

Waar moeten we het zoeken?

Op weg naar de onderzoeksagenda voor GV in de zorg

Wat willen we eigenlijk weten over ons vak en de geestelijke zorg die we bieden? Ondanks de toename in onderzoek helpt de versnippering van onderzoek het vak niet altijd verder. Anja Visser en Annelieke Damen doen verslag van een symposium over de richting van onderzoek naar geestelijke verzorging. Welk type onderzoek past het beste bij het werk? En hoe kom je te weten wat je wilt weten? Een artikel voor geïnteresseerden en sceptici.

Anja Visser en Annelieke Damen

DE AFGELOPEN JAREN hebben geestelijk verzorgers wereldwijd opgeroepen tot het doen van onderzoek naar geestelijke verzorging (Fitchett, 2002; Fitchett & Grosseohme, 2012; Handzo, Cobb, Holmes, Kelly & Sinclair, 2014; Morgan, 2015; Mowat, 2008; Myers & Roberts, 2014; Walton & Körver, 2017; Weaver, Flannelly & Liu, 2008). In Europa sloot de European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC) zich bij deze oproep aan in het zogenaamde *Salzburg statement* (ENHCC, 2014). Hierin worden geestelijk verzorgers en levensbeschouwelijke gemeenschappen opgeroepen tot het bijhouden van recent onderzoek en het integreren van deze kennis in hun praktijk.

Daarnaast wordt een aantal geestelijk verzorgers opgeroepen onderzoek te initiëren. Van verantwoordelijken in de zorg wordt gevraagd dat zij van geestelijk verzorgers eisen dat zij hun praktijk ontwikkelen op basis van recent onderzoek en geestelijk verzorgers te ondersteunen om onderzoek uit te voeren. Ook de Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) onderstreept het belang van onderzoek in haar *Meerjarenbeleidsplan 2018-2022*, tegen de achtergrond van de financiering van geestelijke verzorging in de eerste lijn en binnen instellingen (VGVZ, 2018, p. 9).

In de afgelopen jaren is ten gevolge van deze oproepen het aantal onderzoeken gegroeid, zelfs zo-

danig dat in deze ontwikkeling een volgende stap gezet moet worden. Het onderzoek blijft tot dusverre namelijk oppoortuun en versnipperd; het sluit weinig op elkaar aan. Om deze fragmentatie tegen te gaan, gaan er stemmen op om een onderzoeksagenda op te stellen, zodat onderzoek doelbewuster op elkaar betrokken kan worden.

De onderzoeksprioriteiten liggen sterk bij profilering van het vak

Dit was de aanleiding om op 1 februari 2019 het symposium *Building knowledge for chaplaincy in healthcare: future directions* te organiseren vanuit de Commissie Wetenschap van de VGVZ, het Universitair Centrum voor Geestelijke Verzorging (UCGV) en de Universiteit voor Humanistiek (UvH). Op het symposium werden eerste stappen gezet tot formulering van een onderzoeksagenda, met als leidende vraag: welke richting willen wij de komende jaren op in het onderzoek naar geestelijke verzorging binnen de gezondheidszorg?¹ In dit artikel worden de hoofdlijnen van de dag besproken aan de hand van de vragen: a) waarnaar willen we onderzoek doen, b) welk soort onderzoek past bij geestelijke verzorging, en c) welke onderzoeksmethoden passen hierbij? Daarnaast geven wij enkele aanvullende reflecties op de punten die in het symposium aan de orde kwamen.

Waarnaar willen we onderzoek doen?

Bij het bepalen van de onderwerpen waar onderzoek in de geestelijke verzorging over moet gaan, zijn de stemmen van verschillende stakeholders van belang – niet in het minst die van de geestelijk verzorgers zelf. In 2016 is rondom deze vraag al voorwerk verricht in een Delphi-onderzoek vanuit de UvH (Damen, Schuhmann, Lensvelt-Mulders & Leget, 2019). Dit onderzoek bestond uit twee rondes.² In de eerste ronde werden geestelijk verzorgers uit alle werkvelden gevraagd minimaal drie onderzoeksprioriteiten voor de komende tien jaar te noemen. De respondenten ($n = 249$), voornamelijk uit de gezondheidszorg, stelden 811 onderzoeksprioriteiten voor.

Door inhoudsanalyse werden de prioriteiten samengevoegd tot 54 prioriteiten die in de tweede ronde weer aan deze respondenten werden voorgelegd. Ditmaal konden de respondenten de urgentie scoren op een Likert-schaal (1 = lage prioriteit; 5 = hoge prioriteit). De kracht van een Delphi-studie is dat respondenten in de tweede ronde de prioriteiten van andere respondenten te zien krijgen en dan eventueel hun voorkeur nog kunnen wijzigen. Van de 249 namen 179 respondenten deel aan de tweede ronde.

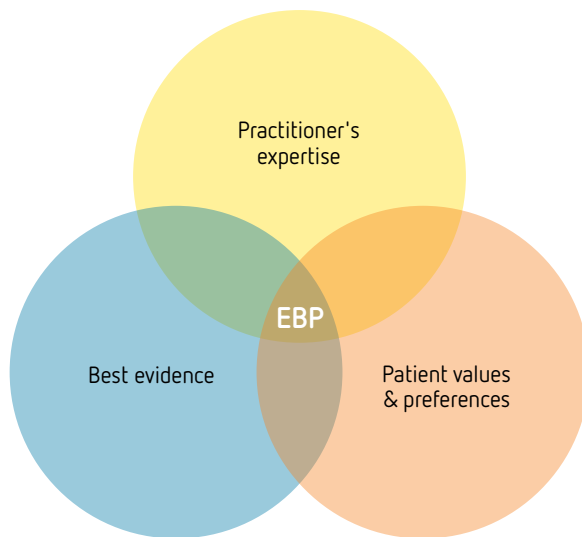
De volgende prioriteiten werden onderscheiden, in volgorde van urgentie:

- effect van geestelijke verzorging volgens de patiënt of cliënt (PROM);
- behoeften van patiënten of cliënten aan geestelijke verzorging;
- effect van geestelijke verzorging op de patiënt of cliënt³;
- mogelijkheden voor geestelijke verzorging in de eerstelijnszorg;
- profilering van geestelijke verzorging.

Deze onderzoeksprioriteiten vertonen een sterke overlap met onderzoeksprioriteiten die in een Europees en in een Amerikaans onderzoek naar voren komen. Ook daar staan de eerste drie prioriteiten hoog op de agenda (Damen, Delaney & Fitchett, 2018; Selman e.a., 2014). Verder is opvallend dat de prioriteiten breed geformuleerd zijn, dat dit niet allemaal wetenschappelijke onderzoeksthema's zijn – de vierde genoemde prioriteit is bijvoorbeeld eerder marktonderzoek en de vijfde gaat vooral over de manier waarop onderzoeksresultaten gebruikt kunnen worden – en dat zij sterk te maken hebben met de profilering van het vak.

Op het symposium kwamen nog aanvullende prioriteiten naar voren:

- onderzoek naar wie geestelijke verzorging het meest nodig heeft of aan wie de tijd van de geestelijk verzorger besteed moet worden (screening);
- onderzoek naar spirituele assessment;
- onderzoek naar wat geestelijk verzorgers doen;
- onderzoek naar de samenhang en het verschil tussen geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals;



Figuur 1. De drie bronnen in evidence-based practice (Bron: Rutgers University Libraries, 2019).

- ontwikkelen van een goede theoretische basis rondom concepten als geestelijke verzorging, existentiële vragen, spiritualiteit, spirituele zorg, religie, levensbeschouwing, zingeving of betekenis.

Naar aanleiding van het symposium hield de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) een quickscan van onderzoek naar geestelijke verzorging in Nederland (Visser & Muthert, 2019). Hieruit bleek dat een aantal van de genoemde prioriteiten (zoals onderzoek naar het effect van, de behoefte aan en interventies van geestelijke verzorging) al in verschillende projecten wordt onderzocht. Er worden echter weinig studies naar screening of spirituele assessment gerapporteerd. Ook de spirituele zorgbehoeften van moeilijk bereikbare zorgontvangers (zoals mensen met een verstandelijke beperking, jongeren en migranten) blijven onderbelicht. Deze punten kunnen ook meegenomen worden in de onderzoeksagenda.

De Commissie Wetenschap van de VGVZ heeft de verdere ontwikkeling van de onderzoeksagenda opgepakt. Bij ontstaansproces van deze onderzoeksagenda wordt een participatieve werkwijze beoogd, waarin de verschillende stakeholders worden betrokken. Ook Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) werkt aan een onderzoeksagenda, specifiek voor geestelijke verzorging in de eerste lijn.

Welk soort onderzoek past bij geestelijke verzorging?

De tweede hoofdlijn die tijdens het symposium in verschillende presentaties naar voren kwam, was de vraag wat we willen bereiken met ons onderzoek. Gaby Jacobs en Anja Visser lieten in hun presentaties grofweg zes te onderscheiden doelen zien voor onderzoek in de gezondheidszorg: beschrijven, verklaren, voorspellen, ontwerpen, beïnvloeden of veranderen, en evalueren. In het meeste onderzoek in de gezondheidszorg vormen het beïnvloeden of veranderen en het evalueren de hoofdoelen. Onderzoek met de andere doelen staat in dienst hiervan: vaak wordt er beschrijvend onderzoek gedaan naar de aard van de toestand van de cliënt, om te proberen deze te verklaren en deze kennis te vertalen naar experimenteel onderzoek waarmee de toestand van de cliënt voorspeld kan worden (effectonderzoek). Aan de hand daarvan kunnen interventies worden ontworpen die de toestand van de cliënt doelgericht beïnvloeden; deze worden vervolgens op hun effectiviteit geëvalueerd.

Dit type onderzoek heeft ten doel om een op bewijs gebaseerde zorgpraktijk vorm te geven ('evidence-based practice' ofwel EBP). Sackett schrijft in een opinieartikel voor het *British Medical Journal*: 'Evidence-based medicine is het zorgvuldig,

expliciet en verstandig gebruik van het huidige beste bewijs in de besluitvorming over de zorg van de individuele cliënt. Het gebruik van evidence-based medicine betekent het integreren van de individuele klinische expertise met het best beschikbare klinische bewijs uit systematisch onderzoek' (Sackett, 1996, p. 71). Dit wil dus zeggen dat in EBP de ervaring van de behandelaar samengevoegd wordt met het huidige beste bewijs uit wetenschappelijk onderzoek. In het kader van cliëntgerichte zorg worden recentelijk ook de waarden en voorkeuren van de cliënt in het EBP-model meegenomen (zie figuur 1).

Er is echter veel kritiek op EBP, zoals aan de orde kwam in de presentaties van Gaby Jacobs en Sjaak Körver. Deze kritiek is een antwoord op maatschappelijke ontwikkelingen waarin de nadruk in klinische besluitvorming steeds meer is komen te liggen op het wetenschappelijke bewijs om de (kosten)effectiviteit en veiligheid van de zorg te vergroten. Een specifieke onderzoeksbenadering – het gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoek ('randomised controlled trial' ofwel RCT) – is daarbij gaan tellen als de gouden standaard van bewijs voor de werkzaamheid en veiligheid van klinische begeleidingen.

In veel opzichten is dit ook logisch. In een RCT worden mensen willekeurig aan een begeleiding of controlegroep (geen begeleiding of een ander soort begeleiding) toegewezen, ontvangen ze een heel precies omschreven begeleiding in een precies omschreven context, en weet bij voorkeur zowel de cliënt als de behandelaar niet of de persoon de te onderzoeken begeleiding of een controle begeleiding ontvangt (dubbele blindering). Door dit onderzoeksdesign weet je met redelijke zekerheid dat enig verschil in de toestand tussen cliënten in de begeleidingsgroep en in de controlegroep alleen toe te schrijven is aan de begeleiding. Bovendien ontstaat er hierdoor goed zicht op eventuele nadelen van begeleidingen. Het gebruik van begeleidingen die in een RCT effectief zijn gebleken, zou dus de (kosten)effectiviteit en veiligheid van de zorg kunnen vergroten.

Er kleeft echter een aantal nadelen aan EBP op basis van RCT's. Decennia ervaring met de implementatie van de resultaten van dit type onder-

zoek laat namelijk zien dat dit type bewijs geen enkele garantie vormt dat de begeleiding in de klinische praktijk ook echt effectief zal zijn (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). RCT's zijn namelijk nogal kunstmatig; er doet een heel specifieke groep cliënten aan mee die helemaal niet representatief is voor alle cliënten met dezelfde hulpvraag – want die zijn vaak gezonder en jonger en vaker vrouw – laat staan voor de variatie in de achtergrond van de hulpvraag. Daarnaast is de werkelijke begeleiding veel minder gecontroleerd. 'Echte' cliënten volgen zelden precies de begeleiding zoals in het onderzoek voorgeschreven is en bezoeken vaak ook andere hulpverleners. Zorgverleners bieden ook zelden de begeleiding zoals deze in de RCT getoetst is (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Het belang van de context van cliënt en geestelijk verzorger wordt onderstreept

Körver en Jacobs pleitten op het symposium dan ook voor het gebruik van practice-based evidence (PBE), om de eenzijdige nadruk op experimenteel onderzoek die in EBP is ontstaan te verminderen. Ook in discussies op het UCGV-congres *Do we have a case* op 25-26 februari 2019 kwam dit thema sterk naar voren. Niet het gecontroleerde onderzoek, maar het pragmatische onderzoek (oftewel, PBE) moet meetellen in de klinische besluitvorming (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017; Rycroft-Malone e.a., 2004).⁴

Dit pragmatische onderzoek vindt plaats in de praktijk zoals deze is, met mogelijke willekeurige toewijzing van cliënten aan een interventie en controlegroep en een welomschreven begeleiding, maar zonder strenge selectie van cliënten en zeer gecontroleerde omstandigheden. In dit type onderzoek is de zekerheid waarmee geconcludeerd kan worden dat het de begeleiding is die de oorzaak is van veranderingen in de toestand van de cliënt weliswaar lager, maar komen de gevonden resultaten wel dichter in de buurt

Bewijskracht effectiviteit	Omschrijving	Soorten onderzoek ter ondersteuning RGOi	Ontwikkelingsniveau interventie
5. Sterke empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 4, maar nu is het zeer aannemelijk dat de uitkomsten door de interventie zijn veroorzaakt.	(Quasi-)experimenteel onderzoek en herhaalde casestudy's (N = 1) met follow-up (Quasi-)experimenteel en herhaald N = 1 -onderzoek zonder follow-up	5. Werkzaam
4. Goede empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 3, maar nu is het enigszins aannemelijk dat de uitkomsten veroorzaakt zijn door de interventie en de elementen waaruit deze interventie bestaat.	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderingstheoretisch onderzoek • Dose-response-onderzoek • Normgerelateerd onderzoek, kwaliteitstoetsend onderzoek en benchmarkstudies 	4. Plausibel
3. Eerste empirische aanwijzingen	Als 1 en 2, maar nu toont onderzoek aan dat de doelen zijn bereikt, cliënten tevreden zijn, problemen zijn afgenomen, vaardigheden versterkt, participatie verbeterd.	Uitkomstenmonitoring: veranderingsonderzoek, doelrealisatie-onderzoek, cliënttevredenheids-onderzoek, onderzoek naar uitval	3. Doeltreffend
2. Theoretische aanwijzingen	Als 1, maar nu is er ook een geloofwaardige interventietheorie over hoe en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt.	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analyse • Literatuurstudie • Focusgroepen • Grounded theory/intervention mapping 	2. Veelbelovend
1. Descriptieve aanwijzingen, nog geen bewijskracht	De kernelementen van een interventie (doelgroep, aanpak, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk omschreven.	<ul style="list-style-type: none"> • Beschrijvend onderzoek • Documentanalyse • Interviews • Delphi-panels 	1. Voorwaardelijk

Tabel 1. De effectladder als methodisch kader voor praktijkgestuurd onderzoek (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017)

van wat de effectiviteit en veiligheid van de begeleiding zullen zijn in de dagelijkse praktijk. Daarmee is de informatiewaarde van deze resultaten wellicht hoger dan die uit een klassieke RCT. Bovendien zijn deze studies vaak veel gemakkelijker uitvoerbaar, omdat ze de klinische praktijk minder verstoren.

In lijn met deze argumentatie gaven Jacobs en Körver de voorkeur aan differentiatie in wat als 'best evidence' geldt in onderzoek naar effecten van geestelijke verzorging. Körver raadde daarbij aan de 'effectladder' van Van Yperen, Veerman en Bijl (2017) te gebruiken als hulpmiddel voor

de reflectie op verschillende soorten bewijs (zie tabel 1). Daarnaast wezen zij op het belang van aandacht voor de relationele aspecten van het werk en (daarmee) de context waarin geestelijk verzorger en cliënt zich bevinden.

Jacobs benoemde vier voordelen van dergelijk onderzoek:

- het houdt rekening met de complexiteit van de praktijk van geestelijke verzorging;
- het geeft ruimte aan het relationele karakter van onderzoek, omdat het samenwerking mogelijk maakt tussen verschillende stakeholders (zoals cliënten);

- het bewijs wordt meerstemmig (vanuit cliënt, professional, wetenschap);
- het dwingt ons tot reflectie op hoe de praktijk en samenleving van invloed zijn op de onderzoeksmatige keuzes die we maken en wat de impact is van het onderzoek op de praktijk, de samenleving en onszelf.

Met andere woorden: een meer contextuele benadering van onderzoek geeft meer ruimte voor vragen rondom sociale rechtvaardigheid in de gezondheidszorg – een vraag waar Elena Bendien tijdens het symposium speciaal aandacht voor vroeg.

Welke onderzoeksmethoden passen hierbij?

De discussie over welk type bewijs telt als het beste bewijs heeft niet alleen te maken met waar het bewijs vandaan komt (uit onderzoek in strikt gecontroleerde of uit pragmatische omstandigheden), maar ook met hoe het wordt verzameld. In de presentaties op het symposium kwam daarom als derde vraag naar voren welke onderzoeksmethoden passen bij ons onderzoek. In deze discussie gaat het vaak om de vraag of bewijs verkregen met kwalitatieve onderzoeksmethoden even ‘goed’ is als bewijs verkregen met kwantitatieve onderzoeksmethoden. Dit blijkt ook uit de genoemde effectladder, waarin kwalitatieve onderzoeksmethoden lager op de ladder staat dan kwantitatieve onderzoeksmethoden. Visser vergeleek deze twee benaderingen in haar presentatie tijdens het symposium (zie tabel 2).

Tot nu toe gaat het denken over EBP sterk uit van kwantitatieve onderzoeksmethoden, waarbij de effectiviteit van een behandeling wordt gedefinieerd – dat wil zeggen: beschreven, verklaard, voorspeld, ontworpen, beïnvloed of veranderd, en geëvalueerd – door middel van (min of meer) objectieve metingen van weefselschade of het functioneren van een cliënt, of door middel van het meten van de beleving van de gezondheid of het functioneren van de cliënt.

Een belangrijk voordeel van een dergelijke benadering is dat de meting gestandaardiseerd is, zowel in de manier waarop de gegevens worden verzameld als welke gegevens er worden verzameld.

Dit zorgt ervoor dat de effectiviteit van een behandeling kan worden vergeleken tussen groepen van cliënten en van zorgverleners (generaliseerbaarheid). Het is ook relatief arbeidsextensief, waardoor grote groepen cliënten onderzocht kunnen worden. Hierdoor kan er onderzoek gedaan worden naar welke begeleiding, voor wie en onder welke omstandigheden werkt en of het ook nog uitmaakt wie de begeleiding aanbiedt.

Context en bewijs worden nog niet geïntegreerd tot een diepgaand begrip

Een belangrijk nadeel van veel kwantitatieve methoden is dat ze fragmentarisch zijn: elk meetinstrument vraagt maar naar één of enkele aspect(en) van gezondheid en functioneren. Door middel van statistische analyse wordt vervolgens getracht het verband tussen de verschillende aspecten te begrijpen, maar vooronderstellingen van onderzoekers en beperkingen van technieken zorgen ervoor dat de resultaten nooit de complexiteit van de werkelijkheid zullen weerspiegelen (ecologische validiteit). Bovendien is het nooit helemaal zeker of de interpretatie van de invuller van het instrument dezelfde is als de interpretatie van de analist. Heb je echt wel vastgesteld wat je wilde vaststellen (constructvaliditeit)? Hier speelt dus eenzelfde soort bezwaar als bij de RCT als gouden standaard voor bewijs: de invloed van de context op de begeleiding blijft (grotendeels) buiten beeld.

Met kwalitatieve methoden komen de context en complexiteit van het begeleidings- en herstelproces beter in beeld (ecologische validiteit). Deze methoden leveren doorgaans een gedetailleerde beschrijving op van situaties, processen en ervaringen, die helpt om te begrijpen wat zich in de praktijk afspeelt en hoe deze mogelijk veranderd – beschreven, verklaard, ontworpen en beïnvloed – zou kunnen worden. Kwalitatieve methoden lijken dus het belangrijkste bezwaar tegen de gangbare ‘best evidence’ op te lossen. En door de persoonsgerichte, contextuele benadering lijkt een kwalitatieve onderzoeksmetho-

Onderzoeksdoel	Kwalitatieve methoden	Kwantitatieve methoden
Beschrijven	++	+
Verklaren	+ -	+
Voorspellen	+ -	++
Beïnvloeden	+	++
Kwaliteitscriteria		
Ecologische validiteit	++	-
Constructvaliditeit	+ -	+ -
Generaliseerbaarheid	-	++

Tabel 2. Onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek op onderzoeksdoel en kwaliteitscriteria (Visser, 2019).

- = slecht, + - = matig, + = goed, ++ = zeer goed.

'Ecologische validiteit' is de mate waarin het onderzoek de 'echte wereld' benadert; 'constructvaliditeit' is de mate waarin het te onderzoeken theoretische construct juist wordt weergegeven in de gekozen onderzoeksinstrumenten; 'generaliseerbaarheid' is de mate waarin onderzoeksconclusies van toepassing zijn op andere mensen en omstandigheden dan de deelnemers of omstandigheden in het onderzoek.

de ook goed bij geestelijke verzorging te passen. Dit blijkt ook wel uit de quickscan van de RUG (Visser & Muthert, 2019). Hierin werden 43 onderzoeken gerapporteerd, waarvan in 53 procent van de gevallen primair gebruikgemaakt werd van kwalitatieve methoden, terwijl kwantitatieve methoden alleen in combinatie met kwalitatieve methoden werden gebruikt (28 procent).

Samenwerking is het sleutelwoord

Maar in hoeverre is informatie uit kwalitatief onderzoek te gebruiken in de besluitvorming over de begeleiding van cliënten? Kwalitatief onderzoek is zeer arbeidsintensief en daardoor meestal gericht op slechts enkele cliënten en/of geestelijk verzorgers. Dat maakt dat niet helemaal duidelijk is of de informatie over deze persoon in deze situatie bij deze geestelijk verzorger vergelijkbaar is met die van iemand anders of eerder gezien moet worden als anekdotisch (generaliseerbaarheid). Daarnaast speelt, net als bij kwantitatief onderzoek, in kwalitatief onderzoek het

probleem van interpretatie: betekenen de gedragingen en uitspraken voor de cliënt die ze vertoont hetzelfde als voor de onderzoeker die ze observeert (constructvaliditeit)?

De voor- en nadelen van kwantitatieve en kwalitatieve methoden zijn samengevat in tabel 2.

Het gebruiken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden lijkt dus volgens Visser de aangewezen manier om geschikte informatie te verzamelen over goede geestelijke verzorging. Beide methoden kunnen elkaar aanvullen en informeren, waardoor resultaten generaliseerbaar maar niet verstoken van context zijn. De quickscan wees uit dat in 28 procent van de gerapporteerde onderzoeken al gebruikgemaakt werd van beide benaderingen. Kijkend naar publicaties van onderzoek in de geestelijke verzorging, lijkt het er echter op dat beide benaderingen gebruikt worden om andersoortige vragen over geestelijke verzorging te beantwoorden. Zo werden in de LISA-studie van Kruizinga e.a. (2013) kwantitatieve gegevens gebruikt om de effectiviteit van de interventie in het verbeteren van kwaliteit van leven te bepalen (Kruizinga e.a., 2019) en kwalita-

tieve gegevens om te onderzoeken hoe geestelijk verzorgers het werken met een gestructureerde interventie ervaren (Kruizinga e.a., 2016) en hoe cliënten contingentie-ervaringen duiden (Kruizinga e.a., 2017). Dat betekent dat 'context' en 'bewijs' niet geïntegreerd worden tot een diepgaand begrip van wat zich in de begeleiding afspeelt.

Gemengde-methoden onderzoek brengt kwantitatieve en kwalitatieve inzichten bij elkaar en gebruikt ze om eventuele tekortkomingen van de beide benaderingen te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld door a) tegelijkertijd kwantitatief en kwalitatief materiaal over dezelfde ervaringen te verzamelen en deze in de analyse samen te brengen, b) eerst kwantitatief materiaal te verzamelen en vervolgens dit met kwalitatief materiaal te duiden, of c) eerst kwalitatief materiaal te verzamelen en de bevindingen hieruit met kwantitatief materiaal te toetsen (zie figuur 2). Alleen zo kan een goed begrip ontstaan van wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden, en kan de geestelijke verzorging zorgvuldig, expliciet en verstandig gebruikmaken van het huidige beste bewijs in de besluitvorming over de begeleiding van individuele cliënten.

Tot besluit

De afgelopen jaren is de roep om onderzoek in de geestelijke verzorging toegenomen, alsmede het aantal onderzoeken. Tot dusverre is het onderzoek echter opportuun en gefragmenteerd. De toekomst vraagt strategischer te werk te gaan, met als behulpzame volgende stap het opstellen van een onderzoeksagenda.

Gemengde-methoden benaderingen

Convergent parallel:

Kwantitatief ↔ Kwalitatief

Verklarend sequentieel:

Kwantitatief → Kwalitatief

Verkenkend sequentieel:

Kwalitatief → Kwantitatief

Figuur 2. Drie basistypen van gemengde-methoden onderzoek (naar Creswell, 2014).

Voor de onderzoeksagenda is een aantal onderzoeksprioriteiten voorgesteld die verder geconcretiseerd gaan worden in samenwerking met verschillende stakeholders. Belangrijk hierbij is een differentiatie in wat als 'best evidence' geldt (bijvoorbeeld met behulp van de effectladder) en het meenemen van de context van geestelijke verzorging. Gemengde-methoden onderzoek is hiervoor een geschikte benadering.

In onderzoek kunnen alle geestelijk verzorgers een rol spelen; in het klein door onderzoeksgelletterdheid te ontwikkelen, in grotere mate door mee te doen aan onderzoek en in sterke

Samenvatting

Op 1 februari 2019 vond het symposium *Building knowledge for chaplaincy in healthcare: future directions* plaats op de Universiteit voor Humanistiek. Drie onderwerpen werden op het symposium besproken: a) waarnaar willen we onderzoek doen, b) welk soort onderzoek past bij geestelijke verzorging, en c) welke onderzoeksmethoden passen hierbij? De bijdragen vulden elkaar duidelijk aan. Voorgesteld werd om op basis van verzamelde onderzoeksprioriteiten een onderzoeksagenda op te stellen. Daarbij werd het belang onderstreept van verschillende onderzoeksmethoden (kwalitatief en kwantitatief), bij voorkeur gelijktijdig in gemengde-methoden onderzoek. Samenwerking tussen onderzoekers, geestelijk verzorgers, cliënten en maatschappelijke stakeholders werd essentieel gevonden. Door een onderzoeksgemeenschap te vormen rondom geestelijke verzorging wordt niet alleen de kwaliteit van het onderzoek vergroot, maar wordt ook actief bijgedragen aan inzicht in goede geestelijke verzorging voor onszelf en voor de mensen met wie we werken.

mate door zelf onderzoek te initiëren. Steeds is ‘samenwerking’ hierin het sleutelwoord: tussen onderzoekers, geestelijk verzorgers, cliënten en maatschappelijke stakeholders. Door een onderzoeksgemeenschap te vormen rondom geestelijke verzorging vergroten we niet alleen de kwaliteit van het onderzoek, maar dragen we ook actief bij aan inzicht in goede geestelijke verzorging voor onszelf en voor de mensen met wie we werken.

Dankwoord

De auteurs danken prof. dr. Martin Walton, prof. dr. George Fitchett, prof. dr. Gaby Jacobs, dr. Sjaak Körver en dr. Elena Bendien voor hun bijdragen aan het symposium. Ook zijn zij prof. dr. Jacobs en dr. Körver erkentelijk voor hun feedback op een eerdere versie van dit artikel.

Dr. Anja Visser is universitair docent geestelijke verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: a.visser-nieraeth@rug.nl.

Annelieke Damen MA is promovenda effecten van geestelijke verzorging aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Literatuur

- Damen, A., Delaney, A. & Fitchett, G. (2018). Research priorities for healthcare chaplaincy: views of U.S. chaplains. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24 (2), 57-66.
- 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*. Epub ahead of print.
- European Network of Health Care Chaplaincy (2014). *Salzburg statement of the 13th consultation of the European Network of Health Care Chaplaincy*. www.enhcc.eu/2014_salzburg_statement.pdf
- Fitchett, G. (2002). Health chaplaincy as a research-informed profession: how we get there. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 12 (1-2), 67-72.
- Fitchett, G. & Grossoehme, D. (2012). Health care chaplaincy as a research-informed profession. In S. Roberts (Ed.), *Professional spiritual and pastoral care: a practical clergy and chaplain's handbook* (pp. 387-406). Woodstock, VY: SkyLight Paths.
- 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.
- Kruizinga, R., Hartog, I.D., Scherer-Rath, M., Schilderman, H. & Laarhoven, H. van (2017). Modes of relating to contingency: an exploration of experiences in advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 15 (4), 444-453.
- Kruizinga, R., Helmich, E., Schilderman, J.B.A.M., Scherer-Rath, M. & Laarhoven, H.W.M. van (2016). Professional identity at stake: a phenomenological analysis of spiritual counselors' experiences working with a structured model to provide care to palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 24 (7), 3111-3118
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, J.B., Hartog, I.D., Loos, J.P. van der, Kotzé, H.P., ... Laarhoven, H.W. van (2019). An assisted structured reflection on life events and life goals in advanced cancer patients: outcomes of a randomized controlled trial (Life InSight Application (LISA) study). *Palliative Medicine*, 33 (2), 221-231.
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, J.B.A.M., Sprangers, M.A.G. & Laarhoven, H.W.M. van (2013). The life in sight application study (LISA): design of a randomized controlled trial to assess the role of an assisted structured reflection on life events and ultimate life goals to improve quality of life of cancer patients. *BMC Cancer*, 13, 1-9.
- Morgan, M. (2015). *Review of literature*. Melbourne: Spiritual Health Victoria.
- Mowat, H. (2008). *The potential for efficacy for health care chaplaincy*. www.ukbhc.org.uk/sites/default/files/The%20potential%20for%20efficacy%20for%20healthcare%20chaplaincy.pdf
- Myers, G.E. & Roberts, R.S. (Eds.) (2014). *An invitation to chaplaincy research: entering the process*. https://www.healthcarechaplaincy.org/docs/publications/templeton_research/hcc_research_handbook_final.pdf
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *No evidence without context: about the illusion of evidence-based practice in healthcare*. Den Haag. www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs
- Rutgers University Libraries (2019). *Psychiatric rehabilitation and counseling - RBHS: evidence based practice*. <https://libguides.rutgers.edu/c.php?g=542769&p=3719698> (15 april 2019)
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81-90.

- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I. & Leget, C. (2014). Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (4), 518-531.
- Yperen, T.A. van, Veerman, J.W. & Bijl, B. (red.). (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (2e dr.). Rotterdam: Lemniscaat.
- Vereniging van Geestelijke VerZorgers (2018). *Meerjarenbeleidsplan 2018-2022*. vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/06/06-MJB-VGVZ-2018-2022.pdf
- Visser, A. (2019). *Building our case(s) using quantitative research methods*. Powerpointpresentatie, 1 februari.
- Visser, A. & Muthert, H. (2019). *Quickscan onderzoek geestelijke verzorging in Nederland*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Walton, M. & Körver, J. (2017). Dutch case studies project in chaplaincy care: a description and theoretical explanation of the format and procedures. *Journal of Health and Social Care Chaplaincy*, 5 (2), 257-280.
- Weaver, A.J., Flannelly, K.J. & Liu, C. (2008). Chaplaincy research: its value, its quality and its future. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 14 (1), 3-19.

Noten

- 1 De hoofdspreker van de dag was prof. dr. Fitchett, naar aanleiding van het eredoctoraat dat hij in januari 2019 van de UvH kreeg uitgereikt. Verdere sprekers waren prof. dr. Gaby Jacobs, dr. Sjaak Körver, dr. Elena Bendien en dr. Anja Visser. Prof. dr. Martin Walton trad op als dagvoorzitter. Voor een samenvatting van het symposium zie <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2019/03/Symposium-1-februari-2019-Building-Knowledge-for-Chaplaincy-in-Healthcare.pdf>.
- 2 Voor het complete onderzoek zie <https://doi.org/10.1080/08854726.2018.1473833>. Het kan ook worden opgevraagd bij de tweede auteur.
- 3 Het verschil tussen eerste en derde prioriteit is dat de eerste gaat over het effect volgens cliënt en patiënt en de derde zich richt op effecten die objectief worden waargenomen (zoals: neemt het aantal bezoeken aan de huisarts af?).
- 4 De auteurs nemen het standpunt in dat PBE een aanvulling vormt op EBP. EBP gaat namelijk over de vraag hoe onderzoeksresultaten gebruikt moeten worden, terwijl PBE gaat over de vraag waar de onderzoeksresultaten vandaan moeten komen. Het verzamelen van bewijs in de praktijk kan zorgen voor een praktijk die door bewijs ondersteund wordt.