger.
- Het dragen van een hoofddoekje is toegestaan voor zowel patiënten als medewerkers.
- Mogelijkheid om christelijk oecumenische, of joodse dienst te volgen.
- Mogelijkheid tot het volgen van een religieus dieet. Let wel: enkel koosjer.
- Vieren van joodse en christelijke feesten.
- Streven naar verbetering dialoog hulpverlener en patiënten van verschillende religieuze achtergronden door georganiseerde cursussen.

Punten van verbetering betreffende het geven aan aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen:

- Geen gebedsruimte voor islamitische patiënten of werknemers.
- Geen aandacht voor religieuze feestdagen buiten het christendom en het jodendom.
- Geen mogelijkheid tot het volgen van een religieus dieet betreffende islam en hindoeïsme.
- Geen imam, hindoe geestelijk verzorger, of humanistisch raadsman/vrouw op afroep beschikbaar.
- Proberen neutraal te blijven in het stiltecentrum, maar voorzien daarbuiten enkel diensten voor het christendom en het jodendom.

## 7.2 Het Flevoziekenhuis te Almere

Het Flevoziekenhuis te Almere is in 1991 gebouwd.<sup>89</sup> Vanaf die tijd is het constant blijven groeien. Het Flevoziekenhuis heeft een algemene basis. Dit betekent dat het niet gebonden is aan een specifiek religieuze achtergrond. Toch probeert het ziekenhuis aandacht te geven aan zoveel mogelijk religies:

Het Flevoziekenhuis is een algemeen ziekenhuis, wij werken niet vanuit één overtuiging of levensbeschouwing. Toch willen we patiënten en medewerkers alle ruimte geven om hun geloof of levensbeschouwing te beleven. Grote 'jaarfeesten' van verschillende religies worden daarom gevierd.<sup>90</sup>

Hiernaast volgt het Flevoziekenhuis het zorgplan Planetree. Dit concept is gericht op aandacht voor mens en ziel binnen de zorg. Hierbij staat de patiënt als persoon centraal.

Het Flevoziekenhuis heeft gekozen voor het zorgconcept Planetree, dat staat voor mensgerichte zorg. Lichaam, ziel en geest van de patiënt benaderen wij als één geheel, waarbij de individuele zorgvraag centraal staat. We geven daar op allerlei manieren invulling aan. Door patiënten meer keuzes te laten maken in hun

<sup>89</sup> *Flevoziekenhuis*, <http://www.flevoziekenhuis.nl/werken-en-leren/fz-als-werkgever?qh=YTtoxOntpOjA7czo4OiJoaXN0b3JpZSI7fQ%3D%3D>, geraadpleegd op 2-12-10

<sup>90</sup> Idem.

behandeling. Door meer mogelijkheden te bieden voor familie, een prettige inrichting of zelfs aanvullende zorg, zoals acupunctuur of massages.<sup>91</sup>

De Planetree visie op mens en zorg is:

- zowel zorg leveren aan cliënt en medewerker in fysiek, emotioneel, geestelijk en sociaal opzicht
- waardegedreven: persoonlijk, respectvol, menslievend en met keuzevrijheid
- de veiligheid en levendigheid van cliënten en hun familie wordt ondersteunt door actieve betrokkenheid bij hun eigen zorg.<sup>92</sup>

Aangegeven redenen om over te stappen op dit Planetree zorgplan zijn, volgens de stichting zelf, bijvoorbeeld om meer dimensie in de zorg te brengen. Het is daarbij van belang om de mens als persoon te zien en niet enkel als patiënt. Zo wordt balans gebracht in de zorg.

Een andere reden om als ziekenhuis zich aan te sluiten bij het Planetree zorgconcept is om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen. De concurrentie tussen ziekenhuizen is erg groot.

Doormiddel van het kiezen voor aandacht voor de patiënt kunnen aanhangende ziekenhuizen zich onderscheiden, zodat deze meer patiënten kunnen trekken en dus een grotere omzet kunnen maken. Daarnaast geeft Planetree volledige zorgconcepten voor, niet alleen de patiënten, maar ook de medewerkers, familie en anders gerelateerden, zoals vrienden en kennissen. Zo wordt een compleet zorgconcept verschaft, waar traditionele concepten vaak in losse elementen voorzien.

Tenslotte is het een nieuw plan, dat nieuwe perspectieven biedt. Dit kan voor ziekenhuizen eveneens een reden zijn om het Planetree zorgconcept aan te nemen.<sup>93</sup>

## Interview

Rawie Sewnath is hindoe geestelijk verzorger in het Flevoziekenhuis te Almere. Hij deelt zijn aanstelling samen met een rooms-katholiek- en protestants geestelijk verzorger, als ook met een imam. Desgewenst hebben patiënten de mogelijkheid een rabbijn, of een humanistisch raadsman/vrouw te laten oproepen door het team geestelijke verzorging. De hindoe geestelijk verzorger kwam na een peiling onder de patiënten in 2005 in dienst, terwijl de imam in 2009 werd aangesteld.

Het Flevoziekenhuis heeft geen religieuze achtergrond. Toch probeert het aandacht te geven aan zoveel mogelijk religies.

Dit blijkt o.a. uit het stiltecentrum. Wanneer men deze ruimte betreedt, ziet men direct zes zuilen. Deze zuilen zijn voorzien van zes symbolen. Deze symbolen staan voor het hindoeïsme, boeddhisme, jodendom, christendom, islam en het humanisme. Hiermee probeert het ziekenhuis via het stiltecentrum respect te tonen voor elke levensovertuiging. Verder is het stiltecentrum voorzien van inspirerende literatuur, zoals een voorbede boek, de Koran, Bijbels, de Tenach, psalmboekjes, liedboekjes, een overzicht van de gebedstijden tijdens de ramadan, gedichtenbundels, etc. Het boeddhisme is het minst vertegenwoordigd, omdat er erg weinig vraag naar is. De verstrekte

---

<sup>91</sup> Idem.

<sup>92</sup> Planetree, <http://www.planetree.nl/>, geraadpleegd op 15-12-10.

<sup>93</sup> Idem.

hindoeïstische literatuur ontbrak op het moment van het interview, omdat deze onlangs gestolen was. Het stiltecentrum is ook voorzien van een kleine wasruimte voor moslims. Er is geen scheiding tussen mannen en vrouwen. Sewnath stelt dan ook het volgende:

“We maken geen onderscheid tussen man en vrouw, omdat het een stiltecentrum is en geen grote moskee. Onze patiënten en medewerkers hebben daar ook absoluut geen moeite mee. Daarnaast heeft ook niet elke moskee gescheiden ruimtes. Er is wel de ruimte om, indien nodig, achter elkaar plaats te nemen, zoals in kleinere moskees vaak gebeurt.”<sup>94</sup>

Het stiltecentrum fungeert ook als meditatiekamer. Elke maandagmiddag vindt hier een meditatiebijeenkomst plaats. Sewnath gaat voor in het mediteren. Ik mocht zelf ook meedoen aan een sessie. Daar ontmoette ik mensen van verschillende religieuze achtergronden, zoals een islamitische jongeman, een atheïstische vrouw en een christelijke vrouw uit Indonesië. Zij kwamen hier bijeen om hun gedachten op een rij te krijgen en een moment van bezinning in hun leven te brengen. Voor een enkeling die onder behandeling was in het ziekenhuis, ging het ook om afleiding van geleden pijn. Na de meditatie vindt Sewnath het erg belangrijk om te vragen hoe men het vond. Kon een ieder vinden wat hij of zij zocht?

Op de vraag of er veel gebruik wordt gemaakt van het stiltecentrum vertelt Sewnath:

“Het is wisselend. De ene keer maken veel patiënten en hun families gebruik van het stiltecentrum. De andere keer niet. Het is ook niet belangrijk of er veel mensen komen. Ook al komt één iemand om een kaarsje te branden, dan nog heeft het stiltecentrum nut. Verder maakt het personeel geregeld gebruik van het stiltecentrum. Ze komen om te bidden, of even hun gedachten op een rij te krijgen. Het personeel maakt ook veel mee, dus een moment van bezinning is dan altijd fijn. In het stiltecentrum zijn ze altijd welkom. Soms komt hierbij een dialoog op gang, maar dat is niet het primaire doel van het stiltecentrum. Mensen zijn welkom om stil te zijn en om troost te zoeken. Hierbij vallen religieuze verschillen weg. Men kijkt naar elkaar op menselijk vlak.”<sup>95</sup>

Naast de wekelijkse meditatie bijeenkomst, vindt er elke zondag een christelijk oecumenische dienst plaats in het auditorium van het ziekenhuis. Een ieder is daar welkom. Maar de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond houdt hier niet op. Het is toegestaan voor het personeel om hoofddoekjes te dragen en er wordt veel aandacht geschonken aan religieuze feesten en gewoonten. Naast de mogelijkheid om altijd vegetarisch te kunnen eten, is het ook mogelijk voor zowel het personeel, als voor de patiënten, om ten tijde van de ramadan halal maaltijden te bestellen. Deze worden na zonsondergang geserveerd. Het is echter niet mogelijk om buiten de ramadan een halal maaltijd te bestellen. Er wordt niet alleen aandacht geschonken aan de ramadan:

---

<sup>94</sup> R. Sewnath, 27-9-2010 in het Flevoziekenhuis te Almere.

<sup>95</sup> Sewnath.



“We vieren ook Kerst, het Suikerfeest, Divali en andere vieringen. De Kerstviering in de hal voor iedereen toegankelijk. Divali is voor alle personeel toegankelijk en de patiënten krijgen een kaartje op de afdeling. Ook wordt er een Indiaase dans opgevoerd die eveneens voor een ieder toegankelijk is. Met het Suikerfeest is er ook een kaartje rondgestuurd en zoetigheid uitgedeeld. Chanoeka wordt nog naar gekeken of er aandacht aan besteed kan worden. We willen het boeddhisme structureel meer aandacht geven. We hebben multiculturaliteit en multireligiositeit immers hoog in het vaandel.”<sup>96</sup>

Het lijkt voor de medewerkers van het Flevoziekenhuis vanzelfsprekend dat het belangrijk is om aandacht te schenken aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. Dit is een logisch gevolg van het aangenomen zorgconcept Planetree. Aandacht voor de patiënt als persoon, maakt dat er aandacht wordt besteed aan ruimte voor patiënten met een multireligieuze achtergrond. Toch stelde ik de vraag of het van belang is om hier aandacht aan te schenken en waarom Sewnath dit zo ziet:

“Mijn persoonlijke mening is dat het ontzettend belangrijk is om op een adequate manier aandacht te schenken aan zorg aan migrant en niet-migrant, religieuzen en niet-religieuzen. Ik denk dat men nooit goede zorg kan aanbieden als men uitgaat van het politieke standpunt: je bent Nederlander en klaar. Cultureel gezien hebben Hindoestanen bijvoorbeeld nauwere bloedvaten en grotere kans op hart- en vaatziekten, dus daar is ook speciale aandacht voor nodig. Verschillende religies en culturen zorgen dat de zorg zich moet aanpassen. De patiënt staat centraal, het gaat niet om een inburgeringcursus. Zorg is er voor de patiënt en de patiënt niet voor de zorg. Dus daar is aandacht voor nodig. De zorg moet zich aanpassen aan de patiënt. Dit betekent dus ook dat de zorg zich op een redelijke manier kan aanpassen aan de religieuze overtuigingen van de patiënt.”<sup>97</sup>

Het Flevoziekenhuis staat voor aandacht voor multiculturaliteit en multireligiositeit. Waar minder aandacht is voor een bepaalde religie, wordt aangegeven dat er weinig vraag naar is. Zij die beslissen over het stiltecentrum en andere zorg, aangeboden door de Dienst Geestelijke Verzorging, moeten keuzes maken bij het besteden van het gegeven budget. Het ziekenhuis ondergaat op het moment een verbouwing. Er is bij deze verbouwing ook rekening gehouden met het vormgeven van een nieuw stiltecentrum. Dit nieuwe stiltecentrum zal voorzien worden van een aparte gebedsruimte voor moslims en de inrichting zal wederom aandacht geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. “Een ieder moet zich immers welkom voelen en wij staan voor aandacht voor multireligiositeit binnen het Flevoziekenhuis.”<sup>98</sup>

Het Flevoziekenhuis te Almere heeft geen specifiek-religieuze basis. Het bestaat vanuit de overtuiging dat een ieder welkom is, ongeacht culturele- of religieuze achtergrond. Het Flevoziekenhuis werkt vanuit de Planetree visie.

Dat het Flevoziekenhuis zich aan deze richtlijnen houdt blijkt in ieder geval uit de Dienst Geestelijke Verzorging. Er is veel aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond en multiculturaliteit. Er is respect voor de levensovertuiging, welke deze ook is. Er is ruimte voor een ieder binnen het stiltecentrum. De zes grootste geloofs- en levensovertuigingen worden er

---

<sup>96</sup> Sewnath.

<sup>97</sup> Sewnath.

<sup>98</sup> Sewnath.



vertegenwoordigd, al krijgt het boeddhisme toch minder aandacht dan de andere religies. Maar ook al is er weinig animo voor deze stroming, toch geeft Sewnath aan dat bij de bouw van het nieuwe stiltecentrum er ook structureel meer aandacht gegeven zal worden aan de religies die weinig vertegenwoordigd worden.

Verder is het voor het personeel toegestaan om hoofddoekjes te dragen en de tijd te nemen om te bidden. Ook biedt het ziekenhuis de mogelijkheid om een geestelijk verzorger te raadplegen die past bij de overtuiging van de patiënt. Mocht men behoefte hebben aan een geestelijk verzorger van een andere denominatie, dan kan deze via de Dienst Geestelijk Verzorging worden aangevraagd.

De religieuze feesten worden ook zoveel mogelijk gevierd, al vallen sommige religies toch nog buiten de boot. Veelal valt dit te wijten aan weinig vraag vanuit de patiënten en, wellicht nog belangrijker, het zo efficiënt mogelijk gebruik maken van het aangeboden budget.

Voor religieuze vieringen kan men terecht in het auditorium op zondag. Daar vindt een christelijk oecumenische dienst plaats. Daarnaast is er de mogelijkheid om zelf te bidden, ook voor patiënten met een andere religieuze achtergrond die een specifiekere regelgeving rondom het gebed wensen is er ruimte in het stiltecentrum. Iedere maandag vindt een meditatie bijeenkomst plaats in ditzelfde stiltecentrum.

Het Flevoziekenhuis geeft dus veel aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. Maar, zoals binnen elk ziekenhuis, het is ook gebonden aan een budget en het moet daarom keuzes maken.

Gegeven aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het Flevoziekenhuis te Almere:

- Stiltecentrum:  
ruimte voor herdenking, religieus gebed, stilte, religieuze meditatie (wanneer begeleid, door hindoe geestelijk verzorger), bezinning door middel van al dan niet multireligieuze literatuur.
- Beschikbaarheid van zowel een rooms-katholiek, als een protestants geestelijk verzorger, een hindoe geestelijk verzorger en een imam. Verder is er de mogelijkheid om een joods geestelijk verzorger, rabbijn, of humanistisch geestelijk verzorger op te laten roepen, evenals een geestelijk verzorger van eigen voorkeur.
- Het dragen van een hoofddoekje is toegestaan voor zowel patiënten als medewerkers.
- Aandacht voor de grote religieuze feesten zoals Kerst, Ramadan, Suikerfeest, Divali, etc.
- Mogelijkheid om christelijk oecumenische diensten bij te wonen.

Punten van verbetering betreffende het geven aan aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het Flevoziekenhuis te Almere:

- Niet mogelijk om religieus afgestemde diëten te volgen buiten de ramadan.
- Minder aandacht voor boeddhisme binnen het stiltecentrum, al wordt dit erkend en zal dit in de toekomst veranderen.

- Minder aandacht voor joodse feesten als Chanoeka.
- Geen aparte was- of gebedsruimte voor moslims, al zal daar na de verbouwing wel ruimte voor zijn.
- Geen officiële diensten voor andere religies dan het christendom.

### 7.3 Het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

Het St. Antonius Ziekenhuis is oorspronkelijk een rooms-katholiek ziekenhuis, dat ontstaan is in Utrecht. In 1910 werd het opgericht als het 'St. Antonius Gasthuis'. In 1983 ontstond de nieuwe versie van dit gasthuis. Dit werd het St. Antonius Ziekenhuis. Het ziekenhuis bleef vernieuwen door in 2008 te fuseren met het Mesos Medisch Centrum Utrecht, om het tot nu toe uiteindelijke concept te bereiken van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein.<sup>99</sup>

Het St. Antonius Ziekenhuis blijft vasthouden aan de rooms-katholieke wortels. Het noemt zich dan ook een katholiek christelijk ziekenhuis. De katholieke traditie komt sterk naar voren in de identiteitsnota:

In de christelijke mensvisie wordt het leven gezien als een gave van God. Het dient van het begin tot het einde beschermd te worden. Mensen kunnen niet zomaar over leven of dood beschikken. Het ziekenhuis voert daarom een terughoudend beleid ten aanzien van zwangerschapsafbreking en euthanasie. Niet voor elke situatie kunnen eenduidige regels gegeven worden. In concrete gevallen wordt een beslissing genomen na een zorgvuldige afweging tussen arts en patiënt (en mogelijke andere betrokkenen).<sup>100</sup>

Het lijkt alsof het ziekenhuis haar identiteit ontleent aan beslissingen rondom levensbegin en levenseinde. De identiteitsnota bestaat enkel uit een opsomming van goedkeuring, of afkeuring van abortus en euthanasie, met tot slot de woorden:

Een verzoek om euthanasie of een verzoek om zwangerschapsafbreking zal altijd uitgebreid in gesprekken met de behandelend arts aan de orde komen. Er bestaat voor de patiënt geen recht op euthanasie of zwangerschapsafbreking; dit houdt in dat een behandelend arts of andere hulpverleners niet gedwongen kunnen worden om er aan mee te werken. In voorkomende gevallen zal men de patiënt wijzen op elders bestaande mogelijkheden binnen de wet.<sup>101</sup>

In de online beschikbare folder blijkt echter dat de dienst geestelijke verzorging ook aandacht wil schenken aan andere religies:

In het ziekenhuis zijn er geestelijk verzorgers om aandacht en tijd te hebben voor wat de patiënt bezig houdt. Daarvoor komen ze langs op de afdeling. De geestelijk verzorger is er voor alle patiënten, ongeacht geloof of levensovertuiging. [...] Elke afdeling heeft in principe zijn eigen geestelijk verzorger. U vindt hun namen in de nieuwsbrief 'Met Hart en Ziel'. Wilt u contact met een andere geestelijk verzorger dan kan dat natuurlijk. Voor

<sup>99</sup> St. Antonius Ziekenhuis, <http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/historie/>, geraadpleegd op 20-1-11.

<sup>100</sup> St. Antonius Ziekenhuis, [http://www.antoniusziekenhuis.nl/documenten/ALG\\_24-De\\_levensbeschouweli1.pdf](http://www.antoniusziekenhuis.nl/documenten/ALG_24-De_levensbeschouweli1.pdf), geraadpleegd op 20-1-11.

<sup>101</sup> Idem.

islamitische of hindoeïstische patiënten is een geestelijk verzorger vanuit de eigen religieuze achtergrond oproepbaar.<sup>102</sup>

Ter verduidelijking waarom het ziekenhuis gekozen heeft voor een dergelijke identiteitsnota en hoe dit samengaat met aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond, sprak ik met geestelijk verzorger J. Roding.

## Interview

Joep Roding is geestelijk verzorger in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Het ziekenhuis kent een verdeling van 3 katholieke geestelijk verzorgers en 1 protestants geestelijk verzorger. Daarnaast werkt het ziekenhuis met een hindoe geestelijk verzorger en een imam, beide op oproepbasis.

Het St. Antonius Ziekenhuis is van oorsprong katholiek. Dat is ook terug te vinden in onze identiteitsnota. De kern van de identiteit die wij willen uitstralen is dat ieder mens een beeld is van God. Daarom is het ook beschermingswaardig. Dit uit zich tot nu toe voornamelijk in de visie op abortus en euthanasie. Dit is voor het ziekenhuis zelfs sterker dan de wet. Het is wel mogelijk om tot dergelijke beslissingen te komen, maar let wel, het zijn uitzonderingen. Op het moment kijken we, samen met een nieuwe ethische raad, opnieuw naar onze identiteitsnota. We vinden dat het minder moet draaien om enkel abortus en euthanasie, maar meer om sfeer, moraal, etc. Het is wellicht te zeggen dat we hier spreken over een 'verouderde' visie.<sup>103</sup>

Ik ontmoette Roding in zijn kantoor, een ruimte die direct verbonden is met het stiltecentrum. Het stiltecentrum zelf is een sobere ruimte, met aandacht voor verschillende religies. Zowel het tapijt als het plafond wijzen, met behulp van verschillende tinten en versiering, richting één hoek. Daar hangt een kruis met een stervende Jezus. De rooms-katholieke wortels van het ziekenhuis worden zo subtiel benadrukt. Wanneer men direct bij binnenkomst links afslaat, ziet men een icoon van Maria hangen, met hiervoor een tafeltje waar kaarsen op gebrand kunnen worden.

Rechts gezien vanaf het kruis, hangt een hindoeïstische mantra aan de muur.

"Er was gevraagd, door een afgevaardigde van de hindoeïstische gemeenschap, of er wellicht ook aandacht geschonken kon worden aan het hindoeïsme. Eerder stond er ook een tafeltje onder de mantra dat fungeerde als altaar. Hier konden mensen wierook branden en offers brengen. Er werd nooit gebruik van gemaakt, dus is de tafel weer weggehaald. Om toch respect te tonen voor de hindoeïstische gemeenschap, hebben we uiteraard wel de mantra laten hangen."<sup>104</sup>

Naast deze mantra bevindt zich de deur naar het kantoor van Roding. Naast deze deur bevindt zich een aparte islamitische gebedsruimte. Boven de deur van deze ruimte staat dit dan ook aangegeven. Binnenin is er een wasruimte en een aantal gebedskleden. Tevens wordt het oosten duidelijk aangegeven.

---

<sup>102</sup> St. Antonius Ziekenhuis, [http://www.antoniusziekenhuis.nl/1822865/1850369/dnst\\_geest\\_verz](http://www.antoniusziekenhuis.nl/1822865/1850369/dnst_geest_verz), geraadpleegd op 20-1-11.

<sup>103</sup> J. Roding, 18-10-10 in het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein.

<sup>104</sup> Roding.

Roding vindt het belangrijk dat aandacht wordt gegeven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond:

“Mensen die ziek zijn, zijn juist bezig met religieuze vraagstukken. Ik kan deze vraagstukken misschien niet beantwoorden voor een islamitische patiënt. Ik kan wel raad geven, maar echt diep ingaan op moeilijke vraagstukken? Dat laat ik liever over aan mijn islamitische collega die op afroep beschikbaar is. We proberen dan ook snel te achterhalen of mensen geestelijke verzorging nodig hebben en zo ja, van welke denominatie zij dit het liefst willen. Elke vrijdag gaat er een weekbrief rond met informatie over de dienst geestelijke verzorging. Zo kunnen mensen zelf contact opnemen. Daarnaast luistert de medische staf naar de patiënten, zodat zij ze eventueel kunnen doorverwijzen. We vragen niet naar de religieuze achtergrond bij opname, dus moeten we zelf actief op zoek naar onze patiënten.”<sup>105</sup>

Om te blijven vernieuwen en te actualiseren, komen de dienst geestelijke verzorging, afdeling psychiatrie, pedagogie en de sociaal werkers vier keer per jaar samen. Ze bespreken dan met elkaar wat er gaande is op hun afdelingen en hoe zij samen de aandacht voor de patiënt kunnen verbeteren. Hier valt ook de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond onder: “dit hoort immers bij goede zorg.”, aldus Roding.<sup>106</sup>

Het ziekenhuis schenkt naast het stiltecentrum ook op andere manieren aandacht aan andere religies. Het dragen van hoofddoekjes is toegestaan voor zowel patiënten, als het personeel. Ook grote religieuze feesten worden gevierd, zoals het Suikerfeest, Kerst, en Pasen. Met het Suikerfeest worden traktaties uitgedeeld en kunnen mensen speciale bestellingen plaatsen. Daarnaast vindt er iedere zondag een christelijk oecumenische viering plaats, waar een ieder aan mag meedoen. Het rooms-katholicisme is ook terug te vinden in de kamers. In iedere kamer hangt een kruisje aan de muur. Verder heeft de patiënt de mogelijkheid om een bijbel, of een koran te lezen. Deze zijn op aanvraag beschikbaar. Maar volgens Roding houdt aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond niet op bij het vieren van dergelijke feesten en het toestaan van het dragen van hoofddoekjes.

“Als dienst geestelijke verzorging moet je zelf ook stappen ondernemen. Wij verzinnen graag nieuwe benaderingen van het beleven van spiritualiteit, ongeacht religieuze achtergrond. Zo starten wij binnenkort een nieuw project. Het gaat hierbij om meditatie. We willen ons richten op taizé en een vorm van zen. Een ieder is welkom om mee te doen en een eigen, al dan niet religieuze, interpretatie aan deze meditatie te geven. Door scherp te blijven, hopen we te kunnen voorzien in de behoefte van de patiënten en hun naasten.”

<sup>107</sup>

Het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein blijkt aandacht te geven aan het christendom en dan met name het rooms-katholicisme, aangezien dit de wortels zijn van dit christelijke ziekenhuis. Daarnaast heeft het aandacht voor de islam en het hindoeïsme. Aan overige religies wordt weinig tot geen aandacht geschonken, aangezien er weinig vraag naar is. Het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

---

<sup>105</sup> Roding.

<sup>106</sup> Roding.

<sup>107</sup> Roding.

is duidelijk een van oorsprong rooms-katholiek ziekenhuis. Dit blijkt o.a. uit de identiteitsnota van het ziekenhuis en de kruisjes die in de kamers hangen. Ook zijn de katholieke geestelijk verzorgers in de meerderheid in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Dit betekent echter niet dat er enkel aandacht is voor het rooms-katholicisme. In het stiltecentrum geeft men specifiek aandacht aan het christendom, de islam en het hindoeïsme. Verder is het mogelijk om algemene gedachten op te schrijven in een boek, of spirituele literatuur te lezen. Ook is het toegestaan voor zowel patiënten, als het personeel om hoofddoekjes te dragen. Het is niet mogelijk om een religieus dieet te volgen. Wel kan men enkel vegetarisch eten. Grote feesten als Ramadan, het Suikerfeest, Kerst en Pasen worden gevierd. Minder vertegenwoordigde gemeenschappen als het jodendom het boeddhisme krijgen minder tot geen aandacht. Men voorziet verder in christelijk oecumenische diensten en islamitische patiënten en hun naasten, als ook het personeel, kunnen gebruik maken van het de islamitische gebedsruimte. Her en der valt er dus nog aandacht te geven aan andere religies. Maar wat veel goedmaakt is dat de dienst geestelijke verzorging in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein veel aandacht geeft aan vernieuwing en ontwikkeling. Men probeert de dialoog open te stellen door bijvoorbeeld meditatie te starten, waar elke religie welkom is. Ook komt men vier keer per jaar bijeen met andere afdelingen, om te bespreken wat in het belang van de patiënt is. Daarnaast geeft Roding zelf ook aan dat men opnieuw wil gaan kijken naar het herdefiniëren van de identiteitsnota, zodat deze niet enkel gericht is op het levensbegin- en einde. Er is volop beweging en verandering binnen het St. Antonius te Nieuwegein. Men wil meer aandacht geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond en multiculturaliteit. Men ziet in dat het niet altijd mogelijk is om als christelijk geestelijk verzorger antwoorden te geven op islamitisch gerichte vragen en dat wellicht de imam moet worden ingeschakeld. De christelijke achtergrond van dit ziekenhuis betekent dus niet per definitie stilstand.

Gegeven aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein:

- Stiltecentrum:  
ruimte voor herdenking, niet specifiek religieus gerelateerd gebed evenals meditatie, specifieke aandacht voor het christendom, de islam en het hindoeïsme door middel van wandbekleding en aparte gebedsruimte.
- Geestelijk verzorgers van islamitische- en hindoeïstische achtergronden beschikbaar op afroep.
- Het dragen van hoofddoekjes is toegestaan voor zowel patiënten als medewerkers.
- Aandacht voor christelijk en islamitisch religieuze feesten zoals Kerst, Ramadan en Suikerfeest.
- Openstellen interreligieuze samenkomst door middel van innovatie betreffende omgang met religieuze behoeftes van de patiënten. Een voorbeeld hiervan is de open meditatie.
- Samenkomst verschillende afdelingen, om de behoeftes van de patiënt te bespreken, waaronder ook de specifiek religieuze behoeftes.
- Mogelijkheid om christelijk oecumenische diensten bij te wonen.

Punten van verbetering betreffende het geven aan aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein:

- Geen officiële diensten voor andere religies dan het christendom.
- Geen joods geestelijk verzorger, of humanistisch raadsman/vrouw op afroep beschikbaar.
- Geen aandacht voor religieuze feesten buiten de islam en het christendom.
- Niet mogelijk om religieus afgestemde diëten te volgen.
- Weinig aandacht voor andere religies dan het christendom, de islam en het hindoeïsme.

#### 7.4 Het St. Jansdal te Harderwijk

Het St. Jansdal te Harderwijk is ontstaan uit een fusie van drie plaatselijke ziekenhuizen, namelijk het Boerhaave Ziekenhuis en het Pius Ziekenhuis, deze waren beide gesitueerd in Harderwijk, en het ziekenhuis Salem te Ermelo. In 1976 besloot men dat deze drie ziekenhuizen verouderd waren en het beste konden fuseren op een centrale plek in Harderwijk. In 1987 was de bouw uiteindelijk klaar en het St. Jansdal te Harderwijk was een feit.<sup>108</sup>

Het St. Jansdal heeft haar naam te danken aan een middeleeuws klooster dat zich bevond in Ermelo. Dit klooster was gewijd aan de orde van Sint Jan, oftewel Johannes de Doper. Al sinds 1113 konden zieken hier terecht om verzorgd te worden door de monniken.<sup>109</sup>

Daarnaast paste de naam goed bij wat het ziekenhuis wilde uitdragen:

“Johannes heeft ook Jezus gedoopt. Hij zag de Geest Gods als een duif neerdalen, de duif als het symbool van de Heilige Geest. Daarom is de duif in het vignet van het St Jansdal opgenomen. Bezoekers, patiënten en medewerkers komen dit symbool in het ziekenhuis en op het drukwerk steeds weer tegen.”<sup>110</sup>

#### Interview

Huib van der Burg is geestelijk verzorger in het christelijk ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk. Hij is aangesteld als fulltime protestants geestelijk verzorger. Verder is er nog een parttime rooms-katholiek geestelijk verzorger voor vast aangesteld bij het St. Jansdal. *“Overigens is dit niet principieel zo verdeeld. Het is voornamelijk zo gegroeid, want het gaat uiteindelijk om capaciteit.”*<sup>111</sup>, maakt van der Burg duidelijk. Daarnaast heeft het ziekenhuis contact met een Turkse imam en een humanistische raadvrouw, die beiden op afroep beschikbaar zijn.

Volgens van der Burg is het in het St. Jansdal belangrijk om aandacht te geven aan de christelijke identiteit.

“Deze christelijke identiteit komt naar voren in de verschaftte zorg. Tegelijkertijd is het ook van belang dat er openheid is voor persoonlijke interpretaties. Dit houdt in dat het christelijk geloof niet wordt opgelegd, maar dat wel duidelijk is dat er vanuit deze traditie zorg verleend wordt. Door het christelijk geloof op te leggen, zal

---

<sup>108</sup> St. Jansdal,

<http://www.stjansdal.nl/over-st-jansdal/karakteristieken/geschiedenis> , geraadpleegd op 18-5-11.

<sup>109</sup> Idem.

<sup>110</sup> Idem.

<sup>111</sup> H. van der Burg, 14-10-2010 in het St. Jansdal te Harderwijk.

het vuur doven en dat willen we allerminst. Daarom is het van belang dat er ruimte is voor een eigen interpretatie.”<sup>112</sup>

Op het moment blijkt de ruimte voor de verschillende religies in het ziekenhuis het meeste uit het stiltecentrum. Deze ruimte is ongeveer zes meter lang en zes meter breed. Bij binnenkomst loopt men tegen een wand met de tekst ‘Stiltecentrum’ aan. Hierachter bevindt zich de algemene ruimte. Het eerste wat opvalt is een groot raam van glas in lood. “Het is geen specifieke afbeelding, maar er wordt wel veel gespeeld met kleuren en vormen. Zo kunnen mensen er een eigen interpretatie en emotionele lading aan geven.”<sup>113</sup> Er staat verder een hoek met LED-kaarsen, voor hen die een kaarsje willen ‘branden’, en een boek om gebeden en andere gedachten in op te schrijven. Op een plank staan verschillende boeken, zoals de Bijbel en de Koran. Maar ook gebedenboekjes en gebedskettingen zijn er te vinden, samen met een aantal gebedskleden voor de islamitische patiënten, bezoekers en werknemers. Het oosten staat aangegeven met een windroos.

“Op de één of andere manier was deze plek echter te geobstrueerd om prettig te bidden. De richting wordt min of meer geblokkeerd door de extra wand die is geplaatst. Veel moslims bleken daar moeite mee te hebben. Daarom hebben we een imam laten komen om dit probleem te bespreken. Hij heeft toen de zuidoostelijke kant goedgekeurd en sinds dien staat deze aangegeven met een klein bordje.”<sup>114</sup>

Overigens is er geen aparte wasruimte voor moslims. Al weerhoudt dit medewerkers er niet van om gebruik te maken van het vrijdagmiddag gebed. “Ik zou het zelf wel een mooie stap vinden om een wasruimte aan te laten leggen. Dit is toch een stuk gastvrijheid.”<sup>115</sup>, aldus van der Burg. De ruimte is verder voorzien van een klein waterweggetje, maar op het moment staat deze om hygiënische redenen droog. Er staat ook een vaas gevuld met witte steentjes. “De steentjes staan voor onze overleden medewerkers. Eén keer per jaar hebben we een herdenking voor hen. Dan nemen de nabestaanden en collega’s steentjes mee als herinnering.”<sup>116</sup> Verder is er een grote steen ingemetseld, voorzien van een christelijke tekst.

“We zijn op zoek naar een andere inrichting van het huidige stiltecentrum. Het moet bijzonder zijn en een andere sfeer uitstralen dan het ziekenhuisgevoel. Ook willen we het niet typeren als christelijk, maar ruimte bieden aan een ieder die wil binnen treden. Daarom zal hoogstwaarschijnlijk de ingemetselde steen ook verdwijnen. Dat we deze ruimte geven is een indirecte verwijzing naar onze christelijke identiteit.”<sup>117</sup>

---

<sup>112</sup> Van der Burg.

<sup>113</sup> Van der Burg.

<sup>114</sup> Van der Burg.

<sup>115</sup> Van der Burg.

<sup>116</sup> Van der Burg.

<sup>117</sup> Van der Burg.

Als we spreken over het nut van een stiltecentrum stelt van der Burg duidelijk:

“Er moet geen sprake zijn van het woord ‘nut’. Nut komt al te veel voor in instellingen als ziekenhuizen. Een stiltecentrum biedt ruimte voor meer dan dat. Het is beter te spreken over een emotionele waarde, dan over nut.”<sup>118</sup>

Op de vraag of ruimte voor multireligiositeit belangrijk is in een ziekenhuis vertelt H. van der Burg het volgende:

“Mensen komen oorspronkelijk voor de arts. Ze krijgen dan te horen dat ze erg ziek zijn. Hun leven valt in duigen. Na een tijdje merken mensen dat ze niet enkel als een patiënt behandeld willen worden. Ze willen weer in contact komen met zichzelf. Ze stellen de vraag: hoe vind ik mijn leven terug? De zielzorg is dan op de achtergrond geraakt. Het is erg belangrijk om daar ruimte aan te geven en dit trachten wij te doen door middel van geestelijke verzorging. En dan maken we geen geheim vanuit welke identiteit wij deze ruimte willen geven: namelijk de christelijke identiteit. Maar hierbij gaat het om de christelijke motieven en niet om kerkelijke religie. Dit komt op de tweede plaats. Het is het belangrijkste dat mensen weer tot zichzelf komen en dat is vaak tot dat wat voor die persoon heilig is. Er is dus wel ruimte voor multireligiositeit, maar bepaalde begrippen vervallen nou eenmaal als iemand ernstig ziek is.”<sup>119</sup>

Het ziekenhuis voorziet ook in vieringen. Iedere zondagochtend vindt een christelijk oecumenische viering plaats. Zo blijft het ziekenhuis trouw aan de christelijke wortels. Ook zijn er veel medewerkers met hoofddoekjes te vinden. Dit is dus volgens het ziekenhuis gewoon toegestaan. De vieringen van feestdagen zijn voornamelijk gericht op de grote christelijke feestdagen zoals kerst en pasen. Maar ook de andere Nederlandse feestdagen krijgen aandacht. Wat opvalt, is dat er geen specifieke aandacht wordt geschonken aan bijvoorbeeld ramadan of divali. Verder is het mogelijk om aan te geven dat een speciaal dieet gevolgd wordt. Ook als deze wordt bepaald door een religieuze overtuiging: “Heeft u door een dieet, cultuur, geloofs- of levensovertuiging een ander eetpatroon, dan kunt u dit eetpatroon in het ziekenhuis blijven volgen”<sup>120</sup>

Het St. Jansdal blijkt dus ruimte te bieden aan mensen van een christelijke, islamitische en humanistische achtergrond. Het feit dat weinig mensen die dit ziekenhuis bezoeken van een andere religie zijn, maakt dat er verder weinig aandacht wordt geschonken aan die andere religies. Zo zijn er geen hindoeïstische- of boeddhistische boeken, en is er geen pandit op afroep beschikbaar. Al met al is vast te stellen dat het St. Jansdal in Harderwijk duidelijk een christelijk ziekenhuis is. Toch probeert het ziekenhuis deze waarden niet op te dringen aan patiënten, of werknemers. Het ziekenhuis maakt wel duidelijk dat dit het uitgangspunt is, maar persoonlijke interpretatie lijkt een sleutelwoord te zijn. De zorg wil vasthouden aan de christelijke identiteit, omdat deze aandacht schenkt aan de naastenliefde. Er is ruimte voor het dragen van hoofddoekjes, om te bidden, een cultureel of religieus dieet te volgen, en hulp te zoeken bij een geestelijk verzorger van een eigen

---

<sup>118</sup> Van der Burg.

<sup>119</sup> Van der Burg.

<sup>120</sup> *St. Jansdal*,

[http://www.stjansdal.nl/patienten/afdelingen/overige-afdelingen/catering/catering.htm?searching=dieet\\*](http://www.stjansdal.nl/patienten/afdelingen/overige-afdelingen/catering/catering.htm?searching=dieet*) , geraadpleegd op 2-11-10.



denominatie. Al zijn er beperkingen aan deze laatste optie verbonden. Religieuze feesten worden beperkt tot het christendom, evenals de zondagse vieringen. Het St. Jansdal voorziet dus in een aantal elementen, maar her en der kan de aandacht voor multiculturaliteit en multireligiositeit nog verbeterd worden. Het feit dat men op zoek is naar een nieuwe indeling van het stiltecentrum en dat men benadrukt dat een eigen interpretatie mogelijk is, geeft wel aan dat dit ziekenhuis voortdurend in verandering is en dat men zich bovendien bewust is van de mogelijkheid om te veranderen, ten behoeve van de multiculturaliteit. De christelijke achtergrond betekent dus niet bij voorbaat ´stilstand´.

Gegeven aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het St. Jansdal te Harderwijk:

- Stiltecentrum:  
ruimte voor herdenking, algemeen gebed, christelijke- en anders religieus gerelateerde meditatie, gebedskleden voor islamitisch gebed, gebedskralen, bezinningsboeken, Bijbels en Korans.
- Beschikbaarheid van zowel een protestants en rooms-katholiek geestelijk verzorger, als van een imam en een humanistische raadvrouw.
- Het dragen van hoofddoekjes is toegestaan voor zowel patiënten als medewerkers.
- Mogelijkheid tot het volgen van een religieus dieet.
- Mogelijkheid om christelijk oecumenische diensten bij te wonen.
- Aandacht christelijke feesten.

Punten van verbetering betreffende het geven aan aandacht aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het St. Jansdal te Harderwijk:

- Geen officiële diensten voor andere religies dan het christendom.
- Geen aandacht voor religieuze feesten buiten het christendom.
- Geen aparte wasruimte, of gebedsruimte voor moslims.
- Geen pandit of hindoe-geestelijkverzorger, of joods geestelijk verzorger op afroep beschikbaar.
- Weinig aandacht voor andere religies dan het christendom, de islam en de humanistische levensovertuiging.

## 8. Conclusie

### 8.1 Het verhaal

Het doel van dit onderzoek is het beantwoorden van de hoofdvraag 'op welke wijze kan de aandacht voor de multireligieuze achtergrond van de patiënten binnen, al dan niet religieuze, ziekenhuizen verbeterd worden?'. Om dit te kunnen doen, is er eerst gekeken naar eerdere onderzoeken naar dit onderwerp. Uit het verleden is namelijk gebleken dat er vraag is naar aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Na verschillende onderzoeken, waaronder het McGV-project en de latere studies van IVA is duidelijk geworden dat het mogelijk is om een algemeen beleid te ontwerpen voor ziekenhuizen, waarin de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond wordt vastgelegd. Zij wijzen er wel op dat een aantal stappen ondernomen moet worden, voordat dit beleid kan worden ingezet. Namelijk: de juiste ondersteuning van de overheid ontvangen, het professionaliseren van studies geestelijke verzorging betreffende iedere religie, het opstarten van beroepsverenigingen en het opstarten van helpdesks om vragen betreffende dit nieuwe beleid te kunnen beantwoorden.

Tot nog toe zijn verdere pogingen tot het invoeren van een dergelijk beleid gestaakt. Het lijkt er op dat voornamelijk het ontbreken van steun vanuit de overheid en daarmee het verschaffen van een voldoende budget, de grootste obstakels zijn.

Maar toch is het nog steeds belangrijk dat er meer aandacht komt voor multireligieuze achtergrond van de patiënten binnen ziekenhuizen.

Het belang van multireligieuze zorg is gebleken uit de multireligieuze samenstelling van het huidige Nederland. Doordat er meer patiënten met verschillende religieuze achtergronden zich in het ziekenhuis bevinden, zal er ook geestelijke aandacht aan hen moeten worden geschonken. Zij hebben er immers net zoveel recht op als de christelijke patiënten.

Om op een zo efficiënt mogelijke manier aandacht te geven aan de patiënten met verschillende religieuze achtergronden, moeten een aantal elementen aanwezig zijn. Dit is vastgesteld, aan de hand van geraadpleegde literatuur en de mening van experts. Over het algemeen zijn deze voorzieningen vast te leggen in de volgende thema's:

#### *Educatie en modernisering*

Het opleiden van het ziekenhuispersoneel, zodat zij meer begrip hebben voor patiënten met verschillende religieuze achtergronden. Ook bevordert dit de communicatie met patiënten, dit vergemakkelijkt het arbeidsproces. Het openstaan voor multireligieuze veranderingen binnen het ziekenhuis, zodat multireligieuze zorg een basale plek kan innemen.

#### *Multireligieuze samenstelling Dienst Geestelijke Verzorging*

Er moet door het ziekenhuis gestreefd worden naar passende geestelijke zorg voor iedere patiënt. Dit houdt in dat bijvoorbeeld islamitische patiënten recht hebben op geestelijke ondersteuning van een imam. Het is dan belangrijk dat er niet enkel een christelijk geestelijk verzorger in dienst is. Hij zal in dit geval immers niet een efficiënte geestelijke zorg kunnen bieden, zoals zijn islamitische collega dat wel zou kunnen. Idealiter wordt een geestelijk verzorger van iedere denominatie aangesteld binnen

het ziekenhuis. Door bepaalde beperkingen kan het zijn dat het ziekenhuis hier niet toe in staat is. Het zou dan verstandig zijn om geestelijk verzorgers van de religies die het meest voorkomen in de directe zorgomgeving, een vaste aanstelling aan te bieden. Daarnaast moeten geestelijk verzorgers van andere denominaties op afroep beschikbaar zijn. Zo is er altijd een mogelijkheid om passende geestelijke verzorging aan te bieden.

#### *Praktische zaken*

Dit onderwerp gaat in op materiële zaken die aanwezig dienen te zijn binnen het ziekenhuis, wil zij voldoen aan goede multireligieuze zorg. Deze praktische zaken omvatten ondermeer een stiltecentrum, met daarbinnen een islamitische gebedsruimte en de nodige materialen om religieuze rituelen als gebed mogelijk te maken. Ook de vrijheid om geloof te uiten in kleding, en sieraden, voor zowel patiënten als werknemers, moet worden toegestaan voorzover dit niet in strijd is met de hygiënische regels van het ziekenhuis.

Het ziekenhuis hoort ook aandacht te schenken aan de grote religieuze feesten. Daarnaast moet het voor iedere patiënt altijd mogelijk te zijn om een religieus dieet te volgen. Tenslotte is het belangrijk om verschillende religieuze diensten aan te bieden. Wanneer het mogelijk is om christelijk oecumenische diensten te volgen, behoren er ook bijvoorbeeld hindoeïstische diensten georganiseerd te worden. Het is niet aan te raden om een religie achter te stellen, maar mocht het financieel niet mogelijk zijn om te voorzien in alle diensten, dan dient het ziekenhuis zich aan te passen naar de religieuze samenstelling van de directe zorgomgeving.

#### *Professionalisering*

Een goede, erkende opleiding van de geestelijk verzorgers is cruciaal. Oudere geestelijk verzorgers dienen te worden bijgeschoold, waar geestelijk verzorgers in opleiding een complete studie moet worden aangeboden.

#### *Professionele communicatie*

Dit betreft de communicatie tussen werknemers. Om dit te optimaliseren dient het ziekenhuispersoneel niet alleen professioneel opgeleid te zijn, maar ook deel te nemen aan cursussen die binnen het ziekenhuis aangeboden moeten worden. Van Bommel maakt hier veel gebruik van binnen zijn drie sporen beleid, dat hij heeft mede ontworpen voor het Medisch Centrum Haaglanden:

#### *Het drie sporen beleid*

Ten eerste wordt een aparte commissie opgezet, in het Medisch Centrum Haaglanden genaamd 'groep interculturele communicatie en attitude'. Deze groep werkt nauw samen met allochtone medewerkers binnen het ziekenhuis. Niet alleen geven deze medewerkers inzicht in culturele, maar ook religieuze aspecten van het leven. Door te communiceren met een professionele commissie kunnen er structureel aanpassingen worden gemaakt binnen het ziekenhuis.

Het eerste spoor beslaat dan ook de jaarlijkse samenkomst tussen deze beide groepen. Zo wordt constante openheid nagestreefd.

Het tweede spoor gaat om de training van de groep interculturele communicatie en attitude.

Professionele trainers uit verschillende culturele en religieuze achtergronden houden op deze wijze de groep op het hoogste educatieve niveau. Zo is men altijd op de hoogte en educatief onderlegd.

Het derde spoor gaat om onderzoek naar de religieuze en culturele gelaagdheid van de directe zorgomgeving. Door het op de hoogte zijn hiervan, kan het ziekenhuis bijvoorbeeld de geestelijke verzorging dusdanig aanpassen, dat het op religieus en cultureel vlak zo efficiënt mogelijke zorg kan aanbieden voor de regio. Dit geldt uiteraard niet alleen voor de geestelijke verzorging, maar ook voor de complete zorg.

## 8.2 De beoordeling

De vier bezochte ziekenhuizen voldoen allen op geheel eigen wijze aan bepaalde elementen die door de experts en literatuur als een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem worden beschouwd. De een doet dit completer dan de ander. Aan de hand van de bezoeken en interviews die zijn afgenomen binnen de ziekenhuizen, kan een eindoordeel geveld worden over het zo compleet mogelijk voldoen aan een zo adequaat mogelijk religieus zorgsysteem. De volgende beoordeling is van toepassing op de onderzochte ziekenhuizen. Deze is gebaseerd op eerder gedane conclusies, aan het einde van de onderzoeken naar een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem en inrichting van multireligieuze zorg binnen de ziekenhuizen.

	<i>Educatie en modernisering</i>	<i>Multireligieuze samenstelling DGV</i>	<i>Praktische zaken</i>	<i>Professionalisering</i>	<i>Professionele communicatie</i>
<i>Amstelland Ziekenhuis</i>	Goed	Beperkt	Matig	Goed	Zeer goed
<i>Flevoziekenhuis St. Antonius Ziekenhuis</i>	Zeer goed	Zeer Goed	Goed	Goed	Goed
<i>St. Antonius Ziekenhuis</i>	Matig	Matig	Goed	Goed	Goed
<i>St. Jansdal Ziekenhuis</i>	Goed	Matig	Matig	Goed	Goed

Niet ieder ziekenhuis kan of wil op dit moment voldoen aan een multireligieus zorgsysteem. Dit zou verschillende oorzaken kunnen hebben:

### *Budget*

De grootste reden die door ziekenhuizen wordt aangevoerd waarom zij op dit moment niet kunnen voorzien in complete multireligieuze zorg, is het gebrek aan geld. Ieder ziekenhuis krijgt een bepaald budget om te voorzien in geestelijke verzorging. Uiteraard zit er een limiet aan dit budget en moeten er keuzes gemaakt worden.

Dit maakt ook het, volgens het ziekenhuis, een ander knelpunt duidelijk. Patiënten zijn per locatie religieus sterk vertegenwoordigd. Dit maakt dat met het maken van budgettaire beslissingen, deze religieuze groeperingen voorkeur van uitgaven krijgen.

#### *Locatie*

Budget wordt dus verbonden met het element locatie. Het is dan ook aan te raden om ieder ziekenhuis onderzoek te laten doen naar de religieuze gelaagdheid van de directe zorgomgeving. Mocht het ziekenhuis, zo zonder multireligieus beleid, budgettair niet kunnen voorzien in complete multireligieuze zorg, dan kan het op zijn minst voorzien in multireligieuze zorg die het meest gewenst is in de omgeving.

#### *Oorsprong*

Ook de oorsprong van het ziekenhuis kan bepalend blijken voor de keuze om bepaalde religieuze groeperingen meer aandacht te geven dan anderen. Het Amstelland Ziekenhuis is bijvoorbeeld oorspronkelijk speciaal opgericht voor joodse patiënten. Zowel op basis van historie van de Nederlandse joodse samenleving, als de traditie van het historische ziekenhuis. Het is goed te bedenken dat dit ziekenhuis er daarom voor blijft kiezen om deze lijn aan te houden. Dit wil niet direct zeggen dat dit tegenwoordig nog wenselijk is.

De gang van zaken in St. Antonius en het St. Jansdal zijn eveneens sterk bepaald door traditie en gewoonte. Zij bestaan al jaren en zijn opgericht vanuit een christelijke traditie. Dit houdt in dat men met de tijd mee moet groeien. Dit lukt wel tot op zekere hoogte, maar het blijft moeilijk om zich aan te passen en aandacht te geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond. Er is nooit de noodzaak geweest om een multireligieus zorgbeleid te voeren. Dit betekent dat een multireligieus beleid ontbreekt en uit oude traditie gevormd zal moeten worden. Dit is niet onmogelijk, maar wel moeilijker dan voor bijvoorbeeld nieuwere ziekenhuizen.

Het Flevoziekenhuis daarentegen is hier een voorbeeld van. Dit ziekenhuis is opgericht in een stad die pas werd gesticht in 1976, toen de modernisering van de Nederlandse samenleving al een eind op weg was. Dit houdt ook in dat er meer vanzelfsprekend aandacht wordt gegeven aan de meerdere religieuze achtergronden van patiënten. Dit ziekenhuis heeft niet mee moeten groeien en aan hoeven passen aan de moderniteit. Dit maakt het wellicht makkelijker om multireligieuze zorg aan te bieden.

#### *Sociaal-politieke omstandigheden*

De ziekenhuizen geven soms aan dat bepaalde religieuze groeperingen de Dienst Geestelijke Verzorging benaderen om aan te geven, meer aandacht te willen voor hun religie binnen bijvoorbeeld het stiltecentrum. Vaak gaat het hierbij om, binnen de religie, hooggeplaatste personen. En dikwijls zijn deze personen actief lid binnen de plaatselijke politiek. Door directe benadering worden de ziekenhuizen min of meer gedwongen om aandacht te geven aan deze groeperingen. De vraag is echter of dwang een wenselijke motivatie moet zijn om aandacht te geven aan patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Des te beter lijkt het om een algemeen multireligieus zorgbeleid in te voeren.

#### *Houding management van het ziekenhuis*

De houding ten opzichte van patiënten met een multireligieuze achtergrond door het ziekenhuismanagement is eveneens bepalend wanneer het aankomt op het aandacht geven aan

patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen. Wanneer een management bijvoorbeeld overwegend christelijk is en wil vasthouden aan de christelijke wortels van het ziekenhuis, zullen veranderingen die meer aandacht geven aan andere religies eerder tegengehouden kunnen worden. Het management blijft namelijk bepalend binnen het ziekenhuis. Het aannemen van een multireligieus beleid zal daarom mogelijk verplicht moeten worden, om eventuele tegenwerking te omzeilen.

Uit deze analyse is gebleken dat het Flevoziekenhuis te Almere de meest complete multireligieuze zorg biedt. De combinatie van een zeer brede multireligieuze samenstelling van de Dienst Geestelijke Verzorging en de openheid voor modernisering en constante educatie, samen met de goede aandacht voor praktische zaken, professionalisering en de professionele communicatie maken dit ziekenhuis tot het beste in de multireligieuze zorg voorziening. Dit komt mede door het zorgplan dat het Flevoziekenhuis voert en de vooruitstrevendheid van de Dienst Geestelijke Verzorging. Het zorgplan Planetree streeft naar juiste zorg voor de hele persoon van de patiënt. Deze aanpak heeft tot gevolg dat men een open houding aanneemt en aandacht heeft voor de verschillende religieuze achtergronden van de patiënten. Door hier aandacht aan te schenken hoopt het zorgplan respect te tonen voor de persoon en zo de samenwerking met de patiënt te verbeteren. Hierdoor wordt het arbeidsproces vergemakkelijkt, waar zowel het personeel als de patiënt de voordelen van kan merken. Planetree maakt het voor de Dienst Geestelijke Verzorging mogelijk om met meer vrijheid te handelen. Wanneer er gedreven en open geestelijk verzorgers werkzaam zijn binnen het ziekenhuis, kunnen veranderingen en verbeteringen makkelijker doorgevoerd worden. Omdat het personeel van de Dienst Geestelijke verzorging in het Flevoziekenhuis zelf vanuit verschillende religieuze achtergronden werkzaam is, is aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen het ziekenhuis erg belangrijk gebleken. Deze combinatie blijkt uitstekend te werken voor het Flevoziekenhuis.

Het optimaliseren van de juiste zorg kan wellicht vervuld worden door het handhaven van een multireligieus beleid. Het laten vastleggen van een concreet beleid, betreffende aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen kan zorgen voor perfectionering van de geestelijke zorg. De voordelen van het voldoen aan een zo correct mogelijk multireligieus zorgsysteem zijn naarmate dit onderzoek vorderde duidelijk geworden. Het is beter voor de geestelijke zorg van de patiënt, het optimaliseert de werksfeer en dat leidt tot respect en rust vanuit de patiënt, goede communicatie en soepeler werkomstandigheden. Daarnaast is het aanbieden van de juiste zorg binnen een ziekenhuis essentieel. Het aanbieden van de juiste vorm van religieuze ondersteuning vormt daarop geen uitzondering. Uiteindelijk kan worden vastgesteld dat een multireligieus zorgbeleid noodzakelijk en onmisbaar is in de multireligieuze samenstelling van modern Nederland.

Op basis van deze studie en na inzicht gekregen te hebben in het aanbieden van multireligieuze zorg, is de conclusie gerechtvaardigd dat het standaardiseren van een multireligieus zorgbeleid binnen ziekenhuizen wenselijk is. Dit beleid kan bestaan uit de eerder aangedragen punten voor een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem, aangevuld met het drie sporen beleid van Van Bommel.

Deze basis dient te worden aangevuld met een specifiekere praktijk om dit basale beleid actueel te houden. Deze combinatie kan de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen drastisch verbeteren en op een hoog niveau houden.

### **8.3 Samenvattend**

Samenvattend kan gezegd worden dat het Flevoziekenhuis de meest complete voorzieningen biedt voor een zo adequaat mogelijk multireligieus zorgsysteem. Dit komt o.a. door het volgen van het zorgplan Planetree, waar ruimte is voor aandacht voor de patiënt als persoon. Daarnaast bestaat de Dienst Geestelijke Verzorging uit geestelijk verzorgers afkomstig uit verschillende religieuze tradities. Hun inzichten en vooruitstrevendheid helpt bij het aanbieden van multireligieuze zorg.

Het optimaliseren van aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen kan gerealiseerd worden door het handhaven van een multireligieus beleid. De voordelen zijn gebleken en daarnaast is een dergelijk beleid niet langer te omzeilen in het multireligieuze Nederland van vandaag.

Door het voeren van een algemeen multireligieus zorgbeleid, gecombineerd met communicatie en praktijk zoals voorgesteld in het drie sporen plan van Van Bommel zal de aandacht voor patiënten met een multireligieuze achtergrond binnen ziekenhuizen perfectioneren.

### **8.4 Antwoord op de hoofdvraag**

Het antwoord op de hoofdvraag 'op welke wijze kan de aandacht voor de multireligieuze achtergrond van de patiënten binnen, al dan niet religieuze, ziekenhuizen verbeterd worden?' luidt als volgt:

Door het verplicht invoeren van een multireligieus beleid, met daarin opgenomen de elementen 'educatie en modernisering', 'multireligieuze samenstelling Dienst Geestelijke Verzorging', 'praktische zaken', 'professionalisering' en 'professionele communicatie', aangevuld met het drie sporen beleid van Van Bommel. Zo wordt de aandacht voor de multireligieuze achtergrond van de patiënten binnen, al dan niet religieuze, ziekenhuizen verbeterd, ongeacht het budget, de locatie, de oorsprong, de sociaal-politieke omstandigheden, of de houding van het ziekenhuismanagement. Het is dan wel van belang dat de overheid meewerkt en de nodige steun biedt om dit beleid door te voeren, o.a. door het bieden van financiële steun, maar ook van aanvullende steun door een helpdesk op te richten om vragen over het beleid te kunnen beantwoorden en problemen te kunnen oplossen.

## 9. Bronnen

### Literatuur

- Akker, P. van den en S. van Wersch, *‘Naar meer pluriformiteit in de geestelijke verzorging in zorginstellingen’*, Tilburg 2003.
- Bommel, A. van, *Islam en Ethiek in de gezondheidszorg*, Den Haag 1993.
- Bommel, A. van e.a., *Wankele waarden, levenskwesaties van moslims belicht voor professionals*, Utrecht 2003.
- Brugmans, E. (red.), *Cultuurfilosofie: Katholieke, reformatorische, humanistische, islamitische en joodse reflecties over onze cultuur*, Budel 2002.
- Donk, W.B.H.J. van de, A.P. Jonkers, G.J. Kronee, R.J.J.M. Plum (reds.), *Geloven in het Publieke Domein: verkenning van een dubbele transformatie*, Amsterdam 2006.
- Doolaard, J. (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2006.
- Engen, H. van en V. Robijn, *Op Zoek naar het Religieus Erfgoed: Handleiding voor Onderzoek in Kerkelijke Archieven*, Hilversum 2008.
- Lijphart, A., *Verzuiling, Pacificatie en Kentering in de Nederlandse Politiek*, Amsterdam 2007.
- Nederlandse Zorgfederatie: Commissie Geestelijke Verzorging, *‘Kleur bekennen: een veranderende geestelijke verzorging in een multi-culturele gezondheidszorg’*, Utrecht 1994.
- Oostindie, G. en I. Klinkers, *Knellende Koninkrijksbanden: het Nederlandse dekolonisatiebeleid in de Caraïben 1940-2000: Deel 3 1975-2000*, Amsterdam 2001.
- Universitair Medisch Centrum Utrecht, *Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multi-cultureel perspectief*, Utrecht 1999.
- Universitair Medisch Centrum Utrecht, *Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multicultureel perspectief: Verzamelde Nota’s van de Werkgroep ‘Identiteit, Ambtelijkheid en Professionalisering’*. Utrecht 1999.
- Vorstenbosch, J., *‘Zorg voor kleur: Over ethiek, multiculturaliteit en zorg’*, Utrecht 2003.



## Websites

### *Amstelland Ziekenhuis*

<http://www.ziekenhuisamstelland.nl/over-zha/organisatie/historie/>  
<http://www.ziekenhuisamstelland.nl/over-zha/organisatie/de-joodse-identiteit/>  
<http://www.ziekenhuisamstelland.nl/patienten/specialismen-en-afdelingen/joodse-vleugel/>  
<http://www.ziekenhuisamstelland.nl/patienten/specialismen-en-afdelingen/japan-desk/>  
<http://www.sinai.nl/nl/>

### *Flevoziekenhuis*

<http://www.flevoziekenhuis.nl/werken-en-leren/fz-als-werkgever?qh=YT0xOntpOjA7czo4OiJoaXN0b3JpZSI7fQ%3D%3D>  
<http://www.planetree.nl/>

### *Hindoe geestelijken*

<http://www.hindoegeestelijken.nl>

### *Humanistisch Verbond*

<http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/geschiedenis>  
[http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/eigentijds\\_humanisme/de\\_grondslag](http://www.humanistischverbond.nl/humanisme/eigentijds_humanisme/de_grondslag)

### *Indiawijzer*

[http://www.indiawijzer.nl/educational\\_institutions/hindu\\_schools/nieuwegein/hindu\\_geestelijke.htm](http://www.indiawijzer.nl/educational_institutions/hindu_schools/nieuwegein/hindu_geestelijke.htm)

### *IVA*

[http://www.iva.nl/Home/Over\\_IVA/Partners/Universiteit\\_van\\_Tilburg.aspx?pgId=298](http://www.iva.nl/Home/Over_IVA/Partners/Universiteit_van_Tilburg.aspx?pgId=298)

### *Nieuwe Moskee*

<http://www.nieuwemoskee.nl/blogteam/>

### *Rijksoverheid*

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid-en-immigratie>

### *St. Antonius Ziekenhuis*

<http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/historie/>  
[http://www.antoniusziekenhuis.nl/documenten/ALG\\_24-De\\_levensbeschouweli1.pdf](http://www.antoniusziekenhuis.nl/documenten/ALG_24-De_levensbeschouweli1.pdf)  
[http://www.antoniusziekenhuis.nl/1822865/1850369/dnst\\_geest\\_verz](http://www.antoniusziekenhuis.nl/1822865/1850369/dnst_geest_verz)

*St. Jansdal*

<http://www.stjansdal.nl/over-st-jansdal/karakteristieken/geschiedenis>  
[http://www.stjansdal.nl/patienten/afdelingen/overige-afdelingen/catering/catering.htm?searching=dieet\\*](http://www.stjansdal.nl/patienten/afdelingen/overige-afdelingen/catering/catering.htm?searching=dieet*)

*Universiteit van Tilburg*

[https://uvtapp.uvt.nl/ned\\_brit!/overzicht\\_lijst?v\\_lijst\\_id=1&v\\_lan=nl](https://uvtapp.uvt.nl/ned_brit!/overzicht_lijst?v_lijst_id=1&v_lan=nl)

*Van Bommel*

[http://www.abdulwahid.nl/?page\\_id=57](http://www.abdulwahid.nl/?page_id=57)

*VGvZ*

<http://www.vgvz.nl/userfiles/files/beroepsstandaard.pdf>  
<http://www.vgvz.nl/sectoren/joods>  
[http://www.vgvz.nl/register/informatie\\_over\\_de\\_initiele\\_opleidingen](http://www.vgvz.nl/register/informatie_over_de_initiele_opleidingen)

*Wereldomroep*

<http://static.rnw.nl/migratie/www.wereldomroep.nl/actua/nl/nederland/geschiedenis/herdenkingspecial/pacificoorlog070705/act20050813bot-redirected>

**Respondenten**

Abdulwahid van Bommel  
Alphons van Dijk  
Chaja Italiaander  
Joep Roding  
Haridat Rambaran  
Huib van der Burg  
Rabbijn Jacobs  
Rawie Sewnath