



AANSLUITING OF KORTSLUITING?

Onderzoek in opdracht van Reliëf naar de vraag of en hoe er aansluiting mogelijk is tussen de benadering van de geestelijk verzorgers en de benadering van zorgverleners in het werken met levensverhalen, uitgaande van betekenisvolle zorg

Gea Janssens & Mark Smaal
Onderzoeksverslag Mei 2018
Viaa GPW

Inhoudsopgave

Woord vooraf	3
Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1. Aanleiding van het onderzoek.....	5
1.1.1. Wat is Reliëf?.....	5
1.1.2. Aanduiding knelpunt	6
1.1.3. Geschiedenis knelpunt.....	7
1.1.4. Voorlopige vraagstelling.....	8
1.2. Theoretische inleiding	8
1.2.1. Inleiding.....	8
1.2.2. Macro	9
1.2.3. Meso.....	12
1.2.4. Micro	15
1.3. Probleemomschrijving.....	20
1.3.1. Doelstelling.....	20
1.3.2. Centrale vraagstelling.....	20
1.3.3. Deelvragen	20
1.3.4. Verantwoording centrale vraagstelling en deelvragen	20
1.4. Begripsafbakening.....	21
Hoofdstuk 2 Methode	23
2.1. Onderzoeksgroep	23
2.2. Meetinstrumenten	24
2.2.1. Uitwerking.....	24
2.2.2. Validiteit en betrouwbaarheid	25
2.2.3. Interne validiteit.....	25
2.2.4. Externe validiteit	25
2.3. Onderzoeksprocedure.....	26
2.3.1. Ervaringen rondom afname	27
2.3.2. Non-respons.....	28
2.3.3. Validiteit en betrouwbaarheid	28
2.4. Analysemethode	28
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	30
3.1. Deelvraag 1. Eigenheid geestelijk verzorgers en zorgverleners.....	30
3.2. Deelvraag 2. Werken met levensverhalen	33
3.3. Deelvraag 3. Problemen tussen verschillende benaderingen.....	36

3.4. Deelvraag 4. Aanvulling volgens geestelijk verzorgers	39
3.5. Deelvraag 5. Aanvulling volgens zorgverleners.....	39
Hoofdstuk 4 Conclusie, discussie en aanbevelingen	41
4.1. Inleiding	41
4.2. Conclusie	41
4.3. Discussie	42
4.3.1. Verwachtingen en bespreking	42
4.3.2. Methodiek.....	45
4.3.3. Vervolgonderzoek	45
4.3.4. Persoonlijke betrokkenheid	46
4.4. Aanbevelingen Reliëf.....	46
Bibliografie	47
Bijlage 1. E-mails ter introductie	49
Bijlage 2. Vragenlijst geestelijk verzorgers	53
Bijlage 3. Vragenlijst zorgverleners	54
Bijlage 4. Codeboom.....	55

Woord vooraf

Voor u ligt de scriptie 'Aansluiting of kortsluiting'. Met veel plezier hebben wij dit onderzoek samen uitgevoerd. Gedurende het onderzoek hebben we mooie en moeilijke momenten beleefd, waardevolle gesprekken gevoerd en het voorrecht gehad om binnen twee zorgorganisaties een kijkje in de keuken te mogen nemen. Wij gebruiken de titel 'Aansluiting of kortsluiting', omdat we onderzoek hebben gedaan naar de vraag of en hoe er aansluiting mogelijk is tussen de benadering van de geestelijk verzorgers en de zorgverleners in het werken met levensverhalen, uitgaande van betekenisvolle zorg. Kan aansluiting plaatsvinden of levert het kortsluiting op?

Deze scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Godsdienst Pastoraal Werk aan Viaa te Zwolle en in opdracht van Reliëf. Wij zijn Gea Janssens en Mark Smaal. Beiden studeren wij af op dit onderzoek. Gea heeft enige ervaring als geestelijk verzorger in de zorg. Mark ging als leek in de zorg het onderzoekstraject in. Van januari 2018 tot en met mei 2018 hebben wij samen het onderzoek uitgevoerd en dit onderzoeksverslag geschreven. Het onderzoek voor deze afstudeeropdracht is uitgevoerd bij twee zorgorganisaties in Nederland, die met levensverhalen van cliënten werken.

Wij willen graag onze eerste beoordelaar Wieke Malda hartelijk bedanken voor haar bereidwilligheid om onze ingebrachte stukken steeds weer van feedback te voorzien en ons zo te begeleiden en verder te helpen. We zijn dankbaar dat je met ons hebt willen meewerken in onze strakke planning. Ook willen we Alie Velvis bedanken voor haar feedback als tweede beoordelaar. Verder willen we graag Thijs Tromp, onze opdrachtgever en contactpersoon vanuit Reliëf, bedanken voor de ruimte die wij ontvangen hebben om onderzoek uit te voeren. We bedanken alle respondenten voor hun medewerking. Tenslotte willen we onze dierbare naasten bedanken voor hun geduld, hun bemoediging en liefdevolle zorg om ons in dit onderzoek te steunen. Het heeft veel voor ons betekend!

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Gea Janssens & Mark Smaal

Zwolle, 31 mei 2018

Samenvatting

In dit onderzoek is bij Woonzorgconcern IJsselheem en Stichting Zorgcentra Rivierenland de samenwerking tussen de geestelijk verzorger en de zorgverlener in het werken met levensverhalen onderzocht. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Reliëf.

De doelstelling van dit onderzoek is om met de uitkomsten de samenwerking tussen de geestelijk verzorger en zorgverlener meer op elkaar te laten aansluiten. Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek worden er ideeën aangedragen ter verbetering van deze samenwerking. Dit is verwoord in aanbevelingen aan Reliëf.

De volgende vraag staat centraal:

‘Wat is volgens geestelijk verzorgers en andere zorgverleners een verschil in benadering in het werken met levensverhalen, kunnen deze verschillende benaderingen op elkaar aansluiten en op welke wijze, uitgaande van betekenisvolle zorg?’

Zowel geestelijk verzorgers als zorgverleners kijken vanuit hun eigen benadering naar het werken met levensverhalen. In hun samenwerking is het zoeken naar een aansluiting van de benaderingen. Dit onderzoek is uitgevoerd door literatuuronderzoek en veldonderzoek door middel van interviews bij de twee bovengenoemde zorgorganisaties. De geïnterviewde zorgprofessionals hebben allen ervaring met het werken met levensverhalen.

De beantwoording op de centrale vraagstelling is dat de verschillen in benadering voornamelijk ontstaan door het doel waarmee de cliënt benaderd wordt. Bij de geestelijk verzorger kenmerkt zich dat door ruimte te bieden aan het levensverhaal van de cliënt met enkel als doel het spiritueel welzijn van de cliënt. Bij de zorgverlener kenmerkt zich dat door het levensverhaal als uitgangspunt te nemen voor het verlenen van betekenisvolle zorg. Het levensverhaal is daarmee allereerst relevant als het van invloed is op de zorgverlening. De benaderingen kunnen meer aansluiten wanneer de interactie tussen de zorgprofessionals toeneemt. Deze interactie houdt in dat de kennis van elkaars werkveld toeneemt en men elkaar ook persoonlijk kent of leert kennen. De aansluiting wat betreft de inhoud van het levensverhaal vergt fijngevoeligheid van de zorgprofessionals. Deze uit zich in een professionele afweging betreffende het inhoudelijk delen van informatie, alsook met wie. Dit moet zodanig gebeuren dat daarin de privacy van de cliënt gewaarborgd wordt. De onderzoekers vinden van doorslaggevend belang, gezien vanuit de ethische dimensie, dat wat in vertrouwen is verteld, niet gedeeld wordt met anderen, tenzij voldaan wordt aan de voorwaarden, die gesteld worden in beide beroepscode. Op basis van eerder onderzoek is te verwachten dat wanneer er meer aandacht is voor de zingevingbeleving van de cliënt, dit het gevoel van waarde van de cliënt verhoogt en zo kan betekenisvolle zorg optimaal vorm krijgen.

Een van de aanbevelingen is meer interactie te creëren tussen de zorgprofessionals om elkaars benadering beter te leren kennen en te begrijpen. Om rekening te houden met de hoge werkdruk moet dat op een manier die voor ieder toegankelijk is en op een moment dat het past. Daarvoor zouden korte filmpjes vanuit verschillende disciplines en vlogs, toegespitst op het verlenen van betekenisvolle zorg, geschikt kunnen zijn.

Een andere aanbeveling is het inzetten van interdisciplinaire intervisie als middel om geestelijk verzorgers en zorgverleners samen te laten werken om betekenisvolle zorg optimaal vorm te geven.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1. Aanleiding van het onderzoek

Reliëf is een christelijke vereniging voor zorgaanbieders en opdrachtgever voor dit onderzoek. Tijdens de oriëntatie op een onderwerp voor het afstudeeronderzoek is er contact tot stand gekomen met dr. T. Tromp, directeur van Reliëf.¹ Een van de manieren van Reliëf om hun klanten en leden van dienst te zijn, is het vervaardigen van toegankelijke en relevante publicaties. Deze hebben allerlei verschijningsvormen. In 2016 is onderzoek uitgevoerd, mede door dhr. Tromp, naar het werken met levensverhalen in de zorg (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). Werken met levensverhalen in de zorg is een geheel eigen benadering. Het levensverhaal van de cliënt² staat hierbij centraal en vanuit het levensverhaal komt betekenisvolle zorg tot stand. In het rapport *Levensverhaal centraal* staat beschreven dat bij kennis van het levensverhaal de zorgverleners met meer respect en begrip met cliënten omgaan en actiever met de cliënt zoeken naar betekenisvolle activiteiten (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017).

In een persoonlijk gesprek geeft dhr. Tromp aan dat organisaties problemen ondervinden in de praktijk van het werken met het levensverhaal. Zorgorganisaties ervaren dat documentatie van de levensverhalen en privacy lastig met elkaar te verenigen zijn. Door Reliëf wordt ervaren dat het werken met levensverhalen nog te weinig daadkrachtig wordt geïmplementeerd in de integrale zorgvisie.

Het eindrapport *Levensverhaal centraal* uit 2017, heeft geleid tot een aantal verdiepende vragen. Een van deze vragen komt voort uit de constatering dat er in de praktijk spanning kan ontstaan tussen het werken met levensverhalen door de geestelijke verzorger enerzijds en het werken met levensverhalen door de zorgverlener anderzijds. Deze spanning komt naar voren vanuit het feit dat beide beroepsgroepen vanuit een andere benadering kijken naar het werken met levensverhalen. De geestelijk verzorger heeft als basishouding een relationele aanpak. Daarin kan de cliënt zijn levensverhaal delen zonder dat het een doel heeft dat in een behandelplan of dossier gezet wordt. De zorgverlener heeft een instrumentele benadering. Dit houdt in dat het levensverhaal gebruikt wordt om de zorg voor de cliënt te verbeteren. Het levensverhaal wordt dus onderdeel van het behandelplan of dossier. In de praktijk lijkt het dat de geestelijk verzorger steeds meer gaat delen uit de informatie die hij ontvangt van de cliënt. Als dit zo is, heeft dat invloed op de eigenheid van geestelijke verzorging. Bovendien heeft het invloed op de privacy van de cliënt en de ruimte die deze kan ervaren in het belangeloze gesprek met de geestelijk verzorger. Reliëf heeft gevraagd deze praktijk te onderzoeken in twee zorgorganisaties.

1.1.1. Wat is Reliëf?

Reliëf is een christelijke vereniging voor zorgaanbieders en heeft de missie menslievende zorg in Nederland te bevorderen. Reliëf staat volgens haar website voor het volgende: *“Menslievend zorg verlenen kenmerkt zich door liefde, respect, verantwoordelijkheid, deskundigheid en gezamenlijkheid. Deze kernwaarden zijn voor het werk van Reliëf leidend”* (Reliëf, 2018).

Reliëf is een vereniging van zorgaanbieders die vanuit hun identiteit menslievende zorg, ethiek en zingeving een warm hart toedraagt. Zorgaanbieders die klant en lid zijn van Reliëf steunen de missie

¹ Dr. T. (Thijs) Tromp begeleidt zorgaanbieders bij het vormgeven van hun identiteit, traint en coacht commissies ethiek en identiteit. Hij is gepromoveerd op het thema levensverhalen en zingeving in de ouderenzorg. De titel van het proefschrift is *Het verleden als uitdaging* (Reliëf, 2018).

² In dit onderzoeksverslag wordt gesproken over cliënt. Hier kan ook gelezen worden bewoner of patiënt.

van Reliëf om zich in te zetten voor menslievende en betekenisvolle zorg. Dit is zorg die ondersteuning biedt aan cliënten bij het leiden van een bestaan waardoor zij waarde ervaren.

Reliëf zet zich in door:

- *“Het organiseren van inspirerende bijeenkomsten*
- *Vervaardigen en publiceren van relevante en toegankelijke publicaties en materialen*
- *Ontwikkelen en aanbieden van hoogwaardige scholingen en trainingen op het gebied van identiteit, ethiek en zingeving*
- *Beïnvloeding van het zorgbeleid*
- *De aandacht voor zingeving en ethiek in de zorg op de agenda van het publiek debat te zetten” (Reliëf, 2018).*

1.1.2. Aanduiding knelpunt

Zoals in de aanleiding aangegeven, is er in *Levensverhaal centraal* onderzoek gedaan met als doel, *“met behulp van de aandacht voor het levensverhaal van de ouderen het contact met en de zorg voor ouderen te verbeteren”* (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017).

De aanleiding van dit onderzoek is de overtuiging dat de zorgverlening aan de cliënt bijdraagt aan het ervaren van waarde door de cliënt. Daarom moet de zorg aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de cliënt. Om dit mogelijk te maken is het nodig dat de zorgverlener kan afstemmen op het levensverhaal en zo in staat is om deze betekenisvolle zorg te verlenen (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). De cliënt heeft met verschillende zorgprofessionals te maken. Ze verlenen allen vanuit hun eigen expertise zorg aan de cliënt. De verantwoordelijkheid van waaruit gewerkt wordt, bepaalt op welke manier de zorgprofessional de zorg vormgeeft.

Het levensverhaal van de cliënt wordt vanuit verschillende invalshoeken benaderd. Dit is voor de hand liggend. Immers een zorgverlener verricht voornamelijk lichamelijke verzorging en de geestelijk verzorger verleent zorg aan de cliënt in de vragen die de cliënt heeft rondom zingeving. De geestelijk verzorger ondersteunt de cliënt in het zoeken naar wat hem³ (opnieuw) kracht of inspiratie kan geven en representeert daarin een andere orde namelijk een verwijzing naar het transcendente (Ganzevoort, 2012, p. 28). In de zorg van de geestelijk verzorger is het levensverhaal van de cliënt leidend. De cliënt kan alleen zelf betekenis geven aan zijn levensverhaal. De geestelijk verzorger schept daarvoor de voorwaarden, maar de cliënt verricht zelf het werk aan het levensverhaal. Het levensverhaal blijft ook van de cliënt.

In de literatuur wordt benadrukt dat het van belang is dat de zorgverlener rekening houdt met de zingeving/beleving van de cliënt. De kern van de betekenisvolle zorgverlening is dat de cliënt zich in alle situaties van betekenis weet. Daar is de zorg die verleend wordt op gericht. Dat wordt betekenisvolle zorg genoemd (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). Van Leeuwen & Cusveller beschrijven dat *“Uit onderzoeken blijkt dat er een relatie is tussen religieuze overtuigingen, aspecten van gezondheid en kwaliteit van leven”* (Van Leeuwen & Cusveller, 2005, p. 9). Zorg gaat allereerst om relationele ondersteuning van mensen bij het leiden van een betekenisvol bestaan (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). Spiritualiteit is basis van deze betekenis. De zorgverlener heeft in de praktijk vaak een instrumentele insteek. Hij verdiept zich in het levensverhaal van de cliënt om hem te leren kennen en om zo de zorg en activiteiten beter kunnen te laten aansluiten op wat voor de cliënt van waarde is. De cliënt heeft daarnaast ook aandacht nodig

³ In het onderzoeksverslag is gekozen voor de mannelijke aanduiding van de cliënt. Overal waar deze mannelijke aanduiding wordt gebruikt, kan ook de vrouwelijke ingevuld worden. Dit geldt ook voor de geestelijk verzorger en de zorgverlener.

voor zijn spiritualiteit en zijn omgang daarmee. Zorgprofessionals verschillen dus in hun 'doen en laten'. De zorgverlener heeft de basis 'doen' en de geestelijk verzorger de basis 'laten'.

Door de verschillende invalshoeken van zorg kan het zijn dat de cliënt andere delen uit zijn levensverhaal vertelt aan de geestelijk verzorger dan aan de zorgverlener. Deze verschillen kunnen in de praktijk spanning oproepen. Wie weet wat? Mag het verhaal dat aan een geestelijk verzorger is toevertrouwd, gedeeld worden met andere zorgverleners? En andersom? Dat raakt aan de vraag die vanuit Reliëf gekomen is. Door het werken vanuit de verschillende perspectieven zie je duidelijke verschillen. Deze verschillen kunnen een bepaalde spanning oproepen. Moet die spanning opgelost en zo ja, hoe? Het uitgangspunt hierbij is te allen tijde dat betekenisvolle zorg aan de cliënt voorop staat en alle zorgprofessionals ten dienste staan van de cliënt.

De onderzoekers hebben, voordat het onderzoek gestart is, een persoonlijk gesprek gevoerd met dhr. Tromp. Hij fungeert in dit onderzoek als aanspreekpunt voor de opdrachtgever Reliëf. In dit gesprek is nader toegelicht wat de opdrachtgever graag onderzocht wil hebben. Daarbij is uitleg gegeven over het werken met levensverhalen. Zowel wat de betekenis is voor de eigenaar van het levensverhaal, als ook wat het werken met levensverhalen voor de zorgorganisaties kan betekenen. In het onderzoeksverslag worden aspecten uit dit persoonlijk gesprek aangehaald.

1.1.3. Geschiedenis knelpunt

Na bovenstaande aanduiding wordt er nu gekeken naar de ontstaansgeschiedenis van het knelpunt. Vanuit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (Veen, 2007) is het Zorgleefplan (ZLP) ontstaan en bij veel zorginstellingen ingevoerd. In dit ZLP, dat een persoonlijk document is dat voor iedere cliënt wordt ingevuld en bijgehouden, worden vier domeinen onderscheiden. Dat zijn het fysieke welbevinden, de woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. In *Levensverhaal centraal* wordt beschreven dat deze domeinen in veel zorginstellingen los van elkaar worden gehanteerd en niet als één geheel (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). De vier domeinen gaan over alle aspecten van de zorg aan de cliënt, dus niet alleen over de medische zorg. In de meeste zorginstellingen ligt de focus echter allereerst op de medische zorg. Dat is immers ook de reden dat de cliënt in de instelling terecht is gekomen.

Een vrij nieuwe benadering van zorg verlenen aan cliënten is het biografisch werken. Dit is werken op grond van het levensverhaal van de cliënt. De cliënt licht, door zijn verhaal te vertellen, betekenisvolle gebeurtenissen op. Hierdoor leert de zorgverlener de cliënt beter kennen en gaat hij anders kijken naar de cliënt. Ook in de tijd dat de cliënt nog niet in de zorginstelling verbleef. Belangrijk is dan welke betekenis de cliënt geeft aan zijn leven. In iedere levensverhaal komt zo de uniciteit van de persoon naar voren. Vanuit deze houding, ieder mens is uniek, kan de aansluiting gevonden worden bij de beleving van de cliënt.

Deze manier van werken is nog volop in ontwikkeling. Zo is er meer onderzoek nodig of én hoe de levensverhalen gedocumenteerd worden in het ZLP. Documentatie is niet zomaar mogelijk, omdat de wettelijke regels omtrent privacy gehanteerd moeten worden. Zoals eerder aangegeven gebeurt het delen in verschillende zorgrelaties van cliënt en zorgprofessional. Daardoor kan ook de inhoud van het levensverhaal verschillen. Hier ontstaat spanning. Immers, als documentatie ontbreekt, is er niet duidelijk terug te vinden wat er gedeeld is over het levensverhaal. Bovendien weten de zorgprofessionals niet van elkaar wie welke kennis heeft van de cliënt en daardoor niet altijd wat voor hem van waarde is. Dit heeft invloed op de te verlenen betekenisvolle zorg.

Momenteel loopt er een onderzoek naar een goede manier van documentatie van het levensverhaal. Als hierover meer duidelijkheid bestaat, zou dit invloed kunnen hebben en misschien een deel van de spanning kunnen verminderen.

Bovengenoemde manier van kijken en omgaan met cliënten wordt vormgegeven door verschillende zorgprofessionals. In de praktijk lijkt het zo te zijn dat over het levensverhaal van een cliënt weinig tot geen contact is tussen hen. Zo weet de geestelijke verzorger niet wat de zorgverlener weet en andersom. De kennis die men heeft van het levensverhaal van de cliënt kan dan niet ingezet worden voor betekenisvolle zorg aan de cliënt. Terwijl biografisch werken juist daarop gericht is.

Pas vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw wordt werken met levensverhalen ontwikkeld. Vooral in verpleeghuizen is er veel gewerkt aan levensboeken van cliënten. Deze boeken werden niet gebruikt ten behoeve van de zorg aan de cliënt, maar gezien als een leuke bijkomstigheid. Bij instellingen die biografisch werken is het levensverhaal echter het hart van het zorgproces.

Zoals hiervoor beschreven is biografisch werken nog relatief nieuw. Door de ervaring die men hiermee opdoet, komen ook de uitdagingen aan het licht. Een van die uitdagingen is hoe deze manier van werken daadwerkelijk vorm krijgt in de zorg vanuit de verschillende perspectieven en het bijdraagt aan het verlenen van betekenisvolle zorg aan de cliënt.

1.1.4. Voorlopige vraagstelling

In e-mailcontact heeft dhr. Tromp laten weten dat hij graag zou willen laten onderzoeken *“of en hoe de kloof tussen biografisch werken in de geestelijke verzorging en biografisch werken in de verzorging en verpleging overbrugd kan worden”* (persoonlijke communicatie, 3 januari 2018). Hij benadrukte daarbij dat geestelijk verzorgers en zorgverleners daarbij mogelijk een verschillende insteek hebben als het gaat om biografisch werken. Is er verschil tussen de vertrouwelijke biografische informatie die met de geestelijk verzorger wordt gedeeld en niet vastgelegd wordt in het zorgdossier en informatie die door andere zorgverleners wordt verzameld en wel in het dossier komt? Zo ja, wat is het verschil dan? Wordt er voldoende rekening gehouden met de privacy van de cliënt? En doet het wel recht aan de doelstelling en eigenheid van het werk van de geestelijk verzorger en de zorgverlener? En tast dat de vrije ruimte die de geestelijk verzorger aanbiedt niet aan? Mag deze uitwisseling van informatie zomaar plaatsvinden? En als dat kan, hoe vraag je toestemming?

De voorlopige vraagstelling die hieruit op te maken is, luidt:

‘Moeten de twee perspectieven, van de geestelijk verzorger en de zorgverlener, op elkaar aansluiten? Zo ja, wat is daarvoor nodig? Moet de uitwisseling van het levensverhaal tussen verschillende zorgprofessionals geaccepteerd worden of moet het achterwege gelaten worden?’

1.2. Theoretische inleiding

1.2.1. Inleiding

In de theoretische inleiding wordt beschreven hoe er vanuit verschillende niveaus gekeken wordt naar de spanning die ontstaat tussen de geestelijk verzorger en de zorgverlener bij het werken met levensverhalen. Het betreft hier niet een relationele spanning, maar een spanning die ontstaat door de verschillen in benadering, waardoor de verkregen informatie uit de levensverhalen niet ten volle ingezet wordt voor de zorg aan de cliënt.

De verschillende niveaus worden belicht om inzicht te krijgen in de verschillende factoren die het knelpunt veroorzaken, beïnvloeden of in stand houden. Deze niveaus worden opgedeeld in 3 delen, te weten macro, meso en micro.

Op macroniveau wordt aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de maatschappij rondom dit onderwerp, regelgeving vanuit de overheid en overkoepelende instanties binnen de zorg. Op mesoniveau wordt gekeken naar de verbinding tussen het knelpunt en Reliëf als organisatie alsook de zorgorganisaties waarbij onderzoek wordt gedaan. Daarbij wordt gekeken naar visiedocumenten

en beleidsplannen. Op microniveau wordt aandacht besteed aan het knelpunt en het beroep van de geestelijk verzorger, aan de zorgverlener in relatie tot spiritualiteit van de cliënt en aan het werken met levensverhalen als manier van werken.

1.2.2. Macro

Op macroniveau moet gedacht worden aan regelgeving vanuit de overheid en overkoepelende instanties. Regelgeving en ontwikkelingen vanuit dit niveau hebben op een bepaalde manier invloed op het knelpunt (minimale eisen waar de zorg aan moet voldoen e.d.). In onderstaand gedeelte wordt verder ingegaan op het *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*, de *Beroepsstandaard geestelijk verzorger* en de *Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden*. Er wordt aandacht besteed aan het plan *Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen*. Dit plan is gepresenteerd door de overheid met als doel verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg in Nederland. Ook wordt hier gesproken over het onderzoek *Gelukkig in een verpleeghuis?* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Het SCP heeft onderzoek gedaan in 2017 naar de beleving van verpleeghuisbewoners.

1.2.2.1. Overheid kwaliteitskader verantwoorde zorg

Vanuit de overheid is een *kwaliteitskader verantwoorde zorg* uitgegeven. Het vertrekpunt van dit kader is de mens zelf. Volgens het document is “*het de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven*” (Kwaliteitskader verantwoorde zorg, 2017). Dit document is geschreven naar aanleiding van het programma *Waardigheid en Trots*, dat in 2015 geïnitieerd werd. Dit programma is geïnitieerd met het oog op verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader is als kwaliteitsstandaard opgenomen in het wettelijk register van het Zorginstituut. Hierin staan de afspraken van verschillende partijen, zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording. Uitspraken van het Zorginstituut zijn bindend.

Uit het document komt naar voren dat persoonsgerichte zorg, zorg is waarbij de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Dit heeft als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van het leven van de cliënt optimaal te laten zijn (Kwaliteitskader verantwoorde zorg, 2017). De zorg die aan de cliënt verleend wordt met behulp van biografisch werken, heeft hetzelfde vertrekpunt.

Uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg komt naar voren dat zingeving een belangrijk onderdeel is van het welzijn van de cliënten. Verder gaat het er hierbij ook om dat er aandacht en ondersteuning is bij levensvragen. Het staat de zorgverleners en zorgorganisatie vrij om, onder andere, deze thema's naar eigen inzicht in te vullen.

1.2.2.2. Beroepsstandaard geestelijk verzorger en beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden

Uit de *Beroepsstandaard geestelijk verzorger* (2015) komt de volgende informatie met betrekking tot het knelpunt naar voren. In de geestelijke verzorging probeert men altijd aan te sluiten bij het levensverhaal van de cliënt en de levensvragen die hij stelt. In de beroepsstandaard wordt ingegaan op gedragsregels waaraan de geestelijk verzorger zich dient te houden. Deze gedragsregels gaan over respect, integriteit, vertrouwelijkheid, collegialiteit en interdisciplinariteit. In de gedragsregels rondom integriteit wordt onder andere ingegaan op een thema dat raakt aan het knelpunt van dit onderzoek. Zo wordt gezegd:

“Als een geestelijk verzorger stuit op omstandigheden die het welzijn van de cliënt schaden, vestigt hij, na indien mogelijk de cliënt hierover te hebben geïnformeerd en met in

achtneming van de regels aangaande de vertrouwelijkheid (zie 3.3), hierop de aandacht van de eerstverantwoordelijken en adviseert over mogelijke verbeteringen” (Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2015, pp. 18-19).

Dit raakt aan het privacy-aspect waarover ook gesproken wordt bij het knelpunt.

In de beroepsstandaard wordt beschreven dat de geestelijk verzorger vertrouwelijk moet omgaan met de aan hem toevertrouwde informatie. Volgens de beroepscode is de geestelijk verzorger verplicht *“geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van alles wat haar in de uitoefening van haar beroep vertrouwelijk ter kennis is gekomen en alles wat zij heeft waargenomen en waarvan zij het vertrouwelijk karakter moet begrijpen”* (Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2015, p. 19).

De cliënt beslist of geheimhoudingsplicht gehandhaafd blijft of opgeheven wordt. Bij opheffing moet nog steeds iedere situatie voldoen aan een aantal eisen zodat de veiligheid van de cliënt niet in gevaar komt. Dit zijn de volgende eisen:

- *“Het is vrijwel zeker dat het niet doorbreken van het geheim voor derden of voor de cliënt aanwijsbare en ernstige schade of gevaar zal opleveren*
- *De geestelijk verzorger is er vrijwel zeker van dat door de doorbreking van de geheimhouding die schade aan de anderen of aan de cliënt kan worden voorkomen of beperkt*
- *Gevaar kan alleen worden afgewend of schade kan alleen worden voorkomen door het doorbreken van de geheimhouding*
- *De geestelijk verzorger komt in gewetensnood door het handhaven van de geheimhouding.*
- *Alles is in werking gesteld om toestemming van de cliënt te krijgen*
- *De geheimhouding wordt slechts zover doorbroken als nodig is om het gevaar af te wenden of de schade te voorkomen”* (Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2015, pp. 19-20).

Later wordt in hetzelfde document een uitzondering gegeven. Namelijk wanneer er informatie gedeeld wordt in het kader van een gemeenschappelijke zorgopdracht, de geheimhoudingsplicht niet geldt. In samenspraak met de cliënt kunnen bepaalde gegevens op deze manier gedeeld worden. Biografisch werken heeft als uitgangspunt om beter te kunnen voldoen aan de gemeenschappelijke zorgopdracht.

Ten slotte wordt in dit document aangegeven dat de geestelijk verzorger gegevens mag delen die van belang zijn voor de begeleiding van de cliënt.

“De geestelijk verzorger verzamelt omtrent persoon en omstandigheden van de cliënt slechts gegevens voor zover die van belang zijn voor de begeleiding. Zij wisselt uitsluitend gegevens uit met andere personen of instanties voor zover dat van belang is voor de cliënt en met diens toestemming. Ook bij deze derden dient de geheimhouding van de persoonlijke gegevens voldoende te zijn gewaarborgd. Dit betreft ook de rapportage van de geestelijk verzorger in elektronische cliëntendossiers. De cliënt heeft het recht de rapportage in te zien die al dan niet onderdeel uitmaakt van het papieren of elektronische cliëntendossier. De geestelijk verzorger stelt hem daartoe in staat” (Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2015, pp. 19-20).

In de *Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden* komt naar voren dat de verpleegkundigen en verzorgenden zorgvuldig moeten omgaan met de vertrouwelijke informatie over de cliënt. Dat houdt in vertrouwelijke informatie die verteld, gehoord of gezien is, ook geheim moet worden gehouden. Informatie mag alleen overgedragen worden wanneer de zorgvrager daar toestemming voor gegeven heeft. Ook zorgverleners moeten voldoen aan een aantal voorwaarden voor zij informatie mogen

delen. In de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden worden de volgende voorwaarden beschreven:

“Als verpleegkundige/verzorgende ga ik zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie over de zorgvrager (het beroepsgeheim). Dat betekent onder andere dat ik:

- geheim houd wat mij tijdens de beroepsuitoefening in vertrouwen is verteld of wat ik gehoord of gezien heb en waarvan ik moet begrijpen dat het vertrouwelijk van aard is*
- mij ervoor inzet dat er geen informatie over de zorgvrager via welke weg dan ook verspreid wordt en dat ik mij daar zelf ook niet schuldig aan maak*
- alleen informatie van en over de zorgvrager geef aan anderen, inclusief naasten van de zorgvrager, als de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) daarvoor toestemming heeft gegeven*
- aan de zorgverleners, die direct bij de zorgverlening aan de zorgvrager betrokken zijn, de informatie geef die zij voor de zorgverlening aan de zorgvrager nodig hebben en dit ook aan de zorgvrager laat weten*
- aan de vertegenwoordiger informatie verstrek over de zorgvrager, als de zorgvrager niet (alleen) kan of mag beslissen*
- informatie over de zorgvrager verstrek als dat wettelijk verplicht is*
- slechts in uitzonderlijke gevallen mijn zwijgplicht mag verbreken als ik een conflict ervaar tussen mijn plicht tot geheimhouding en mijn plicht om ernstige schade voor de zorgvrager of een ander te voorkomen (conflict van plichten)”* (Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden, 2015, p. 11).

1.2.2.3. Waardigheid en trots

Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Taskforce Waardigheid en trots werd in februari 2015 het plan *Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen* gepresenteerd. Het doel hiervan is een verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg in Nederland. Op de bijbehorende website staat:

“Dit is waar goede zorg voor ouderen in de verpleeghuizen om draait. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: waardigheid. Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en behandelaars en die voldoet aan hun beroepsstandaard en (beroeps)trots” (Waardigheid en trots, 2015).

In dit plan zijn allerlei thema's opgenomen waarop verpleeghuizen, die in dit plan meedoen, zich kunnen verbeteren. In deze thema's worden, naast allerlei medische en organisatorische onderwerpen, ook welzijn van en aandacht voor de cliënt benoemd. Dit impliceert dat ook vanuit de overheid er een stimulans komt ter verbetering van het welzijn van de cliënt.

1.2.2.4. Onderzoek 'Gelukkig in een verpleeghuis?' van het Sociaal en Cultureel Planbureau

In 2017 heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) onderzoek gedaan naar de beleving van verpleeghuisbewoners wat betreft het wonen in een verpleeghuis.

“Volgens de beleidslijn en breed gedragen beweging van Waardigheid en trots en het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is het doel van verpleeghuiszorg, de kwaliteit van leven van bewoners te verbeteren. Een eerste vanzelfsprekende stap is dan na te gaan wat bewoners vinden van hun kwaliteit van leven, hoe ze oordelen over de kwaliteit van de verzorging, waar deze verbeterd kan worden en wat hun wensen zijn. Dat hebben we gedaan in deze studie.

Daarmee laten we op basis van een grootschalig onderzoek de stem van de bewoners horen in de discussie over de toekomst van deze instellingen. “ (SCP, 2017, p. 48).

In het onderzoek van SCP worden de vier aandachtspunten voor de kwaliteit van zorg genoemd die beschreven staan in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dat zijn:

1. *“Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;*
2. *Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt;*
3. *Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;*
4. *Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning” (Zorginstituut 2017: p. 11, geciteerd in SCP, 2017, p. 15).*

Op deze vier aandachtspunten worden in het onderzoek verpleeghuisbewoners bevraagd. Er wordt beschreven dat er in het algemeen positief geoordeeld wordt over de kwaliteit van de verzorging. Bij het aangeven wat mensen missen, gaan opvallend veel antwoorden over zingeving. *“Meermaals geven bewoners aan een goed gesprek te missen in hun leven” (SCP, 2017, p. 50).*

“De verzorging gebeurt wel vaak te gehaast en daardoor is er weinig tijd voor levensvragen en lukt het minder goed een vertrouwensband op te bouwen. Op grond van deze uitkomsten lijkt niet meer zorg maar meer persoonlijke aandacht een aanbeveling” (SCP, 2017, p.48).

Blijkens dit onderzoek is er ook vanuit de overheid meer en meer aandacht voor het welzijn van bewoners in verpleeghuizen als aspect van de geboden zorg.

1.2.3. Meso

Op mesoniveau wordt er gekeken naar de, voor dit onderzoek, relevante zorgorganisaties en Reliëf. De missie en visie van Woonzorgconcern IJsselheem en Stichting Zorgcentra Rivierenland worden als eerste nader bekeken omdat deze iets vertellen over de manier waarop de zorg wordt verleend. Dit is relevant, omdat het laat zien hoe er vanuit het management gekeken wordt naar het werken met levensverhalen bij de zorgorganisaties. Tevens is beschreven op wat voor manier Reliëf een bijdrage levert ten behoeve van haar klanten en leden. Tenslotte wordt hier ingegaan op de vraag waarom organisaties met levensverhalen werken en waar ze tegenaan lopen op organisatorisch niveau.

1.2.3.1. Visie & missie zorgorganisaties

Woonzorgconcern IJsselheem (verder IJsselheem) laat weten in haar introductie op de website, dat de wens of behoefte van de cliënt altijd het uitgangspunt is voor de zorg- en dienstverlening die door hen geboden wordt. In haar missie staat:

“Met diensten op het gebied van wonen, welzijn, zorg en behandeling helpen de medewerkers en de vrijwilligers hen in het vinden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Dit gebeurt met alle aandacht voor de persoonlijke situatie en behoeften” (IJsselheem, z.d.).

IJsselheem zoekt het meest passende antwoord op de zorgvraag die door haar cliënten bij haar wordt neergelegd. Het is de visie van IJsselheem om uit te groeien tot kloppend hart in de buurt. Ze ziet zorg als het leven zelf, waarbij er tijd en aandacht is voor echte ontmoetingen. Kernwaarden van IJsselheem die in al het handelen van medewerkers centraal staan zijn: cliëntgerichtheid, gastvrijheid en kwaliteit.

Ook Stichting Zorgcentra Rivierenland (verder SZR) heeft een missie en visie op de zorg voor haar cliënten. In het beleidsplan staat beschreven dat de visie op zorgverlening wordt gekenmerkt door:

- *“Aandacht voor de cliënt*
- *Eigen regie voorop*
- *Ondersteuning en hulp waar nodig*
- *Familie en vrienden (mantelzorgers) doen ertoe*
- *Het beleven van gastvrije, betrokken en deskundige zorg”* (SZR, z.d., p. 5).

SZR beschrijft in het beleidsplan haar missie en dat het haar doel is kwaliteit toe te voegen aan het leven van kwetsbare ouderen en mensen met een complexe zorgvraag. SZR zegt hierover:

“Dit bereiken we door zorg, behandeling, revalidatie en dienstverlening te bieden van een constante en hoge kwaliteit. Cliënten, familie en verwijzers kiezen voor ons omdat wij dit totale aanbod goed regelen in een prettige sfeer. Zij ervaren onze organisatie als gastvrij, betrokken en deskundig. Dat zij op SZR kunnen rekenen is voor hen al een hele zorg minder” (SZR, z.d., p. 6).

Kernwaarden van SZR zijn gastvrij, betrokken en deskundig. Haar ambitie is om ernaar te streven dat mensen uit de regio bij de kernactiviteiten die zij uitvoeren, direct aan SZR zullen denken en SZR met deze kernwaarden associëren.

1.2.3.2. IJsselheem, SZR en levensverhalen

Al op de website van IJsselheem wordt duidelijk dat er aandacht is voor de levensverhalen van cliënten. Zo is een apart tabblad voor de verhalen van verschillende cliënten op deze website te vinden. De motivatie hiervoor is als volgt beschreven:

“Iedereen heeft zijn eigen verhaal. Dat verhaal blijft ondanks ondersteuning die nodig is. Er wordt alleen een ander hoofdstuk aan toegevoegd, maar daarmee kun je nog steeds zijn wie je bent. Dat laten we graag zien in de verhalen van onze bewoners” (IJsselheem, z.d.)

Het verhaal van iedere cliënt blijft, ook als zorg nodig is. Op de website is verder geen andere documentatie over het werken met levensverhalen te vinden.

In het eerste contact met de geestelijk verzorger van SZR is er gesproken over het werken met levensverhalen. Daarbij is aangegeven dat binnen SZR het werken met levensverhalen een plaats heeft in de zorg. Op de website is hierover niets te vinden. De geestelijk verzorger van SZR heeft Visiedocument Dementiezorg 2016 ter beschikking gesteld alsmede de vragenlijst die wordt gebruikt bij het invullen van het elektronisch patiëntendossier (EPD). In het visiedocument wordt het werken met levensverhalen als volgt verwoord:

“Wij kijken en luisteren naar de bewoner. Voor ons is de levensloop van een bewoner een belangrijk uitgangspunt om te bepalen op welke manier de zorg, begeleiding en behandeling wordt gegeven” (SZR, 2016).

Bij het invullen van het EPD komen allerlei aspecten van het leven van de cliënt naar voren. Genoemd worden: sociaal netwerk, scholing en beroep, vrijetijdsbesteding en interesses, dagindeling en gewoontes, life events, persoonlijke eigenschappen, levensbeschouwing en mantelzorg.

1.2.3.3. Reliëf

“Reliëf is een vereniging van zorgaanbieders die vanuit hun identiteit menslievende zorg, ethiek en zingeving een warm hart toedragen” (Reliëf, 2018). Op haar website staat beschreven dat Reliëf dat doet door:

- *“Inspirerende bijeenkomsten*
- *Vervaardigen en publiceren van relevante en toegankelijke publicaties en materialen*
- *Ontwikkelen en aanbieden van hoogwaardige scholingen en trainingen op het gebied van identiteit, ethiek en zingeving*
- *Beïnvloeding van het zorgbeleid*
- *De aandacht voor zingeving en ethiek in de zorg op de agenda van het publiek debat te zetten” (Reliëf, 2018).*

Doordat Reliëf continue met de praktijk bezig is en zij haar klanten en leden bedient met haar diensten en producten, komt er ook een wisselwerking tot stand, een wederzijdse beïnvloeding.

Werken met het levensverhaal wordt al langer als waardevol beschouwd in de ouderenzorg en -welzijn. Het kan mensen helpen om ‘grip’ te houden op hun levensloop. Het kan daarnaast troost bieden, zingeving, maar ook de mogelijkheid van overdracht op de volgende generatie. Naast al deze belangrijke voordelen van het levensverhaal op het persoonlijke niveau, is het levensverhaal een waardevolle bron van informatie voor de hulpverlening (Reliëf, 2018).

Reliëf zet zich ervoor in om meer aandacht te krijgen voor het levensverhaal in de zorg. Volgens hen hoort het levensverhaal bij goede zorg, verleend vanuit een christelijk perspectief (Reliëf, 2018). Reliëf zet zich vanuit de bovenstaande visie in voor een verhalende benadering in de zorg. Zij heeft deze visie onderbouwd met vier redenen:

- In de eerste plaats leren de zorgverleners en de cliënten elkaar anders kennen in de verhalende benadering. Zo kan de zorgrelatie verbeteren en de zorg beter aansluiten bij de persoonlijke betekenisgeving van de cliënt
- In de tweede plaats helpt de aandacht voor het levensverhaal de cliënt om zijn identiteit in stand te houden, deze te ondersteunen en te verbinden met de nieuwe omgeving. De identiteit kan door een veranderende leefomgeving onder druk komen te staan. Deze druk kan verlicht worden als er aandacht is voor het levensverhaal
- In de derde plaats is het levensverhaal een goede ingang om met cliënten over hun zinervaring te communiceren. De gebeurtenissen krijgen hun betekenis in de context van het levensverhaal. Een levensverhaal dat, zo lang men leeft, voortdurende herziening vraagt. Door de toenemende individualisering kan verwacht worden dat de cliënt meer en meer een beroep hierin doet op de zorgverlener
- Tenslotte ligt in verhalen vertellen verbindende kracht. Er ontstaat een emotionele band. Maar ook een gezamenlijk verhaal. Verhalen lijken geschikt om de zoektocht naar een gemeenschappelijke identiteit - die in deze tijd volop in de belangstelling staat- vorm te geven en zo ook te werken aan nieuwe vormen van gemeenschap (Reliëf, 2018).

Volgens Reliëf moet gewerkt worden aan een verdere integratie van het levensverhaal in de bestaande documenten in de zorgverlening, zoals behandelplannen en het ZLP. Als dit niet gebeurt, blijft *“verhalend werken slechts een exotisch extraatje”* (Reliëf, 2018). En ook al wordt er veel beweerd over de positieve effecten en is het enthousiasme groot, toch blijkt uit de website van Reliëf dat beleidsmakers en bestuurders graag ook enig bewijs willen zien van het effect. Om die vraag te beantwoorden heeft Reliëf onderzoek naar verhalend werken verricht tussen 2004 en 2008. Het project had tot doel om de effecten van het werken met levensboeken op vier thema’s te onderzoeken:

- *“Op het welbevinden van ouderen*
- *Op de kwaliteit van de zorgrelatie*
- *Op de manier hoe ouderen vertellen over hun leven*

- *Onderzoek naar de implementatie van het werken met levensboeken” (Reliëf, 2018).*

Uit het onderzoek bleek het volgende:

1. *“Ondanks de hoge leeftijd van de betrokken ouderen en de relatief lichte interventie is er sprake van een robuust effect van de levensboekmethode op de narratieve competentie en constructie van zin in levensverhalen.*
2. *De bewoners zijn tevreden over het levensboek, dat voor hen heel verschillende functies vervult.*
3. *Aandacht, al dan niet in de vorm van een levensboekmethode, wordt ook blijkens dit onderzoek positief gewaardeerd.*
4. *Het specifieke effect van een levensboekmethode op welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie boven niet-specifieke aandacht blijkt gering.*
5. *Het maken van een levensboek heeft wel positieve effecten bij bewoners met een lage mentale gezondheid.*
6. *Bij de implementatie van het werken met levensboeken zijn inbedding in een integrale zorgvisie en differentiatie naar doelgroep en doelstelling essentieel” (Reliëf, 2018).*

Hieruit is te concluderen dat verhalend werken een positief effect heeft op de zorg. De aandacht voor bewoners die ontstaat door het werken met levensverhalen, wordt gewaardeerd. Voor een goede implementatie is inbedding in de manier van werken echter essentieel en is differentiatie naar doelgroep en doelstelling van belang.

1.2.4. Micro

Op dit niveau wordt gekeken naar de geestelijk verzorger, de zorgverlener in relatie tot spiritualiteit van de cliënt, biografisch werken als manier van werken en de cliëntbeleving van biografisch werken.

1.2.4.1. Geestelijk verzorger

Een geestelijk verzorger is er voor iedereen. Levensovertuiging of geloof is daarin niet van belang. De geestelijk verzorger vertegenwoordigt de ruimte om te delen op het vlak van zingeving. Een geestelijk verzorger komt vaak in beeld als de bestaande orde van het dagelijks leven rigoureus wordt doorbroken (VGZ, 2015, p. 7). Door een ingrijpende verandering kan het gebeuren dat de cliënt opnieuw nadenkt over de zin van zijn leven. De geestelijk verzorger ondersteunt de cliënt in het zoeken naar wat hem (opnieuw) kracht of inspiratie kan geven. Ganzevoort stelt dat de geestelijk verzorger voor de cliënt een andere orde representeert. Iets dat verwijst naar het transcendente. Ook als de cliënt geen binding (meer) heeft met een geloofsgemeenschap, kan de geestelijk verzorger iemand zijn waarmee dit gedeeld wordt (Ganzevoort, 2012, pp. 28-29). Daarin sluit de geestelijk verzorger aan bij het levensverhaal van de cliënt en het levenskader waaruit de cliënt zijn leven beleeft.

Aan zingeving en levensbeschouwing kunnen vier dimensies onderscheiden worden:

- *“De existentiële dimensie verwijst naar de ervaring van het bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid én met zijn (contingente) ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen*
- *De spirituele dimensie verwijst naar transcendente betekenis en ervaring*
- *De ethische dimensie verwijst naar het veld van waarden, normen en verantwoord handelen*
- *De esthetische dimensie verwijst naar de vormende betekenis van ervaringen met schoonheid in zowel cultuur als natuur” (Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 2016).*

Ontwikkelingen op macroniveau hebben ook invloed op het werk van de geestelijk verzorger. Heitink beschrijft de verandering op spiritueel niveau (Heitink, 2000). Steeds minder mensen zijn lid van een kerkelijke gemeenschap. Daardoor wordt men meer en meer teruggeworpen op zichzelf. Bij existentiële vragen moet men putten uit eigen kracht. Er zijn niet direct mensen voorhanden waarmee men deze vragen kan (of durft) bespreken. Daardoor ontstaat er een steeds grotere behoefte aan een (algemene) geestelijk verzorger. Om aan deze behoefte te kunnen voldoen is in een recht op geestelijke verzorging binnen instellingen wettelijk vastgelegd (Heitink, 2000).

Geestelijke verzorging heeft een eigen identiteit, die een eigen professie heeft opgebouwd. De geestelijk verzorger geeft invulling en inkleuring aan zingeving door een eigen levensbeschouwing. Belangrijk in de ontmoeting met de cliënt is het respect van de geestelijk verzorger voor de overtuiging van de cliënt, ook als dat een andere is dan die van de geestelijk verzorger (Leeuwen, 2009).

Het spreken over het levensverhaal van de cliënt is dus een proces, waarin de overtuigingen van de cliënt voorop staan. De cliënt is eigenaar van zijn eigen verhaal. Hij geeft zelf betekenis aan zijn eigen levensverhaal. De betekenis kan alleen maar gegeven worden door de cliënt zelf. De geestelijk verzorger heeft de taak voorwaarden te scheppen om dit mogelijk te maken voor de cliënt.

1.2.4.2. Zorgverlener in relatie tot de spiritualiteit van de cliënt

Spiritualiteit is een breed begrip. Het roept bij mensen heel verschillende betekenissen op. Het wordt ook op allerlei manieren omschreven. Het woord spiritualiteit komt van het Latijnse 'spiritus' dat adem, geest, tocht of wind betekent. Spiritualiteit wordt door Furet beschreven in het boek van Doolgaard als: *"Spiritualiteit is een persoonlijke en/of gemeenschappelijke fundamentele, min of meer continue levensoriëntatie van religieuze aard"* (Doolgaard, eindredactie, 2009, p. 870). Jochimsen beschrijft spiritualiteit als levensbeschouwelijkheid, religiositeit dan wel zingeving van mensen (Klaasse-Carpentier, Jochimsen, Cusveller, Scheur, & Bouwer, 2002). Turley noemt spiritualiteit *"het organiserend midden in het leven van mensen"* (Steemers- van Winkoop, 2001, p. 88). Hij legt daarbij de nadruk op zin en betekenis. Ook Huizer wordt aangehaald in hetzelfde boek en heeft het over *"een diep beleven van verbondenheid, zowel individueel als in groepen, met de totaliteit van het leven"* (Steemers- van Winkoop, 2001, p. 88). Spiritualiteit is een dimensie van het menselijk functioneren. In dit onderzoek wordt gekozen voor de definitie die Furet hanteert. In deze definitie wordt duidelijk dat spiritualiteit een fundamenteel gegeven is in het leven van ieder mens, hoe deze ook vorm krijgt. Verder spreekt de definitie over een continue oriëntatie. Dit impliceert een levenslange ontwikkeling net zo goed als het levensverhaal zich gedurende het hele leven blijft ontwikkelen.

Zorg gaat allereerst om relationele ondersteuning van mensen bij het leiden van een betekenisvol bestaan (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017). Spiritualiteit is de basis van deze betekenis. De cliënt ervaart deze betekenis op alle terreinen van zijn leven.

"Waar psychisch of fysiek herstel niet meer mogelijk is, is er voor de cliënt desondanks nog een scala aan mogelijkheden om zich in sociale relaties, activiteiten of woonervaringen erkend, herkend en van betekenis te weten. Dat is de kern en het hoofddoel van zorgverlening" (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017, p. 5).

Deze ondersteuning in het bestaan van de cliënt wordt betekenisvolle zorg genoemd.

Willem C. van der Horst⁴ pleit in zijn nieuwste boek⁵ voor het zien van de mens als geheel. Hij zegt:

“Lichaam, ziel en geest vormen een fantastisch samenwerkende eenheid. Een eenheid waarin die verschillende onderdelen nauw met elkaar samenwerken en elkaar voortdurend over en weer beïnvloeden. Binnen de reguliere geneeskunde is er weinig oog voor de psychische factoren die zowel het ontstaan van ziektebeelden beïnvloeden, als de mogelijke genezing. Nog altijd wordt veelal de oorzaak van ziekte gezocht in het fysieke” (Horst, 2018).

Kennis over spiritualiteit helpt de zorgverlener om ook op dit niveau oog te hebben voor de cliënt. De cliënt kan op allerlei manieren betekenis geven aan zijn eigen spiritualiteit. Dat kan vorm krijgen in godsdienst, maar ook in een andere vorm zoals de natuur. Belangrijk is dat de zorgverlener inziet dat spiritualiteit iets doet met de cliënt. Het leidt ergens toe, het kan mensen veranderen. Dat geldt trouwens niet alleen voor de cliënt, maar ook voor de zorgverlener (Leeuwen, 2009, p. 8).

In het verpleegkundig competentieprofiel wordt de volgende competentiebeschrijving verpleegkundige zorg voor spiritualiteit gegeven:

- *“De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen*
- *De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit*
- *De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen*
- *De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen*
- *De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren*
- *De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling”* (Cusveller, p.22).

Spiritualiteit vraagt een beschouwende manier van werken, terwijl de zorgverlener opgeleid wordt om te handelen. In zijn lectorale rede benoemt Van Leeuwen dat zorgverleners over het algemeen mensen zijn die van aanpakken weten én houden. Ook benoemt hij dat zorg in essentie relationeel is, met een actieve en passieve component. De actieve component is verwoord in handelingsgerichte activiteiten. De passieve component in de zorgrelatie zijn competenties die niet direct om te zetten zijn in praktische activiteiten, zoals bijvoorbeeld ‘bezorgdheid’ of ‘relatie met de cliënt’. De zorgverlener moet zich bij de passieve component realiseren, dat er bij de vragen van het leven vaak geen antwoorden zijn (Leeuwen, 2009, p.29).

Er is een aantal redenen te noemen waarom aandacht van zorgverleners voor spiritualiteit van de cliënt van belang kan zijn:

- *“De cliënt kan ondersteuning nodig hebben bij zijn religieuze coping in moeilijke tijden*
- *Bij medische besluitvorming kunnen religieuze overtuigingen een rol spelen. De zorgverlener moet dit, zo nodig, bespreekbaar maken*

⁴ Drs. Willem C. van der Horst is sociaal psycholoog, geregistreerd supervisor, NLP-therapeut en NLP-trainer (Mee-ander, 2018). Tevens theoloog en docent Viaa in de sectie Theologie & Social Work.

⁵ Dit boek moet nog worden uitgegeven; de titel van dit boek is nog niet bekend en dit boek staat in de Bibliografie vermeld als werkdocument.

- Uit onderzoeken blijkt dat er een relatie is tussen religieuze overtuigingen, aspecten van gezondheid en kwaliteit van leven
- Cliënten kunnen de verwachting hebben van de zorg dat ze aandacht besteden aan hun spirituele behoeften
- De aandacht voor relatie, spiritualiteit en gezondheidszorg is historisch gezien niet nieuw” (Koenig, 2002, geciteerd in Van Leeuwen & Cusveller, 2005, p. 9).

In de volgende tabel, die afkomstig uit de richtlijn voor spirituele zorg, is zichtbaar dat van de zorgverlener op spiritueel gebied geen primair handelen verwacht wordt. Daarin wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de somatische, psychosociale en spirituele focus. Deze aspecten geven een holistisch mensbeeld weer namelijk, de mens als geheel met lichaam, ziel en geest. In deze tabel lijkt het dat de verschillende zorgprofessionals elkaar aanvullen en zo met elkaar verbonden zijn in de zorg aan de cliënt.

		Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, psycholoog	Geestelijk verzorger	
	<i>Primaire focus, ingang en referentiekader</i>	<i>Somatisch</i>	<i>Psychosociaal</i>	<i>Spiritueel</i>	
A	Aandacht (altijd)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen, duiden	(Representeren) en verbinden
B	Begeleiding (op verzoek van patiënt)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen, doorverwijzen (→), in kaart brengen	Zoektocht volgen (←) doorverwijzen, in kaart brengen, interpreteren en wegen	
C	Crisisinterventie (indien aangewezen)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, behandelen, doorverwijzen (→)	Onderkennen, begeleiden, soms: behandelen, (←) doorverwijzen, interpreteren en wegen	

Tabel 1: Vormen van spirituele zorg (Publicatie LKNG, *Kun je uit de hemel vallen?*, december 2001, geciteerd in *Richtlijn spirituele zorg*)

Leget beschrijft dat spirituele zorg op herstel of vergroten van de innerlijke ruimte is gericht waardoor de cliënt zich in alle rust en vrijheid kan verhouden tot de emoties die door de situatie van dat moment worden opgeroepen (Leget, 2012, p. 43). Hieruit en uit het voorgaande blijkt dat spiritualiteit een dimensie is die raakt aan alle andere dimensies van het leven. Spiritualiteit is vaak wel de verborgen dimensie (Leeuwen, 2009). Van Leeuwen pleit voor meer transparantie in de integratie van spiritualiteit in het zorgproces en in de rol van de zorgverlener (Leeuwen, 2009, p. 25).

Als legitieme redenen benoemt Van Leeuwen dat er zo meer systematisch tegemoetgekomen kan worden aan de spirituele behoefte van de cliënt; er meer systematisch zicht verkregen wordt op de relatie tussen spiritualiteit en welzijn, alsook dat deze thematiek meer bespreekbaar wordt in het multidisciplinaire overleg (Leeuwen, 2009, p. 25).

1.2.4.3. Werken met levensverhalen

In de literatuur over levensverhalen worden verschillende beschrijvingen gehanteerd. Van Beek benoemt levensverhalen als *“de persoonlijke levensgeschiedenis van iemand, verteld of samengesteld door hemzelf of iemand uit de directe omgeving”* (Beek, 2007, p. 20). Ganzevoort beschrijft het levensverhaal als *“een persoonlijke betekenisconstructie waarin de gebeurtenissen van het leven tot een zinvol en samenhangend verhaal worden gemaakt, mede onder invloed van de verhalen uit de omgeving”* (Ganzevoort, 2012, p. 185). In *Existentiële zielzorg* wordt onder levensverhaal verstaan *“de verschillende manieren van zelfexpressie waarmee de verteller zijn identiteit uitdrukt op de levensweg”* (Knippenberg, 2005, p. 17). In dit onderzoek wordt de beschrijving van Ganzevoort als uitgangspunt genomen, omdat deze een concrete omschrijving is die middenin de praktijk van het dagelijks leven staat. Het levensverhaal is een persoonlijk verhaal, dat beïnvloed kan worden door verhalen uit de omgeving. Het levensverhaal is een constructie, een samenstelling van ervaringen door degene van wie het levensverhaal is. In dit verhaal gaat het niet om waarheidsvinding, maar om de beleving van de cliënt. Dhr. Tromp vertelt in een persoonlijk gesprek met de onderzoekers dat de inhoud van de verhalen die mensen delen, laat zien wat betekenis voor hen heeft. Ze lichten de voor hen betekenisvolle gebeurtenissen als het ware op en brengen die voor het voetlicht door deze een plaats te geven in het verhaal. Het levensverhaal is werk in uitvoering. Dat betekent dat het geen vaststaand verhaal is, maar steeds in beweging is. Iedere dag wordt er verder geschreven aan het verhaal of worden er nieuwe betekenissen gegeven aan het verhaal dat er al is.

In de praktijk krijgt het werken met levensverhalen vorm in de manier van zorg verlenen aan de cliënt. Bij Stichting Zorgcentra Rivierenland wordt het als volgt benoemd in het visiedocument: *“Wij kijken en luisteren naar de bewoner. Voor ons is de levensloop van een bewoner een belangrijk uitgangspunt om te bepalen op welke manier de zorg, begeleiding en behandeling wordt gegeven”* (SZR, 2016). In de eerste weken nadat de cliënt binnen SZR is komen wonen, wordt er de tijd genomen om cliënt het levensverhaal te laten vertellen. Vanuit deze kennis wordt het EPD ingevuld. De informatie uit het levensverhaal is zoveel mogelijk leidend voor het vormgeven van de zorg en niet de gewoontes die er binnen het huis zijn. Een concreet voorbeeld daarvan is het serveren van de avondmaaltijd op zondag. Als een cliënt aangeeft om 17.00 uur naar een kerkdienst te willen luisteren, dan wordt hiervoor de tijd gegeven en wordt de avondmaaltijd daarna geserveerd.

Het werken met levensverhalen is meer dan het optekenen van het levensverhaal van een cliënt. *“Het is bedoeld om het contact met, het begrip van en het respect voor de cliënt te doen toenemen”* (Ubels, 2011, geciteerd in Tromp, Hessel, Heining, Mulder & Vrerink, 2017). De zorgrelatie met de cliënt neemt in betekenis toe. Dit heeft invloed op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt aan de cliënt.

Vanuit de zorgverlener bezien heeft het werken met levensverhalen invloed. Die invloed kan bestaan uit:

- *“Het contact met de cliënt wordt versterkt omdat er vertrouwelijkheid ontstaat door het samen werken aan het levensverhaal*
- *Door het vertellen van het levensverhaal wordt de cliënt geactiveerd. Dat is mentaal, maar kan ook fysiek zijn doordat de cliënt belangrijke dingen of plaatsen gaat (be)zoeken*

- *Als familie of anderen uit het sociale netwerk van de cliënt worden betrokken bij werken aan het levensverhaal, kan ook deze band versterkt worden*
- *De zorgverlener krijgt een completer beeld van de cliënt, wat tot meer begrip kan leiden*
- *Door het completere beeld van de cliënt kan ook de zorg meer afgestemd worden op de cliënt” (Beek, 2007).*

Deze invloed geeft in het kort de meerwaarde weer voor het werken vanuit levensverhalen.

1.3. Probleemomschrijving

1.3.1. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om met de uitkomsten de samenwerking tussen de geestelijk verzorger en zorgverlener meer op elkaar te laten aansluiten. Dit door in het onderzoek ideeën aan te dragen ter verbetering van deze samenwerking en deze aan te bevelen aan Reliëf.

1.3.2. Centrale vraagstelling

‘Wat is volgens geestelijk verzorgers en andere zorgverleners een verschil in benadering in het werken met levensverhalen, kunnen deze verschillende benaderingen op elkaar aansluiten en op welke wijze, uitgaande van betekenisvolle zorg?’

1.3.3. Deelvragen

- Wat is de eigenheid van de benadering van de geestelijk verzorger en van de zorgverlener?
- Wat is de invloed van het werken met levensverhalen op het werk van de geestelijk verzorger en de zorgverlener uitgaande van betekenisvolle zorg?
- Welke problemen worden er ervaren tussen de verschillende benaderingen van de geestelijk verzorger en de zorgverlener?
- Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de geestelijk verzorger?
- Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de zorgverlener?

1.3.4. Verantwoording centrale vraagstelling en deelvragen

Een centrale vraagstelling kan uit verschillende vraagtypen bestaan. In dit onderzoek is gekozen voor een voorschrijvende vraag. Dit houdt in dat er vanuit de respondenten suggesties kunnen worden gedaan ter verbetering van de huidige situatie. Hiermee gaat dit onderzoek verder dan een beschrijvende vraagstelling (Verhoeven, 2004).

Met het stellen van bovengenoemde vragen wordt in dit onderzoek gezocht naar de bestaande situatie. Dit houdt in: de manier waarop er nu vorm wordt gegeven aan het werken met levensverhalen ten behoeve van het verlenen van betekenisvolle zorg aan de cliënt. Dit wordt gedaan op de twee genoemde locaties. Onderzoek in slechts twee zorgcentra is niet generaliseerbaar, maar dat is ook niet de doelstelling van het onderzoek. Het is verkennend onderzoek en daarom is het in de operationalisering valide om het onderzoek te beperken tot slechts 2 instellingen. Bovendien is het theorie gedreven onderzoek. Eerst is in kaart gebracht wat er al over gezegd en geschreven is. Via de koppeling aan de theoretisch inleiding wordt de kans vergroot dat in dit onderzoek niet alleen toevalstreffers geïnterviewd worden. Dat maakt de representativiteit hoger (persoonlijke communicatie, 7 april 2018).

Daarnaast wordt er in dit onderzoek gezocht naar ideeën en suggesties die van betekenis kunnen zijn voor verbetering van de praktijk van het werken met levensverhalen. In hoofdstuk twee worden deze verder uitgewerkt.

1.4. Begripsafbakening

Om precies te weten wat er met de begrippen bedoeld wordt in dit onderzoek volgt hieronder een lijst met uitleg van de begrippen. Een aantal begrippen zijn in het theoretisch kader in paragraaf '1.2. Theoretische inleiding' uitgewerkt en verantwoord. In het theoretisch kader zijn ook keuzes gemaakt voor het definiëren van verschillende begrippen en daar wordt verantwoord waarom er gekozen is voor de verwoording van een begrip, zoals deze hieronder staan beschreven.

Benadering geestelijk verzorger

De manier waarop de geestelijk verzorger de cliënt tegemoet treedt. Bij de geestelijk verzorger kenmerkt zich deze manier door het ruimte bieden aan het levensverhaal van de cliënt alleen met als doel het spiritueel welzijn van de cliënt. Deze benadering wordt ook wel relationele benadering genoemd.

Benadering zorgverlener

De manier waarop de zorgverlener de cliënt tegemoet treedt. Bij de zorgverlener kenmerkt zich dat door het levensverhaal als uitgangspunt te nemen voor het verlenen van betekenisvolle zorg. Het levensverhaal is daarmee alleen relevant als het van invloed is op de zorgverlening. Deze benadering wordt ook wel een instrumentele benadering genoemd.

Betekenisvolle zorg

Zorg die ondersteuning biedt aan cliënten bij het leiden van een bestaan waardoor zij waarde ervaren.

Biografisch werken

Zie werken met levensverhalen.

Cliënt

Een patiënt in de zorgsector. In dit onderzoek wordt onder dit begrip ook een bewoner van een verpleeghuis verstaan, zowel mannelijk als vrouwelijk.

Eigenheid

Het kenmerkende van het beroep van de geestelijk verzorger of de zorgverlener.

Elektronisch Cliëntendossier (ECD) en ook elektronisch patiëntendossier (EPD)

Zie Zorgleefplan.

Geestelijk verzorger

Een geestelijk verzorger is een professioneel begeleider, hulpverlener en adviseur bij zingeving en levensbeschouwing.

Levensverhaal

Een persoonlijke betekenisconstructie waarin de gebeurtenissen van het leven tot een zinvol en samenhangend verhaal worden gemaakt, mede onder invloed van de verhalen uit de omgeving.

Spanning

Een toestand van grote aandacht, omdat er onzekerheid is over het bereiken van het gezamenlijk doel, waarbij frictie kan ontstaan.

Spiritualiteit

Spiritualiteit is een persoonlijke en/of gemeenschappelijke fundamentele, min of meer continue levensoriëntatie van religieuze aard.

Transcendentie

Het eeuwige of onveranderlijke dat boven de menselijke tijd en ruimte stijgt.

Werken met levensverhalen

Werken vanuit het levensverhaal van de cliënt zodanig dat de zorg die verleend wordt aan de cliënt meer betekenisvol wordt ervaren door deze cliënt.

Zingeving

Zie spiritualiteit.

Zorginstelling

Een organisatie die zich richt op zorgverlening.

Zorgleefplan (ZLP)

Het zorgleefplan (ZLP) is een dossier met als doel om vraaggerichte zorg te bieden aan cliënten. De individuele wensen van de cliënt staan centraal in het ZLP.

Zorgprofessional

Zorgverlener of geestelijk verzorger.

Zorgverlener

Degene die zorg verleent aan de cliënt. Dit kan een verpleegkundige, verzorgende of helpende zijn. Ook horen hier de casemanager, activiteitenbegeleiders en medewerkers welzijn bij.

Hoofdstuk 2 Methode

In samenspraak met Reliëf en Viaa is gekozen voor een kwalitatief onderzoek aan de hand van half-gestructureerde interviews, omdat er werd gezocht naar ervaringen, gevoelens en persoonlijke informatie. De beoogde resultaten zijn niet te vangen in alleen gesloten vragen of in cijfers. In de interviews ging het om een combinatie van open en gesloten vragen waarbij enige flexibiliteit mogelijk was om op onverwachte omstandigheden, tijdens het interview, in te spelen. De subjectieve betekenisverlening van geestelijk verzorgers en zorgverleners in het werken met levensverhalen, alsmede de ervaring van de cliënten waren van belang voor dit onderzoek. Het verschil in benadering van het werken met levensverhalen hangt samen met de betekenis die de geïnterviewden geven aan de werkelijkheid. Door middel van interviews werd de praktijksituatie opgehaald. In dit onderzoek wordt er zoveel mogelijk een genuanceerd beeld gegeven door verschillende ervaringen naast elkaar te zetten.

2.1. Onderzoeksgroep

In dit onderzoek kan er gesproken worden van een populatie van honderdvijfentwintig organisaties die lid zijn van Reliëf. In een persoonlijk gesprek tussen dhr. Tromp en de onderzoekers was er een operationele populatie aangereikt van zorgorganisaties die eventueel bereid waren om mee te werken aan dit onderzoek. De operationele populatie betreft organisaties die actief werken met levensverhalen. In dit gesprek reikte dhr. Tromp een potentiële operationele populatie aan van tien zorgorganisaties.

Onder actief werken met levensverhalen wordt verstaan dat *“de communicatie over het levensverhaal de zorgrelatie met de cliënt meer betekenisvol maakt”* (Tromp, Mulder, Hessel, Heining, & Vrerink, 2017, p. 7). Uit de operationele populatie is een steekproef van twee organisaties getrokken voor dit onderzoek. Deze steekproeftrekking werd gedaan aan de hand van een aantal vuistregels, die vorm kregen in selectie en benadering, representativiteit en beperkingen en compromissen.

Het nadenken over het selecteren, het benaderen van respondenten en op basis van welke criteria dit dient te gebeuren, werd in overleg met dhr. Tromp gedaan. De gehele populatie van dit onderzoek betreft leden van Reliëf. Deze populatie bestaat uit ongeveer honderdvijfentwintig zorgorganisaties. De operationele populatie is kleiner, maar niet exact bekend. In het gesprek met dhr. Tromp reikte hij verschillende huizen aan om contact mee op te nemen, omdat deze huizen bekend staan als huizen waar, deels ondersteund door Reliëf, gewerkt wordt vanuit het levensverhaal van de cliënt. De steekproeftrekking is uitgevoerd in deze operationele populatie. De steekproef is getrokken op basis van een aantal voorwaarden:

1. Binnen de huizen wordt gewerkt met levensverhalen, zowel in methodiek als in de centrale manier van denken en werken van waaruit zorg aan de cliënten wordt verleend
2. De verpleeghuizen lid zijn van Reliëf
3. In de huizen is tijd en ruimte om mee te kunnen werken aan de interviews
4. De zorgorganisaties opereren in verschillende provincies om zo geografische spreiding in te brengen in het onderzoek
5. Er moet bereidheid zijn om mee te werken aan het onderzoek.

Gezien deze voorwaarden werd er gekozen voor Woonzorgconcern IJsselheem in de provincie Overijssel en Stichting Zorgcentra Rivierenland in de provincie Gelderland.

Voor de selectie en benadering van respondenten is gekozen om in twee verpleeghuizen interviews te houden. De beslissing om twee verpleeghuizen te betrekken in het onderzoek werd genomen,

omdat dit het maximaal haalbare was, wat uitgevoerd en verwerkt kon worden, in het tijdsbestek dat voor dit onderzoek was gereserveerd.

In ieder huis werden één geestelijk verzorger en drie zorgverleners geïnterviewd. Hiervoor is gekozen omdat in dit onderzoek werd gezocht naar de ervaringen met het werken met levensverhalen van de geestelijk verzorgers en zorgverleners, ten behoeve van het verlenen van betekenisvolle zorg aan de cliënt. In totaal werden er dus acht interviews, gezamenlijk door beide onderzoekers, afgenomen. Het totaal aantal zorgverleners is bij IJsselheem 677 fte intramuraal. Bij SZR zijn dit 351 fte. Of in personen is het bij IJsselheem 1262 en bij SZR 487.

Het aantal van acht interviews werd gekozen omdat dit het maximaal aantal te verwerken interviews was binnen de gestelde tijd van het onderzoek. Er werd gekozen voor één geestelijk verzorger binnen elk verpleeghuis, omdat de functie van de geestelijk verzorger door een beperkt aantal mensen wordt uitgeoefend binnen een zorgorganisatie. Vervolgens werd er voor drie zorgverleners gekozen, omdat zo uit hetzelfde verpleeghuis verhalen opgehaald werden vanuit verschillende perspectieven. Door deze selectie is getracht de respons zo representatief mogelijk te houden. Gerekend vanuit de operationele populatie is het logisch dat er gekozen is voor een geestelijk verzorger en drie zorgverleners binnen een zorginstelling.

Er zijn een aantal voorwaarden waar de geïnterviewden aan dienden te voldoen.

1. De geïnterviewden hebben ervaring opgedaan met het werken met levensverhalen
2. Zorgverleners oefenen het beroep uit van verzorgende niveau 3 (verzorgende IG)
3. Zorgprofessionals hebben zich bereid verklaard om hun medewerking te verlenen aan het interview.

Bij de selectie werd geen rekening gehouden met leeftijd of geslacht. Wel is bekend dat meer dan negentig procent van de zorgverleners een vrouw is. Daarom lag het voor de hand dat de respondenten allen vrouw waren.

In dit onderzoek zouden er bij voorkeur ook interviews gehouden worden met cliënten. Dit was niet mogelijk, omdat de contactpersoon aangaf dat de gezondheid van de cliënten zodanig was, dat de cliënten niet in staat waren de onderzoekers hierover te woord te staan. Een mogelijkheid had kunnen zijn om familie van cliënten te interviewen. Maar gezien de tijd die voor dit onderzoek beschikbaar was, was dit niet mogelijk.

2.2. Meetinstrumenten

Om antwoord te vinden op de centrale vraagstelling werden er interviews afgenomen aan de hand van de deelvragen. Iedere deelvraag wordt hieronder beschreven in verband met de bijbehorende dataverzamelmethode, de selectie en procedure.

2.2.1. Uitwerking

Deelvraag een is:

‘Wat is de eigenheid van de benadering van de geestelijk verzorger en van de zorgverlener?’

Deze deelvraag werd beantwoord door middel van een individueel interview met beide geestelijk verzorgers en een individueel interview met de zes zorgverleners. De geestelijk verzorgers werden telefonisch benaderd. Omdat de onderzoekers theologiestudenten zijn, is vanuit deze invalshoek het onderzoek gestart. De geestelijk verzorgers komen uit het netwerk van de onderzoekers. Zij hebben de zorgverleners aangedragen en hebben daarbij deels rekening gehouden met de voorwaarden die door de onderzoekers gesteld waren. Alle desbetreffende personen hebben een e-mail ontvangen

over de centrale vraagstelling, het doel van het onderzoek en de praktische punten voor het interview. Deze e-mails staan in 'Bijlage 1. E-mails ter introductie'.

Deelvraag twee is:

'Wat is de invloed van het werken met levensverhalen op het werk van de geestelijk verzorger en de zorgverlener uitgaande van betekenisvolle zorg?' Deze deelvraag werd beantwoord door middel van een individueel interview met beide geestelijk verzorgers en een individueel interview met iedere zorgverlener. De selectie en procedure vond plaats zoals beschreven onder deelvraag een.

Deelvraag drie is:

'Welke problemen worden er ervaren tussen de verschillende benaderingen van de geestelijk verzorger en de zorgverlener?' Deze deelvraag werd beantwoord door middel van een individueel interview met beide geestelijk verzorgers en een individueel interview met iedere zorgverlener. De selectie en procedure vond plaats zoals beschreven onder deelvraag een.

Deelvraag vier is:

'Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de geestelijk verzorger?' Deze deelvraag werd beantwoord door middel van een individueel interview met beide geestelijk verzorgers. De selectie en procedure vond plaats zoals beschreven onder deelvraag een.

Deelvraag vijf is:

'Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de zorgverlener?' Deze deelvraag wordt beantwoord door middel van een individueel interview met iedere zorgverlener. De selectie en procedure vond plaats zoals beschreven onder deelvraag een.

2.2.2. Validiteit en betrouwbaarheid

Van dit onderzoek werd de betrouwbaarheid verhoogd door het opnemen van de interviews met een voicerecorder. Zo konden de onderzoekers het interview letterlijk terugluisteren en het interview transcriberen. De interviews werden door beide onderzoekers samen afgenomen, zodat beiden bij het hele interview betrokken waren. Dit heeft de betrouwbaarheid verhoogd. Daarnaast werd er tijdens het verzamelen van de gegevens een onderzoeklogboek bijgehouden waarin verantwoording werd afgelegd van de onderzoekshandelingen. Bij het analyseren van de verkregen gegevens werd er gebruik gemaakt van een codeboom.

2.2.3. Interne validiteit

De centrale vraagstelling is het uitgangspunt van de interne validiteit in dit onderzoek. In hoofdstuk een is een begripsafbakening uitgewerkt op basis van verschillende begrippen uit dat hoofdstuk. De uitgewerkte begrippen bepaalden de gespreksonderwerpen. Vervolgens werd hiervan een topiclijst samengesteld. Vanuit de topiclijst werden vragen gemaakt voor het interview. Er werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews omdat het in dit onderzoek ging over de ervaringen van de respondenten. De beleving van de respondenten was het uitgangspunt. Alle aspecten van de beleving van de respondent speelden een rol. Er was ruimte voor de respondent om zijn eigen verhaal te doen en te vertellen welke betekenis hij aan zijn ervaringen geeft. Deze manier van werken versterkt de interne validiteit. Om de uniformiteit van het denken en spreken van de respondenten te verhogen, ontvingen zij voor het interview duidelijkheid over de werkwijze van de onderzoekers.

2.2.4. Externe validiteit

In dit onderzoek werd een doelgerichte steekproef getrokken. De steekproeftrekkingen zijn getrokken op verschillende niveaus, namelijk op het niveau van verpleeghuizen en op het niveau van zorgprofessionals. Wat betreft de verpleeghuizen, deze zijn select getrokken. Dit houdt in dat de

conclusies uit dit onderzoek niet direct te generaliseren zijn naar de gehele populatie. Door interviews te doen in twee verschillende verpleeghuizen, in twee verschillende provincies, bij twee verschillende organisaties, werd gepoogd maximale diversiteit te verzekeren voor wat betreft onderscheid tussen organisatiecultuur, geografische invloeden, beleidsinvloeden en werkwijzen.

De representativiteit van de steekproef van de verpleeghuizen lijkt beperkt. Dit omdat het werken met levensverhalen relatief nieuw is en nog veel zorgorganisaties deze manier van zorg ontwikkelen. De doelgerichte steekproef werd dan ook getrokken uit een beperkt deel van de leden van Reliëf. Dit heeft ook direct consequenties voor de conclusies die voortvloeien uit dit onderzoek. Daarvan is de reikwijdte in eerste instantie beperkt. Wel kunnen door de conclusies die getrokken worden uit dit onderzoek, zorgorganisaties die nog niet werken met levensverhalen, een beeld krijgen wat mogelijk is op dit gebied.

Verder was er ook een beperking wat betreft de keuze voor verpleeghuizen. De huizen moesten aan bepaalde voorwaarden voldoen die eerder worden benoemd. Dit heeft invloed op de externe validiteit. Deze beperkt zich tot verpleeghuizen die grotendeels aan dezelfde voorwaarden voldoen. Dit betekent echter niet dat de gegevens uit dit onderzoek helemaal niet bruikbaar zijn voor verpleeghuizen die niet aan dezelfde voorwaarden voldoen. Gegevens uit dit onderzoek kunnen gebruikt worden door andere verpleeghuizen, aangepast op de specifieke situatie van het desbetreffende verpleeghuis.

Ook heeft er een steekproeftrekking plaatsgevonden op het niveau van de zorgprofessionals. De onderzoekers hebben daarbij in eerste instantie gebruik gemaakt van hun eigen netwerk. Uit dit netwerk werden twee geestelijk verzorgers benaderd die hun medewerking hebben toegezegd. Deze zijn vervolgens op zoek gegaan naar bereidwillige zorgverleners binnen het verpleeghuis waar zij werkzaam zijn. De zorgverleners die geïnterviewd werden voor dit onderzoek voldoen aan de voorwaarden die eerder gesteld werden door de onderzoekers. De keuze voor de zorgverleners is willekeurig ontstaan door vrijwillige aanmelding van zorgverleners. Deze zorgverleners, uit beide verpleeghuizen, zijn allemaal opgeleid in het werken met levensverhalen. Daarom kan gezegd worden dat de informatie van de respondenten representatief is voor de stand van zaken in geheel van beide verpleeghuizen. Hier dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat het gaat om een hele kleine steekproef uit een heel grote populatie. Dat beperkt de representativiteit.

2.3. Onderzoeksprocedure

Voor dit onderzoek zijn acht interviews afgenomen. De respondenten voor de interviews komen uit twee zorginstellingen waarbij er een verdeling is geweest van twee geestelijk verzorgers en 6 zorgverleners. De geestelijk verzorgers zijn benaderd omdat zij werken in zorginstellingen die behoren tot de operationele populatie. Zij hebben op aanvraag van de onderzoekers, zorgverleners benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Vervolgens zijn alle respondenten benaderd via e-mailcontact om tot concrete afspraken te komen rondom het interview. Voor de interviews plaatsvonden, is aan alle respondenten gevraagd of er leidinggevend ingelicht moesten worden binnen de organisatie over de interviews en/of toestemming gevraagd moest worden. Waar dit nodig was, is dat geregeld door de zorgprofessionals zelf.

Van de zes zorgverleners zijn twee medewerkers activiteitenbegeleider en één zorgverlener is casemanager. De twee activiteitenbegeleiders zijn naar hun huidige functie toegegroeid vanuit een positie als verzorgende. De geïnterviewde geestelijk verzorgers hebben ten opzichte van hun collega geestelijk verzorger de grootste contractomvang. Om die reden zijn zij benaderd in plaats van hun collega.

De interviews zijn afgenomen in de verpleeghuizen zelf. De respondenten regelden de ruimte waar de interviews plaatsvonden op locatie van het desbetreffende verpleeghuis. Deze ruimte was een plek waar afgezonderd gesproken kon worden. Vooraf werd vermeld dat het gesprek opgenomen zou worden, dat het interview hooguit een uur zou duren en werd benadrukt dat de respondenten vrij waren om te zeggen wat zij wilden. Daarbij bestond geen goed of fout.

De onderzoekers hebben bewust samen de interviews afgenomen. Wel was er een taakverdeling, die afgewisseld is na ieder interview. De ene onderzoeker leidde het interview in, hield de lijn van het interviewschema en de tijd in de gaten, de ander stelde de vragen. Wel kon er door beide onderzoekers verduidelijking gevraagd worden. Doordat de interviews door beide onderzoekers afgenomen zijn, verhoogt dit de betrouwbaarheid van de interpretatie van de resultaten.

Met betrekking tot de afname van de interviews is er een aantal complicaties opgetreden gedurende het onderzoek. Deze zijn hier beschreven zodat er een compleet beeld is van het onderzoek en de manier waarop de data verkregen zijn.

2.3.1. Ervaringen rondom afname

- Voorafgaand aan het interview is gevraagd aan de respondenten of het interview opgenomen mocht worden. Dat het interview opgenomen werd, was bij geen enkele respondent een probleem. Echter werd wel benadrukt dat de verkregen data met zorg geanonimiseerd moesten worden
- In het proces van het benaderen van de respondenten hebben de betrokken geestelijk verzorgers een open vraag in de desbetreffende verpleeghuizen gesteld. Hierdoor kon iedere zorgverlener zich aanmelden om mee te doen aan dit onderzoek. Daarin waren de onderzoekers afhankelijk van de respons op de vraag. In de praktijk is gebleken dat vijftig procent van de respondenten zorgverleners betreft die zelf over hun werkschema beslissen. Hierdoor konden zij ervoor kiezen de interviews binnen hun contracturen te doen. De andere vijftig procent, die op dit moment werkzaam zijn als verzorgenden niveau 3, hebben dit gedaan in eigen tijd
- De interviews hadden een half-gestructureerde opzet. Daardoor was er veel ruimte voor de ervaringen van de respondenten. Dit maakte het echter voor de onderzoekers een uitdaging om ook werkelijk antwoord te krijgen op de van tevoren vastgestelde vragen. Het enthousiasme van de respondenten zorgde ervoor dat de lijn van het interview soms wat vervaagde
- Bij een van de interviews was er onduidelijkheid over de aanvangstijd tussen de onderzoekers en de respondent. Daardoor was de tijd voor het interview beperkt
- Bij een van de interviews werden beide onderzoekers zo in het verhaal van de respondent meegenomen, dat niet alles gevraagd werd wat de onderzoekers wilden weten van de respondent. In een E-mail is naderhand opheldering gevraagd met een aantal gerichte vragen. De desbetreffende respondent heeft hierop geantwoord en deze informatie is meegenomen in de verwerking van de data tot resultaten.
- Tijdens de interviews werd duidelijk dat er door zorgverleners een andere taal wordt gesproken dan door de onderzoekers. Bij de geestelijk verzorgers sloot het taalgebruik beter aan. Wanneer er onduidelijkheid was omtrent de vraagstelling, werd hier additionele uitleg gegeven aan de respondent. Eventueel vulde de andere onderzoeker aan
- Eigen indrukken die van invloed zijn voor een inschatting van de betrouwbaarheid van de data:
 - Het is merkbaar dat iedere respondent een eigen kijk heeft waardoor de opgehaalde data deels persoonsgebonden en daardoor niet direct generaliseerbaar is
 - Het aantal van acht interviews wordt door de onderzoekers als beperkt ervaren.

2.3.2. Non-respons

- De onderzoekers hebben bij de geestelijk verzorgers ook de vraag neergelegd of er cliënten geïnterviewd konden worden. Een van de geestelijk verzorgers gaf aan dat dit niet mogelijk was, vanwege de gezondheid van de cliënten. Omdat dit dus bij een van de zorginstellingen niet mogelijk was, hebben de onderzoekers dit dus in de andere zorginstelling ook achterwege gelaten. In plaats daarvan zijn er twee extra zorgverleners geïnterviewd
- De onderzoekers ondervonden moeite om de drie verzorgenden niveau 3 voor een interview te kunnen spreken. De reden hiervan was dat deze specifieke respondenten met een ver van tevoren gepland werkschema te maken hebben. Bovendien ervaren zij de werkdruk als zodanig hoog dat zij dit niet binnen hun contracturen doen. Enkele waren bereid dit in eigen tijd te doen.

2.3.3. Validiteit en betrouwbaarheid

- Zoals beschreven is bij non-respons zijn drie respondenten geen verzorgende. De twee activiteitenbegeleiders zijn wel verzorgende geweest, maar oefenen nu de functie van activiteitenbegeleider uit. De derde respondent vervult de functie van casemanager. Dit heeft invloed op de validiteit en betrouwbaarheid van de opgehaalde informatie doordat deze respondenten minder accurate informatie kunnen geven over het perspectief van de verzorgende. Tegelijkertijd kan er wel gesproken worden over zorgverleners omdat in de begripsafbakening de bovengenoemde functies onder het begrip zorgverlener geschaard zijn. Dit omdat ook in deze functies zorgverleners met levensverhalen werken en dagelijks contact hebben met cliënten. Zij verlenen geen dagelijkse zorg aan de cliënten maar hebben op een andere manier contact. Door de verschillende functies wordt echter niet voldaan aan een van de randvoorwaarden die eerder zijn gesteld.
- De zorgprofessionals die hebben meegewerkt aan het onderzoek zijn allen enthousiast over het werken met levensverhalen. Dit enthousiasme zorgde ervoor dat zij zich graag hun medewerking wilden verlenen. Dat alle zorgprofessionals enthousiast zijn over het werken met levensverhalen geeft echter een vertekend beeld van de werkelijkheid. Verschillende zorgverleners geven namelijk aan dat zij collega's moeten aansporen om met levensverhalen te werken. Daardoor zijn de uitkomsten van het onderzoek minder generaliseerbaar geworden.

2.4. Analysemethode

De analyseopzet is gemaakt aan de hand van verschillende fragmenten uit eerdere delen van dit onderzoek. Deze fragmenten komen uit de aspecten, die leidraad zijn voor de vragenlijsten en gebaseerd zijn op de deelvragen en het theoretisch kader. De aspecten en het theoretisch kader werden samen gebruikt om een codeboom samen te stellen, zodat de interviews eenduidig geanalyseerd konden worden, wat tot goed doordachte en betrouwbare resultaten heeft geleid.

De codeboom is in verschillende fases tot stand gekomen. Dit had te maken met het proces van de onderzoekers in het uitvoeren van het onderzoek. Voordat de interviews afgenomen werden, is er een voorlopige codeboom opgesteld. Deze codeboom was opgesteld naar aanleiding van verschillende fragmenten uit de theoretische inleiding en de aspecten die voor de interviews waren opgesteld. Nadat de interviews afgenomen waren, werd ontdekt dat de labels tekortschoten om een adequate analyse te doen. Sommige labels waren te algemeen, anderen te specifiek. Om die reden werd de codeboom herzien.

Tijdens de analyse van het eerste interview ontdekten de onderzoekers dat de verschillende dimensies in de aspecten verweven waren. Deze dimensies waren onderdeel van de aspecten in plaats van dat deze op zichzelf gebruikt konden worden voor de analyse. Daarom werden deze

verwijderd. Vervolgens werd er een tweede codeboom opgesteld, maar ook deze was nog te algemeen. Een aantal labels werd uit deze codeboom verwijderd met de definitieve codeboom als resultaat.

Hoofdstuk 3 Resultaten

Door middel van interviews is er data verkregen. De interviews zijn uitgeschreven en geanalyseerd aan de hand van een codeboom, bijgevoegd in 'Bijlage 4 Codeboom'. Voor elk van de deelvragen zijn hieronder de resultaten beschreven aan de hand van de opgehaalde data. De vragenlijsten voor de interviews zijn ingedeeld aan de hand van een aantal aspecten. Dit zijn de aspecten 'eigenheid', 'werken met levensverhalen', 'verschillen in benadering' en 'opbrengst'. Deze aspecten en de labels onder deze aspecten komen verspreid door de hele interviews voor en om die reden zijn er niet expliciet interviewvragen toebedeeld aan de deelvragen. Wel worden er hieronder per deelvraag de resultaten weergegeven en vervolgens ook een bespreking van de resultaten. Dat wil zeggen dat hier beschreven wordt wat de meest opvallende resultaten zijn uit het onderzoek.

De citaten zijn iets aangepast tot lopende zinnen om een consistent geheel te vormen, maar hebben dezelfde inhoud gehouden. Tot dusver is ervoor gekozen om alleen de mannelijke aanspraak te gebruiken. Hier wordt bij de resultaten een andere keuze gemaakt omdat de persoonlijke gesprekken gevoerd zijn met voornamelijk vrouwen. In de analyses wordt aangegeven of het een man of vrouw is.

3.1. Deelvraag 1. Eigenheid geestelijk verzorgers en zorgverleners

'Wat is de eigenheid van de benadering van de geestelijk verzorger en van de zorgverlener?'

Eerst wordt hier ingegaan op de resultaten met betrekking op de eigenheid van de geestelijk verzorger en daarna op de eigenheid van de zorgverlener.

Resultaten eigenheid geestelijk verzorgers

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de eigenheid van de geestelijk verzorger zich laat kenmerken aan de hand van drie aspecten, namelijk expertise, vrijplaats en religieuze vertegenwoordiging.

De expertise van de geestelijk verzorgers komt naar voren in de rol die zij hebben in een verpleeghuis. Geestelijk verzorgers zijn expert in zingeving, levensvragen, levensverhalen, coping en religie.

'... het spiritueel welzijn te vergroten. ... Dat is voor mij dat mensen zich verbonden voelen met hun omgeving, met familie. Maar de omgeving is breder: de leefomgeving, de natuur, familie en naast de anderen ook verbonden met zichzelf en het transcendente, met God. Daar waarin zin en doel ervaren wordt.'

Vanuit deze expertise hebben geestelijk verzorgers een bepaald takenpakket. Dat takenpakket behelst onder andere persoonlijke begeleiding van cliënten en personeel en soms worden zij ook gezien als vertrouwenspersoon door collega's. Zij verzorgen groepsgesprekken, groepsvieringen, kerkdiensten en herdenkingsbijeenkomsten. Geestelijk verzorgers hebben scholing op het gebied van religie, zingeving en levensvragen verzorgd voor collega's maar door veranderingen in de zorgorganisatie kan dit niet altijd een vervolg krijgen.

Ook participeren de geestelijk verzorgers in moreel beraad en in het bedrijfsopvangteam voor traumatische gebeurtenissen. Verder worden zij steeds meer betrokken bij het ontwikkelen en implementeren van de visie op geestelijke zorg binnen de organisatie. Een van de geestelijk verzorgers geeft aan dat er door een veranderende rol binnen het verpleeghuis steeds minder persoonlijk cliëntcontact is.

De geestelijk verzorgers vertegenwoordigen de vrijplaats en zo is deze onlosmakelijk verbonden aan de functie van geestelijk verzorger. De vrijplaats houdt voor cliënten in dat zij zonder consequenties hun verhaal kwijt kunnen omdat er bijvoorbeeld geen doel of behandelplan aan verbonden is.

‘...een ander punt en daarin vind ik geestelijke verzorging echt uniek, dat is de vrijplaats. Wij staan dus buiten, we zijn wel geïntegreerd in de zorg maar hebben ook echt een eigen, aparte plaats. Mensen kunnen bij ons hun verhaal kwijt zonder dat dat consequenties heeft, zonder dat ik dat door ga vertellen.’

De vrijplaats is een algemeen recht voor iedereen die langer dan vierentwintig uur in een zorginstelling verblijft. De vrijplaats speelt zich af in het persoonlijk contact tussen cliënt en geestelijk verzorger. In de praktijk wordt ervaren dat de vrijplaats soms enige overlap heeft met de functie van vertrouwenspersoon.

De geestelijk verzorgers zijn de vertegenwoordigers van religie in verpleeghuizen. Zij zorgen voor aandacht voor de ziel en doen dit onder andere door verschillende taken die bij hun expertise staan vermeld.

‘Ik zie de geestelijk verzorger als degene die met de cliënt meeloopt en door middel van vragen/verhalen/teksten/muziek, openingen aanbiedt om knelpunten in het levensverhalen vanuit een ander perspectief te leren zien en waarderen, zodat de cliënt zelf tot een nieuw verstaan komt. Noem het krachtbron, inspiratie, herijking, acceptatie of wat je wilt. Dit gaat feiten te boven.’

Zij worden door zowel christelijke als niet-christelijke cliënten en collega's gezien als de dominee.

Bespreking resultaten

Uit de theorie komt naar voren dat de geestelijk verzorger er is voor iedereen met zingeving- en levensvragen. Als de bestaande orde van het dagelijks leven van de cliënt doorbroken wordt door ingrijpende gebeurtenissen, kan de geestelijk verzorger ondersteuning bieden. Samen zoeken ze dan naar wat de cliënt als krachtbron verder kan helpen. De geestelijk verzorger heeft de taak voorwaarden te scheppen om de cliënt betekenis te laten verlenen aan zijn eigen levensverhaal. Omdat er verscheidene dimensies in zingeving zijn, kan dit op verschillende manieren ervaren worden door de cliënt. Door de veranderingen in de maatschappij – steeds minder mensen zijn aangesloten bij een kerkgemeenschap – ontstaat er een steeds grotere behoefte aan een geestelijk verzorger. Deze behoefte is wettelijk vastgelegd in een recht op geestelijke verzorging binnen instellingen, de vrijplaats genoemd.

De resultaten komen voor een deel overeen met de theorie. De geestelijk verzorgers willen graag betekenisvolle zorg leveren. Opvallend is dat de geestelijk verzorgers meer worden ingezet in de visie- en beleidsvorming. Daardoor kunnen zij enerzijds invloed uitoefenen op de visie- en beleidsontwikkeling ten aanzien van welzijn en geestelijke verzorging. Anderzijds hebben zij steeds minder tijd voor persoonlijk cliëntcontact. Hiermee treedt een verandering van rol op. De geestelijk verzorger kan persoonlijk minder voldoen aan de groeiende behoefte van cliënten aan geestelijk zorg. Het persoonlijk contact tussen geestelijk verzorger en cliënt neemt dus af, terwijl de vrijplaats een recht is van de cliënt. Opvallend in de bezigheden van de geestelijk verzorgers is, dat de activiteiten die rechtstreeks te maken hebben met cliëntencontact, voornamelijk groepsactiviteiten zijn, waarin dus geen plaats is voor contact met een cliënt persoonlijk. Daarnaast valt op dat er wel scholing voor zorgverleners door geestelijk verzorgers is gegeven, maar dat deze door de veranderingen in een zorgorganisatie niet altijd een vervolg kunnen krijgen. Dat betekent dat de

zorgverleners nu geen handvatten ontvangen om de betekenisvolle zorg zelf meer vorm te kunnen geven, terwijl de noodzaak daarvoor juist toeneemt.

Resultaten eigenheid zorgverleners

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de eigenheid van de zorgverlener zich voornamelijk laat kenmerken door de focus op de cliënten en commitment in de zorg aan hen. De zorgverlener stelt de cliënt centraal in haar werk omdat zij er wil zijn voor de cliënt en wil aansluiten op wat hij nodig heeft.

‘... als wij hier niet hier zijn, als wij deze doelgroep niet helpen, dan redden ze het ook niet. ... Maar dat maakt het tegelijkertijd ook heel belangrijk ... Ik kan niet, ik kan toch niet zomaar weggaan?’

Deze aansluiting vraagt ook zelfbewustzijn van de zorgverlener omdat zij als persoon ook invloed heeft op hoe de zorg ontvangen wordt.

De zorgverlener heeft een verlangen om te zorgen voor de cliënt en doet dit liever dan administratieve handelingen verrichten, die veelvuldig van haar gevraagd worden. Mede daardoor ervaart de zorgverlener hoge werkdruk en weinig tijd voor interactie met de cliënt.

Er wordt vooral benoemd door de zorgverlener dat de geestelijk verzorger wél tijd heeft om cliënten persoonlijk te spreken en dat zij dat niet kunnen vanwege de verantwoordelijkheid die zij dragen voor een huiskamer met meerdere cliënten. Dit geldt overigens niet voor de casemanager omdat zij wel een op een contact heeft met de cliënt. Er is verschil in ervaring van deze werk- en tijdsdruk tussen de verschillende functies van zorgverleners. De geestelijk verzorgers merken over zorgverleners op dat het mensen zijn met veel geduld en uithoudingsvermogen en dat ze lange dagen maken. Het zijn mensen met een groot hart die keihard werken.

‘... ik heb flink respect voor hen ook voor het geduld en het uithoudingsvermogen. Soms merk ik ook wel eens, dan lopen we samen weg, poeh, wat was het weer een zware dag. Ik ben blij dat ik het weer achter me kan laten, zegt de verzorgende dan. Dat kan ik me heel goed voorstellen. Ik vind het zwaar en pittig werk wat zij doen.’

Ook zien de geestelijk verzorgers handelingsverlegenheid bij enkele zorgverleners in het aangaan van een betekenisvol gesprek.

‘... ik denk dat toch veel mensen schroom hebben als het erover gaat dat mensen dat nog wel horen, er wel voelspieten voor hebben ... ongemakkelijkheid omdat je niet weet wat je over je heen krijgt of omdat je er zelf niet zo bedreven in bent om daar woorden of gedachten aan te verbinden, omdat het pijn doet. Er kan van alles zijn ...’

Dit wordt ook opgemerkt door een zorgverlener zelf. Een van de zorgverleners geeft aan dat het betekenisvol gesprek steeds meer van hen verwacht wordt. Maar verschillende zorgverleners geven aan dat dit initiatief voornamelijk nog door de cliënt genomen wordt.

Bespreking resultaten

Uit de theorie komt naar voren dat de zorgverlener bij het verlenen van zorg aan de cliënt gericht is op het geven van relationele ondersteuning aan cliënten bij het leiden van een betekenisvol bestaan. Daardoor voelt de cliënt zich van waarde. Naast het grote belang van fysieke zorg wordt steeds meer van de zorgverlener gevraagd ook oog te hebben voor andere niveaus in het leven van de cliënt. Belangrijk is dat de zorgverlener inziet dat spiritualiteit ergens toe leidt bij de cliënt en vaak een verborgen dimensie is in zijn leven. De cliënt bezien als geheel geeft daar oog voor. Beschreven

wordt dat er competenties verwacht worden van de zorgverlener als het gaat om het vorm geven aan spiritualiteit van de cliënt en wat daarvan het belang is. Ook wordt in de theorie benoemd dat er meer transparantie in de integratie van spiritualiteit in het zorgproces moet komen en daarin ook in de rol van de zorgverlener. Als er meer systematisch tegemoetgekomen kan worden aan de spirituele behoefte van de cliënt, komt er ook meer zicht op de relatie tussen spiritualiteit en welzijn van de cliënt en wordt dit meer bespreekbaar in het multidisciplinair overleg.

Uit de resultaten blijkt dat de eigenheid van de zorgverlener zich kenmerkt door een groot hart te hebben voor de cliënten, wat blijkt uit hun inzet om de cliënt centraal te willen stellen en aan te sluiten bij wat de cliënt nodig heeft. Opvallend is daarbij hun grote loyaliteit naar de cliënten door extra diensten te draaien of nog zorgtaken te doen in hun eigen tijd. In de theorie is te zien dat de zorgverleners willen aansluiten bij de cliënt en deze centraal willen stellen. Opvallend is dat de zorgverleners wel willen, maar dit in de praktijk niet altijd vorm kunnen geven. Aan de verwachting betekenisvolle zorg te verlenen, kunnen de zorgverleners in de praktijk niet altijd voldoen omdat ze een hoge werkdruk ervaren. Opvallend hierbij is dat de zorgverleners dit constateren, maar daarbij niet expliciet aangeven dat ze dit missen. Ze lijken dit als een vaststaand feit te accepteren.

Soms wordt handelingsverlegenheid bij zorgverleners opgemerkt in het aangaan van een betekenisvol gesprek. Ook valt op dat ze het initiatief voor een betekenisvol gesprek voornamelijk bij de cliënt laten liggen, terwijl in de theorie benoemd wordt dat dit een competentie zou moeten zijn die de zorgverlener beheerst. In de resultaten is alleen terug te vinden dat door de zorgverleners de link gelegd wordt tussen spiritualiteit en welzijn van de cliënt in de praktische zaken als ruimte voor bidden, Bijbellezen en naar de kerk gaan. De diepere betekenis van deze handelingen voor de cliënt wordt door de zorgverlener niet opgemerkt of benoemd. De vraag is dan of daadwerkelijk het diepere verlangen van de cliënten gezien en erkend wordt. Ook kan het zo zijn, dat er zodanige verlegenheid is, dat de zorgverlener dit diepere verlangen niet durft aan te raken.

3.2. Deelvraag 2. Werken met levensverhalen

‘Wat is de invloed van het werken met levensverhalen op het werk van de geestelijk verzorger en de zorgverlener uitgaande van betekenisvolle zorg?’

Eerst wordt hier ingegaan op de resultaten met betrekking op het werken met levensverhalen van de geestelijk verzorger en daarna op het werken met levensverhalen van de zorgverlener.

Resultaten werken met levensverhalen geestelijk verzorger

Het werken met levensverhalen heeft op verschillende manieren invloed op het werk van de geestelijk verzorgers. De geestelijk verzorgers geven aan dat door het werken met het levensverhaal de cliënt erkend wordt, omdat het gaat om wie iemand is als totale mens.

‘... wat heeft jou gemaakt tot wie jij bent, dat is je levensverhaal, dat zijn jouw ervaringen, jouw overtuigingen en wat je geleerd hebt op school of van je ouders. Dat heeft jou gemaakt tot wie jij bent, dus je kunt niet zonder levensverhaal.’

Daarbij vinden zij dat er aandacht nodig is voor meer dan alleen praktische zaken uit het levensverhaal. Zij nemen de beleving van de cliënt als uitgangspunt en doen niet aan waarheidsvinding. Oog hebben voor het levensverhaal van de cliënt geeft aandacht voor (moeilijke) situaties waarin een cliënt zich bevindt. De geestelijk verzorgers zien dat de cliënt in de laatste levensfase erg kwetsbaar is en dat het voor alle betrokkenen zoeken is om daarin betekenisvol te zijn. In het werken met levensverhalen is er vertrouwen nodig van de cliënt in de geestelijk verzorger. In de praktijk blijkt dat dit vertrouwen er is omdat zij ervaren dat hen veel verteld wordt.

‘... als iemand iets gezegd heeft over ... en dat dat hem dwars zit, nou ik heb soms wel eens gedacht, dat zou best wel te maken kunnen hebben met hoe hij op bepaalde dingen reageert. Maar dat zou ik niet gaan vertellen. Nee dat zou ik niet doen.’

Een geestelijk verzorger vermeldt wel dat sommige cliënten geen rapportage over hun levensverhaal willen. De geestelijke verzorgers vragen zich soms af of er genoeg rekening gehouden wordt met de privacy van de cliënt. Zij zijn terughoudend in rapporteren en als zij dat doen, komt het aan op fijngevoeligheid. De geestelijk verzorgers geven aan dat zij wel iets doorgeven aan de zorgverleners als zij denken dat het goed is voor de zorg, echter altijd in overleg met de cliënt.

Bespreking resultaten

Uit de theorie komt naar voren dat het levensverhaal een persoonlijk verhaal van de cliënt is wat beïnvloed kan worden door verhalen uit de omgeving. Ook komt naar voren dat het werken met levensverhalen de kwaliteit van de zorg verbetert, omdat het contact met de cliënt wordt versterkt, er meer begrip en respect ontstaat en zo de zorg beter afgestemd kan worden op de cliënt. Het verhaal waar zorgprofessionals mee werken is het geleefde verhaal, wat inhoudt dat het gaat om de beleving van de cliënt van zijn verhaal. Een van de zorgorganisaties heeft in zijn visie staan dat het werken met levensverhalen een belangrijk uitgangspunt is in het vormgeven van de zorg.

Zoals in de praktijk naar voren komt, zijn geestelijk verzorgers van mening dat er aandacht nodig is voor meer dan alleen de praktische zaken van het levensverhaal. Maar tegelijkertijd blijkt uit de resultaten van de eigenheid van de geestelijk verzorgers dat zij steeds meer taken hebben waardoor het directe cliëntcontact in het gedrang komt. Door een hoge werkdruk bij zorgverleners en een steeds drukkere agenda met allerlei (nieuwe) taakgebieden bij de geestelijk verzorger lijkt het een logisch gevolg te zijn dat er voornamelijk tijd overblijft voor de praktische zaken. Is er dan wel ruimte om daadwerkelijk oog te kunnen hebben voor de betekenis van het levensverhaal van de cliënt? Door te werken met levensverhalen wordt volgens geestelijk verzorgers de cliënt erkend en dat willen ze ook, blijkt uit de interviews. Maar de vraag is of dit dan wel gebeurt.

Ook geven de geestelijk verzorgers aan dat de cliënt in de laatste levensfase erg kwetsbaar is en dat alle betrokkenen zoeken naar een manier om hierin betekenisvol aanwezig te zijn. Maar als scholing niet meer gegeven kan worden, zoals aangegeven bij de resultaten van deelvraag een, hoe komen ze dan tot een antwoord om hierin betekenisvol aanwezig te zijn?

Opvallend is de overeenkomst in het verlangen van de geestelijk verzorgers om ruimte te bieden, zoals vermeldt bij de eigenheid van de geestelijk verzorgers en hun terughoudendheid om te rapporteren. Zij bieden ruimte aan hun cliënten door niet te rapporteren omdat zij de privacy willen respecteren. Daarmee komen ze ook de cliënt tegemoet die helemaal geen rapportage over hun levensverhaal wil. Deze manier van omgang met het verhaal van de cliënt laat zien dat zij het in hun gestelde vertrouwen van de cliënt waarmaken.

Resultaten werken met levensverhalen zorgverlener

Het werken met levensverhalen heeft op verschillende manieren invloed op het werk van de zorgverleners. Zij vertellen dat er door middel van het levensverhaal aansluiting wordt gezocht bij de cliënt. Zorgverleners proberen door aansluiting bij het levensverhaal de gewone dingen uit het geleefde leven vol te houden.

‘Zet de afwasbak maar op tafel met afdruiptrekken. En als je dat doet, dan komen vaak de leukste gesprekken ook tevoorschijn. Na het eten, dat vind ik ook echt met de avonddiensten, dan doe ik de afwasbak op de tafel en het afdruiptrek erbij en dan die een theedoek en die een

theedoek. En dan zit er eentje, een man van honderd en een, die zit dan nog zo vergenoegd te kijken weet je wel, ja dat geeft de sfeer, dat is gewoon leuk ...'

Voorkennis van de cliënt aan de hand van het levensverhaal wordt niet altijd als positief ervaren. Een zorgverlener geeft aan dat zij het prettig vindt om zelf de vragen te stellen om de cliënt zo te laten ontdekken, hoe hij zijn leven vorm wil geven. Ze geeft aan niet bevooroordeeld te willen zijn door kennis vanuit het levensverhaal.

'... ik moet je eerlijk zeggen, ik merk ook heel graag dat ik even niets weet van bewoners, want dan heb je natuurlijk al je vooroordelen. ... iemand heeft al haar hele leven gebreid en dan heb je dan heel gauw de neiging om daarop verder te borduren. Misschien dat die mevrouw dat helemaal niet meer wil. Die gaat misschien veel liever sjoelen of zoiets.'

In het werken met levensverhalen is er vertrouwen nodig van de cliënt naar de zorgverlener. Opvallend is dat meerdere zorgprofessionals zeggen dat het vertrouwen van de cliënt niet samenhangt met het al dan niet rapporteren.

'Mensen willen niet alles vertellen. Je hebt ook heel veel met familie te maken. Er zit ook wel een stukje privacy bij. Ik hoef ook niet alles te weten. Het is geen recht ...'

De zorgverleners ervaren dat kennis van het levensverhaal toeneemt, naarmate zij de cliënt langer kennen. Het levensverhaal wordt door hen aangenomen als waar, zoals het verteld wordt door de cliënt. Met de kennis van het levensverhaal wordt zoveel mogelijk oordeelvrij omgegaan. Daarin proberen collega's elkaar scherp te houden, in handelen en rapporteren.

Er is overleg met andere zorgprofessionals in geval van situaties waarin men geen raad weet met het levensverhaal. Er wordt gerapporteerd om bepaald gedrag van cliënten te begrijpen. Een aantal zorgverleners vertelt dat ze met zorg omgaan met het levensverhaal van de cliënt. Een van hen merkt op dat cliënten moeite kunnen ervaren, wanneer er aan sommige handelingen van de zorgverlening bepaalde herinneringen vastzitten. In sommige situaties houden ze zaken binnenskamers omwille van privacy van de cliënt. Zorgverleners zijn afhankelijk van de input van cliënt of familie betreffende het levensverhaal. Zij ervaren dat het levensverhaal altijd maar ten dele bekend is.

Een zorgverlener vertelt dat zij het levensverhaal als ondersteuning voor de cliënt soms in beeld gebracht ziet worden. Volgens haar is het een mooie manier om herinneringen te delen, daar plezier aan te beleven, de cliënt te erkennen en waardigheid te geven.

Bespreking resultaten

Uit de theorie komt naar voren dat het levensverhaal een persoonlijk verhaal van de cliënt is wat beïnvloed kan worden door verhalen uit de omgeving. Ook komt naar voren dat het werken met levensverhalen de kwaliteit van de zorg verbetert, omdat het contact met de cliënt wordt versterkt, er meer begrip en respect ontstaat en zo de zorg beter afgestemd kan worden op de cliënt. Het verhaal waar zorgprofessionals mee werken is het geleefde verhaal, wat inhoudt dat het gaat om de beleving van de cliënt van zijn verhaal. Een van de zorgorganisaties heeft in zijn visie staan dat het werken met levensverhalen een belangrijk uitgangspunt is in het vormgeven van de zorg.

Het valt op in de resultaten dat wordt aangegeven dat aansluiting wordt gezocht in het werken met levensverhalen door middel van de gewone dingen uit het leven, deze zoveel mogelijk te blijven doen. Hier komt de instrumentele insteek van de zorgverlening naar voren. De aansluiting ligt echter niet per definitie in kennis van het beschreven levensverhaal. Een van de zorgverleners geeft

namelijk aan, dat zij juist aansluiting zoekt door de cliënt zelf te laten ontdekken hoe hij zijn leven wil vormgeven, zonder dat ze voorkennis heeft van het beschreven levensverhaal.

Ook valt de onderzoekers op dat de zorgverleners merken dat er vertrouwen nodig is in het werken met levensverhalen. Dit vertrouwen wordt niet merkbaar beïnvloed door de rapportage over het levensverhaal. Uit de resultaten blijkt dat de zorgverleners zich bewust (moeten) zijn dat het levensverhaal van de cliënt bij hen altijd maar ten dele bekend is. Het levensverhaal wordt fragmentarisch met hen gedeeld door de cliënt of de familie. Door het verstrijken van de tijd en een groeiend vertrouwen van de cliënt richting de zorgverleners komt men meer te weten van het levensverhaal, waardoor de zorgverleners ervaren dat zij weer beter kunnen aansluiten op het levensverhaal in de verleende zorg. Het valt op dat de geestelijk verzorger een beperking ervaart in de communicatie over het levensverhaal vanwege de privacy van de cliënt.

3.3. Deelvraag 3. Problemen tussen verschillende benaderingen

‘Welke problemen worden er ervaren tussen de verschillende benaderingen van de geestelijk verzorger en de zorgverlener?’

Resultaten

Uit de interviews is gebleken dat er verschillende manieren van werken zijn op te merken tussen de geestelijk verzorgers en de zorgverleners. De geestelijk verzorgers willen de cliënt ruimte bieden en doen dat ook, maar in hun doen en laten is soms ook instrumenteel handelen terug te zien.

‘... naar iemand te luisteren, de ruimte ervoor te geven en te erkennen. Zo breng je ook iemand dichterbij zichzelf en misschien ook wel dichterbij God als dat voor iemand in zijn levensverhaal van belang is.’

De zorgverleners zijn voornamelijk gericht op instrumentele handelingen, maar in hun doen en laten is soms ook te zien dat ze ruimte bieden aan de cliënt.

‘... ik denk dat je dat gezamenlijk., de een hoort dit, de ander hoort dat. En dat ga je op een gegeven moment, ja dat zeg ik altijd, in een hele grote voorraadbak doen, en daar ga je eens even doorheen. Daar komt dan ook de hele levensloop uit met alles dat daarbij hoort.’

Een geestelijk verzorger ervaart dat sommige zorgverleners het moeilijk vinden om stil te blijven staan bij de klacht van de cliënt door hier positieve dingen tegenover gaan zetten. Deze geestelijk verzorger benoemt het stil kunnen staan bij de klacht een kwaliteit van de geestelijke verzorging. Aangegeven wordt dat het stilstaan bij die klacht moeilijk kan zijn omdat het kan raken aan eigen pijn of dat het onwennigheid is om hieraan woorden te geven. Het kan van alles zijn, waardoor het stilstaan bij de klacht als moeilijk wordt ervaren of ervoor weggelopen wordt.

‘... dat kan van alles zijn ongemakkelijkheid omdat je niet weet wat je over je heen krijgt of omdat je zelf niet zo bedreven in bent om daar woorden of gedachten aan te verbinden omdat het zelf pijn doet er kan van alles zijn.’

Het blijkt dat de geestelijk verzorgers zeer terughoudend zijn in hun rapportage. Daarentegen vertellen de zorgverleners dat zij alles rapporteren, behalve wanneer de cliënt aangeeft dat het vertrouwelijk moet blijven of dat de gegevens als privé beleefd worden door de zorgverlener zelf. De zorgverleners rapporteren met als doel het gedrag van de cliënt te kunnen verklaren. Door dit te vermelden in de rapportage is het inzichtelijk voor directe collega's.

De geestelijk verzorgers ervaren dat er niet altijd een goede aansluiting is met de zorgverleners, omdat deze wel rapporteren, maar de geestelijk verzorger niet altijd inlichten in crisissituaties. De geestelijk verzorgers geven aan dat zij de inhoud van de rapportage moeilijk vinden te bepalen voor

zichzelf. Tegelijkertijd geven ze aan dat hetgeen nu gerapporteerd wordt door zorgverleners regelmatig te betekenisloos is vanwege inhoud en omvang, om de cliënt in het geheel van zijn levensverhaal te begrijpen. Er worden feiten gerapporteerd maar de betekenis voor de cliënt van deze feiten ontbreekt.

Een geestelijk verzorger vindt dat de zorgverleners het levensverhaal van de cliënt meer kan betrekken in de gesprekken die de zorgverlener tijdens het verlenen van zorg voert met de cliënt. Een zorgverlener geeft aan dat zij collega's moet meetrekken in het inzien van het belang van het werken met levensverhalen.

De geestelijk verzorger constateert naar aanleiding van onderzoek dat de zorgverlener het levensverhaal van de cliënt wel denkt te kennen, maar dat dit in werkelijkheid lang niet altijd zo blijkt te zijn. Er wordt dan te makkelijk ingevuld voor de cliënt. Ook de geestelijk verzorger ervaart in zijn eigen praktijk deze valkuil omdat hij in zijn werk constant interpreteert.

'... dus men denkt vaker en misschien denk ik dat ook wel, ik ken de mensen beter, maar als je het dan nagaat en dan nog es gaat kijken dat dan blijkt dat het nog wel es tegen kan vallen. Je vult zo vaak in of je hoort een half woord.'

De zorgverleners ervaren dat de geestelijk verzorgers meer ingaan op geloof gerelateerde zaken en de zorgverleners doen dat minder of niet. Bij zorgverleners is dit persoonsafhankelijk, geven de zorgverleners zelf aan.

Door bijna alle zorgprofessionals wordt de tijdsdruk genoemd als belemmering voor het werken met levensverhalen en het leveren van betekenisvolle zorg. Zorgverleners geven aan dat ze geen tijd hebben aandacht te schenken aan een cliënt zodanig dat het tot een betekenisvol gesprek komt. Zij dragen verantwoordelijkheid voor meerdere cliënten en dus kan die aandacht niet uitgaan naar één cliënt. Zij benoemen daarin het verschil tussen hun eigen taken en die van de geestelijk verzorger, omdat deze wel de tijd heeft om met één cliënt een uur te praten.

De zorgverlener constateert dat zij in de praktijk niet altijd andere disciplines inschakelen, terwijl ze dit wel zouden kunnen doen. Een van de redenen hiervoor is dat zij de geestelijk verzorger te weinig zien of horen. Bovendien geven ze aan dat ze niet goed weten waarvoor ze de geestelijk verzorger kunnen inschakelen.

'Kijk ik wil met alle liefde de geestelijk verzorger erbij roepen, maar ik zie niet zozeer wat voor zin dat heeft, zeg maar.'

Een zorgverlener benoemt dat zij graag de geestelijk verzorger kent voor zij cliënten doorverwijst naar de geestelijk verzorger. Een zorgverlener vindt dat vrijwilligers hetzelfde kunnen bereiken op geloofsgebied als de geestelijk verzorger. Meerder zorgverleners geven aan dat zij niet weten waarom zij de geestelijk verzorger bij de zorg voor de cliënt zouden moeten betrekken. De zorgverlener én ook de geestelijk verzorger vragen zich af of de geestelijk verzorger wel genoeg bekendheid heeft binnen de organisatie.

Bespreking resultaten

In de beschrijving van het knelpunt komt naar voren dat de verschillende zorgprofessionals zorg verlenen vanuit hun eigen expertise, wat vorm krijgt in de manier waarop ze werken met het levensverhaal van de cliënt. In de zorg aan de cliënt creëert de geestelijk verzorger ruimte voor de cliënt en zijn levensverhaal zonder daarbij een functioneel doel voor ogen te hebben. De zorgverleners gebruiken het levensverhaal om zorg en activiteiten zo goed mogelijk aan te laten

sluiten aan hetgeen voor de cliënt van waarde is. Deze verschillende manieren van werken zouden volgens ervaringen vanuit de leden en klanten van Reliëf spanning oproepen.

Zoals blijkt uit de resultaten worden er inderdaad problemen ervaren in de praktijk tussen de verschillende benaderingen zoals in de volgende alinea beschreven wordt.

Uit de ervaring rondom stilstaan bij een klacht van de cliënt blijkt het verschil in benadering van de geestelijk verzorgers en de zorgverleners. In deze situaties geven de geestelijk verzorgers ruimte voor de klacht, zonder de cliënt op andere gedachten te willen brengen. Terwijl in deze situaties de zorgverleners op zoek gaan naar een oplossing door bijvoorbeeld afleiding te zoeken voor de cliënt. Deze manier wordt door de geestelijk verzorgers als probleem ervaren omdat ze hierin de erkenning van de beleving van de cliënt missen en daarmee de waarde die de cliënt daaraan hecht niet (h)erkennen.

Opvallend is dat de zorgverleners nergens benoemen dat zij de rapportage van de geestelijk verzorgers graag uitgebreider zouden zien. Daarmee accepteren zij de manier van summier rapporteren van de geestelijk verzorgers als vanzelfsprekend en niet als problematisch. De inhoud van hun eigen rapportage is voornamelijk gericht op het begrijpen van gedrag van de cliënt, zodat het te gebruiken is in het verbeteren van de zorg aan de cliënt. De geestelijk verzorgers zien dit wel als een probleem omdat zij aangeven vragen te hebben bij de bescherming van de privacy van de cliënt in de manier van rapporteren. Aan de andere kant vinden ze de rapportage soms betekenisloos. De geestelijk verzorgers geven aan dat er wel gerapporteerd wordt over crisissituaties, maar dat zij dan niet altijd ingelicht worden. Uit deze verschillende visies op en uitvoering van rapportages blijkt dat het levensverhaal met verschillende doelen wordt gebruikt door de geestelijk verzorgers en de zorgverleners en dat ze dit onvoldoende van elkaar weten. Bovendien ervaren de geestelijk verzorgers de rapportage van de zorgverleners als het niet raken van de kern van het levensverhaal van de cliënt. Tegelijkertijd geven ze aan dat de kern van het levensverhaal ook niet te vangen is in rapportage. Dat gaat feiten te boven. Daaruit blijkt dat uitwisseling van de manier van werken zinvol is, maar niet een uitwisseling van de inhoud van het levensverhaal.

Naar het werken met levensverhalen wordt door de geestelijk verzorgers anders gekeken dan door de zorgverleners. Opvallend is dat de geestelijk verzorgers zich afvragen of de zorgverleners het levensverhaal van de cliënt wel echt kennen. Daarnaast geven de geestelijk verzorgers aan dat de zorgverleners het levensverhaal meer zouden moeten betrekken bij het verlenen van zorg aan de cliënt. Door scholing zouden de geestelijk verzorgers dit met de zorgverleners kunnen bespreken en hen dit aanleren. Opvallend is hier dat door de wijzigingen in de organisatiestructuur, personeelwisselingen en tijdgebrek deze scholing niet meer plaats vindt.

Opvallend is ook dat door bijna alle zorgprofessionals tijdsdruk als belemmering wordt genoemd voor het werken met levensverhalen. Vooral de zorgverleners geven aan dat ze door hun verantwoordelijkheid voor meerdere cliënten niet toekomen aan het betekenisvolle gesprek met een cliënt. Hier lopen de theorie en de praktijk uiteen. De zorgverleners willen wel, maar ervaren het werken met levensverhalen in de praktijk meestal niet als haalbaar door gebrek aan tijd. Tegelijk geven de zorgverleners dus ook aan dat ze niet goed weten hoe ze dit werken vorm moeten geven.

Omdat zorgverleners aangeven niet te weten waarvoor en wanneer ze de geestelijk verzorgers moeten betrekken in de zorg aan de cliënt, blijkt dat ze de geestelijk verzorgers niet voldoende kennen, zowel persoonlijk als in hun professionele rol. Dit heeft tot gevolg dat de geestelijk verzorgers in de zorg aan de cliënt niet betrokken worden, daar waar het wel nodig is. Opvallend hierbij is dat ook de geestelijk verzorgers zelf aangeven dat ze zich afvragen of zij voldoende bekendheid hebben binnen de organisatie.

3.4. Deelvraag 4. Aanvulling volgens geestelijk verzorgers

‘Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de geestelijk verzorger?’

In de interviews is gevraagd aan de geestelijk verzorger hoe de verschillende benaderingen elkaar kunnen aanvullen. De geestelijk verzorgers geven hierop het volgende terug:

Resultaten

Uit de praktijk blijkt dat om betekenisvolle zorg te kunnen verlenen aan de cliënt, het werken met levensverhalen steeds weer aangejaagd moet worden bij de zorgverleners door (onder andere) de geestelijk verzorgers. Zij zien dat zij daarin een voortrekkersrol hebben.

‘... maar het is mijn taak om de boel steeds te blijven aanjagen en om steeds weer nieuwe manieren te vinden om dat te gaan doen en ruimte te maken om waar mogelijk te helpen.’

Ook merken zij op dat het werken met levensverhalen bij zorgverleners door de drukte de neiging heeft om functioneel te worden en daardoor de potentie heeft om te verwateren. Regelmatig persoonlijk contact tussen de zorgverlener en de geestelijk verzorger zal de aansluiting tussen de beide benaderingen ten goede komen. Door scholing te geven aan zorgverleners ontstaan er volgens een geestelijk verzorger meer gesprekken die leiden tot betekenisvolle zorg.

‘... scholing met betrekking tot de zingevingsvragen, levensvragen hoe ga je er mee om hoe herken je de problemen. Je weet soms niet wat er allemaal achter een vraag kan zitten, daar hebben we geprobeerd daar wat handvatten voor te bieden. Dat ze er meer oog voor krijgen.’

Intervisie met zorgverleners zou volgens een van de geestelijke verzorgers een aanvulling kunnen zijn om een betere aansluiting tussen beide benaderingen te realiseren.

Bespreking resultaten

Het valt op in de resultaten dat de geestelijk verzorgers een voortrekkersrol voor zichzelf zien met betrekking op het werken met levensverhalen. Gezien het takenpakket van de geestelijk verzorgers komt er ook steeds meer noodzaak om de zorgverleners het werken met levensverhalen meer eigen te maken. En daarmee hen te leren dat het levensverhaal niet alleen instrumenteel ingezet wordt, maar dat er ook ruimte komt voor de cliënt om zijn eigen waarde aan het levensverhaal te ontlelen, als betekenisvol in zichzelf.

De geestelijk verzorgers geven zelf aan dat meer persoonlijk contact met de zorgverleners bevorderlijk zou zijn in de samenwerking, met betrekking tot betekenisvolle zorg aan de cliënt. Maar op dit moment wordt hierop geen actie ondernomen. Dit persoonlijk contact zou verbeterd kunnen worden door scholing en door interdisciplinaire intervisie. Wel is aangegeven dat door werkdruk bij de zorgverleners en het takenpakket van de geestelijk verzorgers hier momenteel geen ruimte voor is. Dat roept de vraag op of dit prioriteit heeft bij de geestelijk verzorgers.

3.5. Deelvraag 5. Aanvulling volgens zorgverleners

‘Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen volgens de zorgverlener?’

In de interviews is gevraagd aan de zorgverlener hoe de verschillende benaderingen elkaar kunnen aanvullen. De zorgverleners geven hierop het volgende terug:

Resultaten

De helft van de zorgverleners geeft aan al regelmatig samen te werken met de geestelijke verzorging. Hierin krijgt de aanvulling plaats.

‘... dan bel ik hem op en dan vraag ik eerst aan die bewoner: vindt u het goed als de dominee erbij komt? ... ik zeg altijd de dominee, dan zeggen ze ja, en dan zeg ik dan ga ik dat nu regelen voor u. Daar onderneem ik dan ook een stap in, ... ik ga nu bellen en ik kijk of hij tijd heeft of hij even kan komen.’

De andere helft geeft aan dit niet te doen, zoals beschreven is onder deelvraag drie. Enkele zorgverleners geven aan dat de verschillende benaderingen elkaar beter zouden kunnen aanvullen als ze scholing zouden ontvangen van de geestelijk verzorger. Dit omdat deze goed onderlegd is in religie en geestelijke zorg en de zorgverleners ervaren dat zij hierin minder kennis en ervaring hebben. Ook geven ze aan dat regelmatig persoonlijk contact met de geestelijk verzorger over de cliënten de aansluiting ten goede zal komen ten behoeve van betekenisvolle zorg voor de cliënt. Zo wordt ook een verhoogde aanwezigheid van de geestelijk verzorger aangedragen als een aanvulling, zowel ten behoeve van de cliënt en zijn familie als het personeel. Wel merkt een zorgverlener op dat dit alleen mogelijk is als daarvoor (financiële) ruimte komt.

‘Maar als je hier in huis ook een geestelijk verzorger zou hebben, een zichtbaar iemand zeg maar he, niet van heel de organisatie, maar gewoon van dit huis. Die doet ook gewoon de rondjes overdag, die kent de mensen, die doet koffie drinken en die is bezig met relaties leggen. Die leert families kennen en dat wordt echt een bekend en vertrouwd gezicht. Nou ja, dan krijg je er een hele grote rol in dit huis. Maar dat is iets, daar moet ruimte voor zijn, financieel...’

Een zorgverlener benoemt dat de geestelijk verzorger meer ingezet kan worden, als deze vaker door de zorgverlener aangedragen wordt als mogelijkheid bij het verlenen van zorg aan de cliënt.

Bespreking resultaten

In de resultaten valt op dat de helft van de zorgverleners aangeeft samen te werken met de geestelijk verzorgers. De geestelijk verzorgers daarentegen geven juist aan dat ze een gebrek aan samenwerking ervaren, zoals eerder al aangegeven in bespreking resultaten van deelvraag drie en vier. Opvallend is dat de zorgverleners die niet samenwerken met de geestelijk verzorgers niet onder één noemer te vangen zijn. Het ontbreken van de samenwerking is niet beperkt tot één organisatie en geldt ook niet specifiek voor zorgverleners die zelf geen duidelijk invulling geven aan hun spiritualiteit.

De zorgverleners geven aan dat ze behoefte hebben aan scholing van de geestelijk verzorger op het gebied van religie en geestelijke zorg. Hierin valt dus op dat ze de geestelijk verzorger voornamelijk zien als vertegenwoordiger van religie binnen de organisatie.

De zorgverleners willen graag meer persoonlijk contact met de geestelijk verzorger en geven aan dat dit de aansluiting ten goede zal komen. Opvallend is dat ze hiervoor zelf geen actie ondernemen om dit te realiseren. Mogelijk is dat de ervaren werkdruk hen hierin belemmert.

Als de zorgverleners de geestelijk verzorgers beter kennen, zowel persoonlijk als professioneel, heeft dat tot gevolg dat zij de geestelijk verzorgers vaker inschakelen bij het verlenen van de zorg aan de cliënt. Voorwaarde hiervoor is (financiële) ruimte.

Hoofdstuk 4 Conclusie, discussie en aanbevelingen

4.1. Inleiding

Reliëf zet zich in om het werken met levensverhalen, onder andere in verpleeghuizen, te bevorderen. Zij heeft in de praktijk opgemerkt dat er een spanning kan ontstaan tussen het werken met levensverhalen door de geestelijke verzorgers enerzijds en van de zorgverleners anderzijds. Reliëf heeft gevraagd deze praktijk te onderzoeken in een aantal zorgorganisaties. Dit is de aanleiding geweest voor het formuleren van de centrale vraagstelling van dit onderzoek:

‘Wat is volgens geestelijk verzorgers en andere zorgverleners een verschil in benadering in het werken met levensverhalen, kunnen deze verschillende benaderingen op elkaar aansluiten en op welke wijze, uitgaande van betekenisvolle zorg?’

Voor dit onderzoek zijn acht interviews afgenomen. De respondenten voor de interviews komen uit twee zorginstellingen waarbij er een verdeling is geweest van twee geestelijk verzorgers en zes zorgverleners. Van de zes zorgverleners zijn twee medewerkers activiteitenbegeleider en een zorgverlener is casemanager. De twee activiteitenbegeleiders zijn naar hun huidige functie toegegroeiwd vanuit een positie als verzorgende. De geïnterviewde geestelijk verzorgers zijn de meeste uren werkzaam binnen de zorginstelling in vergelijking met hun collega geestelijk verzorger. De interviews zijn afgenomen in de verpleeghuizen zelf.

4.2. Conclusie

In deze paragraaf is een antwoord geformuleerd op de centrale vraagstelling van het onderzoek.

‘Wat is volgens geestelijk verzorgers en andere zorgverleners een verschil in benadering in het werken met levensverhalen, kunnen deze verschillende benaderingen op elkaar aansluiten en op welke wijze, uitgaande van betekenisvolle zorg?’

Bij het werken met levensverhalen staat de waarde van het levensverhaal voor de cliënt centraal en is de beleving van de cliënt van dit levensverhaal het uitgangspunt voor de zorgprofessionals. In de dagelijkse praktijk willen de geestelijk verzorgers en de zorgverleners de cliënt centraal stellen. Ten aanzien van het werken met levensverhalen leidt dit tot een verschil in benadering. Dit verschil kenmerkt zich door de relationele benadering van de geestelijk verzorgers tegenover de instrumentele benadering van de zorgverleners bij het verlenen van betekenisvolle zorg. Door verschillende verantwoordelijkheden behorend bij hun functie, ligt dit verschil in benadering voor de hand.

Deze verschillende benaderingen kunnen naast elkaar blijven bestaan, maar de aansluiting dient verbeterd te worden. Er moet een betere aansluiting komen, omdat op dit moment de zorgprofessionals elkaar niet genoeg in hun eigenheid waarderen. Men kent elkaar te weinig en er is onvoldoende communicatie tussen de beroepsgroepen. Er zijn wel allerlei verwachtingen over en weer, en dan met name vanuit de geestelijke verzorging naar de zorgverlening. De verwachting van de geestelijk verzorgers ten aanzien van de zorgverleners is dat deze zingeving een grotere rol geven in het verlenen van zorg aan de cliënt. De verwachting van de zorgverleners ten aanzien van de geestelijk verzorgers is dat deze meer aanwezig zijn, waardoor er meer vertrouwdsheid kan ontstaan.

Een belangrijke verbetering is meer interactie tussen de geestelijk verzorgers en de zorgverleners, zodat zij elkaar zowel persoonlijk als professioneel leren kennen. Vormen hiervoor, aangedragen door de respondenten, zijn gezamenlijke scholing en interdisciplinaire intervisie. Daarbij gaan zorgverleners en geestelijk verzorgers samen in gesprek over casuïstiek in relatie tot de verschillende

dimensies van zingeving en levensbeschouwing⁶. De onderzoekers concluderen hierop dat dit goede manieren zijn om meer toenadering tussen beide beroepsgroepen te realiseren. De vraag echter is of hier tijd en (financiële) middelen voor beschikbaar gesteld worden. Het op voorhand managen van de verwachtingen van de betrokkenen is cruciaal om deze initiatieven te laten slagen. Daarbij is het belangrijk om de veranderende rol van de geestelijk verzorger positief te duiden en in te zetten.

Uit de praktijk blijkt dat een aansluiting in rapportage niet zondermeer is te realiseren. De beroepscodes van de geestelijk verzorgers laat ruimte om, met oog op de gemeenschappelijke zorgopdracht, informatie uit te wisselen tussen zorgprofessionals. In de praktijk wordt deze ruimte niet ingenomen. Geestelijk verzorgers zijn hierin terughoudend omwille van de privacy van de cliënt en de vrijplaats die zij de cliënt bieden. Zorgverleners rapporteren (meer) omdat ze onderling de gegevens nodig hebben om de cliënt beter te begrijpen en daar hun zorg op af te stemmen. Zij hebben echter ook hun grenzen in rapportage. Wanneer cliënten aangeven dat zij bepaalde zaken binnenskamers willen houden, gebeurt dit ook.

Onze conclusie is dus dat er verschillen in benadering worden ervaren door de geestelijk verzorgers en zorgverleners in het werken met levensverhalen. De benaderingen kunnen op elkaar aansluiten door meer interactie tussen de zorgprofessionals, zowel persoonlijk als professioneel. De aansluiting wat betreft de inhoud van het levensverhaal vergt fijngevoeligheid van de zorgprofessional. Zo wordt de privacy van de cliënt gewaarborgd. De onderzoekers vinden van doorslaggevend belang, gezien vanuit de ethische dimensie, dat wat in vertrouwen is verteld, niet gedeeld wordt met anderen, tenzij voldaan wordt aan de voorwaarden, die gesteld worden in beide beroepscodes. Wanneer er meer aandacht is voor de zingevingsbeleving van de cliënt, verhoogt dit het gevoel van waarde van de cliënt en krijgt op deze manier betekenisvolle zorg optimaal vorm.

4.3. Discussie

In opdracht van Reliëf is onderzoek gedaan naar de vraag of en hoe er aansluiting mogelijk is tussen de benadering van de geestelijk verzorgers en de benadering van zorgverleners in het werken met levensverhalen. Dit alles in het kader van betekenisvolle zorg. Dit is onderzocht door het afnemen van interviews bij christelijke zorgorganisaties die vanuit hun visie werken met levensverhalen.

4.3.1. Verwachtingen en bespreking

Voordat het onderzoek begon, hadden de onderzoekers verwachtingen van de uitkomst van het onderzoek. Een van deze was dat de beide onderzoekers, kijkend vanuit hun professie als HBO-theoloog, dachten dat de benaderingen verschillend moesten blijven én ook niet op elkaar konden aansluiten. Dit vooral omdat de onderzoekers uitgingen van de bijzondere positie van de geestelijk verzorger binnen een zorgorganisatie. Daarnaast verwachtten de onderzoekers het feit van tijds- en werkdruk ook in deze zorgorganisaties tegen te komen. Naar aanleiding van de werkpraktijk van één van de onderzoekers was ook de verwachting dat scholing een rol zou gaan spelen in de uitkomsten van het onderzoek.

De rol van de geestelijk verzorger verandert binnen de organisatie, blijkt ook uit dit onderzoek. Wat zijn de gevolgen van deze rolverandering? De geestelijk verzorger wordt meer en meer ingezet voor andere taken, zoals beleidsontwikkeling. Dit betekent dat ze invloed kunnen uitoefenen op de visie betreffende welzijn en geestelijke verzorging. We realiseren ons dat het taakveld breder is dan het cliëntcontact. Maar juist mensen in de kwetsbare fase van hun leven hebben vaak begeleiding nodig bij hun zingevings- en levensvragen (Ganzevoort, 2012). Wie draagt hiervoor zorg, als de geestelijk verzorger steeds minder tijd overhoudt om voor de cliënten persoonlijk beschikbaar te zijn?

⁶ Deze kunnen gevonden worden in het theoretisch kader op pagina 15.

Bovendien kunnen veel beleidstaken door een ander dan de geestelijk verzorger worden uitgevoerd, maar juist de vrijplaats is onlosmakelijk verbonden met de functie van geestelijk verzorger. Onze vraag is dan hoe de vrijplaats inhoud kan krijgen, wanneer de geestelijk verzorger steeds minder bereikbaar wordt voor de cliënten. We denken zelf dat deze ontwikkeling mede een gevolg is van de trend dat alles een meetbaar economisch nut moet hebben. Maar het eigene van het beroep van een geestelijk verzorger is juist dat het over andere waarden gaat dan over het economisch nut. Bij zingeving- en levensvragen komen andere dimensies aan bod. Deze vier dimensies: de existentiële, de spirituele, de ethische en de esthetische, zijn opgenomen in de beroepsstandaard van de geestelijk verzorger (zie ook paragraaf '1.2.4.1. Geestelijk verzorger'). Dimensies die niet te meten zijn in economische waarde, maar wel van wezenlijk belang zijn voor ieder mens. Naar onze mening vormen deze dimensies zelfs de kern waaraan de mens zijn waarde ontleent. Namelijk:

- In de existentiële dimensie waarin de mens alleen al waardevol is, omdat hij bestaat
- In de spirituele dimensie omdat de mens geschapen is als beeld van God, of hij dit nu zelf erkent of niet
- In de ethische dimensie waarin de mens zijn waarden en normen, hoe beperkt ook, uitdraagt en leeft
- En in de esthetische dimensie waarin de mens op zich al een ervaring van schoonheid is.

Ons pleidooi is dus: erken de ruimte die de geestelijk verzorger nodig heeft om de vrijplaats vorm en inhoud te geven en creëer de mogelijkheid om dit in praktijk te brengen. Daarnaast zien wij ook een duidelijke taak voor de geestelijk verzorgers om zich meer te profileren. Zeker nu ze meer worden ingezet bij beleid- en visievorming. Geestelijk verzorgers zijn regelmatig minder zichtbaar in een organisatie, omdat hun werk lang niet altijd direct zichtbaar is. Door helder te laten zien wat de inhoud van hun werkzaamheden betekent kunnen ze waarde toevoegen aan het beleid van een organisatie. Door zorgverleners (meer) te scholen, wordt de positie van de geestelijk verzorgers verder versterkt. Wanneer de zorgverleners hun zingeving-gevoeligheid verder ontwikkelen door scholing, komt ook de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en zorgverleners beter tot stand. Op deze drie manieren kunnen de geestelijk verzorgers direct bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van betekenisvolle zorg.

De eerdergenoemde dimensies hebben ook een duidelijke plaats in de zorg die de zorgverlener biedt. Deze aspecten vormen de dragende waarden waarmee betekenisvolle zorg wordt vormgegeven. Dit is onmisbaar binnen de zorgverlening.

De benaderingen van de geestelijk verzorger en de zorgverlener stellen beide de cliënt centraal. Zorgverleners zijn in de kern van hun werk anders bezig dan geestelijk verzorgers. Uit het onderzoek komt naar voren dat de hoge werkdruk die zorgverleners ervaren, tot gevolg heeft dat zij sterker instrumenteel gaan handelen en zo het levensverhaal gaan 'gebruiken' in het verlenen van zorg. Wij vinden dit een logisch gevolg gezien hun kerntaken, maar het doet tekort aan de waarde van het verhaal van de cliënt. Ons inziens is het verhaal van de cliënt, ook al is hij daar zelf niet altijd meer van bewust, volledig onderdeel van het bestaan van de cliënt. Juist omdat de mens als schepsel onderdeel is van Gods geschapen werkelijkheid, heeft hij intrinsiek waarde. God doet een beroep op ons om anderen volledig te zien wanneer hij ons vraagt anderen lief te hebben als onszelf.

Het viel ons op, dat door tijdsdruk in de praktijk de uitwerking van de zorg gaat verschillen met de visie die men op de zorg heeft. In het theoretisch kader is eerder beschreven dat zorg draait om relationele ondersteuning aan mensen bij het leiden van een betekenisvol bestaan. Draagt werken met levensverhalen nog wel bij aan betekenisvolle zorg als dit door tijdsdruk voornamelijk instrumenteel wordt? Volgens *Richtlijn spirituele zorg* wordt er van zorgverleners gevraagd om te

luisteren, te ondersteunen, te onderkennen en te verkennen. Dit gaat verder dan enkel de cliënt instrumenteel benaderen. Zijn de verwachtingen waaraan de zorgverlener moet voldoen te realiseren als het gaat over betekenisvolle zorg? Er wordt van de zorgverlener steeds meer gevraagd in dezelfde beperkte tijd. Het is voor ons een vraag of het realistisch is om te verwachten dat de zorgverlener ruimte heeft voor de zingevingbeleving van de cliënt. Hierin moet een duidelijke keus gemaakt worden. Als verwacht wordt van de zorgverlener dat zij betekenisvolle zorg verleent, dan moeten hiervoor de middelen beschikbaar komen. De zorgverlener geeft zelf aan zich niet competent te voelen rondom zingevingsvragen. Daarnaast ervaren ze een zodanige werkdruk dat ook dit hen belemmert om met deze vragen bezig te zijn. Reliëf gaf aan dat het werken met levensverhalen binnen zorgorganisaties vaak op de lange duur niet beklijft. Wij zijn ervan overtuigd dat dit hiermee te maken heeft. Wanneer er meer middelen beschikbaar komen in de vorm van tijd, scholing en geld wordt het werken met levensverhalen levensvatbaarder.

De waarde van het werken met levensverhalen komt op allerlei manieren naar voren. De zorgprofessionals in dit onderzoek geven allen aan dat ze met levensverhalen willen werken. Belangrijk volgens ons hierin is, dat de cliënt gezien wordt in het nu, maar dat er ook gerekend wordt met zijn verleden én zijn toekomst. Het werken met levensverhalen is een erkenning van het leven zoals de cliënt dat al geleefd heeft, hoe de cliënt dat nu wil vormgeven en wat de cliënt graag nog zou willen. De cliënt brengt zelf betekenis aan en legt verbanden tussen feiten en gebeurtenissen in zijn levensverhaal (Beek, 2007, p.21). Vaak wordt een levensverhaal in fragmenten verteld, iedere keer een stukje. En de manier waarop waarde verleend wordt aan het levensverhaal kan veranderen. Een levensverhaal is geen statisch gegeven, maar werk in uitvoering. Het levensverhaal is een levend verhaal, daar zit dus leven, groei in. Deze verschillende aspecten zijn belangrijk in het werken met levensverhalen. Dat maakt het boeiend, maar ook complex. Want hoe komt een levensverhaal tot zijn recht, hoe komt de cliënt tot zijn recht als het levensverhaal wordt vastgelegd in een zorgdossier? Zijn dat alleen de feiten of wordt er ook gevraagd naar de betekenis van die feiten? En wie vraagt naar het vervolg? Of wordt, wat in het dossier is vastgelegd, het 'enige' verhaal en weten 'we' het dan wel? Deze en vele andere vragen moeten overdacht en besproken worden als met levensverhalen gewerkt wordt. Dat pleit wat ons betreft voor het (blijven) scholen van allen die met levensverhalen werken en zo betekenisvolle zorg willen verlenen.

Het werken met levensverhalen sluit aan bij de Bijbelse kijk op de mens. Hierna noemen we enkele elementen, zonder uitputtend te willen zijn:

- Het werken met levensverhalen brengt een holistisch mensbeeld met zich mee. De mens wordt gezien in zijn geheel als mens-zijn, niet alleen fysiek, alleen sociaal of alleen geestelijk. Deze drie zijn in de mens onlosmakelijk met elkaar verbonden en hebben invloed op elkaar. De mens wordt dus ook gezien in wie hij is en niet alleen maar in wat hij kan of wat hij heeft of niet heeft. Zoals de Bijbel aangeeft, dat de mens waarde heeft in zichzelf, geschapen naar Gods beeld en door God geliefd
- In het werken met levensverhalen krijgt het levensverhaal waarde door het te vertellen en ermee te rekenen. De mens wordt geplaatst in de context van zijn familie en relaties. Ook de Bijbel is een relationeel boek, waar de lijn in de geslachten een belangrijke rol speelt. God maakt zich bekend als de God van Abraham, Izaäk en Jacob. Gods beloften gelden voor mensen én de komende geslachten. Voorbeelden daarvan zijn de geschiedenissen van Abraham en David. Het blijven vertellen van Gods verhaal is ook een opdracht die gelegd wordt in de generaties, zoals verwoordt in psalm 78
- Zoals al eerder beschreven, wordt in onze maatschappij heel veel gemeten aan het economisch nut. Zo wordt ook naar mensen gekeken, zeker naar ouderen. Veelal wordt er,

als het gaat over verpleeghuizen, gesproken over kosten en daarin wordt ook de cliënt begrepen. De oudere mens als kostenpost. Dit in tegenstelling wat de Bijbel daarover zegt. In de Bijbel wordt opgeroepen tot respect voor de ouderdom. De ouderdom wordt beschreven als iets moois. *'De ouderdom is een prachtige kroon, je vindt hem op de weg van de rechtvaardigheid'* (Spreuken16:31).

4.3.2. Methodiek

Voor dit onderzoek zijn acht interviews afgenomen om tot een antwoord te komen op de centrale vraagstelling. Alle respondenten zijn werkzaam bij christelijke zorgorganisaties die vanuit hun visie werken met levensverhalen. Vooraf is door de onderzoekers gesteld dat de respondenten vanuit de zorgverlening, diegene moesten zijn, die het beroep van verzorgende niveau 3 uitoefenen. Aan deze voorwaarde is niet geheel voldaan. Dit heeft gevolgen voor de resultaten, omdat een deel van de respondenten een andere functie en dus ook een andere verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van de cliënten. De onderzoekers zijn uitgegaan van de beleving van de respondenten. Tijdens de interviews is gebleken dat alle respondenten enthousiast zijn over het werken met levensverhalen. Dit geldt volgend de respondenten niet voor alle zorgprofessionals. Deze constatering heeft tot gevolg dat bij een herhaling van dit onderzoek, de resultaten kunnen afwijken. Ook het geringe aantal respondenten speelt een rol. Dit begrenst de validiteit van het onderzoek. De meerwaarde van het onderzoek zit in het feit dat het een weergave is van de werkelijkheid zoals deze nu beleefd wordt door zorgprofessionals die enthousiast zijn over het werken met levensverhalen. Bovendien geeft het organisaties die (nog) niet werken met het levensverhaal enig zicht op de uitwerking ervan in de praktijk.

4.3.3. Vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft verdiepende en verbredende vragen opgeroepen. Hier worden twee daarvan voor vervolgonderzoek uitgewerkt:

In dit onderzoek is het perspectief van de geestelijk verzorgers en de zorgverleners op het werken met levensverhalen uitgaande van betekenisvolle zorg, nader bekeken. Een belangrijk perspectief op deze manier van werken is echter blijven liggen. Dit betreft het perspectief van de beleving van de cliënt en zijn familie. Hoe is het voor de cliënt dat vele zorgprofessionals op de hoogte zijn van het levensverhaal? Wie kent het levensverhaal en wat gebeurt daarmee? Wat kunnen familieleden en mantelzorgers zelf bijdragen aan de totstandkoming van het levensverhaal? En tenslotte welke impact kan het levensverhaal hebben op de familieleden en mantelzorgers? Het zou het interessant zijn om hier een verbredend onderzoek voor op te zetten.

Daarnaast is tijdens het uitvoeren van dit onderzoek een vraag naar boven gekomen over de veranderende rol van geestelijk verzorgers binnen verpleeghuiszorg. Wat is het doel en wat zijn de consequenties hiervan? Het is daarbij interessant om na te gaan of de verwachtingen vanuit de zorgorganisatie overeen komen met de verwachtingen van de cliënten en hun families. Concreet gaat het hier over een verschil van perspectief op het veranderende takenpakket van de geestelijk verzorger vanuit de cliënt en zijn familie en de zorgorganisatie. Wat doet het met de eigenheid van de geestelijk verzorger? En blijft in deze ontwikkeling de vrijplaats bestaan? Ook deze vragen kunnen een boeiend onderzoek opleveren.

Door een andere manier van kijken naar de veranderende rol van de geestelijk verzorger kan er ook onderzoek gedaan worden naar de houding van de geestelijk verzorger ten aanzien van zijn eigen plek in de organisatie. Hoe profileren geestelijk verzorgers zich? Hoe maken zij hun meerwaarde duidelijk binnen de organisatie en waar zetten ze dan op in?

4.3.4. Persoonlijke betrokkenheid

Zoals tussen de regels door te lezen is, is mijn (Gea) betrokkenheid groot. Als ik een verpleeghuis binnenkom zie ik geen oude, uitgerangeerde cliënten. Maar ik zie prachtige mensen die al een groot deel van hun leven geleefd hebben. Ik ben benieuwd naar wie ze zijn. Graag wil ik met hen delen in wat we beiden te ontvangen en te geven hebben. En zo samen elkaar ontmoeten van hart tot hart. Dat is prachtig met woorden, maar kan ook non-verbaal plaats vinden. Ik heb het geluk gehad al een periode zo werkzaam te mogen zijn als geestelijk verzorger. Deze ervaringen én het onderzoek doen mij verlangen naar meer.

Ik (Mark) vind dat het levensverhaal van mensen ertoe doet. Zelf ervaar ik in mijn eigen leven dat veel van wat ik denk en doe, te maken heeft met mijn geleefde verhaal. Gedachten en gedrag komen niet uit de lucht vallen. En wanneer we vergeten waar hetgeen ons doen en laten op gebaseerd is, is het juist belangrijk om gezien te worden door anderen. Het leven van mensen bestaat uit een verleden, heden en toekomst en als we mensen recht willen doen, moeten we hen zo leren zien. Toen ik voor het eerst in een verpleeghuis op een woonkamer kwam werd ik geraakt door de laatste levensfase waarin cliënten leven. Ik kreeg medelijden met ze en werd angstig voor deze fase. Maar nu besef ik dat ze meer zijn dan deze laatste fase van hun leven. Ze zijn meer waard dan mijn medelijden, ze zijn waardevol. Deze mensen zijn in bijna alles afhankelijk van de zorg die aan hen verleend wordt, laat het dan betekenisvolle zorg zijn.

4.4. Aanbevelingen Reliëf

In deze paragraaf worden aanbevelingen opgesteld ten behoeve van Reliëf als opdrachtgever.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat zorgprofessionals aangeven dat ze een verbetering van aansluiting verwachten als ze elkaars benadering beter leren kennen en begrijpen. In de conclusie komt naar voren dat meer interactie daarvoor nodig is. Manieren om deze interactie te stimuleren, rekening houdend met de hoge werkdruk, zijn:

- Een (serie) filmpje(s) maken waarin het werken met levensverhalen vanuit verschillende disciplines belicht wordt
- Een aantal zorgprofessionals vragen om door middel van vlogs hun werkervaringen te delen, toegespitst op het verlenen van betekenisvolle zorg.

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat zorgverleners door hun instrumentele insteek als basis moeite hebben met het (h)erkennen van zingeving- en levensvragen van de cliënt. Hiervoor is er meer kennis en vaardigheid nodig om deze vragen te gaan (h)erkennen, zodat er meer betekenisvolle zorg verleend wordt in het werken met levensverhalen. De aanbeveling is dat hiertoe verschillende middelen ingezet worden:

- Handvatten waardoor zorgverleners op eenvoudige manier zingeving- en levensvragen herkennen en leren betekenis te geven aan het levensverhaal van de cliënt tijdens het verlenen van zorg. Een voorbeeld hiervan is de reeds ontwikkelde applicatie van Foekje Pol
- Stimuleer interdisciplinaire intervisie, onder andere aan de hand van de reflectiekaartjes uitgegeven door Reliëf.

Bibliografie

Agora werkgroep 'Richtlijn spirituele zorg', (2010). *Spirituele zorg: Landelijke richtlijn, versie:1.0*. Geraadpleegd op 27 maart 2018, van

https://www.patz.nu/images/patz_toolkit/Richtlijn_Spirituele_zorg.pdf

Beek, F. v. & Schuurman, M. (2007). *Werken met levensverhalen en levensboeken: Praktische handleiding voor begeleiders*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Beleid spirituele zorg. Geraadpleegd op 20 februari 2018 van <http://www.oncoline.nl/spirituele-zorg>

Cusveller, B. &. (sd). *Verpleegkundig competentieprofiel: Zorg voor spiritualiteit*. Ede: Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut.

De Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden. Geraadpleegd op 20 februari 2018 van

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepscode/De%20Nationale%20Beroepscode%20voor%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>

Doolaard J. (red.). (2009). *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. (2^e geheel herziene editie). Kampen: Kok.

Ganzevoort, R. & Visser, J. (2012). *Zorg voor het verhaal: Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. (3^e druk). Zoetermeer: Meinema.

Grit, R. (2011). *Projectmanagement* (6^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Heitink, G. (2000). *Pastorale zorg: Theologie-differentiatie-praktijk*. Kampen: Kok.

Horst, W. v. d. (2018). Werkdocument.

IJsselheem (z.d.). *Over IJsselheem*. Geraadpleegd op 23 maart 2018, van

www.ijsselheem.nl/over/visie-en-missie

Keirse, M. (2014). *Zie de mens. Pleidooi om anders naar elkaar te kijken*. Houten: Uitgeverij Terra-Lannoo bv

Klaasse-Carpentier, M., Jochemsens, H., Cusveller, B., Scheur, A., & Bouwer, J. v. (2002). *Levensvragen in de stervensfase*. Ede: Prof. Dr. G.A. Lindeboominstituut.

Knippenberg, T. v. (2005). *Existentiële zielzorg: Tussen naam en identiteit*. Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.

Leget, C. (2012). *Ruimte om te sterven: Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.

Lootens, D. (2016). *Inclusief verhalend werken met mensen met een verstandelijke beperking: Een gids voor professionals en beleidsmakers*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant uitgevers nv.

Mee-ander.nl Home – *Meer informatie of aanmelden?* (2018). Geraadpleegd op 30 maart 2018 van <http://mee-ander.nl/>

Reliëf.nl Over ons - *Missie en Visie* (2018). Geraadpleegd op 30 januari 2018 van <http://www.reliëf.nl/over-ons/missie-en-visie>

Relief.nl Over ons - *Leden en zorgaanbieders* (2018). Geraadpleegd op 23 maart 2018 van <http://www.reliëf.nl/over-ons/leden-zorgaanbieders>

Relief.nl Academie – *Onderzoek en praktijk* (2018). Geraadpleegd op 31 maart 2018 van <http://relief.nl/academie/levensverhalen#Waarom>

Sociaal en Cultureel Planbureau (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis?* Geraadpleegd op 15 maart 2018 van <https://www.scp.nl/dsresource?objectid=93d38bb9-fa20-4aae-9639-59ce80bb3a15&type=orgn>

Steemers- van Winkoop, M. (2001). *Geloven in Zorg: Omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Baarn: HB uitgevers.

SZR (z.d.). *Waar staat SZR voor*. Geraadpleegd op 23 maart 2018, van https://szr.nl/files/9214/2038/2693/SZR_beleidsplan_LR_-_definitief.pdf

SZR (2016). *Visie Dementiezorg/ versie 1*. Ontvangen van een respondent (persoonlijke communicatie, 23 maart 2018).

Tromp, T., Mulder, A., Hessel, R., Heining, J., & Vrerink, A. (2017). *Levensverhaal centraal: Werken aan betekenisvolle, integrale zorg in het verpleeghuis*. Zwolle: Hogeschool Windesheim, Lectoraat Theologie en Levensbeschouwing. Geraadpleegd op 5 februari 2018 van <https://www.windesheim.nl/~.../levensverhaalcentraaleindrapportinclbijlagen.pdf>

Van Leeuwen, R. R. (2009). *Geloof het of niet.....!: Spiritualiteit als relevante dimensie in zorg- en hulpverlening*. Zwolle: Hoekmantotaal.

Veen, Drs. J.A.H. van. (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. N.b.: Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 20 februari 2018 van

<https://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=7B44D33D-F976-4498-B347-1BEAA0B72920>

Vereniging van Geestelijk Verzorger. (2015). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*. N.b.: Geraadpleegd op 20 februari 2018 van https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/beroepsstandaard_definitief.pdf

Verhoeven, N. (2004). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (2^e herziene druk). Amsterdam: Boom Uitgevers.

Waardigheid en trots (2015). Geraadpleegd op 16 maart 2018 van <https://www.waardigheidentrots.nl/over-ons/>

Zorginstituut (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 15 maart 2018 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

Bijlage 1. E-mails ter introductie

In deze bijlage kunt u het initiërend mailcontact vinden. Voorafgaand aan deze e-mails is er telefonisch contact geweest met de geestelijk verzorgers. In deze gesprekken is de vraag gesteld of zij mee wilden werken aan een interview betreffende dit onderzoek. Via hen is er contact ontstaan met zorgverleners binnen beide zorgorganisaties.

Dag [REDACTED], [REDACTED] en [REDACTED],

We vinden het top dat jullie willen meewerken aan een interview voor ons onderzoek! Zoals ik eerder beloofde, nu een vervolgmil over het interview dat wij, Mark en Gea, graag met jullie ieder persoonlijk willen houden.

Wij zijn volop met ons onderzoek bezig door ons te verdiepen in de theorie, onderzoeksmethoden en het opstellen van interviewvragen. Best een klus om dat zorgvuldig te doen, maar het vordert goed. Daardoor zijn we zover om de interviews te plannen.

Graag willen wij de interviews houden in week 14, tussen dinsdag 3 en zaterdag 7 april 2018.

Er is nog een ander verpleeghuis, in Zwolle, waar we in die week ook interviews hopen af te nemen. Daarom horen we graag van jullie wat jullie mogelijkheden zijn in die week. Het mag over de hele dag en ook 's avonds als dat beter past.

Wij komen, natuurlijk, naar jullie toe. De duur van het interview is ongeveer een uur. Het is fijn als we met elkaar in alle rust kunnen spreken, zonder gestoord te worden door anderen.

Graag horen we van jullie.

Als jullie vragen of opmerkingen hebben, kun je ons bereiken via onze mailadressen of op 06-22 50 45 64 (Gea)

Met vriendelijke groet,
Mark Smaal en Gea Janssens

Dag [REDACTED],

Wat leuk dat je zo enthousiast reageerde en wij naar IJsselheem mogen komen voor interviews.

Wij zijn Mark Smaal en Gea Janssens, twee studenten GPW van Viaa in Zwolle.
Samen doen wij onderzoek in opdracht van Reliëf.

Onze onderzoeksvraag is:

'Hoe kunnen de verschillende benaderingen van de geestelijk verzorger en de zorgverlener in het werken met levensverhalen vruchtbaar gehanteerd worden ten behoeve van de zingeving van de cliënt?'

De daarbij behorende deelvragen zijn

1. *Wat is de eigenheid van de benadering van de geestelijk verzorger en van de zorgverlener?*
2. *Wat is de invloed van het werken met levensverhalen op het werk van de geestelijk verzorger en de zorgverlener?*
3. *Hoe kunnen de verschillende benaderingen elkaar aanvullen?*
4. *Hoe kan deze aanvulling vruchtbaar ingezet worden ten behoeve van de zingeving van de cliënt?*

Om deze vragen goed te kunnen beantwoorden doen we literatuurstudie en daarnaast willen we graag een aantal interviews houden.

Komende maandag werken Mark en ik samen en hebben we tegelijkertijd zicht op ruimte in onze agenda voor een afspraak. Concrete voorstellen voor data versturen wij a.s. maandag.

Een goed weekend gewenst.

Met vriendelijke groet,
Mark Smaal en Gea Janssens.

Dag [REDACTED], [REDACTED] en [REDACTED],

Wat leuk dat jullie gereageerd hebben op de vraag van [REDACTED] en bereid zijn om tijd vrij te maken voor een interview met ons.

We zijn benieuwd naar wat jullie ons kunnen vertellen rondom het werken met levensverhalen.

Wij zijn volop met ons onderzoek bezig door ons te verdiepen in de theorie, onderzoeksmethoden en het opstellen van interviewvragen. Best een klus om dat zorgvuldig te doen, maar het vordert goed. We zijn nu zover dat we de interviews kunnen plannen. Daarin hopen we ieder van jullie persoonlijk te spreken. Wij komen, natuurlijk, naar jullie toe. De duur van het interview is ongeveer een uur.

Het is fijn als we met elkaar in alle rust kunnen spreken, zonder gestoord te worden door anderen.

Graag willen wij de interviews volgende week houden, in week 14, tussen woensdag 4 en zaterdag 7 april 2018. We horen graag van jullie wat jullie mogelijkheden op deze dagen. Het mag over de hele dag en ook 's avonds als dat beter past. Lukt het echt niet op de voorgestelde data, dan zouden wij nog op woensdag 11 april de mogelijkheid hebben in de ochtend.

Tot slot nog een praktisch punt: moet er voor de tijd die jullie vrij maken voor dit interview toestemming gevraagd of moet een leidinggevende hierover geïnformeerd worden?

En zo ja, doen jullie dat zelf of kunnen wij jullie daarbij van dienst zijn?

Graag horen we van jullie.

Als jullie vragen of opmerkingen hebben, kun je ons bereiken via onze mailadressen of op 06-22 50 45 64 (Gea)

Met vriendelijke groet,
Mark Smaal en Gea Janssens

Dag [REDACTED]

Via [REDACTED] hoorden wij dat jij ook wilt meewerken aan ons onderzoek door middel van een interview.

Daar zijn wij blij mee! En we maken graag gebruik van jouw aanbod. We zijn benieuwd wat je ons allemaal kunt vertellen.

Wij zijn Mark Smaal en Gea Janssens, twee studenten aan Viaa in Zwolle. Wij doen een afstudeeronderzoek over het werken met levensverhalen in de zorg. Wij zijn volop met ons onderzoek bezig door ons te verdiepen in de theorie, onderzoeksmethoden en het opstellen van interviewvragen. Best een klus om dat zorgvuldig te doen, maar het vordert goed. We zijn nu zover dat we de interviews kunnen gaan houden. Daarin spreken we jou graag persoonlijk. Wij komen, natuurlijk, naar jou toe. De duur van het interview is ongeveer een uur. Het is fijn als jij zorg draagt voor een plek waar we met elkaar in alle rust kunnen spreken, zonder gestoord te worden door anderen.

Met andere collega's van jou hebben wij al concrete afspraken staan. Het zou heel mooi zijn als jouw interview op dezelfde dag zou kunnen. Nu is dat wel al snel, namelijk aanstaande dinsdag, 3 april. We zijn dan de hele dag in Vrijthof bezig met interviews. Als jij de mogelijkheid hebt, kunnen wij spreken om 16.30 uur.

Lukt dat niet, dan hebben we nog andere mogelijkheden namelijk donderdag 5 april 's ochtends om 9.00 uur of 's middags om 13.00 uur. Als jij wel op donderdag kunt, maar niet op deze tijden, wil je ons een paar opties geven, die voor jou wel passen? Het zou wel superfijn zijn als je dinsdag 3 april kunt.

Graag horen we van jou.

Met vriendelijke groet,
Mark Smaal en Gea Janssens.

Bijlage 2. Vragenlijst geestelijk verzorgers

Naam interviewers: Gea Janssens & Mark Smaal
Naam respondent:
Datum:-.....-.....
Plaats:

Interview

Introductievragen:

1. Wat is jouw rol in de organisatie?
2. Kun je ons iets vertellen over de zorgorganisatie waar we nu zijn?

Aspect 'Eigenheid':

3. Wat beschouw jij als de eigenheid van jouw werk als geestelijk verzorger?
 - a. Hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Wat is je drive als geestelijk verzorger?
4. Wat versta je onder de 'vrije ruimte' van de geestelijk verzorger?
 - a. Hoe heeft dat plaats in jouw werk?
 - b. Hoe wordt er met die vrije ruimte omgegaan door anderen?

Aspect 'Werken met levensverhalen':

5. Wat versta je onder het werken met levensverhalen?
6. Hoe beïnvloedt het werken met levensverhalen jouw manier van werken als het gaat over de zingeving van de cliënt?
 - a. Hoe ziet dat er uit in de praktijk?

Aspect 'Verschillen in benadering':

7. Werk je samen met de verzorgenden?
 - a. Zo ja, hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Zo nee, kun je dit uitleggen?
8. Welke verschillen zijn er naar jouw mening in de benadering van de verzorgenden ten opzichte van jouw benadering in de zorg voor de cliënt?
 - a. Hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Hoe ervaar jij die verschillen in benadering?
9. Wat voor invloed heeft deze verschillende benadering op jouw werk als geestelijk verzorger?

Aspect 'Opbrengst':

10. Is er volgens jou een manier waarop de verschillende benaderingen op elkaar kunnen aansluiten?
 - a. Zo ja, hoe kan deze aansluiting ingezet worden?
 - b. Zo nee, kun je dit uitleggen?
11. Hoe wordt er omgegaan met de privacy van de cliënt in het delen van vertrouwelijke informatie?

Bijlage 3. Vragenlijst zorgverleners

Naam interviewers: Gea Janssens & Mark Smaal
Naam respondent:
Datum:-.....-.....
Plaats:

Interview

Introductievragen:

1. Wat is jouw rol in de organisatie?
2. Kun je ons iets vertellen over het huis(bij name genoemd) waar we nu zijn?

Aspect 'Eigenheid':

3. Wat beschouw jij als eigenheid van jouw werk als zorgverlener?
 - a. Hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Wat is je drive als zorgverlener?
4. Heeft spiritualiteit of zingeving een rol in jouw werk als zorgverlener?
 - a. Zo ja, hoe?
 - b. Zo nee, kun je dit uitleggen?

Aspect 'Werken met levensverhalen':

5. Wat versta je onder het werken met levensverhalen?
6. Hoe beïnvloedt het werken met levensverhalen jouw manier van werken als het gaat over het verlenen van betekenisvolle zorg aan de cliënt?
 - a. Hoe ziet dat er uit in de praktijk?

Aspect 'Verschillen in benadering':

7. Werk je samen met de geestelijk verzorger?
 - a. Zo ja, hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Zo nee, kun je dit uitleggen?
8. Welke verschillen zijn er naar jouw mening in de benadering van de geestelijk verzorger ten opzichte van jouw benadering in de zorg voor de cliënt?
 - a. Hoe ziet dat er in de praktijk uit?
 - b. Hoe ervaar jij die verschillen in benadering?
9. Wat voor invloed heeft deze verschillende benadering op jouw werk als zorgverlener?

Aspect 'Opbrengst':

10. Is er volgens jou een manier waarop de verschillende benaderingen op elkaar kunnen aansluiten?
 - a. Zo ja, hoe kan deze aansluiting ingezet worden?
 - b. Zo nee, waarom niet?
11. Hoe wordt er omgegaan met de privacy van de cliënt in het delen van vertrouwelijke informatie?

Bijlage 4. Codeboom

Uit het theoretisch kader en andere delen van het onderzoek zijn de fragmenten samengevoegd tot codeboom:

- Eigenheid
 - Geestelijk verzorger
 - Zorgverlener
- Werken met levensverhalen
 - Invloed
(hoe het levensverhaal invloed heeft op het werk van de zorgprofessional)
 - Privacy
 - Betekenisvol
(zingeving in het levensverhaal van een cliënt)
 - Vertrouwen
(van de cliënt naar de zorgprofessional)
- Verschil in benadering
 - Probleem
(de problemen die zorgprofessionals ervaren tussen de verschillende benaderingen)
 - Instrumentele handeling
(het gebruiken van het levensverhaal ter verbetering van de zorg)
 - Ruimte (om te zijn)
(het levensverhaal is er zonder functionaliteit voor de zorg)
- Opbrengst
 - Samenwerken
(hoe er samengewerkt en overlegd wordt als zorgprofessionals)
 - Aanvulling geestelijk verzorger
 - Aanvulling zorgverlener
 - Winst
(een merkbaar resultaat)
 - Beperkingen
(dingen die ervoor zorgen dat aanvullingen verhinderd worden)
- Secundaire omstandigheden
 - Omgevingsfactoren.