

# Het verhaal als kwaliteitsinstrument

Een toepassing van narratief onderzoek  
voor de ouderenzorg

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



# Het verhaal als kwaliteitsinstrument

## Een toepassing van narratief onderzoek voor de ouderenzorg

*Tilburg, December 2018*

*Drs. Beatriz Roman*

*Karien Waterschoot Msc.*


*met medewerking van Prof. dr. Katrien Luijkx*

Uitgever:

Tranzo

Academische Werkplaats Ouderen

Tranzo is onderdeel van Tilburg University

Dit project is gefinancierd door ZonMw,  **ZonMw**  
programma Kwaliteit van Zorg: Versnellen, verbreden, vernieuwen  
Relatie tussen zorgverlener en client.

© 2018 Tranzo

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of worden openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Tranzo.

Academische Werkplaats Ouderen, Tranzo (Tilburg University)



# Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
	Voorwoord	6
<b>1</b>	<b>Het cliëntenperspectief op kwaliteit van zorg</b>	<b>8</b>
1.1	Inleiding	8
1.2	Van een aanbod- naar mensgerichte ouderenzorg	8
1.3	Probleemstelling	9
1.4	Doelstelling	10
1.5	Onderzoeksvragen	10
1.6	Theoretische inbedding	11
1.7	Leeswijzer	12
<b>2</b>	<b>Ontwikkeling van een nieuwe methodiek</b>	<b>13</b>
2.1	Plan van aanpak	13
2.2	Onderzoekspopulatie	13
2.3	Onderzoeksfasen en –stappen	14
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>18</b>
3.1	Actiz	18
3.2	V&VN	19
3.3	LOC	20
3.4	Zorgkantoor	21
3.5	Groepsgesprekken met zorgmedewerkers	22
3.6	Samenvatting vragenlijst uitgezet onder leden projectgroep	24
<b>4</b>	<b>Narratief onderzoek bij Ouderen</b>	<b>25</b>
4.1	Inleiding	25
4.2	Kwaliteitsindicatoren o.b.v. gefundeerde theoriebenadering	26
4.3	Van verhaal naar portret: narratieve analyse	29
<b>5</b>	<b>Training in het werken met verhalen</b>	<b>31</b>
5.1	Inleiding	31
5.2	Opbouw training	31

# Inhoudsopgave

<b>6</b>	<b>Lerende evaluatie</b>	<b>32</b>
6.1	Vaststellen opzet training (Fase 1)	33
	6.1.1. Motivatie	33
	6.1.2. Capaciteit	33
	6.1.3. Gelegenheid	33
6.2	Uitvoer trainingssessies (Fase 2)	34
	6.2.1. Motivatie vooraf	35
	6.2.2. Capaciteit	35
	6.2.3. Gelegenheid	39
	6.2.4. Motivatie toepassing	39
	6.2.5. Belangrijkste leeropbrengsten	40
6.3	Evaluatie trainingen (Fase 3)	41
	6.3.1. Capaciteit	41
	6.3.2. Gelegenheid	41
	6.3.3. Motivatie toekomstige toepassing	41
6.4	Evaluatie opzet methodiek (Fase 4)	42
	6.4.1. Sterktes	42
	6.4.2. Zwaktes	43
	6.4.3. Kansen	43
	6.4.4. Bedreigingen	44
<b>7</b>	<b>Conclusies en discussie</b>	<b>45</b>
7.1	Belangrijkste conclusies	45
7.2	Discussie	47
7.3	Aanbevelingen voor doorontwikkeling	49
	Referenties	51
	Bijlage 1	54
	Bijlage 2	67

# Samenvatting

**Probleemstelling:** Ouderen die langdurig zorg ontvangen zijn sterk afhankelijk van de relatie met hun zorgverleners voor het op peil houden van hun kwaliteit van leven. Meer mensgerichte zorg en een goede zorgrelatie gaan hand in hand en zijn daarom van groot belang. Zorginstellingen zijn dan ook zeer geïnteresseerd in het monitoren van de kwaliteit van de zorgrelatie en ook toezichthouders, zorginkopers en potentiële nieuwe cliënten zijn geïnteresseerd in hoe cliënten deze kwaliteit ervaren. De huidige kwaliteitsonderzoeken benaderen deze relatie vanuit de 'systeemwereld' van scores op normatieve parameters. Ze fungeren daarmee vooral als 'thermometer' om kwaliteitsproblemen op te sporen en hebben met name een aanjagend effect op verbeteracties op beleidsniveau. Voor teams en individuele zorgprofessionals staat de (cijfermatige) informatie uit deze onderzoeken vaak ver af van de eigen leefwereld. Inzicht in hoe de zorgrelatie wordt ervaren vanuit de 'leefwereld' van de cliënt en zorgverlener is in aanvulling hierop wenselijk omdat het een directe bron van informatie is ten aanzien van verbeter- en koesterpunten. Er zijn vooralsnog geen betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren die de zorgrelatie vanuit de leefwereld in kaart brengen al wordt deze informatie in de vorm van verhalen wel in het reguliere contact tussen cliënten en zorgverleners gedeeld. De inzichten hieruit worden echter slechts ad hoc of niet met anderen (het team, de organisatie) gedeeld en worden ook (vanwege methodologische beperkingen) niet gebruikt voor externe gebruiksdoelen zoals toezicht, zorginkoop en keuze-hulp. Narratief onderzoek biedt mogelijkheden om 'het verhaal' van ouderen als structurele kwaliteitsindicator te plaatsen naast de bestaande methodieken en daarmee nieuwe kansen te creëren om cliënten en zorgverleners te ondersteunen bij het vormgeven van zorg waarin ouderen centraal staan.

**Doelstelling:** Ontwikkeling van een praktisch bruikbare methodiek met een goede wetenschappelijke basis binnen het narratief onderzoek die ertoe dient om de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en zorgverlener te monitoren in termen van verbeter- én koesterpunten is het doel van dit project.

**Aanpak:** Een kennisinstelling, acht zorginstellingen (zowel medewerkers als cliënten) en een verzekeraar werkten in dit project vanuit de Academische Werkplaats Ouderen (Tranzo, Tilburg University) in een sfeer van co-creatie samen aan het bereiken van bovenstaande doelstelling. We richten ons in dit project op oudere cliënten (65+) in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en hun zorgverleners. Het project kende vijf fasen: in fase 1 is een exploratief onderzoek uitgevoerd vanuit het cliëntenperspectief en dat van zorgverleners naar indicatoren van de kwaliteit van zorg en hun onderlinge zorgrelatie. Dit exploratief onderzoek omvat een literatuuronderzoek en een narratief onderzoek onder cliënten en zorgverleners in de vorm van respectievelijk individuele en groepsinterviews. In fase 2 inventariseerden we in hoeverre de inzichten uit het narratief onderzoek een aanvulling vormen op de inzichten die worden opgehaald met de bestaande onderzoeksmethodieken. Fase 3 betrof de ontwikkeling van een nieuwe methodiek, inclusief implementatieplan. Beiden zijn in fase 4 bij wijze van pilot geïmplementeerd binnen een aantal van de deelnemende zorginstellingen en gezamenlijk geëvalueerd. Daarnaast hebben we gedurende het gehele traject een lerende evaluatie uitgevoerd. Dit heeft ons toegestaan om na iedere onderzoeksfase in co-creatie keuzes te maken met betrekking tot de volgende stap. De inbreng van kennisinstelling, zorginstellingen, verzekeraar en cliënten is hiermee zoveel mogelijk in het proces van ontwikkeling geborgd.

**Opbrengst:** De ontwikkelde methodiek beoogt het verhaal een plaats te geven als instrument om inzicht te krijgen in wat voor cliënten belangrijke kwaliteitsindicatoren zijn. Daarmee kan het naast bestaande methodieken worden gebruikt. Uit de evaluatie komt naar voren dat het werken met verhalen nieuwe informatiestromen op kan leveren die het leerproces op microniveau (het handelingsniveau van individuele zorgprofessionals), het mesoniveau (de kwaliteitsverbeteringscyclus binnen teams en organisaties in de VVT) en het macroniveau (ten behoeve van externe gebruiksdoelen zoals toezicht, zorginkoop en publieke informatie) kan ondersteunen met kwalitatieve, 'rijke' inzichten vanuit het cliëntperspectief. Het implementeren van deze methodiek vraagt naast kennis van narratief onderzoek om een aantal uitgangspunten vooraf, zodat de verhalen ook in organisatiecontext gebruikt kunnen worden zonder dat de betrokken cliënten hun anonimiteit verliezen. In het opgesteld implementatieplan geven we hier een aanzet voor. Daarnaast vraagt het werken met verhalen om oefening. Zoals ook bij andere onderzoeksmethoden het geval is vraagt het om training en supervisie (en later intervisie) t.a.v. de analyses. Desalniettemin zijn de leeropbrengsten in veel gevallen al vanaf de eerste ervaringen duidelijk: zorgprofessionals hebben in de pilot regelmatig aangegeven veel van de methode te hebben geleerd en door de verhalen van de ouderen geïnspireerd te zijn om te werken aan kwaliteitsverbetering.

## Trefwoorden / Keywords

narratief onderzoek; kwaliteit zorgrelatie; kwaliteitsverbetering; kwaliteitsindicator; cliëntenperspectief; co-creatie; ouderenzorg.

## Voorwoord

Aan ieder gesprek over kwaliteit van zorg dient een vraag vooraf te gaan: kwaliteit volgens wie? Verschillende partijen kunnen immers een andere kijk hebben op wat goede zorg is en vanuit dat perspectief verschillende kwaliteitsindicatoren aandragen. Maar ook het leidende zorgparadigma en de daaraan verwante sturingsmechanismen zijn hierop van invloed. Wat dat betreft is er de afgelopen jaren een verschuiving gaande. Het nieuwe Kwaliteitskader is een goed voorbeeld van een initiatief dat ruimte wil scheppen voor een nieuwe kijk op kwaliteit.

De afgelopen decennia stond in de Ouderenzorg het 'systeemenken' zoals Wouter Hart (2012) dat beschrijft aan het roer, ingegeven door de opkomst van het marktdenken in de zorg. De leidende gedachte achter dit marktdenken is een economische: de mens als rationele beslissingsnemer (of: consument) zal voor- en nadelen van verschillende alternatieven afwegen wanneer deze inzichtelijk zijn gemaakt en zo komen tot een geïnformeerde keuze. Dit was terug te zien in de wijze waarop zorggebruikers zijn bevroegd. Om deze keuze te kunnen maken dienen immers de gebruikte meetmethoden en kwaliteitsindicatoren zo objectief en vergelijkbaar mogelijk te zijn, wat vooral vraagt om een kwantitatieve insteek. De indicatoren Verantwoorde Zorg en de CQ-index zijn hier goede voorbeelden van. Op basis van scores kunnen alternatieven vervolgens -door middel van een ranglijst, certificaat of andere score- op een voor de gewone mens begrijpelijke wijze naast elkaar worden gezet. Dit proces beoogt de kwaliteit te verbeteren door de concurrentie tussen organisaties aan te wakkeren, iets waar cliënten van profiteren doordat zij een beter aanbod krijgen.

Maar is dat ook het geval geweest? Het is namelijk de vraag hoeveel er in de Ouderenzorg daadwerkelijk af te wegen en te kiezen valt. De 'consument' heeft als 'cliënt' over het algemeen weinig tijd, kennis en mogelijkheden om uitgebreid alle alternatieven te verkennen. Een zorgvraag lijkt veel mensen enigszins te overvallen door een samenloop van omstandigheden (het wegvallen van een mantelzorger, een onveilige woonsituatie, etc.) of natuurlijk een plotselinge verslechtering van de gezondheid. Op zo'n moment is de persoon om wie het gaat kwetsbaar. En misschien heeft diegene ook nog geen eerdere ervaring met het krijgen van V&V-zorg, iets wat helpt om aan te geven wat men belangrijk vindt. Hoe goed werkt het economische principe dan door? Wie gaat er op dat moment daadwerkelijk op zoek naar de beste zorgaanbieder? En als er al een voorkeur is, hoe groot is dan de invloed om daar geplaatst te worden? Hoe oefent kortom de oudere vanuit deze situatie zijn of haar invloed uit op de kwaliteit van zorg?

Kwaliteitsverbetering vanuit het cliëntenperspectief lijkt dan ook vooral te moeten komen vanuit onderzoek onder ouderen die al zorg ontvangen. Een nadeel hierbij is dat zij zich over het algemeen niet meer echt als 'consument' opstellen en alternatieven afwegen omdat ze weinig echte mogelijkheden hebben (of voelen) om van zorgaanbieder te veranderen. Dan rest het aangeven van hoe tevreden men is met de zorg waarmee men ervaring heeft. Soms geeft men dit zelf aan (denk aan complimenten of klachten) maar meestal wordt deze informatie aan de hand van (jaarlijkse) vragenlijsten verkregen. Om een vergelijking tussen scores mogelijk te maken staan daarin idealiter zowel de thema's als de antwoordcategorieën zo veel mogelijk vast: pakt ons huidig beleid goed uit? Is men dit jaar meer tevreden dan het jaar ervoor? Scoort de ene locatie beter dan de andere? En zijn onze cliënten meer tevreden dan die van onze concurrenten? Hoewel er vaak wel ruimte is om een antwoord toe te lichten of om een opmerking toe te voegen wordt hier over het algemeen weinig gebruik van gemaakt. Wie weleens een vragenlijst heeft ingevuld zal het gevoel wellicht herkennen niet echt het eigen verhaal erin kwijt te kunnen.

Het denken over kwaliteit ligt hierdoor in de praktijk onbedoeld soms dichter bij het werk van stafmedewerkers en managers dan bij de ervaringen van de cliënten en zorgprofessionals. Zorgmedewerkers die vervolgens worden gevraagd om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteitsscores vinden het vaak moeilijk om daar concrete leerpunten uit te halen. Uit de scores blijkt immers vaak niet wat er precies rondom de kwaliteit van zorg op een bepaald onderwerp speelt. Deze informatie is soms wel beschikbaar bij individuele zorgverleners die bij een cliënt over de vloer komen, maar die wordt dan meestal niet met anderen gedeeld. Bovendien is er in die gevallen meestal sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de zorgverlener en cliënt, waardoor het de vraag is of men open durft te zijn over bijv. de zorgrelatie.

De stem van ouderen en hun kijk op kwaliteit van zorg klinken door deze moeilijkheden maar moeizaam door in het systeem van kwaliteitsverbetering. Ouderen leren zich aan te passen aan het systeem waarin zij zich als zorgvragers bevinden. Maar leert het systeem zich ook aanpassen aan de ouderen, zodat het steeds beter kan worden? Bij het starten van dit onderzoek bleek dat veel zorgorganisaties op zoek zijn naar nieuwe onderzoeksmethoden die het leren van scores kunnen aanvullen met meer input vanuit het cliëntenperspectief. De invalshoek van de psychologie biedt hierin een goede aanvulling op die van de economie. In de psychologie worden mensen namelijk niet als rationele wezens gezien die informatie opzoeken, alternatieven afwegen op voor- en nadelen en vervolgens een geïnformeerde keuze maken. Zij worden juist gezien als irrationele wezens die zich heel vaak laten leiden door kans, emotie, relatie, tijdsdruk etc. De psychologie ziet ons keuzeprocess als verre van volmaakt: we zijn niet in staat om teveel informatie te overzien en hebben moeite met het daadwerkelijk afwegen van opties. Bovendien zijn we erg vatbaar voor beïnvloeding. Ons gedrag laat zich moeilijk voorspellen omdat onze drijfveren niet altijd even duidelijk zijn. Eerdere ervaringen, de cultuur binnen een organisatie, de relatie met zorgverleners, de sfeer, het zijn allemaal zaken die ons gevoel over de kwaliteit van de ontvangen zorg kunnen kleuren. Inzicht in de kwaliteitsindicatoren die ouderen zelf benoemen zou wellicht tot nieuwe inspiratie kunnen leiden over hoe ouderen meer kwaliteit van zorg te laten ervaren.

In de aanpak die we in dit rapport presenteren werken we met verhalen. Hierbij zijn ouderen die V&V-zorg ontvangen, thuis of in een zorginstelling, gevraagd om vrij te associëren op wat zij belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg. Er is hen hierbij één startvraag gesteld: “U ontvangt al een tijdje zorg bij organisatie X. Vertelt u daar eens over.” De verhalen die hierop volgen zijn geanalyseerd om er vervolgens kwaliteitsindicatoren uit te distilleren waarvan (altijd met oog voor de context waarin de kwaliteitsindicator is benoemd) kan worden geleerd. Er hoeft geen vertaalslag van scores naar de bedoeling van de respondent te worden gemaakt want van ieder gesprek wordt een portret opgesteld waarin wordt geïllustreerd hoe de respondent over het thema heeft gesproken. Er zijn ook zorgmedewerkers getraind in het ophalen van verhalen en dit blijkt voor veel van hen nieuwe inzichten te hebben gebracht. De persoonlijke verhalen van de ouderen en hun reflecties op de zorg die zij ontvangen hebben op alle onderzoekers indruk gemaakt. Dit maakt de zin om met kwaliteitsverbetering aan de slag te gaan groter.

Wij bedanken hierbij graag nogmaals iedereen die aan het project heeft bijgedragen: de ouderen die hun verhaal hebben willen delen, de zorgmedewerkers die hen hebben benaderd, die hun eigen ervaringen met ons hebben gedeeld en die de training hebben gevolgd en aan de slag zijn gegaan, de projectgroep en alle experts die het project inhoudelijk hebben gevoed.

Namens het projectteam,

Beatriz Roman

# 1 Het cliëntenperspectief op kwaliteit van zorg

## 1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we allereerst de aanleiding voor dit onderzoek en de hoofdlijnen van het debat waarbinnen deze vorm krijgt. Vervolgens presenteren we de doelstelling en onderzoeksvragen.

## 1.2 Van een aanbod- naar mensgerichte ouderenzorg

De transitie en transformatie van het zorgstelsel stelt oa de ouderenzorg voor uitdagingen. Het is voorstelbaar dat de kwaliteit van de zorgrelatie onder druk komt te staan door bezuinigingen, krappere personele bezetting en hogere complexiteit van zorgvragen van ouderen. Tegelijkertijd bieden deze veranderingen mogelijkheden om de zorgrelatie anders te benaderen en een omslag te maken naar meer mensgerichte zorg, met daarin een centrale plek voor een kwalitatief goede zorgrelatie. Ouderen worden idealiter gezien als volwaardige en actieve individu, met wie samen zorgen gerealiseerd kan worden. Passend bij de diversiteit onder ouderen kent deze co-creatie vele variaties (McCormack and McCance 2006, McCance, McCormack et al. 2011, Kitson, Marshall et al. 2013, Luijckx, 2014).

Veranderingen in het zorgstelsel zijn van invloed op de zorgrelatie. Bovendien hangen de kwaliteit van de zorgrelatie en de ervaren kwaliteit van de zorg grotendeels samen (ZonMw, 2015). Het monitoren van de kwaliteit van deze relatie is daarmee van groot belang. Aandacht voor de wijze waarop deze relatie wordt gemonitord is daarbij cruciaal. Bestaande, overwegend kwantitatieve, kwaliteitsindicatoren laten waardevolle inzichten in de leefwereld van ouderen buiten beschouwing en bieden weinig ruimte voor de diversiteit onder ouderen. De leefwereld is de wereld zoals we die hier en nu kennen (Hart, 2012) en daarin is de oudere zelf de 'expert'. Wie niet naar de leefwereld van ouderen vraagt, weet het niet: uit onderzoek blijkt dat ondervraagde ouderen en professionele zorgverleners vaak verschillende beelden hebben van wat voor ouderen belangrijk is in het dagelijks leven (Kane et al, 1997, Dröes et al, 2006, Gerritsen et al, 2007 & 2010). Daarnaast laten mensen ook op een hogere leeftijd even veel variatie in verwachtingen, wensen en behoeften zien als andere leeftijdsgroepen (Hallrup et al, 2009, Duner & Nordström, 2005, Eales et al, 2001, Boer et al, 2010). Uit bestaande kwaliteitsindicatoren kan nauwelijks afgeleid worden wat ouderen belangrijk vinden in de zorgrelatie en de zorg die zij ontvangen. Bovendien nodigt het niet uit om met individuele ouderen in gesprek te gaan over wat voor hen daadwerkelijk waarde creëert: het uitgangspunt van mens- en vraaggerichte zorg. Dergelijke informatie is wel nodig voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorgrelatie en daarmee de kwaliteit van leven van ouderen op microniveau. De inzet van kwalitatieve methoden blijkt wel mogelijk te zijn, maar nog niet voldoende ontwikkeld voor een volwaardige plaats in de kwaliteitsverbeteringscyclus (Batterink & Schippers, 2015).

In de dagelijkse zorgpraktijk komt het verhaal van ouderen enigszins aan de orde. Met behulp van bijvoorbeeld het Zorgleefplan gaan zorgverleners met ouderen in gesprek over wat zij nodig hebben. Impliciet gaat men dan ook op zoek naar het verhaal van de persoon die men voor zich heeft. Maar, zoals een lid van een cliëntenraad ons toevertrouwde, het ontbreekt in deze methodische aanpak nogal eens aan "empatisch luisteren". Het is van belang dat individuele verhalen worden vertaald naar beleid-, stuur- en keuze informatie, wat zonder een passende methodiek onmogelijk lijkt. Daarnaast is het van belang om de bestaande 'praktijktheorieën' onder zorgprofessionals over hoe een goede zorgrelatie met de cliënt aan te gaan en te onderhouden zichtbaar te maken. De zorgverleners hebben hier immers eigen opvattingen en gedachten over die hun dagelijks gedrag beïnvloeden. Binnen lerende organisaties krijgen deze praktijktheorieën idealiter een plaats binnen de kwaliteitsverbeteringscyclus: enerzijds om hier vanuit een theoretisch kader op te reflecteren (en zo hardnekkige vooroordelen te voorkomen), anderzijds om de inzichten het handelingsniveau van de individuele professional overstijgend te benutten (De Bruijn & Van Kleef, 2006). Deze gedachte wordt in grote lijnen door recent onderzoek ondersteund (Batterink & Schippers, 2015).

In dit kader biedt narratief onderzoek interessante mogelijkheden die een verdere verkenning waard zijn. Via story-telling technieken kan het 'ongefilterde' verhaal worden geanalyseerd en geduid op wetenschappelijk verantwoorde wijze. Daarmee kan de inzet van narratieve methoden nieuwe stuurinformatie opleveren op organisatieniveau en nieuwe handelingsinformatie opleveren op het niveau van teams en individuele professionals. Vanuit de praktijk is er belangstelling voor deze verkenning. Het vertellen van het eigen verhaal is immers iets wat de meeste mensen graag doen en wat hen gemakkelijk af gaat. Ook voor zorgverleners ligt het vaak voor de hand om via het verhaal op zoek te gaan naar 'de mens' achter de zorgvraag. Het goed 'vangen' van dit verhaal is echter nog lastig. Narratief onderzoek biedt daar uitkomst. Diversiteit onder ouderen komt hierin goed tot uiting doordat het individu centraal staat en inzichten over groepen pas in de analysefase verkregen worden. De aggregatie van data hangt dan ook af van overlap in de individuele verhalen.



### 1.3 Probleemstelling

De verschuiving in de ouderenzorg (VVT) naar een meer vraag- en mensgerichte werkwijze vraagt om een nieuwe kijk op kwaliteitsindicatoren:

1. mensgerichte zorg heeft als vertrekpunt de cliënt en diens wensen, behoeften en kwaliteitsbeleving (oa Berwick, 2003);
2. om vraaggericht te kunnen werken is 'real time' inzicht in kwaliteit nodig, zodat een continu afstem- en verbeterproces kan ontstaan;
3. informatie over de kwaliteitsbeleving van cliënten komt idealiter zo snel en zuiver mogelijk bij professionals en teams, naast de gebruikelijke rapportages richting staf en management. Kwaliteit moet immers op het microniveau van de interactie tussen cliënt en professional(s) tot stand komen, terwijl op dit niveau nog nauwelijks directe terugkoppeling plaats vindt. De terugkoppeling (in cijfers) die wel voor professionals en teams beschikbaar wordt gesteld staat in de praktijk vaak ver van hen af.

In dit project wordt onderzocht in hoeverre en op welke wijze 'het verhaal' als (structurele) kwaliteitsinput gebruikt kan worden. Het benutten van het verhaal geeft in potentie een nieuwe nog mensgerichtere lading aan het begrip 'vraaggericht werken'. Bovendien biedt het verhaal als bron van belevingsgerichte informatie nieuwe inzichten voor andere partijen die geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van zorg, zoals toezichthouders en financiers maar ook (potentiële) nieuwe cliënten. Inzicht in wat huidige zorggebruikers ervaren kan ouderen en hun naasten helpen om een keuze te maken voor de best passende zorg, ook passend bij de verwachtingen, levenswijze of –visie van de oudere zelf. In dit onderzoek streven we ernaar om samen met ouderen én samen met zorgprofessionals een methodiek te ontwikkelen die op deze uitgangspunten aansluit.

Het bestaand instrumentarium is primair bedoeld om kwaliteit zo objectief mogelijk in kaart te brengen en is meestal kwantitatief van aard. Onbedoeld gaat hierbij rijke informatie over ervaren kwaliteit verloren. Deze informatie wordt in verhalende vorm soms wel uitgewisseld tussen professionals en cliënten binnen hun reguliere interactie (de leefwereld). Het lukt met de bestaande methodieken onvoldoende om deze informatie uit de leefwereld op een goede wijze een structurele plek te geven in de 'systeemwereld', oftewel: de wereld die de leefwereld weergeeft in bijvoorbeeld beleid, werkwijzen en verantwoording. Met narratief onderzoek en methodieken gebruikt bij story-telling, kan deze informatie over de leefwereld van ouderen op valide en betrouwbare wijze worden opgehaald. Verwacht wordt dat een methode gebaseerd op deze kwalitatieve onderzoeksmethoden bij zal dragen aan het beter meenemen van de beleving van cliënten in het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties én dat deze sterker richting kan geven aan het handelen van professionals. Uitgangspunten van mensgerichte zorg zijn daarbij het kernelement: het gaat erom wat de zorg voor de oudere toevoegt of wat deze teweeg brengt (Luijckx, 2014).

Narratief onderzoek gaat de standaardvraag voorbij (Van Biene, 2008). Voor iedereen die vraaggericht wil werken is het van belang om te bedenken hoe een vraag gesteld wordt (en wat voor antwoorden deze kan opleveren) én om te bedenken hoe naar het antwoord te luisteren, dit te interpreteren en er betekenis aan te geven voor het dagelijks werk. Om dit te leren is een systematiek nodig, die daar waar kwalitatief onderzoek wordt toegepast in de praktijk nog blijkt te ontbreken (Batterink & Schippers, 2015). In het onderzoek van Significant (Batterink & Schippers, 2015) is geïnventariseerd welke methoden/instrumenten er in de VVT worden ingezet om zicht te krijgen op de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en cliënt en hoe deze inzichten worden benut. Deze methoden zijn opgehaald bij zorginstellingen en experts. De belangrijkste conclusies van het onderzoek van Significant bevestigen de aanleiding voor dit project, namelijk dat de kwantitatief verkregen informatie goed bruikbaar is voor verantwoording, maar een (te) geringe invloed heeft op leerprocessen binnen de zorginstellingen en dat de kwalitatief verkregen informatie moeite heeft het microniveau te overstijgen. Hiermee is deze bruikbaar voor individuele professionals maar heeft het een onvoldoende aanjagend effect op leerprocessen binnen de organisatie als geheel. Daarnaast blijft de informatie vrijwel onzichtbaar voor andere geïnteresseerden.

Er wordt expliciet voor gekozen om de narratieve aanpak verder te verkennen, omdat deze zo veel en zo lang mogelijk het verhaal en de eigen 'taal' van de oudere als uitgangspunt neemt. Vervolgens streven we naar een onderzoeksinstrument dat ook de mogelijkheid biedt om een in de wetenschap gefundeerde terugkoppeling te geven van patronen in de beleving van ouderen zodat deze informatie gebruikt kan worden door teams, organisaties en anderen. Doordat we vanuit de leerstoel Ouderenzorg in co-creatie met de praktijk op zoek gaan naar de mogelijkheden om het verhaal hiervoor te benutten hopen we een wetenschappelijk gefundeerde methodiek op te leveren die praktisch is en binnen de VVT goed kan worden toegepast.

Het kennisdoel van narratief onderzoek samen met de ouderen -namelijk 'welke aspecten van de relatie met professionele zorgverleners leveren in de beleving van de ouderen zelf meerwaarde aan hun kwaliteit van leven en waarom'- is in onze mening een zeer waardevolle aanvulling op de bestaande inzichten uit onderzoek in de ouderenzorg. Het laat zien wat voor de ouderen écht belangrijk is en hoe zij de verschillende aspecten van deze relatie beleven. Dit belevingsgericht onderzoek dient daarvoor zo min mogelijk te worden ingekaderd door vooraf bepaalde (expert)opvattingen over wat voor het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van leven van belang is. Het moet zich vanuit een open instelling richten op WAT ouderen allereerst individueel en uiteindelijk als groep belangrijk vinden en op WAAROM ze dat vinden.

## 1.4 Doelstelling

Met dit project beogen we

1. de stem van cliënten beter te laten doorklinken in de kwaliteitsverbeteringscyclus van zorginstellingen;
2. professionals een instrumentarium te bieden dat zo veel mogelijk aansluit op hun dagelijks werk en waarmee zij gericht de zorgrelatie met hun oudere cliënten kunnen verbeteren.

Voor organisaties kan een structurele kwalitatieve aanvulling op het nu grotendeels kwantitatief instrumentarium een verrijking van de beleidsinformatie opleveren. Voor cliënten en maatschappij kan het een beter inzicht geven in de manier waarop er met de geleverde zorg waarde wordt gecreëerd bij cliënten en hoe zij de zorg beleven. Dit levert nieuwe informatie op welke dicht bij de eigen leefwereld staat ten behoeve van hun keuze- en beslissingsproces voor een zorgaanbieder.

Onze doelstelling:

De kloof tussen de leefwereld van cliënten en professionals en de systeemwereld van het kwaliteitsonderzoek overbruggen door op een valide en betrouwbare wijze (op basis van kwalitatieve onderzoeksmethodieken zoals het narratief onderzoek) het verhaal onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid. Wij stellen ons tot taak om een wetenschappelijk gefundeerde en praktisch goed bruikbare methodiek te ontwikkelen waarmee rijke kwalitatieve informatie kan worden verkregen over de beleving van ouderen (individueel en als groep). Deze informatie moet bruikbaar zijn als handelingsinformatie voor individuele zorgprofessionals (het micro-niveau) en als input voor beleid voor teams en organisaties (het meso-niveau) en externe gebruikers, zoals toezichthouders, zorginkopers etc. (het macro-niveau). Het project gaat nadrukkelijk niet óver ouderen en professionals maar wordt samen mét hen uitgevoerd.

Uitgangspunten vooraf:

1. de ontwikkelde methode moet zoveel mogelijk door de zorgpraktijk zelf toegepast kunnen worden, zodat het eigenaarschap bij de degenen ligt die primair verantwoordelijk zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de zorgrelatie.
2. de benodigde investering moet passen bij de opbrengsten.
3. De stem van de ouderen moet zo zuiver mogelijk doorklinken, d.w.z. alleen een inhoudelijk zinvolle aggregatie van data in thema's of groepen is toegestaan.

## 1.5 Onderzoeksvragen

Onderzoeksvragen daarbij zijn:

- Wat zijn volgens cliënten en professionals belangrijke onderwerpen ter beoordeling van de kwaliteit van hun onderlinge zorgrelatie?
- Welke informatie wordt met het nu gebruikte instrumentarium opgehaald en komt dit overeen met wat cliënten en professionals belangrijk vinden?
- Hoe kan een kwalitatieve aanvulling op de beschikbare informatie op een valide en betrouwbare wijze worden gerealiseerd?
- Hoe kan kwalitatieve informatie worden benut voor kwaliteitsverbetering op het niveau van professional, team en organisatie?
- Hoe dient deze informatie over kwaliteit aangeboden te worden aan cliënten en maatschappij dat zij deze kunnen gebruiken voor het maken van keuzes over het aangaan van een zorg-, samenwerking- of bekostigingsrelatie?

## 1.6 Theoretische inbedding

De literatuur ten aanzien van het werken met verhalen kent verschillende stromingen. De discipline waarbinnen het onderzoek valt is hierbij sterk bepalend. Maar ook binnen disciplines worden er verschillende kaders gehanteerd om te werken met verhalen. Hét narratief onderzoek bestaat dan ook niet. Wel zijn er enkele bruikbare theoretische raamwerken ontwikkeld waarin uitgangspunten voor goed narratief onderzoek worden beschreven. Deze vormen het uitgangspunt voor onze dataverzameling en analyse in het narratief onderzoek dat we uitvoeren bij ouderen. Ze zullen eveneens worden benut voor het ontwikkelen van een werkbaar methodiek voor de ouderenzorg.

### 1.6.1 Wat is een 'verhaal'?

Het begrip 'verhaal' als theoretisch construct t.b.v. dit onderzoek verdient allereerst een nadere toelichting. Want wat is een verhaal precies? Is iedere dialoog een verhaal? En is ieder verhaal ook een narratief? In dit onderzoek zullen de begrippen 'verhaal' en 'narratief' door elkaar heen worden gebruikt. Dit komt omdat ons onderzoek valt binnen de categorie narratief onderzoek dat verhalen ziet als uitingen van menselijke, persoonlijke ervaringen (in navolging van o.a. Ricoeur in Wood, 1991, Riessman, 1993 e.a.). In deze stroming van narratief onderzoek is alles wat mensen vertellen van waarde en onderdeel van iemands persoonlijke verhaal. Dit in tegenstelling tot de stroming narratief onderzoek in navolging van Labov (1972) e.a. waarin verhalen gebeurtenissen beschrijven en daarmee een duidelijke structuur moeten bezitten om te mogen worden aangeduid als 'narratief' en te worden benut als data binnen onderzoek. Wel geldt er in de (linguïstische) literatuur vaak een bepaalde ordening in het werken met ervarings- of belevingsgerichte narratieven waarbij het woord 'verhaal' eerder wordt gekoppeld aan anecdotes of beschrijvingen van gebeurtenissen en het woord narratief eerder wordt gekoppeld aan een meer 'van bovenaf' beschouwd of reflectief geheel dat kan bestaan uit meerdere verhalen. Het narratief is daarmee van hogere orde dan het verhaal.

Ervaringsverhalen bevatten echter in de visie van Ricoeur e.a. per definitie een ordening gevormd vanuit het betekenis kader van de respondent en zijn gericht op het meegeven van een punt aan degenen die luisteren (de verteller kiest ervoor om bepaalde dingen wél of juist niet te vertellen en hij of zij bepaalt hoe hij dat doet qua toon, woordkeuze etc., hetgeen reflectie inhoudt), waardoor het onderscheid tussen 'verhaal' en 'narratief' zoals hierboven beschreven te simpel zou zijn (Squire e.a., 2014). Omdat we deze stroming binnen het narratief onderzoek aanhouden en veronderstellen dat hetgeen iemand verteld altijd gericht is op het maken van een punt en daarmee een bepaalde mate van (bewuste of onbewuste) reflectie inhoudt, gebruiken we beide termen door elkaar.

In de dagelijkse praktijk 'vertellen' we elkaar in gesprek zaken die voor ons op dat moment van belang zijn. De aangesneden onderwerpen worden door ons bepaald en zijn daarmee ook bedoeld om een bepaald punt over te brengen aan degenen die luisteren. Is ieder gesprek daarmee ook een verhaal? Of worden er eisen gesteld aan wat 'een verhaal' mag heten? Narratieven of verhalen worden altijd gevormd in dialoog met een daadwerkelijk of verondersteld publiek. Dat kan heel concreet degene zijn aan wie het verhaal verteld wordt (de luisteraar) maar ook anderen die er niet bij zijn, bijvoorbeeld het eigen sociale netwerk, maatschappelijke partijen, etc. Met de verhalen die iemand vertelt stelt hij of zij zijn eigen (sociale) identiteit vast, of althans: de identiteit waarmee men gepercipieerd wil worden door luisteraars. Er is daarmee altijd sprake van co-constructie, in de visie van bijvoorbeeld Langellier & Peterson (1992), Riessman (1993) of Squire e.a. (2014). Langellier & Peterson (1992) vonden zelfs verschillen wat betreft het omgaan met het (echte of ingebeelde) publiek tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen veel meer de interactie met de luisteraars opzochten en dus hun verhalen in co-constructie opstelden dan dat mannen dat deden.

Vanuit dit oogpunt zijn de eisen die deze stroming narratief onderzoek aan verhalen stelt dan ook niet zo strikt als de eisen die aanhangers van Labov en andere op gebeurtenissen gerichte onderzoekers stellen aan verhalen. Zij vinden namelijk dat er bruikbare en onbruikbare verhalen zijn. Deze onderscheiden zich door de aanwezigheid van bepaalde structurelementen en bijvoorbeeld een ordening in tijd ("en toen..."). Dit onderscheid is voor de ervaringsgerichte onderzoekers niet interessant. Zoals eerder gesteld wordt alles dat iemand zegt gezien als een bijdrage aan 'het punt' dat iemand wil maken. Ieder verhaal – ook in termen van gebeurtenissen zoals in het onderzoek van Labov – is selectief opgesteld en bevat daarmee een (persoonlijk) evaluatief component: wat vertelt iemand immers wel en wat niet? Dit onderscheid is dus niet zo makkelijk te maken. Daarnaast is een ervaring lastig te ordenen in termen van tijd. Het ordeningsprincipe van een ervaring ligt elders, bijvoorbeeld in de emotie waarmee iemand keuzes maakt over wat wel of niet te vertellen, een achterliggende preoccupatie of uiting van de eigen identiteit (i.r.t. de luisteraar). Deze is alleen onderzoekbaar vanuit een sociaal constructivistisch paradigma.

## 1.6.2 Hoe kun je een verhaal analyseren?

Wij gaan er in dit onderzoek dan ook vanuit dat verhalen of narratieven die worden gebruikt als data in de sociale wetenschappen altijd in co-constructie tussen verteller en (veronderstelde) luisteraar tot stand zijn gekomen. Dit betekent dat ze altijd vanuit een bepaald betekenis kader en in een interne dialoog (tussen verteller en zijn of haar beoogd publiek) verteld worden én vanuit een bepaald betekenis kader geïnterpreteerd worden door dat publiek, in eerste instantie de onderzoeker. Deze co-constructie kan worden gezien als een tijdelijke alliantie (Squire e.a., 2014) waardoor het narratief steeds een iets andere vorm kan krijgen, afhankelijk van de luisteraar, hetgeen bij de verteller meest op de voorgrond staat, etc. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van verhalen als 'meting' expliciet in deze stroming van onderzoek wordt gezien als problematisch, of althans: betrouwbaarheid in de strikte zin van wetenschappelijke rigor waarin het gaat om het uitsluiten van toevallige 'meetfouten'. Wanneer de analyse van narratieven zich echter niet richt op de inhoud van de verhalen zelf maar op het onderliggende punt dat ze willen overbrengen wordt dit probleem door onderzoekers zoals Hollway & Jefferson (2000) en Squire et al. (2014) als veel minder problematisch gezien: verhalen worden dan verondersteld een steeds wisselende uiting te zijn van hetzelfde onderliggende punt of de centrale preoccupatie van de respondent. Ze zijn gestoeld op zelfreflectie. Het gebruik van het woord 'ik' in verhalen laat deze zelfreflectie zien (Squire et al, 2014).

Squire et al. (2014) beschrijven eveneens manieren waarop de onderzoeker vanuit zijn of haar veronderstelde co-construerende rol bij het werken met verhalen kan reflecteren op de impact hiervan. Dit kan bijvoorbeeld door na te gaan hoe het onderzoeksobject waarop de verhalen gebaseerd zijn tot stand is gekomen en welke relatie de onderzoeker zelf met dit onderwerp heeft. Dit kan bias in de analyse voorkomen. Daarnaast dient de onderzoeker zich bewust te zijn van de mate waarin hij of zij actief stuurt als het gaat om de vorming van verhalen. Hoe dragen de gebruikte setting, materialen, vragensets hiertoe bij? En hoe groot is de bijdrage van het eigen gedrag, het eigen voorkomen etc.? Deze vragen spelen uiteraard ook een rol in andere vormen van onderzoek. Tot slot dient de onderzoeker na te gaan wat de impact is van het publiceren van de gedeelde verhalen voor de respondent. Dit kan om voorzichtigheid vragen t.a.v. bijvoorbeeld rapportage op een tot personen herleidbare wijze en vraagt om een ethische analyse. In dit project sluiten wij hierop aan.

Verhalen hebben bovendien een sociale context waarbinnen ze worden verteld. Deze context kan worden gezien als een "master story" oftewel overkoepelend verhaal waarvan individuele verhalen voorbeelden of 'tegenvoorbeelden' zijn (Gates, 1995; Harris, Carney and Fine, 2001, in Squire e.a., 2014). Een voorbeeld hiervan gerelateerd aan de ouderenzorg zou kunnen zijn dat alle individuele verhalen een component bevatten van autonomie, aangezien het 'grote' of overkoepelend maatschappelijk verhaal over ouderen in onze maatschappij is dat hun autonomie noodgedwongen afneemt (of: afgenomen moet worden) omdat zij deze niet meer goed aankunnen. Individuele ouderen positioneren hun verhaal in deze visie gedeeltelijk t.o.v. dit grote verhaal: hoe autonoom zijn zij (nog) en hoe autonoom zouden zij willen zijn? Het is denkbaar dat dit onderwerp in andere culturen / sociale context niet naar voren zou komen omdat het grote verhaal van 'de oudere als hulpbehoevende' daarin ontbreekt en bijvoorbeeld meer gericht is op de oudere als 'wijs mens'. Het bestaan van deze grote thema's is onderdeel van een cultuur en daarmee niet problematisch voor het werken met verhalen. Wel kan het letten op trends in thema's tussen individuele verhalen interessant zijn om inzicht te krijgen in deze 'master stories' en hoe individuen zich hiertoe verhouden (in vergelijking met andere onderzoeksmethodes zoals discours analyse). Wanneer er vanuit deze uitgangspunten wordt gewerkt met verhalen bieden ze een waardevolle toevoeging op andere onderzoeksmethoden om ervaringen inzichtelijk te maken en hiervan te leren.

## 1.7 Leeswijzer

In deze rapportage worden de ouderen ook weleens aangeduid als 'cliënten', 'bewoners' (waar het mensen betreft die intramurale V&V zorg ontvangen), 'zorgvragers' of 'respondenten'. Het gaat hierbij steeds om dezelfde doelgroep, binnen dit project zijn dat ouderen van 65 jaar of ouder die minimaal 3 maanden V&V-zorg ontvingen, thuis of in een zorginstelling. Degenen die voor hen zorgen en waarmee zij dus een zorgrelatie hebben worden eveneens variërend aangeduid als zorgmedewerkers, zorgprofessionals of zorgverleners. Ook wordt er afwisselend gesproken over 'de methodiek' en 'het instrument' of 'de werkwijze' om de ontwikkelde methode aan te duiden. De belangrijkste reden voor deze variaties is niet inhoudelijk maar bedoeld voor het vergroten van de leesbaarheid van dit rapport.

We presenteren eerst de aanpak van het project als geheel, vervolgens de uitkomsten van de verschillende onderzoeksfases en sluiten af met een beschrijving van de ontwikkelde methodiek, die ook terug te vinden is in Bijlage 1.

## 2 Ontwikkeling van een nieuwe methodiek

### 2.1 Plan van aanpak

We hebben in de periode augustus 2015 tot januari 2019 in 5 fasen toegewerkt naar de ontwikkeling, implementatie en toetsing van een nieuwe toepassingsmogelijkheid van narratief onderzoek binnen de Ouderenzorg. De ontwikkelde methodiek beoogt inzicht te geven in de leefwereld van ouderen die langdurig zorg ontvangen m.b.t. de ervaren kwaliteit van zorg en relatie met hun zorgverlener(s) en de betekenis die dit heeft voor hun dagelijks leven. Dit inzicht biedt in aanvulling op de bestaande kwantitatieve en kwalitatieve instrumenten nieuwe mogelijkheden om in gesprek te gaan over kwaliteit, te werken aan kwaliteitsverbetering en om de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar te maken voor potentiële nieuwe cliënten en ten behoeve van verantwoording.

Voor de ontwikkeling van een plan voor dataverzameling en –analyse aan de hand van de narratieve onderzoeksmethode is gebruik gemaakt van het werk van Hollway & Jefferson (2004) maar ook van dat van Abma (1999, 2006), Widdershoven (2001), Van Biene (2008) en Hunter (2010). De ontwikkelde methodiek moet daarnaast vooral bruikbaar zijn in de praktijk; deze praktijkwaarde stellen we dan ook centraal. We hebben daarom bij de ontwikkeling van de methodiek en in de pilotfase ook uitgebreide aandacht besteed aan de implementatie van de methodiek in de praktijk van zorginstellingen, met specifieke aandacht voor essentiële implementatiekenmerken zoals haalbaarheid, draagvlak en randvoorwaarden qua benodigde personele inzet, tijd en geld.

Voor het uitvoeren van de praktijkevaluatie van het te ontwikkelen instrument gebruikten we de methodiek van de vierde generatie of 'lerende' evaluatie van Guba en Lincoln (1989). Deze lerende evaluatie heeft gedurende het gehele project meegelopen in een cyclus van terugkoppeling van tussentijdse bevindingen door de onderzoekers aan de projectgroep, het in interactie duiden en evalueren hiervan door de deelnemende onderzoekers, ouderen en zorgverleners gezamenlijk en het in co-creatie uitwerken van de volgende stap in het project. Het vierde generatie evaluatieonderzoek heeft als uitgangspunt dat de resultaten geen beschrijving zijn van de realiteit of 'waarheid', maar dat het gaat om betekenisvolle constructies van mensen of groepen mensen, die zin proberen te geven aan de realiteit waarin zij zich bevinden (hun leefwereld). Bevindingen zijn daarmee geen 'feiten' maar constructen, gecreëerd in (dialogische) interactie tussen belanghebbenden. De constructen zijn daarmee een co-product waarmee validiteit wordt afgesproken voor de voorlopige waarheid die uit dit gezamenlijk proces komt (Guba & Lincoln, 2005). Deze interactie heeft gedurende het gehele project plaatsgevonden. Daarmee kon een dynamisch leerproces ontstaan vanuit de uitwisseling van ervaringen en perspectieven (Widdershoven, 2001). De lerende evaluatie sluit goed aan bij onze visie op het belang van onderzoek doen samen met de belangrijkste belangenpartijen als het gaat om de uitkomsten.

### 2.2 Onderzoekspopulatie

We hebben het in dit plan van aanpak over cliënten/ ouderen, zorgprofessionals, het teams en organisaties. Onder cliënten / ouderen verstaan we mensen van 65 jaar of ouder die gedurende een periode van minimaal 3 maanden verpleging en/of verzorging ontvangen in de thuissituatie of binnen een instelling. Deelnemers moesten op het moment van het onderzoek in staat en bereid zijn om de kaders van het onderzoek te begrijpen, toestemming te verlenen voor deelname en uiteraard om hun verhaal te delen. Dat wil zeggen dat mensen met een ernstige beperking op fysiek of cognitief vlak (zoals afasie of vergevorderde dementie) zijn uitgesloten van deelname. Omdat we recht willen doen aan de mogelijke diversiteit binnen deze groep hanteren we, in navolging van de visie vanuit het narratief onderzoek, geen verdere afbakening.

Onder zorgprofessionals verstaan we medewerkers van VVT instellingen die direct in contact staan met cliënten in het kader van verpleging of verzorging (het primaire zorgproces). Dit kunnen medewerkers zijn van verschillend opleidings- en/of functieniveau. Teams zijn de organisatorische eenheden waartoe zorgprofessionals zich rekenen en waarmee zij de verantwoordelijkheid qua zorg voor een specifieke cliënt delen. Het teamniveau wordt bij verschillende zorginstellingen anders ingevuld, zo kan er sprake zijn van organisatie in teams per wijk, stadsdeel, afdeling, zorgvraag of anders. We sluiten hierbij aan op de invulling die hieraan wordt gegeven binnen de deelnemende zorginstellingen. Onder 'de organisatie' verstaan we de zorginstelling als geheel, met daarin een belangrijke rol voor het secundaire- en het aansturingsproces: beleidsondersteuners, management en bestuur als degenen die de koers bepalen en als bewakers van de geleverde kwaliteit.

## 2.3 Onderzoeksfasen en –stappen

Bij de start van het project is een klankbordgroep gevormd met als doel het project te begeleiden op inhoud en voortgang. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van de deelnemende zorginstellingen (Azora, Brabantzorg, De Riethorst Stromenland, Schakelring, Surplus, Thebe, De Wever, Zuidzorg) en CZ. Op enkele punten in het onderzoek zijn ook cliënten en/of Cliëntenraden uit deze instellingen gevraagd om te participeren.

**Fase 1:** Onderzoek vanuit het cliëntenperspectief en dat van de zorgverlener naar indicatoren van de kwaliteit van hun onderlinge zorgrelatie. Eerst is onderzocht wat cliënten en zorgverleners belangrijk vinden ten aanzien van de kwaliteit van hun zorgrelatie. In deze fase wordt onderzoeksvraag 1 beantwoordt: wat zijn volgens cliënten en professionals belangrijke onderwerpen ter beoordeling van de kwaliteit van hun onderlinge zorgrelatie?

**Stap 1a:** Onderzoek binnen de (internationale) wetenschappelijke literatuur naar het perspectief van cliënten en hun zorgverleners over kwaliteitsindicatoren ten aanzien van hun onderlinge zorgrelatie.

We starten met een verkennend onderzoek naar aspecten die vanuit het cliëntenperspectief en dat van zorgprofessionals van belang zijn voor kwalitatief goede zorg en een goede zorgrelatie. Dit onderzoeken we via de narratieve methode door in gesprek te gaan met ouderen. Dit kunnen aspecten zijn die zorgen voor een betere relatie als ze aanwezig zijn (een positieve bijdrage) of aspecten die bij hun aanwezigheid zorgen voor een verslechtering van de relatie (een negatieve bijdrage). We richten ons daarbij naar onderzoeken binnen de langdurige zorg of care en zoveel mogelijk met betrekking tot dezelfde of een vergelijkbare onderzoekspopulatie als die binnen dit project. ZonMW benoemt in het programma 'Kwaliteit van zorg: versnellen, verbreden, vernieuwen' tien thema's die van belang zijn in de relatie tussen cliënt en zorgverlener:

1. Vertrouwen
2. Waardering
3. Afspraken nakomen
4. Ontwikkeling en ontplooiing
5. Respecteren
6. Elkaar helpen
7. Ruimte voor initiatief
8. Eigen regie en zeggenschap
9. Verbinding maken
10. Er zijn voor de ander

Deze thema's worden naast het praktijkonderzoek geplaatst.

**Stap 1b:** Opstellen gesprekspuntenlijsten en (voorlopige) coderingsschema's en deze afstemmen met de klankbordgroep. Voorleggen onderzoeksplan aan de Ethische commissie (ETC) van Tilburg University.

Er zijn twee gesprekspuntenlijsten opgesteld: één voor de individuele interviews van ongeveer 45 minuten met cliënten en één voor groepsinterviews van 1,5 uur met zorgprofessionals. Hoewel de interviews in stap 1c zo open mogelijk zullen zijn en we pas achteraf conclusies willen trekken over wat voor de deelnemer vertellenswaardig was, is een (korte) gespreksleidraad nodig om de cliënten tot vertellen uit te nodigen. Deze gespreksleidraad zal niet bestaan uit vragen maar uit onderwerpen die de interviewer aan bod wil stellen, zoals de achtergrond van de zorgrelatie, het type zorgrelatie en naar aspecten die van belang zijn voor de ervaren kwaliteit van de relatie tussen zorgprofessional en cliënt (de kwaliteitsindicatoren). Bij de zorgprofessionals zal naast de eigen beleving ook naar de professionele opvatting en naar het organisatieperspectief op aspecten van een kwalitatief goede zorgrelatie worden gevraagd.

Ook zijn twee voorlopige coderingsschema's opgesteld ten behoeve van de analyse van de verkregen narratieven. Hollway en Jefferson (2013) hanteren hierbij een psychoanalytische blik, waarin het analyseproces erg interpretatief is en weinig uitgewerkt wordt beschreven. De indelingen van allereerst Abma (1999) en vervolgens Chase (2005) vormen daarom daarnaast het uitgangspunt. Abma stelt dat de 'luisteraar' of onderzoeker van het verhaal op zoek is naar:

1. Een lijn om het verhaal te volgen (het 'punt' of 'the end-point'). Dit punt kan iets wenselijks of juist onwenselijks zijn maar vormt de aanleiding om het verhaal te willen vertellen.
2. Begrip van de betrokken actoren en het waarom van hun handelen. Welke gebeurtenissen worden beschreven, in welke volgorde, en welke actoren zijn er (en wat is hun rol of toegekende identiteit)?
3. De betekenis van het verhaal voor de verteller. Welke causale verbanden worden er gelegd en vanuit welke redenering? Waarom zijn deze voor de verteller van belang?

Chase (2005) onderscheidt de volgende invalshoeken:

1. Wat is het perspectief van de verteller op aspecten die van belang zijn voor de relatie cliënt-zorgverlener (inclusief diens emoties, gedachten, interpretaties en visie op wat wel/niet het vertellen waard is).
2. Hoe wordt iets verteld (met welke 'stem' en vanuit welke sociale positie)? Welke verbale acties onderneemt de verteller om iets te bereiken? (bijv. klagen, onderhouden, informeren, verdedigen, bevestigen, aanvallen).
3. Wat zijn overeenkomsten en verschillen tussen narratieven? Zijn er patronen te herkennen, ten aanzien van terugkerende thema's, redeneringstrant, bij groepen vertellers of anders?

Sinds 2012 is voor empirisch onderzoek onder burgers en zorgprofessionals aan Tilburg University toestemming van de Psychologisch Ethische Toetsingscommissie (PETC) vereist. Allereerst beoordeelt de commissie of onderzoek voldoet aan de Wet mensgebonden medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO). Ten tweede toets de PETC of het onderzoek dat voorligt van goede kwaliteit is (slecht onderzoek is namelijk een onnodige belasting op de proefpersoon). Ten derde beoordeelt de PETC of het onderzoeksprotocol voldoende ingaat op alle ethische aspecten. Na het verkrijgen van deze toestemming start de fase van dataverzameling (stap 1c).

#### **Stap 1c:** Interviews met cliënten en groepsinterviews met professionals

De dataverzameling vindt plaats door middel van open interviews. Daarbij zal gebruik worden gemaakt van de gesprekspuntenlijsten ontwikkeld in stap 1b. In deze interviews worden deelnemers uitgenodigd om hun 'verhaal' te vertellen.

Voor het werven van deelnemers aan de interviews werken de onderzoekers nauw samen met de deelnemende zorginstellingen. De zorginstellingen selecteren potentiële deelnemers op basis van de door de onderzoekers vastgestelde selectiecriteria en informeren hen over het project. Vervolgens nodigen de onderzoekers potentiële deelnemers uit voor deelname aan het onderzoek, informeren hen nogmaals over het onderzoek en vragen hen om een schriftelijke verklaring te ondertekenen (informed consent).

Hierbij hanteren we de volgende selectiecriteria:

- de mogelijkheid om te reflecteren op aspecten die van belang zijn voor de kwaliteit van de relatie met hun zorgverlener en de mogelijkheid om te vertellen hierover (geen fysieke of psychische beperkingen daartoe, een inschatting die primair gemaakt wordt door de uitnodigende zorginstelling en indien relevant secundair door de interviewer) en
- een vertegenwoordiging van cliënten uit de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (in de Thuiszorg gaat het om cliënten met in ieder geval een V&V-indicatie).

We gaan uit van een natuurlijke spreiding t.a.v.:

- leeftijd
- aard van de zorg (somatisch/ psychogeriatrisch)
- zorgzwaarte (in termen van intensiteit van het contact met zorgprofessionals van de deelnemende organisatie)

De meest relevante spreidingscriteria zijn in overleg met de klankbordgroep bepaald, in combinatie met inzichten uit de literatuur. Uiteraard wordt met narratief onderzoek geen representativiteit beoogd. De achtergrond van de selectiecriteria is het optimaliseren van de praktijkwaarde van deze onderzoeksstap per branche en het zorgen voor een zo natuurlijk mogelijke spreiding naar type cliënten en over de deelnemende organisaties, ten behoeve van de ontwikkeling van het instrument.

Er hebben 27 bruikbare interviews plaatsgevonden. De interviews werden gehouden op een locatie naar keuze van de respondent (thuis of in de zorginstelling). Alle interviews zijn opgenomen en letterlijk getranscribeerd.

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en zijn zo snel mogelijk geanonimiseerd. De data worden conform het kwaliteitsbeleid van Tranzo gearhiveerd en bewaard.

Professionals zijn in groepsinterviews uitgenodigd om gezamenlijk te reflecteren op wat volgens hen belangrijke aspecten zijn van de relatie met de cliënt, vanuit de professionele opvatting, conform de organisatie en vanuit de eigen beleving. Tijdens deze groepsinterviews zijn narratieve werkvormen gebruikt om deze aspecten aan bod te laten komen. Er hebben drie groepsinterviews plaatsgevonden waaraan in totaal 12 mensen hebben deelgenomen.

**Stap 1d:** Analyse en rapportage van stap 1a t/m 1c.

De interviews met cliënten en de groepsinterviews met zorgprofessionals zijn getranscribeerd. Transcripten zijn letterlijke uitwerkingen van de gesprekken, inclusief alle stopwoordjes, aarzelingen, zelfcorrecties, verhaspelingen en grammaticale afwijkingen. De transcripten zijn vervolgens conform de Gefundeerde Theoriebenadering gecodeerd. Codering is een manier van betekenis geven en verloopt in een aantal fasen (Van Biene, 2008). Om de betrouwbaarheid van dit proces te verbeteren is een gedeelte van de interviews door twee verschillende onderzoekers gecodeerd, waarna de codering met elkaar werd vergeleken. Na het coderen van 3 dezelfde narratieven door twee verschillende onderzoekers zijn het proces van coderen en het codeboek geëvalueerd en waar nodig aangescherpt ter verbetering van de betrouwbaarheid. Vervolgens zijn de overige narratieven gecodeerd.

**Fase 2:** Inventariserend onderzoek naar de mate waarin de bestaande methoden/ instrumenten informatie opleveren t.a.v. de in fase 1 gevonden kwaliteitsindicatoren (februari-mei 2016).

In deze fase wordt in kaart gebracht hoe het huidige kwaliteitsonderzoek informatie aandraagt t.a.v. de in het narratief onderzoek van stap 1 gevonden aspecten van kwaliteit van de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Ook onderzoeken we hoe narratief onderzoek de informatie hierover verder kan verrijken. Na afronding van fase 2 zijn onderzoeksvragen 2 en 3 beantwoordt: welke informatie wordt met het nu gebruikte instrumentarium opgehaald en komt dit overeen met wat cliënten en professionals belangrijk vinden? Hoe kan een kwalitatieve aanvulling op de beschikbare informatie op een valide en betrouwbare wijze worden gerealiseerd?

**Stap 2b:** De in stap 2a genoemde instrumenten en methoden zijn verzameld en bestudeerd in een documentonderzoek, aangevuld door een vragenlijst uitgezet bij de projectgroep. Kernvragen hierbij zijn wat het instrument of de methodiek beoogt te meten, hoe dit daadwerkelijk gemeten wordt, welke informatie ermee wordt verzameld en hoe deze aan professionals, organisaties, cliënten en maatschappij wordt teruggekoppeld (of hiervoor zou kunnen worden gebruikt).

**Stap 2d:** Om inzicht te krijgen in mogelijke aanvullende wensen en behoeften t.a.v. de informatie die het huidige instrumentarium oplevert zijn we in stap 2d in gesprek gegaan met experts en andere vertegenwoordigers van het 'macro-perspectief'. We hebben hiervoor gesproken met vertegenwoordigers van Actiz, LOC, V&VN, Zorginstituut Nederland en Zorgkantoor CZ.

**Fase 3:** Ontwikkelen methodiek om ontbrekende informatie in de bestaande kwaliteitsindicatoren aan te vullen

In deze fase is in nauwe samenwerking met cliënten en medewerkers van de betrokken zorgorganisaties een nieuw kwaliteitsinstrument of een nieuwe methodiek op basis van narratief onderzoek ontwikkeld. Daarnaast is er een plan ontwikkeld voor de implementatie hiervan in de praktijk.

**Stap 3a:** Bureauonderzoek naar de mogelijkheden om narratief onderzoek als structurele kwaliteitsindicator in te zetten t.b.v. het verkrijgen van inzicht in de aspecten van de zorgrelatie die belangrijk zijn vanuit het cliëntenperspectief en dat van zorgprofessionals. Ook wordt bekeken op welke wijze dataverwerking en -analyse moeten plaatsvinden om te voldoen aan de methodologische vereisten van betrouwbaarheid en validiteit. Stap 3a levert een overzicht van randvoorwaarden en uitgangspunten op die gelden voor de ontwikkeling van de nieuwe methodiek.



**Stap 3b:** In samenwerking met cliënten en medewerkers van de betrokken organisaties een voorstel voor een nieuwe methodiek ontwikkelen, inclusief implementatieplan voor uitrol van de dataverzameling en analyse van de opbrengsten. Bij de ontwikkeling hiervan golden als uitgangspunten dat de methodiek in staat moet zijn om:

- De input van narratieve data te organiseren.
- Achteraf betekenis toe te kennen aan narratieve data.
- Deze data zodanig te bewerken dat ze hanteerbaar worden t.b.v. kwaliteitsverbetering op organisatie, team en individueel niveau.
- De werkelijkheidsconstructies van ouderen rondom door henzelf aangedragen kwaliteitsindicatoren voor de kwaliteit van de relatie met hun zorgverlener in kaart te brengen.
- Groepen die zich verenigen rondom een bepaalde kwestie in kaart te brengen.

Het implementatieplan of de handreiking beschrijft de werkwijze waarin de ontwikkelde methodiek binnen de deelnemende zorginstellingen kan worden uitgezet.

**Stap 3c:** In co-creatie met de klankbordgroep en een delegatie van de cliëntenraden van de deelnemende instellingen wordt dit voorstel getoetst op praktische haalbaarheid en wordt input verzameld om de methodiek en het implementatieplan verder te ontwikkelen. Hiervoor zijn 2 bijeenkomsten georganiseerd (mei 2017 en juni 2018).

**Stap 3d:** Waar nodig aanpassen van het plan van aanpak op basis van de inzichten uit de bijeenkomsten. Ook wordt het evaluatiekader opgesteld t.b.v. de praktijkevaluatie van de pilot. Hiervoor wordt zoals eerder beschreven de lerende evaluatie als uitgangspunt genomen. De thema's voor dit evaluatiekader zijn deels inhoudelijk (levert het instrument de beoogde inhoudelijke input op micro-, meso- en macroniveau?) en deels procesmatig (onder welke voorwaarden is het instrument goed bruikbaar in de praktijk)?

**Stap 3e:** Ontwikkelen van het definitieve instrument of de methodiek voor gebruik in de pilot.

Het instrument/ de methodiek wordt dusdanig doorontwikkeld dat deze t.b.v. een pilot toe te passen is binnen zorginstellingen.

**Fase 4:** Toetsen van het ontwikkelde instrument of de methodiek in de praktijk (pilot)

De ontwikkelde methodiek is binnen 5 van de 8 deelnemende VVT-instellingen geïmplementeerd bij wijze van pilot. Na een dataverzamelingsperiode van 6 maanden is de methodiek gezamenlijk op haar opbrengsten, gebruiksgemak en praktijkwaarde getoetst. Deze (lerende) evaluatie is uitgevoerd door de onderzoekers samen met de deelnemende zorginstellingen en verzekeraar CZ. De rol van CZ betreft vooral het meedenken over hoe de methodiek de processen van inkoop, toezicht en publieke informatie kan dienen. Vanuit de eigen positie kan CZ reflecteren op de eisen die zij zelf aan de inzichten o.b.v. de narratieve onderzoeksmethode zouden stellen om deze te accepteren als wijze om zicht te krijgen in kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van de cliënt. Na de eerste ervaringen is daarnaast een tussenevaluatie verricht welke eventuele tussentijdse bijsturing mogelijk maakte.

**Stap 4a:** Een pilotgroep zorgverleners en de meest relevante beleidsmedewerkers uit de deelnemende zorginstellingen zijn getraind in toepassing van het instrument/de methodiek en waar nodig door de onderzoekers getraind t.b.v. de implementatie van het instrument/ de methodiek in de praktijk.

**Stap 4b:** De praktijkinstellingen implementeerden het nieuwe instrument of de methodiek en verzamelden hiermee gedurende een periode van 6 maanden data.

**Stap 4c:** Het instrument/de methodiek, het dataverzamelings- en analyseplan worden op basis van de inzichten uit deze bijeenkomsten waar nodig verfijnd.

**Stap 4d:** De pilot wordt in de klankbordgroep geëvalueerd en van deze evaluatie is verslag gemaakt.

## 3 Resultaten

Om te verkennen of narratief onderzoek van meerwaarde zou kunnen zijn voor het verdiepen van het inzicht in het cliëntenperspectief in de ouderenzorg is allereerste een brede raadpleging uitgevoerd. Met dit doel zijn enkele experts binnen de ouderenzorg geïnterviewd en zijn er groepsgesprekken georganiseerd waarbij zorgmedewerkers zijn geraadpleegd. De centrale vraag in deze gesprekken is steeds geweest: “Welke (on)mogelijkheden zie je voor het werken met verhalen binnen de ouderenzorg?” We starten dit hoofdstuk met een samenvatting vanuit deze verschillende perspectieven. Vervolgens presenteren we de resultaten van het narratief onderzoek uitgevoerd onder ouderen die V&V zorg ontvingen (intramuraal of thuis) ten tijde van de gesprekken.

### 3.1 Actiz

Bij aanvang van het gesprek met twee medewerkers van Actiz geven zij duidelijk aan dat zij nieuw onderzoek naar het in kaart brengen van kwaliteitsindicatoren o.b.v. kwalitatieve methoden niet direct toejuichen. Actiz heeft zelf onderzoek gedaan naar de (on)mogelijkheden van het benutten van instrumenten gericht op het gebruiken van de zogenoemde ‘zachte kant’ van de zorg t.b.v. kwaliteitsverbetering binnen de instellingen en voor de verantwoording van zorg. Hoewel zij het belang van wat zij ‘een vernieuwd kwaliteitsbewustzijn’ hebben genoemd onderschrijven is uit deze verkenning steeds gebleken dat de zachte kant van zorg ook vooral door instrumenten en methoden wordt belicht die eveneens ‘zacht’ zijn, d.w.z. tot onvoldoende betrouwbare uitspraken leiden om het niveau van de zorgrelatie of de instelling te overstijgen en bijv. voor verantwoording te dienen. Op micro-niveau is het gebruik van verhalen geschikt, op meso-niveau als aanvulling bruikbaar maar een verdere aggregatie richting informatie op macro-niveau is onwenselijk. Zowel voor de cliënt, omdat er dan wellicht onvoldoende recht wordt gedaan aan zijn of haar unieke ervaring als voor de instelling die niet gebaat is wanneer casuïstiek op de voorgrond staat op macro-niveau.

Goed onderbouwde uitspraken over kwaliteit zijn op macro-niveau van belang omdat ze gebruikt worden voor verantwoording en deze vaak gekoppeld is aan imago én financiële consequenties kan hebben. De afgelopen 10-15 jaar heeft de branche tevergeefs gezocht naar mogelijkheden om in bijvoorbeeld de zorginkoop recht te doen aan de zachte kant van de zorg. Maar die verkenning heeft vooral een scherp beeld gegeven van de problemen die zich daarbij voor kunnen doen. Het risico op onverantwoord gebruik van casuïstiek wordt ingeschat als groot, waardoor organisaties hier onterecht schade van zouden kunnen ondervinden. Een eventuele koppeling aan formele externe verantwoording zoals toezicht en zorginkoop wordt dan ook gezien als zeer zorgelijk. De lijn is daarmee voor Actiz duidelijk: instrumenten en methoden die zich vooral richten op kwaliteitsverbetering t.a.v. het dagelijks handelen van zorgverleners, het bevorderen van cliëntparticipatie en in brede zin ‘het goede doen voor de cliënt als mens’ zijn interessant voor intern gebruik maar lenen zich niet voor macro-doelstellingen zoals externe verantwoording.

Actiz draagt twee onderzoeken aan ter ondersteuning van de toegelichte visie. In een door Actiz uitgevoerde verkenning uit Mei 2014 wordt allereerst een overzicht geboden van methoden om de zachte kant van zorg in beeld te brengen en te benutten voor kwaliteitsverbetering. Deze worden aangeduid als inspirerende voorbeelden. Deze voorbeelden uit de praktijk betreffen o.a. trainingen, workshops en theateervoorstellingen gericht op het inleven in het cliëntenperspectief, dialoogsessies waarbij medewerkers en cliënten elkaar (onder begeleiding) ontmoeten, foto's gemaakt door cliënten die helpen om te laten zien wat cliënten ervaren, fakkeldragersbijeenkomsten (waarbij enthousiaste cliënten of medewerkers, de ‘fakkeldragers’, hun goede ideeën met anderen delen), vragenlijsten gericht op alle betrokken partijen om een volledig beeld te krijgen van de visie op kwaliteit, een zeswekelijkse ‘open dag’ waarbij de familie uitgebreider meeleeft binnen de instelling, gespreksleidraden gericht op betere vraagsturing, verhalen over de waarde van zorg voor cliënten, informele ‘zorgvisites’ en een boek waarin het Umfeld van de Ouderenzorg aan het woord komt en alle betrokken instanties hun visie op de toekomst van de Ouderenzorg beschrijven. Dit overzicht laat zien hoe divers de initiatieven zijn om de zachte kant van zorg te laten doorklinken in het kwaliteitsbeleid maar ook hoe zoekend de zorgorganisaties nog zijn. Over de branche heen bekeken zijn er veel projecten, echter de opgedane kennis over werkwijze en uitkomsten wordt nog maar mondjesmaat gedeeld.

In de verkenning van praktijkvoorbeelden (Smits e.a. van Zorgessentie, 2016) van manieren om 'zicht en grip te krijgen op de kwaliteit van de ondersteuning aan ouderen' (uitgevoerd t.b.v. de zoektocht naar bestanddelen voor het nieuwe Kwaliteitskader in de ouderenzorg) wordt benoemd hoe eensgezind de praktijk is over het belang van een goed 'samenspel' tussen zorgmedewerkers, mantelzorgers, eventuele vrijwilligers en cliënt. Om dit samenspel te bevorderen gebruikt de praktijk verschillende hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen worden door de onderzoekers aangeduid als "geen welomschreven en vastgestelde methoden die door alle organisaties gebruikt moeten worden, maar om allerlei manieren om zicht en grip te krijgen op de kwaliteit van zorg en ondersteuning waaruit gekozen kan worden". Hieronder vallen ook bijv. 'aandacht' en 'het goede gesprek'. Hoewel het realiseren van dit samenspel wordt gezien als een puzzel waarvan de stukjes in elkaar moeten vallen geven de onderzoekers aan dat de werkelijkheid waarin men 'zicht en grip' op kwaliteit probeert te krijgen vele malen complexer is (het is eerder een kluit dan een puzzel) en bovendien niet statisch maar dynamisch. Medewerkers geven in dit onderzoek aan dat alleen "in de ontmoeting" duidelijk kan worden wat goed is om te doen. In deze ontmoeting moet de cliënt worden gezien en erkend zodat recht kan worden gedaan aan zijn of haar (wisselende) verlangens en behoeften die bijdragen aan kwaliteit van leven. Maar het samenspel kent ook tal van andere actoren zoals naasten, ondersteuners, zorgverleners, bestuur en toezicht en zelfs de fysieke omgeving zou als een actor kunnen worden gezien. De onderzoekers komen tot een indeling voor hulpmiddelen gericht op het krijgen van zicht op kwaliteit o.b.v. deze verschillende perspectieven (die onderling van elkaar kunnen leren):

1. door de ogen van de individuele cliënt
2. door de ogen van groepen cliënten en naasten
3. door de ogen van medewerkers
4. door de ogen van externen

Het grip krijgen op kwaliteit hangt samen met de mogelijkheden om samen te leren en verbeteren o.b.v. de uitkomsten uit deze hulpmiddelen. Zicht krijgen op en werken aan gaan volgens Smit e.a. (2016) idealiter hand in hand maar moeten systematisch worden aangepakt (m.b.v. PDCA, Lean, etc.). Het blijvend aanjagen van de verschillende leerlussen die kunnen ontstaan door uitwisseling van kennis en ervaringen tussen verschillende actoren en het zorgen voor draagvlak onder met name het zorgpersoneel worden gezien als cruciale succesfactoren. Bij deze laatste groep wordt het ontplooiën van extra activiteiten in het kader van kwaliteitsverbetering gezien als een serieus risico op weerstand of klachten door de nu al als hoog ervaren werkdruk. In deze visie is het aggregeren van informatie verkregen o.b.v. kwalitatieve onderzoeksmethoden naar een hoger niveau dan ook onwenselijk zonder dat hierover interactie plaatsvindt.

### 3.2 V&VN

Een vertegenwoordiger van V&VN geeft allereerst aan de probleemstelling die in dit onderzoek centraal staat te herkennen: al jarenlang wordt er in het buitenland al gesproken over en geëxperimenteerd met manieren om verhalen te benutten in de zorg. In de VS bijvoorbeeld passen verpleegkundigen binnen de zogenoemde 'Magnet Hospitals' al jaren storytelling toe om hun keuzes binnen zorgtrajecten toe te lichten. Vragenlijsten blijken onvoldoende om de waarde van zorg te vangen. Ze zijn weliswaar systematisch van opzet en daardoor makkelijk implementeerbaar maar missen het gevoel dat zo intrinsiek is aan de zorg. Alternatieve methoden zijn dan ook zeer wenselijk en het werken met verhalen biedt interessante aanknopingspunten. Dit was tien jaar terug, toen alles nog om cijfers draaide, ondenkbaar. Maar op dit moment staat de zachte kant van de zorg meer in de belangstelling wat een kans creëert om hier serieus onderzoek naar te doen. Er is een andere manier van kijken en denken aan het ontstaan als gevolg van de zorgtransities en deze wordt door de V&VN als positief ervaren.

De beroepsvereniging heeft zelf Storytelling als methode omarmd omdat dit de beroepsgroep zou kunnen helpen om een genuanceerd en realistisch beeld te geven van het werk. Dit kan helpen om vooroordelen tegen te gaan. Het vertellen van verhalen over het vak, wat het werk inhoudt en welke emoties daarbij een rol spelen kan ook een bijdrage leveren aan het uitdragen van de passie voor het werk waardoor medewerkers zich trotser voelen. Maar het is iets wat stimulans behoeft: van nature zijn verzorgenden en verpleegkundigen niet gewend om met hun verhalen op de voorgrond te treden, uit angst dat het onvoldoende interessant zal zijn of omdat ze simpelweg niet gewend zijn om over hun werk te praten en daarom moeite hebben om dit goed onder woorden te brengen.

Het werken vanuit een casus zet in de ervaring van de vertegenwoordiger van het V&VN vaak meer aan tot actie en inspiratie dan allerlei overzichten in managementtaal. En hoewel het geen manco hoeft te zijn blijkt het in de praktijk wel en valkuil: in de media wordt vaak gezocht naar een bepaald type casuïstiek en die is negatief van aard. Positieve verhalen krijgen daarin geen aandacht want dat is geen nieuws. En ook in de politiek bestaat het gevaar om teveel op incidenten in te springen. Een methodische aanpak bij het verzamelen én uitdragen van verhalen kan helpen om dit op te lossen. Bij een brede insteek waarbij at random verhalen worden opgehaald binnen instellingen komen immers zowel de negatieve als positieve verhalen naar voren. Methodieken die dit kunnen ondersteunen zijn daarom erg welkom.

Er zijn de laatste jaren in de praktijk initiatieven die raakvlakken hebben met dit project en eveneens beogen om ouderen aan het woord te laten en beter te (leren) luisteren. Voorbeelden hiervan zijn de Spiegelgesprekken (waarbij zorgverleners puur luisteraars zijn en de patiënt over zijn of haar ervaringen vertelt), Multidisciplinaire overleggen waarbij casuïstiek wordt besproken en ook wordt er bekeken of Moreel beraad toegepast kan worden in de ouderenzorg om ethische dilemma's beter bespreekbaar te maken. Maar vaak ligt er toch een vragen- of topiclijst aan de gesprekken ten grondslag of is de insteek anders.

### 3.3 LOC

Een vertegenwoordiger van LOC vertelt over verschillende interessante projecten waar LOC bij betrokken is of kennis van heeft genomen en waarbij gebruik wordt gemaakt van narratief onderzoek. Het in die periode net uitgekomen Kwaliteitskader voor de V&V speelt daarbij een rol. Dit vormt een wezenlijk onderdeel van een radicale vernieuwing van de verpleeghuiszorg zodat deze vertrekt vanuit de relatie van zorgvragers, zorgverleners en naasten. Waardigheid en zorg krijgen daarbij in zijn mening een stevigere positie t.o.v. wet en regelgeving. Het is voor het nieuwe kwaliteitskader daarom van belang om niet teveel in systemen mee te denken maar om verschillende methoden te verkennen.

Dat afwijken van het 'systemische' is een grote zoektocht voor iedereen. Ook voor de instellingen die al plannen hadden ingediend in het kader van het kwaliteitskader. Hij vertelt over één instelling waarbij is teruggekeken naar hetgeen de cliënt is aangeboden en men zich de vraag daarbij heeft gesteld: wat voor persoon is onze cliënt? Vanuit dat perspectief bleek het helemaal niet aan te sluiten. Verhalen kunnen in zijn mening dan ook heel bruikbaar zijn in de zoektocht naar kwaliteitsverbetering. Mits daarbij in de gaten wordt gehouden dat het niet doorslaat naar 'voor iedereen'. De verbeterkansen zijn persoonsgebonden. Het is in zijn mening dan ook interessanter om een verhaal in de tijd te volgen, zoals nu ook met de tweejaarlijkse CQ-scores werd gedaan en om te bezien of een verhaal verandert, dan om te zoeken naar verbeteringen voor de groep als geheel.

Hij geeft aan dat ouderen bekend staan om het geheimhouden van zaken die we als buitenstaanders graag wél zouden horen. Vaak gaat het om ouders en maken zij zich zorgen om hun kinderen. Het wel of niet vertellen is dan een afweging. Het komt voor dat mensen soms wel iets durven te vertellen en dat ze dan daarna het gevoel hebben erop te worden aangekeken. "Als je net de moed hebt verzameld en vervolgens merkt dat een zorgmedewerker vergeet goedemorgen te zeggen wordt de link snel gelegd". De afhankelijkheid van het zorgpersoneel wordt in de meeste gevallen sterk gevoeld en ouderen instrueren ook hun kinderen om niets te zeggen. Acties gericht op het verlagen van de drempel om het eigen verhaal te vertellen kunnen helpen om ouderen hun stem meer te laten horen. Een voorbeeld hiervan is het experiment 'Wat is voor mensen vrijheid?' wat ingaat op het gevoel van vrijheid en veiligheid van ouderen binnen de zorginstellingen. Het succes hiervan is echter naar verwachting erg afhankelijk geweest van de persoon. De ene persoon praat makkelijker dan de andere. Er moet worden geïnvesteerd in een veilig klimaat en het opbouwen van een vertrouwensband met de zorgmedewerkers om bewoners te laten vertellen over hun ervaringen. Kleinschaligheid lijkt hierin van belang te zijn, ook als het wordt besproken in teams.

De mens mag daarin in de visie van het LOC veel meer centraal staan, zeker in deze levensfase waarin mensen al veel kwijt zijn geraakt. Mensen worden dan nogal eens behandeld als oud en zielig, maar wie zij zijn geweest zijn ze nog steeds. Met het marktdenken in de zorg en de daaruit voortkomende productieafspraken leek de zorg soms wel een koekjesfabriek. Meer geld in dat systeem beschikbaar stellen zou de oplossing niet zijn, dan zou er nog meer van hetzelfde gebeuren. De omslag moet worden gemaakt naar anders werken en dat geven medewerkers ook aan. Dit begint natuurlijk met de vraag wat we verstaan onder kwaliteit en hoe we deze meten of inzichtelijk maken. Nieuwe initiatieven daarvoor zijn dan ook zeer welkom.

Daarbij zijn een aantal aandachtspunten van belang:

- veiligheid van zorg heeft erg in het licht gestaan van incidenten en is vaak gerelateerd aan medicijngebruik. Maar medewerkers geven aan dat cliënten misschien eerder rustig worden van hele andere interventies. Dat is ook kwaliteit en daarin moet de koppeling naar veiligheid niet vergeten worden.
- resultaten van kwaliteitsonderzoek worden nu toch te vaak gegeneraliseerd. Maar ieder team is anders, ieder gebouw of etage kan een eigen cultuur hebben, het hangt sterk af van de groep mensen.
- het uitwisselen tussen instellingen is aan te bevelen, het opgehaalde beeld is dan minder gekleurd en voor medewerkers is het veiliger om feedback op hun handelen van een vreemde terug te horen. Een (regionaal) netwerk zou hier goed bij passen en is ook passender dan landelijke initiatieven.
- De koppeling leggen tussen het verbeteren van de relatie en bijv. budgetkorting is iets waarvoor moet worden opgepast. Deze koppeling kan juist de relatie die je wil verbeteren belasten. Het toepassen van het middel moet niet het doel worden, zoals bij andere initiatieven zoals bijv. het Zorgleefplan soms lijkt te gebeuren. Het veel opschrijven is bovendien voor veel initiatieven een hekel punt: de beste schrijvers zijn niet persé de beste zorgverleners.
- Degene die verhalen ophaalt moet in staat zijn vertrouwen op te wekken bij de verteller. Ook zorgmedewerkers zouden dat kunnen maar het vergt wel aandacht gegeven de afhankelijkheid die wordt gevoeld. Wie de gesprekken gaat voeren is daarom heel belangrijk.

### 3.4 Zorgkantoor

Een beleidsmedewerker van één van de zorgkantoren geeft aan dat het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg leidend is voor de informatie die het zorgkantoor ontvangt. Er mogen daarnaast geen andere indicatoren van kwaliteit meer worden opgevraagd. De NZA, inspectie en zorgkantoren liggen daarmee met hun vragen en beleid beter op één lijn, wat de druk op zorginstellingen moet terugbrengen doordat er niet meer zoveel extra uitvragen komen als in het verleden. Het kwaliteitsverslag dat door instellingen wordt aangeleverd t.b.v. alle externe verantwoording kreeg op het moment van ons gesprek nog vorm. Het is de hoop dat dit wat meer de inhoud terug kan brengen in de gesprekken tussen partijen, waar het voorheen erg over het wel of niet behalen van ontwikkelplannen op de door het zorgkantoor vastgestelde speerpunten ging. Dit voelde soms als het verplicht samen doorlopen van een jaarcyclus en voor veel instellingen als een moeilijke schrijfoefening.

De link naar échte intrinsieke motivatie om te verbeteren aan de hand van deze plannen leek vaak zwak. Daarom experimenteerde het zorgkantoor de afgelopen jaren al met het wat breder opstellen van speerpunten en het meer loslaten van de invulling daarvan. Het eerste niveau van medisch-inhoudelijke kwaliteit was relatief 'hard' te meten en daarmee makkelijk op te stellen. Het tweede niveau was de ervaren kwaliteit door de klant en dat bleken aanbieders moeilijk te vinden. Daarvan werd door het zorgkantoor gezegd: die ervaren kwaliteit vinden wij het belangrijkste, wat merkt de klant ervan?

Voor de zorgkantoren betekent het niets meer zelf mogen opvragen en het werken met het Kwaliteitsverslag een herijking van de eigen rol. Het zorgkantoor wil meer dan een 'betaalkantoor' zijn en bijdragen aan een betere zorg en het informeren van klanten hierover, maar het is zoeken naar een goede invulling hiervan. Daarnaast zijn er bij de zorgkantoren ook wettelijke taken en plichten belegd t.a.v. continuïteit van zorg. Daarvoor is een zeker inzicht nodig in de kwantitatieve of financiële én kwalitatieve situatie bij zorgaanbieders. Vanuit de klant gezien moeten zorgkantoren zorgen dat de klant tijdig passende, kwalitatief goede en doelmatige zorg krijgt. Nu de inspectie toetst op kwaliteit zijn er echter aanbieders die zich afvragen waarom de zorgkantoren zich nog met dit thema bemoeien. In het verleden werden aanbieders die de doelstellingen niet haalden daarop afgerekend en dat beeld kleefde nog steeds aan het gesprek met het zorgkantoor. Het zorgkantoor wil zich echter op een andere manier positioneren en juist af van dat imago. Daarmee staat de vraag echter wel centraal: welk inzicht in kwaliteit hebben de zorgkantoren nodig t.b.v. hun klanten en wat is hun positie t.o.v. andere stakeholders als het gaat om kwaliteitsverbetering? Voor het zorgkantoor staat vast dat het kwaliteitskader uitgaat van samen leren, dus dat betekent in gesprek gaan met alle partijen in het veld: zorgaanbieders, cliënten, vertegenwoordigers, zorgkantoren en andere toezichthouders. Daarin staan vragen centraal die het beeld over de kwaliteit van zorg kunnen helpen vormen zoals wat goed gaat of waar partijen tegenaan lopen. Dit zijn echter gesprekken waaraan geen verdere consequenties worden verbonden. Zorgkantoren zien en horen bovendien veel omdat ze regio-overstijgend opereren. Ze zijn daarmee zeer waardevol in dat gezamenlijk leerproces. Het is echter een proces van verandering. Ook intern vraagt de nieuwe situatie

om een andere blik. Zo zijn bijvoorbeeld in interne overleggen over kwaliteit de inhoudelijke aspecten en de financiële aspecten bewust losgekoppeld. Ook voor het zorgkantoor is het immers wennen aan het niet verbinden van een waardering aan ontwikkelpunten zoals dat in het verleden wel gebeurde. Voorheen startten instellingen die goed presteerden met een hoger tarief. Nu gaat het geld echter juist naar de instellingen die zich het meeste moeten ontwikkelen. Dat is een moeilijke boodschap. Daarom zet het zorgkantoor in op de boodschap dat als kwaliteit gestimuleerd moet worden er niet moet worden gekeken naar waar een organisatie staat maar dat er moet worden gekeken naar hoe bewust zij bezig zijn met verbeteren. Die verbetertrajecten mogen ook soms mislukken, als er maar van wordt geleerd. Voor die leerprocessen kunnen verhalen heel ondersteunend werken.

Volgens de vertegenwoordiger van het zorgkantoor kunnen verhalen van grote meerwaarde zijn als ze casuïstiek op tafel leggen waarvan geleerd kan worden. Wat niet werkt is het willen gebruiken van verhalen voor het vaststellen van een nieuwe norm. Verhalen moeten bijdragen aan het in verbinding staan met elkaar en niet aan het zo snel mogelijk in het systeem stoppen van de verkregen informatie. Instellingen die erin slagen goed in verbinding te staan met hun cliënten stralen dat uit, het zit in de vezels van de cultuur en in de keuzes die ze maken. Het is een gevoel dat ontstaat doordat zowel medewerkers als cliënten als de eigen inkopers hierover vertellen. Dat gevoel is gebaseerd op uitingen die duiden op een leercultuur, het de mens voorop zetten, het beleid waarin afwegingen per individueel geval mogelijk zijn, de samenspraak met cliënten en naasten, etc. Aan zorgmedewerkers is vooral te zien of zij het vertrouwen hebben van hun managers om afwegingen te maken die de kwaliteit van zorg ten goede komen. Naar elkaars verhalen luisteren kan ook hier bijdragen tot het versterken van dit vertrouwen.

Er zijn volgens de vertegenwoordiger van het zorgkantoor meerdere wegen die naar Rome leiden. Bovendien is de context waarin zorgorganisaties kwaliteit leveren wezenlijk anders dan die van andere organisaties. Men is bijvoorbeeld best bereid om ver te reizen om geopereerd te worden door de chirurg die het hoogst in de rankings staat. Maar dan is men na een paar weken toch weer terug thuis. In de langdurige zorg is van dat laatste geen sprake en moet de instelling zo goed mogelijk passen in het sociale netwerk van de persoon en zijn of haar bekende leefomgeving. Een ranking is dan veel minder relevant dan die individuele afstemming.

### 3.5 Groepsgesprekken met zorgmedewerkers

Er zijn drie groepsgesprekken met zorgmedewerkers gehouden om inzicht te krijgen in hun perspectief op kwaliteit van zorg en de zorgrelatie en de mogelijkheden om deze te onderzoeken. Allereerst stonden we stil bij hun redenen om te kiezen voor het werk in de ouderenzorg. Meerdere respondenten geven daarbij het langdurig werken met mensen aan als belangrijkste reden. In andere sectoren waar met mensen wordt gewerkt is het contact vluchtig, mensen komen en gaan. In de ouderenzorg werk je, zoals één van de respondenten dat heeft benoemd “niet voor maar met de mensen”: een zorgrelatie is in deze visie voor een langere termijn. De binding met mensen is ook iets wat volgens meerdere respondenten de zorgmedewerkers binnen de zorg houdt, ondanks de vele veranderingen en moeilijkheden in het werk. Vooral de tijdsdruk wordt hierbij aangehaald maar ook het werken op verschillende afdelingen om aan voldoende contracturen te komen of het veranderen van werkzaamheden door wijzigingen in de financiering zijn hierbij benoemd.

Vervolgens is aan de zorgmedewerkers gevraagd om zelf deel te nemen aan een storytelling-opdracht zodat zij gevoel zouden krijgen bij het werken met verhalen én om hun eigen verhalen over kwaliteit van zorg op te halen. Zij hebben op papier de zin aangevuld: “Ik ging die dag naar huis met het gevoel kwaliteit te hebben geleverd”. Het verhaal moest geschreven zijn in de ik-vorm en men kreeg maximaal 15 minuten om het op te schrijven. Degenen die dat wilden hebben hun verhaal voorgedragen in de groep en de ervaring is vervolgens ook binnen de groep besproken. De overige verhalen zijn door de onderzoekers achteraf geanalyseerd vanuit de geschreven tekst. In de analyse van de verhalen valt op dat meerdere respondenten hun verhaal hebben gericht op begeleiding van het sterfbed. Dit is een moment waarop meerdere zorgmedewerkers aangaven dat zich vaak een spagaat voordoet: iemand is onrustig of duidelijk aan zijn levenseinde en vraagt aandacht, maar tegelijkertijd gaat het gewone werk door.

“...Uiteindelijk heb ik toch besloten om bij die meneer te gaan zitten, dat mijn collega verder ging. (...) Ik heb een stoel gepakt en ben bij die heer gaan zitten, ik heb zijn hand vastgehouden en na een tijdje is hij heel rustig ingeslapen. En toen ik daar vandaan kwam van die kamer, toen was het ook einde van de dienst en toen had ik wel het gevoel van: ik heb de juiste beslissing genomen en ik heb gedaan waar ik mij goed bij voelde, maar ook waarschijnlijk dat de heer toch heel rustig werd en heel rustig is ingeslapen, dat ik toch een heel prettig gevoel heb gegeven.”

Hoewel het goed denkbaar is dat het begeleiden van iemand op zijn of haar sterfbed indruk maakt zitten in deze verhalen ook duidelijk elementen die in andere verhalen terugkomen: het hebben van tijd en vooral aandacht voor de persoon (en zijn of haar naasten), het maken van contact en een positieve bijdrage kunnen leveren aan iemands gemoedstoestand. Het daarbij kunnen volgen van een eigen kompas in het doorlopende ritme van de organisatie is daarbij iets wat zorgmedewerkers moeilijk vinden maar wél af en toe doen. Hiervoor is meestal wel begrip vanuit cliënten, maar de aard van het werk maakt toch dat men niet lang kan en wil wachten. Mensen moeten immers geholpen worden met algemene dagelijkse levensbehoeften zoals naar bed gaan, naar het toilet, etc. De gesproken zorgmedewerkers erkennen veelal dat het moeten wachten op een zorgmedewerker voor deze basale levensbehoeften al snel een gevoel van minder kwaliteit kan geven of de zorgrelatie (enigszins) kan verstoren.

Iedereen heeft overal begrip voor, ook andere medebewoners, zolang ze zelf maar geholpen worden. En als ze dan een kwartiertje langer moeten wachten dan.....ja voor ons is een kwartier misschien niet lang, maar in de beleving van de bewoner, een kwartier..... (...) ga zelf maar na als je moet plassen en je moet nog een kwartier wachten.

Eén van de respondenten gaf vanuit de rol van teamleider aan dat er desondanks tijd gemaakt moet worden voor mensen die zich in uitzonderlijke situaties bevinden, zoals een sterfbed. Zowel voor de persoon zelf als voor de zorgmedewerkers. Het is voor veel mensen in de zorg in haar beleving immers een essentieel onderdeel van het werk en wanneer dit niet goed kan worden gedaan voelt dat niet goed. Met andere bewoners kan daarover worden gesproken.

Kijk als teamleider ook wel, wat ik tegen hen ook altijd zeg: neem de tijd. (..) En mensen kunnen boos zijn en die bel vasthouden en blijven bellen, maak ik morgen wel weer goed, dan kom ik daar en dan ga ik er wel even mee zitten, besteed ik daar een kwartiertje extra aan. Maar als iemand sterft, dat is echt het laatste.

De aandacht die er kan worden gegeven aan stervensbegeleiding is vanuit het perspectief van de zorgmedewerkers een belangrijke kwaliteitsindicator. Zij zien dit ook vóór de terminale fase als iets waarop zij alert moeten zijn. Ouderen die signalen afgeven waaruit kan worden opgemaakt dat zij hiermee worstelen worden idealiter zo snel mogelijk apart hierover gesproken. Even de tijd nemen is volgens meerdere zorgmedewerkers erg belangrijk voor beiden. Zij hebben ook ideeën over hoe dit zo goed mogelijk te doen. Het gaat volgens hen meer om het luisteren en het gevoel te geven dat er geen sein af zal gaan of een bel waar men het gesprek voor gaat onderbreken. Wat dit betreft lopen zij nog weleens aan tegen een andere opvatting van familieleden die vinden dat er teveel over de dood wordt gepraat of daar zelf wat afstandelijk mee omgaan. Het ergste wat één van de zorgmedewerkers naar eigen zeggen heeft meegemaakt was een familie die aangaf niet direct te willen worden geïnformeerd als er in de nacht sprake was van overlijden. Zorgmedewerkers hebben het zelf vaak juist moeilijk met het overlijden van cliënten omdat zij vaak al jarenlang een zorgrelatie met hen hebben en deze houding werd dan ook niet goed begrepen. De band met de naasten is volgens sommige zorgmedewerkers sowieso complexer geworden en als gevolg van de veranderingen in het beleid niet persé overal beter. Naasten stellen zich soms wat argwanend of strategisch op t.o.v. vragen om meer betrokken te worden in de zorg.

Er is een tendens geweest waarop werd gezegd van: we moeten participeren dus de mantelzorgers zouden eigenlijk meer moeten gaan doen op een groep en mensen zijn daar wel van geschrokken. En die hebben wel die reactie laten zien zo van: ja ik kan nu zeggen dat ik het doe, maar dan moet ik het blijven doen. Ik moet op mijn kleinkinderen passen. Ik vind dat de familie, de 60, 70-jarigen zeg maar die zitten er wel als een sandwich ertussen in soms. Kinderen trekken aan ze, want ja je hebt een paar kleinkinderen en eigenlijk vind ik dat je erop moet gaan passen, maar daarnaast wordt de ouder wat ouder dus daar moet ook nog iets voor gedaan worden.

De afstemming of kallibratie met collega's over wat kwaliteit is en of deze gerealiseerd kan worden binnen de bestaande parameters blijft ook een terugkerend twistpunt. Sommige collega's zijn regelmatig 'stout' en doen wat hen het meest passend lijkt, anderen houden zich strikt aan de regels. Voor cliënten werkt dit soms verwarrend en zorgmedewerkers worden hier dan ook weleens op aangekeken. Ook de komst van meer huurders binnen de instellingen zorgt voor verwarring: waarom krijgt de buurvrouw meer huishoudelijke hulp terwijl ik meer betaal? Dit kan voor spanningen in de zorgrelatie zorgen. Sommige mensen spreken het uit en dan kan erover gesproken worden maar andere cliënten doen dit volgens de zorgmedewerkers niet of minder.

Die mevrouw was een extramurale klant, die was geïndiceerd.....die mocht zorg, maar ze kon best de spreij er zelf opleggen, vooral als ze uitgerust was. En de een is er heel streng in en die zegt van: ja maar het is niet geïndiceerd, dus ik mag die spreij er niet op leggen en een andere verzorgende zegt heel duidelijk: kom op, voordat ik wegloop, de spreij ligt erop, fijne dag. Maar die cliënt zit er natuurlijk tussenin en die zei: ja maar die andere zuster doet dat wel, maar jij doet dat niet.

De zorgmedewerkers geven tot slot aan dat de kwaliteitseisen soms veel tijd vergen terwijl de procedures in hun ogen weinig bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Er is door het administratieve gedeelte minder tijd voor de zorg: er ontstaat een door één respondent benoemde 'papierse kwaliteit'. Alles klopt daarin op papier maar in de praktijk heeft men niet het gevoel dat het echt een bijdrage aan een betere zorg heeft geleverd.

Het enigste wat ik wel vind in al die jaren is het papierwerk, het computerwerk, de zorgplannen. Soms is het heel goed om zorgplannen, zorgdoelen bij te stellen, bijhouden, je bereikt natuurlijk wel met z'n alles iets, maar dat je zoveel dingen af moet tekenen, bijvoorbeeld om één katheter te zetten, dat ik daar drie keer voor af moet gaan tekenen. Dan denk ik van: tja....

Men merkt in de praktijk dat cliënten zien dat de zorgmedewerkers het druk hebben en men vermoedt dat men daardoor minder vaak een beroep op hen zal doen. Dit maakt het voor zorgmedewerkers moeilijker om goed te communiceren: geeft men aan dat het druk is of dat iemand moet wachten dan kan het zijn dat diegene dit ook op andere momenten ziet als een oproep om vooral niet te snel te bellen. Zegt men niets hierover dan ontstaat er onbegrip. Transparantie werkt in de ogen van één respondent vooral als de boodschap geen gevolgen heeft voor een basiskwaliteit. Sommige handelingen kunnen niet wachten en men moet niet het gevoel krijgen dat zij hiermee de zorgmedewerkers lastig vallen. Hier zijn ook anderen het mee eens, al blijft het een zoektocht om hier een goede balans in te vinden. Ja, maar dan zeg je: ik kom over tien minuten of ik moet nog twee bewoners helpen, die moeten nog even naar het toilet en dan kom ik bij u. Het is toch eigenlijk triest?

De zorgmedewerkers geven tot slot aan dat het in gesprek zijn met elkaar over kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief niet binnen alle teams even goed loopt. Sommige teams hebben in hun mening daarvoor een te gesloten of 'vastgeroeste' houding. Vooral flexmedewerkers die een keer meedraaien en dan van alles vinden van hoe er wordt gewerkt trekken in dat type teams aan het kortste eind. In andere teams is de cultuur opener en individueel geeft men aan juist open te staan voor feedback. Het is in ieder geval een punt van aandacht als het gaat om het terugkoppelen van resultaten.

### 3.6 Samenvatting vragenlijst uitgezet onder leden projectgroep

Begin 2018 zijn de projectgroepleden uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen waarin verschillende methoden gericht op het achterhalen van kwaliteitsindicatoren vanuit het cliëntenperspectief waren beschreven. Deze vragenlijst is aangepast o.b.v. een door het Nivel ontwikkelde vragenlijst t.b.v. hun onderzoek binnen dezelfde call. In deze vragenlijst werd bevraagd of men de methode gebruikte en hoe men het gebruik en de opbrengsten hiervan inschatte.

De respons op de vragenlijst bleek onvoldoende om op een zinvolle wijze hier de resultaten te rapporteren. De meeste projectleden (of de door hen ingeschakelde collega's) belden of stuurden een mail terug waarin ze aangaven dat geen van de benoemde methoden werd gebruikt, of dat zij onvoldoende zicht hadden op de opbrengsten hiervan. Binnen twee instellingen wordt naar tevredenheid gewerkt met Spiegelgesprekken. De geringe opbrengst van deze onderzoeksstap is in een later projectgroeptoverleg met de deelnemende instellingen besproken. De projectgroep gaf daarbij aan dat er op dit moment of nog niet of slechts ad hoc met andere methoden dan vragenlijsten wordt gewerkt. De kennis hierover blijft dan vooral bij de direct betrokkenen. De deelnemende instellingen hebben de wens om dit in de toekomst te veranderen. Deelname aan het project is één van de manieren waarop zij hier meer handvaten voor wensen te krijgen.



## 4 Narratief onderzoek bij Ouderen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de inhoudelijke opbrengst van het narratief onderzoek uitgevoerd onder 27 ouderen. Onze doelstelling bij dit narratief onderzoek was tweeledig: enerzijds het uitproberen van deze onderzoeksmethode in de praktijk van de Nederlandse Ouderenzorg en anderzijds het toetsen van de verschillen in inhoudelijke opbrengst a.h.v. die methode t.o.v. de inzichten die al op basis van andere onderzoeksmethoden zijn verkregen. In dit hoofdstuk gaan we op dit laatste in. De ervaringen met de uitvoering van de narratieve onderzoeksmethode nemen we daarnaast mee in de lerende evaluatie.

De verhalen van 27 ouderen zijn op twee manieren geanalyseerd om tot de resultaten te komen die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd:

1. via de Gefundeerde theoriebehandering (Glaser & Strauss, 1967) en
2. volgens de FANI-methode voor narratieve analyse (Hollway & Jefferson, 2000; 2004; 2013), aangevuld met inzichten vanuit het werk van Abma (1999) en Chase (2005). Hollway en Jefferson (2013) hanteren een psychoanalytische blik, Abma (1999) stelt dat de 'luisteraar' of onderzoeker van het verhaal op zoek moet gaan naar een lijn om het verhaal te volgen (het 'punt' of 'the end-point') en dat hij of zij van daaruit begrip van de betrokken actoren en het waarom van hun handelen verkrijgt. Chase (2005) onderscheidt de volgende invalshoeken: 1) het perspectief van de verteller op aspecten die van belang zijn voor de relatie cliënt-zorgverlener, 2) hoe iets wordt verteld (met welke 'stem' en vanuit welke sociale positie)? en 3) de overeenkomsten en verschillen tussen narratieven (oftewel patronen).

In de Gefundeerde Theoriebenadering worden alle tekstfragmenten gecodeerd (eerst open, daarna selectief en vervolgens axiaal) om tot de kern van overeenkomsten en verschillen tussen respondenten te komen. Dit levert een kwalitatieve 'analyse van narratieven' op. In dit onderzoek zijn er 380 afzonderlijke codes toegekend, omdat we zo dicht mogelijk bij de opmerking van de respondent wilden blijven. In de analyse die hierop volgde zijn de thema's benoemd waar groepen codes in ondergebracht konden worden.

De FANI-methode heeft een andere aanpak en zoekt niet naar een structuur voor begripsvorming over verhalen heen maar analyseert verhalen afzonderlijk. Deze 'narratieve analyse' zoekt structuur binnen het verhaal van iedere respondent. Dit houdt in de onderzoeker aan de hand van het uitgewerkte transcript het verhaal reconstrueert vanuit de vraag: wat is het punt dat deze respondent heeft willen maken? Het zoeken naar dit punt lijkt op het nemen van een goede foto. Alle verschillende hoeken worden bekeken en de essentie van wat het beeld moet uitdrukken wordt door de fotograaf vastgesteld. Daarna wordt de foto genomen. Om dit proces van samenspel tussen de verteller en de luisteraar (de onderzoeker) recht aan te doen spreken wij in de analyse van narratieven niet van een verhaal (wat alleen van de verteller lijkt te zijn) maar van een portret (waarin de onderzoeker het verhaal van de verteller zo goed mogelijk probeert weer te geven).

Leeswijzer analyse Gefundeerde Theoriebenadering

Het is bij het lezen van paragraaf 3.2 en de daarin vermelde aantallen van belang om te onthouden dat we geen thema's hebben bevraagd en dat dit dus puur thema's zijn die verschillende respondenten spontaan hebben benoemd. We rapporteren in deze paragraaf de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de respondentengroep als geheel. Waar relevant wordt aangegeven of het met name door intra- of extramuraal V&V cliënten is benoemd. Alle hier uitgelichte indicatoren van kwaliteit zijn door minimaal vijf respondenten benoemd. Voor het groeperen van codes hebben we een strenge selectie toegepast vanuit de eerste codeerstep waarin we in vivo codes hebben toegekend. Illustraties van een eerder gemaakt punt zijn hier niet toe gerekend. Bijvoorbeeld de opmerking in een verhaal 'de dokter bleef bij de cliënt totdat de ambulance kwam' is door ons behandeld als een voorbeeld van de betrokkenheid van medewerkers als kwaliteitsindicator maar is niet tot deze groep gerekend (en komt dus niet terug in de hieronder genoemde aantallen).

## 4.2 Kwaliteitsindicatoren o.b.v. gefundeerde theoriebenadering

Belangrijkste thema's (n>5)

Over de kwaliteit van de zorgrelatie wordt vooral aangegeven dat hoewel de meeste medewerkers volgens de gesproken ouderen geïnteresseerd, opmerkzaam, hartelijk en lief zijn (n=12) er regelmatig te weinig tijd is of wordt gevoeld voor het onderhouden van een persoonlijke band. Dit zou men wel graag willen. De helft van de gesproken cliënten benoemt uit zichzelf dat de medewerkers veel te hard moeten werken en het altijd druk hebben (n=14).

's Morgens met wassen dan is het huphup, dat is voor ons gevoel veel te vlug, veel te snel. Dat konden ze rustiger doen. En dan heb je weer eens een zuster die doet het rustig aan. Dat kan toch?

Slechts 13 van de 27 ouderen in dit onderzoek zeggen dat zij een goede band hebben met hun zorgverleners. De zorgrelatie staat vooral onder druk door de tijd die er is om een band op te bouwen. Veel van de gesproken ouderen geven spontaan aan dat er geen tijd is voor een praatje of om samen een kopje koffie te drinken (n=14), iets wat zij wel graag zouden willen. Het gevoel van kwaliteit wordt dan ook groter wanneer medewerkers wél de ruimte vinden om 'iets extra's' te doen voor de cliënt of voor een praatje. Hoewel zes ouderen spontaan aangeven dat medewerkers geen ruimte hebben in hun drukke dagprogramma om iets extra's voor hen te doen.

Daarnaast is het als het gaat om de ervaren kwaliteit van zorg van belang hoe er wordt omgegaan met wat de ouderen aangeven of de klachten die zij bij zorgverleners of de organisatie neerleggen. Een gedeelte van de ouderen geeft aan zich vrij te voelen om problemen te bespreken. Zij hebben ook de ervaring dat klachten goed door medewerkers of organisatie worden opgepakt en dat dit kan leiden tot merkbare verbeteringen. Een ander gedeelte benoemt juist dat zij er erg tegenop zien om met de eigen zorgverleners of organisatie te bespreken wat er volgens hen niet goed gaat of formeel hierover te klagen. Zij hebben de ervaring of verwachting dat hier weinig mee wordt gedaan.

De relatie met de eigen zorgverleners wordt door meerdere ouderen als zeer bepalend omschreven voor de ervaren kwaliteit. Een gedeelte van de ouderen (n=6) benoemt bijvoorbeeld dat het fijn is dat zij het gevoel hebben dat er door de zorgmedewerkers (extra) goed op hen wordt gelet. Het opbouwen van een band met de zorgverleners is ook hierbij voor verschillende ouderen van belang. Een gedeelte van hen geeft spontaan aan het liefste vaste zorgverleners te ontvangen (n=8).

Jawel, ze hebben me heel goed geholpen, ik heb hele goeie banden opgebouwd met verschillende zusters, hele goeie banden zelfs, ja. Dat ze ik weet niet hoe lang bij mij stonden 's avonds, en dat ze ook een traantje lieten vallen.

Evenveel mensen geven uit eigen beweging aan dat het kwaliteitsverschil tussen medewerkers groot is (n=8) als dat ze geen kwaliteitsverschil ervaren (n=8). De redenen die zij benoemen voor dit verschil variëren.

Als een mevrouw zit te huilen en ik ga naar iemand dan zeg ik die mevrouw is zo verdrietig en dan gaat er ook iemand naartoe, maar je hebt er ook bij, ja niet dat ze er iets van zeggen, maar dat die dan toch efkes bezig blijven, waar ze mee bezig zijn (..)

Uit sommige verhalen blijkt dat kwaliteit samenhangt met aandacht voor de persoon boven de taak. Sommige ouderen geven aan weleens te zijn 'vergeten'. Dit komt terug in meerdere verhalen van mensen die afhankelijk zijn van een rolstoel. Het gaat dan om het gevoel in de wacht te zijn gezet zonder duidelijke reden anders dan dat het personeel het even te druk had, zoals onderstaande quote illustreert.

"En toen kon ik niet meer lopen (...) Ze heeft hier de rolstoel gehaald en dan kom je niet meer van de stoel af (..) En de meisjes moesten dan even tussendoor meer werk doen. En dat was ook goed. Maar dan komt het (..) 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 bellen (...) Nee... ik doe dat niet en ik durf dat ook niet."

Oudere, intramurale V&V zorg

(..)En de telefoon die ze n d'r zak hebben die blijft gaan, hoor!

Een terugkerend thema daarin is ook dat mensen aangeven niet graag het personeel te bellen. Ze voelen zich dan lastig en/of zijn bang dat ze dan een slechte reputatie krijgen bij het personeel als vervelend en dat ze dan wellicht minder goed geholpen worden op de momenten dat hulp echt nodig is. De mensen die aangeven een goede band te hebben met (één of meerdere) zorgverleners zijn hier overigens eveneens terughoudend in. Zij benoemen vooral dat het van belang is om rustig op je beurt te wachten om deze band ook goed te houden. Er lijkt ook in zekere zin te worden gedacht dat hoe minder zorg men nodig heeft, hoe dichter men nog bij de zorgmedewerkers staat, wat de relatie ten goede kan komen doordat deze als gelijkwaardiger wordt ervaren. Sommige ouderen investeren ook zelf veel in het scheppen en onderhouden van een goede relatie, bijvoorbeeld met vrolijkheid en humor in het contact met medewerkers maar ook door bijvoorbeeld meer te weten te komen over de persoonlijke levens van de zorgverleners en attent te zijn bijvoorbeeld bij verjaardagen. In de verhalen komt meestal wel terug dat dit niet met alle zorgverleners wordt gedaan maar dat er meestal één iemand is waarmee een speciale klik wordt gevoeld. Dit levert voor de ouderen een belangrijke bijdrage aan het gevoel van kwaliteit doordat ze ervaren dat er iemand is de 'aan hun kant' staat of (extra) oog voor hen heeft.

Vooraf voor de ouderen die intramuraal V&V zorg ontvangen zijn naast de zorgverleners de huisgenoten van belang. Een goede aansluiting bij andere bewoners is dan ook wenselijk. Als er al bekenden in het huis woonden is dit een grote pré. Het hebben van gezellige medebewoners om mee te praten wordt door veel mensen spontaan benoemd als een belangrijke kwaliteitsindicator (n=12). Het wegvallen van medebewoners is verdrietig, omdat de persoon wordt gemist maar ook omdat dan de familie van diegene niet meer langskomt. Daarmee valt een stukje van het sociale leven weg.

Ja, zoiets maak je dan wel eens een keer mee hè enneh als ze dan overlijden weer , ja je hebt met die mensen veel aan tafel gezeten, je hebt heel die familie gezien, die ken je allemaal (..)

Een klein gedeelte van de gesproken cliënten onderneemt nog activiteiten buiten de zorginstelling met de partner of andere naasten (n=6) en een iets groter gedeelte neemt deel aan georganiseerde activiteiten met medebewoners (n=9). Van de gesproken ouderen benoemen 10 mensen spontaan dat zij het een groot goed vinden dat de zorglocatie dicht bij waar de eigen familie woont is gelegen. Daarbij is het vooral van belang dat deze dicht bij de woonplaats van de kinderen ligt zodat zij regelmatig op bezoek kunnen komen zonder daar zelf teveel hinder van te ondervinden. Frequente bezoeken, al zijn ze kort, worden zeer gewaardeerd en dragen bij aan het welzijn, ook omdat er op dat moment praktische zaken worden opgepakt, zoals het meebrengen van boodschappen, eten of drinken klaarzetten, nieuwe boeken, etc. Dit kwam zowel naar voren bij ouderen die intramuraal verblijven als bij hen die thuiszorg ontvangen. Opvallend is dat men veel minder positief is over de kwaliteit in het algemeen wanneer de aansluiting bij anderen (binnen én buiten de instelling) ontbreekt.

De tijd die men moet wachten op hulp van zorgmedewerkers is voor veel ouderen een kwaliteitsindicator. Tien van de gesproken ouderen geven spontaan aan dat ze (te) lang moeten wachten voordat er hulp komt nadat zij bijvoorbeeld hebben gebeld. Men koppelt dit vooral aan de personele bezetting (n=14) en slechts een enkele keer aan de betrokkenheid van medewerkers. Dit aantal is bijna even groot als het aantal mensen dat spontaan aangeeft dat medewerkers direct komen als zij om hulp vragen (n=9). De personele bezetting wordt door vijf ouderen spontaan omschreven als te krap.

ja, ze zeggen gewoon: sorry dat het te lang duurt, dat weten ze zelf ook wel. Kijk, dat weet ik ook wel, die meiden kunnen niet.....als ze met z'n tweeën zijn, daar kunnen ze ook niks aan doen, dat moet van boven komen, ze bezuinigen, maar de patiënten moeten wachten. Ook vinden vijf ouderen dat de zorgkosten, bijvoorbeeld wat men moet bijbetalen maar ook bijvoorbeeld de kosten van eten en drinken binnen de instelling, te hoog zijn. Richting de organisatie wordt verder vooral aangegeven dat hoe er wordt omgegaan met klachten of problemen een belangrijke kwaliteitsindicator is. Enerzijds vinden de gesproken ouderen het van belang dat klachten of problemen (direct) worden opgepakt door de organisatie of zorgmedewerkers, anderzijds vinden ze het belangrijk dat er sprake is van een veilige omgeving waarin zij zich vrij voelen om aan te geven waaraan zij behoefte hebben en om klachten te uiten. Het aantal mensen dat spontaan benoemt zich vrij te voelen om problemen bespreekbaar te maken (n=8) is net iets hoger dan het aantal mensen dat aangeeft hier erg tegenop te zien (n=5). Het aantal mensen dat aangeeft de ervaring te hebben dat de organisatie of medewerkers klachten goed oppakken (n=8) is eveneens iets hoger dan het aantal mensen die aangeven dat klachten niet goed worden opgepakt (n=5).

Voor degenen die intramuraal zorg ontvangen dragen tot slot ook de faciliteiten bij aan de beleving van kwaliteit. De gesproken ouderen benoemen in veel gevallen spontaan het belang van een goede woning, ruim en met voldoende faciliteiten (n=13). Ook lekker eten (n=8) en een mooi gebouw met een goede ligging, bijvoorbeeld dichtbij winkels, (n=5) zijn voor hen belangrijke indicatoren van kwaliteit. Zes ouderen geven spontaan aan dat zij zich goed thuis voelen in hun kamer of appartement. Eveneens zes ouderen geven aan dat zij nooit spijt hebben gehad van de verhuizing naar de zorginstelling en dat het hen erg is meegevallen. Zeven mensen benoemen dat door de keuze om te verhuizen naar een zorginstelling de eigen kinderen worden ontlast en dat vinden zij een prettige gedachte. Er zijn ook meerdere mensen die aangeven juist spijt te hebben van de verhuizing of teleurgesteld te zijn omdat de zorg niet is wat zij ervan verwachtten (n<5).

#### Overige thema's (n<5)

Naast deze grote lijnen bevatten de opmerkingen die door minder dan vijf personen zijn gemaakt ook veel informatie. Meerdere respondenten hebben het bijvoorbeeld over het belang van autonomie en het zelf mogen kiezen of invullen van de dag om te mogen spreken van kwaliteit (al doen zij dit vanuit verschillende voorbeelden, zoals: het kiezen tussen verschillende menu's, het tijdstip waarop iets gebeurt, bij wie aan tafel te zitten tijdens eetmomenten, de kamer of het appartement bij verhuizing naar een instelling, etc.). Deze voorbeelden zijn steeds door 3-4 verschillende personen benoemd. De teneur van de opmerkingen is dat deze keuzevrijheid er vaak niet is ondanks dat men die wel wenst.

Door enkele ouderen wordt de link gelegd tussen kwaliteit en het hebben van iets 'eigens'. Het is voor bijvoorbeeld voor sommigen fijn om iets voor een ander te kunnen betekenen ondanks de eigen beperkingen. Wie een duidelijke taak heeft binnen de zorginstelling kan hier veel voldoening uit halen. Maar ook het hebben van een eigen plek zoals een balkon, tuin of mooi uitzicht kan daaraan bijdragen. Wie zelfstandig naar buiten kan wil dit meestal graag blijven doen. Met een vrijwilliger (waarmee het klikt) is dat ook fijn, maar even zelf een winkel in zonder dat er iemand meekijkt geeft bijvoorbeeld ook een gevoel van vrijheid. Andersom wordt het niet kunnen doen wat men graag wil gezien als een indicator van minder kwaliteit. Dit wordt regelmatig de organisatie verweten. Het gevoel wordt benoemd dat het organisatieperspectief met starre procedures boven de persoonlijke wensen staat. Het gevoel ontstaat dan bij sommige ouderen dat er vrijheid wordt ontnomen terwijl men zelf nog de verantwoordelijkheid kan en wil dragen voor de eventuele consequenties. In de thuiszorg is het behouden van de eigen vrijheid overigens benoemd als één van de belangrijkste peilers van kwaliteit: zorgen en monitoren maar niet overnemen is een thema dat terugkomt in meerdere verhalen. Zelfs in één geval waarin de thuiszorg haar taak om te monitoren aantoonbaar niet goed heeft uitgevoerd (met zeer ernstige gevolgen) is de respondent nog steeds van mening dat de verantwoordelijkheid daarvoor zelf gedragen moet worden omdat ze ook van de vrijheid geniet.

Bij verschillende zorginstellingen of op verschillende locaties spelen daarnaast specifieke zaken een rol die aansluiten op de belangrijkste thema's zorg, welzijn, faciliteiten en organisatie. Omdat het aantal respondenten per locatie niet groter was dan vijf lijken deze punten minder groot maar verdienen ze toch de aandacht. Zo staat op één van de bezochte locaties de kwaliteitsindicator 'expertise' duidelijk op de voorgrond: respondenten vertellen dat zij minder vertrouwen hebben in de kwaliteit van zorg doordat zij zien dat de zorgmedewerkers vaak nog in opleiding zijn of weinig ervaring hebben en soms ook niet beschikken over de benodigde kwalificaties. Bij de meer complexe problemen is volgens hen expertise nodig die niet altijd aanwezig is, of wordt ingeschakeld. Daardoor moeten zij soms te lang rondlopen met gezondheidsproblemen of ongemakken die verholpen kunnen worden.

Een ander locatie-specifiek punt betreft de faciliteiten. Kwaliteit is in dit geval: dat alles naar behoren werkt en hygiëne hoog in het vaandel staat. Op sommige locaties wijzen meerdere verhalen op een mogelijke verbeterslag wat dit betreft. De nachten en ochtenden zijn tot slot voor meerdere respondenten een moment waarop kwaliteit tot uiting komt. Een te krappe bezetting waardoor men lang moet wachten, de reactie op valpartijen en alertheid van medewerkers als er bijvoorbeeld licht aan staat midden in de nacht en het tijdstip waarop er in de ochtend iemand langskomt dragen voor sommige ouderen sterk bij aan het gevoel van veiligheid/ geborgenheid. Een incident kan het vertrouwen ernstig beschadigen, ondanks dat men begrip heeft voor de drukte bij het zorgpersoneel en voor het feit dat anderen (soms) eerder moeten worden geholpen.

Daarnaast gaat het in veel gevallen over de sfeer als belangrijke kwaliteitsindicator. De zorgmedewerkers kunnen de sfeer voor een groot gedeelte maken of breken. Vrolijkheid bij binnenkomst, het geven van een compliment en het openstaan voor feedback zijn daar belangrijke aspecten van. Kwaliteit leveren betekent ook dat de ouderen zich niet lastig hoeven te voelen wanneer zij moeten vragen om hulp. En dat er aandacht is voor mensen die de aansluiting met anderen missen en zich daardoor eenzaam voelen.

Dat ze vrolijk binnenkomen, dat vind ik het voornaamste, als ze met een lang gezicht binnenkomen dan heeft niemand plezier, daar heb je schrik van.

(...) dan komen ze aan de bel (..), en dan wordt daar al: hee, hee, al gelachen en geroepen, en dat vind ik fijn.

Bij de organisatie wordt kwaliteit vooral afgelezen aan de uitstraling van de locatie (is er bijvoorbeeld een uitnodigend ingericht gezamenlijk café), de zichtbaarheid van het management en de moeite die er wordt gedaan om feedback te krijgen vanuit bewoners. Het meest bepalend voor de sfeer zijn echter wellicht de medebewoners of zoals hier vaak aan wordt gerefereerd door de ouderen zelf 'huisgenoten'. Ruzie komt regelmatig voor, openlijk of in de vorm van pesterijen of buitensluiten. Er is herhaaldelijk benoemd dat het ongezellig kan zijn aan tafel, wat drukt op de beleving van de eetmomenten. Ook wordt door sommige mensen aangegeven dat er weinig onderling wordt gepraat over de dingen die iemand dwarszitten: bij de 'huisgenoten' wil men niet 'de vuile was buitenhangen'.

### 4.3 Van verhaal naar portret: narratieve analyse

Naast deze 'klassieke' kwalitatieve analyse van narratieven o.b.v. de gefundeerde theoriebenadering zijn alle narratieven ook geanalyseerd m.b.v. de werkwijzen van Hollway & Jefferson, Abma en Chase (zie methodische verantwoording voor een uitgebreidere beschrijving hiervan). Dit heeft een serie inhoudelijke portretten opgeleverd, welke wij zien als het resultaat van deze analyse. De portretten zijn terug te vinden in bijlage 2.

We maken in de benoeming het onderscheid tussen de 'ruwe data' die we het verhaal noemen en de bewerking die volgt op deze analyse, die we aanduiden als 'het portret'. Hiermee wordt ook in woordkeuze duidelijk dat de onderzoeker hier zijn of haar interpretatie aan heeft toegevoegd. De portretten kennen de volgende opbouw, zoveel mogelijk m.b.v. quotes en in de woorden van de respondent:

- voorstellen respondent (a.h.v. de kenmerken waarin hij of zij dat in het verhaal heeft gedaan),
- beschrijving van aan kwaliteit van zorg gelieerde gebeurtenissen, actoren en hun samenhang vanuit de ervaring van de respondent,
- centrale preoccupatie of punt dat naar voren komt na analyse (ook terug te vinden in de titel van het portret),
- reflectie op de eigen ervaringen.

In navolging van Hollway & Jefferson (2000; 2013) en Abma (1999) is allereerst in de verhalen gezocht naar het 'punt', de centrale preoccupatie of de rode lijn in het verhaal. Dit punt komt terug in de titels van de portretten. Daarnaast zijn alle relevante actoren benoemd, inclusief de door de respondent veronderstelde redenen voor hun handelen. De rol of toegekende identiteit die de respondent aan de verschillende actoren die hij of zij benoemd toedicht, is vooral geïnterpreteerd aan de hand van de toon waarop de respondent over hen heeft gepraat en de bewoordingen waarin dit gebeurde. Soms is de woordkeuze veelzeggend, de verzorgenden en verpleegkundigen zijn in de verhalen soms "de hulp", "het personeel" of "de meisjes" en soms "de zusters" of zelfs "de schatten". Vaker echter blijkt de rol die zij krijgen toebedeeld uit de inhoud van het verhaal. In het algemeen kan worden gesteld dat hoe meer de respondenten zich verbonden voelden met hun zorgverleners, hoe positiever de woorden die zij gebruikten om hen aan te duiden, wellicht met het gebruiken van de voornaam van de zorgverlener in kwestie als het hoogst haalbare als het gaat om een goede kwaliteit van de zorgrelatie.

De slag die zowel Abma als Hollway en Jefferson maken naar het door de onderzoeker interpreteren van de betekenis van het verhaal voor de verteller (waarom is het vertelde voor de verteller van belang?) levert interessante analyses op. Echter, het roept ook de meeste vragen op t.a.v. de interpretatie die erin moet worden gelegd door de onderzoeker. We hebben getracht de redeneertrant van de respondent als verteller op te nemen in het portret. Hierin maakt de onderzoekers uiteraard keuzes t.a.v. wat daarin wordt opgenomen. Maar we kiezen er in tegenstelling tot de diepergaande psychoanalytische invalshoek van Hollway en Jefferson voor om hier geen eigen (meta)beschouwing aan toe te voegen. Een dergelijke diepgang past minder goed bij ons onderzoek waarin een analyse van het individu uiteindelijk ondergeschikt is aan de analyse van de ervaringen van dit individu. De betekenis van het verhaal voor de respondent is wel iets waarover in gesprek met anderen die het transcript en/of portret lezen over kan worden gesproken. Deze analyse is vooral bruikbaar wanneer meerdere onderzoekers tot dezelfde betekenis komen (een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Wanneer daarvan sprake is kan deze betekenis van meerwaarde zijn voor het begrijpen van het waarom een bepaald punt voor iemand van belang is.

In navolging van Chase is daarnaast gekeken naar de aspecten die de verteller benoemt als van belang voor de zorgrelatie. We hebben dit gedaan door niet alleen de benoemde thema's te noteren maar ook in overleg tussen twee onderzoekers zoveel mogelijk na te gaan welke emoties/gedachten, interpretaties van acties of wat de visie van de respondent is op wat wel/niet het vertellen waard is. Zeker deze laatste analysestap is interessant omdat daaruit blijkt dat veel van de thema's die in andere onderzoeken aan bod komen in ons onderzoek niet of nauwelijks zijn benoemd. De zaken die men kwijt wilde t.a.v. kwaliteit van zorg waren minder breed maar wel veel diepgaander dan de thema's die deze doelgroep vaak voorgelegd krijgt in enquêtes of interviews. Over het algemeen had men één of een paar punten die de ervaring van de kwaliteit van zorg (in positieve of negatieve) zin kleurden. De verhalen zijn ook zeker genuanceerd te noemen. Een poging om de verhalen te classificeren in positief of negatief geladen codes (onderwerpen) bleek lastig; de meeste codes waren tweeslachtig en lieten vooral zien waarom een kwaliteitsaspect voor de persoon van belang was. De meeste ouderen hebben hun ervaringen in al hun complexiteit gedeeld en laten daarmee zien hoe divers de lading van een begrip zoals kwaliteit van zorg is; zowel voor de groep ouderen als in de beleving van het individu.

Ook hebben we een poging gedaan om de 'stem' waarmee het verhaal wordt verteld te analyseren (wordt er geklaagd, geïnformeerd, verdedigd, bevestigd, aangevallen, etc.). Een analyse op woordgebruik laat zien dat het woord 'Ik' verreweg het meest naar voren komt in de verhalen. De eigen positie is daarmee leidend, zoals bij het delen van ervaringen te verwachten valt. Daarmee wordt de analyse van de 'stem' ook meteen complex: de verteller wil allereerst informeren en de luisteraar meenemen maar of dit alleen wordt gedaan met het doel om de ander behulpzaam te zijn in het kader van het onderzoek of dat de verteller daarmee ook zijn of haar eigen situatie probeert te verbeteren blijft onduidelijk. Soms is er sprake van klagen, soms van bevestigen (van de eigen positie), dit kan in hetzelfde portret variëren. Deze analyse bleek dan ook op de achtergrond behulpzaam maar heeft geen prominente rol gekregen in de uiteindelijk opgestelde portretten vanwege de grote subjectiviteit qua interpretatie.

## 5 Training in het werken met verhalen

### 5.1 Inleiding

De deelnemende organisaties zijn uitgenodigd voor deelname aan de pilot waarin zorgmedewerkers zelf narratief onderzoek gingen uitvoeren onder de ouderen waarvoor zij zorgverleners. Een zestal van hen gaf hier gehoor aan en vroeg geïnteresseerde medewerkers om deel te nemen aan de pilot. We beschrijven in dit hoofdstuk kort de ervaringen met het trainen van zorgmedewerkers en het implementeren van de methode. Een uitgebreidere analyse, werkwijze en inhoudelijke instructie zijn terug te vinden in de handreiking die onderdeel maakt van deze rapportage, zie bijlage 1.

### 5.2 Opbouw training

De training bestond uit het volgen van twee sessies (2x een halve dag) waarin de ontwikkelde methodiek en werkinstructie zijn toegelicht. Tussen de eerste en tweede sessie in haalden de deelnemers verhalen op bij ouderen in zorg, voornamelijk binnen de eigen instelling. Voorwaarde daarvoor was dat de deelnemers op dat moment geen zorgrelatie hadden met de gesproken ouderen. Bij voorkeur vonden de gesprekken plaats op een andere afdeling of zelfs locatie om de rol van de zorgmedewerker als onafhankelijk onderzoeker in deze pilot niet af te zwakken.

Alle deelnemers tekenden voor geheimhouding van de verkregen informatie en het vertrouwelijk omgaan met alle in het onderzoek verkregen persoonsgegevens en onderzoeksdata. Zij werden voor deelname aan de pilot middels een contract even 'echte onderzoekers' in dienst van Tranzo om deze positie kracht bij te zetten en ook voor hen voelbaar te maken. De medewerkers ontvingen een versleutelde usb en een voice-recorder met de instructie om de opnames veilig op te slaan en niet op te slaan op andere (interne) schijven. Dit bleek in de praktijk helaas niet goed te werken omdat de beveiliging van de systemen binnen veel instellingen niet compatibel bleken met de versleutelde usb sticks. Er zijn noodgedwongen tussenoplossingen bedacht om de audio-bestanden te kunnen verwerken tot een transcript. De 'praktijkonderzoekers' hebben er met behulp van de Tranzo onderzoekers zorg voor gedragen dat de data zorgvuldig zijn behandeld en op de snelst mogelijke termijn zijn verwijderd.

De praktijkonderzoekers hebben elkaar aan respondenten geholpen, wat praktisch gezien goed werkte. Het is de meesten gelukt om drie ouderen te spreken binnen de tijd tussen sessie 1 en 2 van de training. Waar dit niet lukte bleek na rondvraag vooral het eigen werk hier belemmerend in te zijn. In die gevallen bleek de werkdruk te hoog om het onderzoek in te passen. De groep die meer tijd had tussen beide sessies had dit probleem uiteraard ook minder. We leren van deze twee groepen dat minimaal een maand tijd tussen beide sessies wenselijk is. Omdat de zorgmedewerkers ook aangegeven hebben dat zij het soms lastig vonden om langer dan dat 'op de data te zitten' zonder er iets mee te kunnen doen lijkt een veel langere termijn ons niet wenselijk.

In sessie 2 zijn de verhalen deels samen geanalyseerd en is er gesproken over de mogelijkheden voor gebruik van de verhalen en evt. de terugkoppeling van het geleerde binnen de organisatie. Deze laatste stap is niet door alle deelnemers doorlopen. Een gedeelte van hen heeft aangegeven dat de organisatie onder de noemer 'pilot' nog onvoldoende aan de randvoorwaarden had voldaan om de data daadwerkelijk te gebruiken. Bij doorontwikkeling van de training dient hier specifiek aandacht aan te worden besteed: zowel vooraf bij het formuleren van uitgangspunten voor toepassing van de methode, als achteraf t.a.v. de terugkoppeling naar deelnemers, teams en andere geïnteresseerden. Een koppeling met training in het werken volgens de principes van het ervaringsgericht ontwerp zou hiervoor goede aanknopingspunten kunnen bieden.

## 6 Lerende evaluatie

Het exploratieve onderzoek met cliënten en professionals heeft, volgens ons en de praktijk, waardevolle inzichten en kwaliteitsindicatoren voor de zorg opgeleverd. De wijze van verhalen ophalen en de analyse ervan zijn in een basis narratief instrumentarium gegoten; een portret met verbeter en koesterpunten. De wetenschappelijke basis vanuit het narratief is hiermee gewaarborgd. Het instrumentarium bestaat bewust uit kaders om de centrale rol van de praktijk mogelijk te maken gedurende de pilot. De praktische bruikbaarheid van het instrument door professionals wordt namelijk in samenwerking met hen getoetst, geëvalueerd en door ontwikkeld in de pilot. De balans tussen de betrouwbaarheid van de wetenschappelijk georiënteerde methode en de praktijkwaarde; bruikbaarheid voor de zorg staat in de evaluatie centraal. Om een zo hoog mogelijke praktijkwaarde op bruikbaarheid te realiseren dient de methodiek toegepast te kunnen worden voor kwaliteitsverbetering op micro en mesoniveau en toepasbaar zijn voor externe verantwoording en keuzehulp (macroniveau).

Voor de pilot gebruiken we de methodiek van de vierde generatie of 'lerende' evaluatie van Guba en Lincoln (Guba & Lincoln, 1989). Deze lerende evaluatie loopt mee in een cyclus van terugkoppeling van tussentijdse bevindingen door de onderzoekers, het in interactie duiden en evalueren hiervan gezamenlijk met de betrokkenen en het in co-creatie uitwerken van de volgende stap in het project. Het vierde generatie evaluatieonderzoek heeft als uitgangspunt dat de resultaten geen beschrijving zijn van de realiteit of 'waarheid', maar dat het gaat om betekenisvolle constructies van mensen of groepen mensen, die zin proberen te geven aan de realiteit waarin zij zich bevinden (hun leefwereld). Bevindingen zijn daarmee geen 'feiten' maar constructen, gecreëerd in (dialogische) interactie tussen belanghebbenden. De constructen zijn daarmee een co-product waarmee validiteit wordt afgesproken voor de voorlopige waarheid die uit dit gezamenlijk proces komt (Guba & Lincoln, 1989). Deze interactie vindt gedurende het gehele project plaats. Daarmee kan een dynamisch leerproces ontstaan vanuit de uitwisseling van ervaringen en perspectieven (Widdershoven, 2001). De lerende evaluatie sluit goed aan bij onze visie op het belang van onderzoek doen samen met de belangrijkste belangspartijen als het gaat om de uitkomsten van dat onderzoek.

De methodiek van de lerende evaluatie wordt ondersteund door een evaluatiekader. Als evaluatiekader gebruiken we het Triade model van Poiesz (Poiesz, 1999). Het Triade gedragsmodel wordt ingezet als instrument om gedrag te verklaren, te voorspellen en te beïnvloeden. Het uitgangspunt is dat gedrag(verandering) op drie samenhangende factoren is gebaseerd:

1. **Motivatie:** gedrag willen vertonen. Motivatie om het narratief instrumentarium te gebruiken, is van toepassing voorafgaand, tijdens en na afloop van het gebruik.
2. **Capaciteit:** gedrag kunnen vertonen. Beschikken professionals over de juiste eigenschappen en vaardigheden en stelt het instrumentarium professionals in staat om kwaliteitsindicatoren te herkennen.
3. **Gelegenheid:** omstandigheden die het gedrag mogelijk maken. De mate waarin externe factoren als draagvlak, haalbaarheid en randvoorwaarden bevorderend of juist remmend werken op het gebruik van het instrumentarium.

We kiezen hiervoor omdat de betekenisvolle constructies die individuen creëren hun gedrag beïnvloeden. Een evaluatiekader gefocust op gedragscomponenten verzekert daarom een centrale rol voor de praktische bruikbaarheid van de methodiek. Eveneens sluit de focus op gedrag goed aan bij het praktische karakter van de pilot. Ook biedt het evaluatiekader waar nodig ruimte om onderscheid te maken op micro-, meso- en macro niveau.

De pilot bestaat uit vier fasen. Het start met de vormgeving van de training in samenwerking met de klankbordgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de deelnemende zorginstellingen. Hierna volgen trainingssessies met professionals uit deelnemende zorginstellingen. De ervaringen met de trainingen worden wederom besproken in een klankbordgroep. Hierna worden de bevindingen uit de eerste drie fasen verwerkt in een (zo nodig) aangepaste opzet voor de methodiek. De aangepaste methodiek wordt in een projectbijeenkomst met de onderzoekers, klankbordgroep leden, deelnemers van de training en cliëntenraad vertegenwoordigers van de deelnemende zorginstellingen geëvalueerd. Tijdens deze bijeenkomst wordt via co-creatie de methodiek (verder) vastgesteld.



## 6.1. Vaststellen opzet training (Fase 1)

De klankbordgroep leden van de deelnemende zorginstellingen zijn bij de opzet van de trainingssessies betrokken om ervoor te zorgen dat de training waardevol is voor de zorginstellingen en zodat gemotiveerde deelnemers binnen de instellingen worden geworven. Tijdens twee klankbordgroep bijeenkomsten is de opzet van de pilot besproken en vastgesteld, ook is er mailcontact tussen de onderzoekers en leden geweest. In de eerste bijeenkomst lag de focus op de opzet in twee trainingsdelen en de 'kenmerken' van mogelijke deelnemers. Na afloop van deze bijeenkomst is via de mail gevraagd om te starten met de deelnemerswerving. Op verzoek van een klankbordgroep lid hebben de onderzoekers een uitnodiging voor mogelijke deelnemers gemaakt en verspreid onder alle klankbordgroep leden. Tevens is er via de mail gevraagd om een update met betrekking tot de werving. Tijdens de tweede klankbordgroep bijeenkomst zijn voornamelijk de overwegingen en knelpunten in de werving besproken. Daarop is de informatiebrief voor deelnemers aangepast. Van de tien deelnemende zorginstellingen hebben drie instellingen ruim voor de start van de pilot aangegeven niet deel te gaan nemen vanwege capaciteitsproblemen. Geen van die instellingen heeft op inhoud gekozen om niet deel te nemen. In totaal waren zeven zorginstellingen betrokken bij de pilot waarvan één instelling geen deelnemers heeft aangeleverd vanwege de drukte. De klankbordgroep leden van zes instellingen hebben in totaal veertien deelnemers gevonden die graag aan de trainingssessies deelnamen. Gedurende deze fase kwamen een aantal elementen met betrekking tot motivatie, capaciteit en gelegenheid naar voren.

### 6.1.1. Motivatie

De opzet van twee trainingmiddagen per deelnemer voor twee tot drie zorgmedewerkers per zorginstelling is in samenspraak vastgesteld. De aanwezige leden van de klankbordgroep hebben allen aangegeven deel te willen nemen aan de pilot. Naar aanleiding van de uitnodigingsmail is de helft van de leden gestart met de werving voor aanvang van de tweede klankbordgroep. Eveneens hebben twee klankbordgroep leden zichzelf opgegeven als trainingsdeelnemer. Tijdens de tweede klankbordgroep kwamen twee motivatieknelpunten tot deelname veelvuldig aan bod; het nut van deelname en de bekendheid van het project binnen de instelling. Het beoogde nut van deelname aan de pilot komt eruit voort dat zorginstellingen nog niet weten of deze methode een structurele plek in het kwaliteitsonderzoek krijgt. Terwijl de medewerkers op dit moment al een hoge werkdruk ervaren. Het 'nut' geldt ook voor de trainingsdeelnemers; wat als ze heel enthousiast worden en de methode vindt geen bedding binnen de instelling? Een van de klankbordgroep leden heeft dit knelpunt al direct aangepakt door de pilot aan het Waardigheid en Trots programma te koppelen. Op deze manier krijgt de (tijds)investering direct een duidelijker doel. Als tweede knelpunt noemen een paar klankbordgroep leden de bekendheid van het project binnen de instelling. Binnen deze instellingen zijn er veel personele wisselingen geweest. In tegenstelling tot twee andere instellingen waar deelnemers betrokken bij eerdere fasen van dit project zich direct enthousiast hebben opgegeven.

### 6.1.2. Capaciteit

In samenspraak is besloten om zowel kwaliteitsmedewerkers als zorgmedewerkers te werven die in staat zijn om de gespreksanalyse in een verhaal te verwerken (portret) en vanuit een 'buitenstaanders' rol te reflecteren op de knel- en koesterpunten binnen hun eigen instelling. Ook is een goed ontwikkelde professionele houding een vereiste, gegeven de vertrouwelijkheid van de interviews en de gedeelde informatie. Als richtlijn voor de werving wordt voor zorgmedewerkers niveau 4 of 5 aangehouden, omdat de verwachting is dat ze vaker dienen te reflecteren in hun huidige werk dan medewerkers met niveau 1 t/m 3. Deze richtlijn was geen vast criterium; de kwaliteiten en motivatie van de individuele medewerkers waren leidend bij de werving. Tevens heeft de zorgverzekeraar aangegeven deel te willen nemen aan de training voor mogelijk eigen gebruik van de methodiek.

### 6.1.3. Gelegenheid

De tijdinvestering wordt het meest genoemd als gelegenheidselement. De training wordt gesplitst in twee middagen per deelnemer zodat tussen de trainingssessies verhalen opgehaald kunnen worden. De tijd tussen de trainingen mag niet te lang zijn zodat deelnemers hun ervaring met elkaar kunnen delen. De onderzoekers zijn op verzoek beschikbaar bij vragen, nazorg of andere ondersteuningsbehoeften. Door de korte tijd tussen de trainingssessies en het algehele tijdinvestering knelpunt is gezamenlijk besloten dat deelnemers drie verhalen ophalen tussen de trainingen. Er is gekozen voor drie verhalen omdat de eerste wanneer nodig als oefening kan gelden en de deelnemer hierna nog twee kansen heeft om zijn/haar vaardigheid aan te scherpen. Ook is de kans om met drie verhalen diverse type kwaliteitservaringen te horen nog groot genoeg. Of de deelnemers na afloop van de training nog meer verhalen ophalen ligt bij de deelnemers en de betreffende instelling.

Om een veilige situatie en voldoende anonimiteit voor de deelnemende cliënten te garanderen zijn er twee besluiten genomen in de tweede bijeenkomst. De trainingsdeelnemers gaan niet op hun eigen afdeling interviewen en ze handelen volgens de uitgangspunten van de Tilburg University Ethic Review Board. De onderzoekers hadden initieel het idee dat de medewerkers juist bij andere zorginstellingen gingen interviewen, maar de klankbordgroep leden gaven aan de tijdinvestering hiervan te groot te vinden. Indirect speelde eveneens het nut voor de eigen instelling een rol. De uitgangspunten van de Ethic Review Board zijn als trainingsonderdeel toegevoegd. Deze uitgangspunten zijn extra kracht bij gezet doordat de trainingsdeelnemers eveneens een persoonlijke vertrouwelijkheidsverklaring hebben getekend en er vooraf voor een veilige data infrastructuur is gezorgd. Dit om te voorkomen dat er geen herleidbare gegevens van cliënten op de systemen van de zorginstellingen werden opgeslagen.

Kortom bijna iedere zorginstelling heeft de beoogde deelnemers aangeleverd en alle leden stonden achter de opzet van de trainingssessies. Om de haalbaarheid voor de deelnemers zelf en voor de instellingen te vergroten is besloten om minder verhalen op te halen.

## 6.2 Uitvoer trainingssessies (Fase 2)

Door middel van de trainingssessies kunnen meerdere vraagstellingen worden beantwoord. Namelijk; Is de methodiek aan te leren in twee trainingssessies? En kan dat op deze wijze? Wat vinden deelnemers zelf dat het oplevert om verhalen op te halen? Wat willen ze ermee doen? En waar twifelen ze over?

De volgende leerdoelen zijn opgesteld per sessie:

### Trainingssessie 1

1. Wat verstaan we onder narratief onderzoek?
2. Wanneer kun je narratief onderzoek inzetten?
3. Wat zijn de uitgangspunten om goed narratief onderzoek te doen?
4. Hoe voer je een narratief onderzoek uit?

### Trainingssessie 2

1. Wat is je eigen rol als 'narratief onderzoeker'?
2. Hoe kun je 'een verhaal' verantwoord analyseren?
3. Hoe ga je om met eigen interpretatie?
4. Hoe rapporteer je iemands verhaal en hoe doe je dat bij meerdere respondenten?
5. Wat zijn (ethische) vraagstukken bij het gebruik van het verhaal?

In de periode januari – maart 2018 hebben twee trainingsgroepen ieder twee sessies doorlopen. De eerste groep bestond uit acht deelnemers, zes vanuit drie zorginstellingen en twee van een zorgkantoor. De tweede groep bestond uit zes deelnemers vanuit twee zorginstellingen. De groepen verschilden van elkaar in de tijd die tussen beide sessies zat. De eerste groep had namelijk twee weken ertussen terwijl de tweede groep zes weken de tijd had om verhalen op te halen en te analyseren. De tweede groep gaf tijdens de eerste sessie zelf aan meer tijd nodig te hebben voor het huiswerk. Door het tijdsverschil heeft de eerste groep minder huiswerk kunnen doen en hebben ze tijdens de tweede sessie geoefend met het schrijven van een portret. Daarentegen had de tweede groep de tijd gehad om drie verhalen op te halen, te transcriberen of op hoofdlijnen uit te werken en tenminste één portret te schrijven. Het verschil in opzet is terug te zien in de evaluatie. In deze fase kwamen wederom een aantal elementen met betrekking tot motivatie, capaciteit en gelegenheid naar voren. Motivatie splitsen we op in voor en na het ophalen van de verhalen. Motivatie vooraf heeft betrekking op het vertrouwen in de methode en na afloop op het effect en de mogelijke toepassingen. Afsluitend worden de belangrijkste leeropbrengsten van de trainingsfase samengevat.

### 6.2.1. Motivatie vooraf

Motivatie om deel te nemen aan de training was een wervingsvoorwaarde omdat het succes van de methode nauw verbonden is met de uitvoerder. Er is namelijk naar onze mening een intrinsieke motivatie nodig om werkelijk open te staan voor het verhaal van de cliënt, ongeacht of dit positief of negatief op je eigen instelling reflecteert. De deelnemers hebben zelf aangegeven deze training te willen volgen en waren allemaal geïnteresseerd in de methodiek en benieuwd naar de uitvoering ervan.

Tijdens de eerste trainingssessie lag de focus op de narratieve onderzoeksmethode, het belang en de mogelijkheden van verhalen en de wijze waarop verhalen het beste 'opgehaald' kunnen worden. De 'Free Association Narrative Interviewing' techniek van Hollway en Jefferson heeft tijdens de instructie als theoretisch anker gediend (Hollway & Jefferson, 2000). Het ophalen van verhalen hebben de deelnemers tijdens de training op elkaar geoefend. Het ophalen van verhalen werkt enkel als de 'interviewer' de verhalen niet stuurt. De interviewer dient een setting te creëren waarin de cliënt vertelt wat hij/zij wilt vertellen. Om die setting te creëren is zelfmonitoring van belang; een open geïnteresseerde houding, geen nieuwe informatie inbrengen en enkel indien nodig verhelderende vragen stellen. Kortom de interviewer moet vooral 'zijn mond houden'. In eerste instantie dachten alle deelnemers dit moeilijk uitvoerbaar te vinden. De onderzoekers verwachten dat dit bijna inherent aan (uitvoerende) zorgmedewerkers is; bijna allemaal sociaal georiënteerde mensen die in hun professie gewend zijn om te helpen door middel van het aandragen en uitvoeren van oplossingen. Zo vertelde een deelnemer; "als iemand zegt eenzaam te zijn, dan wil ik meteen weten wat, hoe en wanneer"

Na afloop van de oefening vonden de deelnemers het verassend hoeveel je tegen een onbekende vertelt. Het voelde voor een aantal ook juist veilig om dit tegen een onbekende te vertellen. Deze ervaring overtuigde de deelnemers ervan dat ze geen cliënten van hun eigen afdeling moesten gaan interviewen; 'stil luisteren' werkt het best bij onbekenden. Na het oefenen voelde het zelfmonitoren voor velen nog niet (helemaal) natuurlijk aan. Sommigen hadden nog wat twijfels over hoe het interviewen ze zou vergaan. Veelgehoorde opmerking: "ik moet een hoop afleren", waarmee deelnemers doelen op thema's inbrengen en adviseren tijdens gesprekken. De onderzoekers hebben geen duidelijk verschil in niveau of achtergrond opgemerkt tijdens de oefeningen. Aan het eind van de eerste trainingssessie gaven alle deelnemers aan de methode graag in het echt uit te willen proberen.

### 6.2.2. Capaciteit

De methodiek is in 4 stappen te verdelen namelijk: het ophalen van de verhalen, het beluisteren en uitwerken van het verhaal (transcripten of gespreksverslagen), de analyse, in de vorm van een portret (eerste stap herkenning) en de interpretatie van de kwaliteitsindicatoren (kunnen ze benut worden?). De eerste groep ging voor het eerst met de portretten aan de slag in de tweede trainingssessie. Bij beide groepen zijn mogelijkheden tot het benutten van de kwaliteitsindicatoren bewust tijdens de tweede trainingssessie gezamenlijk behandeld. Onderstaand worden de 'proces' stappen geëvalueerd en de leeropbrengst voor de deelnemers tijdens het ophalen van de verhalen en de analyse en interpretatie beschreven.

#### Ophalen van verhalen

Het ophalen van de verhalen heeft veel indruk gemaakt op de deelnemers, zowel door wat de cliënten hebben verteld als door de persoonlijke ervaring. De deelnemers vonden de interviews erg interessant.

Het viel de onderzoekers op dat de deelnemers snel een waardeoordeel gaven aan specifieke interviews door ze te bestempelen als wel of niet geslaagd. Dit werd gekoppeld aan de lengte van het interview, of cliënten 'durfde' te klagen (een interview werd bestempeld als 'reclamepraatje'), de medische staat van de cliënt, de persoonlijkheid van de cliënt en hun eigen vaardigheden als interviewer (zie voor de medische staat gelegenheid). Onder de persoonlijkheid van de cliënt werd onder andere de hoeveelheid informatie die ze uit zichzelf vertelden geschaard; de één ratelt door en de ander geeft korte reacties als 'gewoon goed'. Ook werd aangehaald dat de één tijdens het vertellen heel erg op het onderwerp blijft terwijl de ander volledig afwijkt. Volgens de deelnemers maken deze kenmerken het gemakkelijk of juist moeilijk om de interviewmethode toe te passen. Een deel van de werking wijzen ze dus toe aan situationele omstandigheden. In de analysefase hebben de onderzoekers proberen te tonen dat een waardeoordeel niet zo snel gevormd hoeft te worden. De eigen vaardigheden werden eveneens veelvuldig benoemd tijdens de groepsevaluatie in de tweede trainingssessie.

Ervaring wordt veelal aangehaald, zo voelde de eerste keer interviewen nog 'onwennig' en stiltes leken veel langer te duren; "stiltes waren eigenlijk maar 10 seconde maar het voelde echt gewoon als een minuut stilte. Het voelde bizar lang." . Door vaker te interviewen werd het steeds makkelijker om minder vragen te stellen, te 'hummen' en 'papagaaien' en bovenal meer te vertrouwen op de waarde van verhaal van de cliënt. Deelnemers gaven aan beter te kunnen luisteren doordat ze niet bezig waren om 'eigen thema's' in het gesprek te brengen. Ook ontstond het vertrouwen dat het verhaal wel komt en was het een eyeopener dat thema's inbrengen weinig toevoegde. De vergelijking met sollicitatiegesprekken werd gemaakt; om de volgende keer gewoon eens te luisteren in plaats van aldoor nieuwe vragen te bedenken. Alle interviews waren met onbekende cliënten, dit droeg bij aan de vaardigheid om met een open houding te luisteren. Bij bekende cliënten hadden ze de uitspraken toch sneller 'getoetst' aan hun eigen ervaring of het ziektebeeld van de cliënt erbij betrokken. De methodiek van opnemen en later terugluisteren in plaats van aantekeningen maken stelde de deelnemers ook in staat om te luisteren en oogcontact met de cliënt te houden. Het creëerde ook vertrouwelijkere sfeer dan dat ze 'rapporteerde' tijdens het gesprek. De leeropbrengst is samen te vatten in drie onderdelen;

#### Leeropbrengst verhalen ophalen

**1. Effect van luisteren.** De deelnemers waren unaniem verast hoeveel er tegen ze werd verteld door enkel te luisteren. Hoewel ze tijdens de training het effect van luisteren al hadden opgemerkt werd dit tijdens het werkelijke ophalen nog duidelijker. Het contrast met de dagelijkse gang van zaken werd meerdere keren benoemd. "Ik denk dat als we ze allemaal zouden spreken, dan schrikken we van de informatie die we nog niet wisten, terwijl mensen er al 1 tot 3 jaar wonen. Schrikken van wat we nog niet weten, omdat we er niet naar vragen en er niet naar luisteren. Ik denk dat we ook echt anders luisteren als we daar zitten, we hebben geen bel. Maar ik ben er zo van overtuigd dat als je weet wie je voor je hebt dan krijg je er zoveel voor terug."

**2. De balans tussen niet sturen en verhelderen.** In ieder interview dien je als onderzoeker op momenten 'iets te zeggen' om het gesprek op gang te houden. Als je de methode volledig zuiver toepast breng je op zo'n moment geen nieuwe informatie in om niet te sturen. In de transcripten van de interviews is te zien dat als dit soms gebeurt het geen negatieve invloed heeft op de totale kwaliteit; veelal beantwoorden cliënten de vraag alvorens ze weer op hun eigen verhaal aanhaken. Een te strikte handhaving van de methode kan ook een averechts effect hebben omdat er dan te weinig wordt verhelderd. Een van de deelnemers was niet tevreden na het eerste interview: "Die mevrouw was tevreden en als ik terugkijk heb ik ook niet doorgevraagd. Ik heb heel goed de opdracht gedaan door mijn mond te houden, maar dan denk ik; haal ik dan op wat ik op moet halen?" Na zichzelf feedback te hebben gegeven op het eerste transcript heeft de deelnemer meer verhelderende vragen gesteld tijdens de volgende twee interviews.

**3. Effect op jezelf.** Of je nu verpleegkundige of kwaliteitsmedewerker in een zorginstelling bent je werkt altijd met en voor mensen. Toch of misschien juist daarom raakte de interviews de deelnemers. "Ik vond het heel bijzonder dat mensen zo hun hele levensverhaal delen. Ik denk dat je daardoor betere kwaliteit van zorg kan geven als je dit allemaal weet. Ik denk dat ik zelf ook wel even weer bewust ben van iedereen heeft zijn eigen leven geleid." En doordat het je raakt motiveert het ook om er iets mee te willen doen: "Toch wel het gevoel van dit wil ik bespreken met collega's en die kleinigheidjes waar je zo snel iemand blij mee kan maken, dit gaat om het welzijn van mensen om het leven."

Hoewel de ervaringen met het ophalen van de verhalen gelijkwaardig waren tussen beide groepen, heeft het verschil in samenwerking onderling wel effect gehad op de ervaring. De tweede trainingsgroep bestond namelijk uit drie deelnemers per zorginstelling die tijdens het ophalen van de verhalen intensief contact hebben gehouden en hun ervaringen hebben gedeeld. Ze gaven aan dit erg fijn te vinden. Al met al voelde de deelnemers zich na het ophalen van drie verhalen en de nabespreking toegerust om 'goede' narratieve interviews af te nemen.

### **Uitwerken verhalen**

Aan deelnemers is gevraagd om van tenminste één verhaal een transcript (woordelijk verslag) uit te typen. De andere verhalen konden als transcript of, met het oog op tijdsbesparing, als gespreksverslag worden uitgetypt. Deze uitwerking vormt een zeer waardevolle input voor de volgende stappen. Omdat de deelnemers de waarde van het transcript pas bij het schrijven van een portret ervaren is het in het vervolg ook geen aanrader om transcriberen als laatste huiswerkstap te geven, zoals bij de eerste groep het geval was. Na een korte uitleg tijdens de eerste trainingssessie kunnen deelnemers de 'handeling' transcriberen zonder problemen uitvoeren, desalniettemin kost het de deelnemers zeer veel tijd. De inspanning was groter doordat het een aantal niet was gelukt om de geluidsopname, via de beveiligde usb stick, vertraagd af te spelen op een Media Player. Ook hadden veel deelnemers geen hoge typesnelheid. Door deze factoren moesten ze de opname steeds stopzetten en proberen het juiste aantal seconden terug te spoelen. Om zich te concentreren hadden de meeste deelnemers een stille werkplek nodig en door gebrek hieraan (zeker bij de verzorgenden) hebben meerderen de opname thuis in hun eigen tijd uitgetypt. Dit punt is verbonden aan gelegenheid en het in je eigen tijd uitwerken komt eveneens de motivatie niet ten goede. Zo vatte een van de deelnemers het transcriberen samen: "Maar als ik naar de uitwerking kijk denk ik dat het veel te gek is. Ik zei net tegen ons hoofd ik vind dat interviewen echt helemaal prima, maar dat uitwerken dat gaat hem gewoon niet worden als je dit wilt doorvoeren." Een andere deelnemer gaf daarentegen aan het uittypen als waardevol te ervaren. De gespreksverslagen kosten wel minder tijd, maar leidde in de mening van de onderzoekers wel tot een verschil in kwaliteit. Een deel van de verslagen was te 'platgeslagen' voor een goede analyse. Andere hadden een heel uitgebreid gespreksverslag inclusief citaten die al beter bruikbaar waren. Desalniettemin kan enkel een transcript een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid garanderen, aangezien dit de kleuring die een gespreksverslag kan bevatten voorkomt. Kortom deze stap vormt nu een aanzienlijk knelpunt in de methodiek die samenhangt met motivatie, capaciteit en gelegenheid.

### **Analyse tot portret**

Beide groepen hebben een verschillend proces doorlopen. De eerste groep heeft tijdens de tweede trainingssessie eerst de kernpunten uit hun eigen transcript en die van een ander gehaald. De deelnemers haalde grotendeels dezelfde kernpunten en 'kernzin' uit de transcripten. Een portret schrijven tijdens de sessie beschreven de meeste deelnemers als lastig. De tweede groep had als huiswerk al een portret naar keuze geschreven en aangezien zij hier rustig de tijd voor hadden gehad en de voorbeelden uit de informatiebrief hadden gebruikt ging het hun een stuk gemakkelijker af. Tijdens de tweede trainingssessie hebben ze vanuit een transcript van een ander een 'proefportret' gemaakt en deze met elkaar besproken. De overeenkomsten tussen beide waren groot, op een stel na waar de interviewer het interview interpreteerde als 'halfvol' en de tegenlezer via het transcript juist als 'halfleeg'. Het schrijven van portretten was voor alle deelnemers een nieuwe ervaring. Desalniettemin lijkt het alsof het de deelnemers in (kwaliteits)managers functies door hun functiewerkzaamheden het schrijven van een portret sneller oppikten, zowel in tijd als in het direct schrijven van een lopend verhaal. Het snelheidsverschil tussen de functies zit in ervaring, beide zijn er goed tot in staat. . Gemakkelijker in de zin van sneller en de portretten vormden meer een lopend verhaal. Een van de deelnemers merkte op: "voor mezelf had ik wel het gevoel van wat wil ik nu bereiken met het portret? wil ik haar leren kennen of er iets mee kunnen?". Deze uitspraak karakteriseert goed de bruikbaarheid van de portretten van de deelnemers. Door de portretten leert de lezer de cliënt kennen en wat belangrijk voor diegene is; zowel in wat goed gaat als waar ze ontevreden over zijn. Maar er 'iets mee kunnen' is daarmee nog geen kwestie van enkel zinnen in het portret van een ander 'highlighten'.

## Interpretatie tot benutten kwaliteitsindicatoren

Het bespreken van de transcripten en portretten tijdens de tweede trainingssessie leidt tot veel levendige discussies tussen de deelnemers onderling. De methodiek maakt een hoop los om überhaupt te bespreken. De eerste groep voelde zich onzekerder over de kwaliteit van het portret en daarmee hoe ze de uitkomsten moeten interpreteren. De tijd die de tweede groep had gekregen en de ervaring die ze hadden opgedaan door zelf een portret te schrijven zorgde voor meer zelfvertrouwen. De leeropbrengst tijdens de analyse en het benutten van de kwaliteitsindicatoren is wederom in drie onderdelen samen te vatten;

### Leeropbrengst analyse en interpretatie

1. Een spiegel die je niet herkent. Deelnemers van dezelfde zorginstelling hadden veelal op elkaars locatie de interviews uitgevoerd.

Hierdoor herkende een aantal deelnemers de verhalen van hun eigen cliënten. Vooral tijdens de negatief geladen verhalen ontstond hier discussie over. De betrokken deelnemers hadden hier een ander perspectief op; het eigen verhaal (bijv. 'ik heb al zoveel geprobeerd voor deze cliënt'). Het risico bestaat dat er wordt afgedongen op het verhaal van de ander. De oplossing was dat de deelnemers zich kwetsbaar opstelden en inleefden in de cliënt. Dit duurde soms even en supervisie was dan ook nodig tijdens dit proces. Deelnemers gaven zelf ook aan dat er bij een soortgelijke teambespreking van de verhalen iemand bij moet zijn "die boven het team hangt", een teamleider of onafhankelijke kwaliteitsmedewerker, om een bepaalde "objectiviteit" te bewaken. Maar dat er met de juiste groepssamenstelling voor teams "veel uit te halen is".

2. Het voorbeeld van of de onderliggende kwaliteitsindicator. Het bleek dat het goed was om een bepaalde afstand tot het verhaal te nemen; in tijd, door samenspraak en door de verschillende analysestappen te doorlopen. Dit zorgde ervoor dat het de deelnemers beter lukte om zich op de kwaliteitsindicatoren zelf te richten in plaats van op de voorbeelden die de cliënt aanhaalde. Zo noemde een van de cliënten de activiteiten als voorbeeld om aan te geven dat hij geen connectie voelde met de medebewoners en zich daarom eenzaam voelde. Dit was een cliënt van een van de deelnemers, wiens eerste reactie was aan de groep uitleggen wat voor een activiteiten ze de afgelopen jaren wel niet allemaal hadden aangeboden en zelfs speciaal voor deze meneer opgezet hadden, terwijl hij maar bleef klagen over de deelnemers. In samenspraak kwam boven tafel dat het niet zozeer om de activiteiten zelf ging. Een van de deelnemers reflecteerde hier als volgt op: "Weet je ook waarom je doet wat je doet? Ik kan me wel voorstellen dat wij erg geneigd zijn om in de aanbod sfeer dingen te doen." Dit bevestigt wederom dat er een supervisie rol nodig is tijdens de terugkoppeling in het team en dus bij een mogelijke uitrol van de methodiek.

3. Laaghangend fruit? Kiezen of en hoe de kennis benut wordt voor de kwaliteit van zorg volgt op de tweede leeropbrengst. De verhalen hebben een krachtige werking in het motiveren en inspireren van de deelnemers om dingen aan te pakken: "zulke kleine dingen die zoveel betekenis hebben als een afdeling daar wat mee doet". Een risico hiervan is alleen dat de oplossingsgerichtheid te veel uit gaat naar de 'kleine dingen'; het laaghangend fruit. Dit is ten eerste een risico omdat het een gemiste kans kan zijn voor een grotere welzijnsverbetering. Ten tweede kan het een vorm van symptoombestrijding zijn (bijv. nog meer activiteiten bedenken). Ten derde dat het een contra effect kan geven; de cliënt heeft niet het gevoel dat er werkelijk naar hem is geluisterd. En als laatste omdat zelfs kleine wensen door de veelvuldigheid aan protocollen in de zorg hierdoor gemakkelijk kunnen stranden. Zo is er in de eerste groep gediscussieerd over een spiegelei. Het lievelingstype ei van een cliënt, die hij niet krijgt door het salmonella veiligheidsprotocol. De zorgkantoor deelnemer ging hier heel normatief op in; zo'n ei zou altijd mogelijk moeten zijn, terwijl het voor de zorgmedewerker deelnemer niet mogelijk was om structureel het protocol te breken. De discussie richtte zich erg op een voorbeeld (spiegelei) van de onderliggende kwaliteitsindicator voor de cliënt; de restricties die hem werden opgelegd waardoor hij in levensvreugde inboette. De oplossing zit hem eerder in dat een team bekijkt of er soms meer maatwerk is te realiseren te verzanden in een protocoldiscussie. De onderzoekers vragen zich dan ook af of de deelnemers niet te snel aan de slag gaan met de voorbeelden in plaats van de diepere analyse van het probleem. Zij zijn dan ook terughoudend over het 'laaghangend fruit' plukken, in ieder geval tijdens de pilot.

Al met al maakt de methodiek het voor de deelnemers mogelijk, om in samenspraak, ook de dieper liggende kwaliteitsindicatoren te achterhalen. Ook werkt de methodiek motiverend en inspireert het om er op de werkvloer mee aan de slag te gaan. Wel zijn er randvoorwaarden qua training, samenwerking (supervisie en intervisie) en voldoende tijd om te analyse rustig op te bouwen om de opgehaalde verhalen ook daadwerkelijk te benutten.

### 6.2.3. Gelegenheid

Omstandigheden die het gebruik van de methode bevorderen of afremmen zijn onder te verdelen in de cliënten en de organisatie.

#### Cliënten

Cliënten moeten het prettig vinden en in staat zijn om deel te nemen. De deelnemende cliënten vonden het fijn om deel te nemen; “Je merkt gewoon wel dat mensen het best prettig vinden om een uur helemaal de aandacht te krijgen van je. Het contact is niet zo vluchtig”. Zo was een van de cliënten zo enthousiast aan het verhaal begonnen dat ze zich na het afzetten van de recorder realiseerde dat ze helemaal was vergeten koffie aan te bieden. De deelnemer vond dat heel fijn om te zien. Wel is van belang om in de introductie nogmaals (staat ook in de informatiebrief) aan te geven dat het een heel open gesprek is en dat degene alles mag vertellen. Anders blijven sommige cliënten een beetje in dubio of ze de goede dingen zeggen. Zo zei er een na afloop: “ik hoop dat ik aan je verwachtingen heb voldaan”.

Het wervingsproces van de cliënten draagt bij aan de positieve ervaring. Mogelijke deelnemers hebben vooraf een informatie- en toestemmingsformulier gekregen en vragen kunnen stellen. In de eerste sessie is besproken dat de enige voorwaarde is dat het om een 'zorgontvanger van 65+ die in staat is en bereid is om zijn verhaal (mondeling) te vertellen. Daarnaast mag er geen preselectie op tevreden welbespraakte cliënten worden gemaakt. Bij deelnemers die voor andere deelnemers in hun instelling cliënten hebben geworven is dit aangehouden. Maar een paar cliënten die bijvoorbeeld via een teamleider waren geselecteerd gaven aan dat 'ze altijd worden gevraagd voor dit soort onderzoekjes omdat ze dat leuk vinden'. Hier is wel sprake geweest van een selectie-bias. Voor beide deelnemers vanuit het zorgkantoor bleek het niet mogelijk om binnen twee weken cliënten te vinden om te interviewen. Een deelnemer is hierom niet bij de tweede trainingssessie aanwezig geweest, de andere deelnemer wel.

Met betrekking tot de haalbaarheid zijn er wel randvoorwaarden. In totaal zijn drie geplande cliënt interviews niet goed verlopen door de selectie. Eén van de cliënten was volledig vergeten waarvoor de interviewer haar bezocht en wilde dan ook geen gesprek voeren. Een van de cliënten kon niet spreken door een lichamelijk gebrek, dus de partner heeft het gesprek gevoerd. En doordat een van de cliënten een afasie had was het eveneens lastig om te communiceren. Het scherp aanhouden van het 'verbaal uiten' criteria is dus noodzakelijk. Mogelijkheden bij cliënten met psychogeriatrische aandoeningen als dementie zijn afhankelijk van de uiting van de ziekte, de ervaring van de interviewer en de mogelijkheden zullen verschillen per dag. Een van de deelnemers heeft bewust cliënten met dementie geïnterviewd en was positief over de opbrengst. Dit blijft een aandachtspunt voor de toepassing.

#### Organisatie

Tijd is de meest genoemde beperking. Tijd om deze methode toe te passen tijdens het dagelijkse werk. Tijd om te transcriberen. En tijd die het kost om de afspraken in te plannen en te interviewen op een andere locatie. Behalve voor de persoonlijke werkdruk wordt tijd ook aan kosten voor de zorg in het algemeen gekoppeld. Op het voorstel dat bijvoorbeeld secretaresses transcriberen antwoord een deelnemer dan ook dat dit ook geld kost voor de zorg in het algemeen. Om deze methodiek structureel toe te passen in een instelling dienen de baten in de kosten-baten analyse explicieter gemaakt te worden. Zowel voor de cliënten als de leereffecten voor de medewerkers zelf (inlevings- en inspiratieopbrengsten)

### 6.2.4. Motivatie toepassing

Tijdens de tweede trainingssessie is met de deelnemers besproken welke effecten het toepassen van deze methode heeft en hoe de methodiek structureel toegepast zou kunnen worden.

#### Effect

De tijd nemen om werkelijk te luisteren naar cliënten is zeer enthousiast ontvangen. Het zo weinig mogelijk inbrengen gecombineerd met het opnemen om later pas te verwerken, is leuk en inspirerend om te doen. Deze ervaringen geven eveneens een andere blik op je dagelijks werk. Het is verbazend hoeveel nieuwe informatie cliënten vertellen. Het persoonlijke contact motiveert ook om ermee aan de slag te gaan. Het opnemen van het interview leidt automatisch tot een benodigde verwerkingsslag. De deelnemers erkennen dat enige vorm van verwerking noodzakelijk is. Ten eerste omdat veel wat er tijdens het gesprek wordt gezegd je ontgaat. En ten tweede om de resultaten met elkaar te bespreken. De portretten worden gewaardeerd als eindproduct, maar het wordt met de transcripten te arbeidsintensief om bovenop het huidige werk te organiseren.

## Toepassing

Structurele toepassing van de methodiek wordt door de deelnemers vooral bekeken vanuit het nut. Er spelen drie hoofdoeverwegingen, het zijn niet per definitie harde of/of afwegingen maar ze hebben wel duidelijke implicaties op de toepassing van de methode;

Overwegingen toepassing

1. Anonimiteit versus resultaat. Het ophalen van de kwaliteitsindicatoren motiveert om ze te benutten. Als je 'het leven' van cliënten met 'zulke kleine dingen' kan veranderen wil je hier iets mee, ook al komt hierdoor de anonimiteit van de cliënten in het geding. Het gebruiken van de resultaten op micro niveau zien de deelnemers eveneens als belangrijk pluspunt voor cliënten; het motiveert om mee te doen. En als je je ziel en zaligheid vertelt en er wordt nooit meer iets mee gedaan draagt dit niet bij aan het gevoel gehoord te worden. Veranderingen doorvoeren voor degene die je spreekt heeft wel implicaties voor de toepassing van de methode. Aangezien op deze manier deelnemende cliënten een bevoorrechte positie krijgen ten opzichte van cliënten die niet mee willen of kunnen doen.

2. Hoofdfocus: leren kennen individu versus generieke kwaliteitsmeting. Als het leren kennen van de cliënt zo bijzonder goed werkt in deze methodiek kan dit dan niet het hoofddoel zijn? Een aantal deelnemers ziet het als een goede methode om een cliëntprofiel te creëren, dit kan zowel bij de intake als na een paar maanden. Ook wordt de methode als input voor het Multi Disciplinair Overleg genoemd. Een MDO is een terugkerend fenomeen, de kwaliteitsindicatoren kunnen dan worden meegenomen in het overleg om ze ook daadwerkelijk te benutten. Op deze wijze ligt de focus meer op individuele effecten (wel voor alle cliënten), dan op een instelling brede evaluatie. Er is zeker wel motivatie om op locatie of instellingsniveau patronen uit de verhalen te halen. Zo kunnen praktische (bijvoorbeeld onvrede nieuwe keuken) als dieper liggende (eenzaamheid) kwaliteitsindicatoren in samenspraak voor de locatie of instelling worden behandeld. Het micro level spreekt de meerderheid van de deelnemers meer aan dan structurele meso of macro toepassingen.

3. Structurele inbedding. Randvoorwaarden, het borgen van de verhalen en de relatie tot andere kwaliteitsmetingen worden benoemd om een structurele inbedding mogelijk te maken. Randvoorwaarden als tijd en een onafhankelijk persoon voor de samenspraak. Eveneens vragen de deelnemers zich af waar de opgehaalde informatie het beste bewaard kan worden, zodat ook andere medewerkers ervan kunnen leren of er gebruik van kunnen maken (bijv. cliënt specifiek). De waarde van de methode sec wordt ingezien maar de andere kwaliteitsmetingen vragen ook al een behoorlijke inzet en sommigen hebben een meer verplichtend karakter. De meeste deelnemers vinden het lastig om in te beelden hoe de methodiek kan leiden tot conclusies over het functioneren van de gehele instelling, zowel nu als vergelijkend over de jaren.

### 6.2.5. Belangrijkste leeropbrengsten

De trainingssessies bevestigen het beeld dat van een waardevolle methodiek. Het ophalen van de verhalen wordt gewaardeerd door de cliënten en inspireert tegelijkertijd de medewerkers op de werkvloer. Dit zorgt voor een geheel andere dynamiek dan beleidsprotocollen ten behoeve van de kwaliteit die van bovenaf worden 'opgelegd'. Om de methodiek echter goed toe te kunnen passen dienen er wel een aantal stappen te worden doorlopen:

1. Duidelijke instructie vooraf. Het dient voor zowel de medewerker als de cliënt duidelijk te zijn wat er gaat gebeuren met de opgehaalde informatie, op welke termijn en door wie. Het is belangrijk om tijdens de opzet te realiseren dat professionals gemotiveerd worden door de mogelijkheden op micro niveau.
2. Training narratief instrumentarium. Kennis over narratief onderzoek geeft professionals het juiste kader. Het oefenen van de interviewrol vergroot het zelfbewustzijn alvorens er 'echt' verhalen opgehaald worden.
3. Trechter functie analysestappen. Door het doorlopen van de verschillende stappen; het interview transcriberen en hier een portret van maken trechtert een deelnemer de informatie om zo een steeds scherpere visie op de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Door voldoende tijd voor deze stappen te nemen (het te laten rusten) worden de onderliggende kwaliteitsindicatoren van de voorbeelden van kwaliteitsindicatoren gescheiden.
4. Samenwerking. Samenwerking maakt interbeoordelaarsbetrouwbaarheid mogelijk. Samen reflecteren en interpreteren zorgt ervoor dat de interviewer het verhaal van de cliënt centraal blijft houden en tevens niet te snel naar het laaghangend fruit grijpt. Bij voorkeur wordt het transcript 'tegen gelezen' door een andere professional om hiermee de dialoog aan te kunnen gaan.

Terugkoppeling aan team. Om de kwaliteitsindicatoren te kunnen benutten op individueel (micro) niveau of om teams een andere visie op hun huidige werk te laten ontwikkelen kunnen de portretten binnen het team worden besproken. Om tot een goede analyse en plan van aanpak te komen dient er een onafhankelijke professional (bijv. manager / kwaliteitsmedewerker) bij de bijeenkomst aan te sluiten.



## 6.3 Evaluatie trainingen (Fase 3)

Na afloop van de trainingen is een klankbordgroep georganiseerd om de leden bij te praten over het verloop van de trainingen en om met elkaar mogelijke praktijktoepassingen van de methodiek te bespreken. Er waren twee leden van de klankbordgroep aanwezig die ook als deelnemer de trainingssessies hebben gevolgd. Gedurende deze fase kwamen met betrekking tot de training vooral de elementen capaciteit en gelegenheid naar voren. Toekomstige toepassingen van de methodiek zijn aan het element motivatie gekoppeld.

### 6.3.1. Capaciteit

Voor de deelnemers van het zorgkantoor was twee weken te kort om cliënten te regelen die ze konden interviewen. Een van deze deelnemers heeft de tweede sessie nog wel bijgewoond. Het was volgens diegene heel mooi om te zien wat voor effect de methode op de andere deelnemers had; hoe de deelnemers op de verhalen en in dialoog op elkaar reageerden. Maar er zat ook verschil tussen de deelnemers, zo had een van de deelnemers al meteen een oordeel over de verhalen; “die ging er bevooroordeeld in en andere deelnemers juist niet”. De houding van de interviewer leidt daarom wel tot verschillen in de wijze waarop kwaliteitsindicatoren herkend en benut worden. De deelnemer van het zorgkantoor heeft hier na afloop van de training nog veel over nagedacht. Want hoe ga je hier mee om in de praktijk? En hoe krijg je het belang van de (juiste) toepassing van de methodiek aan instellingen overgedragen? Aansluitend is besproken dat de houding van de deelnemers waarschijnlijk ook onderdeel van het leerproces is en dat het ook erg moeilijk is om blanco te reageren als je eveneens de persoonlijk begeleider of zorg coördinator van een geïnterviewde cliënt bent. Geen verhalen ophalen bij cliënten die je kent blijft door deze ervaringen in stand als ‘voorwaarde’ voor toepassing.

### 6.3.2. Gelegenheid

Selectie criteria voor cliënten om deel te nemen zijn tijdens deze bijeenkomst niet in samenspraak aangepast. Het ‘in staat zijn om je verhaal mondeling te vertellen’ als criteria moet wel strikt worden aangehouden. Maar over criteria als deelname voor cliënten met dementie is nog geen consensus bereikt.

De tijdsinvestering, vooral van het transcriberen, is eveneens ingebracht door de klankbordgroep leden die hebben deelgenomen aan trainingen. Aangezien spraakherkenningssoftware de komende jaren nog geen optie is hebben de onderzoekers ‘betalen voor het transcriberen’ ingebracht als mogelijkheid. De gemiddelde prijs per interview zegt de leden niet zoveel in vergelijking tot de waarde; dit ligt aan het nut van de opgedane inzichten voor de cliënten en de medewerkers. Zo is het motiverende effect bijvoorbeeld moeilijk uit te drukken in waarde.

### 6.3.3. Motivatie toekomstige toepassing

De toepassing van de methodiek is op verschillende levels besproken. De nadruk lag op het inzetten van stagiaires en een vervolg op macro niveau; bijvoorbeeld door een platform.

Overwegingen toepassing

1. Inzetten van stagiaires? Een van de leden heeft ingebracht dat de methodiek in de toekomst ook met behulp van stagiaires gebruikt zou kunnen worden. Dit zou zowel voordelen voor de instelling als voor de stagiaires hebben. Dit sluit ook aan bij de opleiding aangezien (HBO) studenten altijd reflectieverslagen dienen te maken als onderdeel van de stage en het zou een mooi onderdeel zijn voor het ‘onboarding proces’. De instelling kan dan de inzichten vanuit de verhalen benutten terwijl het tijdsknelpunt wegvalt. Meerdere leden geven aan dat het mooie aan dit idee is dat nieuwe medewerkers direct leren luisteren en communiceren met de cliënten. Over de inbedding wordt verschillend gedacht. Enerzijds zou de methodiek in het opleiding brede lesprogramma behandeld kunnen worden en anderzijds kunnen instellingen dit ook zelf aanbieden ter verhoging van het onderscheidend vermogen. Als het opleiding breed wordt aangeboden scheelt dit de instelling vooraf aan tijd, maar het onderscheidend voordeel om juist voor de ouderenzorg of een specifieke instelling als stage of werkplek te kiezen raakt zo verloren. Daarbovenop dient een instelling de stagiaire nog wel te begeleiden bij het uitvoeren, interpreteren en terugkoppelen van de verhalen. In eerste instantie wordt er aan HBO verpleegkunde studenten gedacht, maar er is ook benoemd dat het meer aan competenties ligt dan aan het opleidingsniveau en dat daarom MBO 3 en 4 studenten ook een mogelijkheid zijn.

2. Nationaal platform? De onderzoekers hebben een Engels online platform met filmpjes als voorbeeld ingebracht om te laten zien hoe het narratief onderzoek in de toekomst gedeeld kan worden tussen verschillende instellingen. Vanwege de privacywetgeving is het helaas niet mogelijk om echte filmpjes te gebruiken. De leden vragen zich af of verhalen dan wel levendig genoeg zijn; wordt het niet teveel platgeslagen? Ook lijkt het niet geheel duidelijk voor de leden wat het voordeel van openbaar delen voor instellingen zelf is. De vormgeving van de methodiek op macro niveau blijft vraagstukken oproepen. Zo geeft een van de leden aan het meer te zien als een methodiek voor de hoofdlijnen “omdat mensen voorbeelden gebruiken om te duiden, maar het niet per se om de voorbeelden gaat”. Dit komt ook voort uit een recente ervaring als geïnterviewde voor een portret. Hier werd eveneens een portret over de zorg gemaakt waar een vraag voor de zorgmedewerkers bij werd verzonnen. Het gevaar volgens diegene was dat je het verhaal zo wel erg plat slaat en het een soort vingertje wordt (wat moet de hulpverlener beter doen). Het is volgens dit lid dan ook heel belangrijk hoe de verhalen worden weggezet als je wilt dat anderen ze gaan gebruiken. Een andere deelnemer heeft het idee dat de verhalen wel generiek toepasbaar zijn om de neuzen dezelfde kant op te krijgen. Op deze manier worden verhalen als praatstuk ingezet, ter inspiratie voor medewerkers of om beleidsvraagstukken beter te duiden. Bijkomend voordeel is dat de vertrouwelijkheidsproblematiek ook niet meer speelt bij generieke verhalen. Anderzijds wordt door een deelnemer benoemd dat als elke instelling met dezelfde verhalen zou werken, het geen onderscheidend vermogen meer heeft. Hoe kan een toekomstige cliënt het dan gebruiken als kwaliteitsindicator om te beslissen waar hij/zij wil gaan wonen? Al met al wordt op het idee van vrij delen op macro niveau (nog) niet gezamenlijk enthousiast gereageerd.

Kortom de groepsevaluatie in fase 4 is nodig om het toekomstbeeld van de methodiek scherper vorm te geven. De inzet van stagiaires wordt meegenomen naar deze fase.

## 6.4 Evaluatie opzet methodiek (Fase 4)

De eerste drie fasen hebben een aantal aandachtspunten naar voren gebracht die nader in te vullen zijn om de methodiek te vervolmaken. Deze aandachtspunten zijn in een projectbijeenkomst met verschillende betrokkenen geëvalueerd. Er zijn meerdere onderzoekers, klankbordgroep leden, trainingsdeelnemers en vertegenwoordigers uit de cliëntenraad aanwezig geweest bij de projectbijeenkomst om recht te doen aan de verschillende perspectieven. Gedurende de bijeenkomst hebben zestien deelnemers verdeeld over de thema's; methodiek, uitvoering en leereffecten aandachtspunten van de methodiek geëvalueerd en plenair teruggekoppeld. De methodiek is geëvalueerd met behulp van een SWOT-analyse; wat zijn de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van deze methodiek. Deze fase wordt, in tegenstelling tot de andere fasen, aan de hand van de SWOT-analyse beschreven.

### 6.4.1. Sterktes

1. Mooie methode. Het ophalen van de verhalen wordt door bijna alle betrokkenen als een mooie methodiek gezien die zowel erg leuk is om toe te passen als veel oplevert. De methodiek inspireert medewerkers in verschillende rollen en motiveert hen om vanuit het persoonlijke kwaliteitskader van de cliënt de zorg in te richten.

2. Leereffecten. De methodiek bereikt leereffecten voor verschillende betrokkenen. Zo wordt het belang van tijd en aandacht voor het leren kennen van het persoonlijke verhaal van de cliënt goed zichtbaar tijdens het interviewen. Ook zorgen de portretten ervoor dat medewerkers de beleving van de cliënt als uitgangspunt nemen in plaats van de medische hulpvraag voorop te stellen. Hierdoor kan de individuele zorg beter aansluiten op de persoonlijke kwaliteitsindicatoren van de cliënt. Dit is zowel waardevol voor de medewerkers als voor de cliënt; die zich gekend en gehoord voelt.

3. Zorgvuldigheid methodiek. Tijdens de bijeenkomst zijn een aantal uitgangspunten voor toepassing benoemd. Het werken met informatiebrieven, toestemmingsverklaringen, een plek naar keuze van de respondent en het feit dat er geen zorgrelatie tussen de cliënt en de interviewer is (geweest) worden bestempeld als zorgvuldig en in het belang van de cliënt. Juist omdat 'het even met iemand gaan zitten' voor onduidelijkheid bij de cliënt kan zorgen.

4. Past in tijdsgeest. De methodiek past in de tijdsgeest waar welzijn en het vooropstellen van de cliënt als individu belangrijke componenten van het nationale (geambieerde) zorgbeleid zijn.

### 6.4.2. Zwaktes

1. Transcriberen. De tijdsinvestering die het transcriberen van de interviews kost is de grootste uitdaging voor toepassing van deze methodiek. Wel zijn er mogelijkheden om het transcriberen uit te besteden. Wanneer dit wordt gedaan wordt de toepassing van de methodiek een stuk minder tijdsintensief, terwijl de positieve effecten gelijk blijven.

2. Haalbaarheid aselecte steekproef. Tijdens de bijeenkomst is aan de deelnemers voorgesteld dat interviewers buiten het team (zonder zorgrelatie) cliënten a-select werven om uit te nodigen tot deelname. De betrokkenen ondersteunen het idee in de zin dat het voorkomt dat teamleden cliënten aandragen die het meest tevreden zijn of die 'leuk kunnen vertellen', maar benoemen wel twee valkuilen.

a. Ten eerste het interviewen van cliënten met cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld door dementie of een beroerte). Intramuraal wonen veel cliënten met cognitieve beperkingen, maar de mate en uiting ervan bepalen of iemand kan deelnemen aan het interview. Aangezien dit maatwerk is kunnen, waarschijnlijk, enkel (directe) zorgverleners beslissen of een cliënt zou kunnen deelnemen.

b. Er is besproken dat de methodiek zowel structureel als thematisch kan worden toegepast. Het is afhankelijk van het thema of er 'van bovenaf' een (zoveel mogelijk) aselecte steekproef kan worden opgesteld. Ook ontstaat er snel een contradictie als je het uitgangspunt 'geen vragen stellen' combineert met een thematisch onderwerp. Een thematische selectie gebaseerd op een kenmerk als 'recent opgenomen' is haalbaar, maar bijvoorbeeld deelname aan activiteiten is een thema waar enkel na het ophalen van de verhalen op geselecteerd kan worden.

3. Directe impact. Een paar betrokkenen twijfelen over het directe effect dat het toepassen van de methodiek heeft, zowel op individueel cliënt niveau als generieke acties waar de kwaliteitsbeleving direct mee verhoogt kan worden na afloop van analyse en teambespreking. De impact zou duidelijker op de voorgrond moeten staan om deze methodiek een vaste plek binnen een organisatie te geven.

### 6.4.3. Kansen

1. Preselectie voorafgaand aan de aselecte steekproef. De benoemde valkuil van een a-selecte steekproef in combinatie met cliënten met cognitieve beperkingen kan relatief gemakkelijk worden opgelost door een aanvullende stap voor de a-selecte steekproef in te bouwen. Namelijk door zorgverleners eerst aan te laten geven wie er mogelijk geselecteerd kan worden, alvorens onafhankelijke medewerkers hieruit een a-selecte steekproef trekken.

2. Talentgericht werken. Een aantal organisaties heeft de ambitie om de werkzaamheden van medewerkers beter aan te laten sluiten bij hun talenten. Deze methodiek sluit goed aan bij deze ambitie omdat het aansluit bij competenties als interesse in de cliënt en de intrinsieke motivatie om goed te zorgen.

#### 6.4.4. Bedreigingen

1. Stagiaires. Het structureel inzetten van stagiaires voor het ophalen, transcriberen en (mede) uitwerken van de verhalen werd geopperd in een klankbordgroep en is tijdens de projectbijeenkomst ingebracht. Tijdens deze bijeenkomst is geconcludeerd dat de risico's en nadelen over het algemeen zwaarder wegen dan de voordelen. Het leert stagiaires om te reflecteren en het is positief dat ze de tijd krijgen om echt met de ouderen in contact te komen tijdens hun stage. Maar het is van belang om de stagiaires erg goed te begeleiden aangezien het ophalen van de verhalen emotioneel intensief is; "wat krijgt iemand van 16,17 allemaal te horen en hoe moeten ze hier mee omgaan?" Anderzijds is het de vraag of wel alle stagiaires de vaardigheden en zorgvuldigheid hebben om deze methodiek goed uit te voeren, dit kan zowel nadelig voor de geïnterviewde cliënt zijn als de kwaliteit en diepgang van de opgehaalde informatie beïnvloeden. Vanuit het organisatieperspectief is benoemd dat het inzetten van stagiaires een positief effect heeft op de ouderenzorg in het algemeen maar de organisatie hebben er vanuit structureel oogpunt zelf minder aan (ervanuit gaande dat de stagiaires vertrekken). Als medewerkers de methodiek zelf toepassen blijven de leereffecten binnen de organisatie bovenop het feit dat medewerkers het zelf een erg leuke methodiek vinden om toe te passen. Kortom stagiaires verminderen de tijdsinvestering, voornamelijk qua transcriberen, maar het brengt ook de nodige risico's mee en kan de positieve effecten van de methodiek verminderen.

2. Anonimiteit. Er moeten duidelijke afwegingen voor de toepassing van de methodiek in een organisatie worden gemaakt met betrekking tot de anonimiteit. Enerzijds wil je als organisatie anonimiteit zoveel mogelijk faciliteren, zowel in het belang van de cliënt als voor de kwaliteit. Zo zijn deelnemers ervan overtuigd dat de kwaliteit van het gesprek beter wordt als de cliënt en de professional elkaar niet kennen. Redenen zijn dat de cliënt zich hierdoor veiliger voelt en omdat de professional zo daadwerkelijk objectief kan blijven. De objectiviteit leidt tot een open houding (verbaal en non-verbaal) tijdens het interview en tijdens de analyse. Als toevoeging wordt benoemd dat er zorgvuldig naar de afstand tussen beide gekeken moet worden; een zorgmedewerker van de naastgelegen afdeling kan vanuit de cliënt onveilig voelen of tegen de interviewer zeggen 'maar jij weet al hoe het hier gaat'. Anderzijds kan een hoge mate van anonimiteit conflicteren met bepaalde doeleinden of simpelweg niet realistisch zijn. Bijvoorbeeld als het de doelstelling is om de portretten in een teamsessie terug te koppelen, dan zullen de teamleden in ieder geval de cliënten van hun eigen afdeling herkennen. Het is belangrijk om je als organisatie vooraf af te vragen of dit wel gewenst is. Ook om te voorkomen dat er onrealistische beloften worden gemaakt naar de cliënten toe.

3. Te micro. Als de focus van de toepassing 'te micro' wordt gaan de organisatie brede kwaliteitslijnen gemist worden. Bijvoorbeeld als de methodiek enkel wordt gebruikt om de cliënt als persoon te leren kennen (als een soort intakegesprek). Het 'missen' van organisatie brede kwaliteitslijnen voorkomt ook de mogelijkheid om ze mee te nemen in het evalueren en opstellen van de kwaliteitskaders van de organisatie.

4. Budget organisatie overstijgend. Bij het voorstel om de methodiek organisatie overstijgend toe te passen, bijvoorbeeld in een netwerk, vragen een aantal deelnemers zich af welke partij de kosten hiervoor op zich gaat nemen.

Kortom het samenbrengen van betrokkenen met verschillende perspectieven heeft voor een extra slag in het vaststellen van de methodiek gezorgd.

## 7 Conclusies en discussie

### 7.1 Belangrijkste conclusies

Bekende thema's, nieuwe inzichten

ZonMW benoemt in het programma 'Kwaliteit van zorg: versnellen, verbreden, vernieuwen' tien thema's die van belang zijn in de relatie tussen cliënt en zorgverlener:

1. Vertrouwen
2. Waardering
3. Afspraken nakomen
4. Ontwikkeling en ontplooiing
5. Respecteren
6. Elkaar helpen
7. Ruimte voor initiatief
8. Eigen regie en zeggenschap
9. Verbinding maken
10. Er zijn voor de ander

De indicatoren die op basis van analyse volgens de gefundeerde theoriebenadering naar voren komen zijn grotendeels in overeenstemming met de indicatoren die al eerder in onderzoeken bij deze doelgroep naar voren gekomen zijn en sluiten daarmee aan op de hierboven beschreven thema's. In de verhalen van de ouderen staan de kwaliteit van de zorgrelatie en de praktische invulling van het dagelijks leven in termen van faciliteiten, contact met medebewoners en activiteiten centraal. Deze onderwerpen in aanvulling op de zorgrelatie konden in ons onderzoek naar voren komen door de vrije associatiemogelijkheid voor respondenten. De zorgrelatie was daarbinnen één van de relevante onderwerpen als het gaat om 'zorg ontvangen' maar uiteraard niet de enige en ook niet voor iedereen de meest cruciale op het moment van bevragen.

De zorgorganisatie krijgt vaak de rol van gatekeeper toegewezen als het gaat om zorgen voor de kwaliteit van zorg: hoe er wordt omgegaan met procedures en hoeveel ruimte er is voor de inzet van goede medewerkers zijn bijvoorbeeld belangrijke thema's waarop in veel verhalen wordt gereflecteerd.

Er zijn globaal vier grote thema's te onderscheiden die in veel verhalen terugkomen, namelijk:

1. Zorg: hiertoe behoort het wel/niet in kwaliteit voldoen aan de verwachtingen van de cliënt wat betreft de benodigde zorg of ondersteuning.
2. Welzijn: dit gaat over het bredere aspect 'kwaliteit van leven' en raakt aan een grote diversiteit aan kwaliteitsindicatoren die het gevoel van welzijn kunnen beïnvloeden.
3. Faciliteiten: wat zijn belangrijke kwaliteitsindicatoren als het gaat om de locatie, het appartement, de benodigde hulpmiddelen, het eten, etc.
4. Organisatie: dit betreft kwaliteitsindicatoren waarin de organisatie in de ogen van de cliënt leidend is, zoals de personele bezetting en het omgaan met klachten.

Overigens gaan de meeste verhalen niet over één van deze thema's maar komen er meerdere thema's per verhaal aan bod.

Het werken met portretten waarin de thema's vanuit het perspectief van de oudere aan elkaar worden gekoppeld draagt bij tot nieuwe inzichten over waarom bepaalde thema's als kwaliteitsindicatoren worden gezien. Ook levert het illustraties op vanuit de verhalen van de mensen die het betreft over situaties waarin wel of juist niet aan die kwaliteitsindicator wordt voldaan. Dit levert nieuwe inzichten op waarvan kan worden geleerd om de kwaliteit verder te verbeteren.

### **Vertellen is anders dan antwoorden**

De belangrijkste conclusie uit dit project is wellicht dat er een groot verschil is tussen wat iemand “antwoordt” en wat iemand “vertelt”. Antwoorden op vragen vanuit de onderzoeker of zorgmedewerker zijn vooral gericht op het betekenisniveau van degene die de vraag stelt. Verhalen die voortkomen uit de uitnodiging om te reflecteren op een thema zoals in dit geval de kwaliteit van zorg geven inzicht in het betekenisniveau van de respondent. Dit heeft enige overlap met het ‘de ander beter leren kennen’ maar overstijgt dit niveau: door niet alleen naar de persoon te kijken maar naar zijn of haar betekenisniveau als het gaat om kwaliteit van zorg leer je de ander niet alleen beter kennen maar leer je je beter in hem of haar inleven. Dit verschil is misschien nog het beste te duiden als het verschil tussen ‘weten wat de ander vindt of wil’ en ‘begrijpen waarom iets voor de ander van belang is en waar zijn of haar beoordeling vandaan komt’. Deze conclusie trekken we op basis van zowel onze eigen ervaringen als onderzoekers als uit de ervaringen van de getrainde zorgmedewerkers die verhalen hebben opgehaald en geanalyseerd in de pilot.

### **Het werken met verhalen is goed overdraagbaar**

De basiskennis voor het doen van narratief onderzoek volgens de methode die we hebben ontwikkeld is goed in training overdraagbaar. Zorgmedewerkers vanaf niveau 4 hebben de training goed afgerond en zich in staat gevoeld om hiermee aan de slag te gaan en verhalen op te gaan halen. Zowel het ophalen van verhalen volgens deze methode als het analyseren ervan en het komen tot passende conclusies is vervolgens een vaardigheid die getraind moet worden. Het goed beheersen van deze methode vraagt om oefening, intervisie om de betrouwbaarheid van analyses te verhogen en supervisie waar het gaat om complexere analysevragen zoals reflectie op het eigen standpunt of inbedding van het verhaal in een maatschappelijke of sociale context. In die zin is het uitvoeren van deze methodiek vergelijkbaar met het leren doen van ander kwalitatief onderzoek, zoals het uitvoeren van semi-gestructureerde interviews. Ook dit vraagt oefening en reflectie op het eigen handelen.

De trainingen zijn door de deelnemers als interessant en prettig beoordeeld. Zij voelden zich voldoende toegerust voor het werken met verhalen, bovenstaande in ogenschouw houdend. Het feit dat het hierbij niet gaat om een langdurige cursus maar om een training van drie dagdelen met daartussenin enkele opdrachten laat zien dat er redelijk snel een goede basis kan worden gelegd: het werken met verhalen is iets wat de meeste mensen over het algemeen gemakkelijk af gaat. Alle getrainde medewerkers bleken tijdens de training ook daadwerkelijk in staat om verhalen op te halen die gebruikt zouden kunnen worden door hun zorgorganisaties als kwaliteitsinformatie vanuit het cliëntenperspectief.

Het belangrijkste probleem bij de uitvoering van deze methode blijkt de tijdsinvestering die nodig is voor het uitwerken van transcripten o.b.v. de opnames tijdens de gesprekken met ouderen. Dit is een taak die de getrainde medewerkers over het algemeen tegenstond (al vonden enkelen het juist heel leerzaam) en veel tijd heeft gekost. Bij doorontwikkeling of implementatie van de methodiek dient hier rekening mee te worden gehouden. Een optie is om de transcripten uit te laten werken door een hierin gespecialiseerd bureau of op een andere manier hier ondersteuning te bieden aan de medewerkers.

### **Terugkoppeling naar teams vereist vervolgentraining**

Een ander punt dat (met name in sommige organisaties) naar voren kwam betreft de terugkoppeling van de resultaten naar de teams. Wanneer de mensen die de verhalen hebben opgehaald dit zelf gaan doen, vereist dit training en ook een goede positie om vanuit te werken. Met een goede positie wordt bedoeld dat hij of zij geen schade kan ondervinden van het aankaarten van kritiekpunten op het werk van anderen: het is daarom bijvoorbeeld af te raden om de terugkoppeling te verzorgen richting directe collega's (al hangt dit uiteraard ook sterk van de teamcultuur af). Ook verdient het de aanbeveling om de opbrengsten met de teamleider of manager voor te bespreken zodat hij of zij het leerproces kan begeleiden. Het op een constructieve manier overbrengen van de ervaringen (een goede balans tussen complimenten en kritiek, het aanslaan van de juiste toon, het specifiek zijn wat betreft feedbackpunten etc.) en het voorop stellen van de ervaringen van de cliënt en niet de eigen observaties of adviezen, is iets wat getraind kan worden.

In de evaluatie hebben de zorgmedewerkers echter aangegeven ook persoonlijk op te zien tegen de weerstand die er zou kunnen zijn in teams, vooral omdat zij zelf 'ook maar medewerkers' zijn. Bovendien moet men, ook wanneer men op andere locaties werkt bijvoorbeeld, daarna weer met elkaar verder en veel mensen kennen elkaar ook. Het brengen van een kritisch verhaal voelt dan moeilijk, ook al is dit geen eigen observatie maar de ervaring die geuit is door cliënten. In de ogen van deze medewerkers vraagt het verzorgen van deze terugkoppeling om een volledig veilige positie: dit zou door een externe kunnen gebeuren of door iemand met een duidelijke afstand tot het team (zoals een kwaliteitsfunctionaris of beleidsmedewerker).

Hoewel iedere organisatie of groep hier mogelijk anders over zal denken omdat de feedbackcultuur hiervoor bepalend is, is het wel noodzaak om hier op voorhand goed over na te denken en de zorgmedewerkers die verhalen gaan ophalen de keuze voor te leggen om de terugkoppeling wel of niet zelf te doen. Een andere optie is namelijk het verzorgen van een algemene, instellingsbrede terugkoppeling n.a.v. de opgehaalde verhalen en vervolgens alleen in werksessies met de teams aan de slag te gaan. De verhalen behouden daarmee een veilige afstand tot de direct betrokkenen. In deze werkwijze staat het ervaringsgericht ontwerpen van zorg centraal: een blik vooruit dus i.p.v. een (kritische) terugblik. Dit zou ook de anonimiteit van respondenten ten goede komen doordat het niet duidelijk is uit welke afdeling de verhalen precies komen.

### **Van verhaal naar verbeteractie**

Tot slot hebben de getrainde medewerkers de behoefte geuit om vooraf te weten in hoeverre zij daadwerkelijk kwaliteitsverbeteringen zouden kunnen doorvoeren o.b.v. de verhalen. Zij waren vaak door de verhalen geïnspireerd geraakt en voelden soms ook urgentie om met de input aan de slag te gaan. In de pilot waren hier echter geen afspraken over gemaakt met de deelnemende zorginstellingen omdat het testen van de methode op de voorgrond stond. Er is in de pilot dan ook voor gekozen om de verkregen informatie binnen de reguliere kwaliteitsverbeteringskanalen van de instelling tot uiting te laten komen. Dit werd echter door een gedeelte van de deelnemers aan de training als jammer ervaren, zij hadden graag een duidelijkere koppeling naar verbeteracties gezien. Met name voor de personen die zij hadden gesproken. Het verdient bij implementatie van de methodiek de aanbeveling om hier vooraf goede afspraken over te maken. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is dat er wel een zorgvuldige analyse op de transcripten wordt gedaan voordat actie wordt ondernomen. Dit om te voorkomen dat er teveel met verbeteracties wordt ingestoken op de 'voorbeelden' die in de verhalen voorkomen en het centrale punt daardoor wordt gemist.

## **7.2 Discussie**

### **Betrouwbaarheid en validiteit**

Dit onderzoek vertrekt vanuit een postmodern, sociaal-constructivistisch onderzoeksparadigma. Hierin wordt uitgegaan van een complexe weergave van de ervaren realiteit, in co-productie met de onderzoeker en op een bepaald moment in de tijd verteld. Hierin ontstaat ruimte om met verhalen te werken, i.t.t. in een positivistische benadering. Het belangrijkste probleem dat zich voordoet bij het onderzoeken van ervaringen is namelijk dat het gaat om een intern, subjectief fenomeen. Ervaringen kunnen nooit direct geobserveerd worden. Ze komen altijd naar voren als een door de persoon die het betreft bedachte reconstructie van iets wat hij of zij heeft meegemaakt. Voor die reconstructie is een vorm nodig: hiervoor gebruikt men in dit onderzoek taal (woorden) en non-verbaal gedrag (lichaamshouding, uitdrukking, zichtbare emotie, toon, etc.). Het omzetten van de subjectieve beleving naar een uitdrukbare vorm van een ervaring vraagt om een bepaalde mate van reflectie. In dit onderzoek maken we daarom onderscheid tussen de beschreven gebeurtenissen en de vertelde verhalen, waarbij we veronderstellen dat de eerste niet toetsbaar zijn (binnen de kaders van dit onderzoek) en de verhalen een bepaalde vorm van retrospectieve bewerking hebben ondergaan. De verhalen gaan dus over 'hoe de persoon de gebeurtenissen heeft beleefd en/of hierop terugkijkt'. Hierin wordt het onderscheid duidelijk tussen narratief onderzoek en fenomenologisch onderzoek, waarin het zoeken naar een onderliggend patroon in de ervaringen (t.o.v. een fenomeen) centraal staat.

De rol van taal verdient in dit proces daarnaast specifieke aandacht. Zowel de woordkeuze van respondenten als hun zinsbouw kan voor een narratief onderzoek interessante informatie bevatten omdat de respondent hierin iets van zijn of haar leefwereld prijs kan geven. Het interpreteren van deze taalkundige cues is echter een lastig proces. De onderzoeker kan gemakkelijk de betekenis van een bepaald woord of uitdrukking voor de desbetreffende respondent over het hoofd zien, of hier juist vanwege een andere kijk op de zaken of een andere achtergrond teveel of een onjuiste waarde aan hechten. Dit vraagt om extra aandacht voor de betrouwbaarheid van de analyses die hierop worden gedaan. Een goede mogelijkheid hiervoor is de check door een tweede onderzoeker (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

Gegeven de betrouwbaarheidsissues die zich voordoen in de analyse van verhalen als data en de effort die moet worden gedaan om deze op te lossen rijst uiteraard de vraag of de informatie die uit de verhalen wordt opgehaald hiertegen opweegt. In dit onderzoek nemen we in navolging van Andrews et al (2013) aan dat mensen over een individuele, interne representatie van ervaringen beschikken (onder ervaringen verstaan we hier: een combinatie van gebeurtenissen, gedachten en gevoelens) die via verhalen tot uitdrukking kan worden gebracht. Deze aanname wordt niet door alle onderzoekers ondersteund: zoals Andrews et al (2013) schetsen is er in de literatuur ook een stroming waarin auteurs stellen dat verhalen er pas zijn als ze (in cocreatie) worden geconstrueerd. Hoe dan ook wordt in ervaringsgericht onderzoek aangenomen dat de uitdrukking van ervaringen door één persoon varieert in de tijd en afhankelijk is van bijvoorbeeld de levenservaringen die men opdoet. Eenzelfde ervaring kan dus op verschillende momenten verschillende verhalen opleveren. Dit nemen we in dit onderzoek voor lief omdat we op zoek zijn naar indicatoren die door de respondent zelf als onderlegger worden gebruikt voor het kiezen van de gebeurtenissen waarover wordt verteld. We zijn slechts ter illustratie geïnteresseerd in de gebeurtenissen die beschreven worden omdat iedere inschatting van de betrouwbaarheid door dit gegeven problematisch is. De validiteit van de ervaring die op een bepaald moment door een bepaalde persoon wordt gedeeld (zonder expliciete bevraging van thema's) is echter heel valide: het is wat diegene op dat moment bezig houdt en het wordt verteld op de wijze die hij of zij verkiest. Hoewel er gestreefd moet worden naar een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid wordt de validiteit hiermee boven de betrouwbaarheid geplaatst, omdat deze van groter belang is gegeven de doelstelling van dit onderzoek. Narratief onderzoek levert daarmee een rijk 'archief van realiteiten' op welke ons helpt te begrijpen hoe iemands leefwereld (in sociale en persoonlijke context, nu en in het verleden) wordt geconstrueerd (Tamboukou, 2013).

### **Dataverzameling en datagebruik**

Bij het werken met verhalen is de belangrijkste stap het verkrijgen van toestemming of 'informed consent' van de respondenten. De vorige paragraaf maakt daarnaast duidelijk dat het onderzoeken van verhalen om een sterk ontwikkeld kompas vraagt t.b.v. een zo zuiver mogelijke analyse. Dat kompas moet rekening houden met de gevoeligheden van de methode en de onderzoeker in staat stellen om de zwaktes ervan op een juiste manier te pareren en de sterktes ervan te benutten. Narratieve analyse vraagt daarmee om oefening en om voldoende collegiale check en kallibratie als tegenhanger voor de inherente subjectiviteit. Daarmee kan dus worden gesteld dat het analyseren van verhalen iets is wat moet worden geleerd én getraind. Deze uitgangspunten zijn ook van toepassing op de dataverzameling. Hoewel de methode die in dit onderzoek is gehanteerd met een duidelijke instructie gepaard gaat en daarmee makkelijk overgedragen kan worden, is het toepassen ervan een vaardigheid die om oefening vraagt. Veel van de getrainde zorgmedewerkers hebben aangegeven dat zij vooral de interviewvaardigheden die zij al bezaten moesten 'afleren' om ruimte te scheppen voor de verhalen van de respondent. Ook vonden sommigen het lastig om niet teveel van het eigen betekenis kader te laten doorschemeren, zeker wanneer dit in overeenstemming was met dat van de respondent. Zij hadden het gevoel dat het bevestigen van de respondent positief zou zijn voor de relatie. Het bevestigen van een ervaring is echter al snel sturend en een actie van co-constructie in het verhaal. Het gesprek op gang kunnen houden zonder te vervallen in sturing is iets wat noodzakelijk is voor een goede dataverzameling en waarop onderzoekers moeten worden geëvalueerd. In dit onderzoek lijkt dit meer een vaardigheid en houdingskwestie te zijn geweest dan dat het afhankelijk is van opleidingsniveau, functie etc.

Ook de terugkoppeling van verhalen vraagt aandacht voor de vaardigheden van wie dit op zich nemen. Het opstellen van een portret dient zodanig te gebeuren dat het de anonimiteit van de respondent niet schaadt. Maar dit is uiteraard lastig aangezien juist de persoonlijke elementen van verhalen het portret kracht geven. Het leren opstellen van portretten die voldoen aan deze eis is een vaardigheid die moet worden geoefend en eveneens een punt van aandacht in collegiale intervisie. Een groot nadeel van het anonimiseren van verhalen (voor met name de praktijk) is dat het verhaal niet te benutten is op micro-niveau wanneer er puur in onderzoekstermen naar wordt gekeken. Het direct kunnen handelen n.a.v. hetgeen is verteld is voor met name de zorgprofessionals die verhalen gaan ophalen vaak een wens. Dit is te ondervangen door binnen de vertrouwelijkheid van het gesprek (na analyse) de respondent een terugkoppeling te geven over mogelijke verbeteracties en deze goed met elkaar af te stemmen. Het geanonimiseerde verhaal kan daarnaast als portret met anderen gedeeld worden om hiervan te leren en verbeteracties uit te zetten waar nodig op meso- en macroniveau. Dit vraagt uiteraard om de juiste houding bij de onderzoeker, zeker wanneer men zaken hoort die hij of zij het liefst direct zou terugkoppelen aan anderen. Wanneer verhalen leiden tot herleidbaarheid tot personen doordat ze bijv. gekoppeld zijn aan acties moet dit echter altijd vooraf met de desbetreffende respondent goed worden afgestemd. Daarnaast bestaat het risico bij het benutten van verhalen dat er te snel wordt gehandeld naar aanleiding van casuïstiek. Dit kan in sommige gevallen wenselijk zijn maar het dient altijd te worden gezien in balans met de overige opgehaalde verhalen.



Elliott et al. (2005) beschreef op een treffende manier de zeven belangrijkste uitgangspunten voor kwalitatief onderzoek: de eigen houding kennen, zorgen voor een goede steekproef, voldoende voorbeelden leveren als 'bewijs' van de eigen analyse (bijv. in de vorm van quotes), coherentie, duidelijkheid over de doelstelling van het onderzoek en het zorgen voor resonantie bij de lezer. In dit onderzoek is mogelijk sprake geweest van een 'positieve' bias, d.w.z. dat het vermoeden bestaat dat er in de pilot vooral respondenten zijn geselecteerd die door de organisatoren als 'goede respondent' zijn getypeerd, ofwel verbaal sterke ouderen en/of ouderen die relatief goed contact hebben met de zorgverleners. Dit vermoeden is ontstaan door opmerkingen vanuit de organisatoren van de gesprekken over de selectie waarbij werd gesuggereerd dat de gekozen mensen 'wel goed zouden kunnen vertellen' of 'veel te vertellen hadden'. Hoewel mensen die niet zouden kunnen vertellen van deelname zijn uitgesloten hoefde hier in de selectie van respondenten verder geen aandacht aan te worden besteed en was juist een dwarsdoorsnede van de populatie wenselijk. In de training is daarom nogmaals benadrukt dat hier geen selectie op hoefde plaats te vinden. De inhoudelijke uitkomsten van het narratief onderzoek moeten echter wel in dit licht worden gezien.

Het gebruik van narratieven levert tot slot een aantal ethische vragen op. De belangrijkste daarbij is of een narratief / verhaal voor begrip of voor overtuiging ingezet zal worden (Dahlstrom, 2014). Het ethisch kompas dient uiteraard vooral op het eerste gericht te zijn waar het onderzoek betreft en niet op het laatste. Daarnaast is het de vraag hoe accuraat een verhaal moet zijn om waardevol te zijn. Dahlstrom (2014) beschrijft twee lagen van 'accuraatheid' in verhalen: 1) in hoeverre representeren de narratieven een extern realisme en 2) in hoeverre zijn ze representatief voor de ervaringen van de groep. Verhalen op een correcte manier gebruikt kunnen bijdragen tot het terugbrengen van de menselijke maat in abstracte thema's. Daarmee dragen ze volgens verschillende auteurs bij aan empowerment en/of emancipatie (Hydén in Andrews et al, 2013; Stanley, 1992; Tamboukou, 2010). Vooral vanuit het humanisme zijn verhalen vaak ingezet om het minderheidsstandpunt te vertolken.

### 7.3 Aanbevelingen voor doorontwikkeling

Het project heeft door de lerende evaluatie die heeft meegelopen gedurende de ontwikkeling- en pilotfase de meeste aanbevelingen qua uitgangspunten en werkwijze geprobeerd direct te incorporeren in de methodiek. De aanbevelingen die in aanvulling daarop overblijven hebben vooral betrekking op het inbedden van de methodiek binnen de zorginstellingen op zo'n manier dat het daadwerkelijk aanzet tot leren en leidt tot kwaliteitsverbetering.

#### Micro

Zorginstellingen die de methodiek gaan inzetten wordt aanbevolen om vooraf na te denken over de ruimte die kan worden gecreëerd om direct te zorgen voor kwaliteitsverbetering voor de respondenten die deelnemen. Dit kan uiteraard alleen wanneer zij punten aangeven die gemakkelijk op te pakken zijn. Vaak had dit te maken met het gedrag van de zorgverleners en dit is iets wat natuurlijk gedeeld en gemakkelijk aangepast zou kunnen worden. In de pilot vonden de betrokken zorgmedewerkers het regelmatig zonde dat zij de verkregen inzichten niet eerder van de cliënt te horen hadden gekregen, omdat ze er dan op hadden kunnen inspelen. De wens was dan ook groot om iets met de nieuwe inzichten te doen i.h.k.v. kwaliteitsverbetering voor de gesproken oudere. Waar dit niet mogelijk blijkt wordt aanbevolen om de respondenten na het onderzoek een korte terugkoppeling te geven over hoe de aangegeven zaken verder zullen worden opgepakt (of niet uiteraard, niet alles hoeft of kan worden opgelost). Het verdient dan op zijn minst de aanbeveling om aan de respondent terug te koppelen wie er inzicht krijgen in de verzamelde informatie.

#### Meso

De ontwikkelde methodiek maakt het naast individuele verbeterlagen ook mogelijk om 'gebruikersverhalen' rondom de benoemde kwaliteitsindicatoren te filteren uit de bredere verhalen over kwaliteit van zorg die de respondenten hebben gedeeld. In deze gebruikersverhalen zitten aanknopingspunten voor directe verbeteringen, i.t.t. de 'grote verhalen' die meer gericht zijn op het achterhalen van wat ouderen als kwaliteitsindicatoren zien en waarom. De link van gebruikersverhaal tot actie kan op verschillende wijze worden opgepakt. Er zou voor gekozen kunnen worden om dit binnen de zorginstelling via de reguliere kanalen te laten lopen, afhankelijk van hoe dit georganiseerd is (bijv. kan het team direct acties inzetten, wordt dit ingebed in organisatiebreed beleid, is er een kwaliteitsfunctionaris of beleidsmedewerker die zorgt voor coördinatie, etc.). Omdat de zorgmedewerkers die het narratief onderzoek uitvoeren vaak behoefte hebben geuit om ook daadwerkelijk tot actie over te kunnen gaan doen we de aanbeveling om voor (een gedeelte van) deze gebruikersverhalen op projectmatige wijze aan de slag te gaan met de teams waar de ouderen zorg van ontvangen.

Hiervoor lijkt het aansluiten op de principes van het ervaringsgericht ontwerpen zeer bruikbaar. In deze methode wordt de ervaring (i.t.t. de attitude; Bate & Robert, 2006) centraal gesteld. De oudere wordt hierin bovendien niet als een passieve ontvanger van een product of dienst gezien, maar als de cruciale gebruiker. Daarmee heeft hij of zij automatisch een zeer sterke positie als het gaat om het inzetten van kwaliteitsverbeterings- of innovatie processen. Dit sluit aan bij de doelstelling van ons project, namelijk het versterken van de positie van de cliënt in het debat over kwaliteit van zorg en het in die zin bijdragen tot emancipatie van de groep ouderen. Bij de doorontwikkeling van de methodiek bevelen we aan om er een actiegerichte module volgens deze principes aan toe te voegen en na te denken over hoe de teamontwikkeling of organisatieontwikkeling die hiermee gepaard gaat het beste begeleid kan worden. Het terugkoppelen van verhalen en/of de belangrijkste informatie uit verhalen vraagt tegelijkertijd om een gedegen aanpak zodat de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd blijft. Juist vanwege deze 'emancipatoire' doelstelling.

### **Macro**

Het verdient tot slot de aanbeveling om in gesprek met de betrokken macro-partijen (VWS, ZIN, V&VN, LOC, Zorgkantoren, brancheverenigingen etc.) op zoek te gaan naar een passende plek waarbinnen ook zij kunnen profiteren van de inzichten uit de 'leefwereld' die met deze methode worden opgedaan. Daarvoor is het stimuleren van de bekendheid van deze methode een belangrijke eerste stap: het moet duidelijk zijn wat verhalen wel maar ook wat ze niet opleveren en dus hoe de inzichten benut kunnen worden. Daarnaast zou het van belang zijn om een goed kanaal te vinden waarbinnen de verhalen geanonimiseerd gedeeld kunnen worden met geïnteresseerden. We denken dat de inzichten uit de verhalen van ouderen ook voor anderen bruikbaar zijn die in de zorg werken of de zorg ondersteunen (bijv. het onderwijs, de technische sector, facilitaire diensten, etc.). Ook al betreft het niet de eigen cliëntengroep, helpen de verhalen om zich in te leven in de leefwereld van ouderen die langdurig zorg nodig hebben.

## Referenties

- Abma, T. (1999). *Telling tales: On evaluation and narrative*. Stamford, CT: JAI Press, 1-27.
- Abma, T. (2006). Werken met narratieven. Verhalen en dialoog als methoden voor praktijkverbeteringen. *M&O*: 3-4.
- Andrews, M., Squire, C. & Tamboukou, M. (2013). *Doing narrative research*. Sage.
- Bate, P. & Robert, G. (2006) Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *BMJ Quality & Safety*, 15: 307-310.
- Batterink, M. & Schippers, M. (2015). Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de sector Verpleging en Verzorging. Inventarisatie van het gebruik van methoden die kwaliteit van leven in beeld brengen. Significant: Barneveld.
- Berwick, D.M. (2003). Disseminating innovations in health-care. *JAMA*, Vol 289, No. 15.
- Biene, van, M., Basten, F., Erp, M., e, a., (2008). *De standaardvraag voorbij: Narratief onderzoek naar vraagpatronen*. Nijmegen: Hogeschool Arnhem Nijmegen.
- Boer ME, Dröes RM, Jonker C, Eefsting JA, Hertogh CPM (2010). De beleving van beginnende dementie en het gevreesde lijden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41(5):194-203.
- Bruijn, E. de & van Kleef, A. (2006). Van idee naar interactie. Docenten en deelnemers geven vorm aan competentiegericht leren en opleiden. Cinop: 's-Hertogenbosch.
- Chase, S.E. (2005). 'Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices' in Denzin, N.S. & Lincoln, Y.S. (eds.): *The Sage Handbook of Qualitative Research* Sage Publications, Thousand Oaks.
- Dahlstrom, M.F. (2014) Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. *PNAS*, 111 (4).
- Dröes R, Boelens-Van Der Knoop ECC, Bos J, Meihuizen L, Ettema TP, Gerritsen DL, Hoogeveen F, Lange J de, Schölzel-Dorenbos CJM (2006). Quality of life in dementia in perspective: An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia*, 5(4):533-558.
- Dunér A, Nordström M (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*, 19(4):437-451.
- Eales J, Keating N, Damsma A (2001). Seniors' experiences of client-centred residential care. *Ageing & Society*, 21(03):279-296.
- Elliot, J. (2005). *Listening to people's stories; the use of narrative in qualitative interviews*. Sage.
- Gerritsen DL, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Hoogeveen F, Lange J de, Meihuizen L, Schölzel-Dorenbos CJ, Droe RM (2007). Quality of life in dementia: do professional caregivers focus on the significant domains? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(3):176-183.
- Gerritsen DL, Dröes RM, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Meihuizen L, Lange J de, Schölzel-Dorenbos CJM, Hoogeveen F (2010). Kwaliteit van leven bij dementie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41(6):241-255.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company: Chicago.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage: Beverly Hills.
- Hallrup BL, Albertsson D, Bengtsson Tops A, Dahlberg K, Grahn B (2009). Elderly women's experiences of living with fall risk in a fragile body: a reflective lifeworld approach. *Health & Social Care in the Community*, 17(4):379-387.
- Hart, W. (2012). *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling*. Vakmedianet: Deventer.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently: free association, narrative and the interview method*. Sage: London.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2004) *NARRATIVE, DISCOURSE AND THE UNCONSCIOUS: A CASE STUDY OF TOMMY* in M.Andrews, C.Squire and A.Treachler (eds) *Uses of Narrative*,. New Jersey: Transaction.
- Hollway W. & Jefferson, T. (2013) *Doing qualitative research differently: a psychosocial approach*. Sage: London.
- Hunter, S.V. (2010). Analysing and representing narrative data: The long and winding road. *Current Narratives*, (2): 44-54.
- Kane RA, Caplan AL, Urv-Wong EK, Freeman IC, Aroskar MA, Finch M (1997). Everyday matters in the lives of nursing home residents: wish for and perception of choice and control. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(9):1086-1093.
- Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1):4-15.

- Labov, W. (1972). The transformation of experience in narrative syntax. In: *Language in the Inner City. Studies in the Black English Vernacular*. Oxford: Blackwell.
- Langellier, K. M., & Peterson, E. E. (1992). Spinstorying: An analysis of women storytelling. In E. Fine & J. H. Speer (Eds.), *Performance, culture, and identity* (pp. 157-180). Westport, CT: Praeger.
- Luijckx, K. (2014). Horen, zien en samen zorgen. Innovatie vanuit de leefwereld van ouderen. Inaugurele rede: Tilburg University, 10 oktober.
- McCance T, McCormack B, Dewing J (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2):1-14.
- McCormack B, McCance TV (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5):472-479.
- Poiesz, T.B.C. (1999). *Gedragmanagement: waarom mensen zich (niet) gedragen*. Inmerc.
- Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis*. Sage publications.
- Stanley, L. (1992) *The Auto/Biographical I: Theory and Practice of Feminist Auto/Biography*. Manchester: Manchester University Press.
- Squire e.a. (2014). *What is Narrative Research?* Bloomsbury Academic.
- Tamboukou, M. (2013). A Foucauldian approach to narratives. *Doing narrative research*, 102-120.
- Widdershoven, G.A.M. (2001). Dialogue in evaluation. A hermeneutic perspective. *Evaluation* (2): 253-263.
- Wood, D. ed. (1991) *On Paul Ricoeur: Narrative and Interpretation*. Routledge: London.
- ZonMW. Programma Kwaliteit van zorg: versnellen, verbreden, vernieuwen. Online 5-3-2015: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/kwaliteit-van-zorg-versnellen-verbreden-vernieuwen/algemeen/>

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 leerkanalen.

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. Holloway & 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 gedachtegoed, 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 gedachtegoed 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 betekenis kader 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 ouderen 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.

## Bijlage 2

### Verhalen

#### 1. Echt. Ik ben hier heel tevreden. Ik ben gewoon een heimweetype

Mevrouw zegt in eerste instantie niks te vertellen hebben. Het gaat goed hier. Vier jaar geleden is ze in dit verzorgingstehuis komen wonen. Ze was toen zo ziek dat ze rechtstreeks vanuit het ziekenhuis kwam. Maar ze was wel meteen gewend, ze heeft zich hier zelfs geen dag onwennig gevoeld. Inwonen bij anderen is mevrouw dan ook gewend aangezien ze jaren in betrekking is geweest. Volgens haar wordt je naar verloop van tijd zo gemakkelijk van steeds inwonen. Ze vertelt dan ook meerdere keren dat ze tevreden is; "Ik vind het fijn dat ik zo'n oude dag met verzorging en alles hier heb, ik heb niks te makken, nee, ik zou niet weten wat". Van de negatieve verhalen in de media gelooft ze dan ook niks.

Wie haar verzorgenden zijn is niet iets waar mevrouw zich erg mee bezig houdt. Zo merkt ze naar eigen zeggen wisselingen in verzorgers niet op. Mevrouw is niet zo "bellerig" voor hulp. Ook doet ze graag dingen zelfstandig (bijvoorbeeld aankleden en het ontbijt maken). Maar ze weet dat als ze eenmaal belt de zorgmedewerkers meteen naar haar toe komen. Het enige verbeterpunt dat mevrouw zelf aankaart zijn de strikte koffietijd rondes. Al voegt ze er meteen aan toe dat ze haar eerdere kopje al op had moeten drinken, anders kan je volgens haar overal wel over vallen.

Met de praktische zorg is weinig aan de hand. Voor de rest moet je wel jezelf vermaken. Er is van alles te doen in 'huis' en mevrouw doet ook overal aan mee, van schilderen tot "bezigheidstherapie". Sociale contacten zijn noodzakelijk voor mevrouw. Ze geeft aan het ook niet alleen te kunnen. Haar "hele lieve" kinderen zijn dan ook erg belangrijk, zeker nu haar man is overleden. Het is fijn dat ze op ieder tijdstip bij haar kunnen langskomen. De kinderen hebben het druk met dubbele banen en hun eigen kinderen, dus mevrouw wil ze niet teveel tot last zijn. Naarmate het gesprek vordert geeft mevrouw aan al haar hele leven heimwee te hebben, vooral naar haar gezin maar aan het begin van de gezinsvakanties ook naar huis. De heimwee is zo erg dat ze er doodziek van wordt (haar bloeddruk wordt heel laag). Waarna ze in het ziekenhuis getest wordt, zonder resultaat. Heimwee is voor mevrouw een "ziekte" die ze al haar hele leven bij zich draagt. Laatst op de verjaardag van haar overleden man speelde het weer op. De verzorgenden hebben de hele dag haar bloeddruk opgenomen om te bepalen wat er aan de hand was. Heimwee, "Als je dan maar iemand hebt waar je mee praten kunt hè. Maar dat alleen verwerken dat kan ik niet goed".

#### Onderliggend verhaal (gestalt)

Als in het verzorgingstehuis wonen je enige optie is kan je maar beter tevreden zijn. Klagen en om aandacht vragen siert je niet als persoon. De kwaliteit van leven in het verzorgingstehuis wordt maar deels bepaald door de praktische zorg die je ontvangt; je persoonlijkheid (niet verwend zijn), eigen geschiedenis en het sociale aspect spelen een even of zelfs grotere rol. Zoals heimwee naar je overleden man, dat kan in periodes allesoverheersend zijn. Zorgmedewerkers kunnen hierin een rol spelen door ook op het sociale aspect te focussen; naar je luisteren zodat je het beter kan verwerken.

#### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, kinderen, man

Emotie: Acceptatie

Verhouding ratio/ emotie: ratio, emotie kwam later

Herhaling: tevreden (vijf keer genoemd)

Vraagpatronen: behoefte aan sociale contacten, om mee te praten (need), autonomie om zelf dingen te doen (want), dat zorgmedewerkers bij lichamelijke klachten ook naar geestelijke oorzaken kijken (demand), past zich gemakkelijk aan (competence).

#### Kwaliteitsindicatoren

Autonomie om zelf dingen te kunnen doen als ontbijt maken of aankleden, vrijheid in bezoekerstijden voor de kinderen, altijd (en snel) komen als er wordt gebeld, iemand om mee over gevoelens te praten (die naar je luistert), begrip van zorgmedewerkers dat niet alle klachten een lichamelijke oorzaak hebben, kijken of iemand nieuwe thee wil voor het bijvullen.

## 2. Ik heb een hekel aan jikken

In de zes maanden dat mevrouw in haar gehuurde zorgappartement woont heeft ze geprobeerd een goede verstandhouding te ontwikkelen met 'de meisjes', het zorgpersoneel. Haar dochter werkt zelf ook al ruim dertig jaar in de zorg, dus ze kent ook de kant van de verzorgenden goed. En zelf heeft ze vroeger bij oudere mensen thuis geïmproviseerd, iets waar ze veel voldoening uit haalde vanwege de dankbaarheid die ze voor haar werk kreeg. Ook vanuit haar huidige situatie probeert ze het voor anderen die er in haar ogen slechter aan toe zijn gezellig te maken door ze aandacht te geven en een aardige opmerking te maken. Ze ervaart echter dat deze bejegening niet altijd door het personeel wordt beantwoord. De basishouding van de meesten is neutraler/ norser dan ze zou willen, wat wringt met hoe zij het zou willen. De zorgmedewerkers die worden geroemd doen 'iets extra's', bijv. een kopje koffie blijven drinken na hun taken of haar stiekem een kopje koffie brengen. Ze benadrukken de goede smaak van mevrouw voor inrichting en geven haar op verschillende manieren aandacht.

Er zijn in de relatief korte tijd dat mevrouw hier woont echter al een aantal incidenten geweest waarover mevrouw heeft geklaagd (of graag had willen klagen, maar dit niet goed meer durfde omdat het om verschillende dingen ging in korte tijd). Zo heeft mevrouw eens 20 minuten moeten wachten voor hulp bij het opstaan om te plassen (dit heeft ze gemeld bij de manager) en heeft ze het gevoel dat verschillende medewerkers haar wat onzorgvuldig behandelen: bruuske bewegingen bij het in bed helpen, alle lichten aandoen 's nachts voor de toiletgang, druk doen in de nacht, zich niet voorstellen (zaken die ze nog niet heeft gemeld). Het ergste is dat mevrouw het gevoel heeft dat er tegen haar en andere bewoners wordt gelogen. Dan zegt een medewerker dat iets niet kan, wat later door een ander wordt ontkracht. Of men doet alsof mevrouw het niet meer zo goed weet (hoe lang het duurde voor de hulp bij het plassen er was, of iemand al eens bij mevrouw was geweest of niet). Ze vertrouwt er ook niet helemaal op dat het personeel regelmatig de handen wast/ ontsmet, aangezien ze dit niet bij mevrouw (willen) doen en alleen zeggen het al gedaan te hebben.

Dit gevoel van onheuse bejegening wordt versterkt door het gevoel dat mevrouw zelf ruimschoots voor de zorg betaalt: ze huurt het appartement en betaalt in haar ogen hoge prijzen voor bijv. maaltijden. En daarbij ontvangt ze minder huishoudelijke hulp dan voorheen. Op het nodig hebben van hulp om op te staan en zich te wassen na is ze heel zelfstandig. De zaken die precies moeten gebeuren laat ze aan haar dochter over, een mantelzorger waar ze veel steun aan heeft (praktisch en emotioneel). Omdat ze haar kinderen niet tot last wilde zijn in de thuissituatie bleek de verhuizing naar deze instelling het beste. Mevrouw is trots dat ze de kinderen op deze wijze 'ontlast'. Ze was zelf ook snel gewend, al bleek het wat schikken om van een groot huis naar een kleine kamer te gaan. En naar een kleiner bed, want het tweepersoonsbed dat ze altijd gewend was moest vervangen worden door een eenpersoonsbed. Aan het begin was ze steeds bang dat ze daaruit zou vallen. Mevrouw neemt zich voor om vaker aan te geven wat zij van zaken vindt, maar durft dit in de praktijk niet altijd goed "Ga jij het te zeggen, als ze al nors zijn?"

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Als je zelf je beste beentje voorzet in de omgang naar een ander én je betaalt voor de zorg die je ontvangt, mag je dan niet meer vriendelijkheid, aandacht en meedenken verwachten van de mensen die voor je zorgen? En zijn deze mensen die niet altijd de aandacht bij de bewoners lijken te hebben wel helemaal te vertrouwen? Eén of twee keer klagen is belangrijk zodat ze ervan leren, maar vaker klagen lijkt meer iets over de klager te zeggen dan over degene waarover wordt geklaagd. De basishouding van het personeel zou opener moeten zijn zodat de eigen wensen van bewoners beter bespreekbaar zijn.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, dochter, 'de meisjes' (de zorgmedewerkers), directeur, de 'oudjes' aan tafel.

Emotie: verontwaardiging.

Verhouding ratio/ emotie: emotie.

Herhaling: jikken (vier keer genoemd, met voorbeelden uit eigen ervaring en uit die van anderen onderbouwd).

Vraagpatronen: behoefte aan aandacht, erkenning, een goede relatie met zorgverleners (need), correcte bejegening (want), ingreep in basishouding personeel (demand), wanneer nodig klagen en anderen de aandacht geven die nu misschien door het personeel blijft liggen (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

De ander het gevoel geven gewaardeerd te worden, een open houding hebben waardoor de cliënt durft aan te geven hoe hij/zij het prettig vindt, een correcte bejegening (vriendelijk), de ander in zijn waarde laten (niet in discussie gaan over of iets waar is of niet), luisteren naar de cliënten (inspraak/ medezeggenschap).

### 3. Het gaat niet altijd om de zorg, je moet jezelf ook happy voelen

Meneer woont pas 7 maanden in het verzorgingstehuis maar heeft al geruime ervaring met zorginstellingen. Voor en samen met zijn vrouw heeft hij de afgelopen jaren in twee verpleegtehuizen gewoond. Nadat zijn vrouw is overleden is hij bewust hiernaartoe verhuisd; er waren daar teveel herinneringen aan haar. Na jaren voor zijn vrouw te hebben gezorgd geniet hij nu van alle nieuwe mensen, vooral van de mannen. Vroeger was hij namelijk de enige maar hier zijn er wel een stuk of 10. Met deze mannen vult hij zijn hele dag; 's ochtends koffie, 's middags koersbal en naar het krantencafé (soms met een wijntje) en 's avonds samen eten. Meneer rijdt als enige op de afdeling nog zelf auto, hij is al 90 maar zijn rijbewijs is net voor vijf jaar verlengd. Dat is heerlijk, want zo kan hij om de week met zijn zelfstandig wonende broer en zus bij de Intratuin afspreken. Tijdens het interview bedenkt hij om morgen maar eens naar een van 'de mannen' te rijden die na het breken van zijn bovenbeen aan het revalideren is.

Niet alleen de sociale contacten zijn fijn, ook over de zorg is hij erg te spreken. Het loopt soepel en op organisatieniveau wordt alles precies bijgehouden via de kwartaal gesprekken met de eerst verantwoordelijke verpleegkundige. De verzorging is "heel goed". Goede verzorgers; "besteden aandacht aan je. Als er maar iets is dan zijn ze er en houden ze het in de gaten". Meneer heeft de laatste tijd last van jeuk en zijn verzorgenden doen er alles aan om te ontdekken waar het vandaan komt. Zo is het wasmiddel en de zeep aangepast en nu gaat het veel beter. Bekende gezichten in de verzorging zijn natuurlijk wel belangrijk, maar dat ze er niet alle dagen zijn is geen probleem want "verandering van spijs doet eten".

Hij hoort over het algemeen weinig klachten, behalve in het krantencafé van de aanleunwoning-bewoners. Hij denkt dat dit misschien komt omdat ze zelf de zorg moeten inkopen. Er was wel even iets met de krantenbezorging aan de hand. Nadat de medewerkers 's ochtends de kranten verspreiden over de persoonlijke brievenbussen haalt meneer normaliter rond half 9 zijn krant op. Nadat de krant een paar keer niet was verspreid was bespraken de medebewoners het met elkaar. Iemand van de keuken ving het gesprek op, hoorde het even aan en de volgende dag was het geregeld. Zelf het probleem aankaarten bij de organisatie was nog niet in hem opgekomen.

Meneer is dus erg tevreden; "ik zeg vaak genoeg, ik kan het nergens beter krijgen, ik heb het goed naar mijn zin". En dat is natuurlijk ook belangrijk want "Het gaat niet altijd om de zorg die je hier krijgt, maar je moet jezelf ook.....'happy' voelen." Zijn broer en zus hebben al tegen hem gezegd dat ze hier ook wel willen komen wonen.

#### Onderliggend verhaal (gestalt)

Praktische zorg is belangrijk maar je goed voelen is minstens even belangrijk. Medebewoners en familie om je heen zijn een belangrijke voorwaarde om lekker in je vel te zitten. Hier kan je mee kletsen, activiteiten ondernemen en als er iets tegenzit ben je er voor elkaar. Goede verzorging is soepel georganiseerd, geeft een gevoel van geborgenheid (ze letten op je als het minder gaat) en de verzorgers doen hun uiterste best om de zorg te verbeteren. Mocht er iets niet goed gaan, dan is het wel heel fijn als klachten meteen worden opgepakt.

#### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, vrouw, kinderen, de mannen, de verpleegsters, verpleegsters vorige instelling, broer en zus, de bewoners van de aanleunwoningen.

Emotie: gelukkig

Verhouding ratio/ emotie: emotie.

Herhaling: vertellen over anderen

Vraagpatronen: zelfstandig zijn, goed in je vel zitten (need), gezellige medebewoners, activiteiten en de vrijheid om buiten te deur te komen (want), bezorging van de krant voor half 9 (demand), draagt actief bij aan waardevolle contacten met medebewoners, familie en medewerkers (competence).

#### Kwaliteitsindicatoren

Goede sfeer met medebewoners, activiteiten om met medebewoners te ondernemen, het krantencafé om met medebewoners te kletsen, bekende gezichten in de verzorging (met wat afwisseling), op je letten als het niet goed gaat, er alles aan doen om een oplossing voor je probleem te vinden (jeuk), alles nauwkeurig bijhouden en kwartaal gesprekken voeren, dat de verzorging gemakkelijk gaat en soepel loopt, een klacht meteen aanpakken, een centrale locatie ten opzichte van de kinderen.

#### 4. Even er tussenuit moeten

Mevrouw heeft vier kinderen en nadat deze het huis uit waren “kwam dit op haar pad”. Ze woonde eerst samen met haar man in een ander verzorgingstehuis, totdat hij 15 jaar geleden overleed. Mevrouw woont op haar 65ste al bijna 5 jaar in dit verzorgingstehuis. Het is hier “hartstikke fijn”, want ze kan zich helemaal vermaken. Bijvoorbeeld met het maken van (kerst)kaarten. Deze worden verkocht op bestelling of de kerstmarkt en mevrouw leert andere bewoners ook nog de kunst van het kaarten maken, “zo heb je toch nog een doel”. Al hebben mevrouw en haar helpende vrijwilliger het nu wel erg druk met de kerstkaarten, soms zegt ze dan ook “nou is het wel goed hoor” want ze moet ook aan haar lichaam denken. Mevrouw is blij met de verdeling van enerzijds een eigen “huis” hebben en anderzijds in de woonkamer(s) samen met andere bewoners te zijn. Ze vindt het fijn om even met iedereen te praten, lachend verteld ze de ‘maatschappelijk werkster’ genoemd te worden. Zo kan ze de mensen die hier niet meer weg kunnen een beetje oppeppen. Zelf kan ze gelukkig er nog wel uit; “ik moet dan gewoon even naar buiten”. Mevrouw hecht dan ook veel waarde aan haar zelfstandigheid. Zo kan ze in de stad bij het Kruidvat verzorgingsproducten kopen of ze haalt er verzoeken van de medebewoners. Het wekelijkse uitje op de duo fiets met ondersteuning is ook heerlijk; “zie je ook nog eens een beetje van de wereld”.

In de afgelopen jaren heeft ze de druk op de verpleging zien toenemen. Voortaan heeft de verpleging minder tijd voor je en moeten ze steeds meer achter de computer werken. Volgens mevrouw vindt de verpleging deze verandering ook niet (altijd) leuk. De verpleging geeft dan ook aan vaker even met de mensen zelf te willen zitten om een band op te kunnen bouwen. Mevrouw vindt het jammer dat de verpleging soms geen tijd heeft om te kletsen of voor iets extra’s als krulspelden zetten. Om zichzelf op te beuren bedenkt ze dan dat ze op zichzelf wonend ook “niemand had gehad”. En nu kan ze altijd nog naar de huiskamer met medebewoners gaan. Mevrouw benaderd de zorg vaak vanuit het perspectief van de medewerkers, zo “kun je mekaar toch helpen”. Als ze wil dat iets anders wordt gedaan gaat ze bijvoorbeeld niet naar het hoofd maar vraagt ze het aan de betreffende medewerker. Deze geven aan hier blij mee te zijn en ze doen dan ook meteen wat mevrouw vraagt. Toch is ze altijd bang om te veel te vragen, ze wil niet tot last zijn. En als je weinig vraagt komen ze meteen als je om hulp belt. Het is wel een spagaat voor mevrouw omdat ze graag eerlijk is tegen de verzorging maar ook geen last voor ze wil zijn. Idealiter zouden haar medebewoners dan ook vaker feedback geven; “Ik houd ook altijd heel vaak de mond dicht, dan denk ik van: nou, laat nou maar eens een andere iets zeggen”.

Mevrouw vindt het fijn dat zij wordt gevraagd om mee denken bij veranderingen en dat ze kan bijdragen aan het huis. En de opbrengst van haar (kerst)kaarten is voor de afdeling. De vele activiteiten en vrijwilligers dragen bij aan de kwaliteit van het verzorgingstehuis. Behalve de kaarten en de markten schildert, zwemt en duo fietst mevrouw iedere week. Als je iets wil kan je namelijk “een heleboel bereiken hier”.

#### Onderliggend verhaal (gestalt)

Je kan wel in het verzorgingstehuis zitten maar dat wil nog niet zeggen dat je je leven geen vorm hoeft te geven. Je kan bijdragen door even met mensen te praten, wat voor ze te halen in de stad en de medewerkers persoonlijk feedback te geven. Het is fijn om een grote rol te krijgen, maar dat maakt het nog niet altijd gemakkelijk. Want de medebewoners zitten toch vaak op hun kamer of kijken de hele dag tv. Dan doe je meer ‘voor’ dan ‘met’ de medebewoners. De verpleging heeft ook minder tijd gekregen voor een praatje. Daarom is het goed om jezelf doelen te geven, bijvoorbeeld met de kaarten. En al ben je erg tevreden met wat je allemaal kan bereiken in het verzorgingstehuis, soms moet je er toch even uit; “de wereld in”.

#### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, kinderen, man, verpleging, verzorging, vrijwilligers, mensen/bewoners, familie

Emotie: betekenis geven

Verhouding ratio/ emotie: emotie.

Herhaling: ‘nou’, ca. 45x Enerzijds is het een stopwoord, maar het wordt toch ook veel gebruikt om iets aan te geven; hoe het nu is of er eigenlijk aan toe gaat.

Vraagpatronen: een doel hebben in je leven en een goede sfeer op de afdeling (need), met medewerkers rustig kunnen kletsen en vaker tijd voor iets extra’s (want), niet teveel te moeten doen (voor lichaam) (demand), bijdragen aan het huis; door te vragen hoe het met iedereen gaat, (kerst)kaarten te verkopen en feedback te geven aan de medewerkers (competence).

#### Kwaliteitsindicatoren

Jezelf kunnen vermaken (een doel hebben), medewerkers die meteen iets doen als het wordt gevraagd, goed met de verpleging en medebewoners kunnen opschieten, vaste verpleging, activiteiten (zwemmen, schilderen, duo fietsen), tijd om met de medewerkers te zitten (praten), tijd voor iets extra’s (krulspelden zetten), in de buurt van je familie zitten, meteen komen als je om hulp belt, douchen na het fietsen.

## 5. Ze lopen al zo hard

Zijn vrouw heeft eerst twee jaar in dit verzorgingstehuis gewoond, waarna hij hier nu bijna vijf jaar zelf woont. Zelf wilde hij niet weg van de boerderij maar zijn kinderen moedigde hem aan. Hij heeft “de kans gekregen” om te gaan toen hij “nog redelijk in orde was” en er nooit spijt van gehad. Over twee maanden wordt meneer 94. Deze leeftijd beïnvloedt zijn houding: “ik heb niet veel meer te willen en ik maak ook niet veel smoesjes meer en ik probeer zo goed mogelijk te leven”. In het verzorgingstehuis ga je mee in het grotere patroon, “je kan hier niet opeens iets anders willen”. Meneer heeft naar eigen zeggen ook wel genoeg meegemaakt; moeilijke en mooie dingen. En hij weet wat pijn is, echte pijn. Soms is god dan ook je enige hoop.

Meneer heeft het hier goed, daar kan hij eigenlijk heel kort over zijn. Ook de verzorging is “100%”, al rectificeert hij dat snel: “nou dat kan in wezen niet”. Hij heeft zelf ook een of twee keer gehad dat er wat “tussendoor glipt”. “Als ik dan hier de verzorging zie, hoeveel moeite ze allemaal doen om het goed te doen en hoe hard ze lopen, dat ze bijna geen tijd hebben om kalm even te gaan zitten en een praatje te maken”. Hij zou het nooit vragen, maar hij vermoedt dat ze onderbetaald worden. De verzorging is dus druk en soms moet hij hierdoor wachten. Zo wordt hij normaal om tien over zeven uit bed gehaald maar vanmorgen pas om half 9. “Dat moet je gewoon nemen”, want anderen zitten ook wel eens te wachten. Al praat hij eigenlijk nooit over iets persoonlijks, oftewel “de kwaal”, met andere “patiënten”. “Dat loopt gewoon langs elkaar heen”.

Hij is bang om te vallen en daarom een beetje bang om los te lopen. Dit komt mede door het valincident dat hij hier heeft meegemaakt en nooit heeft kunnen verklaren. Toen hij 's avonds om half elf naar bed ging en op zijn stoel leunde viel hij, waarna hij tot 3 uur 's nachts op de grond heeft gelegen. Hij heeft constant op zijn pieper gedrukt maar het duurde tot 3 uur 's nachts voordat iemand langskwam. Hij heeft er nooit naar gevraagd, of de dames sliepen of met iemand anders bezig waren. Hij houdt naar eigen zeggen al heel gauw zijn mond, want “geen mens wil erover praten. Nee. Het heeft ook geen zin”. Hij zwijgt ook “om de verzorgers een beetje te sparen”. Omdat hij ziet en hoort hoeveel werk ze moeten verzetten denkt hij er niet over om “een klacht ertussen te gooien”.

Meneer heeft het gevoel dat het melden van incidenten achteraf geen zin heeft. Dan is het toch al gebeurd. Maar dat wil niet zeggen dat hij het gemakkelijk loslaat, zoals die keer in het ziekenhuis toen ze hem vergeten waren of in de oorlog. Hij vertelt dan ook een zeer gedetailleerd verhaal over de oorlog waarin hij door het oog van de naald kroop. Dat plaatst alles weer in perspectief.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Het leven kent moeilijke en mooie momenten. Je moet gewoon doorgaan en naarmate je ouder wordt niet teveel ‘smoesjes’ meer hebben. Het is belangrijk om in te zien hard mensen (bijv. verzorgers) werken en hun best doen. Als er dan één keer iets fout gaat moet je niet moeilijk doen. Mensen willen ook helemaal niet over praten over die moeilijke dingen. Echte lichamelijke pijn, dat is zwaar en daar valt veel bij in het niet.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, vrouw, kinderen, verzorgers, zusters, patiënten (medebewoners), dokter ziekenhuis, ontmoetingen in de oorlog

Emotie: binnenvetter

Verhouding ratio/ emotie: emotie.

Herhaling: pijn

Vraagpatronen: weinig pijn, op tijd en goed worden geholpen (need), verzorging die tijd heeft voor een praatje, met medebewoners ook over persoonlijke zaken als de kwaal kunnen praten (want), 's nachts hulp krijgen als je gevallen bent i.p.v. uren op de pieper te moeten drukken (demand), inzien hoe hard de verzorging loopt en proberen ze te ontzien (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

Verzorging die veel moeite doen om het goed te doen, hard werkende verzorging, eigen inbreng (een keer iets anders willen doen), je niet 's nachts uren met veel pijn op de grond laten liggen terwijl je op de pieper drukt, een keer een praatje maken (niet meteen weggaan), op tijd en goed helpen, als je normaal om 10 over 7 wordt geholpen en dan tot half 9 wachten zonder te weten wanneer ze komen, open sfeer met de medepatiënten, werken met jonge hoogopgeleide mensen die in de verzorging gaan, het gevoel hebben dat alles vanzelf gaat in de zorg (zonder inspraak), als je iets vraagt werken ze eraan.

## 6. Mijn zoon komt niet thuis, ben ik heel verdrietig om

Mevrouw woont bijna een jaar in dit verpleegtehuis, voorafgaand heeft ze gerevalideerd op een andere locatie van dezelfde organisatie. Mevrouw is namelijk 6 keer gevallen, hierdoor heeft ze meerdere botbreuken opgelopen. Hoewel beide locaties in haar eigen stad zijn maakt de ligging voor mevrouw toch een groot verschil. In de vorige wilde ze blijven want deze was in haar “vertrouwde omgeving” hier kent ze “niks”. Mevrouw komt ook niet meer buiten het verpleegtehuis. Haar dochter wilde graag dat ze verhuisde omdat de appartementen hier groter en luxer zijn. Mevrouw wordt in beslag genomen door de zorgen om haar kinderen. Vooral door haar zoon waarmee het niet lukt om telefonisch contact te krijgen. Het maakt haar erg verdrietig.

De zusters troosten mevrouw als ze haar zien huilen; “zij zegt iedere keer, als zij het ziet: kom maar”. Haar verdriet om haar zoon deelt ze alleen met de zusters, niet met de bewoners. Ze vertelt dan ook meerdere keren dat de verplegers “heel lief” zijn. Ook al kent ze niet alle verplegers. Liefdevolle verzorging is voor mevrouw het belangrijkste en ze doen hier heel veel voor de bewoners. Zo kleurt mevrouw op dinsdag en ook het eten is goed, al heeft ze niet meer zo’n honger.

Wat er precies aan de hand is tussen haar en haar zoon is voor mevrouw een raadsel. Ze is naar eigen zeggen te goed voor de kinderen geweest, ze stopt ze ook regelmatig wat toe. Haar dochter komt nog regelmatig, met haar eigen dochters, langs maar op dit moment zijn al haar gedachten bij haar zoon.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Niks gaat meer aan je hart dan je eigen kinderen. Hoe oud ze ook zijn je maakt je altijd zorgen als je niet weet hoe het met ze gaat. De lieve troostende verpleging is dan ook heel waardevol. Ook al moet je het verder zelf doen. Met alle lichamelijke klachten en levensveranderingen is een locatie in je eigen vertrouwde wijk erg belangrijk.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, zoon, dochter, kleindochters, zusters, medebewoners, buurvrouw

Emotie: Verdriet

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: zoon

Vraagpatronen: Troost (need), contact met haar zoon, weten wat ermee aan de hand is (want) een verpleegtehuis in een vertrouwde omgeving (demand) trouw (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

Troostende zusters, zusters waaraan je persoonlijke problemen kan vertellen, een locatie in je eigen buurt, ruim appartement (met badkamer etc.), veel organiseren voor bewoners, goed eten, goede verzorging, naar buiten gaan (van het terrein af).



## 7. 's Morgens en 's middags een kopje koffie met mijn man in het café

Volgende week zijn mevrouw en haar man 54 jaar getrouwd, hij woont 'boven' op een andere afdeling. Mevrouw heeft hiervoor 23 jaar voor hem gezorgd. Door een operatie aan haar hersenen kon mevrouw dit niet meer zelfstandig. Toen haar man steeds onrustiger werd 's nachts moesten ze naar een andere zorglocatie in de stad, nu slapen ze gescheiden. Mevrouw doet nog steeds veel voor haar man, maar het brandt haar wel op. Daarom gunt ze zichzelf nu vanaf vijf uur een eigen avond. Zelf heeft mevrouw veel steun aan haar dochter en schoonzoon. Omdat zij en haar man niet meer samenwonen, haalt mevrouw hem iedere ochtend en middag op voor een kopje koffie in het café beneden; "ik denk dan is hij toch efkes boven weg". Dit is een waardevol ritueel voor mevrouw, als er die dag nog iets anders op de planning staat zet ze haar wekker om de ochtend niet over te slaan. Veel tijd met zijn tweeën hebben ze niet in het café want er schuiven altijd wel anderen aan. Het café is dan ook de ontmoetingsplek voor de bewoners aangezien ze nauwelijks bij elkaar thuis op visite gaan, dat geeft "scheve ogen". Al heeft mevrouw wel een zaterdagavond rummikub clubje met twee buurvrouwen thuis: "maar één van de buurvrouwen vergeet tegenwoordig heel veel dus dat werkt niet meer zo".

Twee jaar geleden maakte de verhuizing naar deze locatie mevrouw nog aan het huilen, maar nu zou ze niet anders meer willen. Er is een last van mevrouw afgevallen nu ze gewoon kan bellen om hulp en een "steun achter in de rug" heeft. In vergelijking tot haar man is mevrouw nog erg zelfstandig. Ze wordt geholpen met wassen, kousen en medicijnen, want die vergeet ze weleens in te nemen. Ze waardeert het dat de verzorgers zo zorgzaam zijn met het in de gaten houden van de pilletjes. Na het kousen aantrekken "vragen ze altijd kan ik nog iets voor u doen of zo, ja het is echt". Het "flexen" heeft geen invloed op de kwaliteit, maar net als je gehecht raakt aan iemand gaat die weer weg. Het is ook heel jammer dat ze op haar afdeling geen tijd voor een praatje hebben. Maar dat valt nog mee in vergelijking tot de afdeling van haar man, daar is de werkdruk een "verschrikking". "Dat vind ik wel heel triest, die moeten echt flink werken hoor".

Het eten is niet helemaal haar smaak; dikwijls te natte groentes en veel gehakt. Je hebt wel twee opties maar vaak blijft het toch allemaal hetzelfde smaken, niet zoals ze het zelf klaarmaakte. Toen ze in de bewoners commissie zat heeft ze het aangekaart maar ze zijn er niet mee aan de slag gegaan. Mevrouw vindt het niet zo erg, ze geeft zich gewoon niet op voor het eten. Ook gaat de broodkar er binnenkort uit, bij deze kar kan je brood, hagelslag, ham, noem maar op zelf pakken. Dan kan je enkel nog brood bij de dagopvang gaan halen of je krijgt iedere maand geld op je rekening om naar de bakker te gaan. Daar is mevrouw niet zo blij mee want ze wil niet naar de bakker omdat ze bang is om te vallen, zeker als het nat weer is. Mevrouw hoopt er geen spijt van te krijgen, maar voor nu wacht ze het brood op de dagopvang maar af.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Na een kwart eeuw zorgen is dat wat je doet, en dat is oké. Er is ook meer dan alleen lichamelijke zorg voor je man. Door hier te wonen kan je je dochter een beetje ontlasten. Dat is fijn want ze heeft het druk en is al bezorgd. Met de medebewoners kan je kletsen al is het geharrewar en de drukte beneden soms wel vermoeiend. Maar als je niet meer echt met je man kan praten en de zusters geen tijd hebben voor een praatje dan maak je er gewoon wat van met de anderen. En hoop je dat de ziektes en pijntjes te behappen blijven. Want die komen er toch steeds meer.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, man, dochter, schoonzoon, kleinkinderen, zoon, dokter, zusters, medebewoners, buurvrouwen

Emotie: Empatisch

Verhouding ratio/ emotie: beide, redelijk rationeel

Herhaling: de man komt vaker aan bod maar het is relatief een gevarieerd verhaal

Vraagpatronen: Bij haar man zijn (need), lekker avondeten, een praatje met de zusters en geen gepraat en scheve ogen tussen de bewoners onderling (want) de broodkar (demand) empatisch en zorgzaam (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

Lekker en gevarieerd eten, de broodkar / winkeltje, een man die goed wordt verzorgd en hier tevreden is, zusters die meedenken over de pilletjes, verzorging die vraagt of ze nog iets voor haar kunnen doen, tijd voor een praatje, geen geroddel tussen de medebewoners, voor haar man kunnen 'zorgen'

## 8. Ik moet iets te doen hebben anders is het geen leven

Meneer woont sinds het recente overlijden van zijn vrouw alleen in het tehuis. Ze is heel plotseling overleden, doordat de nachtzusters hem hadden gewaarschuwd was hij er nog net bij. Hij heeft de afgelopen 7 jaar, door de zorg voor zijn vrouw, op verschillende afdelingen van het complex gewoond. Na haar overlijden is hij direct in dit appartement “geduwd”. Toen zijn vrouw nog lag opgebaard werd hem al verteld dat hij naar een kleiner appartement moest. Dat heeft hem veel zeer gedaan. Al komt het wel goed uit dat hij vanuit dit appartement direct naar zijn auto kan lopen. Want meneer kan niet stil zitten. En hij helpt graag mensen, dat doet hij al zijn hele leven. Zo is hij 35 jaar EHBO'er en badmeester geweest, hiervoor heeft hij van de gemeente zelfs een gouden speld ontvangen. Toen hij hier kwam wonen is hij dan ook direct naar de receptie gesnel; “ik zei tegen dat vrouwtje: kun je nog vrijwilligers gebruiken? Ja, zei ze. Ik zei: schrijf mij dan maar in!” Dus nu helpt hij medebewoners met eten, verhuizen en brengt hij ze met rolstoel en al in zijn aanhangwagen naar hun vakantieadres.

Als hij zelf iets heeft staan de zusters altijd voor hem klaar. “Van die kant ben ik zo overgelukkig dat ik hier zit en zo overgelukkig met de zusters allemaal. Het is allemaal even vriendelijk en even hartelijk, ja echt verzorgend”. Zelf staat hij iedere morgen om 5 uur op om de kranten van boven tot beneden te bezorgen, vindt hij “harstikke leuk”. Daarna komt de zuster hem helpen, altijd op tijd. En als hij ergens heen moet, spreken ze gewoon een andere tijd af. Zulke “schatten van zusters” wil hij dan ook niet kwijt. Natuurlijk zijn de mensen verschillend maar eigenlijk heeft hij lof over iedereen, de zusters zijn allemaal even lief en met de schoonmaakploeg en technische dienst is het eveneens erg gezellig. Hij heeft wel besloten toen hij hier kwam wonen zich er gelijk helemaal aan over te geven; “Ik trek mij er niks meer van aan, echt niet. Als er iets is, laat maar komen, ik ben beschikbaar, ik ga op bed liggen en ze moeten het maar afwerken.” De zusters hebben namelijk wel meerdere mannen bloot gezien. Gelukkig zijn deze zusters goed in hun werk; ze weten precies wat er moet gebeuren.

Ondanks de lieve zusters veranderen er wel een aantal dingen. Zo vervalt de koffieronde, mogen vrijwilligers geen afwasjes meer doen en het ergste; de broodkar verdwijnt. Dat gaat al 7 jaar goed dus hij heeft geen idee wie dat “in zijn hoofd heeft gehaald”. Zelf gaat hij liever naar de winkel in plaats van steeds te vragen of hij “alsjeblijft” een sneetje brood mag. Maar niet iedereen heeft die vrijheid. Met het verdwijnen van de broodkar is er ook een moment minder om even contact te hebben met de zuster of de vrijwilliger, dat is jammer. Al met al vermaakt hij zich prima, daar zorgt hij zelf wel voor. Nu is hij bezig met het inzamelen van kerstspullen die hij dan weer kan verdelen onder de bewoners. Aan de geplande activiteiten doet hij nooit mee als deelnemer, enkel als vrijwilliger. Hij zit er toch anders in dan anderen en heeft nog steeds relatief weinig hulp nodig. Als de zuster dan ook vraagt kan ik niks meer voor je doen? Is zijn antwoord; “nee, ga maar gauw, de patiënten zitten te wachten.”

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Een mens moet altijd iets om handen hebben. Anders heb je geen leven meer. Als je altijd anderen helpt wordt dit een deel van je. Meneer vindt het belangrijk om zelf te blijven doen wat hij kan. Hiermee kan hij ook de zusters “verlichten” want er zijn zulke moeilijke mensen. Moeilijk zijn is een houding, dit kan je voorkomen door je enerzijds geheel over te geven aan de zorg die je nodig hebt en anderzijds verder je vrijheid te pakken.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, vrouw, zusters, medebewoners, patiënten, schoonmakers, technische dienst, (huis)dokter

Emotie: Enthousiasme

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: helpen

Vraagpatronen: Vrijheid om dingen te kunnen ondernemen; een leven in te richten, zorgtijden die zich aanpassen naar zijn plannen, iets voor anderen kunnen betekenen; zowel in de zorg (helpen met eten) als praktisch (de krant rondbrengen) (need), dat het nog goed komt met zijn mislukte operatie (blaas en wond), weten waarom bepaalde beslissingen worden genomen als het niet logisch is (bijv. de broodkar en de koffieronde afschaffen) (want) de broodkar, momenten voor een praatje (bijv. met de broodkar), koffie en afwas (demand) organisator (competence)..

### Kwaliteitsindicatoren

Komen direct als je belt, allemaal lieve verzorgende zusters die precies weten wat ze moeten doen, niet melden dat je uit je appartement moet als je vrouw nog opgebaard ligt, niet teveel hoeven te betalen per maand, anderen kunnen helpen en bijdragen aan de organisatie van activiteiten, eigen gang kunnen gaan, de broodkar die verdwijnt zonder duidelijke reden, tijd voor een praatje.

## 9. In een rolstoel gaat het mooie er wel vanaf

Op haar 82igste bedacht mevrouw dat ze zich maar eens ging inschrijven in een “bejaardentehuis”. Na anderhalf jaar belde ze om naar haar plaats op de wachtlijst te informeren. Toen er een paar maanden later plotseling plaats was, was haar eerste reactie: “Dat doe ik niet!” Na een paar dagen besloot mevrouw toch te gaan. Een besluit waar ze in de 4,5 jaar dat ze er woont “geen minuut spijt” van heeft gehad. Bij haar aankomst kon ze uit twee appartementen kiezen, het is dan ook een groot complex. Zo groot dat mevrouw op weg naar de lunch halverwege moet rusten op de stoelen in de gang. “Ik ga met een rollator, het gaat wel moeilijk. Maar als ge in een rolstoel komt, dat ze u met een rolstoel naar de eettafel moeten brengen, dan is het mooie er een klein beetje af.” Na de lunch jokert mevrouw iedere dag tot 4 uur met 3 á 4 andere vrouwen aan de eettafels. Dan ziet mevrouw de rolstoelers wachten tot de zusters ze allemaal naar boven hebben gebracht, één per keer.

Het eten is goed al mist het wel de finesse van thuis. Mevrouw kan uit twee menu's kiezen, maar de menu's zijn rekbaar voor haar. Zo brengt de bediening mevrouw helemaal zelf champignonsoep zonder champignons omdat ze weten dat mevrouw dit naar “schoenzolen” vindt smaken. Mevrouw wordt geholpen met haar kousen, aankleden en naar bed gaan. De zusters hebben het “altijd druk” maar maken “toch wel eventjes een praatje”. Ook wordt er iedere week drie kwartier schoongemaakt. Zelf zou ze het wel een beetje anders doen, “maar ja, ge kunt in drie kwartier niet alles verwachten hè.” Op het schoonmaken na zijn ze wel heel secuur. Zo maakt de Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige een lijst op om te kijken hoe het gaat, deze lijst wordt ook met haar schoondochter gedeeld. En als er iets aan de hand is halen ze de dokter erbij; “ze zijn wel heel gauw met de dokter hier”. Ook willen ze graag dat mevrouw de nachtzuster belt dat ze binnen is wanneer ze 's avonds naar haar familie is gegaan.

Het is hier ook “goed toeven” door de activiteiten waar de zusters actief bij betrokken zijn. Zo is er twee keer per jaar een hele gezellige avond met de zusters, met een borreltje en hapje. Dan vertellen de zusters over van alles, bijvoorbeeld hoe het gaat met de organisatie en welke scores ze hebben gehaald. Mevrouw had laatst het geluk met de bingo een uitje met een van haar favoriete zusters te winnen. Toen zijn ze een middag wezen stappen in het dorp, allemaal winkels binnengegaan, heel leuk was dat. Mevrouw kan kiezen uit de evenementen, zo is ze blij met het kraampjes wandelparcours en de protestantse dienst (tussen de katholieken). De Intratuin bezoeken per bus en het muziekkorps slaat mevrouw dan weer over.

Mevrouw heeft het gevoel dat er naar haar geluisterd wordt als er iets is. Er wordt wel meer “gemopperd” om haar heen op het wachten. De verpleegsters reageren hierop door te zeggen dat ze ook maar een paar handen hebben en maar op een plek tegelijk kunnen zijn. Daar is mevrouw het wel mee eens. Mevrouw's oplossing hiervoor is: “We moeten proberen de vrijheid zoveel mogelijk te houden. Dus je moet zo lang mogelijk de rolstoel vermijden. Ik heb er wel eentje, maar die moet je zo lang mogelijk vermijden”.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Zelfstandigheid is een groot goed. Voor jezelf maar ook omdat de zusters het heel druk hebben. Om niet te afhankelijk te worden dien je je oude ritme zolang mogelijk vol te blijven houden. Ook al duurt het erg lang om met de rollator naar de eetzaal te lopen, het is beter dan in een rolstoel te zitten en aan anderen overgelaten te zijn. Maak dus wijze besluiten, ga ervoor en geniet. Want er is ook nog veel heel leuk in het leven.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, kinderen, schoondochter, zusters, vrijwilligers, dokter, joker-vrouwen, medebewoners, rolstoelers

Emotie: vasthouden en proberen te genieten

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: wachten

Vraagpatronen: leuke medebewoners, goede verzorging die op tijd komt, zusters die tijd voor een praatje maken, verschillende activiteiten waar om uit te kiezen (need) zelfstandig blijven, niet heel de tijd hoeven wachten als de rolstoel onvermijdelijk is geworden, net iets beter eten (want) een hogere indicatie voor schoonmaken (demand) zelfstandigheid nastreven zonder verbetering (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

Twee appartementen om uit te kiezen, niet te ver van de eetzaal af wonen, kaarten met een vast clubje, goed eten, eten aangepast naar eigen smaak, voldoende tijd om schoon te maken, zusters die een praatje maken ook al hebben ze het druk, rapporten van de EEV'er die ook met de schoondochter worden gedeeld, een protestantse kerkdienst ook al zijn er maar weinig deelnemers (de rest is katholiek), wachten als je in een rolstoel zit om opgehaald te worden of weg te worden gebracht, gezellige avond met de zuster waar ze vertellen hoe het gaat.

## 10. Ik heb het zo goed, ik heb veel meer plezier in mijn leven dan prinses Maxima

Hoe het hier is? “Heel gezellig, heel goed, het is me 100% meegevallen”. 12 jaar geleden is mevrouw samen met haar man naar haar huidige aanleunwoning verhuisd. Hij kon eigenlijk niks meer en ze kon hem niet meer alleen laten om bijvoorbeeld boodschappen te doen. Ze wilde hem pertinent niet in een verzorgingstehuis hebben omdat hij dat niet vol zou houden na een leven lang buiten het dorp, vrij en aan het bos te hebben gewoond. Mevrouw dacht dat ze moeilijk aansluiting zouden krijgen zo midden in een straat met onbekenden, maar dat is allemaal meegevallen. Door een medebewoner die naar boven wilde verhuizen hadden ze het geluk direct een appartement beneden te krijgen. En toen ze hier kwamen wonen had ze natuurlijk “in een keer een heel stuk minder zorgen”. Haar man is een jaar na de verhuizing overleden.

In het begin liepen er een stuk of 30 verzorgers rond en nu ze het verdeeld hebben per afdeling nog maar ca. 8, “dat scheelt een stuk hoor, dan zijn ze ook meer eigen”. Mevrouw is erg tevreden met alle verzorgenden op haar afdeling; “ze zijn altijd vrolijk, altijd opgeruimd er loopt er nooit een te zeuren”. De medewerkers zorgen ook heel goed voor elkaar, werken intensief samen en springen voor elkaar in. Mevrouw is dan ook van mening “dat het hier tamelijk goed reilt en zeilt”, “ja ze gaan bij mij ook niet zitten buurten maar als het nodig is hebben ze allemaal even tijd en ja, als het niet nodig is bij mij hoeven ze natuurlijk in principe niet zo gek veel te doen”. In al die jaren is er niets voorgevallen wat mevrouw echt niet vond kunnen. Een goede sfeer is erg belangrijk voor mevrouw, een voorbeeld voor goede zorg is dan ook “Dat ze vrolijk binnenkomen, dat vind ik het voornaamste, als ze met een lang gezicht binnenkomen dan heeft niemand plezier, daar heb je schrik van, dat hoeven ze nooit te hebben”. Vrolijke medewerkers zijn erg gezellig, zoals die verzorger die dikwijls zingend aankomt lopen.

Mevrouw kan door de stijfheid niet meer aan georganiseerde activiteiten als knutselen meedoen. Het is haar wel tegengevallen dat ze niet meer zelf 50 kerstkaarten per jaar kan maken. “Maar dat wil niet zeggen dat ik mijn eigen verveel want ik ben eigenlijk altijd bezig”. Ze geeft aan overal langer over te doen maar vooral heel veel visites te hebben (“mijn kalender is nooit leeg, dan zeg ik weleens van de week schrijf ik niks op”). Er is eigenlijk altijd wel iemand om “mee te buurten” en al haar (klein)kinderen wonen in het dorp en komen vaak langs. De bovenbuurvrouw brengt haar geregeld avondeten. “Dan belt ze, je hoeft vandaag niks klaar te maken want ik heb weer veel te veel, ik kom dadelijk wel eten brengen”. En als je even niemand wil zien dan doe je gewoon je voordeur dicht.

Mevrouw maakt zich geen zorgen om de toekomst, want ze wordt “goed verwend”. Als ze meer hulp nodig heeft zullen zij het voor haar regelen. Net als ze op het ogenblik ook de administratie voor haar doen. De kinderen werken allemaal samen en zijn erg betrokken bij hun moeders zorg, waar ze ook dik tevreden over is. Op het reilen en zeilen van het “bejaardentehuis” heeft ze geen zicht. Maar de keren dat ze hier ziek is geweest waren ze echt “bezorgd” voor haar: “dan staan ze de hele dag paraat hoor, ja als je ooit ziek bent, dan ben je goed af met hun want ze kunnen alles en ze doen ook alles. Je kan ook gerust iets vragen, je hoeft eigenlijk niks te vragen, ze doen alles uit hun eigen”.

Het gaat gewoon heel goed met mevrouw: “ik zeg mens ik heb het zo goed, ik heb veel meer plezier in mijn leven als prinses Maxima, die heeft zoveel geld en weet ik het wat, maar ik zeg ik heb veel meer. Niet aan geld, maar aan gewoon gezellig doen ja. Er hoeft niks meer, er is niks meer wat per se moet, ik hoef niet per se te werken en nou, dan heb je het toch hartstikke goed.”

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Lieve kinderen die veel langs komen en met elkaar al je zorgen uit handen nemen is heerlijk. Zonder man is het belangrijk dat er veel mensen zijn om mee te buurten en dat de sfeer in het complex goed is. Zeker als je nog niet heel afhankelijk van de zorg bent wil je gewoon vrolijke verzorging die samen werkt met elkaar en tijd voor je heeft als dit nodig is. Op termijn kan je niet alles meer en gaat het wat trager, maar dat wil niet zeggen dat je je hoeft te vervelen je kan het nog steeds je eigen ding doen. En het tegelijkertijd gezellig hebben.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, man, dokter, kinderen, familie, bovenbuurvrouw, verzorgers

Emotie: geluk

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: gezellig en meevallen

Vraagpatronen: goede sfeer, mensen om mee te buurten, vrolijke verzorging die goedgehumeurd binnenkomt (need), verzorgers verdeeld per afdeling waardoor je een vaste groep hebt (want) (geen demand) hechte contacten aangaan en onderhouden, zich overgeven aan de zorg van de kinderen (competence)

### Kwaliteitsindicatoren

Een ruil waardoor ze beneden konden wonen, vrolijke verzorgers die goedgehumeurd binnenkomen, goede sfeer in de locatie, medewerkers die samenwerken, als er om hulp wordt gebeld zijn ze er, er is ruimte voor iets extra, mogelijkheid om terug te trekken in eigen appartement, verzorging die je allemaal wilt helpen als er iets is, cliënt voelt zich vrij om te vragen, vakkundige verzorging/verpleging.

## 11. Je bent welkom en dat doet een mens goed

Meneer is een paar jaar geleden in de aanleunwoning komen wonen omdat hij “te eenzaam” was. Hoelang precies geleden weet hij niet meer door zijn vergeetachtigheid. Doordat zijn vrouw overleed heeft hij 16 jaar alleen gewoond. Hij had in die tijd last van nachtmerries. Om zijn angsten te bedwingen is hij veel in de natuur geweest, vooral op de fiets. Toen dat niet meer kon ging hij 's nachts met de auto weg van huis. Hij kwam al eerder in deze instelling om koffie te drinken en te biljarten. Hierdoor had hij al besloten het hier te gaan proberen als het niet meer lukte. Hij is nergens anders gaan kijken want hier is het “schitterend mooi” en het appartement voelde meteen als thuis. Het is wel duur, maar als hij rustiger aandoet kunnen hij en zijn dochters het toch een tijdje uithouden.

Behalve de schitterende plek kan de zorg ook niet beter. 's Morgens komen de zusters vrolijk binnen en wordt er al gelachen en geroepen. Dat is fijn, net als dat ze hem bij zijn voornaam noemen. Zelf noemt hij ze allemaal zuster zodat hij het niet verkeerd kan zeggen. Het is een “geweldig team”, stagiaires voelen zich ook direct thuis de sfeer is dus erg prettig. Hij denkt dat de werkdruk wel goed te doen is voor ze, aangezien ze 's avonds nog even vijf minuten in de stoel gaan zitten om met hem te kletsen. Hij slaapt voortaan heel goed.

Alleen de afrekening, daar is hij het vanaf het begin af aan niet mee eens geweest. De huur en de andere kosten worden los van elkaar afgeschreven en dat gaat meestal ongeveer over anderhalve maand. “Nou dan moet ik mijn bonnetjes bewaren, ja, daar komt niks van, heb ik geprobeerd. En dan moet het nog maar kloppen met die bonnetjes ook, want hun hebben dan toch gelijk, en eh, daar heb ik wel eens mee in de clinch gelegen.” Hij probeert het systeem te toetsen, maar naar zijn idee wordt het hier allemaal erg globaal genomen. Zo kost een maaltijd zonder soep bijna een euro minder, maar als je geen soep bestelt wordt dat bijna nooit doorgegeven en betaal je dus alsnog. Volgens zijn dochter moet hij zich niet zo druk maken en slaat hij een beetje door bij onrechtvaardigheid. Daar heeft ze wel gelijk in, maar toch was hij blij dat hij kon aantonen dat het echt niet klopt met een bonnetje van het winkeltje beneden. Hier hebben ze hem €9,- voor een fles cola laten betalen. Toen heeft de organisatie wel zijn verontschuldiging aangeboden, die zijn aanvaard door meneer.

Er is geen vaste tafelschikking maar hij zit vaak bij hetzelfde groepje vrouwen aan tafel: “dan kijk ik automatisch naar die tafel toe, dan hoor ik mijn naam, met een toon dat ze zegt: je bent welkom. En dat doet een mens goed.” Toch heeft hij tegen andere bewoners nog wel eens de waarheid gezegd. Nadat hij tegen een paar kinderen buiten had gezegd dat ze wat rustiger moesten doen, gaf een andere bewoner aan dat hij daar niet thuishoorde en er niets van mocht zeggen. Dat heeft meneer niet over zijn kant laten gaan: “ik zeg ik ga niet ruziën, maar reken erop dat ik 3 maanden niet praat tegen je. Ik heb 3 maanden geen woord tegen hem gezegd”. Nu de drie maanden voorbij zijn zeggen ze elkaar weer goedendag, maar daar blijft het ook bij.

Op het eten, het bezoek van zijn dochters en 's avonds een praatje met de zuster na zit hij “dikwijls heel graag alleen”. Hij denkt dan aan het overlijden van zijn vrouw. “Ik moet het allemaal kunnen overdenken, nog steeds, ja.” Het is fijn als mensen hem een klopje op zijn schouder geven en verder niks zeggen. Met zijn dochters heeft hij uitvoerig besproken dat hij nu “wacht op het eind”. Het is hier goed zo; “zodoende heb ik toch nog een mooi leven”.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Er zijn dingen die je niet kan verwerken en die je maar blijft overdenken. De eenzaamheid wordt verdreven als je omringt wordt door vrolijke zusters en je je welkom voelt aan tafel met de medebewoners. Zaken horen wel eerlijk te gaan zowel door de organisatie als het gedrag van de medebewoners.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, vrouw, kinderen, zusters, bekenden van vroeger, broer(s)

Emotie: eenzaamheid

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: zijn vrouw

Vraagpatronen: medewerkers die hem vrolijk begroeten, een goede sfeer, een appartement waar je je thuis voelt, bewoners waardoor je je welkom voelt (need), mensen die hem steunen in het verlies van zijn vrouw (want), eerlijke en heldere facturering die controleerbaar is, en dat de organisatie dit gelooft (demand) streven naar eerlijkheid (competence).

### Kwaliteitsindicatoren

Een mooi appartement waar je je thuis voelt, een mooie locatie, goede verzorging, goedgehemeurde verzorging die je bij je naam noemt, flexibele etenstijden als je een afspraak hebt, goede sfeer in de locatie, geen kwaliteitsverschil tussen medewerkers.

## 12. Ge wordt geleefd

Mevrouw probeert zich hier bezig te houden met kaarten en andere mensen, want “als ge hier blijft zitten dan worde dol, hè. Want het is helemaal niks”. Het uitzicht vanuit haar kamer is wel heel leuk. Dit appartement hebben haar kinderen uitgezocht omdat het thuis niet meer ging. Thuis was eerst de boerderij, met o.a. twintigduizend kippen die mevrouw na de dood van haar man nog een aantal jaar draaiende heeft gehouden. Daarna heeft ze 18 jaar in een huurhuis gewoond. “Had ik een mooie tuin met prachtige bloemen, weet je. Daar was ik, eh, verzot op en hier had ge niks. Nog geen bakske buiten hè. Je zit altijd binnen.” Een eigen plek om baas over jezelf te kunnen zijn mist ze. Nu zit ze tussen allemaal vreemde mensen. “Ge wordt geleefd”.

Aan de eettafel wordt veel geklaagd over de zusters. Dat komt de sfeer niet ten goede en volgens mevrouw kan je het maar beter direct tegen ze zeggen. Dat is iets waar ze persoonlijk aan werkt. Maar deze openheid heeft haar niet bepaald de meest fijne situaties opgeleverd. Zo zal mevrouw de nacht dat ze hartkloppingen had nooit vergeten. Om kwart voor drie belde ze om dit aan te geven. Om half 8 kwam diegene vragen of ze naar het toilet wilde. “Ik zeg nou zeg ik maak met u geen ruzie. Helemaal niet. Ik zeg zo ben ik niet. Oh, ruzie. Ruzie. Oh, ze ging tekeer. Nou en toen heb ik op het knopje gedrukt en toen kwam d'r een andere zuster. En zij was al weg. Ik zeg ik wil een hoofdzuster. Want aan die kindjes zeg ik al, heb je niks.” Later heeft de jonge zuster haar excuses aangeboden en dat moet je aanvaarden. Want misschien moet je hier nog jaren zitten”.

Het gevoel van geleefd worden wordt versterkt doordat mevrouw iedere ochtend pas tussen kwart voor 11 en kwart over 11 wordt gewassen en aangekleed. Maar omdat haar kousen niet zolang uit mogen worden deze om 7 uur al aangetrokken. Dan zit ze de hele morgen in haar nachtkleding te wachten. Om haar trots te bewaren heeft ze met zichzelf een ding afgesproken: ze belt niet meer naar de zusters om eerder aangekleed te worden, want dat helpt toch niet. De zusters maken hier in haar mening gebruik van dus ze is altijd de allerlaatste. Ze zegt erin te berusten. Maar eigenlijk zit de houding die de zusters soms hebben mevrouw dwars. Zo had mevrouw wederom uren gewacht en toen ze werd gedoucht legde de zuster haar kousen in de douchebak, waardoor ze helemaal nat werden. Mevrouw vroeg toen of ze die kousen niet eens zou oprapen. Waarna de zuster binnensmonds begon te mompelen. Mevrouw gaf aan niet meer verder te willen douchen voordat de kousen opgeraapt werden. Waarop de zuster antwoorde met: “Ja, maar jij bent geen baas”. “Ik zeg nee, dat is geen baas, hè. Ik zeg, ik ben baas in mijn huis. Want ik betaal hier de huur. Ik zeg, jullie service betaal ik. Ik zeg, wie is d'r dan baas. Ik wil geen baas zijn. Ik zeg, maar dat is toch geen doen.” Dit incident is nu “afgewerkt” en de zuster heeft niet meer zoiets gedaan. Volgens mevrouw moet je er dan ook niet meer over zeuren dat is verkeerd, al doen veel medebewoners dit wel. Maar zich hier meer thuis voelen, ze weet niet of de zusters hieraan bij kunnen dragen. “Je hebt nog een paar zusters waar je echt alles aan kwijt kan, maar dan houdt het ook op”. “Je hebt ooit een dag dat je zegt vandaag lukt het niet, hè. Vandaag lukt het echt niet, maar ja dan smeren ze ff je brood, die zuster en dan gaan we eten. Ja, en dan komt ze praten.”

Je moet je volgens mevrouw aanpassen en dat moet je wel kunnen. En ook al kunnen de kinderen niet zo vaak komen en kan ze niet meer mee met de familie uitjes, ze doen wel haar was en de boodschappen. Een keer per week maakt mevrouw een wandeling met haar vrijwilliger. Daar is mevrouw erg gelukkig mee. Zonder vrijwilliger kom je namelijk niet van de plaats af als je in een rolstoel zit. Er is een groepje dat gaat wandelen maar die doen altijd hetzelfde rondje. Zij gaan gewoon met zijn tweeën op pad. “Ja, ik houd van bloemen, hè. Hij heeft dezelfde hobby en als dan daar een mooie struik staat in die nieuwe wijken en zo en met mooie bloemen d'r aan. Dan stoppen wij en dan moet daar over gepraat worden.” Laatst hebben ze twee uur van de kerstversiering in het tuincentrum genoten. En als het regent komt hij gewoon even babbelen. Bijvoorbeeld over de kerk want dat hebben ze ook gemeen. Dat is nog wel het allerfijnst dat je iemand hebt om mee te praten, zonder geroddel, iemand voor jezelf alleen die je interesses deelt.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Door naar de aanleunwoning te gaan ben je je eigenheid kwijt. In plaats van je eigen gang te gaan zit je de hele ochtend te wachten om aangekleed te worden. Ook zit je nu hele dagen binnen (opgesloten) met vreemde en soms klagende medebewoners. Ondanks dat je betaalt voor de service in de aanleunwoning wordt er niet naar je wensen geluisterd of je klachten serieus genomen. Misschien mis je nog wel het meest iemand die gewoon naar je luistert en waar je privé mee kan praten over wat je dwars zit.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm.

Actoren: zelf, kinderen, kleinkinderen, zuster, dokter, medebewoners, wandel-vrijwilliger, bekenden van vroeger

Emotie: teleurstelling

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: vertellen over vroeger

Vraagpatronen: Buiten wandelen met de vrijwilliger (need) betere sfeer aan de eettafel; minder gezeur, kinderen die vaker langskomen, iemand om als individu mee te kunnen praten, een buitenruimte als een tuin, met bloemen en planten, (want) 's nachts hulp krijgen als je aangeeft dat dit nodig is, klachten die serieus worden genomen (bijvoorbeeld aangekleed zijn voor de zondagmis), niet om 7 uur kousen aankrijgen en om 11 uur pas gedoucht en aangekleed worden (demand) werkt aan eerlijkheid tegen de zusters (competence)

### Kwaliteitsindicatoren

Bezigheden als kaarten met anderen om iets te doen te hebben, mooi uitzicht, ruim appartement, serieus nemen van klachten, 's nachts bij een noodsituatie hulp krijgen, klachten niet pas na weken iets mee doen, niet als laatste worden aangekleed, niet om 7 uur kousen aankrijgen en dat tot 11 uur in pyjama wachten totdat je wordt aangekleed, groen en bloemen op de locatie, vrijwilliger om mee te wandelen, de service krijgen die hoort als je ervoor betaald, zusters waar je alles tegen kan zeggen, management die open kaart speelt.

### 13. We hebben altijd zeer luxe geleefd, nu leven we luxe en het wordt steeds minder

Meneer en mevrouw zijn 6 jaar geleden als één van de eerste bewoners naar deze aanleunwoning verhuisd; “toen stond het in de krant en we hebben het helemaal zien bouwen, dus toen wij konden inschrijven, nou waren we d'r als de kippen bij!”. Hierdoor konden ze kiezen uit de grootste (100m<sup>2</sup>) en meest luxueuze appartementen. Hierdoor hebben ze een eigen balkon waar ze veel zijn. Maar ze hebben wel net het deel met twee kleine ramen gebouwd op het interessantste uitkijkpunt; “zit je door één klein raampje te koekeloeren”. Het complex zit wel ingewikkeld in elkaar aan de binnenkant. In het begin hadden ze er daardoor wel moeite mee om hun neef aan de andere kant te bereiken en hun dochter zegt ook altijd te verdwalen. Hun dochter werkt in de zorg en doet veel voor haar ouders: “we hebben een lieve dochter die heel veel doet, soms weleens té veel denk ik, want die is ook niet jong meer”. Het zorgen heeft ze van thuis uit meegekregen. Meneer en mevrouw hebben namelijk jaren de moeder van mevrouw thuis verzorgd en zijn mantelzorger geweest voor een hele rits aan familieleden. Ze zijn ver in de 80 en hebben laatst nog twee weken gewaakt bij hun nichtje die voor haar levenseinde naar dit zorgcomplex is gebracht.

Beiden hebben ze zo hun kwalen en al een aantal operaties gehad. De thuiszorg kon niet meer alle zorg leveren en hier kan alles zo geregeld worden. En wat voor een zorg: “Maar wat de verzorging aangaat, kan niets anders zeggen: fantastisch!” Er is een leuke vaste ploeg die ze allemaal kennen en die hen ook kennen. Ze zijn “enorm aardig, hartelijk en oplettend”. Het zorgsysteem wat ze gebruiken werkt daar denken ze ook aan mee. Dit systeem wordt gebruikt door verzorgenden en mantelzorgers (als hun dochter). De verzorgenden zetten in de iPad wat ze gezien hebben en waar ze aan moeten denken. Waardoor de volgende snel even voor het bezoek kan kijken wat er staat. “Hij kon laatst niet lopen. Dus dan komen ze boven: en loopt u weer een beetje? Maar daar kijk ik dan niet van op, want dan weet ik dat ze dat al doorgegeven hebben”. Dit programma is in de pilot fase in deze instelling, maar ze vinden het beide ideaal en gebruiken allerlei technische trucjes als beeldbellen met de verpleegkundige en een foto van een nare wond wordt naar de dokter geappt. Wel denken ze dat het een beetje ‘knarst’ met de bezetting, ze hebben de mensen maar het is zo krap dat er niemand moet wegvallen (bijvoorbeeld door ziekte). De telefoon in hun zak blijft dan ook maar piepen. “Dus echt tijd voor een gesprek of een praatje, dat kan haast niet, dat weten we.”

Meneer en mevrouw hebben elkaar dus hoeven ze niet altijd naar beneden te gaan. Maar er is wel altijd wat te doen beneden, dus je hoeft je niet eenzaam te voelen als je alleen bent. Zo is er een bingo, uitvoeringen, biljarten, schaken, computerles en ga maar door. Gelukkig komt er iedere maand een boekje binnen waarin alle activiteiten van de maand staan aangegeven. De vrijheid die ze ervaren met activiteiten kunnen ze ook zelfstandig realiseren in andere facetten, die ze omwille van hun gezondheid niet altijd meer kunnen doen. Zo laten ze voortaan de boodschappen van de supermarkt thuisbezorgen. Ook hebben ze een eigen parkeerplaats en als ze weggaan hoeven ze dit alleen door te geven aan de verzorging. Mevrouw kookt in principe zelf omdat ze dit leuk vindt, maar als ze een keer geen zin heeft gaan ze beneden in het restaurant eten (zonder te reserveren). Het eten beneden is lekker en er zijn twee opties van alle gangen om uit te kiezen. Het gevoel van controle wordt versterkt doordat het complex veel inbandige faciliteiten heeft als een winkeltje, een kapster en wasmachines.

Probleem is dat het complex niet alleen geliefd is bij de bewoners maar ook bij inbrekers. Er zijn al meerdere inbraken en berovingen geweest. “Met geintjes binnenkomen bij die ouwetjes, ja hoor!” Ze hebben dan ook te veel bezuinigd op de receptie, doordat daar vaak niemand zit kan iedereen binnenkomen (vaak door op de bel van een vreemde te drukken met een smoesje). De veiligheid door de inbraken en bijvoorbeeld bij brand zijn eigenlijk de enige puntjes. In al die jaren is dat het enige waar hij achteraan is gegaan; dat de brandweer hier een goede evacuatieoefening kwam doen. Terwijl ze zo hoog wonen.

Ze passen en meten het zo in elkaar dat ze de taakjes doen die de ander niet meer kan en dat doen ze graag. Zij kookt zittend op de rollator en hij schilt iedere ochtend alvast de aardappels en maakt ontbijt voor haar klaar. Dat doen ze met liefde, al zou hij ook nog wel eens in een hotel willen slapen waar 's ochtends zijn ontbijt al klaar staat en hij niets hoeft te doen.

#### Onderliggend verhaal (gestalt)

Met elkaar en een lieve zorgzame dochter en fantastische zorg die kan worden aangepast ben je al een heel eind. In deze aanleunwoning kan je samen blijven en toch voor beide de juiste zorg ontvangen. Een bepaalde levensstijl kunnen aanhouden maakt het leven makkelijker. Want niemand die hier komt heeft niks, maar het zelf kunnen inrichten van het dagelijks leven draagt wel bij aan goede laatste jaren.

#### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik- en wij vorm

Actoren: beide individuen en ‘wij’, dochter, verzorgers, verpleegkundigen, dokter, zoon

Emotie: ervaren

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: geen opvallende herhaling

Vraagpatronen: zorg die aangepast kan worden bij een tijdelijk andere zorgvraag, vrijheid om je eigen gang te gaan, hartelijke verzorgers, oplettende verzorgers en verplegers, activiteiten om uit te kiezen, een restaurant waar je niet voor hoeft te reserveren, een luxueus appartement (need) betere voorraden en ruimere openingstijden van het winkeltje (want), bemanning receptie om de inbraken te verminderen, brandoefeningen door de brandweer (demand) voor elkaar zorgen, leren en oplossend vermogen (competence)

#### Kwaliteitsindicatoren

Allerlei faciliteiten op de locatie, hartelijke en oplettende verzorging, een elektronisch dossier waar de mantelzorger ook in kan, kiezen uit appartementen, eigen balkon, eigen parkeerplaats, wegg kunnen zonder toestemming te vragen, logische opzet van binnen, eten in restaurant zonder reservering, een praatje met de verzorgers, kiezen uit activiteiten, bemande receptie tegen diefstal, winkeltje met ruime openingstijden en assortiment, vast team, 's nachts goed geholpen

### 14. Het is een cel van een gevangenis, ik heb nog geprobeerd weg te komen

Toen meneer binnenkwam in de imposante ontvangsthuis van het nieuwe gebouw dacht hij "het is hier fantastisch" maar het is hem "100%" tegengevallen in het verpleegtehuis. Hij is hier door een noodsituatie terecht gekomen, ver van zijn oorspronkelijke woonplaats waar alles vol zat. Bij een rondleiding was hij zo onder de indruk van het mooie nieuwe pand. In de zeven maanden dat hij er zit is hij van mening dat het "van binnenuit mooi" moet zijn: hoe imposant het gebouw ook is, van "slechte verzorging" wordt je er erg ongelukkig. Meneer woont op een kleine afdeling waar de bewoners een kamer met gedeelde aangrenzende badkamer hebben en gezamenlijk hebben de bewoners een woonkamer. Er is zoveel mis hij vraagt zich vaak af "hoe is het allemaal mogelijk?"

Zijn dag begint door extra vroeg op te staan omdat de andere bewoners zoveel hulp nodig hebben. Hij slaapt met een raam open en vaak zit hij in zijn pyjama in de kou te wachten totdat er iemand komt. De zusters die om 7 uur horen te beginnen kletsen vaak nog een half uur voordat ze aan hun werk beginnen. De organisatie streeft naar een vaste groep per afdeling maar meneer ziet steeds nieuwe gezichten. Deze zusters vragen bij binnenkomst aan hem wat zij moeten doen. Ze kijken niet op de papieren met instructies. Ook komen er jonge meisjes die zeggen hem aan te moeten kleden. Als hij dan aangeeft eerst gewassen en verbonden te moeten worden vertrekken ze weer, want dat mogen ze niet doen. Door het tekort voeren ook vrijwilligers medisch gerelateerde zorgtaken uit. Als de vrijwilliger op vakantie is neemt niemand deze zorg over. Meneer heeft het gevoel alles zelf in de gaten te moeten houden. Omdat er constant nieuwe medewerkers komen, het verantwoordelijkheidsgevoel laag is en de zusters als er gebeld wordt nog even blijven roken, is de kwaliteit op de meest basale dingen ondermaats. Behalve dat ze niet weten wat er moet gebeuren, zijn de medicijnen met de buurvrouw omgewisseld en worden zijn medische hulpmiddelen alleen schoongemaakt als hij de opdracht geeft. Maar dan vergeten ze de hulpmiddelen geregeld terug te brengen.

De hulpbel werkt ook niet altijd. In het algemeen komt er niemand 's middags tussen 14.00 en 16.00 uur, "ook niet als je belt". Door dit gebrek aan hulp gaat meneer maar dingen zelf doen. Zo is hij 's nachts toen er niemand kwam zelf naar de wc gegaan en gevallen. Hij had zijn alarm niet bij en heeft op de deur van zijn buurvrouw geklopt totdat hij bewusteloos raakte. Met veel bloedverlies kwam hij bij in het ziekenhuis. De dokter van het complex neemt hem niet serieus en geeft hem alleen maar meer pijnstillers. "Ik slik nou op het ogenblik veertien pijnstillers per dag, veertien pijnstillers!" "Ik word helemaal suf, ze houden me gewoon suf... als ik 's morgens opsta dan draait de hele wereld." Toen er in de vakantie een vervangende dokter kwam is hij eindelijk helemaal nagekeken en goed geholpen tegen pijn bij het slapen. Meneer slaapt alleen niet veel meer: "Ik zit de hele dag hier en 's avonds ik ben zo bang om naar bed te gaan, want ik slaap bijna niet".

Er zijn een paar goede verplegers waaronder de hoofdverpleger van de afdeling. "Ja, ja, d'r zijn er een stuk of drie mensen, daar kan ik heel goed, ik ben blij als die er zijn, dan weet ik dat het een goeie dag wordt, dat er geen fouten... maar anders is er ieder keer wel weer wat." De hoofdverpleger doet zijn uiterste best, hij werkt heel hard, zegt tegen de dokter dat hij meneers klachten serieuzer moet nemen en schrijft vele instructies voor de andere verplegers. Hij kan er niks aan doen volgens meneer: "Die zegt dikwijls tegen mij: ik krijg steeds op m'n falie van het hoofd hier. Ik zeg: ja, jongen, ik ben eerlijk, maar ik zeg ook dat het niet goed is. Hij zei: ja, maar ik krijg het steeds te horen en ik schrijf het allemaal op, ik leg het op het bureau daar en ze kijken er niet naar. Ik kan er ook niks aan doen." De hoofdverpleger plakt nu ook instructies in de geschakelde badkamer over het neerleggen van een handdoek. Omdat als de buurvrouw wordt gedoucht het water meneers kamer inloopt. Meneer legt nu zelf steeds de handdoek voor deur. Maar omdat de zusters de opgeplakte instructies niet lezen halen ze steeds de handdoek weg.



Hoewel er veel te doen is in het gebouw zit meneer door alle gebeurtenissen veel op zijn kamer: “het is een cel van een gevangenis, ik zit gewoon in een cel hier. Ik heb een raam en een deur en twee muren en daar zit ik 24 uur per dag”. Hij durft niet goed meer naar beneden door zijn gezondheid en omdat hij met zijn scootmobiel vast heeft gezeten tussen de schuifdeuren. Het was een hele (klachten) strijd om ze een paar seconden langer open te laten op zijn afdeling zodat hij er veilig met zijn scootmobiel langs zou kunnen. Aan zijn medebewoners heeft hij niet zoveel, want de meeste mensen op zijn afdeling kunnen niet meer praten. Het avondeten met hen samen vormt het schrikbeeld van zijn toekomst. Het is verschrikkelijk om aan te zien hoe zijn medebewoners bijna niet meer kunnen eten. Zijn kinderen zeggen dat hij er niet naar moet kijken maar dat kan meneer niet “ik zit ertegenover, ik zie dat allemaal. En over een half jaar dan ben ik misschien ook zo, dat ze me eten moeten geven en als ik dat dan zie...” Het opgewarmde eten is niet zo lekker maar het is erger dat het vaak koud is en het eetgerei vies is. Omdat het eerst gesneden moet worden voor degenen die niet meer zelfstandig kunnen eten wordt het vaak koud. Familieleden springen in. Zo heeft een dochter een warmhoudplaat voor de afdeling gebracht en een man komt drie keer per dag zijn vrouw eten geven. Zijn vrouw kan niet meer praten maar ze wijst wel steeds naar de vieze placemats. De man maakt voortaan ook de placemats schoon voor het eten. Alle nieuwe medewerkers weten volgens meneer nog niet goed hoe ze het eten moeten bereiden. Zo doen ze de friet in een lauwe frituurpan waardoor de bewoners friet omringd met vet krijgen. Ook gaan apparaten zoals de vaatwasser door onkunde steeds kapot en moest de brandweer komen voor kortsluiting in het tosti apparaat. Omdat alles kapot gaat wil de manager geen nieuwe apparaten meer aanschaffen. De bewoners worden er de dupe van. “Ik bedoel, dat is toch te gek om los te lopen.”

Meneer had graag een spuitje geweld maar dat geven ze hem niet. Hij heeft een andere dokter aangevraagd en samen met zijn zoon klachten ingediend. “Er is gelukkig al een hoop verbeterd”. Maar hij is nog erg ongelukkig, “echt, ik heb wel geprobeerd om hier weg te komen”. Zijn zoon zoekt op zijn computer steeds naar een andere locatie voor zijn vader, maar veel is vol en ze willen dit keer eerst informatie inwinnen en niet alleen op het uiterlijk afgaan. Hij wil heel graag dat er vaste verplegers zijn, die weten wat ze moeten doen en hun werk met meer liefde uitvoeren. “Het is heel moeilijk. En dan zegt de zuster: bent u al een beetje gewend? Je went hier nooit, ik weet dat ik hier kom om dood te gaan en dit is m’n laatste... het is niet anders”.

### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

De kwaliteit van de zorg (de binnenkant) is nooit te beoordelen aan de hand van een mooi pand met veel faciliteiten. Je gaat erheen voor de laatste fase van je leven en het is heel zuur als dat dan tegenvalt. Het gaat op basale punten fout als instructies niet lezen en medicijnen verwisselen. Maar deze basale fouten zorgen ervoor dat je overal zelf aan moet denken, voor moet strijden en je onveilig voelt. Je probeert er iets aan te doen maar het voelt alsof je er niet tegenop kan. Hierdoor blijf je op je kamer, ook om niet teveel met je toekomst geconfronteerd te worden door de hulpeloosheid medebewoners. De echte binnenkant gaat om zusters en dokters die niet alleen kundig zijn maar die je ook serieus nemen als mens en er voor je zijn.

### **Stijl**

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm

Actoren: zelf, zoon, dochter, zusters, dokter (vast en vakantiekracht), vrijwilligers, hoofdverpleger afdeling, stagiaires

Emotie: onmacht

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: het eten en hoe onhygiënisch en schrikwekkend dit is

Vraagpatronen: goede zorg met kundige en vertrouwde zusters (need) lekker eten, niet steeds geconfronteerd worden met het einde door medebewoners, geen water in je kamer van de douche, 's ochtends niet in de kou in je pyjama wachten op hulp, iemand om mee te praten (want) niet alles zelf te moeten onthouden en regelen, zusters die je helpen in plaats van door blijven roken, vaste groep zusters, andere dokter, serieus genomen worden bij klachten en pijn, zusters die instructies lezen, mensen op je kamer die echt iets kunnen niet steeds vrijwilligers of jonge meisjes die je alleen kunnen aankleden, goede medicijnen krijgen, schoon servies (demand) band hebben met de hoofdverpleger, proberen zijn situatie te verbeteren (competence).

### **Kwaliteitsindicatoren**

Klachten die serieus worden genomen, warm eten, lekker eten, goede hygiëne, hulp die komt als je belt, een bel die überhaupt werkt, geen tijdsvlakken waarop niemand komt, 's nachts hulp, voldoende bezetting, vaste bezetting, 's ochtends geen koude kamer, medewerkers die je helpen in plaats van door blijven roken, medewerkers die weten wat ze moeten doen, medewerkers die de papieren instructies lezen, een badkamer die niet overstroomt als de buurvrouw hem gebruikt, voldoende personeel zodat vrijwilligers niet zorg en medische taken hoeven uit te voeren, een dokter die je onderzoekt in plaats van suf van de pijnstillers te maken, schuifdeuren die niet zo snel sluiten dat je klem komt te zitten met je scootmobiel, niet bang zijn om je kamer te verlaten, niet meer wakker liggen van de situatie, beter planning in de organisatie, minder kleine kamer (cel), gemotiveerde medewerkers met verantwoordelijkheidsgevoel, medewerkers die begrijpen hoe de huishoudelijke apparaten werken, schone bezoekersw's.

## 15. Ik wil hier weg, bovenaan met zulke letters!

Mevrouw is na een paar spoedopnames hier terecht gekomen. Ze dacht na haar herstel misschien naar huis te mogen, maar dit is niet mogelijk gebleken. Na een half jaar wil ze nog steeds naar huis, want ze kan haar “draai” niet vinden. “Maar ik heb geen thuis meer, dat is verkocht. Maar ja, dan denk ik wel bij mijn eigen, ja, ik huur maar een klein flatje of zo, of iets”. Alles beter dan nu: “En nou zit ik hier in zo’n klein kippenhokske”. Behalve haar kamer deelt ze de woonkamer met een paar anderen. Deze anderen dragen er aan bij dat ze haar draai niet kan vinden, vooral tijdens het eten. De helft ligt te slapen onder het eten, dus daar heb je niks aan. En er is een man die constant scheldt, schreeuwt en het altijd op haar gemunt heeft. Als ze zijn kant op kijkt wordt hij boos, dat probeert ze daarom ook niet meer te doen. Vanochtend aan het ontbijt riep hij nog: “Gij, godverdomme, ik zal eens met een mes naar je gooien.” Toevallig kwam de zuster binnen, die tegen de man zei: “een beetje rustig aan he”. Maar mevrouw die kan hem ondertussen wel “schieten”, ze weet wel dat het niet moet maar ze reageerde met “Nou man een beetje rustig aan”. De zusters weten volgens mevrouw allemaal wat er speelt maar mevrouw heeft niet het idee dat er iets aan wordt gedaan. Als ze er iets van zegt zeggen de zusters “Ach, dat is de ziekte” tegen haar. Deze man verpest voor haar alle eetmomenten: “Hij zit de hele dag met van alles op zijn kop te krabben. En zo zit hij aan het brood. En aan de kaas, oh ik vind het zo vies”. Mevrouw pakt dan ook altijd met veel precisie de middelste boterham uit de broodzak.

Aan haar medebewoners ondervindt ze geen steun of gezelligheid. “Waar moet je nou met zulke mensen over praten? Nee, want in het begin hebben ze zelf gezegd: Ik ben de beste van heel het rijtje. ... hier zijn ze niet goed meer, hè”. Als ze bijvoorbeeld zeggen dat ze “het riet zijn” praat mevrouw maar een beetje mee voor ze, het gaat “allemaal nergens over”. Maar het personeel is veel te vlug weer weg voor mevrouw om hen te vertellen wat haar dwars zit. “Er is maar een enkeling waar je eens mee kan praten, eventjes maar hoor. Maar die neemt dan de tijd dat ze even stil blijft staan, maar de anderen lopen, lopen, lopen, dan kun je toch niet praten.” Het personeel drinkt ook nooit een kopje koffie in de woonkamer. Aan het personeel “vindt ze niks aan”.

De zorg laat ook te wensen over. Mevrouw moet ’s ochtends wachten en heeft het idee dat het personeel niet goed let op de tijden waarop ze haar medicijnen moet nemen. De schoonmakers laten ook te wensen over dus haalt ze soms zelf de stofdoek erover. Ze voelt zich onveilig doordat ze haar noodhulpketting hebben afgenomen, om hem te verbeteren werd er gezegd, maar ze hebben hem nooit teruggegeven. Uiteindelijk is ze maar gestopt ernaar te vragen. Ze heeft alleen nog een bel op haar kamer voor ’s avonds en ’s nachts. Maar een keer was ze gevallen op de gang. “Ik roepen, roepen, gillen in de gang voordat er een zuster kwam. Want ik kon niet meer lopen, toen niet. Ik had het allemaal in mijn hoofd, mijn hoofd ging helemaal zo, in mijn hoofd had ik het dan wel, en ik kon niet lopen. Nou. En als ik dan zo’n belleke heb, dan kan ik toch bellen. Maar dat heb ik niet.” Dit soort situaties vertelt ze niet allemaal aan haar dochter, zodat ze zich geen zorgen gaat maken. ’s Avonds vergeten ze haar wel eens drinken te brengen. “Als ik bel, dan komen ze wel hoor. Niet gelijk natuurlijk, maar dan komen ze wel. Maar voor een kommeke koffie ken je toch niet bellen? Daar bel ik niet voor. Als ze met iemand bezig zijn om te wassen, daar ken je niet voor bellen.”

Soms gaat mevrouw een stukje rijden en koffie drinken met een vrijwilliger. Ook halen andere vrijwilligers haar soms op om iets leuks te doen, “maar voor de rest is het niet veel hoor”. De georganiseerde spelletjes vindt mevrouw “flauwekul”, sjoelen en dobbelsteen gooien het is “net voor kleine kinderen”. Op de vraag hoe het beter zou kunnen antwoordt mevrouw dan ook dat ze om te beginnen hier weg wil (graag “bovenaan in zulke letters”) en daarnaast “een paar fatsoenlijke mensen aan tafel waar je mee kunt praten”.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Het liefst ben je gewoon in je eigen huis met je vrijheid. Als je dan al de woonkamer moet delen dan in ieder geval met mensen waar je een fatsoenlijk gesprek mee kan voeren. Dus niet dat de helft ligt te slapen en dat er een man onsmakelijk aan het brood zit die je ook nog bedreigt. Als je nou nog met het personeel kon praten over wat je dwars zat, dan kon je hier nog steun aan hebben. Maar ze lopen, lopen, lopen maar en doordat de noodhulpketting afgepakt is kan je alleen nog maar gillen om hulp na een val. De beste van het rijtje zijn, maakt het misschien nog wel erger.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds verteld in ik-vorm

Actoren: zelf, schreeuwende vieze medebewoner, personeel, slapende medebewoners, medebewoners die niet helemaal goed meer zijn, vrijwilligers, dochter

Emotie: verbijstering

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: “niks”

Vraagpatronen: behoefte aan aandacht, kunnen vertrouwen op hulp, niet constant tussen mensen zitten die niet helemaal goed meer zijn (need) minder kinderachtige activiteiten of zuivere zangoptredens om naar te kijken, naar huis gaan, vrij zijn (want) schreeuwende man weg, personeel die niet wegloupt als je iets wilt vertellen, een gezellig gesprek aan tafel, fatsoenlijke medebewoners, noodhulpkleding terug, grotere kamer (demand) voor de niet goede praat ze maar een beetje mee (competence)

#### **Kwaliteitsindicatoren**

Kleine kamer, mogelijkheid om verjaardag hier te vieren, voelt niet als thuis, huiskamer delen met mensen die er beter aan toe zijn, geen slapende mensen onder het eten, geen scheldende tafelenoot die bedreigende opmerkingen maakt, hygiënisch eten waar anderen niet aan zitten, gezellig praten aan tafel, medebewoners hebben waar je mee kan praten, lekker eten, minder lang wachten totdat er hulp komt, slechte hygiëne, met vrijwilliger naar buiten, personeel dat niet doorloopt als je iets wil vertellen, medewerkers die vervelend gedrag medebewoner niet bagatelliseren, te weinig medewerkers, drinken op je kamer krijgen aangeboden, halskleding is afgenomen en krijgt ze niet meer terug, geen tv kunnen kijken vanuit bed, activiteiten zijn voor kleine kinderen, medewerkers letten niet goed op medicijntijden, iemand om mee te praten.

## **16. Toch hebben we het goed hè**

Mevrouw en meneer maken na 65 jaar huwelijk elkaars zinnen af. Ze vertellen veel verhalen over vroeger en soms corrigeren ze elkaar, bijvoorbeeld of ze nu 3 of 5 jaar in de aanleunwoning wonen. Meneer is net terug van de revalidatieafdeling waardoor ze zeven weken gescheiden zijn geweest. Toen hij zich niet goed voelde is de dokter bij hem gebleven tot de ambulance er was. Gelukkig was de revalidatieafdeling aan de overkant en kon hij nog zwaaien naar zijn vrouw. Het is fijn dat ze hier nog op zichzelf wonen in een ruim appartement met een mooi uitzicht op de gemeentelijke tuin. Ze zijn hierheen verhuisd omdat “je voelt dat je achteruitgaat”, “Ja daar moet je je eigen bij neerleggen hè?”. Nu ze rond de negentig zijn hebben ze er ook de leeftijd voor. Mevrouw kan niet zeggen dat ze het er nou zo moeilijk mee heeft gehad omdat de zorgtoename geleidelijk is gegaan en ze nog veel zelf kunnen. Meneer geeft aan wel heimwee te hebben gehad, maar nu gewend te zijn. Maar door zijn revalidatie mag hij “nou niks meer”. Want de verzorging is allemaal bang dat hij valt. Volgens mevrouw is hij ook niet stabiel meer. Meneer vindt dat onzin, hij wil niet beperkt worden en vindt het zijn eigen verantwoordelijkheid als dat buiten zou gebeuren.

Veel verzorging hebben ze niet nodig. 's Morgens worden ze beide tegelijkertijd gewassen. Dan wordt mevrouw gewassen en meneer gaat zich zittend scheren. Een goede zuster pakt het scheerapparaat dan al voor hem voordat hij is gaan zitten. “'s Morgens met wassen dan is het huphup, dat is voor ons gevoel veel te vlug, veel te snel. Dat konden ze rustiger doen.” Daar mogen ze wel wat meer aandacht aan besteden, want ze werken gewoon in een “heel ander tempo dan waar je zelf gewoon 's morgens in zit, nog een beetje wakker aan het worden”. Ze merken wel dat het achteruit is gegaan door de bezuinigingen. De zusters worden nu “hard aan de veren gezeten” maar of ze nu echt harder werken dat verschilt nogal per zuster. Omdat ze zelf altijd harde werkers zijn geweest kunnen ze dat goed herkennen. Zusters zijn dan ook in twee groepen in te delen volgens hen: zusters “uit liefde” en zusters “uit noodzaak, voor het geld”. Zusters uit liefde moeten evenveel mensen langs maar ze werken wel kalm en doen het werk goed, in plaats van het onrustig af te raffen.

Aan de georganiseerde activiteiten hebben ze beide niet zo'n behoefte, “het is wel welletjes geweest”. Ze hebben tenslotte elkaar en met goed weer gaan ze in de middag samen een eindje lopen of met de scootmobiel naar het naastgelegen winkelcentrum. Voor het complex is een gemeentelijke tuin aangelegd. Dit geeft een mooi uitzicht maar er hangen veel “schofterige” pubers van de naastgelegen school. De organisatie is erachteraan gegaan en de gemeente heeft er een verbodsbord neergezet. Gelukkig kunnen ze beide voor de natuur ook op pad. Meneer is ook een echte “polderman” en om het complex ligt een mooi rondje van 5 km waar hij met zijn scootmobiel bij de akkers gaat kijken “wanneer ze het gaan maaien en dan met de machines die ze allemaal gebruiken daarvoor, je weet niet meer wat je ziet.”

Mevrouw sluit het gesprek af met; “toch hebben we het goed hè, als het de kinderen maar goed gaat vind ik heel belangrijk. Zorgen hebben we niet.”

#### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

Als je achteruitgaat en naar een aanleunwoning moet verhuizen dan kan je jezelf er maar het beste aan overgeven. Tenslotte heb je nog redelijk wat vrijheid in een aanleunwoning. Als je elkaar hebt en nog op pad kan heb je niet heel veel aanspraak nodig van bijvoorbeeld zusters of tijdens georganiseerde activiteiten.

## Stijl

Vorm: verhaal steeds in ik- en wij-vorm

Actoren: beide individuen, zusters, dokter, fysiotherapeut, kinderen (o.a. dochter die hier heeft gewerkt. Overlastgevende pubers

Emotie: acceptatie

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: Vertellen over het verleden

Vraagpatronen: zorg en tegelijkertijd hun eigen ding kunnen doen, ruim appartement (need) opgeruimde tuin, zelf de kerstversiering nog op kunnen hangen, het scheerapparaat wordt je direct aangegeven, meer uit liefde zusters (want) zusters die 's ochtends kalm zijn en hun werk netjes uitvoeren (demand) Hebben elkaar en vinden steeds manier om naar buiten te gaan (van fiets, naar auto, naar scootmobiel) (competence)

## Kwaliteitsindicatoren

Revalidatiecentrum in de buurt (aan de overkant) van aanleunwoning, dokter die bij de cliënt blijft totdat hij wordt opgehaald, ruim appartement met mooi uitzicht, cliënt kan doen wat hij/zij zelf wilt, cliënt is gewend, door hier te wonen ontlast de cliënt zijn of haar kinderen, veel kwaliteitsverschil tussen medewerkers, zusters uit liefde (hartelijk en geïnteresseerd), cliënt wordt te snel en te gehaast geholpen, medewerkers laten cliënt niks meer zelf doen uit angst voor vallen, cliënt onderneemt eigen activiteit buiten het pand, goede band met medewerkers (fysio), locatie is dicht bij het centrum, cliënt heeft geen zorgen, cliënt merkt effecten van de bezuinigen, complex heeft mooie gemeentelijke tuin, cliënt heeft last van hangjongeren die voor overlast zorgen.

## 17. Ja maar ik heb hier geen bekenden zitten

Mevrouw kan hier maar niet wennen: “wennen doe ik het hier nooit. Nee. Ze zijn hartstikke goed hoor en we krijgen een goede verzorging en het is goed van eten en drinken, daar zal ik niks van zeggen, maar ja ik voel me hier niet thuis, plat uitgedrukt”. Het is namelijk zo “grootschalig en daar houd ik niet zo van”. Mevrouw heeft eerst op een andere locatie van dezelfde organisatie gezeten. Deze plek paste door de kleinschaligheid beter bij mevrouw. Maar haar echte droom is terug naar het dorp waar ze haar hele leven gewoond heeft. Een man van de organisatie had aan de dorpelingen beloofd ze er allemaal weer konden gaan wonen nadat de dorpslocatie was verbouwd. Maar nu kan je in het dorp alleen nog in dure huurappartementen wonen of opgenomen worden als je het allemaal niet meer weet. Mevrouw had liever dat hij het nooit had beloofd want dan wist ze niet beter, maar nu zit het in haar hoofd. Dat liegen neemt ze hem nog kwalijk. Liegen stond ze ook nooit toe bij de acht kinderen die ze mee heeft opgevoed.

In dit grote complex kan mevrouw maar niet wennen, ze kent dan ook niemand van de medebewoners of de verzorging. Mevrouw geeft niet om de activiteiten, maar dit komt ook omdat ze geen bekenden heeft om er mee naartoe te gaan. “Ja, de overbuurvrouw ken ik dan wel van gezicht, maar ja verder ken ik niemand. En ik ben niet iemand om er zo naartoe te gaan, zo ben ik ook nooit geweest.” Aan tafel zitten ze wel met een vast groepje, eerst met zijn vieren en nu met zijn drieën. Mevrouw vindt het heel jammer dat de vrolijke tafelgenoot naar een andere tafel is vertrokken. Ze denkt dat het door de veel te nieuwsgierige tafelgenote komt. Het komt niet in mevrouw op om zulke “indiscrete” vragen aan anderen te stellen. Dus nu zijn er twee vrouwen aan tafel over die niks moeten hebben van de derde. Zelf naar een andere tafel gaan is voor mevrouw geen optie, dan krijg je “ruzie”. Aan de verzorging heeft mevrouw op sociaal vlak ook niet veel, ze gaan direct weer door na het werk. Op haar vorige plek liepen ze wel eens binnen voor een praatje of haalde ze haar tussendoor weleens op, maar hier zeggen ze steeds dat ze het “druk druk druk” hebben en dan gaan ze weer door. Het zijn ook steeds verschillende zusters die ze niet kent. Laatst had ze een paar “ontzettend lieve zusters” maar die moeten dan weer door, “dus je houdt nooit dezelfde zuster”. Dat is ook iets waar mevrouw nooit aan zal wennen.

Mevrouw heeft het gevoel “heel weinig bezoek” te krijgen. Er waren er altijd die geregeld langskwamen, maar die komen niet meer zo vaak. De meest frequente bezoekers zijn een aantal van de zeven kinderen die mevrouw mee heeft grootgebracht. Ze heeft altijd voor dit gezin gewerkt en het zijn net haar eigen; “Ja daar groei je in natuurlijk hè. Je krijgt ze niet alle acht tegelijk. Gelukkig.” De kinderen van deze kinderen heeft ze later verwend als oppas. Een van de kinderen doet iedere week boodschappen voor haar. En de vrouw van een van de kinderen nam haar vaak mee uit wandelen op haar vrije dag, maar die werkt nu meer dus dat is “over en uit natuurlijk”. Het komt niet in mevrouw op om aan de organisatie aan te geven dat ze wel eens naar buiten zou willen: “Nee, ik zou niet weten tegen wie ook... dan voel ik mij weer lastig.”

Mevrouw is bang dat als ze iets vraagt het overkomt als zeuren. Ze heeft hier het gevoel steeds om toestemming te moeten vragen. Zo wilde mevrouw ondanks haar lichamelijke beperkingen graag afwassen in haar eigen appartement, “dat mag ook, dat heb ik eerst gevraagd want ik dacht dat ik het eerst moest vragen, maar dat vonden ze fijn.” Ook heeft ze zichzelf een keer zelf gewassen, tot grote verbazing van de zuster, maar dat durft mevrouw niet meer omdat ze te bang is om te vallen. Zo is mevrouw eens gevallen toen ze zelf de deur van haar appartement probeerde dicht te doen. “Want ze hadden de deur van mijn slaapkamer, die hadden ze niet helemaal dichtgedaan, daar hadden ze een kussen voor gelegd en die stond zo’n eind open, nou ja die zou ik wel eens even dichtdoen”. Toen mevrouw het kussen probeerde op te pakken brak ze haar schouder door de val.

Mevrouw geeft aan altijd de kat uit de boom te kijken en ze is bang om te zeuren. “Maar ja, lang genoeg geklaagd, ik schiet er niks mee op.”

### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

Als je zelf introvert bent kan je maar beter in een bekende omgeving zitten. Met bekende medebewoners en zusters die zelf eens binnenlopen om te vragen hoe het gaat. Vragen staat gelijk aan zeuren en wanneer zou je dat ook kunnen doen met allemaal wisselende zusters die zeggen het druk druk druk te hebben en snel naar de volgende toesnellen. Zelf nieuwe medebewoners leren kennen of aan een leuke tafel gaan zitten is niet zo makkelijk voor mensen die eerst de kat uit de boom kijken.

### **Stijl**

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: Zelf, dorpsbewoners, man met de valse belofte, 8 kinderen en hun kinderen, dokter, zusters, overbuurvrouw, tafelgenoten

Emotie: onwennig

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: wennen en klagen

Vraagpatronen: wonen in het dorp waar je altijd al hebt gewoond, bekenden in het complex, een kleinschalige complex, je thuis voelen in het complex, mooi appartement met eigen badkamer (need) bekenden om samen mee de activiteiten te doen, personeel die tijd heeft voor een praatje, niet meer met de nieuwsgierige vrouw aan tafel zitten, personeel die niet binnenkomt zijn werk snel uitvoert en meteen weer weg gaat, meer bezoek (want) dat de zusters uit zichzelf bij je langskomen en met je praten, zonder dat je hiervan iets hoeft te zeggen (demand) probeert zich aan te passen (competence)

### **Kwaliteitsindicatoren**

een kleinschalig complex, samenwonen met bekenden, een plek waar je kan wennen en je thuis kan voelen, een complex is je woonplaats, niet voorgelogen worden door een locatiemanager, bekenden om mee te doen aan activiteiten, niet twijfelen of je wel dingen zelf mag doen als de afwas, geen kussen tussen de deur stoppen waardoor je valt als je hem weg probeert te halen, een leuk tafelgroepje, bij een ander groepje kunnen zitten zonder bang te hoeven zijn voor ruzie, zusters die tijd hebben voor ene praatje, iemand waaraan je je wensen kan doorgeven, medewerkers die vragen hoe het met je gaat.

## **18. Donderdag is mijn schrijfdag**

Mevrouw is hier 6 jaar geleden komen wonen met haar dementerende man. Volgens de dokter zou ze het zorgen voor haar man op den duur niet meer volhouden en zelf kwakkelde ze ook met haar gezondheid. Eigenlijk stonden ze in een ander dorp ingeschreven, maar in deze dorpen kent iedereen elkaar, dus mevrouw kende een “heleboel” mensen al in deze locatie. Het idee om naar een aanleunwoning te gaan vond mevrouw “eigenlijk niet heel mooi”, maar ze heeft “er nooit geen spijt van gehad” dat ze hier is. Mevrouw woont dan ook in een erg ruim appartement met een speelkamer voor de achterkleinkinderen. Het is goed dat het appartement ruim is want mevrouw krijgt vaak bezoek. De kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen komen namelijk verspreid door de week langs: “zaterdags of vrijdags komen ze dan, dikwijls vrijdagsmiddags ook hoor. Zaterdag- en zondagsmiddags komen ze koffie drinken en dan kan het ook druk zijn, hoor”.

Ook heeft mevrouw een goede band met de medebewoners “Je kent mekaar allemaal” dus mevrouw gaat naar beneden als er iets te doen is. Maar niet meer de hele tijd want ze kan niet meer tegen al die drukte. Dat is niet erg want mevrouw heeft het zelf ook altijd druk. Ze kwam uit een gezin met 12 kinderen dus er was geen geld om te studeren, maar op haar 50igste is mevrouw naar de moedermavo gegaan, waar ze is geslaagd met een 9 voor geschiedenis. Op aanraden van haar kinderen, is ze op haar 80igste haar eerste boek gaan schrijven. Het boek gaat over de tweede wereldoorlog in de omliggende dorpen. De Duitsers waren bij de boerderij in komen wonen, en in mevrouws wasketel werd soep voor de gaarkeukens bereid. De meeste Duitsers waren ook gewone mensen en de oorlog wel beu. Nu schrijft mevrouw alleen nog in haar dagboek. Donderdag is “schrijfdag”. Mevrouw schrijft op waar ze optreden met zingen en hoe het leven gaat.

Mevrouw is “heel blij” om hier te wonen. Mevrouw heeft nog niet zoveel hulp nodig en de verzorgers doen allemaal hun best. Ze eet beneden en als dat niet kan brengen ze het haar. Wel wordt ze dikwijls met je en jij aangesproken. Al met al heeft mevrouw er “nooit van kunnen klagen”.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Het is goed zo. Als je fijn woont, je minder zorgen hebt, een leuk sociaal leven hebt met familie en langskomende kinderen en jezelf bezig kan houden dan is het hier gewoon goed. Als je nog niet zoveel hulp nodig hebt zijn anderen dan ook interessanter dan de verzorgers, zolang ze maar komen als je ze echt nodig hebt.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: Zelf, man, dokter, kinderen, kleinkinderen, achterkleinkinderen, dorpsbewoners, medebewoners, de Duitsers en Russen in de oorlog

Emotie: nostalgisch

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: praten over vroeger

Vraagpatronen: ruim appartement, bekenden, jezelf bezig kunnen houden, dat ze snel komen als je een keer om hulp belt, (need) samen zingen, eten beneden eten en als het niet uitkomt het boven krijgen (want) Niet steeds met je en jij worden aangesproken (demand) goede relaties onderhouden met familie en medebewoners (competence)

### Kwaliteitsindicatoren

complex waar bekenden wonen, locatie in de buurt van familie, naar je toe komen als je belt, niet te veel met je en jij worden aangesproken, eten brengen als je niet naar beneden kunt komen voor het eten, ruim appartement.

## 19. Ik ben graag onder de mensen

Mevrouw heeft de afgelopen 5 jaar in volle tevredenheid in het verzorgingstehuis gewoond. Vanaf het moment dat ze “mocht komen” vond ze het “eigenlijk heel leuk”. Mevrouw kwam hier al tijden twee keer per week kaarten. Omdat haar dochter haar steeds naar het kaarten moest brengen en de dokter het wel een goed idee vond heeft ze op een dag na het kaarten besloten hier te gaan wonen. Er waren op dat moment 3 appartementen vrij. Toen haar dochter belde om een voorkeur door te geven gaf de organisatie aan dat de appartement verdeling op hogerehand werd bepaald. Maar mevrouw heeft wel het mooiste appartement gekregen: “Was er heel blij mee, maar ja ik was met een andere misschien ook blij geweest hè” Het is namelijk heel groot en er is altijd leven als je naar buiten kijkt. Als haar dochter vroeger op vakantie was ging mevrouw logeren bij een ander zorgcentrum. “Als ik hier niet had kunnen komen dan had ik daar wel gebleven want daar zeiden de zusters allemaal mevrouw had toch hier gebleven”. Maar het huidige zorgcentrum is in haar eigen dorp en je merkt wel het verschil tussen “boerenmensen en de gewone burger”. Zo zei een vrouw in de andere locatie tegen haar: “hier zit dan een echte boerendochter bij ons en toen dacht ik is dat hier zo? Dat zullen ze hier niet zeggen. Nee, hier zijn we allemaal gelijk. Maar ja, dit is meer een boerendorp.”

Mevrouw heeft de schoonmaakster van thuis aangehouden aangezien ze hier maar 20 minuten per week komen poetsen en dat is niet veel met zo'n groot appartement. Maar de algemene ruimtes “doen ze allemaal heel goed”. Mevrouw wordt steeds door verschillende zusters geholpen met haar kousen. “ja verschil is er altijd hè? Je hebt de ene liever als een andere en de ander is vriendelijker of die maakt een praatje”. Als de favorieten weggaan is dat “zonde” want met sommige krijg je “een hele goede band”. Voor mevrouw ben je een goede verzorger als je vriendelijk binnenkomt en je ermee kan lachen. Omdat mevrouw “graag onder de mensen is” gaat ze vaak naar beneden. “Dan drinken we allemaal een bakje koffie” en er wordt nog steeds gekaart. Het gaat altijd heel goed tussen de bewoners onderling. De medewerkers dragen bij aan de activiteiten voor de bewoners. Laatst hadden de medewerkers nog een “fair” georganiseerd en alles wat ze verkochten ging in de pot voor leuke activiteiten.

Mevrouw vertelt trots dat ze sinds kort de oudste bewoner is. Iedereen is altijd verbaast dat ze al de 100 nadert. Door haar hoge leeftijd zijn er wel een aantal mensen overleden die mevrouw al uit het dorp kende. Dan verdwijnt niet alleen diegene van tafel, maar dan komt de familie ook niet meer langs. Ook is sinds kort een goede vriendin waar ze altijd mee ging wandelen overleden. Mevrouw kende haar een beetje van vroeger maar ze kregen pas echt een “hele goede band” toen ze haar hier tegenkwam in de lift: “ik zeg kom je hier ook wonen? Ik zeg, je zult het hier goed hebben hoor. Zei ik zo, ik zeg want ze zijn hier goed voor ons.” En vanaf dat moment ging ze mee wandelen. Het ging al iets minder goed met haar maar toen de zuster 's morgens aan mevrouw kwam vertellen dat ze in de nacht was overleden schrok mevrouw. Ze heeft haar vriendin de afgelopen maanden “erg gemist”.

Mevrouw kan geen voorbeeld noemen van iets dat niet goed gaat. “Nee en er wordt veel voor ons gedaan”. Mevrouw denkt wel dat het goed is om niet teveel te bellen, “ik heb een hekel aan dat bellen, eerlijk gezegd”. “Dan denk ik dat ze zullen denken dat is flauwekul”. De zusters herkennen de mensen die vaak bellen gauw, maar als mevrouw belt dan komen ze direct. Mevrouw probeert het zolang ze het kan zelf, “maar als het dan niet lukt dan durf ik rustig te bellen hoor.”

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Het leven is goed als je als mensenmens tussen fijne mensen zit. Een lieve sterke dochter die je mee terug neemt naar de boerderij. Zusters die vriendelijk zijn en waar je op zijn tijd mee kan lachen. Met je eigen dorpsgenoten beneden koffie drinken en kaarten, waar de sfeer onderling heel goed is. En met een hechte vriendin om mee te wandelen en elkaar een beetje te helpen. Je probeert dingen zolang mogelijk zelf te doen, maar het is natuurlijk ook wel geluk hebben met je gezonde lichaam.

### Stijl

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: Zelf, dochter, dokter, dorpsgenoten, medebewoners, vriendin, zusters (flexwerkers), schoonmakers

Emotie: geluk

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: tevredenheid en andere mensen

Vraagpatronen: fijne medebewoners om je heen, in je eigen dorp blijven wonen, een mooi appartement met veel uitzicht en zusters die vriendelijk zijn (need) meer tijd om schoon te maken (want) een plek waar alle bewoners gelijk zijn (demand) In staat zijn om waardevolle sociale relaties op te bouwen en te onderhouden en als nodig er voor ze te zijn (competence)

### Kwaliteitsindicatoren

Appartement in het dorp, kunnen kiezen uit vrijstaande appartementen, fijne medebewoners, zusters die een praatje met je maken en vriendelijk zijn, langer dezelfde zusters houden (minder flex), groot appartement, appartement met een levendig uitzicht, een goede sfeer onderling met de bewoners, zusters die weten dat als je belt ze direct moeten komen.

## 20. Als ik kijk vanuit mijn ervaring, dan is het eten slecht, maar de rest is allemaal heel erg goed

De 5 broers van mevrouw hadden besloten dat het goed was als ze in een appartement met zorg ging wonen en hebben de hele verhuizing voor haar geregeld. Zelf vond ze het nog niet nodig, “maar ja het moest”. Achteraf gezien was het een goed besluit. En de poes woont er ook: “ja, ik zei: ik ga er niet naar toe als mijn poes niet mee mag. En toen mocht mijn poes mee.”

“In het begin heb ik heel erg moeten wennen. Maar nu gaat het wel.” Het is hier “heerlijk royaal”, met “de feestjes die ze allemaal vieren”, er wordt veel georganiseerd. En de zorg is gewoon goed. In het begin was het wel even wennen voor mevrouw om verzorgd te worden in plaats van de verpleegster te zijn. Maar “er is heel aardig personeel, de meeste zijn echt van die schatten”. En ten opzichte van wat mevrouw gewend is doen ze het goed. “Ze hebben veel aandacht voor je en, ja, ze doen alles wat er gedaan moet worden.” Zo viel mevrouw in het begin meerdere keren per week en “dan kon ik bellen, dan kwamen ze mij oprapen”. Ze kwamen dan altijd en waren altijd heel vriendelijk. Ze gaven mevrouw niet het gevoel dat ze iets verkeerd had gedaan, maar leefden met haar mee. Nu zorgen ze er heel goed voor dat mevrouw niet meer valt.

“Nee, als ik kijk vanuit mijn ervaring, hè, die ik heb, nou, dan is het eten slecht, maar de rest is allemaal heel erg goed.” Het eten wordt namelijk niet vers bereid, dat is zonde, het is te doorgekookt. 's Middags eten de bewoners warm en 's avonds eet mevrouw met een speciale groep brood. Dat hadden ze geregeld vanuit de instelling en daar moest mevrouw voor haar gevoel opeens naartoe. Daar had ze in eerste instantie niet zoveel zin in, maar voor haar gevoel moest het. “Maar nou ben ik het gewend, en ja, het is makkelijk en het is gezellig.” Ze doen er spelletjes al zijn er een aantal ernstig dement. Alleen loopt het niet helemaal geweldig want degene die erbij hoort te zitten heeft op dat moment ook dienst en dan wordt het groepje na een uur vaak alleen gelaten. Ze begrijpen wel dat het personeel het druk heeft maar vinden wel dat het niet kan (mevrouw spreekt dan namens de eetgroep). Zij hebben het voor hun opgezet en dan zitten ze daar voor het gevoel van mevrouw na het eten nog een uur “te hangen”. Ze hebben dit al wel een keer aangegeven maar het is nog niet opgelost. Mevrouw zou op zo'n moment kunnen bellen zodat ze wordt opgehaald om naar haar kamer te gaan, maar “ja ze zijn met heel weinig en ze hebben het heel druk. En ik weet <vanuit mijn zorgachtergrond> precies wat dat betekent, dus ik bel niet als het niet perse hard nodig is.” Anderzijds denkt ze wel eens: “ja het is hun werk. “Maar ja, dat is theorie. Als je dan ziet dat die meisjes zo hard lopen, dan denk ik: ik bel maar niet.” Met meer geld zou er meer ruimte zijn en zou vooral het eten kunnen worden verbeterd, maar volgens mevrouw zijn er geen “fouten in de gezondheidszorg”.

Het is fijn aan deze plek dat het zo kleinschalig is “waar iedereen gekend wordt, dat je alle mensen kent, allemaal ‘hallo’ kunt zeggen als je ze tegenkomt, een praatje kunt maken als je ze tegenkomt.” Hierdoor is het overzichtelijk en de verhalen die worden verteld herkent iedereen.

#### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

Soms lijken veranderingen geen goed idee, zoals hier komen wonen om of verplicht naar de brood avondet club te gaan. Maar later blijkt het dan toch een goede beslissing en is het zelfs gezellig. Ook is het “royaal wonen” de poes mocht mee en de er wordt veel georganiseerd. Als ex verpleegkundige kijk je in het begin steeds vanuit die rol, maar na een tijdje verandert dit en ervaar je hoe het is als er voor je gezorgd wordt. Alleen de kwaliteit van het eten valt tegen.

#### **Stijl**

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: Zelf, broers en zus, poes, verpleegkundigen, medebewoners uit het dorp, demente medebewoners,

Emotie: vasthoudend

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: vanuit het werkende perspectief

Vraagpatronen: kleinschalig zorgcomplex waar je iedereen kan groeten en waar de zorg goed onder controle is, poes mag mee, verpleging die komt als belt, verpleging die er voor je is (need) dat de verpleging meer tijd heeft, waardoor je vaker iets zal vragen (want) lekker vers avondeten (demand) iets nieuws doen al hou je niet van verandering, zich verplaatsen in de zusters (competence)

#### **Kwaliteitsindicatoren**

Poes kan mee, royaal leven met feestjes, mooi appartement, schatten van personeel, personeel heeft aandacht voor je en doen alles wat gedaan moet worden, er wordt op je gelet, geen voorbereid eten (vers), goede sfeer in de locatie met medebewoners die dezelfde achtergrond hebben, verplicht meedoen aan eetgroep, gezellig eetgroep, organisatie die wegloupt bij eetgroep en het niet begeleid, personeel dat het te druk heeft, personeel dat je liefdevol helpt als je bent gevallen.

## **21. Kom maar eens naar mijn kinderen kijken**

Mevrouw heeft al zeker 20 jaar een spierziekte (PLS). Ze heeft vier kinderen en kleinkinderen. Voor twee van hen heeft ze een hele tijd gezorgd, ondanks haar spierziekte, omdat haar dochter die al weduwe was jong overleed. Na het overlijden van haar man verhuisde ze naar een woonzorgcomplex. Omdat haar overige kinderen allemaal bij elkaar in de buurt wonen hebben ze haar geholpen om ook naar hun wijk te verhuizen. Nu woont ze zelfstandig in een appartement waar ze thuiszorg ontvangt. Ze kijkt uit op de straat van één van haar zoons en ziet ook de andere kinderen en kleinkinderen regelmatig voorbij komen, bijvoorbeeld als ze de hond uitlaten. Haar dochter brengt iedere dag rond 17u het eten, de kleinkinderen bellen geregeld en op zaterdag zit haar huis vol en komen ze allemaal langs.

De thuiszorg helpt haar met opstaan, douchen en aankleden, het zwachtelen van de enkels en het naar bed gaan. Ze is het na al die jaren ziek zijn gewend om zorg te ontvangen. Het ritme van de thuiszorg is voorspelbaar en daarop heeft mevrouw zich aangepast. 's Morgens wordt ze laat geholpen en 's avonds juist vroeg maar dat vindt ze prima: “ik kan toch niet lopen” 's morgens en wat 's avonds betreft “dan kijk ik televisie in bed”. Wel vindt ze het gebrek aan contact met de zorgmedewerkers jammer. Een kopje koffie drinken samen is er niet bij en al met al zijn ze nog geen half uur binnen, dat voelt wat gehaast.

Daarnaast gaat ze er weleens met een vrijwilliger op uit. Zelfstandig erop uit gaan kan helaas niet meer. Mevrouw is bang voor herhaling van een TIA en bovendien is het onhandig om bijvoorbeeld zelfstandig naar een winkel te gaan omdat ze dan niet goed de spullen kan pakken. Die zelfstandigheid mist ze wel. Een vrijwilliger is prima voor de boodschappen, maar niet als ze bijvoorbeeld met een vriendin wil praten of op bezoek bij haar broer wil. Een kennis die als vrijwilligster dan weleens met haar meeding loopt ertegenaan dat ze geen korting krijgt in de deeltaxi en drie keer zoveel moet betalen als mevrouw. Dat betaalt mevrouw dan voor haar, maar het bedrag loopt gauw op en dit houdt haar vaak thuis. Gelukkig heeft ze in het appartementencomplex kennissen gemaakt en bezoeken ze elkaar weleens. En uiteraard heeft ze haar familie die groot is, in de buurt woont en hecht is. Hier is mevrouw dan ook zeer trots op.

#### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

Als je eigen leven verder doorgang vindt is het ontvangen van zorg een bijkomstigheid.



**Stijl:**

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: zelf, zorgmedewerkers, logopedie en huisarts, kinderen, kleinkinderen, kennissen uit flat, vrijwilliger.

Emotie: berustend.

Verhouding ratio/emotie: ratio.

Herhaling: dicht bij kinderen

Vraagpatronen: zelfstandig erop uit kunnen gaan (need), vrijwilligers niet in de weg zitten met regels (demand), zelf betalen (competence).

**Kwaliteitsindicatoren**

voorspelbaarheid zorgmomenten, contact met zorgverleners.

**22. Dat je denkt: dit is de laatste keer, nog een keer rondkijken**

Mevrouw is uitbehandeld. Als de pijn verergerd mag ze gelukkig zelf kiezen welke medicijnen ze wil hebben tegen de pijn. Dit is fijn aangezien ze erg ziek wordt van de medicijnen en nu kan ze er tot het laatst mee wachten. Mevrouw ontvangt al jaren thuiszorg, onder andere om haar rug te wassen. Op een nacht was ze wakker geworden omdat ze helemaal in het bloed lag. Nadat ze haar dochter had gebeld en haar bed had verschoond is ze weer gaan slapen. 's Ochtends werd ze wederom wakker in het bloed. In het ziekenhuis bleek de veroorzaker een gebarsten melanoom op haar rug. Mevrouw kan haar rug niet bekijken en de zusters die haar rug wassen hebben er niets aan gedaan of er zelfs maar iets over gezegd tegen mevrouw. De coördinator gaf hierna toe: "Ja, zei ze, we hebben zo'n geval nog geen een keer meegemaakt. En als we het eerlijk moeten zeggen, zei ze, wij hebben het wel gezien. Maar ik had ook geen pijn." Mevrouw's dochter heeft ze toen eens goed "de waarheid gezegd". Er is ook een bijscholing voor de zusters georganiseerd. De scholing is gegeven aan de hand van het herkenningformulier dat mevrouw in het ziekenhuis heeft meegekregen. Nu letten alle zusters goed op. Maar mevrouw's uitgezaaide en nu onbehandelbare kanker is begonnen als huidkanker.

Mevrouw woont al 9 jaar in haar aangepaste "huisje". Beter dan een verzorgingstehuis en hier heeft ze zelfs een eigen tuin. Maar ze is wel van een gezellige "volksbuurt met mekaar" naar een plek verhuisd waar iedereen "heel erg op zijn eigen is", dus een "praatje maken is er niet bij". Heel eerlijk vindt mevrouw het dan ook een "rotbuurt". Gelukkig kan mevrouw zichzelf goed bezighouden, ze hoeft dan ook alleen de voor haar nodige zorg te ontvangen. Al mag ze iedere dag in bad een paar keer per week is voldoende. Mevrouw bespreekt het zorgaanbod met haar coördinator en als ze bijvoorbeeld in de zomer wel wat vaker gewassen wilt worden komen ze gewoon vaker. "Ze doen mij in bad enne als ze efkes tijd hebben, praten ze, maar niet lang, want daar hebben ze geen tijd voor. En dan zijn ze gewoon weg." Mevrouw kan met alle zusters en de medewerkers op de zorgboerderij "goed opschieten". Ze is het meest gehecht aan haar vaste zuster die ook de coördinatie regelt. Als er dan een keer een invalster komt die niet bevalt vertelt ze het tegen haar en "dan wordt het gewoon opgelost." Deze zuster heeft haar ook al verzekerd dat ze haar zo lang mogelijk thuis zullen verzorgen. Dus als de ziekte verergerd hoeft mevrouw niet bang te zijn dat ze snel haar huis uit moet.

"Maar voor de rest gaat het allemaal goed, ze ondersteunen me heel erg goed. Als ik iets heb, want ik heb dan ook een alarm hè. Dan kan ik altijd bellen. Dus ze staan altijd voor me klaar". Mevrouw heeft het belletje in 9 jaar tijd enkel 3 keer per ongeluk ingedrukt tijdens het afstoffen, Ze stonden meteen bij mevrouw thuis. Ook heeft mevrouw "heel veel steun" gehad aan de zusters toen haar zoon vorig jaar na een kort ziekbed stierf. Dan praatten ze met mevrouw tijdens de zorg. "Maar als ik er behoefte aan had, dan hoefde ik maar een telefoontje te doen en dan kwamen ze 's middags ook. Maar wat mij betreft ben ik niet zo'n prater. Klap ik helemaal in." Het naderende einde houdt mevrouw erg bezig, dat bepaalde familiefeesten nu al de laatste keer zijn. "Ik moet er toch niet aan denken dat ik hier volgend jaar niet meer aan tafel zit. Omdat ik me nou nog goed voel. Hè, want de kinderen, die twee die ik nog heb, die hebben mij al gevraagd of ik een brief wil tekenen. Ik zeg: Ik wil niet dat ik mijn doodvonnis teken. En zij zeiden: Ja mam, maar als het onverwachts voorvalt, moeten wij dan jou weg zien teren. Dat je aan alles moet gaan lijden. Wil je dat dan? Tot heden toe, nog niets getekend hoor...Het lijkt mij iets akeligs, dat je denkt: dit is de laatste keer, nog een keer rondkijken."

**Onderliggend verhaal (gestalt)**

De zorg die je nodig hebt is toch iets persoonlijks daarom is het fijn om hier inspraak over te hebben. In principe regel je het zelf, maar bij het verlies van je zoon of je eigen naderende einde ontvang je graag emotionele steun.

## Stijl

Vorm: verhaal steeds in ik-vorm

Actoren: Zelf, zusters, dokters, coördinator, dochter, zoons, buurvrouw

Emotie: vasthoudend

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: Niet echt van toepassing.

Vraagpatronen: flexibiliteit in ondersteuning, de hulp en medicijnen die bij jou passen, er voor je zijn in moeilijke periodes (need) een gezelligere buurt met buurtbewoners om mee te kletsen (want) het herkennen van een melanoom (demand) zelfstandig blijven (competence)

## Kwaliteitsindicatoren

melanoom herkennen, inspraak in hoeveelheid zorg, thuis kunnen blijven wonen als ziekte verergerd, emotionele steun wanneer nodig, weten dat de zusters komen als je op het alarm drukt.

## 23. Zo tobben we maar aan met alles

Meneer en mevrouw “tobben maar wat aan”. Hun beider gezondheid is erg achteruitgegaan, uit medisch oogpunt slapen ze daarom nu ook beide in een eigen slaapkamer. Meneer wil niet naar het verzorgingstehuis maar thuis loopt het ook niet soepel. De kinderen en de thuiszorg springen bij maar het ongemak en de zorgen blijven. De hulpmiddelen van de thuiszorg krijg je steeds maar voor korte tijd, dan krijg je weer een bericht dat je extra moet betalen. Of je moet de hulpmiddelen huren of kopen. “En zo ga je met alles maar door, hè. Het is iedere keer wat. Hij heeft aangepaste schoenen, aangepaste sokken.” “Ja, met alles bijbetalen, maar ja, wij krijgen geen verhoging, dus moeten we het er toch maar mee doen. En dan denk je nou, lekker eens een dagje weg of zo, maar dan moet je toch uitkijken en zuinig aan doen.” De gemiste uitjes komen nog bovenop de verhuizing van hun geliefde huis aan het water naar een gelijkvloers huis. Ze moesten hun geliefde huis in de crisis met veel verlies verkopen omdat mevrouw de trappen niet meer op kon. Ze missen vooral het terras waar meneer vanaf viste. Zelfstandig kan hij dit niet meer, hij zou dan ook graag iemand hebben om een dagje mee te kunnen vissen. Tuinieren zit er ook niet meer in, dus ze moeten noodzakelijkerwijs een tuinman inhuren. Al gaan ze niet meer de tuin in voordat de tegels gelijk liggen nadat meneer hierover was gevallen en mevrouw hem op moest “trekken”. “Ja, was allemaal niet goed voor m’n rug natuurlijk, maar dan had ik hem toch overeind, want ja, dan kan je weer iemand roepen.”

Juist door de zorgen hebben ze behoefte aan leuke uitjes: “wat meer ontspanning zouden we wel willen ja”. Ze mogen bepaalde ritten met de deeltaxi en hebben een 45 km auto. Alleen als ze hiermee rijden krijgen ze allemaal commentaar van medeweggebruikers en worden ze links en rechts ingehaald, de anderen hebben “gewoon geen begrip”. Maar erop uit gaan is steeds moeilijker geworden. Zo hebben ze met de incontinentieproblemen van meneer een aantal vervelende ervaringen gehad tijdens (begeleide) uitjes. “Dus dat doen we ook al niet meer”. Mevrouw: “ik hoop als ik minder pijn heb dat ik toch nog een dagje hier of daar naartoe kan, maar op het moment heb ik daar niet zo’n behoefte aan als je haast niet vooruit kan. Ben ik alleen maar iedereen tot last”. Als oplossing zetten ze nu op YouTube muziekconcerten op van hun favoriete artiesten, “dan is het een kwestie van het thuis gezellig maken”.

Afgelopen jaar is meneer een tijd erg ziek geweest doordat de huisarts “goed bedoeld” een tablet minder had voorgeschreven. Door ophopend vocht zwol zijn been enorm op. De zusters wisten niet wat het was “dus dan kwamen ze iedere keer, ja het kan wondroos zijn, het kan verzwikt of een spier geklemd, ze wisten het allemaal niet.” Toen meneer wanen erbij kreeg waren de zusters er volgens mevrouw: “dag en nacht kon ik ze oppiepen”, die zorg voor hem “dat kon ik niet meer aan”. De wanen zijn voorbij en hij slikt weer zo’n 20 pillen per dag. Ze zijn voorgesorteerd per tijdstip maar het geeft mevrouw stress om steeds in de gaten te houden of hij ze wel op tijd neemt. Het is “heel veel denkwerk” voor mevrouw. Meneer vindt het vervelend om voor het opstaan steeds afhankelijk te zijn van de zusters, omdat ze op verschillende tijden komen. Zo is het ’s morgens douchen afgezegd zodat hij zelf kan douchen voor het ontbijt. Dit gaat “heel langzaam maar volgens mevrouw is het goed “dat hij nog wat bezigheden heeft, want we hebben zo weinig ontspanning, omdat we nergens naartoe kunnen eigenlijk.” Ja “het brokkelt steeds meer af hè.”

## Onderliggend verhaal (gestalt)

De afbrokkeling valt beide zwaar. Elkaars kwalen of moeilijkheden kan je niet meer oplossen en dan valt de ontspanning die je juist ter afleiding nodig hebt ook nog weg.

## Stijl

Vorm: verhaal in ik- of wij-vorm

Actoren: Zelf, wij, zonen, dokter, zusters, medeweggebruikers

Emotie: gefrustreerd door onmacht

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: De kosten van alles

Vraagpatronen: ontspanning en eruit kunnen (need) zusters die 's ochtends op dezelfde tijd komen (want) niet steeds bij hoeven betalen of het moeten kopen van hulpmiddelen (demand) zelfstandig blijven (competence)

## Kwaliteitsindicatoren

Ontspanning, er tussen uit kunnen, niet overal hoeven bijbetalen, minder denkwerk: met medicijnen en het regelen van dingen.

## 24. Afhankelijk zijn is het moeilijkste in je leven, want vragen dat kan ik niet

Mevrouw is aan het inpakken want morgen mag ze na maanden revalideren eindelijk naar huis. Mevrouw deed alles zelf tot het ongeluk; “en nou ben je in één keer afhankelijk en dat valt voor mij niet mee, dat vind ik verschrikkelijk. Nou, en dan kom je hier, dan zeggen ze: 6 weken. En nou zit ik 4 maanden hier”. Na 2 weken in het ziekenhuis “konden ze me nergens kwijt, wouden ze me overal dumpen”. Op de dag dat ze naar een vreemde plek zou gaan kwam er een plaats in haar voorkeursinstelling vrij. De medebewoners zeggen dat deze plek “het beste van allemaal” is. Het is ook “ontzettend netjes en schoon” en “in het restaurant doen ze verschrikkelijk hun best”. Maar door de bezuinigingen krijgen ze het gewoon niet meer rond; de verpleegkundigen moeten zelfs in de keuken helpen terwijl ze al “zoveel werk hebben”. Mevrouw weet niet hoe ze in Dan Haag de bezuinigingen in de zorg hebben kunnen verzinnen. “Nou, ik vind meneer Rutte en heel de kamer, die moeten hier eens een week komen werken. Want ik heb er alleen maar respect voor.” Dit geldt niet alleen voor de medewerkers maar ook voor de vrijwilligers waar de zorg ondertussen ook op draait.

Mevrouw is een paar jaar geleden weduwe geworden en heeft sindsdien alles zelf geregeld en soms brachten haar kinderen haar naar afspraken. Sinds mevrouw hier zit zijn de (klein)kinderen en mevrouws beste vriendin veel op bezoek gekomen. “Je hebt ook dagen dat er niemand komt, ja dan is het saai. Thuis kan je eruit, want dan pak ik de scootmobiel en ik ga er uit.” Hier is mevrouw in maanden bijna niet buiten geweest, dat is “verschrikkelijk”. “Ik voelde me eigenlijk gevangen. En als dan de rolluiken naar beneden zaten, dan was het: ik zit achter de tralies”. Mevrouw heeft eerst een hele week alleen op haar kamer gezeten, want ze durfde niet aan de verpleegsters te vragen of ze haar naar beneden wilden brengen. Daar zijn de activiteiten en het restaurant. Maar mevrouw heeft een fobie om alleen met de lift te gaan en de verpleegsters hebben het te druk. Ook had een verpleegster gezegd dat mevrouw zelf maar thee moest gaan zetten aangezien het hier geen hotel was. Dat vond mevrouw heel erg omdat ze toen nog niks kon. Toen ze na 6 weken in het ziekenhuis hoorde dat haar breuk niet goed was geheeld en ze moest blijven heeft ze dan ook tegen haar kinderen gezegd dat het zo niet meer hoefde. Aangezien afhankelijk zijn het “moeilijkste in je leven” is want “vragen dat kan ik niet”. Om hulp vragen blijft moeilijk maar mevrouw heeft de volgende maanden wel een stuk meer haar draai gevonden, zo doet ze vaak mee aan schilderen en heeft ze leuke mensen ontmoet. Van wie ze er een paar zal blijven zien als ze weer thuis woont.

Het eten is voor mevrouw wel een punt aangezien ze niet veel lust en ze koken het hier “botergaar”, omdat ze denken dat “die oude mensen niet kunnen kauwen”. Maar er zijn iedere dag 2 menu's waar je uit kan kiezen, dus dan moet je niet “mauwen”. Als beide gerechten haar niet aanstaan, eet ze namelijk gewoon een gebakken ei of broodje kroket als avondeten. En ook nog wel eens soep. Dat moet van haar dochter aan wie ze heeft moeten beloven weer gezond te gaan eten. Na het overlijden van haar man is mevrouw namelijk gestopt met koken “het belande toch steeds in de kliko”.

Nu mevrouw weer naar huis gaat moet ze met haar familie allerlei voorbereidingen treffen met de thuiszorg en de gemeente. Dit bleek nog niet zo makkelijk aangezien ze in de zorgwinkel in de stad de benodigdheden niet meer hadden. Ook had ze niet de juiste indicatie meegekregen om met een aangepaste taxi terug te kunnen naar de instelling. Hoewel mevrouw blij is naar huis te gaan zorgt al het geregeld en inpakken wel voor de nodige stress. Vanochtend maakte mevrouw zich dan ook zorgen of haar dochter morgen om 10.00 al wel alle spullen opgehaald kon hebben. De zuster is toen bij haar komen zitten en heeft met mevrouw gepraat. Dat is iets wat de verpleegsters die al langer in het vak zitten vaker doen, ze zijn vaak “begripvoller” en maken, zo nodig, meer tijd voor een praatje. Voor morgen hoeft mevrouw enkel nog afscheid te nemen; “ik heb voor allemaal een leuke kaart, ik doe er iets in voor in de foienpot ik vind dat ze dat verdienen”.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Afhankelijk van anderen worden is verschrikkelijk, zeker als je niet iemand bent die om hulp kan vragen.

### Stijl

Vorm: verhaal in ik-vorm

Actoren: Zelf, kinderen, dokters, overleden echtgenoten, verpleegsters, vrijwilligers, de politiek

Emotie: verontwaardigd

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: afhankelijk zijn

Vraagpatronen: naar buiten kunnen, medewerkers met voldoende tijd voor je bijv. om je naar beneden te brengen in de lift (need) minder gaargekookt eten (want) niet afhankelijk zijn en niet kunnen vragen (demand) inzicht in het harde werken van anderen (competence)

### Kwaliteitsindicatoren

De tijd voor je hebben, je vrij voelen om te vragen, net en schoon complex, geen extra kosten voor bijvoorbeeld een tv op je kamer, tijd voor een praatje.

## 25. Dat is mijn lot. En ik vind het heel erg

Meneer is na zijn pensioen blijven werken. Hij had plezier in zijn werk als vrachtwagenchauffeur; "hoe verder dat ik weg mocht hoe liever dat ik het deed". "En mijn vrouw vond het goed, maar als ik thuis was, was ik ook thuis, dan waren we blij met mekaar. En op deze manier kon hij goed voor zijn vrouw en dochter zorgen. Een "goede" vrouw.; "ja, dat zeg ik altijd: meid, wat ben ik blij met jou." Al met al een "prachtig leven". Tot een halfjaar geleden toen is meneer een deel van zijn been kwijtgeraakt door een ongeluk op het werk. Omdat de wond niet heelde is er later nog een deel van zijn been geamputeerd. "Maar ik heb het nooit gezien, ik durf er niet naar te kijken, ik vind het heel erg." Het afgelopen half jaar is dan ook heftig geweest. De niet helende wond zorgde voor zoveel pijn dat meneer het niet meer zag zitten. Ook kreeg hij meerdere keren een delier. Hij zag allemaal dingen die er niet waren zoals "konijntjes", maar ook ergere illusies; bijvoorbeeld dat zijn vrouw hem zou verlaten. Hij kreeg dan "weleens een pilletje dat moest dan helpen, maar ja, dat hielp niet hoor". Zijn familie is meerdere keren gewaarschuwd dat ze snel moesten komen om afscheid te nemen. Hij noemt het geregeld "zijn lot", maar wel een die hij "heel erg vindt". Zijn vrouw en dochter willen er graag met hem erover praten. Maar dat kan meneer niet: "Ik zeg: nee, ik wil er met jullie niet over praten, want je hebt al zoveel meegemaakt, meer als ik, want ik ben de helft van de tijd weggeweest." De zorgorganisatie heeft het idee dat meneer psychologische hulp kan gebruiken; "want er komen ook wel eens op de kamer, die komen dan praten met je, en dan beginnen ze over vroeger. Dan zeg ik: als je daarover begint kan je beter opstappen, want daar wil ik het niet meer over hebben. Maar als ik met iemand ga zitten praten, praat ik er wel zelf over wat ik meegemaakt heb. Dat vind ik zo raar van mijn eigen."

Desalniettemin helpen de zusters hem heel goed door er voor hem te zijn. "Ik heb hele goeie banden opgebouwd met verschillende zusters, hele goeie banden zelfs, ja. Dat ze ik weet niet hoe lang bij mij stonden 's avonds, en dat ze ook een traantje lieten vallen, dat is toch erg, hè". Hij denkt dat hij mede zo goed kan vinden met de verpleegsters omdat hij heel rustig is en je van hem geen last hebt. Zo vroegen ze vanochtend aan hem of hij al uit bed wilde of dat het goed was als ze eerst nog twee anderen gingen helpen. "Ik zeg: ga daar eerst dan toe en dan kom je terug voor mij. Dat vind ik wel goed, dan blijf ik nog een half uurtje liggen. Ik ga ze niet opleggen van: je moet dit of je moet dat, daar heb ik niks aan. Zo werkt het. Als jij 10 keer bij iemand komt en die zit elke keer te zeiken, dan zeg je: laat die vent zitten, kom op."

Ondanks zijn verdriet is hij opmerkzaam naar zijn medebewoners. Zo eet hij samen met een man waar niemand bij wilt zitten omdat hij steeds moet overgeven. Nu zijn ze vrienden. Twee weken geleden was hij op controle in het ziekenhuis bij zijn arts; "een fijne vent" die hem ondersteunde toen hij het niet meer zag zitten. "En ik kom bij hem binnen en hij donderde alles op zij, en hij kwam naar me toe, hij kneep mijn handen fijn, zo blij was die man. En hij belde achter mekaar dat personeel op, die mij altijd hielpen en zo daar. Het was gewoon een feestje."

Hij maakt zich alleen nog wel zorgen wat zijn vrouw nu met hem moet nu hij niks meer kan. Zijn vrouw denkt daar heel anders over en komt twee keer per dag langs totdat er een tweepersoons zorg appartement vrijkomt. Voordat ze weer samenwonen, kan ze al een nachtje komen slapen, dan zetten ze er een bed bij zodat mevrouw al een beetje kan wennen aan het leven in de zorgorganisatie.

### Onderliggend verhaal (gestalt)

Het gaat om echte relaties met anderen, dat geeft het leven zin.

## Stijl

Vorm: verhaal in ik-vorm

Actoren: Zelf, vrouw, dochter, schoonzoon, dokter, verpleegsters, medebewoners

Emotie: verdrietig

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: leven

Vraagpatronen: waardevolle relaties (need) een tweepersoonsappartement (want) niet op de 'psychologen manier' met iemand een gesprek aangaan (demand) waardevolle relaties met allerlei mensen opbouwen (competence)

## Kwaliteitsindicatoren

Tijd om met je te praten op een informele manier, betrokkenheid bij de patiënt, medicatie die had geholpen tegen het delier, kunnen samenwonen met zijn vrouw, vrouw de kans geven om te wennen door middel van proefslapen.

## 26. Het gaat om jouw mens zijn

Meneers eerste drie weken in de zorginstelling waren de slechtste dagen van zijn leven. Hij heeft als militair veel erge dingen meegemaakt. Maar dat staat in het niet met de worsteling die hij hier heeft doorgemaakt. "En niet een moment, maar dagen dat ik met mezelf, ziekte en tegenslag aan het worstelen was, het komt dichterbij en ik zei: het moet maar zoals het is". Hij heeft zich erg eenzaam gevoelt. De mensen die hier werken "hebben geen inzicht in wat er hier gebeurt als mensen komen, ze zijn er ook niet voor opgeleid of op voorbereid". "Kijk, je bent ziek, je krijgt medicatie en op een gegeven moment, onder andere door die medicatie verander je zelf, dat maak ik nu zelf mee en dan ga je twifelen aan jezelf, ligt het aan de medicijnen, ligt het aan de omgeving, waar ligt het nu aan?" Dankzij zijn vrouw en kinderen waar hij steeds mee heeft gepraat heeft hij nu wel zijn route gevonden.

Maar in de totale eenzaamheid ontving hij "geen compassie" van de medewerkers. Inzicht en inlevingsvermogen in de problemen die "levens kunnen verwoesten" is een vereiste maar ze hebben al geen tijd om met je te praten. Sommige medewerkers "hebben wel empathie en compassie voor je maar die kunnen het door tijd of andere zaken niet helemaal waarmaken." Al zegt hij zelf ook niet helemaal neutraal te zijn. Aangezien hij meer sympathie voelt voor mensen met "dezelfde interesses" of die in ieder geval "geestelijk wel op een bepaalde golflengte zitten". Hij is tenslotte behalve militair ook directeur geweest. De activiteiten die hier worden georganiseerd zijn dan ook niet zo zijn smaak; liever discussiëren dan sjoelen. Gelukkig heeft hij hier wel drie mensen ontmoet die zijn tijd prettig en aangenaam hebben gemaakt, relatief gezien dan.

Het gebrek aan tijd uit zich ook in lange wachttijden. Soms duurt het een uur voordat er hulp komt als hij op de bel heeft gedrukt. Hij houdt het bij, net als een paar anderen. Doordat de personeelstekorten in de zorg nu steeds in het nieuws komt "misbruiken" bepaalde medewerkers het te druk zijn ook. "Weet je wat het punt is, zij raken door de wol geverfd in de dingen die ze kunnen zeggen, want ze voelen het ook wel aan. Ze leren het ook bij binnenkomst, wat ze moeten doen is: dag meneer! Heel opgewekt en zo en dan ben je niet meer zo agressief of opgepept als je was." Dit voelt voor meneer alleen wel gekunsteld aan.

In het begin wilde meneer niet teveel klagen, "maar op een gegeven moment ben je alle schaamte voorbij". Hij heeft dan ook een klacht ingediend bij de directie en gedreigd met een klacht bij de gezondheidsinspectie. Dat werd hem niet in dank afgenomen, nu heeft hij er ook wel spijt van. "Ik ben hier niet om elke keer ruzie te maken en zo, maar ik ben er soms wel voor om de botte bijl toe te passen." Hij heeft er gewoon "geweldig de pest in" en denkt dat hij ook weleens expres wordt "gedwarsboomd"; door hem extra lang te laten wachten. "Maar wie mij nu aangrijpt, ja dan vecht ik: ik heb nog maar weinig te verliezen en ik vind het ook niet juist dat ze mij in deze omstandigheid dan de les proberen te lezen of anderszins. Dat laat ik mij niet meer afnemen."

## Onderliggend verhaal (gestalt)

Wanneer ben je nog een mens. Je menswaardigheid moet intact blijven door eervol behandeld te worden door mensen die op een bepaald niveau compassie voor je hebben en je zien als mens.

## Stijl

Vorm: verhaal in ik-vorm

Actoren: Zelf, vrouw, dochter, medewerkers, directie, medebewoners

Emotie: depressief

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: compassie

Vraagpatronen: compassie in zijn situatie (need) kwaliteitsnormen voor wachtduur en functioneren van de medewerkers (want) eervol en eerbaar behandeld worden als mens (demand) abstraheren(competence)

## Kwaliteitsindicatoren

Gezien worden als mens, compassie en inlevingsvermogen, iemand niet (expres) lang laten wachten, medewerkers van een bepaald niveau.

## 27. Ze moeten beter met de zorg omgaan, dat is het enige wat hier telt.

Het ziekenhuis heeft mevrouw hiernaartoe “gestuurd” ter revalidatie en voornamelijk omdat ze een wond aan haar voet heeft die niet goed geneest. Na 6 weken slaapt ze hier nog omdat de wond niet geneest en haar huis nog niet aangepast is voor terugkeer. Medisch gezien is ze eigenlijk “te goed” om opgenomen te zijn. Overdag gaat ze dan ook vaak met haar man op pad. Dan haalt en brengt hij haar naar hun eigen huis of ze gaan naar het terras in de buurt. Zolang ze 's avonds maar voor het slapen terugkomt.

De niet genezende wond is volgens haar te wijten aan de kwaliteit van de verzorging. “ik zit hier bijna zes weken...ja ik kan niet zeggen van het begin af aan is er niet aan mijn wond gewerkt, maar ze hadden er wel beter naar kunnen kijken. En dat valt mij dus wel tegen, want ik heb het idee, ja er lopen er misschien wel een paar maar de meesten die weten helemaal niet hoe ze met bepaalde wonden om moeten gaan. Dat wordt verbonden en ze kijken ernaar en nou ja het is een protocol wat wij moeten doen en klaar.” Mevrouw had al langer het gevoel dat het niet goed ging met haar voet, ze vroeg dan ook vaak aan de verpleegsters hoe het met haar wond ging. Maar deze bleven het protocol (verbinden) maar opvolgen en gaven de status ervan ook niet goed aan elkaar door (door het gebrek aan opschrijven). “Dat heb ik een paar keer meegemaakt, dan vertel je het wel tegen de verpleegsters en dan komt de volgende, nou die weet er niks van. Ik vind dat heel slecht.” Door het gebrek aan communicatie waren de verpleegsters er niet van op de hoogte als er bijvoorbeeld andere zelf gebruikt moest worden. Mevrouw vertelde haar zorgen en klachten wel aan de verpleegsters, maar volgens het beleid moet je je klachten eerst bij de zusters aangeven. Pas als je dit een paar keer hebt gedaan geven zij het door aan de EVV'er. “Dus mijn huid ging gewoon uitdrogen en toen heb ik aan de bel getrokken en toen heeft een zuster het doorgegeven en toen gingen ze wat aan het protocol doen en toen heb ik dat verhaal aan mijn man verteld en die is naar het kantoor gegaan en die heeft gezegd: jongens, als er niet wat beter aan die voet wordt gedaan, dat zal ik jullie wel kwalijk nemen als er iets ernstigs mee gebeurt. Dus ja en toen kon de wondzorg wel ineens komen kijken”. Terwijl haar man aangaf dat er geen foto van de wond was gemaakt bleef de EVV'er volhouden van wel. Toen dit later toch niet gedaan bleek te zijn heeft de EVV'er wel aangegeven dat “er iets is misgegaan”, “Maar wat er mis is gegaan dat weten we niet”. Volgens mevrouw is; “dat makkelijk gezegd, maar ik zit er wel mee”. Na de klacht van haar man krijgt ze wel goede wondverzorging door een specialist. Er wordt nu uitgebreid naar gekeken en hij is voor het eerst helemaal schoongemaakt. Eigenlijk is het “net zoals bij de brandweer, de meeste mensen rennen weg van de brand maar de brandweer rent er naartoe.

De ervaren problemen komen volgens mevrouw grotendeels door de onervarenheid van de “hele jonge” verpleegsters. Maar ze vindt het wel “hartstikke lieve meiden” die hun best doen en ze heeft het idee dat de meeste “nog in opleiding zijn”. Dit brengt mevrouw in dubio want ze wil “niks over de zusters zeggen” maar tegelijkertijd vindt ze de zorg die ze krijgt ondermaats, en dat is toch waar het om draait. Behalve de onervarenheid is er door de bezuinigingen ook een tekort aan personeel. Die meiden kunnen er ook niks aan doen als ze met zijn tweeën de afdeling moeten doen, dat komt van bovenaf. Maar dit zorgt er wel voor dat mevrouw lang moet wachten. Bijvoorbeeld na het douchen als de wond dan een half uur open is voor de verpleegsters komen geeft dit weer allemaal bacteriën.

Verder is het niet “gezellig” te noemen. Mevrouw heeft hier erg weinig aanspraak. Dit komt omdat ze zowel geen band met de verpleegsters als de medebewoners heeft. Er is geen “band” met de verpleegsters omdat ze alleen haar wond verzorgen, dus het is niet dat ze “ermee praat”. De medebewoners zijn allemaal een stuk ouder dan mevrouw. Ze probeert wel contact te leggen door bijvoorbeeld bij ze aan de eettafel te gaan zitten, maar vaak hebben ze geen zin om te praten. De activiteiten die de medebewoners ondernemen sluiten eveneens niet echt aan bij mevrouw. Bingo of een hele middag schelpjes verven, nee dan gaat mevrouw liever naar buiten.

### **Onderliggend verhaal (gestalt)**

Voor (wond)zorg heb je ervaring nodig en je moet blijven evalueren en op zoek gaan naar oplossingen in plaats van enkel het protocol volgen.

### **Stijl**

Vorm: verhaal in ik-vorm

Actoren: Zelf, meisjes/verpleegsters, dokter, man, wondzorgspecialist, medebewoners

Emotie: frustratie

Verhouding ratio/ emotie: emotie

Herhaling: protocol

Vraagpatronen: (wond)zorg waar ze goed kijken naar hoe het gaat (need) minder lang wachten om verbonden te worden na het douchen, meer aanspraak (want) ervaring, verpleegsters die status opschrijven, niet doen alsof je liegt en daarna je excuses aanbieden (demand) situatie jonge verpleegsters indenken (competence)

### **Kwaliteitsindicatoren**

Goede zorg, ervaren verpleegsters, meer doen dan het protocol, opschrijven van status voor de volgende, het direct oppikken van klachten, een band met de medebewoners, activiteiten die aansluiten bij je leeftijd.

