

Handreiking

Het verhaal als kwaliteitsinstrument

Een toepassing van narratief onderzoek
voor de ouderenzorg

Beatriz Roman
Karien Waterschoot
m.m.v. Katrien Luijkx



HANDREIKING WERKEN MET VERHALEN BINNEN DE OUDERENZORG

Inleiding

De Academische Werkplaats Ouderen van Tranzo (Tilburg University) heeft in de periode April 2016 tot Oktober 2018 onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om narratief onderzoek toe te passen binnen de ouderenzorg. Binnen dit project is een methode ontwikkeld die de zorgpraktijk helpt om binnen een wetenschappelijk kader te werken met verhalen. Ervaringsverhalen van ouderen in zorg worden daarbij gebruikt als onderzoeksdata, volgens een gestandaardiseerde aanpak. De ontwikkelde methode wordt in deze handreiking toegelicht. Zowel het onderzoek als het ontwikkelen van de methode zijn gesubsidieerd vanuit het ZonMW programma 'Kwaliteit van zorg: versnellen, verbreden, verdiepen'. In dit project hebben wij nauw samengewerkt met negen zorgorganisaties binnen de Ouderenzorg (Azora, Brabantzorg, De Riethorst Stromenland, Schakelring, Surplus, Thebe, Volckaert, De Wever, Zuidzorg) en zorgkantoor CZ. Zij hebben deelgenomen aan de projectgroep die het onderzoek gedurende het gehele traject heeft gevoed met waardevolle inzichten uit de praktijk en hebben hun organisaties opengesteld voor dataverzameling. Ook hebben zij ons in contact gebracht met de ouderen zelf, in zorg en/of als lid van de Cliëntenraad.

In ons project hebben we gezocht naar een mogelijkheid om de verhalen van ouderen die zorg ontvangen over wat zij belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg als bruikbare methode te positioneren binnen het onderzoek naar kwaliteitsindicatoren binnen zorgorganisaties. Waar andere onderzoeken naar het cliëntenperspectief op kwaliteit zich vooral richten op de tevredenheid van cliënten aan de hand van een vooraf vastgestelde set indicatoren ("doen we de dingen goed?") kan narratief onderzoek hiernaast inzicht geven in de vraag "doen we de goede dingen?". Dit kan zorgprofessionals, hun organisaties en ook anderen die een rol spelen in het ontwerpen van de ouderenzorg inspireren om de zorg continu te verbeteren. Bovendien helpt het werken volgens deze methode in onze mening om ouderen als groep binnen het kwaliteitsbeleid een stem te geven en hun positie te versterken.

Het was onze doelstelling om de mogelijkheden die narratief onderzoek biedt te benutten op een manier die bij de ouderenzorg past. We denken dat deze methode hier goed in slaagt. Om dit te toetsen is de methode in co-creatie met de praktijk ontwikkeld en in een pilot door middel van een lerende evaluatie beoordeeld. Ouderen die hun verhaal hebben verteld ten behoeve van ons onderzoek hebben dat als positief ervaren. De zorgmedewerkers die in het werken volgens deze methode getraind zijn en die hier mee hebben geoefend hebben aangegeven het fijn te vinden om op een andere manier naar de ouderen te luisteren en hier ook de tijd voor te hebben. Een goede analyse van wat er is verteld biedt bovendien een scala aan nieuwe leerkansen.

In deze handreiking presenteren we een voor de zorgpraktijk toepasbare methode voor het benutten van de verhalen van ouderen als kwaliteitsinstrument. Daarvoor wordt het narratief onderzoek gebruikt als wetenschappelijk kader. Omdat hét narratief onderzoek niet bestaat maar ook hierbinnen vele stromingen bestaan sluiten we concreter aan op het bevragen van ervaringsverhalen in navolging van o.a. Hollway & Jefferson (2000). De kern van deze werkwijze is tweeledig:

1. door het gesprek zo open mogelijk te voeren en de respondent vrij te laten associëren krijgen we diepgaand inzicht in wat hij of zij belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit van zorg, en waarom. Ervan uitgaand dat de onderzoeker geïnteresseerd is in wat er in de respondenten opkomt, kan deze methode worden gezien als valide, aangezien de onderzoeker zo min mogelijk in het gesprek stuurt.
2. door de wetenschappelijke norm te hanteren bij het verzamelen en analyseren van verhalen kan voor een goede balans in de verhalen worden gezorgd en worden voorkomen dat er teveel belang wordt gehecht aan casuïstiek. Ook kan er toegewerkt worden naar een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid door nauwkeurig te werken in het proces van werving, dataverzameling, analyse en rapportage.

Het continue aandachtspunt is het toetsen van de eigen interpretatie van de onderzoeker; in de data en door hierover van gedachten te wisselen met collega-onderzoekers. Daarnaast is het van belang om de informatie uit verhalen niet te willen generaliseren. Ervaringsverhalen zijn immers per definitie uniek en laten juist zien hoe complex en divers het cliëntenperspectief is. Wel is het mogelijk om thema's en trends daarbinnen te ontdekken, waarbij de verhalen dienen als illustraties van hoe deze kwaliteitsindicatoren worden ingekleurd door verschillende personen. Uit ons onderzoek blijkt dat dit de uitkomsten van narratief onderzoek ook bruikbaar maakt op het niveau van het team, de organisatie en mogelijk ook andere (landelijke) partijen.

Op dit moment wordt het werken met verhalen volgens onze methode geïmplementeerd binnen enkele zorginstellingen en is er vanuit andere zorgaanbieders eveneens belangstelling. Dit betekent dat we nog steeds veel leren en de methode gaandeweg verder proberen te verfijnen. Ook is een nieuwe project gestart waarbij wordt gekeken hoe het leren werken met verhalen van meerwaarde kan zijn binnen het onderwijs ten behoeve van de opleiding van nieuwe professionals. In de komende jaren zal de potentiële meerwaarde van deze methode voor de zorgpraktijk verder worden verkend. Maar vanuit de kennis die we in dit project hebben opgedaan is het mogelijk om nu al in deze handreiking onze werkwijze te beschrijven. We wensen alle lezers ervan veel inspiratie toe.

Leeswijzer

In deze handreiking vindt u een praktische beschrijving van de ontwikkelde methode en de bijbehorende werkinstructie. Het is ons streven om daarmee een zo duidelijk mogelijk beeld te scheppen van wat het werken met verhalen volgens onze aanpak inhoudt en wat het kan opleveren. Ook worden de belangrijkste aandachtspunten gepresenteerd voor een goede inbedding van deze methode binnen de zorginstelling, zoals naar voren gekomen tijdens onze pilot en lerende evaluatie. Dit gedeelte van de handreiking is daarmee vooral bedoeld voor degenen die binnen de zorgorganisatie op bestuur- en beleidsniveau nadenken over implementatiemogelijkheden.

Er komen daarnaast twee meer praktische onderdelen aan bod die bedoeld zijn voor alle medewerkers die een rol krijgen in het werken met verhalen: a. een werkinstructie voor de organisatie waarin de randvoorwaarden staan omschreven waaraan moet worden voldaan om het werken met verhalen in de praktijk te doen slagen en b. een beschrijving van de ontwikkelde methode van dataverzameling. We hebben geprobeerd om dit zo duidelijk en uitgebreid mogelijk te doen en zo het onderzoeksproces navolgbaar te maken voor iedereen die volgens deze methodiek wil gaan werken. Dergelijke werkomschrijvingen zijn binnen het narratief onderzoek schaars. Het werken met verhalen is namelijk, vergelijkbaar met het voeren van interviews, een vaardigheid. Vaardigheden zijn in werkwijzen te beschrijven maar dienen voor het verwerven ervan uiteraard te worden getraind. Het verdient de aanbeveling om dit te doen onder supervisie van een in narratief onderzoek bekwaame docent. We sluiten deze handreiking daarom af met een beschrijving van de ontwikkelde training.

Kwaliteitsindicatoren vanuit het cliëntenperspectief in de ouderenzorg: aanleiding voor de introductie van een nieuwe methode

Wat is kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief?

De ouderenzorg is in transitie van aanbod- naar mensgericht. Dit betekent gedeeltelijk een andere visie op wat wordt verstaan onder kwaliteit. Het betekent ook een andere positie voor ouderen zelf als het gaat om het vaststellen van belangrijke kwaliteitsindicatoren. Zorginstellingen en anderen die zorg ontwerpen hebben in toenemende mate de wens om de ervaringen van de mensen die zorg ontvangen als vertrekpunt te nemen voor kwaliteitsverbeteringstrajecten. Of op zijn minst om het cliëntenperspectief een volwaardigere plaats te kunnen geven in deze trajecten zodat ze qua belang meer in balans zijn met de perspectieven van de zorgprofessionals, de organisatie en andere partijen die een rol spelen bij het sturen op kwaliteit (bijv. de overheid en zorgkantoren).

Maar kennen we het cliëntenperspectief voldoende? Bereiken we het met de huidige methoden?

Het huidige onderzoek naar dat cliëntenperspectief vertrekt veelal vanuit een vooraf opgesteld aantal kwaliteitsindicatoren, waarop cliënten mogen reflecteren. Meestal gebeurt dit in de vorm van een vragenlijst in de bekende cliënttevredenheidsonderzoeken. Soms ook door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals interviews, groepsgesprekken en observaties. De thema's die worden bevestigd en de antwoordmogelijkheden waarmee cliënten hun ervaring kunnen delen zijn door onderzoekers opgesteld. Vaak op basis van eerdere onderzoeken, inzichten uit de literatuur, etc. Daarin zitten zowel veel keuzes als een versimpeling van de werkelijkheid. Ervaringen moeten immers binnen het bedachte systeem passen en worden in de analyse geaggregeerd tot groepsniveau. Het resultaat: de gemiddelde tevredenheidsscore. Maar bestaat er in werkelijkheid zoiets als de gemiddelde ervaring? En begrijpen we aan de hand van deze scores echt hoe ouderen denken over de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen?

Ouderen die V&V zorg ontvangen, thuis of in een zorginstelling, ervaren bovendien meerdere beperkingen als het gaat om deelname aan gangbare onderzoeksmethoden:

- het invullen van vragenlijsten levert problemen op omdat ouderen vaker dan anderen beperkingen ondervinden in de fijne motoriek (het schrijven), de ogen (het lezen) en vaker moeite hebben om zich langdurig te concentreren. Uiteraard geldt dit voor sommige ouderen meer dan voor anderen. Dit heeft als ongewenst effect dat ouderen vaak worden geholpen om vragenlijsten in te vullen, door hun naasten, vrijwilligers of zorgverleners. Dit kan zorgen voor sociaal wenselijke antwoorden. In ons onderzoek gaven ouderen aan veel te verzwijgen voor naasten, om hen niet teveel te belasten. Daarmee is duidelijk geworden dat de mening of ervaring van de cliënt zelf en die van zijn naasten vaker uiteen zal lopen dan wordt aangenomen, ondanks dat (of: juist wanneer) de relatie goed is.
- het deelnemen aan kwalitatieve onderzoeksmethoden gericht op het vaststellen van verbeterpunten gebeurt nu vaak in groepsverband. Inspraakavonden, open spaces, bezoek van het management aan de afdeling, spiegelgesprekken etc. vragen om een mondigheid die niet alle ouderen zullen bezitten. Bovendien is er in de zorg altijd sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de zorgvrager en zijn zorgverleners: deze relatie kan zorgen voor een onveilig gevoel bij het uiten van kritiek of het doen van suggesties voor verbetering. Ouderen hebben in ons onderzoek aangegeven ervaren problemen omtrent de kwaliteit van zorg liever niet direct te bespreken met hun zorgverleners uit angst hierop te worden aangekeken.

En dragen scores voldoende bij aan het leren van professionals en instellingen?

Dit type kwantitatief onderzoek biedt waardevolle inzichten voor het maken van een inschatting of de dingen die eerder als belangrijk naar voren zijn gekomen door de instelling goed worden gedaan, maar gaat grotendeels voorbij aan de vraag of de zorg voor de huidige cliënten de goede dingen doet. Instellingen en professionals die vooruit willen en het onderzoek willen gebruiken om kwaliteit te verbeteren vanuit het cliëntenperspectief worstelen bij een gebrek aan inkleuring van de opgehaalde scores vaak met de vraag wat zij precies zouden kunnen verbeteren om de geleverde zorg van optimale meerwaarde te laten zijn. Daarmee is het leereffect van deze onderzoeken als bijdrage voor het verbeteren van de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg in onze mening beperkt. Dit is iets wat in de praktijk terug te horen is in gesprek met zorgprofessionals. Zij hebben moeite om hun dagelijks handelen aan te passen aan de hand van gemiddelde scores. De redenen voor het geven van die scores blijven immers in vragenlijstonderzoek onbekend. Veelgehoorde vragen zijn dan ook: geldt deze opvatting ook voor mijn cliënten (want wie vindt er immers dat hij of zij met gemiddelde cliënten werkt)? En zo ja, wat moet ik morgen dan concreet anders doen? Beide vragen beperken de actiebereidheid en het leren.

Uitgangspunten voor een nieuwe methodiek

- Onderzoek dat het cliëntenperspectief een volwaardige plaats kan bieden binnen het kwaliteitsbeleid doordat professionals en organisaties hiervan kunnen leren dient wat ons betreft dan ook aan de volgende uitgangspunten te voldoen:
- de gekozen onderzoeksmethode moet zo goed mogelijk aansluiten bij de leefwereld van ouderen en zorgprofessionals (i.t.t. methodes die lastig toepasbaar blijken).
- de gekozen onderzoeksmethode moet het inlevingsvermogen in de doelgroep ouderen versterken (i.t.t. het voorleggen van thema's).
- de gekozen onderzoeksmethode dient recht te doen aan de complexiteit en diversiteit van het cliëntenperspectief (i.t.t. het werken met gemiddelden).
- de gekozen onderzoeksmethode dient zoveel mogelijk gericht te zijn op het bewerkstelligen van leren (i.t.t. evalueren).

De kracht van verhalen

Aan deze uitgangspunten kan in onze mening worden voldaan wanneer er wordt gewerkt vanuit de verhalen van ouderen over kwaliteit van zorg. In onze cultuur zijn we het gewend om verhalen te vertellen, hiernaar te luisteren en ervan te leren. Verhalen worden in veel verschillende disciplines gebruikt en bereiken in toenemende mate ook de Sociale Wetenschappen (Squire et al, 2014), waarin verhalen opgehaald als onderdeel van onderzoek worden gebruikt als onderzoeksdata. Er wordt dan gesproken van narratief onderzoek. Narratief onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode, wat wil zeggen dat er niet wordt gewerkt met cijfermatige data maar met het gesproken of geschreven woord en/of beeld.

Waarom werken met verhalen?

- Verhalen staan bekend om hun aanzet tot actie via het mechanisme motivatie -> inspiratie -> actie. Het feit dat de onderzoeker in direct contact staat met de respondent en zich door te luisteren leert inleven in de ander vergroot wordt verondersteld de motivatie om met de inzichten aan de slag te gaan te vergroten.
- Het ophalen van data heeft de vorm van een natuurlijk gesprek en kan daarmee de deelname van een grotere groep ouderen stimuleren.
- Ook voor hen die minder mondig zijn is de methode geschikt omdat er sprake is van een één op één interviewsetting waarin vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd. Verhalen kunnen een emancipatoire werking hebben en ouderen als groep een stem geven.
- Door getrainde zorgprofessionals in te zetten voor het ophalen van verhalen ontstaat een direct leereffect.
- De verhalen die worden opgehaald illustreren wat er voor ouderen van belang is als het gaat om kwaliteit en waarom zij dit belangrijk vinden. Deze illustraties zijn direct toegankelijk en hoeven niet achteraf verkregen (of geïnterpreteerd) te worden. Daarmee kunnen ook anderen dan de onderzoekers leren van verhalen.

Verhalen in narratief onderzoek

Het woord 'verhaal' is –evenals het woord 'kwaliteit'– een begrip dat iedereen kent maar wat toch toelichting verdient. Daarom besteden we allereerst aandacht aan wat narratief onderzoek is en hoe verhalen daarin benut worden en aan wat we in onze opzet verstaan onder 'een verhaal'. Hét narratief onderzoek bestaat namelijk niet (e.g. Andrews e.a., 2004; Tamboukou, 2013; Squire e.a., 2014). Binnen deze onderzoekslijn bestaan verschillende stromingen. Sommige onderzoekers zien verhalen als een beschrijving van gebeurtenissen, te analyseren volgens een vast schema (Labov, 1972). In deze zienswijze is niet iedere ervaring waarover wordt verteld ook automatisch een verhaal. Er zijn ook onderzoekers die geloven dat alles wat iemand zegt (en hoe iemand het zegt) een bijdrage levert aan het verhaal wat hij of zij de luisteraar wil meegeven. Beschrijvingen van gebeurtenissen kunnen daar een onderdeel van zijn, maar worden dan gezien als bouwstenen in het verhaal die de verteller als opstapjes gebruikt bij het toewerken richting 'het punt' dat hij of zij wil maken. In dat punt ligt besloten wat hij of zij belangrijk vindt: de betekenis van het verhaal (e.g. Mishler, 1986 en 1995; Ricoeur, 1991; Riessman, 1993; Hollway & Jefferson, 2009). Deze methode sluit aan op dit laatste gedachtengoed, namelijk dat van het ervaringsgericht narratief onderzoek.

Het verzamelen of ophalen van verhalen is ook een relevant onderscheid. Verhalen kunnen immers worden teruggevonden in bestaande bronnen, zoals dagboeken, opnamen van eerder gevoerde gesprekken, iemands activiteiten op sociale media etc. óf worden bevroegd binnen een onderzoekssetting. Ook het bevragen van verhalen kan op veel verschillende manieren (e.g. Squire et al, 2014). Om de eerder besproken redenen kiezen we er hier voor om met ouderen in gesprek te gaan, of beter nog: hen te laten vertellen. Dat betekent dat de onderzoeker een actieve rol heeft in het gesprek en daarmee van invloed kan zijn op hetgeen verteld wordt. Wie wordt gevraagd om te vertellen doet dit voor zijn of haar 'publiek', de luisteraar. Die luisteraar kan de onderzoeker zijn en/of een toekomstig ingebeeld publiek, bijvoorbeeld als iemand het onderzoek als spreekbuis ziet om zich te richten op bijvoorbeeld het management of toekomstige generaties ouderen. Er is bij het bevragen van verhalen altijd sprake van een interactie-effect tussen verteller en luisteraar(s). Vanuit het sociaal constructivistisch gedachtengoed waarin deze zienswijze is ingebed vormt dit echter geen probleem, al dient uiteraard de rol van de onderzoeker zo goed mogelijk te worden beschreven en zoveel mogelijk te worden beperkt t.b.v. de betrouwbaarheid van de data.

Dat betekent dat we een verhaal in dit onderzoek definiëren als:

“De op verzoek en in gesprek met de onderzoeker gereconstrueerde persoonlijke, unieke, ervaringen en meningen t.a.v. kwaliteit van zorg van de verteller.”

Analyse

Verhalen kunnen ook op verschillende manieren worden geanalyseerd. Er kan bijv. een semantische analyse worden uitgevoerd om te achterhalen hoe (met welke woorden) en hoe vaak er over bepaalde onderwerpen wordt gesproken. Er kan vanuit een discourse-analyse naar worden gekeken om te zien hoe taal samenhangt met de (ingenomen) positie van de verteller binnen de maatschappij (e.g. Wetherell, 1998). Er kan ook een inhoudsanalyse worden gedaan op basis van bijvoorbeeld de gefundeerde theoriebenadering van Glaser & Strauss (1967). Dit zijn echter analyses op het geaggregeerde niveau van het geheel aan opgehaalde verhalen. Het unieke, persoonlijke verhaal wordt daarin gereduceerd tot het niveau van onderwerpen, argumenten, posities, etc. Dit is waardevol om inzicht te krijgen in wat er binnen de doelgroep ouderen speelt rondom het thema kwaliteit van zorg, maar gaat voorbij aan de persoonlijke ervaringen waarvan ook veel geleerd kan worden.

Het is daarom naast dit type analyses op geaggregeerd niveau van belang om de verhalen op zichzelf te analyseren, in al hun complexiteit en diversiteit, o.b.v. narratieve analysetechnieken. Daarin wordt het unieke verhaal op zichzelf staand als waardevolle onderzoeksdata beschouwd. Ook hierbinnen zijn allerlei verschillende mogelijkheden, zoals een analyse op inhoud van het verhaal, toon en woordkeuze of context waarbinnen het verhaal wordt verteld. De meeste onderzoekers kiezen echter voor een pragmatische aanpak en stellen een analyseplan op met kennis van de verschillende analyse-mogelijkheden dat passend is voor het beoogd gebruik van hun onderzoek (Squire et al, 2014). In ons onderzoek kiezen we na het uitproberen van verschillende analysemethoden voor een combinatie van de aanpak van Hollway en Jefferson (2000) t.b.v. van de 'narratieve analyse' en de Gefundeerde Theoriebenadering van Glaser en Strauss (1967) t.b.v. de 'analyse van narratieven', oftewel de analyse t.b.v. theorievorming over welke kwaliteitsindicatoren van belang zijn voor ouderen in zorg als groep.

Narratieve analyse

Hollway en Jefferson (2000; 2009) gaan binnen ieder verhaal op zoek naar de betekenis van hetgeen verteld is op een aan de psychoanalyse gelieerde werkwijze. Evenals Riessman (2015) gaan zij ervan uit dat iedere keuze die de respondent maakt in zijn of haar vertellen (wat er wordt verteld, hoe dat wordt gedaan, etc.) niet toevallig is, maar toewerkt naar hetgeen hij of zij de luisteraar wil meegeven. Zij gaan vervolgens binnen hetgeen de respondent heeft verteld op zoek naar het 'Gestalt' of het centrale punt / de centrale preoccupatie die al luisterend naar het verhaal opkomt. Dit is wat zij zien als hetgeen de respondent met zijn of haar woorden en beelden de onderzoeker vooral wil meegeven; soms bewust en soms ook onbewust. Zij toetsen hun interpretaties niet bij de respondent zelf, maar bij collega-onderzoekers, om te zorgen voor voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Deze keuze wordt gemaakt omdat in hun ervaring het verhaal voor de respondent nooit volledig 'af' is en het voorleggen leidt tot nieuwe associaties, wat zorgt voor een onwerkbare stroom aan aanscherpingen en aanpassingen die bovendien afdoen aan de spontaniteit en daarmee validiteit van het op een bepaald moment bij een bepaalde persoon opgehaalde verhaal.

Analyse van narratieven

Glaser en Strauss (1967) gaan in hun Gefundeerde Theoriebenadering uit van het coderen van alle tekstfragmenten uit interviews om hier vervolgens een inhoudsanalyse op uit te voeren om te achterhalen welke thema's er bij de groep respondenten leven en hoe deze samenhangen. Zij zien kwalitatief onderzoek dan ook niet alleen als verkennend maar als een manier om nieuwe theorieën te ontwikkelen op basis van inzichten uit de leefwereld, namelijk de (in semi-gestructureerde of open interviews bevraagde) ervaring of mening van de respondent. Van de onderzoeker wordt in de analysefase verwacht dat hij de onderzoeksdata op basis van hetgeen verteld is duidt en deze interpreteert om te komen tot een theorie die de zienswijze van de respondent t.a.v. het te bestuderen onderwerp verduidelijkt. In de methode die we hierna presenteren wordt een praktische uitwerking gegeven aan deze theoretische basis.

Methode om te werken met verhalen: het verhaal als kwaliteitsinstrument

Methode

Traditionele interviews van vraag en antwoord stellen de agenda van de onderzoeker boven die van de geïnterviewde (Mishler, 1986). De onderzoeker bepaalt immers (in veel gevallen vooraf) welke thema's aan bod komen en voor een groot deel ook hoe dat gebeurt via interviewtechnieken zoals vraagstelling, doorvragen en afkappen. Het betekenis kader van de onderzoeker is daarmee leidend. Hollway en Jefferson (2000; 2009) bieden met hun 'Free Association Narrative Interviewing' techniek een mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor het structureren van het gesprek primair bij de respondent te laten. Door de respondent uit te nodigen om te vertellen in één of enkele open vragen en daarna het gesprek op gang te houden zonder als onderzoeker zelf nieuwe thema's in te brengen of via doorvragen inzicht te geven in het eigen betekenis kader, kan het betekenis kader van de respondent tot uiting komen. De respondent bepaalt dan immers de ordening, woordkeuze en inhoud van hetgeen hij of zij wil vertellen. De ontwikkelde methodiek neemt deze werkwijze als uitgangspunt.

De wens om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het betekenis kader van de respondent als het gaat om kwaliteit staat in deze methode centraal. Dat heeft implicaties voor de werkwijze tijdens het interview maar ook voor de selectie van respondenten, de introductie van het onderwerp en de wijze waarop er wordt geanalyseerd en wordt teruggekoppeld. Mensen die zorg ontvangen zijn immers sterk afhankelijk van hun zorgverleners voor hun kwaliteit van leven en deze afhankelijkheidspositie dient zorgvuldig te worden behandeld: enerzijds om echt inzicht te krijgen in de leefwereld van de respondent en sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen en anderzijds om ervoor te zorgen dat de geïnterviewden zoveel mogelijk profijt en zeker geen hinder ondervinden van hun deelname.

Concreet betekent dit dat de onderzoeker:

- Geen (directe) zorgrelatie heeft met de respondent.
- Geen andere selectiecriteria toepast dan het hebben van een ruime ervaring als zorgvrager binnen de onderzochte setting (in ons onderzoek zijn wij uitgegaan van minimaal drie maanden in zorg, hier kan uiteraard op basis van de doelstelling van het onderzoek worden afgeweken).
- Het onderzoek introduceert door te vertellen dat hij of zij geen thema's heeft die aan bod moeten komen tijdens het gesprek maar dat de respondent zelf mag vertellen over zijn of haar mening en ervaringen als het gaat om de kwaliteit van zorg die hij of zij ontvangt (binnen de onderzochte setting).
- De onderzoeker de vertrouwelijkheid van het gesprek benadrukt en toelicht waarom het gesprek wordt opgenomen en wat er met de opnames zal worden gedaan. Ook vertelt hij of zij hoe de resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt en hoe terugkoppeling plaatsvindt. De onderzoeker waarborgt de anonimiteit van de respondent in de verdere analyse en rapportage. De onderzoeker biedt de respondent de gelegenheid om eventuele vragen te stellen en zorgt voor een getekende toestemmingsverklaring voorafgaand aan het verdere gesprek. Deze stap is van belang om respondenten een veilige context te bieden waarin zij de vrijheid voelen om open te vertellen.
- De onderzoeker het gesprek start met een uitnodiging om te vertellen: "U ontvangt nu al een tijdje zorg vanuit ... Vertelt u daar eens over." Na deze startvraag volgt de onderzoeker de associaties van de respondent vanuit de gedachte dat alles wat iemand vertelt (en ook de manier waarop hij of zij dat doet, denk aan woordkeuze, toon, emotie en uitdrukking) niet toevallig tot stand komt maar een bijdrage levert aan zijn of haar verhaal.
- De onderzoeker brengt tijdens het gesprek geen verdere thema's in maar houdt het gesprek op gang, zodat het zoveel mogelijk de lijnen volgt van een natuurlijk gesprek. Dit kan hij of zij doen door bijvoorbeeld:
 - Non-verbaal aan te moedigen tot vertellen d.m.v. oogcontact / knikken / hummen / een actieve luisterhouding.
 - Verbale cues te geven die aanmoedigen tot vertellen zoals het herhalen van de laatste zin van de respondent als het stilvalt, het samenvatten van hetgeen iemand tot dan toe heeft verteld en hem of haar opnieuw uitnodigen om verder te vertellen, het stellen van een verhelderende vraag en het daarna opnieuw uitnodigen van de respondent om de draad van zijn verhaal weer op te pakken, te toetsen of iemand zijn of haar verhaal volledig heeft kunnen doen en of er nog andere onderwerpen zijn die in diegene opkomen als het gaat om kwaliteit van zorg, etc.

Voorbeeld uit een interview (ingekort en geanonimiseerd):

R ..ja, ja. Want ik heb.. gisteren ben ik naar de poli geweest en dan heb ik weer spuiten gehad en dat is.. [lacht 'n beetje] .. nog geen lolletje, maar afijn dit is de derde keer al. De eerste keer had ik ze, toen zei ik tegen m'n zoon: als het weer gebeuren moet laat ik het weer hier doen, dus de tweede keer ging ik er weer naar toe, moest ik weer, toen zegt de specialist: fijn om dat te horen.

I Bij dezelfde specialist wilde u dan?

R Bij dezelfde specialist (...) Maar nou kreeg ik voor een maand geleden bericht weer van hem, omdat ze m'n zoon altijd bereiken en toen zegt hij: ja, ik moet toch maar weer een afspraak maken. Ik heb wel een waarnemend. Toen had m'n zoon gezegd: nou, denk ik dat moeder liever u.. omdat ze al twee keer had, dat u liever.. en dat kon hij wel begrijpen. Dus ik ben er gisteren naartoe geweest (..) En toen kon ik

niet meer lopen later. Ik kwam van het bed af en ik wou.. ik zeg: wat heb ik een naar gevoel in de benen! Toen ben ik dan een poosje daar geweest, zei m'n zoon: moet je naar de auto met een rolstoel, naar de auto gebracht en dat.. nou ja en toen kwam ze hier en dan heeft hij hier de rolstoel gehaald en heeft hij mij hierboven hier neergezet en kom je niet meer van de stoel af, want.. hij heeft m'n boterham klaargemaakt, dus.. en die van hier moesten dan even tussendoor meer werk doen even. En dat was ook goed. Maar dan komt het, toen had ik.. die dan mij helpen moet, die bracht me dan hier en dan bleef ze tien minuten weg, dan zat ik daar maar. En ik doe niet meteen al maar.. [wijst telefoon aan; notitie achteraf van de onderzoeker]

I Meteen bellen?

R ..nee, dat... ik doe dat niet en ik durf dat ook niet. (pauze)

I Nee?

R Nee, nee, want dan denk ik: ach.. zal wel weer over gaan.. Maar het ging niet over en weken heb ik ermee gelopen. En toen heb ik 't tegen de manager gezegd, toen zegt hij: ze moeten goed werk leveren, want dat kan zo niet. (..)

- De onderzoeker maakt een audio-opname tijdens het gesprek maar maakt verder geen aantekeningen, omdat het wel of niet noteren van bepaalde uitspraken de respondent een indruk zou kunnen geven van het betekenisniveau van de onderzoeker, wat de eigen associaties zou kunnen beïnvloeden. De audio-opname wordt na afloop uitgewerkt in een letterlijk transcript. Hierin wordt het gesprek letterlijk weergegeven, dus inclusief lachen of huilen, pauzes, kromme zinnen en de interactie met de onderzoeker.
- De onderzoeker maakt na afloop van het gesprek een korte notitie van eventuele opmerkingen achteraf door de respondent en zijn of haar eigen ervaring tijdens het gesprek, als aanvulling op het transcript. Hierin wordt in enkele zinnen een korte beschrijving gegeven van het verloop van het gesprek en andere bijzonderheden die van belang zouden kunnen zijn voor de analyse (bijvoorbeeld onderbrekingen, de emotie waarmee iemand heeft verteld, een gezondheidsprobleem dat op de voorgrond stond, een non-verbale gebeurtenis die een bijdrage zou kunnen leveren aan het verhaal, etc.). Het gaat hierbij om informatie die in geschreven tekst verloren zou gaan. Voor de analyse dient duidelijk te zijn dat deze notitie achteraf een interpretatie is van de onderzoeker. Trillende handen zouden in de ouderenzorg bijvoorbeeld kunnen duiden op spanning maar ook op kou, een onderliggende aandoening of op een combinatie hiervan. Het is onverantwoord om dit als onderzoeker een grote plek te geven binnen iemands verhaal, tenzij het duidelijk kan worden gekoppeld aan andere bevindingen zoals hetgeen iemand hier zelf over heeft verteld of laten zien. In het hierboven gegeven voorbeeld wordt de telefoon aangewezen door de respondent, dit wordt door de onderzoeker getoetst tijdens het gesprek aan de hand van de vraag of de respondent daarmee bedoelt dat zij meteen belt, waardoor het duidelijk blijft in het transcript.
- De onderzoeker analyseert de transcripten en stelt per respondent o.b.v. de theorie van Hollway & Jefferson (2000) een portret op. Hollway & Jefferson sluiten in hun methode aan op het principe van het 'dynamische onbewuste' (Hollway & Jefferson, 2000; 2009). Dit principe gaat ervan uit dat mensen in hun verhalen onbewust laten doorklinken hoe hun ervaring in werkelijkheid is geweest (de vertelde versus de echte ervaring; waar mogelijk verschil in zou kunnen zitten). Daarnaast worden de verhalen in een sociale context gedeeld. Hier wordt daarom het woord 'portret' geïntroduceerd. Een portret is in deze methodiek het geanalyseerde verhaal. Dit doen we om duidelijk te maken dat er een (naar streven minimale maar desalniettemin aanwezige) interpretatieslag vanuit de onderzoeker is toegevoegd aan het verhaal dat de respondent tijdens het interview heeft willen meegeven. Er vindt een verschuiving plaats van 'wat er is verteld' naar 'wat de onderzoeker heeft gehoord'. Dit is in principe in alle onderzoeken het geval, maar voor de terugkoppeling van belang omdat hiermee de illusie wordt voorkomen dat de onderzoeker altijd alle lagen waaruit het verhaal is opgebouwd heeft begrepen. Door zo dicht mogelijk bij de woorden van de respondent te blijven en opnames letterlijk te transcriberen, te werken met veel quotes en door meerdere onderzoekers te laten analyseren en deze analyse te vergelijken wordt wel gestreefd naar een zo betrouwbaar mogelijke weergave van wat de respondent heeft verteld.

- Daarnaast codeert de onderzoeker ieder transcript aan de hand van de gefundeerde theoriebenadering van Glaser & Strauss (1967). Er worden codes toegekend aan de genoemde kwaliteitsindicatoren en hun lading (positief/ negatief) om over de respondenten heen te kunnen analyseren welke trends er zijn m.b.t. de indicatoren die aan bod komen en de 'theorie' die zich daaromheen vormt, bijvoorbeeld over de rol van het zorgpersoneel of anderen, de rol van de organisatie, etc.
- Kenmerken van de respondent die het portret herleidbaar maken tot die persoon worden verwijderd of zodanig verwoord dat herkenbaarheid geen rol meer speelt. Een voorbeeld kan zijn iemand met een specifieke hobby; over welke hobby dat gaat hoeft niet te worden beschreven. Wel kan het zinvol zijn om in algemenere termen te spreken over de wens van de respondent om zijn of haar hobby uit te kunnen oefenen maar dit zou uiteraard voor meerdere mensen kunnen gelden. Het goed kunnen maken van deze afwegingen vereist een ethische analyse van hoe verhalen gebruikt worden, training, ervaring en heeft baat bij interview met andere onderzoekers.

Implementeren van deze methode: aandachtspunten vooraf

Het werken met verhalen betekent het werken vanuit een visie op het belang van het cliëntenperspectief maar ook van de kwetsbare en afhankelijke positie van de cliënt in het gesprek over kwaliteit van zorg op dit moment. Het ophalen van verhalen is een vaardigheid die oefening vereist. Hetzelfde geldt voor het analyseren van verhalen. Zorginstellingen die willen werken met verhalen wordt dan ook aangeraden om zich hierin te laten trainen en een eerste implementatie onder begeleiding uit te voeren.

Ook zijn er een aantal randvoorwaarden waaraan vooraf moet worden voldaan om op een goede manier met verhalen aan de slag te gaan. De bedoeling van de door ons gekozen opzet is dat het ophalen van verhalen binnen de zorginstelling voor alle betrokkenen al bij de uitvoering van het onderzoek iets oplevert: zowel voor de ouderen, als voor de zorgprofessionals die de verhalen ophalen als voor hun teams en organisatie. Daarnaast kan de inhoudelijke input vanuit het cliëntenperspectief die voortkomt uit de verhalen worden ingezet voor kwaliteitsverbetering op middellange en lange termijn via de kanalen die de organisatie daarvoor ter beschikking heeft. En mogelijk kan er in de toekomst een bundeling van verhalen komen op een organisatie-overstijgend niveau zodat ook andere partijen die zich bezighouden met het ontwerpen van zorg zoals onderwijs, beleid en belangenbehartiging kunnen putten uit verhalen die indicaties bieden voor waar kwaliteitsverbetering voor ouderen de meeste meerwaarde kan bieden.

De ontwikkelde methodiek bestaat daarom uit twee delen:

- A. een werkinstructie voor organisaties en**
- B. een training voor zorgmedewerkers die willen (leren) werken met verhalen.**

A. Werkinstructie

In deze werkinstructie bieden we een overzicht van de vooraf door de organisatie vast te stellen randvoorwaarden en uitgangspunten.

Randvoorwaarden vooraf:

- a. De organisatie heeft een onderzoeksvraag waarvoor inzicht in het cliëntenperspectief op kwaliteit gewenst is. Het gaat hierbij niet om het evalueren van de cliënttevredenheid maar om het verkrijgen van inzicht in wat voor cliënten belangrijke kwaliteitsindicatoren zijn (en waarom). Er is bestuurlijk commitment voor het werken met verhalen.
- b. De organisatie heeft een duidelijke keuze gemaakt voor de doelgroep van het onderzoek. De onderzoeksvraag is hierop afgestemd en kan of vragen om inzichten op algemeen niveau of juist thematisch zijn ingestoken (bijv. gericht op een specifieke groep cliënten of een specifiek onderdeel van het zorgproces).
- c. De organisatie wijst een interne projectleider aan (HBO- of WO-opleidingsniveau) die het onderzoek kan begeleiden, als eerste aanspreekpunt kan fungeren voor zorgmedewerkers en cliënten en een bijdrage kan leveren aan het analyseren van overeenkomsten en verschillen in verhalen (thema's). Ook is diegene primair verantwoordelijk voor het organiseren van een passende terugkoppeling binnen de organisatie.
- d. Er wordt in het onderzoek gezorgd voor een 'balans' in de verhalen uit deze doelgroep. Dat wil allereerst zeggen dat er voldoende verhalen worden opgehaald. Het exacte aantal is afhankelijk van de grootte van de populatie en daarmee gelijk aan het bepalen van hoeveel

mensen te interviewen in ander kwalitatief onderzoek. Een goede vuistregel is per onderzochte afdeling minimaal 3 maar liever nog 4-5 interviews te houden wanneer er verschillende afdelingen in het onderzoek worden betrokken. Hoewel er niet naar representativiteit wordt gestreefd en iedere ervaring (en daarmee ieder verhaal) uniek is, neemt de betrouwbaarheid van analyses die betrekking hebben op de kwaliteitsaspecten die relevant worden gevonden binnen een bepaalde afdeling dan wel toe. Daarnaast wil het streven naar balans zeggen dat er géén selectie of uitsluiting van respondenten plaatsvindt vooraf op basis van een veronderstelde opvatting, inschatting van de bereidheid om deel te nemen door de onderzoekers of anderzijds. Iedereen die in staat is om zijn of haar verhaal te delen moet in aanmerking kunnen komen om hiervoor uitgenodigd te worden. Uiteraard vindt deelname pas plaats na het verstrekken van voldoende informatie over het onderzoek en het verkrijgen van een ondertekende toestemmingsverklaring voor het gebruik van de verkregen data. Deelname is vanzelfsprekend te allen tijden vrijwillig.

e. Het is vooraf duidelijk hoe de verhalen zullen worden gebruikt, d.w.z.:

1. Hoe vindt terugkoppeling plaats naar professionals, teams en organisatie?
2. Hoe vindt terugkoppeling plaats naar deelnemers en andere cliënten?
3. Hoe vindt terugkoppeling plaats naar derden (naasten en anderen)?

f. Er is een datamanagementplan opgesteld waarin staat beschreven:

1. Op welke gegevensdragers verhalen worden vastgelegd.
2. Waar verhalen zullen worden opgeslagen (audio en tekst-bestanden).
3. Wie toegang hebben tot de onderzoeksdata.
4. Hoe toestemming van deelnemers voor het gebruik van verhalen wordt verkregen en waar toestemmingsverklaringen zullen worden bewaard (en hoe lang).
5. Hoe de privacy van deelnemers zal worden gewaarborgd.

g. Het is mogelijk dat de medewerkers die verhalen gaan ophalen worden geconfronteerd met casuïstiek of problemen waarop zij onmiddellijk zouden willen handelen. Vooraf dient daarvoor een duidelijke werkwijze te zijn afgesproken. Wij adviseren daartoe in ieder geval te denken aan de volgende stappen:

1. Het organiseren van intervisie/supervisie tijdens het onderzoek met collega-onderzoekers die inzicht mogen krijgen in data en mee kunnen denken over de zaken die daarin naar voren komen.
2. Het afspreken van een werkwijze tijdens het gesprek. Bijvoorbeeld na afloop van het onderzoek vanuit het eigen standpunt als zorgmedewerker de respondent vragen of hij of zij de aangegeven zaken volgens de procedures van de organisatie heeft gemeld, of hulp nodig heeft om dit te doen. In dat laatste geval dient (vastgelegde) toestemming van de respondent te worden verkregen om het geheimhoudingsprotocol van het onderzoek te doorbreken. Uiteraard dient dit geheel vrijblijvend te zijn en dient er geen druk te worden uitgeoefend op de respondent.
3. Het zorgen voor een aanspreekpunt binnen de organisatie die indien gewenst nazorg kan leveren voor de onderzoeker, bijvoorbeeld een projectleider of vertrouwenspersoon.

Aanbevelingen bij implementatie

Uit de lerende evaluatie die wij tijdens de pilot van het werken volgens deze methodiek hebben uitgevoerd zijn nog een aantal aanbevelingen naar voren gekomen die we graag meegeven aan organisaties die deze methode gaan implementeren.

1. Verbeter waar mogelijk direct maar zorg ook voor voldoende diepgang

Het verdient de aanbeveling om de verhalen zowel direct als op langere termijn een bijdrage te laten leveren aan het verbeteren van kwaliteit van zorg. Een directe bijdrage kan worden geboden wanneer er uit de verhalen punten naar voren komen die direct kunnen worden opgepakt. Met direct bedoelen we hier niet meteen na afloop van het gesprek maar na het doorlopen van een grondige analyse aan de hand van het transcript. Dit is van belang omdat de kans groter is dat de onderzoeker (immers een zorgprofessional gericht op kwaliteitsverbetering) vlak na het gesprek acteert op 'wat hij heeft gehoord' in plaats van 'wat er is gezegd'. Vlak na een gesprek staat de eigen interpretatie van de luisteraar centraal: wat vond hij of zij opvallend, wat was al bekend, is hij of zij geïnspireerd geraakt om over te gaan tot actie, etc. Er is tijd en een grondigere analyse van het transcript nodig om de blik weer te verschuiven van het eigen betekenis kader naar dat van de respondent en het punt dat diegene heeft willen meegeven met alles wat er is verteld.

Toch is het wenselijk om ook aan het gevoel van de onderzoeker enige ruimte te bieden, omdat het anders als frustrerend kan worden ervaren om lang om informatie te moeten 'zitten' die zij zelf zouden kunnen aanwenden voor kwaliteitsverbetering. De onderzoeker kan dan bijvoorbeeld direct na de analyse van het transcript met de cliënt bespreken wat hij of zij heeft gehoord en wat hieraan zou kunnen worden gedaan. Het is voor deelnemers én onderzoekers prettig wanneer er een mogelijkheid is om deze snel te implementeren verbeteringen meteen door te voeren. Daarnaast komen er in de verhalen van mensen kwaliteitsindicatoren aan bod die zich minder makkelijk op korte termijn laten beïnvloeden. Het verdient ook hier de aanbeveling om in deze terugkoppeling duidelijk te maken aan de cliënten die hebben deelgenomen dat dit het geval is en dat deze zaken om tijd vragen. Daarbij hoort ook een mededeling over of en zo ja waar het thema geagendeerd zal worden in de toekomst. Hiervoor is een klankbord binnen de organisatie voor de zorgprofessionals die verhalen gaan ophalen gewenst.

Voorbeeld:

Uit een verhaal van een bewoonster van een verzorgingshuis komt naar voren dat zij ontevreden is over haar vaste zitplaats tijdens eetmomenten:

Mevrouw mist een goede gesprekspartner: "De anderen zijn er al een stuk slechter aan toe". Het liefste zat zij aan een andere tafel. Ze heeft hier veel behoefte aan omdat zij zich vaak eenzaam voelt en op zoek is naar "anderen die ook nog weleens de krant lezen". Omdat ze weinig aansluiting vindt bij de bewoners die zij kent blijft zij steeds vaker op haar appartement. Daar eet ze ook minder: "Ik kan straks allemaal nieuwe kleren kopen."

Uit de analyse van dit verhaal blijkt dat het eetmoment een uiting is van verschillende problemen: een gebrek aan aansluiting met huisgenoten, te weinig mogelijkheden voor een gesprek, minder eten. De kwaliteitsindicator die hierin vooral wordt benoemd is het tegengaan van eenzaamheid maar ook valt uit de laatste opmerking op te maken dat mevrouw zich enige zorgen maakt over het feit dat ze afvalt (en daarmee over haar gezondheid) en benoemt ze de confrontatie met anderen in een verder gevorderd stadium van ziekte. Het zou na het horen van dit verhaal als een 'snelle winst' kunnen worden gezien om met deze mevrouw in gesprek te gaan over een betere zitplaats en daar een plek voor haar te creëren. Het is echter de vraag of hier op langere termijn ook een kwaliteitsverbetering in ervaren zou worden omdat de onderliggende indicatoren dan wellicht onvoldoende zijn aangepakt. Mogelijk zijn er ook andere, niet door de respondent aangedragen oplossingen te bedenken om haar gevoel van eenzaamheid te verminderen, ruimte te geven voor haar onrust over een verdere verslechtering van haar gezondheid en ervoor te zorgen dat ze niet verder afvalt. Onze insteek in de analyse en t.a.v. het gebruik van verhalen is: het ene doen, maar het andere zeker niet laten. De analyse op de korte termijn is zeker waardevol maar mag de diepgaandere analyse niet vervangen.

2. Neem het transcriberen zo mogelijk uit handen

Het uitwerken van de audio-opnames van de gesprekken met ouders is tijdrovend en voor de meeste zorgprofessionals ook geen favoriete bezigheid. Het leereffect van het werken met verhalen is niet minder als het transcriberen, na de trainingsfase, wordt uitbesteed aan anderen binnen de zorginstelling of aan een gespecialiseerd bureau.

3. Zorg voor een goede positionering van de methode

Uit de lerende evaluatie bleek dat het zelfs voor zorginstellingen die een meerwaarde ervaren van het werken met deze methode lastig bleek om een goede positionering hiervoor te kiezen. Dit heeft vooral te maken met de opbrengsten op langere termijn die daarmee ook lastig zichtbaar (of: meetbaar) worden. De investering in tijd en energie die met het werken met verhalen gemoeid gaat dient uiteraard verantwoord te kunnen worden. Het Kwaliteitskader V&V biedt hier mogelijkheden toe en ook andere partijen zoals inspectie en zorgkantoren staan steeds meer open voor een narratieve aanpak. Een goede dialoog hierover voorafgaand aan de implementatie kan de kansen die er zijn om deze methode in te zetten duidelijk maken.

B. Training 'Werken met verhalen'

Opzet

Zorgmedewerkers worden in drie dagdelen getraind in het werken met verhalen. Tussen iedere bijeenkomst zit minimaal één en maximaal 2 maanden.

Dagdeel 1: Inleiding narratief onderzoek

Waarom werken met verhalen en hoe haal je verhalen op?

In deze bijeenkomst wordt het gebruik van ervaringsverhalen als onderzoeksdata toegelicht en in een wetenschappelijk perspectief geplaatst. Ook is er aandacht voor de meerwaarde van het werken met verhalen en wordt de methodiek gepresenteerd waarmee verhalen kunnen worden opgehaald.

Na de eerste bijeenkomst gaan de deelnemers oefenen met het ophalen van verhalen. Toelichting opdracht: vóór de tweede bijeenkomst dient men drie verhalen te hebben opgehaald en er minimaal één uitgewerkt te hebben in een transcript. De deelnemers organiseren deze gesprekken met cliënten zelf en dragen zorg voor het verkrijgen van een ondertekende toestemmingsverklaring voor het gebruik van de verhalen.

Een indicatie van de benodigde tijd voor het uitvoeren van de opdracht is 10 uur.

Dagdeel 2: Analyseren van verhalen

Hoe analyseer je verhalen en welke conclusies mag je trekken?

Aan bod komen:

- Het analyseren van verhalen
- Discussiepunten en ethische dilemma's
- Conclusies trekken uit verhalen

In deze bijeenkomst wordt toegelicht hoe verhalen vanuit verschillende invalshoeken kunnen worden geanalyseerd. Er wordt stilgestaan bij de verschillende lagen van betekenis die een verhaal kan bevatten en hoe het betekenis kader van de respondent in een portret kan worden gereconstrueerd. Ook is er aandacht voor de eigen positie bij het interpreteren van verhalen en het trekken van conclusies. De deelnemers gaan met het eigen transcript aan de slag en wisselen onderling transcripten uit om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te toetsen en te discussiëren over de mogelijkheden voor analyse.

Na de tweede bijeenkomst worden de overige verhalen uitgewerkt en geanalyseerd.

Een indicatie van de benodigde tijd voor het uitvoeren van de opdracht is 10 uur.

Dagdeel 3: Van verhaal naar verbetering

Hoe kun je de opgedane inspiratie omzetten tot actie?

In deze laatste bijeenkomst leren de deelnemers over de mogelijkheden om de inzichten en inspiratie die zij hebben opgedaan in de verhalen om te zetten in (verbeter)acties. Hierbij worden de uitgangspunten van ervaringsgericht ontwerpen gebruikt. Er wordt stilgestaan bij de uitgangspunten voor een goede terugkoppeling van het geleerde binnen het eigen team of de eigen organisatie. Na afloop van deze bijeenkomst heeft iedere deelnemer een persoonlijk actieplan bedoeld om de opgehaalde verhalen te benutten.

Leerdoelen

- Wat verstaan we onder narratief onderzoek? En wat onder een verhaal?
- Wanneer kun je narratief onderzoek inzetten?
- Wat zijn de uitgangspunten om goed narratief onderzoek te doen?
- Hoe voer je een narratief onderzoek uit?
- Wat is je eigen rol als 'narratief onderzoeker'?
- Hoe kun je verhalen verantwoord analyseren?
- Hoe ga je om met eigen interpretatie?
- Hoe rapporteer je iemands verhaal en hoe doe je dat bij meerdere respondenten?
- Wat zijn (ethische) vraagstukken bij het werken met verhalen?
- Hoe kom je vanuit verhalen tot actiepunten t.b.v. kwaliteitsverbetering?

Voor wie is de training bedoeld?

- Zorgmedewerkers met MBO+ denkniveau die benieuwd zijn naar wat ouderen die zorg ontvangen hen willen vertellen en graag een actieve rol spelen t.a.v. kwaliteitsverbetering binnen hun organisatie.
- Deelnemers moeten op de trainingsdagdelen aanwezig kunnen zijn en daarnaast in de trainingsperiode de gestelde tijd kunnen vrijmaken voor de gesprekken, analyse en rapportage. Dit kan men uiteraard doen wanneer dit het beste uitkomt.
- Ervaring of affiniteit met onderzoek, in het bijzonder het houden van interviews is een pré maar zeker geen must!

Opbredsten

Deelnemers aan de training beschikken na afloop over:

1. Betere luistervaardigheden en een uitgebreider palet aan interview- en analysetechnieken t.b.v. intake-gesprekken en andere gesprekken gericht op het opstellen en evalueren van individuele zorgplannen.
2. Inzicht in de diversiteit en complexiteit van cliëntervaringen en een groter inlevingsvermogen in individuele zorgvragers.
3. Inzicht in de ethische dilemma's die zich voordoen bij het werken met verhalen en hoe te zorgen voor een goed gebruik ervan binnen de eigen organisatie.
4. Inhoudelijk inzicht in wat belangrijke kwaliteitsindicatoren zijn vanuit het cliëntenperspectief, zowel positief als negatief.
5. Inspiratie t.a.v. de punten die aangepakt zouden kunnen worden voor het verbeteren van de cliëntervaring en hoe deze met collega's te bespreken om te komen tot een meer mensgericht ontwerp van zorg.

Leeropbrengsten op meerdere niveaus

Verhalen staan leren toe op operationeel, tactisch en strategisch niveau.

Verhalen kunnen worden gebruikt voor:

- a. Verbetering van de ervaring op het niveau van de persoon die het verhaal heeft gedeeld.
- b. Kwaliteitsverbetering op organisatieniveau gedreven vanuit het cliëntenperspectief.
- c. Inspiratie t.a.v. een meer mensgericht ontwerp van zorg op macroniveau.
- d. Onderwijs, gericht op toekomstige zorgprofessionals en anderen die de zorg gaan vormgeven.
- e. Aanvullend onderzoek.

Referenties

- Andrews, M., Day Sclater, S., Rustin, M., Squire, C. and Treacher, A. (2004) Introduction. In M. Andrews, S. Day Sclater, C. Squire and A. Treacher (eds) *Uses of Narrative*. New Brunswick, NJ: Transition.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company: Chicago.
- Hollway, W. and Jefferson, T. (2000) *Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative and the Interview Method*, London: Sage.
- Hollway, W. and Jefferson, T. (2009). Researching defended subjects with the free association narrative interviewing method. In: Cook, Harold J.; Bhattacharya, Sanjoy and Hardy, Anne eds. *History of the social determinants of health: Global histories, contemporary debates*. Hyderabad: Orient Black Swan, pp. 296–315.
- Labov, W. and Waletzky, J. (1967) *Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience*. In J. Helms (ed.) *Essays in the Verbal and Visual Arts*. Seattle: University of Washington.
- Mishler, E.G. (1986) The analysis of interview-narratives. In T.R. Sarbin (ed.) *Narrative Psychology. The Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger.
- Mishler, E.G. (1995) Models of Narrative Analysis: A Typology. *Journal of Narrative and Life History* 5(2): 87–123.
- Ricoeur, P. (1991) *Life in Quest of Narrative*. In D.Wood (ed.) *On Paul Ricoeur: Narrative and Interpretation*. London: Routledge.
- Riessman, C.K. (1993) *Narrative analysis. Qualitative Research Methods*. 30. Newbury Park, CA: Sage.
- Riessman, C.K. (2015) Ruptures and sutures: Time, audience and identity in an illness narrative. *Sociology of Health & Illness*, 37 (7): 1055–1071.
- Squire, C., Davis, M., Esin, C., Andrews, M., Harrison, B., Hyden, L-C and Hyden, M. (2014). *What is narrative research?* London: Bloomsbury
- Tamboukou, M. (2013). A Foucauldian approach to narratives. *Doing narrative research*, 102-120.
- Wetherell, M. (1998) Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and poststructuralism in dialogue. *Discourse & Society* 9: 387–412.