

Wie is er bang voor professionaliteit in het studentenpastoraat?

Enkele reflecties en aanbevelingen vanuit het zorgpastoraat

In de jaren negentig van de vorige eeuw was ik deeltijds aangesteld als schoolpastor in de Sint Elisabethschool voor Verpleegkunde en Vroedkunde te Leuven, en deeltijds als zorgpastor in het UZ Leuven. Ik ontmoette de studenten op maandagavond en vrijdagvoormiddag in de hogeschool en de andere dagen van de week op hun stageplekken in de UZ Leuven. Een ideale combinatie. In de hogeschool vertelde ik over mijn werk in het ziekenhuis als gastspreker in lessen, organiseerde bezinningen, groepsgesprekken, vastenacties, vieringen, ondersteunde studenten en personeel, deed aan rouwbegeleiding, hield examen-stress momenten en was meter van het studentenpraesidium. Een brede waaier aan activiteiten en een vruchtbare bodem voor creativiteit. De vrijheid die ik had in het schoolpastoraat was groter dan in het ziekenhuispastoraat, de verwachtingen rond professionaliteit echter kleiner. Ik merkte al gauw een verschil in evolutie rond professionaliteit in beide contexten. In deze bijdrage wil ik daarom op basis van een casus reflecteren op de professionalisering in het zorgpastoraat en er suggesties uit distilleren voor het campuspastoraat. Vooraleer uit te gaan van een groei in professionaliteit, dient te worden stilgestaan bij de noodzaak ervan in het pastoraat.

Wat is professionalisering en waarom is het nodig in het pastoraat?

Professionalisering

Andries Baart reageerde in 2004 met zijn lijvig boek over presentie tegen de 'professionele interventies' van allerlei zorgverleners bij mensen aan de rand van de samenleving. Zijn denken hanteerde een visie op professionaliteit die 'doen' (interventies zonder begrip of betrokkenheid) scherp tegenover 'zijn' (presentie na exposure) stelde. Professionaliteit stond dan voor instrumentalistische interventies die door zorgverleners haast zonder betrokkenheid en binnenstaanderskennis konden gedaan worden. De stadspastores daarentegen, op wiens dagboeken zijn presentietheorie is gebaseerd, hadden zich ondergedompeld in de wereld van mensen aan de rand en waren aanwezig waar zij leefden. Ze deelden het leven van elke dag en konden van daaruit werken aan duurzame verbinding en verandering. Baarts werk had een groot impact op het pastoraat. Pastores allerhande herkenden zich tot op vandaag in het centrale begrip van presentie en maakten het tot een typering van hun werk. De presentietheorie sloot goed aan bij de bestaande cliënt-gerichte benadering die tot in de jaren negentig van de vorige eeuw het pastoraat beïnvloedde. Carl Rogers gaf zijn *client-centered therapy* vorm vanuit de therapeut wiens taak het was om de cliënt onbevooroordeeld te accepteren, authentiek te luisteren en daardoor de cliënt te ondersteunen bij het zichzelf helpen groeien en helen (Rogers, 2003). Acceptatie en luisteren waren daartoe basisvoorwaarden.

De invloed van Rogers en Baart op het pastoraat had positieve kanten, maar hield ook

een aantal risico's in waaronder het gebrek aan reflectie op het eigene van spirituele zorg. Iedereen kan cliënt-gericht luisteren of authentiek aanwezig zijn bij mensen. De presentietheorie werd ook door maatschappelijk werkers, vrijwilligers en verpleegkundigen geïntegreerd in opleidingen en vormingen. Een tweede risico was dat een basisattitude zoals presentie of acceptatie vaak verward werd met het geheel van de identiteit van de pastor. De vraag wat een pastor bijdroeg aan de zorg voor een patiënt kon nooit afdoende beantwoord worden met aanwezigheid, luisteren of acceptatie. De onterechte tweedeling tussen zijn en doen werd vaak gehanteerd in communicatie over het zorgpastoraat: 'Ik kom hier om te luisteren, niet om iets te doen'. Op deze wijze probeerde de pastor zich af te lijnen tegenover andere zorgverleners, alsof luisteren niets doen is. Actief luisteren, de term zegt het al, is hard en vermoeiend werk. Presentie en acceptatie gaven ook aanleiding om te zeggen dat de pastor aan een begeleiding startte met een 'wit blad' of 'zonder agenda', wat niet overeenstemde met de realiteit. Ook pastores komen bij mensen aan met een rugzak aan kennis en opgebouwde ervaring die hun interactie beïnvloedt en hebben een agenda, zoals bijvoorbeeld alles doen wat ze kunnen om na een plots afscheid mensen aan een gezond rouwproces te laten beginnen.

Terwijl de presentietheorie van Baart begin jaren 2000 het zorgpastoraat binnenkwam, werd tegelijk in de Verenigde Staten, Europa en Australië een begin gemaakt met professionalisering van het zorgpastoraat. Een opmerkelijk voorbeeld is de publicatie van een boek over *outcome oriented chaplaincy* (VanderCreek & Lucas, 2001) waarbij gepleit werd om in spiri-

tuele zorg gericht te werken met de verschillen die een spiritueel zorgverlener kan maken. De termen 'interventions' en 'outcomes' werden gebruikt in de context van spirituele zorg en toonden door middel van casussen aan dat spiritueel zorgverleners meer deden dan luisteren en aanwezig zijn. Ze maakten een verschil in de begeleiding van patiënten en naastbestaanden en dienden zich hiervan bewust te worden, hierover te reflecteren, te handelen vanuit die reflectie en te communiceren met andere zorgverleners. De toon voor professionalisering was gezet, maar mijn ervaringen in het aanleren van resultaatgerichte spirituele zorg, leert dat spiritueel zorgverleners er gemengd op reageerden. Aan de ene kant van het spectrum stond de groep van spiritueel zorgverleners die erg enthousiast reageerden op deze nieuwe kennisontwikkeling en een soort *aha-erlebnis* hadden en aan de andere kant stond een erg kritische groep van spiritueel zorgverleners die hun excentrische positie in de zorg spiritueel hadden onderbouwd en deze kennisontwikkeling als bedreigend ervaren. Ook spiritueel zorgverleners die meer gematigd reageerden op het spectrum, vertoonden angst voor professionalisering. Het gebrek aan onderzoek, kennisontwikkeling en -deling over het beroep speelde daarin een fundamentele rol. En net dat staat centraal in professionalisering.

Professionalisering is een continue proces en gaat steeds over de inhoud van een beroep. Die inhoud krijgt vorm door kennisontwikkeling en kennisdeling en heeft een sterke invloed op de plaats van dat beroep in de organisatie en samenleving. Professionalisering heeft fundamenteel te maken met communicatie over die beroepsinhoud en met het opnemen van verantwoordelijkheid in dat verband¹.

Begrippen en activiteiten die met het continue proces van professionalisering van een beroep te maken hebben zijn onder meer beleidsplan of strategisch plan, kwaliteitsbevordering, nascholing, registratie, vakbekwaamheid, visie, coaching, supervisie, intervisie, interdisciplinairiteit, onderzoek en publicatie.

De noodzaak van professionalisering in het zorgpastoraat

Ik beperk me hier tot het beschrijven van een aantal factoren die de professionalisering van het zorgpastoraat noodzakelijk hebben gemaakt in de laatste twee tot drie decennia. Een eerste contextuele oorzaak is de rationaliseringsgolven die sinds de jaren negentig van de vorige eeuw de gezondheidszorg beheersen. Er moet bespaard worden en één van de manieren om dat te doen is efficiënt werken. Ook zorgpastores ontsnappen niet aan de managementeisen om hun aantal mandaten te verantwoorden in functie van hun bijdrage aan de zorg voor patiënten, cliënten en bewoners. Dat dwingt de beroepsgroep om te reflecteren, te onderbouwen en te communiceren wat die bijdrage dan precies inhoudt. Ik herinner me nog levendig een vergadering rond het jaar 2000 met één van de consultants van een extern adviesbureau dat het ziekenhuis doorlichtte. Hij keek naar het activiteitenverslag van onze dienst en merkte op dat een stevig deel van onze tijd ging naar opvang van naasten na een overlijden van een patiënt. Hij stelde vervolgens de vraag welke factoren leidden tot een goede opvang, hoeveel tijd die elk gemiddeld in beslag namen en wat we konden doen om de kwaliteit van rouwopvang te verbeteren. Toen stonden we sprakeloos, nu zou er al een meer onderbouwd antwoord komen.

Een tweede contextuele factor was de groeiende specialisering van andere zorgberoepen en van de medische zorg in zijn geheel. Wanneer andere zorgberoepen steeds beter het professioneel werken onder woorden kunnen brengen, verantwoordelijkheid opnemen voor hun bijdrage en zich goed organiseren en positioneren binnen de zorg, kunnen zorgpastores niet achterblijven. De mandaten van zorgpastores die zich niet inschakelen in de verschillende paradigma's en organisatorische processen van een organisatie, zijn meer kwetsbaar. Een grootschalig internationaal onderzoek² bij meer dan 1500 spirituele zorgverleners naar hun praktijk tijdens de eerste golf van de COVID-pandemie toont dit aan (Vandenhoeck, et al., 2021). Spiritueel zorgverleners die geïntegreerd werkten in de voorziening hadden substantieel meer kans om na de eerste golf beter gepositioneerd te zijn in de organisatie. Spiritueel zorgverleners die minder tot niet geïntegreerd werkten in de voorziening waren meer kwetsbaar voor thuiszetting en ontslag. Vervolgonderzoek van een groep van experts focuste zich op de vraag wat het verschil uitmaakte tussen spiritueel zorgverleners die na de eerste golf van de pandemie ontslagen werden en deze die net meer geïntegreerd konden werken in de voorziening (Szilagyi, et al., 2021). De volgende zes elementen bleken daarbij belangrijk te zijn:

1. Beschikten de betrokken spiritueel zorgverleners over voldoende professioneel zelfvertrouwen?
2. Investeerden ze in netwerken met leidinggevenden in de organisatie?
3. Konden ze creatief en innovatief te werk gaan tijdens de pandemie?
4. Waren ze voldoende verbonden met andere zorgverleners?
5. Functioneerden ze als pleitbezorgers voor spirituele zorg?
6. Konden ze werken vanuit het perspectief van culturele en religieuze diversiteit?

Eén van de voornaamste conclusies van het onderzoek was dat bovenstaande elementen al in een zekere mate werkzaam dienden te zijn voor het begin van de pandemie. Het is dus zonder meer belangrijk om in alle omstandigheden te investeren in pleitbezorging en leiderschap in de context van professionalisering. Een laatste interne drijfveer tot professionalisering is de nood aan kennisontwikkeling en kennisdeling van spiritueel zorgverleners zelf. In de laatste twee tot drie decennia is onderzoek door en voor spiritueel zorgverleners in de gezondheidszorg sterk toegenomen. De vragen uit de praktijk naar onderzoek, ondersteuning, kennisontwikkeling en kennisdeling zijn significant gestegen. De volgende casus is daar een illustratie van.

De casus van ENHCC en ERICH³

Professionalisering op Europees vlak

De European Network of HealthCare Chaplaincy (ENHCC) is een netwerk dat formeel gesticht werd in het jaar 2000 op Kreta.⁴ Het vroege begin situeert zich bij een Duitse en Noorse spiritueel zorgverlener die elkaar toevallig ontmoetten in het Heilig Land. Ze geraakten aan de praat en merkten op dat, ondanks het feit dat ze uit verschillende landen, culturen en religies kwamen, ze heel wat gemeenschappelijk hadden in de uitoefening van hun vak én dat het fijn was om hierover uit te wisselen. Zo

ontstonden de tweejaarlijkse consultaties van het ENHCC die als doel hebben om spiritueel zorgverleners van elkaar te laten leren en ervaringen te delen, om professionaliteit te ontwikkelen en om een hoge kwaliteit van spirituele zorg in de gezondheidszorg te promoten. Ik herinner me de grote inspanningen van de eerste coördinator om voortdurend te zoeken naar deelnemers uit verschillende Europese landen. De eerste consultatie die ik zelf bijwoonde was in 2004 in Dublin, Ierland. Ze heeft mijn leven veranderd. Niet door de kennis die ik er heb opgedaan, maar wel door de vreugde van de ontmoetingen, de vriendschappen voor het leven die er een start hebben genomen en door de bevestiging die de ontmoeting met mensen die hetzelfde doen, met zich meebrengt. Maar ik bleef ergens op mijn honger zitten als toenmalige doctoranda. Toen mijn promotor na thuiskomst vroeg wat ik geleerd had, kon ik weinig nieuwe kennis delen. Het programma voorzag ruim in kansen tot ontmoeting, spiritualiteit en ontspanning met een beperkt aanbod aan workshops vanuit *good practices*.

Gaandeweg, onder invloed van nieuwe mensen die in het bestuur werden verkozen, groeide het programma uit tot een aanbod dat niet alleen mensen verbond, maar ook dé plek in Europa werd om onderzoek en *good practices* te presenteren. Het programma van een heden-daagse consultatie is een evenwichtig aanbod van ontmoeting, spiritualiteit, *good practices*, hoofdlezingen en onderzoekspresentaties. Om hiertoe te komen, zijn twee consultaties erg belangrijk geweest. De eerste consultatie was deze in 2014 in Salzburg. Er was een hoofdlezing rond de spiritualiteit van de spiritueel zorgverlener en een hoofdlezing rond onderzoek in spirituele zorg. Beide hoofdlezingen

zijn de inspiratie geweest om te komen tot het gezamenlijk aangenomen Salzburg Statement waarin ENHCC stelde dat spirituele zorg gegrond is in spiritualiteit en geïnformeerd wordt door wetenschappelijk onderzoek. Het ENHCC drukte daarbij haar wens en voornemen uit om te beantwoorden aan een internationale oproep van verschillende onderzoekers om te investeren in onderzoek op het gebied van spirituele zorg.

Een tweede belangrijke consultatie was deze van 2016 in Debrecen, Hongarije. De nood tot onderzoek door en voor spiritueel zorgverleners werd tijdens deze consultatie sterk aangevoeld door de deelnemers. Er was een boom aan onderzoek in aandacht voor spiritualiteit in de zorg door artsen, verpleegkundigen en psychologen, maar niet door spiritueel zorgverleners zelf. Meer dan 90% van de deelnemers stemden tijdens deze consultatie voor de oprichting van een onderzoeksinstituut in de schoot van het ENHCC. In 2017 werd ERICH boven de doopvont gehouden met enkele ambitieuze doelstellingen⁵:

1. Onderzoek uitvoeren dat de beste mogelijke spirituele zorg voor patiënten, naasten en personeel informeert en mogelijk maakt.
2. Het belang van onderzoek voor en door spiritueel zorgverleners promoten.
3. Informatie, training en begeleiding aanbieden aan spiritueel zorgverleners die onderzoek willen doen.
4. Samenwerkingen zoeken met internationale verenigingen en individuen.
5. Onderzoek over spirituele zorg en door spiritueel zorgverleners vertalen, publiceren en verspreiden.

Ruim 7 jaar later heeft ERICH in en door samenwerkingen met onderzoekers, spiritueel zorgverleners en onderzoeksinstituten heel wat onderzoek gestart, begeleid, gepubliceerd en verspreid. Tijdens elke ENHCC-consultatie krijgt ERICH een hoofdlesing om het gedane onderzoek voor te stellen. De casus ENHCC en ERICH lijkt het belang van onderzoek voor professionalisering te onderstrepen. Ik ga hier verder op in.

Het belang van onderzoek en onderzoeks-samenwerkingen

Meten is weten. Dat geldt ook voor spirituele zorg. En evenzeer geldt dat niet alles kan gemeten worden. Toch kozen ENHCC en ERICH voor de positie dat het beroep van spiritueel zorgverlener geïnformeerd dient te worden door resultaten van onderzoek – *a research informed profession*. Een eenvoudig voorbeeld kan deze positie uitleggen. ERICH heeft in zijn beginperiode heel wat onderzoek gedaan met de PROM Spiritual Care.⁶ Dat is een onderzoeksinstrument ontwikkeld door de Schotse NHS waarmee de patiënt de ontvangen spirituele zorg evalueert.⁷ Eén van de meest aangebrachte aspecten in de ondertussen meer dan 2000 keer afgenomen PROM spiritual care is dat patiënten waarderen dat ze met spiritueel zorgverleners kunnen delen wat er op dat moment op hun hart ligt (*sharing what is on my mind*). Dit resultaat van onderzoek geeft een impuls om de dagelijkse praktijk te veranderen (Snowden, 2018). In plaats van de algemene vraag te stellen 'hoe gaat het met je?' kan de spiritueel zorgverlener beter vragen 'wat houdt je bezig vandaag?'. Deze vraag beantwoordt immers beter wat patiënten het meest waarderen aan spirituele zorg. Onderzoek ligt aan

de basis van kennisontwikkeling en kennisdeling, wat fundamenteel is voor het proces van professionalisering. Het geeft bovendien ammunities voor pleitbezorging van spirituele zorg. Er zijn onvermijdelijk momenten dat spirituele zorg en de bijhorende mandaten moeten bevochten worden in een sector die regelmatig door rationalisering moet. We kunnen nu voldoende bewijzen dat acute situaties in gezondheid spirituele noden voortbrengen, dat religie en spiritualiteit deel uitmaken van hoe mensen omgaan met ziekte en gezondheid, dat de kwaliteit van leven hoger wordt als spirituele zorg gebeurt en dat spiritualiteit besluitvorming van patiënten beïnvloedt. Dat zijn belangrijke argumenten om te ijveren voor het behoud of de uitbreiding van professionals (spiritueel zorgverleners) in de zorg die hierin gespecialiseerd zijn.

Europese verbindingen zijn essentieel in onderzoek. Een interessant onderzoek dat gebeurd is in, bijvoorbeeld, Zwitserland, zou spirituele zorg hier kunnen onderbouwen en informeren. Het nodigt uit om dat onderzoek in de eigen context te herhalen en te zien of de onderzoeksresultaten ook hier gelden. Wat ik echter vooral in de context van ERICH heb ervaren is het belang van *bottom-up* onderzoek. De praktijk levert immers vragen op die onderzoek gericht en systematisch kan onderzoeken. Een dergelijke praktijkvraag legt binnen ERICH een ondertussen vertrouwd pad af:

1. We brengen spiritueel zorgverleners uit verschillende landen samen die ervaring hebben met de praktijk die de onderzoeksvraag in leven heeft geroepen.
2. Deze focusgroepen proberen de vragen te

beantwoorden of delen van antwoorden te formuleren vanuit hun expertise.

3. De antwoorden worden in kwalitatief en kwantitatief onderzoek getoetst, bevestigd, vervolledigd of aangepast.
4. De bevindingen vloeien terug naar de praktijk door publicaties, webinars, lezingen, etc.

Het is ERICH's ervaring dat deelnemen aan focusgroepen en andere vormen van onderzoek, spiritueel zorgverleners gevoelig maakt voor het belang van onderzoek, dat ze zich gezien en erkend weten in hun praktijkervaring en dat ze de resultaten verspreiden in hun beroepsgroep. Samenwerkingsverbanden kunnen de pleitbezorgersrol ook verstevigen. Wanneer er op Europees vlak een standpunt ingenomen wordt, versterkt dit de positie van nationale verenigingen of individuen en vermijdt het dat iedereen het warm water dient uit te vinden.

Suggesties voor het professionaliseringsproces van studentenpastoraat

Het continue proces van professionalisering zal binnen het studentenpastoraat een eigen weg moeten gaan. Toch is het goed om over de eigen muur te kijken en te zien hoe andere groepen, zoals zorgpastores, aan kennisontwikkeling en kennisdeling doen. Daarom enkele suggesties voor het proces van het studentenpastoraat in hogescholen en universiteiten.

Binnen de eigen universiteit of hogeschool

Gebaseerd op onderzoek in spirituele zorg door spiritueel zorgverleners, enkele suggesties voor het proces van professionalisering van studentenpastores binnen de eigen universiteit of hogeschool:

1. Professioneel zelfvertrouwen ontwikkelen op basis van kennisontwikkeling en reflectie. Dit houdt ook in om een duidelijk programma te hebben voor het pastoraat met doelen en criteria om deze te evalueren. Anderzijds wijst dit ook op degelijke vorming van de pastores en duidelijke omschrijvingen van en verwachtingen voor hun taken.
2. Continue netwerken met leidinggevendenden met de bedoeling om het pastoraat op de kaart te houden. Daarbij kunnen terugvallen op registratie en documentatie, op transparante financiële huishouding, duidelijke protocollen voor samenwerking en communicatie en haalbare planning.
3. Verbindingen zoeken met allerlei andere geledingen en instanties om tot zinvolle samenwerkingen te komen die het studentenpastoraat bevorderen. Het gaat om het opzetten van samenwerkingsverbanden met academische departementen, instanties, studentenvoorzieningen of werkgroepen en met diverse levensbeschouwelijke groepen binnen of buiten de instelling.
4. Innovatief en creatief te werk gaan binnen de zich steeds evoluerende context van universiteit en hogeschool en van de levensbeschouwelijke horizonten van studenten en personeel.
5. Cultureel en levensbeschouwelijk divers te werk gaan.
6. Studenten zoveel mogelijk medeverantwoordelijk maken voor het pastoraat door mentoring, opzetten van vorming tot opnemen van leiderschap en transparante verwachtingen naar engagement.
7. Zelf de grootste pleitbezorgers zijn voor de aandacht voor de spirituele dimensie van studenten en personeel. Daarbij hoort de

aandacht voor de kwaliteit van het geleerde pastoraat door open te staan voor feedback van allerlei stakeholders, door het kompas herhaaldelijk af te stemmen op de kernwaarden en oriëntaties van de mission statements van instelling en dienst en door activiteiten kritisch te evalueren.

Achter deze suggesties dient een duurzame visie op leiderschap te schuilen. Dit houdt in dat er duidelijke beslissingsprocessen in de eigen dienst dienen te zijn, dat de leiderschapsrollen en verantwoordelijkheden goed afgelijnd zijn en dat er mensen zijn – zowel uit het academische als levensbeschouwelijke milieu – die advies kunnen geven.

Op nationaal en/of Europees vlak

Het is belangrijk het studentenpastoraat te onderbouwen en te ontwikkelen vanuit bredere samenwerkingsverbanden. Enkele suggesties:

1. Het ontwikkelen van een deontologische code. De professionaliteit van studentenpastores verwijst naar integer handelen, correct communiceren, teamspeler zijn, verantwoordelijkheid opnemen en aansprakelijk zijn en ethisch handelen. De Beroepsvereniging voor Zorgpastores in Vlaanderen en de Vereniging van Geestelijk VerZorgers in Nederland hebben een deontologische code die alle leden dienen te onderschrijven. De gedragscode zet aan tot een professioneel omgaan met grenzen en bewaakt kwaliteit van zorg.
2. Het stimuleren van kennisdeling en -ontwikkeling binnen de context van een Europese vereniging die consultaties of studiedagen

organiseert. Dit impliceert het behoud van spiritualiteit en ruimte voor ontmoeting, maar ook een groei naar het ontwikkelen en presenteren van onderzoek en het professioneel delen van good practices.

3. Het ontwikkelen van een Europese onderzoeksagenda waarvoor samenwerkingsverbanden aan universiteiten en hogescholen gezocht kunnen worden.
4. Het ontwikkelen van competenties voor studentenpastores die in opleidingen kunnen geïntegreerd worden. Op basis hiervan kunnen functieprofielen, functioneringsgesprekken en vacatures zich ontplooiën.
5. Het aansluiten bij of oprichten van beroepsverenigingen die de belangen van de beroepsuitoefenaars kunnen verdedigen of beschermen en tevens de beroepsinhoud kunnen promoten en integreren in grotere verbanden.

Het proces van professionalisering stopt niet voor zorgpastores, noch voor studentenpastores. De ontwikkelingen in de werkcontext en de samenleving nopen voortdurend om alert in dat proces te stappen en er zich in te engageren. Allicht zullen de wegen elkaar kruisen, inspireren of bestuiven. Ik wens het beide groepen van harte toe. <

Noten

- 1 De inspiratie voor deze omschrijving van professionalisering is te vinden op www.movisie.nl en <https://www.encyclo.nl/lokaal/11110>.
- 2 Het initiatief tot dit onderzoek werd genomen door de European Research Institute for Chaplains in HealthCare (ERICH) en uitgevoerd samen met Transforming Chaplaincy (USA) en Spiritual Health Australia.
- 3 Op internationaal vlak worden er verschillende benamingen gebruikt voor geestelijk verzorgers/spiritueel zorgverleners in de gezondheidszorg. De meest voorkomende is 'chaplain' en deze benaming wordt gebruikt in de twee Europese organisaties waarvan sprake in de titel: European Network of HealthCare Chaplaincy (ENHCC) en European Research Institute for Chaplains in HealthCare. Hoewel 'chaplain' een term is van christelijke origine (kapelaan), is deze in internationale context geëvolueerd tot een generieke benaming voor al wie professioneel aan spirituele zorg doet, vanuit elke levensbeschouwing. Zo heb je humanistische, moslim, joodse 'chaplains' naast allerlei christelijke 'chaplains'. Een andere benaming die vaak voorkomt zijn 'spiritual caregivers'.
- 4 <https://www.pastoralezorg.be/page/enhcc-information/>
- 5 <https://www.pastoralezorg.be/page/erich/>
- 6 PROM staat voor Patient Reported Outcome Measure, een instrument dat door verschillende disciplines wordt gebruikt om te toetsen hoe patiënten de zorg ervaren.
- 7 De NHS is de nationale gezondheidszorg in de UK.

Literatuur

- Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Rogers, C. (2003). *Client-centered Therapy*. 70th Anniversary Edition. Boston MA: Little Brown Book Group.
- Snowden, A., Lobb, E. A., Schmidt, S., Swing, A. M., Logan, P., Macfarlane, C. (2018). 'What's on your mind?' The only necessary question in spiritual care. *Journal for the Study of Spirituality*, 8(1), 19-33.
- Szilagyi, C., Vandenhoeck, A., Best, M.C., Desjardins, C.M., Drummond, D.A., Fitchett, G., Harrison, S., Haythorn, T., Holmes, C., Muthert, H., Nuzum, D., Verhoef, J.H.A., Willander, E. (2021). Chaplain Leadership During COVID-19: An International Expert Panel. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 76(1), 56-65.
- VandeCreek, L. & Lucas, A.M. (2001). *The Discipline for Pastoral Care Giving. Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy*, 1st edition. Philadelphia PA: Haworth Press.
- Vandenhoeck, A., Desjardins, C., Holmes, C., Verhoef, J. (2021). 'The most effective experience was a flexible and creative attitude' - Reflections on Those Aspects of Spiritual Care that were Lost, Gained, or Deemed Ineffective during the Pandemic. *Journal of Pastoral Care and Counseling* (special Covid-19 issue), 17-23.