Tilburg University

Gedeeld geloof – betere zorg?

Liefbroer, Anke I. ; Amerongen-Meeuse, Joke C. van Nieuw

Published in:
Psyche & Geloof

Publication date:
2024

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Link to publication in Tilburg University Research Portal

Citation for published version (APA):
Liefbroer, A. I., & Amerongen-Meeuse, J. C. V. N. (2024). Gedeeld geloof – betere zorg? De relatie tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorg voor cliënten. *Psyche & Geloof*, *35*(3), 135-143. https://www.psychegeloof.nl/editions/psyche-geloof-35-2024-3

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 26. Jan. 2025

Gedeeld geloof – betere zorg?

De relatie tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorg voor cliënten

Anke I. Liefbroer
docent godsdienstpsychologie
en geestelijke verzorging

Joke van Nieuw Amerongen-Meeuse
arts en onderzoeker

SAMENVATTING

Uit onderzoek blijkt dat veel cliënten, en ook sommige hulpverleners, verwachten of de ervaring hebben dat een gedeelde levensbeschouwing gepaard gaat met voordelen voor de praktijk. In dit overzichtsartikel bespreken we studies die aan de hand van een empirisch onderzoek op hoofdzakelijk kwantitatieve wijze de relatie tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten hebben onderzocht. In het beperkte aantal studies dat deze relatie tot nu toe onderzocht heeft, wordt veelal geen significant verband gevonden tussen het hebben van een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten. Dit geldt zowel voor zorg verleend door geestelijk verzorgers alsook door (andere) hulpverleners in de ggz. Mogelijke verklaringen hiervoor worden gezocht in de competenties van hulpverleners om levensbeschouwelijke verschillen te overbruggen en in veranderingen in het levensbeschouwelijk landschap van West-Europese landen en Amerika. De bevindingen kunnen gezien worden als aanmoediging voor cliënten en hulpverleners om negatieve verwachtingen ten aanzien van levensbeschouwelijke verschillen niet leidend te laten zijn en te zoeken naar manieren om verschillen te overbruggen in de zorgpraktijk.

TREFWOORDEN gedeelde levensbeschouwing, ervaringen, geestelijke verzorging, zorgrelatie, behandeluitkomsten

INLEIDING

Het aanpassen van zorg aan de levensbeschouwing van een cliënt heeft voordelen voor de behandeling, zo toont een uitgebreide meta-analyse van 97 studies (Hook et al., 2022). Vaak wordt verondersteld dat eenzelfde levensbeschouwing tussen cliënt en hulpverlener daarbij helpend is voor de praktijk van hulpverlening. Het voorgaande artikel in dit nummer (Van Nieuw Amerongen-Meeuse & Liefbroer, 2024) illustreert dit: wanneer cliënten, geestelijk verzorgers en andere hulpverleners gevraagd worden naar hun inschatting en verwachtingen, blijkt dat velen van hen vermoeden dat het hebben van een gedeelde levensbeschouwing gepaard gaat met voordelen voor de praktijk. Christelijke cliënten bij Eleos geven bijvoorbeeld de voorkeur aan een hulpverlener met eenzelfde levensbeschouwing, omdat zij verwachten alleen dan levensbeschouwelijke kwesties te kunnen bespreken; een beeld dat ook door hulpverleners bij Eleos wordt benadrukt (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Geestelijk verzorgers schatten in dat het hebben van een gedeelde levensbeschouwing gemiddeld genomen gepaard gaat met een hogere waardering van de zorg dan wanneer er sprake is van levensbeschouwelijk verschil (Berghuijs & Liefbroer, 2017). Ook in internationale studies komen voordelen van een gedeelde levensbeschouwing voor de verleende zorg naar voren, zoals dat het gemakkelijker is voor een gezamenlijk gebed (Silton et al., 2013) en voor het goed kunnen aansluiten bij levensbeschouwelijke behoeften

van religieuze minderheidsgroepen (Abu-Ras & Laird, 2011; Pesut & Reimer-Kirkham, 2010).

Nu is het vak van geestelijke verzorging speciaal gericht op levensbeschouwing, terwijl dit binnen andere disciplines (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, etc.) één aspect is dat een rol kan spelen in de context van de zorg. Het is dus de vraag of dit verschil in disciplines uitmaakt voor de mate waarin een verschil in levensbeschouwing van invloed is op de verleende zorg. Binnen de psychotherapie is veel geschreven over het belang van de therapeutische relatie, waarbij het aanpassen aan de cliënt, het hebben van vaardigheden en interesse in het helpen van de cliënt een belangrijke rol spelen (Constantino et al., 2021). Dit zijn factoren die mogelijk kunnen helpen om levensbeschouwelijke verschillen te overbruggen. Binnen de geestelijke verzorging is groeiende aandacht voor de omgang met levensbeschouwelijke verschillen, waarbij in de afgelopen decennia de zogenaamde *interfaith spiritual care* – geestelijke verzorging waarbij de cliënt en hulpverlener niet dezelfde levensbeschouwing hebben – in Nederland steeds meer regel wordt dan uitzondering (Liefbroer, 2020; Liefbroer et al., 2024). Mogelijk heeft deze veelvoud aan bezinning geleid tot een minimalisatie van eventuele nadelen van levensbeschouwelijke verschillen.

In hoeverre is het hebben van een gedeelde levensbeschouwing gerelateerd aan de zorgpraktijk of -uitkomsten?

Dat veel cliënten en hulpverleners desondanks bij een verschil in levensbeschouwing een effect op de zorg verwachten, wil nog niet zeggen dat het hebben van een gedeelde levensbeschouwing ook daadwerkelijk samengaat met een betere zorgpraktijk of -uitkomst. De studies naar ideeën van cliënten en hulpverleners zijn veelal gebaseerd op interviews en vragenlijsten waarbij aan deelnemers gevraagd is om in te schatten hoe zij over dit vraagstuk denken. De studies hebben niet onderzocht in hoeverre een gedeelde levensbeschouwing daadwerkelijk samenhangt met de zorgpraktijk zoals deze aan cliënten geboden wordt of de zorguitkomsten. In deze bijdrage nemen we studies onder de loep die wel expliciet naar deze relatie hebben gekeken.

De vraag die centraal staat, is: In hoeverre is het hebben van een gedeelde levensbeschouwing tussen hulpverlener en cliënt gerelateerd aan de zorgpraktijk of -uitkomsten? Met de term 'gedeelde levensbeschouwing' bedoelen wij in dit artikel situaties waarin de hulpverlener en cliënt eenzelfde levensbeschouwing hebben, zoals een christelijke cliënt met een christelijke hulpverlener. Er is sprake van levensbeschouwelijk verschil wanneer beide een duidelijk andere levensbeschouwing hebben, zoals in het geval van een joodse cliënt met een islamitische hulpverlener, of wanneer de één zichzelf wel tot een levensbeschouwing vindt behoren en de ander niet, zoals in het geval van een christelijke cliënt met een seculiere hulpverlener. We geven in deze bijdrage een overzicht van de empirische studies die zijn gedaan om bovengenoemde vraag te beantwoorden.

LITERATUURSTUDIE

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is gezocht naar studies die aan de hand van een empirisch onderzoek op hoofdzakelijk kwantitatieve wijze de relatie tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten hebben onderzocht. We nemen daarbij het perspectief van de cliënt als uitgangspunt. De focus ligt in dit overzichtsartikel op studies die de ervaring van cliënten met een hulpverlener over één of meerdere ontmoetingen hebben onderzocht. We baseren ons daarbij op drie bronnen:

1. Studies die de auteurs in het kader van hun promotieonderzoeken of in het verlengde daarvan hebben uitgevoerd. Dit betreft een studie naar de waardering van patiënten[1] in ziekenhuizen voor een gesprek met een geestelijk verzorger (Liefbroer & Nagel, 2021) en een studie naar de ervaren behandelrelatie door patiënten met verschillende hulpverleners in de GGZ (Van Nieuw Amerongen-Meeuse

et al., 2024).

2. Literatuur die de auteurs tijdens en/of na hun promotieonderzoek naar respectievelijk interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging (Liefbroer, 2020) en de *religiosity gap* (Van Nieuw Amerongen-Meeuse, 2021) hebben gevonden. Dit betreft onder meer een systematische literatuurstudie naar empirische studies die betrekking hebben op levensbeschouwelijke verschillen in de zorgrelatie. Hiervoor zijn de databanken PsycINFO, EMBASE, Medline, CINAHL, ATLA Religion database en Philosopher's index systematisch doorzocht in de periode 2000-2016, op zoektermen 'interfaith', 'spiritual' en 'care' (en equivalenten van deze termen; zie Liefbroer et al., 2017 voor een specifieke beschrijving van de systematische literatuurstudie).
3. Literatuur die na de beide promotieonderzoeken beschikbaar is gekomen, welke hoofdzakelijk gezocht is door het bekijken van onderzoeken die refereren aan de genoemde studies van de auteurs (resp. 72 referenties via Googlescholar voor Liefbroer et al., 2017 op 14 maart 2024 en 12 via Googlescholar voor Liefbroer & Nagel, 2021 op 5 maart 2024).

Het kan per type hulpverlener verschillen of een gedeelde levensbeschouwing met de cliënt de zorgpraktijk of -uitkomst beïnvloedt. Voor geestelijk verzorgers behoort de zorg voor levensbeschouwing tot hun kerntaak of primaire aandachtsgebied, terwijl dit voor andere hulpverleners – psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers – eerder hun secundaire referentiekader vormt (Mooren, 2008). In de bespreking van de literatuur op dit terrein bieden we daarom eerst een overzicht van studies naar geestelijke verzorging en daarna naar studies die zijn uitgevoerd onder andere hulpverleners.

GEDEELDE LEVENSBESCHOUWING IN DE PRAKTIJK VAN GEESTELIJKE VERZORGING

Onderzoek in Nederland

Liefbroer en Nagel (2021) onderzochten of de ervaring van een gesprek met een geestelijk verzorger door patiënten in ziekenhuizen samenhangt met het wel of niet hebben van een gedeelde levensbeschouwing. Een groep van 209 patiënten vulden daarvoor direct na afloop van een gesprek met een geestelijk verzorger een vragenlijst in. Deze bevatte vragen over hun waardering voor het gesprek, over hoe zij zich voelden door het gesprek, over de handelingen tijdens het gesprek en over de inhoudelijke thematiek van het gesprek. Ook vulden zij vragen in over hun eigen levensbeschouwing. Deze laatste informatie werd gelinkt aan informatie uit een vragenlijst die deelnemende geestelijk verzorgers (n=45, werkend in verschillende ziekenhuizen (n=11) in Nederland) invulden over hun eigen levensbeschouwing en hun beroepsopvatting ten aanzien van levensbeschouwing. De meeste deelnemende patiënten en geestelijk verzorgers hadden een christelijke (katholieke of protestantse) of seculiere dan wel humanistische levensbeschouwing. Er namen enkele respondenten deel met een islamitische, joodse of boeddhistische levensbeschouwing.

Met het onderzoek werden negen hypothesen getoetst, waarvan we de uitkomsten hier kort samenvatten. Ten eerste bleek dat de waardering die patiënten hebben voor de gesprekken met de geestelijk verzorger niet significant samenhangt met het wel of niet hebben van eenzelfde levensbeschouwing. Anders gezegd: of de geestelijk verzorger en de patiënt zichzelf allebei als katholiek, protestant of moslim beschouwden, maakte niet uit voor de waardering die patiënten gaven voor het gesprek. Datzelfde gold voor de wijze waarop patiënten en geestelijk verzorgers religie benaderden: er werd geen significant verband gevonden tussen waardering en de manier waarop zowel patiënt als geestelijk verzorger hun geloof benaderde (bijvoorbeeld het allebei een meer letterlijke dan symbolische opvatting van religie hebben of allebei het bestaan van een hogere macht uitsluiten (indeling afgeleid van Wulff, 1997)). Een dergelijk verband werd ook niet gevonden als er andere (modererende) variabelen werden meegenomen. Zo maakte het niet uit of patiënten meer intrinsiek dan wel extrinsiek religieus gemotiveerd waren en of zij een meer exclusieve of inclusieve opvatting van hun geloof hadden. Ook maakte de beroepsopvatting van geestelijk verzorgers ten aanzien van welke rol levensbeschouwing volgens hen speelt in hun beroepsuitoefening niet uit.

De enige factor die wél significant bleek samen te hangen met de waardering die patiënten voor de gesprekken met de geestelijk verzorger hadden, was de erváren match, oftewel de mate waarin patiënten inschatten dat zij eenzelfde of een verschillende levensbeschouwing als de geestelijk verzorger hadden. Hoe sterker patiënten de indruk hadden dat de geestelijk verzorger eenzelfde levensbeschouwing als zijzelf had, hoe meer zij het gesprek met de geestelijk verzorger waardeerden.

Naast de vragen over waardering voor de gesprekken, werd ook onderzocht of het hebben van een gedeelde levensbeschouwing samenhing met (a) hoe patiënten zich voelden door het gesprek (bijvoorbeeld of zij zich gehoord en gezien voelden (als medemens), of ze zich verder op weg geholpen voelden of dat ze zich in spiritueel opzicht geïnspireerd voelden); (b) de handelingen tijdens het gesprek (bijvoorbeeld of er vooral spirituele handelingen (gebed, ritueel) plaatsvonden of dat er hoofdzakelijk met elkaar gesproken werd); en (c) de inhoudelijke thematiek van het gesprek (of er meer praktische zaken of meer zaken van ultiem belang besproken werden). Voor al deze drie zaken werden geen significante verbanden gevonden. Met andere woorden, het wel of niet hebben van eenzelfde levensbeschouwing als de geestelijk verzorger maakte niet uit voor hoe patiënten het gesprek ervoeren, wat er gebeurde tijdens het gesprek en voor de (globale) inhoudelijke thematieken van het gesprek.

De enige factor die wél significant bleek samen te hangen met de waardering was de erváren match

Internationaal onderzoek

Onderzoek naar de invloed van een gedeelde levensbeschouwing tussen de geestelijk verzorger en cliënt op de geestelijke verzorging door zorgontvangers is ook in internationaal opzicht schaars. In de *systematic review* van Liefbroer et al. (2017) waarin de literatuur tot begin 2016 is onderzocht, werd één studie gevonden die aantoont dat protestantse, katholieke en joodse geestelijk verzorgers in ziekenhuizen in de VS vaker bidden met patiënten met eenzelfde levensbeschouwing als zijzelf dan met patiënten met een andere levensbeschouwing (Galek et al., 2010). Deze studie gaat echter niet in op het bidden met iemand met een andere levensbeschouwelijke achtergrond en de ervaring van de geboden zorg of zorguitkomsten.

Studies die refereren aan de voornoemde *systematic review* of het onderzoek in Nederlandse ziekenhuizen van Liefbroer en Nagel (2021) betreffen hoofdzakelijk studies waarin het perspectief van de geestelijk verzorger (of andere hulpverlener(s)) centraal staat en studies waarin het gaat om verwachtingen of indrukken van de invloed van een gedeelde levensbeschouwing op de zorg. Studies waarin het cliëntperspectief is onderzocht en waarin empirisch getoetst is of er een relatie is tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten, kwamen we hierbij niet tegen. Wel waren er twee studies die nauw raken aan de onderzoeksvraag en die we daarom in dit overzichtsartikel ook benoemen.

Snowden et al. (2023) voerden een pre- posttest studie uit onder thuiswonende cliënten die, via doorverwijzing van hun huisarts, meestal twee tot drie keer een gesprek met een bij de huisartsenpraktijk aangesloten geestelijk verzorger hadden. Zij vonden een significante verbetering tussen voor- en nameting in scores van cliënten (n=55) op de Schotse Patient Reported Outcome Measure (PROM). Deze PROM beoogt de uitkomsten van geestelijke verzorging te meten door middel van de optelsom van vijf items die gaan over in hoeverre de cliënt zich de afgelopen twee weken angstig en vredig heeft gevoeld en in hoeverre hij eerlijk naar zichzelf kon zijn, een positief beeld had van de eigen situatie en het gevoel had controle over het eigen leven te hebben. Zij vonden geen significante verschillen in uitkomsten op deze PROM tussen cliënten die zichzelf als religieus, spiritueel, als beide of geen van beide identificeerden. Hoewel in deze studie niet onderzocht is of er al dan

niet sprake was van een gedeelde levensbeschouwing bij de cliënt en geestelijk verzorger, geeft deze bevinding wel aan dat de uitkomsten van geestelijke verzorging onafhankelijk zijn van de levensbeschouwing van de cliënt – en daarmee vermoedelijk ook van een wel of niet gedeelde levensbeschouwing met de geestelijk verzorger.

Daarnaast onderzochten Case et al. (2022) in hoeverre de levensbeschouwing van patiënten op de kinderafdeling in de context van ziekenhuizen samenhangt met gebruikmaking van geestelijke verzorging. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen religieuze en niet-religieuze patiënten alsook tussen christelijke en niet-christelijke patiënten in de mate waarin men gebruikmaakte van geestelijke verzorging. Hoewel deze studie niet gekeken heeft naar de beleefde zorgpraktijk door patiënten of de zorguitkomsten, suggereert deze wel dat geestelijke verzorging gewenst is ongeacht de mate van een gedeelde levensbeschouwing tussen patiënt en geestelijk verzorger.

GEDEELDE LEVENSBESCHOUWING IN DE PRAKTIJK VAN PSYCHOLOGEN, PSYCHIATERS EN MAATSCHAPPELIJK WERKERS

Onderzoek in Nederland

In een recent onderzoek in Nederland (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2024) vanuit een bestaande database waarin 55 cliënten in de ggz gekoppeld werden aan hun hulpverlener (psycholoog, psychiater of andere behandelaar of begeleider), werd onderzocht of de kern van een zogenaamde 'religiositeitskloof' ligt in (a) een objectief verschil in levensbeschouwing, (b) een waargenomen verschil in levensbeschouwing of (c) in onvervulde levensbeschouwelijke zorgbehoeften. De resultaten toonden dat een ervaren verschil in levensbeschouwing en een hoger niveau van onvervulde levensbeschouwelijke zorgbehoeften beide significant geassocieerd waren met een lagere ervaren behandelrelatie zoals beoordeeld door cliënten, terwijl een daadwerkelijk (objectief) verschil in levensbeschouwing dat niet was wanneer dit werd gemeten als religieus versus niet religieus en als christen versus niet-christen. Echter, een verschil in intrinsieke religiositeit tussen hulpverleners en cliënten bleek wèl gerelateerd aan de ervaren behandelrelatie, waarbij de behandelrelatie significant slechter werd ervaren wanneer een hulpverlener hoog schoorde op intrinsieke religiositeit en een cliënt laag. De resultaten van dit kleine onderzoek suggereren dat een *religiosity gap* in ieder geval ook een kwestie kan zijn van onvervulde levensbeschouwelijke zorgbehoeften en subjectief waargenomen verschillen in levensbeschouwing. Of er ook een daadwerkelijk verschil in levensbeschouwelijke achtergrond is tussen zorgverlener en cliënt lijkt vooral relevant wanneer een hulpverlener intrinsiek religieuzer is dan een cliënt.

Internationaal onderzoek

Internationaal vonden we een tweetal studies onder andere hulpverleners dan geestelijk verzorgers waarin de relatie tussen een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten onderzocht is. In de eerdergenoemde *systematic review* (Liefbroer et al., 2017) komt de studie van Kellems et al. (2010) naar voren. Zij onderzochten of er een verband is tussen het al dan niet hebben van een gedeelde levensbeschouwing en de zorgrelatie onder therapeuten. Daarvoor vulden 220 therapeuten een vragenlijst in over o.a. de zorgrelatie met de meest recente cliënt die zij de afgelopen 12 maanden gezien hadden voor tenminste drie therapiesessies en waarin levensbeschouwing onderwerp van gesprek was. Deze vragenlijst bevatte onder meer vragen over de mate van overeenstemming tussen de levensbeschouwing van de therapeut en de cliënt alsook vragen over de zorgrelatie. Er bleek geen significant verband tussen beide te zijn. Een beperking van dit onderzoek in het kader van de onderhavige onderzoeksvraag is wel dat zowel de mate van overeenstemming als de zorgrelatie uitgevraagd zijn vanuit de perceptie van de therapeut, waardoor niet zeker is of cliënten dit ook op deze wijze ervaren hebben.

Een tweede studie betreft een studie van Rosmarin et al. (2021) naar de uitkomsten van Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT), een groepstherapie waarin spiritualiteit een nadrukkelijke plek heeft. Gedurende één jaar namen 1443 patiënten met verschillende levensbeschouwingen deel aan deze groepstherapie. Zij werden onder andere gevraagd middels twee stellingen aan te

geven in hoeverre zij op levensbeschouwelijk vlak baat hebben gehad bij deze groepstherapie. Uit de resultaten bleek dat patiënten met diverse levensbeschouwingen baat hadden bij deelname aan de SPIRIT, maar dat religieuze patiënten er meer baat bij hadden dan niet-religieuze patiënten. Met oog op de onderzoeksvraag van dit overzichtsartikel is een relevante bevinding uit dit onderzoek dat patiënten aangaven meer baat te hebben gehad van deelname aan de SPIRIT wanneer zij dit ontvingen van niet-religieuze hulpverleners dan wanneer dit gegeven werd door religieuze hulpverleners (ongeacht of zij zelf religieus of niet-religieus waren). Een gedeelde levensbeschouwing was in dit onderzoek niet gerelateerd aan de ervaren zorguitkomsten door patiënten, maar de al dan niet religieuze levensbeschouwing van de hulpverlener.

DISCUSSIE

De hoofdvraag van dit overzichtsartikel was: In hoeverre is het hebben van een gedeelde levensbeschouwing tussen hulpverlener en cliënt gerelateerd aan de zorgpraktijk of -uitkomsten? De paar studies die er tot nu toe gedaan zijn om deze relatie te onderzoeken, vinden geen significant verband tussen het hebben van een gedeelde levensbeschouwing en de zorgpraktijk of -uitkomsten, zowel voor geestelijk verzorgers als voor andere hulpverleners. Een uitzondering hierop vormt het resultaat van de situatie waarin een hulpverlener (psycholoog, psychiater of andere behandelaar of begeleider) hoger scoort op intrinsieke religiositeit dan een cliënt. De resultaten zijn opvallend, juist omdat we in het voorgaande artikel in dit nummer (Van Nieuw Amerongen-Meeuse & Liefbroer, 2024) lazen dat veel cliënten, en ook sommige geestelijk verzorgers en andere hulpverleners, verwachten of de ervaring hebben dat een gedeelde levensbeschouwing gepaard gaat met voordelen voor de praktijk. We denken aan een aantal mogelijke verklaringen voor de gevonden bevindingen.

Een eerste verklaring heeft te maken met de competentie van hulpverleners om levensbeschouwelijke verschillen te overbruggen. In andere empirische onderzoeken worden allerlei manieren gevonden waarmee hulpverleners in hun praktijk met levensbeschouwelijke verschillen omgaan. Voor geestelijk verzorgers kan daarbij bijvoorbeeld gedacht worden aan het inzetten van een breed scala aan gesprekstechnieken (Liefbroer & Olsman, 2020) en het inzetten van technieken als *neutralizing* – een brede levensbeschouwelijke taal spreken waarmee overeenkomsten in plaats van verschillen worden benadrukt – en *code-switching* – gebruikmaken van de taal, rituelen en praktijken van de levensbeschouwing van de cliënt (Cadge & Sigalow, 2013). Juist hun competentie in het omgaan met levensbeschouwelijke diversiteit zou dan verklaren waarom een gedeelde levensbeschouwing geen invloed heeft op de zorgpraktijk of -uitkomsten. Het is mogelijk dat andere hulpverleners in de ggz minder competent zijn om levensbeschouwelijke verschillen te overbruggen, met name als zijzelf werkzaam zijn vanuit een sterke intrinsieke religiositeit. Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. (2024) suggereren dat zij mogelijk hun eigen competenties voor het verlenen van spiritueel geïntegreerde zorg overschatten, of erg vasthoudend zijn aan een vastomlijnd wereld met eigen principes en waarden.

Empirisch onderzoek onder andere hulpverleners dan geestelijk verzorgers benadrukt het belang van competenties zoals het creëren van een veilige plek (*safe space*) waarin over levensbeschouwing gepraat kan worden (Pesut & Reimer-Kirkham, 2010) en het respectvol en empathisch omgaan met diverse levensbeschouwingen (Mayers et al., 2007). Mogelijk is dit gemakkelijker voor hulpverleners die open staan voor meerdere levensbeschouwingen. Ook voor hen zou kunnen gelden dat, wanneer zij goed in staat zijn om met levensbeschouwelijke verschillen om te gaan, dergelijke verschillen geen direct verband houden met de zorgpraktijk en/of -uitkomsten. Deze verklaring sluit aan bij de bevindingen van Rosmarin et al. (2022). Diens onderzoeksresultaten illustreren dat de competenties niet noodzakelijk alleen gelden voor geestelijk verzorgers maar ook voor therapeuten. Rosmarin et al. (2022) vonden dat de ervaren voordelen van groepsdeelname aan SPIRIT groepstherapie groter waren wanneer de therapie gegeven werd door niet-religieuze dan door religieuze hulpverleners. Deze relatie bleek gemedieerd te worden door de grotere inzet onder niet-religieuze hulpverleners van *dialectical behavior therapy* (DBT), het aanmoedigen van religieuze en niet-religieuze coping

en het exploreren van de relevantie van levensbeschouwing. Dit suggereert dat ook hier de competenties van hulpverleners om met levensbeschouwelijke diversiteit om te gaan, een belangrijke rol spelen bij de ervaren zorg. Een verklaring die gelegen is in de competenties van hulpverleners, zou tevens aansluiten bij de bevinding van een significant verband tussen de door de cliënt zelf ervaren gedeelde levensbeschouwing en de waardering (Liefbroer & Nagel, 2021) en behandelrelatie (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2021). Cliënten ervaren mogelijk sterker dat er sprake is van een gedeelde levensbeschouwing wanneer de hulpverlener goed in staat is aan te sluiten bij datgene wat de cliënt nodig heeft en zich weet te verbinden met deze persoon – ongeacht of men feitelijk met dezelfde levensbeschouwing verbonden is.

De competenties van hulpverleners om met levensbeschouwelijke diversiteit om te gaan, spelen een belangrijke rol

Een andere mogelijke verklaring heeft te maken met de godsdienstsociologische ontwikkelingen op het terrein van levensbeschouwing (zie ook Liefbroer, 2020). Door processen van secularisering en individualisering in Westerse landen neemt de religieuze betrokkenheid af en stellen mensen steeds meer zelf hun eigen geloof, spiritualiteit of levensbeschouwing samen (Taylor, 2007; Woodhead et al., 2016). De grenzen tussen vastomlijnde levensbeschouwingen worden daardoor steeds minder scherp (Ammerman, 2013). Het is goed denkbaar dat dit soort tendensen ook terug te zien zijn in de praktijk van hulpverlening, waarbij levensbeschouwelijke verschillen tussen hulpverlener en cliënt niet per definitie heel groot hoeven te zijn wanneer zij zich beide met een andere levensbeschouwing verbonden te weten. Daarbij kan contact tussen verschillende groepen, wanneer die verschillen nog wel voelbaar zijn, soms ook vooroordelen wegnemen, zoals gesteld in de contacthypothese (Allport, 1954).

Voor een laatste verklaring richten we ons op een aantal beperkingen van de gedane onderzoeken. De besproken studies zijn allen afkomstig uit West-Europese of Amerikaanse context met cliënten met hoofdzakelijk seculiere dan wel christelijke levensbeschouwingen. Naar verhouding hebben er relatief weinig respondenten vanuit andere levensbeschouwingen deelgenomen, zoals cliënten met een islamitische, hindoe, boeddhistische of joodse levensbeschouwing. Het is mogelijk dat een gedeelde levensbeschouwing bij de meeste, hoofdzakelijk seculiere of christelijke, cliënten geen verband houdt met de zorgpraktijk en -uitkomsten, maar dat dit bij de zorg aan bepaalde groeperingen wel het geval is, omdat zij bijvoorbeeld specifiekere spirituele behoeften hebben (Abu-Ras & Laird, 2011; Pesut & Reimer-Kirkham, 2010). Toekomstig empirisch onderzoek is nodig om licht op te werpen op de vraag in hoeverre er een verband is tussen gedeelde levensbeschouwing en zorgpraktijk en -uitkomsten onder deze groeperingen.[2] Verder richtten de besproken onderzoeken zich hoofdzakelijk op *inter*levensbeschouwelijke verschillen en overeenkomsten; die tussen cliënten en hulpverleners met duidelijk verschillende of juist dezelfde levensbeschouwingen. Toekomstig onderzoek is nodig om uit te zoeken in hoeverre *intra*levensbeschouwelijke verschillen, zoals die tussen een cliënt en hulpverlener van verschillende christelijke denominaties, gerelateerd zijn aan de zorgpraktijk of -uitkomsten. Tot slot kunnen toekomstige studies zich richten op specifieke levensbeschouwelijke interventies door geestelijk verzorgers en andere hulpverleners, en uitkomsten meenemen die hier nauw aan gerelateerd zijn, zoals religieuze/spirituele worstelingen.

CONCLUSIE

Uit onderzoek blijkt dat veel cliënten, alsook een deel van de hulpverleners, verwachten of de ervaring hebben dat een gedeelde levensbeschouwing gepaard gaat met voordelen voor de behandeling. Dit overzichtsartikel maakt daarentegen duidelijk dat er in wetenschappelijke studies tot nu toe veelal geen significant verband gevonden wordt tussen een gedeelde levensbeschouwing

en de zorgpraktijk of -uitkomsten. Hoewel het aantal studies op dit terrein vooralsnog beperkt is, kan deze bevinding gezien worden als aanmoediging voor cliënten en hulpverleners om negatieve verwachtingen ten aanzien van levensbeschouwelijke verschillen niet leidend te laten zijn en te zoeken naar manieren om levensbeschouwelijke verschillen in de zorgpraktijk te overbruggen.

NOTEN

1. In dit artikel spreken we doorgaans van 'cliënt', maar als een studie is uitgevoerd in een context waarin de term 'patiënt' gangbaarder is, zoals in het ziekenhuis, hanteren we die term.
2. Het hier beschreven overzichtsartikel bevat voor de literatuur vanaf 2017 hoofdzakelijk studies die de auteurs zijn tegengekomen in hun beider promotieonderzoeken en die door het bekijken van onderzoeken die refereren aan de genoemde studies van de auteurs geïncludeerd zijn. Mogelijk dat meer studies met cliënten van andere levensbeschouwingen gevonden kunnen worden door op systematische wijze de meest recente literatuur vanaf 2017 te doorzoeken.

REFERENTIES

Abu-Ras, W., & Laird, L. (2011). How Muslim and non-Muslim chaplains serve Muslim patients? Does the interfaith chaplaincy model have room for Muslims' experiences? *Journal of Religion and Health, 50*(1), 46–61. https://doi.org/10.1007/s10943-010-9357-4

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Perseus Books.

Ammerman, N. T. (2013). Spiritual but not religious? Beyond binary choices in the study of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion, 52*(2), 258-278. https://doi.org/10.1111/jssr.12024

Berghuijs, J. & Liefbroer, A. I. (2017). *Religieuze en levensbeschouwelijke diversiteit in het leven en werk van geestelijk verzorgers: Onderzoeksrapport*. https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2022/08/Rapportage-GV-enquete-definitief-herzien.pdf

Cadge, W., & Sigalow, E. (2013). Negotiating religious differences: The strategies of interfaith chaplains in healthcare. *Journal for the Scientific Study of Religion, 52*(1), 146–158. https:/doi.org/10.1111/jssr.12008

Case, H., Benning, T., Lovig, Z., Girard, J., Thorvilson, M., Fischer, P. R., & Homme, J. (2022). Inpatient pediatric chaplain service utilization among children with chronic, non-cancer diseases. *Journal of Health Care Chaplaincy, 28*(4), 578-590. https://doi.org/ 10.1080/08854726.2021.2015054

Constantino, M. J., Boswell, J. F., & Coyne, A. E. (2021). Patient, therapist and relational factors. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 225-262). John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781119536567.ch6

Galek, K., Silton, N. R., Vanderwerker, L. C., Handzo, G. F., Porter, M., Montonye, M. G., & Fleenor, D. W. (2010). To pray or not to pray: Considering gender and religious concordance in praying with the ill. *Journal of Health Care Chaplaincy, 16*(1–2), 42–52. https://doi.org/10.1080/08854720903529694

Hook, J. N., Captari, L. E., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy, S. E., & Worthington, E. L. (2022). Religion and spirituality. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work, Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed., pp. 456-478). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190852087.003.0009

Kellems, I. S., Hill, C. E., Crook-Lyon, R. E., & Freitas, G. (2010). Working with clients who have religious/spiritual issues: A survey of university counseling center therapists. *Journal of College Student Psychotherapy, 24*(2), 139–155. https://doi.org/10.1080/87568220903558745

Liefbroer, A. I. (2020). *Interfaith spiritual care*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Liefbroer, A. I., Alma, H., & Coppens, P. (Red.) (2024). *Interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging: Theorie en casuïstiek*. Eburon.

Liefbroer, A. I. & Nagel, F. A. (2021). Does faith concordance matter? A comparison of clients' perceptions in same versus interfaith spiritual care

encounters with chaplains in hospitals. *Pastoral Psychology, 70*(4), 349–377. https://doi.org/10.1007/s11089-021-00947-4

Liefbroer, A. I. & Olsman, E. (2020). Spiritual talk: Addressing existential themes in interfaith encounters. *International Journal of Practical Theology, 24*(2), 252–272. https://doi.org/10.1515/ijpt-2019-0021

Liefbroer, A. I., Olsman, E., Ganzevoort, R. R. & Etten-Jamaludin, F. S. van (2017). Interfaith spiritual care: A systematic review. *Journal of Religion and Health, 56*(5), 1776-1793. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0369-1

Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C., & Barker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*(4), 317–327. https://doi.org/10.1002/cpp.542

Mooren, J. H. M. (2008). *Geestelijke verzorging en psychotherapie*. De Graaff.

Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, Schaap-Jonker, H., Schuhmann, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2018). The 'religiosity gap' in a clinical setting: Experiences of mental health care consumers and professionals. *Mental Health, Religion & Culture*, *21*(7), 737–752. https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029

Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, Schaap-Jonker, H., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2021). Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28*(3), 370–383. https://doi.org/10.1111/jpm.12685

Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van (2021). *'The religiosity gap': Religious and spiritual care needs in clinical mental health care*. Dissertatie Universiteit voor Humanistiek.

Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, & Liefbroer, A. I. (2024). 'Geloven is niet goed voor jou': Ervaringen van cliënten en hulpverleners bij een verschil in levensbeschouwing. *Psyche & Geloof, 35*(3), 125-135.

Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, Liefbroer, A. I., Schaap-Jonker, H. & Braam, A. W. (2024). Treatment alliance: A bridge over the religiosity gap? *Religions, 15,* 773. https://doi.org/10.3390/rel15070773

Pesut, B., & Reimer-Kirkham, S. (2010). Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: A critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies, 47*(7), 815–825. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.014

Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Schuttenberg, E. M., Silveri, M. M. (2022). Why is Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT) more effective when provided by nonreligious clinicians? *Psychotherapy, 59*(3), 374-381. https://doi.org/10.1037/pst0000400

Rosmarin, D. H., Salcone, S,, Harper, D. G,, Forester, B. (2021). Predictors of patients' responses to Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT). *Psychiatric Services, 72*(5), 507-513. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000331

Silton, N. R., Flannelly, K. J., Galek, K., & Fleenor, D. (2013). Pray tell: The who, what, why, and how of prayer across multiple faiths. *Pastoral Psychology, 62*(1), 41–52. https://doi.org/10.1007/s11089-012-0481-9

Snowden, A., Telfer, I., Vandenhoeck, A., Verhoef, J., & Gibbon, A. (2023). Chaplains work in primary care. *Journal of Health Care Chaplaincy, 29*(2), 211-228 . https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2077555

Taylor, C. (2007). *A secular age*. Belknap Press of Harvard University Press.

Woodhead, L., Partridge, C. H., & Kawanami, H. (2016). *Religions in the modern world: Traditions and transformations*. Routledge.

Wulff, D. M. (1997). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. Wiley.

PERSONALIA

Anke I. Liefbroer is universitair hoofddocent godsdienstpsychologie en geestelijke verzorging aan de Tilburg School of Catholic Theology, Tilburg University.
Correspondentieadres: a.i.liefbroer@tilburguniversity.edu.
Joke van Nieuw Amerongen-Meeuse is postdoc-onderzoeker aan het Kennisinstituut Christelijke Ggz.
Correspondentieadres: j.vannieuwamerongen@kicg.nl.