

# Meet wat belangrijk is!

## Hoe effectonderzoek geestelijke verzorging kan versterken

Kan dat wel, onderzoek naar de effecten van geestelijke verzorging? Terwijl er steeds meer onderzoek naar effecten wordt gedaan, is er ook scepsis en weerstand onder geestelijk verzorgers. Maar doet effectonderzoek inderdaad geen recht aan geestelijke verzorging? De auteurs van deze bijdrage analyseren de argumenten in het debat. Ze concluderen dat effectonderzoek mogelijk is, maar wel onder bepaalde voorwaarden.

**Annelieke Damen en Carmen Schuhmann**

**W**ANNEER GEESTELIJK VERZORGERS in de zorg over hun werk spreken, doen ze dat doorgaans niet in termen van uitkomsten of effecten, maar eerder in termen van aanwezigheid en relatie (Kruizinga, 2017).<sup>1</sup> Nolan schrijft: 'Voor sommigen vat het idee dat geestelijk verzorgers "er gewoon zijn" de essentie van geestelijk verzorging samen. "Er gewoon zijn" betekent dat geestelijk verzorgers de zorgverleners zijn die tijd hebben voor mensen; die een zorgstelsel vermensenlijken' (Nolan, 2015, p. 95). Deze opvatting van geestelijke verzorging wordt in de Nederlandse literatuur ook wel gerelateerd aan de presentiebenadering (Baart, 2001) en aan wat in de internationale literatuur de procesgerichte benadering wordt genoemd.

Na de eeuwwisseling begonnen enkele geestelijk verzorgers echter te pleiten voor een sterke-

re focus op effecten en onderzoek naar deze effecten. Bouwer (2003) spreekt hierbij over een interventiebenadering en Vandenhoek (2007) over resultaatgericht pastoraat. In de internationale literatuur heeft Peery (2012) het zelfs over een paradigmaverschuiving binnen het beroep, waarbij uitkomstgerichte geestelijke verzorging de nieuwe modus operandi voor de eenentwintigste eeuw wordt. De Vereniging van Geestelijk VerZorgers benadrukt het belang van onderzoek naar het effect van geestelijke verzorging in het beleidsplan 2018-2022 (VGVZ, 2018, p. 3). Verder noemen Nederlandse geestelijk verzorgers effectonderzoek als eerste onderzoeksprioriteit in een enquête door Damen e.a. (2019). Op Europees niveau spoort het European Network of Health Care Chaplaincy geestelijk verzorgers aan om onderzoek te doen naar de resultaten van spirituele zorg (ENHCC, 2014).



Aan de roep om effectonderzoek lijken verschillende beweegredenen ten grondslag te liggen. Enerzijds wordt het belang van effectonderzoek voor de kwaliteitsontwikkeling van het vak zelf onderstreept: bereikt de zorg van geestelijk verzorgers wat zij beogen (Peery, 2012)? De roep om effectonderzoek wordt anderzijds dikwijls geassocieerd met vragen om legitimering van buitenaf. De VGVZ relateert effectonderzoek bijvoorbeeld aan de vraag naar aantoonbare toegevoegde waarde van geestelijke verzorging (VGVZ, 2018,

p. 9). Handzo e.a. (2014) wijzen op de noodzaak van verantwoording van de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging binnen de context van 'evidence-based medicine'.

Er klinken echter ook kritische geluiden over een focus op effecten en effectonderzoek. Geestelijk verzorgers vragen zich af of dit geestelijk verzorgers in een mal dwingt die van buitenaf wordt opgelegd en daarmee ten koste gaat van centrale waarden van geestelijke verzorging

(Nolan, 2013, 2015). Daarbij wordt dikwijls gewezen op het belang van een persoonsgerichte benadering, die haaks staat op het vooraf vaststellen van een agenda of van gewenste uitkomsten (Bouwer, 2003; Jorna, 2005). De vraag die onder andere uit deze discussie naar voren komt, is of het mogelijk is om effectonderzoek zodanig op te zetten dat recht wordt gedaan aan de eigenheid van het vak.

Om deze vraag te beantwoorden, gaan we eerst dieper in op de kritiek vanuit de beroepsgroep op uitkomstgerichte geestelijke verzorging, aangezien deze kritiek ook betrekking heeft op effectonderzoek. Vervolgens zullen we vier criteria uitwerken voor effectonderzoek dat wel recht doet aan centrale waarden van geestelijke verzorging en daarbij aantrekkelijk is voor geestelijk verzorgers om uit te voeren. Daarbij kijken we ook in hoeverre eerder uitgevoerd effectonderzoek naar geestelijke verzorging aan deze criteria voldoet.<sup>2</sup>

### Proces- of uitkomstgerichte geestelijke verzorging

De belangrijkste kritiek op uitkomstgerichte geestelijke verzorging die naar voren wordt gebracht, is dat de focus van geestelijk verzorgers in het contact met cliënten verschuift van de relatie met de cliënt naar de te behalen uitkomst (Bouwer, 2003; Jorna, 2005; Nolan, 2015). Geestelijke verzorging zou daarmee in een uitkomstgericht of medisch model worden gedrukt, waarbij een probleem wordt geïdentificeerd (diagnose) en een passende interventie moet leiden naar de gewenste uitkomst. Gevreesd wordt dat dit model de cliënt pathologiseert, stigmatiseert en dehumaniseert. De cliënt wordt namelijk benaderd als object in plaats van als subject; er is iets mis wat moet worden gefixt (Bouwer, 2003; Nolan, 2015).

Tegen deze kritiek wordt ingebracht dat geestelijk verzorgers altijd een inschatting maken van wat er aan de hand is en op grond daarvan handelen, waarna dat handelen iets teweegbrengt. In zekere zin doet iedere geestelijk verzorger dus aan diagnosticeren en voert iedere geestelijk verzorger interventies uit die dan een bepaald effect hebben (Bouwer, 2003). Door alleen te focussen

op het proces blijven deze aspecten van het werk buiten beeld, zodat daar ook niet op gereflecteerd kan worden of verantwoording over kan worden afgelegd (Bos, 2003; Bouwer, 2003). Daarnaast moet het uitkomstgerichte model niet worden begrepen als een doel op zichzelf, maar als een hulpmiddel om tot beter begrip van de cliënt te komen (Bos, 2003; Vandenhoek, 2007). Behoeften, interventies en doelen worden afgestemd in dialoog met de cliënt, waardoor objectivering wordt voorkomen (Bos, 2003; Bouwer, 2003).

## Effectonderzoek is mogelijk, maar wel onder bepaalde voorwaarden

Een tweede kritiekpunt is dat het uitkomstgerichte model leidt tot standaardisering. Wanneer geestelijk verzorgers werken met vooraf bepaalde interventies, dan beperkt dit de variatie in de beroepspraktijk en tevens de mogelijkheden voor professionele besluitvorming en het bieden van holistische zorg (Nolan, 2015). Dit botst met de primaire focus op de relatie tussen geestelijk verzorger en cliënt, waarbij het bepalend is wie de zorg geeft en de aandacht uitgaat naar de unieke ander in zijn of haar bijzondere context. Deze kritiek heeft direct betrekking op effectonderzoek, aangezien standaardisering hierbij een voorwaarde is voor voorspelbaarheid en reproduceerbaarheid van de resultaten (Nolan, 2015). Ook religie en spiritualiteit – de kern van geestelijke verzorging – is vanwege het transcendente karakter niet eenvoudig in een reductionistisch gestandaardiseerd model te passen (Gleason, 1998; Smit, 2015).

Tegen deze kritiek wordt ingebracht dat het belangrijk is om te differentiëren tussen verschillende vormen van standaardisering (Mackor, 2007). Sommige vormen van standaardisering (bijvoorbeeld het gebruik van narratieve instrumenten of rituelen) ondersteunen juist de aandacht voor het individu en diens context, en kunnen ruimte maken voor wat moeilijk in woorden te vatten is. Daarnaast kan standaardisering de communicatie bevorderen met andere professi-

onals in een context waarin spreken in termen van uitkomsten de gangbare taal is, wat de zorg voor cliënten uiteindelijk ten goede komt (Bouwer, 2003; Vandenhoeck, 2007).

## Proces- en uitkomstgerichte geestelijke verzorging

Vergelijkbare discussies over een proces- of uitkomstgerichte focus worden gevoerd in het domein van de (humanistische) psychotherapie. Hier klinken echter ook stemmen om voorbij de of/of-tegenstelling te stappen: onderzoek naar processen in therapie en naar uitkomsten ervan 'moeten niet echt als afzonderlijk worden beschouwd, maar eerder als twee kanten van een medaille' (Ardito & Rabellino, 2011, p. 1). Om binnen de geestelijke verzorging te komen tot een dergelijke en/en-positie maken we gebruik van het werk van MacIntyre (2007) over praktijken en de 'internal goods' (ofwel de centrale waarden of praktijkdoelen) daarvan.<sup>3</sup> Volgens MacIntyre is een praktijk een vorm van sociaal gevestigd handelen die gericht is op het verwezenlijken van specifieke, voor de praktijk karakteristieke, centrale waarden of doelstellingen. Aan de hand van deze doelstellingen beoordelen praktijkbeoefenaars in hoeverre ze goed werk leveren. Ook geestelijk verzorgers zijn praktijkbeoefenaars die in hun werk ernaar streven iets goeds te doen. Dat goede, hoe impliciet ook, heeft betrekking op de centrale waarden van de praktijk van geestelijke verzorging. Met andere woorden: geestelijk verzorgers streven ernaar bepaalde praktijkdoelen te verwezenlijken die intrinsiek verbonden zijn aan geestelijke verzorging. Dit verbindt een proces- en een uitkomstgerichte focus in geestelijke verzorging aan elkaar: geestelijk verzorgers zijn in het proces van praktijkuitoefening gericht op het verwezenlijken van intrinsieke praktijkdoelen.

Vanuit dit perspectief is het voor geestelijk verzorgers van belang om vast te kunnen stellen in hoeverre ze erin slagen intrinsieke praktijkdoelen van geestelijke verzorging te verwezenlijken. Smit formuleert het als volgt: 'De geestelijk verzorger vraagt zich af op welke wijze dit concrete contact betrokken zal zijn op het doel van de praktijk als geheel' (Smit, 2015, p. 39). Hiermee komt effectonderzoek in beeld als hulpmiddel voor geestelijk verzorgers bij het beantwoorden

van deze vraag. Wanneer effectonderzoek is gericht op het vaststellen van de bijdrage van het werk van geestelijk verzorgers aan het verwezenlijken van praktijkdoelen van hun vak, helpt het de centrale waarden van het vak te ondersteunen in plaats van er afbreuk aan te doen.

Om dergelijk effectonderzoek te kunnen doen, is het nodig de praktijkdoelen van geestelijke verzorging in kaart te brengen en deze vervolgens te vertalen naar uitkomsten die in concrete praktijksituaties kunnen worden vastgesteld of (in onderzoekstermen) empirisch kunnen worden gemeten. Volgens Handzo e.a. (2014) bestaat er op dit moment echter geen consensus binnen het vakgebied over praktijkdoelen en bijpassende uitkomsten. Dit wijst erop dat het doen van onderzoek naar uitkomsten van geestelijke verzorging van onderzoekers vraagt om transparant te zijn over wat ze als praktijkdoelen van geestelijke verzorging zien en welke overwegingen meespelen bij hun keuze voor empirisch meetbare uitkomsten.

## We hopen eraan bij te dragen dat in onderzoek het hart van het vak regeert

We formuleren vier criteria voor transparantie waaraan effectonderzoek naar geestelijke verzorging moet voldoen zodat het de centrale waarden van het vak versterkt. Daarmee hopen we eraan bij te dragen dat in onderzoek naar geestelijke verzorging het hart van het vak regeert en nemen we de oproep van Körver serieus: 'Meet wat belangrijk is, maak niet belangrijk wat je kan meten' (Körver, 2019, geïnspireerd door Robert McNamara).

### Vier criteria voor effectonderzoek naar geestelijke verzorging

Expliciteer het beoogde publiek en stem het onderzoek daarop af

Elk onderzoek naar geestelijke verzorging vertelt een verhaal over het beroep aan anderen.

Die anderen kunnen geestelijk verzorgers zijn, onderzoekers of andere professionals. Hierbij kan een strategisch doel meespelen, bijvoorbeeld het aantonen van de waarde van geestelijke verzorging richting managers of financiers. Nadenken over hoe een studie af te stemmen op het beoogde publiek doet recht aan het onvermijdelijke politieke aspect van onderzoek; de taal die in het onderzoek wordt gebruikt of gehanteerd heeft invloed op de status van de resultaten. Bij het uitvoeren van een effectstudie kunnen we dan ook niet om de vraag heen hoe ons te verhouden tot dominante opvattingen van wat bijvoorbeeld telt als overtuigend onderzoek, als belangrijke uitkomsten en als goede gezondheidszorg.

Op dit moment wordt onderzoek meestal beoordeeld aan de hand van de 'evidence-based medicine'-piramide, waarbij kwantitatief onderzoek in de vorm van 'randomized controlled trials' (RCT's) als een van de hoogste niveaus van bewijs wordt gewaardeerd (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Deze piramide is gebaseerd op een positivistisch, natuurwetenschappelijk paradigma. Onderzoekers leren de werkelijkheid kennen door algemene wetten af te leiden uit empirische waarnemingen in gestandaardiseerde experimenten. Door hun focus op individuele processen van betekenisgeving voelen geestelijk verzorgers zich echter doorgaans meer thuis in een constructivistisch paradigma en bijpassende onderzoeksmethoden, waarin feiten niet te scheiden zijn van interpretatie en betekenisgeving (Gergen, 2001).

Om gehoord te worden in een context waarin een positivistisch paradigma dominant is, lijkt het echter raadzaam dat geestelijk verzorgers zichzelf ook binnen dit dominante paradigma weten te positioneren. Recht doen aan geestelijke verzorging betekent dan niet het afwijzen van een bepaald paradigma, maar het kunnen vertellen van diverse verhalen over het vak, in diverse talen, toegesneden op een diversiteit aan mogelijke toehoorders. Vanuit dit perspectief kunnen verschillende vormen van effectonderzoek in verschillende paradigma's bijdragen aan een beter begrip van geestelijke verzorging.

Wat betreft bestaande effectstudies zien we dat die zich grofweg richten op twee verschillende doelgroepen: geestelijk verzorgers en zorgprofessionals. Ongeveer driekwart van de studies is gepubliceerd in medische tijdschriften en een kwart in tijdschriften over geestelijke verzorging of religie. De meeste studies hebben een kwantitatieve onderzoeksopzet; drie studies maken gebruik van 'mixed methods' (Berning e.a., 2016; Daaleman e.a., 2008; Steinhauer e.a., 2016). Om in verschillende studies een diversiteit aan verhalen gericht op een divers publiek te vertellen, zou er meer aandacht kunnen zijn voor bijvoorbeeld 'mixed methods'-onderzoek of andere vormen van effectonderzoek.

Expliciteer hoe gekozen uitkomsten zich verhouden tot praktijkdoelen van geestelijke verzorging

De tweede keuze die bij een effectonderzoek moet worden gemaakt, is welke uitkomsten er worden onderzocht. Richt de effectstudie zich op karakteristieke uitkomsten van geestelijke verzorging die nauw verbonden zijn met de praktijkdoelen van het vak? Of richt het zich op secundaire uitkomsten (bijvoorbeeld kortere ligduur, vermindering van fysieke symptomen) die mogelijk niet direct gekoppeld zijn aan de praktijkdoelen? Wat betreft de eerste optie hebben we er al op gewezen dat er geen consensus bestaat over wat praktijkdoelen en gerelateerde uitkomsten van geestelijke verzorging zijn (Handzo e.a., 2014). Wat betreft de tweede optie: als we ons beperken tot enkel karakteristieke uitkomsten, dan missen we mogelijk interessante effecten op andere vlakken.

Toch worden deze secundaire uitkomsten vaak met argwaan bekeken door geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld wanneer het gaat om een harde uitkomstmaat (zoals kostenreductie): 'De specifieke uitkomsten die het gezondheidssysteem nu nastreeft, in het bijzonder kostenreductie, worden door veel geestelijk verzorgers beschouwd als tegenstrijdig met hun beroep, omdat ze indruisen tegen wat geestelijk verzorgers zien als hun gerichtheid op de menselijke geest, in plaats van op de zakelijke kant van de zorg' (Handzo e.a., 2014, p. 46). Het kan hierbij behulpzaam zijn op te merken dat een uitkomst altijd een waardege-

laden idee vertegenwoordigt van wat in een bepaalde context als belangrijk en wenselijk wordt beschouwd. Een klinische uitkomst representeert bijvoorbeeld het idee dat goede gezondheidszorg gericht is op genezing van mensen; een uitkomst zoals kostenreductie geeft de waarde weer van efficiënte inzet van middelen in goede gezondheidszorg.

Bij de keuze voor de uitkomsten in effectonderzoek naar geestelijke verzorging dient volgens ons de volgende vraag te worden gesteld: hoe verhoudt de gekozen uitkomst zich tot de praktijkdoelen van geestelijke verzorging? Zo worden er uitkomsten gekozen die in overeenstemming zijn met waar het vak voor staat – wat overigens het belang onderstreept van een zekere consensus over wat dan de praktijkdoelen van geestelijke verzorging zijn. Het expliciet stellen van deze vraag kan ook voorkomen dat onderzoekers uitkomsten (zoals kostenreductie) te gemakkelijk afschrijven als puur zakelijk en dus tegenstrijdig met de waarden van geestelijke verzorging. Vanuit het perspectief van rechtvaardigheid – dat geestelijk verzorgers ook omarmen – zou je bijvoorbeeld kunnen redeneren dat efficiënt gebruik van middelen goede zorg voor zoveel mogelijk mensen mogelijk maakt, zodat kostenreductie als uitkomst in effectonderzoek naar geestelijke verzorging niet per definitie moet worden afgewezen. We raden aan om de keuze voor uitkomsten in een studie en het verband met de praktijkdoelen van geestelijke verzorging in het onderzoeksplan en onderzoeksartikel te expliciteren.

De meest gekozen uitkomst in eerder effectonderzoek is tevredenheid met de zorg die geestelijk verzorgers bieden. Andere uitkomsten zijn kwaliteit van leven, angst, depressie, spiritueel welbevinden en religieuze coping. De laatste twee uitkomsten lijken karakteristieke uitkomsten voor geestelijke verzorging, de andere uitkomsten lijken ook voor andere beroepsgroepen van belang. Tevredenheid met de zorg is bijvoorbeeld cruciaal voor goede gezondheidszorg en geenszins onverenigbaar met de waarden van geestelijke verzorging; het is echter niet een unieke uitkomst voor ons vak. De karakteristieke uitkomsten blijken minder onderzocht dan de



secundaire uitkomsten. Daarbij ontbreekt bij de meeste studies een explicitering van het verband tussen praktijkdoelen van geestelijke verzorging en de gekozen uitkomst. Aan beide punten zou in de toekomst meer aandacht mogen worden besteed.

Expliciteer de keuze voor meetinstrumenten

Het derde criterium om effectonderzoek aan te laten sluiten bij geestelijke verzorging betreft hoe de uitkomsten worden gemeten. Metingen van uitkomsten zijn in feite pogingen om veranderingen vast te stellen die tijdens een proces hebben plaatsgevonden. Wat als een geschikte methode van meting beschouwd wordt, hangt af van het (expliciete of impliciete) begrip van verandering. Wanneer de focus ligt op gemakkelijk

## De beroepsgroep krijgt zo een betere kijk op de centrale waarden van geestelijke verzorging

waarneembare veranderingen (bijvoorbeeld gedragsverandering of symptoomreductie), ligt het meer voor de hand een dergelijke verandering kwantitatief te meten dan wanneer complexe veranderingen (bijvoorbeeld op het gebied van zingeving) in beeld moeten worden gebracht. Geestelijk verzorgers werken over het algemeen met uiterst complexe en individueel gekleurde veranderingsprocessen, waarvan de rijkdom en diepgang gemakkelijk verloren gaan in kwantitatief onderzoek. Geen enkele studie – kwantitatief of kwalitatief – kan echter de complexiteit, rijkdom en diepgang van veranderingsprocessen in geestelijke verzorging in zijn geheel weergeven; er is altijd sprake van keuzes wat wel en niet in beeld wordt gebracht. Het gaat er daarom om in de studie te expliciteren welke overwegingen hebben geleid tot de keuze voor bepaalde meetinstrumenten en te reflecteren op de vraag welke aspecten van veranderingsprocessen daarbij uit beeld verdwijnen.

Eerdere effectstudies hebben vooral gebruik gemaakt van een brede variatie aan (patiëntgerap-

porteerde) uitkomstmaten die niet specifiek zijn ontworpen voor geestelijke verzorging. Geen enkele studie expliciteert waarom gekozen is voor bepaalde meetinstrumenten in relatie tot de praktijkdoelen van geestelijke verzorging. Hieraan zou in toekomstige studies aandacht kunnen worden besteed, evenals aan de ontwikkeling van meetinstrumenten die passen bij geestelijke verzorging.

Expliciteer hoe de gekozen interventie ingebed is in het handelen van geestelijk verzorgers in de onderzochte context

Zoals gezegd, is een belangrijk kritisch geluid tegen effectonderzoek de eis van standaardisering van interventies met het oog op voorspelbaarheid en reproduceerbaarheid van de resultaten (Nolan, 2015). Zonder gestandaardiseerde interventies blijft het handelen van geestelijk verzorgers vaak een black box: de uitkomsten van die zorg kunnen worden onderzocht, maar het blijft onduidelijk welke elementen ervan tot de uitkomsten hebben bijgedragen. Wij stellen voor om praktijken van geestelijke verzorging te zien als bestaande uit verschillende handelingen, interventies en interacties, waarbij sommige elementen geschikt zijn om als gestandaardiseerde interventie in effectonderzoek in te zetten en andere elementen niet (zoals het vasthouden van iemands hand op diens sterfbed). Een gestandaardiseerde interventie representeert dus nooit de gehele geestelijke verzorging. Ook hier geldt dan weer dat reflectie op en explicitering van gemaakte keuzes nodig is om recht te doen aan geestelijke verzorging; geëxpliciteerd dient te worden hoe de gekozen interventie zich verhoudt tot de bredere praktijken van geestelijke verzorging die worden onderzocht.

'Randomized controlled trials' (RCT's) zijn momenteel de meest bekende en gewaardeerde vorm van gestandaardiseerd effectonderzoek. Het gebruik van RCT's is niet alleen binnen de geestelijke verzorging onderwerp van discussie, maar ook breder in de wereld van de gezondheidszorg (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Ook daar is de hamvraag of RCT's op gespannen voet staan met de uniciteit van persoon en context. Vanuit de humanistische counseling stellen Scholl, Ray en



Brady-Amoon (2014) dat RCT's – en, meer in het algemeen, kwantitatieve methoden in effectonderzoek – niet moeten worden afgeschreven als noodzakelijkerwijs dehumaniserend. Ze beschrijven verschillende mogelijkheden om RCT's zo te ontwerpen dat ze niet in strijd zijn met respect voor de unieke persoon. Zo kan in een gestandaardiseerde interventie bijvoorbeeld worden gewerkt met het unieke levensverhaal van de ander (zie o.a. de RCT die wordt beschreven in het onderzoek van Kruizinga, 2017). Ook kan 'mixed methods'-onderzoek binnen een RCT de beperkingen van kwantitatief onderzoek onder-

Eerdere effectstudies hebben vooral gewerkt met een black-boxonderzoekopzet. Deze studies keken dus naar praktijken van geestelijke verzorging zonder gebruik te maken van vooraf vastgelegde interventies. In twee studies werd gepoogd de interventies van geestelijk verzorgers vast te leggen via bijvoorbeeld een dagboekmethode of een checklist (Johnson e.a., 2014; Sharma e.a., 2016), zodat er enkele aanwijzingen waren over welke elementen van geestelijke verzorging het effect konden hebben teweeggebracht. Drie studies werkten met gestandaardiseerde interventies, maar lieten binnen de interventies veel ruimte voor individuele inbreng (Kestenbaum e.a., 2017; Piderman e.a., 2017; Steinhauer e.a., 2016). Deze studies expliciteerden ook duidelijk hoe hun gestandaardiseerde interventie past binnen het grotere geheel van de geestelijke verzorging.

## Tot besluit

In dit artikel hebben wij ons gebogen over de vraag hoe effectonderzoek naar geestelijke verzorging gedaan kan worden in overeenstemming met centrale waarden van het vak. Om deze vraag te beantwoorden, hebben wij allereerst gekeken naar de kritiek op een focus op uitkomsten binnen geestelijke verzorging, aangezien deze kritiek ook geldt voor effectonderzoek. Aan de hand van de kritiek hebben wij vier criteria aangedragen. De vier criteria nodigen geestelijk verzorgers en onderzoekers uit steeds terug te gaan naar de praktijkdoelen van geestelijke verzorging en dan te expliciteren hoe het gekozen publiek, de gekozen uitkomsten, meetinstru-

menten en interventies van het effectonderzoek zich hiertoe verhouden.

Dat vraagt wel een grondige en voortdurende dialoog binnen het vakgebied over wat de praktijkdoelen van geestelijke verzorging zijn en wat daarbij verstaan kan worden onder karakteristieke uitkomsten. Om hierin alvast een volgende stap te zetten, zijn de onderzoekers van dit artikel samen met collega Anja Visser begonnen met het in kaart brengen van praktijkdoelen van geestelijke verzorging en hun gerelateerde uitkomsten in de Nederlandse literatuur. De hoop is dat deze uitkomsten uiteindelijk vertaald kunnen worden naar passende instrumenten om effecten van geestelijke verzorging in beeld te brengen. Zo krijgen wij als beroepsgroep een betere kijk op de centrale waarden van geestelijke verzorging en de verwerkelijking daarvan in de praktijk.

*Dit artikel is een Nederlandse bewerking van Damen, A., Schuhmann, C., Leget, C. & Fitchett, F. (2020). Can outcome research respect the integrity of chaplaincy? A review of outcome studies. Journal of Health Care Chaplaincy, 26 (4), 131-158.*

A. Damen MA is promovenda effecten van geestelijke verzorging aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. e-mail: a.damen@uvh.nl.

Dr. C. Schuhmann is universitair docent praktische humanistiek aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

## Literatuur

- Airdito, R.B. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*, 270.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Berning, J.N., Poor, A.D., Buckley, S.M., Patel, K.R., Lederer, D.J., Goldstein, N.E., ... Baldwin, M.R. (2016). A novel picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society, 13* (8), 1333-1342.
- Bos, T. (2003). Levensbeschouwelijke diagnostiek in de ggz. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 6* (28), 63-69.



- Bouwer, J. (2003). De hermeneutisch-diagnostische competentie van de geestelijk zorgverlener. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 6 (28), 83-87.
- Daaleman, T.P., Williams, C.S., Hamilton, V.L. & Zimmerman, S. (2008). Spiritual care at the end of life in long-term care. *Medical Care* 46 (1), 85-91.
- Damen, A., Schuhmann, C., Lensvelt-Mulders, G. & Leget, C. (2019). Research priorities for health care chaplaincy in the Netherlands: a Delphi study among Dutch chaplains. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 26 (3), 87-102.
- ENHCC (2014). *Salzburg statement of the 13th consultation of the European Network of Health Care Chaplaincy*. Internet: [http://www.enhcc.eu/2014\\_salzburg\\_statement.pdf](http://www.enhcc.eu/2014_salzburg_statement.pdf) (18 oktober 2021).
- Gergen, K.J. (2001). *Social construction in context*. Londen: Sage.
- Gleason, J.J. (1998). An emerging paradigm in professional chaplaincy. *Chaplaincy Today*, 14 (2), 9-14.
- Handzo, G.F., Cobb, M., Holmes, C., Kelly, E. & Sinclair, S. (2014). Outcomes for professional health care chaplaincy: an international call to action. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20 (2), 43-53.
- Jorna, T. (2005). De geestelijke dimensie in de geestelijke verzorging. Kritische noties bij Bouwers competenties van het vak. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 8 (34), 36-46.
- Kestenbaum, A., Shields, M., James, J., Hocker, W., Morgan, S., Karve, S., ... Dunn, L.B. (2017). What impact do chaplains have? A pilot study of spiritual AIM for advanced cancer patients in outpatient palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54 (5), 707-714.
- Körver, J. (2019). *Standing still to move on, reflections on research in chaplaincy*. Presentatie op het symposium 'Building knowledge for chaplaincy in healthcare: future directions'. Internet: <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2019/03/Symposium-1-februari-2019-Building-Knowledge-for-Chaplaincy-in-Healthcare.pdf> (18 oktober 2021).
- Kruizinga, R. (2017). *Out of the blue. Experiences of contingency in advanced cancer patients*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- MacIntyre, A. (2007). *After virtue: a study in moral theory* (3rd ed.). Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Mackor, A.R. (2007). Standaardisering van geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10 (44), 21-37.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151 (4), 264-269.
- Nolan, S. (2013). Re-evaluating chaplaincy: to be, or not ... *Journal of Health and Social Care Chaplaincy*, 1 (1), 49-60.
- Nolan, S. (2015). Health care chaplains responding to change: embracing outcomes of reaffirming relationships? *Health and Social Care Chaplaincy*, 3 (2), 93-109.
- Peery, B. (2012). Outcome oriented chaplaincy: intentional caring. In S. Roberts (ed.), *Professional spiritual and pastoral care: a practical clergy and chaplain's handbook* (pp. 342-361). Woodstock: SkyLight Paths.
- Piderman, K.M., Radecki Breitkopf, C., Jenkins, S.M., Lapid, M.I., Kwete, G.M., Sytsma, T.T., ... Jatoi, A. (2017). The impact of a spiritual legacy intervention in patients with brain cancers and other neurologic illnesses and their support persons. *Psycho-oncology*, 26 (3), 346-353.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen bewijs*. Internet: <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs> (18 oktober 2021).
- Scholl, M.B., Ray, D.C. & Brady-Amoon, P. (2014). Humanistic counseling process, outcomes, and research. *Journal of Humanistic Counseling*, 53, 218-239.
- Smit, J. (2015). *Antwoord geven op het leven zelf*. Delft: Eburon.
- Vandenhoeck, A. (2007). *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. Resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief-hermeneutische model van C.V. Gerkin*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Vereniging voor Geestelijk VerZorgers, VGVZ (2018). *Beleidsplan VGVZ 2014-2018*. Internet: <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/06/06-MJB-VGVZ-2018-2022.pdf> (18 oktober 2021).

## Noten

- Omdat in Nederland zowel over uitkomsten als effecten wordt gesproken met betrekking tot effectonderzoek, worden beide begrippen in deze tekst gebruikt zonder onderscheid in betekenis.
- Naar effectonderzoeken is gezocht in de MEDLINE/ PubMed-databases aan de hand van de PRISMA-checklist (Moher e.a., 2009). Daarnaast zijn reviewartikelen over geestelijke verzorging gescand. Voor een uitgebreid overzicht van de 28 gevonden artikelen verwijzen wij graag naar het oorspronkelijke Engelstalige artikel.
- Het begrip 'goods' is lastig te vertalen naar het Nederlands. We volgen hier Smit (2015) die spreekt over intrinsieke doelstellingen of de centrale waarden van een praktijk (of over het praktijkdoel ervan).
- Voor een uitgebreide bespreking van hoe kwantitatief en kwalitatief onderzoek elkaar kunnen aanvullen zie Visser, A. & Damen, A. (2020). Waar moeten we het zoeken? Op weg naar een onderzoeksagenda voor GV in de zorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 23 (97), 48-57.