HOE GAAN ISLAMITISCHE ZORGVERLENERS OM MET END OF LIFE CARE ?

Sarah Hessein, Vrije universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Decat, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 8

1.1 Definities 8

1.1.1 Medische definities 8

Levenseindezorg 8

Euthanasie 8

Palliatieve sedatie 9

1.1.2 Islamitische begrippen 9

De islam 9

Sharia 10

Fiqh 10

Een fatwa 10

1.2 Levenseindezorg in België 10

1.3 Levenseindezorg volgens de islamitische ethiek en wetgeving 11

1.3.1 Hoe interpreteren moslims het leven, ziekte en de dood? 12

Het leven 12

Ziekte 12

De dood 13

1.3.2 Palliatieve sedatie en euthanasie 14

1.3.2.1 Actieve euthanasie 14

1.3.2.2 Passieve euthanasie 15

1.4 Islamitische zorgverleners in de Westerse Samenleving 16

1.4.1 Actieve euthanasie 16

1.4.2 Passieve euthanasie 16

2 Methode 19

2.1 Methodologie 19

2.2 Ethiek 19

2.3 Veldwerk 19

2.4 Data analyse 20

3 Resultaten 21

3.1 Participanten 21

3.2 Hoofdthema's 22

3.3 De identiteit 23

3.3.1 De islamitische identiteit 23

3.3.1.1 Herkenning en vertrouwensband 24

3.3.2 Meervoudige identiteit met combinatie van rollen 24

3.4 Medisch-ethische besluitvorming met betrekking tot palliatieve zorg: 25

3.4.1 Professionele neutraliteit 26

3.4.2 shared decision making 26

3.4.3 Predestinatie als ethisch kader 27

3.4.4 Niet schaden als moreel uitgangspunt 29

3.4.5 Comfortzorg als uitdrukking van niet schaden 30

3.5 Brugfunctie van de islamitische zorgverlener 30

3.5.1 Communicatie & Cultuursensitiviteit 32

3.5.1.1 interpersoonlijke communicatie met familie 33

3.5.1.1.1 Misverstanden bij Palliatieve Sedatie en Morfinegebruik 33

3.5.1.1.2 Misverstanden bij staken van (medische) handelingen 34

3.5.1.2 Vroegtijdige zorgplanning 34

3.5.2 Multidisciplinaire samenwerking 34

4 Discussie 36

4.1 De islamitische identiteit als moreel referentiekader 36

4.2 Ethische besluitvorming tussen wetenschap en geloof 36

4.3 Euthanasie 37

4.4 Palliatieve sedatie 37

4.4.1 De brugfunctie als cultureel en professioneel voordeel 38

4.4.2 Multidisciplinaire samenwerking en geestelijke begeleiding 38

4.5 Aanbevelingen 39

4.6 Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek 39

5 Conclusie 40

6 Referenties 41

7 Appendix 45

7.1 Uitgeschreven protocol 45

7.2 Informatie- en toestemmingsformulier artsen 46

7.3 Semi-gestructureerde vragenlijst voor de interviews 52

7.4 Goedkeuring Ethisch Comité UZ Gent 54

7.5 Verzameling van de gebruikte Koran verzen 60

7.6 Verzameling van de gebruikte Hadith 63

7.7 Bijkomende informatie over Euthanasiewet 67

7.8 Achtergrond informatie over de islam 68

7.8.1 Stromingen 68

7.8.2 Fiqh 68

DANKWOORD

Allereerst wil ik mijn oprechte dank uitspreken aan mijn promotor, Prof. Dr. Peter Decat voor zijn steun, vertrouwen en begrip gedurende dit traject. Ondanks de uitdagingen die mijn afwijkend traject, omwille van ziekte, met zich meebracht; was Dr. Decat steeds begripvol en enthousiast over mijn onderwerp.

Met evenveel dankbaarheid richt ik mij tot alle participanten die bereid waren om, ondanks de soms stigmatiserende aard van het onderwerp, open en eerlijk hun verhaal te delen. Hun betrokkenheid vormt de kern van deze thesis.

In het bijzonder wil ik Naomi bedanken, een uitzonderlijke vrouw die steeds opnieuw klaarstond om eindeloos te brainstormen en mij alle kneepjes van het kwalitatief onderzoek leerde. Jouw kritische blik op zowel de inhoud als taal waren van onschatbare waarde. Bedankt voor de vele uren die je investeerde in het nalezen en het verbeteren van zodat mijn dyslectische zinnen leerbaar werden!

Ook mijn dank aan Lina, mijn leerkracht Arabisch, voor haar inzet en nauwkeurigheid bij het controleren van de islamitische bronnen en arabische citaten. Shokran jazilan!

Tot slot wil ik mijn lieve man Anass, mijn lieve zussen, Amani & Ines, mijn broer, ouders en dierbare vrienden bedanken. Jullie onvoorwaardelijke liefde, aanmoediging, geduld en geloof in mij hebben mij ondersteund tijdens de moeilijke momenten. Zonder jullie was dit nooit gelukt.

ABSTRACT

ACHTERGROND In België wordt de geïntegreerde benadering van palliatieve zorg en euthanasie gezien als een ethische plicht en noodzaak, gestoeld op respect voor autonomie en het verlichten van lijden. In de islam daarentegen geldt het behoud van het leven als een ethisch-religieuze plicht, wat leidt tot een andere invulling van concepten zoals ‘leven’, ‘ziekte’ en ‘dood’. Dit vertaalt zich in een andere benadering van levenseindezorg: euthanasie wordt als een grote zonde beschouwd, terwijl de meningen over palliatieve sedatie, DNR en het staken van levensverlengende behandelingen variëren.

Ongeveer 7,6% van de Belgische bevolking identificeert zich als moslim, een percentage dat naar verwachting zal blijven groeien (1). Binnen deze context groeit ook het aantal zorgverleners met een islamitische achtergrond. Dit roept vragen op over hoe zij met levenseindezorg omgaan. Hoewel zij zijn opgeleid binnen een westers, evidence-based medisch systeem, dragen zij ook religieuze waarden die de grenzen van het medisch handelen op een andere manier definiëren. Internationaal onderzoek toont aan dat geloof, het medisch handelen van moslimartsen beïnvloedt. Zo wordt euthanasie vrijwel nooit uitgevoerd, maar worden palliatieve zorg en sedatie door islamitische artsen in het westen wel vaak beschouwd als een professionele en morele plicht.

In België is er echter weinig onderzoek gedaan omtrent de rol van de islamitische zorgverlener. Deze thesis heeft als doel te onderzoeken hoe islamitische zorgverleners in België met levenseindezorg omgaan en hoe zij een meerwaarde kunnen zijn in onze huidige diverse maatschappij.

METHODE Na een uitgebreide literatuurstudie werd een veldonderzoek opgezet. Elf islamitische zorgverleners werden benaderd via het professioneel netwerk van de auteur en promotor; zeven namen deel aan semigestructureerde interviews. De interviews, gebaseerd op een vooraf opgestelde vragenlijst, focusten op hun islamitische identiteit en de invloed daarvan op hun professioneel handelen en medisch-ethische beslissingen. De data werden thematisch en inductief geanalyseerd.

RESULTATEN Uit de interviews bleek dat de zorgverleners hun geloof vooral toepassen in hun persoonlijke leven. Het dient als moreel referentiekader dat empathie, mededogen en hun rechtvaardigheidsgevoel versterkt. Hun medisch-ethisch handelen steunt op vier basisprincipes: professionele neutraliteit, gedeelde besluitvorming, predestinatie en het niet-schaden-principe. Vijf van de zeven deelnemers doen bij euthanasieverzoeken expliciet beroep op hun gewetensclausule van de Euthanasiewet; twee staan onder bepaalde voorwaarden euthanasie toe. De zorgverleners ervaren zichzelf als brugfiguren tussen de medische en islamitische wereld. Zij benadrukken het belang van duidelijke communicatie en pleiten voor multidisciplinaire samenwerking met onder meer cultuurbemiddelaars en organisaties zoals VZW Al Muntaha.

CONCLUSIE In een context van toenemende culturele en religieuze diversiteit binnen palliatieve zorg, waarbij moslims niet alleen als patiënt maar ook als zorgverlener optreden, suggereert dit wetenschappelijk onderzoek dat islamitische zorgverleners in België over het algemeen weinig interne conflicten ervaren met levenseindezorg. Hoewel artsen die niet in België zijn geboren meer moeite hebben met vroegtijdige zorgplanning, vinden de anderen dit een vanzelfsprekend onderdeel van kwaliteitsvolle zorg. Alle deelnemers stellen comfortzorg centraal, met nadruk op duidelijke communicatie en respect voor de wensen van de patiënt.

1. INLEIDING

Op 1 januari 2024 telde de wettelijke Belgische bevolking 11.763.650 geregistreerde inwoners (2). Het exacte aantal moslims in België is onbekend, aangezien de Belgische overheid geen statistieken verzamelt over religie. Naar schatting zou ongeveer 7,6% van de Belgische bevolking moslim zijn, een cijfer dat naar verwachting zal blijven groeien (1).

Binnen deze context groeit ook het aantal zorgverleners met een islamitische achtergrond. Deze zorgverleners combineren hun professionele medische opleiding met religieuze en culturele waarden die een andere invulling kunnen geven aan thema's zoals ziekte, sterven en zorg aan het levenseinde. Dit roept vragen op over hoe zij, binnen een seculiere en evidence-based medische context, omgaan met ethisch gevoelige situaties zoals euthanasie en palliatieve sedatie (2–4).

Vooraleer we hier dieper op ingaan, is het belangrijk een aantal begrippen uit te leggen. Deze werden onderverdeeld in medische definities en islamitische definities. Er werd gekozen om kort een samenvatting te geven over de islamitische medische ethiek om zo mogelijkse tegenstrijdigheden met de westerse medische ethiek op te sporen. Dit zou kunnen helpen bij het begrijpen van mogelijke interne conflicten die islamitische zorgverleners ervaren. Deze thesis werd verder aangevuld met verschillende bijlage waar specifieke achtergrondinformatie in te vinden is.

1.1 DEFINITIES

1.1.1 MEDISCHE DEFINITIES

LEVENSEINDEZORG verwijst naar de multidimensionale zorg waarbij medische, psychologische, sociale en spirituele zorg wordt geboden aan patiënten die lijden aan ernstige, gezondheidsgerelateerde problemen. Levenseindezorg is vooral belangrijk voor patiënten in de laatste fase van hun leven, meestal wanneer genezing niet meer mogelijk is. De focus ligt dus niet op genezing, maar op het bieden van comfort en ondersteuning bij fysieke, emotionele, sociale en spirituele behoeften (5).

EUTHANASIE is in België sinds 2002 bij wet toegestaan. Euthanasie wordt in de euthanasiewet gedefinieerd als: "*Het opzettelijk levensbeëindigend* (medisch) *handelen door een andere dan de betrokkene* (arts)*, op diens verzoek*"[1] (6, Art.2).

Daarbij dienen twee situaties onderscheiden te worden. Enerzijds is er de situatie van het actueel verzoek euthanasie en, anderzijds de situatie waarin de patiënt beschikt over een voorafgaande wilsverklaring euthanasie. Er is sprake van een actueel verzoek euthanasie als een wilsbekwame patiënt een schriftelijk verzoek tot euthanasie heeft opgesteld en dat geschrift voldoet aan de wettelijke voorwaarden. Dergelijk verzoek gaat dus steeds uit van een patiënt die bij bewustzijn is (6, Art. 3).

In het geval van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie gaat het eveneens om een verzoek tot euthanasie opgesteld door de patiënt zelf. De patiënt heeft in dit geval op schrift gesteld dat indien hij

[1] (6). 28 MEI 2002. Wet betreffende de euthanasie, Belgisch Staatsblad.

of zij zijn wil niet meer kan uiten, de arts verzocht wordt euthanasie toe te passen. Dergelijke voorafgaande wilsverklaring kan enkel uitgevoerd worden als drie cumulatieve voorwaarden vervuld zijn. De patiënt moet lijden aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening én mag niet meer bij bewustzijn zijn. De derde voorwaarde vereist dat toestand van de patiënt volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is (6,Art. 4).

Euthanasie is echter geen afdwingbaar recht. Zelfs als aan alle wettelijke vereisten is voldaan, is een arts (en bij uitbreiding alle betrokken gezondheidszorgbeoefenaars) niet verplicht om euthanasie uit te voeren. Een arts mag weigeren, op voorwaarde dat hij de patiënt tijdig informeert over de weigering en de redenen daarvoor. Bij een weigering op grond van de gewetensvrijheid van de arts heeft de arts een doorverwijzingsplicht. Indien de weigering gebaseerd is op medische gronden dient daarvan een nota gemaakt te worden in het patiëntendossier. In dit geval hanteert de euthanasiewet geen uitdrukkelijke doorverwijzingsplicht. De wet stelt enkel dat de arts de patiënt of zijn vertrouwenspersoon de gegevens van een centrum of vereniging gespecialiseerd in euthanasierecht moet bezorgen en de plicht heeft om op vraag van de patiënt het patiëntendossier aan een door de patiënt aangewezen arts over te maken (6).[2]

PALLIATIEVE SEDATIE staat voor het toedienen van sedativa in zodanige dosering en combinatie dat het bewustzijn van een terminale patiënt wordt verlaagd tot het niveau dat nodig is om refractaire of onbehandelbare symptomen doeltreffend onder controle te houden. Een symptoom is refractair wanneer het niet behandelbaar is of wanneer de behandeling ernstige bijwerkingen veroorzaakt (5,7,8). Palliatieve sedatie kan variëren in intensiteit en duur: ze kan oppervlakkig of diep zijn, intermitterend of continu, tijdelijk worden toegepast als therapeutische time-out of worden volgehouden tot aan het overlijden. Het principe van proportionaliteit staat hierbij centraal, waarbij het bewustzijn uitsluitend in die mate wordt verlaagd als strikt noodzakelijk is voor een adequate symptoomcontrole en comfort van de patiënt.

Palliatieve sedatie en euthanasie zijn twee niet te vergelijken procedures. Hierbij verschilt niet alleen de gebruikte medicatie, maar ook de juridische grondslag waarop beide procedures gebaseerd zijn verschillen. In het geval van sedatie wordt gebruik gemaakt van het gedoseerd toedienen van een benzodiazepine of/en een sederend neurolepticum. Palliatieve sedatie kadert binnen het normale medische handelen vanuit juridisch oogpunt en valt dus binnen het algemeen kader van de wet betreffende de rechten van de patiënt (9).

In een euthanasieprocedure worden doorgaans barbituraten en spierverslappers gebruikt én worden de voorwaarden en procedure niet geregeld door algemeen kader van de patiëntenrechtenwet, maar wel door *lex specialis* in de vorm van de eerder besproken euthanasiewet (6,7,9,10).

1.1.2 ISLAMITISCHE BEGRIPPEN

Om de denkwijze van islamitische zorgverleners beter te begrijpen zullen een aantal belangrijke begrippen worden uitgelegd met betrekking tot de islam.

DE ISLAM is een monotheïstisch geloof dat in de 7e eeuw na Christus is ontstaan. De kern van de islamitische geloofsleer is het geloof in één God (Allah in het Arabisch) en in de Profeet Mohammed

[2] Zie bijlage 7.7 voor een korte toelichting bij de euthanasiewet omtrent de recente wetswijzigingen waarbij voortaan een onderscheid gemaakt wordt door de wetgever tussen het schenden van vormvoorschriften en grondvoorwaarden.

als Zijn laatste en belangrijkste boodschapper. Wereldwijd zijn er ongeveer 1,9 miljard volgers. Binnen het islamitische geloof worden twee richtingen onderscheiden, namelijk het soennisme en het sjiisme (11,12). Deze twee richtingen verschillen van elkaar zowel wat betreft de interpretatie en gehanteerde gebruiken.[3] Dit onderzoek behandelt uitsluitend de tradities, jurisprudentie en ethiek binnen de stroming van het soennisme omdat de moslimgelovigen in België voornamelijk soennieten zijn. De participanten die deelnamen aan het veldwerk volgen ook alle zeven de soenna.

SHARIA verwijst naar het islamitische rechtssysteem. Het omvat morele, juridische en sociale richtlijnen die moslims helpen hun leven te leiden volgens de principes van de islam. Deze sharia is onveranderlijk en gebaseerd op de Koran en de soenna (13,14). Hierbij wordt het heilige boek van de islam, de koran, als de primaire bron van de islamitische wetgeving gezien. DE SOENNA is een verwijzing naar de levenswijze van de Profeet Mohammed in zijn geheel en wordt gezien als secundaire bron van islamitische wetgeving (13,15). Deze 'soenna' is gebaseerd op overleveringen *(=hadith, meervoud ahadith)* van uitspraken, daden of stilzwijgende goedkeuringen van de Profeet Mohammed (13,16). Wanneer er gerefereerd wordt naar een specifiek koranvers wordt dit als (hoofdstuk, vers) aangegeven (13). (Een overzicht van de gebruikte koranverzen en ahadith vindt u in overeenkomstig appendix: 7.5 7.6)

FIQH of plichtenleer is de toepassing van de islamitische wet op het dagelijks leven. Fiqh wordt gezien als de praktische uitvoering van de Sharia. Het is de menselijke interpretatie van de Goddelijke sharia. Fiqh is veranderlijk in tijd en ruimte. Deze plichtenleer is gebaseerd op een waardenschaal van vijf niveau's: van verboden (*haram*) over onverschillig (d.i. toegelaten, *mubâh*) tot verplicht. Zowel Fiqh als sharia maken deel uit van de islamitische jurisprudentie (13,17–20).

EEN FATWA (meervoud fatwa's) is een religieus juridisch advies op maat, dat door een moefti (islamitische rechtsgeleerde) wordt uitgevaardigd. Een fatwa is niet per definitie bindend. Het is een advies dat gebaseerd is op Fiqh dat werd toegepast op concrete situaties. Een fatwa kan bijvoorbeeld worden aangevraagd om antwoorden te krijgen over ethische vragen (13,17–20).

1.2 LEVENSEINDEZORG IN BELGIË

In België wordt de geïntegreerde benadering van palliatieve zorg en euthanasie gezien als een ethische plicht (21). Het wordt beschouwd als fundamenteel voor de menselijke waardigheid. De wetgeving en zorgpraktijken zijn gericht op het respecteren van de autonomie van de patiënt en het verlichten van lijden. De betrokkenheid van palliatieve zorgdiensten bij euthanasieprocedures benadrukt het belang van een multidimensionale benadering van levenseindezorg.

Ieder jaar, zouden naar schatting tussen de 44.000 en 82.500 mensen in België palliatieve zorg nodig hebben (22). Toch blijkt uit het recente rapport van het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg dat momenteel niet alle patiënten die palliatieve zorg nodig hebben dit ook krijgen. Vooral kwetsbare groepen zoals mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, een verstandelijke beperking of dementie, en sociaaleconomisch kwetsbare groepen, lijken niet of moeilijk hun plaats te vinden in het huidige palliatieve zorglandschap (21).

[3] Zie appendix 7.8 voor de achtergrond informatie over de verschillende stromingen en scholen binnen de Islam.

In 2002 werd in België de wet op euthanasie (zie hierboven) ingevoerd, waarmee het land een pioniersrol speelde in Europa op het gebied van de wettelijke regulering van actieve levensbeëindiging. Volgens de de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) ondergingen 3.991 patiënten euthanasie in 2024, dit is een toename van bijna 17 procent (23). Ook euthanasie bij niet terminale patiënten neemt toe, vooral dan bij de groep met meervoudige chronische aandoeningen (23). De rol van de huisarts wordt steeds belangrijker gelet op de vaststelling dat mensen liever en vaker thuis sterven (21,22)

Daarnaast spelen religieuze en culturele waarden een belangrijke rol in hoe levenseindezorg ervaren en verleend wordt. Vanuit islamitische perspectief, wordt het stervensproces bijvoorbeeld vaak beschouwd als een overgang naar het hiernamaals, een zienswijze die invloed uitoefent op de besluitvorming en prioriteiten van de patiënt binnen deze fase van zorgverlening. Zorgverleners met verschillende culturele en religieuze achtergronden hebben dan ook vaak een cruciale rol in de zorg voor terminaal zieke patiënten (13,16,20,24–27).

De code van medische deontologie van de Orde der Artsen biedt artsen een ethisch kader dat de morele integriteit van het beroep bewaakt in het belang van de patiënt, de volksgezondheid en het algemeen welzijn. In deze code staan fundamentele ethische principes centraal, zoals respect voor de autonomie van de patiënt, het beginsel van weldoen en niet schaden, rechtvaardigheid en oprechtheid, met bijzondere aandacht voor de kwetsbaarheid van patiënten. Daarnaast worden ook waarden benadrukt als de zinvolheid van behandelingen, het respecteren van de evenredigheid (proportionaliteit tussen ingreep en doel), het bewaren van voldoende professionele afstand en de doeltreffendheid van de zorg.

Ethische reflectie en medische praktijk zijn onlosmakelijk verbonden: artsen dienen bij elke klinische beslissing deze ethische principes in overweging te nemen om tot een moreel verantwoorde zorgverlening te komen. Dit geldt in het bijzonder bij beslissingen rond het levenseinde. De Belgische euthanasiewet verplicht de arts om de patiënt grondig te informeren over diens gezondheidstoestand en levensverwachting, alle mogelijke therapeutische en palliatieve alternatieven te bespreken, en gezamenlijk vast te stellen dat er geen redelijke andere oplossing is. Indien er geen redelijke andere oplossing is zijn sommige artsen en ethici van oordeel dat volgens het ‘niet schaden principe’, verder laten lijden van een terminaal zieke patiënt meer schade toebrengt dan het actief beëindigen van dat lijden.

1.3 Levenseindezorg volgens de islamitische ethiek en wetgeving

Een recente studie van Suleman et.al. beschrijft de islamitische waarden als een moreel kompas dat islamitische zorgverleners richting geeft in hun handelen. Islamitische ethiek is deugd-gebaseerd, daardoor zouden islamitische zorgverleners niet enkel streven naar correct handelen, maar vooral naar karakterdeugden zoals compassie (rahma), rechtvaardigheid (‘adl) en geduld (sabr). Zorgverleners zouden zich dus religieus verplicht voelen om het lijden te verzachten, zelfs als genezing niet meer mogelijk is. Iedere patiënt heeft recht op een gelijke en respectvolle behandeling, ongeacht religieuze of culturele achtergrond. Dit komt overeen met de Belgische wetgeving namelijk: het recht op een kwaliteitsvolle zorgverlening én het recht op het verzachten van de pijn (9,28).

Deze religieuze en wettelijke plicht versterkt de focus op eerlijke besluitvorming en samenwerking met patiënten en families. In moeilijke medische situaties moedigt de islam aan tot geduld en

aanvaarding, ook bij chronisch of terminaal lijden. Dit beïnvloedt hoe zorgverleners omgaan met verlies en lijden. Daarnaast zien artsen hun rol als een vertrouwenspositie die zij voor Allah moeten verantwoorden, dat hun professionele toewijding versterkt. Islamitische zorgverleners proberen dus een ethisch evenwicht te vinden tussen palliatieve zorg, het vermijden van onnodig lijden én het respect voor het leven zoals door Allah gegeven. (34).

In 2005 werd *The International Islamic Code of Medical Ethics* gepubliceerd. Deze code bevat ethische richtlijnen voor medische en gezondheidgerelateerde kwesties vanuit een islamitisch perspectief. Het document is ontwikkeld door de Islamitische Organisatie voor Medische Wetenschappen (IOMS) en is bedoeld om medische professionals te helpen bij het navigeren doorheen morele dilemma's in hun praktijk, vooral bij moderne medische innovaties en ethische vraagstukken. Naast deze bron zijn er verschillende instanties en fiqh raden die adviezen omtrent levenseindezorg aanbieden. Belangrijk hierbij te vermelden is dat islamitische ethiek gebaseerd is op de menselijke interpretatie van de Sharia, er zijn verschillende adviezen terug te vinden naar gelang de interpretatie van de desbetreffende raad of instantie. Deze adviezen gaan uit van de religieuze plicht om het leven te beschermen. Begrippen zoals ziekte en de dood worden in de islam tevens op een andere manier benaderd dan in de westerse samenleving. Hoe een moslim het leven, ziekte en de dood interpreteert, legt meteen de mogelijke conflicten met de westerse standaarden bloot.

1.3.1 HOE INTERPRETEREN MOSLIMS HET LEVEN, ZIEKTE EN DE DOOD? [4]

HET LEVEN wordt in de islam als heilig beschouwd. Het leven is geschapen door God en zal beïndigd worden door God. Verschillende verzen in de Koran (5:32,[5] 17:33[6]) (29,30) bekrachtigen de heiligheid van het leven en verbieden het beëindigen van het eigen leven of dat van een ander. De heiligheid van het leven impliceert ook het respect voor het lichaam. Het behoud van leven wordt dus als een morele verplichting gezien. (gebaseerd op Koran, 41:21)[7] (13,16,31).

ZIEKTE wordt in de islam beschouwd als een natuurlijk verschijnsel en een vorm van beproeving die zonden uitwist. Niet alleen de patiënt die lijdt zal in het hiernamaals beloond worden, maar ook zijn/haar familie die de pijn met hem/haar deelt. Verschillende ahadith bekrachtigen dit zoals de bekende overlevering: "*Geen vermoeidheid, noch ziekte, noch verdriet, noch droefheid, noch pijn, noch tegenspoed overkomt een moslim, zelfs niet als het de prik van een doorn betreft, of Allah vergeeft hem een deel van zijn zonden daarvoor* (32)*."* Door deze hadith wordt ziekte gezien als een middel tot zuivering en krijgt lijden een spirituele betekenis. Sommige moslims nemen daarom een passieve houding aan ten op zichte van behandeling (13,20,31,33).

Hoewel ziekte in de islam wordt gezien als een beproeving en bron van spirituele zuivering, biedt de islam ook duidelijke religieuze motivatie om genezing actief na te streven. Zo is er een authentieke overlevering: "*Er is geen ziekte die Allah heeft geschapen, of Hij heeft ook de genezing ervan*

---

[4] Een overzicht van de gebruikte koranverzen vindt u in appendix 7.5

[5] **5:32** "Hierom hebben Wij de Kinderen van Israël bevolen dat als iemand een ander doodt- niet als vergelding voor een ziel of voor het verspreiden van ellende over het land – het is, alsof hij de hele mensheid gedood heeft en als iemand een leven redt, het is alsof hij het leven van de hele mensheid heeft gered.

[6] **17:33 "**Neem geen leven dat Allah heilig heeft verklaard, behalve met rechtvaardiging."

[7] **41:21** "En zij zullen tegen hun huiden zeggen: "Waarom getuigen jullie tegen ons?" Zij zullen zeggen: "Allah laat ons spreken zoals Hij alle dingen laat spreken en Hij heeft jullie de eerste keer geschapen en tot Hem zullen jullie terugkeren."

geschapen (34).” Deze hadith moedigt het actief zoeken naar genezing aan. De islamitische traditie erkent dus het gebruik van medische kennis als aanbevolen, zolang het gepaard gaat met vertrouwen in God (13,20,31,33).

In 1992 werd door de ‘The International Islamic Fiqh Academy of the Organization of Islamic Cooperation’ (hierna IIFA OIC) een officieel fatwa opgesteld met betrekking tot ziekte en behandeling. In deze fatwa staat het respect voor het lichaam centraal. Concreet houdt deze fatwa in dat een moslim verplicht is zich te laten behandelen bij ziekte indien het nalaten ervan kan leiden tot zelfdestructie, het verlies van een orgaan of invaliditeit, of als de ziekte zich kan verspreiden naar anderen, zoals bij besmettelijke ziekten. Verder is het is wenselijk zich te laten behandelen als het nalaten ervan het lichaam kan verzwakken zonder ernstige gevolgen te veroorzaken zoals eerder genoemd.

Een behandeling weigeren is overeenkomstig deze fatwa dan ook enkel toelaatbaar als de weigering niet één of meerdere van bovenstaande gevolgen met zich meebrengt. Een behandeling wordt als ongewenst beschouwd als de tussenkomst risico's met zich meebrengt die ernstige complicaties kunnen veroorzaken die erger zijn dan de ziekte zelf (13,16,19,20).

DE DOOD wordt in de islam gedefinieerd als het vertrek van de ziel uit het lichaam en markeert het begin van de reis naar het hiernamaals, dat eeuwig en oneindig is (Koran 39:42)[8] (35).

Vaststelbare tekens van de dood worden echter niet vermeld in de Koran, lange tijd was het antwoord voorhanden in de traditie waaruit kon worden afgeleid dat het wegvallen van hartslag en ademhaling de dood kenmerkt. Door de vooruitgang van de medische zorg en wetenschappelijke ontwikkelingen voldeed deze vaststelling van de dood echter niet meer (13,20,33,36,37).

Vanaf 1980 werd daarom ook het concept ‘hersendood’ door islamitische gerechtsgeleerden onderzocht. Sommigen aanvaardden het concept hersendood, anderen niet. In 1986 accepteerde de IIFA OIC onomkeerbare hersendood, naast onomkeerbaar volledig cardiopulmonair arrest als definitie van overlijden (13,19).

De ‘Islamic Fiqh Academy of Muslim World League’ (hierna IFA MWL) besliste in 1987 eveneens dat het concept hersendood in medische termen aanvaardbaar is op voorwaarde dat drie artsen bevestigen dat de hersenen van een patiënt onherstelbare schade hebben opgelopen. De patiënt is echter in juridische termen pas dood van zodra bewezen is dat na het wegnemen van de beademingsmachine de hartslag en de ademhaling van de patiënt niet zelfstandig functioneren (13,20,24,31).

Toch toont onderzoek aan dat slechts een kleine meerderheid van Amerikaanse moslimartsen ‘hersendood’ gelijkwaardig stelde aan hartstilstand. Een ander Amerikaans onderzoek wees uit dat 84% van de deelnemers geloofde dat iemand als overleden wordt beschouwd wanneer de dood is vastgesteld op basis van neurologische criteria. Toch vond de helft van de respondenten dat families

---

[8] **39:42** “Het is Allah Die de zielen afvoert bij het intreden van de dood, alsook (de zielen) van de levenden die (tijdelijk) slapen. (Dan) houdt Hij de zielen achter waarvoor Hij de dood heeft bepaald, en stuurt de rest voor een vastgestelde termijn terug (naar hun levenloze lichamen om te kunnen ontwaken)." Waarlijk, hierin zijn Tekenen voor mensen die diep nadenken.”

zeggenschap zouden moeten hebben over de vraag of een evaluatie voor hersendood moet worden uitgevoerd en of de orgaanondersteuning na de diagnose mag worden stopgezet (38).

1.3.2 PALLIATIEVE SEDATIE EN EUTHANASIE

De islamitische ethiek met betrekking tot levenseindezorg is sterk gericht op bescherming van het leven maar erkent ook het belang van het verlichten van lijden. Dit kan afgeleid worden uit hoe het leven, ziekte en de dood beschouwd worden in de islam *(supra).*

Daarnaast zijn er ook verschillende specifieke adviezen terug te vinden met betrekking tot (actieve) euthanasie, palliatieve sedatie en het stopzetten of onthouden van medische behandelingen (15,16,26,27,31). Deze laatste twee vallen in de literatuur onder het begrip ‘passieve euthanasie’. Deze twee vormen van euthanasie mogen echter niet verward worden met de wettelijke definitie van euthanasie overeenkomstig het Belgisch recht (*supra*).

1.3.2.1 ACTIEVE EUTHANASIE

Actieve euthanasie, in het Arabisch 'qatalur-rahmah al-ijābī' (24), is het opzettelijk beëindigen van iemands leven door een actie, bijvoorbeeld een dodelijke injectie. In België komt dit overeen met 'euthanasie', overeenkzoals gedefinieerd door de euthanasiewet.

Artikel 61 van The Islamic Code of Medical Ethics *(supra)* stelt dat het menselijk leven heilig is en nooit moet worden beëindigd, behalve in de gevallen die door de islamitische wet (shari'a) en de nationale wetgeving zijn gespecificeerd. Overeenkomstig deze bepaling mag een arts geen actieve rol spelen in het beëindigen van het leven van een patiënt, zelfs niet op verzoek van de patiënt of diens familie, ongeacht de redenen zoals ernstige deformatie, een hopeloze ongeneeslijke ziekte of ondraaglijke pijn. Artsen worden aangemoedigd om patiënten aan te moedigen hun lijden te verdragen en worden herinnerd aan de beloningen voor degenen die hun lijden uithouden (17).

Artikel 61 van The Islamic Code of Medical Ethics *(supra)* stelt dat het menselijk leven heilig is en nooit moet worden beëindigd, behalve in de gevallen die door de islamitische wet (shari'a) en de nationale wetgeving zijn gespecificeerd. Overeenkomstig deze bepaling mag een arts geen actieve rol spelen in het beëindigen van het leven van een patiënt, zelfs niet op verzoek van de patiënt of diens familie, ongeacht de redenen zoals ernstige deformatie, een hopeloze ongeneeslijke ziekte of ondraaglijke pijn. Artsen worden aangemoedigd om patiënten aan te moedigen hun lijden te verdragen en worden herinnerd aan de beloningen voor degenen die hun lijden uithouden (17)In 2013 sprak Dar Al-Ifta[9], het officiële Egyptische instituut voor islamitische wetgeving en fatwa’s, een advies uit over euthanasie waarbij ze euthanasie gelijkstelde aan zelfmoord.

[9] Dar al ifta was één van de eerste pionier instellingen en wordt gezien als het referentiepunt voor moslimgelovigen wereldwijd in kwesties rond ethiek, medische besluitvorming en bio-ethiek (Meer informatie betreffende dar al ifta en andere fiqh organisaties vindt u in appendix 7.8

Dit advies werd gebaseerd op de interpretatie van koranverzen (2:195[10] en 67:2[11]) en volgende ahadith:

> *"Een man uit de generaties vóór jullie leed aan een wond. Toen het hem ondraaglijke pijn bezorgde, trok hij een pijl uit zijn pijlenkoker en doorboorde zichzelf ermee. Het bloed bleef stromen totdat hij stierf.*
>
> *Daarop zei jullie Heer: 'Ik heb het Paradijs voor hem verboden (36)."*

En

> *"Wie zichzelf van een berg werpt en daardoor sterft, zal [herhaaldelijk] in de vlammen van de Hel worden geworpen, waar hij voor eeuwig zal verblijven.*
>
> *Wie gif drinkt en zichzelf daardoor doodt, zal voor eeuwig in de Hel zijn; het gif zal in zijn hand zijn, en hij zal er steeds weer van drinken.*
>
> *Wie zichzelf met een ijzeren voorwerp doodt, zal met dat voorwerp in zijn hand zijn en zichzelf herhaaldelijk in de buik steken in de Hel, voor eeuwig (40)."*

Het uitvoeren van actieve euthanasie door artsen werd gelijkgesteld aan het onwetmatig nemen van een leven. Zij baseren zich onder andere op de koranvers (4:93)[12]. Niet alleen Dar al ifta maar ook andere grote islamitische juristen, zoals Al-Qaradawi en de voormalige Grootmoefti van Saoedi-Arabië zijn akkoord met deze zienswijze (24,26,41).

1.3.2.2 PASSIEVE EUTHANASIE

Passieve euthanasie, in het Arabisch 'qatalur-rahmah al-salibī'(24), heeft betrekking op het onthouden of staken van noodzakelijke medische behandelingen. Hieronder valt ook het niet meer reanimeren en palliatieve sedatie (13,16,24).

De islam benadrukt het belang van waardigheid en respect voor alle individuen, inclusief zieke en stervende mensen. Palliatieve zorg in de islamitische context streeft ernaar de waardigheid van de patiënt te behouden en hen met respect en mededogen te behandelen. Over het algemeen staat comfortzorg centraal (13).

De IIFA OIC concludeerde in 1992 dat de zorg en behandeling niet mag worden stopgezet, ongeacht de kansen op herstel. Onder deze zorg valt ook het verlichten van het lijden. Zij leggen de focus van palliatieve zorgen op het versterken van de moraal van de patiënt door zowel de artsen als de familie (19). Zij steunen op het feit dat ziekte en genezing in de handen van God liggen, en dat medische zorg

---

[10] **2:195** "En stort jullie niet door eigen toedoen in de ondergang, en doe goed. Voorwaar, Allah heeft de weldoeners lief."
[11] **67:2** "Degene Die de dood en het leven heeft geschapen, zodat Hij jullie kan beproeven (en om te tonen) wie van jullie de beste daden verricht. En Hij is de Almachtige (over de ongehoorzamen), de Vergevingsgezinde (voor de berouwvollen)."
[12] **4:93** "En iedereen die bewust een gelovige doodt, zijn vergelding is de Hel om daarin eeuwig te verblijven. En de woede en de vloek van Allah is over hem en Hij bereidt voor hem een grote bestraffing voor "

en behandeling middelen zijn die door God ter beschikking werden gesteld. Dit advies werd gebaseerd op Koran (26:80)[13] en de eerder vermelde hadith (34) .

The International Islamic Code of Medical Ethics *(supra)* biedt een genuanceerder advies aan. Ook hier staat het verlichten van pijn en het bieden van comfort aan de patiënt centraal in de levenseindezorg. Waarbij het verlichten van pijn aangemoedigd wordt en het gebruik van pijnstillers toegestaan is om het lijden van de patiënt te verminderen, zolang het niet leidt tot verslaving of andere schadelijke gevolgen (17).

Daarnaast adviseert Artikel 62 van The International Islamic Code of Medical Ethics het beïndigen van een behandeling indien deze als nutteloos wordt beschouwd (bevat artificiële respirators e.d.). Bovendien mogen behandelingen waarvan het bewezen is dat zij geen nut hebben, geweigerd Palliatieve sedatie zoals eerder gedefinieerd is dan een mogelijk alternatief (17). Deze mening wordt gedeeld door meerdere instanties en raden. Hoewel 'zinloos' door verschillende instituten verschillend wordt ingevuld, zijn ze het wel eens dat de patiënt met volledig respect behandeld moet worden en dus de nodige comfort en pijnbestrijding moet krijgen (13,17,24–26).

1.4 Islamitische zorgverleners in de Westerse Samenleving

Uit onderzoek blijkt dat een groeiend aandeel van de moslims, met name tweede- en derde-generatie nakomelingen van immigranten uit islamitische landen, worden opgeleid tot zorgverleners. Eerdere internationale studies (3,25,42–46) hebben aangetoond dat persoonlijke religieuze overtuigingen een rol kunnen spelen bij het nemen van medische beslissingen in het kader van levenseindezorg. Daarbij lijkt vooral de heiligheid van het leven versus het verlichten van het lijden voor interne conflicten te zorgen (31). Westerse medische standaarden zoals het verlichten van lijden en vroegtijdige zorgplanning zouden niet altijd stroken met de islamitische waarden en normen. Tegelijk suggereert een ander onderzoek (44,45,47) dat artsen met een islamitisch religieuze achtergrond meer geneigd zijn behandelingsopties te weigeren waarvan zij geloven dat die het stervensproces te kunnen versnellen. Daardoor zijn ze minder snel geneigd deze opties met hun patiënten te bespreken. Dit wordt bevestigd in studies onder islamitische artsen in Nederland waar bleek dat moslimartsen significant terughoudender waren in het staken van kunstmatige hydratie en voeding (25,48). Hoewel de islamitische medische ethiek comfortzorg aanmoedigt en zinloze medische handelingen afraadt, lijken moslimartsen in niet islamitische landen hier toch moeite mee te hebben.

1.4.1 Actieve euthanasie

Studies tonen aan dat islamitische zorgverleners wereldwijd geen actieve euthanasie uitvoeren. De grootste factor die islamitische zorgverleners wereldwijd tegenhoudt actieve euthanasie uit te voeren is hun religieuze overtuiging (48). Er werd geen literatuur gevonden waarin islamitische zorgverleners een positieve houding aannemen ten opzichte van actieve euthanasie.

1.4.2 Passieve euthanasie

Passieve euthanasie wordt daarentegen sneller geaccepteerd. Voornamelijk zorgverleners met een sterk ontwikkeld professioneel moreel kompas blijken uit wetenschappelijk onderzoek eerder bereid

[13] **26:80** "En als ik ziek ben, is Hij het Die mij geneest."

tot passieve euthanasie. Daarnaast toont hetzelfde onderzoek aan dat een positieve houding ten opzichte van de verschillende vormen van passieve euthanasie onder islamitische zorgverleners samenhangt met andere factoren zoals vrouwelijk geslacht, opleiding in een westers land, en de persoonlijke opvattingen van de zorgverlener over passieve euthanasie (48). Desalniettemin blijkt uit kwalitatief onderzoek dat islamitische artsen palliatieve zorg en zelfs palliatieve sedatie toch regelmatig uitvoeren ondanks dat het volgens de islamitische wetgeving niet is toegestaan. Artsen beschouwen volgens deze studies het verlichten van lijden als hun professionele en morele plicht (3,25,42).

Uit een onderzoek onder 461 islamitische artsen, werkzaam in zowel landen met een overwegend islamitische bevolking als in landen waar moslims een minderheid vormen, blijkt dat de opvattingen over levenseindezorg niet uniform zijn. 66,8% Van de participanten vonden dat het binnen de islam is toegestaan om een patiënt de status "*Do Not Resuscitate"* (DNR) toe te kennen. Slechts 7,38% gaf aan dat dit volgens hen niet toegestaan is binnen de islam. Opvallend is dat artsen die zijn opgeleid of werkzaam zijn in landen waar moslims een minderheid vormen, significant vaker DNR als islamitisch toelaatbaar beschouwen dan artsen uit landen waarvan de bevolking overwegend islamitisch is. Daarnaast bleek dat het land van herkomst, het werkland, en eerdere ervaring met gesprekken over comfortzorg de belangrijkste factoren die van invloed waren op de houding ten aanzien van DNR (42,48,49). Een Europese studie vergeleek moslimartsen met andere groepen artsen. Daaruit bleek dat levensverlengende therapie vaker niet gestart dan gestopt wordt, wanneer de arts moslim was (63%, totaal n=24), of Jood of Grieks-Orthodox (42).

Zorgverleners met een islamitische achtergrond bevinden zich dus in een unieke positie. Zij zijn professioneel opgeleid binnen een westers, evidence-based medisch systeem, maar hebben ook religieuze waarden die de grenzen van het medisch handelen op een andere manier definiëren. Zo bleek dat 55 % van de artsen in Amerikaanse ziekenhuizen toegaf dat hun geloof, met name islam, hun medisch handelen beïnvloedde (43).

Internationale studies tonen aan dat deze dubbelpositie leidt tot ethische spanningen, maar ook tot waardevolle brugrollen waarbij islamitische zorgverleners als cultureel-sensitieve vertalers opereren tussen medische praktijk en religieuze verwachtingen (3,25,43–45).

De gedeelde achtergrond tussen islamitische zorgverleners en patiënten vormt de sleutel om de wensen van patiënten te laten overeenstemmen met medische richtlijnen, zodat die wensen in de praktijk daadwerkelijk gerespecteerd kunnen worden. Door een gezamenlijke culturele/religieuze basis weten zowel patiënt als arts waar de ethische grenzen liggen, wat helpt om een bijvoorbeeld een vroegtijdige zorgplanning op te stellen dat door alle partijen, inclusief familie, gesteund wordt. Uiteraard is het niet allen de taak van islamitische zorgverleners om de wensen van de patiënt te begrijpen en na te streven binnen de medische mogelijkheden. Wetenschappelijk onderzoek toont echter aan zorgverleners meer moeten worden opgeleid in culturele competentie, dit zou de communicatie met patiënten uit diverse culturele achtergronden bevorderen (50–52).

In België is er echter weinig onderzoek gedaan omtrent de rol van de islamitische zorgverlener. De focus de laatste jaren lag voornamelijk op cultuursensitieve zorg vanuit het perspectief van de patiënt. In een wereldwijde trend van groeiende culturele en religieuze diversiteit binnen patiëntgerichte palliatieve zorg waarbij moslims niet alleen als patiënt maar ook als zorgverlener optreden is het cruciaal om te begrijpen wat islamitische zorgverleners hun visie is omtrent palliatieve zorg. Er

kunnen spanningen ontstaan tussen de professionele westerse medische standaarden en islamitische gebruiken, vooral met betrekking tot het gebruik van sedativa in palliatieve situaties (3,25,26,36,43–45,53).

Daarom heeft deze thesis heeft als doel te onderzoeken hoe islamitische zorgverleners in België omgaan met levenseindezorg. Hebben religieuze overtuigingen en culturele waarden van de Vlaamse islamitische zorgverleners een invloed op hun benadering van levenseindezorg? Zo ja, dewelke? Hoe gaan zij daar mee om? Welke meerwaarde kunnen islamitische zorgverleners betekenen voor de levenseindezorg in België? De centrale onderzoeksvraag werd dan ook als volgt geformuleerd: Hoe gaan Islamitische zorgverleners om met levenseindezorg en hoe kunnen zij een meerwaarde bieden in onze diverse maatschappij?

2 METHODE

2.1 METHODOLOGIE

Deze thesis betreft een kwalitatieve studie waarin inzichten worden verkregen via semigestructureerde diepte-interviews met islamitische zorgverleners. Op basis van een literatuurstudie werd een interviewleidraad opgesteld, dat als instrument diende om de ervaringen, percepties en ethische overwegingen van de participanten systematisch te exploreren. De gekozen kwalitatieve benadering laat toe om diepgaande en genuanceerde perspectieven te verzamelen over hoe religieuze identiteit de medische besluitvorming rond het levenseinde beïnvloedt. De methodologische keuze voor semigestructureerde interviews bood bovendien voldoende flexibiliteit om in te spelen op persoonlijke verhalen en contexten, terwijl de vooraf opgestelde vragenlijst zorgde voor inhoudelijke coherentie binnen het onderzoeksopzet.

2.2 ETHIEK

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent keurde het protocol van deze studie goed op 12 maart 2024.

De participanten kregen voor het interview het informed consent dat mondeling werd doorgenomen. Hierbij werd er duidelijk gewezen op het feit dat de interviews gepseudonimiseerd werden en dat het interview werd opgenomen. Alle participanten deden vrijwillig mee en gaven de toestemming om de data vergaard tijdens de interviews te gebruiken voor deze studies.

De gegevens vertrouwelijk werden beheerd en verwerkt in overeenstemming met de Belgische wetgeving inzake privacy en de goede academische onderzoekspraktijken.

2.3 VELDWERK

Na een grondige literatuurstudie volgde een kwalitatief onderzoek waarvoor islamitische zorgverleners in Vlaanderen en Brussel werden gerekruteerd. Hierbij werden zorgverleners tewerkgesteld in België, die moslim waren geïncludeerd. In de periode mei 2024 tot en met januari 2025 werden semi-gestructureerde diepte interviews afgenomen. Dit gebeurde steeds in een rustige omgeving. Hierbij werden zeven participanten uit Vlaanderen en Brussel geïnterviewd. Alle interviews werden afgenomen in het Nederlands. Alle participanten gaven schriftelijke toestemming dat het interview met een audiorecorder werd opgenomen.

Een interview protocol met richtvragen hielp om de interviews te structureren. Er werd gestart met het navragen van sociodemografische gegevens. Daarna volgde meer specifieke maar open vragen waarbij er getracht de persoonlijke ervaringen en meningen van de participanten omtrent palliatieve zorg en de invloed van hun geloof daarop te exploreren. Ten slotte werd bevraagd wat er verbeterd moet worden aan de huidige levenseinde zorg in België en hoe zij daar een rol in kunnen spelen. Een overzicht van de vragen is te vinden in appendix 8.7 Semi-gestructureerde vragenlijst voor de interviews.

2.4 DATA ANALYSE

De opnames werden getranscribeerd tot uitgeschreven teksten die manueel verwerkt werden. Tijdens de interviews kwam niet enkel palliatieve zorg aanbod maar ook welke invloeden de islam heeft op het professioneel leven.

Voor de analyse van de verzamelde interviewgegevens is gekozen voor een thematische analyse, waarbij gewerkt werd met codes en subcodes (*parent codes en 'child codes'*). Deze aanpak maakt het mogelijk om systematisch patronen, thema's en betekenisstructuren in de data te identificeren. Tijdens de analyse van de uitgeschreven interviews werden deze teksten meermaals gelezen. De significante woorden en zinnen werden vervolgens aangeduid en gecodeerd volgens de overeenstemmede *'parentcodes* en 'childcodes'. De gegenereerde codes en subcodes zijn daarna gegroepeerd op basis van overeenkomsten en patronen. Verwante codes werden samengebracht in bredere categorieën, die een overkoepelend thema of concept vertegenwoordigden. Dit proces gebeurde inductief en iteratief, waarbij codes en categorieën voortdurend werden herzien en verfijnd.

Daarnaast werden de sociodemografische kenmerken van de steekproef 'geslacht', 'leeftijd', 'afkomst' en 'beroep'—geregistreerd als attributieve variabelen binnen de steekproef.

Op basis van deze analyse ontstonden drie hoofdthema's: identiteit, de basisprincipes van medisch-ethische besluitvorming, en de brugfunctie van islamitische zorgverleners. Uit de gecodeerde interviews werden betekenisvolle uitspraken geselecteerd. Deze significante zinnen werden geparafraseerd, thematisch geordend en verder uitgeschreven en gecontextualiseerd in de resultaten.

3 RESULTATEN

3.1 PARTICIPANTEN

Er werden uiteindelijk zeven deelnemers gerekruteerd uit het professioneel netwerk van auteur en promotor; en via de deelnemers zelf die collega's aanraadden en de contactgegevens deelden. Alle potentiële kandidaten werden gecontacteerd via email of telefonisch. Enkele kandidaten (vier) reageerden niet. Degene die wel reageerden en akkoord (zeven van de zeven) gingen werden geïncludeerd in dit onderzoek.

Elke participant had ervaring met palliatieve zorg. Vijf van de zeven participanten waren artsen, geen enkele daarvan was LEIF-arts of gespecialiseerd in palliatieve zorg. De andere twee participanten zijn twee verpleegkundigen waarvan één palliatief deskundige is.

De zeven participanten waren allen tijdens de duur van deze studie zorgverleners in Vlaanderen of Brussel. Twee mannen en vijf vrouwen, allen met een soennitische achtergrond. Twee deelnemers zijn niet geboren in België en zijn beide afkomstig uit Irak. Beide zijn minder dan tien jaar in België en waren in hun geboorteland specialisten. De andere vijf deelnemers zijn wel geboren in België. Zes van de zeven participanten zijn geboren als moslim, één participant is bekeerd naar de islam en was oorspronkelijk katholiek opgevoed.

	Geslacht	*leeftijd*	*geboorteplaats*	*afkomst*	*Beroep*
1	Vrouw	44	België	Marokko	Palliatief deskundige/
2	Vrouw	24	België	Marokko	Psychiatrische verpleegkundige
3	Man	48	Irak	Irak	Huisarts
4	Vrouw	27	België	Marokko	Pediater in opleiding
5	Man	40	België	Turkije	Huisarts en onderzoeker
6	Vrouw	41	Irak	Irak	Huisarts
7	Vrouw	38	België	België	Huisarts

TABEL 1 KARAKTERISTIEKEN VAN DE STEEKGROEP

3.2 HOOFDTHEMA'S

De verzamelde date werd door middel van het coderingsproces verwerkt en opgedeeld in drie hoofdthema's, namelijk identiteit, basisprincipes van medisch ethische besluitvorming en de brugfunctie van de islamitische zorgverlener.

Hoofdthema	***Definitie***
Identiteit	De wijze waarop zorgverleners hun persoonlijke, religieuze en professionele identiteit ervaren en integreren in hun dagelijks medisch handelen.
Basisprincipes van medisch ethisch besluitvorming	De onderliggende morele en religieuze principes die gehanteerd worden bij medische beslissingen aan het levenseinde.. Deze principes beïnvloeden de houding ten aanzien van o.a. euthanasie, palliatieve sedatie en zorgplanning.
Brugfunctie van de islamitische zorgverlener	De unieke positie van islamitische zorgverleners als intermediair tussen patiënten, families, medische teams en religieuze overtuigingen.

TABEL 2:DEFINITIE VAN DE CATEGORIEËN

Het hoofdthema 'identiteit' wordt opgedeeld in twee subthema's ('parentcodes') namelijk de 'islamitische identiteit' en de 'combinatie van rollen' waarin besproken wordt welke invloeden de islamitische identiteit heeft op de zorgverlener en zijn medisch handelen. Een overzicht wordt weergegeven in tabel drie.

Het tweede hoofdthema 'basisprincipes van medisch ethisch besluitvorming' werd onderverdeeld in vier basisprincipes die tijdens het coderingsproces werden geïdentificeerd. Deze vier basisprincipes bleken een rol te spelen in de besluitvorming van de participanten met betrekking tot levenseindezorg. Tabel vier geeft een overzicht van de gebruikte parentcodes en hun betekenis. Tenslotte werd de data met betrekking tot het derde thema, de 'brugfunctie van de islamitische zorgverlener', onderverdeeld in communicatie en multidisciplinaire samenwerking. Deze categorie werpt voornamelijk een blik op hoe islamitische zorgverleners een (belangrijke) rol spelen in cultuursensitieve situaties.

3.3 DE IDENTITEIT

'Parentcodes' of 'thema'	*'Childcodes'*	*Definitie*
De islamitische identiteit		De manier waarop het geloof de emotionele verwerking, empathie of ethiek van zorgverleners beïnvloedt.
	Herkenning en vertrouwensband	De gedeelde identiteit met islamitische patiënten en de invloed op de vertrouwensband
Combinatie van rollen		Hoe islamitische zorgverleners hun identiteit als moslim combineren met andere rollen (zoals arts, ouder, mens), en hoe deze samenkomen in hun professioneel handelen.

TABEL 3: ONDERVEDERLING VAN CATEGORIE 'IDENTITEIT' MET BIJHORENDE DEFINITIES

3.3.1 DE ISLAMITISCHE IDENTITEIT

Bij alle zeven participanten wordt religie benoemd als een deel van hun identiteit met grote impact op hun leven:

> *"Mijn geloof houdt in dat ik leef op een manier die verwacht wordt van mij, ik probeer steeds een goed mens te zijn." (Participant 5)*
>
> *"Islam is mijn leven, hoe ik moet omgaan met andere mensen en hoe ik mij moet gedragen, een soort handleiding voor het leven." (Participant 6)*
>
> *"Religie is mijn identiteit, moslim zijn en Arabisch" (Participant 3)*
>
> *"Religie omvat mijn levensvisie, mijn persoonlijke beslissingen in het leven; mijn normen en waarden." (Participant 4)*

Alle participanten geven aan dat hun islamitische identiteit op verschillende manieren meespeelt in hun professioneel handelen. Ze beschouwen het geloof voornamelijk als een moreel kader of inspiratiebron voor hun empathisch vermogen. Alle participanten gaven aan dat ze voornamelijk een goed mens proberen zijn met een groot rechtvaardigheidsgevoel:

> *"Het heeft invloed op het vlak van mensen heel veel proberen te helpen, empathie te tonen aan de mensen, geduld te hebben. En ook eerlijk en correct te zijn.*
>
> *Ook bijvoorbeeld met certificaten en zo. Aan de ene kant is er zo het ethische: "Ik mag niet zomaar meer dagen geven" Maar aan de andere kant vind ik dat ook wel... Dat is een "Hakh" (recht) hoe we dat zeggen. Ik doe iets slechts aan de werkgever als ik zomaar te laks ben en te veel werkombekwaamheid geef." (Participant 5)*
>
> *"Onze religie moedigt ons altijd aan om 'Rahma' te tonen, dus meer genade of menselijkheid. Hoe kan ik zeggen? 'Al Huquq'; de rechten van de patiënten, ik moet altijd eerlijk zijn met patiënten, met iedereen. Bijvoorbeeld als arts, moslimarts moet ik alles doen voor een patiënt. Ik voel altijd dat….de God, 'Ya Rabb Alemeen' (heer der werelden) kijkt naar mij als ik met patiënten bezig ben. Dus ik moet toch eerlijk zijn met patiënten." (Participant 6)*

Hoewel de religieuze overtuiging duidelijk aanwezig is, baseren de zorgverleners hun medische beslissingen op evidence-based handelen. Het geloof wordt eerder gezien als een persoonlijke leidraad dan als een sturende factor in medische keuzes:

> *"De geneeskunde is zo evidence-based, zo ervaring en wetenschappelijke literatuur gebaseerd, mijn geloof heeft daar geen invloed op." (Participant 4)*

> *"Mijn geloof vormt mijn persoonlijk leven, maar ik laat mijn eigen overwegingen niet doorwegen op de patiënt" (Participant 6)*

> *"Mijn job is mensen te helpen, volgens de evidence-based richtlijnen van België, het feit dat ik interne conflicten ervaar bij sommige beslissingen (zoals euthanasie), is niet het probleem van de patiënt maar dat van mij." (Participant 3)*

3.3.1.1 Herkenning en vertrouwensband

Islamitische zorgverleners hun gedeelde identiteit met islamitische patiënten speelt soms een rol in de vertrouwensrelatie met patiënten. Alle participanten benoemen dat ze zich beter in staat voelen om islamitische patiënten te begrijpen, onder andere door gedeelde waarden of culturele achtergrond:

> *"Ze vertrouwen me sneller als ze horen dat ik ook moslima ben." (Participant 7)*

> *"Herkenning speelt echt een grote rol in vertrouwen." (Participant 5)*

> *"Patiënten voelen zich begrepen omdat ik hun taal en cultuur ken." (Participant 3)*

> *"Soms kan ik dingen uitleggen op een manier die beter aankomt bij moslimpatiënten." (Participant 4)*

> *"Het helpt als je hun referentiekader kent, zeker bij palliatieve beslissingen." (Participant 5)*

Zorgverleners gebruiken deze herkenning soms bewust in hun communicatie, bijvoorbeeld door het aanhalen van religieuze symboliek of taal om moeilijke thema's bespreekbaar te maken. Dit stelt islamitische zorgverleners ook in staat om bepaalde barrières te overbruggen:

> *"Islamitische patiënten hebben soms argwaan naar het advies van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Als wij dan komen met islamitische bewijzen. Bijvoorbeeld " Forceer jullie stervende niet tot eten en drinken, Allah voorziet hun zelf met eten drinken", dan gaan ze dat sneller aanvaarden" (Participant 1)*

> *"Je kan niet over het hiernamaals praten als je zelf geen moslima bent, dan gaan ze zeggen... Wat zegt die? Dat is wel…" (Participant 2)*

3.3.2 Meervoudige identiteit met combinatie van rollen

Hoewel de islamitische identiteit duidelijk aanwezig is, beschrijven de participanten hun identiteit eerder in termen van gelaagdheid. Zij benadrukken allen dat hun rol of identiteit als zorgverlener, ouder en mens even belangrijk is:

> *"Je bent wel moslim, maar je bent ook gewoon mens en vrouw en wordt door zoveel factoren beïnvloed." (Participant 4)*

"Ik ben huisarts, maar ook moeder, en ook vrouw, en ook gelovige. Ik denk dat dat allemaal meespeelt." (Participant 7)

"Een ongelovig mens kan ook rechtvaardig zijn, maar bij mij heeft geloof dat extra effect op mij tijdens het werken" (Participant 5)

Hoewel hun medische beslissingen voornamelijk vanuit hun professionele identiteit *(infra)* als zorgverlener worden genomen, gebruiken zes van de zeven zorgverleners hun meervoudige identiteit in specifieke situaties:

"Patiënten nemen soms contact op met mij en vragen dan of bepaalde medische handelingen mogen in het geloof" (Participant 6)

"Ik denk dat wij terug meaningfulness kunnen brengen, zeker wanneer het levenseinde nabij is, Ik heb gemerkt dat spreken over wat na de dood komt, zonder te prediken of onze eigen visie op te leggen, er soms voor zorgt dat mensen meer vrede vinden in de laatste fase." (Participant 7)

Opvallend is dat één participant, de enige arts-specialist die deelnam aan dit onderzoek, vindt dat een arts enkel medisch advies kan geven. Morele religieuze adviezen kunnen beter worden overgelaten aan geestelijk deskundigen volgens deze participant:

"Als arts stopt je rol bij je medische opinie. Ik kan wel begrip hebben voor een situatie maar ik vind niet dat ik daar een moreel oordeel over kan uitspreken, ik haal er liever een geestelijk verzorgende of cultureel bemiddelaar bij." (Participant 4)

Daarnaast benoemde één participant dat haar identiteit als moslim soms vooroordelen opwekt bij Belgische collega's maar dat haar identiteit als zorgverlener helpt om deze vooroordelen te bestrijden:

"Mensen hebben vaak vooroordelen over ons, zeker wanneer ze ons zien met onze lange sluiers, dan denken ze: "wat komen die nu weer vertellen?" Maar met onze beroepstitel en wat we allemaal doen, zien ze ons dan echt als vrouwen die hun kunnen helpen." (Participant 2)

3.4 MEDISCH-ETHISCHE BESLUITVORMING MET BETREKKING TOT PALLIATIEVE ZORG:

De visie op levenseindezorg bij islamitische zorgverleners kon op basis van de data analyse herleid worden tot vier basis principes ('parentcodes') waarop hun visie gebaseerd is. Ten eerste lijkt de professionele neutraliteit en het shared decision making principe centraal te staan in hun algemeen medisch handelen. Medische besluiten gaan dus steeds uit van een evidence-based onderbouwing waarbij de patiënt centraal staat. Daarnaast lijken 'predestinatie' en 'niet-schaden' eveneens twee belangrijke principes in de besluitvorming van islamitische zorgverleners.

Parentcodes	*Definitie*
Professionele neutraliteit	De houding van zorgverleners waarbij zij bewust proberen hun religieuze overtuiging gescheiden te houden van hun professioneel handelen. In de context van islamitische zorgverleners betekent dit het zoeken naar een evenwicht tussen persoonlijke geloofsprincipes en de verwachtingen van evidence-based, patiëntgerichte zorg.
Shared decision making	Het proces waarbij beslissingen over de zorg van de patiënt gezamenlijk worden genomen door zorgverleners, patiënten en hun naasten.
Predestinatie	Verwijst naar het principe dat leven en dood door God zijn voorbeschikt.
Niet schaden	Het vermijden dat van schade wordt toegebracht aan de patiënt, zowel fysiek, emotioneel of spiritueel.

TABEL 4: BASISPRINCIPES VAN DE MEDISCH ETHISCHE BESLUITVORMING EN HUN DEFINITIES

3.4.1 PROFESSIONELE NEUTRALITEIT

De meerderheid van de participanten benadrukt het belang van neutraliteit in hun medisch handelen. Hun medische beslissingen zijn gebaseerd op evidence-based handelen en ethische richtlijnen. Zij respecteren de autonomie van de patiënt en verwijzen indien nodig door naar collega's wanneer een handeling moeilijk te verzoenen is met hun eigen overtuigingen:

> *"Maar ik denk in het medisch handelen, dat je natuurlijk gestuurd bent vanuit de opleiding, maar ook de ervaringen op de praktijk en de collega's die je hebt op je praktijk, dat dan die waarden en normen en die beslissing, maar ook die evidentie daar rond, je beslissing, je praktijkvorming en je medisch handelen ook onderbouwt." (Participant 4)*

> *"Het is niet omdat ik moslim ben, dat ik iets moet pushen aan de mensen. Nee, het is je eigen wil. Ook al zijn ze ook moslim. Zo zal ik bij euthanasie doorverwijzen. Als die persoon pijnvrij wil zijn, palliatieve zorg wil, palliatieve sedatie, dat mag allemaal. Als je intentie is om de pijn te verlichten en niet te doden, dan mag je dat ook van het geloof." (Participant 5)*

3.4.2 SHARED DECISION MAKING

Alle participanten geven aan dat de patiënt centraal staat in het besluitvormingsproces rond het levenseinde. Voornamelijk een luisterend oor bieden, een gepersonaliseerde benadering waarbij de wensen, waarden en overtuigingen van de patiënt het uitgangspunt vormen zijn van belang:

> *"Het belangrijkste is dat mensen zelf beslissen over wat ze willen, dat we voornamelijk luisteren naar de patiënt zelf." (Participant 5)*

> *"De patiënt staat centraal, je moet vooral luisteren naar hun wensen" (Participant 3)*

"We zoeken samen met het gezin naar wat haalbaar en wenselijk is." (Participant 4)

“Ik handel vooral vanuit de nood van de patiënt.” (Participant 7)

Alle participanten geven aan dat ze dit eigenlijk verwachten van iedere zorgverlener voor iedere patiënt:

“Persoonsgerichte zorg met respect en aandacht voor cultuur en religie van iedere patiënt is de norm” (Participant 5)

Deze benadering vereist niet alleen transparante en empathische communicatie, maar ook een open houding tegenover culturele en religieuze invloeden. Idealiter streven de zorgverleners naar zorg op maat, waarbij medisch haalbare opties worden afgestemd op de beleving en behoeften van de patiënt. Hoewel de persoonlijke overtuiging van de arts aanwezig blijft, is dat ondergeschikt op aan het professioneel en respectvol begeleiden van de patiënt in diens keuzes.

3.4.3 PREDESTINATIE ALS ETHISCH KADER

Predestinatie of voorbestemming verwijst naar het principe binnen de islam dat het leven van de mens, inclusief het tijdstip van overlijden, volledig bepaald is door de wil van God. Dit principe is diep verankerd binnen de islamitische geloofsleer en speelt een centrale rol in de manier waarop islamitische zorgverleners omgaan met levenseindezorg. Alle participanten geven aan dat het moment van overlijden door God is vastgelegd. Voor velen voelt het uitvoeren van actieve euthanasie aan als een schending van deze goddelijke orde. Vijf van de zeven participanten geven aan dat het niet aan hun is om zelf actief een leven te beëindigen. Ze verwijzen resoluut door wanneer een patiënt euthanasie aanvraagt.

“Ik heb geleerd dat de dood een moment is dat al vastligt. Wat ik doe, mag dat moment niet forceren.” (Participant 4)

“Het is niet aan mij om het leven te eindigen, dat is aan Allah. Ik ben er om te zorgen tot het moment komt.” (Participant 5)

“Ik vind dat Allah moet beslissen, niet ik. Euthanasie voelt alsof je dat besluit uit Zijn handen neemt.”(Participant 7)

“Ik verwijs door naar collega’s als het voor mij niet goed voelt.” (Participant 6)

Twee van de zeven participanten bieden toch enige nuance afhankelijk van de klinische context:

“Als ik iemand zie afzien en ik zie dat het einde nabij is, heb ik daar geen gewetensbezwaren bij. Maar als ik zie dat die nog niet aan het gaan is, dan wil ik liever gewoon de patiënt begeleiden en zorgzaam nabij zijn, dan euthanasie te doen." (Participant 7)

“Mijn geloof verplicht mij de wetten van het land waarin ik woon te volgen, in België hebben de patiënten recht op euthanasie, als er geen andere oplossing is en ik er van overtuigd ben dat dit de patiënt helpt, voer ik het wel uit.” (Participant 3)

Er kon geen significant generalisatie gemaakt worden welke zorgverleners euthanasie soms aanvaarden. De twee zorgverleners die euthanasie soms accepteren variëren in het geslacht, land van herkomst, specialisatie en leeftijd.

Predestinatie lijkt de participanten hun visie op passieve euthanasie, zoals hogerop beschreven, minder te beïnvloeden. Sommige zorgverleners ervaren dat palliatieve sedatie religieus aanvaardbaarder is dan euthanasie, omdat het een natuurlijker verloop van sterven toelaat:

> *"Bij sedatie laat je de dood gewoon gebeuren, zonder te forceren." (Participant 3)*

> *"Sedatie voelt veiliger, want je laat het aan God over." (Participant 7)*

Daarnaast is er minder weerstand vanuit families, zeker wanneer uitgelegd wordt dat het lijden verlicht wordt zonder actief het leven te beëindigen:

> *"Families aanvaarden palliatieve sedatie vaak beter dan morfine of euthanasie, als je het goed uitlegt." (Participant 4)*

Hoewel de participanten allen erkennen dat palliatieve sedatie het stervensproces niet gaat versnellen, benoemen een aantal participanten wel dat de dood vaak snel volgt:

> *"Je mag het bewustzijn islamitisch gezien niet verlagen, je merkt ook dat bij palliatieve sedatie het sterven kort daarna volgt" (Participant 2)*

> *"Bij het wegnemen van de fysieke klachten, lijkt de ziel gemakkelijker uit het lichaam te gaan." (Participant 7)*

Bij de vijf artsen die deelnamen aan dit onderzoek leek dit geen reden te zijn om palliatieve sedatie niet uit te voeren. De twee verpleegkundigen die palliatieve sedatie niet toestaan, handelen voornamelijk uit het principe dat de patiënt bewust moet blijven in de terminale levensfase en niet vanuit het principe van predestinatie. (*infra)*

Bovendien lijkt predestinatie ook minder van van invloed te zijn op het staken of onthouden van zorg in de terminale fase. Geen enkele participant heeft het gevoel God voorbij te steken bij het staken van voeding of het weigeren van 'nutteloze' medische ingrepen in de terminale fase:

> *"Als het op medisch vlak gedaan is, ga ik ook niks extra's meer doen. Hiermee doe ik ook niks verkeerd." (Participant 5)*

> *"Je kunt niet iemand helemaal oplappen en het leven artificieel verlengen en een lichaam dat eigenlijk al faalt op alle vlakken, artificieel blijven ondersteunen, vaak heeft dit toch geen effect en wordt er gewoon overbodig gehandeld, dat is ook niet de bedoeling." (Participant 4)*

Bij het staken of het onthouden van zorg lijkt vooral de familie van de patiënt een belangrijke factor te zijn. Participanten benadrukken allen dat de familie vaak heel weigerachtig staat ten opzichte van het staken of onthouden van nutteloze zorgen:

> *"Familieleden willen niks verkeerd doen in de laatste fase van het leven en staan daardoor weigerachtig ten opzichte van handelingen die islamitisch gezien wel zijn toegestaan. Met de juiste islamitische bronnen, kan ik ze wel vaak overtuigen dat ze niks verkeerd doen." (Participant 1)*

> *"Soms weigeren ouders het detuberen van hun kind, in één casus heeft het kind weken aan de tube gelegen voordat ze overleed. Uiteindelijk heb je gewoon respect voor die ouders, want die mensen gaan dat heel hun leven meedragen. Andere collega's hebben*

het moeilijker om dat te begrijpen, omdat ze dan vooral het kind zien lijden. Terwijl je weet dat de afloop hetzelfde zal zijn." (Participant 4)

"Wanneer de familie sondevoeding eist bij palliatieve patiënten , zou ik daar wel op ingaan maar onnodige medische handelingen zal ik niet doen."(Participant 5)

Uit dit onderzoek lijkt predestinatie voornamelijk de visie op actieve euthanasie te beïnvloeden maar minder de passieve vormen van euthanasie. Het staken of onthouden van zorgen wordt voornamelijk gestuurd vanuit de wensen van de familie van de patiënt. De participanten zien het onthouden of staken van nutteloze zorgen eerder als 'niet-schaden' dan als God voorbijsteken.

Allen erkennen dat patiënten recht hebben op euthanasie en zullen dit ook niet weigeren. Het is voornamelijk het zelf uitvoeren dat voor hun moreel gezien onmogelijk is. Palliatieve sedatie daarentegen wordt sneller aanvaard.

3.4.4 NIET SCHADEN ALS MOREEL UITGANGSPUNT

Het laatste principe dat de medisch-ethische besluitvorming van islamitische zorgverleners lijkt te beïnvloeden is het fundamenteel ethisch principe: 'niet-schaden'. Zowel binnen de medische deontologie als de islam is dit een belangrijk principe met als uitgangspunt dat medisch handelingen geen doelbewuste schade mogen berokkenen aan de patiënt. Dit geldt ook voor medische handelingen met het oog op comfortzorg of verlichten van het lijden.

Sommige participanten bekijken euthanasie vanuit het principe van niet-schaden. Zij geven aan dat euthanasie indruist tegen het 'niet schaden' principe. Het beëindigen van het leven kunnen zij niet als 'minder schadelijk' beschouwen dan het verder laten lijden van een terminaal zieke patiënt:

"Je bent arts geworden om mensen te helpen, niet om ze te zien afzien – maar ook niet om hun dood te bespoedigen." *(Participant 6)*

De twee artsen die actieve euthanasie wel aanvaarden, handelen nog steeds binnen dit niet-schaden principe conform de medische deontologie:

"Wanneer patiënten ondragelijke pijn of klachten hebben, kan ik dit aanvaarden. Maar ik heb ook patiënten gezien waarbij er andere redelijke oplossingen zijn en toch kiezen voor euthanasie. Dit vind ik moeilijker te aanvaarden, dan verwijs ik door" (Participant 3)

"Zelfs als iemand euthanasie vraagt, moet ik zeker zijn dat het echt het minst schadelijke is. Anders kan ik het niet." (Participant 7)

Binnen het kader van 'niet schaden' wordt palliatieve sedatie beschouwd als een manier om onnodig lijden te voorkomen. Sommigen kaderen sedatie als ethisch aanvaardbaar - zolang de intentie gericht is op symptoomverlichting en niet op levensverkorting. Het neveneffect van sederen wordt door sommigen aanvaard als onbedoeld:

"Zolang het niet is om het sterven te versnellen, maar om lijden te verlichten, kan ik ermee leven." (Participant 3)

“Als zorgverlener is het soms moeilijk te accepteren dat je niks meer voor een kind kunt doen. Het kind comfortabel maken is dan nog het enige wat je kan doen, sederen hoort daar bij.” (Participant 4)

“Mijn religie spoort pijnbestrijding aan, onnodig lijden is echt niet de bedoeling” (Participant 6)

“Ik heb ooit een palliatief kindje opgevolgd. Hij was wel af en toe nog wakker, ik ervaarde dit niet als palliatieve sedatie, eerder als comfortzorg.” (Participant 7)

Het onthouden of stoppen van medisch handelen wordt sterk beoordeeld door het principe ‘niet-schaden’. Indien de zorgverleners achten dat de (be)handeling meer schade dan voordeel biedt, is dit de grootste drijfveer om het niet op te starten of om de (be)handeling te stoppen:

“Als het op medisch vlak gedaan is, ga ik ook niks extra’s meer doen. Hiermee doe ik ook niks verkeerd.” (Participant 5)

“Er is een fatwa-bewijs over: ‘forceer jullie zieken niet tot eten of drinken, laat staan jullie stervende’. Vaak doen we meer kwaad dan goed hierdoor. Dan sterft de patiënt aan een slikpneumonie in plaats van door hun oorspronkelijke ziekte bijvoorbeeld. Dit probeer ik steeds goed uit te leggen aan de familie” (Participant 1)

“Als het lichaam faalt en je blijft het artificieel ondersteunen terwijl het kind verder afziet,, is dit meer schadelijk dan de behandeling stop te zetten." (Participant 4)

3.4.5 Comfortzorg als uitdrukking van niet schaden

Alle participanten leggen dus voornamelijk de focus bij levenseindezorg op het comfort van de patiënt waarbij de intentie gericht is op symptoomverlichting. Comfortzorg wordt hiermee een actieve invulling van het niet-schadenprincipe, waarbij het verlichten van fysiek lijden deel uitmaakt van goede palliatieve zorg. Hoewel alle participanten de nadruk leggen op comfortzorg lijken de artsen minder problemen te hebben met het sederend effect van palliatieve sedatie dan de verpleegkundigen. Artsen zien sedatie als deel van comfort bieden terwijl de verpleegkundigen enkel pijnstilling en onnodige medische handelingen aanvaarden als comfortzorg:

"Islamitisch gezien is palliatieve sedatie niet toegestaan. Je verlaagt het bewustzijn en in de islam vinden we het belangrijk dat de shahada (geloofsovertuiging) nog uitgesproken kan worden. Pijnbestrijding en comfort mag wel, sederen niet" (participant 1)

"Zolang het niet is om het sterven te versnellen, maar om lijden te verlichten, kan ik ermee leven." (Participant 3)

“Als de intentie pijnverlichting is, dan zie ik daar geen probleem in.” (Participant 6)

3.5 Brugfunctie van de islamitische zorgverlener

Het werd reeds duidelijk dat islamitische zorgverleners zichzelf meer in staat achten om islamitische patiënten en hun familie te begrijpen en hen in te lichten. Hierbij staat voornamelijk duidelijke communicatie en cultuursensitiviteit centraal. Een aantal specifieke situaties waarbij de islamitische zorgverlener als bruggenbouwer naar voren komt, zullen kort besproken worden. Het is niet alleen aan de islamitische zorgverlener om duidelijk te communiceren en cultuurverschillen te begrijpen. Multidisciplinaire samenwerking met organisaties en geestelijke zorgkundigen zouden hierbij kunnen

helpen zodat ook niet islamitische zorgverleners beter in staat zijn om in een cultuursensitieve context te handelen. Tabel zeven geeft een overzicht.

Parentcodes	*Childcodes*	*Definitie*
Communicatie en Cultuursensitiviteit		Het vermogen van zorgverleners om rekening te houden met culturele en religieuze gevoeligheden, en helder te communiceren met patiënten en familie.
	Interpersoonlijke communicatie met familie	Contact met familieleden rond medische beslissingen; uitdagingen en strategieën voor helder en respectvol overleg.
	Misverstanden bij patiënten	Misverstanden m.b.t. palliatieve zorgen waarbij duidelijke communicatie essentieel is.
	Vroegtijdige zorgplanning	Het belang van tijdig overleg over behandelwensen.
Multidisciplinaire samenwerking		Samenwerking tussen zorgverleners, imams en organisaties om cultuursensitieve palliatieve zorg te ondersteunen en te verbeteren.

TABEL 5: BRUGFUNCTIE VAN DE ISLAMITISCHE ZORGVERLENER

3.5.1 COMMUNICATIE & CULTUURSENSITIVITEIT

In multiculturele zorgcontexten is cultuursensitief werken een sleutelcompetentie. Zoals reeds in hoofdstuk I beschreven, voelen islamitische zorgverleners aan dat hun eigen achtergrond hen toelaat om patiënten met gelijkaardige culturele of religieuze overtuigingen beter te begrijpen, waardoor ze bijvoorbeeld angst voor medicatie of taboes rond sterven sneller herkennen en bespreekbaar kunnen maken. Dit stelt hun instaat om bepaalde barrières te overbruggen. Alle participanten geven ook aan dat duidelijke communicatie noodzakelijk is:

> *"Je moet tijd maken om te luisteren, naar wat de patiënt wenst." (Participant 2)*

> *"Ze denken dat palliatieve sedatie hetzelfde is als euthanasie, en dan zeggen ze nee nog voor je het hebt uitgelegd." (Participant 5)*

> *"Een goed gesprek op voorhand maakt dat iedereen mee is, en het afscheid rustiger verloopt." (Participant 4)*

Onwetendheid leidt vaak tot angst of afwijzing. Meer toegankelijke informatie, zoveel mogelijk in samenwerking met vertrouwde instanties binnen de gemeenschap, is nodig. Islamitische zorgverleners zijn zich bewust van de brugfunctie die ze (kunnen) vervullen:

> *"Ik begrijp waar de familie vandaan komt én wat de arts bedoelt – dat maakt mij een soort brugpersoon." (Participant 2)*

> *"We kunnen als arts, én als gelovige, een brug slaan zodat families vertrouwen hebben in wat we doen." (Participant 7)*

3.5.1.1 INTERPERSOONLIJKE COMMUNICATIE MET FAMILIE

Zorgverleners ervaren de communicatie met familie als essentieel maar ook complex. Ze worden vaak geconfronteerd met uiteenlopende overtuigingen en emoties. De participanten geven aan zoveel mogelijk met de patiënt zelf te communiceren en de familie niet als vertaler te gebruiken:

> *"Vraag op tijd aan die mensen wat hun wensen zijn, zonder familie als vertaler te gebruiken. Hun vertaling is vaak vermengd met hun eigen ideeën en soms verstoppen ze ook informatie." (Participant 5)*

Zowel met familieleden als met de patiënt ontstaan er soms misverstanden omtrent medische handelingen. Deze misverstanden lijken uit onwetendheid voort te vloeien:

"Vaak hoor ik: We weten daar niets van. Dus we zeggen altijd nee'. Ik denk dat het daar ligt. Ik denk dat als ze meer ingelicht gaan worden over palliatieve zorg. Dat dat een andere manier gaat zijn met hoe ze omgaan met hun naasten maar ook met de artsen." (Participant 1)

Duidelijke communicatie waarbij er een empathische houding door de zorgverlener wordt aangenomen lijkt de voornaamste oplossing te zijn:

> *"Het belangrijkste is, mensen voelen hoe jij hun aankijkt. Je hoeft geen moslim te zijn, mensen luisteren echt wel naar de arts, als die bekwaam en empathisch is." (Participant 5)*

> *"Als een arts geen zin heeft om een goede uitleg te geven, gaat het zeker niet aanvaard worden." (Participant 3)*

3.5.1.1.1 MISVERSTANDEN BIJ PALLIATIEVE SEDATIE EN MORFINEGEBRUIK

Een aantal participanten benadrukt dat duidelijke communicatie over wat sedatie wel en niet is essentieel is om misverstanden te voorkomen. Vooral bij families met een islamitische achtergrond leeft vaak de vrees dat het een vermomde vorm van levensbeëindiging zou zijn:

> *"Ze denken soms dat het hetzelfde is als doden, dus je moet echt goed uitleggen wat sedatie betekent." (Participant 4)*

Hetzelfde geldt voor morfine. Hoewel pijnbestrijding toegestaan is in de islam heerst er vaak terughoudendheid bij islamitische patiënten rond het gebruik van morfine. Dit leidt soms tot moeilijkheden in de pijnbestrijding. Islamitische patiënten lijken morfine vaak te verwarren met euthanasie of overschatten het sederend effect van ervan:

> *"Je mag morfine aan 10 mg op 24 uur opstarten, je kunt niet iemand laten lijden of laten afzien" (Participant 1)*

> *"Ze denken dat morfine je sneller laat sterven. Dat klopt niet, maar het leeft wel sterk." (Participant 2)*

> *"Ik moet telkens uitleggen dat het geen euthanasie is." (Participant 5)*

3.5.1.1.2 MISVERSTANDEN BIJ STAKEN VAN (MEDISCHE) HANDELINGEN

Zoals eerder vermeld speelt de familie een grote rol in de uiteindelijke beslissing om een behandeling te stoppen of te onthouden. Sommige families geloven dat alles geprobeerd moet worden, zelfs als dat medisch niet meer zinvol is.

> *"Ze weigeren soms te detuberen, zelfs als we weten dat het kind niet meer beter wordt." (Participant 4)*

> *"Moslims vergeten soms dat je het leven ook niet oneindig kan rekken. Als het lichaam faalt en je blijft het artificieel ondersteunen zonder hoop op curatie, dat is zinloos behandelen, en dit is afgeraden." (Participant 4)*

3.5.1.2 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

De participanten geven aan dat de palliatieve zorg in België over het algemeen goed georganiseerd is, maar dat er ruimte is voor verbetering, zeker op vlak van cultuursensitieve zorg. Meer tijd en ruimte voor vroegtijdige zorgplanning, aandacht voor religieuze en spirituele dimensies, en opleiding van teams in interculturele communicatie worden als noodzakelijk ervaren:

> *"We nemen de tijd om alles samen te bespreken, ik stoor mij aan collega's die dit niet doen." (Participant 5)*

> *"Ik merk dat collega's soms niet weten hoe ze religieuze bezorgdheden moeten benoemen of begrijpen." (Participant 4)*

> *"Als we vroeger praten, kunnen we samen nog zoeken naar wat past binnen geloof én geneeskunde." (Participant 7)*

Opvallend is dat zorgverleners die hun opleiding niet in België hebben gevolgd toch meer moeite hebben met vroegtijdige zorgplanning:

> *"Mensen hier willen op voorhand beslissen welke zorgen ze wel of niet willen krijgen in specifieke situaties, dit bestaat niet in het geloof. Toch pas ik het toe" (Participant 6)*

> *"Soms vind ik alles wel wat overdreven, er mogen wel wat meer regels komen"(Participant 3)*

3.5.2 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Zorgverleners nemen in cultuursensitieve contexten vaak zelf een bemiddelende rol op. Hoewel imams in België zelden worden betrokken bij medische beslissingen, wordt hun inzet mogelijk als waardevol beschouwd bij wantrouwende families:

> *"Het is weinig bekend dat imams medisch advies komen geven in België, mensen luisteren echt wel naar hun arts." (Participant 5)*

> *"Als je als blanke arts te maken hebt met een wantrouwende familie kan je er wel een bekwame imam bijhalen waarmee de casus besproken wordt. Dat de imam dan leest en analyseert en dan zijn religieus advies geeft. Dit zou kunnen helpen maar moet niet altijd." (Participant 5)*

Een andere oplossing die regelmatig naar voren kwam was het uitdelen van flyers of brochures aan de moskee of om een zorgverlener een lezing te laten geven in de moskee:

> *“ Er is veel onwetendheid over palliatieve zorg onder moslims, we zouden patiënten meer moeten informeren met brochures of een uitleg geven in de moskee over wat juist is.” (Participant 3)*

Desalniettemin wordt eerder aangespoord om beroep te doen op een geestelijk deskundige of een cultureel bemiddelaar:

> *“Een geestelijke verzorgende met beroepsgeheim begrijpt de situatie beter dan de zorgverlener of Imam, Die heeft ook veel ervaring met dergelijke casussen; die win je liever in dan de imam van de familie” (Participant 4)*

> *“Het is belangrijk dat artsen weten dat organisaties zoals Al Muntaha bestaan, zij kunnen vanuit hun islamitische achtergrond en medische opleiding de arts verder helpen” (Participant 2)*

VZW Al muntaha is een organisatie die zich inzet om workshops te organiseren omtrent islamitische dodenwassing bij islamitische personen. Daarnaast begeleiden zij de familie bij dergelijke dodenwassing. Verder geven zij ook lezingen in ziekenhuizen en zijn zij altijd bereikbaar voor artsen en zorgverleners om advies te verlenen in cultuursensitieve casuïstiek. Dit kan een meerwaarde zijn voor levenseindezorg bij islamitische patiënten.

4 DISCUSSIE

Deze kwalitatieve studie brengt op genuanceerde wijze de rol van islamitische zorgverleners in kaart in de context van palliatieve zorg en levenseindebesluitvorming in België. De bevindingen tonen aan dat deze zorgverleners zich in een unieke positie bevinden. Enerzijds zijn zij professioneel gevormd binnen een seculier en evidence-based medisch systeem en anderzijds dragen zij een religieuze identiteit die hun ethische opvattingen beïnvloedt. Deze positie kan spanningen met zich meebrengen, maar creëert tegelijkertijd waardevolle mogelijkheden tot brugvorming, zoals in deze studie herhaaldelijk naar voren kwam.

4.1 DE ISLAMITISCHE IDENTITEIT ALS MOREEL REFERENTIEKADER

De resultaten tonen aan dat de islamitische identiteit van de zorgverleners voornamelijk sterk aanwezig is in hun persoonlijke leven en functioneert als moreel referentiekader. Deze identiteit versterkt hun empathie, eerlijkheid en rechtvaardigheidsgevoel in hun professionele handelen. Studies bevestigen deze bevinding dat gelovige zorgverleners, waaronder moslims, hun werk extra betekenis geven vanuit hun religieuze plicht tot medeleven en rechtvaardigheid. (43,54) Studies zoals Suleman (2023) en Arawi (2010) tonen ook aan hoe deze islamitische waarden een belangrijke rol spelen en dat een arts die zich laat leiden door de Koran en de Sunna automatisch de karaktereigenschappen ontwikkelt die essentieel zijn voor een goede arts: integriteit, empathie, nederigheid en plichtsbesef (28,55).

De zorgverleners integreren deze identiteit binnen een bredere meervoudige identiteit, waarbij religie niet wordt opgelegd aan de patiënt, maar wel een moreel en spiritueel referentiekader biedt voor het eigen handelen. Dit wordt weerspiegeld in uitspraken als:

> *"Mijn job is mensen te helpen, volgens de evidence-based richtlijnen van België, het feit dat ik interne conflicten ervaar bij sommige beslissingen (zoals euthanasie), is niet het probleem van de patiënt maar dat van mij." (Participant 3)*

Deze houding getuigt van professionele neutraliteit, één van de vier basisprincipes die tijdens de thematische analyse werden geïdentificeerd. Hiermee bevestigt deze studie eerder onderzoek (43)dat aantoont dat moslimartsen hun religieuze overtuiging zelden opdringen, maar deze wel gebruiken als moreel instrument bij moeilijke beslissingen.

4.2 ETHISCHE BESLUITVORMING TUSSEN WETENSCHAP EN GELOOF

Islamitische zorgverleners lijken hun beslissingen met betrekking tot palliatieve zorg te nemen binnen een complex kader van vier ethische principes: professionele neutraliteit, shared decision making, predestinatie en het niet-schaden-principe. Deze principes vormen samen een ethisch beslissingskader waarin religieuze overtuigingen en professionele verantwoordelijkheden in balans worden gebracht.

Hoewel de participanten evidence-based en patiëntgerichte zorg nastreven, erkennen zij morele grenzen. Dit spanningsveld is ook beschreven door Padela et al. (2008), die stelt dat islamitische artsen vaak een 'moral buffer' hanteren waarbij zij medische keuzes niet puur technisch benaderen, maar steeds in verhouding tot een ethische reflectie. De participanten behouden hun professionele neutraliteit echter door gebruik te maken van de gewetensclausules in de Euthanasiewet van 2002

(Art. 14) waarin staat dat geen enkele arts verplicht kan worden om euthanasie uit te voeren, mits een correcte doorverwijzing.

Daarnaast werd shared decision making als essentieel benadrukt: participanten vonden actieve betrokkenheid van de patiënt en familie cruciaal voor goede palliatieve zorg, in lijn met Europese aanbevelingen (5).

4.3 EUTHANASIE

Binnen het thema euthanasie spelen vooral de principes van predestinatie en professionele neutraliteit een grote rol. De participanten integreren het islamitische geloof in predestinatie **(***al-qadar*), wat leidt tot een nederige houding tegenover leven en dood: de mens moet zorg dragen maar erkent dat het ultieme moment van overlijden door Allah is bepaald:

> *"Als arts moet ik doen wat ik kan, maar ik weet ook dat Allah beslist wanneer het eindigt." (Participant 6)*

Voor vijf van de zeven participanten vormt dit geloof in predestinatie een duidelijke grens: zij weigeren actief levensbeëindigend handelen en beroepen zich op de gewetensclausule. Deze houding bevestigt bredere internationale bevindingen die stellen dat medische interventies die ingrijpen in het door God vastgestelde levenspad islamitisch niet geoorloofd zijn (12,17,19,20,24,26,41,56,57).

Toch namen twee participanten een meer genuanceerde houding aan. Eén participant verwees naar islamitische wetsprincipes die stellen dat men zich moet houden aan de wetten van het land waarin men woont. Een andere participant hanteerde het principe van niet-schaden als belangrijkste afwegingskader, waarbij zij de terminale lijdenslast als grotere schade beoordeelde dan het beëindigen van het leven.

4.4 PALLIATIEVE SEDATIE

In de context van palliatieve sedatie staan de principes niet-schaden en shared decision making centraal. Hoewel traditioneel verlagen van het bewustzijn vlak voor overlijden problematisch kan zijn, gelet op het belang van het bewust reciteren van de geloofsovertuiging, erkennen islamitische rechtsscholen dat palliatieve sedatie onder strikte voorwaarden toegestaan is. Deze voorwaarden omvatten onder andere dat de sedatie wordt toegepast als laatste redmiddel om ondraaglijk lijden te verlichten, met de intentie om het lijden te verminderen en niet om het leven te bekorten.

De meeste participanten hebben deze visie: palliatieve sedatie wordt door hen moreel gerechtvaardigd indien toegepast met de correcte intentie. Dit bevestigt de bevindingen uit Nederlands onderzoek, waarin Nederlandse islamitische artsen palliatieve sedatie moreel kunnen rechtvaardigen vanuit de intentie om ondraaglijk lijden te verlichten, zolang de handeling niet gericht is op levensverkorting (25). Opvallend in dit onderzoek was dat de verpleegkundigen het sederen klasseren als 'niet toegestaan' in het geloof terwijl de artsen sederen, als secundair effect of als comfortzorg wel toestaan.

Wat betreft vroegtijdige zorgplanning en DNR-beleid, blijkt uit de interviews dat islamitische zorgverleners die geboren en opgeleid zijn in België hier minder moeite mee hebben. Dit zou kunnen wijzen op een invloed van de professionele vorming in een seculiere context. Eerder onderzoek toonde reeds aan dat moslimartsen uit minderheidscontexten (zoals België, Nederland, VK) eerder

vroegtijdige zorgplanning en een DNR-beleid accepteren dan collega's uit islamitische meerderheidslanden (42,46).

Belangrijk hierbij is het niet-schaden-principe: doorgaan met disproportionele behandelingen zonder uitzicht op herstel wordt door de participanten gezien als schaden van de patiënt. Dit druist in tegen literatuur die suggereert dat gelovige artsen vaker moeite hebben met het staken van levensnoodzakelijke behandeling (42,45).

De toepassing van deze vier principes laat zien dat islamitische zorgverleners niet handelen vanuit rigide religieuze wetten, maar dat ze proberen een afgewogen ethische positie in te nemen. In hun handelen combineren zij de spirituele waarden van hun geloof met de professionele standaarden van de Belgische gezondheidszorg, waardoor ze bijdragen aan een cultuursensitieve en patiëntgerichte palliatieve zorgpraktijk.

4.4.1 De brugfunctie als cultureel en professioneel voordeel

De resultaten onderstrepen sterk de meerwaarde van islamitische zorgverleners als brugfiguren tussen medische richtlijnen en religieuze/culturele verwachtingen. Hun gedeelde achtergrond met islamitische patiënten leidt tot verhoogd vertrouwen, meer openheid in gesprekken, en minder weerstand tegen palliatieve maatregelen zoals morfine of sedatie.

> *"Ze denken dat morfine je sneller laat sterven. Dat klopt niet, maar het leeft wel sterk." (Participant 2)*

> *"Ik begrijp waar de familie vandaan komt én wat de arts bedoelt – dat maakt mij een soort brugpersoon." (Participant 2)*

Ook op communicatief vlak wordt hun rol als 'tolk' benadrukt: zij verstaan zowel de medische terminologie als de religieuze gevoeligheden, wat maakt dat bepaalde angsten en barrières sneller ter sprake komen en verlegd kunnen worden. Duidelijke communicatie is hier vooral van belang. Een bijzondere vaststelling in deze studie was, dat alle zorgverleners, uitgezonderd de specialist in opleiding, comfortabel was in het delen van religieus advies. De specialist in opleiding vindt dat de taak van de arts stopt bij het medische en een arts niks kan zeggen over het morele of religieuze aspect. Dit verschil zou verklaard kunnen worden door de vertrouwensband die huisartsen hebben met hun patiënten waardoor ze zich meer geneigd voelen hun gedeelde islamitische identiteit te gebruiken.

Ook in de literatuur word gedeelde identiteit en empathische communicatie beschreven als cruciale voorwaarden voor het leveren van hoogwaardige zorg in multiculturele samenlevingen (50–52)

Islamitische zorgverleners versterken niet alleen de cultuursensitieve dimensie van de palliatieve zorg in België, maar zouden ook kunnen bijdragen bij het verminderen van angst, het herstellen van vertrouwen en het vergemakkelijken van geïnformeerde besluitvorming rond het levenseinde.

4.4.2 Multidisciplinaire samenwerking en geestelijke begeleiding

Een opvallend element in deze studie is de beperkte betrokkenheid van geestelijke verzorgers (zoals imams) in het palliatieve zorgproces. Hoewel participanten het inschakelen van een imam in bepaalde gevallen als nuttig zien, blijft dit in België eerder uitzonderlijk:

> *"Als je als blanke arts te maken hebt met een wantrouwende familie, kan je er wel een bekwame imam bijhalen... maar dat moet niet altijd." (Participant 5)*

Een nood aan bredere erkenning van de rol van organisaties zoals VZW Al Muntaha werd aangehaald. VZW Al Muntaha is reeds actief in onder meer het ondersteunen van zorgverleners bij islamitische casuïstiek. In landen zoals het VK of Nederland zijn geestelijke begeleiders al beter geïntegreerd binnen palliatieve zorgteams. De deelnemers denken dat ook in België dit kan bijdragen aan het vertrouwen, vooral bij families die religie centraal stellen bij het levenseinde.

4.5 AANBEVELINGEN

De bevindingen suggereren dat cultuursensitieve zorg niet mag worden verengd tot het 'weten wat toegestaan is binnen de islam', maar veel breder begrepen moet worden als het ontwikkelen van vaardigheden zoals empathie en duidelijke communicatie. Opleidingen in geneeskunde en verpleegkunde zouden bijvoorbeeld meer systematische aandacht kunnen besteden aan religieuze diversiteit in palliatieve zorg, zoals ook aanbevolen wordt in de literatuur over palliatieve zorg (51).

Daarnaast zou het zinvol zijn om zorgteams te versterken met culturele bemiddelaars in ziekenhuizen met een diverse populatie. De bereidheid van islamitische zorgverleners om bruggen te bouwen moet ondersteund worden door een systeem dat ook bruggen bouwt tussen medische disciplines en religieuze ondersteuning.

4.6 BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Zoals eerder vermeld is de beperkte omvang van de steekgroep een belangrijke beperking. Ook het feit dat alle participanten binnen de soennitische islam vallen, maakt generalisatie moeilijk. Verder onderzoek zou kunnen nagaan in welke mate religieuze stromingen, de mate van praktiseren, geslacht of opleidingsland invloed hebben op de medische besluitvorming.

Daarnaast is het opvallend dat enkel huisartsen in deze studie bereid leken religieuze vragen van patiënten zelf te beantwoorden, terwijl specialisten aangaven dit liever over te laten aan externe experts. Dit verschil in houding roept vragen op over de professionele rolbeleving en training. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de verschillen tussen disciplines, bijvoorbeeld tussen verpleegkundigen, huisartsen en specialisten.

Verder zou het ook interessant zijn om na te gaan wanneer medische zorgen nutteloos worden geacht door islamitische zorgverleners in België en of islamitische artsen, overeenkomstig het Europees onderzoek (*supra*), sneller nutteloze handelingen zullen onthouden dan staken en hoe komt dit? Wat zijn de moreel, ethische referentiekaders/principes die ze hiervoor gebruiken? Is het verschil tussen moslimartsen en atheïstische artsen in Vlaanderen significant?

5 CONCLUSIE

In België wordt euthanasie beschouwd als een belangrijke keuzemogelijkheid voor de patiënt om de menselijke waardigheid te waarborgen. De islamitische ethiek vertrekt daarentegen vanuit twee principes, namelijk dat het leven heilig is en het principe van het niet schaden. Religie treedt hier eerder op als een moreel kompas waarbij professionele neutraliteit en shared decision making centraal staan. Hoewel deze studie een kleine steekproef betrof die weinig gevarieerd was, kon door middel van kwalitatieve diepte interviews wel een verband worden gelegd met de reeds gekende literatuur omtrent islamitische zorgverleners in niet-islamitische landen omtrent levenseindezorg.

Een opvallende bevinding waarbij twee islamitische huisartsen euthanasie toch als optie behouden, is interessant en geeft nuance aan het standpunt dat islamitische zorgverleners tegen euthanasie zijn. Ook over palliatieve zorgen is er een gelijkenis met de literatuur. Deze studie legde een aantal knelpunten bloot waaronder de onduidelijkheid bij moslimpatiënten over het verschil tussen euthanasie, sedatie en pijnstilling. Hierbij wordt empathische communicatie en eventueel overleg met organisaties zoals bijvoorbeeld Al Muntaha of geestelijke verzorgenden als mogelijke oplossing aangeboden. Een betere kennis bij collega's over de islamitische visie op het levenseinde, door bijvoorbeeld cultuursensitieve cursussen in de opleiding, zou de levenseinde zorg in België toegankelijk kunnen maken voor moslims.

6 REFERENTIES

1. Lesaffer P. We overschatten het aantal moslims in België | De Standaard [Internet]. 2018 [geciteerd 19 januari 2025]. Beschikbaar op: https://www.standaard.be/nieuws/we-overschatten-het-aantal-moslims-in-belgie/48102159.html

2. Structuur van de bevolking | Statbel. 4 juni 2024 [geciteerd 23 december 2024]; Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking#documents

3. Muishout G, de la Croix A, Wiegers G, van Laarhoven HWM. Muslim doctors and decision making in palliative care: a discourse analysis. Vol. 27, Mortality. Routledge; 2022 jul.

4. Chamsi-Pasha H, Albar MA. Western and Islamic bioethics: How close is the gap? Avicenna J Med. januari 2013 [geciteerd 29 april 2025];3(1):8–14.

5. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnaghar S, e.a. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 1 oktober 2020;60(4):754–64.

6. Wet betreffende de euthanasie [Internet]. Belgisch Staatsblad. Federale Overheidsdienst Justitie; 2002 [geciteerd 2 juni 2024]. Beschikbaar op: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002052837BBC News.

7. Looman C. Eerder Versterven dan Sterven: een onderzoek naar de motivatie van de arts om palliatieve sedatie (versterven) boven euthanasie (sterven) te verkiezen [Bestuurskundige Berichten; 2006 [geciteerd 19 april 2025].

8. Palliaweb. pallialine. 2022 [geciteerd 29 april 2025]. Palliatieve sedatie - Richtlijnen Palliatieve zorg. Beschikbaar op: https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie

9. Sociale Zaken - Volksgezondheid en Leefmilieu. Publicatie van 20 december 2002, nummer 2002023007, bladzijde 57406 beeld van de officiële publicatie. 2002 [geciteerd 19 april 2025]. 22 AUGUSTUS 2002. Wet betreffende de rechten van de patiënt. Beschikbaar op: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002082245

10. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. PALLIATIEVE SEDATIE RICHTLIJN VOOR DE PRAKTIJK [Internet]. Beschikbaar op: www.pallialine.be

11. Esposito JL. What Everyone Needs to Know About Islam.

12. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. Vol. 15, Palliative and Supportive Care. Cambridge University Press; 2017. p. 609–22.

13. Van den Branden S, Broeckaert B. Islamitische ethiek aan het levenseinde. Een theoretisch omkaderde inhoudsanalyse van Engelstalig soennitisch bronnenmateriaal en een kwalitatief empirisch onderzoek naar de houding van praktiserende Marokkaanse oudere mannen in Antwerpen - KU Leuven; 2006 [geciteerd 19 april 2025].

14. Muishout G. Muslims and palliative care in a Western context AN EXPLORATORY QUALITATIVE INVESTIGATION. Universiteit van Amsterdam; 2023.

15. Rispler-Chaim V. Islamic medical ethics in the 20th century. J Med Ethics. 1989 [geciteerd 19 april 2025];15(4):203–8.

16. Muishout G, Kroon R. Moslims en medische behandeling: Een oriëntatie op de ethisch-juridische status van behandeling binnen de (soennitisch-)islamitische traditie Muslims and Medical Treatments. NTT Journal for Theology and the Study of Religion.1 januari 2016;70(1):1–14.

17. Islamic Organization For Medical Sciences, Dr. Abdul Rahman A. Al-Awadi. The International Islamic Code for Medical and Health Ethics. 11 december 2004;

18. Hassan Chamsi-Pasha, Mohammed Ali Albar ohammed Ali Alba, Majed Chamsi-Pasha. Comparative Study between Islamic and Western bioethics: Journal of the British Islamic Medical Association. augustus 2022;11(4).

19. Organization of Islamic Cooperation. Resolutions and recommendations of the International Islamic Fiqh Academy. oktober 2021;(Second).

20. Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical Dilemmas at the End of Life: Islamic Perspective. J Relig Health.1 april 2017 [geciteerd 19 april 2025];56(2):400–10.

21. Dauvrin M, Desomer A, Savoye I, Adriaenssens J, Ricour C. Het versterken en vervolledigen van het palliatieve zorgaanbod voor de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats. [geciteerd 22 april 2025]; Beschikbaar op: www.kce.fgov.be

22. Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Palliatieve zorg in cijfers – Palliatieve Zorg Vlaanderen [Internet]. [geciteerd 22 april 2025]. Beschikbaar op: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/

23. Artsenkrant.com [Internet]. 2025 [geciteerd 22 april 2025]. Bijna 4.000 gevallen van euthanasie in 2024 - Actueel - Artsenkrant.com. Beschikbaar op: https://www.artsenkrant.com/actueel/bijna-4-000-gevallen-van-euthanasie-in-2024/article-normal-75069.html

24. Ayuba MA. EUTHANASIA: A MUSLIM'S PERSPECTIVE. Scriptura. juni 2016;115(0).

25. Muishout G, van Laarhoven HWM, Wiegers G, Popp-Baier U. Muslim physicians and palliative care: attitudes towards the use of palliative sedation. Supportive Care in Cancer. 8 november 2018;26(11):3701–10.

26. Choong KA. Islam and palliative care. Global Bioethics. 2 januari 2015;26(1):28–42.

27. Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. J Pain Symptom Manage [Internet]. 1 december 2016;52(6):771-774.e3.

28. Suleman M. The balancing of virtues-Muslim perspectives on palliative and end of life care: Empirical research analysing the perspectives of service users and providers. 2022 [geciteerd 26 april 2025];

29. Vertaling M. F. Abdasalaam. Soera 5 vers 32 - Al-Ma-idah [Internet]. [geciteerd 19 april 2025]. Beschikbaar op: https://koran.nl/soera-5-al-ma-idah-de-tafel/

30. Vertaling M.F. Abdasalaam. Soera 17, vers 33 - Al Israa [Internet]. [geciteerd 19 maart 2025]. Beschikbaar op: https://koran.nl/soera-17-al-isra-de-nachtreis/

31. Elmahjub E. Normative account of Islamic bioethics in end-of-life care. Global Bioethics. 2022;33(1):133–54.

32. Al-Bukhari M ibn I. Sahih al-Bukhari. Boek 75 H 5641. Hadith 5641 (ziekte) [Internet]. Vol. Boek 75. Sahih al-Bukhari; [geciteerd 19 april 2025]. Beschikbaar op: https://sunnah.com/bukhari:5641

33. Al-Shahri MZ. Islamic theology and the principles of palliative care. Palliat Support Care. 1 december 2016;14(6):635–40.

34. Sahih al-Bukhari. There is no disease except its treatment 5678 [Internet]. [geciteerd 19 april 2025]. Beschikbaar op: https://sunnah.com/bukhari:5678

35. Vertaling M.F. Abdasalaam. Soera 39 - Az-Zumar - De Drommen [Internet]. [geciteerd 19 april 2025]. Beschikbaar op: https://koran.nl/soera-39-az-zumar-de-drommen/

36. Ahaddour C, Van den Branden S, Broeckaert B. Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women. OMEGA - Journal of Death and Dying. 1 december 2017 [geciteerd 19 april 2025];76(2):169–200.

37. Chamsi-Pasha H, Albar MA. Western and Islamic bioethics: How close is the gap? Avicenna J Med [Internet]. januari 2013 [geciteerd 19 april 2025];3(1):8–14.

38. Popal S, Hall S, Padela AI. Muslim American physicians' views on brain death: Findings from a national survey. Avicenna J Med. april 2021;11(02):63–9.

39. Sahih Muslim 113a - The Book of Faith - كتاب الإيمان - Sunnah.com - Sayings and Teachings of Prophet Muhammad (صلى الله عليه و سلم) [Internet]. [geciteerd 23 april 2025]. Beschikbaar op: https://sunnah.com/muslim:113

40. Sahih Muslim. killing oneself 109a. [geciteerd 23 april 2025]. Beschikbaar op: https://sunnah.com/muslim:109a

41. Dar Al-Ifta. https://www.dar-alifta.org/en/fatwa/details/5990/what-does-islam-state-about-euthanasia. 2013 [geciteerd 19 februari 2025]. What does Islam State about Euthanasia. Beschikbaar op: https://www.dar-alifta.org/en/fatwa/details/5990/what-does-islam-state-about-euthanasia

42. Piracha NZ, Nickel LB, Quryshi A, Salah R, Padela AI. Muslims and End-of-Life Healthcare in Non-Muslim Majority Nations: A Systematic Literature Review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 1 april 2024 [geciteerd 19 april 2025];67(4):e299–312.

43. Padela AI, Shanawani H, Greenlaw J, Hamid H, Aktas M, Chin N. The perceived role of Islam in immigrant Muslim medical practice within the USA: an exploratory qualitative study: Table 1. J Med Ethics. mei 2008;34(5):365–9.

44. Wolenberg KM, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA. Religion and United States physicians' opinions and self-predicted practices concerning artificial nutrition and hydration. J Relig Health. december 2013 [geciteerd 19 april 2025];52(4):1051–65.

45. Duivenbode R, Hall S, Padela AI. Assessing Relationships Between Muslim Physicians' Religiosity and End-of-Life Health-Care Attitudes and Treatment Recommendations: An Exploratory National Survey. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 1 september 2019;36(9):780–8.

46. López-Tarrida ÁDC, de Diego-Cordero R, Lima-Rodríguez JS. Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues? J Clin Med. 29 november 2021 [geciteerd 19 april 2025];10(23).

47. Saunders M, Quinn M, Duivenbode R, Zasadzinski L, Padela AI. A Pilot Efficacy Trial to Educate Muslim Americans about the Islamic Bioethical Perspectives in End-of-Life Healthcare. J Immigr Minor Health. 1 februari 2024;26(1):133–9.

48. Shhadat IAL, Wobst LM, Meyer G, Makhmutov R, Fleischer S. The use of palliative care by people of Islamic faith and their preferences and decisions at the end of life: A scoping review. Palliat Support Care. 31 maart 2025;23.

49. Saeed F, Kousar N, Aleem S, Khawaja O, Javaid A, Siddiqui MF, e.a. End-of-Life Care Beliefs Among Muslim Physicians. American Journal of Hospice and Palliative Medicine® [Internet]. 3 juni 2015 [geciteerd 19 april 2025];32(4):388–92. Beschikbaar op: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909114522687?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

50. Schim SM, Doorenbos A, Benkert R, Miller J. Culturally congruent care: putting the puzzle together. J Transcult Nurs [Internet]. 2007 [geciteerd 27 april 2025];18(2):103–10. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17416711/

51. Givler A, Bhatt H, Maani-Fogelman PA. The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. StatPearls [Internet]. 22 mei 2023 [geciteerd 27 april 2025]; Beschikbaar op: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/

52. Malek MM, Saifuddeen SM, Abdul Rahman NN, Yusof ANM, Abdul Majid WR. Honouring Wishes of Patients: An Islamic View on the Implementation of the Advance Medical Directive in Malaysia. Malays J Med Sci [Internet]. 2021 [geciteerd 22 april 2025];28(2):28. Beschikbaar op: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8075601/

53. Hamouda MA, Emanuel LL, Padela AI. Empathy and Attending to Patient Religion/Spirituality: Findings from a National Survey of Muslim Physicians. J Health Care Chaplain [Internet]. 2021 [geciteerd 19 april 2025];27(2):84–104. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31179903/

54. Duivenbode R, Hall S, Padela AI. Assessing Relationships Between Muslim Physicians' Religiosity and End-of-Life Health-Care Attitudes and Treatment Recommendations: An Exploratory National Survey. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 27 september 2019;36(9):780–8.

55. Arawi TA. The Muslim Physician and the Ethics of Medicine. J IMA [Internet]. 26 december 2010 [geciteerd 26 april 2025];42(3):111. Beschikbaar op: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3708676/

56. Daar AS, Khitamy A. Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. CMAJ. 2001;164(1).

57. Mohiuddin A, Suleman M, Rasheed S, Padela AI. When can Muslims withdraw or withhold life support? A narrative review of Islamic juridical rulings. Global Bioethics [Internet]. 1 januari 2020;31(1):29–46. Beschikbaar op: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11287462.2020.1736243

58. The European Council for Fatwa and Research. Eleventh Ordinary Session of the European Council for Fatwa and Research | المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث [Internet]. 2003 [geciteerd 27 maart 2025]. Beschikbaar op: https://www.e-cfr.org/blog/2017/11/04/eleventh-ordinary-session-european-council-fatwa-research/

7 APPENDIX

7.1 UITGESCHREVEN PROTOCOL

Inleiding/context:

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een studie met als doel het verbeteren van de end of life care door middel van de interculturele en religieuze perspectieven van islamitische zorgverleners bij de end of life care in beeld te brengen.

Onze maatschappij wordt gekenmerkt door een groeiende diversiteit en vergrijzing van de bevolking. Hierdoor krijgen steeds meer te maken met palliatieve patiënten waaronder ook islamitische patiënten. Eerder onderzoek toonde reeds aan dat er moeilijkheden heersen bij het begeleiden van islamitische patiënten. Daarnaast zorgt de groeiende diversiteit in onze maatschappij ook voor meer zorgverleners met een andere geloofsovertuiging. Hoe kunnen wij van elkaar leren?

De opdrachtgever van deze studie is Peter Decat. Sarah Hessein, student van de vakgroep huisartsengeneeskunde zal de interviews afnemen en jullie contactpersoon zijn.

Onderzoeksvraag:

Visie van islamitische zorgverleners op levenseindezorg in België waarbij er onderzocht zal worden of religieuze overtuigingen en culturele waarden bij de islamitische zorgverleners in Vlaanderen en Brussel een invloed heeft op deze visie. Zo ja, welke invloed? Hoe gaan zij hier mee om?

Subvraag: Kunnen islamitische zorgverleners een meerwaarde bieden in deze diverse samenleving? Zo ja, hoe?

Methode:

Er zullen een vijftal zorgverleners gerekruteerd worden via netwerk van auteur en promotor. Inclusiecriteria zijn: zorgverlener zijn, reeds ervaring met levenseinde zorg, moslim zijn. Zij zullen via email of telefonisch gecontacteerd worden. Er wordt getracht variatie te brengen in de zorgverleners: namelijk soenieten, sjieten, praktiserend, niet praktiserend, geboren in België, geboren in een islamitisch land of bekeerd. Daarnaast variatie in leeftijd, geslacht en functie als zorgverlener is wenselijk. Exclusiecriteria: geen moslim.

De patiënten zelf zullen ten alle tijden anoniem

Via een vijftal semigestructureerde interviews zullen zorgverleners worden bevraagd. De interviews worden nadien getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd.

Alle verzamelde gegevens in kader van dit onderzoek zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt. Dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Verwachte resultaten:

Met dit onderzoek wordt er verwacht een beeld te krijgen op de visie van de islamitische zorgverleners met betrekking tot levenseindezorg. Beïnvloed hun geloof heeft op deze visie specifiek of zij moslimpatiënten anders benaderen dan ongelovige patiënten.

7.2 INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER ARTSEN

INFORMATIEBRIEF VOOR DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Titel van de studie: End of life care bekeken vanuit het perspectief van islamitische zorgverleners

Officiële titel: Hoe gaan Islamitische zorgverleners om met end of life care en hoe kunnen zij een meerwaarde bieden in onze diverse maatschappij?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een studie genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier op de laatste pagina te ondertekenen.

1. WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een studie met als doel het verbeteren van de end of life care door middel van de interculterele en religieuze perspectieven van islamitische zorgverleners bij de end of life care in beeld te brengen.

Onze maatschappij wordt gekenmerkt door een groeiende diversiteit en vergrijzing van de bevolking. Hierdoor krijgen steeds meer te maken met palliatieve patiënten waaronder ook islamitische patiënten.

Eerder onderzoek toonde reeds aan dat er moeilijkheden heersen bij het begeleiden van islamitische patiënten. Daarnaast zorgt de groeiende diversiteit in onze maatschappij ook voor meer zorgverleners met een andere geloofsovertuiging. Hoe kunnen wij van elkaar leren?

De opdrachtgever van deze studie is Peter Decat. Sarah Hessein, student van de vakgroep huisartsengeneeskunde zal de interviews afnemen en jullie contactpersoon zijn.

2. WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

U zal in gesprek gaan over geloof en cultuur en hoe dit uw werk beïnvloed. Dit zal eenmalig zijn en ongeveer 45-60 minuten duren. Het gesprek zal via een audiorecorder worden opgenomen.

3. HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Er zullen in totaal 10 personen aan deze studie deelnemen.

4. WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van de studie voor u is 45-60 minuten.

5. WAT WORDT VERWACHT VAN DE DEELNEMER?

Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u volledig meewerkt met de arts-onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt.

6. WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

6.1 Rechten bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gegevens gepseudonimiseerd in de databank blijven voor analyse, maar zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6.2 Rechten met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het

kader van dezelfde of een vergelijkbare onderwerpen. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 7).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Decat (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7. ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

8. IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

U zal geen financiële compensatie of vergoeding van reiskosten ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

9. TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten wenst, kan u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Dr Sarah Hessein

Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping

Contactgegevens: sarah.hessein@vub.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document “Informatiebrief voor deelnemers aan een experiment” pagina 1 tot en met 6 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur en over wat men van mij verwacht. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 7).

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Aankruisen door de getuige/tolk indien akkoord

Ik was aanwezig tijdens het volledige informatieproces en ik bevestig dat de informatie over de doelen van de studie op de juiste manier werd gegeven, dat de deelnemer de studie begrepen heeft en dat toestemming voor deelname aan de studie vrijwillig is gegeven.		
Naam, voornaam en hoedanigheid van de getuige/tolk	Handtekening	Datum

7.3 SEMI-GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST VOOR DE INTERVIEWS

Versie 1

Introductie

Eerst en vooral bedankt voor uw deelname aan het onderzoek. Ik ben Sarah Hessein; ik ben student in de master na master huisartsgeneeskunde aan de universiteit van Brussel/Gent. Als masterthesis doe ik een onderzoek over interculturele en religieuze perspectieven in de end of life zorg door islamitische zorg verleners. Het doel van dit onderzoek is het nut van islamitische hulpverleners bij de end of life care in beeld brengen.

Het interview zal maximaal 60 minuten duren en tijdens het interview zal een audiorecorder het gesprek opnemen. Ik zal tijdens het interview ook enkele notities maken.

Het is de bedoeling dat ik een paar vragen stel en dat u hier open en vrij op antwoordt. Ik heb een lijst met onderwerpen opgesteld en zal deze bevragen aan u. Uw identiteit blijft beschermd gedurende het hele onderzoek.

Graag had ik nog enkele praktische zaken willen toelichten:

Gelieve uw GSM op 'niet storen' zetten of het toestel afzetten.

Niet aarzelen als u iets wil toevoegen aan het gesprek.

Graag zou ik u nu eerst de informed consent laten ondertekenen. Heeft u verder nog vragen?

Dan ga ik nu de audiorecorder opzetten en het interview starten.

Topic: Algemene info

Dit topic helpt om de context van de patiënten te schetsen

Sociodemografische gegevens.

- *Leeftijd:*
- *Geslacht:*
- *Geboorteland:*
- *Beroep:*

Indien u het goed vind ga ik nu vragen stellen meer specifiek over geloof.

Wat is uw religie? - soenniet/sjiet?

Wat houdt dat in voor jou? Waarom? Hoe komt dat? Vertel daar eens wat meer over?

Welke invloed heeft jouw geloof op je werk?

- Zijn er voordelen zo ja, Welke voordelen biedt jouw geloof bij je werk?
- Zijn er nadelen zo ja, Welke nadelen ondervind je op je werk ?
- Wat is jouw visie op end of life zorg? Hoe sta je tegenover euthanasie? Palliatieve sedatie? Pijnstilling? Wat is voor jou een goede dood?
- In welke maten heeft jouw geloof een invloed op deze visie?
- Veranderd deze visie als het gaat over islamitische patiënten? Zo ja, hoe komt dit?

- Doe je soms beroep op bijvoorbeeld een imam? zo ja, in welke gevallen, hoe organiseer je dit? Bij welke patiënten wel, bij welke niet? Van waar haal je je eigen kennis?
- Hoe kunnen we volgens jou de end of life care in België verbeteren?

7.4 GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ UZ GENT

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
sarah hessein	12/03/2024	1/6

Onze referentie: THE-2023-0412 **EudraCT-nr:** **Belg. Regnr:**

Betreft:
End of life care bekeken vanuit het perspectief van de islamtische zorgverleners in Vlaanderen.
- Scriptie sarah hessein

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 09/01/2024.

Dit project valt niet onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004.

De CME heeft geen bezwaar tegen het project op voorwaarde dat de gegevens vertrouwelijk worden beheerd en in overeenstemming met de Belgische wetgeving inzake privacy.

Voor de beoordeling van dit dossier is rekening gehouden met documenten/antwoorden ingediend op 12/12/2023 en 28/02/2024.

De studie kan vanaf nu (08/03/2024) starten in ons centrum.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

The Ethics committee (EC) of University Ghent and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 09/01/2024.

The EC has no objection to the project provided that the data is managed confidentially and in compliance with the Belgian legislation on privacy.

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

For the assessment of this dossier, documents/answers submitted on 12/12/2023 en 28/02/2024, have been taken into account.

The study can now (08/03/2024) start on our site.

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: Antwoord onderzoeker op opmerkingen CME U(Z) Gent
- brief met antwoord op opmerkingen, ontvangen dd. 06/02/2024

Categorie: CV
- Sarah Hessein, versie geüpload dd. 28/11/2023 (Nederlands)
- Peter Decat, versie Geüpload dd. 28/11/2023 (Engels)

Categorie: GCP certificaat
- Peter Decat, dd. 01/08/2021 (Engels)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- AVG Record / GEB, dd. 29/11/2023 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 3 dd. 28/02/2024 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Vragenlijst, versie geüpload dd. 01/11/2023 (Nederlands)

Categorie: Opmerkingsbrief CME U(Z) Gent
- opmerkingen aan onderzoeker, dd. 12/01/2024

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer Ugent - statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits Ugent - statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern - huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern - huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent - kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent - kinder gastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent - psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent - psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent - verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent - verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent - verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent - verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent - apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent - apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent - Ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent - Ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent - jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent - jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent - nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent - geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent - internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent - neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent - hartchirurg, ♂	Dr. H. Eker UZ Gent - algemene en hepatobiliaire chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent - fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent - verloskunde, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent - kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent - anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♀

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek met betrekking tot de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contact met patiënten, of bij de toegang tot patiëntgegevens, inclusief de juiste implementatie hiervan door collega's en studenten.

De CME verlangt dat het hoofd/personeel van de klinische afdeling geïnformeerd wordt over en akkoord gaat met dit onderzoek; dit is de verantwoordelijkheid van de PI.

De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst naar de ICH/GCP-richtlijnen op haar website en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit advies van De CME houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor het geplande onderzoek op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

EC bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students.

The EC requires that the head/staff of the clinical department are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

7.5 VERZAMELING VAN DE GEBRUIKTE KORAN VERZEN

Verschillende verzen in de Koran geven aan dat het leven heilig is en enkel geschapen en beïndigd kan worden door Allah (God). Verzen uit de Koran met transliteratie van M. F. Abdasalaam

Verzen Koran met betrekking tot de heiligheid van het leven:

مِنۡ أَجۡلِ ذَٰلِكَ كَتَبۡنَا عَلَىٰ بَنِيٓ إِسۡرَٰٓءِيلَ أَنَّهُۥ مَن قَتَلَ نَفۡسَۢا بِغَيۡرِ نَفۡسٍ أَوۡ فَسَادٖ فِي ٱلۡأَرۡضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعٗا وَمَنۡ أَحۡيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحۡيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعٗاۚ وَلَقَدۡ جَآءَتۡهُمۡ رُسُلُنَا بِٱلۡبَيِّنَٰتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرٗا مِّنۡهُم بَعۡدَ ذَٰلِكَ فِي ٱلۡأَرۡضِ لَمُسۡرِفُونَ

1. Hierom hebben Wij de Kinderen van Israël bevolen dat als iemand een ander doodt- niet als vergelding voor een ziel of voor het verspreiden van ellende over het land – het is, alsof hij de hele mensheid gedood heeft en als iemand een leven redt, het is alsof hij het leven van de hele mensheid heeft gered. En zeker, tot hen kwam Onze Boodschapper met duidelijke bewijzen en Tekenen, en zelfs hierna waren velen overtreders op de aarde. (5:32)

وَلَا تَقۡتُلُواْ ٱلنَّفۡسَ ٱلَّتِي حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلۡحَقِّۗ

2. Neem geen leven dat Allah heilig heeft verklaard, behalve met rechtvaardiging." (17:33)

وَقَالُواْ لِجُلُودِهِمۡ لِمَ شَهِدتُّمۡ عَلَيۡنَاۖ قَالُوٓاْ أَنطَقَنَا ٱللَّهُ ٱلَّذِيٓ أَنطَقَ كُلَّ شَيۡءٖ وَهُوَ خَلَقَكُمۡ أَوَّلَ مَرَّةٖ وَإِلَيۡهِ تُرۡجَعُونَ

3. En zij zullen tegen hun huiden zeggen: “Waarom getuigen jullie tegen ons?” Zij zullen zeggen: “Allah laat ons spreken zoals Hij alle dingen laat spreken en Hij heeft jullie de eerste keer geschapen en tot Hem zullen jullie terugkeren.” (41:21)

Context: Dalil Boubakeur (rector grote moskee in Parijs 1992-2020) stelt dat in dit vers de lichamen van de overledenen kunnen getuigen over het voorbije lichaam van de mens. Uit deze mogelijkheid vloeit aldus Boubakeur een diep respect voor het lichaam voort. Uit deze bepaling van het leven als heilig en eigendom van God, leidt Boubakeur drie stellingen af: het respect voor de integriteit en waardigheid van het menselijke lichaam, het formele verbod op euthanasie en zelfdoding en een aanbeveling van ‘algemene zorgen’ tot aan de dood. Hij plaatst palliatieve zorg op die manier tussen de twee uitersten van medische hardnekkigheid en euthanasie

(13)

Verzen Koran met betrekking tot de dood:

ٱللَّهُ يَتَوَفَّى ٱلۡأَنفُسَ حِينَ مَوۡتِهَا وَٱلَّتِي لَمۡ تَمُتۡ فِي مَنَامِهَاۖ فَيُمۡسِكُ ٱلَّتِي قَضَىٰ عَلَيۡهَا ٱلۡمَوۡتَ وَيُرۡسِلُ ٱلۡأُخۡرَىٰٓ إِلَىٰٓ أَجَلٖ مُّسَمًّىۚ إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَأٓيَٰتٖ لِّقَوۡمٖ يَتَفَكَّرُونَ

4. Het is Allah Die de zielen afvoert bij het intreden van de dood, alsook (de zielen) van de levenden die (tijdelijk) slapen. (Dan) houdt Hij de zielen achter waarvoor Hij de dood heeft bepaald, en stuurt de rest voor een vastgestelde termijn terug (naar hun levenloze lichamen om te kúnnen ontwaken)." Waarlijk, hierin zijn Tekenen voor mensen die diep nadenken. (39:42)

(dit wil zeggen: wanneer we slapen, gaat de ziel ook uit het lichaam)

Verzen Koran die pleiten tegen euthanasie ondergaan:

وَأَنفِقُواْ فِى سَبِيلِ ٱللَّهِ وَلَا تُلۡقُواْ بِأَيۡدِيكُمۡ إِلَى ٱلتَّهۡلُكَةِ ۛ وَأَحۡسِنُوٓاْ ۛ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلۡمُحۡسِنِينَ

5. En stort jullie niet door eigen toedoen in de ondergang, en doe goed. Voorwaar, Allah heeft de weldoeners lief. (2:195)

ٱلَّذِي خَلَقَ ٱلۡمَوۡتَ وَٱلۡحَيَوٰةَ لِيَبۡلُوَكُمۡ أَيُّكُمۡ أَحۡسَنُ عَمَلٗاۚ وَهُوَ ٱلۡعَزِيزُ ٱلۡغَفُورُ

6. Degene Die de dood en het leven heeft geschapen, zodat Hij jullie kan beproeven (en om te tonen) wie van jullie de beste daden verricht. En Hij is de Almachtige (over de ongehoorzamen), de Vergevingsgezinde (voor de berouwvollen). (67:2)

Verzen koran die pleiten euthanasie uitvoeren:

وَمَن يَقۡتُلۡ مُؤۡمِنٗا مُّتَعَمِّدٗا فَجَزَآؤُهُۥ جَهَنَّمُ خَٰلِدٗا فِيهَا وَغَضِبَ ٱللَّهُ عَلَيۡهِ وَلَعَنَهُۥ وَأَعَدَّ لَهُۥ عَذَابًا عَظِيمٗا

7. En iedereen die bewust een gelovige doodt, zijn vergelding is de Hel om daarin eeuwig te verblijven. En de woede en de vloek van Allah is over hem en Hij bereidt voor hem een grote bestraffing voor. (4:93)

Vers koran over behandeling:

وَإِذَا مَرِضۡتُ فَهُوَ يَشۡفِينِ

8. En als ik ziek ben, is Hij het Die mij geneest. (26:80)

Daarnaast wordt het hebben van geduld benadrukt:

وَلَنَبْلُوَنَّكُم بِشَيْءٍ مِّنَ ٱلْخَوْفِ وَٱلْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ ٱلْأَمْوَٰلِ وَٱلْأَنفُسِ وَٱلثَّمَرَٰتِ ۗ وَبَشِّرِ ٱلصَّٰبِرِينَ

En waarlijk, Wij zullen jullie beproeven met iets van vrees en honger; (maar ook) verlies van rijkdommen, levens (tijdens veldslagen, de dood en ziektes) en vruchten (die voortvloeien uit jullie arbeid). Maar verkondig blijde tijdingen (van het Paradijs) aan de geduldigen (2:155)

ٱلَّذِينَ إِذَآ أَصَٰبَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُوٓا۟ إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّآ إِلَيْهِ رَٰجِعُونَ

En als zij door een (beproevende) ramp worden getroffen, zeggen zij: “Waarlijk, het is aan Allah dat wij toebehoren (dus doet Hij met ons wat Hij wenst) en het is tot Hem dat wij zullen terugkeren (in het Hiernamaals).” (2:156)

أُو۟لَٰٓئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَٰتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ ۖ وَأُو۟لَٰٓئِكَ هُمُ ٱلْمُهْتَدُونَ

Zij zijn degenen aan wie vergiffenis wordt geschonken door hun Heer, en die Zijn Genade (en gunsten) ontvangen. Zij zijn de rechtgeleiden. (2:157)

7.6 VERZAMELING VAN DE GEBRUIKTE HADITH

Een Hadith is een overlevering van uitspraken, daden of stilzwijgende goedkeuringen van de profeet Mohammed. Waar de Koran wordt beschouwd als het directe woord van God, zijn de hadith-verzamelingen belangrijk om inzicht te geven in de manier waarop de Koran geïnterpreteerd en toegepast moet worden in het dagelijks leven. In deze thesis worden enkel overleveringen geciteerd die zijn overgeleverd door Imam al-Bukhari en Imam Muslim, die beide worden beschouwd als de meest gezaghebbende verzamelaars van profetische overleveringen binnen de soennitische traditie. Hun verzamelwerken – Sahih al-Bukhari en Sahih Muslim – worden als de meest authentieke bronnen na de Koran erkend en vormen de basis van islamitische jurisprudentie en ethiek.

Elke hadith bestaat uit twee onderdelen:

1. **Isnad** (keten van overleveraars): Dit is een lijst van personen die de overlevering hebben doorgegeven. Het geeft de authenticiteit van de hadith aan, afhankelijk van de betrouwbaarheid van de keten.
2. **Matn** (tekst van de hadith): Dit is de eigenlijke inhoud of boodschap van de overlevering.

De **authenticiteit (ṣaḥīḥ)** van een hadith wordt beoordeeld aan de hand van:

- De ononderbroken keten van betrouwbare overleveraars,
- De morele integriteit (*ʿadāla*) en het geheugenvermogen van deze overleveraars,
- De afwezigheid van verborgen fouten (*ʿilla*) of tegenstrijdigheden.

Op basis van deze beoordeling wordt een hadith geclassificeerd als:

1. **Sahih (authentiek):** Deze ahadith hebben een volledig betrouwbare keten van overleveraars en worden als sterk en betrouwbaar beschouwd.
2. **Hasan (goed):** Deze zijn betrouwbaar, maar de keten van overleveraars bevat personen met een iets minder sterke reputatie.
3. **Da'if (zwak):** Deze ahadith hebben onbetrouwbare of onvolledige overleveraars in de keten en worden als minder betrouwbaar beschouwd.
4. **Mawdu' (verzonnen):** Deze ahadith worden als volledig gefabriceerd beschouwd en zijn niet acceptabel.

Gebruikte ahadith in deze thesis:

1. **Deze hadith laat zien dat ziekte wordt gezien als een middel tot zuivering. Het lijden heeft dus spirituele betekenis.**

De Profeet Mohammed (vrede zij met hem) zei:

> *"Geen vermoeidheid, ziekte, verdriet, pijn of leed treft een moslim, zelfs niet de prik van een doorn, of Allah wist daarmee een deel van zijn zonden uit."*

Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Marḍā (Boek van de Zieken). Hadith 5641. (32)

Tijdens zijn eigen ziekte zei de Profeet (vrede zij met hem):

> *"Geen moslim wordt getroffen door enige schade, zelfs niet de prik van een doorn, of Allah verwijdert daarmee zijn zonden zoals een boom zijn bladeren verliest."*

Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Marḍā (Boek van de Zieken). Hadith 5647.

Abdu'r-Rahman ibn Saʿid overleverde dat zijn vader zei:

> *"Ik was met Salman toen hij een zieke bezocht in Kinda. Toen hij binnenging, zei hij:*
>
> *'Goed nieuws! Allah maakt de ziekte van de gelovige tot boetedoening voor hem en tot herstel. De ziekte van de verdorvene daarentegen is als een kameel die door zijn mensen wordt vastgebonden en dan weer losgelaten. Hij weet niet waarom hij werd vastgebonden of vrijgelaten.'"*

Al-Bukhari M ibn I. Al-Adab al-Mufrad. Hadith 493.

2. Echter behandeling wordt aangemoedigd:

Abu Hurayrah overleverde dat de Profeet Mohammed (vrede zij met hem) zei:

> *"Voor elke ziekte heeft Allah een genezing geschapen."*

Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Tibb (Boek van de Geneeskunde), Hadith nr. 5678.

Muslim ibn al-Ḥajjāj. Ṣaḥīḥ Muslim. Kitāb al-Salām (Boek van Vrede), Hadith nr. 2204. (32)

Deze hadith wordt vaak genoemd als religieuze motivatie om wél medische behandeling te zoeken – een tegenhanger dus van passieve overgave. Deze uitspraak moedigt zorgprofessionals aan om ziekte niet als uitzichtloos te beschouwen, en benadrukt het belang van het zoeken naar behandeling.

> *Anas overleverde dat de Profeet Mohammed (vrede zij met hem) zei:*
>
> *"Allah heeft de ziekte geschapen én de genezing. Dus zoek de genezing."*

Ahmad ibn Hanbal. Musnad Ahmad. Hadith 12631. (Overgeleverd door Anas ibn Malik)

> *Usamah ibn Sharik zei:*
>
> *"Ik was bij de Boodschapper van Allah (vrede zij met hem) toen er bedoeïenen naar hem kwamen en vroegen: 'O Boodschapper van Allah, moeten wij medische behandeling zoeken?' Hij zei: 'Ja, o dienaren van Allah, zoek genezing! Want Allah heeft geen ziekte neergezonden zonder ook een genezing daarvoor te hebben neergezonden.'"*

Abu Dawud S ibn A. Sunan Abi Dawud. Kitāb al-Ṭibb. Hadith 3855.

Ibn Majah M ibn Y. Sunan Ibn Majah. Kitāb al-Ṭibb. Hadith 3436.

Deze ahadith onderbouwen het islamitische principe van actieve inzet voor genezing, zelfs bij ernstige ziekte of in de context van levenseindezorg. Ze maken duidelijk dat medische zorg en hoop

op herstel religieus worden aangemoedigd, zolang het niet in strijd is met het aanvaarden van Allah's besluit.

3. Over de dood:

De Profeet (vrede zij met hem) waarschuwde tegen het verlangen naar de dood tijdens moeilijkheden:

> *"Laat niemand van jullie de dood wensen vanwege een calamiteit die hem treft. Maar als hij het moet wensen, laat hem dan zeggen: 'O Allah, houd mij in leven zolang het leven beter voor mij is, en laat mij sterven als de dood beter voor mij is.'"*
>
> *Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Marḍā (Boek van de Zieken). Hadith 5671.*

4. Zelfdoding en de gevolgen daarvan:

Overgeleverd door Abu Hurayrah, zei de profeet:

> *"Wie zichzelf van een berg werpt en daardoor sterft, zal [herhaaldelijk] in de vlammen van de Hel worden geworpen, waar hij voor eeuwig zal verblijven.*
>
> *Wie gif drinkt en zichzelf daardoor doodt, zal voor eeuwig in de Hel zijn; het gif zal in zijn hand zijn, en hij zal er steeds weer van drinken.*
>
> *Wie zichzelf met een ijzeren voorwerp doodt, zal met dat voorwerp in zijn hand zijn en zichzelf herhaaldelijk in de buik steken in de Hel, voor eeuwig."*

Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Tibb (Boek van de Geneeskunde). Hadith 5778.

Muslim ibn al-Ḥajjāj. Ṣaḥīḥ Muslim. Kitāb al-Īmān. Hadith 109.

Daarnaast hebben al-Bukhari en Muslim ook overgeleverd dat de Profeet (vrede en zegeningen zij met hem) heeft gezegd:

> *"Een man uit de generaties vóór jullie leed aan een wond. Toen het hem ondraaglijke pijn bezorgde, trok hij een pijl uit zijn pijlenkoker en doorboorde zichzelf ermee. Het bloed bleef stromen totdat hij stierf.*
>
> *Daarop zei jullie Heer: 'Ik heb het Paradijs voor hem verboden.'"*

Al-Bukhari M ibn I. Ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Kitāb al-Anbiyā'. Hadith 3463.

Muslim ibn al-Ḥajjāj. Ṣaḥīḥ Muslim. Kitāb al-Īmān. Hadith 113.

Hieruit kunnen we vaststellen dat het leven een geschenk is van Allah, en het beëindigen ervan zonder rechtvaardiging is verboden.

5. **Deze hadith benadrukt dat gelovigen moeten blijven vertrouwen op Allah's wijsheid en genade, zelfs in de moeilijkste omstandigheden.**

Een vrouw met epilepsie vroeg de Profeet (vrede zij met hem) om genezing. Hij antwoordde:

> *"Als je wilt, wees dan geduldig en je zult het paradijs verdienen; of als je wilt, zal ik Allah vragen je te genezen."*
>
> *Ze koos voor geduld en vroeg alleen om bedekt te blijven tijdens haar aanvallen.*
>
> Sahih al-Bukhari, Boek 70 (Kitāb al-Marda), Hadith 5652.

7.7 Bijkomende informatie over Euthanasiewet

In de initiële wettekst werd reeds uitdrukkelijk gestipuleerd dat de arts die euthanasie toepast als aan alle voorwaarden voldaan was geen misdrijf pleegt. Rechtsgeleerden maakten echter al snel een onderscheid tussen grondvoorwaarden en vormvoorwaarden waardoor er onduidelijkheid ontstond omtrent mogelijke strafrechtelijke vervolgingen. Het staat buiten kijf dat een arts die euthanasie toepast zonder dat voldaan is aan de grondvoorwaarden zoals het vereiste van 'ondraaglijk lijden' en een 'medisch uitzichtloze situatie' zicht blootstelt aan strafrechtelijke vervolging. De vraag rees echter of dit eveneens gold voor inbreuken op vormvoorschriften, zoals de bepalingen met betrekking tot de aangifte bij de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Het assisenproces omtrent de euthanasie van Tine Nys bracht deze problematiek op pijnlijke wijze onder de aandacht van de media, en benadrukte het belang ervan. In maart 2024 kwam de federale wetgever in actie en werd de euthanasiewet op een aantal vlakken gewijzigd. De wet bepaalt nu uitdrukkelijk dat de arts die enkel het tweede of derde advies aanleverde niet vervolgd kan worden als dader of deelnemer van strafbare feiten (6). Artikel 3ter euthanasiewet

Op zijn Belgisch, maar dit artikel werd in de euthanasiewet ingevoerd door de wet van 28 maart 2024 houdende bepalingen inzake digitalisering van justitie en diverse bepalingen Ibis

Wilsbekwaamheid: betreft een medische én ethische beoordeling waarbij wordt gekeken of iemand de gevolgen van zijn keuze volledig begrijpt en zonder externe druk handelt.

Handelingsbekwaamheid verwijst naar een juridische term die verwijst naar het vermogen om rechtshandelingen te verrichten.

7.8 ACHTERGROND INFORMATIE OVER DE ISLAM

7.8.1 STROMINGEN

SOENNISME - Soennieten geloven dat de opvolger van de profeet Mohammed gekozen moest worden op basis van consensus. Ze erkennen Abu Bakr, een metgezel van Mohammed, als de eerste kalief na het overlijden van profeet Mohammed in 632. Ongeveer 90% van de moslimgelovigen wereldwijd is soenniet. Het woord soenniet komt van "Ahl al-Sunnah", or "Het volk van de traditie". Zij volgen de soenna traditie dus.

SJIISME- 'Shia of sjiisme', een afkorting voor *Shī ʻat ʻAlī* (Party of Ali), is een verwijzing naar het verschil in ideologie met het soennisme. Volgens de sjiitische visie had opvolging binnen de familie van de profeet Mohammed moeten blijven. Zij beschouwen Ali, Mohammeds neef en schoonzoon, als de rechtmatige opvolger. Ongeveer 10% van de moslimgelovigen wereldwijd, waaronder enkele grote gemeenschappen in Iran, Irak en Libanon, volgen deze ideologie.

VERSCHILLEN**:**

Aspect	Sunni Islam	Shia Islam
Leiderschap	Kalifaat, bij consensus verkozen	Imams
Opvolging profeet	Abu Bakr was de eerste Kalief	Ali was de rechtmatige opvolger na de profeet
Rol imam	Religieuze geleerden, niet onfeilbaar	Spirituele leiders (ayatollah's), wel onfeilbaar
Populatie	~85-90%	~10-15%
Praktijk	Uniforme gebeden, minimale veranderingen	Extra rituelen zoals Ashura
Tradities	Richten zich op Soenna, hebben verschillende rechtsscholen	Eigen tradities, benadrukken rol van imam

7.8.2 FIQH

Fiqh ("فقه"), Letterlijk betekent dit “ begrip” of “begrip van de wet” , is een term uit de islamitische wetgeving die verwijst naar de diepgaande kennis en de systematische studie van de wetgeving en de principes van de islam, zoals deze afgeleid zijn uit de primaire bronnen van de Islam: de Koran (het heilige boek van de moslims) en de hadith (de uitspraken, handelingen en goedkeuringen van de Profeet Mohammed). Het onderscheid tussen Soennisme en Sjiisme binnen de context van Fiqh is belangrijk, aangezien beide stromingen verschillende benaderingen hebben van de interpretatie en toepassing van de islamitische wet. Hoewel de basisprincipes van Fiqh voor beide groepen overeenkomen, zijn er aanzienlijke verschillen in de wijze waarop zij deze principes begrijpen en toepassen, zowel in de juridische theorie als in de praktische uitvoering.

De belangrijkste bron van fiqh voor zowel soennieten als sjiieten is de Koran en de hadith. Er zijn echter verschillen in de acceptatie en de interpretatie van bepaalde hadith-collecties en over de autoriteit van de bronnen: soennieten accepteren zes hadith verzamelingen waarvan Sahih al-Bukhari

en Sahih Muslim de belangrijkste zijn. Sjieten leggen meer nadruk op de hadith van de familie van de Profeet en op uitspraken van imams.

Fiqh is eigenlijk de praktische toepassing van de Sharia, de islamitische wet, het richt zich specifiek op de gedetailleerde juridische en ethische vraagstukken die zich voordoen in het dagelijks leven van moslims.

Dit kan betrekking hebben op zaken zoals rituelen, sociale interacties, economische activiteiten, en in toenemende mate, op medische en bio-ethische kwesties.

Fiqh behandelt de gedetailleerde regels en richtlijnen die moslims moeten volgen om te leven naar de wil van God. Het omvat verschillende disciplines, zoals:

- **Ibadat (daden van aanbidding):** Richtlijnen voor religieuze handelingen zoals gebed, vasten, belasting (zakat), en pelgrimage (hajj).
- **Mu'amalat (sociale interacties):** Wetten die betrekking hebben op zakelijke transacties, huwelijk, echtscheiding, erfrecht en strafrecht.
- **Uitgebreide ethische richtlijnen**: Het biedt duidelijke richtlijnen voor morele kwesties, zoals het omgaan met ziekte, dood, en medische behandelingen.

Fiqh heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van de ethiek binnen de Islamitische samenleving. De studie ervan vereist diepgaande kennis van de Koran, Hadith, Qiyas (analogie) en Ijma (consensus) van geleerden, waardoor Fiqh in veel opzichten een dynamische en levende wet is die zich aanpast aan de veranderende omstandigheden van de samenleving.

De Belangrijkste Instanties en Geleerden

Er zijn verschillende instanties en religieuze autoriteiten die fiqh bestuderen en toepassen, islamtische bio-ethiek houdt zich met name bezig met medisch-ethische vraagstukken. Deze instellingen richten zich op het interpreteren van de Islamitische wetgeving en het adviseren over hoe deze van toepassing is op moderne medische technologieën en praktijken.

- **Nationale islamitische Juridische Raad (Fatawa-raad)**

In de meeste islamitische landen zijn er raden van erkende geleerden die zich bezighouden met het uitbrengen van fatwa's (juridische adviezen) over verschillende kwesties, waaronder medische en bio-ethische zaken. Zij worden geraadpleegd door zowel de overheid als het publiek voor advies over kwesties zoals stamcelonderzoek, orgaandonatie, euthanasie, en genetische manipulatie.

- **De Islamitische Wereldorganisatie voor Gezondheid en Geneeskunde**

Deze internationale organisatie werkt aan het bevorderen van ethische richtlijnen voor medische praktijken in de Islamitische wereld. Zij willen de gezondheid en geneeskunde bevorderen in de Islamitische wereld, met een nadruk op het ontwikkelen van ethische richtlijnen die medische praktijken in overeenstemming brengen met de Islamitische wet en ethiek. Het doel is om een solide basis voor gezondheidszorg te bieden die islamitische waarden respecteert, en om de gezondheid van moslims wereldwijd te verbeteren. Ze spelen een rol in het ontwikkelen van gezondheidsbeleid en het bevorderen van toegang tot gezondheidszorg in de islamitische wereld.

- **Het Internationaal Centrum voor Fiqh en Geneeskunde**

Sommige universiteiten en onderzoeksinstellingen hebben afdelingen of centra die zich specifiek richten op de interactie tussen Fiqh en medische ethiek. Ze brengen experts en wetenschappers samen om de ethische implicaties van medische vooruitgangen vanuit een islamitisch perspectief te onderzoeken.

- **Islamic Organization for Medical Sciences (IOMS)**

De IOMS is een organisatie ontstaan in 1981, in Koeweit en bestaat zowel uit soennitische als sjietische geleerden. Zij richten zich op de bevordering van de medische wetenschappen en gezondheidszorg in de islamitische wereld. De organisatie werkt specifiek aan het verbeteren van medische praktijken door middel van wetenschappelijk onderzoek en het bevorderen van samenwerking tussen medische professionals in de regio.

Zij leggen de focus op technologie. De organisatie biedt medische educatie en training voor professionals, met nadruk op het ontwikkelen van vaardigheden en kennis volgens internationale medische standaarden, gecombineerd met respect voor islamitische waarden.

In 2OO4 zaten zij samen en brachten ze de *'international islamic code for medicale health ethics'* uit. Hoewel de IOMS in de basisprincipes duidelijk is over het verbod op actieve euthanasie, benadrukt de organisatie ook de verantwoordelijkheid van artsen en medische professionals om patiënten met respect te behandelen en hun lijden niet te verergeren. In gevallen van ernstig lijden moet de medische zorg gericht zijn op het bieden van comfort en het minimaliseren van pijn, met respect voor het natuurlijk stervensproces.

- **Dar Al Ifta**

Dar Al-Ifta is het officiële Egyptische instituut voor islamitische soennitische wetgeving en fatwa's. Het is een non-profit overheidsorganisatie die zowel regionaal, nationaal als internationaal actief is. Dar Al-Ifta was één van de eerste pionier instellingen en wordt gezien als het referentiepunt voor moslimgelovigen wereldwijd in kwesties rond ethiek, medische besluitvorming en bio-ethiek.

Op 25 juli 2013 spraken zij een fatwa uit over euthanasie. Zij maakten gebruik van het argument dat het lichaam geen persoonlijk eigendom van het individu is maar een gift van God. Niemand is dus vrij om over zijn lichaam te beschikken naar gelang de eigen wensen en keuzes. Dit is het gevolg van het feit dat het lichaam beschouwd wordt als een toevertrouwde zaak waarover verantwoording moet worden afgelegd aan God op de Dag des Oordeels.

Dit argument is de interpretatie van koranverzen (2:195 en 67:2) en volgende hadith:

> **"**Een man uit de generaties vóór jullie leed aan een wond. Toen het hem ondraaglijke pijn bezorgde, trok hij een pijl uit zijn pijlenkoker en doorboorde zichzelf ermee. Het bloed bleef stromen totdat hij stierf.
>
> *Daarop zei jullie Heer: 'Ik heb het Paradijs voor hem verboden."*

De islamitische rechtsgeleerden stelden actieve euthanasie gelijk aan zelfmoord. Hierbij baseerden ze zich op een authentiek citaat van de Profeet*:*

> *"Wie zichzelf van een berg werpt en daardoor sterft, zal [herhaaldelijk] in de vlammen van de Hel worden geworpen, waar hij voor eeuwig zal verblijven.*

Wie gif drinkt en zichzelf daardoor doodt, zal voor eeuwig in de Hel zijn; het gif zal in zijn hand zijn, en hij zal er steeds weer van drinken.

Wie zichzelf met een ijzeren voorwerp doodt, zal met dat voorwerp in zijn hand zijn en zichzelf herhaaldelijk in de buik steken in de Hel, voor eeuwig."

Het uitvoeren van actieve euthanaise wordt door verschillende instanties, waaronder Dar al ifta maar ook andere grote islamitische juristen, zoals Al-Qaradawi en de voormalige Grootmoefti van Saoedi-Arabië, gelijk aan het onwetmatig nemen van een leven. Zij baseren zich onder andere op de koranvers: "*En iedereen die bewust een gelovige doodt, zijn vergelding is de Hel om daarin eeuwig te verblijven. En de woede en de vloek van Allah is over hem en Hij bereidt voor hem een grote bestraffing voor.* " (4:93) (41).

- **IIFA**

De International Islamic Fiqh Academy (IIFA) opgericht in 1981, is een van de belangrijkste organisaties binnen de OIC (Organisatie van Islamitische Samenwerking) die zich richt op het bevorderen van de studie en toepassing van de Fiqh in de moderne wereld. De IIFA speelt een cruciale rol in het bespreken van en adviseren over juridische en ethische kwesties die zich voordoen in de islamitische samenleving, met inbegrip van medische en bio-ethische vraagstukken. Ook zij werpen actieve euthanasie af, gezien het leven beëindigen aan God toe behoort. Passieve euthanasie, zoals het stoppen van levensverlengende behandelingen wanneer er geen genezing meer mogelijk is, kan in sommige gevallen toegestaan zijn, mits het doel is om lijden te verlichten, niet om de dood te versnellen. Palliatieve zorg wordt ondersteund, en het gebruik van pijnstillers, zelfs als ze het leven kunnen verkorten, wordt toegestaan, zolang het doel is om de patiënt comfort te bieden .

- **European Council for Fatwa and Research (ECFR)**

Het ECFR werd opgericht in 1997 en heeft sindsdien een belangrijke rol gespeeld in het bieden van juridische begeleiding aan moslims in Europa. et ECFR streeft ernaar om een brug te slaan tussen islamitische tradities en de moderne uitdagingen die moslims in Europa tegenkomen.Deze raad is eerder soennitisch In 2003 oordeelden zij ook dat het leven heilig is en daardoor euthanasie verboden. In gevallen van terminale ziekte benadrukte het ECFR het belang van palliatieve zorg. Ze benadrukten dat het recht op pijnverlichting en comfort essentieel is voor patiënten in de laatste levensfase. Het gebruik van pijnstillers die het leven kunnen verkorten, werd besproken, waarbij het ECFR stelde dat het gebruik van dergelijke middelen niet verboden is, mits het primaire doel is om pijn te verlichten en niet om het leven te beëindigen (58).

Fiqh heeft uitgebreide implicaties voor medische en bio-ethische kwesties. De Islamitische ethiek is van oorsprong sterk gericht op het behoud van het leven, het beschermen van de menselijke waardigheid, en het waarborgen van rechtvaardigheid in medische praktijken. In de context van de geneeskunde en biotechnologie zijn er verschillende kwesties waarbij Fiqh van toepassing is.

In deze studie wordt **Sheikh Yusuf al-Qaradawi** kort vermeld. Hij heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van islamitische bio-ethiek, met name door zijn interpretatie van de fiqh in het licht van moderne medische ontwikkelingen. Deze man, geboren in Egypte in 1926 studeerde aan Al-Azhar universiteit in Egypte, één van de oudste en meest prestigieuze islamitische onderwijsinstellingen ter wereld.

Hij is betrokken geweest bij de bespreking van veel medische ethische vraagstukken, zoals orgaandonatie, euthanasie, stamcelonderzoek en andere biotechnologische kwesties. Hij heeft veel fatwa's uitgebracht en was voornamelijk gericht op het behouden van het leven en het respecteren van de menselijke waardigheid.

Euthanasie:
Qaradawi heeft zich uitgesproken tegen euthanasie, waarbij hij benadrukt dat het recht om het leven te beëindigen uitsluitend aan Allah (God) is. Hij heeft betoogd dat palliatieve zorg als alternatief voor euthanasie kan worden gebruikt om mensen in hun laatste stadia van het leven te ondersteunen zonder in te grijpen in het natuurlijke proces van de dood (13,19,58).

Fiqh biedt dus een uitgebreide ethische en juridische structuur voor het aanpakken van medische en bio-ethische kwesties in de islamitische wereld. Het stelt niet alleen richtlijnen vast voor medische behandelingen, maar helpt ook om de morele en religieuze dimensies van de gezondheid en het leven te begrijpen en te reguleren. Aangezien medische technologieën blijven evolueren, blijft Fiqh zich ontwikkelen om te zorgen voor een ethisch verantwoorde toepassing van nieuwe medische innovaties binnen de grenzen van de islamitische principes. Alle fiqh geleerden en raden zijn eens het over actieve euthanasie, dit is een concept dat niet te verzoenen valt met de islamitische principes.