



Foto: Theo van Pelt

PARTNERS IN ZORG DRAAIBOEK

C. KLINGEMAN, C. NIJHUIS, J. DE LANGE



Connie Klingeman
Carolien Nijhuis
Jacomine de Lange

PARTNERS IN ZORG DRAAIBOEK

EEN METHODE TER VERBETERING
VAN DE COMMUNICATIE TUSSEN
FAMILIELEDEN EN VERZORGENDEN
IN EEN VERPLEEG- OF VERZOR-
GINGSHUIS VOOR BEWONERS
MET DEMENTIE

Kenniskring Transitie in Zorg van de Hogeschool
Rotterdam en Argos Zorggroep regio Nieuwe Water-
weg Noord

PARTNERS IN ZORG
DRAAI/BOEK

PARTNERS IN ZORG *DRAAIBOEK*

EEN METHODE TER VERBETERING
VAN DE COMMUNICATIE TUSSEN
FAMILIELEDEN EN VERZORGENDEN
IN EEN VERPLEEG- OF VERZOR-
GINGSHUIS VOOR BEWONERS
MET DEMENTIE



HOGESCHOOL ROTTERDAM

KENNISKRING
TRANSITIES IN ZORG

Argos *Zorg*groep

Deze uitgave is een product van de samenwerking
tussen Kenniskring Transitie in Zorg van de Hogeschool
Rotterdam en Argos Zorggroep regio Nieuwe Waterweg
Noord © april 2007

Connie Klingeman
Carolien Nijhuis
Jacomine de Lange

Voorwoord	6
Inleiding	8
Een proeftuin voor school en praktijk	9
Unit 1	9
Literatuuroriëntatie	10
Methode	14
Actieonderzoek	15
Participatie	16
Reflectie	18
Opzet van het ‘Soendaproject’	20
Methodiek om de communicatie tussen verzorgenden en familieleden te verbeteren	22
Fase 1: Probleemoriëntatie	23
Fase 2: Creëren van een onderzoekende houding	28
Fase 3: Bewustwording	38
Fase 4: Creëren van een leercultuur	42
Fase 5: Consolideren en groeien	46
Geraadpleegde literatuur	51
Bijlage: Toolkit	53
Brief aan familieleden	54
Toestemming voor deelname aan onderzoek	55
Uitnodiging bijeenkomst voorlopige bevindingen	56
Analyseschema na een observatiedag	57
Minisymposium	58
Presentatietips (poster)	59
Colofon	60

PARTNERS IN ZORG

VOORWOORD

“Ik vind het niet kunnen dat zij zelf thee gaat zetten. Stel je voor dat er een dochter van een andere bewoner komt en die gaat ook thee zetten. Dan is het hek van de dam, natuurlijk.”

“Er is weinig contact. Ik ben moe en raak gedeprimeerd door de omgeving. Ik heb trek in koffie en ga daarom naar huis.”

Twee citaten. Het eerste van een verzorgende en het tweede van een familielid. Twee mensen die elkaar regelmatig tegenkomen op een verpleeg-unit voor bewoners met dementie. Beiden hebben wensen en verwachtingen, maar blijken ze niet van elkaar te kennen. In zorgcentrum Soenda nam het wederzijdse onbegrip tussen familie en het verzorgende personeel toe. Het leidde tot misverstanden en een gespannen sfeer op de verpleegunit. Familie klaagde bij het management over de bejegening van het werden. De medewerkers vertelden dat ze op hun tenen liepen en niet wisten hoe zij met kritische familieleden moesten omgaan. Ze probeerden hen zoveel mogelijk te mijden. Ook met hulp van een psycholoog lukte het niet de communicatie met familie te verbeteren. Er was geen sprake meer van vertrouwen in elkaar, eerder wantrouwen.

Om uit deze impasse te komen, startten de Kenniskring Transitie in Zorg van de Hogeschool Rotterdam en Argos Zorggroep begin 2005 een onderzoek. Dat voerden we uit met alle betrokkenen op unit 1 van zorgcentrum Soenda in Vlaardingen.

Over onze werkwijze zijn we zo enthousiast dat we die graag met u willen delen. In dit draaiboek willen we inzicht geven in de wijze waarop wij vanuit een onderzoeksaanpak hebben geprobeerd een praktijk-situatie te verbeteren. Omdat verbeteren niet vanzelf gaat hebben we dat op diverse onderdelen wat uitgebreider beschreven. We hebben dit gedaan zodat een brede groep belangstellenden, zoals studenten, managers en verzorgenden, eruit kunnen halen wat voor hen van toepassing is. De keuze laten we aan de lezer.

We zijn benieuwd naar uw reacties.

**Connie Klingeman, Jacomine de Lange,
Carolien Nijhuis**

PARTNERS IN ZORG

INLEIDING

Dit draaiboek is bedoeld voor managers, teamleiders en zorgcoördinatoren in verpleeg- en verzorgingshuizen die zich afvragen hoe medewerkers en familie beter kunnen samenwerken. Hoe kunnen ze als 'partners in de zorg' samen zorgen voor kwetsbare ouderen met dementie, voor ouderen die zo afhankelijk zijn van andere mensen. In dit draaiboek geven we handvatten en beschrijven we de methodiek die op de werkvloer van een verpleegafdeling in een verzorgingshuis ontwikkeld is.

We presenteren deze methodiek aan de hand van het project Soenda.

We starten dit draaiboek met de aanleiding waarom we als school en praktijkveld zijn gaan samenwerken. Daarna volgt een beeld van de verpleegafdeling en belichten we aan de hand van een beknopte literatuurstudie de achtergronden van de beschreven problematiek.

Een proeftuin voor school en praktijk

Op en ochtend in het najaar van 2004 hadden wij, docent/ onderzoeker van de kenniskring Transitie in Zorg en manager zorg en wonen van Zorgcentrum Soenda een gesprek. De docent wilde graag meer betrokken zijn bij de praktijk en de manager had een situatie die verbeterd moest worden. De kiem van een samenwerkingsproject was gelegd. Er werd een convenant gesloten tussen Argos Zorggroep, waar zorgcentrum Soenda een onderdeel van is, en de Kenniskring Transitie in Zorg. Met deze unieke samenwerkingsovereenkomst besloten de praktijk van de ouderenzorg en de Kenniskring om samen onderzoeksprojecten te doen. Er werden drie doelen nagestreefd:

- Proeftuin voor kenniscirculatie tussen Kenniskring en Zorggroep
- Inzicht vergroten in transitieprocessen
- Ontwikkelen van *best practices* in de ouderenzorg

Het project waarmee we startten, noemden we 'Partners in Zorg?' met een vraagteken, omdat we wilden uitzoeken hoe familie en medewerkers kunnen samenwerken op een verpleegafdeling voor mensen met dementie.

Aanleiding

De aanleiding voor dit project was het bezoek van de inspectie voor de Gezondheidszorg en klachten van familie aan de klachtencommissie. Er kwam aan het licht dat de communicatie tussen zorgverleners en familie van bewoners niet goed verliep. Een aantal familieleden vond dat er te weinig aandacht was voor de behoeften van hun moeder of vader. Zij hadden weinig vertrouwen in de zorgverleners. De zorgverleners vonden dat ze alle zorg gaven die volgens afspraak gegeven moest worden. Zij wilden wel op een andere manier met familie omgaan, maar wisten niet hoe. De relatie tussen familie die kritiek uitte en zorgverleners was zeer gespannen, vooral op unit 1, een groep voor begeleidingsbehoevende bewoners.

Beschrijving van unit 1

Zorgcentrum Soenda is relatief klein, er wonen negentig mensen. Het gebouw uit 1994 ligt in een woonwijk dichtbij het oude centrum. Soenda heeft een verpleegafdeling, die bestaat uit drie units voor ieder tien bewoners met dementie, gedifferentieerd naar begeleiding, verzorging en verpleging en is een gesloten afdeling op de 1e etage. Unit 1 waar vooral begeleiding gegeven wordt, deed mee met het onderzoek. Iedere unit heeft een huiskamer met een zithoek, twee eettafels en een klein keukenblok. De huiskamer van unit 1 staat in open verbinding met een gang waaraan slaapkamers liggen en met een hal waar de andere twee units op uitkomen en drie werkkamers van het personeel. Acht bewoners

slapen op tweepersoonsslaapkamers, waar ruimte is voor een eigen stoel of een klein kastje. Twee bewoners hebben een eigen slaapkamer. Op de verpleegafdeling werken 33 medewerkers in de functie van zorgcoördinator, verpleegkundige, verzorgende IG, verzorgende, helpende, leerling-verzorgende en -helpende, gastvrouw, activiteiten-begeleider, servicemedewerker en vrijwilliger, allen onder leiding van een teamhoofd. Daarnaast werken er behandelaars: een verpleeghuisarts, medewerkers van de paramedische dienst, creatief- en muziektherapeuten, en ook een maatschappelijk werker, een psycholoog en een geestelijk verzorger. De behandelaars werken voor meerdere locaties van Argos Zorggroep.

De bewoners van unit 1 zijn voor het grootste deel van de dag in elkaars nabijheid. Ze zitten in de huiskamer, volgen een therapie of nemen deel aan een activiteit die meestal in een aparte ruimte plaatsvindt. In de huiskamer heeft iedereen een vaste plek. Twee bewoners zitten in een eigen aangepaste rolstoel, de anderen kunnen zelfstandig of met een rollator lopen. Na de maaltijden gaan de meeste bewoners in een kring rond de salontafel zitten, enkelen blijven aan de eettafel bij het raam. Bezoek neemt hun familielid meestal mee naar de recreatieruimte op de begane grond. Soms blijft familie in de huiskamer. Zo komt een dochter dagelijks bij de broodmaaltijd en is een partner vaker in de huiskamer dan in de recreatieruimte. Er zijn ook familieleden die met hun moeder of vader op de slaapkamer gaan zitten. Iedere bewoner heeft een zorgplan met afgeleide deelplannen voor zorg, welzijn en therapie. Er wordt gewerkt volgens het model Dynamische Systeem Analyse (DSA), wat betekent dat het gedrag van de oudere wordt gezien vanuit zeven verschillende dimensies met als doel beter inzicht krijgen in de

problemen van de patiënt (Bakker, 1997). De inhoudelijke verantwoordelijke voor het zorgplan is de arts. De zorgcoördinator is contactpersoon voor de familie. Op unit 1 werkt één zorgcoördinator. Zij nodigt de familie uit voor een gesprek over het zorgplan. Het eerste gesprek is zes weken na de opname, daarna twee keer per jaar. De zorgplanbespreking vindt in het multidisciplinair overleg (MDO) plaats, waar de zorgcoördinator de voorzitter is. De verpleegafdeling organiseert jaarlijks twee familiecontactavonden. Eén keer per jaar is er voor familieleden van overleden bewoners een 'Gedachtenisbijeenkomst'. Deze bijeenkomst wordt geleid door de geestelijk verzorger samen met de zorgcoördinatoren.

Literatuuriëntatie

We hebben een literatuurstudie gedaan naar de rol van familie in het verpleeghuis, en specifiek gezocht naar publicaties over de communicatie tussen familie en verzorgenden. Wat als eerste opviel is dat de opname in het verpleeghuis een crisis teweeg kan brengen. Het is een transitie.

Transitie

Een keerpunt in de levensloop of in de (patiënten)-carrière (De Lange en Van Staa, 2003) wordt wel transitie genoemd. Het brengt een omslag teweeg in het leven van mensen. Zo kent de mens meerdere transities, zoals bijvoorbeeld de overgang van middelbare school naar werk of het huwelijk. Het is een tijdelijk proces waarin betekenisvolle veranderingen plaatsvinden. De overgang naar het verpleeghuis kan ook gezien worden als een transitie. De overgang van het leven thuis naar het verpleeghuis is groot. Het geeft onzekerheid en veroorzaakt stress niet alleen bij de cliënt, maar ook bij familie. Zo blijkt de dag van opname voor veel familieleden een moeilijke dag, een dag die zij niet meer vergeten. Zij realiseren

zich dat de dementerende nooit uit het verpleeghuis zal komen en er zal sterven (De Lange, 1994). Uit onderzoek blijkt dat familie vaak tegenstrijdige gevoelens ervaart bij de opname van hun partner of ouder (Van 't Leven et al., 2004). Enerzijds gevoelens van opluchting vanwege fysieke verlichting, anderzijds gevoelens van machteloosheid en controleverlies, van schuld, verdriet, het gevoel te falen, en zich gedwongen voelen een negatieve keuze te maken. Het is een periode van emotionele verwarring (Kellett, 1999; Ryan & Hugh, 2000). Manieren voor familieleden om een goede transitie door te maken zijn (Kellett, 1999):

- een legitieme reden vinden voor de overplaatsing die gesteund wordt door anderen (ook professionals);
- begrip en steun zoeken om een nieuwe rol te vinden in de nieuwe situatie;
- praten met personeel over de waardevolle bijdragen die familie kunnen leveren.

Voor hulpverleners is het van belang dat zij zich verplaatsen in de situatie van de persoon in deze overgangsfase en familieleden niet alleen te zien als bezoekers. Morée (2004) benadrukt om in gesprekken met familie tijdens de opnameperiode ruimte te bieden voor twijfels, ambivalente gevoelens en de behoefte om afscheid te nemen van de oude situatie.

Communicatie tussen familie en verzorgenden

Naar communicatie tussen familie en zorgverleners van verpleeghuizen wordt al langer onderzoek gedaan. Zo schreef De Lange (1994) naar aanleiding van onderzoeksresultaten een boekje voor familieleden. Hierin komt naar voren dat zorgverleners en familieleden op een verschillende manier kijken naar een zorgsituatie. Door de andere posities en belangen tussen familieleden en verzorgenden zijn

er verschillende verwachtingen en kan er wederzijds onbegrip zijn. Ook kunnen er onuitgesproken conflicten zijn. Hertzberg & Ekman (2000) laten zien hoe oppervlakkig de communicatie tussen familie en verzorgenden is, wederzijdse feedback wordt zelden gegeven. Familieleden durven vaak geen kritiek te uiten omdat ze bang zijn dat dit een negatief effect zal hebben op hun dierbare. In een onderzoek van Finnema e.a. (2001) vindt meer dan 30% van de contactpersonen dat ze niet adequaat zijn geïnformeerd over wat er met hun familielid gebeurd is en wordt 38% niet meer voor een gesprek uitgenodigd na de opname. De familieleden vinden dat ze regelmatig als buitenstaanders behandeld worden. In het onderzoek van Keesom e.a. (2004) komt naar voren dat familieleden weinig overleg hebben met verzorgenden over wat ze kunnen en willen doen, terwijl ze daar dikwijls wel behoefte aan hebben. Looman e.a. (2002) onderzochten het perspectief van verzorgenden en stelden vast dat familie positief beoordeeld wordt als ze dankbaarheid tonen, vertrouwen in en respect voor de verzorgenden tonen, en hen als individu benaderen. Ook positief zijn familieleden die aandacht en zorg tonen voor 'hun' bewoner. Negatief vinden zij familieleden die geen respect tonen voor de verzorgenden, geen begrip hebben voor hun werklust en vanuit schuldgevoel klachten uiten over de zorg, geen reëel beeld hebben van de ziekte van hun dierbare en familieleden die weinig bezorgd zijn om 'hun' bewoner.

Rol van familie in het verpleeghuis

Vanuit een beleavingsgerichte zorgvisie is de relatie tussen familie en de professionele zorgverleners van belang. Grypdonck (2000) legt een verband tussen de zin van het bestaan en het onderhouden van relaties. Zij geeft aan dat familieleden zich in verpleeghuizen ondersteund moeten voelen opdat dat

invloed heeft op de kwaliteit van leven van de opgenomen oudere. Zo moeten professionals familieleden de vrijheid en ruimte geven om voor de bewoner te kunnen doen wat ze willen. Een van de zeven kenmerken van belevingsgerichte zorg is 'identiteit benadrukken' (De Lange, 2005). Om achter het karakteristieke van de dementerende te komen, zijn gesprekken met familieleden van wezenlijk belang. Zij kunnen de belangrijke gebeurtenissen uit iemands levensloop vertellen en zijn op de hoogte van de wensen en gewoonten van de dementerende. Samengevat is de rol van familie bij een belevingsgerichte visie

- medezorgverlener die de kwaliteit van leven van de bewoner verhoogt,
 - zorgvrager, die ondersteuning nodig heeft,
 - informatiebron voor het personeel.
- Boise & White (2004) noemen vijf rollen van familie en gaan uit van cliëntgerichte zorg:
1. informatiebron voor het personeel om de persoonlijke voorkeuren en behoeften van de bewoners te kunnen begrijpen;
 2. lid van het sociale netwerk van de bewoner en de verbinding tussen de bewoner en de samenleving;
 3. directe zorgverlener, bijvoorbeeld helpen met eten en deelnemen aan activiteiten;
 4. lid van het zorgteam, wat inhoudt helpen bij het zoeken naar oplossingen voor gedragsproblemen van bewoners; helpen bij de inrichting van de cliëntgerichte zorgverlening en bij het organiseren van de zorg; ook bouwen ze een band op met het verpleeghuispersoneel;
 5. belangenbehartiger, ze willen er zeker van zijn dat hun dierbaren de zorg ontvangen die ze wensen.

Morée (2004) geeft de noodzaak en de complexiteit aan van een bondgenootschap tussen mantelzorgers en beroepskrachten. De complexiteit in die

relatie wordt veroorzaakt door de ongelijkwaardige relatie en omdat de mantelzorger twee gezichten heeft, aan de ene kant zorgverlener, aan de andere kant (door de zwaarte van de taak) ook een mogelijke zorgvrager. Keesom e.a. (2004) spreken over familie­zorg en vinden dat verpleeg- en verzorgingshuizen hierover beleid moeten formuleren, zodat zorgende familieleden van begin af weten waar zij op kunnen rekenen. Als bouwstenen worden genoemd: contact onderhouden met familie, overleg over hun aandeel in de zorg, praktische en zo nodig psychosociale ondersteuning. Kellett (1999) geeft aan dat het belangrijk is om familie te zien als partners in de zorg. In publicaties zijn goede voorbeelden te vinden van de invulling van dit partnerschap. Het varieert van intake procedures, begeleidingsmodellen, het opstellen van een 'Family and Staff Partnership Agreement' tot scholingsprogramma's en workshops voor familieleden en verzorgenden samen (Pillemer e.a., 1998; 2003; Gladstone & Wexler, 2000; Specht e.a., 2000).

Door de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is er meer sprake van een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en hulpverlener. Voor bewoners met psychogeriatrische problematiek in een verpleeghuis treedt een vertegenwoordiger op namens de bewoner en deze heeft in principe dezelfde rechten als de patiënt zelf.

Geconcludeerd kan worden dat familieleden van mensen met dementie een belangrijke positie zouden moeten innemen in het verpleeghuis. Enerzijds zijn zij de informatiebron en belangenbehartiger van de patiënt, anderzijds zijn zij medezorgverlener, maar ook zorgvrager. Familieleden blijken niet alleen behoefte te hebben aan de wettelijk verplichte informatie, maar ook aan psychosociale en praktische ondersteuning. Duidelijk is dat de overgang van huis

naar het verpleeghuis ook voor familieleden ingrijpend is. Om de rol van medezorgverlener vorm te kunnen geven is het van belang dat medewerkers met familieleden een samenwerkingsrelatie opbouwen. Afspraken over wat familieleden kunnen en willen doen, blijken niet vaak gemaakt te worden.

HOOFDSTUK 1

METHODE

In dit hoofdstuk beschrijven wij de theoretische achtergrond van de gevolgde methodiek om tot verbetering van de samenwerking te komen.

We hebben gekozen voor actieonderzoek met de fasen van het ‘probleem oplossingsmodel’ als kader en met de twee basisprincipes: participatie en reflectie.

Actieonderzoek, wat bedoelen we er mee?

Actieonderzoek wordt ook wel handelingsonderzoek genoemd. Het uitgangspunt is het verbeteren van het handelen in nauwe samenwerking met betrokkenen. De samenwerking tussen de onderzoeker en de onderzochte is intensief. Boog (2002) omschrijft het doel als volgt: “Het gaat om twee dingen:

- nieuwe kennis ontwikkelen in de zin van weten waarom men in bepaalde situaties is vastgelopen;
- uitzoeken hoe nieuw, beter handelen kan worden geleerd door het ontwerp van alternatieve handelingsscenario's en het uittesten daarvan in de praktijk.

Handelingsonderzoek is eigenlijk pas af wanneer is vastgesteld dat het handelingsvermogen van de onderzochten en hun handelingsrepertoire zijn verbeterd.” Actieonderzoek is dus een combinatie van onderzoek en interventie in de praktijk, en daar weer van leren. Met deze methode leveren alle betrokken partijen een bijdrage aan de oplossing van het probleem en leren ze met en van elkaar. Actieonderzoek kan ook gezien worden als begeleid zelfonderzoek. Begeleid betekent dat een projectleider (onderzoeker) een voorstel maakt voor de organisatie van het onderzoek en het zelfonderzoek van de onderzochten superviseert (Boog, e.a., 2005).

Het ‘probleem oplossingsmodel’ dat we hierbij hanteren bestaat uit vijf fasen. Elke fase wordt afgesloten met een overzicht van behaalde resultaten, actiepunten en een evaluatie.

Tabel 1.
Fasen in het ‘probleem oplossingsmodel’

Fasen	Kenmerken
0-fase	Aanleiding
Fase 1	Oriëntatie
Fase 2	Ontwerp
Fase 3	Oefenfase, implementeren
Fase 4	Evaluatie en beleidsmatige verankering

In het ‘probleem oplossingsmodel’ is de leercyclus, zoals die door Lewin – een van de grondleggers van actieonderzoek – is beschreven, te herkennen. Deze leercyclus omvat een analyse van de (handelings)situatie, planning van een andere manier van handelen, actie en evaluatie. Lewin tekent de leercyclus als een spiraal waarmee hij aangeeft dat deze meerdere malen doorlopen kan worden.

In publicaties over ‘de lerende organisatie’ wordt actieonderzoek als een goede vorm voor leren gezien: het bevordert het leren op de werkplek.

Poell (2005) toont voorbeelden waarin de methodiek richting geeft aan het organiseren van leerprojecten in een organisatie. De leeractiviteiten in een groep vinden plaats rondom een centraal probleem of thema dat voor het werk relevant is, bijvoorbeeld de invoering van een nieuwe werkmethode, een recente ontwikkeling in het vakgebied, het werken aan een oplossing voor terugkerende klachten van klanten.

In een publicatie uit Australië laten Chenoweth & Kilstoff (1998) zien hoe door actieonderzoek de houding van verzorgenden en familieleden positief verandert bij de invoering van een nieuwe therapie voor mensen met dementie op een multiculturele dagbehandeling. De democratische besluitvorming en de samenwerking tussen de mantelzorgers en de professionele verzorgenden vergrootte hun empowerment. Niet alleen over het groepsproces waren de deelnemers tevreden, maar ook de nieuwe therapievorm (massage met aroma's) bleek positieve resultaten op te leveren.

Bij actieonderzoek hanteren we twee basisprincipes: participatie (deelnemen, meedoen) en reflectie (stilstaan bij waar je mee bezig bent).

Participatie

Bij actieonderzoek werken de onderzoekers en de onderzochten samen naast elkaar actief mee aan het onderzoek. Hierbij staat de dialoog tussen alle betrokkenen centraal, evenals wederzijdse openheid en respect, het vermijden van hiërarchische onderzoeksrelaties, en het vergroten van de empowerment van de doelgroep (Van den Ende & Jacobs, 2005). Dat goede communicatie met elkaar hierbij een absolute voorwaarde is, is vanzelfsprekend.

Maar wat bedoelen we eigenlijk met participatie? Een gangbare indeling is die van Pretty (1995). In de participatieladder (tabel 2) worden zeven niveaus onderscheiden: van geen inbreng van de deelnemers tot zelfsturing of zelfmobilisatie. Deze ladder is een hulpmiddel om beslissingen te kunnen nemen over het wenselijke participatieniveau van de deelnemers aan het project. Bij actieonderzoek moet immers antwoord gegeven worden op vragen als: hoe verloopt het besluitvormingsproces en wat zijn de verantwoordelijkheden van de betrokken partners in het onderzoek. Of: door welk niveau van participeren krijgen de betrokkenen meer inzicht in het probleem en voelen ze zich gesterkt (empowerment) om zelf te experimenteren met oplossingen.

Vaak wordt in de ontwerpfase van het actieonderzoek aan deelnemers gevraagd medeonderzoekers te worden. In die fase is een hoog participatieniveau wenselijk.

Tabel 2.
De participatieladder toegepast op ‘Partners in Zorg’, naar Pretty (1995)

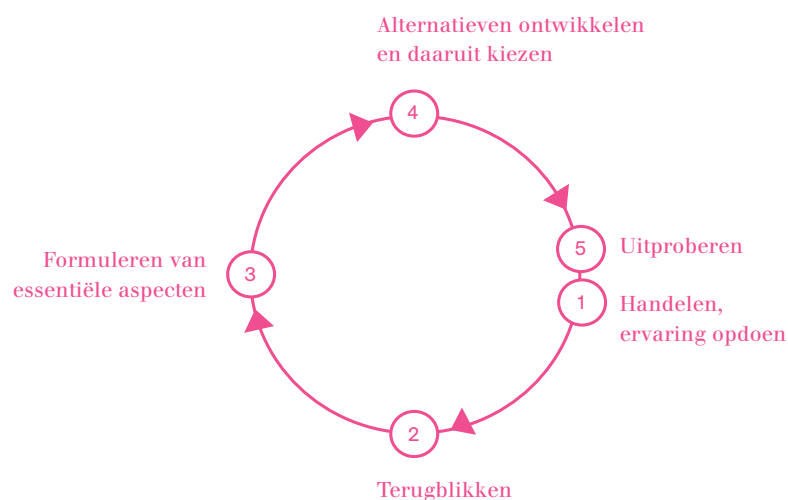
Niveaus	Soorten participatie	Kenmerken
Niveau 6	Zelfmobilisatie	Projectleiders/ onderzoekers staan op de achtergrond in het programma. Familie en zorgverleners maken onafhankelijke keuzes, leggen hun eigen contacten en hebben volledige controle over planning en implementatie van activiteiten.
Niveau 5	Interactieve participatie	Familie en zorgverleners zijn betrokken in een ‘partnership’ met projectleiders/ onderzoekers in planning en implementatie van activiteiten. Besluiten worden gezamenlijk genomen en familie en zorgverleners leveren hulpbronnen aan. Er is sprake van delen van kennis om nieuwe inzichten te creëren.
Niveau 4	Functionele participatie	Familie en zorgverleners zijn actief betrokken in de ontwikkeling van programma’s en activiteiten en in de besluitvorming. Taken worden toegewezen aan leden uit de doelgroep, al dan niet met een beloning of prikkel om deze uit te voeren. De controle en (uiteindelijke) verantwoordelijkheid voor het proces en de uitkomsten ligt bij projectleiders/ onderzoekers.
Niveau 3	Participatie via consultatie	De mening, behoeften of veranderingswensen van (representatieve) leden van de doelgroep (familie, bewoners en zorgverleners) worden gevraagd en er wordt gehandeld naar hun visie als de projectleiders/ onderzoekers dat nodig achten. De besluitvorming ligt bij de projectleiders.
Niveau 2	Participatie via informatie	Familie, bewoners en zorgverleners worden geïnformeerd over het actieonderzoeksproject en de activiteiten en worden betrokken via het stellen en beantwoorden van vragen.
Niveau 1	Passieve participatie	Projectleiders/ onderzoekers hebben volledige controle over het actieonderzoeksproject, de planning en organisatie van activiteiten, het leggen van contacten en zijn verantwoordelijk voor de financiering. Familie, bewoners en zorgverleners worden geïnformeerd over het project.
Niveau 0	Geen participatie	Familie, bewoners en zorgverleners worden niet geïnformeerd over het project, alleen over de activiteiten waar ze bij betrokken zijn.

Reflectie

Het tweede basisprincipe van actieonderzoek is reflectie. Reflecteren is terugdenken en overzien, stilstaan bij en nadenken over jezelf, je gedrag of een activiteit of situatie. Reflecteren over je eigen handelen betekent terugblikken op je praktijkervaringen. Het staat tegenover de routinehandeling die zonder nadenken uitgevoerd wordt. Het doel van reflecteren is te komen tot een ander handelen dat beter op zijn plaats is of meer effect heeft. Korthagen e.a. (blz. 84, 2002) omschrijven het als volgt: "Iemand reflecteert als hij probeert een ervaring, probleem of bestaande kennis of inzichten te structureren (op een rijtje te zetten) of te herstructureren." Hiervoor is een bewuste kritische houding ten opzichte van de situatie nodig.

Korthagen onderscheidt vijf fasen die daarbij doorlopen worden (figuur 1). Na het opdoen van praktijkervaring, fase 1, die zowel positief als negatief kan zijn, staat in fase 2 het terugblikken naar die ervaring centraal, van belang is dat algemene indrukken zo concreet mogelijk gemaakt worden. Fase 3 is gericht op het analyseren van de ervaring, het onderscheiden van belangrijke onderdelen van een situatie en het zoeken naar samenhang. In fase 4 wordt vooruitgeblikt, er worden alternatieven ontwikkeld voor toekomstige situaties, waarna deze in fase 5 worden uitgetoetst. Om vervolgens de cyclus opnieuw te starten met het opdoen van ervaring, zodat er gesproken kan worden van een spiraal.

Figuur 1.
Spiraalmodel voor reflectie. (Korthagen e.a., 2002)



In literatuur over leren in organisaties spreekt men van 'single-loop' en 'double-loop learning' (Argyris, 1976).

Bij 'single-loop' (enkelvoudig leren) wordt teruggekoppeld naar de bestaande kaders, naar regels en procedures. Het gaat om vragen als: Is alles gelopen zoals bedoeld? Welke inspanningen hebben het meeste bijgedragen aan het behalen van de resultaten? Wat kunnen we de volgende keer anders doen?

Bij 'double-loop' (dubbelslag leren) wordt kritisch gekeken naar de bestaande kaders en de onderliggende waarden en aannames. Het vereist dat deelnemers zelf keuzes maken en bestaande kaders, dominante waarden of vanzelfsprekendheden ter discussie stellen en testen. Vragen die daarbij aan de orde komen zijn: Kloppen de veronderstellingen wel? Wat zijn de aannames geweest bij het opstellen van de doelen?

Bij een andere vorm van reflectie gaat het om vragen die theoretische veronderstellingen expliciet maken (Wierdsma, 1999; in Boog, e.a., 2005).

Als we in de zorg praten over normen en waarden, hebben we het al snel over ethische kwesties of morele dilemma's. Voorbeelden van vragen zijn: Wat doen we als mensen met dementie eten en drinken weigeren? Hoe sturend is de dagindeling van bewoners? Waar ligt de grens tussen wat familieleden wel en niet mogen doen in de zorg op een verpleegafdeling? Hoe gaan we om met het evenwicht tussen betrokkenheid en professionele distantie? Vragen die betrekking hebben op de alledaagse zorg en waarin conflicterende waarden en normen op de voorgrond staan. Verkerk e.a (2004) vinden dat professionaliteit te maken heeft met het verantwoorden van keuzes en beslissingen in situaties zoals hierboven genoemd. Een professional moet kunnen vertellen hoe je tot bepaald handelen komt.

Het leerproces van de deelnemers staat bij actieonderzoek vooral centraal in de fase 'oefenen en implementeren'. Nieuwe handelingen of acties worden geoefend in de praktijk, waarna de praktijkervaringen onder woorden worden gebracht, zowel de feitelijke gebeurtenis, als gedachten, gevoelens, opvattingen en overtuigingen. De ervaringen worden met elkaar uitgewisseld en bediscussieerd. Dit is tegelijkertijd een leerproces en een bewustwordingsproces.

Opzet van het 'Soendaproject'

Zoals uit het meer theoretische vorige hoofdstuk blijkt, is actieonderzoek een vorm van onderzoek om antwoorden te vinden op praktische vraagstukken. Actieonderzoek wordt uitgevoerd met of door personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de gestelde onderzoeksvraag en de te veranderende situatie. Het is ook een vorm van onderzoek waarbij het leren centraal staat. Deze combinatie van praktijkonderzoek en leren zijn de aanleiding voor ons om te willen experimenteren met dit type onderzoek. Daarom hebben we voor deze aanpak gekozen.

In het project Soenda was de onderzoeksvraag:

Hoe kan de communicatie tussen familieleden van bewoners met dementie en zorgverleners verbeterd worden en hoe kunnen beiden elkaar zien als partners in de zorg voor het opgenomen familielid.

In tabel 3 staan de kenmerken en de doelen van het project Soenda. Ook worden per fase de activiteiten genoemd die we uitgevoerd hebben. Deze zijn gaande het project geconcretiseerd. Na iedere fase werd een besluit genomen over de invulling van de volgende fase.

Hoe zag de structuur van het project eruit?

De projectstructuur bestaat uit een stuurgroep, twee projectleiders en de betrokkenen: bewoners, familieleden en personeel van unit 1.

De stuurgroep heeft de wetenschappelijke en logistieke verantwoordelijkheid. Deze stuurgroep bestaat uit de lector Kenniskring Transitie in Zorg, de directeur van Argos Zorggroep en twee projectleiders. De externe projectleider is onderzoeker bij de kenniskring en docent verpleegkunde aan de hogeschool, de interne projectleider is manager Zorg en Wonen van Soenda. De beide projectleiders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het project. De externe projectleider gaf vooral sturing aan het onderzoek en de interne projectleider bewaakte de voortgang en zorgde voor randvoorwaardelijke faciliteiten.

In fase 2 en 3 leverden twee Hbo-studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) een bijdrage in het kader van de afstudeerfase van hun studie. In fase 3 werd een werkgroep ingesteld die vanaf die tijd de motor van het project was. De werkgroep bestond uit zes betrokkenen. Zij deden onderzoek, maakten actieplannen, voerden verbeteracties uit en reflecteerden op hun ervaringen en de resultaten. De werkgroepleden hebben de volgende functies: vertegenwoordiger van de cliëntenraad, vertegenwoordiger van de familieleden, servicemedewerker, activiteitenbegeleider, zorgcoördinator en teamleider van unit 1.

Bij de start woonden er op unit 1 zeven vrouwen en drie mannen.

De familieleden, die in fase 1 en 2 in het project participeerden waren acht dochters, een echtgenote, een zoon en twee partners van dochters.

Het project is opgezet volgens de eerder genoemde fasen van het actieonderzoek:

Tabel 3.
Fasen van actieonderzoek, project Soenda 2005

<i>Fasen vlg Problem Solving (Boog, e.a. 2005)</i>	<i>Fasen actieonderzoek 'Partners in Zorg'</i>	<i>Doel</i>	<i>Activiteiten</i>	<i>Tijdsduur in maanden</i>
Fase 1 Aanleiding	'Probleem oriëntatie'	– Voorlopige probleem-analyse – Communicatie over het project met alle betrokkenen	– Kennismaking en oriëntatie – Literatuuronderzoek – Communicatieplan – Onderzoeksopzet – Evaluatie	2
Fase 2 Oriëntatie	'Creëren van een onderzoekende houding'	– Inzicht in ervaringen van bewoners, familie en zorgverleners – Inzicht in perspectiefverschillen	– Participerende observatie – Logboek familieleden – Interviews met familieleden en zorgverleners – Data-analyse – Discussiebijeenkomsten – Membercheck – Evaluatie	5
Fase 3 Ontwerp	'Bewustwording'	– Actieplannen ter verbetering van de communicatie	– Samenstellen werkgroep – Werkwijze vaststellen – Actieplannen maken	1
Fase 4 Oefenfase, implementeren	'Creëren van een leercultuur'	– Inzicht in het communicatieproces vergroten	– Werkgroepbijeenkomsten – Verbeteracties uitvoeren – Reflecteren	5
Fase 5 Evaluatie en beleidsmatige verankering	'Consolideren en groeien'	– Ontwikkelen van competenties en structurele voorwaarden voor beleidsmatige verankering	– Literatuuronderzoek – Rapportage – Presentaties intern en extern – Partners in Zorgbeleid ontwikkelen – Draaiboek van methodiek	5

HOOFDSTUK 2

METHODIEK OM DE COMMUNICATIE TUSSEN VERZORGENDEN EN FAMILIELEDEN TE VERBETEREN

In dit hoofdstuk wordt per fase aangegeven hoe er is gewerkt. Er wordt eerst een kort overzicht van de doelen en activiteiten, zoals ze genoemd staan in tabel 3 beschreven. Daarna wordt verteld wat iedere activiteit inhoudt en wordt deze vervolgens toegelicht met de resultaten en problemen die wij tegenkwamen in het Soendaproject.

Fase 1

Aanleiding: 'Probleemoriëntatie'

Doelen

- Voorlopige probleemanalyse
- Communicatie over het project met alle betrokkenen

Activiteiten: Wie

- Aanleiding en start van project:
Initiatiefnemers
- Kennismaking en oriëntatie:
Externe projectleider
- Communicatieplan opstellen:
Projectleiders en teamhoofd
- Onderzoeksvoorstel maken: Externe projectleider
- Evaluatie: Projectleiders en betrokkenen



Aanleiding en start van project

Om een project te starten is het van belang dat er een probleem is dat de moeite waard is om grondig aan te pakken. Vaak is een probleemsituatie onduidelijk en kunnen de betrokkenen niet precies benoemen wat er aan de hand is en waar de schoen wringt.

Het opzetten van een projectstructuur is de eerste stap die gedaan moet worden. Het benoemen van een externe onderzoeker, het aanwijzen van een interne contactpersoon, en de benoeming van een projectleider of het samenstellen van een interne onderzoeksgroep is in deze fase belangrijk voorwerk (Boog e.a, 2005).

In ons project waren de klachten van familieleden die bij het management binnenkwamen de aanleiding. De manager Zorg en Wonen was de initiatiefnemer voor het starten van het project. Het personeel van de verpleegafdeling en de bewoners en familieleden waren natuurlijk de rechtstreekse betrokkenen. In deze fase is er een convenant tussen de Kenniskring en de Zorggroep gesloten, er is een stuurgroep ingesteld en er zijn twee projectleiders voor ieder een halve dag per week benoemd (zie ook projectstructuur pagina 20). De externe projectleider is onderzoeker bij de Kenniskring Transitie in Zorg, de interne projectleider is de manager Zorg en Wonen. Het voordeel van twee projectleiders uit twee verschillende organisaties is dat beiden vanuit een verschillend perspectief naar het project kijken. Vaak wordt een externe projectleider aangetrokken voor de uitvoering van een onderzoek en beslist de organisatie wat het doet met de resultaten. In onze situatie was er door het gedeelde projectleiderschap vanaf het begin betrokkenheid en participatie op managementniveau. Beiden projectleiders voelden zich verantwoordelijk voor het gezamenlijke doel: het verbeteren van de communicatie tussen familie en verzorgenden. Toch bleek er al snel een accentverschil te zijn, voor de externe projectleider stond het ontwikkelen en vastleggen van het onderzoeksproces voorop en voor de interne projectleider was het resultaat het belangrijkste. Het verschil in belang was een voordeel en leverde discussievragen op, bijvoorbeeld gericht op het proces: Hoe gaan we over het project communiceren? Welke functionaris kan ons daarbij helpen? Is er geld voor het aanschaffen van middelen? Wat is de visie op zorg in Soenda? Zijn er 'ongeschreven' regels? Gericht op de uitkomsten: Wat is er concreet tot nu toe bereikt? Welke competenties heeft het personeel nodig en welke beleidsveranderingen zijn er nodig om problemen in de toekomst te voorkomen?

Kennismaking en oriëntatie

De externe projectleider (of onderzoeker) maakt kennis met de omgeving waar het probleem speelt. Dit kan gedaan worden door gesprekken met sleutelfiguren, door observeren, een bijeenkomst bijwonen of documenten

bekijken. Het is belangrijk om je te realiseren dat er een samenwerkingsrelatie opgebouwd moet worden. De eerste kennismaking kan de toon zetten voor het verdere verloop. Het doel is om een beeld te krijgen van de omgeving waar het probleem speelt, de verwachtingen die er van het project zijn en hoe er gekeken wordt naar de problematiek. Het gaat om een eerste indruk.

Met de bewoners is kennisgemaakt door drie keer een half uur in de huiskamer te gaan zitten en een praatje aan te knopen. Met vijf sleutelfiguren zijn gesprekken gevoerd: het teamhoofd, de verpleeghuisarts, de zorgcoördinator van unit 1, een verzorgende, en een activiteitenbegeleider. De vragen die centraal stonden waren: Hoe wordt er gekeken naar de communicatieproblemen tussen familieleden en personeel? Wat zijn de verwachtingen van het project?

De eerste indruk van de onderzoeker was dat er met wantrouwen naar het project werd gekeken. De geïnterviewde verzorgenden gaven korte antwoorden. Ze vonden dat er veel aandacht was voor familie die klachten heeft. Deze familieleden zagen ze als complexe familie, die een verwerkingsprobleem heeft of een problematische gezinssituatie. Ze voelden zich gecontroleerd door deze familieleden en vonden dat de kritiek vaak over kleine dingen ging. Uit de gesprekken bleek dat er nauwelijks handvatten zijn om invulling te geven aan de relatie zorgverlener en familie, behalve het halfjaarlijkse multidisciplinaire overleg (MDO) met de familie. Dit overleg werd door het personeel als zeer waardevol ervaren.

Voor de familie was er een avondbijeenkomst over het project van ongeveer anderhalf uur. Het doel was kennismaken met elkaar en informatie geven over het project. Behalve familieleden waren aanwezig: het teamhoofd, de zorgcoördinator, de projectleiders en een student. De interne projectleider leidde de bijeenkomst. Toolkit 1 is de brief die we gestuurd hebben aan de familie.

Het initiatief voor het onderzoek werd zeer op prijs gesteld, de familieleden wilden graag meewerken. Tijdens de bijeenkomst bleek er ook behoefte te zijn aan het uitwisselen van ervaringen. Er kwamen ervaringen naar boven die de aanwezigen met elkaar deelden. Vooral de eerste periode van de opname bleek erg ingrijpend te zijn, zoals de twijfels en het verdriet bij het opruimen van de kamer of het huis van moeder. Vragen als: zeg je dat het huis leeg is of zeg je dat niet. Een familielid vertelde dat de opname via een ziekenhuis verliep. Dat ging volgens haar veel te snel, haar moeder heeft geen afscheid kunnen nemen van haar eigen huis en nog maanden naar haar huissleutel gezocht. Er werden ook humoristische anekdotes uitgewisseld. De informatiebijeenkomst werd afgesloten met het tekenen van toestemming voor deelname aan het onderzoeksproject (*informed consent*, toolkit 2).

Communicatieplan opstellen

Bij een project waarin veel mensen participeren, is het van belang dat de communicatie over het project goed verloopt. Een projectnaam die de kern van het project weergeeft heeft voordelen, zo gaven we ons project de naam Partners in Zorg? Alleen al de titel lokte vragen en discussie uit en later in het project bleek het een goede vraag te zijn om elkaar op de hoogte te stellen van de stand van zaken.

Hulpmiddel

Wat moet er in het communicatieplan?

- Een naam voor het project
- Een logo voor het project
- Betrokkenen van onderzoek als eerste informeren
Voorbeeld: Bewoners, familie, personeel.
- Wie moeten buiten betrokkenen geïnformeerd worden?
Voorbeeld: Cliëntenraad, managers van andere locaties.
- Welke bestaande informatiebronnen zijn er?
Voorbeeld: Personeelsblad, nieuwsbrief, website, intranet, e-mail, *shared file* op de pc voor personeel van de afdeling.
- Welke mogelijkheden zijn er om mensen te informeren?
Voorbeeld: Schriftelijk, mondeling, digitaal. In een individueel gesprek, informatiebijeenkomsten per doelgroep of een voor alle betrokkenen tegelijk.
- Van wie is toestemming of instemming nodig?
Voorbeeld: *Informed consent procedure* opstellen voor familie.
- Personeel om medewerking vragen (brief naar huisadres).
- Een verantwoordelijke voor de informatieverspreiding aanstellen.

Onderzoeksvoorstel maken

Aan het eind van fase 1 wordt een onderzoeksvoorstel gemaakt. Dit kan gezien worden als een praatpapier om te bespreken met de stuurgroep en met andere betrokkenen. In het onderzoeksvoorstel wordt de algemene vraagstelling uitgewerkt in subvragen en staat vermeld welke onderzoeksmethode gekozen is. Die methode moet passen bij de vraagstelling, wat wil je weten en waarom. Hoe je het precies gaat onderzoeken hangt ook van praktische zaken af, wat is mogelijk en wat kan niet. Als je wil begrijpen hoe mensen kijken naar een situatie, kies je meestal voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Boeije (2005) geeft de volgende omschrijving: “In kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren.”

Voor meer informatie over kwalitatief onderzoek verwijzen we naar het boek van Boeije, getiteld ‘Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen.’

Evaluatie

Bij een evaluatie wordt teruggekeken naar de afgelopen periode.

Vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- Wat was ons doel?
- Wat waren de verwachtingen?
- Wat heeft de fase opgeleverd?
- Welke problemen kwamen we tegen?
- Welke actiepunten nemen we mee naar de volgende fase?
- Is er voldoende vertrouwen bij iedereen?

In de literatuur over actieonderzoek wordt benadrukt dat de start erg belangrijk is omdat vertrouwen en betrokkenheid van participanten nodig is. Op een zorgvuldige manier inzicht krijgen in elkaars mogelijkheden, wensen en behoeften is van belang, schrijven Chenoweth en Kilstoff (1998). Ook Davies e.a. (2002) stellen dat het belangrijk is dat alle deelnemers zich gewaardeerde leden van het team voelen. Zij concluderen dat direct contact een schat aan informatie en enthousiaste reacties oplevert in tegenstelling tot schriftelijke vragenlijsten en dat de waarde van positieve feedback niet onderschat moet worden.

Problemen die wij in deze fase tegenkwamen waren:

De uitnodiging voor een informatieve bijeenkomst over het project riep bij een aantal familieleden vragen op. Aanvankelijk schrokken ze en dachten dat er van hen verzorgende activiteiten verwacht werden omdat je in de media zo vaak hoort dat er tekorten zijn in de zorg. De informatie en kennismakingsbijeenkomst voor familie is twee keer gehouden in de hoop dat we iedereen zouden bereiken. Dat was niet het geval, er zijn acht van de tien familieleden geweest. Een gelijke inzet qua tijd voor beide projectleiders hebben we niet gerealiseerd. Al snel bleek dat een halve dag per week voor een manager moeilijk in te plannen was. In deze fase was de tijdsinvestering voor de externe projectleider ongeveer een dag per week.

Actiepunten voor de volgende fase

Uit de eerste fase kwam naar voren dat het belangrijk is om allereerst aandacht te besteden aan het winnen van het vertrouwen van de verzorgenden. De externe projectleider en het teamhoofd besluiten om in de volgende fase individuele interviews van ongeveer een half uur te houden met zo veel mogelijk medewerkers van de verpleegunit, zodat iedereen zich serieus genomen voelt.

Het teamhoofd licht het team zorgverleners in over de afspraken die gemaakt zijn voor de volgende fase. Het dienstrooster van het personeel en de beschikbare tijden van de interviewers zullen bepalen wie er geïnterviewd wordt. Het teamhoofd zorgt dat er een rustige ruimte beschikbaar is voor het afnemen van interviews.

Fase 2

Oriëntatie: ‘Creëren van een onderzoekende houding’

Doelen

- Inzicht in ervaringen van bewoners, familie en verzorgenden
- Inzicht in perspectiefverschillen
- Vertrouwen krijgen in het project
- Begrip voor elkaar krijgen

Activiteiten: Wie

- Participerende observatie:
Externe projectleider en betrokkene(n)
- Logboek bijhouden: Familieleden
- Interviews met familieleden:
Externe projectleider en betrokkene(n)
- Interviews met zorgverleners:
Externe projectleider en betrokkene(n)
- Data-analyse: Externe projectleider en betrokkene(n)
- Discussiebijeenkomsten, tevens *membercheck*: Projectleiders en betrokkenen
- Evaluatie: Projectleiders en betrokkenen



Participerende observatie

Een geschikte methode om inzicht te krijgen in de beleving van bewoners met dementie is participerende observatie. De onderzoeker kijkt toe terwijl anderen dingen doen, doet mee met activiteiten van bewoners, verleent een beetje hulp of leest documenten en voert gesprekjes. Een onderzoeker observeert niet alleen wat er gebeurt, maar ook wat er niet gebeurt, bijvoorbeeld dat iemand niet reageert, of geen oogcontact maakt. Door te kijken, luisteren, voelen en mee te doen probeert de onderzoeker zich in te leven in de bewoner (De Lange, e.a. 1999; 2004). Van die observatiesituaties moeten aantekeningen gemaakt worden, want alles wat niet beschreven staat, gaat verloren voor het onderzoek. Aantekeningen moeten beschrijvend, concreet en gedetailleerd zijn en informatie geven over de onderzoeksvraag. Een hulpmiddel bij het schrijven is om kort na een observatie in gedachten ‘de film’ terug te spoelen. Schrijf de gebeurtenissen zo letterlijk mogelijk op in volgorde waarin ze plaats hebben. Interpretaties of opmerkingen van de onderzoeker worden ook meteen genoteerd, maar onderscheiden van de beschrijvingen door ze van een teken te voorzien: (I) voor interpretatie, (M) voor methodologische en (T) voor theoretische opmerkingen. Observatiesituaties zijn bijvoorbeeld gebeurtenissen tijdens de maaltijd, in een therapiegroep, tijdens het samen huishoudelijk werk doen, een wandelingetje buiten maken, of tijdens het helpen bij het aankleden en eten. Andere voorbeelden om deel te nemen aan activiteiten zijn: in de huiskamer zitten en praten over een gebeurtenis, of over een beeld dat op televisie te zien is of foto's bekijken. Observeer ook hoe bewoners reageren als er familie op bezoek komt en weggaat. Vraag je – in deze over het algemeen korte ontmoetingen – af hoe de bewoner de situatie op dat moment beleeft. Je kunt ook dienstdoende zorgverleners betrekken bij je observaties door bijvoorbeeld na afloop kort te bespreken wat opgevallen is. Door de cognitieve beperkingen van mensen met dementie is een interview afnemen niet goed mogelijk, wel zijn korte gesprekjes van ongeveer 10 minuten mogelijk. Bij de gesprekjes is de centrale vraag: Hoe vindt u de kwaliteit van leven op dit moment? Een soortgelijke vraag is: Wat is voor u een goed leven? Een gesprek kan ook aangegaan worden door een woord op een kaart te schrijven en daar een gesprekje over aan te knopen. Woorden die daarvoor gebruikt kunnen worden, zijn: bezoek, tevreden, eenzaam, gelukkig, bezigheid. Er zijn natuurlijk meer creatieve vormen mogelijk. Het is aan te raden om als onderzoeker of projectleider samen met dienstdoende zorgverleners een vorm te bedenken. Wij hebben op tien verschillende dagen deelgenomen aan situaties die een half uur tot anderhalf uur duurden. Zo zaten we een aantal keren in de huiskamer in de kring van bewoners, hebben we aan tafel gezeten bij het ontbijt en bij de middagmaaltijd, spraken we met een bewoner op een bankje in de hal, deden we mee met muziektherapie en met een balspel, bekeken foto's in de slaapkamer, en heeft één van ons een wandeling gemaakt met een bewoner. Tijdens deze activiteiten observeerden wij en

stelden vragen. Toolkit 4 is een analyseschema, een hulpmiddel om na een dag observeren je eerste gedachten vast te leggen.

Voorbeelden van verslaglegging van de participerende observatie uit onze casus:

Tijdens een wandeling met de onderzoeker groette mevrouw X de mensen en vooral de kleine kinderen die ze tegenkwam. Ze was blij dat zoveel mensen haar kenden. Drie kleuters lieten zien hoe goed ze konden fietsen en steppen. Zij boog zich naar een van de kinderen toe, streekte hem op de rug en gaf complimentjes.

Tijdens een gesprek in de huiskamer met acht bewoners over het onderwerp ‘wat is voor u een goed leven’, vertelden bewoners dat ze zich vervelen. Zij willen graag meer ondernemen. Met elkaar kwamen ze op allerlei ideeën waar ze naartoe zouden willen gaan. Zo wilde meneer Y graag iets gaan kopen. Hij vindt het jammer dat hij niets meer van zichzelf heeft en zei daarover: “Alles is van mij afgenomen, ik ben achtergelaten met een portemonnee met een paar centen erin.” Mevrouw Z zei dat ze iets zinnigs zou willen doen: “Ik wil wel haken, maar ik heb geen ideeën. Ik weet niet goed meer hoe het moet.”

De bewoners hebben tijdens gesprekken in de kring vaste zitplaatsen. Ook aan de eettafel in de huiskamer hebben ze een vaste plaats.

Ze lijken gehecht te zijn aan hun plaats, want geen van de bewoners gaat op eigen initiatief ergens anders zitten. Als wij een andere stoel aanbieden, dan wordt die afgewezen.

Logboek bijhouden

Familieleden kunnen een logboek bijhouden over de ervaringen die ze hebben als ze op bezoek komen. De onderzoeksvragen zijn: Wat vinden ze van het contact met de zorgverleners en wat vinden ze van de zorg op dat moment. In vergelijking met het afnemen van een interview, heeft het bijhouden van een logboek voordelen. Meerdere familieleden van een bewoner kunnen hun ervaringen anoniem noteren, de huidige situatie en recente ervaringen staan centraal, en als laatste het kost de onderzoeker weinig tijd.

Aan de familie is gevraagd om drie weken hun ervaringen op te schrijven na ieder bezoek aan hun moeder, vader of partner. Er zijn gerichte vragen geformuleerd, niet teveel omdat we ons bewust zijn dat niet iedereen gewend is ervaringen op papier te zetten. We hebben aan iedere familie-vertegenwoordiger die een logboek wilde bijhouden een schrift uitgereikt. Op de eerste bladzijde stonden als handleiding drie typen hoofdvragen. Vragen over verwachtingen, over feitelijke gegevens en reflectieve vragen:

1. Vooraf aan het bezoek:

Wat verwacht/ wens ik van de zorgverlener(s) bij mijn bezoek aan mijn partner, moeder, vader?

2. Feitelijke ontmoeting met zorgverlener(s) tijdens het bezoek:

Wie startte het contact? Waarover ging het contact? Hoe eindigde het contact? Hoeveel contacten/ gesprekken heb ik gehad tijdens mijn bezoek? Met hoeveel zorgverleners? Hoe was de zorg tijdens mijn bezoek en wat vond ik daarvan?

3. Evaluatie:

Hoe vond ik het contact met de zorgverlener(s)? Voelde ik me op mijn gemak? Wat kwam overeen met mijn verwachtingen? Waar was ik verbaasd over?

Drie fragmenten uit drie logboeken:

‘Ze hebben juist koffie of thee gedronken. Toch zie ik na een poosje dat moeder een droge mond krijgt, want dan spreekt ze lastiger, alsof de lippen aan haar tanden plakken. Dan sta ik altijd in dubio, mag ik water uit de koelkast gebruiken of niet, ik voel me dan toch een indringer.’

‘Ik verwachtte dat ik te horen kreeg hoe het met mijn moeder ging. Er was één verzorgende aanwezig, maar er is geen contact geweest met de verzorgende, wel met de bewoners. Daarom was het toch nog gezellig. Jammer dat je zo weinig de gelegenheid hebt om met verzorgenden over je moeder te spreken.’

‘Ik kwam binnen en een verzorgster wilde net met mijn vader naar de WC gaan. We hebben even staan praten over zijn verschooning en hoe het ging. Daarna heb ik hem meegenomen en zelf verschoond, zodat zij een andere bewoner van de WC kon halen. Later vroeg ze nog of hij erg nat was en dat was zo, dus hebben we afgesproken dat hij vaker verschoond zou worden. Ook vond ik een slip-over die helemaal verknald was omdat die te heet gewassen was. Dat heb ik de verzorgster verteld en gezegd dat ik die voortaan maar weer zelf was net als zijn sokken. De sfeer vind ik goed.’

Interviews met familieleden

Familieleden die liever geen logboek willen bijhouden, kunnen geïnterviewd worden. Bij ieder interview is het van belang dat je van tevoren vaststelt wat je wilt vragen. Het belangrijkste criterium om interviews van elkaar te onderscheiden is de mate van structurering vooraf. Hoe meer structurering vooraf, hoe meer de interviewer de richting bepaalt (Emans, 2003).

De structurering vooraf betreft:

- de inhoud van de vragen
- de formulering
- de volgorde van de vragen
- de antwoordkeuze

Wij hebben gekozen voor het halfgestructureerde interview. Dat wil zeggen dat we vooraf vragen hebben opgesteld die in ieder geval aan bod moeten

komen. Het moeten open vragen zijn, er kan geen ja of nee op geantwoord worden. De volgorde hangt af van het verloop van het gesprek. De interviewer vraagt door totdat hij of zij tevreden is met de antwoorden. De interviewer vraagt naar voorbeelden en laat de geïnterviewde zijn verhaal afmaken. Bij sommige antwoorden kan langer stil gestaan worden als de geïnterviewde daar veel ervaring mee heeft of een duidelijke opvatting over heeft. In onze casus stonden twee onderwerpen centraal:

1. Hoe kijken familieleden naar de ontmoetingen met de zorgverleners? Wat verwachten ze? Hoe verloopt een contact? Waarover zijn ze tevreden en waarover verbaasd?

2. Wat vinden zij van de zorg die gegeven wordt?

Het is een meerwaarde om interviews op een band vast te leggen en daarna volledig uit te typen. Bij het terugspoelen en uitschrijven hoor je wat er werkelijk gebeurt. Niet alleen wat er gezegd wordt, maar ook hoe iets gezegd wordt en hoe de communicatie is tussen geïnterviewde en interviewer. Ook vergroot het opnemen van het interview de kwaliteit van de gegevens. De interviewer hoeft zich niet druk te maken over aantekeningen, hij kan zich helemaal concentreren op de geïnterviewde en op de inhoud van het gesprek. Voor het vastleggen van een interview op een cassette-recorder of MP3-speler moet toestemming gevraagd worden. Reken voor een interview gemiddeld een uur. Voor het uittikken ongeveer zes uur, maar dat is natuurlijk afhankelijk van je typvaardigheid.

Hieronder drie citaten van geïnterviewde familieleden:

“Thuis kon ik controleren of het oog van moeder werd gedruppeld, de zusters van de thuiszorg die tekenden het af en ik verwisselde het flesje. Hier moet ik het gewoon overgeven. Ik ben wel bang dat het wordt vergeten, want onder de zorgverleners is er wel kwaliteitsverschil. Er wordt tegen mij gezegd, maakt u zich maar geen zorgen, dat komt in orde. Ja, ik kan het niet controleren.”

“Je ziet hier wel mensen lopen maar je weet niet wie, wie is want je weet geen namen. Je krijgt zoveel gezichten te zien in het begin. Dan weet je het allemaal niet meer, ook wordt hier veel gerouleerd. Nou ja, je herkent wel dat het personeel is, maar het zijn er veel.”

“De sfeer, ja ik ben er nu al een beetje overheen dat mijn moeder hier zit. Het kon gewoon niet anders, het is gewoon een verbetering. Er is best een goede sfeer op die afdeling, er wordt best gelachen. Maar wat ze als vaste bezigheden heeft de hele week, dat weet ik eigenlijk niet.”

Interviews met zorgverleners

Om er achter te komen hoe zorgverleners naar familie kijken is het afnemen van een interview eigenlijk het meest geschikt. Zorgverleners hebben het altijd erg druk op hun werk, daarom durfden we hen niet te vragen een

logboek bij te houden. Dat zou immers nog meer werkdruk geven.

Het voordeel van een interview is dat je gedwongen wordt even je werk te laten liggen en een moment neemt om stil te staan bij wat je nu eigenlijk van een situatie vindt.

De interviewer moet zich ervan bewust zijn dat zijn houding van invloed is op het verloop van het interview. Realiseer je dat de geïnterviewde je klant is, zorg dat die zich op zijn gemak voelt en laat met je houding zien dat je geïnteresseerd bent. Je vraagt net zolang door tot duidelijk is hoe de persoon die tegenover je zit, erover denkt. Het enige wat belangrijk is, is de mening van de geïnterviewde. Hiervoor is concentratie nodig en een rustige plek waar niets het gesprek kan verstoren.

Het is meestal niet nodig om alle zorgverleners van de afdeling te interviewen. Er wordt met interviewen gestopt als er geen nieuwe informatie meer naar voren komt. Dit heet inhoudelijke verzadiging. In ons project zijn 16 van de 33 zorgverleners geïnterviewd. We hielden een halfgestructureerd interview. Onderstaande vragen waren het uitgangspunt.

1. Hoe kijk je naar familie die op bezoek komt? Wat zie je en wat vind je ervan?
2. Ontmoetingen met familie: hoe verloopt dat? Op wiens initiatief worden er gesprekjes gevoerd? Waarover gaan die gesprekjes? Wat vind je ervan?
3. Welke invloed heeft familie op jouw wijze van zorg verlenen? Wat vind je ervan? Reken voor dit interview een half uur tot drie kwartier.

Hieronder enkele citaten van geïnterviewde zorgverleners:

“Familie ziet dat je het druk hebt en dan ruimen ze de afwasmachine leeg of zetten koffie. Ze dekken tafels en maken praatjes met andere mensen. Het zijn maar hele kleine dingen, maar heel waardevol. Zo krijgen ze ook het gevoel er een beetje bij te horen. Dit is toch het huis van hun echtgenote, laat ik het zomaar zeggen en dan is het belangrijk dat zij zich op hun gemak voelen.”

“Ik vind er zijn hier 30 bewoners en ze hebben allemaal evenveel recht dat alles netjes en recht zit en lekker ruikt. Ik vind het niet goed dat je extra oplet bij bewoners van familie die moeilijk is.”

“De familie neemt meestal het initiatief, want daarmee moet je echt voorzichtig zijn. Je weet nooit hoe het uitpakt. Als men mij een vraag stelt dan geef ik antwoord.(...) Als we zien dat iets niet goed gaat, dan moeten we het doorgeven aan de verpleging, dat is ons geleerd.”

“Voorheen schreven we de rapportages in de huiskamer en dan zag de familie dat je bezig was. Nu zitten we achter de computer en dan worden we vaak lastig gevallen, dat is heel vervelend. Ze komen binnen omdat ze hun verhaal kwijt moeten of dat ze toch eventjes willen zeggen: die en die moet naar het toilet. Op die manier vind ik familie soms claimend.”

“Voor familieleden op unit 1 is het moeilijk in het begin, omdat het voor hen de eerste keer is dat hun vader of moeder wordt opgenomen. Je moet je dan professioneel opstellen, want je bent niet de vriendin van een familielid. Ik denk dat je je grenzen verlegt als je dat wel probeert te zijn. Familie gaat dan steeds meer vragen aan je.”

“Ja, je bent toch bang. Je denkt: Oh, als die broek maar goed zit. Dan worden bijzaken hoofdzaken door die continue kritische blik op dingen die familie belangrijk vindt. (...) Het voelt prettiger als de familie als een warme factor aanwezig is, want je moet het met elkaar doen uiteindelijk.”

Data-analyse

Bij het analyseren van onderzoeksdata staan twee activiteiten centraal, uiteenrafelen en structureren. Boeije (2005) legt met veel voorbeelden uit hoe dat gedaan kan worden. Onze data bestaan uit de getypte teksten van de interviews, de geschreven logboeken en de verslagen van de participerende observaties. Bij elkaar is dat ongeveer 140 bladzijden tekst. We hebben gekeken welke fragmenten uit de data overeenkomsten vertonen en welke verschillen, of ze bij elkaar horen in een cluster of niet, en waarom dat zo is. Vervolgens hebben we categorieën gemaakt op basis van wat we lazen. Fragmenten zoals de hierboven genoemde citaten zijn toegekend aan categorieën. Bijvoorbeeld het eerste fragment uit het logboek valt onder de categorie ‘Territorium/ domein’, en het laatste citaat van de interviews met de zorgverleners valt in de categorie ‘Waardering versus kritiek’. Er waren uiteindelijk 24 categorieën. Van de inhoud van elke categorie is een samenvatting gemaakt. In het onderzoeksteam van de Kenniskring Transitie in Zorg zijn de interpretaties van de categorieën bediscussieerd op hun juistheid. Dit wordt wel *peer debriefing* genoemd. Van deze eerste analyse zijn de voorlopige bevindingen op één A4 gezet. Na de discussiebijeenkomsten met de deelnemers zijn de resultaten verder uitgewerkt en beschreven in een verslag, waarbij citaten zijn opgenomen ter illustratie.

Discussiebijeenkomst met geïnterviewden, tevens membercheck

Om de participatie van de betrokkenen te verhogen is het aan te raden om zo snel mogelijk de voorlopige resultaten van het onderzoek voor te leggen. Voor alle deelnemers is dit belangrijk omdat ze benieuwd zijn naar de herkenbaarheid van deze uitkomsten. Het is ook spannend, want wat komt er uit, hoe ziet de ander mij? Wij hebben twee discussiebijeenkomsten georganiseerd. Twee avondbijeenkomsten zodat zoveel mogelijk familieleden en zorgverleners deel konden nemen. Het doel was tweeledig, ten eerste elkaar beter leren begrijpen en ten tweede het valideren van de voorlopige resultaten van het onderzoek. De bijeenkomst vond plaats in een ruimte waarin we een vergaderopstelling hadden gemaakt met een grote tafel. Met deze opstelling benadruk je dat het gaat om een gesprek met elkaar. Alle deelnemers konden zelf een plaats

kiezen aan de grote tafel. De voorzitter was de interne projectleider. Het teamhoofd had ervoor gezorgd dat er koffie en thee was en na afloop een drankje. Voordat de discussie over de bevindingen van het onderzoek startte, kregen de aanwezigen de voorlopige resultaten op papier uitgedeeld. De 24 categorieën die uit de data-analyse waren gekomen stonden in korte zinnen met trefwoorden op een A4, zoals in tabel 4.

Tabel 4
Eerste Analyse resultaten onderzoek ‘Ervaringen van bewoners, familie en verzorgenden’ in Soenda, april ‘05

Bewoners Vinden belangrijk	Familie Opvattingen	Verzorgenden Opvattingen
Goede sfeer, dat het gezellig is	Sfeer in huiskamer is over het algemeen huiselijk, maar ook deprimerend.	Familie gaat liefdevol om met moeder/ vader/ partner
Sociale contacten	Persoonlijke zorg is over het algemeen goed, maar de verzorging van de persoonlijke omgeving is minder	Beleving over ‘wat goed is’ verschilt tussen verzorgenden en familie, familie kijkt naar het vroegere leven
Goede band met familie		Bewoners komen op de eerste plaats en iedereen gelijk behandelen
Buiten zijn	Blij dat moeder/ vader/ partner hier is	Niet wij, maar familie neemt meestal initiatieven tot het stellen van vragen
Zinnvolle dagbesteding	Vele gezichten en veel verschillende functies en verantwoordelijkheden	Rapporteren is ook werken, familie onderbreekt regelmatig
Vaste gewoontes, individueel houvast	Hoe verloopt een dag? Inzien van rapportages is wenselijk	Dementieproces aanvaarden is moeilijk voor familie
	Telefonische informatie van zorgcoördinator wordt zeer op prijs gesteld	Informatie over medische zaken aan familie loopt goed, informatie over alledaagse zaken nog niet
	Weinig vertrouwen of afspraken uitgevoerd worden: vaak ja, maar nee doen	Domein en grenzen: wat mag familie wel, wat mag familie niet ook naar andere bewoners?
	Opnameperiode is erg wennen, gang van zaken is onduidelijk	
	Activiteiten en meer bewegen worden gemist	Waardering familie motiveert arbeidsplezier, kritiek is moeilijk om te horen

De aanwezigen kregen aanwijzingen voor het lezen van de voorlopige resultaten:

- Neem eerst de tijd om alle bevindingen te lezen.
- Bedenk welke toelichting (voorbeelden) je wilt geven bij bevindingen die je herkent.
- Over welke bevindingen ben je verbaasd en wil je meer weten?

Voor het voeren van het gesprek werden er spelregels afgesproken. Het gaat om drie regels om in een gesprek elkaar beter te leren begrijpen en niet louter verdedigend te reageren:

- Er worden in principe alleen vragen aan elkaar gesteld. Deze regel moet ervoor zorgen dat de groep geconcentreerd blijft op de situatie, de ervaring, het probleem van degene die iets vertelt.
- Beoordelende opmerkingen of vragen worden niet gemaakt. Deze regel moet voorkomen dat iemand gedwongen wordt om zich te verdedigen of uitleg te geven over oorzaken.
- Oplossingen voor ervaringen die verteld worden, worden niet gegeven. Deze regel moet voorkomen dat er meteen oplossingen bedacht worden voor problemen in plaats van dat we inzicht krijgen in wat iemand als probleem ervaart.

Vooraf de medewerkers vonden het spannend om de reacties van de familieleden te horen. Zij toonden in eerste instantie weerstand maar toen zij zagen dat er ook positief over hen gesproken werd, ontstond een opener sfeer. Het A4-tje met voorlopige resultaten ontlokte onder de deelnemers een levendig gesprek. Medewerkers waren op onderdelen verbaasd dat familieleden bepaalde zaken als problemen ervaren. Veel bevindingen werden herkend. Familie zei dat het punt van de verzorgenden over territorium/ domeinafbakening ook voor hen herkenbaar is. Als voorbeeld noemden ze dat ze geen initiatieven durven te nemen om iemand te helpen, want de ene verzorgende keurt het goed en de ander keurt het af. Ook twijfelen ze of ze iets uit de koelkast mogen pakken. Verzorgenden schrokken van twee opmerkingen. Zij vonden het erg dat familie de sfeer in de huiskamer soms als deprimerend ervaart en dat de familie weinig vertrouwen heeft in de uitvoering van afspraken. Soms begrepen verzorgenden niet dat de beleving van een situatie voor de familie een heel andere betekenis kan hebben dan de betekenis die ze zelf aan die situatie toekennen.

Tijdens de discussiebijeenkomsten vertelden de deelnemers dat zowel het interview als het bijhouden van het logboek goede ervaringen waren. Het effect was dat ze nu bewuster nadachten over ontmoetingen met elkaar. Sommige familieleden zagen nu vaker dan voorheen dat het personeel zorgzaam en lief was. Er gaan echter in de communicatie dingen mis, met voorbeelden legden familieleden uit dat verzorgenden

niet altijd uitvoeren wat ze beloven. Een aantal verzorgenden vertelden dat ze nu bewuster werken en zien dat je niet tegenover elkaar staat maar naast elkaar. Ze kwamen erachter dat samenwerken met familie nodig is.

De discussie werd afgesloten met het aangeven van een 'Top 3' voor punten die op korte termijn moeten verbeteren. Er was een 'Top 3' voor familie en één voor zorgverleners.

De 'Top 3' van de familie was:

1. Hoe verloopt een dag? Inzien van rapportages.
2. Veel gezichten en veel verschillende functies en verantwoordelijkheden.
3. Territorium/ domein: wat mag familie wel, wat mag familie niet ten opzichte van andere bewoners?

De 'Top 3' van de zorgverleners was:

1. Beleving over 'wat goed is' verschilt tussen verzorgenden en familie met betrekking tot de continuïteit van de levensloop.
2. Opnameperiode is erg wennen, gang van zaken is onduidelijk.
3. Weinig vertrouwen of afspraken uitgevoerd worden: vaak ja, maar nee doen.

Problemen die wij in deze fase tegenkwamen

Hoewel een logboek bijhouden een goede methode is, moet je er rekening mee houden dat deze niet voor iedereen geschikt is. In onze casus hebben vier van de tien families een logboek bijgehouden.

Niet alle zorgverleners waren bij de discussiebijeenkomsten, elf van de zestien geïnterviewde zorgverleners, een derde van het totaal.

In deze fase was de tijdsinvestering voor de externe projectleider meer dan gepland, zij was twee dagen per week met het project bezig.

Actiepunten voor de volgende fase

De 'Top 3' van verbeterpunten worden meegenomen naar de volgende fase. Door de gezamenlijke bijeenkomsten is er meer wederzijds begrip en respect tussen familieleden en zorgverleners, een belangrijke voorwaarde voor het starten van verbeteracties.

Het is van belang om zorgvuldig om te gaan met het opgebouwde vertrouwen. In de volgende fase zal een werkgroep ingesteld worden die uit betrokkenen bestaat.

Voor het nastreven van een actieve participatie is het belangrijk om initiatieven van de deelnemers aan te moedigen en hun voorstellen voorrang te geven boven die van de projectleiders.

Fase 3

Ontwerp: 'Bewustwording'

Doel

Actieplannen ter verbetering van de communicatie

Activiteiten: Wie

Criteria voor een werkzame werkgroep opstellen: Interne en externe projectleider

Werkwijze van werkgroepbijeenkomsten vaststellen: Externe projectleider en werkgroepleden

Actieplannen maken: Externe projectleider en werkgroepleden



Criteria voor een werkzame werkgroep opstellen

In deze fase worden deelnemers uitgenodigd te gaan fungeren als mede-onderzoeker (Boog, e.a. 2005). Wij zijn in fase 3 gestart met het instellen van een werkgroep die als taak heeft verbeteracties in te voeren, zodat familie en zorgverleners partners in zorg worden. Criteria voor werkgroep-deelnemers die wij gehanteerd hebben, zijn:

- Een werkbare groep qua aantal (zes tot tien personen)
 - Leden zijn competent om interactief te participeren
 - Leden hebben verschillende functies en rollen
 - Een vertegenwoordiger uit de cliëntenraad
 - Een leidinggevende zodat de implementatie in het afdelingsbeleid gegarandeerd is
 - Een zorgcoördinator omdat zij de spil is in de communicatie met de familie
- Om lid te worden van de werkgroep zijn er procedureel drie mogelijkheden: vrijwillige aanmelding, gekozen of gevraagd worden.
- In ons project zijn personeel en familieleden gevraagd om lid te worden van de werkgroep. Het teamhoofd van de verpleegafdeling heeft hen persoonlijk gevraagd. De werkgroep bestond uit zeven leden: twee familieleden, waarvan een lid was van de cliëntenraad, een servicemedewerker, een activiteitenbegeleider, het teamhoofd, de zorgcoördinator en de externe projectleider.

Werkwijze van werkgroepbijeenkomsten

Het is belangrijk om met elkaar werkafspraken te maken omdat je niet eerder in deze samenstelling samengewerkt hebt. Om ideeën te geven waarover afspraken gemaakt kunnen worden, vind je hieronder een voorbeeld.

Hulpmiddel

Organisatieafspraken:

- Duur van bijeenkomsten vaststellen, bij voorkeur niet langer dan twee uur
- Frequentie bepalen, bij voorkeur om de drie weken bijeenkomen
- Een ruimte met een vergadertafel reserveren
- Een voorzitter aanwijzen, bij voorkeur de externe projectleider bij de eerste bijeenkomsten om in de beginfase sturing te geven aan het proces
- De bijeenkomsten bij voorkeur opnemen met geluidsapparatuur om het leerproces en de voortgang vast te leggen en te kunnen analyseren
- Afspraken vastleggen en verspreiden naar andere betrokkenen
- Communiceren over de voortgang van het project naar mensen buiten de verpleegafdeling, bijvoorbeeld een stukje in een nieuwsbrief

Cultuur of sfeerafspraken:

- Respectvol met elkaar omgaan
- De mening van iedereen is even belangrijk
- We hoeven het niet met elkaar eens te zijn
- Elkaar bevragen over 'zo hoort het' regels

Afspraken over de inhoud:

Met elkaar brainstormen over verbeteracties om 'Partners in Zorg' te worden. Zodra een verbeteractie een plan wordt, is het aan te raden dit verbeterplan van meerdere kanten te belichten. Vragen stellen is daarbij behulpzaam. Door elkaar vragen te stellen kan het doorspreken gestuurd worden. Vragen als:

- *Effect* – Wat levert het plan voor het personeel en de familie op? Wat betekent dit plan voor de bewoner? Wat zijn de financiële consequenties?
- *Bewijs* – Hoe weet ik of het een juist plan is?
- *Visie* – Past het plan binnen de visie van de verpleegafdeling?
- *Verantwoording* – Wie is verantwoordelijk voor de uitvoering van het plan?
- *Communicatie* – Hoe communiceren we hierover met personeel en familie?

Actieplannen maken

In ons project was de sfeer tijdens de eerste bijeenkomst afwachtend en een beetje aftastend. Er heerste een spanning die bij een officieel moment past. Hoewel de deelnemers graag een bijdrage wilden leveren aan het project, kon het merendeel zich geen beeld vormen van hun rol en mogelijkheden in de werkgroep. Tijdens het brainstormen over verbeteracties ontstond een open sfeer, er kwamen veel eigen ervaringen en ideeën naar boven. Vier onderwerpen die eruit sprongen waren:

- de wens om de opnameperiode voor familie beter te laten verlopen,
- de wens om meer activiteiten voor bewoners te organiseren en te zorgen dat familie op de hoogte is van die activiteiten,
- de wens gastvrijheid uit te stralen door een hartelijk woord en het aanbieden van een kopje koffie,
- de verandering in denken die nodig is om de samenwerking met familie als onderdeel van de dagelijkse zorg te zien.

De eerste bijeenkomst werd beëindigd met de afspraak dat alle werkgroepleden verder nadenken over mogelijke verbeteracties en dit ook bij andere medewerkers en familieleden navragen.

De tweede bijeenkomst was drie weken later. Iedereen bruiste van ideeën over praktische verbeterpunten. Ze kunnen ingedeeld worden in drie typen. De eerste zijn gericht op ondersteuning van familieleden, de tweede op de bewoner om diens kwaliteit van leven te verhogen en de derde op de zorgverlener zodat deze een samenwerkingsrelatie op kan bouwen met familie.

Verbeteracties gericht op ondersteuning van familieleden:

- Gastvrije uitstraling: serveren van koffie aan familie.
We willen gastvrijheid uitstralen, zodat familie zich welkom voelt. Met het aanbieden van een kopje koffie of thee wordt het contact vergemakkelijkt.
- Mentorschap van familie voor familie instellen.
Familieleden die al enige tijd in het verpleeghuis komen, kunnen een familielid van een nieuwe bewoner opvangen. Dat familielid geeft informatie en helpt het 'nieuwe' familielid bij het wennen aan de nieuwe situatie.

Verbeteracties gericht op het verhogen van de kwaliteit van leven van de bewoner:

- Een levensboek maken.
Familieleden motiveren om een levensboek te maken, want met beeldmateriaal komen belangrijke en vrolijke gebeurtenissen weer boven en geven gesprekstof. Een handleiding voor het maken van levensboeken is geschreven door Bloemendal e.a. (1997).
- Activiteiten aanbieden die familie samen met hun naaste kunnen doen.
Als gesprekken voeren niet meer lukt, is het belangrijk voor familie om te weten hoe ze plezierig en zinvol kunnen omgaan met hun naaste.

Verbeteracties gericht op de samenwerkingsrelatie tussen zorgverleners en familie:

- De informatiebrochure beoordelen op familievriendelijkheid. In de brochure moeten handige tips komen voor familie. Naast huishoudelijke tips ook telefoonnummers van hulpverleners die geraadpleegd kunnen worden.
- Informatie en literatuur over dementie verzamelen.
Er is behoefte om een leeshoek te maken voor zowel familie als personeel. Ook is er behoefte aan informatie over andere chronische aandoeningen.
- Faciliteiten voor meer privacyplekken bieden.
De keuken van de ergotherapie beschikbaar stellen voor familie op momenten dat er geen therapie is. Familieleden kunnen in overleg met de zorgcoördinator zelf koken of een maaltijd bestellen.
- Familie betrekken bij het dagelijkse leven van de bewoner.
Familieleden uitnodigen om naar wens deel te nemen aan de dagelijkse activiteiten. Familie kan aanwezig zijn bij therapieën of meehelpen bij de lichamelijke zorg.

Problemen die wij in deze fase tegenkwamen

Wij kwamen in deze fase geen problemen tegen. De werkgroepleden waren zeer gemotiveerd om de communicatie tussen familie en zorgverleners te verbeteren. Er was een 'wij-gevoel' ontstaan.

De tijdsinvestering van de externe projectleider was in deze fase een halve dag per week, de tijdsinvestering van de andere werkgroepleden varieerde van twee tot vier uur per week.

Actiepunten voor de volgende fase

De werkgroep is vooral bezig geweest met het oplossen van praktische knelpunten. Hiervoor zijn concrete plannen gemaakt die in de volgende fase geïmplementeerd zullen worden.

Het leren door reflecteren stond op de achtergrond. In de volgende fase moet hier meer aandacht aan besteed worden, het is immers een essentieel onderdeel van actieonderzoek.

Fase 4

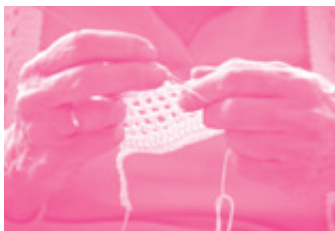
Oefenfase, implementeren: 'Creëren van een leercultuur'

Doel

Inzicht in het communicatieproces
vergroten

Activiteiten: Wie

- Werkgroepbijeenkomsten: Externe projectleider en werkgroepleden
- Verbeteracties uitvoeren: Werk-groepleden
- Reflecteren: Externe projectleider en werkgroepleden



Bij actieonderzoek staat deze fase bekend als de fase waarin doordenking plaatsvindt, waarbij zowel gebruik gemaakt wordt van ervaringsleren als van theoretische kennis. Het accent ligt op het bewust stimuleren van het leerproces. Het leren kan bevorderd worden door het uitvoeren van workshops of trainingen. Van belang is dat er een relatie is tussen de eigen ervaringen en de specifieke praktijk (Boog, e.a., 2005).

In ons project hebben we in bijeenkomsten stilgestaan bij de wijze waarop de werkgroepleden de verbeteracties invoeren en wat daarbij hun ervaringen zijn.

Werkgroepbijeenkomsten

Actieonderzoek kan altijd doorgaan. Wij hadden afgesproken dat de datum waarop we het project presenteren aan de managers van andere locaties de stopdatum zou zijn. Tot die tijd waren er vijf werkgroepbijeenkomsten. In iedere werkgroepbijeenkomst stond de invoering van de verbeteracties op de agenda. Hoe gaat de invoering? Zijn we al partners in zorg? Waar zijn we tevreden over? Wat zijn belemmeringen? Wat leren we ervan?

Verbeteracties uitvoeren

Een voorbeeld uit ons project over de uitvoering van de 6e verbeteractie: *Informatie en literatuur over dementie verzamelen.*

Het teamhoofd heeft een budget van 500 euro gereserveerd voor de aanschaf van materiaal. De zorgcoördinator heeft bij een boekhandel een boekenlijst over dementie gevraagd, de coördinator activiteitenbegeleiding heeft een paar boeken aanbevolen, een familielid en de servicemedewerker hebben via internet boeken geselecteerd. Vanuit deze verzameling is een voorkeurslijst opgesteld en besteld. Een familielid heeft de taak op zich genomen om de uitleen van boeken te registreren. Het teamhoofd heeft een abonnement aangevraagd op het tijdschrift van de Alzheimer Stichting. En er is een folderlijst opgezet met huisbrochures, aangevuld met gratis informatiebrochures van patiëntenverenigingen. De folders liggen bij de ingang. Zowel familie als personeel maken gebruik van de folders. Het teamhoofd heeft voor de leeshoek een leestafel en een kast besteld.

Reflecteren

Om van de uitvoering van de verbeteracties te leren, zijn reflectieve vragen een hulpmiddel:

- Hoe heb ik de verbeteractie aangepakt?
- Is de invoering verlopen zoals ik me had voor genomen?
- Wat gaat nu anders? Wat valt me op? Wat doe ik zelf anders?
- Wat vinden familieleden van bewoners ervan?
- Hoe reageren bewoners er op?
- Ben ik tevreden?
- Wat zou anders kunnen? En hoe?

Er kan op verschillende manieren gereflecteerd worden. In het boek 'Reflectietools' van Benammar e.a. (2006) staan negen voorbeelden, die 'tools' of stappenplannen genoemd worden, het zijn werkwijzen die deelnemers uitnodigen om actief na te denken over ervaringen, handelen, gedrag en keuzes.

Hulpmiddel

Tijdens de werkgroepbijeenkomsten kunnen ook dilemma's uit de dagelijkse praktijk besproken worden. Dilemma's die ervaren worden in de communicatie met familie als het gaat over wat goede zorg is. Een hulpmiddel voor het bespreken van dit soort situaties is de ethische reflectiemethode, die ontwikkeld is door het CNV-project 'Ethiek van de dagelijkse verzorging en verpleging' (Bloemhoff, 2004). Vragen hieruit zijn:

- Wat was er aan de hand volgens jou? Wat vond je in deze situatie het goede om te doen?
 - Waren er meerdere mogelijkheden waar je tussen moest kiezen?
 - Wat vond de familie dat er behoorde te gebeuren volgens jou? Waar maakte je dat uit op?
 - Wat denk je dat de bewoner belangrijk vond in deze situatie? Waar maakte je dat uit op?
 - Wat werd er beroepsmatig van jou verwacht?
 - Wat vonden de collega's dat er behoorde te gebeuren?
 - Wat wordt er in jouw organisatie als goed handelen beschouwd?
- Als je deze vragen doorgenomen hebt en de verkregen informatie overziet:
- Welke grote lijnen worden dan zichtbaar?
 - Welke inzichten levert je dat op?
 - Welke mogelijke oplossingen zie je voor deze situatie?
 - Naar welke oplossing gaat je voorkeur uit?
 - Wat betekent die oplossing voor de bewoner, de familie en voor jou?

Een voorbeeld van een leerervaring:

De zorgcoördinator vertelt dat samenwerken met familie een omslag in haar denken betekent: "Ik ben minder met regels bezig en probeer me in de situatie van de familie te verplaatsen. Dit betekent dat ik breder kijk en tot andere oplossingen kom." Ze onderhandelt nu met familie over de zorg voor de bewoner. In het teamoverleg bespreekt ze onderwerpen die in de werkgroep aan de orde zijn geweest, bijvoorbeeld hoe een familielid een dagje mee kan lopen om te zien hoe moeder of vader verzorgd wordt.

Problemen die wij in deze fase tegenkwamen

In deze fase werd er een werkgroeplid ziek en was het zomer, dus ook vakantietijd. Desondanks zijn de geplande werkgroepbijeenkomsten doorgegaan, zij het met een of twee werkgroepleden minder. De interne projectleider had in deze fase minder tijd voor het project.

Dit vertraagde de aanpak van de verbeteracties, omdat het teamhoofd zich minder gesteund voelde.

De tijdsinvestering van de externe projectleider was in deze fase een halve dag per week, de tijdsinvestering van de andere werkgroepleden varieerde van twee tot vier uur per week.

Actiepunten voor de volgende fase

Er staat een presentatie voor de deur waarover we gezamenlijke afspraken moeten gaan maken.

De kennis die we over partners in zorg hebben verzameld zowel uit dit onderzoek als uit de literatuur moet verankerd worden in beleid.

Aanbevelingen voor beleidsvoorstellen moeten geschreven worden.

Fase 5

Evaluatie en beleidsmatige verankering: ‘Consolideren en groeien’

Doel

— Ontwikkelen van competenties en structurele voorwaarden voor beleidsmatige verankering

Activiteiten: Wie

— Literatuuronderzoek doen, rapportage schrijven en draaiboek van methodiek maken: Externe en interne projectleider

— Presentaties intern en extern houden: Externe projectleider en werkgroepleden

— Partners in Zorgbeleid ontwikkelen: Interne projectleider en unithoofd



In deze fase is kennis uit het praktijkonderzoek van Soenda gecombineerd met kennis uit onderzoekspublicaties. Hieruit kwamen twee beleidsvoorstellen die hieronder worden gepresenteerd.

Ontwikkelen van competenties

Bij de eerste gaat het om competenties. Een groot deel van de competenties zijn gericht op verbale communicatie, maar behalve praten is het natuurlijk ook belangrijk om samen met familie dingen te doen. Samen een activiteit doen met of zonder bewoners is immers een goede manier om elkaar beter te leren kennen en begrijpen. Competenties die zorgverleners nodig hebben als ze met familie willen samenwerken als partners in zorg liggen op het gebied van de communicatie en het bewust omgaan met ervaringen.

Een vertrouwensrelatie opbouwen en onderhouden:

- Gastvrijheid tonen, een familielid welkom heten
- Kennis laten maken met nieuw personeel
- Informatie geven over de diensten van personeel
- Informatie geven over gewoonten van de afdeling
- Uitleggen wat de uitgangspunten van de zorg zijn
- Informatie geven over zowel alledaagse dingen als over grotere gebeurtenissen
- Vragen van familie direct beantwoorden
- Afspraken nakomen of informeren als het niet lukt

Evalueren:

- Vragen naar verwachtingen
- Vertellen wat familie van de zorgverleners kan verwachten
- Waardering uitspreken als familie bijvoorbeeld hulp biedt
- Familie aanmoedigen om hun mening te geven bij problemen
- Luisteren naar suggesties
- Actief luisteren: open vragen stellen, zoals ‘wie, wat, waar, wanneer en hoe’-vragen, samenvatten in eigen woorden en navragen of het goed begrepen is

Omgaan met potentiële conflicten:

- Kalm blijven (niet defensief en verzoenend)
- Open vragen stellen over het voorval, niet over personen
- Feedback geven
- Helder zeggen wat je bedoelt

Professionaliseren door reflecteren:

- De tijd nemen om met collega’s over een situatie door te denken
- Een stappenplan als werkwijze gebruiken
- Reflectieve vragen als hulpmiddel gebruiken bij het kritisch terugblikken naar situaties

- Elkaar vragen stellen
- Nieuwe inzichten over de manier van omgaan met familie vastleggen en uitproberen

Ontwikkelen van Partners in Zorgbeleid, starten met transitiezorg:

Het tweede beleidsvoorstel richt zich op verbeteracties om de opnameperiode minder stressvol te laten zijn voor familie. Het is aan te bevelen om transitiezorgbeleid te ontwikkelen. Beleid dat aandacht besteedt aan de veranderde rol die familie krijgt op het moment dat de naaste met dementie opgenomen wordt in een verpleeghuis. Beleid dat niet start op de opnamedag, maar bij voorkeur twee weken ervoor, zodat familie zich kan voorbereiden op de verhuizing. Beleid dat ook een start maakt met de samenwerkingsrelatie tussen zorgverleners en familie. Daarom richt het beleid zich op drie fasen: de voorbereiding, de opname, de periode tot het eerste zorgplangesprek.

1. Voor opname:

- Kennismaking met de zorgcoördinator. Informatie over de verpleegunit, de zorgvisie en informatie over de manieren waarop de familie kan participeren in de zorg.
- Kennismaken met het familielid dat als mentor het 'nieuwe' familielid wil informeren over het reilen en zeilen van de afdeling.
- De familie wordt gevraagd een levensboek te maken met gegevens en beeldend materiaal over mensen en gebeurtenissen die een rol hebben gespeeld in het verleden van degene die opgenomen wordt. Het kan ook gaan over gemiste kansen en on vervulde wensen. Of over lang vergeten hobby's en bezigheden.

2. Opname:

- Deze dag is een dag vol nieuwe indrukken en emoties. De verhuizing en inrichting van de eigen kamer, kennismaking met medebewoners en het moment dat je een dierbare in een vreemde omgeving achterlaat. Alles wat niet per se noodzakelijk is, kan op een later tijdstip, zoals administratieve zaken.
- De dag na opname licht de zorgcoördinator de familie in over hoe de eerste nacht is verlopen voor het familielid.

3. Periode tot het eerste zorgplangesprek:

- Twee dagen na opname heeft de zorgcoördinator een gesprek met de familie/ zorgwaarnemer. Doel: steunend en informatief.
- Twee weken na opname heeft de zorgcoördinator een gesprek met familie/ zorgwaarnemer. Doel: evaluatief over hoe de afgelopen periode is ervaren.
- Zes weken na opname is de eerste zorgplanbespreking. Doel: informatief over het plan dat de professionals hebben opgesteld. Tevens wordt besproken hoe de familie wil participeren in de zorg. Hoe ziet de familie haar rol? Welke verwachtingen hebben ze? Hoe kunnen activiteiten en behoeften van de familie vastgelegd worden in het zorgplan?

Een voorbeeld uit ons project over verworven competenties en verbetering transitiezorg:

Het project heeft vooral een attitudeverandering teweeg gebracht bij de zorgverleners. Ze leven zich meer in, in de situatie van de familie en zijn gastvrij. Ze zijn ook minder bang om fouten te maken. Het activiteitenbeleid voor bewoners is veranderd. Er is er een aanvulling op de inhoud van de zorgplanbespreking met familie (zorgwaarnemer). In het tweejaarlijkse multidisciplinaire overleg over het zorgplan wordt nu met de activiteitenbegeleider expliciet aandacht besteed aan het activiteitenprogramma van de bewoner. Er is een 'logboek voor familie' te vinden in de huiskamer van unit 1, hierin staat welke bezigheden activiteitenbegeleiders met bewoners doen, wie aan de activiteit heeft deelgenomen en hoe. Het activiteitenrooster is opgeschoven naar het begin van de avond.

En het is nu een gewoonte dat er enkele familieleden meegaan met uitstapjes voor de bewoners.

Presentaties intern en extern houden

We hebben twee interne en drie externe presentaties gehouden. De eerste was voor het zorgmanagersoverleg van Zorggroep Agos. Vier werkgroepleden (zorgcoördinator, twee familieleden en de externe projectleider) hadden de presentatie in stukjes verdeeld en ieder presenteerde een fase. Het was spannend, maar leuk. Er werden vragen gesteld en er ontstond discussie. Het gaf ons een trots gevoel. Na de eerste presentatie volgde er een voor een regionale bijeenkomst over 'Kleinschalige Zorg'. In toolkit 5 staat onze voorbereiding. Een familielid vertelde o.a. een stukje over het levensboek.

"In onze werkgroep kwam al vrij snel het levensboek ter sprake. Toen mijn moeder verhuisde naar afdeling 1 van Soenda dacht ik zo'n levensboek boek niet te hoeven maken. Er waren immers veel fotoalbums in haar bezit. Maar we kwamen er als familie achter dat een fotoalbum meestal te zwaar is en er staan bovendien vaak teveel foto's op één pagina. Mijn dochter gaf me een goede tip: 'Plak alle vakantiekaarten, kerstkaarten, verjaardagskaarten in een boek.' Dat bleek een gouden vondst.

Het boekwerkje is honderden keren doorgebladerd. Regelmatig vond ik tussen de kaarten servetten of zakdoeken of een liturgie van de kerkdienst. Toen ik laatst ook een plakje kaas aantrof, besloot ik een nieuw boek voor haar samen te stellen.

Ik kocht twee albums in een klein formaat en vulde die met foto's en kaarten. Zeer verrassend was de reactie van mijn moeder toen ze foto's zag van haar ouders, grootouders, broertjes en zusjes in hun jonge jaren. Ze herkende ze allemaal en noemde hun namen. In deze albums heb ik in de meeste gevallen slechts één foto per pagina geplakt. Zo is het niet verwarrend en neemt ze alle tijd om het onderschrift te lezen en de personen te herkennen. Vaak vertel ik dan nog een extra gegeven erbij. Er moet namelijk ook weer

niet té veel informatie bij de foto geschreven staan. Deze levensboeken.... ze werken!

We hopen in Soenda de familie van alle bewoners te stimuleren om één of meer van deze boeken te maken.”

We wilden onze ervaringen met dit project en de kennis die we ontwikkeld hebben, graag buiten de regio Rotterdam verspreiden. In 2006 hebben we een artikel geschreven voor het tijdschrift Denkbeeld, ook hebben we ons project gepresenteerd op een landelijk symposium.

Partners in Zorg Geraadpleegde literatuur

Argyris C. (1976) <http://tip.psychology.org/argyris.html>, bezocht 28-12-2006.

Bakker T.J.E.M. (1997) *Psycho-geriatrie behandelpraktijk in meer dimensies. Diagnose en behandeling met Dynamische Systeem Analyse*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Benammar K., M.v. Schaik, I. Sparreboom, S. Vrolijk, O. Wortman (2006) *Reflectietools*. Den Haag: Lemma B.V.

Bloemhoff A. (2004) Professionalisering gaat boven regelgeving. *Tijdschrift voor Verzorgenden* mei: 8-12.

Bloemendal G., R. Geelen, A. Koot-Fokink (1997) *Levensboeken. Een handleiding voor hulpverleners in de ouderenzorg*. Baarn: HB-uitgevers.

Boeije H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Hoofddorp: Boom Onderwijs.

Boise L. & D. White (2004) The family's role in person-centered care. Practice considerations. *Journal of Psychosocial Nursing* 42(5): 12-20.

Boog B. (2002) Handelingsonderzoek: een update. *Sociale Interventie* 11(4): 27-40.

Boog B., M. Slagter, I. Jacobs-Moonen, F. Meijering (2005) *Focus op Action Research. De professional als handelingsonderzoeker*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Chenoweth L. & K. Kilstoff (1998) Facilitating positive changes in community dementia management through participatory action research. *International Journal of Nursing Practice* 4: 175-188.

Davies S., A.Powell, B. Aveyard (2002) Developing continuing care: towards a teaching nursing home, *British Journal of Nursing* 20(1): 1320-1328.

Ende T. van den & G. Jacobs (2005) Waarde(n)vol onderzoek. Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onderzoeksproject. *Humanistiek* 22(juli): 29-45.

Finnema E., J. de Lange, R.M. Dröes, e.a. (2001) The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing* 35(5): 728-740.

Gladstone J. & E. Wexler (2000) A family perspective of family/ staff interaction in long-term care facilities. *Geriatric Nursing* 21(1): 16-19.

Grypdonck M. (2000) Kwaliteit van leven in Verpleeghuizen. Het leven boven de ziekte en de beperkingen uittillen, ook in de zorg voor ouderen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 110(6): 175-180.

Pretty J.N. (1995) In: Hekkink C. & C. Nijboer (2003) Meedoen, meewerken en meebeslissen. Participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten. NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie, Woerden. <http://w3.nigz.nl/docfiles/Review%20Ouderenparticipatie%20PDF%20file1.pdf>, bezocht 6-2-2006.

Hertzberg A. & S-L. Ekman (2000) 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 31(3): 614-622.

<http://www.actionscience.com/acting.htm#top>, bezocht 28-12-2006.

Keesom J., M. Duijnste M. van Vliet (2004) Familiezorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 114(5): 44-47.

Keesom J., M. Duijnste M. van Vliet (2004) Familiezorg, Ervaringen van familieleden met verzorgenden. *Tijdschrift voor Verzorgenden* mei: 24-27.

Kellett U.M. (1999) Transition in care: Family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing* 29(6): 1474-1481.

Korthagen F., B. Koster, K. Melief, A. Tigchelaar (2002) *Docenten leren. Systematische reflectie in de opleiding en begeleiding van leraren*. Soest: Nelissen.

Lange J. de & A. van Staa (2003) *Transities in ziekte en zorg; op zoek naar een nieuw evenwicht*. Kenniskring Transities in Zorg, Hogeschool Rotterdam. Rotterdam.

Lange J. de (1994) *Familieleden in het verpleeghuis. KVV Cahier nummer 12*. Stichting Bij- en Nascholingscursussen KVV Rotterdam.

Lange J. de (2005) Belevingsgerichte zorg bij mensen met dementie. Hoofdstuk 17 (218-229). In: Schene A.H., F. Boer, T.J. Heeren (red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum (9e druk).

Lange J. de, M. Pronk, A. Smaling (1999) Participerende observatie in verpleegkundig onderzoek. *Verpleegkunde* 14 (4): 226-236.

Lange J. de. (2004) *Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen*. Academisch proefschrift. Rotterdam/ Utrecht: Erasmus Universiteit/ Trimbosinstituut.

Leven N. van 't, C. Klingeman, J. de Lange (2004) Kleinschalige zorg voor mensen met dementie. Een onderzoek naar de overgang naar een nieuwe woonomgeving en hoe verzorgenden mensen met dementie daarbij ondersteunen. *Interne publicatie Kenniskring Transities in Zorg, Hogeschool Rotterdam*. Rotterdam.

Looman W.J. , L.S. Noelker, D. Schur, e.a. (2002) Impact of family members on nurse assistants: What helps, what hurts. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias* 17(6): 350-356.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn & Sport, BOPZ, Opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, dossier 23/12/2005, min vws, <http://www.minvws.nl/dossiers/bopz/>, bezocht 10-1-2006.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, <http://www.minvws.nl/kamerstukken/dvvo/2005/vrijheidsbeperking-en-vrijheidsbeneming-bij-mensen-met-dementie-of-een-verstandelijke-handicap-contouren-van-een-wetswijziging.asp>, bezocht 10-1-2006.

Morée M. (2004) Professionele zorg en mantelzorg. Bruggen slaan tussen twee werelden. *Denkbeeld* 16: 10-13.

Pillemer K., C.R. Hegeman, B. Albright, C. Henderson (1998) Building bridges between families and nursing home staff: The Partners in Caregiving Program. *The Gerontologist* 38(4): 499-503.

Pillemer K., J.J. Sutor, C.R. Henderson, e.a. (2003) A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist* 43: 96-106.

Poell R. (2005) Leren door het organiseren van leerprojecten. In: *Leren op de werkplek*. Streumer & Van der Kink, red. 's Gravenhage: Reed business Information B.V.

Ryan A.A., S.F. Hugh (2000) Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing* 32(5): 1187-1190.

Specht J.P., L.S. Kelley, P. Manion, e.a. (2000) Who's the Boss? Family/Staff partnership in care of persons with dementia. *Nursing Administration Quarterly* 24(3): 64-77.

Verkerk M., M. d. Bree, F. Jaspers (2004) Visies op professioneel gedrag: meer nadruk leggen op reflectie en verantwoording. *Medisch Contact* 59 (51): 2035-37.

Bijlage: Toolkit

Toolkit 1

Brief aan familieleden

Argos Zorggroep

KENNISKRING
TRANSITIES IN ZORG

Onderwerp: meedoen met onderzoek naar zorgverbetering

Geachte meneer, mevrouw,

Argos Zorggroep en de Kenniskring 'Transities in zorg' van de Hogeschool Rotterdam zijn onlangs gestart met het project 'Partners in zorg? Samenwerken met familie in Zorgcentrum Soenda.' We willen weten hoe zorgverleners en familie kunnen samenwerken op een unit waar tien patiënten wonen. Vanuit de hogeschool zullen Connie Klingeman (projectleider en docent) en en (studenten maatschappelijk werk) twee dagdelen per week aanwezig zijn op de unit.

Wij willen u toestemming vragen om aan dit onderzoeksproject deel te nemen. Het is een project dat uit verschillende fasen bestaat. Gestart wordt met fase 1. Hierin proberen we inzicht te krijgen in hoe bewoners, familieleden en medewerkers over samenwerking met elkaar denken. We gaan gesprekjes voeren met bewoners en medewerkers interviewen. We willen u als familie vragen om drie weken lang ervaringen op te schrijven. U krijgt hier nog nadere uitleg over.

De eerste fase sluiten we af door de resultaten met alle betrokkenen te bespreken. We stellen dan ook een werkgroep samen. In fase 2 inventariseert de werkgroep de ervaringen. Daarna komt er een plan om de samenwerking te verbeteren. In fase 3 gaan we het verbeterplan uitvoeren en we verwachten dat deze fase eind juni wordt afgesloten.

We zijn van plan om over het project te publiceren in vaktijdschriften. Woonzorgcentrum Soenda wordt hierin vermeld, de informatie van personen wordt anoniem aangehaald.

Wij vragen u schriftelijk toestemming te geven op bijgaand formulier. U kunt altijd terugkomen op uw besluit. Als u niet wilt meedoen, heeft dit uiteraard geen gevolgen voor u of voor uw familielid. Indien u nog vragen heeft, kunt u ons telefonisch bereiken of per e-mail.

Met vriendelijke groet,

drs. C.G. Nijhuis, Argos Zorggroep, tel:
drs. C.A. Klingeman, Kenniskring Hogeschool Rotterdam, tel., c.a.klingeman@hro.nl

Toolkit 2

Toestemming voor deelname aan onderzoek

Toestemmingsformulier

Vlaardingen, februari 2005

Meneer, mevrouw

(contactpersoon van bewoner:
in woonzorgcentrum Soenda, Vlaardingen)

Is akkoord zijn/haar medewerking te verlenen aan het project:
Partners in zorg? Samenwerken met familie in Zorgcentrum Soenda

Dat wordt uitgevoerd door een projectleider en studenten van de Kenniskring
Transities in Zorg van de Hogeschool Rotterdam en een projectleider van Argos
Zorggroep

Dit houdt in:
Gesprek en observatie met bewoner van Soenda, unit 1
Het bijhouden van een logboek
Deelname aan een nabespreking

Datum:

Handtekening:

Toolkit 3

Uitnodiging bijeenkomst voorlopige bevindingen

*Partners in zorg?
Samenwerken met familie in Zorgcentrum Soenda*

UITNODIGING

Naar aanleiding van het onderzoek 'Partners in Zorg' nodigen wij iedereen die belangstelling heeft uit voor een bijeenkomst waarin wij van gedachten willen wisselen over de bevindingen van het onderzoek en de verdere gang van zaken.

Wij organiseren twee bijeenkomsten die qua inhoud gelijk zijn.
U kunt kiezen uit onderstaande data:

- donderdag 7 april
- dinsdag 19 april

De bijeenkomsten zijn van 19.00 uur tot 20.30 uur in de vergaderruimte van Zorgcentrum Soenda.

Argos Zorggroep

VERENIGING
TRANSITIES IN ZORG

Toolkit 4

Analyseschema na een obeservatiedag

Eerste analyseblad

Instructie: vul dit blad aan het eind van elke observatiedag in.
Doe er niet langer dan 15 minuten over.

1. Onderzoeker:
2. Datum:
3. Vraagstelling:

4. Wat hebben de observaties van deze dag bijgedragen aan het beantwoorden van je vraagstelling?
.....
.....
.....

5. Welke nieuwe gezichtspunten, invalshoeken, opvallende dingen heb je opgemerkt?
.....
.....
.....

6. Voelden de geobserveerden zich op hun gemak?
Wat heb ik gedaan om hun vertrouwen te winnen?
.....
.....
.....

Tips voor de volgende keer:
.....

7. Voelde jij je op je gemak in de rol van onderzoeker?
Kon je de rol van zorgverlener loslaten?
.....
.....
.....

Tips voor de volgende keer:
.....

8. Hoe heb je geobserveerd en geparticipeerd?
.....
.....
.....

Tips voor de volgende keer:
.....

Toolkit 5

Minisymposium

Minisymposium 'Kleinschalige zorg voor mensen met dementie', 16 maart 2006
Presentatie workshop 3: Partners in zorg?
Duur 45 minuten

We presenteren met z'n drieën. De duur is max. 30 minuten. We hebben powerpoint-sheets met tekst. Dat is de kapstok bij het verhaal en helpt als je even niet meer weet wat je wilde zeggen. Er zijn ook sheets van de foto's die we zelf gemaakt hebben. Geef voorbeelden, leuke anecdotes, enzo. De sprekerstijd is een schatting, zo precies is het natuurlijk niet. Het is maar om een beetje houvast te hebben.

Volgorde sprekers	Tijd	Fase van project	Inhoud
projectleider	8 min.	1 en 2	<i>Perspectief van een onderzoeker:</i> - Aanleiding - Methodiek van 5 fasen - Interviews en resultaten
familie lid	8 min.	3	<i>Perspectief van familieleden:</i> - levensloopboek maken - mentorschap van familie voor familie - meegaan met uitstapjes
zorgcoördinator	8 min.	4	<i>Perspectief van zorgverleners:</i> - gastvrije uitstraling vooral een andere zienswijze, verschil tussen vroeger en nu, bv opname, samen oplossingen zoeken, MDO - andere kijk blijkt ook uit praktische veranderingen als logboek, boeken, leeshoek, spelletjes, koffie aanbieden, activiteitenkeuken
zorgcoördinator	3 min.	5	Hoe gaat werkgroep door?
projectleider	3 min.	5	- Hoe kan de samenwerking verankerd worden in het beleid van Soenda? - Wat zijn aanbevelingen voor het onderwijs?
Allen	15 min		Discussie

Mogelijke vragen die in de discussie gesteld kunnen worden, zijn:

1. Bent u (familie of personeel) tevreden?
2. Wat merkt u als familie van de openheid in de communicatie?
3. Hoe worden conflicten met het personeel opgelost of zijn er geen conflicten?
4. Neemt de familie ook zorgtaken op zich?
5. Is de werkbelasting toegenomen of afgenomen?

Toolkit 6

Presentatietips (poster)



HOGESCHOOL ROTTERDAM

Partners in zorg

Eenvoud met effect

Eerste project gestart januari 2005

'Partners in zorg. Familieparticipatie in Zorgcentrum Soenda'

Doel: Verbeteren van de samenwerking tussen personeel en familie van cliënten van een kleinschalige psychogeriatrische verpleegunit

Methode: Actie-onderzoek

01

Fase 01: Kennismaking en probleemanalyse

Vraagstelling: Verwachtingen personeel

Methode:

- oriëntatie op de werkvloer
- gesprekken met 5 personeelsleden
- 2 discussieavonden met familie

Uitkomsten:

- de meeste zorgverleners lijken met vertrouwen naar het onderzoek
- de huidige situatie tussen familie en zorgverleners is gespannen
- familie wordt tijdens de opnameperiode vanuit diagnostisch oogpunt bekeken

Fase 03: Bewustwording

Vraagstelling: Acties ter verbetering van de communicatie

Methode:

- werkgroep 2 familieleden, 4 personeelsleden, externe projectleider, student
- inventarisatie van acties ter verbetering

Uitkomsten:

- gestructureerde uitstraling: serveren van koffie aan familie
- levensloopboek maken
- mentorschap van familie voor familie
- informatie en literatuur over dementie, een leeshoek

02

Fase 02: Creëren van een onderzoekende houding

Vraagstelling: Kijken naar ontmoetingen met elkaar en naar de zorg

Methode:

- 15 interviews met zorgverleners
- 5 interviews met familieleden
- 4 families een logboek
- observaties en gesprekken met bewoners
- 2 discussieavonden met familie en personeel

Uitkomsten via familie:

- te weinig informatie over alledaagse gebeurtenissen
- enaart geen ondersteuning bij opnameperiode
- geen vertrouwen in het nakomen van afspraken met verzorgenden

Uitkomsten via personeel:

- familie bemoeit zich met ons territorium
- omgaan met kritiek van familie is moeilijk
- verschil in opvatting wat goede zorg is

Uitkomsten via bewoners:

- sociale contacten
- verlaagde verwachtingen
- zinvolle dagbesteding

Fase 04: Creëren van een leercultuur

Vraagstelling: Inzicht in communicatieproces vergroten

Methode:

- 6 werkgroepjes/avonden
- uitwisselen van actieplannen
- reflecteren
- een gezamenlijke presentatie houden

Uitkomsten familie:

- meegaan met uitstapjes
- samen bij therapieën
- levensboeken maken

Uitkomsten personeel:

- minder angstig om fouten te maken
- vanuit perspectief van familie meedenken
- bieden meer service/activiteiten

03

Fase 05: Consolideren en groeien

Vraagstelling: Ontwikkelen van competenties en structurele voorwaarden

Methode:

- inventariseren gewenste competenties
- aanpakpunten multidisciplinair overleg
- samenwerkingsoverleg afspreken

Producten in ontwikkeling:

- methodiek uitwisselen
- training voor familie en personeel

CONTOER
TRANSITIES
IN
ZORG

Partners in zorg
Een innovatief zorgproject binnen het samenwerkingsverband dat als doel heeft:
Proefruimte voor innovatie tussen hogeschool en praktijkveld
Inzicht vergroten in transitieproblemen
Ontwikkeling van best practices in de ouderenzorg

Coördinatoren:
dr. C.A. Hageman, Houding Hogeschool Rotterdam
Wabroer 105, 30 15 205, email: c.hageman@hro.nl

dr. C.G. Nijhuis, Hogeschool Rotterdam
Wabroer 105, 30 15 205

Adressen:
Gerda Hageman, Soenda Hogeschool, Avenue de Lange
www.soenda.nl

Deze uitgave is een product
van de samenwerking tussen
Kenniskring Transitie in Zorg
van de Hogeschool Rotterdam en
Argos Zorggroep regio Nieuwe
Waterweg Noord.

Met dank aan de bewoners, familie
en verzorgenden van unit 1 van
Zorgcentrum Soenda te Vlaardingen.

Tekst:
Connie Klingeman, Jacomine
de Lange en Carolien Nijhuis

Fotografie Soenda:
Theo van Pelt
(foto's op pag. 23 en 58
uitsnede van origineel)

Ontwerp:
Novak, Amsterdam

Drukker:
Imago Printing, Amsterdam

Oplage:
500 exemplaren

Argos Zorggroep
www.argoszorggroep.nl

*Kenniskring Transitie
in Zorg*
Postbus 25055
3001 HA Rotterdam
T 010 241 51 85
F 010 241 40 23
transities.in.zorg@hro.nl
www.transitiesinzorg.nl

© april 2007