

2014

Implementatie van 'het levensverhaal' in de gerontopsychiatrie



**Gereformeerde
Hogeschool**

Lectoraat Zorg en Zingeving



Accolade Zorggroep

Onderzoekers:

Linda de la Rambelje
Christine Vierhout

Organisatie:

Accolade Zorggroep

Begeleider:

René van Leeuwen

Plaats en datum:

Zwolle, mei 2014

Implementatie van ‘het levensverhaal’ in de gerontopsychiatrie

Gereformeerde Hogeschool te Zwolle, mei 2014

Instelling

Accolade Zorggroep

Begeleiding vanuit Accolade Zorggroep

Rita Geertsema & Janneke Larooy

Begeleiding vanuit de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle

Dr. René van Leeuwen & Esther Hoekman MSc

Onderzoekers en studentnummer

Linda de la Rambelje (2810255)

lindadelarambelje@gmail.com

Christine Vierhout (1010172)

christinevierhout@hotmail.com

In deze digitale versie van het onderzoeksverslag zijn enkele bijlagen weggelaten. Deze zijn op te vragen bij de onderzoekers via bovengenoemde contactgegevens.

©2014 Gereformeerde Hogeschool

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke afstemming van de auteurs.

Samenvatting

In opdracht van Accolade Zorggroep is onderzoek gedaan naar het implementeren van 'het levensverhaal' in de praktijk van zorg. Dit sluit aan op een eerder gehouden onderzoek naar de inhoud van de vragen die naar voren komen in het papieren levensverhaal, wat resulteerde in een vernieuwd format voor dit levensverhaal. Vanuit de organisatie is vervolgens de vraag ontstaan hoe zij bovenstaand vernieuwd format het beste in de praktijk kunnen implementeren en gebruiken. Naar aanleiding hiervan is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

"Op welke manier kan het nieuwe format van het levensverhaal worden geïmplementeerd, zodat zorgverleners van Accolade Zorggroep gemotiveerd zijn om het levensverhaal daadwerkelijk in de praktijk toe te passen en er merkbaar meer belevingsgerichte zorg verleend wordt."

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de vorm van actieonderzoek bij vier bewoners en zes contactverzorgenden van twee afdelingen gerontopsychiatrie. Allereerst is door de onderzoekers literatuurstudie gedaan naar hoe zorgverleners het beste rekening kunnen houden met het levensverhaal van deze doelgroep en welke effecten hiervan bekend zijn. De huidige en wenselijke manier van werken werd in kaart gebracht door de contactpersonen van bewoners en de contactverzorgenden hierover te interviewen. Het hierna ontwikkelde implementatieplan werd voorgelegd aan de contactverzorgenden en bijgesteld met hun feedback. De evaluatie vond plaats door opnieuw interviews af te nemen. De verkregen data werd op kwalitatieve manier geanalyseerd.

In de nulmeting kwam naar voren dat contactverzorgenden weinig met het levensverhaal werkten en dat zij niet wisten hoe ze deze konden vertalen naar de praktijk. Zij waren gemotiveerd om met het levensverhaal te gaan werken, zagen hier het nut van in en verwachtten hier positieve effecten van. Wel gaven zij aan weinig tijd te ervaren om hiermee bezig te gaan. De contactpersonen benoemden de zorgverlening als goed. Zij gaven aan dat er voor hen niet merkbaar met het levensverhaal gewerkt wordt. Contactpersonen zagen een aantal verbetermogelijkheden op het gebied van persoonlijke zorg bieden, betrokkenheid, thuis voelen van de bewoner en zingevingaspecten.

Contactverzorgenden wilden graag een gemakkelijke en toegankelijke manier om met het levensverhaal te werken. Zij hebben hiervoor tijd, vaardigheden en een duidelijke richtlijn nodig. Er is een implementatie opgesteld waarbij contactverzorgenden in samenwerking met familie en bewoner een communicatiemiddel over het leven, afgestemd op het communicatieniveau van de bewoner, konden vormgeven.

In de nameting bleek dat er nog geen communicatiemiddel gerealiseerd was. Dit kwam onder andere doordat contactverzorgenden geen tijd ervoeren om het project te starten. Contactpersonen gaven aan geen effect te zien, waardoor evaluatie niet mogelijk bleek. Contactverzorgenden waren zich na het onderzoek meer bewust van het verleden van bewoners en bemerkten een toegenomen motivatie om met het levensverhaal te gaan werken. Concluderend kan gesteld worden dat er onvoldoende met het levensverhaal gewerkt werd. De implementatie wordt als mooie en werkbare manier gezien om het levensverhaal te vertalen naar de praktijk, mits hier tijd voor beschikbaar gesteld wordt. Contactpersonen en medewerkers hopen op een vervolg van het project.

De organisatie wordt aanbevolen om, met het aangepaste implementatieplan, het werken met het levensverhaal op betreffende afdeling voort te zetten en hiervoor teambreed aandacht te hebben. Ook wordt geadviseerd om het werken met levensverhalen beleidsmatig vast te leggen en hiervoor uren beschikbaar te stellen. Daarnaast wordt aangeraden om vervolgonderzoek te doen naar de papieren versie van het levensverhaal en naar het effect van werken met het levensverhaal bij andere doelgroepen.

Abstract

Commissioned by Accolade Zorggroep, two students Bachelor Nursing have researched the implementation of 'life review' in the practice of the health care. This follows an earlier study about the content of the questions that emerge in recording the life review on paper, which resulted in a revised format paper for this way of recording. In the organization, the question arose how to implement this revised format in the practice of health care and how to use it. In response, the following research question has been drawn:

"In what way can the new format for recording the life review be implemented, so health care providers of Accolade Zorggroep are actually motivated to work with life review and so there will be given noticeably more emotion-oriented care?"

The form of action research has occurred with four residents and six healthcare providers of two departments with psychogeriatric residents. At first, researchers reviewed literature about how health care providers can take best account of the life review of this population and which effects thereof are known. The current and desirable way of working was mapped by interviewing the contacts of the residents and the health care providers about this matter. The hereafter developed implementation plan was submitted to the health care providers and revised with their feedback. The evaluation was done by taking interviews again. The obtained data was analyzed qualitatively.

The baseline survey showed that health care providers worked little with life reviews and that they did not know how to translate this practical. They were motivated to work with life review, saw the value of this and they expect positive effects. However, they indicated to experience little time to work with this. The contacts appointed the health care as well. They indicated for them, there was not worked noticeable with the life review. Contacts noticed a few opportunities for improvement in the fields of offering personal care, involvement, comfort of the resident and fulfilment aspects.

Healthcare providers wanted an easy and accessible way to work with life review. For this, they need time, skills and a clear directive. There was drawn an implementation, in which health care providers in cooperation with family and residents had to develop a communication tool about their life review, attuned to the communication level of the resident.

The post-test has shown no communication tool was realized, partly because health care providers experienced no time to start the project. Contacts told they did not see any effect, which made evaluation impossible. After the study, health care providers were more conscious of the past of their residents and noticed an increased motivation to work with life stories. To conclude, there was an insufficient way of working with life review. The implementation is seen as beautiful and practical way for integrating life reviews into the practice of healthcare, provided that time is made available. Contacts and health care providers hope for a continuation of the project.

The organization is recommended to continue working with life stories on the concerned departments with the custom plan of implementation and to have team wide attention for this purpose. It is also advised to capture the work with life stories in policies and to purpose hours available. In addition, it is recommended to investigate further research to the paper editions of the life stories, used as now, and to the effect of working with life stories at other groups of care residents.

Voorwoord

In het kader van het afronden van onze studie tot HBO verpleegkundige aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle hebben wij, in opdracht van Accolade Zorggroep, een afstudeeronderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden van oktober 2013 tot en met juni 2014.

Het door ons uitgevoerde onderzoek stond in het teken van de implementatie van het levensverhaal in de zorg aan de gerontopsychiatrische zorgvrager.

“Ieder mens is uniek en heeft zijn eigen levensverhaal. Het levensverhaal bestaat uit herinneringen, ervaringen, gebeurtenissen en persoonlijke eigenschappen. Dit levensverhaal maakt wie je bent en is belangrijk om vast te houden.” (Bureau Kwiek en Sting, 2007)

Dit levensverhaal krijgt de laatste jaren een meer centrale plaats in de zorg. Vanuit een verpleeghuis, onderdeel van Accolade Zorggroep, kwam de vraag hoe het levensverhaal in de praktijk van de zorg geïntegreerd kon worden. Ook wij, als beginnend beroepsbeoefenaar, waren geïnteresseerd in hoe we het beste konden aansluiten bij het unieke levensverhaal van onze toekomstige cliënten. In dit onderzoek wordt naar een antwoord op deze vragen gezocht. Het resultaat daarvan wordt in dit onderzoeksverslag aan u gepresenteerd.

Graag willen wij in dit voorwoord van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Allereerst een woord van dank aan de betrokkenen van Accolade Zorggroep voor hun bijdrage aan dit onderzoek. De opdrachtgever, Rita Geertsema, en inhoudelijk begeleider, Janneke Larooy voor het beschikbaar stellen van de opdracht en hun beschikbaarheid gedurende dit onderzoek. Dit bood ons de kans om te leren hoe wij onderzoek moeten doen. Ook willen wij de zorgverleners van afdeling bedanken voor hun inzet tijdens dit onderzoek alsmede de betrokken bewoners en hun contactpersonen voor het beschikbaar stellen van hun tijd en het delen van hun ervaringen en levensverhaal.

Daarnaast willen wij onze begeleidend docent, René van Leeuwen, hartelijk danken voor de inhoudelijke begeleiding van het onderzoekstechnische gedeelte van ons onderzoek en het beantwoorden van onze vele vragen. Je wist ons door je enthousiasme en ideeën te motiveren tijdens dit onderzoek.

Tot slot willen wij onze ouders, familie en vrienden bedanken voor hun steun en motiverende kracht in deze stressvolle periode.

Zwolle, mei 2014

Linda de la Rambelje
Christine Vierhout

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding en context onderzoek.....	7
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 Vraagstelling en deelvragen	8
1.4 Relatie met verpleegkundig beroep	8
1.5 Opbouw van het onderzoeksverslag	8
2. Theoretisch kader	9
2.1 De relatie van het levensverhaal met de doelgroep	9
2.2 Manier voor zorgverleners om te werken met het levensverhaal.....	10
2.3 Het effect van het werken met het levensverhaal in de praktijk.....	12
2.3.1 Het effect voor de cliënt.....	12
2.3.2 Effect voor zorgverleners	12
2.3.3 Het effect voor de organisatie.....	13
2.4 Samenvatting.....	15
3. Onderzoeksontwerp	16
3.1 Type onderzoek	16
3.2 Methode en gegevensverzameling	16
3.3 Steekproef: kenmerken, inclusie/exclusiecriteria, steekproeftrekking	20
3.4 Verantwoording data-analyse	20
3.5 Betrouwbaarheid.....	20
3.6 Validiteit	21
3.7 Ethische verantwoording	21
3.8 Randvoorwaarden	21
3.9 Acties in kader P.R.	22
4. Resultaten.....	23
4.1 Nulmeting.....	23
4.1.1 Het belang van zorgverleners voor het werken met het levensverhaal	23
4.1.2 Ervaringen van contactpersonen over het werken met het levensverhaal	25
4.2 Vormgeving implementatie van het nieuwe format levensverhaal.....	29
4.2.1 Analyse en benodigdheden wenselijke situatie	29
4.2.2 Implementatiebespreking	30
4.3 Nameting	31

4.3.1 Het belang van zorgverleners voor het werken met het levensverhaal na afloop van het onderzoek.....	31
4.3.2 Betrekken overige zorgverleners.....	36
4.3.3 Ervaring van bewoner en contactpersoon over werken met het levensverhaal na het onderzoek.....	36
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	38
5.1 Conclusies deelvragen	38
5.1.1 Het belang voor zorgverleners van werken met het levensverhaal voor en na het onderzoek.....	38
5.1.2 De inhoud van de implementatie van het nieuwe format levensverhaal.....	38
5.1.3 Zichtbare resultaten van het werken met het levensverhaal voor cliënt en zijn eerste contactpersoon voor en na het onderzoek	39
5.2 Conclusie hoofdvraag	39
5.3 Discussie	40
5.3.1 Methodologische discussie	40
5.3.2 Inhoudelijke discussie.....	41
5.4 Aanbevelingen	42
5.4.1 Microniveau.....	42
5.4.2 Mesoniveau	42
5.4.3 Macroniveau.....	43
Bibliografie	44
Bijlagen	46
Bijlage 1: Literatuurzoekplan.....	47
Bijlage 2: Interviewschema's	<i>Ontbreekt</i>
Bijlage 3: Instructiebrief	48
Bijlage 4: Analyse kwalitatieve gegevens	<i>Ontbreekt</i>
Bijlage 5: Aangepast implementatieplan	53
Bijlage 6: Gespreksverslagen instellingen	61

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en context onderzoek

Accolade zorggroep is een gereformeerde instelling voor wonen, zorg en welzijn (Accolade Zorggroep, 2013). Eén van de locaties heeft in het verleden onderzoek laten doen naar het welzijn van dementerenden. Om de bewoner centraal te stellen, werkt Accolade Zorggroep met 'het levensverhaal'. Bij de start van de zorg wordt aan de nieuwe bewoner, familie en contactpersonen gevraagd een aantal vragen te beantwoorden over zijn leven. Deze lijst met vragen bleek niet volledig. Daarom is hier onderzoek naar gedaan, wat geresulteerd heeft in een nieuw format met vragen voor het vastleggen van het levensverhaal. Daarnaast is gekeken naar de waarde en functie van het levensverhaal voor het zorgproces en voor de zorgverleners van Accolade zorggroep. Vanuit Accolade zorggroep is vervolgens de vraag ontstaan hoe zij bovenstaand vernieuwd format van het levensverhaal het beste in de praktijk kunnen implementeren en gebruiken.

Alle woonbegeleiders en woonassistenten van de woongroepen, afdeling gerontopsychiatrie, hebben de e-learning 'U woont nu hier' van Gerke de Boer gevolgd. Dit is een methode die bewustmaakt van verschillende processen in de relatie tussen zorgverleners en zorgvrager en leert de persoonlijke achtergrond van de zorgvrager te waarderen (Boer, 2012).

Ieder mens is uniek en heeft zijn eigen levensverhaal. Het levensverhaal bestaat uit herinneringen, ervaringen, gebeurtenissen en persoonlijke eigenschappen. Dit levensverhaal maakt wie je bent en is belangrijk om vast te houden. Het bijzondere aan het levensverhaal is dat deze voortdurend verandert. Gewoon door de jaren heen, of door een ingrijpende gebeurtenis. Een levensverhaal is heel persoonlijk en hoeft zeker niet altijd 'de waarheid' te zijn. Zo kunnen gebeurtenissen in een gezin door twee broers heel anders zijn beleefd. Of geven mensen een hele eigen interpretatie aan gebeurtenissen, die ook voortdurend kan veranderen (Bureau Kwiek en Sting, 2007). De waarde van het schriftelijk vastleggen van een levensverhaal is minstens zo belangrijk als de lichamelijke zorg (Kearney, 2002). Dit geldt ook voor de doelgroep van dit onderzoek; de gerontopsychiatrische zorgvrager. Dit zijn oudere zorgvragers met lichamelijke én (chronische) psychiatrische aandoeningen en gedragsproblemen (Accolade, 2013) (Beers, 2005).

"Het werken met levensverhalen heeft in de afgelopen jaren een vaste plaats gekregen in de ouderenzorg. Zorgverleners maken met ouderen levensverhalen om verschillende doelen te bereiken. Zij streven ernaar om met behulp van biografische informatie over de bewoner de zorgrelatie persoonlijker te maken en de zorg beter af te stemmen op de persoonlijke zorgbehoefte. Daarnaast beogen ze, door het maken van een levensverhaal, de identiteit van ouderen te ondersteunen, bijvoorbeeld wanneer die identiteitsbeleving onder druk komt te staan door een verhuizing of geheugenproblemen. Ook trachten ze met het maken van een levensverhaal de zingeving van de oudere te ondersteunen, vooral als zij behoefte hebben aan het opmaken van de balans van het leven (Tromp, 2011)."

1.2 Doelstelling

Het te houden onderzoeksproject beoogt de implementatie van het vernieuwde format levensverhaal op een tweetal woongroepen. Daarnaast is het doel dat zorgverleners van de afdelingen het belang inzien om het levensverhaal toe te passen in de zorg voor de cliënt. Dat houdt in dat zorgverleners in de praktijk zichtbaar, voor cliënt en familie, rekening houden met het levensverhaal van de cliënt. Dit levert naar verwachting voor de cliënt een betere kwaliteit van zorg op.

1.3 Vraagstelling en deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *"Op welke manier kan het nieuwe format van het levensverhaal worden geïmplementeerd, zodat zorgverleners van Accolade Zorggroep gemotiveerd zijn om het levensverhaal daadwerkelijk in de praktijk toe te passen en er merkbaar meer belevingsgerichte zorg verleend wordt?"*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is voor zorgverleners het belang van het werken met het levensverhaal voorafgaande aan het onderzoek en hoe is dit na het onderzoek?
- Wat houdt de implementatie van het nieuwe format levensverhaal in, zodat er daadwerkelijk mee wordt gewerkt?
- Welke resultaten van het werken met het levensverhaal zijn zichtbaar voor de cliënt en zijn eerste contactpersoon voor- en na implementatie van het nieuwe format levensverhaal op de twee woongroepen waar het onderzoek plaats vindt?

1.4 Relatie met verpleegkundig beroep

"Zorgen voor mensen is meer dan patiënten genezen of pijn verlichten. Zorgverleners betreden het intieme domein van mensen die door meer of minder ingrijpend leed zijn getroffen. Of ik al dan niet beter word, is vaak niet de meest wezenlijke zorgvraag. Daarachter liggen vragen over hoe ik verder kan, wat het leven me waard is, wat anderen voor me betekenen, waar ik vandaan kom en waar ik naar toe ga. Ziekte, verlies en toenemende afhankelijkheid zijn levensgebeurtenissen die hun betekenis krijgen binnen het levensverhaal. De zorg voor het verhaal is daarom minstens zo wezenlijk als de fysieke en psychische verzorging. Uiteraard vindt veel van de zorg voor het verhaal plaats buiten de professionele zorg, in informele verbanden van partners, familie of vrienden. Maar waar mensen langdurig in instellingen verblijven, vaak zonder uitgebreid sociaal netwerk, moet de zorg voor het verhaal een hoge prioriteit hebben. Dat hoort bij humane zorgverlening (Tromp, 2011)".

Tijdens de opleiding staat het Neuman Systems Model centraal. Neuman beschrijft hierin vijf verschillende variabelen: fysiologisch, spiritueel, ontwikkeling, psychologisch en sociaal-cultureel. In deze vijf verschillende variabelen kunnen stressoren worden ervaren. Als zorgverlener is het van belang deze stressoren tijdig op te merken en de natuurlijke coping van de cliënt op deze stressoren te achterhalen (Verberk & de Kuiper, 2006). Door kennis over het leven van de cliënt te hebben, kan beter op deze stressoren en bijbehorende coping ingespeeld worden. Ook kan het levensverhaal de verpleegkundige helpen om inzicht te krijgen in de zorgvrager en in zijn/haar unieke gewoonten en gebruiken. Hierdoor kan de zorgverlener beter belevingsgerichte zorg bieden en daarmee de kwaliteit van zorg verbeteren. Om dit te realiseren is het wel van belang dat het levensverhaal een 'levend document' is in de zorgverlening. Dat houdt in dat het ook daadwerkelijk gebruikt wordt in de dagelijkse praktijk van zorg en dat er ook aanpassingen in gedaan kunnen worden.

Voor de zorgverleners van de twee woongroepen was voorafgaande aan dit onderzoek niet duidelijk hoe zij het levensverhaal van hun zorgvrager konden gebruiken in de praktijk. Met dit onderzoek willen wij hen en zorgverleners in andere instellingen een handreiking bieden, zodat zij weten op welke manier zij het levensverhaal van de zorgvrager kunnen toepassen in de praktijk van de zorgverlening. Dat maakt dit onderzoek verpleegkundig relevant.

1.5 Opbouw van het onderzoeksverslag

Om de leesbaarheid van dit verslag te bevorderen, is gekozen voor een logische opbouw die als volgt is vormgegeven: In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven, alsmede de doel- en vraagstelling. In hoofdstuk 2 is relevante literatuur rondom deze thematiek uitgewerkt. Hoofdstuk 3 beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de metingen weergegeven. Hierna wordt in hoofdstuk 5 de conclusie, de aanbevelingen en de discussie beschreven. Tot slot volgen enkele bijlagen die de inhoud van dit verslag ondersteunen.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theoretische achtergrond van het onderwerp belicht. Er wordt stilgestaan bij de relatie tussen het werken met het levensverhaal en de doelgroep én op welke manier zorgverleners dit het beste kunnen vormgeven. Daarnaast worden de effecten hiervan voor zowel de zorgvrager, de zorgverlening als de organisatie beschreven.

Om op een systematische wijze toegang tot betrouwbare literatuur te krijgen, is door de onderzoekers een literatuurzoekplan opgesteld. Dit is opgenomen in bijlage 1 van dit verslag. Tijdens het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van verschillende databanken, namelijk: 'Academic Search', 'VubisSmart', 'HBO-kennisbank', 'Bibliotheek Noordwest Veluwe' en 'Google'.

Er is naar informatie gezocht door met de volgende zoektermen in de titel en/of samenvatting te zoeken: 'levensverhaal', 'gerontopsychiatrie', 'geriatrie levensverhaal', 'levensverhaal praktijk', 'life review', 'life story', 'elderly', 'nursing', 'onderzoek levensverhaal', 'effect levensverhaal'.

In de literatuur worden verschillende definities van het levensverhaal gegeven. Onderstaande definitie omvat deze definities, daarom wordt deze definitie aangehouden in dit onderzoek.

'Ieder mens is uniek en heeft zijn eigen levensverhaal. Het levensverhaal bestaat uit herinneringen, ervaringen, gebeurtenissen en persoonlijke eigenschappen. Dit levensverhaal maakt wie je bent en is belangrijk om vast te houden. Het bijzondere aan het levensverhaal is dat deze voortdurend verandert. Gewoon door de jaren heen, of door een ingrijpende gebeurtenis. Een levensverhaal is heel persoonlijk en hoeft zeker niet altijd 'de waarheid' te zijn. Zo kunnen gebeurtenissen in een gezin door twee broers heel anders zijn beleefd. Of geven mensen een hele eigen interpretatie aan gebeurtenissen, die ook voortdurend kan veranderen (Bureau Kwiek en Sting, 2007).'

2.1 De relatie van het levensverhaal met de doelgroep

De doelgroep van dit onderzoek is de gerontopsychiatrische zorgvrager in het verpleeghuis. De zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt steeds vraaggerichter. Er wordt steeds meer rekening gehouden met de wensen van de cliënt. Een methode die hier goed bij past, en die dan ook veelvuldig wordt gebruikt in de gezondheidszorg, is de belevingsgerichte zorg. Hierbij wordt de zorg zoveel mogelijk afgestemd op de wensen van de zorgvrager. Deze methode wordt ook wel behoefte gestuurde zorg genoemd. In deze manier van zorg verlenen wordt de nadruk meer gelegd op de wensen en voorkeuren van de zorgvrager en in mindere mate op de beperkingen van de zorgvrager. Hierdoor wordt het leven boven de ziekte uitgetild (Schoot, Danen - de Vries, Pool, & bij de Vaate, 2011). Juist voor de gerontopsychiatrische patiënt biedt dit model rust en steun, omdat er op deze manier zorg op maat geleverd wordt. Om goede belevingsgerichte zorg te kunnen bieden, moeten zorgvragers individueel worden bekeken en benaderd. Ieder mens is immers uniek. Een levensverhaal kan hulp bieden om de zorgvrager beter te leren kennen en inzicht in zijn levensloop, gewoontes, rituelen en gebeurtenissen te krijgen (van der Kruk, Salentijn, & Schuurmans, 2010). Gewoonten en rituelen die ze al jaren hebben, kunnen ze blijven vasthouden. Dat geeft een zekere mate van veiligheid in hun toch al zo veranderde wereld (Nevid, Rathus, & Greene, 2008).

In de ouderenzorg hebben levensverhalen de afgelopen jaren een vaste plek gekregen.

Levensverhalen of levensboeken worden gemaakt om meerdere doelen te bereiken:

- Het, met behulp van biografische informatie, persoonlijker maken van de zorgrelatie en daardoor de zorg beter afstemmen op de persoonlijke zorgbehoefte.
- Het ondersteunen van de identiteit, bijvoorbeeld wanneer die identiteitsbeleving onder druk komt te staan door een verhuizing of geheugenproblemen.
- Het ondersteunen van de zingeving, vooral als er behoefte is aan het opmaken van de balans in het leven (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007).

Iedere unieke oudere neemt zijn of haar persoonlijke levensverhaal, gebruiken en gewoonten mee op het moment dat hij of zij in het verpleeghuis komt wonen. Het achterliggende leven en punten die typerend zijn voor deze specifieke persoon, dragen bij aan wie hij of zij nu is. Op het moment dat iemand ouder wordt, verandert er veel in zijn leven. Ouderen worden geconfronteerd met leeftijdsgebonden problematiek: de lichamelijke conditie en mobiliteit nemen af, gehoor- en gezichtsvermogen kunnen verminderen, etc. Op het moment dat iemand wordt opgenomen in een verpleeghuis, is de vertrouwde en veilige omgeving ineens aan grote veranderingen onderhevig. Juist voor de oudere psychiatrische zorgvrager kan dit grote onrust veroorzaken. Deze zorgvragers hebben baat bij een omgeving waar rust en regelmaat gewaarborgd worden (Nevid, Rathus, & Greene, 2008).

Het levensverhaal gaat gedurende het leven door, ook wanneer iemand in een verpleeghuis zit. Gedurende de tijd kan het levensverhaal aangepast en aangevuld worden. Door nieuwe ontwikkelingen in het leven van de zorgvrager, kunnen dingen uit het verleden soms in een ander licht komen te staan (van der Kruk, Salentijn, & Schuurmans, 2010).

2.2 Manier voor zorgverleners om te werken met het levensverhaal

Op het moment dat het levensverhaal op schrift gesteld is, zijn we er nog niet. Juist dan ligt er de uitdaging om er daadwerkelijk in de praktijk mee te werken. Een manier om met het levensverhaal te werken, is het maken van een levensboek. Het werken met levensboeken is nog relatief nieuw. Tegenwoordig wordt in een toenemend aantal instellingen levensboeken gemaakt, vaak na aansporing van een activiteitenbegeleidster of een leidinggevende die de familie stimuleert om een levensboek samen te stellen. De betekenis die het levensverhaal heeft, wordt echter nog niet altijd ten volle opgemerkt en benut. Soms wordt het als leuke en handige aanvulling beschouwd om bij opname van een zorgvrager een veredeld 'plakboek' te maken met foto's en een aantal belangrijke feiten. Verder heeft het levensverhaal niet of nauwelijks een structurele plaats als informatiebron voor de zorgverlening. Vaak is de zorg teveel gericht op efficiënt, effectief en economisch verantwoorde zorg leveren, dit maakt het moeilijk om het werken met het levensverhaal daarin een plek te geven. Het maken van en het werken met het levensverhaal kost tijd en dat is een schaars iets in de huidige zorgcultuur. Organisaties willen wel graag goede, belevingsgerichte zorg geven, maar dit blijkt in de praktijk lastiger te gaan door ziekte, personeelskrapte, fusieperikelen, de implementatie van nieuwe zorgplannen, etc. De tijdsdruk, om het werken met het levensverhaal in te voeren, wordt voor verzorgenden vaak als te hoog ingeschat. Niet de inhoud of de doelstelling van het werken met het levensverhaal, maar het kunnen voldoen aan een aantal randvoorwaarden, wordt door zorginstellingen vaak als een probleem gezien (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007).

Het is per organisatie zeer verschillend hoe het werken met levensverhalen geïmplementeerd zal moeten worden. In de ene situatie zal een 'top-down' aanpak goed werken, waar vanuit de leidinggevenden de zorgvisie wordt omgezet in concrete activiteiten en methodieken. In een andere organisatie zal de implementatie eerder slagen wanneer een aantal zorgverleners enthousiast gaat werken met levensverhalen, van daaruit ervaringen opdoet en op deze manier anderen inspireert tot het werken met levensverhalen. Deze zorgverleners vervullen een voortrekkersrol in de projecten die gaandeweg ontwikkeld worden.

Een belangrijke voorwaarde is dat de bestuurder van de betreffende zorgorganisatie waar het werken met levensverhaal geïmplementeerd wordt, in het concept gelooft. Het helpt als de organisatie beschikt over een missie en zorgvisie die vraagt om het werken met levensverhalen. Een ander aandachtspunt is dat deze visie doorwerkt in alle lagen van de organisatie. Het is niet een onderdeel wat bij bepaalde disciplines zoals de psycholoog of de geestelijk verzorger geparkeerd moet worden, maar wat doorwerkt bij alle betrokken disciplines (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007).

Dit vraagt om een structureel gebruik van het levensverhaal in het zorgproces. Hiervoor worden verschillende mogelijkheden benoemd:

- Het werken met een levensverhaal heeft een procesmatig karakter. Het is nooit 'af' zolang de zorgvrager leeft. Hiervoor moet de mogelijkheid om aanvullingen/aanpassingen te doen aan het levensverhaal aanwezig en bekend zijn.
- Het integreren van het levensverhaal in de persoonlijke zorg- of leefplannen, waardoor de zorgverlening beter aangesloten kan worden op de individuele wensen en behoeften van de zorgvrager.
- Het is belangrijk dat het werken met levensverhalen in een langdurige relatie tussen de zorgverlener en de oudere plaatsvindt. Hiervoor moet geïnvesteerd worden in een persoonlijke band tussen de verzorgende en de bewoner. Het systeem van persoonlijke toewijzing (zoals gebeurd met contactverzorgenden) past hier goed bij.
- Het reserveren van tijd tijdens het teamoverleg voor het levensverhaal van de bewoner. Vermijd dat bij het bespreken hiervan alleen de 'problemen' centraal staan. Sta bijvoorbeeld ook eens stil bij de betekenisvolle rollen (moeder, oma, onderwijzeres, pianolerares, actief in de kerk) en belangrijke relaties die de oudere heeft (gehad) en de verwachtingen die de oudere heeft over de zorgverlening.
- Het centraal stellen van kernwaarden in de zorg. Laat de persoonlijke aandacht voor bewoners niet verloren gaan in de vereiste administratie van de geleverde zorg. Bescherming van zorgverleners tegen overmatige bureaucratie, tijdsdruk en werkdruk is een must. Dat vraagt van bestuurders een dappere houding. Ze zullen hun oren niet automatisch moeten laten hangen naar de eisen van de inspectie en zorgverzekeraars.
- Het zorgen voor een goede afstemming en samenwerking tussen (zorg)- management en uitvoerenden (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007).

De cultuur die op de afdeling heerst, is belangrijk voor het succes van het implementeren van het werken met levensverhalen. *Dat* je je werk afkrijgt, is niet de belangrijkste vraag. *Hoe* je je werk hebt gedaan, ook al is het niet af, is minstens even zo belangrijk. Hiervoor is morele reflectie onder medewerkers nodig. Verzorgenden zijn in staat om te leren verantwoordelijk te zijn aan elkaar, aan leidinggevers en aan zorgvragers wat ze doen. Dit vraagt wel een open, begripvolle en respectvolle cultuur. In de zorg is dat geen makkelijke opgave, gezien de dominantie van de cultuur van 'de handen uit de mouwen steken'. Bij goed leiderschap kan een afdelingscultuur ontstaan waarin verzorgenden ruimte ervaren om te experimenteren met 'nieuwe' relatiegeoriënteerde manieren van zorg verlenen. Zowel de zorgverlener als de zorgvrager zal hier meer voldoening uit halen (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007).

De relatie die degene die het levensverhaal in kaart brengt heeft met de zorgvrager en/of diens familie, moet gebaseerd zijn op vertrouwen. Uit onderzoek blijkt dat het uiterst belangrijk is dat de zorgverlener over de juiste skills en interpersoonlijke vaardigheden beschikt om een goed levensverhaal te kunnen faciliteren. Hierbij hoort ook dat de zorgverlener niet oordeelt over het verhaal van de zorgvrager en dat de zorgverlener zijn geschoktheid over het gehoorde verhaal kan verbergen (Trueman & Parker, 2006). In de loop van de tijd verandert de situatie van de zorgvrager, waardoor ook zijn doelen en wensen kunnen veranderen. In gesprek blijven met de zorgvrager en diens familie is zeer belangrijk. Punt is vaak dat verzorgenden te weinig tijd ervaren om in gesprek te blijven. Om in gesprek te komen hoeft echter geen speciale tijd gecreëerd te worden; dit kan vaak tussendoor tijdens de koffie, tijdens ondersteuning bij zelfzorgactiviteiten of als familie je even op de gang aanschiet (Koop-van Rijn, 2008).

2.3 Het effect van het werken met het levensverhaal in de praktijk

In de literatuur over het werken met het levensverhaal wordt onderscheid gemaakt tussen het effect voor de cliënt, de zorgverlener en de organisatie. In de volgende paragrafen wordt per betrokkene beschreven welk effect dit werken met het levensverhaal heeft.

2.3.1 Het effect voor de cliënt

In een evaluerend onderzoek naar het effect van werken met het levensverhaal werd door zowel personeel als familie naar voren gebracht dat zij, in het belang van de cliënt, meer weten hoe deze iets wil. Dit is volgens hen op te splitsen in twee delen: 'weten hoe te stimuleren en hoe herinneringen uit te lokken' en 'weten hoe de dementerende persoon met behulp van het levensverhaal te kalmeren'. Mensen met dementie werden meer sociaal gestimuleerd, nadat het personeel meer vertrouwen had gekregen om met behulp van de kennis van de familie een biografie te ontwikkelen. Deze uitwisseling van gegevens tussen zorgpersoneel en contactpersonen zorgde voor steeds meer mogelijkheden om de persoon met dementie te zien binnen de familiale context, waardoor de kwaliteit van interacties werd verbeterd. Mantelzorgers ervoeren grote troost door het observeren van personeel wanneer zij, om vorm te geven aan de zorgverlening, doelbewust gebruik maakten van de kennis van het leven van hun familieleden (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Door het samen met de zorgvrager en diens familie opstellen van een levensverhaal, ontstaat een band tussen de zorgvrager en de verzorgende. Ook de band tussen de kinderen en de zorgvrager kan hierdoor worden versterkt. Omdat de kinderen dit levensverhaal vaak ook voor een deel invullen, halen ze samen met de zorgvrager herinneringen uit het verleden op. Daarnaast kunnen de kinderen nieuwe dingen over hun ouders leren; vaak hebben de zorgvragers situaties meegemaakt waar hun kinderen geen weet van hadden. Door het levensverhaal laat de zorgvrager zien dat hij meer is dan in eerste instantie wordt gedacht. Hij is een persoon met een verhaal wat ertoe doet (van Burken). Een voordeel van het gebruik van biografische kennis van familie over het levensverhaal werd in het onderzoek benoemd in termen van 'weten hoe te kalmeren' door zich te verplaatsen in de persoon met dementie. Wanneer gedrag gemakkelijk te begrijpen werd voor personeel, ervoeren mantelzorgers een gevoel van vertrouwen in het vermogen van medewerkers om in te spelen op veranderingen in de conditie van hun familieleden. Bewoners werden door personeel en familie gezien en behandeld als vrienden/familie en niet als vreemden (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Doordat het levensverhaal een gunstig effect heeft op het psychisch welbevinden en de zingeving van ouderen, levert het een bijdrage aan één van de kwaliteitsdomeinen in de ouderenzorg, namelijk het mentale welbevinden ('Zorg voor Beter', 2013). Een mogelijke verklaring voor dit gunstige effect is dat het ophalen van autobiografische herinneringen een positieve invloed heeft op de beleving van de persoonlijke identiteit, waardoor ouderen grip houden op hun identiteit en kunnen komen tot aanvaarding van en verzoening met het geleefde leven (Tromp, 2011).

2.3.2 Effect voor zorgverleners

Het werken met het levensverhaal biedt zorgverleners mogelijkheden op vier gebieden: het hebben van een referentiepunt om te communiceren met bewoner en familie, het waarderen van bewoner en familielid als mensen gebonden door een familiale geschiedenis, het ontwikkelen van inzicht en begrip in het gedrag en de ontwikkeling van een vertrouwensband (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010). Deze vier gebieden worden hieronder uitgewerkt.

Het levensverhaal is een belangrijk hulpmiddel om belevingsgerichte zorg te verlenen, zoals beschreven in paragraaf 2.1. Door de zorg af te stemmen op de behoefte en wens van de zorgvrager, draagt het bij aan verbetering van de kwaliteit van zorg.

McKeown *et al*, suggereren dat werken met het levensverhaal verpleegkundigen helpt om de link te leggen tussen het heden en het verleden van een zorgvrager, waardoor verpleegkundigen zich beter bewust zijn van de voorkeuren van de persoon voor de zorg (McKeown, Clarke, & Ingleton, 2010). Ook verhoogt deze kennis het begrip van de betekenis achter wat zorgvragers zeggen en hun gedrag; het versterkt de identiteit en is een hulpmiddel in de communicatie. Levensverhalen bieden een waardevol inzicht, vooral wanneer mensen zelf moeite hebben met het delen van deze informatie. Weten hoe men informatie uit een levensverhaal kan gebruiken om herinneringen te stimuleren om het individu te kalmeren, kan nuttig zijn wanneer hij of zij in onbekende situaties is (Thompson, 2011).

Voor de zorgverleners opent kennis van het levensverhaal doelgericht mogelijkheden voor aansluiting bij bewoners en het ophalen van herinneringen of gebeurtenissen in hun leven die van betekenis zijn. Kennis van het levensverhaal heeft hen ook geholpen om te kunnen gaan met moeilijke zorgsituaties. Deze kennis en mogelijkheden voor verdere verbinding tussen mensen, versterken de waardering en het respect voor de bewoner met dementie door hem te zien als een persoon geborgen in een gezin en intergenerationele context (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Hoe meer inzicht de zorgverleners opdeden bij het identificeren van aspecten van het gezinsleven en het 'zien' van de persoon met dementie in de familie context, hoe meer zij zich gesterkt voelden om relatiegerichte zorg te geven in plaats van taakgerichte zorg. Zorgverleners beschreven hun veranderde perceptie in termen van de mogelijkheid om te waarderen hoe de bewoner was als echtgenoot, vader, enz. Het 'zien' van de persoon met dementie in familieverband zorgde ervoor dat zij hun mogelijkheid om vertrouwen te wekken benutten en zo op persoonlijk niveau een meer betekenisvolle relatie konden ontwikkelen (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Deelnemende zorgverleners bemerkten een verandering van houding bij zichzelf in het benaderen van bewoners en mantelzorgers. Ontwikkeling van inzicht in de ervaring van mantelzorgers, activeerde hen om aangeboden hulp van mantelzorgers te verwelkomen. Zij benoemden dat de ervaring van het samen met bewoner en mantelzorg ontwikkelen van het levensverhaal hen in staat had gesteld om hen het gevoel te geven alsof ze een deel uitmaakten van de familie van de bewoner. De samenwerking tussen zorgpersoneel en familie voor het levensverhaal van de bewoner, zorgde voor een partnerschap en voor het delen van kennis van de bewoner vanuit verschillende perspectieven. Eén van de belangrijkste effecten van het werken met het levensverhaal is dan ook het verkrijgen of versterken van de persoonlijke (zorg)relatie (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

2.3.3 Het effect voor de organisatie

Als effect voor de organisatie kwam in het onderzoek naar voren dat het werken met levensverhalen een aanvulling is op drie gebieden, namelijk: het bevorderen van de gemeenschap, de uitdaging van het integreren van het levensverhaal in de praktijk en de complexiteit van de verdeling van arbeid en verantwoordelijkheid. Deze worden hieronder uitgelegd.

Medewerkers die niet deelnamen aan het project, maar die later geïnteresseerd raakten in de levensverhalen, werden zittend waargenomen, terwijl zij in gesprek waren met bewoners over het levensverhaal. Het samen creëren van een levensverhaal voor elk persoon met dementie had als voordeel dat het een gevoel van gemeenschap en gevoelens van verbondenheid voor familie en personeel bevordert. Dit voordeel werd door alle deelnemers gezien als zeer essentieel, met name op het moment van opname in een woonvoorziening en in het ontwikkelen van zorgplannen voor de persoon met dementie in de eerste dagen na de opname (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Echter, organisatorische uitdagingen werden opgemerkt bij het integreren van het levensverhaal in zijn huidige vorm. Deelnemend personeel verklaarde dat sommige families nog niet klaar zijn om levensverhalen te ontwikkelen, voordat ze in het reine komen met de grote veranderingen in het leven van de persoon met dementie en vervolgens met de familiegeschiedenis. Er werd erkend dat sommige gezinnen niet in staat zijn in het reine te komen met hun gezinssituatie. Bovendien werd de opname beschreven als het invullen van meerdere formulieren en het verzamelen van informatie. Deelnemende mantelzorgers van het onderzoek gaven aan dat de focus op deze onderdelen hen gevoelens van verwarring en verlorenheid bezorgde en onzekerheid van welke informatie belangrijk en relevant geacht werd op dat moment. Na de opname fase, worden zorgplannen continue geëvalueerd met verschillende betrokken disciplines. Elk discipline zorgt voor de invoering van verschillende soorten informatie in het zorgplan, mantelzorgers voelden zich hierin buitengesloten, doordat zij hierbij niet werden betrokken (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010).

Als het werken met het levensverhaal zo effectief en duurzaam is, moet het goed worden geïmplementeerd. McKeown *et al* raden voor deze implementatie een praktische methodologie aan die helpt bij de implementatie in de praktijk (McKeown, Clarke, & Ingleton, 2010). Rycroft-Malone pleit voor het gebruik van de Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS. Dit model heeft drie stappen om de wetenschap te implementeren in de praktijk: Overtuigd zijn van de op wetenschap gebaseerde redenen om iets te doen, een steunende context en cultuur, en een trefzekere begeleiding (Rycroft-Malone, 2004).

Manley *et al* schetsen zes thema's die betrokken zijn bij een succesvolle ontwikkeling in de praktijk:

- Doel: maak het doel voor iedereen duidelijk.
- Niveau: nieuwe implementaties kunnen worden toegepast op het niveau van de directe zorg
- Leren: steun het leren gedurende het gehele proces door bijvoorbeeld opleiding aan te bieden aan de deelnemers en te zorgen voor de middelen.
- Bewijs de waarde: gebruik Evidence-based bewijzen om de ontwikkeling te onderbouwen.
- Creativiteit: moedig de creativiteit van de deelnemers aan.
- Methodes: gebruik methoden die deelname aan de planning, uitvoering en evaluatie van de implementatie bevorderen (Manley, McCormack, & Wilson, 2008).

De reden voor de implementatie van het levensverhaal in de praktijk moet worden uitgelegd in gezamenlijke bijeenkomsten, zoals teamoverleggen. Door medewerkers goed te informeren is er meer kans dat zij vertrouwen in het gebruik van de implementatie krijgen, wat het gebruik ervan zal bevorderen. Verwijs hier ook naar bij het nemen van beslissingen, zorg dat het zichtbaar is voor anderen en realiseer je welke voordelen eraan verbonden zijn (Thompson, 2011).

Het gebruik van levensverhalen om persoonsgerichte zorg te verbeteren, wordt steeds ondersteund in de literatuur, maar het daadwerkelijk bereiken en handhaven van veranderingen kan moeilijk zijn. Om het werken met levensverhalen succesvol in te voeren, is het belangrijk om de context en cultuur van zorg in de organisatie te onderzoeken en te zorgen dat de positief leiderschap beschikbaar is. Iedereen moet de wetenschappelijke bewijzen, de voordelen en de motieven van werken met levensverhalen duidelijk hebben. Hiervoor moet een participatieve aanpak worden gebruikt. Vaardigheden van het personeel en het vertrouwen in het werken met het levensverhaal moet worden ontwikkeld. Ze moeten voldoende middelen- en de kans hebben om creatief te zijn. Het is belangrijk om het meest geschikte middel voor de persoon en zijn instelling te kiezen. Participatie van alle betrokken partijen in de planning, uitvoering en evaluatie van het werk is een integraal onderdeel van het succes (Thompson, 2011).

2.4 Samenvatting

In de gevonden literatuur is te zien dat het levensverhaal de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt in de zorg. Verschillende onderzoeken en ervaringen tonen aan dat het belangrijk is om stil te staan bij het levensverhaal en dat het centraal stellen van het levensverhaal helpt om belevingsgerichte zorg te kunnen verlenen. In de praktijk blijkt echter dat dit moeilijk te realiseren is, doordat organisaties niet gemakkelijk kunnen voldoen aan randvoorwaarden die hiervoor noodzakelijk zijn.

Voor de oudere psychiatrische zorgvrager is het werken met het levensverhaal van toegevoegde waarde. De vele (lichamelijke) veranderingen die deze zorgvrager ondergaat, zorgen voor onrust. Het levensverhaal helpt een omgeving te creëren waarin rust en regelmaat gewaarborgd worden. Het effect voor zorgverleners is dat zij, door het werken met het levensverhaal, de zorg persoonlijker kunnen maken en dat zij met een ander perspectief naar bewoner en familie gaan kijken. Daarnaast levert het hen inzicht op in het gedrag van de zorgvrager. Andere genoemde effecten van werken met het levensverhaal zijn onder andere dat de zorg beter afgestemd kan worden op de zorgbehoefte en het zichtbaar positieve effecten heeft op de zingeving, het psychische en mentale welbevinden van ouderen. Als effect voor de organisatie bleek dat het werken met levensverhalen een aanvulling is op drie gebieden, namelijk: het bevorderen van de gemeenschap, de uitdaging van het integreren van het levensverhaal in de praktijk en de complexiteit van de verdeling van arbeid en verantwoordelijkheid. Voor de invoering van de integratie van levensverhalen in de praktijk werd gepleit voor een participatieve aanpak van alle betrokken partijen.

Accolade Zorggroep is één van de gezondheidsinstellingen die de afgelopen jaren bezig is geweest met het levensverhaal. Ondanks dat Accolade Zorggroep een format heeft voor dit levensverhaal, werkt het zorgpersoneel hier weinig tot niet mee. Het doel van dit onderzoek is dan ook dat zorgverleners van de afdelingen het belang inzien om het levensverhaal toe te passen in de zorg voor de cliënt. Dat houdt in dat zorgverleners in de praktijk zichtbaar, voor cliënt en familie, rekening houden met het levensverhaal van de cliënt. Om deze doelstelling te kunnen realiseren, is in dit onderzoek gezocht naar een antwoord op de volgende hoofdvraag: *"Op welke manier kan het nieuwe format van het levensverhaal worden geïmplementeerd, zodat zorgverleners van Accolade Zorggroep gemotiveerd zijn om het levensverhaal daadwerkelijk in de praktijk toe te passen en er merkbaar meer belevingsgerichte zorg verleend wordt?"* Deze hoofdvraag zal beantwoord worden met behulp van de volgende deelvragen:

- Wat is voor zorgverleners het belang van het werken met het levensverhaal voorafgaande aan het onderzoek en hoe is dit na het onderzoek?
- Wat houdt de implementatie van het nieuwe format levensverhaal in, zodat er daadwerkelijk mee wordt gewerkt?
- Welke resultaten van het werken met het levensverhaal zijn zichtbaar voor de cliënt en zijn eerste contactpersoon voor- en na implementatie van het nieuwe format levensverhaal op de twee woongroepen waar het onderzoek plaats vindt?

In hoofdstuk 3 wordt beschreven op welke manier tot een antwoord op deze hoofdvraag en deelvragen is gekomen.

3. Onderzoeksontwerp

3.1 Type onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in de vorm van actieonderzoek. Dat is een vorm van onderzoek waarin het veranderen van de werkelijkheid centraal staat. Deze verandering wordt gedaan door tegelijkertijd kennis op te doen en verbeteringen door te voeren (Migchelbrink, 2007). Het model dat gebruikt is, is het model van kritisch actieonderzoek. Dit model is ontworpen door Stephan Kemnis in samenwerking met McTaggart. Kemnis definieert zijn model voor actieonderzoek als volgt:

“Critical participatory action research is research undertaken collectively by co-participants in a social practice [...] to investigate their shared reality in order to transform it and (by taking exploratory action) to transform their reality in order to investigate it [...] reflecting critically and self-critically on” (Migchelbrink, 2007).

Bovenstaande definitie sluit aan bij de doelstelling van dit onderzoek; zorgverleners zijn gevraagd actief te participeren binnen dit onderzoek door hun inbreng te geven in de focusgroepen. Op basis van gevonden literatuur en rekening houdend met waarden en normen die in het team aanwezig zijn, is een implementatieplan geschreven. In samenwerking met de betrokken zorgverleners is de interventie uit het implementatieplan ingevoerd en tot slot gezamenlijk geëvalueerd. Met dit actieonderzoek is het vernieuwde format ‘levensverhaal’ geïmplementeerd, zodat zorgverleners van de betreffende woongroepen hiermee rekening houden wanneer zij zorg verlenen. In onderstaande paragrafen is beschreven hoe dit is vormgegeven.

3.2 Methode en gegevensverzameling

In deze paragraaf is aan de hand van de verschillende fasen van actieonderzoek beschreven hoe het onderzoek er uit ziet en welke meetinstrumenten gebruikt zijn. “Methodisch gezien is actieonderzoek een cyclus van vijf fasen: voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase, ontwikkelingsfase en actiefase” (Migchelbrink, 2007).

In de **voorfase** is er een gesprek gehouden met de onderzoeksinstelling om duidelijk te krijgen waarom het project plaats moet vinden en wat het project in moet houden. Dit heeft geleid tot de onderzoeksopdracht. Het eindproduct van deze fase is de opdracht, deze is verwerkt in de doel- en vraagstelling, te vinden in hoofdstuk 1 van dit onderzoeksverslag.

In de **oriëntatiefase** is er een gesprek geweest met de teamleider van de betreffende woongroepen om een beeld te krijgen van de afdeling en te ontdekken hoe er tot nog toe met het levensverhaal gewerkt is. Tevens hebben de onderzoekers in deze fase een dag meegelopen in de directe zorg op de woongroepen. Ook hebben zij een teamoverleg bijgewoond om zodoende bekendheid te geven aan het onderzoek. Daarnaast hebben de onderzoekers zich verdiept in de theoretische kant van het onderwerp. Dit is verwerkt in het theoretisch kader, te vinden in hoofdstuk 2 van dit onderzoeksverslag. Aan de hand van al deze gegevens is een onderzoeksplan opgesteld.

Na goedkeuring van het onderzoeksplan, zijn de onderzoekers op zoek gegaan naar andere vergelijkbare instellingen waar gewerkt werd met het levensverhaal. Deze instellingen zijn gevonden via het eerder gehouden onderzoek naar het levensverhaal en het eigen netwerk. Zij werden geselecteerd door hun websites te raadplegen. Criteria hierbij was dat in de praktijk met het levensverhaal werd gewerkt. Dit werd vastgesteld na telefonisch- of mailcontact met de betreffende instelling. De onderzoekers brachten vervolgens een bezoek aan deze instellingen en gingen na hoe daar in de praktijk met het levensverhaal werd gewerkt. Ter voorbereiding op deze bezoeken werden een aantal vragen opgesteld, aan de hand van onderzochte literatuur.

Het eindproduct van deze fase was het theoretisch kader, het goedgekeurde onderzoeksplan en het verkregen inzicht hoe andere instellingen werkten met het levensverhaal (bijlage 6).

In de **diagnostische fase** hebben de onderzoekers zich verdiept in de probleemsituatie, door het probleem vanuit zoveel mogelijk invalshoeken en –aspecten in kaart te brengen en hierop te reflecteren. Om de betrokkenen van de werkvloer vanaf het begin te laten participeren in het onderzoek, werd het probleem samen met hen in kaart gebracht. Ook werden de betrokken contactverzorgenden gevraagd wat voor hun een wenselijke situatie is en wat zij daarvoor nodig hebben (Baarda, 2009).

Deze fase werd gestart met een nulmeting. Er is gekozen om de nulmeting in deze fase uit te voeren, om de uitgangssituatie helder te krijgen en tegelijkertijd motivatie en weerstand van zorgverleners in kaart te brengen. De resultaten die de nulmeting heeft opgeleverd, werden meegenomen naar de ontwikkelingsfase. De nulmeting werd gedaan door middel van interviews met contactpersonen van de betrokken bewoners en een focusgroep met de betrokken contactverzorgenden. In de instelling wordt gesproken van contactpersonen en contactverzorgenden. Contactpersonen, vaak familieleden van een bewoner, zijn voor de zorg het aanspreekpunt bij overleggen, incidenten en praktische vragen. Contactverzorgenden zijn zorgverleners die aanspreekpunt zijn voor de familie en de bewoner, zij zijn verantwoordelijk voor het individuele zorgplan en bijbehorende besprekingen.

De thema's die in de nulmeting met deze personen voorkwamen, werden ontleend aan de onderzochte literatuur en zijn hieronder verwerkt in een tabel. De interviewvragen zijn geordend aan de hand van interviewschema's, deze werden voorafgaand aan de metingen ter beoordeling voorgelegd aan de begeleidend docent. De interviewschema's zijn te vinden in bijlage 2.

Interviews contactpersonen (en eventueel bewoner)	Focusgroep contactverzorgenden
• manier waarop in de praktijk met het levensverhaal wordt gewerkt • relatie met de zorg • thuis voelen van de bewoner • rekening houden met levensloop, gewoonten, rituelen en gebeurtenissen van de bewoner • mate waarin de zorgverleners de bewoner kennen • ondersteuning bij zingevingaspecten • tijd die wordt vrijgemaakt voor een gesprek • mate waarin de contactpersoon betrokken wordt bij de zorg	• Werken met het levensverhaal in de praktijk • Resultaat van het werken met het levensverhaal • Motivatie om te werken met het levensverhaal • Mening over werken met het levensverhaal • Belemmeringen in huidige situatie • Wens met betrekking tot het werken met het levensverhaal • Benodigdheden om te werken met het levensverhaal • Mening over gevonden methoden om te werken met het levensverhaal
Bronnen: (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007) (van Burken) (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010) (Koop-van Rijn, 2008) (van der Kruk, Salentijn, & Schuurmans, 2010) (Schoot, Danen - de Vries, Pool, & bij de Vaate, 2011) (Thompson, 2011) (Tromp, 2011) (Trueman & Parker, 2006)	

Tijdens de semigestructureerde interviews, leidde één onderzoeker het interview en maakte de andere onderzoeker aantekeningen van de hoofdzaken die tijdens het interview aan de orde kwamen. De uitwerking hiervan werd ter controle aan de geïnterviewde voorgelegd (Bakker & van Buuren, 2009). Ook de focusgroep werd geleid door één van de onderzoekers.

De andere onderzoeker richtte zich op het vastleggen van data in de vorm van notulen en geluidsopnamen (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011).

Het eindproduct van deze fase was: de verkregen geanalyseerde data uit de nulmeting.

In de **ontwikkelingsfase** werd door de onderzoekers een oplossing van het probleem beschreven en daarop werd een implementatieplan geschreven, waarin duidelijk werd hoe het resultaat eruit moest zien en aan welke criteria voldaan moest worden. Om tot een oplossing van het probleem te komen, werd het resultaat van de bezoeken aan de andere twee instellingen vergeleken met de literatuur over dit onderwerp en gekoppeld aan de verkregen informatie uit de nulmeting. Op basis hiervan is gekeken naar mogelijkheden die er waren om in de praktijk met het levensverhaal te werken.

Na gesprekken met de instellingen werd de onderzoekers duidelijk dat de vorm van 'het levensverhaal' afgestemd moest worden op de cliënt en zijn communicatieniveau. Per cliënt kunnen thema's die belangrijk waren in zijn of haar leven verwerkt worden in de gekozen vorm. Wanneer er problemen bij de cliënt optreden, is het belangrijk om hier niet alleen als team een oplossing voor te zoeken, maar ook de familie erbij te betrekken. Ook is het van belang om niet voor iemand in te vullen wat voor betekenis een bepaalde gebeurtenis voor iemand gehad heeft. Eén van de instellingen gebruikte een formulier bij het ontwikkelen van het levensverhaal. Dit formulier, te vinden in bijlage 3, is in dit onderzoek in aangepaste vorm gebruikt. Uit zowel het gesprek met medewerkers van 'Frion' uit Zwolle, een gesprek met een medewerker van 'Bergweide' uit Heerlen en uit het gesprek met medewerkers van 'de Speulbrink' uit Vaassen, kwam het advies om het werken met het levensverhaal een plaats te geven in het zorgleefplan, zodat hiermee teambreed gewerkt kan worden. Een uitgebreidere weergave van deze gesprekken is te vinden in bijlage 6.

In overleg met de opdrachtgever werd gekeken welke manier van werken met het levensverhaal het beste aansloot bij de instelling. De implementatie werd op basis hiervan vorm gegeven. In deze implementatie werd de waarborging van het werken met levensverhaal vastgelegd door contactverzorgenden een actieve, verantwoordelijke rol te geven in het team. De implementatie werd in een focusgroep besproken met de betrokken contactverzorgenden. Zij werden gevraagd feedback te geven op deze implementatie, voorwaardelijk was dat zij zichzelf in staat achtten om op deze manier met het levensverhaal te werken (Thompson, 2011). Naar aanleiding van deze focusgroep werd de implementatie aangevuld met het advies om collega's bij het proces te betrekken door inzicht te bieden in welke acties ondernomen werden en indien nodig om hulp te vragen aan de overige collega's.

Het eindproduct van deze fase was de goedgekeurde interventie, verwerkt in een implementatieplan te vinden in bijlage 5.

In de **actiefase** werd het implementatieplan uitgevoerd. De voortgang werd hier nauwgezet gevolgd door de onderzoekers door middel van procesevaluatie. Zij reflecteerden en evalueerden continu de uitvoering van dit plan. Hierdoor kon geleerd worden en het implementatieplan bijgesteld worden. Aan het eind van deze fase evalueerden de onderzoekers het product in een nameting.

Aan het begin van deze fase ontvingen betrokken contactverzorgenden instructies over hoe zij in de praktijk met de interventie aan het werk konden. Dit gebeurde middels een instructiebrief, te vinden in bijlage 3. Tijdens deze gehele fase ontvingen de betrokken contactverzorgenden wekelijks een e-mail om de voortgang van dit project te bespreken en op tijd te kunnen inspelen op eventuele vragen of problemen. De onderzoekers waren gedurende dit project per e-mail bereikbaar voor vragen en eventuele problemen (Rycroft-Malone, 2004). De implementatie, de werking en het effect hiervan werden geëvalueerd door de in de diagnostische fase geïnterviewde groep contactpersonen en contactverzorgenden opnieuw te interviewen, zoals beschreven in de diagnostische fase.

Daarnaast werd een focusgroep gehouden met de overige woonbegeleiders en woonassistenten van de woongroepen om te bespreken wat zij gemerkt hebben van de implementatie. De thema's die in de nameting met deze personen voorkwamen, werden ontleend aan de onderzochte literatuur en zijn hieronder verwerkt in een tabel. De interviewschema's zijn te vinden in bijlage 3.

Interviews contactpersonen (en eventueel bewoner)	Focusgroep betrokken contactverzorgenden	Focusgroep overige zorgverleners
• (therapeutisch) Effect integratie levensverhaal • Mate van belevingsgerichte zorg • Toename rekening houden met de levensloop, gewoonten en gebruiken bewoner • Omgang zingevingaspecten • Toename vertrouwen in de zorg • Verbetering contact met zorg	• Toename begrip gedrag bewoner • Beter kunnen inspelen op veranderingen in de situatie van de bewoner • Verbetering in de communicatie • Vertrouwensband tussen zorgverleners en familieleden • Toename waardering bewoner • Veranderde eigen houding en attitude • Werkbaarheid implementatie • Mogelijkheid link leggen tussen heden verleden bewoner • Andere medewerkers meenemen in proces • Ruimte delen van ervaringen • Feedback	• Betrokkenheid in proces door eerste contactverzorgenden • Toename in werken met levensverhalen • Merkbaar toegenomen waardering voor bewoner • Omgang met wensen bewoner
Bronnen: (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007) (Kellett, Moyle, McAllister, King, & Gallagher, 2010) (van der Kruk, Salentijn, & Schuurmans, 2010) (McKeown, Clarke, & Ingleton, 2010) (Schoot, Danen - de Vries, Pool, & bij de Vaate, 2011) (Thompson, 2011) (Tromp, 2011) (Trueman & Parker, 2006)		

Aan de hand hiervan kon de conclusie worden getrokken of de doelstelling van dit onderzoek was behaald. De feedback die werd gegeven in de focusgroepen, is doorgevoerd in het implementatieplan en in de aanbevelingen van dit onderzoek.

Het eindproduct van de actiefase was: De verkregen data uit de interviews, de focusgroepen en het aangepaste product, te vinden in bijlage 5.

3.3 Steekproef: kenmerken, inclusie/exclusiecriteria, steekproeftrekking

De onderzoekspopulatie betreft zorgverleners en cliënten van twee woongroepen van Accolade Zorggroep. De gehele bewonerspopulatie van deze twee woongroepen was te groot om te onderzoeken binnen de beschikbare onderzoeksperiode. Om die reden is er voor gekozen om door middel van een gestratificeerde aselechte steekproef acht cliënten te selecteren voor de pilot van dit onderzoek. Dit hield in dat de populatie opgedeeld werd in twee groepen, de twee woongroepen. Uit beide groepen werden vier personen geselecteerd, door middel van een aselechte steekproef. Dat betekende dat alle personen evenveel kans hadden op deelname aan het onderzoek (Baarda, et al., 2013). Om de steekproef op deze manier uit te voeren, werden alle namen van de cliënten opgeschreven en per woongroep getrokken door de onderzoekers. De contactverzorgenden die aan deze cliënten verbonden zijn, werden expliciet bij dit onderzoek betrokken door deze uit te nodigen voor de focusgroepen (Bakker & van Buuren, 2009). Overige zorgverleners werden aan het eind van dit onderzoek uitgenodigd voor een focusgroep, zodat hun inbreng meegenomen kon worden in de evaluatie van het product.

3.4 Verantwoording data-analyse

De semigestructureerde interviews en de focusgroepen die afgenomen zijn in de diagnostische-, ontwikkelings- en de actiefase, werden geanalyseerd door te beginnen met het transcriberen van de geluidsopnamen en aantekeningen (Baarda, et al., 2013). Deze transcripties werden allereerst beoordeeld op relevantie door deze naast de onderzoeksvraag te leggen. De overgebleven data werd gestructureerd door deze op te delen in tekstfragmenten. Hierna voorzagen de onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, de fragmenten van labels. Deze labels werden geordend aan de hand van de voorbereidende topiclijst. De geordende labels werden teruggebracht tot kernlabels (Baarda, 2009). Vervolgens vergeleken de onderzoekers deze kernlabels met elkaar. Na uitgebreide discussies en controle op volledigheid, werden de definitieve kernlabels vastgesteld. Uiteindelijk werd met de verkregen data de betreffende onderzoeksvraag beantwoord (Baarda, et al., 2013).

3.5 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen, werden bewoners en contactpersonen bij dit onderzoek betrokken door ze op een gestratificeerde aselectieve manier te selecteren voor interviews, zie ook paragraaf 3.3. Op deze manier hadden alle bewoners even grote kans om deel te nemen aan dit onderzoek. Ook alle zorgverleners werden benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Een deel van hen, omdat zij eerste contactverzorgende zijn en daardoor het meeste contact met de contactpersonen hebben. De overige zorgverleners werden benaderd om hun inbreng te leveren bij de evaluatie van dit onderzoek. Op deze manier hebben alle zorgverleners van de woongroepen de kans gehad om in het onderzoek te participeren, naar verwachting heeft dit de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd (Bakker & van Buuren, 2009).

Het risico op het ervaren van tijdsdruk tijdens het interview of de focusgroep werd verkleind door in de uitnodiging van de interviews en de focusgroepen te vermelden hoeveel tijd dit in beslag zou nemen. Aan de teamleider werd gevraagd om voor voldoende bezetting te zorgen tijdens de focusgroepen, zodat de kans op onderbreking verkleind werd. Op deze manier wist de geïnterviewde waar hij aan toe was en werd mogelijk de kans op volledige en betrouwbare antwoorden verhoogd.

Samen hebben de onderzoekers gekeken naar elkaars kwaliteiten en op basis daarvan een keuze gemaakt in de onderlinge taakverdeling. De ene onderzoeker was meer geschikt voor de individuele interviews en de andere onderzoeker kon haar kwaliteiten beter inzetten bij het afnemen van de groepsinterviews. Gedurende het onderzoek evalueerden de onderzoekers regelmatig de gang van zaken, op basis hiervan werd besloten dat de taakverdeling juist was en daarom op deze manier voortgezet kon worden.

De interviews en focusgroepen werden opgenomen met een voicerecorder. Vervolgens werd de opgenomen data letterlijk uitgetypt. Op deze manier werd voorkomen dat belangrijke informatie per abuis weggelaten werd. De transcriptie van het betreffende interview werd ter controle voorgelegd aan de geïnterviewde perso(o)n(en), zodat deze eventueel nog toevoegingen of aanpassingen konden aangeven. De verkregen informatie werd anoniem verwerkt. Om toch een vergelijking te kunnen maken tussen het eerste en tweede meetmoment, werden deelnemers genummerd. Dit was alleen zichtbaar voor de onderzoekers. De onderzoekers analyseerden de fragmenten onafhankelijk van elkaar door deze te voorzien van labels en kernlabels. Na grondige discussie werden de uiteindelijke labels en kernlabels vastgesteld.

3.6 Validiteit

Vertekening door fouten bij de samenstelling van de onderzoeksgroepen, selectiebias, werd in dit onderzoek voorkomen, doordat de onderzoekers zelf deelnemers selecteerden en per e-mail benaderden om mee te werken aan het onderzoek. Wanneer het e-mailadres niet bekend was, werd de persoon telefonisch benaderd om mee te werken aan het onderzoek (Bakker & van Buuren, 2009).

Bij het voorbereiden van de interviews en focusgroepen werden topics ontleend aan de hand van de gevonden literatuur. Deze voorbereidingen werden ter controle voorgelegd aan de begeleidend docent. Na goedkeuring konden de voorbereidingen daadwerkelijk gebruikt worden. Daarnaast werd de validiteit van de meetinstrumenten, focusgroepen en vragenlijsten bij interview, gewaarborgd door deze af te stemmen op de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen. Ook werden de meetinstrumenten gebaseerd op relevante thema's uit de onderzochte literatuur, door de topics hieraan te ontleenen. De voorbereidingen werden voor gebruik ter beoordeling voorgelegd aan de docent.

Het product is specifiek gericht op cliënten met gerontopsychiatrische problematiek. Het resultaat van het onderzoek is mogelijk niet representatief voor andere doelgroepen. Doordat het onderzoek gedaan werd met deze doelgroep, werden contactpersonen betrokken bij het onderzoek om, voor zo ver mogelijk, de bewoner te vertegenwoordigen. Het is niet te achterhalen in hoeverre dit is gelukt, dit kon mogelijk vertekening van resultaten opleveren. Indien mogelijk, was de bewoner bij het interview aanwezig.

3.7 Ethische verantwoording

Bij de start van dit onderzoek tekenden de onderzoekers een formulier om hun geheimhoudingsplicht vast te leggen. Middels een brief is aan cliënten en hun contactpersonen gevraagd om vrijwillig mee te werken aan het onderzoek. Hierin werd benadrukt dat er vertrouwelijk met hun persoonlijke gegevens zou worden omgegaan. De verkregen gegevens werden anoniem verwerkt. Ook werd deelnemers de mogelijkheid geboden om zich op elk moment terug te trekken uit het onderzoek.

3.8 Randvoorwaarden

Door de instelling zijn e-mailadressen voor de onderzoekers aangemaakt. Verder werd, indien nodig, een werkplek met computer beschikbaar gesteld als de onderzoekers in de instelling werkten. De instelling heeft toegezegd de printkosten voor de eindverslagen te bekostigen. Ook werd gedurende de maanden dat de onderzoekers fulltime aan het onderzoek werkten een stagevergoeding uitgekeerd. Daarnaast konden de onderzoekers reiskosten declareren indien zij niet met het openbaar vervoer konden reizen naar een betreffende activiteit voor het onderzoek.

3.9 Acties in kader P.R.

Na goedkeuring van het onderzoeksplan, werden zorgverleners van op de hoogte gesteld van het onderzoek door dit te introduceren middels een bericht in de nieuwsbrief. In deze nieuwsbrief werden de e-mailadressen van de onderzoekers bekend gemaakt.

Om medewerking te verlenen aan het onderzoek, werden betrokkenen door de onderzoekers persoonlijk, telefonisch of schriftelijk, benaderd.

Het onderzoeksresultaat is begin juni 2014 gepresenteerd door de onderzoekers. Deze presentatie was bedoeld voor de opdrachtgever, onderzoeksdocent, zorgverleners en betrokkenen bij het onderzoek, overige personeelsleden en andere belangstellenden. Bekendheid aan deze presentatie werd gegeven via de nieuwsbrief, persoonlijke uitnodigingen aan betrokkenen bij het onderzoek, e-mail en eventuele andere mogelijkheden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de verrichte metingen beschreven. Deze resultaten zijn ondersteund met geciteerde fragmenten uit de metingen. Alle metingen zijn opgedeeld in fragmenten, deze werden gecodeerd en voorzien van een label. De labels zijn geordend en teruggebracht tot kernlabels. Het volledige overzicht van de gecodeerde fragmenten is opgenomen in bijlage 4 van dit verslag.

De resultaten komen voort uit de gehouden interviews en focusgroepen. Met het oorspronkelijke plan om aselectief acht bewoners te selecteren, werden twee opgaven en twee afmeldingen ontvangen. De twee opgaven waren onvoldoende voor een betrouwbare nulmeting; dit aantal is niet representatief voor een totale populatie van zestien personen. Er werd besloten de gedane steekproef te laten vervallen en de contactpersonen van de overige acht bewoners ook per mail te benaderen en bij geen respons na vier dagen telefonisch contact te leggen. Op de uitgezonden mail werd één afmelding ontvangen. Na telefonisch contact bleken twee contactpersonen bereid hun medewerking aan dit onderzoek te verlenen. Dit brengt het totaal op een aantal van vier personen, een kwart van de totale onderzoekspopulatie. De interviews zijn gehouden met de contactpersonen van vier vrouwelijke bewoners. Zij waren gerelateerd aan de bewoner in de rol van echtgenoot, zoon, dochter en schoondochter. Bij twee van de interviews uit de nul- en nameting was de bewoner zelf ook aanwezig. Niet al de aan deze bewoners gekoppelde zorgverleners waren in de gelegenheid om bij de focusgroepen aanwezig te zijn. In overleg met de teamleider werd een aantal andere contactverzorgenden benaderd. In totaal zijn zes contactverzorgenden actief betrokken bij dit onderzoek. Vijf van deze zorgverleners waren werkzaam als woonbegeleider (verzorgende-IG). Eén van deze vijf was daarnaast teamleider. De zesde zorgverlener was leerling verzorgende-IG. De focusgroepen werden, vanwege weinig opgave, opgesplitst in twee groepen per meting. Ook werd een evaluerende focusgroep gehouden met twee zorgverleners die niet vanaf het begin bij het project betrokken waren. Alle zorgverleners waren vrouwelijk.

4.1 Nulmeting

In deze paragraaf worden eerst de resultaten uit de focusgroepen met de betrokken zorgverleners beschreven en vervolgens de resultaten uit de interviews met de contactpersonen van bewoners.

4.1.1 Het belang van zorgverleners voor het werken met het levensverhaal

Om de uitgangssituatie van het werken met het levensverhaal in kaart te brengen zijn zorgverleners bevraagd op een aantal aspecten rondom dit thema. Dit ging om hun mening en motivatie over het werken met het levensverhaal en hun mening over de huidige manier waarop op dat moment met het levensverhaal werd gewerkt.

Belang van werken met het levensverhaal

Punten die zorgverleners aangaven over het belang van het werken met het levensverhaal, zijn onder te verdelen in vier categorieën: weinig effect van het werken met het levensverhaal, relatie tussen zorgverleners en bewoner, het bieden van persoonsgerichte zorg en de verwachting meer te kunnen aansluiten bij het verleden van een bewoner.

Allereerst gaven alle zorgverleners aan dat er op dit moment weinig effect is van het werken met het papieren levensverhaal. Relevante achtergrondinformatie komt uit andere bronnen, zoals één op één gesprekken en medische dossiers.

‘Op dit moment niet echt veel, wel de informatie die ik weet vanuit het verleden. (...) Maar dat komt op dit moment niet uit het levensverhaal.’ (Fragment F1.2.46)

Verder werd benoemd dat de relatie tussen zorgverleners en bewoner een rol speelt.

‘Je probeert toch het vertrouwen te winnen in de loop van de tijd. Hoe langer je iemand kent, ja je kent zijn wensen en zijn minder leuke kanten. Ja, door elkaar beter te leren kennen, accepteer je dingen van elkaar en weet je op een gegeven moment waar iemand wel van kan genieten en daar maak je dan wel gebruik van.’ (Fragment F1.2.50)

Zorgverleners vinden het belangrijk om persoonsgerichte zorg te bieden. Zij proberen aan te sluiten bij activiteiten die de bewoner vroeger leuk vond, eventueel in aangepaste vorm.

‘Ze wonen hier op een vreemde plek, vreemde mensen en alles, en dan heb je toch iets van ‘hé, dit ken ik wel’. Dan kan dat juist heel positief zijn.’ (Fragment F1.1.17a)

Bij goed gebruik van het levensverhaal verwachten zorgverleners dat er meer aangesloten kan worden bij het verleden van de bewoner. Ook denken zij gedrag beter te kunnen plaatsen op het moment dat zij meer kennis hebben. Onderstaand citaat weergeeft een situatie waarin de bewoner zich gewaardeerd voelde, doordat aangesloten werd bij zijn rol in het verleden.

‘Dan weet ik waar hij vroeger gewerkt heeft en dan vraag ik: ‘kan ik beter een Audi of een Volkswagen aanschaffen?’ Dan krijg je zo’n verhaal over Audi’s en Volkswagens. (...) Dat vind ik dan leuk, normaal zit hij dan helemaal stil in de huiskamer en dan zegt hij niks. En dan als je dan daarover, dan zie je hem helemaal opbloeien en dan krijg je een heel verhaal, want dat is waar hij kennis van heeft.’ (Fragment 1.2.47)

Motivatie

In het eerste gesprek dat gevoerd werd, gaven alle zorgverleners aan gemotiveerd te zijn om te gaan werken met het levensverhaal.

‘Ik sta er wel voor open. Wat mijn collega ook zegt, je kan kijken wat de wensen zijn van een bewoner, behoeftes en hoe je daarop kan inspelen en hoe mensen kunnen reageren.’ (Fragment F1.2.29)

Ook zien zij de mogelijkheden van het werken met het levensverhaal in.

‘Het zou super wezen als iedereen zich toch een soort van thuis kan voelen, ook al is het hun thuis niet.’ (Fragment F1.2.6)

‘Ik denk dat het dan wel belangrijker is, als ze het zelf niet meer weten en niet kunnen aangeven, dat je dan wel wat van vroeger weet.’ (Fragment F1.2.60)

Mening over huidige situatie

Betrokken zorgverleners gaven aan dat er weinig gewerkt wordt met het levensverhaal, het leeft niet op de afdeling.

‘Dit doen we veel te weinig. Of tenminste, ik in ieder geval. Veel te weinig. Als ik nu kijk, ik heb geen van al die levensverhalen gelezen. Ik doe er nu eigenlijk helemaal niks mee.’ (Fragment F1.1.2)

‘Het papieren levensverhaal zegt mij nu nagenoeg niks.’ (Fragment F1.2.34)

Aan de andere kant hadden zorgverleners kritische noten bij het papieren levensverhaal en de opname hiervan in interviewvorm. Zo vonden zij het jammer dat dit gebeurde door een persoon buiten de afdeling. Zij vroegen zich af of personeel alles moest weten van het verleden van een bewoner, in verband met de privacy of een vervelende geschiedenis. Deze kennis zorgt volgens hen niet altijd voor begrip. Ook vinden zij dat er gekeken moet worden naar hoe de bewoner nu is, aangezien hij door zijn ziekte vaak veranderd is.

‘Het kennen van een levensverhaal wil nog niet altijd zeggen dat je iemand begrijpt.’
(Fragment F1.2.62)

Het betrekken van contactpersonen van de bewoners is vooral praktisch. Zij doen dit door het sturen van een nieuwsbrief, familiedagen te organiseren en hen te informeren bij veranderingen in de zorg en door zorgplan overleggen. Zorgverleners ervaren het contact met contactpersonen als goed.

Belemmeringen

Zorgverleners benoemden verschillende redenen die hen belemmerden om met het papieren levensverhaal te werken. Er wordt aangegeven dat de levensverhalen niet of slecht zijn ingevuld, dit verschilt per bewoner. Zorgverleners gaven aan dat families aan hen terugkoppelden dat zij het invullen van het levensverhaal als lastig ervoeren.

‘Ik vind zoals het er nu uit ziet niet heel uitgebreid beschreven. Ik bedoel, het is dan zo’n zinnetje en dan één of twee woordjes als antwoord. Ik pak dat er niet snel bij, ik denk ja, eh, leuk, maar wat staat er nu eigenlijk in? (...) Dan denk ik ja, wat weet ik nu eigenlijk meer dan voordat ik het las.’ (Fragment F1.1.8)

Zorgverleners geven aan weinig tijd te ervaren om van de woongroep af te gaan en het papieren levensverhaal door te lezen. Ook weten zij niet hoe zij dit levensverhaal in de praktijk kunnen toepassen.

‘Nu de vraag hoe je dit hier zoveel mogelijk waar maakt, dat mensen hun levensverhaal kunnen vasthouden. Hoe je dat nou echt in de praktijk vormgeeft.’ (Fragment F1.2.2)

4.1.2 Ervaringen van contactpersonen over het werken met het levensverhaal

Om de situatie voorafgaande aan de implementatie in kaart te brengen, zijn er interviews gehouden met de contactpersonen van vier bewoners. Deze zijn bevraagd op vier aspecten, te noemen: de zorg aan de bewoner, de identiteit van de bewoner, de betrokkenheid van de contactpersonen en de beschikbare tijd voor de contactpersonen.

Huidige manier

Over de huidige manier van werken met het levensverhaal benoemden de geïnterviewden in de eerste plaats dat ze tevreden waren over de zorg die geboden wordt aan hun familieleden.

‘Deze afdeling vind ik echt qua verzorging ideaal. Zowel op geestelijk gebied, als ook lichamelijk. Dus ook wat de ziekte betreft.’ (Fragment 3.1.5)

Geen van de contactpersonen kon zich herinneren of en wat er was ingevuld in de papieren versie van het levensverhaal. Zij gaven allen aan dat er voor hun niet duidelijk merkbaar met het levensverhaal wordt gewerkt.

‘Ik vind het niet echt merkbaar. Ze zijn ontzettend lief en aardig, maar het is voor mijn gevoel niet dat ik denk hé, daar wordt op gereageerd. Dat ze daar iets van laten merken dat ze daar iets van weten.’ (Fragment 1.1.9)

'Ik heb wel het gevoel dat er dan vaak wat kansen liggen om persoonlijker te worden met haar die dan niet benut worden.' (Fragment 1.1.12)

Zij gaven een aantal verbetermogelijkheden voor het werken met het levensverhaal.

'Ik denk dat het een hele mooie manier is om mensen ook een beetje te helpen van het kan misschien wel wat persoonlijker.' (Fragment 1.1.7)

'Misschien mensen die herinneringen op kunnen halen met haar, maar goed die taak ligt eigenlijk bij de familie, omdat wij natuurlijk weten van hoe of wat.' (Fragment 2.1.14)

'Dat is persoonlijk. Je hebt ook met elke keer een andere verpleegster te maken en de één heeft er meer invoelingsvermogen voor als de ander.' (Fragment 3.1.11)

Betrokkenheid door zorgverleners

Op de vraag hoe de contactpersonen de betrokkenheid van de zorgverleners bij bewoners ervoeren, kwam het volgende naar voren: onder de zorgverleners is verschil in kennis van de bewoner.

'Ik denk de dames die daar vast lopen, die wel. Echt kennen, nou die weten wel hoe zij in elkaar steekt. Bepaalde dingen, hoe te reageren. Het wisselt wel, want die moeten dat weer even uit gaan vinden, natuurlijk. Ik denk dat je daar nooit aan ontkomt.' (Fragment 2.1.16)

Er werden ook belemmeringen ervaren in de mate van betrokkenheid van de zorgverleners.

'Want als ik op de huiskamer zit, dan heb ik het wel eens over met mijn familielid van goh, weet je nog dat ... dit en dat en dat, ja dan komt er wel eens zo'n verzorgster bij staan, maar ik voel niet een blijk van herkenning of een moment om te zeggen daar kan ik ook in meepraten of zo. Dan zijn ze wel welwillend, maar heb ik eerder het gevoel dat ze het voor het eerst van hun leven horen of zo dan dat ze denken van o ja, dat is waar, mevrouw heeft dat en dat in haar leven meegemaakt. Dat gevoel heb ik er niet bij.' (Fragment 1.1.22)

De betrokkenheid van zorgverleners maakt dat contactpersonen de zorg als goed ervaren.

'Als ik zie ook hoe sommigen met haar omgaan, die zijn gewoon lief en aardig. En dan kan ik wel merken dat ze haar wel in hun hart hebben. Dat merk je gewoon.' (Fragment 3.1.18)

'Ze pakken haar daar normaal aan als een volwassene. Ja, gelukkig wel. Maar ze laten haar ook heel veel vrij gewoon.' (Fragment 4.1.11)

Aansluiting bij bewoner

Om de identiteit van de bewoner te ondersteunen, benoemden de contactpersonen reeds aanwezige punten waarop de zorgverlening aansloot bij hun familielid. Zij zagen in de situatie voorafgaande aan het onderzoek dat zorgverleners hun familielid bevestigden in hun vroegere rol. Ook werd benoemd dat werd aangesloten bij vroegere gewoontes en dat bij de dagindeling de benodigde structuur geboden werd.

'Familielid staat nog steeds abnormaal vroeg op. Daar krijgen ze haar niet vanaf.' (Fragment 4.1.12)

Daarnaast noemden zij diverse ontwikkelpunten. Op het gebied van bejegening, godsdienstige achtergrond en activiteiten aanbod kon nog het één en ander verbeterd worden.

'Dan hadden ze met kerst, of voor kerst, die zware, sombere liederen. Zelfs familielid zegt: 'Uit, dat ding moet uit!' die werd er ook helemaal niet goed van. Ik zou er ook tranen van in mijn ogen krijgen. Dus ik thuis, gelijk een goeie cd met allemaal mooie kerstliedjes, wat vrolijker. Dat mag dan wel gedraaid worden.' (Fragment 2.1.13)

'Familielid klaagt altijd over dat er te weinig te doen is. (...) Ze heeft daar uitgebreid over lopen klagen.' (Fragment 4.1.14)

Thuis voelen

In de interviews werd gevraagd naar het ervaren van een thuisgevoel. Contactpersonen gaven diverse punten aan waaruit bleek dat hun familielid zich thuis leek te voelen in de instelling. Zij benoemden dat keuzemogelijkheden voor zover mogelijk werden geboden aan hun familielid. Alle contactpersonen zeiden dat hun familielid benoemd had zich thuis te voelen in de instelling of dat in de meeste situaties zo te ervaren.

'(...) En dan kwam ze hier en reden we de oprijlaan op, en 'ah, ik kom weer thuis'. Dat vond ik zo mooi! Dat gaf ons een heel goed gevoel, dat ze dat zei.' (Fragment 2.1.19)

Contactpersonen gaven aan dat hun familielid op een aantal punten belemmerd wordt in het ervaren van zich thuis voelen in de instelling. Zo werd genoemd dat hun familielid weinig aansluiting ervaart bij andere bewoners en dat ze zich soms onbegrepen voelt.

'Je weet niet hoe moeilijk het kan zijn, om opgenomen te wezen. Je bent al je vrijheid kwijt.' (Fragment 3.1.4)

Tot slot werden er een aantal benodigdheden benoemd die individueel sterk verschilden, zoals behoefte aan structuur, bejegening en acceptatie door zorgverleners.

'Je hebt verzorgsters die hebben meer een beroepshouding en daar is ze allergisch voor. (...) Als het een beroepshouding wordt, zou ze erbij weggelopen maar als mensen echt door voelen en laten zien, dan weet ik zeker dat dat voor mijn familielid heel belangrijk is.' (Fragment 1.1.28)

Zingevingaspecten

Contactpersonen werd gevraagd wat belangrijk was voor hun familielid, waar zij steun en kracht uithaalden en hoe daar door de zorgverlening op ingespeeld werd. Hiervoor gaven zij een aantal verbeteringsmogelijkheden, zoals het bieden van zorg op maat en meer aansluiting op godsdienstig gebied.

'Ze bidden hier teveel. Dat is een beetje afgezaagd, altijd hetzelfde. Het 'Onze Vader' wordt drie keer per dag gebeden. Dat vind ik één keer per dag voldoende. Wel voor je eten bidden, dat bedoel ik niet, maar niet drie keer per dag het 'Onze Vader' bidden. Hoe zou u dat dan graag willen? Een vrij gebed.' (Fragment 3.1.24)

De persoonlijke behoefte van de bewoners waren uiteenlopend. Dit varieerde van het aandacht geven aan de godsdienst, het contact onderhouden met bekenden tot bieden van structuur en veiligheid. Contactpersonen ervaren een positieve invloed van de zorgverlening op het uiting geven aan de eigen godsdienstige achtergrond.

‘Mijn familielid is katholiek opgevoed. (...) Met kerst bijvoorbeeld, hebben wij een stalletje neergezet van huis uit. Dat mag dan gewoon. In de gereformeerde kerk, daar doen ze dat eigenlijk niet, allemaal van dat soort beeldjes en toestandjes. Wij mochten dat neerzetten.’
(Fragment 2.1.12)

Gevoel van betrokkenheid contactpersonen

Contactpersonen benoemen dat zij bij bijzonderheden voldoende geïnformeerd worden door de zorgverlening en ervaren het contact met de zorgverlening over het algemeen als goed.

‘Als er echt wat nodig is, dan word ik echt wel op de hoogte gehouden. Want ja, ze gaan je niet voor van alles en nog wat raadplegen, maar als er echt structurele veranderingen zouden plaatsvinden dan hoor ik dat echt wel.’ (Fragment 3.1.35)

Eén van de contactpersonen benoemde weinig betrokken te worden door de zorgverlening.

‘Die zorgmensen zie je bijna nooit, eigenlijk. We hebben dan af en toe zo’n evaluatie, om het half jaar. (...) Dat is eigenlijk het enige punt dat ik merk hoe die zorg met haar omgaat.’
(Fragment 4.1.5 en 4.1.6)

Verder hebben contactpersonen een aantal persoonlijke behoeften in het contact met de zorgverlening over hun familielid. Zo wil een aantal graag meedenken in de dagbesteding en meepraten over de dagelijkse dingen.

‘Juist dat dagelijkse, dan vind ik het heel erg leuk als ik mee kan praten.’ (Fragment 1.1.42)

Inhoudelijke betrokkenheid contactpersoon

Contactpersonen geven aan tevreden te zijn over de manier waarop zij inhoudelijk bij de zorg betrokken worden. Er is waardering voor de manier waarop de zorgplan overleggen plaatsvinden.

‘Als ik zelf ook nog bepaalde inbreng heb, dan kan ik dat ook aangeven.’ (Fragment 3.1.37)

Als idee voor verbetering voor de inhoudelijke betrokkenheid, werd aangedragen om contactpersonen aanwezig te laten zijn bij het multidisciplinaire overleg. Op deze manier hebben contactpersonen ook contact met andere disciplines.

Tijd voor de contactpersoon

Diverse contactpersonen spraken hun waardering uit voor de tijd die voor hen beschikbaar werd gesteld door de zorg.

‘Via de mail word je altijd best wel op de hoogte gehouden en eh ja, hoef je ook niet van die ellenlange afspraken te plannen.’ (Fragment 2.1.32)

‘En als ik dan met moeilijkheden zou komen te zitten, dan kan ik een beroep doen.’
(Fragment 3.1.38)

Een aantal factoren worden genoemd die de tijd die de contactpersoon ervoer beïnvloedden, zoals het weinige contact met de zorg, de drukte op de afdeling en het verschil in zorgverleners.

‘Dan is er ook bijna elke week wel iemand anders, die ook weer dienst heeft dan toevallig die dag. En verder contact heb ik niet zo gek veel daar.’ (Fragment 4.1.9)

4.2 Vormgeving implementatie van het nieuwe format levensverhaal

Om de implementatie vorm te geven werden de betrokken contactverzorgenden bevestigd over de wenselijke situatie en wat er volgens hen nodig is om dit te bereiken. Dit werd meegenomen in het implementatieplan. Dit plan werd aan hen voorgelegd en de feedback hierop werd verwerkt in het uiteindelijke implementatieplan.

4.2.1 Analyse en benodigdheden wenselijke situatie

Wenselijke situatie

Contactverzorgenden konden aangeven hoe zij het liefst met het levensverhaal zouden willen werken. Zij benoemden graag meer informatie te willen hebben over hun bewoners. Om de werkbaarheid te vergroten, zouden zij tijd willen krijgen en wensen zij dat het levensverhaal makkelijk en toegankelijk is. Ook zagen contactverzorgenden verbetermogelijkheden in het betrekken van de familie bij de minder zakelijke kant van de zorg.

‘Uit die scholing van Gerke de Boer, wat wij hier nog kunnen verbeteren, denk ik, is dat we familie niet alleen benaderen als er wijzigingen rondom de zorg zijn, maar juist ook misschien eens een mailtje als ze juist iets heel leuks hebben gedaan. (...) Dan denk ik dat familie heel anders kijkt. Dat is toen wel heel erg blijven hangen, ja denk ik dat zou ik als familie volgens mij ook heel leuk vinden. Niet alleen van ze bellen, dus er zal wel wat zijn.’ (Fragment F1.2.59)

Contactverzorgenden willen meer aandacht voor het gebruik van het levensverhaal.

‘Ik denk wel dat dat heel belangrijk is, dat je één op één het gesprek met die bewoner aangaat een je vertelt wat het doel daarvan is en dan kom je heel veel te weten.’ (Fragment F1.2.23)

Zij willen hierbij dat er rekening gehouden wordt met de privacy van de bewoner. Een medewerker had hiervoor de volgende oplossing:

‘Ik denk dat het aan de andere kant ook heel goed is om de bewoner erbij te betrekken, bij het invullen van zo’n verhaal. Dat je dat met de familie en een bewoner samen doet. Dan komt de informatie erin die de bewoner er in wil hebben.’ (Fragment F1.2.40)

Benodigdheden voor een wenselijke situatie

Contactverzorgenden werd gevraagd wat zij nodig dachten te hebben om deze wenselijke situatie te realiseren. Zij verwachtten hiervoor verschillende vaardigheden nodig te hebben, zoals creativiteit, praktisch vertalen van informatie en planningsvaardigheden.

‘Hoe je dat vervolgens in de praktijk gaat brengen, daar heb ik gewoon geen beeld van.’ (Fragment F1.2.66)

Zij vinden het nodig om het werken met het levensverhaal niet alleen bij het takenpakket van de contactverzorgende te houden, maar om het te integreren in het hele team.

‘Ik zou het dan ook wel fijn vinden als het dan ook wel breder gewoon op de groep zou komen, dat het niet bij degene blijft die hem invult. En dat de rest daar niks mee doet, want dan wil je eigenlijk in de praktijk ook wel zien dat we er iets mee gaan doen. Want anders heeft het nog geen zin, dan hebben we hem ingevuld en dan heb je een leuk informatieverhaaltje en dan is het eigenlijk niet zinvol geweest in mijn beleving.’ (Fragment F1.2.68)

Contactverzorgenden gaven aan dat zij graag tijd beschikbaar zouden zien voor het werken met het levensverhaal. Dit zou kunnen door hier structureel tijd voor te reserveren om het 'op de lange baan schuiven' te voorkomen. De eventuele extra uren die zij hieraan besteden zien zij graag uitbetaald.

Qua vorm vragen zij om duidelijkheid en richtlijnen, zodat zij dit praktisch kunnen inzetten. De vorm moet afgestemd worden op de doelgroep. Zij verwachten dit vorm te kunnen geven met de bewoner, eventueel door het in gedeeltes op te delen, en in sommige gevallen met behulp van familie.

Methode

In de focusgroep werd contactverzorgenden verschillende methoden voorgelegd (zie hiervoor bijlage 3), waarop zij praktisch vorm konden geven aan het werken met het levensverhaal. Er werd gevraagd naar hun mening over deze methoden. Hierop kwamen de volgende reacties:

'Ik geloof, ook met foto's en zo, dat je dan ook leuke gesprekken krijgt.' (Fragment F1.1.25)

'Het is toch wel weer een eyeopener dat je denkt van ja, er zijn toch ook genoeg andere manieren om achter informatie te komen.' (Fragment F1.2.92)

Contactverzorgenden gaven aan dat zij het belang inzagen van het afstemmen van de vorm op de bewoner. Zij benoemden dat de keuze van de vorm gedurende de tijd kan veranderen door het ziekteproces. Deze resultaten zijn meegenomen bij het tot stand komen van de vormgeving van de implementatie.

4.2.2 Implementatiebespreking

De implementatie en het plan hiervoor werden voorgelegd en besproken in een tweede focusgroep. Contactverzorgenden kregen hierin de gelegenheid om hun feedback te geven om zodoende de kans van slagen te vergroten.

Mening over de inhoud van het implementatieplan

Uit deze focusgroep kwam naar voren dat contactverzorgenden gemotiveerd raakten om op deze manier te gaan werken met het levensverhaal.

'Ik zie het mezelf wel doen, maar ik moet het wel echt inplannen.' (Fragment F2.1.6)

'Ja, ik vind het héél goed opgesteld en we gaan ermee aan de slag.' (Fragment F2.2.7)

Contactverzorgenden waren positief over de implementatie. Zij gaven aan dat deze overzichtelijk, duidelijk en goed opgesteld was.

'Ik vind het wel heel duidelijk dit formulier. Het is heel duidelijk wat je kunt vragen en hoe je daar dan handen en voeten aan geeft.' (Fragment F2.1.9)

'En zeker ook dat je het met z'n tweeën doet. Ik denk dat dat ook wel slim is, zeker als je onregelmatig werkt.' (Fragment F2.2.1)

'Je hebt zo wel een beetje een doel en weet je, je hebt nu eerst al een gesprek met elkaar en met de familie waar je naar toe gaat werken. Dat komt hier heel duidelijk mee. Anders blijf je toch een beetje zoeken, wat past bij iemand.' (Fragment F2.2.2)

Verwachte werkbaarheid

Betrokken contactverzorgenden spraken hun waardering uit over de implementatie. De mogelijkheid om de vorm en de thema's af te stemmen op de bewoner en het terugverwijzen naar het papieren levensverhaal werden gezien als positief.

'Ook gewoon fijn dat je keuze hebt, vind ik. Want dat andere levensverhaal is gewoon van, dit is het, of je er nou wat aan hebt, ja of nee. Dit hebben we en niet anders.' (Fragment F2.2.6)

Zij vonden het prettig om te weten dat de betrokken families al gemotiveerd waren en dat kosten voor hen vergoed werden. Contactverzorgenden gaven aan dat zij de samenwerking met bewoners, familie en collega's belangrijk vonden. Zij verwachtten dat een gezellige samenwerking zorgt voor een band en gespreksstof met bewoner en familie.

'Daar creëer je ook wel een extra band mee hè, denk ik dan.' (Fragment F2.2.3)

Over het structureel inplannen van het werken met het levensverhaal werd verschillend gedacht.

'Ik denk dat, hier gebeurt natuurlijk ook best wel veel spontaan hè. Weet je wel van o, we staan nu even ruim, dus we gaan nu even wat doen.' (Fragment F2.1.4)

'De andere kant van het afwachten wanneer het spontaan gebeurd is wel dat ja, het gevaar zit erin dat het gewoon op de lange baan en als het gewoon gepland is dan moet het gewoon op dat moment. En kan het dan niet, dan kun je nog zeggen van nou, dan verzetten we het gewoon naar morgen of zo.' (Fragment F2.1.4)

Aanpassingen

Aan contactverzorgenden werd gevraagd welke aanpassingen er naar hun mening gedaan moesten worden. Een aantal contactverzorgenden gaf aan nu nog geen aanvullingen te zien. Anderen wilden dat de privacy van de bewoner nadrukkelijk werd vastgelegd. Ook benoemden zij dat het teambreed gedragen moest worden en dat dit meer aandacht kon krijgen in de implementatie.

'Wat ik nog wel mis in de planning is, je hebt dan dat communicatiemiddel of dat boek, of hoe... wanneer ga je dat dan introduceren bij je collega's?' (Fragment F2.1.5)

De gesprekken met andere instellingen, gegevens uit de nulmetingen en informatie uit de literatuur, hebben geresulteerd in een implementatieplan en een formulier om een communicatiemiddel over het leven vorm te geven. Dit is te vinden in bijlage 3 (instructiebrief) en bijlage 5 (implementatieplan) van dit verslag.

4.3 Nameting

4.3.1 Het belang van zorgverleners voor het werken met het levensverhaal na afloop van het onderzoek

In de evaluerende focusgroep met de contactverzorgenden werd hen gevraagd hoe zij in de daarvoor bestemde periode met de implementatie van het levensverhaal hadden gewerkt. Hierin konden zij hun ervaringen delen.

Werkbaarheid

Bij het delen van de ervaringen bleek dat het vier contactverzorgenden niet gelukt was van start te gaan met dit project. Twee van deze contactverzorgenden hadden contact gezocht om een gesprek te plannen met familie. Door afwezigheid kon dit gesprek niet binnen de beschikbare periode gepland worden. Twee andere contactverzorgenden gaven aan in het begin al vastgelopen te zijn.

Zij dachten dat het verkleinen van de onderzoeksgroep mogelijk de slagingskansen van het project verhoogde.

‘We zijn eerlijk gezegd nog geen stap verder gekomen. Er is echt bij ons op de afdeling nog niks mee gedaan.’ (Fragment F3.1.1)

‘De tijd, maar dat wist je natuurlijk van tevoren al dat dat kort was.’ (Fragment F3.2.32)

De contactverzorgende die wél een gesprek had gevoerd, gaf aan dat dit gesprek gezellig en ontspannen verlopen was. Verder dan de start, was zij met haar samenwerkingspartner nog niet gekomen wegens afwezigheid van beiden.

‘Ik vond het leuk om ermee te werken. Ik heb een gesprek gehad met de familie, dit was een gezellig en ontspannen gesprek.’ (Fragment EM1)

‘Doordat je iets passend bij een bewoner kan gebruiken, is het ook leuker om in gesprek te gaan met de bewoner.’ (Fragment EM8)

Contactverzorgenden gaven hun feedback op het contact met de onderzoekers. Zij waren positief over de gevoerde gesprekken, de handvatten die zij ontvingen en het contact per e-mail.

‘Nou, wat ik wel goed vond, is dat jullie er zo lekker bovenop zaten. Elke keer weer even een mailtje of dingetje, dat was voor mij ter herinnering.’ (Fragment F3.2.71)

‘Ik vind het gewoon heel positief dat jullie gewoon de gesprekken zoals met ons hebben gehad en in die mails, dat was ook heel duidelijk. (...) En hoe opgelaten je je ook voelde, dan weet je wel van ja, dit was met elkaar afgesproken en daar gaan we naar toe.’
(Fragment F3.2.72)

De twee contactverzorgenden die geen start hadden gemaakt met het project, benoemden dat ze graag een positieve reactie wilden mailen naar de onderzoekers over hun voortgang met het project.

‘Ik heb helemaal niet zo gemaild eerst, want ik dacht van eh, ik wil eerst dat gesprek gepland, dan kan ik tenminste zeggen van ik heb wat gedaan. (...) Maar ik ben ook wel vaak iemand die het eerst allemaal een beetje mooi voorgespiegeld wil hebben [lacht]. Ja, ik weet toch eigenlijk dan moet zeggen dat iets niet lukt en dat voelt toch wel een beetje als falen.’
(Fragment F3.2.49)

De andere contactverzorgende benoemde dit ook en droeg onderstaande suggestie aan:

‘Ik denk dat als jullie hier gewoon eens op de groep waren gaan lopen en dan eens hadden gevraagd van: ‘hé, hoe gaat het nu of zo’, dat zou mij denk ik wel meer gestimuleerd hebben, ja, om dat dan direct te zeggen.’ (Fragment F3.1.56)

Contactverzorgenden gaven aan gemotiveerd en enthousiast te zijn voor dit project. Zij dachten na over vormen die het beste bij hun bewoners zouden passen en zagen er het nut van in om dit te doen.

‘Ik vind het een heel leuk project en ben er enthousiast over. Ik denk dat het iets toevoegt aan de kwaliteit van de zorg die wij leveren.’ (Fragment EM28)

Resultaat project

Contactverzorgenden beleefden het project verschillend. Een aantal gaf aan dat zij wisten dat zij nog met het project bezig moesten, dit leverde hen gevoelens van stress, falen en frustratie op wanneer het niet lukte om een start te maken met het project.

'Je faalt eigenlijk in je opdracht. Ik bedoel, je had verwacht dat je na vier weken wel iets, een start al had gemaakt, maar zelfs dat nog niet eens. Ik heb nog niet eens een gesprek gepland.' (Fragment F3.2.48)

In sommige gevallen was het volgens de contactverzorgenden te vroeg om aan te geven wat voor resultaat het project heeft gehad. Contactverzorgenden gaven aan dat het project hen had opgeleverd dat zij zich meer bewust zijn geworden van het verleden van een bewoner en het belang hiervan. Zij benoemden dat zij meer moeite deden om een bewoner te triggeren om zijn verleden te delen en dat hun motivatie om met het levensverhaal te werken is toegenomen. Dit enthousiasme willen zij overdragen en zo hun andere collega's stimuleren om ook op deze manier met het levensverhaal te gaan werken.

'Ik denk wel dat ik er meer mee ga doen. Nu lag het natuurlijk stil, met dat oude levensverhaal. En ik ben er nu ook bewuster van dat ik zie dat ik er ook wat uit kan halen. En dat is denk ik het belangrijkste, want als je je daar niet van bewust bent en je hebt zoiets van, wat moet ik ermee, dan laat je het ook sneller zitten.' (Fragment F3.2.64)

'Ik heb ook wel het idee om het dan wel naar de anderen ook te gaan betrekken. Voor de andere bewoners ook een boek maken, of een kistje, of een dingetje. En dat zag ik, toen ik hiermee begon, nog niet echt voor me. Ik denk, o, moet ik weer wat.' (Fragment F3.2.65)

Contactverzorgenden verwachten door op deze manier met het levensverhaal te werken, nieuwe kennis op te doen over de bewoners en zo mooie momenten met bewoner en familie te hebben en activiteiten beter op bewoners te kunnen afstemmen. Op de vraag of deze manier van werken met het levensverhaal een vervanging of een aanvulling was voor het papieren levensverhaal, gaven vijf mensen aan dat deze manier het papieren levensverhaal kan vervangen. Dit is wel afhankelijk van de doelgroep. De laatste medewerker gaf aan het als aanvulling te zien.

'Ik denk een vervanging, omdat we met het papieren levensverhaal sowieso nooit iets gedaan hebben. (...) Dat zal allemaal blijven bestaan, maar ik denk niet dat we daar meer mee gaan doen als dat we er nu mee doen.' (Fragment F3.1.55)

Belemmeringen

Tijdens dit project gaven contactverzorgenden aan verschillende belemmeringen te hebben ervaren. Met name op het gebied van tijd en drukte met alledaagse werkzaamheden op de afdeling.

'We zien wel in waar het voor nodig is, maar de tijd ontbreekt gewoon.' (Fragment 3.1.3)

'Ik merk toch gewoon dat ik dat dit dan toch eh, hoe mooi ik het ook vind, minder belangrijk vind als gewoon alle dagelijkse dingen die op de afdeling zijn. Die hebben dan toch vaak de voorrang.' (Fragment F3.2.33)

'We zitten op dit moment natuurlijk ook niet in een hele makkelijke positie, omdat ze gewoon, ja binnenshuis, zijn er allemaal reorganisaties en veranderingen. En ja, daar hebben ze ook de hele tijd interviews over, dus de ene keer moet de een naar een interview en de andere keer moet een ander weer naar een interview. Ja, dat zit er allemaal nog wel bij.' (Fragment F3.2.35)

Ook het maken van een afspraak met familie ging niet zonder problemen. Hier was sprake van wanneer een familielid wegens persoonlijke redenen het niet zag zitten om mee te werken. Verder wilden contactverzorgenden familie niet tot last zijn en probeerden zij om die reden een afspraak te maken op de vaste bezoekdagen. Dit ging echter lastig wanneer zij zelf niet ingeroosterd waren op deze dagen. In sommige gevallen maakten contactverzorgenden het project te groot, waardoor wensen niet gemakkelijk uitvoerbaar waren.

'Ik had al hele plannen om met de bewoner bij familie op de koffie te gaan en ik dacht, dan ben ik bij haar thuis en dan zie ik daar allemaal dingetjes en dan kan ze meteen over haar thuis vertellen en zo. En dat is heel leuk, maar niet als je geen tijd hebt.' (Fragment F3.1.19)

De samenwerking met de (toegewezen) partner was door wisselende roosters lastig. Twee contactverzorgenden moesten zelf contact opnemen met een mogelijke samenwerkingspartner. Dit werd door hen beide aangegeven als een belemmering.

'We zien elkaar gewoon haast niet, dus dat is best wel lastig.' (Fragment 3.1.25)

De verdere verwachting die contactverzorgenden uitten over het project, was dat het heel werkbaar was en dat zij voor zich zagen dat familie tijdens bezoekmomenten het communicatiemiddel kon ontwikkelen. Ook verwachtten zij tijdwinst op langere termijn.

'Ik zou het juist leuk vinden als zij ook gewoon al lekker zelfstandig bezig zijn. En gewoon op de bezoekmomenten dat ze dan bij hun familielid zijn, dat ze dan iedere keer een stukje daaraan doen.' (Fragment F3.2.24)

Contactverzorgenden wensten hun diensten af te kunnen stemmen op de diensten van hun samenwerkingspartner en dat de teamleider uren beschikbaar zou stellen voor het werken met het levensverhaal.

Betrekken collega's

Contactverzorgenden waren voor zover mogelijk in tweetallen gekoppeld. De samenwerking verliep bij een aantal moeizaam. Twee contactverzorgenden waren gevraagd zelf een samenwerkingspartner te zoeken. De onderzoekers hadden hiervoor een suggestie aangedragen. Zij gaven aan dat dit echter niet van de grond is gekomen.

'Ik denk een beetje kort denken en niet verder kijken als eh, naar andere mogelijkheden.' (Fragment F3.2.42)

Bij andere koppels werd er samengewerkt bij het plannen van een afspraak. De ene keer zocht de één toenadering tot de familie, de andere keer de ander. De betrokken contactverzorgenden overlegden ook onderling en vroegen elkaar om hulp. Dit werkte in sommige gevallen motiverend.

'Weet je, als ik ook zie wat voor gesprekken mijn collega, dat hoor ik dan, heeft gehad, hoe leuk ze daar op reageren, beide, dan denk ik ja daar doe je het wel voor. Ik denk, dat is dan wel het stukje positieve wat je dan nodig hebt als het bij jou even niet lukt.' (Fragment F3.2.66)

'Er waren een aantal collega's enthousiast, doordat je het met elkaar doet, is het nog leuker om je te verdiepen in de bewoner. Ook omdat ieder weer een andere band met de bewoner heeft, komen er verschillende verhalen naar voren.' (Fragment EM11)

Een contactverzorgende deelde met een aantal overige collega's waar ze mee bezig ging. Overige collega's kregen geen actieve rol in het proces. Door de wisselende diensten zagen contactverzorgenden niet alle collega's. Hierdoor konden zij niet elke collega hierover bereiken. Een contactverzorgende noemde dat zij haar collega's instructies had gegeven om het communicatiemiddel vorm te geven op momenten dat dit mogelijk was.

Effect

Contactverzorgenden werden bevraagd op verschillende effecten die het werken met het levensverhaal zou moeten opleveren. Echter doordat er nog niet veel mee gewerkt was, was het nog niet mogelijk dit te evalueren. Op het gebied van communicatie gaven contactverzorgenden aan nog geen resultaat te zien. Wel verwachtten zij een positief resultaat; gespreksingang en meer diepgang door persoonlijke gesprekken. Contactverzorgenden geven aan dat in de zorgverlening niets veranderd is. Wel benoemen zij dat dit project heeft geresulteerd in dat zij beter inzien hoe belangrijk de communicatie over iemands leven is en dat zij hierdoor breder kijken naar de persoon achter de ziekte.

'Van tevoren zie je meer een persoon met een ziekte en met een gedragsstoornis, en nu zie je een persoon met een ziekte, een gedragsstoornis én een verleden. Het is gewoon een stukje extra. Je ziet meer echt de persoon achter de ziekte.' (Fragment F3.1.50)

Een contactverzorgende was zich bewuster van het levensverhaal en deelde de volgende ervaring:

'Ze zag laatst mijn speldje van mijn verpleegkundige, die zat in mijn tas of zo, dus die legde ik op de tafel en die zag ze. Hé, zegt ze, jij bent ook verpleegkundige, dat ben ik ook geweest en ik heb vroeger daar en daar en daar gewerkt. Dus toen zag ze iets en toen kwam er ineens van alles naar boven, dus dat was echt wel heel leuk.' (Fragment F3.2.22)

Wat betreft de band die de verzorging ervaart met de bewoner en zijn familie, werd in een aantal gevallen benoemd dat er geen verschil ervaren wordt; de band was al goed. Andere contactverzorgenden geven aan een sterkere band te ervaren door gesprekken en kennistoename.

'Je band wordt wel sterker, doordat je meer weet over de bewoner.' (Fragment EM20)

Zij verwachten door samen met familie een communicatiemiddel vorm te geven dat de wederzijdse band versterkt wordt.

'Je vertrouwt elkaar wel dingen toe. Dus je krijgt wel een intensere band, denk ik met familie. Ik bedoel, ze geven toch de zorg helemaal over, dat doen ze altijd wel, maar zeker met een levensboek. Dan moet familie ook wel heel open wezen. (...) Dus ik denk wel dat je wel een intensievere band, misschien toch begrip over en weer krijgt.' (Fragment F3.2.60)

Aangezien de communicatiemiddelen nog niet waren vormgegeven, konden contactverzorgenden niet vertellen of er verschil was in het gedragsinzicht wat zij hebben van een bewoner. Zij hopen dat zij positiever naar het gedrag kunnen kijken, dit beter kunnen verklaren en zo hierop beter kunnen inspelen. Daarnaast verwachten zij dat ze rust kunnen bieden en dat zij met hun kennis van het levensverhaal gedrag kunnen ombuigen naar positief gedrag.

'Ik hoop natuurlijk, als we dus een leuk boek krijgen of zo'n doosje, dat je haar soms die rust kan geven, als ze heel onrustig is en dat je denkt, nou dit vond ze vroeger heerlijk, dat gaan we even doen. Dat je er meer voor haar kan zijn, zeg maar.' (Fragment F3.1.52)

4.3.2 Betrekken overige zorgverleners

Vier weken na de implementatie van de nieuwe manier van werken met het levensverhaal, werden naast de betrokken contactverzorgenden, ook de overige zorgverleners van de twee woongroepen uitgenodigd voor een interview. Twee zorgverleners werden gevraagd naar de manier waarop zij betrokken werden in dit project en wat zij gemerkt hebben van het werken met het levensverhaal. Beide zorgverleners gaven aan er weinig van gemerkt te hebben, wel hadden zij van het project gehoord. Zij benoemden niet actief betrokken te zijn door hun collega's. De zorgverleners vertelden dit hun collega's niet kwalijk te kunnen nemen, door de drukte op de afdeling en doordat zij er zelf ook niet naar hadden geïnformeerd.

'Ik heb er eerlijk gezegd, of ja op zich niet zo heel veel van gemerkt.' (Fragment F4.1)

Wat volgens hen meespeelde, was dat zij beide een parttime baan hadden en zij door wisselende diensten en andere werkzaamheden hun collega's niet veel spraken. Wel zagen zij het belang in van het meer werken met het levensverhaal.

'Het is ook heel erg relevant voor hier op die groep, want we hebben die levensverhalen wel in die mappen zitten, maar er wordt verder niks mee gedaan. (...) Het is wel fijn dat je daar dan meer mee bezig gaat en dat je eh, wat meer ook de achtergrond van de mensen leert kennen, want nu is het vaak wel gissen of je moet bij de mensen zelf informeren.'
(Fragment F4.17 en F4.18)

Zij verwachten dat het op deze manier in contact zijn met familie, zorgt voor een toename van de vertrouwensband en dat het een positief effect heeft op de zorgverlening.

Met de informatie uit de gesprekken met de betrokken en overige zorgverleners, is het bestaande implementatieplan aangevuld op het structureel vastzetten van tijd, het betrekken van collega's en het samenwerken met de samenwerkingspartner.

4.3.3 Ervaring van bewoner en contactpersoon over werken met het levensverhaal na het onderzoek

Vier weken na de implementatie werd met de contactpersonen geëvalueerd wat er tot dan toe gedaan was. Hier kwam naar voren dat bij drie van de vier contactpersonen waarmee gesproken is, geen vorderingen waren in het werken met het levensverhaal. De evaluatie was hierdoor beperkt.

'Dat hebben we niet meegekregen, nee. Ja, jammer.' (Fragment 2.2.2)

'Er is niet een gesprek naar aanleiding van dit geweest.' (Fragment 4.2.2)

Met één contactpersoon is een gesprek gehouden over een communicatiemiddel voor het levensverhaal. Alle contactpersonen gaven aan dat zij positieve effecten verwachten in de zorg aan hun familielid en dat zij door kennis van het verhaal, breder leren kijken en meer de persoon achter de ziekte zien.

'Mogelijk indirect dat zij zich meer kunnen inleven in mijn familielid, dus dat ze iets zorgzamer zijn of zo. Zoiets hoop je natuurlijk, als ze mijn familielid beter kennen dat ze mogelijk zachter op haar reageren.' (Fragment 1.2.4)

Belevingsgerichte zorg

Doordat er nog niet op de nieuwe manier met levensverhalen gewerkt werd, was het niet mogelijk dit te evalueren. Alle contactpersonen gaven aan het initiatief van dit project te waarderen en te hopen op een vervolg, omdat zij verwachten dat dit van positieve invloed is op het individueel afstemmen van de zorgverlening.

'Ik vind elk initiatief waardoor mensen beter naar mijn familielid gaan kijken, vind ik wel... Ja, daar ben ik heel blij mee. Ja, dat vind ik wel ontzettend leuk en belangrijk.' (Fragment 1.2.16)

'Ik vind het heel belangrijk dat mijn familielid zodanig behandeld wordt dat ze hier toch haar eigen plekje, dat het hier toch haar thuis is.' (Fragment 3.2.19)

Communicatie

Voor de implementatie was het de bedoeling dat contactverzorgenden met de contactpersonen in gesprek gingen om samen tot een keuze te komen voor een communicatiemiddel. Dit gesprek bleek in drie van de vier gevallen niet te zijn gevoerd. Eén van deze drie contactpersonen gaf aan dat dit gesprek inmiddels gepland was. Degene met wie het gesprek wel gevoerd was, gaf aan dit gesprek als aangenaam te hebben ervaren en naar aanleiding hiervan tot een keuze voor een communicatiemiddel te zijn gekomen. Met de betreffende bewoners was niet veel gesproken over het project.

Eén van de contactpersonen gaf aan te verwachten dat door dit project de communicatie met de zorg op een ander niveau te kunnen hebben.

'Normaal heb je het over praktische dingen of de krant is zoek, of zulk soort stomme dingen, en dat is best, tenminste ik... Persoonlijk vind ik het leuk om dan een gesprek te hebben op een ander niveau. Als familielid.' (Fragment 1.2.12)

Betrokkenheid

Voor een aantal contactpersonen gold dat het lastig was om iets te zeggen over de betrokkenheid in dit project, doordat zij nog niet benaderd waren.

'Het is allemaal nog een beetje eh... theoretisch allemaal, ik zie het nog niet zo... in de praktijk, hoe dat werkt.' (Fragment 4.2.6)

De contactpersoon met wie het gesprek gehouden was, gaf aan goed betrokken te zijn gedurende dit project. Ook waardeerde deze het dat zij het gezamenlijk met de zorg invulden en zo de regie over de thema's konden behouden. De contactpersoon zag geen verschil in de band met de zorg, omdat deze band al goed was. Alle contactpersonen vertelden dat zij bereid waren hun medewerking te verlenen aan dit project. Zij benoemden het leuk te vinden om mee te denken.

'Ik vind het zelf ook heel leuk.' (Fragment 1.2.6)

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de conclusie uit de resultaten van het onderzoek beschreven. Tevens wordt zowel methodologisch als inhoudelijk gediscussieerd over de tekortkomingen van dit onderzoek. Tot slot worden de aanbevelingen die voortvloeien uit de conclusie van dit onderzoek weergegeven.

5.1 Conclusies deelvragen

In deze paragraaf wordt met behulp van de resultaten uit hoofdstuk vier een antwoord gegeven op de deelvragen.

5.1.1 Het belang voor zorgverleners van werken met het levensverhaal voor en na het onderzoek

Uit de nulmeting blijkt dat door contactverzorgenden onvoldoende met de papieren versie van het levensverhaal wordt gewerkt. Het leeft niet op de afdeling. De levensverhalen zijn vaak niet of slecht ingevuld en contactverzorgenden weten niet hoe zij de informatie uit de levensverhalen in de praktijk kunnen toepassen. Wel wordt door contactverzorgenden geprobeerd met activiteiten aan te sluiten bij wat een bewoner vroeger leuk vond. Zij staan open om te gaan werken met het levensverhaal en zien hier mogelijkheden in. Contactverzorgenden geven aan het belangrijk te vinden om persoonsgerichte zorg te bieden. Zij verwachten dit beter te kunnen doen, wanneer zij informatie uit het levensverhaal meer gebruiken. Het contact met familieleden van bewoners wordt als goed ervaren. Wel wordt genoemd dat dit contact vooral praktisch is.

Uit de nameting is gebleken dat het niet alle contactverzorgenden is gelukt om een start te maken met de implementatie. Hoofdredeën hiervoor zijn het gebrek aan tijd en problemen rondom het maken van een afspraak met familie. Ook in de literatuur kwam naar voren dat de motivatie om belevingsgerichte zorg te verlenen meestal niet het probleem is, maar dat dit in de praktijk lastig is door belemmeringen die zij ervaren, zoals personeelskrapte, tijd, ziekte, etc. (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007). Het betrekken van andere zorgverleners heeft nauwelijks plaatsgevonden. Beide partijen toonden vrijwel geen initiatief om meer betrokken te raken. Ook is de samenwerking met betrokken collega's in een aantal gevallen moeizaam verlopen. Er is soms wel onderling overlegd en om hulp gevraagd. De ervaring van de één, werkte dan motiverend voor de ander.

Eén van de contactverzorgenden die wel van start is gegaan, heeft het als leuk ervaren om op deze manier met het levensverhaal te werken. Contactverzorgenden verwachten dat het project heel werkbaar is, wanneer hiervoor uren beschikbaar gesteld worden door de teamleider. Zij verwachten dat door te werken met het levensverhaal, zij meer kennis krijgen over de bewoner en zijn gedrag en daardoor de persoon achter de ziekte te zien. Door de samenwerking met familie denken zij een sterkere band met bewoner en familie te ontwikkelen. Het project heeft geresulteerd in het meer bewust zijn van het levensverhaal en het belang hiervan. De motivatie van contactverzorgenden om te werken met het levensverhaal is toegenomen. Zij willen door hun enthousiasme andere zorgverleners stimuleren om ook op deze manier met het levensverhaal te gaan werken. Zij zien deze manier vrijwel allemaal als vervanging van het papieren levensverhaal.

5.1.2 De inhoud van de implementatie van het nieuwe format levensverhaal

Uit de nulmeting kwam naar voren dat contactverzorgenden graag op een makkelijke en toegankelijke manier meer met het levensverhaal willen werken. Hiervoor hebben zij structureel tijd, vaardigheden en duidelijke richtlijnen nodig om de informatie naar de praktijk te kunnen vertalen. Zij wilden dit graag integreren in het gehele team. Contactverzorgenden wilden familie op een minder zakelijke manier betrekken bij de zorg.

Door contact met andere zorginstellingen kwamen onderzoekers tot de conclusie dat het levensverhaal qua vorm afgestemd moest op het communicatieniveau van de bewoner. Het doel voor het werken met het levensverhaal moet duidelijk zijn en het is belangrijk om dit te integreren in het zorgleefplan, zodat het teambreed gedragen kan worden.

Bovenstaande heeft geresulteerd in een implementatieplan. De betrokken contactverzorgenden waren positief over dit plan. Zij vonden het overzichtelijk en duidelijk opgesteld. Zij waardeerden de mogelijkheid om de vorm en thema's af te stemmen op de bewoner en om hierbij gebruik te maken van het papieren levensverhaal. Als aanvulling op het plan noemden zij het nadrukkelijk vastleggen van de privacy van de bewoner en het betrekken van overige zorgverleners.

5.1.3 Zichtbare resultaten van het werken met het levensverhaal voor cliënt en zijn eerste contactpersoon voor en na het onderzoek

Uit de nulmeting kwam naar voren dat contactpersonen weinig merken van het werken met het levensverhaal. Het invullen van de papieren versie van het levensverhaal kon geen van hen zich herinneren. Zij zijn over het algemeen tevreden over de zorg die wordt geboden. De verbetermogelijkheden worden genoemd op het gebied van meer persoonlijke zorg. Familie ervaart de betrokkenheid van de zorgverleners als goed, wel wordt in een aantal gevallen het gemis van kennis van het verleden benoemd. Dit verschilt echter per zorgverlener. Zorgverleners sluiten over het algemeen goed aan bij vroegere gewoonten. Verbetermogelijkheden werden benoemd op het gebied van communicatie, godsdienstige achtergrond en activiteitsaanbod. Bewoners voelen zich over het algemeen thuis in de instelling. Echter, er zijn verbetermogelijkheden op het gebied van zingeving en het bieden van zorg op maat, waardoor dit thuisgevoel meer ervaren zal worden. Contactpersonen worden bij de praktische zaken voldoende betrokken en geïnformeerd. Graag zouden zij meer betrokken worden bij de dagelijkse, minder zakelijke kant van de zorg. Zij waarderen de tijd die voor hen beschikbaar wordt gesteld.

Uit de nameting is gebleken dat bij drie van de vier contactpersonen het effect van de nieuwe manier van het werken met het levensverhaal niet te evalueren was, doordat hiermee geen start was gemaakt. Bij één van de contactpersonen heeft het eerste gesprek plaatsgevonden. Deze waardeerde het aangename gesprek. Geen van de communicatiemiddelen is gerealiseerd, hierdoor zijn geen resultaten zichtbaar en is evaluatie hierop niet mogelijk. Contactpersonen waarderen het initiatief van dit project en hopen op een vervolg. Zij verwachten dat het van positieve invloed is op het individueel afstemmen van de zorgverlening en dat de samenwerking met de zorgverleners zal leiden tot communicatie op een ander niveau. Deze verwachtingen komen overeen met de beschreven effecten in het theoretisch kader in hoofdstuk 2.3.3 van dit verslag.

5.2 Conclusie hoofdvraag

In deze paragraaf wordt een concluderend antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: *'Op welke manier kan het nieuwe format van het levensverhaal worden geïmplementeerd, zodat zorgverleners van Accolade Zorggroep gemotiveerd zijn om het levensverhaal daadwerkelijk in de praktijk toe te passen en er merkbaar meer belevingsgerichte zorg verleend wordt?'*

Vanuit dit onderzoek wordt duidelijk dat er onvoldoende met het papieren levensverhaal is gewerkt. Deze manier wordt ervaren als niet werkbaar, doordat de levensverhalen niet of slecht worden ingevuld en contactverzorgenden niet weten wat ze met de gegeven antwoorden kunnen. Contactpersonen zijn tevreden over de geboden zorg, maar zien verbetermogelijkheden om de zorg meer persoonlijk te maken. Zowel contactverzorgenden als contactpersonen zien het nut en de mogelijkheden in die het levensverhaal kan bieden. Contactverzorgenden hebben duidelijke richtlijnen nodig om in de praktijk te werken met het levensverhaal.

Om de bewoner de kans te bieden zijn eigen levensverhaal te delen, moet dit afgestemd worden op zijn communicatieniveau. Contactpersonen en contactverzorgenden willen graag op een andere, minder zakelijke manier contact met elkaar hebben. Het samen opstellen van een communicatiemiddel over het leven biedt hiervoor mogelijkheden. Het huidige plan voldoet aan bovenstaande eisen. Contactverzorgenden zijn gemotiveerd om volgens dit plan met het levensverhaal te werken. Zij ervaren hiervoor echter onvoldoende tijd. Om die reden is het oorspronkelijke implementatieplan op dit punt aangepast. Door dit project zijn contactverzorgenden zich meer bewust geworden van het verleden van bewoners en is er een toename in motivatie om hiermee te werken. Dit willen zij overdragen aan collega's. Ook contactpersonen hopen op een vervolg van dit project.

5.3 Discussie

In deze paragraaf worden de resultaten en de betrouwbaarheid van dit onderzoek ter discussie gesteld. Dit wordt zowel methodologisch als inhoudelijk gedaan.

5.3.1 Methodologische discussie

- In eerste instantie wilden onderzoekers de helft van de totale onderzoekspopulatie betrekken bij het onderzoek. Dit werd gedaan door de eerste contactpersonen van aselekt geselecteerde bewoners per e-mail te benaderen voor deelname aan het onderzoek (Baarda, et al., 2013). Deze benaderingswijze werd aangeraden door de teamleider van de afdeling. Dit leverde weinig respons op. Na herhaling werd besloten om alle overige personen te benaderen om zo de onderzoekspopulatie te vergroten. Mogelijk hebben hierdoor alleen gemotiveerde contactpersonen deelgenomen aan dit onderzoek. Het respondentenaantal is uiteindelijk een kwart van de totale populatie, hierdoor kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden voor de totale populatie.
- De contactverzorgenden die aan de deelnemende bewoners verbonden zijn, werden uitgenodigd voor een focusgroep. Hierop kwam weinig respons, zorgverleners gaven aan hier niet speciaal voor terug te willen komen. Om die reden werden vervolgens aan de hand van het dienstrooster en in overleg met de teamleider, contactverzorgenden per mail benaderd voor deelname aan het onderzoek. De planning bleek wederom een probleem, om die reden werd gekozen de focusgroepen op te splitsen, waardoor per bijeenkomst twee tot vier deelnemers aanwezig waren. Wellicht heeft dit beperkte aantal de onderlinge discussie beïnvloed.
- Vanuit de literatuur werd aanbevolen om een implementatie als deze vorm te geven door middel van een participerende methode van onderzoek (Migchelbrink, 2007). Deze manier sluit aan bij de nieuwe richting die de organisatie op wil gaan. Contactverzorgenden kregen hierdoor de gelegenheid inspraak te hebben in de implementatie, waardoor knelpunten en behoeften meegenomen konden worden in de ontwikkeling en het vergroten van de werkbaarheid van het uiteindelijke product.
- Het bijstellen van de methode is één van de kenmerken van actieonderzoek, dit wordt gedaan gedurende het gehele onderzoeksproces. Voorafgaande aan dit onderzoek was de verwachting dat het effect van de nieuwe manier van het werken met het levensverhaal geëvalueerd kon worden. Vanwege de beperkte tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek, hadden de contactverzorgenden weinig tijd om met de daadwerkelijke implementatie aan de slag te gaan. Dit is zeker van invloed geweest op de uiteindelijke resultaten van het onderzoek. In de nameting bleek dat een effectevaluatie vanwege het onvoldoende werken met het product nog niet mogelijk was. Om deze reden kozen de onderzoekers ervoor om voor zover mogelijk het invoeringsproces te evalueren (Migchelbrink, 2007).

- Onderzoekers waren gedurende het proces bereikbaar per mail. Zij namen wekelijks contact op om de voortgang en eventuele knelpunten tijdig te kunnen signaleren. Van twee contactverzorgenden kwam hierop geen of zeer laat reactie. Tijdens de evaluatie bleek dat zij het project te groot maakten, waardoor het niet uitvoerbaar was. Dit maakten zij pas kenbaar tijdens de evaluatie, vanwege het feit dat ze niet wilden aangeven te falen in hun opdracht. Eén van hen gaf aan dat de aanwezigheid van de onderzoekers in de instelling en het persoonlijk confronteren mogelijk stimulerend had gewerkt.

5.3.2 Inhoudelijke discussie

- De onderzoekers zijn tevreden over de ontwikkelde implementatie. Deze is tot stand gekomen in samenwerking met contactverzorgenden van de twee woongroepen. Om die reden verwachtten zij dat de implementatie aansluit bij de wens en behoeften van de betreffende afdeling. Dit is bovendien door de betrokken contactverzorgenden bevestigd in de instructiebijeenkomst. Toch bemerkten de onderzoekers bij de evaluatie dat dit onderwerp geen hoge prioriteit heeft voor contactverzorgenden om hiermee te werken. Zij gaven allen aan gemotiveerd te zijn om te gaan werken met het levensverhaal, maar in de praktijk bleek, na vier weken, niet iedereen een start te hebben gemaakt. Bij onderzoekers kwam de vraag naar boven of een aantal contactverzorgenden niet sociaal wenselijk had geantwoord op de vragen over motivatie en belang van werken met het levensverhaal. Ook de waarde van vele uitspraken tijdens de evaluatie over verwachte effecten is de onderzoekers niet bekend. Een oorzaak voor het niet maken van een start werd door één van de contactverzorgenden genoemd, namelijk het feit dat de onderzoekers gedurende de implementatiefase niet in de instelling aanwezig waren en daardoor de betrokken contactverzorgenden niet persoonlijk bevroegden over de voortgang met het project. Door de reisafstand waren de onderzoekers beperkt in hun mogelijkheden om alle zes de contactverzorgenden te bezoeken op momenten dat deze werkten. De onderzoekers mailden om die reden de contactverzorgenden wekelijks over de voortgang. Een tweetal contactverzorgenden reageerde hier tegen de afspraak in niet of pas na een aantal weken op. Hierdoor konden de onderzoekers niet op tijd inspelen op problemen die zich voordeden. De onderzoekers zijn van mening dat hierin heeft meegespeeld dat zij niet binnen de organisatie werkzaam waren. De bereidheid van (actieve) deelname aan het onderzoek was mogelijk lager dan wanneer de onderzoekers een bekend gezicht waren op de afdeling. Verder vinden vanwege bezuinigingen binnen Accolade Zorggroep reorganisaties plaats. Contactverzorgenden benoemden dat, naast hun dagelijkse werk, hiervoor ook met hen de nodige interviews werden gehouden. Daarnaast vind er met regelmaat onderzoek door studenten plaats. Onderzoekers kregen door verschillende uitspraken van betrokken contactverzorgenden het idee dat een aantal van hen onderzoeksmoe was. Wel kan gesteld worden dat de betrokken contactverzorgenden zich na dit onderzoek meer bewust zijn van de waarde van het levensverhaal. Dit is een van voorwaarden voor een succesvolle implementatie (Thompson, 2011). De onderzoekers zijn na dit onderzoek overtuigd van het belang van het werken met het levensverhaal en zijn van mening dat met dit onderzoek een basis is gelegd voor de verdere implementatie van het levensverhaal. Zij hopen op een toename van werken met het levensverhaal en dat hierdoor meer belevingsgerichte zorg wordt verleend.
- In de literatuur werd benoemd dat organisaties wel graag goede belevingsgerichte zorg willen bieden, maar dat het in de praktijk lastig blijkt, doordat ze niet kunnen voldoen aan een aantal randvoorwaarden (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007). Deze genoemde randvoorwaarden, zoals tijdsdruk en personeelskrapte, werden ook als belemmering genoemd in de evaluatie van dit onderzoek.

Onderzoekers zien het belang in van het werken met het levensverhaal, maar zij begrijpen dat landelijke bezuinigingen het bieden van randvoorwaarden bemoeilijken. Echter, de onderzoekers zijn van mening dat wanneer de organisatie in haar visie aangeeft bijzondere aandacht te geven aan het levensverhaal, zij voldoende mogelijkheden moet bieden om dit in de praktijk waar te maken.

- De problemen die zorgverleners hebben ervaren tijdens dit onderzoek en benodigdheden die zij verwachten nodig te hebben om te werken met het levensverhaal, zijn zeer waarschijnlijk representatief voor de gehele populatie van zorgverleners van de betreffende afdeling. Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek kan geen uitspraak gedaan worden over de generaliseerbaarheid voor andere afdelingen binnen deze organisatie of andere organisaties. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat dit onderzoek speciaal gericht is op de gerontopsychiatrische zorgvrager.

5.4 Aanbevelingen

In deze paragraaf zullen aanbevelingen worden gedaan richting Accolade Zorggroep om het werken met het levensverhaal te bevorderen. Deze aanbevelingen vloeien voort uit de conclusies, zoals beschreven in de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk, rekening houdend met bovenstaande discussie.

5.4.1 Microniveau

Voortzetten van werken met het levensverhaal op afdeling

In de onderzoeksperiode is niet voor alle bewoners een passende vorm voor het levensverhaal gemaakt. Zowel contactverzorgenden als contactpersonen van bewoners hebben aangegeven de waarde van het project in te zien en hebben positieve verwachtingen wat betreft het beter afstemmen van de zorg op de bewoner als individu. Om die reden wordt de afdeling aanbevolen om door te gaan met het aangepaste implementatieplan, zoals te vinden in bijlage 5 van dit verslag. Aangeraden wordt, om voor de waarborging van het op deze manier werken met het levensverhaal, een verantwoordelijke op de afdeling aan te stellen die zorg draagt voor de voortgang van het proces en die beschikbaar is voor vragen. De succesverhalen van het werken met de levensverhalen kunnen gedeeld worden met de overige zorgverleners in een gezamenlijke teambijeenkomst.

Teambreed aandacht hebben voor de levensverhalen van bewoners

De succesverhalen en het enthousiasme van de zorgverleners die gewerkt hebben met het levensverhaal, dienen gebruikt te worden als motivatie voor de overige zorgverleners van het team. Er wordt aanbevolen deze overige zorgverleners te scholen op het gebied van werken met het levensverhaal, zodat zij voldoende handvatten hebben om de levensverhalen praktisch vorm te geven en te integreren in de zorg. Een mogelijkheid hiervoor is het beleggen van een instructiebijeenkomst, waarin thema's als het belang en de mogelijke vormen aan de orde komen. Eén van de contactverzorgenden die hier tijdens dit onderzoek mee heeft gewerkt, kan hierin een actieve rol krijgen. Op deze manier wordt het hele team betrokken en blijft het niet bij een beperkt aantal.

5.4.2 Mesoniveau

Beleidsmatig vastleggen van het werken met het levensverhaal

De organisatie wordt geadviseerd om een verantwoordelijke aan te stellen die het implementatieproces bewaakt en begeleidt, door dit regelmatig te evalueren met betrokken zorgverleners alsmede met contactpersonen en bewoners, om het effect van deze manier van werken in kaart te brengen. Deze verantwoordelijke brengt hiervan verslag en advies uit richting het management van de organisatie, zodat deze eventueel het beleid hierop kan aanpassen. Zo wordt voorkomen dat het levensverhaal opnieuw geen zichtbare plaats heeft in de zorgverlening.

Vervolgonderzoek naar papieren versie van het levensverhaal

Uit dit onderzoek is gebleken dat op deze afdeling het papieren levensverhaal niet van toegevoegde waarde is in de zorgverlening. Het individueel afstemmen en vormgeven van het levensverhaal werd hier gezien als vervanging van de oude manier. Aanbevolen wordt om onderzoek te doen, op andere afdelingen en bij andere doelgroepen binnen de organisatie, naar de waarde en het effect van het werken met het papieren levensverhaal in de praktijk van de zorg.

Uren beschikbaar stellen

De organisatie wordt geadviseerd uren beschikbaar te stellen, waarin zorgverleners kunnen werken met het levensverhaal. Op deze manier worden genoemde belemmeringen om hiermee te werken voorkomen en kunnen zorgverleners hiervoor structureel tijd inplannen. Zo zullen zij meer mogelijkheden zien om hiermee daadwerkelijk aan de slag te gaan.

5.4.3 Macroniveau

Vervolgonderzoek doen naar het effect van werken met het levensverhaal

Onbekend is wat de waarde van het werken met het levensverhaal voor andere doelgroepen en in andere zorgsettingen is. In de literatuur wordt met name het levensverhaal van de geriatrische zorgvrager besproken. Aanbevolen wordt om op landelijke niveau verder onderzoek te doen naar het effect van het werken met het levensverhaal binnen andere doelgroepen en naar een passende manier waarop dit praktisch uitvoerbaar is.

Bibliografie

- Accolade Zorggroep. (2013). *Woon- zorgvisie*. Opgehaald van Accolade Zorggroep: <http://www.accoladezorggroep.nl/over-accolade/>
- Accolade, Z. (2013, 01). *Informatie brochure 'De Wijngaard'*. Opgehaald van Accolade Zorggroep: http://www.accoladezorggroep.nl/media/Documenten/Locaties/Informatiebrochure_Wijngaard_en_Kuip.pdf
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek - handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Bakker, E., & van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Beers, M. (2005). *Merck Manual Medisch Handboek*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boer, G. d. (2012). *U woont nu hier, werken in de psychogeriatric*. Heerenveen: Banda.
- Bohlmeijer, E., Mies, L., & Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bureau Kwiek en Sting. (2007, Mei). <http://www.bureaukwiek.nl/>. Opgehaald van Bureau Kwiek, creatieve programma's in zorg en welzijn: <http://www.bureaukwiek.nl/files/PDF's/Sterke%20verhalen.pdf>
- Hunink, G., van der Bijl, J., Cusveller, B., Leenaarts - Gunnewijk, E., van Linge, R., & van Swieten - Duijfjes, E. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Kearney, R. (2002). *On stories*. Londen / New York: Routledge.
- Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2010). Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 1707 - 1715.
- Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus - In vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Koop-van Rijn, A. (2008, 01). *Het levensverhaal in de zorg van alle dag*. Opgehaald van HBO kennisbank: <http://kennisbank.hva.nl/document/219335>
- Manley, K., McCormack, B., & Wilson, V. (2008). *International Practice Development in Nursing and Healthcare - Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- McKeown, J., Clarke, A., & Ingleton, C. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 148-158.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

- Rycroft-Malone, J. (2004). *Research implementation: evidence, context and facilitation - the PARIHS framework*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Schoot, T., Danen - de Vries, S., Pool, J., & bij de Vaate, E. (2011). *De verpleegkundige als zorgverlener*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Thompson, R. (2011). Using life story work to enhance care. *Nursing Older People*, 16-21.
- Tromp, T. (2011). *Het verleden als uitdaging*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum Academic.
- Trueman, I., & Parker, J. (2006). Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 197 - 207.
- van Burken, P. (Onbekend). *Het toepassingen van levensverhalen binnen de gezondheidszorg*. Opgehaald van Psych-fysio opleidingen: www.psychfysio.nl/Nieuws/2_19_3.html
- van der Kruk, T., Salentijn, C., & Schuurmans, M. (2010). *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- van Leeuwen, R., & Hoekman, E. (2013, Juli). Module Afstudeerproject. *Bijlage 6: Zoekplan literatuuronderzoek*. Zwolle: Gereformeerde Hogeschool.
- van Vliet, V. (2011). *Modellen en Methodes*. Opgehaald van Scienceprogress: <http://www.scienceprogress.nl/verandering/change-management-model-lewin>
- 'Zorg voor Beter'. (2013, november 11). *Hoe werk je met een zorgleefplan?* Opgehaald van Zorg voor Beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zorgleefplan-Praktijk-Acties.html>

Bijlagen

Bijlage 1: Literatuurzoekplan

Stappen gevolgd uit module Afstudeerproject (van Leeuwen & Hoekman, 2013)

Stap 1: Formulering van de probleemstelling die ten grondslag ligt aan de literatuurstudie

"Op welke manier kan het nieuwe format van het levensverhaal worden geïmplementeerd, zodat zorgverleners van Accolade Zorggroep gemotiveerd zijn om het levensverhaal daadwerkelijk in de praktijk toe te passen en er merkbaar meer belevingsgerichte zorg verleend wordt."

Deelvragen

- De relatie van het levensverhaal met de doelgroep
- Hoe kan een zorgverlener rekening houden met het levensverhaal van een zorgvrager in de praktijk
- Het effect van het werken met het levensverhaal in de praktijk

Stap 2: Globale afbakening van het onderwerp

Periode: 1999 - 2014
Plaats: Westerse landen
Taal: Nederlands en Engels

Stap 3: Oriëntering op het onderwerp

Vaktermen:

'levensverhaal', 'gerontopsychiatrie', 'onderzoek levensverhaal'.

Auteurs:

T. Tromp, E. Bohlmeijer, L. Mies, G. Westerhof.

Vakliteratuur:

Om toegang tot betrouwbare literatuur te krijgen, wordt door de onderzoekers gebruik gemaakt van verschillende databanken, namelijk:

'VubisSmart', 'HBO-kennisbank', 'Academic search', 'Bibliotheek Noordwest Veluwe' en 'google'.

Organisaties:

Bureau Kwiek en Sting

Stap 4: Opstellen definitieve lijst zoekwoorden

'levensverhaal', 'gerontopsychiatrie', 'geriatrie levensverhaal', 'levensverhaal praktijk', 'life review', 'elderly', 'nursing', 'onderzoek levensverhaal', 'effect levensverhaal'.

Bijlage 3: Instructiebrief

Zwolle, 27 maart 2014

Betreft: Instructie implementatie 'werken met het levensverhaal'

Beste (...),

Afgelopen week hebben we een groepsinterview met jou en je collega's gehouden. Dit werd gedaan in het kader van een onderzoek naar hoe te werken met het levensverhaal in de praktijk. Uit deze groepsinterviews ontvingen wij veel informatie die bruikbaar was bij de totstandkoming van de manier waarop jullie met het levensverhaal mogen gaan werken. Via deze brief willen we jou en je collega's dan ook informeren over hoe je dit werken met het levensverhaal van bewoners kunt gaan vormgeven.

Implementatie

Om te beginnen is het de bedoeling dat je samen met de contactpersoon/contactpersonen van de aan jou toegewezen bewoner in gesprek gaat. In de bijlage van deze brief vind je een formulier 'communicatiemiddel over het leven' met daarop de punten die in dit gesprek naar voren moeten komen. Dit betreft de volgende punten:

1) *Doel*

Het is de bedoeling dat de bewoner centraal staat. Het maken van een communicatiemiddel over het leven, moet geen doel op zich zijn. Het moet van toegevoegde waarde zijn voor de bewoner.

2) *Communicatieniveau*

Sluit aan bij het niveau waarop de bewoner in staat is te communiceren.

3) *Keuze vorm*

Er zijn verschillende manieren en hulpmiddelen om het levensverhaal vorm te geven. Bijvoorbeeld:

- Geheugenkistje
- Sprekend fotoboek
- Standaard fotoboek
- Levensboek
- Rode draad
- 'Week in a life'
- Ipad

Voor een meer uitgebreide beschrijving, zie bijlage 'mogelijke communicatiemiddelen'.

Maak samen met de contactpersoon en, indien mogelijk, de bewoner een keuze uit één van bovenstaande vormen óf gebruik je eigen creativiteit. Zodra de keuze is gemaakt, vragen we je om dit per e-mail door te geven, zodat wij eventueel ondersteuning kunnen bieden bij het bestellen van de benodigde materialen. Gedurende de onderzoeksperiode bekostigt Accolade Zorggroep indien nodig deze middelen voor de betrokken onderzoekspersonen. Na deze periode én wanneer de bewoner bijvoorbeeld een eigen Ipad wil, zijn de kosten hiervan voor eigen rekening.

4) *Betrokkenen*

Benut het netwerk van de bewoner bij de totstandkoming van de gekozen vorm. Deze personen kennen de bewoner vaak al voor een langere periode.

5) *Thema's*

Verwerk thema's die relevant zijn voor het levensverhaal van deze bewoner. Gebruik hiervoor de nieuwste versie van het (ingevulde) format levensverhaal. Ook in levensboeken worden vaak al verschillende thema's opgenomen.

6) *Locatie*

Formuleer waar en wanneer dit communicatiemiddel ingezet kan worden. Dit om ervoor te zorgen dat het middel daadwerkelijk ingezet wordt. Leg dit ook vast in het zorgplan. Een mogelijkheid om dit communicatiemiddel te gebruiken is als interventie bij onrust, angst of verveling. Een andere mogelijkheid om dit te gebruiken is om in gesprek te gaan met de bewoner. Zorg ervoor dat, waar mogelijk, de bewoner zelf ook toegang heeft tot dit communicatiemiddel, zodat het ook op eigen initiatief gebruikt kan worden.

7) *Beeldaspecten*

Stem het uiterlijk van dit communicatiemiddel zo veel mogelijk af op de wensen van de bewoner. Kies samen met de contactpersoon en/of de bewoner wat bij hem past.

8) *Planning*

Leg vast welke stappen ondernomen moeten worden, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat van hen wordt verwacht en wanneer. Beschrijf concreet wat je nodig hebt om dit communicatiemiddel vorm te geven. Blijf in contact met betrokkenen om hen eventueel ondersteuning te kunnen bieden.

Betrek ook je collega's bij het proces door aan te geven waar je mee bezig bent. Vraag indien nodig om hulp van je collega's. Tijdens de zorgplan overleggen zal het communicatiemiddel geëvalueerd worden en indien nodig aangepast.

Weekplanning

Om bovenstaand plan uit te voeren, is het de bedoeling dat de volgende weekplanning aangehouden wordt:

Week 1 (28 maart – 3 april)

Benader je samenwerkingspartner om door te spreken wie het gesprek met familie doet. Neem vervolgens contact op met familie en maak in overleg een afspraak om het communicatiemiddel te bespreken. Voer dit gesprek aan de hand van het formulier zoals beschreven in de bijlage. Stuur een e-mail naar cvierhout@accoladezorggroep.nl op het moment dat je weet voor welk communicatiemiddel gekozen is. Op deze manier kunnen wij ondersteuning bieden bij een eventuele bestelling van benodigde middelen. Wanneer de formulieren door jullie zijn ingevuld, zullen wij deze formulieren bekijken om de werking van het formulier te evalueren.

Week 2 (4 april – 10 april)

Ga aan de slag met het uitvoeren van de planning zoals in week 1 besproken met contactpersonen. Blijf in contact met betrokkenen om hen eventueel ondersteuning te kunnen bieden.

Week 3 (11 april – 17 april)

Vervolg de uitvoering van de planning zoals in week 1 besproken met contactpersonen. Verwerk in het zorgplan wanneer het communicatiemiddel gebruikt kan worden. Gebruik het communicatiemiddel indien dit al mogelijk is.

Week 4 (18 april – 24 april)

Gebruik het communicatiemiddel. Neem deel aan het evaluerende groepsinterview.

We wensen je veel plezier bij het uitvoeren van dit plan. We zullen wekelijks per e-mail contact met je opnemen over de vorderingen van dit project. Wanneer je zelf vragen of opmerkingen hebt, kun je ons uiteraard te allen tijde per e-mail bereiken (cvierhout@accoladezorggroep.nl).

Met vriendelijke groet,
Linda de la Rambelje en Christine Vierhout
Studenten Gereformeerde Hogeschool

Bijlagen:

- 'Communicatiemiddel over het leven'
- Mogelijke communicatiemiddelen

Communicatiemiddel over het leven

Naam bewoner	
Afdeling	

Doel

Wat is de reden dat het communicatiemiddel gebruikt gaat worden? In welke situaties zal het communicatiemiddel gebruikt worden?

Communicatieniveau

Op welk niveau communiceert de betreffende bewoner? Op welke manier kan het beste aangesloten worden bij dit niveau?

Keuze vorm

Welke vorm past het beste bij deze bewoner? Voorbeelden: Geheugenkistje, (sprekend) fotoboek, 'rode draad', Ipad, 'week in a life', levensboek.

Betrokkenen

Welke personen kunnen betrokken worden bij de opzet? (denk aan bewoner, familie/sociaal netwerk)

Thema's

Welke thema's moeten terugkomen? (Belangrijke herinneringen, ervaringen, gebeurtenissen en persoonlijke eigenschappen). Gebruik hiervoor de nieuwste versie van het (ingevulde) format levensverhaal.

Locatie

Waar moet het communicatiemiddel ingezet worden? Thuis, in de woonkamer, dagbesteding etc.

Beeldaspecten

Waarmee moet qua vormgeving rekening gehouden worden? Denk aan beeldaspecten zoals kleur, lijn, vorm, textuur, ritme en vlak.

Planning

Welke stappen moeten ondernomen worden? Wat is daarvoor nodig?

Wie doet wat?	Wanneer?

Mogelijke communicatiemiddelen

Communicatiemiddel	Mogelijkheden	Geschikt voor...	Kosten
<i>Geheugenkistje</i>	Voorwerpen die via de zintuigen herinneringen of belevingen oproepen	Bewoners bij wie verbale en/of visuele communicatie niet of nauwelijks (meer) mogelijk is	Afhankelijk van wens en inhoud.
<i>Sprekend fotoboek</i>	Foto's met beschrijvingen ingesproken door personen die voor de cliënt vertrouwd klinken (bijvoorbeeld familie)	In principe toepasbaar voor elke bewoner, mits deze geen ernstige gehoor- en/of zichtproblemen heeft.	± € 40,00 - € 50,00 http://www.geheughulp.nl Zoeken naar: 'sprekend fotoboek'
<i>Standaard fotoboek</i>	Foto's met daarbij beschrijvingen van wat wordt afgebeeld	In principe toepasbaar voor elke bewoner, mits deze geen ernstige zichtproblemen heeft.	Afhankelijk van wens.
<i>Levensboek</i>	Beschrijving van iemands leven, met ruimte voor toevoeging van foto's	Bewoners die het fijn vinden om in gesprek te gaan over hun leven.	€ 25,00 (inclusief verzendkosten) http://www.damon.nl/ Zoeken naar: 'Levensalbum'
<i>Een rode draad</i>	Tijdslijn van iemands leven, met foto's en/of beschrijvingen van gebeurtenissen	Bewoners die veel tijd op hun eigen kamer doorbrengen en geen zichtproblemen hebben.	Afhankelijk van wens.
<i>'Week in a life'</i>	Foto's van allerlei momenten op de dag, zoals de bewoner voorheen leefde	Bewoners die zelf aan de hand van foto's over hun verleden kunnen vertellen	Afhankelijk van wens.
<i>Ipad</i>	Foto's bekijken en/of contacten met netwerk onderhouden	In principe toepasbaar voor elke bewoner, mits deze geen ernstige gehoor- en/of zichtproblemen heeft.	<i>Gedurende de onderzoeksperiode kan gebruik gemaakt worden van de Ipad van Accolade Zorggroep. Wanneer de bewoner een eigen Ipad wil, zijn de kosten hiervan voor eigen rekening.</i>

Mei 2014

Implementatie van het levensverhaal in de praktijk van de zorg

Linda de la Rambelje & Christine Vierhout

Inhoud

Inleiding	55
Locatie	56
Innovatie.....	56
Strategie	57
Implementatieplan	57
Fase I.....	57
Waarom veranderen	57
Doelen	57
Wat veranderen.....	58
Hoe veranderen.....	58
Fase II.....	58
Hoe te implementeren	58
Weekplanning.....	59
Fase III.....	59
Hoe te evalueren	59

Inleiding

Mei 2014

Voor u ligt een implementatieplan dat gemaakt is naar aanleiding van de in te voeren innovatie met betrekking tot het bevorderen van het werken met het levensverhaal van de bewoner.

Dit plan is onderdeel van een afstudeeronderzoek naar het werken met het levensverhaal.

De innovatie zal geïmplementeerd worden op twee woongroepen binnen Accolade Zorggroep.

Het doel van de organisatie om te werken met het levensverhaal verwoordt de opdrachtgever, Rita Geertsema, als volgt: *‘het doel heeft te maken met het feit dat wanneer je iemand, in een vergevorderd stadium van dementie, goed wilt begeleiden, je moet weten wie iemand was en wat zijn zelfzorggewoonten waren. Mensen ontleen hun zelfzorggewoonten aan hun levensverhaal. Het levensverhaal fungeert dan als hulpmiddel om beter te begrijpen wie er bij je komt wonen. Dit geldt voor zowel de zorgverleners als behandelaren’.*

In de zorgvisie van Accolade Zorggroep staat het volgende:

“De vraag van de bewoner is het uitgangspunt in de zorg die hij ontvangt. Hij heeft zoveel mogelijk zeggenschap over zijn eigen leven. We geven bijzondere aandacht aan het levensverhaal van de bewoner en stimuleren hem zijn leven zoals hij dat gewend was, voort te zetten. De afstemming op de wensen van de bewoner leggen we vast in een persoonlijk woonzorgplan.” (Accolade Zorggroep, 2013)

Om deze zorgvisie in het oog te houden is door Accolade Zorggroep de opdracht uitgegeven om te onderzoeken hoe dit werken met het levensverhaal het beste vormgegeven kan worden, zodat zorgverleners op de woongroepen hier zichtbaar mee werken in de praktijk van zorg.

Dit levert naar verwachting voor de bewoner een betere kwaliteit van zorg op.

In het implementatieplan zal allereerst de locatie toegelicht worden. Vervolgens wordt de te implementeren innovatie uitgewerkt, waarna beschreven wordt voor welke implementatiestrategie gekozen is. Hierna volgt het werkelijke implementatieplan, waarin gefaseerd beschreven wordt hoe de implementatie vormgegeven zal worden. Ook volgen hierin enkele aanbevelingen voor de toekomst. Als laatste zijn nog enkele bijlagen opgenomen, die de inhoud van het verslag ondersteunen.

Linda de la Rambelje

Christine Vierhout

Studenten Gereformeerde Hogeschool

Locatie

De implementatie vindt plaats op twee woongroepen binnen Accolade Zorggroep. Dit zijn beide afdelingen voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek.

De zorgverleners die betrokken worden zijn allen werkzaam als woonbegeleider en/of contactverzorgende op één van beide woongroepen.

De huidige manier van werken met het levensverhaal binnen Accolade Zorggroep is om een vragenlijst/interview af te nemen bij opname van een bewoner. Familie blijkt vaak niet meer te weten wat ze ingevuld hebben. Deze vorm is voornamelijk gericht op feiten (verzameld met behulp van derden) en niet op beleving, terwijl juist de beleving belangrijk is.

Waarmee moet je rekening houden bij deze zorgverleners m.b.t. de implementatie?

- Werkbaarheid van het communicatiemiddel, middel moet makkelijk en toegankelijk zijn.
- Duidelijke instructies
- Praktisch maken
- Contactverzorgenden staan ervoor open om ermee te werken.
- Het papieren levensverhaal betekent niet veel op dit moment, in sommige gevallen zijn de antwoorden erg summier en zeggen weinig. Het levert ook weinig op. Contactverzorgenden weten niet hoe ze de vertaalslag moeten maken om ermee in de praktijk te werken.
- Structureel tijd vastzetten voor het werken met het levensverhaal.
- Contact met mantelzorgers is voor het grootste gedeelte functioneel.

Innovatie

De in te voeren innovatie houdt het volgende in:

De contactverzorgende gaat met contactpersonen en, indien mogelijk, met de bewoner op zoek naar een middel om het levensverhaal vorm te geven. De contactverzorgende maakt hierbij gebruik van het formulier 'communicatiemiddel over het leven'. Dit formulier is in bijlage 3 te vinden.

Op dit formulier zijn de volgende punten terug te vinden:

- 1) Doel
Wat is de reden dat het communicatiemiddel gebruikt gaat worden? In welke situaties zal het communicatiemiddel gebruikt worden?
- 2) Communicatieniveau
Op welk niveau communiceert de betreffende bewoner? Op welke manier kan het beste aangesloten worden bij dit niveau?
- 3) Keuze vorm
Welke vorm past het beste bij deze bewoner?
Voorbeelden:
 - *Geheugenkistje* met daarin voorwerpen die via de zintuigen herinneringen of belevingen oproepen
 - *Sprekend fotoboek* met stemmen die voor de cliënt vertrouwd klinken (bijvoorbeeld ingesproken door familie)
 - *Een rode draad*, tijdlijn van iemands leven (hoeft niet chronologisch)
 - *Ipad* (contacten met netwerk onderhouden)
 - *Standaard fotoboeken*
 - *Project: 'week in a life'* (Foto's maken van allerlei momenten op de dag)
 - *Levensboek*
- 4) Betrokkenen
Welke personen kunnen betrokken worden bij de opzet? (denk aan familie/sociaal netwerk)
Is het mogelijk voor de bewoner om hier zelf een rol in te spelen?
- 5) Thema's

Welke thema's moeten terugkomen? (belangrijke herinneringen, ervaringen, gebeurtenissen en persoonlijke eigenschappen) Gebruik hiervoor de nieuwste versie van het (ingevulde) format levensverhaal.

6) Locatie

Waar moet het communicatiemiddel ingezet worden? Thuis, in de woonkamer, dagbesteding etc.

7) Beeldaspecten

Waarmee moet qua vormgeving rekening gehouden worden? Denk aan beeldaspecten zoals kleur, lijn, vorm, textuur, ritme en vlak.

8) Planning

*Welke stappen moeten ondernomen worden? Wat is daarvoor nodig?
Wie doet wat en wanneer?*

Wanneer bovenstaande planning is uitgevoerd, kan het communicatiemiddel ingezet worden. De momenten waarop hier gebruik van gemaakt kan worden, worden verwerkt als onderdeel in het zorgplan. Tijdens de zorgplan overleggen zal het communicatiemiddel geëvalueerd worden en indien nodig aangepast.

Strategie

Als strategie voor deze implementatie is gekozen voor het 3-fasen model van Lewin (van Vliet, 2011) Dit is een model dat uit de volgende fasen bestaat:

Fase 1: Unfreeze (ontdooifase), hierin realiseren mensen dat er iets gaat veranderen en kunnen zij daar weerstand tegen bieden. Het is belangrijk om dan openheid en uitleg te bieden. Ook is het goed om zorgverleners al in deze fase bij het veranderingsproces te betrekken.

Fase 2: Change (veranderfase), belangrijk dat de verandering in korte tijd wordt doorgevoerd. Hoe langer het duurt, hoe meer zorgverleners geneigd zijn weer terug te vallen in hun oude gewoonten en rituelen.

Fase 3: Refreeze (beklijffase), borgen van de verandering, zorgen dat zorgverleners niet terugvallen in oude gewoonten, evalueren en bijsturen.

Voor dit model is gekozen vanwege het onderzoeksmethode. Vanaf begin tot het eind worden zorgverleners betrokken bij het project en de totstandkoming van de implementatie. Mede door deze manier wordt gezorgd voor waarborging van de innovatie.

Implementatieplan

Fase I

Waarom veranderen

Bij het bespreken van de onderzoeksopdracht gaf de opdrachtgever aan dat in de praktijk op de woongroepen niet bekend was hoe er gewerkt kon worden met het levensverhaal.

Het levensverhaal staat centraal bij het aansluiten op de wensen van de bewoner. Om dit in de praktijk te realiseren, zal zichtbaar gewerkt moeten worden met het levensverhaal.

Om zorgverleners in de praktijk te laten werken met het levensverhaal zal bovenstaande innovatie geïmplementeerd gaan worden.

Doelen

Doel van deze implementatie is dat zorgverleners van de twee woongroepen het belang inzien om het levensverhaal toe te passen in de zorg voor de bewoner. Dat houdt in dat zorgverleners in de praktijk zichtbaar, voor bewoner en familie, rekening houden met het levensverhaal van de bewoner. Dit levert naar verwachting een betere kwaliteit van zorg op.

Wat veranderen

De zorgverleners zijn zichtbaar bezig met het levensverhaal van de betrokken bewoners. De zorgverleners zullen hiervoor actief met het levensverhaal aan de slag gaan om het zodoende een plaats in de praktijk van zorg te geven.

Hoe veranderen

Tijdens het proces wordt samengewerkt in tweetallen. De taakverdeling komt tot stand na onderling overleg en evaluatiemomenten. Deze overleggen vinden plaats op momenten dat beide personen aan het werk zijn, tijdens de wisseling van de dienst of voor/na teamoverleggen. Wanneer deze momenten lastig te creëren zijn, wordt gekeken naar andere mogelijkheden, bijvoorbeeld door te overleggen per e-mail. Ook overige collega's kunnen betrokken worden in het proces, door hen duidelijke taken te geven.

De contactverzorgende gaat met contactpersonen en, indien mogelijk, met de bewoner op zoek naar een middel om het levensverhaal vorm te geven. De contactverzorgende maakt hierbij gebruik van het formulier 'communicatiemiddel over het leven'. Zij heeft structureel tijd nodig om dit te kunnen uitvoeren. Deze tijd wordt beschikbaar gesteld door de teamleider, deze zorgt voor voldoende bezetting op de woongroepen op de momenten dat de contactverzorgende het levensverhaal vormgeeft. Dit formulier is in bijlage 3 te vinden.

Op dit formulier zijn de volgende punten terug te vinden:

- 1) Doel
- 2) Communicatieniveau
- 3) Keuze vorm
- 4) Betrokkenen
- 5) Thema's
- 6) Locatie
- 7) Beeldaspecten
- 8) Planning

Wanneer bovenstaande planning is uitgevoerd, kan het communicatiemiddel ingezet worden. De momenten waarop hier gebruik van gemaakt kan worden, worden verwerkt als onderdeel in het zorgplan. Tijdens de zorgplan overleggen zal het communicatiemiddel geëvalueerd worden en indien nodig aangepast.

Fase II

Hoe te implementeren

De organisatie stelt een persoon verantwoordelijk voor de implementatie en de evaluatie van het op de nieuwe manier werken met het levensverhaal. Deze verantwoordelijke zal instructies geven aan zorgverleners die deze nog niet hebben ontvangen. Tijdens deze instructie zal benadrukt worden dat er bij deze implementatie, behalve bij de eerste contactverzorgenden, ook een rol is weggelegd voor de overige zorgverleners op de woongroepen.

Weekplanning

Week 1 en 2

Benader je samenwerkingspartner om door te spreken wie het gesprek met familie doet. Neem vervolgens contact op met familie en maak in overleg een afspraak om het communicatiemiddel te bespreken. Voer dit gesprek aan de hand van het formulier zoals beschreven in de bijlage. Stel de verantwoordelijke van het werken met het levensverhaal op de hoogte van je gekozen communicatiemiddel. Op deze manier kan zij ondersteuning bieden bij een eventuele bestelling van benodigde middelen.

Week 3 en 4

Ga aan de slag met het uitvoeren van de planning zoals in week 1 besproken met contactpersonen. Blijf in contact met betrokkenen om hen eventueel ondersteuning te kunnen bieden.

Week 5 en 6

Vervolg de uitvoering van de planning zoals in week 1 besproken met contactpersonen. Verwerk in het zorgplan wanneer het communicatiemiddel gebruikt kan worden. Gebruik het communicatiemiddel vanaf het moment dat dit mogelijk is.

Zowel op de afdeling als buiten de afdeling is een verantwoordelijke voor het werken met het levensverhaal. Heb je vragen of kom je ergens niet uit, neem dan contact met één van hen op. Op die manier kunnen zij tijdig reageren op mogelijke problemen die zich voordoen.

Fase III

Hoe te evalueren

Tijdens de evaluatiemomenten over het werken met en het effect van het op deze manier werken met het levensverhaal, maakt de verantwoordelijke gebruik van het gehouden onderzoek. Hierin staan punten uit de literatuur waarop geëvalueerd kan worden. Bijvoorbeeld: 'het beter begrijpen van het gedrag van de bewoner', 'beter kunnen inspelen op veranderingen in de situatie van de bewoner', 'verbetering in de communicatie en vertrouwensband tussen zorgverleners en familieleden', 'toegenomen waardering +voor de bewoner' en 'veranderde eigen houding en attitude'. Daarnaast wordt ook de praktische kant van de implementatie geëvalueerd: 'werkbaarheid', 'kunnen zij de link tussen het heden en het verleden van de bewoner leggen', 'lukt het om andere zorgverleners mee te nemen in het proces' en is er de ruimte voor het delen van ervaringen en geven van feedback.

Bijlage 6: Gespreksverslagen instellingen

In de gesprekken met andere instellingen, werden de volgende vragen gesteld:

- Op welke manier wordt er met het levensverhaal gewerkt?
- Hoe wordt dit levensverhaal in kaart gebracht?
- Hoe wordt de informatie uit het levensverhaal in de praktijk van de zorg geïntegreerd?
- Hoe wordt familie hierbij betrokken?
- Op welke manier wordt ervoor gezorgd dat het levensverhaal actueel blijft?

Viattence

Locatie De Speulbrink, afdeling de Luchte
Brunholdplaats 5
8171 VA VAASSEN
Tel. 0578 - 57 84 00

Op het moment dat een bewoner in beeld komt bij het zorgkantoor, wordt de vragenlijst over het levensverhaal opgestuurd. Dat gebeurt dus al voor opname. Op het moment dat de bewoner opgenomen wordt, heeft de EVV'er dit verhaal al binnen en in het ECD gezet. De EVV'er gaat vervolgens in gesprek met bewoner en familie, met het ingevulde formulier levensverhaal als uitgangspunt en vraagt daarop verder. Ook naar specifieke gewoonten en gebruiken die in de zorg toepasbaar zijn. Dit is de basis voor het zorgleefplan. Op deze manier wordt het levensverhaal geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Familie wordt betrokken, doordat zij vaak al voor de dementerende zorgden. De EVV'er vraagt dan welke zorg zij zelf in handen willen houden, of ze daarin iets willen veranderen en hoe ze dit voor zich zien. Deze aanvulling op het levensverhaal wordt vervolgens verwerkt in het ECD. Dit ECD is voor alle medewerkers toegankelijk en zij kunnen hierin allen wijzigingen aanbrengen. Zo blijft het een dynamisch geheel. Er wordt aangegeven dat het van groot belang is dat familie het nut inziet van het werken met het levensverhaal. Op het moment dat familie dit niet inziet, zal er weinig in het ingevulde levensverhaal staan. Je bent afhankelijk van familie. Op de vraag hoe daarmee dan omgegaan wordt, werd verteld dat daar dan een taak voor de EVV'er ligt om toch in gesprek te gaan met familie.

Verpleeghuis Bergweide

Voskuilenweg 12
6461 AK Heerlen
Tel. 045 - 5741515

Hier wordt gewerkt met een 'karakteristiek' waarin het levensverhaal is opgenomen. Niet alleen het levensverhaal, ook praktische dingen zoals uiterlijk, participatie, wat iemand lekker vindt of niet lust, gewoonten zijn hierin te vinden. Dit wordt gebruikt als basis voor het zorgplan. Door het zorgplan uit te voeren in de praktijk, wordt op deze manier het levensverhaal geïntegreerd in de zorg voor de cliënt. Het levensverhaal wordt vaak door de zorgcoördinator of door de geestelijk verzorger met de familie en indien mogelijk met de cliënt opgenomen. Familie wordt betrokken door ze uit te nodigen voor het MDO. In het MDO wordt de familie gevraagd om het levensverhaal kort te vertellen. Vaak worden dan feiten verteld en vragen de disciplines door om van daaruit gedetailleerdere informatie te krijgen die ze kunnen gebruiken in de zorgverlening. Naarmate er meerdere MDO's volgen, wordt familie gevraagd of zij aanvullingen/aanpassingen hebben wat betreft het levensverhaal of het karakteristiek en wordt eventueel het zorgplan naar aanleiding daarvan aangepast.

Frion

Govert Flinckstraat 31
8021 ET Zwolle
Tel. 038 - 4671000

In gesprek met gedragsdeskundige ouderen en met een medewerker die het gebied de cliëntencommunicatie heeft. Zij benoemden dat het belangrijk is om in kaart te brengen wat het doel van de organisatie is om te werken met het levensverhaal. De huidige vorm van het levensverhaal lijkt niet bruikbaar voor de cliënt. Het is voornamelijk gericht op feiten (verzameld met behulp van derden) en niet op beleving, terwijl juist de beleving belangrijk is.

"Herkenning is mooi, maar de beleving van feitelijke informatie gaat voor (...) veel van het welbevinden hangt af van de omgeving." Harmke Bodewitz

Wanneer je wilt gaan werken met het levensverhaal, zorg dan dat het doel hiervan voor iedereen duidelijk is. Licht toe, of laat de ander toelichten waarom dit nodig is. Kies een vorm van 'het levensverhaal' die bij de cliënt past. Zorg (bij voorkeur) voor iets wat tastbaar is voor de cliënt. Kijk (indien nodig met behulp van de logopedist – ComVoor) naar het communicatieniveau van de bewoner: wat sluit hierbij aan? Als iemand zich bijvoorbeeld in het laatste stadium van dementie bevindt, zal meer bereikt worden wanneer reactie op zintuigelijk niveau wordt uitgelokt.

Voorbeelden:

- Geheugenkistje met daarin voorwerpen die via de zintuigen herinneringen of belevingen oproepen
- Sprekend fotoboek met stemmen die voor de cliënt vertrouwd klinken (bijvoorbeeld ingesproken door familie)
- Een rode draad, tijdlijn van iemands leven (hoeft niet chronologisch)
- Ipad (contacten met netwerk onderhouden)
- Standaard fotoboeken
- 'Week in a life' (Foto's maken van allerlei momenten op de dag)
- Levensboek

Per cliënt kunnen thema's die belangrijk waren in zijn/haar leven verwerkt worden in de gekozen vorm. Het is belangrijk om te kijken wie er het beste betrokken kan worden bij het tot stand komen van deze vorm. De familie is hiervoor vaak de aangewezen persoon, maar dit kan per situatie verschillen. Wanneer er problemen bij de cliënt optreden, is het belangrijk om hier niet alleen als team een oplossing voor te zoeken, maar ook de familie erbij te betrekken. Ook is het van belang om niet voor iemand in te vullen wat voor betekenis een bepaalde gebeurtenis voor iemand gehad heeft. Let in een organisatie op beheersmatig werken versus verleidingswerken. En sluit aan bij problemen die de zorgverlening ervaart. Hoe kun je ingang creëren bij een cliënt? Waar wordt deze blij van?